

# Interventionsgerontologie für Forschung, Lehre und Praxis: Einführung in das Werk und anvisierte Leser:innenschaft

Paul Gellert und Hans-Werner Wahl

Interventionsgerontologie besitzt am Anfang der dritten Dekade des 21. Jahrhunderts größer und vielfältiger werdende *Möglichkeiten* auf der einen Seite. Auf der anderen Seite lassen sich auch größer werdende *Notwendigkeiten* konstatieren. Die Möglichkeiten für die Interventionsgerontologie sind rasant angewachsen, und sie sind in immer stärkeren Maße mit digitalen Systemen, so etwa Internetplattformen, Gesundheits-Apps und dem Bereich der Robotik, verbunden. Auch ein wachsendes und zunehmend gesichertes Fundament an Evidenz zur Wirksamkeit von Interventionen sowie ein gesellschaftliches und individuelles Umdenken, Altern als gestaltbar anzusehen, erweitern die Möglichkeiten der Interventionsgerontologie. Gleichzeitig wird die Notwendigkeit hochwertiger Interventionen samt Prävention mit dem Erreichen des Renteneintritts der Babyboomer-Generation, dem Mehr an gesunden, aber wohl auch an kranken Lebensjahren durch den stetigen Anstieg der Lebenserwartung und dem zukünftigen Fachkräftemangel, z. B. im Bereich Pflege, drängender denn je. Dies ist die aktuelle Ausgangssituation für die *Interventionsgerontologie*, Nachfolgewerk der *Angewandten Gerontologie*.

Wie die bereits vorgelegten Auflagen der Vorgängereditionen bezieht sich auch dieses Werk auf *verhaltensbezogene Interventionen*. Verhaltensbezogene Interventionen streben mit einer Vielzahl von Strategien an, positive Effekte in diversen für die älteren Menschen relevanten Bereichen, etwa in Hinblick auf Lebensqualität, Autonomie oder Erhalt der Funktionsfähigkeit im höheren Lebensalter möglichst dauerhaft zu erzielen. Dabei kön-

nen neben älteren Menschen auch Kontexte (z. B. professionelle Pflegekräfte, pflegende Angehörige, Wohnumwelten) zum Interventionsgegenstand werden. Die Strategien verhaltensbezogener Interventionen sind überaus heterogen. Sie reichen von Lebensstilanpassungen bis zu psychotherapeutischen Angeboten, von körperbezogenen Trainings bis zu Bildungsangeboten, von der Einflussnahme auf das Verkehrsgeschehen bis zu Wohnquartiersveränderungen und systematischen Antworten auf den Klimawandel. Und damit sind noch längst nicht alle Vorgehensweisen verhaltensbezogener Interventionen im Bereich älterer Menschen erwähnt.

Verhaltensbezogene Interventionen haben sich in den zurückliegenden Jahrzehnten in der internationalen gerontologisch-geriatriischen Forschung und Versorgungslandschaft als wichtige Komponente des Behandlungs- und Angebotsmix' in Bezug auf ältere Menschen und *Public Health* insgesamt etabliert bzw. es hat zwischenzeitlich eine gewisse Konsolidierung stattgefunden. In dem vorliegenden Buch werden verhaltensbezogene Interventionen in elf Bereichen beschrieben.

## **Bereiche verhaltensbezogener Interventionen in Bezug auf ältere Menschen und ihre Kontexte**

- Prävention
- Körperliche Leistung und Aktivität
- Kognitive Gesundheit
- Mentale Gesundheit
- Rehabilitation
- Soziale Beziehungen und Partizipation

- Professionelle und informelle Pflege
- Räumliche Nahumwelten
- Mobilität im öffentlichen Raum
- Quartier und Gemeinde
- Abschiedskultur

Wir präferieren das Konzept der verhaltensbezogenen Interventionen gegenüber dem oft zu findenden Konzept der nichtmedikamentösen Interventionen aus den folgenden Gründen: Zum Ersten geht es uns darum, nicht auf einer Negativabgrenzung aufzubauen, sondern eine positive Intention zum Ausdruck zu bringen; wir möchten aufzeigen, was alles mit Hilfe von am Verhalten ansetzenden Strategien zumindest potenziell zum Guten verändert werden. Unser Verhaltensbegriff ist dabei – wie vor allem in der Psychologie zu finden – sehr breit angelegt. Verhaltensveränderungen beinhalten die emotionale, kognitive und soziale Ebene, sie sind beobachtbar, können aber auch implizit, latent oder physiologisch sein. Verhaltensveränderungen können neues Lernen beinhalten oder bisheriges Verhalten verändern, bisweilen auch verhindern (z. B. soziale Ängste). Verhaltensveränderungen können auch auf der Meso- und Makroebene stattfinden, etwa ein verändertes Quartiersmanagement oder die Einführung neuer ÖPNV-Angebote, womit die klassische Trennung von »Verhaltensprävention« und »Verhältnisprävention« eher einem verschränkten Verständnis weicht. Wir sagen »potenziell« deshalb, weil eines unserer zentralen Ziele dahingehet, die Evidenz jeder Interventionsform mög-

lichst prägnant zu bilanzieren. Wir erwarten, dass diese Prüfung bei den insgesamt 78 in diesem Buch behandelten verhaltensbezogenen Interventionen unterschiedlich ausfallen wird. In *Kapitel 100* werden wir ein entsprechendes Resümee ziehen. Zum Zweiten sind wir uns der Heterogenität dessen, was wir im Buch alles unter verhaltensbezogenen Interventionen subsumieren, wohl bewusst. Allerdings interpretieren wir dies als Reichhaltigkeit und Flexibilität, die auf vielen Ebenen Altern positiv beeinflussen kann. Drittens sollten verhaltensbezogene Interventionen nie isoliert von medizinisch-geriatrischen Behandlungen gesehen werden. Es geht um ein Miteinander und die Anerkennung einer fruchtbaren Ko-Existenz. Verhaltensbezogene Interventionen mit medikamentösen Therapien zu verknüpfen oder als Aufeinanderfolge zu verstehen kann viel Sinn ergeben.

Mit dem neuen Buchtitel *Interventionsgerontologie. 100 Schlüsselbegriffe für Forschung, Lehre und Praxis* möchten wir zum Ausdruck bringen, dass es im Nachfolgewerk, mehr als zwei Jahrzehnte nach der Erstauflage der *Angewandten Gerontologie* im Jahr 2000 (Wahl & Tesch-Römer, Hrsg.), nicht mehr primär um eine Bestimmung des Gebiets geht, sondern um die kritische Verdeutlichung seines stetigen Fortschritts. Deshalb soll zuallererst der aktuelle Stand der Interventionsgerontologie dargestellt werden, der zwischenzeitlich weitere Evidenz und Ausdifferenzierungen gefunden hat und damit insgesamt belastbarer geworden ist.

## Blick zurück: Auch für das Nachfolgewerk wichtig

Die im April 2022 gestorbene große Entwicklungspsychologin und Alternsforscherin Ursula Lehr (1979) umriss bereits vor mehr als vier Jahrzehnten das Feld Interventionsgeron-

tologie als das »Insgesamt der Bemühungen, bei psychophysischem Wohlbefinden ein hohes Lebensalter zu erreichen«. Forschungsbe- funde der Gerontologie sollen praktische

Bedeutung haben, müssen allerdings dann auch erfolgreich und nachhaltig implementiert werden (Hoben et al., 2016). Und eine Gesellschaft des langen Lebens hat auch allen Grund, dies von der Altersforschung zu erwarten.

In diesem Zusammenhang: Nicht alles, was in wissenschaftlichen Altersdiskursen schon »in die Jahre« gekommen ist, muss an inhaltlicher Prägnanz verlieren. Im Gegenteil, es gibt Aussagen und Positionsbestimmungen, die ihrer Zeit voraus sind und heute deutlicher als zu ihrer Zeit Strahlkraft und »Guidance« entwickeln. So zögern wir keine Sekunde, uns auf die bereits 1992 von Baltes und Baltes publizierte Definition von Gerontologie zu berufen. Baltes und Baltes (1992) haben Gerontologie definiert als »Beschreibung, Erklärung und Modifikation von körperlichen, psychischen, sozialen, historischen und kulturellen Aspekten des Alterns und des Alters, einschließlich der Analyse von altersrelevanten und alternskonstituierenden Umwelten und sozialen Institutionen« (S. 8). In dieser Definition ist erstens das Modifikationspotenzial (Plastizität) von Altern und Alter, also von Prozess und Ergebnis, ausdrücklich erwähnt; es wird zweitens herausgestellt, dass diese Modifikationsbestrebungen keineswegs nur rein biomedizinisch gedacht werden sollten; es wird drittens gesagt, dass Altern

und Alter im Hinblick auf Beschreibung, Erklärung und Modifikation auch den Einbezug von Umweltbedingungen bis hin zu Institutionen voraussetzen. Interventionen finden nicht in »luftleeren« oder »normneutralen« Kontexten statt.

Hintergrund der Interventionsgerontologie ist demnach nicht zuletzt die Überzeugung, dass sich der Verlauf des sog. normalen Alterns und des Alterns mit schwerwiegenden Einschränkungen durch geeignete Maßnahmen verbessern lässt. Hier scheint uns der in der Altersforschung seit den 1970er Jahren etablierte Begriff des »Enrichment« (Hertzog et al., 2008) immer noch sehr passend zu indizieren, dass das eigentliche Potenzial der Interventionsgerontologie darin liegt, den Verlauf des heutigen und zukünftigen Alterns mit einer Vielzahl von evidenzbasierten Optionen anzureichern und weiterzuentwickeln. Ob und in welcher Weise diese dann auch tatsächlich aufgegriffen werden, sollte in einer offenen und pluralistischen Altersgesellschaft dem Zusammenspiel von unterschiedlichen Werten, Zielen, Bedürfnissen, gesundheitlichen Gestaltungsprozessen überlassen bleiben (Tesch-Römer & Wahl, 2022). Dennoch darf dies nicht zu Beliebigkeit führen. Interventionsgerontologie braucht ein definiertes Menschen- und Altersbild. Das sind wir uns selbst und unseren Leser:innen schuldig.

## Menschen- und Altersbild: Essenziell für die Interventionsgerontologie

Wir gehen auch im Nachfolgewerk *Interventionsgerontologie* von einer grundlegend optimistischen Sichtweise der Gestaltbarkeit des höheren Lebensalters einschließlich der notwendigen professionellen Gestaltungskraft des späten Lebens aus. Aus unserer Sicht wird eine solche Haltung selbst im sehr hohen

Alter keineswegs ad absurdum geführt. Im Gegenteil, gerade die Ausschöpfung von Gestaltungsreserven im höchsten Alter auf unterschiedlichen Ebenen – Person, Umwelt, informelle Pflege, Professionalität, Technologie – kann sinnstiftende Elemente im »Vierten Alter« unterstützen und Dilemmata abwen-

den (Baltes & Smith, 2003; Wahl & Ehni, 2020).

Negative Entwicklungen des Alterns sowie (auch) altersabhängige pathologische Prozesse sollen damit nicht schöngeredet werden. Sie gehören sicher zu den großen Herausforderungen einer modernen Gesellschaft, die vieles dafür tut, sog. Lebensrisiken zu minimieren bzw. abzusichern. Fortschreitende demenzielle Erkrankungen gehören ebenso wie schwere sensorische oder motorische Beeinträchtigungen und Multimorbidität zu den mit Leiden verbundenen Erkrankungen des Alters (Gellert et al. 2017; Nordheim et al. 2019).

Aber es ist eine der vornehmsten und wahrscheinlich auch die am direktesten die *conditio humana* des langen Lebens berührende Aufgabe der Interventionsgerontologie, dieser Verlustseite des menschlichen Alterns eine möglichst hohe Gestaltbarkeit »abzurufen«. Interventionsgerontologie ist nicht vereinbar mit der Vorstellung von völlig unbeeinflussbaren »Naturgewalten« des späten Lebens. Sie beruft sich stattdessen auf eine Geisteshaltung, aber auch auf einen sehr konkret umsetzbaren Maßnahmenkanon von nie völlig versiegenden Plastizitätsressourcen des menschlichen Lebens und Alterns bis zum Tod. Und sie steht damit auch durchaus im Einklang mit Feldern wie Geriatrie und Biogerontologie, die traditionell von der gesundheitlichen und biologischen Verlustseite des Alterns geprägt sind, aber zunehmend auch auf Prävention, Trainingserfolge und Rehabilitation setzen (Becker et al., 2020). Eine solche Geisteshaltung samt umfassendem Überblick zu Interventionsformen war immer und bleibt auch im Nachfolgewerk die treibende Motivation des Buches.

Und dennoch folgen die Gegenkräfte einer solchen Zielsetzung auf dem Fuß: Wenn Modelle erfolgreichen Alterns und die dabei zugrunde gelegten Kriterien in ihrer empirischen Prüfung dazu führen, dass deutlich unter 10 Prozent der über 80-Jährigen erfolgreich alt werden (Tesch-Römer & Wahl, 2022), dann würde die Interventionsgerontologie wohl vor einer schier unlösbaren Aufgabe der Optimierung des hohen Alters stehen. Es kommt also in entscheidendem Maße darauf an, in welcher Weise und mit welchen Werten und Erwartungen wir als »Interventionist:innen« auf Altern und seine »Erfolgsaussichten« blicken. Kann auch das Altern in langjährigen Pflegebeziehungen »erfolgreich« sein? Benötigen wir neue Vorstellungen von »Agency«, wenn wir Interventionen für Hochaltrige anbieten? Welche Rolle können hier zukünftig digitale und robotische Technologien spielen? Wie optimistisch dürfen wir sein? Wo müssen wir rechtzeitig und präventiv gegensteuern? Vielleicht schon in der Kindheit?

Leider ist schließlich auch der seit langem beklagte Therapie- und Interventionspessimismus gegenüber dem späten und sehr späten Leben weiter ungebrochen, wenn auch heute weitgehend latent praktiziert, nicht als politisch inkorrekte offene Kommunikation: »Lohnt das wirklich noch?« Die COVID-19-Pandemie hat dies in bizarrer Deutlichkeit gezeigt (Ayalon et al., 2021; Ehni & Wahl, 2020). Negative Altersstereotype und »Ageism« sind in unserer Gesellschaft keineswegs überwunden. Gleichzeitig gibt es begrenzte Hinweise auf »praktisch signifikante« Verbesserungen von Altersbildern, so auch in Deutschland seit den 1990er Jahren (Wettstein et al., 2023).

## Anmerkungen zur inhaltlichen Konzeption

Es geht uns in der *Interventionsgerontologie* vor allem um Evidenz, aber Differenzierung ist dennoch angesagt. Manche Interventionsstrategien sind aufgrund erster Effektivitätsstudien auf dem Weg der Etablierung. Andere Interventionen, etwa im Bereich bewegungswissenschaftlicher Trainings, sind bereits stark evidenzbasiert, haben sich aber weiter ausdifferenziert, nicht zuletzt durch eine immer stärker werdende Verknüpfung mit digitalen Unterstützungssystemen. In diesem Zusammenhang möchten wir auch neue Akzente dahingehend setzen, wie sich Interventionsgerontologie heute am sinnvollsten kategorisieren lässt. Ein solcher Akzent besteht z. B. darin, dass wir die Thematik der Nutzung digitaler Assistenzsysteme nicht mehr länger in einer eigenen Rubrik darstellen, sondern nunmehr die Rolle von smarten Techniksystemen in einzelnen Themenfeldern (z. B. Prävention, körperliche Aktivität, kognitives Training) aufgreifen. Wir wollen damit zum Ausdruck bringen, dass Techniknutzung aus unserer Sicht nicht länger einen Sonderstatus (s. die früher gebräuchliche Bezeichnung »Gerontotechnik«) besitzt, sondern in den unterschiedlichsten Bereichen der Interventionsgerontologie fast schon zum Normalfall geworden ist. Auch gehen wir bspw. nun nicht mehr nur an einer Stelle übergreifend, sondern themenspezifisch auf Verknüpfungen mit biologischen und biomedizinischen Prozesse ein. Neu hinzugekommen sind Themen der Interventionsgerontologie, die sich erst zu formieren beginnen: z. B. LGBTQIA+, Klimawandel, Health Literacy oder Brain-Gaming. Schließlich haben wir auch die seit der zweiten Auflage des Vorgängerwerks existierende »Methodensektion« überdacht und revidiert. So haben wir nun aktuelle Themen, wie personalisierte Interventionen mit Hilfe von »Big Data«, Gesundheitskompetenz (Health Literacy) und diversitätssensible Interventionen in Be-

zug auf sexuelle und geschlechtliche Vielfalt neu aufgenommen.

Zurückgefahren haben wir viele der eher allgemein gehaltenen Themen und Beiträge der ersten beiden Auflagen der *Angewandten Gerontologie*, etwa zur Multi- und Interdisziplinarität, zu Multimorbidität, zu schwierigen Lebenslagen oder allgemein zur Rolle von sozialen Beziehungen im höheren Lebensalter. Zu all diesen Aspekten gibt es heute so gute und breit verfügbare Literatur (z. B. Diehl & Wahl, 2020; Hank et al., 2019; Tesch-Römer, 2010; van Dyk, 2015; Wahl & Heyl, 2015), dass wir es nun als überflüssig erachten, dafür den ja immer sehr begrenzten Darstellungsplatz zu verwenden. Auch sind wir bei den Schlüsselbegriffen bei der Zahl »100« im Titel geblieben. Allerdings führte die eben beschriebene Reduktion der allgemeinen Beiträge in Verbindung mit den vielfältigen Neuentwicklungen dazu, dass sich die im Buch adressierten Interventionsformen deutlich gegenüber der 2. Auflage des Vorgängerwerks erhöht haben. Die Darstellungsform der verschiedenen Interventionen, knapp und knackig, haben wir beibehalten. Alle Beschreibungen sind in Teilen strukturgleich gehalten. So beginnen alle Beiträge mit einer Zusammenfassung, gefolgt von einer kurzen Einführung in die Thematik. Der Kernteil der theoretischen und auf Interventionen bezogenen Beiträge ist hingegen gemäß den Bedarfen der Thematik/Intervention flexibel gestaltet. In den theoretischen Beiträgen ist dabei konzeptuelle Substanz und Rigorosität, in den interventionsbezogenen Beiträgen die Kompilation von empirischer Evidenz essenziell. Alle Beiträge enden mit einem knappen Ausblick.

Ein völlig neues Element stellt Kapitel 100 dar. Wir haben uns dabei durch die in den letzten 20 Jahren nochmals verstärkten Bemühungen um robuste Formen der Evidenzsynthese und -bewertung leiten lassen; ebenso

geht es uns um ein tentatives Gesamtbild zur derzeitigen Implementierung und zur Finan-

zierung von verhaltensbezogenen Interventionen.

## Anvisierte Leser:innenschaft

Wie in den Auflagen des Vorgängerwerks möchten wir mit dem Buch einen Spagat zwischen Wissenschaft, Lehre und Anwendung wagen. Das Buch richtet sich vor allem an Studierende der Gerontologie und pflegewissenschaftlicher Studiengänge an Universitäten und Hochschulen im deutschsprachigen Raum und ist insbesondere durch seine klare Strukturierung und knappen Beiträge dazu besonders geeignet. Ansprechen möchten wir ferner mit dem Buch auch Professionelle, die in der gesamten Bandbreite von verhaltensbezogenen Interventionen tätig sind und die den Anspruch haben, ihr praktisches Handeln in einen breiteren Kontext der Verbesserung guten Alterns einzuordnen und zu reflektieren. Das Buch soll ferner auch grundlagenwissenschaftlich tätigen Forscher:innen in den unterschiedlichsten Bereichen der Alterns- und Lebenslauforschung Hilfestellungen bieten, sich umfassend über die heutigen Möglichkeiten der gerontologischen Interventionsforschung zu informieren sowie Hilfestellung

dabei zu leisten, eventuell Interventionskomponenten in eigene Forschungsprojekte (sei es experimentell oder korrelativ) zu berücksichtigen. Adressiert werden auch in einschlägigen Funktionen (z. B. Stadt-, Gesundheits-, Pflege- sowie Verkehrsplanung) tätige Personen in Kommunen, Land und Bund, Akteur:innen in Wohlfahrtsverbänden und Krankenkassen und Professionelle auf unterschiedlichen Ebenen in Pflegeeinrichtungen sowie geriatrischen und psychiatrischen Institutionen. Schließlich denken wir an zunehmend auch mit älteren Menschen befassten Berufen und Feldern wie z. B. Architekt:innen, Psychotherapeut:innen, Personalverantwortliche in Unternehmen und Tourismusunternehmen. Der Ansatz des Buches will all diesen Akteur:innen und sonstigen Buchinteressent:innen einen ganzheitlichen Zugang zum Thema Intervention vermitteln und damit auch die notwendige, aber immer noch zu wenig stattfindende Vernetzung zwischen Disziplinen und Professionen befördern.

## Literatur

- Ayalon, L., Chasteen, A., Diehl, M., Levy, B., Neupert, S. D., Rothermund, K., Tesch-Römer, C., Wahl, H.-W. (2021). Aging in times of the COVID-19 pandemic: Avoiding ageism and fostering intergenerational solidarity. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 76, e49-e52. doi:10.1093/geronb/gbaa051
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1992). Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In

- P. B. Baltes & J. Mittelstraß (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*. Akademie der Wissenschaften zu Berlin. *Forschungsbericht* 5 (S. 1-34). Berlin: de Gruyter.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49(2), 123-135. doi:10.1159/000067946

- Becker, C., Auer, R., Rapp, K., Grund, S., & Bauer, J. M. (2020). Geriatrische Rehabilitation – Aktueller Stand und zukünftige Entwicklung. In *Pflege-Report 2020* (S. 135-148). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Diehl, M., & Wahl, H. W. (2020). *The psychology of later life: A contextual perspective*. Washington D. C.: American Psychological Association.
- Ehni, H. J., & Wahl, H. W. (2020). Six propositions against ageism in the COVID-19 pandemic. *Journal of Aging & Social Policy*, 32(4-5), 515-525.
- Gellert, P., von Berenberg, P., Oedekoven, M., Klemm, M., Zwillich, C., Hörter, S., Kuhlmeier, A., & Dräger, D. (2017). Centenarians differ in their comorbidity trends during the six years before death compared to individuals who died in their 80s or 90s. *The Journals of Gerontology: Series A*, 73(10).
- Hank, K., Schulz-Nieswandt, F., Wagner, M. & Zank, S. (Hrsg.). *Handbuch Alternsforschung* (S. 415-444). Baden-Baden: Nomos.
- Hertzog, C., Kramer, A. F., Wilson, R. S., & Lindenberger, U. (2008). Enrichment effects on adult cognitive development: Can the functional capacity of older adults be preserved and enhanced? *Psychological Science in the Public Interest*, 9(1), 1-65. doi:10.1111/j.1539-6053.2009.01034.x
- Hoben, M., Bär, M. & Wahl, H.-W. (2016). *Implementierungswissenschaft in Pflege und Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lehr, U. M. (1979). Gerontologie – das Insgesamt der Bemühungen, bei psychophysischem Wohlbefinden ein hohes Lebensalter zu erreichen. In U. Lehr (Hrsg.), *Interventionsgerontologie* (S. 1-49). Darmstadt: Steinkopff.
- Nordheim, J., Häusler, A., Yasar, S., Suhr, R., Kuhlmeier, A., Rapp, M., & Gellert, P. (2019). Psychosocial intervention in couples coping with dementia led by psychotherapist and social worker: The DYADEM trial. *Journal of Alzheimer's Disease*, 68(2), 745-755.
- Tesch-Römer, C., Wahl, H.-W. & Co-Authors/Contributors: Rattan, S. & Ayalon, L. (2022). *Successful aging: Ambition and ambivalence*. Oxford: Oxford University Press.
- van Dyk, S. (Hrsg.). (2015). *Soziologie des Alters*. Bielefeld: transcript.
- Wahl, H.-W., & Tesch-Römer, C. (Hrsg.). (2000). *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wahl, H.-W., & Heyl, V. (2015). *Gerontologie – Einführung und Geschichte*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wettstein, M., Wahl, H.-W., Drewelies, J., Wurm, S., Huxhold, O., Ram, N. & Gerstorf, D. (2023). Younger than ever? Subjective age is becoming younger and remains more stable in middle-aged and older adults today. *Psychological Science*, 34, 647-656. doi:10.1177/09567976231164553



# Theoretische Grundlagen



# 1 Demografische und epidemiologische Grundlagen für Gero-Interventionen

*Gabriele Meyer und Sascha Köpke*

## Zusammenfassung

Interventionen in der Gerontologie bedürfen einer sorgsam hergeleiteten Begründung, die sich aus demografischen und epidemiologischen Erkenntnissen speist. Der Beitrag skizziert unter anderem die Aussagen, die demografische Erkenntnisse erlauben, und stellt

epidemiologische Designs und deren Aussagekraft vor. Da in der Gerontologie i. d. R. komplexe Interventionen eingeführt werden, fokussiert der Beitrag auch auf die Methoden der Entwicklung, Erprobung und Implementierung komplexer Interventionen.

## Einführung

Eine Intervention – also eine geplante bzw. gezielte Maßnahme – benötigt stets eine sorgfältig ermittelte Grundlage, die ihren Bedarf legitimiert. Demografische und epidemiologische Daten sind relevante Informationsquellen zur Bestimmung von Interventionsbedarfen. Je sorgfältiger die Daten zur exakten Problembeschreibung analysiert bzw. selbst erhoben werden, desto passgenauer kann die Gero-Intervention geplant werden.

In diesem Kapitel werden die Fragestellungen und Methoden demografischer und epi-

demologischer Studien skizziert und mit Akteuren und Projekten illustriert. Dem kurzen Abriss experimenteller epidemiologischer Studien folgend wird herausgearbeitet, dass Gero-Interventionen i. d. R. sog. komplexe Interventionen sind. In einem Exkurs wird das Zusammenspiel verschiedener Methoden und Designs in der Entwicklung und Evaluation eines demografisch legitimierten und epidemiologisch sorgfältig informierten komplexen Interventionsprogramms in Pflegeheimen dargelegt.

## Demografisch informierte Interventionsbedarfe

Die Demografie bezieht ihre Daten aus fortlaufender Statistik, Stichproben, Befragungen und Zensus. Mit demografischen Merkmalen

werden Aussagen zur Entwicklung der Bevölkerung und ihrer Strukturen getroffen. Als zentrale Prozesse werden Geburtenverhalten,

Migration und Alterung betrachtet. Somit sind Vorhersagen möglich zur Geburten- und Sterbeentwicklung, zum Altern der Bevölkerung, zur Entwicklung der Geschlechterrelation, zum Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund sowie zu regionalen Unterschieden, z. B. zwischen Ost- und Westdeutschland oder Stadt und Land. Für die Darstellung demografischer Prozesse werden statistische Kennziffern (z. B. Geburtenrate, Sterberate) und grafische Darstellungen (z. B. Alterspyramide) genutzt. Demografische Vorhersagen sind in unterschiedlichem Ausmaß unsicher; bei der Vorhersage der Altersentwicklung ist der Unsicherheitsbereich geringer als bei Prognosen zu Migration und Geburtenrate. Veränderungsprozesse, die im demografischen Wandel entstehen, sind eng verknüpft mit sozialem und kulturellem Wandel.

Demografieforschung wird in Deutschland wesentlich vom Max-Planck-Institut für demografische Forschung, dem Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung und dem Statistischen Bundesamt betrieben. Im Vergleich zu anderen europäischen und außereuropäischen Ländern wird ein vergleichsweise geringes Forschungsaufkommen moniert (Lutz, 2017).

Die wichtigsten Befunde zum demografischen Wandel in Deutschland lassen sich holzschnittartig zusammenfassen: steigende Lebenserwartung, niedrige Geburtenrate, zunehmendes Alter der Frauen bei der Geburt ihres ersten Kindes, zunehmende Zahl älterer Menschen mit besonders stark wachsender Gruppe der Hochbetagten, schrumpfende Zahl der Menschen im Erwerbsalter, wach-

sende Anzahl von Haushalten mit geringer Personenzahl, dünnere Besiedlung ländlicher Räume mit ausgeprägten regionalen Unterschieden, zunehmender Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund und die Zunahme von altersassoziierten Erkrankungen wie Demenz (Destatis, 2022). Zur Bewältigung der sich daraus ergebenden Herausforderungen wurde im Jahr 2012 die Demografiestrategie der Bundesregierung beschlossen und 2015 weiterentwickelt. Sie war Ergebnis eines politischen Prozesses, der 1992 mit der Einsetzung der Enquête-Kommission initiiert wurde.

Die Handlungsfelder *Selbstbestimmtes Leben im Alter* und *Soziale Sicherung im Alter* richten sich explizit an die Gruppe der Senior:innen und beinhalten alterspolitische Interventionen im Sinne von Initiativen, Projekten und Gesetzen. Auch in anderen Handlungsfeldern finden sich für ältere Menschen relevante Ansatzpunkte, wie z. B. in den Handlungsfeldern *Sicherung der Pflege* oder *Bürger-schaftliches Engagement* (Demografie-Portal, 2022).

Der Altersbericht der Bundesregierung ist ein zentrales Instrument der demografischen Politikberatung und implizit auch eine Grundlage für Interventionen. Er wird seit 1993 in jeder Legislaturperiode durch eine Sachverständigenkommission erstellt. Der Altersbericht schildert die Situation älterer Menschen in Deutschland und informiert zu aktuellen Themen (BMFSJ, 2022), z. B. im Jahr 2010 zu *Altersbildern in der Gesellschaft* oder 2020 zu *Älteren Menschen und Digitalisierung*.

## Epidemiologisch informierte Interventionsbedarfe

Epidemiologie will Antworten geben auf die Fragen nach der Krankheitslast in Populationen, wer betroffen ist und welche spezifischen

Faktoren das Risiko für ein Individuum erhöhen. Aus epidemiologischen Erkenntnissen können gezielte Interventionen zur Präventi-

on, Früherkennung, Behandlung und Nachsorge hergeleitet werden. Die Studiendesigns können deskriptiv, analytisch oder experimentell sein.

## Deskriptive Epidemiologie

Deskriptive Studien fokussieren entweder auf Individuen als Fallberichte bzw. Fallserien, Querschnittstudien und Surveillance oder auf Populationen anhand ökologischer Studien. Deskriptive Studien basieren häufig auf vorhandenen Daten, sind daher kostengünstig und zumeist ohne ethisches Konfliktpotenzial. Systematische Sammlungen wie Krebsregister oder Todesursachenstatistik sind Beispiele für Datengrundlagen der deskriptiven Epidemiologie. Auch Sentinel-Untersuchungen wie der Meldeverbund praktischer Ärzt:innen zum Monitoring der epidemiologischen Entwicklung der Influenza gehören dazu.

Angesichts fehlender Kontrollgruppen sind deskriptive epidemiologische Studien ungeeignet, kausale Zusammenhänge herzuleiten und dienen der Hypothesenbildung. Generell gibt es drei Arten von Assoziationen: falsche, indirekte, kausale (Grimes & Schulz, 2002b). Eine falsche Assoziation kann auf methodischer Verzerrung oder einfach Zufall beruhen. Ein lehrreiches Beispiel hierfür ist der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß des Schokoladenkonsums in verschiedenen Ländern und der Anzahl von Nobelpreisen, beide besonders ausgeprägt in der Schweiz (Messerli, 2012).

Eine indirekte Assoziation ist real, aber nicht kausal, sondern bedingt durch Confounding. Ein Beispiel ist die tägliche Kaffeetrinkmenge und die Rate schwerer Herzerkrankungen, die maßgeblich durch den Confounder »Rauchen« beeinflusst wird. Zur Exploration kausaler Zusammenhänge aus deskriptiven Studien wurden früh die Bradford-Hill-Kriterien entwickelt. Sie geben Hinweise, wie stark ein Zusammenhang zwischen

einer Exposition und einem Outcome sein könnte, wobei die Zeithaftigkeit (temporality) als einzig belastbares Kriterium erachtet wird (Grimes & Schulz, 2002b).

## Analytische Epidemiologie

Analytische epidemiologische Studien haben verschiedene Designs:

1. Kohortenstudien untersuchen prospektive Effekte einer Exposition auf das Outcome. Sie sind anfällig für Confounder und beim Studium von seltenen Ereignissen möglicherweise zu langwierig.
2. Fall-Kontroll-Studien sind retrospektiv. Ausgehend von einem definierten Outcome wie einer Krankheit, suchen sie nach den Expositionen, die das Outcome verursacht haben können. Fall-Kontroll-Studien sind nützlich bei seltenen oder langsam entstehenden Outcomes. Die Wahl der richtigen Kontrollpersonen ist entscheidend; die relevanten Merkmale sollen vergleichbar sein zwischen Fällen und Kontrollen, abgesehen von dem in Frage stehenden Outcome.
3. Querschnittstudien untersuchen den Zusammenhang von Exposition und Outcome an einem Zeitpunkt und können die Prävalenz bestimmen (Grimes & Schulz, 2002a). Bekannte internationale Kohortenstudien mit altersrelevanten Fragestellungen sind die *Framingham Study* und die *Nurses Health Study* aus den USA. Kohortenstudien mit älteren Menschen in Deutschland sind u. a. die in Augsburg und Umgebung initiierte *KORA-Age*, die *Study of Health in Pomerania (SHIP)*, *AUGUR* aus Regensburg. Der Deutsche Alterssurvey (*DEAS*) ist hingegen eine Kohortensequenzielle Studie, d. h. eine Kombination aus mehreren Quer- und Längsschnittstudien. Auch das Sozio-oekonomische Panel (*SOEP*) kombiniert eine Quer- und Längsschnittstudie, während ILSE – Inter-