

Wandel des Alterns hin zu einer dynamischen Altersgesellschaft

Das Altern geburtenstarker Nachkriegsjahrgänge sowie eine erhöhte Lebenserwartung im Alter führen einerseits zur raschen Zunahme von Zahl und Anteil älterer Menschen. Soziale, kulturelle und medizinische Veränderungen tragen andererseits dazu bei, dass sich Lebenshintergründe, Lebenssituationen und Bedürfnisse älterer Menschen in bedeutsamer Weise verändern. Der Strukturwandel des Alterns ist mit neuen Leitvorstellungen zum Altern und der Ausdifferenzierung unterschiedlicher Phasen des nachberuflichen Lebens verbunden.

Die demographische Alterung europäischer Gesellschaften wird begleitet durch drei zentrale Wandlungsprozesse des Alterns. Erstens führt die Ausweitung gesunder Lebensjahre über die Pensionierungsgrenze zu einer verstärkt aktiven Gestaltung des nachberuflichen Lebens [14]. Parallel zur Konstruktion neuer Leitvorstellungen zum Alter kam es als Folge einer steigenden Lebenserwartung zur Entstehung unterschiedlicher Altersphase. Dies spiegelt sich in einer Differenzierung zwischen einem „dritten Lebensalter“ [21] und einem „vierten Lebensalter“ wider [19]. Der Strukturwandel des Alterns wird zweitens verstärkt durch das Altern neuer Generationen von Frauen und Männern, welche Modelle eines individualisierten Lebensstils im Rentenalter weiter pflegen. Dadurch werden Individualisierungs- und Pluralisierungstrends (zuerst bei jungen Menschen beobachtet) zuneh-

mend auch in späteren Lebensjahren bedeutsam [23]. Drittens entstanden neue Alternsmodelle und Alternsprozesse werden nicht mehr passiv akzeptiert, sondern zunehmend als beeinflussbar und gestaltbar wahrgenommen.

Die Kombination des Alterns sozial und kulturell mobiler Generationen mit neuen Modellen aktiven und kompetenzorientierten Alterns führt zu einer Dynamik der späteren Lebensjahre, die historisch neu ist. Dieser Strukturwandel des Alterns wird teilweise mit dem Begriff der „neuen“ Alten erfasst oder es wird zwischen „jungen Alten“ und „alten Alten“ unterschieden [12]. Die mehrdeutige Begrifflichkeit belegt, welche Mühe Wissenschaft und Medien mit den weltgeschichtlich neuen Gestaltungsformen des Lebens in einer Gesellschaft hoher Lebenserwartung bekunden.

Neue Alternsmodelle – in einer dynamischen Gesellschaft

Ab den 1970er und frühen 1980er Jahren wurden defizitorientierte Theorien des Alters in Frage gestellt und durch kompetenzorientierte Theorien des aktiven, erfolgreichen und gesunden Alterns ersetzt, auch weil Längsschnittstudien aufwiesen, dass nicht alle kognitiven Leistungsdimensionen mit dem Alter gleichläufig reduziert werden und einige Kognitionsdimensionen eine hohe altersbezogene Konstanz aufweisen [13]. Gleichzeitig belegen Interventionsstudien, dass auch im höheren und hohen Lebensalter leistungs- und gesundheitserhaltende Fakto-

ren gestärkt oder verbessert werden können, etwa bezüglich Muskelkraft oder Gedächtnisleistungen.

» Im hohen Lebensalter können leistungs- und gesundheits-erhaltende Faktoren gestärkt oder verbessert werden

Das Altern – früher fatalistisch als unbeneinflussbar hingenommen – wurde verstärkt als Handlungsfeld für kompetenz-erhaltende Interventionen entdeckt [29]. In seiner radikalen Fassung hat dies zur Entwicklung einer „anti-ageing medicine“ beigetragen [26]. Die neuen Leitbilder des Alters – in einer Gesellschaft ausgedehnter Lebenserwartung – orientieren sich stark an gesellschaftlichen Modellen eines selbst- und mitverantwortlichen und sozial aktiven Lebens älterer Menschen [3]. Die Neudefinition des Alters wurde durch Beobachtungen gestärkt, dass ein wachsender Teil älterer Menschen Tätigkeiten (wie Reisen, Sport, Weiterbildung, sich modisch ankleiden) übernahmen, die früher ausschließlich als Privileg jüngerer Menschen galten [9, 12].

Ein wichtiger Einflussfaktor des Trends zu einem aktiven und selbstbewussten Altern ist der Ausbau des Bildungswesens der letzten Jahrzehnte. Der Anteil von Personen ohne berufliche Ausbildung hat sich in den jüngeren Geburtsjahrgängen deutlich reduziert (■ Tab. 1). Bessere schulisch-berufliche Ausbildung hat nicht allein positive Auswirkungen auf Erwerbschancen und damit auf Rentenein-

Tab. 1 Anteil von Personen ohne abgeschlossene Berufsausbildung beim Einstieg ins Erwerbsleben: Deutschland [15]

	Alter im Jahr 2015 (Jahre)	Männer (%)	Frauen (%)
Geburtsjahrgänge 1929–1931	84–86	38	70
Geburtsjahrgänge 1939–1941	74–76	22	51
Geburtsjahrgänge 1949–1951	64–66	16	30

Tab. 2 Lebenserwartung insgesamt und gesunde Lebensjahre im Alter von 65: ausgewählte europäische Länder 2013. (Quelle: Eurostat Datenbank)

	Frauen		Männer	
	LT	GT	LT	GT
Deutschland	21,1	7,0	18,2	7,0
Frankreich	23,6	10,7	19,3	9,8
Großbritannien	20,9	10,7	18,6	10,6
Schweden	21,3	13,8	18,8	12,9
Schweiz	22,4	14,2	19,4	13,6
Spanien	23,4	9,0	19,2	9,7
Italien	22,6	7,1	18,9	7,7
Österreich	21,5	8,8	18,2	8,9

LT Lebenserwartung insgesamt in Jahren, GT gesunde Lebensjahre (gesunde Lebensjahre: eine gute gesundheitliche Verfassung wird als Abwesenheit von Funktionsbeschränkungen/Beschwerden definiert)

Tab. 3 Indikatoren zur Lebenssituation der „jungen Alten“ (65- bis 74-jährig) im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen: Deutschland 2012 [Datenquelle: European Social Survey Round 6 Data (2012), Data file edition 1.0. Norwegian Social Science Data Services, Norway – Data Archive and Distributor of ESS data (eigene Auswertungen, gewichtete Daten)]

Alter (Jahre)	45–54	55–64	65–74
Jahrgänge	1958–1967	1948–1957	1938–1947
In den letzten 7 Tagen bezahlte Arbeit geleistet	86%	60%	12%
Gute/sehr gute subjektive Gesundheit	59%	57%	51%
Keine gesundheitlich bedingte Einschränkungen des Alltagslebens angeführt	67%	59%	59%
In letzter Woche meistens/immer voller Energie gefühlt	65%	70%	67%
Starke Identifikation mit Lebenswerten:			
– neue Ideen/kreativ sein	61%	61%	54%
– neue Dinge ausprobieren	40%	43%	39%
– Regeln einhalten	25%	31%	42%
– sich richtig benehmen	44%	48%	64%
Politisch stark interessiert	18%	25%	31%
Komfortable finanzielle Lage des Haushalts	33%	37%	37%
Jemals unverheiratet zusammengelebt	47%	32%	22%
Jemals 3 und mehr Monate arbeitslos	40%	34%	25%
Allgemeine Lebenszufriedenheit ^a	7,6	7,9	8,0

^aMittelwert einer Skala von 0–10.

kommen, sondern ist im Alter mit verzögerten kognitiven Abbauprozessen begleitet [22]. Gleichzeitig haben jüngere Generationen (speziell in West- und Nordeuropa) von der Wohlstandsentwicklung der Nachkriegsjahrzehnte profitiert. Für große Gruppen jüngerer Generationen älte-

rer Menschen waren auch die Jugendbewegungen der 1960er Jahre für individualistische Lebensorientierungen von prägender Bedeutung [11].

Hin zu einem ausgedehnten gesunden Rentenalter – das dritte Lebensalter

Die sozialhistorisch neue Lebensphase des dritten Lebensalters ist charakterisiert durch eine Freisetzung von der Erwerbsarbeit von Frauen und Männern, die vielfach gesund und aktiv verbleiben und die sich deshalb selbst nicht als „alt“ einstufen. Ein entscheidender Einflussfaktor war und ist eine Ausdehnung der gesunden Lebensjahre in die Rentenjahre. „Sowohl in den USA, als auch in vielen europäischen Staaten kam es im Zuge der ansteigenden Lebenserwartung zu einer relativen Kompression chronischer Morbidität“ [16]. Verantwortlich sind bessere Lebensverhältnisse, aber auch eine bessere gesundheitliche und medizinische Versorgung, die dazu beiträgt, dass chronische Krankheiten – wie etwa Diabetes oder kardiovaskuläre Erkrankungen – sich nicht oder verzögert auf die Alltagsgestaltung alter Menschen auswirken.

Tab. 2 zeigt die durchschnittliche Lebenserwartung und gesunde Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren in ausgewählten europäischen Ländern. Der intereuropäische Vergleich lässt länderspezifische Unterschiede erkennen, mit hohen Werten zur gesunden Lebenserwartung in Schweden und der Schweiz und tieferen Werten in Deutschland [17].

Aber auch in Deutschland haben sich Anteil und Ausmaß der gesundheitlich beeinträchtigten Lebenszeit bei Männern und Frauen verringert, insbesondere bezüglich starken gesundheitlichen Beeinträchtigungen: „In der Summe deuten die Ergebnisse der vorliegenden Studien sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen überwiegend auf einen Anstieg der gesunden Lebenserwartung seit etwa den 1980er Jahren hin. In den Studien werden dabei meist die Auswirkungen von Erkrankungen auf die funktionale Gesundheit bzw. – vornehmlich in Deutschland – auf Pflegebedürftigkeit hin untersucht. Die Befunde für Deutschland entsprechen dabei denen der internationalen Studien, wonach die Menschen nicht nur älter werden, sondern auch mehr zusätzliche gesunde Lebensjahre erleben“ [28].

Hier steht eine Anzeige.



Gesundes Altern und damit oft auch aktives Altern haben an Gewicht gewonnen, zumindest bei einem wesentlichen Teil der unter 75-jährigen Personen. In **Tab. 3** sind einige Indikatoren zu Lebenslage und Lebensgefühl von 65- bis 74-Jährigen im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen bzw. Geburtsjahrgängen zusammengestellt. Nicht alle, aber doch eine knappe Mehrheit (51%) weist eine gute bis sehr gute selbsteingeschätzte Gesundheit auf und gut 59% erwähnen keine gesundheitlich bedingten Alltagsbeschränkungen. Die Phase des gesunden Rentenalters dauert unterschiedlich lang, abhängig von den vorhandenen finanziellen, sozialen und psychischen Ressourcen sowie den körperlichen Belastungen in früheren Lebensphasen. Wohlhabende und gut gebildete Personen können länger von der ‚späten Freiheit‘ des gesunden Rentenalters profitieren als Personen mit wenig Einkommen und Status [16].

Mehr als zwei Drittel der 65- bis 74-Jährigen fühlen sich voller Energie und eine knappe Mehrheit identifiziert sich stark mit der Lebensvorstellung, dass es im Leben wichtig sei, neue Ideen zu pflegen und kreativ zu verbleiben. Die Bereitschaft, neue Dinge auszuprobieren, ist geringer und Generationenunterschiede werden in der Richtung sichtbar, dass die Einhaltung von Regeln und richtiges Benehmen von den Vorkriegs- und Kriegsgenerationen stärker gewichtet werden als von den Nachkriegsgenerationen. Die nachrückenden Generationen (Babyboomer) dürften auch im Rentenalter weniger konform sein und sie haben – geprägt durch den Wandel von Ehe- und Familienmodellen in den 1960er und 1970er Jahren – häufiger schon unverheiratet zusammengelebt. Die Wirtschaftswunderjahre der Nachkriegszeit zeigen insofern Spuren als die älteren Generationen weniger häufig eine längere Arbeitslosigkeit erfahren als nachkommende Generationen, die in den 1980er Jahren ins Erwerbsleben eintraten. Wird die allgemeine Lebenszufriedenheit betrachtet, ergeben sich bei den „jungen Alten“ durchaus vergleichbare Werte zu jüngeren Altersgruppen. Insgesamt zeigen sich interessante Wandlungen der Lebensvorstellungen, die sich mit dem Altern geburtenstarken Generationen noch verstärken werden.

Aktive soziale Teilnahme, wirtschaftliche Sicherheit und Gesundheit im Alter sind miteinander eng assoziiert. Gute gesundheitliche und wirtschaftliche Lebensbedingungen gelten allgemein als zentrale Grundlagen für ein aktives Altern. Allerdings variieren gesundheitliche Befindlichkeit und sozioökonomische Lebensbedingungen älterer Menschen – und damit die Voraussetzungen für ein aktives Altern – sowohl zwischen als auch innerhalb von Ländern in starkem Masse. So erwähnt in Deutschland nur eine Minderheit (37%) der 65- bis 74-Jährigen eine komfortable finanzielle Lage, im Gegensatz zu Schweden oder der Schweiz (wo 57 bzw. 58% der 65- bis 74-Jährigen ihre finanzielle Lage als komfortabel einstufen. Im Vergleich von 29 europäischen Ländern zeigt sich im Rahmen des „European Social Surveys“ 2012 eine hohe Korrelation ($r=0,87$) zwischen dem Anteil subjektiv gesunder älterer Menschen (65- bis 74-jährig) und dem Anteil an wirtschaftlich abgesicherten älteren Personen. Auf individueller Ebene – über alle 29 Länder hinweg – ergibt sich ebenfalls eine positive Korrelation ($r=0,39$, $n=6914$) zwischen gesundheitlicher und wirtschaftlicher Selbsteinschätzung. Die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Voraussetzungen für ein aktives Altern sind somit nicht in allen europäischen Ländern gegeben. Deutlich schlechtere Verhältnisse werden in süd- und v. a. in osteuropäischen Ländern sichtbar. In diesen Ländern stuft die Mehrheit der 65- bis 74-Jährigen ihre Gesundheit als mittelmäßig bis schlecht ein und eine Mehrheit lebt unter schwierigen bis sehr schwierigen wirtschaftlichen Bedingungen; eine Entwicklung, die in diesen europäischen Ländern durch die Finanz- und Wirtschaftskrise der letzten Jahre verstärkt wurde [4]. Ein aktives Rentenalter in guter Gesundheit ist gegenwärtig primär ein Merkmal oberer Sozial- und Bildungsschichten in wohlhabenden Wohlfahrtsregionen.

Wandel des vierten Lebensalters – als neue Entwicklung

Mit steigendem (chronologischem) Lebensalter erhöhen sich die Risiken für merkbare körperliche, sensorische und kognitive Einschränkungen und Hochal-

Urologe 2015 · 54:1747–1752
DOI 10.1007/s00120-015-4012-z
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

F. Höpflinger

Wandel des Alterns hin zu einer dynamischen Altersgesellschaft

Zusammenfassung

Hintergrund. Ausdehnung der gesunden Lebensjahre und das Altern neuer Generationen führen zu markanten Veränderungen des Alterns.

Fragestellung. Inwiefern wird die demographische Alterung durch eine soziokulturelle Verjüngung älterer Menschen kompensiert?

Material und Methode. Es werden statistische Daten und Erhebungsdaten ausgewertet.

Ergebnisse. Ein Strukturwandel des Alterns – hin zu einem aktiven Altern – lässt sich v. a. bei gesunden älteren Menschen feststellen, auch ausgelöst durch individualistische Werthaltungen jüngerer Generationen von Altersrentnern. Zunehmend zeigt sich aber auch – zumindest in wohlhabenden Regionen – ein Struktur- und Generationenwandel des hohen Lebensalters. Dies hat enorme Bedeutung für die zukünftige medizinische Behandlung älterer und alter Menschen.

Schlüsselwörter

Aktives Altern · Drittes Lebensalter · Viertes Lebensalter · Lebenserwartung · Alterung, demographische

Changes in ageing towards a dynamic elderly society

Abstract

Background. Longer healthy life expectancy and the ageing of new generations result in rapid changes of life-styles and behaviors of the elderly.

Objectives. How far are trends to active ageing countervailing factors to processes of demographic ageing?

Materials and methods. Official statistics and survey data are analyzed.

Results. Increased individualism particularly among healthy retired men and women result in more active attitudes to ageing processes. At least in affluent regions significant cohort changes in ageing are also observed among men and women aged 80 and older. These changes affect future medical treatments of elderly patients.

Keywords

Geriatrics · Third age · Fourth age · Life expectancy · Aging, demographic

trigkeit ist mit Fragilität, Multimorbidität und verstärkter Hilfe- und Pflegebedürftigkeit assoziiert, da sich im hohen Lebensalter auch bei gesunder Lebensführung biologische Abbauprozesse verstärken und kumulieren.

» Chronologische Altersgrenzen für operative Eingriffe sind nicht mehr angebracht

Ein hohes Lebensalter ist zwar nicht zwangsläufig mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit gleich zu setzen, aber zentral für das hohe Lebensalter sind reduzierte Reservekapazitäten und eine erhöhte Vulnerabilität; zwei Prozesse, die mit dem Konzept der Fragilität („frailty“) erfasst werden [6, 24]. Aus diesen Gründen haben sich gesellschaftliche Leitvorstellungen eines aktiven Alterns stark auf Menschen unter 80 Jahren konzentriert, wogegen das hohe Alter bzw. das vierte Lebensalter weiterhin eher mit negativen Attributen in Verbindung gebracht wird. Entsprechend definieren sich selbst alte Menschen nicht als „wirklich alt“, solange sie weiterhin in einer privaten Wohnform leben und über persönliche Entwicklungsspielräume verfügen [8]. Teilweise war und ist die soziale Aufwertung des dritten Lebensalters entlang Leitvorstellungen eines aktiven Alters begleitet von einer verstärkten defizitorientierten Abwertung des vierten Lebensalters: „Die ‚jungen Alten‘ werden als aktive selbstverantwortliche Koproduzenten ihrer Lebensbedingungen angerufen, hochaltrige Menschen hingegen vorrangig als zu Pflegenden, zu Betreuenden und zu Versorgenden wahrgenommen und verbleiben damit im Objektstatus“ [2].

Soziale und wirtschaftliche Unterschiede prägen auch das hohe Lebensalter und „End-of-life-Analysen“ lassen erkennen, dass besser ausgebildete alte Menschen auch ihr letztes Lebensjahr mit weniger Einschränkungen verbringen als weniger gut ausgebildete Personen, die gleichzeitig früher versterben [1]. Entsprechend deuten neuere Studien in die Richtung, dass sich die Lebenslage und Alternsprozesse von über 80-jährigen Menschen strukturell verändern, auch weil sich der Anteil von alten Menschen ohne weiterführende Ausbildung reduziert hat und reduzieren

wird. Ein Zeitvergleich 1979 und 2011 bei zuhause lebenden 80-jährigen und älteren Personen aus der französischsprachigen Schweiz (Genf, Wallis)¹ ließ 2011 zwar nur eine leicht bessere funktionale Gesundheit hochaltriger Frauen und Männer erkennen, hingegen jedoch deutlich bessere Werte, was die psychische Befindlichkeit betraf: Hochaltrige Frauen und Männer fühlten sich 2011 signifikant weniger häufig müde, ängstlich, traurig und einsam als 1979. Bessere Bildung, höhere Renten und eine verbesserte gesundheitliche Versorgung auch im hohen Lebensalter waren mitverantwortlich, aber auch eine bessere soziale Integration. So sank der Anteil der 80-jährigen und älteren Personen, die keine engen Freundschaftsbeziehungen pflegten zwischen 1979 und 2011 von 53 auf 22% [10].

Der strukturelle Wandel des Alterns zieht sich – zumindest in wohlhabenden Regionen – auch im hohen Lebensalter fort. Verstärkt wird diese Entwicklung dadurch, dass medizinische Interventionen (wie Star-Operationen, Hüftoperationen usw.) dank fachlichen Fortschritten auch bei Menschen nach 80 Jahren erfolgreich durchgeführt werden können. Selbst im sehr hohen Alter zeichnen sich generationenbedingte Wandlungen ab (auch wenn der Anteil der hilfe- und pflegebedürftigen Personen hoch bleibt). So belegt die zweite Heidelberger 100-Jährigen-Studie [18], dass sich 100-Jährige des Geburtsjahrganges 1911/1912 im Vergleich zu den 100-Jährigen des Geburtsjahrganges 1900/1901 weniger häufig einsam fühlen und bei einigen Alltagsaktivitäten (wie Mahlzeiten zubereiten, Essen, sich ins Bett legen) häufiger selbständig verblieben. Analoge Verbesserungen der funktionalen Kapazitäten im hohen Alter – wenn auch nur bei Frauen – wurden in einer dänischen Hundertjährigen-Studie festgestellt [7]. Der bemerkenswerteste Befund der zweiten Heidelberger-Studie ist jedoch die Beobachtung, dass sich der Anteil der 100-Jährigen ohne oder mit nur geringen kognitiven Einschränkungen

innerhalb von 11 Jahren signifikant erhöht hat (von 41 auf 52%). Analoge Verbesserungen der kognitiven Ressourcen im hohen Alter – wahrscheinlich bedingt durch bessere schulisch-berufliche Ausbildungschancen jüngerer Generationen – wurden bei über 90-Jährigen in Dänemark beobachtet [5]. Auch schwedische und holländische Längsschnittvergleiche weisen in die Richtung, dass sich das (altersspezifische) Risiko einer Demenzerkrankung im Alter bei jüngeren Generationen alter Menschen reduziert hat [25, 27].

Schlussfolgerung

Alternsprozesse unterliegen einem raschen gesellschaftlichen Wandel und v. a. in wohlhabenden Regionen Europas wird die demographische Alterung gesellschaftlich ganz oder teilweise durch eine soziokulturelle Verjüngung des Rentenalters kompensiert. Die Möglichkeiten, das Altern aktiv zu gestalten und die gesunden Lebensjahre auszudehnen, haben sich erhöht (und werden sich weiter erhöhen).

» Die Möglichkeiten, das Altern aktiv zu gestalten und die gesunden Lebensjahre auszudehnen, haben sich erhöht

In den letzten Jahrzehnten hat sich der zuerst bei den „jungen Alten“ (65- bis 75-/79-Jährige) festgestellte rasche Strukturwandel des Alters auch auf die Gruppe der über 80-Jährigen ausgedehnt, wenn auch langsamer und weniger markant. Die rasch ansteigende Zahl an älteren, alten und sehr alten Menschen ist daher nicht notgedrungen mit einer parallel ansteigenden Zahl von körperlich und kognitiv eingeschränkten Personen verbunden. Entwicklungen hin zu einem langen aktiven und gesunden Altern sind eng verhängt mit wirtschaftspolitischen, sozialpolitischen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen (und verschlechterte Rahmenbedingungen können erneut zu schlechteren Alternprozessen beitragen).

¹ Grundlage war eine 2011 durchgeführte Replikation (gleiches Sampling, gleiche Fragen, gleiches Frageformat) einer 1979 durchgeführten Erhebung bei älteren Personen in zwei Regionen der französischsprachigen Schweiz.

Fazit für die Praxis

- Frühere Studien und Lehrtexte zum Alter und Altern sind angesichts neuer Entwicklungen obsolet. Vor allem Studien und Lehrtexte, die primär das (chronologische) Lebensalter als Einfluss- oder Diagnosekriterien verwenden, entsprechen nicht mehr heutigen Rahmenbedingungen. Chronologische Altersgrenzen (für operative Eingriffe) sind nicht mehr angebracht.
- Der Wandel des Alterns trägt dazu bei, dass je nach Generationen zugehörigkeit andere medizinische Ansprüche entstehen und andere medizinische Interventionen sinnvoll werden. Zunehmend mehr Patienten und Patientinnen reagieren negativ, wenn Erkrankungen auf ihr (chronologische) Alter zurückgeführt werden.
- Aktive ältere (und alte) Menschen sind zunehmend digital vernetzt und medizinische Fachgruppen tun gut daran, auch bei alten Patienten qualitativ gute medizinische Informationen zur Verfügung zu stellen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. F. Höpflinger

Zentrum für Gerontologie, Universität Zürich
Glärnischstraße 47, CH-8810 Horgen
Schweiz
hoepflinger@bluemail.ch

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. F. Höpflinger gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Andersen-Ranberg K, Robine JM et al (2008) What has happened to the oldest old Share participants after two years? In: Börsch-Supan A et al (Hrsg) First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004–2007). Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, Mannheim, S 66–73
2. Amrhein L (2013) Die soziale Konstruktion von ‚Hochaltrigkeit‘ in einer jungen Altersgesellschaft. *Z Gerontol Geriatr* 46(1):10–15
3. Backes G, Amrhein L (2008) Potentiale und Ressourcen des Alter(n)s im Kontext von sozialer Ungleichheit und Langlebigkeit. In: Künemund H, Schroeter KR (Hrsg) Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter. Fakten, Prognosen und Visionen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 71–84
4. Cavasso B, Weber G (2013) The effect of the great recession on the wealth and financial distress of 65+ Europeans. In: Börsch-Supan A, Brandt M et al (eds) Active ageing and solidarity between generations in Europe. de Gruyter, Berlin, S 27–36
5. Christensen K, Thinggaard M et al (2013) Physical and cognitive functioning of people older than 90 years: a comparison of two Danish cohorts born 10 years apart. *Lancet* 382(9903):1507–1513. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60777-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60777-1)
6. Ding-Greiner C, Lang E (2004) Alternsprozesse und Krankheitsprozesse – Grundlagen. In: Kruse A, Martin M (Hrsg) Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht. Huber, Bern, S 182–206
7. Engberg H, Christensen K et al (2008) Improving activities of daily living in Danish centenarians – but only in women: a comparative study of two birth cohorts born in 1895 and 1905. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 63A:1186–1192
8. Graefe S, Dyk S van, Lessenich S (2011) Altsein ist später. Alter(n)snormen und Selbstkonzepte in der zweiten Lebenshälfte. *Z Gerontol Geriatr* 44(5):299–305
9. Höpflinger F (2011) Die neue Generation der jungen Alten. Befindlichkeit und Werthaltungen in mitteleuropäischen Ländern. *Psychotherapie im Alter* 8:155–166
10. Höpflinger F (2013) Das vierte Lebensalter – gesellschaftliche und individuelle Dimensionen. In: Meireis T (Hrsg) Altern in Würde – das Konzept der Würde im vierten Lebensalter. Theologischer Verlag, Zürich, S 41–59
11. Karl F (2007) Alternsforschung: Brückenschlag zu den Jugendstudien der 1950er und 1960er Jahre? In: Wahl HW, Mollenkopf H (Hrsg) Alternsforschung am Beginn des 21. Jahrhunderts. Alterns- und Lebenslaufkonzeptionen im deutschsprachigen Raum. Akademische Verlagsgesellschaft, Berlin, S 83–98
12. Karl F (Hrsg) (2012) Das Altern der ‚neuen‘ Alten. Eine Generation im Strukturwandel des Alters. Lit-Verlag, Münster
13. Klott S (2014) Theorien des Alters und des Alterns. In: Becker S, Brandenburg H (Hrsg) Lehrbuch Gerontologie. Gerontologisches Fachwissen für Pflege- und Sozialberufe – eine interdisziplinäre Aufgabe. Huber, Bern, S 37–74
14. Kolland F, Wanka A (2014) Die neue Lebensphase Alter. In: Wahl HW, Kruse A (Hrsg) Lebensläufe im Wandel. Entwicklung über die Lebensspanne aus Sicht verschiedener Disziplinen. Kohlhammer, Stuttgart, S 185–200
15. Konietzka D (1999) Ausbildung und Beruf. Die Geburtsjahrgänge 1919–961 auf dem Weg von der Schule in das Erwerbsleben. Leske + Budrich, Opladen, S 179
16. Kroll LE, Lampert T et al (2008) Entwicklung und Einflussgrößen der gesunden Lebenserwartung, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Juli 2008. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin, S 50
17. Jagger C, Weston C et al (2011) Inequalities in health expectancies at older ages in the European Union: findings from the Survey of Health and Retirement in Europe (SHARE). *J Epidemiol Community Health* 65(11):1030–1035
18. Jopp DS, Rott C et al (2013) Zweite Heidelberger Hundertjährigen-Studie: Herausforderungen und Stärken des Lebens mit 100 Jahren. Robert Bosch Stiftung, Stuttgart
19. Lalive d’Epinay (1994) La construction sociale des parcours de vie et de la vieillesse an Suisse au cours du 20e siècle. In: Heller G (Hrsg) Le poids des ans. Une histoire de la vieillesse en Suisse romande. Editions d’en bas, Lausanne, S 127–150
20. Lalive d’Epinay C, Spini D et al (2008) Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans. Presse de l’université Laval, Québec
21. Laslett P (1989) A fresh map of life: the emergence of the third age. Weidenfeld and Nicolson, London
22. Mazzonna F, Perachi F (2013) Patterns of cognitive ageing. In: Börsch-Supan A, Brandt M (Hrsg) Active ageing and solidarity between generations in Europe. de Gruyter, Berlin, S 199–208
23. Motel-Klingebiel A, Wurm S, Tesch-Römer C (Hrsg) (2010) Altern im Wandel. Befunde des deutschen Alterssurveys (DEAS). Kohlhammer, Stuttgart
24. Petzold HG, Horn E, Müller L (Hrsg) (2011) Hochaltrigkeit. Herausforderung für persönliche Lebensführung und biopsychosoziale Arbeit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
25. Schrijvers EM, Verhaaren BF et al (2012) Is dementia incidence declining? Trends in dementia incidence since 1990 in the Rotterdam Study. *Neurology* 78(19):1456–1463
26. Stuckelberger A (2012) Le guide des médecines anti-âge. De la prévention aux traitements: techniques de pointe et ressources pour la longévité. la santé et la beauté. Editions Favre, Lausanne
27. Qiu C, Strauss E von, Bäckman L et al (2013) Twenty-year changes in dementia occurrence suggest decreasing incidence in central Stockholm. Sweden. *Neurology* 80(20):1888–1894
28. Unger R (2015) Lebenserwartung in Gesundheit. Konzepte und Befunde. In: Niephaus Y, Kreyenfeld M, Sackmann R (Hrsg) Handbuch Bevölkerungssoziologie. Springer Fachmedien, Wiesbaden, S 566–594
29. Wahl HW, Tesch-Römer C, Ziegelmann JP (Hrsg) (2012) Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 1000 Schlüsselbegriffen, 2. erweiterte Aufl. Kohlhammer, Stuttgart