
Der soziologische Altersbegriff – gezeigt an der sozialen Bedingtheit von Gesundheit im späten Leben

Leopold Rosenmayr

Das Altern bringt, variierend nach Personen und Gruppen, sehr verschiedene Begrenzungen und Reduktionen mit sich. Es erfolgt ein Zusammenprall von Prozessen der biopsychischen *Einengung* mit Möglichkeiten und teils auch der Realisierung von mental-psychischer *Erweiterung*.

Im Altern des Menschen ist ein Entwicklungsgewinn möglich, beruhend auf Prozessen eigener Art. Sie stammen aus einem gewissen kulturellen Potenzial und der sozialen Vorgabe von Herausforderungen. Zu den genetisch und biologisch bedingten *Abbau*-Prozessen kommen solche des *Aufbaus* hinzu und treten mit denen des Abbaus in Wettstreit.

Dieser Wettstreit ist ein Brennpunkt der Soziologie. Denn die Sozialwissenschaften befassen sich mit der historisch und kulturell sich wandelnden *Handlungsfähigkeit des Menschen unter sozialen Bedingungen*. Soziologie zeigt Entwicklungsmöglichkeiten, Befreiungs- und Gestaltungschancen, immer wieder mit dem Verweis auf vorhandene oder mögliche Strukturen von Ökologie, Sozietät und Kultur.

Die Soziologie bezieht immer auch *Entwicklungsprozesse* des Lernens, der Erfahrung und Gestaltung in sozialer und kultureller Hinsicht mit ein. Die soziologische Betrachtung sucht Macht und Grenzen der Beeinflussbarkeit des menschlichen Alters in jeweils einer bestimmten Kul-

tur aufzuzeigen und dies einerseits mit Hilfe relativ großer Datenmengen, andererseits durch Netzwerkstudien (Dörfer, Betriebe, Vereine usw.) und durch Fallstudien.

Ich habe das historische Umfeld und den historischen Kontext einleitend betont. Denn: *Alles Gesellschaftliche ist geschichtlich*. Alle Ordnungen und Bewertungen des Alters konstituieren sich in der jeweiligen geschichtlich und gesellschaftlich notwendigen (oder so erachteten) *Systemerhaltung und -entwicklung* in einer Gesellschaft. Was ein System oder Subsystem jeweils zur materiellen und ideellen, also auch moralischen Gestaltung und Erhaltung benötigt und investieren will, entscheidet darüber, wie Alter angesehen, gewertet, eingeordnet, bestimmt wird.

Wenn man historisch und kulturell Alternsprozesse und Strukturen des Alterns vergleicht, finden wir sehr starke Unterschiede in der Bewertung des Alters sowie dessen *Ausgliederung* oder aber funktionale *Integration* in die gesamte Gesellschaft und deren Teilstrukturen.

Historische Variabilität des gesellschaftlichen Wertes und der Position des Alters

Wer sich in afrikanische Dörfer südlich der Sahara begibt, der findet (je abgelegener, desto mehr) strenge Altersordnungen bis hinein in die Reihenfolge beim festlichen Dorftanz. Je älter eine Person ist, desto höher ihr Status, desto weiter vorne in der Reihe tanzt sie. Die Seniorität ist ein soziales Vorrangs-Regelungsprinzip. Es gab in der Phase der Sesshaftwerdung kein besseres. Wer zuerst da war, war und blieb auch der Erste. Innere Konflikte und die Verteidigungsbereitschaft nach außen verlangten strenge Regelungen. Starb man, ging man zu den Ahnen, um allenfalls von dort wiederzukehren in einem Kind der Sippe.

In den sich differenzierenden Gesellschaften mit einer

Stadtkultur und der Herausbildung von Großreichen tritt die Macht der Alten zurück. Das war schon in Babylonien so. Die Alten blieben Berater, doch setzte die Irrelevanz des Alters für spezialisierte Funktionen ein. Wer Bewässerungskanäle vom Nil her plante, muss nicht unbedingt alt sein, auch der Leibarzt des Pharaos nicht.

Die Experten *verschiedenen Alters* übernehmen Schlüsselstellen im ökonomischen, sozialen und kulturellen Leben. Es sind immer noch stark traditionell orientierte Gesellschaften mit schrittweisem sozialen Ausbau, aber sie holen ihre Erfahrung nicht unbedingt aus den Traditionen.

Waren schon durch die Renaissance Jugendlichkeit und Schönheit ästhetisch miteinander verschmolzen und zum Symbol einer entdeckenden Welt erklärt worden, wie die Gestalt des jungen David in Florenz es zeigt, so werden im Zeitalter der Nationenwerdung die jungen Krieger die gesellschaftlichen Helden.

Die permanente und optimale Erweiterung von Systemen durch Ausbildung von Kolonialreichen (und seit dem 18. Jh. der Nationen) erhält Vorrang vor Traditionen. Anerkennung und Status-Zubilligung erhalten die Alten vor allem in den Oberschicht-Familien. Im Handwerk und im Handel zählen bestimmte Erfahrungen und Kompetenzen der Älteren.

In der Moderne, also seit dem 17. Jh. in Europa, beginnt die wissenschaftliche, militärische und politische Expansion die Rolle des wichtigsten Ziels in den sozialen und politischen Systemen zu übernehmen. Dazu bedarf es vor allem der Menschen der ersten Lebenshälfte.

Die späte Moderne oder Postmoderne verschiebt die Expansion vom Militärisch-Politischen ins Ökonomische. Das Stichwort dafür lautet: Innovation. Sie soll zu Reichtum und dessen Mehrung führen. Wer kann, wendet sich dem Luxus zu. Dieser wird zum Maßstab der Rangordnung. Es geht um Zugang zu dem wachsenden (wenn auch in der

Weltgesellschaft sehr ungleich verteilten) Reichtum. Dieser Trend bestimmt (bei marginalen Gegenregungen) den Weltlauf – durch wissenschaftlich-technologische Entwicklung, Rüstung, Unterdrückung und Ausbeutung der „armen Welt“. Immer Neues muss auf den Markt, so will es der Wettbewerb. Ist da die Hochschätzung von Jugendlichkeit verwunderlich!

Der Kampf um die Verlängerung des menschlichen Lebens ist selber auf Innovationsschübe, neues medizinisches Wissen und Kapitalakkumulation zurückzuführen. Der Reichtum, den wir akkumuliert haben, ist eine notwendige Bedingung dafür, dass wir länger leben können. Nur so sind wir im Stande, auch die Pensionen bereitzustellen und das Gesundheitssystem zu erhalten.

Innere und äußere Kosten des längeren Lebens

Das Hinausschieben der Hinfälligkeit im Alternsprozess muss bezahlt werden, ökonomisch und sozial. Der Kampf gegen die mit der Hochaltrigkeit stark zunehmende Multimorbidität wird durch den multipharmakologischen Einsatz geführt. Wer im 80. Lebensjahr auf Reisen geht, nimmt mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht wie der 60-Jährige *ein* Medikament, sondern drei bis vier Medikamente auf die Reise mit – und vergisst eines zu Hause. Wenn dieser Reisende alles bedenkt, dann rüstet er sich in der Hochaltrigkeit mit allen möglichen Pharmaka aus. Sie müssen von der Gesellschaft mitfinanziert werden. Es gibt natürlich auch manche ältere Herren, die, besonders wenn sie auf Seniorenreisen gehen, das Viagra in ihr Reiseneccessaire mit einpacken.

Auf die Multimorbidität gibt es die „multipharmakologische“ Antwort, mit all den unbekanntenen Nebenwirkungen des Einnehmens mehrerer Medikamente. Das rasant

zunehmende Angebot an Prothesen der verschiedenster Arten und Größen und die immer eindrucksvolleren Erfolge der Chirurgie lassen auch die Zahl der Eingriffe bei den über 80-Jährigen explodieren. Wir bestehen mit über 60 ja schon zum guten Teil aus Prothesen, und sie werden immer mehr, von den Zahnimplantaten über Bypässe und Schrittmacher bis zu den Endoprothesen im Bewegungsapparat, besonders häufig im Hüftgelenk. Wegen Einschränkungen und Schmerzen haben wir uns beim Hören, Sehen, Kauen, Gehen oder Bücken Prothesen und Pharmaka als Hilfen für die Erreichung von Zielen, großen und kleinen, gesucht. Je wohlhabender wir sind, desto schneller können wir sie uns einsetzen lassen.

Ich möchte an diesem Punkt einen Blick in die Tiefenpsychologie werfen. Wie sehen sich die Individuen in ihrem Angewiesensein auf die Pharmakologie und die Prothesen? Können sie sich als „restaurierte Menschen“ verstehen? Die meisten vergessen sie, wenn die Prothesen „gut sitzen“. Auf dem Flugplatz, bei der Sicherheitskontrolle, piepst das Messgerät auf, welches das Metall im Körper entdeckt. Man wird abgetastet und geht weiter.

Sigmund Freud hat deutlich gemacht, dass die Voraussetzung für jede Zielstrebigkeit und Lebensbewältigung eine *Idealbildung* ist. Auch mit Prothesen im Leib? Und mit Viagra, Fettabsaugung, Lifting? Voraussetzung für die erfolgreiche Integration von „künstlichen“ Veränderungen ist eine Zuwendung zu sich selber, ein gewisser Narzissmus. Wir müssen uns also samt den Prothesen und Pharmaka körperlich und seelisch akzeptieren und uns so auf den Beziehungsmarkt bringen. Vielleicht stehen wir damit in einer historischen Phase, in welcher Selbstliebe und Selbstidentifizierung dazu beitragen können, eine neue Idealbildung im späten Leben zustande zu bringen. Die Prothesen und Pharmaka bringen uns keine Ideale und Ziele. Aber sie ermutigen durch Verbesserung von Voraussetzun-

gen. Alle Ansätze für eine neue Lebensvorausschau und neue Lebenshaltungen verlangen *Selbstakzeptanz*.

Wird eine Änderung im Alter oder überhaupt eine Änderung der Persönlichkeit für das späte Leben nötig sein oder werden? Vermutlich ja, wenn wir genug Mut oder Zuwendung zur eigenen Zukunft im individuellen und sozialen Altern gewinnen wollen. Um diesen Mut zu haben, müssen wir uns *bejahen*, dann können wir uns etwas zumuten. Spricht man über das Altern, muss man über die Chancen der Lebensentwicklung, sozusagen über eine zweite theoretische Dimension nachdenken. Dabei kann es sich nur um eine des gesteuerten oder steuerbaren Neubeginns und der Erweiterung handeln.

Soziale Bedingtheit von Gesundheit 50 +

Lassen Sie mich die Konturen der „Lebensentwicklung“ und ihrer das Alter beeinflussenden Macht aus einer neuen Untersuchung illustrieren, die Gerhard Majce und ich 2003–2004 gemeinsam mit dem Institut Fessel-GfK in Österreich durchgeführt haben, mit Hilfe einer Stichprobe N=1000. Welche sind die Hauptergebnisse? *Je mehr finanzielle Mittel, je mehr Bildung, je mehr Reflexionsfähigkeit, desto geringer ist die Multimorbidität 50 +*. Man kann mit Zahlen belegen, dass die soziale Schicht auch in einer stark sozial betonten Gesellschaft ein maßgeblicher Faktor für die Gesundheit im späten Leben ist. Das gilt nicht nur generell für 50 +, sondern je später im Leben, desto mehr.

Ein zweiter soziologischer Befund: Die soziale Integration, die Freundschaften, die Integration in einen Sportverein, die Aussprachemöglichkeiten in einem Bildungsgefüge oder in einer Lerngemeinschaft, die Chancen, in irgendeiner solchen Einheit mitzutun, sind engstens mit der Gesundheit vernetzt und mit der Aussicht, sich gesund zu er-

halten. Wir konnten diese Zusammenhänge in unserem österreichischen Sample von 1000 Personen 50 + sehr deutlich nachweisen. Wir hatten auch Möglichkeiten, Verbindungen zwischen Befunden subjektiver und klinischer Gesundheit herzustellen.

Wer allein lebt, aber besonders wer sich *einsam* fühlt – zwischen beiden Lebensbedingungen gibt es Zusammenhänge –, wer Kontakte nicht zu leben vermag oder nicht wieder anzuknüpfen versteht, ist gesundheitlich wesentlich stärker beeinträchtigt. Isolierte Menschen haben mehr Beschwerden, wie man mit Zahlen belegen kann. *Soziale Integration* – das ist eine Botschaft der Soziologie – hat einen protektiven Wert für die Gesundheit im Alter.

Die Gesundheit ist zwar auch, aber doch vor allem nicht nur eine Sache des Geldes. Die Gesundheit ist auch eine Sache der sozialen Integration. Aber natürlich hängt es auch von ökonomischen Mitteln ab, ob man sich diese oder jene Fahrt mit Bus, Auto oder Flugzeug leisten kann, um jemanden zu treffen. Geld ist dafür wichtig, dass man da oder dort teilnehmen kann, um sich Chancen zur sozialen Integration zu verschaffen, wo es andere mit weniger Ressourcen nicht vermögen.

Solche Forschungsergebnisse aus Repräsentativ-Untersuchungen der Soziologie sind für die Sozialpolitik wichtige Hinweise. Sie zeigen, dass die Steigerung von Chancen der Integration und Kooperation und von wechselseitiger Animation, z. B. in der Freiwilligenarbeit oder dem Seniorenstudium, auch ohne größere Geldmittel möglich ist.

Der Umfang des Freundeskreises hat mit psychischen Selbsteinstufungen zu tun. Um es stichwortartig zu formulieren: Ich fühle mich weniger niedergeschlagen, ich fühle mich weniger deprimiert, bin weniger angespannt, weniger gereizt, wenn ich ausgedehnte freundschaftliche Kontakte habe, bei all den Konflikten, die diese Kontakte auch mit sich bringen. So zeigen es die empirischen Ergebnisse. Kon-

flikte erweisen sich als ein sehr produktives Moment. Auseinandersetzungen schaffen auch Nähe statt kalter Distanz.

Es gibt in der Bundesrepublik Deutschland ein bemerkenswertes Beispiel, das staatlich geförderte EFI-Projekt, in dem Seniorentainer und Seniorentainerinnen in verschiedenen Bundesländern ausgebildet werden. Die Aktion umfasst jetzt schon tausende Menschen, wobei man mit einem Mischsystem aus öffentlicher Unterstützung, privater und Gruppeninitiative und Freiwilligenarbeit dazu beiträgt, dass „soziale Wiederbelebung“ entsteht. Diese kann aber auch Neubelebung durch neue Entwicklungen der Persönlichkeit zur Folge haben. Das eine zieht das andere nach sich.

Selbststeuerung im späten Leben

Der Mensch – und auch der alte Mensch – hat bedeutende Potenziale der Selbststeuerung. Das ist eine zentrale Botschaft der Sozialwissenschaften für die Altersforschung und die Politik. Dabei bietet Bildung ein enormes Potenzial für diese Selbststeuerung. Wie, so wäre zu fragen, kann das Bewusstsein der Selbststeuerung und der damit verbundenen Produktivität über die Eliten hinaus sozial verbreitert werden? Ich sehe darin eine große gesellschaftspolitische Aufgabe. Wenn, wie die Studien über Freizeit feststellen, die Bevölkerung über 60 in Österreich und Deutschland dreieinhalb Stunden täglich vor dem Fernseher verbringt – ist das dann eine Entwicklung, die in Richtung auf Eigenbestimmung durch Bildung führt? Oder in die Gegenrichtung?

Die neuen Altersgenerationen werden eine längere Schulbildung mitbringen. Die heute 60-Jährigen unterscheiden sich darin schon sehr deutlich von den 80-Jährigen. Wird die Verlängerung der Schulbildung und deren

Folgeeffekte die „neuen Alten“ dazu befähigen, gesellschaftlich intensiver zu partizipieren? Werden die 68er, die Baby-Boomer, diejenigen sein, die – so wie sie es verstanden, die Politik umzukrempeln – auch ihr eigenes Alter anders, stärker selbstbestimmt und gesellschaftlich mitverantwortlich leben?

Haben wir die reale Möglichkeit, durch Erziehung, Politik, Medien so einzugreifen, dass es tatsächlich in Richtung auf viele konstruktive Freiheiten der Individuen bei gleichzeitiger gesellschaftlicher Mitverantwortung geht? Es ist eine Aufgabe der Sozialwissenschaften und der Soziologie im Besonderen, Hypothesen zu den Chancen der Aktivierung, der Selbstaktivierung, der Verfolgung von Zielen bei Menschen im späten Leben und der Steigerung der gesellschaftlichen Mitverantwortung der Älteren immer wieder neu zu entwickeln.

Dass auch den Älteren Chancen gesellschaftlichen Handelns offen stehen, beruht darauf, dass das Leben nicht nur hingenommen, sondern *geführt* werden kann. Das wäre ein Leben, welches der älteren Bevölkerung auch politisch einen Legitimitätszuwachs und eine Erhöhung ihrer Anerkennung als Gruppe brächte; damit wäre auch eine Steigerung ihres Einflusses in der Kultur zu erwarten.

In den Medien werden immer wieder einzelne herausgegriffene Beispiele vorgestellt, wer was mit 80, 90, 100 noch geleistet hat. Aber die eigentliche Aufwertung und Selbstaufwertung setzt eine soziale Breite von Handlungsfähigkeit sowie *Entschlossenheit in der Gestaltung der Persönlichkeit* voraus. Das beginnt mit einer gesteigerten Beachtung und Förderung des Körpers durch Bewegung und verantwortliche Ernährung. Es setzt sich fort in einer unaufdringlichen Erinnerungskultur und eben der aktiven Mitverantwortlichkeit. Dies könnte dann dazu führen, dass sich in unserer Gesellschaft eine neue Akzeptanz älterer Menschen und Hochbetagter Bahn bricht.

Der englische Historiker und Gerontologe Peter Leslett prägte den Satz: „Be your age.“ – „Sei so alt, wie du bist.“ Es gibt Gerontologen, die gegen den Jugendlichkeitswahn polemisieren und dagegen, dass sich die Alten jünger einschätzen, als sie dem Kalender nach sind. Ich bin da toleranter. Nach Studien aus verschiedenen europäischen Ländern schätzen sich ältere Menschen im Durchschnitt etwa 10 bis 15 Jahre jünger ein, als sie dem kalendarischen Alter nach sind. Es gibt nur ganz wenige Menschen 60 +, bei denen sich die Selbsteinschätzung des eigenen Alters dem kalendarischen annähert. Man hat das als Eitelkeit und auch als Verdrängung ausgelegt. Es liegt aber vielleicht in dieser subjektiven Altersunterschätzung auch ein Schuss Erwartung. Oder ist es ein noch unbefreiter Lebensmut, ein Potenzial für Initiativen, das Leben zu gestalten, das aus der Unterschätzung des eigenen Alters spricht? Wenn man mich fragt, ob auch ich den Rat geben würde: „Be your age!“, würde ich lieber sagen: „Be your imagined age.“

Zusammenfassung der Ergebnisse einer österreichischen Feldstudie 50 + aus den Jahren 2003/04¹

61 Prozent der Menschen ab 50 in Österreich bezeichnen ihren Gesundheitszustand als „gut“ oder „sehr gut“, nur 8 Prozent stufen ihn als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ ein. Natürlich nimmt der Anteil derer, die ihre Gesundheit negativ einstufen, mit dem Alter zu, von 5 Prozent bei den 50–59-Jährigen bis auf 23 Prozent bei den Menschen ab 80.

Frauen stufen ihre Gesundheit schlechter ein als Männer. In den jüngeren Altersgruppen ist diese Differenz nicht signifikant, unter den Ältesten allerdings sehr deutlich. Nur 12 Prozent der Männer, aber fast ein Viertel der Frauen im Alter über 75 bezeichnen ihren Gesundheitszustand als „schlecht“ oder „sehr schlecht“.

Die in der internationalen Literatur vielfach belegte Schichtabhängigkeit der Gesundheit wird auch durch die österreichische Studie bestätigt. Während in den obersten sozialen Schichten nur 2 Prozent ihre schlechte Gesundheit beklagen, sind es in der untersten Schicht fast zehnmal so viele.

Zwar nicht so ausgeprägt wie in früheren Studien, aber dennoch tendenziell beobachtbar ist innerhalb Österreichs eine regionale Abhängigkeit des Gesundheitsempfindens: Am häufigsten schätzen die Tiroler und Vorarlberger ihre Gesundheit gut ein, am seltensten die Niederösterreicher und Burgenländer. Bergsteigen, Skifahren und noch andere Sportarten sind dort besonders tief verwurzelt. Es sind aber auch die regionalen Vereine und die damit gegebenen Sozialformen als salutogen zu berücksichtigen.

Am häufigsten wird in der Bevölkerung 50 + über Rücken- und Kreuzschmerzen (36 Prozent) und Bandscheibenleiden (19 Prozent) geklagt sowie über Herz-Kreislauf-Erkrankungen (25 Prozent) und über Rheuma und Gicht (16 Prozent). Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind mit Ausnahme der Osteoporose und der Beinleiden (in beiden Fällen zuungunsten der Frauen) gering. Gleichzeitig gilt aber auch, dass – wie schon beim subjektiven Gesundheitszustand – die Frauen im Selbstbericht häufiger als die Männer Krankheiten und Leiden angeben. Die hier angeführten vier häufigsten Krankheiten dominieren in derselben Reihenfolge bei beiden Geschlechtern. Jeweils 60 Prozent der Männer wie auch der Frauen nannten mindestens eine dieser Erkrankungen.

Mit wachsendem Alter erhöht sich auch der Anteil der Erkrankten, als besonders stark altersabhängig erweisen sich die *Herz- und Kreislaufkrankheiten*, die von 14 Prozent bei den 50–54-Jährigen auf 43 Prozent bei den Menschen über 80 ansteigen. Da es sich um selbstberichtete Erkrankungen handelt und nicht um ärztliche Diagnosen,

kann man davon ausgehen, dass diese Anteile „objektiv“ noch erheblich höher sind. Erwähnenswert mag sein, dass die besonders häufig auftretenden Erkrankungen *Bandscheibenleiden und andere Rücken- und Kreuzschmerzen* nahezu keine altersspezifische Variation in den Altersgruppen 50 + aufweisen. Es sind zivilisationsspezifische Früh-erkrankungen durch sitzende Lebensweise und Stress.

Die Sozialschicht spielt erwartungsgemäß auch bei den selbstberichteten Krankheiten eine differenzierende Rolle. Die stärksten Zusammenhänge sind bei Osteoporose und Rheuma/Gicht festzustellen, derart, dass sie in den unteren Schichten erheblich häufiger auftreten als in den Oberschichten.

Selbstberichtete Krankheiten weisen in Österreich ein eindeutiges West-Ost-Gefälle auf. So weisen bei den *Herz- und Kreislauferkrankungen* Tirol und Vorarlberg mit 20 Prozent den besten, Wien mit 32 Prozent den schlechtesten Wert auf. Nur in zwei der insgesamt 17 vorgegebenen Krankheitskategorien dreht sich die Richtung um: bei den Depressionen und Angstzuständen sowie in der Kategorie „Gedächtnisschwund, Verkalkung, Alzheimer“, wo Wien die niedrigsten und Tirol/Vorarlberg die höchsten Anteile aufweisen. Das mag an zu wenig intensiver Behandlung liegen, deren Ursachen erforscht werden müssten.

Die *Multimorbidität*, das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer, in der Regel chronisch-degenerativer Krankheiten bzw. Leiden, nimmt mit dem Alter markant zu. Dieser Befund wird – übereinstimmend mit allen einschlägigen Untersuchungen – auch von unserer Studie bestätigt. Darüber hinaus weisen Frauen mit durchschnittlich 2,12 selbstberichteten Krankheiten einen signifikant höheren Wert als Männer mit 1,82 auf.

Bei der Multimorbidität lässt sich ein bedeutender Einfluss der Sozialschicht konstatieren: Der Anstieg von der niedrigsten zur höchsten Schicht ist drastisch, von durch-

schnittlich 1,37 Krankheiten in der höchsten Schicht auf 2,3 und 2,4 in den beiden untersten Schichten. Vor allem die Schulbildung, die eine zentrale Komponente der komplexen Variablen „Sozialschicht“ darstellt, trägt zu diesem Muster bei. Die Wirkung der Schulbildung ist sogar noch etwas ausgeprägter als der Effekt des Einkommens. Aber trotzdem gilt: Je geringer das persönliche Nettoeinkommen, desto höher ist die Anzahl der Krankheiten.

In dieser Hinsicht ist in Österreich ein West-Ost-Gefälle festzustellen: Die niedrigste mittlere Anzahl an Erkrankungen und Leiden berichten die Vorarlberger und Tiroler (1,7), die höchste die Wiener sowie die Niederösterreicher und Burgenländer (2,2 bzw. 2,1).

Als besonders belastend werden von den Befragten die Bandscheibenleiden sowie Rheuma und Gicht – also bewegungseinschränkende und schmerzhaftes Leiden – beschrieben. Es folgen Krebs, Beinleiden und Asthma/Bronchitis sowie Depressionen. Als am relativ wenigsten belastend empfindet man die Frauenleiden, Prostataerkrankungen sowie Leber- und Gallenleiden.

Erwartungsgemäß drückt Krankheit die Stimmung und damit auch die Haltung, mit der man sich mit der Welt, mit Problemen und Situationen auseinandersetzt. Je mehr Krankheiten man hat, je schlechter man die eigene Gesundheit einstuft, desto pessimistischer und defensiver ist die Grundhaltung und desto negativer ist das allgemeine Lebensgefühl geprägt.

Eine dritte Form unserer Messung des gesundheitlichen Zustandes war die Erhebung der Fähigkeit, die „Aktivitäten des täglichen Lebens“ mit oder ohne Hilfe zu erledigen, also der „funktionalen Kapazitäten“. Die so gemessene Gesundheit bestätigt die Ergebnisse auf der Basis der anderen Gesundheitsmessungen: Schwierigkeiten bei den Aktivitäten des täglichen Lebens treten mit zunehmendem Alter häufiger auf. Sie sind bei Frauen eher anzutreffen als bei

Männern und variieren in klarer Abhängigkeit von der Sozialschicht. Eine nachteiligere sozialökonomische Situation in den unteren Schichten drückt die Kompetenz in der Alltagsbewältigung.

Soziale Integration hat offenbar einen bedeutenden protektiven Wert für die Gesundheit im Alter. Die österreichische Studie 2003/2004 weist nach, dass die gesundheitliche Beeinträchtigung umso geringer ist, je mehr Personen der Freundes- bzw. Bekanntenkreis umfasst. So berichten 73 Prozent derjenigen, die einen großen Freundeskreis haben, von einem guten oder sehr guten Gesundheitszustand. Die Personen mit einem kleinen Freundeskreis schätzen sich nur mehr zu 56 Prozent so positiv ein. Bei Menschen 50 +, die keinen Freundeskreis haben, bewerten nur mehr 23 Prozent ihre Gesundheit als gut oder sehr gut.

Es ist bemerkenswert, dass die Größe des Freundeskreises starke Korrelationen mit den Selbsteinstufungen wie „Ich bin ruhig, ausgeglichen und gelassen“, „Ich bin angespannt, gereizt und nervös“ und „Ich bin niedergeschlagen, deprimiert und ohne Antrieb“ aufweist. Die *Pflege von Kontakten* kann daher in vielen Hinsichten, sogar in gesundheitsbezogenen, als wichtige Haltung mit alternsprophylaktischer Relevanz gelten. Die *soziale Integration* erweist sich – über familiäre Bindungen hinaus – als salutogener Faktor ersten Ranges.

Drei Viertel der Menschen ab 50 reklamieren für sich eine gesundheitsbewusste Haltung, Frauen geben sich deutlich gesundheitsbewusster als Männer. Mit dem Alter steigt bei Männern wie bei Frauen der Anteil der Gesundheitsbewussten. Es lässt sich zeigen, dass dieser Effekt nicht auf die häufigere Morbidität der Älteren – also etwa auf ein durch Krankheit erzwungenes erhöhtes Gesundheitsbewusstsein – zurückzuführen ist. Ein Schichteinfluss ist erstaunlicherweise nur schwach gegeben. Insbesondere überrascht der geringe Zusammenhang mit der

Schulbildung. Zur Klärung solcher Zusammenhänge sind daher weitere Forschungen zu empfehlen.

Zu den wichtigsten Risikofaktoren, die vom Gesundheitsverhalten abhängig sind, zählt das Übergewicht. Folgt man der üblichen Kategorisierung, und spricht bei einem Body Mass Index (BMI) von 25 bis 30 von „Übergewicht“ und ab 30 von „schwerem Übergewicht“ bzw. „Fettleibigkeit“, so sind in Österreich beinahe zwei Drittel (genau: 62 Prozent) der Menschen ab 50 als übergewichtig einzustufen, 17 Prozent sind sogar schwer übergewichtig.

Zumindest für Österreich gilt, dass es hinsichtlich des Anteils der Übergewichtigen keine relevanten Geschlechtsunterschiede gibt. Noch bemerkenswerter ist aber der Befund, dass weder die Schulbildung noch die Sozialschicht empirisch signifikant für eine Variation des Übergewichts verantwortlich zu sein scheinen. Auch die regionale Herkunft spielt in diesem Zusammenhang keine Rolle. Dieser Befund widerspricht damit der theoretischen Erwartung mancher Sozialwissenschaftler und -mediziner, dass sich durch das „Hineinwachsen“ immer besser gebildeter Kohorten in die Generation der „Alten“ das Gesundheitsverhalten unter dem Aspekt der Ernährung zunehmend verbessern werde. Selbstkontrolle als Faktor psychischer Hygiene mit erheblichem Einfluss auf salutogenes Verhalten in der Ernährung wird, was die Bedingungen ihres Zustandekommens betrifft, noch zu erforschen sein. Gesundheitspolitisch und gesundheitsökonomisch ist die Bedeutung kontrollierter Lebensführung kaum zu überschätzen.

Auch die Hoffnung, der zweite zentrale Risikofaktor, das Rauchen, werde allmählich durch ein vernünftigeres Gesundheitsverhalten reduziert, kann derzeit durch Daten nicht gestützt werden. Das Gegenteil ist der Fall.

Die Raucherquote nimmt ständig zu, ganz besonders bei den Frauen. Auch in Bezug auf das Rauchen können in un-

serer Studie keine Schulbildungseffekte festgestellt werden.

Deutlich macht sich dagegen das Alter im Zusammenhang mit dem Rauchen bemerkbar. Man ist umso eher Nichtraucher/in, je älter man ist. Bei den Frauen ist dies in erster Linie ein historischer Effekt: Früher war es weniger üblich, dass Frauen rauchten. Bei den Männern kommt der Alterseffekt viel stärker zustande, dass sie mit wachsendem Alter zunehmend das Rauchen aufgeben.

Als dritter Hauptrisikofaktor für die chronisch-degenerativen Erkrankungen des höheren Lebensalters wird in der einschlägigen Literatur der Bewegungsmangel genannt. Dieser ist erwartungsgemäß umso häufiger zu beobachten, je älter man ist. So kommen 48 Prozent der 50–59-Jährigen und 83 Prozent der Menschen ab 75 nie durch sportliche Bewegung ins Schwitzen.

Anders als beim Übergewicht und beim Rauchen spielt in Bezug auf die körperliche Betätigung die Schulbildung eine Rolle. Sowohl bei der Häufigkeit als auch im Hinblick auf die Intensität der Bewegung ist mit dem Schulbildungsniveau eine markante Zunahme zu konstatieren. Die Annahme, dass hier die in Kindheit und Jugend empfangenen Einwirkungen schulisch-institutioneller Art im späten Leben Einfluss bewahren, legt sich jedenfalls nahe. Dem Muster des Einflusses der Schulbildung entspricht auch die Schichtabhängigkeit der körperlichen Betätigung. Nur 30 Prozent der obersten Schicht, aber 75 Prozent der untersten Schicht sind körperlich inaktiv.

Während sich 24 Prozent der Menschen ab 50 als Zigarettenraucher und 40 Prozent als stark oder sehr stark übergewichtig (BMI größer als 27) zu erkennen gaben, war bei 10 Prozent eine Kumulation (also das gleichzeitige Auftreten) der beiden Risikofaktoren zu vermerken. Bei 6 Prozent war auch noch zusätzlich Bewegungsmangel gegeben.

Gesundheit und neue Lebensperspektiven

Welche Einsichten lassen sich aus unseren empirischen Daten zur Psychosomatik der Gesundheit im höheren Alter gewinnen? Erstens beeindruckt die starke allgemeine Sozialschichtabhängigkeit von Gesundheit, Lebensperspektiven, Lebensbeurteilungen und Grundchancen.

Ältere Menschen leben sehr deutlich schichtabhängig. Die jeweils verfügbaren ökonomischen und sozialen Ressourcen und die Bildung spielen für die Gesundheit der Individuen eine zentrale, wenn auch im Hinblick auf verschiedene Gesundheitsprobleme verschiedene Rolle.

Eine zweite Einsicht zeigt: Es gibt trotz dieser sozio-ökonomischen Bedingungen interne Faktoren, die eine gewisse Schichtunabhängigkeit zeigen und auf Zusammenhänge über die Bedingungen von Einkommen und Bildung hinaus hinweisen.

Wir müssen bei unseren sozialwissenschaftlichen und sozialmedizinischen Analysen und den Folgerungen für die Lebensformen darauf achten, inwieweit diese zerstörerisch oder blockierend wirken. Hierzu ist herauszuheben: Je einsamer Menschen sich fühlen, desto geringer ist ihre Zukunftszuversicht. Je einsamer sie sich beurteilen, desto negativer ist ihre Selbsteinschätzung, desto geringer ist auch die Beurteilung der eigenen Ausdauer. Sozialintegration hat einen bestimmenden Einfluss auf die Gesundheit.

Lebensführung „emanzipiert“ sich teilweise von den sozialökonomischen Verhältnissen. Sie gewinnt dadurch politische Bedeutung. Aus Handlungsweisen von Individuen entstehen Typen gesellschaftlicher Lebensformen und sozialer wie kultureller Partizipation. Befunde über Informiertheit, Handlungsbereitschaft, Wachheit, Überwindung depressiver Haltungen, Selbstvertrauen, Zukunftssicht gewinnen an Erklärungsmacht und Interpretationskapazität für Gesundheit als „Kapazität“.

Durch den ökonomisch-gesellschaftlichen Wandel eines halben Jahrhunderts konnte zu Beginn des 21. Jahrhunderts eine „Emanzipation“ des Alters um sich greifen. Sie ist teilweise schon beobachtbar, teilweise noch utopisches Konstrukt. Jedenfalls entsteht mehr und mehr eine Eigenkraft individueller und gesellschaftlicher Gestaltung, die über die Bedingungen der sozialen Lebenslagen hinausgeht.

Fähigkeit zur Selbstbestimmung

In der Fähigkeit zur Selbstbestimmung liegt ein entscheidender Faktor für eine befriedigende Lebensführung im Alter. Hans Strotzka formulierte dies in seinem Werk *Fairness, Verantwortung und Phantasie* (Wien 1983) so, dass wir nicht leben können, „wenn wir der Irrationalität nicht einen gewissen Spielraum lassen“. So verstehen wir auch besser, dass Gesundheit kein Ziel an sich, sondern ein Mittel ist, um Ziele und Zustände zu erreichen und um innerlich bejahte Wege gehen zu können. Gesundheit als Kapazität bereitet den Weg zur Erschließung der Spannkraft. Diese ermöglicht es, das späte Leben entscheidend selbst zu bestimmen. Eine Eigenkraft individueller und gesellschaftlicher Gestaltung bildet sich heraus und fördert ihrerseits Gesundheit als Kapazität.

Medizinische Forschung und Therapie und wohl auch die sich langsam durchsetzenden Werte und Erfahrungen tragen zu prophylaktischen und rehabilitativen Konzepten und Maßnahmen bei. Für die Generationen der Älteren und Alten wird nun eine größere Handlungsfähigkeit sichtbar. Die älteren und alten Menschen der Zukunft werden sich nicht mehr bloß auf das Gegensteuern nach Erkrankungen verlassen können.

Lebensentwicklung als der dem Altern gegenläufige Prozess dürfte nicht mehr als gehobene Form der „Resteverwer-

tung“ unter optimierenden Bedingungen aufgefasst werden. *Selbststeuerung* wird zu einer Fähigkeit, die für die Lebenszufriedenheit im Alter zentral ist. Wo der Einfluss auf die eigene Befindlichkeit vorwiegend als von anderen bzw. von *außen* kommend empfunden und beurteilt wird und die Selbstbestimmung gering ist, herrscht nach unseren Daten auch eine geringe Lebenszufriedenheit. Bei stärkerer Außenbestimmtheit wird die gesundheitliche Beeinträchtigung stärker gefühlt als bei der Selbstbestimmtheit.

Kooperative Gruppeneinflüsse müssten also darum bemüht sein, Aktivierung in der Form zu erreichen, dass bei den Betroffenen eine Verlagerung des Steuerungsbewusstseins nach innen erfolgt. Der „locus of control“ muss im Subjekt verbleiben bzw. dort begründet werden, soll die Lebenszufriedenheit steigen oder wenigstens erhalten bleiben.

Die Person, die gruppenmäßig „integriert“ wird, sollte das Gefühl entwickeln können, dass sie selber den Prozess der Integration mit bestimmt. Überall dort, wo älteren Personen mehr *Autonomie* zugebilligt wird, zeigt sich, dass sie aktiver über ihr Leben zu verfügen beginnen. Sie fühlen sich freier und gestalten ihr Leben, wenn auch mit Schwierigkeiten, so doch mit mehr Zuversicht. Weil sie sich unabhängiger fühlen, gewinnen sie an Selbstsicherheit und vermögen feinere Unterschiede für ihre Entscheidungen zu berücksichtigen. Das kommt der Gesunderhaltung zugute.

Bewältigen, „Coping“, so wichtig es ist, kann als notwendige, aber keinesfalls als zureichende Bedingung gelten, um Sinngebung zu gewährleisten. Neuere theoretische Vorstellungen zum „Coping“-Begriff weisen nach Ursula Lehr ja auch in diese Richtung. „Sinn“ und Selbstwirksamkeit sind eng verbunden. „Selbstwirksamkeit“, Wirken des „locus of control“ im Subjekt, vermag zu einem erhöhten Gefühl der Tätigkeit zu führen. Tätigkeit wiederum – besonders die sinnbewusste, nicht jedes „Hobby“ – wird als Stützung des Selbstwertgefühls wirksam. Dadurch lässt

sich eine von Reduzieren und Kompensieren verschiedene Linie finden, nämlich eine auf Sinngebung und selbstgewähltes Handeln zielende. Sie verweist über die Selbstgestaltung auf eine aufbauende psychisch-geistige Entwicklung. Die Gesunderhaltung im Sinne des Aufbaus von Kapazität ist Teil dieser Entwicklung. Aber Zielstellungen müssen zu Antriebskräften werden.

Sinnverständnis und Konzentration als Aufgaben des späten Lebens

Im Zusammenhang mit der von ihm als lebensnotwendig angesprochenen *Selektivität*, ohne die sich Selbstwirksamkeit nicht herausbilden kann, sprach der Philosoph Max Scheler vom Ziel eines „gehobenen Sammlungs-niveaus“. Lebensführung in der Spätphase der Existenz verlange erhöhte Konzentration, nicht bloß Reduktion von Tätigkeiten. Man verdiene das Alter nicht, indem man sich zurückziehe oder es nur als Wechsel zu einer strengeren und anspruchsvolleren Form von Leistung auffasse. „Der nicht jede Gelegenheit ergreift – damit beginnt der Mensch“, so Elias Canetti zur Charakterisierung von Selektivität.

Bewusstsein sei intentional, schrieb Edmund Husserl. Daher könne es sich intensiv zielklärend und „ziel-innig“ entwickeln. Bewusstsein wird von der „Hinwendung des achtenden Blickes auf das vordem Unbeachtete“ gelenkt. Zum „cogito“, dem Urprozess denkenden Erfassens, gehört nach Husserl ein ihm immanenter „wollender Blick auf“. Intentionalität kann durch „Achtsamkeit“ auch die Brüche und Einbrüche des Alterns, die entropieanalogen Kollapse überdauern. Allerdings muss dabei – wie Henri Bergson vom modernen Menschen forderte – um Bewusstseinsvertiefung gekämpft werden.

Eine Bereitschaft zu ständigem psychologischen „He-

rummodelln“ an sich selbst müsse entstehen. Darin sieht der Philosoph Richard Rorty eine Vorbedingung für Entwicklungschancen im Leben. An sich herummodelln muss man wohl bis zum Schluss, will man nicht „veralten“ oder unter das Diktat von Abbau und Reduktion, Ordnungsverlust und Dekompensation geraten.

Durch neue Forschungen konnten wir zeigen, dass hiezu auch das eigene Sinn-Verständnis erforderlich ist. In der *Selbstklärung* darüber, welche lebensfördernden Folgen eine bestimmte Zielsetzung haben kann, wird bereits Sinn gesucht. Sowohl bei niedriger als auch bei hoher Bildung hebt die *Selbstwirksamkeit* das Niveau der Zufriedenheit im Maße der eigenen Aktivität.

Bildung und das Gefühl, sich selber zu steuern, stellen Faktoren dar, die die Qualität des eigenen Handelns erhöhen. Wer ein geklärtes Steuerungsbewusstsein hat, so zeigen uns die Ergebnisse unserer empirischen Forschungen, wer „weiß, was er will“ und danach auch handelt, dem ist auch die Gesundheitsvorsorge wichtig. Wem Vorsorge wichtig ist, der ist besser über die öffentlichen Dienstleistungen auf dem Gesundheitssektor informiert. Wer darüber mehr weiß, sucht auch noch zusätzlich nach Beratungen. Wir können geradezu von Kettengliedern eines umfassenden Zusammenhangs sprechen.

Um das Altern heute zu verstehen, ist es wichtig, nach der inneren Zustimmung der Einzelnen zu ihrem eigenen Tun zu fragen und schließlich durch Organisationsformen auf verschiedenen Ebenen, von Vereinen und Gemeinden aufsteigend zu regionalen, von den Ländern getragenen Initiativen, durch Angebote „Freiheiten zu gestalten“.

In den letzten 30 Jahren ist die Individualisierung in der Lebensgestaltung enorm gewachsen, sie hat gesellschaftlich neue Freiheitsbereiche, aber auch Unsicherheiten und neue Risiken mit sich gebracht. Umso mehr ist die hier in ihrer Wirksamkeit dargestellte Selbstklärung gefordert,

auch die Förderung eines Narzissmus, der Ideale hervorzuheben vermag. Ohne diese vermag keine Gesellschaft, auch die postmoderne nicht, die dringend notwendigen kulturellen Entwicklungen z. B. der Generationenintegration, der Selbstverantwortung usw. zu leisten. Sie ist ein entscheidender Teil im Verstärken der Selbstwirksamkeit. Und auf diesem Weg begünstigt sie auch die Stärkung bzw. Neugewinnung von gesundheitsförderndem Verhalten.

Anmerkungen

¹ Der Text dieses Abschnittes ist eine Überarbeitung der Zusammenfassung des Forschungsberichtes an das österreichische Ministerium für Gesundheit und Frauen, geleitet von Frau Bundesminister Maria Rauch-Kallat. Der gesamte Forschungsbericht entstand in Kooperation mit Prof. Dr. Gerhard Majce, Institut für Soziologie der Universität Wien, der die Datenauswertung durchführte.