

4 Die „neuen alten Männer“: Gute Aussichten!

Svenja Eichhorn und Elmar Brähler

4.1 Die „neuen Alten“: Kluft zwischen körperlicher Gesundheit und kognitiver Funktionalität

Viele Begrifflichkeiten kursieren, die diejenigen beschreiben sollen, die heute der „älteren Generation“ angehören, dabei aber lange nicht mehr das Alter fristen, sondern neue Wege der Funktionsfähigkeit entdecken und nutzen. Es ist die Rede von den „neuen Alten“, den „jungen Alten“ (Höpflinger 2008) und den „alten Jungen“ (Wormstall 2008). Es geht hierbei um einen Vergleich der heutigen Generation der „Alten“ mit früheren Kohorten hinsichtlich verschiedener Merkmale wie beispielsweise Gesundheit, Leistungs- oder Funktionsfähigkeit. Mit den „alten Jungen“ und „jungen Alten“ wird vor allem die Generation des Übergangsalters ab 50 und besonders die der „gesunden nachberuflichen Lebensphase“ bezeichnet.

François Höpflinger (2008) beschreibt eine „doppelte Dynamik heutigen Alterns“. Diese besteht darin, dass heutige Rentnergenerationen unter anderen Lebenserfahrungen aufgewachsen sind als frühere (s. Kap. III.10). Auch ein immer höherer Grad an schulischer und akademischer Bildung kommt hier hinzu. Zum anderen unterliegt die Generation einem neuen und schnellen gesellschaftlichen Wandel, der es den Älteren vermehrt ermöglicht, heute an Lebensformen zu partizipieren, die früher nur den Jüngeren zugänglich waren.

Insgesamt werden ab dem 60. Lebensjahr häufig motivationale und selbstregulatorische Ressourcen frei gemacht, die beispielsweise den Umgang mit kritischen Lebensereignissen ermöglichen. Diese Ressourcen dienen der Forschung als guter Prädiktor für körperliche und psychische Gesundheit und dienen damit in der Therapie von beispielsweise depressiven Störungen im Alter (Forstmeier u. Maercker 2008a, 2008b, 2009). Psychotherapie älterer Menschen stellt ein neues Feld dar, das in der Zukunft viel Zuwendung bedarf. Denn aufgrund des gesellschaftlichen Wandels, aber auch durch eine neue Offenheit der Psychotherapie gegenüber, werden mehr und mehr Klienten der psychotherapeutischen Praxen im Rentenalter sein. Die mit dem

Alter zunehmende Multimorbidität stellt hier eine neue Herausforderung dar (Forstmeier u. Maercker 2007). Einen großen Stellenwert in einer solchen Therapie nimmt die Selbstständigkeitsintervention ein, die auf eine gewisse Weise durch die wachsende Technisierung und die neuen Möglichkeiten der gesellschaftlichen Partizipation Flexibilität fördert und, auch unabhängig von Psychotherapie, für mehr Aktivität und ein neues Wohlbefinden beiträgt.

Ein neues Schlagwort für die ältere Generation ist das „informelle Lernen“. Dies bedeutet, dass man sich aktiv selbst etwas beibringt, durch das Nutzen von Medien oder durch andere Personen aus dem privaten Umfeld. Diese Form des Lernens bleibt bis ins hohe Alter eher erhalten, als andere Arten des Lernens, wie formale Bildung durch Schulbesuche oder das Besuchen von Weiterbildungen. Nichtsdestotrotz steigt auch die Zahl der sich formal bildenden Älteren an, was sich in den Hörsälen vieler Unis zeigt (Statistisches Bundesamt, DESTATIS 2011c).

Laut dem Statistischen Bundesamt war jeder dritte Gaststudent im Wintersemester 2009/2010 65 Jahre oder älter, 16% der Gaststudierenden war sogar ab 70 Jahre alt. Noch 2002/2003 lag der Prozentsatz bei 11%. Auch die Zahl der älteren Besucher der Volkshochschulen ist in den letzten Jahren stetig angestiegen (2002: 8% ab 65 Jahren, 2008: 13%).

Die neu dazu gewonnenen Chancen der größeren Selbstbestimmtheit beinhalten verschiedene Aspekte. Neben dem längeren Lernen bleiben andere Facetten der Freizeitgestaltung den Älteren heute länger erhalten. Die Möglichkeiten des Internets tragen einen großen Teil zur neuen Selbstwirksamkeit bei.



Die Zahl der „Silversurfer“, der Senioren im Netz, steigt stetig an. Männer sind hierbei etwa doppelt so häufig vertreten wie Frauen.

2010 waren es 42% der über 65-jährigen Männer und 23% der Frauen, die das Internet nutzten (Statistisches Bundesamt, DESTATIS 2011a). Durch „virtuelles Shoppen“, Onlinebanking oder neue Kommunikationswege wie Email oder Chat tun sich Möglichkeiten der Teilhabe auf, die von körperlicher Funktionalität weitestgehend unabhängig sind. Trotzdem wird diese Funktionstüchtigkeit immer mehr zum Thema. Denn offline-Aktivitäten wie Sport, Reisen, das Betreuen der Enkelkinder etc. wollen ebenso weiter und ohne Einschränkung erlebbar sein.



Durch die motivationale Fitness der Älteren vergrößert sich die Kluft zwischen kognitiver Funktionalität und körperlicher Gesundheit, was den subjektiven Wert von Gesundheit erhöht.

Dies zeigen Hinz und Kollegen anhand von Selbsteinschätzungsdaten einer deutschen bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. Gesundheit wird mit zunehmendem Alter immer wichtiger, und zwar unabhängig von Geschlecht oder Schichtzugehörigkeit (Hinz et al. 2010).

4.2 Der Einfluss generationsspezifischer Lebenserfahrungen am Beispiel des 2. Weltkriegs

Generationenunterschiede betreffend stellt Höpflinger die Frage, ob der häufigere Kirchengang von 70-Jährigen im Vergleich zu 50-Jährigen damit zusammen hänge, dass man im Alter religiöser wird, oder dass die ältere Generation mit anderen Wertmaßstäben aufwuchs. Wo liegt also die Ursache der verschiedenen Lebensweisen zwischen Sohn, Vater und Großvater?

Was unterscheidet die Jungen von den Alten? Ist es das Lebensalter oder sind es die Lebenserfahrungen?

Laut Höpflinger wiegen die Generationeneffekte in jedem Fall schwerer als diejenigen, die durch das Alter zustandekommen.



Sozialisations- und Lebenserfahrungen, die mit der Spezifität einer Kohorte einhergehen, überdauern Veränderungen, die ein steigendes Lebensalter mit sich bringen. Nicht das Alter mache beispielsweise konservativer, sondern generationsbedingte gesellschaftliche Faktoren innerhalb derer man aufgewachsen ist (Höpflinger 2008).

So unterliegen Männer und Frauen verschiedenen Einflüssen, die während ihrer Entwicklung bedeutsam waren. Männer erleben sowohl während eines Krieges als auch im Alltag mehr potenziell traumatisierende Ereignisse als Frauen (Fairbank u. Ebert 2000; Spitzer et al. 2008), bilden im Gegenzug hierzu jedoch weniger häufig Traumafolgestörungen wie die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) aus (Breslau 2009). Insgesamt ist jedoch die PTBS-Prävalenz innerhalb der ab 60-jährigen deutschen Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht, was den enormen, überdauernden Einfluss des 2. Weltkriegs auf das heutige Befinden der Beteiligten verdeutlicht. Auch begleitende Störungen wie Angst oder Depression sowie allgemeine Verbitterungsgefühle über eine mangelnde Anerkennung der traumatischen Erfahrungen treten häufig auf (Heuft et al. 2007; Heuft 1999). Ein interessantes Ergebnis in diesem Kontext liefern Spitzer und Kollegen. Die Wissenschaftler fanden in einer Untersuchung an einer deutschen Stichprobe bei über 65-Jährigen keinerlei Geschlechterunterschiede hinsichtlich der Ausbildung einer PTBS (Spitzer et al. 2008). Wie auch im Beitrag zu den „WK II-Männern“ (s. Kap. III.10) im vorliegenden Buch beschrieben, kann dies daher rühren, dass sich die im Krieg besonders erhöhte Traumaexposition bei Männern (in den Rollen Flakhelfer, Soldaten, etc.) mit der im Allgemeinen höheren „Vulnerabilität“ von Frauen hier ausgleicht. Dies würde das Ausmaß der Belastung andeuten, das Kriegserleben für ältere Männer heute noch bedeuten kann. Genaue Verläufe der Traumasymptomatik sowie andere kausale Schlüsse sind aufgrund mangelnder längsschnittlicher Daten zu diesen Generationen leider nicht möglich (Glaesmer et al. 2010). In einer anderen Studie zeigt Scott, dass Männer mehr funktionelle und soziale Einschränkungen durch psychische Krankheiten wie beispielsweise Angst oder Depression erleben als Frauen (Scott 2011). Hartmut Radebold berichtet von oft „unspezifischen psychischen, psychosozialen und körperlichen Symptomen“ nach möglichen Trauma-Reaktivierungen oder Re-Traumatisierungen

(s. Kap. III.10), die oft weder von den Betroffenen selbst, noch von Professionellen (Pfleger, Ärzte, etc.) auf die traumarelevanten lebensgeschichtlichen Ursachen zurückgeführt werden. Wichtig in diesem Kontext ist die Tatsache, dass hier nach wie vor therapeutische Hilfe möglich ist.

Insgesamt bedeutet der 2. Weltkrieg auch heute noch für viele Männer und Frauen ein besonders einschneidendes Lebensereignis. Daher rührende posttraumatische Symptome können bei besonderer Achtsamkeit nach wie vor gefunden werden. Letztlich sollten konkrete Erfahrungen und die Forschungsergebnisse der letzten Jahre am Beispiel des 2. Weltkriegs eine Sensibilität für die individuellen Lebensgeschichten älterer Menschen fördern. Nur so kann das Umfeld unterstützend reagieren, wenn sich Erinnerungen in Form von unzuordenbarer Angst und anderen Symptomen melden.

Die „neuen alten Männer“, die um oder nach 1945 geboren wurden, sind mit anderen Lebenserfahrungen und konkret ohne direkte Kriegserfahrung gealtert. Es ist anzunehmen, dass hier geringere PTBS-Prävalenzen, eine damit verringerte psychische Komorbidität und, verglichen mit früher geborenen (Glaesmer et al. 2011), eine diesbezüglich reduzierte Inanspruchnahme des Gesundheitswesens zu finden ist.

Neben den immer weniger zu findenden Vertretern der Kriegsgeneration rücken die Folgegenerationen, die Kinder und Enkelkinder der Zeitzeugen, nach. Auch diese sind über die Eltern- und Großelterngeneration häufig direkt oder indirekt von den Ereignissen beeinflusst.

Das Forschungsfeld der „transgenerationalen Weitergabe“, hier von traumatischen Erfahrungen und den psychischen Folgen, begann in den letzten Jahren vermehrt in den Fokus der psychotraumatologischen Forschung zu rücken. Eine große Übersichtsarbeit von Dekel und Goldblatt (2008) fasst Belege für eine solche Weitergabe zusammen. Beispielsweise wurde in verschiedenen Studien der Einfluss einer väterlichen chronischen PTBS nach Kriegsteilnahme auf jeweils ein erhöhtes Aggressions- und Angstniveau, häufigere psychiatrische Behandlung oder beispielsweise ein erhöhtes dysfunktionales soziales und emotionales Verhalten der Söhne nachgewiesen.



Spricht man von den „neuen alten Männern“, spricht man also bald von den Nachkommen, die die potenziellen Kriegserfahrungen und psychischen Folgen der Eltern und Großeltern über Jahrzehnte hinweg in verschiedenen Formen weiter in sich tragen.

4.3 Lebenserwartung und Gesundheit bei den „neuen alten Männern“

Der „Erste deutsche Männergesundheitsbericht“ (Dinges 2010) klärt den Irrtum auf, dass die Lebenserwartung von Männern genetisch mehrere Jahre unter der der Frauen liegt. Tatsächlich konnten Untersuchungen in Klöstern, die Männern und Frauen annähernd die gleichen Lebensbedingungen bieten, belegen, dass sich der Unterschied lediglich auf etwa ein Jahr beläuft. Die restlichen sonst zitierten 4-5 Jahre kämen aus kulturellen und sozial bedingten Geschlechterunterschieden zustande (Luy 2002; Luy 2003). Doblhammer und Kreft (2011) berichten zusätzlich einen geschlech-

terübergreifenden „kontinuierlichen Zugewinn an Lebensjahren in den letzten 160 Jahren“. In dieser Zeit betrug der stärkste gemessene Anstieg der Lebenserwartung 3 Monate pro Jahr. Im Geschlechtervergleich lässt sich ein stärkerer Anstieg der Lebenserwartung bei den Männern finden, was die Angleichung an die der Frauen bedeutet. Als Erklärungen werden biologische Aspekte, neue Lebensstile und die veränderte Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsangebote genannt.



Zusammengefasst sind es die immer ähnlicher werdenden sozioökonomischen Lebensumstände und Lebensstile von Männern und Frauen, die letztendlich die vor allem soziokulturell determinierte Lebenserwartung beeinflussen.

Das stetig steigende Alter der Bevölkerung geht einher mit einer steigenden Zahl von chronischen Beschwerden, so Kuhlmeiy und Kollegen (Kuhlmeiy et al. 2003). Diese Multimorbidität erfordert eine Umstrukturierung des aktuellen Gesundheitssystems, um den Bedürfnissen der „neuen Alten“ gerechter zu werden.

Die neue Hypothese „Kompression der Morbidität“ beschreibt die Verlagerung der zunehmenden Symptome nach hinten, d. h. in höhere Altersstufen, sodass die Pflegebedürftigkeit nicht zwangsläufig erhöht würde, sondern verschoben (Doblhammer-Reiter 2010). Auch wenn bei Männern eine geringere Multimorbidität gemessen wird als bei Frauen (Scheidt-Nave et al. 2010), betrifft die Frage nach angemessener Versorgung beide Geschlechter der aktuell und baldigen „Hochaltrigen“. Schlagwörter wie Care- oder Case-Management, Drehtür- und Schnittstellenproblematik werden häufig genannt (Kuhlmeiy 2011). Die Zunahme Demenzkranker und älterer anders psychisch erkrankter Patienten holt die Psychotherapie auf den Plan.

Beutel und Kollegen (Beutel et al. 2002) berichten eine steigende körperliche und mentale Müdigkeit, sowie insgesamt reduzierte Aktivität, verglichen mit jüngeren Altersklassen. Außerdem wird eine Zunahme körperlicher, psychischer und vegetativer Beschwerden und damit eine verringerte Zufriedenheit mit Gesundheit und Sexualität um die Lebensmitte des alternden Mannes gemessen (Beutel et al. 2004). Diese Entwicklung führe jedoch nicht zu Einbußen in der allgemeinen Lebenszufriedenheit, da neu hinzukommende kompensatorische Ressourcen im Alter eine Unzufriedenheit über Einschränkungen abpuffern.



Insgesamt, so Daten des Statistischen Bundesamtes (DESTATIS 2011b), waren Menschen ab 65 noch nie so alt und noch nie so fit!

4.4 Empirischer Kohortenvergleich: Lebenszufriedenheit und Stellenwert einzelner Lebensbereiche bei den „neuen“ alten Männern heute und vor 20 Jahren

Im Kohortenvergleich zwischen 20 Jahre alten und aktuellen Zufriedenheitsdaten der FLZ^M ergibt sich heute eine geringere Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit bei ab 60-jährigen Männern im Vergleich zu damals, was die wachsende Kluft zwischen Aktivität bzw. Motivation und Gesundheit charakterisiert (Eichhorn et al. 2011).



Insgesamt zeigt sich keine Veränderung der globalen Lebenszufriedenheit über die letzten 20 Jahre, was auch andere Befunde zur Lebenszufriedenheitsforschung belegen.

In früheren Arbeiten wird angenommen, dass sich das Konstrukt generationenübergreifend und weitestgehend kontextunabhängig um einen relativ stabilen set point bewegt (Fujita u. Diener 2005).

Innerhalb der hier dokumentierten Untersuchung zeigt sich der Bereich Familie/Kinder mit der höchsten Zufriedenheitsangabe. Auch hier ergeben sich keine Veränderungen über die letzten 20 Jahre. Wohingegen in der jüngeren Stichprobe die Zufriedenheit mit der eigenen Wohnsituation bei über 80-jährigen höhere Werte gemessen werden, als bei den Befragten von 1991, was mit der verbesserten ambulanten Pflegesituation in Verbindung gebracht wird.

Alles in allem lassen sich heute, bei den „neuen alten Männern“, weniger Zufriedenheits-Unterschiede zwischen den Altersgruppen (60–69; 70–79; über 80 Jahre) finden, als dies vor 20 Jahren der Fall war.



Die erhöhte Funktionalität der „neuen alten Männer“ trägt also möglicherweise dazu bei, dass die Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen heute bis ins höhere Alter stabiler ist als vor 20 Jahren.

Ein weiterer Beleg hierfür ist die früher subjektive Wichtigkeit von Beruf und Arbeit, die noch vor zwei Jahrzehnten mit dem Alter signifikant abnahm, heute aber über die untersuchte Altersspanne gleichbleibt.

Ein wichtiges Ergebnis der vergleichenden Untersuchung ist der zunehmende Stellenwert von Bekannten und Freunden bei den älteren Männern heute. Gesundheit dahingegen bleibt hinsichtlich der subjektiven Wertigkeit im Vergleich zu 1991 gleich. Ebenfalls gestiegen ist der subjektive Stellenwert von Partnerschaft/Sexualität bei den 70- bis 79-jährigen, was vor allem auf den medizinischen Fortschritt in Form von verbesserten funktionserhaltenden Therapien und auf neue Potenzmittel zurückgeführt wird.

Fazit

Wie es aussieht, sind die „neuen Alten“ heute aktiver, motivierter, fitter, informierter und länger am Leben denn je.



Die Möglichkeiten der aktiven Teilhabe sind verlockend, was die unvermeidlichen Beschwerden des Alters schwerer wiegen lässt.

Graefe und Kollegen (Graefe et al. 2011) warnen in diesem Kontext vor der zunehmenden Tendenz, ein höheres und pflegebedürftiges Alter vermehrt als persönliches Scheitern zu begreifen, die „Kehrseite der öffentlichen Entdeckung des aktiven jungen Alters [...]“.

Wichtig im sozialen und versorgerischen Kontext sind kohortenspezifische Erfahrungen der älteren Generationen und damit die Prägung von Werten, Normen, Einstellungen, etc. Hieran muss sich besonders die pflegerische, medizinische und therapeutische Betreuung orientieren. Am Beispiel der Beteiligten des Zweiten Weltkriegs wird deutlich, welche Auswirkungen traumatische Erfahrungen bis ins hohe Alter auf etwa das soziale oder emotionale Erleben der Betroffenen haben können. Die stetige Anpassung der Versorgenden an die Bedürfnisse der Versorgten stellt ebenso eine Herausforderung dar wie das Schaffen neuer Angebote für die „aktiven Alten“.



Weiterhin bringt die sich verändernde gesellschaftliche Zusammensetzung, beispielsweise durch immer mehr zuziehende Migranten und Migrantinnen, neue kulturelle Gruppen „alter Männer“ mit sich, was wiederum unerprobte Bedingungen schafft und entsprechende Anforderungen an integrative und versorgerische Strukturen stellt.

Die Gruppe der „neuen alten Männer“ betreffend sind gute Aussichten zu verzeichnen. So stieg die Lebenserwartung der Männer in den letzten Jahrzehnten stetig an, sodass die Frauen kaum mehr einen Vorsprung aufzeigen können. Weiter sei die Differenz weniger genetisch, als vielmehr soziokulturell bedingt und nehme ab, da sich die einst spezifischeren (gesundheitsförderlichen und gesundheitsschädlichen) Verhaltensweisen allmählich über die Geschlechter angleichen.

Das Ergebnis der konstanten Lebenszufriedenheit bei den untersuchten älteren Männern über die letzten 20 Jahre kann, innerhalb aller Anforderungen des sich immer weiter erneuernden gesellschaftlichen Rahmens, eine übergeordnete psychisch-homöostatische Anpassungsfähigkeit bedeuten.

Literatur

- Beutel ME, Schneider H, Weidner W (2004) Symptomatik oder Befindlichkeitsstörungen des alternden Mannes – welche Fragebögen stehen zur Verfügung? *Urologe* 43, 1069–1075
- Beutel ME, Wiltink J, Schwarz R, Weidner W, Brähler E (2002) Complaints of the ageing male based on a representative community study. *European Urology* 41, 85–92
- Breslau N (2009) The Epidemiology of Trauma, Ptsd, and Other Posttrauma Disorders. *Trauma Violence & Abuse* 10, 198–210
- Dekel R, Goldblatt H (2008) Is There Intergenerational Transmission of Trauma? The Case of Combat Veterans' Children. *American Journal of Orthopsychiatry* 78, 281–289
- Dinges M (2010) Männlichkeit und Gesundheit. Aktuelle Debatte und historische Perspektiven. In: Bardehle D, Stiehler M (Hrsg.) *Erster Deutscher Männergesundheitsbericht*. Germering/München: Zuckerschwerdt Verlag. 2–16
- Doblhammer G, Kreft D (2011) Länger leben, länger leiden? Trends in der Lebenserwartung und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 54, 907–914
- Doblhammer-Reiter G (2010) Kompression der Morbidität. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 43, 16–17
- Eichhorn S, Spangenberg I, Henrich G, Brähler E (2011) Die Lebenszufriedenheit der Männer ab 60: Damals und heute. Ein empirischer Vergleich repräsentativer Werte der FLZ(M) aus den Jahren 1991 und 2010. *Zeitschrift für Psychotherapie im Alter*: submitted

- Fairbank JA, Ebert L, Costello EJ (2000) Epidemiology for traumatic events and post-traumatic stress disorder. In: Nutt D, Davidson JRT, Zohar J (eds.) Post-traumatic Stress Disorder. Diagnosis, Management and Treatment. London: Martin Dunitz, 17–27
- Forstmeier S, Maercker A (2007) Psychotherapie im Alter. *Psychotherapeutenjournal* 4, 340–352
- Forstmeier S, Maercker A (2008a) Die Rolle motivationaler Ressourcen im 6. Lebensjahrzehnt und ihre Förderung in der Psychotherapie. In: Wormstall H. *Psychotherapie im Alter* 4/5. Jg. Gießen: Psychosozial-Verlag. 413–426.
- Forstmeier S, Maercker A. 2008b. Motivational reserve: Lifetime motivational abilities contribute to cognitive and emotional health in old age. *International Journal of Psychology* 43:34.
- Forstmeier S, Maercker A. 2009. Die Reservekapazität des Gehirns beeinflusst die kognitive Funktion im Alter: Motivationale, kognitive und körperliche Facetten. *Zeitschrift für Neuropsychologie* 20:47–58.
- Fujita F, Diener E. 2005. Life satisfaction set point: Stability and change. *Journal of Personality and Social Psychology* 88:158–164.
- Glaesmer H, Brähler E, Riedel-Heller SG, Freyberger HJ, Kuwert P. 2011. The association of traumatic experiences and posttraumatic stress disorder with health care utilization in the elderly – a German population based study. *General Hospital Psychiatry* 33:177–184.
- Glaesmer H, Gunzelmann T, Brähler E, Forstmeier S, Maercker A. 2010. Traumatic experiences and post-traumatic stress disorder among elderly Germans: results of a representative population-based survey. *International Psychogeriatrics* 22:661–670.
- Graefe, S., van Dyk, S., and Lessenich, S. Altsein ist später. Alter(n)snormen und Selbstkonzepte in der zweiten Lebenshälfte. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 1–7. 2011.
- Heuft G. 1999. Die Bedeutung der Trauma-Reaktivierung im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 32:225–230.
- Heuft G, Schneider G, Klaiberg A, Brähler E. 2007. Ausgebombt – Psychische und psychosomatische Spätfolgen des Zweiten Weltkrieges bei den vor 1946 Geborenen im Jahre 2004. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 53:228–243.
- Hinz A, Hübscher U, Brähler E, Berth H. 2010. Ist Gesundheit das höchste Gut? – Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage zur subjektiven Bedeutung von Gesundheit. *Gesundheitswesen* 72:897–903.
- Höpflinger F. 2008. Generationenwandel des dritten Lebensalters – sozio-kulturelle Verjüngung in einer demographisch alternden Gesellschaft. In: Wormstall H. *Psychotherapie im Alter*. Gießen: Psychosozial-Verlag. 401–412.
- Kuhlmeier A. 2011. Versorgungsforschung zur angemessenen Gesundheitsversorgung im Alter. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 54:915–921.
- Kuhlmeier A, Winter MHJ, Maaz A, Hofmann W, Nordheim J, Borchert C. 2003. Alte Frauen und Männer mit starker Inanspruchnahme des Gesundheitswesens – Ein Beitrag zur altersspezifischen Versorgungsforschung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 36:233–240.
- Luy M. 2002. Die geschlechtsspezifischen Sterblichkeitsunterschiede – Zeit für eine Zwischenbilanz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 35:412–429.
- Luy M. 2003. Causes of male excess mortality: Insights from cloistered populations. *Population and Development Review* 29:647–676.
- Scheidt-Nave C, Richter S, Fuchs J, Kuhlmeier A. 2010. Herausforderungen an die Gesundheitsforschung für eine alternde Gesellschaft am Beispiel „Multimorbidität“. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 53:441–450.
- Scott KM. 2011. Sex differences in the disability associated with mental disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 24:331–335.
- Seikowski K, Paasch U. 2010. Der alternde Mann. In: Bardehle D, Stiehler M, editors. *Erster Deutscher Männergesundheitsbericht*. Germering/München: Zuckerschwerdt Verlag. 58–70.
- Spitzer C, Barnow S, Volzke H, John U, Freyberger HJ, Grabe HJ. 2008. Trauma and posttraumatic stress disorder in the elderly: Findings from a German community study. *Journal of Clinical Psychiatry* 69:693–700.
- Statistisches Bundesamt (DESTATIS). 2011a. Die Silversurfer: Senioren im Netz. In: Statistisches Bundesamt. *Ältere Menschen in Deutschland und der EU*. Wiesbaden: 32–34.

- Statistisches Bundesamt (DESTATIS). 2011b. Noch nie so fit: Gesundheitszustand und medizinische Versorgung. In: Statistisches Bundesamt. Ältere Menschen in Deutschland und der EU. Wiesbaden: 73–81.
- Statistisches Bundesamt (DESTATIS). 2011c. Sudoku oder Studium: Bildung und lebenslanges Lernen. In: Statistisches Bundesamt. Ältere Menschen in Deutschland und der EU. Wiesbaden: 29–31.
- Wormstall H. 2008. Die „Alten Jungen“ – Kann man sich auf das Alter vorbereiten? In: Wormstall H. Psychotherapie im Alter. Gießen: Psychosozial-Verlag: 397–400.