



World Health
Organization

ZUSAMMENFASSUNG

WELTBERICHT
ÜBER
**ALTERN
UND
GESUNDHEIT**



World Health
Organization

ZUSAMMENFASSUNG

WELTBERICHT
ÜBER
**ALTERN
UND
GESUNDHEIT**

Summary. World report on ageing and health

© **World Health Organization 2016**

All rights reserved.

Requests for permission to reproduce WHO publications –whether for sale or for noncommercial distribution– should be addressed to WHO Press through the WHO website (www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

This translation in German was provided by the German Translation Section of the United Nations, which is solely responsible for the quality and faithfulness of the German translation. In the event of any inconsistency between the English and the German edition, the original English edition shall be the binding and authentic edition.

In Zeiten unberechenbarer Herausforderungen für die Gesundheit – aufgrund des Klimawandels, neuer Infektionskrankheiten oder der nächsten Mikrobe, die Arzneimitteln gegenüber resistent wird – ist ein Trend ganz klar: Überall auf der Welt altert die Bevölkerung, und dies immer schneller. Zum ersten Mal in der Geschichte können die meisten Menschen damit rechnen, 60 Jahre und älter zu werden. Dies hat tiefgreifende Auswirkungen auf die Gesundheit, die Gesundheitssysteme und deren Haushalte, aber auch auf die im Gesundheitswesen beschäftigten Arbeitskräfte.



Ebenso tiefgreifend sind die Änderungen, die der *Weltbericht über Altern und Gesundheit* in Bezug auf die Konzeption gesundheitspolitischer Maßnahmen und die Erbringung von Dienstleistungen für eine alternde Bevölkerung empfiehlt, um diesen Herausforderungen zu begegnen. Die Empfehlungen in dem Bericht stützen sich auf die neuesten Erkenntnisse zum Prozess des Alterns und zeigen, dass viele der gängigen Vorstellungen und Annahmen über ältere Menschen auf überholten Stereotypen beruhen.

Die Daten zeigen, dass der in der Regel mit dem Altern assoziierte Verlust von Fähigkeiten nur bedingt im Zusammenhang mit dem chronologischen Alter einer Person steht. Den „typischen“ älteren Menschen gibt es nicht. Die Vielfalt an Fähigkeiten und Gesundheitsbedürfnissen älterer Menschen entsteht nicht zufällig, sondern hat ihre Wurzeln in Ereignissen im Lebensverlauf, die oft modifiziert werden können, was die Bedeutung eines auf den Lebensverlauf abstellenden Ansatzes unterstreicht. Obschon die meisten älteren Menschen irgendwann unter verschiedenen gesundheitlichen Problemen leiden werden, bedeutet ein höheres Alter nicht zwangsläufig Abhängigkeit. Zudem hat das Altern, anders als allgemein angenommen, einen weitaus geringeren Einfluss auf die Ausgaben im Gesundheitswesen als andere Faktoren - wie zum Beispiel die hohen Kosten neuer medizinischer Technologien.

Gestützt auf diese Erkenntnisse soll der Bericht die Diskussion über die bestmögliche Antwort des öffentlichen Gesundheitswesens auf das Altern der Bevölkerung in einen neuen und wesentlich umfassenderen Handlungsrahmen stellen.

Die Botschaft ist insgesamt positiv: Sind die richtigen Maßnahmen und Dienstleistungen vorhanden, kann die Alterung der Bevölkerung für den einzelnen Menschen wie für die Gesellschaft als eine große neue Chance angesehen werden. Der so entstehende Handlungsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit bietet ein breites Spektrum konkreter Maßnahmen, die zur Anwendung in Ländern auf allen Ebenen der wirtschaftlichen Entwicklung angepasst werden können.

Mit der Festlegung dieses Handlungsrahmens unterstreicht der Bericht, dass gesundes Altern mehr ist als die bloße Abwesenheit von Krankheit. Für die meisten älteren Menschen steht die Aufrechterhaltung ihrer funktionalen Fähigkeit an oberster Stelle. Es sind jedoch nicht die Ausgaben zur Stärkung dieser funktionalen Fähigkeit, die einer Gesellschaft die höchsten Kosten verursachen, sondern die Vorteile, die uns entgehen können, wenn wir es versäumen, die richtigen Anpassungen und Investitionen vorzunehmen. Der empfohlene gesellschaftliche Ansatz zur Bevölkerungsalterung, der auch das Ziel der Schaffung einer altersfreundlichen Welt umfasst, erfordert eine Umgestaltung der Gesundheitssysteme weg von krankheitsorientierten kurativen Modellen hin zu einer integrierten Versorgung, bei der die Bedürfnisse älterer Menschen im Mittelpunkt stehen.

Die Empfehlungen des Berichts sind empirisch fundiert, umfassend und zukunftsgerichtet, aber auch außerordentlich praktisch. Immer wieder zeigen Erfahrungsbeispiele aus verschiedenen Ländern, wie konkrete Probleme durch innovative Lösungen angegangen werden können. Der Bericht beleuchtet unter anderem Strategien für die Erbringung umfassender und personenbezogener Dienstleistungen ebenso wie politische Maßnahmen, die älteren Menschen ein sicheres und komfortables Leben ermöglichen, wie auch Wege zur Behebung von Problemen und Ungerechtigkeiten, mit denen die gegenwärtigen Systeme für Langzeitpflege behaftet sind.

Meiner Ansicht nach kann der *Weltbericht über Altern und Gesundheit* eine grundlegende Veränderung bewirken, wie politische Entscheidungsträger und Dienstleister das Altern der Bevölkerung wahrnehmen – und wie sie planen, das Beste daraus zu machen.



Dr. Margaret Chan
Generaldirektorin
Weltgesundheitsorganisation

Einleitung

Zum ersten Mal in der Geschichte können Menschen heute damit rechnen, 60 Jahre und älter zu werden (1). In Verbindung mit einem deutlichen Rückgang der Geburtenraten führt die gesteigerte Lebenserwartung dazu, dass die Bevölkerung überall auf der Welt rasch altert.

Diese Änderungen sind dramatisch und haben tiefgreifende Auswirkungen. Ein 2015 in Brasilien oder Myanmar geborenes Kind hat heute eine um 20 Jahre höhere Lebenserwartung als noch vor 50 Jahren. In der Islamischen Republik Iran war 2015 nur etwa ein Zehntel der Bevölkerung älter als 60 Jahre. In nur 35 Jahren wird es schon rund ein Drittel sein. Auch schreitet die Bevölkerungsalterung wesentlich rascher voran als in der Vergangenheit.

Ein längeres Leben ist eine unglaublich wertvolle Ressource (2). Es bietet die Möglichkeit, nicht nur das Alter selbst, sondern den gesamten Lebensablauf zu überdenken. So ist heute in vielen Teilen der Welt das Leben in eine Abfolge streng getrennter Abschnitte eingeteilt: frühe Kindheit, Schul- und Ausbildungszeit, ein Erwerbsleben von fester Dauer und anschließend der Ruhestand. Diese Sichtweise geht oft davon aus, dass die zusätzlichen Jahre einfach die letzte Lebensphase verlängern und so einen längeren Ruhestand ermöglichen. Jetzt, da immer mehr Menschen ein höheres Alter erreichen, zeigt sich jedoch, dass viele diese strikte Festlegung der Lebensabschnitte in Frage stellen. Sie möchten die zusätzlichen Jahre lieber anders verbringen, beispielsweise mit Weiterbildung oder einem neuen Beruf oder indem sie einem lange vernachlässigten Interesse nachgehen. Hinzu kommt, dass junge Menschen aufgrund der höheren Lebenserwartung ihr Leben anders planen können, indem sie beispielsweise eine berufliche Laufbahn später beginnen oder in jüngeren Jahren mehr Zeit damit verbringen, Kinder großzuziehen.

Welche Chancen sich aus der längeren Lebenszeit ergeben, hängt jedoch entscheidend von einem wesentlichen Faktor ab: der Gesundheit. Menschen, die diese zusätzlichen Lebensjahre in guter Gesundheit verbringen, werden sich in ihrer Fähigkeit, die Dinge zu tun, die ihnen wichtig sind, kaum von jüngeren Menschen unterscheiden. Werden diese zusätzlichen Jahre jedoch vom Nachlassen körperlicher und geistiger Kapazität dominiert, so ergeben sich weitaus negativere Implikationen für den älteren Menschen und für die Gesellschaft.

Zwar wird oft angenommen, dass eine längere Lebenszeit mit einer längeren Zeit in guter Gesundheit einhergeht, doch deutet wenig darauf hin, dass ältere Menschen heute gesünder sind als es ihre Eltern im gleichen Alter waren.

Ein hohes Alter muss jedoch nicht zwangsläufig im Zeichen schlechter Gesundheit stehen. Die meisten Gesundheitsprobleme älterer Menschen stehen im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen, vor allem nichtübertragbaren Krankheiten. Viele dieser Krankheiten lassen sich durch gesunde Verhaltensweisen vermeiden oder verzögern. Andere gesundheitliche Probleme können erfolgreich behandelt werden, vor allem wenn sie früh genug entdeckt werden. Und selbst bei Menschen mit nachlassender Kapazität kann ein stützendes Umfeld ein Leben in Würde mit fortdauernder persönlicher Entwicklung gewährleisten. Von diesem Ideal ist die Welt jedoch noch sehr weit entfernt.

Die Alterung der Bevölkerung erfordert somit umfassende Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens, doch ist die Debatte darüber, was dies im Einzelnen umfassen könnte, noch recht eng, und empirische Erkenntnisse zu solchen Maßnahmen gibt es kaum (3, 4). Das heißt jedoch nicht, dass es gegenwärtig nichts zu tun gäbe. Tatsächlich besteht dringender Handlungsbedarf. Der vorliegende Bericht untersucht im Einzelnen, was wir über Gesundheit und Altern wissen, und er schafft einen strategischen Handlungsrahmen für Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens mit einer Auswahl praktischer nächster Schritte, die zur Anwendung in Ländern aller wirtschaftlichen Entwicklungsstufen angepasst werden können.

Dabei behandelt der Bericht die altersbedingten Veränderungen im Kontext des gesamten Lebensverlaufs. Doch angesichts der speziellen Probleme, die im fortgeschrittenen Alter auftreten, und der begrenzten Aufmerksamkeit, die dieser Lebensperiode traditionell gewidmet wird, konzentriert sich der Bericht auf die zweite Lebenshälfte.

Die Wahrnehmung von Gesundheit und Alter verändern

Eine der Herausforderungen bei der Entwicklung einer umfassenden Antwort auf das Altern der Bevölkerung besteht darin, dass viele der gängigen Wahrnehmungen und Annahmen zu älteren Menschen auf überholten Stereotypen beruhen. Dies schränkt ein, wie wir Probleme erfassen und welche Fragen wir stellen, und es begrenzt unsere Fähigkeit, innovative Chancen zu nutzen (5). Alles spricht dafür, dass neue Perspektiven erforderlich sind.

Den typischen älteren Menschen gibt es nicht

Ältere Bevölkerungsgruppen sind äußerst heterogen. So ist die körperliche und geistige Kapazität mancher Achtzigjähriger durchaus mit der vieler Zwanzigjähriger vergleichbar. Politische Maßnahmen müssen so konzipiert werden, dass sie möglichst vielen Menschen einen so positiven Verlauf des Alterungsprozesses ermöglichen. Sie müssen außerdem die zahlreichen Barrieren abbauen, die die

Möglichkeiten älterer Menschen beschränken, weiter an der Gesellschaft teilzuhaben und zu ihr beizutragen. Bei zahlreichen Menschen kommt es jedoch schon sehr viel früher zu einem deutlichen Nachlassen der Kapazität. So benötigen beispielsweise manche Sechzigjährige Hilfe bei der Durchführung einfacher Tätigkeiten. Umfassende Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens zur Reaktion auf die Bevölkerungsalterung müssen auch die Bedürfnisse dieser Menschen berücksichtigen.

Die Förderung der Fähigkeiten und die Erfüllung der Bedürfnisse so heterogener Bevölkerungsgruppen kann zu einer scheinbar unzusammenhängenden und möglicherweise sogar über verschiedene und konkurrierende staatliche Stellen durchgeführten Politik führen. Dennoch sind die vielfältigen Bedürfnisse älterer Menschen idealerweise als Kontinuum der Alltagsfunktion anzusehen, und umfassende politische Maßnahmen sollten in der Lage sein, diese unterschiedlichen Schwerpunkte in ein kohärentes Porträt des Alterns zusammenzuführen.

Die Vielfalt im Alter ist kein Zufall

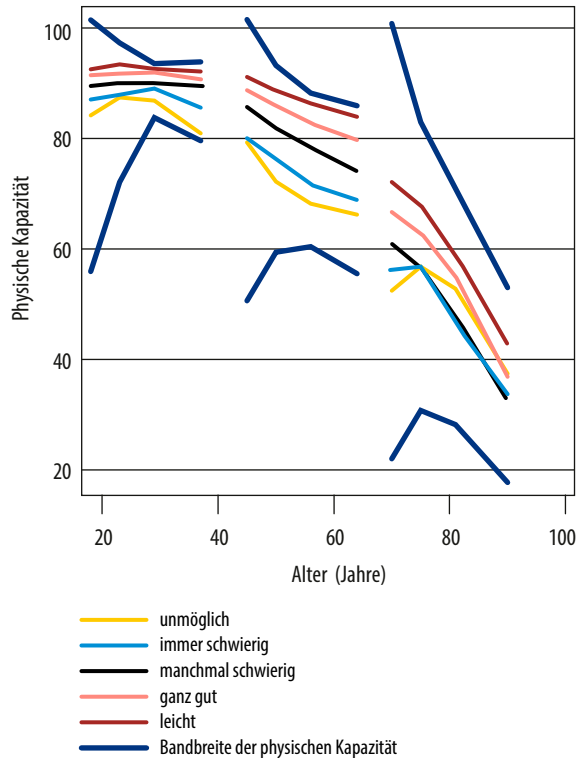
Die Vielfalt im Alter ist zwar zum Teil genetisch bedingt (6), doch ist sie vor allem eine Folge des physischen und sozialen Lebensumfelds. Dazu gehören die Wohnungen, Wohnviertel und Gemeinschaften, in denen wir leben und die sich direkt oder über die Barrieren oder Anreize, die unsere Chancen, Entscheidungen und Verhaltensweisen beeinflussen, auf unsere Gesundheit auswirken können.

Die Beziehungen zu unserem Umfeld stehen auch unter dem Einfluss zahlreicher individueller Faktoren, darunter die Geburtsfamilie, das Geschlecht und die ethnische Zugehörigkeit. Die Einflüsse des Umfelds werden durch diese Faktoren oft stark verzerrt, was zu gesundheitlicher Ungleichheit und, wo diese unfair und vermeidbar ist, auch zu Benachteiligungen führt (7). Tatsächlich ist die enorme Bandbreite der bei älteren Menschen vorhandenen Kapazitäten und Umstände wohl zu einem erheblichen Teil auf die kumulative Wirkung dieser gesundheitlichen Benachteiligungen im Lebensverlauf zurückzuführen (8).

Diese Trends werden in [Abb. 1](#) sichtbar, die anhand von Daten aus der Australischen Langzeitstudie über Frauengesundheit Entwicklungen der physischen Kapazität im Lebensverlauf zeigt (9). Dabei wird die große Bandbreite der physischen Kapazität im Alter (sichtbar durch die dunklen Linien oben und unten in der Abbildung) deutlich. In der Abbildung wird die Kohorte jedoch auch nach der Angemessenheit des Einkommens in Quintile eingeteilt. Je angemessener das Einkommen ist, desto höher ist auch der in jüngeren Jahren erreichte Höchstwert der durchschnittlichen physischen Kapazität; eine Disparität, die sich tendenziell durch den gesamten Lebensverlauf zieht.

Aus diesen Mustern ergeben sich wichtige Konsequenzen für die Politikentwicklung, denn die Menschen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt die größten gesundheitlichen Bedürfnisse haben, verfügen mitunter auch über die geringsten Ressourcen, um diesen Bedürfnissen Rechnung zu tragen. Politische Maßnahmen müssen so konzipiert werden, dass sie diese Benachteiligungen nicht verstärken, sondern vielmehr überwinden.

Abb. 1. Physische Kapazität im Lebensverlauf, aufgeschlüsselt nach der Fähigkeit, mit dem derzeitigen Einkommen auszukommen



Quelle: G Peeters, J Beard, D Deeg, L Tooth, WJ Brown, A Dobson; unveröffentlichte Analyse aus der Australian Longitudinal Study on Women's Health.

Alter ist nicht mit Abhängigkeit gleichzusetzen

Den typischen älteren Menschen gibt es zwar nicht, doch kann die oft klischeehafte Wahrnehmung älterer Menschen in der Gesellschaft dazu führen, dass einzelne Menschen oder Gruppen allein aufgrund des Alters diskriminiert werden. Diese sogenannte Altersdiskriminierung ist heute möglicherweise noch stärker verbreitet als Sexismus oder Rassismus (10, 11). Eine besonders weit verbreitete stereotype Sicht älterer Menschen ist, dass sie abhängig sind oder eine Belastung darstellen. Dies kann bei der Politikgestaltung zu der Annahme führen, dass Ausgaben für ältere Menschen die Wirtschaft nur belasten und daher gekürzt werden sollten.

Altersbezogene Abhängigkeitshypothesen übergehen die zahlreichen Beiträge, die ältere Menschen zur Wirtschaft leisten. So ergab eine Studie aus dem Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland aus dem Jahr 2011 nach Verrechnung der Kosten für Renten, Sozialfürsorge und Gesundheitsversorgung mit den Beiträgen aus Steuern, Konsumausgaben und anderen wirtschaftlich wertvollen Tätigkeiten, dass ältere Menschen einen gesellschaftlichen Nettobeitrag von

schätzungsweise fast 40 Milliarden Pfund leisteten; ein Betrag, der bis 2030 auf 77 Milliarden Pfund ansteigen wird (12).

Für Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen liegen weniger Daten vor, doch ist auch dort der Beitrag älterer Menschen signifikant. So liegt beispielsweise in Kenia das Durchschnittsalter von Kleinbauern bei über 60 Jahren. Älteren Menschen kommt daher bei der Gewährleistung der Ernährungssicherung in Kenia und anderen Teilen Afrikas südlich der Sahara möglicherweise eine entscheidende Rolle zu (13). Auch bei der Unterstützung anderer Generationen sind ältere Menschen unverzichtbar. So sind beispielsweise in Sambia etwa ein Drittel der älteren Frauen Hauptversorgerinnen und -betreuerinnen von Enkelkindern, deren Eltern entweder Opfer der HIV-Epidemie wurden oder Arbeitsmigranten sind.

Darüber hinaus leisten ältere Menschen unabhängig vom sozioökonomischen Kontext vielfältige Beiträge, die sich wirtschaftlich schwer erfassen lassen, beispielsweise wenn sie in Krisenzeiten emotionale Unterstützung leisten oder bei schwierigen Problemen als Berater dienen. Politische Maßnahmen sollten so konzipiert werden, dass die Fähigkeit älterer Menschen, diese vielfältigen Beiträge zu leisten, gestärkt wird.

Durch die Bevölkerungsalterung werden die Kosten der Gesundheitsversorgung steigen, jedoch nicht so stark wie erwartet

Einer weiteren gängigen Annahme zufolge führen die wachsenden Bedürfnisse älterer Bevölkerungsgruppen zu einer untragbaren Kostensteigerung im Gesundheitswesen. In der Realität ist das Bild jedoch alles andere als klar.

Ein höheres Alter geht zwar im Allgemeinen mit wachsenden gesundheitlichen Bedürfnissen einher; der Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen und Ausgaben ist jedoch variabel (14-17). Tatsächlich gehen die Pro-Kopf-Ausgaben für die Gesundheitsversorgung in einigen Ländern mit hohem Einkommen für Menschen ab etwa 75 Jahren deutlich zurück, während die Ausgaben für Langzeitpflege steigen (18-20). Da immer mehr Menschen ein sehr hohes Alter erreichen, lässt sich die Kosteninflation im Gesundheitswesen also eindämmen, wenn man Menschen in die Lage versetzt, ein langes und gesundes Leben zu führen.

Der Zusammenhang zwischen Alter und Gesundheitskosten wird auch vom Gesundheitssystem selbst stark beeinflusst (21). Dies ist vermutlich Ausdruck von Unterschieden in den Leistungssystemen, den Anreizen, den Interventionskonzepten für gebrechliche ältere Menschen und den kulturellen Normen, die insbesondere die allerletzte Lebensphase betreffen.

Tatsächlich entstehen, unabhängig vom Lebensalter, die höchsten Gesundheitskosten in den letzten ein oder zwei Lebensjahren (22). Doch auch bei diesem Zusammenhang gibt es zwischen Ländern große Unterschiede. So entfallen etwa 10 Prozent aller Gesundheitsausgaben in Australien und den Niederlanden und etwa 22 Prozent in den Vereinigten Staaten von Amerika auf die Pflege von Men-

schen in ihrem letzten Lebensjahr (23-25). Auch die mit den letzten Lebensjahren verbundenen höheren Kosten sind in den ältesten Altersgruppen offenbar niedriger als in jüngeren Altersgruppen.

Wenn auch noch wesentlich mehr Daten benötigt werden, so ist damit doch jede Prognose der künftigen Gesundheitskosten aufgrund der Altersstruktur der Bevölkerung fragwürdig. Dies bestätigen historische Analysen, denen zufolge die Gesundheitsausgaben weit weniger durch das Altern als durch verschiedene andere Faktoren beeinflusst werden. So waren beispielsweise in den Vereinigten Staaten zwischen 1940 und 1990 (einem Zeitraum, in dem die Bevölkerung deutlich rascher alterte als danach) offenbar nur 2 Prozent des Anstiegs der Gesundheitsausgaben auf die Alterung, hingegen zwischen 38 und 65 Prozent auf technologische Veränderungen zurückzuführen (19).

Die Siebzigjährigen sind nicht die neuen Sechzigjährigen, sie könnten es aber sein

Eine Annahme, die den allgemein negativen und falschen Vorstellungen im Zusammenhang mit der Alterung entgegensteht, ist die, dass ältere Menschen heute gesünder sind, als es ihre Eltern oder Großeltern waren. Die entsprechende Aussage „die Siebzigjährigen sind die neuen Sechzigjährigen“ klingt zwar zunächst positiv, hat jedoch einen Haken. Sind nämlich die Siebzigjährigen heute genauso gesund wie früher die Sechzigjährigen, so ließe sich folgern, dass die Siebzigjährigen heute besser allein zurechtkommen und damit weniger politisches Handeln erforderlich ist, um sie zu unterstützen.

Zwar gibt es deutliche Anhaltspunkte, dass ältere Menschen länger leben, vor allem in Ländern mit hohem Einkommen, doch ist unklar, wie es sich mit der Lebensqualität in diesen zusätzlichen Jahren verhält (26). Diesbezügliche Forschungsergebnisse fallen sowohl innerhalb von Ländern als auch im Ländervergleich sehr unterschiedlich aus (27-35). Auch können innerhalb von verschiedenen Untergruppen einer Bevölkerung sehr unterschiedliche Trends auftreten (36, 37).

Eine WHO-Analyse der zwischen 1916 und 1958 geborenen Teilnehmer mehrerer großer Langzeitstudien legt nahe, dass die Häufigkeit schwerer Behinderungen (bei denen die Hilfe einer anderen Person für einfache Aktivitäten wie Nahrungsaufnahme und Waschen erforderlich ist) möglicherweise leicht zurückgegangen ist, die Häufigkeit weniger schwerer Behinderungen sich jedoch nicht wesentlich verändert hat (38).

Darüber hinaus haben sich Forschungsarbeiten unabhängig vom Kontext im Allgemeinen lediglich mit dem erheblichen Nachlassen der Kapazität beschäftigt, das gewöhnlich in den letzten Lebensjahren auftritt. Da dieses Nachlassen in der Regel viel früher einsetzt, ist noch immer weitgehend unbekannt, wie es verglichen mit früheren Generationen um die intrinsische Kapazität von Menschen steht, die noch 10 bis 20 Jahre zu leben haben.

Auch wenn die Siebzigjährigen offenbar noch nicht die neuen Sechzigjährigen sind, spricht nichts dagegen, dass dies in der Zukunft so sein könnte. Doch um dies zu erreichen, sind wesentlich besser abgestimmte Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens zur Alterung erforderlich.

Der Blick nach vorn und nicht zurück richten

Parallel zur Alterung der Bevölkerung vollziehen sich zahlreiche weitere grundlegende gesellschaftliche Veränderungen. Zusammengenommen bedeuten sie, dass das Altern in der Zukunft völlig anders sein wird als in früheren Generationen.

So waren beispielsweise die Verstädterung und die Globalisierung von zunehmender Migration und Deregulierung der Arbeitsmärkte begleitet (39, 40). Älteren Menschen mit gesuchten Fähigkeiten und finanzieller Flexibilität bieten diese Veränderungen neue Chancen. Andere hingegen müssen mitansehen, wie jüngere Generationen in Wachstumsgebiete abwandern, während sie ohne die Familienstrukturen und sozialen Sicherheitsnetze, die ihnen traditionell Unterstützung boten, in ärmeren ländlichen Gebieten zurückbleiben.

Auch die festen Geschlechterrollen ändern sich in vielen Teilen der Welt. Eine Schlüsselrolle der Frau war die einer Betreuungsperson – für Kinder wie für ältere Verwandte. Dies schränkte die Erwerbsbeteiligung der Frauen ein, was später im Leben zahlreiche negative Folgen für sie hatte, darunter ein größeres Armutsrisiko, ein schlechterer Zugang zu hochwertiger Gesundheitsversorgung und sozialen Betreuungsdiensten, ein höheres Risiko von Missbrauch, gesundheitliche Probleme und ein eingeschränkter Zugang zu Altersversorgung. Heute nehmen Frauen zunehmend andere Rollen wahr, was ihnen im Alter mehr Sicherheit verschafft. Diese Veränderungen schränken jedoch auch die Fähigkeit von Frauen und Familien ein, ältere Menschen im notwendigen Umfang zu betreuen. In Verbindung mit der rasch steigenden Zahl älterer Menschen, die möglicherweise betreut werden müssen, bedeutet dies, dass die herkömmlichen Modelle einer Betreuung in der Familie nicht mehr tragfähig sind.

Parallel zur Alterung der Bevölkerung findet ein technologischer Wandel statt, der bislang nicht vorhandene Möglichkeiten eröffnet. So ermöglicht beispielsweise das Internet die Aufrechterhaltung von Familienkontakten über große Entfernungen oder den Zugang zu Informationen, die ältere Menschen bei der Selbstversorgung anleiten oder Betreuungspersonen unterstützen können. Hilfsmittel wie zum Beispiel Hörgeräte funktionieren besser und sind erschwinglicher als in der Vergangenheit, und tragbare Geräte bieten neue Möglichkeiten für eine gesundheitliche Überwachung und eine individualisierte Gesundheitsversorgung.

Angesichts dieser tiefgreifenden gesellschaftlichen und technologischen Veränderungen sollten bei der Gestaltung politischer Maßnahmen keine veralteten sozialen Modelle des Alterns herangezogen, sondern stattdessen die Chancen genutzt werden, die diese Entwicklungen im Hinblick auf neue, innovative Ansätze bieten. Doch auch die Politikgestaltung anhand von Zukunftsprognosen ist mit Einschränkungen verbunden, denn zukünftige Veränderungen und deren Auswirkungen sind nur schwer absehbar. Daher verfolgt dieser Bericht den Ansatz, den Schwerpunkt auf die Stärkung der Fähigkeiten älterer Menschen zu legen, damit sie in ihrer sich wandelnden Welt ihren Weg finden und neue, bessere und produktivere Lebensweisen entwickeln können. Dies stimmt mit den Arbeiten in anderen Politikbereichen überein, die den Menschen die Chance eröffnen sollen, Dinge zu realisieren, die ihnen wichtig sind, anstatt ausschließlich auf wirtschaftlichen Nutzen abzustellen (41-43).

Ausgaben für ältere Menschen sind Investitionen, keine Kosten

Ausgaben für Gesundheitssysteme, Langzeitpflege und ein allgemein förderliches Lebensumfeld werden oft als Kosten angesehen. Dieser Bericht verfolgt ein anderes Konzept. Hier werden diese Ausgaben als Investitionen verstanden, durch die die Fähigkeit älterer Menschen und damit ihr Wohlbefinden und ihr Beitrag gefördert werden. Diese Investitionen helfen auch Gesellschaften, ihre Verpflichtungen im Hinblick auf die Grundrechte älterer Menschen zu erfüllen. In einigen Fällen bringen diese Investitionen unmittelbare Erträge (bessere Gesundheitssysteme führen zu besserer Gesundheit, was wiederum mehr Teilhabe und ein höheres Wohlbefinden ermöglicht). Andere Erträge sind vielleicht nicht so offensichtlich, müssen aber ebenso berücksichtigt werden: So helfen beispielsweise Investitionen in die Langzeitpflege älteren Menschen mit deutlichem Kapazitätsverlust, weiterhin ein Leben in Würde zu führen, Frauen wird der Verbleib im Erwerbsleben ermöglicht, und durch die Risikoverteilung über eine Gemeinschaft hinweg wird der gesellschaftliche Zusammenhalt gestärkt.

Folgt die wirtschaftliche Handlungsbeurteilung diesen Argumenten, so verlagert sich die Debatte von der Minimierung der sogenannten Kosten auf eine Analyse, die den entgangenen Nutzen berücksichtigt, der entstehen kann, wenn Gesellschaften es versäumen, geeignete Anpassungen und Investitionen vorzunehmen. Eine umfassende Quantifizierung und Prüfung des Umfangs der Investitionen und der sich daraus ergebenden Erträge ist unabdingbar, wenn Entscheidungsträger eine wirklich fundierte Politik gestalten sollen.

Altern, Gesundheit und Alltagsfunktion

Was ist Altern?

Die Veränderungen, die das Altern ausmachen und beeinflussen, sind komplex (44). Auf biologischer Ebene geht das Altern mit einer Vielzahl kumulativer molekularer und zellulärer Schäden einher. Im Laufe der Zeit führen diese Schäden zu einer allmählichen Minderung der physiologischen Reserven, zu einer höheren Anfälligkeit für zahlreiche Krankheiten und zu einem allgemeinen Nachlassen der intrinsischen Kapazität des Individuums. Letztlich führen sie zum Tod. Diese Veränderungen sind jedoch weder linear noch konstant, und sie sind nur lose an das chronologische Alter einer Person geknüpft.

Hinzu kommt, dass im höheren Alter oft erhebliche und über den biologischen Verfall hinausgehende Veränderungen stattfinden. Dazu gehören Veränderungen der Rolle und der gesellschaftlichen Stellung sowie die Notwendigkeit, den Verlust enger Beziehungen zu verkraften. Dies führt dazu, dass ältere Menschen tendenziell weniger, aber ihnen wichtigere Ziele und Aktivitäten auswählen, ihre vorhandenen Fähigkeiten durch Übung und neue Technologien optimieren und den Verlust bestimmter Fähigkeiten kompensieren, indem sie andere Wege zur Durchführung von Aufgaben finden (45). Ziele, motivierende Prioritäten und Prä-

ferenzen verändern sich offenbar ebenfalls (46-48). Einige dieser Veränderungen können die Folge einer Anpassung an den Verlust von Fähigkeiten sein, andere jedoch sind Ausdruck einer fortdauernden psychologischen Entwicklung im Alter, die mit „der Entwicklung neuer Rollen und Standpunkte und vieler miteinander verknüpfter sozialer Kontexte“ zusammenhängen kann (45, 49). Diese psychosozialen Veränderungen können erklären, warum das Altern in vielen Situationen eine Zeit subjektiv erhöhten Wohlbefindens sein kann (50).

Bei der Gestaltung von Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens zur Frage des Alterns ist es daher wichtig, nicht nur Konzepte zu prüfen, die den altersbedingten Verlust von Fähigkeiten abmildern, sondern auch solche, die die Widerstandskraft und die psychosoziale Entwicklung stärken.

Gesundheit im Alter

Nach dem Erreichen des 60. Lebensjahrs sind Behinderungen und Todesfälle weitgehend auf den altersbedingten Verlust des Gehörs, des Sehvermögens und der Mobilität sowie auf nichtübertragbare Krankheiten wie Herzerkrankungen, Schlaganfälle, chronische Atemwegserkrankungen, Krebserkrankungen und Demenz zurückzuführen. Dies stellt nicht nur reiche Länder vor Probleme. Tatsächlich ist die aus vielen dieser Erkrankungen älterer Menschen erwachsende Belastung für Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen viel höher.

Das Bestehen einer solchen Erkrankung gibt jedoch keinen Aufschluss über ihre Auswirkungen auf das Leben des älteren Menschen. So können beispielsweise Menschen mit stark eingeschränktem Hörvermögen durch die Nutzung eines Hörgeräts ein hohes Maß an Alltagsfunktion aufrechterhalten. Darüber hinaus stellt eine isolierte Betrachtung der Auswirkungen jeder Krankheit eine zu starke Vereinfachung dar, da im Alter auch ein höheres Risiko besteht, gleichzeitig an mehreren chronischen Erkrankungen zu leiden (die sogenannte Multimorbidität). So leidet beispielsweise in Deutschland fast ein Viertel der 70- bis 85-Jährigen an fünf oder mehr Erkrankungen gleichzeitig (51). Die Auswirkungen der Multimorbidität auf die Alltagsfunktion, die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und die Kosten sind oft deutlich höher, als es die separaten Auswirkungen dieser Erkrankungen erwarten ließen.

Hinzu kommt, dass im Alter andere Gesundheitsprobleme auftreten, die von den traditionellen Klassifikationssystemen für Krankheiten nicht erfasst werden. Diese Probleme können chronisch (zum Beispiel Gebrechlichkeit, die bei etwa 10 Prozent der über 65-Jährigen auftreten könnte) oder akut sein (zum Beispiel Bewusstseinsstörungen, die auf mehrfache und so verschiedene Faktoren wie Infektionen oder Nebenwirkungen von Operationen zurückgehen können).

Diese Komplexität im gesundheitlichen und funktionalen Zustand älterer Menschen wirft grundlegende Fragen im Hinblick darauf auf, was unter Gesundheit im Alter zu verstehen ist, wie sie gemessen werden kann und wie wir sie fördern können. Neue Konzepte sind erforderlich, die nicht allein über das Vorliegen oder Nichtvorliegen von Erkrankungen definiert werden, sondern über die Auswirkungen dieser Krankheiten auf die Alltagsfunktion und das Wohlbefinden

älterer Menschen. Eine umfassende Evaluierung des jeweiligen Gesundheitszustands erlaubt wesentlich verlässlichere Prognosen zum Überleben oder zu anderen Gesundheitsergebnissen als das Vorliegen einzelner Erkrankungen oder sogar das Ausmaß von Komorbiditäten (52).

Gesundes Altern

Als Rahmen für die Betrachtung von Gesundheit und Alltagsfunktion im Alter werden in diesem Bericht zwei grundlegende Konzepte definiert und abgegrenzt. Das eine ist die **intrinsicische Kapazität**, die sich auf die Gesamtheit der körperlichen und geistigen Kapazitäten bezieht, über die ein Mensch zu einem gegebenen Zeitpunkt verfügen kann.

Die intrinsicische Kapazität ist nur einer der Faktoren, die ausschlaggebend dafür sind, was ältere Menschen tun können. Ein anderer ist das Umfeld, in dem sie leben und mit dem sie in einer Wechselbeziehung stehen. Das Lebensumfeld umfasst die Bandbreite der Ressourcen oder Hindernisse, die letztlich bestimmen, ob ein Mensch mit gegebenem Kapazitätsniveau das tun kann, was ihm wichtig ist. So ist es möglich, dass ältere Menschen trotz Kapazitätseinschränkungen noch einkaufen können, wenn sie über entzündungshemmende Medikamente und Hilfsmittel wie einen Gehstock, Rollstuhl oder Scooter verfügen und in der Nähe von kostengünstigen und barrierefreien Verkehrsmitteln leben. Aus der Verbindung des Einzelnen zu seinem Lebensumfeld und seinen Wechselbeziehungen zu diesem ergibt sich seine **funktionale Fähigkeit**, die in diesem Bericht als die gesundheitsbezogenen Attribute definiert werden, die es Menschen ermöglichen, ihr Leben und ihre Aktivitäten danach auszurichten, was ihnen wichtig ist.

Auf der Grundlage dieser beiden Konzepte wird in diesem Bericht **Gesundes Altern** definiert als **der Prozess der Entwicklung und Aufrechterhaltung der funktionalen Fähigkeit, die Wohlbefinden im Alter ermöglicht**.

Dieses Konzept des *Gesunden Alterns* geht maßgeblich davon aus, dass weder die intrinsicische Kapazität noch die funktionale Fähigkeit konstant bleiben. Zwar lassen beide mit zunehmendem Alter tendenziell nach, doch bestimmen persönliche Lebensentscheidungen oder Interventionen zu unterschiedlichen Lebenszeitpunkten den Weg beziehungsweise den **Verlauf**, den dieser Prozess für jeden einzelnen Menschen nimmt.

Das *Gesunde Altern* ist ein Prozess, der für jeden älteren Menschen von andauernder Relevanz ist, da er sich für ihn jederzeit zum Positiven oder zum Negativen wenden kann. So lässt sich beispielsweise der Verlauf des *Gesunden Alterns* bei Menschen mit Demenz oder fortgeschrittenen Herzerkrankungen positiv beeinflussen, wenn sie Zugang zu einer kostengünstigen, ihre Fähigkeiten optimierenden Gesundheitsversorgung haben und in einem stützenden Umfeld leben.

Ein Rahmen für das öffentliche Gesundheitswesen für *Gesundes Altern*

Umfassendes Handeln im öffentlichen Gesundheitswesen als Antwort auf die Bevölkerungsalterung ist dringend geboten. Trotz der großen Wissenslücken reichen die Daten schon jetzt für ein sofortiges Handeln aus, und jedes Land kann unabhängig von seiner aktuellen Situation oder seinem Entwicklungsstand bestimmte Dinge tun.

Interventionen zur Förderung des *Gesunden Alterns* können an zahlreichen Stellen ansetzen, verfolgen jedoch alle das gemeinsame Ziel, die funktionale Fähigkeit zu maximieren. Dies lässt sich einerseits durch den Aufbau und die Erhaltung der intrinsischen Kapazität und andererseits dadurch erreichen, dass Menschen mit eingeschränkter funktionaler Fähigkeit in die Lage versetzt werden, das zu tun, was ihnen wichtig ist.

In [Abb. 2](#) sind die wichtigsten Ansatzpunkte für Maßnahmen zur Optimierung des Verlaufs der funktionalen Fähigkeit und der intrinsischen Kapazität im Lebensverlauf dargestellt. Sie zeigt drei verschiedene Untergruppen älterer Menschen, nämlich die mit relativ hoher und stabiler Kapazität, die mit nachlassender Kapazität und die mit erheblichen Kapazitätsverlusten. Diese Untergruppen sind weder starr, noch erfassen sie den Verlauf des Prozesses bei jedem einzelnen älteren Menschen. Würde den Bedürfnissen dieser Untergruppen jedoch Rechnung getragen, würde die funktionale Fähigkeit der meisten älteren Menschen gestärkt. Vier vorrangige Handlungsbereiche können dazu beitragen, dieses Ziel zu verwirklichen:

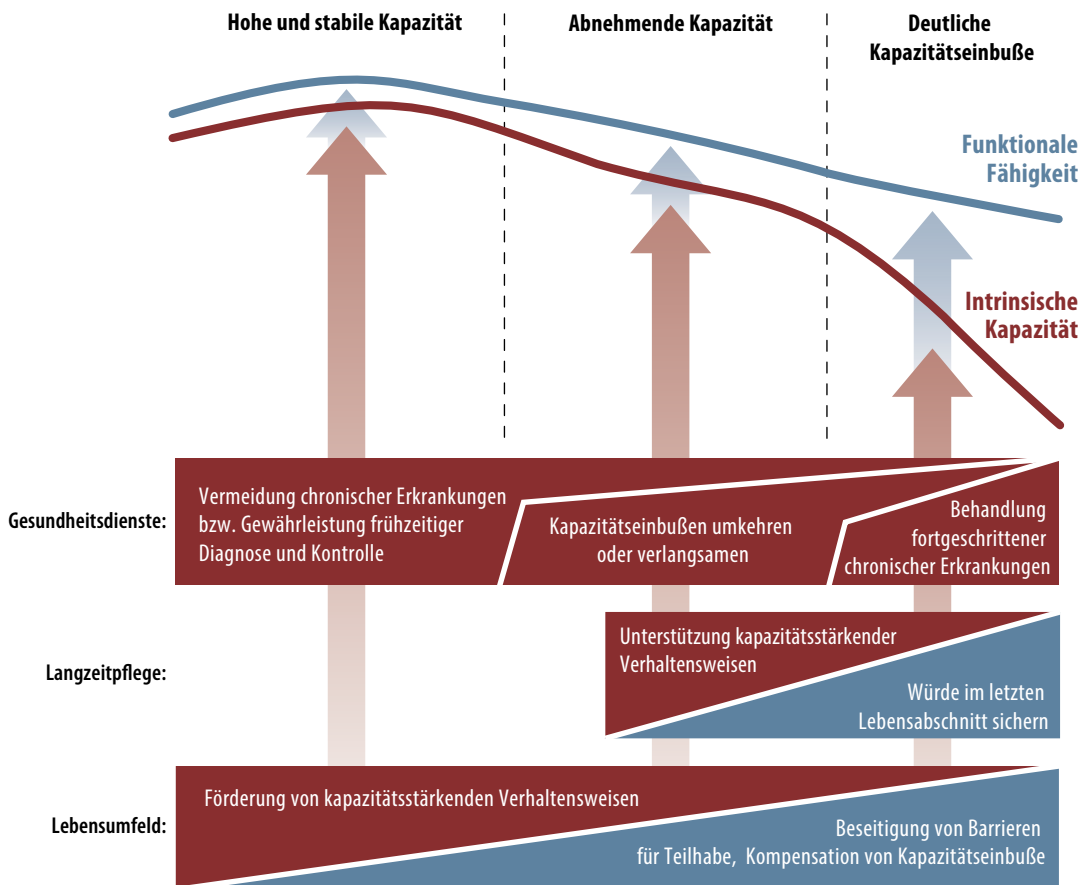
1. Ausrichtung der Gesundheitssysteme auf die Bedürfnisse der älteren Menschen, denen sie heute dienen;
2. Entwicklung von Systemen für Langzeitpflege;
3. Schaffung eines altersfreundlichen Lebensumfelds;
4. Verbesserung von Messung, Monitoring und Verständnis.

Zwar wird die Handlungsbereitschaft in jedem Land unterschiedlich ausfallen, doch können in jedem dieser Bereiche mehrere erfolgversprechende Ansätze verfolgt werden. Was genau in welcher Reihenfolge getan werden muss, ist in erster Linie vom nationalen Kontext abhängig.

Ausrichtung der Gesundheitssysteme auf die Bedürfnisse der älteren Menschen, denen sie heute dienen

Mit zunehmendem Alter werden Gesundheitsbedürfnisse tendenziell chronischer und komplexer. Eine Gesundheitsversorgung, die diese mehrdimensionalen Anforderungen des Alters auf integrierte Weise angeht, hat sich als wirksamer erwiesen als Dienste, die jede Erkrankung einfach nur separat bekämpfen (53-55). Ältere Menschen haben es jedoch oft mit Diensten zu tun, die konzipiert wurden, um akute Erkrankungen oder Symptome zu behandeln, die Gesundheitsprobleme auf unzusammenhängende und fragmentierte Weise angehen und bei denen eine Koordinierung über die Dienstleister, die Infrastrukturen und den Zeitverlauf

Abb. 2. Ein konzeptioneller Rahmen der öffentlichen Gesundheitsvorsorge für *Gesundes Altern*: Ansatzpunkte für Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens im Lebensverlauf



hinweg fehlt. Dies führt zu einer Gesundheitsversorgung, die nicht nur außerstande ist, den Bedürfnissen älterer Menschen in adäquater Weise Rechnung zu tragen, sondern auch für die Betroffenen und für das Gesundheitssystem hohe Kosten verursachen kann.

Daher geht es bei der Förderung des *Gesunden Alterns* nicht darum, die bisherigen Maßnahmen einfach auszuweiten. Stattdessen müssen Gesundheitssysteme entwickelt werden, die einen kostengünstigen Zugang zu integrierten Diensten gewährleisten, die auf die Bedürfnisse älterer Menschen ausgerichtet sind. Es hat sich gezeigt, dass solche Dienste bei älteren Menschen zu besseren Ergebnissen führen und nicht mehr kosten als traditionelle Dienste. Bei allen solchen Systemen stehen zwar die sektorübergreifende Stärkung und Aufrechterhaltung der funktionalen Fähigkeit älterer Menschen im Mittelpunkt, doch besteht der wichtigste Beitrag der Gesundheitsdienste zur Verwirklichung dieses Ziels in der Maximierung der intrinsischen Kapazität.

Diesen Übergang zu bewältigen, kann für Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen und in ärmeren Bereichen überall auf der Welt besonders schwierig sein. Im Kontext solcher Ressourcenknappheit sind die Grundbausteine von Gesundheitssystemen oft nicht vorhanden. Dies bietet jedoch die Chance, neue Ansätze zur Bereitstellung einer auf ältere Menschen ausgerichteten integrierten Versorgung zu entwickeln, die auch den für jüngere Menschen weiterhin wichtigen akuten Versorgungsbedürfnissen Rechnung trägt.

Drei Hauptansätze können dazu beitragen, Gesundheitssysteme auf die Bedürfnisse älterer Bevölkerungsgruppen auszurichten:

1. Einrichtung von Diensten, die eine auf ältere Menschen ausgerichtete integrierte Versorgung bieten, und Gewährleistung des Zugangs dazu;
2. Ausrichtung von Systemen auf intrinsische Kapazität;
3. Gewährleistung der dauerhaften Verfügbarkeit angemessen ausgebildeter Arbeitskräfte im Gesundheitswesen.

Dienste, die eine auf ältere Menschen ausgerichtete integrierte Versorgung bieten

Die Bereitstellung einer auf ältere Menschen ausgerichteten Versorgung und die Gewährleistung des Zugangs dazu machen es erforderlich, dass Systeme an den Bedürfnissen und Präferenzen älterer Menschen ansetzen, dass die Dienste altersfreundlich sind und eng mit Familien und Gemeinschaften zusammenarbeiten. Die verschiedenen Ebenen und Dienste sowie die Gesundheitsversorgung und die Langzeitpflege müssen integriert werden. Dies kann unter anderem durch folgende Schlüsselmaßnahmen erreicht werden:

- Gewährleistung einer umfassenden Bewertung der Situation aller älteren Menschen sowie eines alle Dienste umfassenden Versorgungsplans für sie, der ihre Kapazität optimieren soll;
- Schaffung von möglichst nahe am Wohnort älterer Menschen erbrachten Diensten, darunter Hausbesuche und die Bereitstellung einer gemeinwesengestützten Versorgung;
- Schaffung von Dienstleistungsstrukturen, die eine Betreuung durch multidisziplinäre Teams fördern;
- Hilfe für ältere Menschen bei der Selbstversorgung durch gegenseitige Unterstützung, Schulung, Information und Beratung;
- Gewährleistung der Verfügbarkeit der für die Optimierung ihrer Kapazität erforderlichen medizinischen Produkte, Impfstoffe und Technologien.

Systeme, die auf die intrinsische Kapazität ausgerichtet sind

Eine Neuausrichtung von Gesundheitssystemen auf die intrinsische Kapazität erfordert Änderungen in Bezug darauf, welche Gesundheits- und Verwaltungsinformationen sie sammeln, wie sie die Leistungserbringung überwachen, welche Finanzierungsmechanismen und Anreize sie nutzen und welche Schulungsmöglichkeiten sie anbieten. Verschiedene Maßnahmen können diese Transformation unterstützen:

- Anpassung von Informationssystemen an die Sammlung, Analyse und Meldung von Daten zur intrinsischen Kapazität;

- Anpassung der Überwachung der Leistungserbringung, der Anreize und der Finanzierungsmechanismen, sodass eine kapazitätsoptimierende Versorgung gefördert wird;
- Erstellung klinischer Richtlinien zur Optimierung der Entwicklung intrinsischer Kapazität und Aktualisierung bestehender Leitlinien, sodass ihre Auswirkungen auf die Kapazität klar werden.

Dauerhafte Verfügbarkeit angemessen ausgebildeter Arbeitskräfte im Gesundheitswesen

Diese neuen Systeme erfordern Leistungserbringer mit Grundkenntnissen der Gerontologie und der Geriatrie und mit allgemeineren Kompetenzen für ein Arbeiten innerhalb integrierter Versorgungssysteme, darunter Kompetenzen im Zusammenhang mit Kommunikation, Teamarbeit und Informations- und Kommunikationstechnologien. Die Strategien sollten sich jedoch nicht auf die gegenwärtig bestehenden beruflichen Abgrenzungen beschränken. Zu den möglichen Schlüsselmaßnahmen gehören

- die Vermittlung von Grundkenntnissen in Geriatrie und Gerontologie im Rahmen der dienstvorbereitenden Ausbildung und der beruflichen Fortbildung für alle Fachkräfte im Gesundheitswesen;
- die Aufnahme von Grundkompetenzen in Geriatrie und Gerontologie in alle Lehrpläne im Gesundheitsbereich;
- die Gewährleistung dessen, dass das Angebot an Geriatern dem Bedarf in der Bevölkerung entspricht, und die Förderung der Einrichtung von Geriatrie-Abteilungen für die Behandlung komplexer Fälle;
- die Berücksichtigung des Bedarfs an neuen Gesundheitsfachleuten (zum Beispiel Pflegekoordinatoren und Berater für Selbstversorgung) und die Erweiterung der Rollen vorhandener Kräfte, zum Beispiel kommunaler Arbeitskräfte im Gesundheitsbereich, um die Gesundheitsversorgung älterer Menschen auf kommunaler Ebene zu koordinieren.

Entwicklung von Systemen für Langzeitpflege

Im 21. Jahrhundert kann es sich kein Land leisten, nicht über ein umfassendes System für Langzeitpflege zu verfügen. Das zentrale Ziel dieser Systeme sollte darin bestehen, bei älteren Menschen, bei denen ein erheblicher Kapazitätsverlust besteht oder droht, eine gewisse funktionale Fähigkeit aufrechtzuerhalten und zu gewährleisten, dass die Pflege mit ihren Grundrechten und -freiheiten und ihrer Menschenwürde im Einklang steht. Dies erfordert eine Anerkennung ihres anhaltenden Strebens nach Wohlbefinden und Respekt.

Systeme für Langzeitpflege haben viele potenzielle Vorteile, die darüber hinausgehen, pflegebedürftigen älteren Menschen ein Leben in Würde zu ermöglichen. Dazu gehören die Verringerung der unangemessenen Nutzung von Diensten für die akute Versorgung, die Unterstützung von Familien zur Vermeidung ruinöser Pflegeausgaben und die Entlastung der Frauen, sodass sie eine weiter gefasste Rolle in der Gesellschaft einnehmen können. So können Systeme für Langzeitpflege

durch die Verteilung der mit Pflegebedürftigkeit verbundenen Risiken und Belastungen den gesellschaftlichen Zusammenhalt fördern helfen.

In Ländern mit hohem Einkommen werden sich die Herausforderungen beim Aufbau umfassender Systeme vermutlich auf die Notwendigkeit konzentrieren, die Qualität der Langzeitpflege zu verbessern, finanziell tragfähige Modelle zur Bereitstellung dieser Dienste für alle Bedarfsträger zu entwickeln und diese Dienste besser in die Gesundheitssysteme zu integrieren. In Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen kann die Herausforderung auch im Neuaufbau eines Systems bestehen. In diesen Situationen lag die Verantwortung für die Langzeitpflege oft vollständig bei den Familien. Mit der sozioökonomischen Entwicklung, der Alterung der Bevölkerung und dem Wandel in der Rolle der Frau ist diese Praxis nicht mehr tragfähig oder gerecht.

Nur der Staat kann diese Systeme einrichten und überwachen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass allein der Staat für die Langzeitpflege verantwortlich ist. Die Systeme sollten stattdessen auf klaren Partnerschaften mit Familien, Gemeinschaften, anderen Leistungsanbietern und dem Privatsektor beruhen und den Anliegen und Perspektiven dieser Akteure Rechnung tragen. Die Rolle des Staates, oft durch das Gesundheitsministerium wahrgenommen, besteht dann darin, diese Partnerschaften zu pflegen, Betreuungspersonen zu schulen und zu unterstützen, für die Integration der verschiedenen Dienste (einschließlich des Gesundheitssektors) zu sorgen, die Qualität der Dienste zu gewährleisten und direkt Dienste für diejenigen zu erbringen, deren Bedarf (entweder aufgrund geringer intrinsischer Kapazität oder aufgrund ihres sozioökonomischen Status) am höchsten ist. Dies ist selbst in Ländern mit sehr geringen Ressourcen möglich.

In dem Bericht werden drei Ansätze genannt, die bei der Entwicklung von Systemen für Langzeitpflege von entscheidender Bedeutung sind. Dabei handelt es sich um

1. die Schaffung der für ein System der Langzeitpflege erforderlichen Grundlagen;
2. den Aufbau und die Erhaltung eines dauerhaft verfügbaren Bestands an angemessen ausgebildeten Arbeitskräften;
3. die Gewährleistung der Qualität der Langzeitpflege.

Die Grundlagen eines Systems für Langzeitpflege

Systeme für Langzeitpflege erfordern eine Verwaltungsstruktur, die ihre Entwicklung anleiten und überwachen und die Verantwortung für Fortschritte zuweisen kann. Dies kann hilfreich sein, wenn es darum geht, festzulegen, welche grundlegenden Dienste und Rollen erforderlich sind, welche Barrieren möglicherweise bestehen, wer am besten in der Lage ist, Dienste zu erbringen, und wer am besten andere Funktionen wie Ausbildung oder Akkreditierung übernehmen kann. Ein Hauptschwerpunkt sollte auf der Entwicklung eines Systems liegen, das älteren Menschen hilft, am für sie geeigneten Ort alt zu werden und die Verbindung zu ihrer Gemeinschaft und zu ihren sozialen Netzen aufrechtzuerhalten. Um den Zugang zu einer solchen Pflege zu gewährleisten und gleichzeitig finanzielle Härten für die Betroffenen oder ihre Betreuer möglichst zu vermeiden, müssen ausreichende Ressourcen und die Entschlossenheit vorhanden sein, diejenigen mit den größten gesundheitlichen und finanziellen Bedürfnissen vorrangig zu unterstützen. Zu den möglichen Schlüsselmaßnahmen gehören

- eine Anerkennung der Langzeitpflege als wichtiges öffentliches Gut;

- die Zuweisung klarer Verantwortlichkeiten für die Entwicklung eines Systems für Langzeitpflege und die Planung der Umsetzung;
- die Schaffung fairer und nachhaltiger Mechanismen zur Finanzierung der Pflege;
- die Festlegung der Rolle des Staates und die Entwicklung der zu ihrer Wahrnehmung erforderlichen Dienste.

Dauerhafte Verfügbarkeit angemessen ausgebildeter Arbeitskräfte

Der Aufbau des für diese neuen Systeme benötigten Personalbestands erfordert eine Reihe von Maßnahmen. Viele der im Zusammenhang mit den Gesundheitssystemen genannten Maßnahmen sind auch für Erwerbstätige in der Langzeitpflege relevant. Da der Wert der Langzeitpflege derzeit nicht ausreichend gewürdigt wird, muss eine entscheidende Zusatzstrategie darin bestehen, sicherzustellen, dass das Pflegepersonal den Status und die Anerkennung erhält, die seinem Beitrag gerecht werden.

Hinzu kommt, dass die Betreuungspersonen in der Langzeitpflege, anders als im Gesundheitssystem, derzeit mehrheitlich Familienangehörige, Freiwillige, Mitglieder von Gemeinwesenorganisationen und bezahlte, aber ungelernete Arbeitskräfte sind. Die meisten sind Frauen. Für den Aufbau eines Systems der Langzeitpflege ist es von zentraler Bedeutung, dass diese Menschen so ausgebildet werden, dass sie gute Arbeit leisten können, und dass sie von der Belastung befreit werden, die ihnen durch eine unzureichende Vorbereitung auf den Umgang mit schwierigen Situationen entsteht. Zu den möglichen Schlüsselmaßnahmen gehören

- die Verbesserung der Entlohnung und der Arbeitsbedingungen des Personals in der Langzeitpflege sowie die Schaffung von Berufswegen, die ihnen einen Aufstieg in verantwortungsvollere und besser bezahlte Positionen ermöglichen;
- der Erlass von Rechtsvorschriften, die flexible Arbeitsregelungen oder Urlaub für pflegende Angehörige ermöglichen;
- die Schaffung von Unterstützungsmechanismen für Pflegenden, darunter das Angebot einer Pflegevertretung oder der Zugang zu Schulung oder Informationsressourcen;
- die Stärkung des Bewusstseins dafür, wie wertvoll und lohnend Pflegearbeit sein kann, und die Bekämpfung der sozialen Normen und Rollenverständnisse, die Männer und junge Menschen davon abhalten, Pflegeaufgaben zu übernehmen;
- die Unterstützung lokaler Initiativen, die ältere Menschen zusammenbringen, um bei der Pflege und in anderen Bereichen der Gemeinwesenentwicklung eine unterstützende Rolle zu übernehmen. In Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen gibt es interessante Beispiele dafür, dass ältere Freiwillige über Seniorenverbände dazu befähigt wurden, für ihre Rechte einzutreten und für andere ältere Menschen notwendige Pflege- und Unterstützungsaufgaben zu erbringen. Diese Konzepte lassen sich möglicherweise auf Länder mit höherem Einkommen übertragen.

Hochwertige Langzeitpflege

Der erste Schritt zur Gewährleistung einer hochwertigen Langzeitpflege besteht darin, die Dienste auf das Ziel auszurichten, die funktionale Fähigkeit zu optimieren.

In diesem Zug müssen Systeme und Pflegende prüfen, wie sie die Entwicklung der Kapazität des älteren Menschen optimieren und durch Pflege und die Anpassung des Umfelds Kapazitätsverluste ausgleichen und so dem älteren Menschen die Aufrechterhaltung einer funktionalen Fähigkeit auf einem Niveau ermöglichen können, das sein Wohlbefinden gewährleistet. Zu den möglichen Schlüsselmaßnahmen gehören

- die Erarbeitung und Verbreitung von Protokollen und Leitlinien für die Pflege, die an den Grundfragen ansetzen;
- die Einrichtung von Akkreditierungsmechanismen für Dienste und Pflegekräfte;
- die Einrichtung formaler Mechanismen für die Koordinierung der Pflege (unter anderem zwischen Langzeitpflege und Gesundheitsdiensten);
- die Einrichtung von Qualitätsmanagementsystemen, die sicherstellen sollen, dass die Optimierung der funktionalen Fähigkeit stets im Mittelpunkt steht.

Schaffung eines altersfreundlichen Lebensumfelds

Dieser Bericht schließt sich insofern dem Rahmen der *Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* an, als er das Umfeld als unseren gesamten Lebenskontext ansieht (56). Dazu gehören Verkehr, Wohnraum, Arbeit, Sozialschutz, Information und Kommunikation sowie Gesundheitsdienste und Langzeitpflege, wenngleich diese im Bericht separat eingehender behandelt werden. Der Aktionsrahmen für das öffentliche Gesundheitswesen für *Gesundes Altern* legt für alle diese Interessenträger als gemeinsames Ziel die Optimierung der funktionalen Fähigkeit fest. Der Bericht untersucht, wie dies in fünf eng miteinander verknüpften Bereichen der funktionalen Fähigkeit erreicht werden kann, die ausschlaggebend dafür sind, dass ältere Menschen das tun können, was ihnen wichtig ist. Dabei handelt es sich um die Fähigkeit,

- ihre Grundbedürfnisse zu erfüllen;
- zu lernen, sich weiterzuentwickeln und Entscheidungen zu treffen;
- mobil zu sein;
- Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten;
- einen Beitrag zu leisten.

Zusammengenommen ermöglichen es diese Fähigkeiten älteren Menschen, an einem für sie geeigneten Ort in Sicherheit alt zu werden, sich persönlich weiterzuentwickeln, einen Beitrag zu ihren Gemeinwesen zu leisten und ihre Autonomie und Gesundheit zu erhalten.

Die zur Förderung dieser Fähigkeiten notwendigen Maßnahmen sind zwar vielgestaltig, in ihrer Funktion jedoch dual. Zum einen geht es um den Aufbau und die Aufrechterhaltung der intrinsischen Kapazität, und zwar entweder durch die Minderung von Risiken (zum Beispiel hohe Luftverschmutzung), die Förderung gesunder Verhaltensweisen (zum Beispiel körperliche Betätigung) oder den Abbau diesbezüglicher Hindernisse (zum Beispiel hohe Kriminalität oder gefährliche Verkehrsverhältnisse) oder durch die Bereitstellung kapazitätssteigernder Dienste (zum Beispiel Gesundheitsversorgung). Zum anderen geht es darum, Menschen mit gegebenem

Kapazitätsstand eine höhere funktionale Fähigkeit zu ermöglichen. Anders gesagt geht es um die Schließung der Lücke zwischen dem, was Menschen eines bestimmten Kapazitätsstands leisten können, und wozu sie fähig wären, wenn sie in einem förderlichen Umfeld lebten (zum Beispiel mit geeigneten Hilfsmitteln, barrierefreien öffentlichen Verkehrsmitteln oder sichereren Wohnvierteln). Zwar können Interventionen auf der Ebene der Gesamtbevölkerung das Lebensumfeld vieler älterer Menschen in beiderlei Hinsicht verbessern, doch werden viele die entsprechenden Vorteile nur mit individuell angepasster Unterstützung voll nutzen können.

Da so viele Sektoren und Akteure das *Gesunde Altern* beeinflussen können, ist ein koordiniertes Vorgehen in Politik und Praxis entscheidend, bei dem die Bedürfnisse und Wünsche älterer Menschen im Mittelpunkt stehen. Der Bericht nennt drei Ansätze, deren vorrangige Umsetzung fast alle Sektoren umfasst, nämlich

1. die Bekämpfung der Altersdiskriminierung;
2. die Befähigung zu Autonomie;
3. die Förderung des *Gesunden Alterns* in allen Politikbereichen und auf allen staatlichen Ebenen.

Bekämpfung der Altersdiskriminierung

Auf das Alter bezogene Klischeevorstellungen beeinflussen Verhaltensweisen, die Politikentwicklung und sogar die Forschung. Diese Vorstellungen durch die Bekämpfung der Altersdiskriminierung auszuräumen, muss deshalb im Mittelpunkt einer gesundheitspolitischen Antwort zur Bevölkerungsalterung stehen. Leicht wird dies nicht sein, doch haben die Erfahrungen bei der Bekämpfung anderer weit verbreiteter Diskriminierungsformen wie Sexismus und Rassismus gezeigt, dass sich Einstellungen und Normen verändern lassen.

Die Bekämpfung der Altersdiskriminierung erfordert die Entwicklung eines neuen Verständnisses des Alterns, das es im Denken aller Generationen zu verankern gilt. Diesem Verständnis dürfen weder die überholte Wahrnehmung älterer Menschen als Last oder die unrealistische Annahme zugrundeliegen, ältere Menschen heute seien irgendwie von den Gesundheitsproblemen ihrer Eltern und Großeltern verschont geblieben. Vielmehr gilt es, die breite Vielfalt der Erfahrungen mit dem Älterwerden zu akzeptieren, einzuräumen, dass diesen unterschiedlichen Erfahrungen oft Benachteiligung zugrundeliegt, und offen für bessere Lösungswege zu sein. Zu den möglichen Schlüsselmaßnahmen gehören

- Aufklärungskampagnen, um bei den Medien, in der Öffentlichkeit, bei politischen Entscheidungsträgern, Arbeitgebern und Dienstleistern das Wissen und das Verständnis in Bezug auf das Altern zu erhöhen;
- der Erlass von Rechtsvorschriften gegen Altersdiskriminierung;
- die Gewährleistung dessen, dass in den Medien ein ausgewogenes Bild des Alterns präsentiert wird, indem beispielsweise Sensationsberichte über Verbrechen gegen ältere Menschen minimiert werden.

Befähigung zur Autonomie

Die zweite übergreifende Priorität ist die Befähigung zur Autonomie. Autonomie hängt stark davon ab, dass die Grundbedürfnisse der älteren Menschen erfüllt sind,

was wiederum großen Einfluss auf ihre Würde, Integrität, Freiheit und Unabhängigkeit hat und wiederholt als ein zentrales Element ihres allgemeinen Wohlbefindens ermittelt wurde.

Ältere Menschen haben ein Recht, Entscheidungen zu treffen und in Bezug auf ein Spektrum von Fragen die Kontrolle auszuüben, zum Beispiel in Bezug auf ihren Wohnort, ihre Beziehungen und ihre Kleidung, darüber, wie Sie Ihre Zeit verbringen und ob sie sich einer Behandlung unterziehen oder nicht. Inwieweit ein älterer Mensch Entscheidungen treffen und Kontrolle ausüben kann, hängt von vielen Faktoren ab, unter anderem von seiner intrinsischen Kapazität, seinem Lebensumfeld, seinen persönlichen und finanziellen Ressourcen und den Möglichkeiten, die ihm offenstehen.

Zu den Schlüsselmaßnahmen zur Ermöglichung von Autonomie gehört die Maximierung der intrinsischen Kapazität, was hauptsächlich im Rahmen der auf die Gesundheitssysteme bezogenen Strategien abgehandelt wird. Autonomie lässt sich jedoch unabhängig vom Kapazitätsniveau eines älteren Menschen stärken. Dazu können unter anderem folgende Maßnahmen beitragen:

- der Erlass von Rechtsvorschriften zum Schutz der Rechte älterer Menschen (beispielsweise zu ihrem Schutz vor Misshandlung), die Unterstützung älterer Menschen dabei, sich ihrer Rechte bewusst zu werden und sie auszuüben, sowie die Schaffung von Abhilfe-mechanismen im Fall einer Verletzung ihrer Rechte, auch in Notsituationen;
- die Bereitstellung von Diensten zur Erhöhung der Alltagsfunktion, darunter Hilfsmittel und gemeinwesengestützte oder häusliche Dienste;
- die Bereitstellung von Mechanismen für eine vorausschauende Planung der Pflege und Unterstützung bei Entscheidungen, um älteren Menschen mit erheblichen Kapazitätsverlusten weiter ein Höchstmaß an Kontrolle über ihr Leben zu ermöglichen;
- die Schaffung von zugänglichen Möglichkeiten für lebenslanges Lernen und Weiterentwicklung.

Gesundes Altern in allen Politikbereichen und auf allen staatlichen Ebenen

In einer rasch wachsenden Zahl von Ländern ist mehr als ein Fünftel der Bevölkerung älter als 60 Jahre. Es dürfte nur wenige Politikbereiche oder Dienste geben, die diese Menschen nicht auf die eine oder andere Weise betreffen. Daher ist die Einbindung des *Gesunden Alterns* in alle Politikbereiche und auf allen staatlichen Ebenen unabdingbar. Nationale, regionale, staatliche oder kommunale Strategien und Aktionspläne für das Altern können dazu beitragen, diese sektorübergreifenden Maßnahmen anzuleiten und eine Koordinierung zu gewährleisten, die mehrere Sektoren und staatliche Ebenen umfasst. Dies erfordert klare Verpflichtungen auf Ziele und die klare Abgrenzung von Zuständigkeiten, ausreichende Haushaltsmittel und die Benennung von Mechanismen für eine sektorübergreifende Koordinierung, Überwachung, Evaluierung und Meldung. Auch die Erhebung und Nutzung altersdifferenzierter Daten zu den Fähigkeiten älterer Menschen ist wichtig. Anhand dieser Daten lassen sich die Wirksamkeit und die Lücken bestehender Politikansätze, Systeme und Dienste leichter prüfen. Ferner

können Mechanismen zur Konsultierung und Einbeziehung älterer Menschen und ihrer Organisationen bei der Entwicklung und Evaluierung politischer Maßnahmen deren Relevanz für die lokale Bevölkerung gewährleisten helfen. Es gibt jedoch zahlreiche weitere Aktionsbereiche, darunter

- Maßnahmen und Programme zur Erweiterung der Wohnoptionen älterer Menschen und zur Unterstützung bei Umbauten, damit sie an einem für sie geeigneten Ort alt werden können;
- Maßnahmen zur Gewährleistung des Schutzes älterer Menschen vor Armut, zum Beispiel durch Sozialschutzsysteme;
- die Schaffung von Gelegenheiten für die Teilhabe an und eine sinnvolle Rolle in der Gesellschaft, insbesondere durch eine Bekämpfung der Prozesse, die ältere Menschen marginalisieren und isolieren;
- der Abbau von Barrieren, die Festlegung von Normen für Barrierefreiheit und die Gewährleistung der Einhaltung dieser Normen in Gebäuden und Verkehrsmitteln sowie bei Informations- und Kommunikationstechnologien;
- die Prüfung von Stadtplanungs- und Flächennutzungsbeschlüssen unter Berücksichtigung ihrer Auswirkungen auf die Sicherheit und Mobilität älterer Menschen;
- die Förderung von Altersvielfalt und Inklusion im Arbeitsumfeld.

Verbesserung von Messung, Monitoring und Verständnis

Um beim *Gesunden Altern* Fortschritte zu erzielen, ist ein wesentlich besseres Verständnis altersbezogener Themen und Trends erforderlich. Viele grundlegende Fragen müssen noch geklärt werden:

- Welchen Mustern folgt das *Gesunde Altern* heute, und verändern sich diese im Zeitablauf?
- Was sind die entscheidenden Faktoren für das *Gesunde Altern*?
- Nehmen Ungleichheiten zu oder ab?
- Welche Interventionen fördern *Gesundes Altern*, und in welchen Untergruppen der Bevölkerung sind sie erfolgreich?
- Welcher Zeitpunkt und welche zeitliche Abfolge sind für diese Investitionen am geeignetsten?
- Welche Bedürfnisse haben ältere Menschen in den Bereichen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege, und inwieweit wird diesen Bedürfnissen entsprochen?
- Welchen realen wirtschaftlichen Beitrag leisten ältere Menschen, und wie steht es um das tatsächliche Kosten-Nutzen-Verhältnis bei der Förderung des *Gesunden Alterns*?

Um diese Fragen beantworten zu können, müssen in einem ersten Schritt ältere Menschen in die Bevölkerungsstatistik und allgemeine Bevölkerungserhebungen aufgenommen werden, und die entsprechenden Datenquellen sollten nach Alter und Geschlecht aufgeschlüsselt analysiert werden. Auch geeignete Messgrößen für

das *Gesunde Altern* sowie seine Bestimmungsfaktoren und Verteilungen müssen in diese Studien einfließen.

Es müssen jedoch auch Forschungsarbeiten in einem Spektrum konkreter Bereiche im Zusammenhang mit Altern und Gesundheit gefördert werden, was eine Einigung auf die grundlegenden Konzepte und deren Messung erfordert. Ansätze wie länder- und disziplinübergreifende Studien sollten gefördert werden, da sie für die Vielfalt einer Bevölkerung repräsentativ sein können und die entscheidenden Faktoren des *Gesunden Alterns* und den besonderen Kontext älterer Menschen untersuchen. Gefördert werden sollten auch die Mitwirkung und der Beitrag älterer Menschen, da dies zu relevanteren und innovativeren Ergebnissen führen kann. Mit der Gewinnung neuer und relevanterer Erkenntnisse über Altern und Gesundheit bedarf es globaler und lokaler Mechanismen, um die rasche Umsetzung dieser Erkenntnisse in die klinische Praxis, bei bevölkerungsbezogenen Interventionen des öffentlichen Gesundheitswesens oder in der Gesundheits- und Sozialpolitik zu gewährleisten.

Drei Ansätze sind für Verbesserungen in Bezug auf Messung, Monitoring und Konzeptionalisierung entscheidend, nämlich

1. die Einigung auf die Metriken, die Messgrößen und die Analysekonzepte für *Gesundes Altern*;
2. ein besseres Verständnis des Gesundheitszustands und der gesundheitlichen Bedürfnisse älterer Menschen und inwieweit diesen Bedürfnissen entsprochen wird;
3. ein besseres Verständnis des Verlaufs des *Gesunden Alterns* und wie dieser verbessert werden kann.

Metriken, Messgrößen und Analysekonzepte

Die heute gängigen Metriken und Methoden im Bereich des Alterns weisen Einschränkungen auf, was ein gründliches Verständnis der Schlüsselaspekte des *Gesunden Alterns* verhindert. Daher bedarf es eines Konsenses über die geeignetsten Ansätze und Methoden. Diese müssen sich auf unterschiedliche Bereiche stützen, Vergleiche und möglicherweise die Herstellung von Verbindungen zwischen den in verschiedenen Ländern, Situationen und Sektoren erhobenen Daten zulassen. Zu den Prioritäten gehören

- die Herstellung eines Konsenses zu Metriken, Messstrategien, Instrumenten, Tests und Biomarkern für Schlüsselkonzepte im Zusammenhang mit dem *Gesunden Altern*, darunter in Bezug auf funktionale Fähigkeit, intrinsische Kapazität, subjektives Wohlbefinden, Gesundheitsmerkmale, persönliche Merkmale, genetisches Erbe, Multimorbidität und den Bedarf an Dienstleistungen und Pflege;
- die Erzielung eines Konsenses zu den Ansätzen für die Bewertung und Auslegung einer Veränderung dieser Metriken und Messgrößen im Lebensverlauf. Es ist wichtig, zu zeigen, wie die erhobenen Daten als Informationsgrundlage für die Politik, das Monitoring, die Evaluierung und für klinische oder die öffentliche Gesundheit betreffende Entscheidungen dienen können;

- die Erarbeitung und Anwendung verbesserter Konzepte zur Erprobung klinischer Interventionen, die die unterschiedliche Physiologie älterer Menschen und die Multimorbidität berücksichtigen.

Gesundheitszustand und die gesundheitlichen Bedürfnisse älterer Bevölkerungsgruppen

Nicht nur müssen Forschungsarbeiten und Erhebungen zur Gesamtbevölkerung mehr Gewicht auf ältere Menschen legen, sondern es bedarf auch spezifischer bevölkerungsbezogener Forschungsarbeiten zu älteren Menschen, um die Niveaus und die Verteilung der funktionalen Fähigkeit und der intrinsischen Kapazität, deren Veränderung im Zeitverlauf und die Bedürfnisse in Bezug auf Gesundheitsversorgung, Pflege und Unterstützung zu ermitteln und herauszufinden, inwieweit diesen Bedürfnissen entsprochen wird. Diese Forschungsarbeiten könnten Folgendes umfassen:

- regelmäßige Bevölkerungserhebungen älterer Menschen mit detaillierter Darstellung der funktionalen Fähigkeit, der intrinsischen Kapazität, des konkreten Gesundheitszustands und des Bedarfs an Gesundheitsversorgung, Langzeitpflege oder allgemeinen Veränderungen des Umfelds, und inwieweit diesem Bedarf entsprochen wird;
- Trenddarstellungen der intrinsischen Kapazität und funktionalen Fähigkeit in unterschiedlichen Geburtskohorten und Beantwortung der Frage, ob eine höhere Lebenserwartung mit zusätzlichen Jahren in guter Gesundheit einhergeht;
- Ermittlung von Indikatoren und Mechanismen für die kontinuierliche Überwachung des Verlaufs des *Gesunden Alterns*.

Verläufe des *Gesunden Alterns* und Möglichkeiten zu ihrer Verbesserung

Die Förderung des *Gesunden Alterns* erfordert ein wesentlich besseres Verständnis gängiger Verlaufsformen der intrinsischen Kapazität und funktionalen Fähigkeit, ihrer Bestimmungsfaktoren und der Wirksamkeit von Interventionen zu ihrer Veränderung. Dies lässt sich unter anderem durch die folgenden Schlüsselmaßnahmen erreichen:

- Ermittlung der Bandbreite und Formen des Verlaufs intrinsischer Kapazität und funktionaler Fähigkeit und der jeweiligen Bestimmungsfaktoren in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen;
- Quantifizierung der Auswirkungen von Gesundheitsversorgung, Langzeitpflege und Umfeldinterventionen auf den Verlauf des *Gesunden Alterns* und Ermittlung der Wirkungswege dieser Maßnahmen;
- bessere Quantifizierung des wirtschaftlichen Beitrags älterer Menschen und der Kosten für die Bereitstellung der für ein *Gesundes Altern* erforderlichen Dienstleistungen sowie die Erarbeitung stringenter, valider und vergleichbarer Methoden zur Analyse der Erträge der entsprechenden Investitionen.

Schlussfolgerung

Umfassende Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens im Bereich des Alterns sind dringend erforderlich, und ein Handeln ist in jeder Situation unabhängig vom Stand der sozioökonomischen Entwicklung möglich.

Dieser Bericht skizziert einen Aktionsrahmen für das öffentliche Gesundheitswesen, der auf dem Konzept des *Gesunden Alterns* beruht. Diese gesellschaftliche Antwort auf die Bevölkerungsalterung erfordert eine Transformation der Gesundheitssysteme weg von krankheitsorientierten kurativen Modellen hin zu einer integrierten Versorgung, die den älteren Menschen in den Mittelpunkt stellt. Dies erfordert auch, dass, teils aus dem Nichts, umfassende Systeme für Langzeitpflege geschaffen werden. Des Weiteren bedarf es abgestimmter Maßnahmen vieler anderer Sektoren und einer Vielzahl staatlicher Ebenen. Zu diesem Zweck müssen wir auf einem grundlegend anderen Verständnis des Alterns aufbauen, das die Unterschiedlichkeit älterer Bevölkerungsgruppen berücksichtigt und an den dafür oft verantwortlichen Benachteiligungen ansetzt. Schließlich müssen bessere Methoden zur Messung und Beobachtung der Gesundheit und der Alltagsfunktion älterer Menschen herangezogen werden.

Diese Maßnahmen sollten sich trotz der dafür zwangsläufig benötigten Ressourcen als eine lohnende Investition in die Zukunft der Gesellschaft erweisen – in eine Zukunft, die älteren Menschen die Freiheit gibt, ihr Leben so zu gestalten, wie es sich frühere Generationen niemals hätten vorstellen können.

Verweise

1. World economic and social survey 2007: development in an ageing world. New York: United Nations; 2007 (http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess.pdf, accessed 22 July 2015).
2. Beard JR, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al. Introduction. In: Beard JR, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al., editors. Global population ageing: peril or promise? Geneva: World Economic Forum; 2012. pp. 4–13 (http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf, accessed 22 July 2015).
3. Lloyd-Sherlock P, McKee M, Ebrahim S, Gorman M, Greengross S, Prince M, et al. Population ageing and health. *Lancet*. 2012 Apr 7;379(9823):1295–6. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60519-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60519-4) PMID: 22480756
4. Smith A. Grand challenges of our aging society: workshop summary. Washington (DC): National Academies Press; 2010. (<http://www.nap.edu/catalog/12852/grand-challenges-of-our-aging-society-workshop-summary>, accessed 15 July 2015).
5. Butler RN. Ageism: a foreword. *J Soc Issues*. 1980;36(2):8–11. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x>
6. Steves CJ, Spector TD, Jackson SH. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age Ageing*. 2012 Sep;41(5):581–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afs097> PMID: 22826292
7. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf, accessed 21 July 2015).
8. Dannefer D. Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilizing age and social science theory. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003 Nov;58(6):S327–37. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/58.6.S327> PMID: 14614120
9. Lee C, Dobson AJ, Brown WJ, Bryson L, Byles J, Warner-Smith P, et al. Cohort profile: the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Int J Epidemiol*. 2005 Oct;34(5):987–91. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyi098> PMID: 15894591
10. Levy B, Banaji M. Implicit ageism. In: Nelson T, editor. Ageism: stereotyping and prejudice against older persons. Cambridge (MA): MIT Press; 2002:49–75 (<https://mitpress.mit.edu/index.php?q=books/ageism>, accessed 21 July 2015).
11. Kite M, Wagner L. Attitudes toward older and younger adults. In: Nelson T, editor. Ageism: stereotyping and prejudice against older persons. Cambridge (MA): MIT Press; 2002:129–61 (<https://mitpress.mit.edu/index.php?q=books/ageism>, accessed 21 July 2015).
12. Cook J. The socio-economic contribution of older people in the UK. *Work Older People*. 2011;15(4):141–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/13663661111191257>
13. Aboderin IA, Beard JR. Older people's health in sub-Saharan Africa. *Lancet*. 2015 Feb 14;385(9968):e9–11.
14. Aboderin I, Kizito P. Dimensions and determinants of health in old age in Kenya. Nairobi: National Coordinating Agency for Population and Development; 2010.
15. McIntyre D. Health policy and older people in Africa. In: Lloyd-Sherlock P, editor. Living longer: ageing, development and social protection. London: Zed Books; 2004:160–83 (<http://zedbooks.co.uk/node/21198>, accessed 21 July 2015).
16. Terraneo M. Inequities in health care utilization by people aged 50+: evidence from 12 European countries. *Soc Sci Med*. 2015 Feb;126:154–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.028> PMID: 25562311
17. Fitzpatrick AL, Powe NR, Cooper LS, Ives DG, Robbins JA. Barriers to health care access among the elderly and who perceives them. *Am J Public Health*. 2004 Oct;94(10):1788–94. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.94.10.1788> PMID: 15451751
18. Oliver D, Foot C, Humphries R. Making our health and care systems fit for an ageing population. London: The King's Fund; 2014 (<http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/>

- field_publication_file/making-health-care-systems-fit-ageing-population-oliver-foot-humphries-mar14.pdf, accessed 21 July 2015).
19. Kingsley DE. Aging and health care costs: narrative versus reality. *Poverty Public Policy*. 2015;7(1):3–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/pop4.89>
 20. Rolden HJA, van Bodegom D, Westendorp RGJ. Variation in the costs of dying and the role of different health services, socio-demographic characteristics, and preceding health care expenses. *Soc Sci Med*. 2014 Nov;120(0):110–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.09.020> PMID: 25238558
 21. Hagist C, Kotlikoff L. *Who's going broke? Comparing healthcare costs in ten OECD countries*. Cambridge (MA): National Bureau of Economic Research; 2005. doi: <http://dx.doi.org/10.3386/w11833>
 22. Wong A, van Baal PHM, Boshuizen HC, Polder JJ. Exploring the influence of proximity to death on disease-specific hospital expenditures: a carpaccio of red herrings. *Health Econ*. 2011 Apr;20(4):379–400. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/hec.1597> PMID: 20232289
 23. Polder JJ, Barendregt JJ, van Oers H. Health care costs in the last year of life—the Dutch experience. *Soc Sci Med*. 2006 Oct;63(7):1720–31. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.04.018> PMID: 16781037
 24. Kardamanidis K, Lim K, Da Cunha C, Taylor LK, Jorm LR. Hospital costs of older people in New South Wales in the last year of life. *Med J Aust*. 2007 Oct 1;187(7):383–6. PMID: 17907999
 25. Hoover DR, Crystal S, Kumar R, Sambamoorthi U, Cantor JC. Medical expenditures during the last year of life: findings from the 1992–1996 Medicare current beneficiary survey. *Health Serv Res*. 2002 Dec;37(6):1625–42. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.01113> PMID: 12546289
 26. Crimmins EM, Beltrán-Sánchez H. Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2011 Jan;66(1):75–86. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbq088> PMID: 21135070
 27. Manton KG, Gu X, Lamb VL. Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the U.S. elderly population. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2006 Nov 28;103(48):18374–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0608483103> PMID: 17101963
 28. Seeman TE, Merkin SS, Crimmins EM, Karlamangla AS. Disability trends among older Americans: National Health And Nutrition Examination Surveys, 1988–1994 and 1999–2004. *Am J Public Health*. 2010 Jan;100(1):100–7. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2008.157388> PMID: 19910350
 29. Liao Y, McGee DL, Cao G, Cooper RS. Recent changes in the health status of the older U.S. population: findings from the 1984 and 1994 supplement on aging. *J Am Geriatr Soc*. 2001 Apr;49(4):443–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49089.x> PMID: 11347789
 30. Hung WW, Ross JS, Boockvar KS, Siu AL. Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States. *BMC Geriatr*. 2011;11(1):47. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-11-47> PMID: 21851629
 31. Lin S-F, Beck AN, Finch BK, Hummer RA, Masters RK. Trends in US older adult disability: exploring age, period, and cohort effects. *Am J Public Health*. 2012 Nov;102(11):2157–63. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2011.300602> PMID: 22994192
 32. Stewart ST, Cutler DM, Rosen AB. US trends in quality-adjusted life expectancy from 1987 to 2008: combining national surveys to more broadly track the health of the nation. *Am J Public Health*. 2013 Nov;103(11):e78–87. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301250> PMID: 24028235
 33. Jagger C, Gillies C, Moscone F, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, et al.; EHLEIS team. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *Lancet*. 2008 Dec 20;372(9656):2124–31. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61594-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61594-9) PMID: 19010526
 34. Lafortune G, Balestat G. *Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications*. Paris: OECD Publishing; 2007 doi: <http://dx.doi.org/10.1787/217072070078>
 35. Zheng X, Chen G, Song X, Liu J, Yan L, Du W, et al. Twenty-year trends in the prevalence of disability in China. *Bull World Health Organ*. 2011 Nov 1;89(11):788–97. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.11.089730> PMID: 22084524

36. Cheng ER, Kindig DA. Disparities in premature mortality between high- and low-income US counties. *Prev Chronic Dis*. 2012;9:E75. PMID: 22440549
37. Olshansky SJ, Antonucci T, Berkman L, Binstock RH, Boersch-Supan A, Cacioppo JT, et al. Differences in life expectancy due to race and educational differences are widening, and many may not catch up. *Health Aff (Millwood)*. 2012 Aug;31(8):1803–13. doi: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0746> PMID: 22869659
38. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *Lancet*. 2014 Nov 5;385(9967):563–75. doi: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0746> PMID: 22869659
39. Polivka L. Globalization, population, aging, and ethics. *J Aging Identity*. 2001;6(3):147–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1011312300122>
40. Arxer SL, Murphy JW. *The Symbolism of globalization, development, and aging*. Dordrecht: Springer; 2012 (<http://USYD.ebib.com.au/patron/FullRecord.aspx?p=994408>, accessed 21 July 2015).
41. Gasper D. Sen's capability approach and Nussbaum's capabilities ethic. *J Int Dev*. 1997;9(2):281–302. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1011312300122>
42. Nussbaum MC. Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice. *Fem Econ*. 2003;9(2–3):33–59. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/1354570022000077926>
43. Nussbaum M. Capabilities and social justice. *Int Stud Rev*. 2002;4:123–35. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1011312300122>
44. Kirkwood TB. A systematic look at an old problem. *Nature*. 2008 Feb 7;451(7179):644–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/451644a> PMID: 18256658
45. Baltes P, Freund A, Li S-C. The psychological science of human ageing. In: Johnson ML, Bengtson VL, Coleman PG, Kirkwood TBL, editors. *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005:47–71.
46. Carstensen LL. The influence of a sense of time on human development. *Science*. 2006 Jun 30;312(5782):1913–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1126/science.1127488> PMID: 16809530
47. Adams KB. Changing investment in activities and interests in elders' lives: theory and measurement. *Int J Aging Hum Dev*. 2004;58(2):87–108. doi: <http://dx.doi.org/10.2190/OUQ0-7D8X-XVVU-TF7X> PMID: 15259878
48. Hicks JA, Trent J, Davis WE, King LA. Positive affect, meaning in life, and future time perspective: an application of socioemotional selectivity theory. *Psychol Aging*. 2012 Mar;27(1):181–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0023965> PMID: 21707177
49. Dillaway HE, Byrnes M. Reconsidering successful aging: A call for renewed and expanded academic critiques and conceptualizations. *J Appl Gerontol*. 2009;28(6):702–22. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0733464809333882>
50. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet*. 2015 Feb 14;385(9968):640–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/rej.2008.0721> PMID: 18729815
51. Saß A-C, Wurm S, Ziese T. [Somatic and Psychological Health]. In: Tesch-Römer C, Böhm K, Ziese T, editors. [Somatic and Psychological Health]. Berlin: Robert Koch-Institut; 2009 (in German).
52. Lordos EF, Herrmann FR, Robine JM, Balahoczyk M, Giannelli SV, Gold G, et al. Comparative value of medical diagnosis versus physical functioning in predicting the 6-year survival of 1951 hospitalized old patients. *Rejuvenation Res*. 2008 Aug;11(4):829–36. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/rej.2008.0721> PMID: 18729815
53. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Econ Policy Law*. 2010 Jan;5(Pt 1):71–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1744133109990120> PMID: 19732475
54. Low LF, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(1):93. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-93> PMID: 21549010
55. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community*. 2009 Sep;17(5):447–58. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x> PMID: 19245421
56. *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: World Health Organization; 2001.



Umfassende Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens zur Alterung der Bevölkerung sind dringend erforderlich. Dazu bedarf es eines grundlegenden Wandels; nicht nur bei den Maßnahmen selbst, sondern auch in Bezug darauf, wie das Altern wahrgenommen wird. Der *Weltbericht über Altern und Gesundheit* skizziert anhand des neuen Konzepts der funktionalen Fähigkeit einen Aktionsrahmen zur Förderung des *Gesunden Alterns*. Dies erfordert eine Umgestaltung der Gesundheitssysteme weg von krankheitsorientierten kurativen Modellen hin zu einer integrierten Versorgung, die den älteren Menschen in den Mittelpunkt stellt. Es erfordert auch, dass, teils aus dem Nichts, umfassende Systeme für Langzeitpflege geschaffen werden. Des Weiteren bedarf es abgestimmter Maßnahmen vieler anderer Sektoren und einer Vielzahl staatlicher Ebenen. Schließlich müssen bessere Methoden zur Messung und Beobachtung der Gesundheit und funktionalen Fähigkeit älterer Menschen herangezogen werden.

Diese Maßnahmen sollten sich als eine sinnvolle Investition in die Zukunft der Gesellschaft erweisen – in eine Zukunft, die älteren Menschen die Freiheit gibt, ihr Leben so zu gestalten, wie es sich frühere Generationen niemals hätten vorstellen können.