

Zeitschrift: Physioactive
Herausgeber: Physioswiss / Schweizer Physiotherapie Verband
Band: 45 (2009)
Heft: 6

Artikel: Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention im Alter = Santé, promotion de la santé et prévention auprès des personnes âgées
Autor: Schelling, Hans Rudolf
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-928843>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 15.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

Santé, promotion de la santé et prévention auprès des personnes âgées

HANS RUDOLF SCHELLING

Gesundheit im Alter wird heute vorrangig unter Kostenaspekten und zumeist pessimistisch diskutiert. Doch alte Menschen fühlen sich oft gut und ihre Gesundheit hat sich in den letzten Jahrzehnten verbessert. Eine gezielte Prävention und Gesundheitsförderung im Alter kann zudem dazu beitragen, die Selbständigkeit und die Lebensqualität zu erhalten.

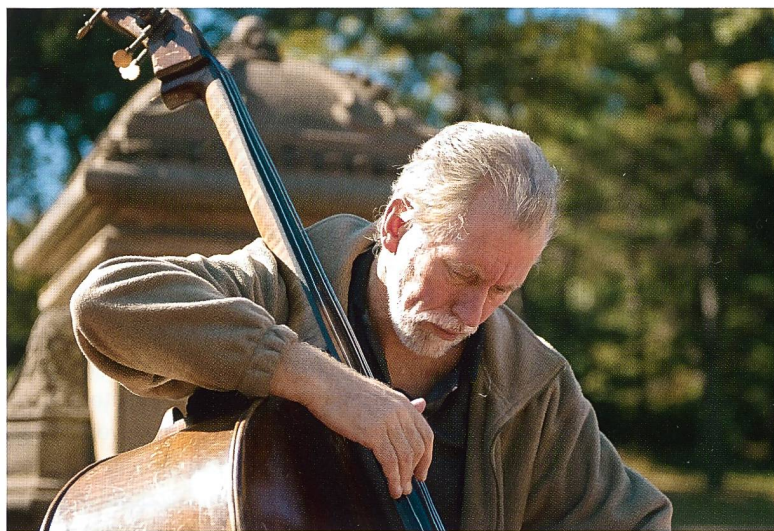
In den letzten Jahrzehnten nahm die Lebenserwartung in der Schweiz deutlich zu; auch für die nächsten Jahre ist eine weitere Zunahme zu erwarten. Gleichzeitig sank die Geburtenrate, so dass der Anteil der Altersbevölkerung ein historisch bisher unbekanntes Mass erreicht. Diese Entwicklung gibt häufig Anlass zu einem «Horrorzenario», das sich pointiert in folgender These zusammenfassen lässt:

Die objektive und subjektive Gesundheit verschlechtert sich stark mit fortschreitendem Alter. Der Anteil kranker und behinderter Menschen steigt gleichförmig mit der Zunahme der Altersbevölkerung. Der Pflegebedarf und die Kosten des Gesundheitswesens wachsen deshalb mindestens im gleichen Masse wie der Anteil älterer Menschen, müssen aber von einer kleiner werdenden erwerbstätigen Bevölkerung getragen werden.

Diese These erscheint auf den ersten Blick durchaus plausibel. Aber ist sie auch wahr? Unbestritten ist, dass bestimmte körperliche und psychische Erkrankungen, speziell chronische und demenzielle Erkrankungen, mit zunehmendem Alter häufiger werden. Insbesondere nimmt die Multimorbidität zu, und in der Folge steigen auch die ärztlichen Behandlungen und die Anzahl verschriebener Medikamente.

Actuellement, la santé des personnes âgées fait surtout l'objet de discussions portant sur les coûts et souvent pessimistes. Mais les personnes âgées se sentent souvent bien et leur santé s'est améliorée au cours des dernières décennies. De plus, une prévention et une promotion de la santé ciblées sur les personnes âgées peut contribuer à maintenir leur indépendance et leur qualité de vie.

L'espérance de vie a fortement augmenté en Suisse au cours des dernières décennies et il est à prévoir que cette progression continuera au cours des prochaines années. Dans le même temps, le taux des naissances a dimi-



Das psychische Wohlbefinden nimmt mit dem Alter zu. | Le bien-être psychique augmente avec à l'âge. Foto/Photo: Nadine Strub

Das Wohlbefindensparadox

Zwei Beobachtungen relativieren jedoch die Gültigkeit der oben stehenden These:

1. *Hohe Stabilität der subjektiven Einschätzung und Bewertung der Gesundheit sowie des Wohlbefindens.* Die Zufriedenheit mit der eigenen allgemeinen Gesundheit unterscheidet sich nicht wesentlich zwischen den Altersgruppen und wird erst ab rund 75 Jahren etwas geringer. Die Einschätzung der Gesundheit als «gut» oder «sehr gut» nimmt zwar mit zunehmendem Alter etwas ab, beträgt aber selbst in der Altersgruppe ab 75 Jahren noch rund 65 Pro-

zent und le nombre de personnes âgées dans la population a atteint une proportion inégalée auparavant. Cette évolution donne souvent naissance à un «scénario catastrophe» qui peut être résumé par la thèse suivante:

La santé objective et subjective se dégrade fortement à mesure que l'âge augmente. La proportion de personnes malades et handicapées croît en même temps que la population âgée. Les besoins en soins et les coûts de la santé augmentent donc au moins dans la même mesure que la proportion de personnes âgées, mais ils doivent être supportés par une population active de moins en moins nombreuse.

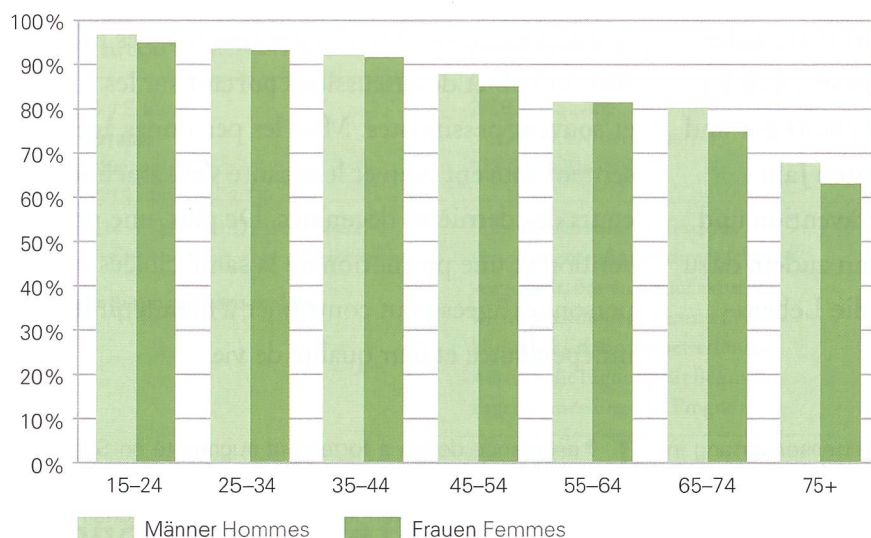


Abb. 1: **Guter bis sehr guter selbst wahrgenommener Gesundheitszustand, nach Altersgruppen und Geschlecht [1].** | Fig. 1: **État de santé subjectif bon à très bon, selon les classes d'âge et le sexe [1].**

© Bundesamt für Statistik (BFS)
© Office fédéral de la statistique (OFS)

zent (vgl. *Abbildung 1*) [1]. Beim psychischen Wohlbefinden nimmt der Anteil der Menschen mit sehr gutem Befinden zwischen 15 und 75 Jahren sogar deutlich zu (vgl. *Abbildung 2*) [2]. Diese Diskrepanz zwischen «objektiven» Gesundheitsindikatoren einerseits und der eigenen Bewertung der Gesundheit und dem Wohlbefinden andererseits ist als «Wohlbefindensparadox» bekannt geworden: Die älteren Menschen sind zwar objektiv kränker, fühlen sich aber insgesamt recht gesund und psychisch sogar besser als jüngere. Diese Diskrepanz ist Ausdruck dafür, dass die Menschen mit fortschreitendem Lebensalter ihre Erwartungen und Maßstäbe an die Gegebenheiten anpassen – dies sollte nicht als Resignation missverstanden werden – und dass es ihnen gelingt, die gesundheitlichen Anforderungen im Alter zu bewältigen. Der positive Effekt besteht darin, dass sich das Wohlbefinden und damit auch die Gesundheit stabilisiert.

2. *Deutliche Verbesserung des Gesundheitszustands der Altersbevölkerung.* In den letzten Jahren und Jahrzehnten

Au premier abord, cette thèse semble plutôt plausible. Mais est-elle vraie? Il est indiscutable que certaines maladies physiques et psychiques, en particulier les maladies chroniques et démentielles, deviennent plus fréquentes à mesure que l'âge augmente. La multimorbidité augmente, ce qui fait croître le nombre de traitements médicaux et de prescriptions de médicaments.

Le paradoxe du bien-être

Deux observations relativisent cependant la validité de la thèse ci-dessus:

1. *Grande stabilité de l'estimation et de l'évaluation subjective de la santé ainsi que du bien-être.* Le niveau de satisfaction général par rapport à la santé personnelle ne change pas selon les classes d'âge et décroît seulement aux alentours de 75 ans. Le nombre de personnes qui estiment que leur santé est «bonne» ou «très bonne» dimi-

hat sich die Gesundheit alter Menschen in der Schweiz sowohl gemäss der eigenen subjektiven Einschätzung als auch gemäss objektiven Indikatoren (z. B. gesundheitliche Einschränkungen im Alltag und Behinderungen) erheblich verbessert (vgl. *Abbildung 3*) [3]. Die Verlängerung des Lebens bedeutet auch und vor allem mehr gesunde Jahre, die behinderungsfreien Jahre nehmen sogar stärker zu als die gesamte Lebenserwartung. Es handelt sich hierbei um eine kohortenbezogene Veränderung, die sich aus verbesserten Lebensbedingungen ergibt (wie sozioökonomische Bedingungen, Ernährung, Bildung, Gesundheitsversorgung und Prävention). In diesem Zusammenhang wird von einer gesellschaftlichen Kompression der letzten Lebensphase mit Behinderungen gesprochen [4], das heisst die Phase der Pflegebedürftigkeit verkürzt sich.

Steigende Pflegekosten trotz gesünderer älterer Menschen

Aus dieser Kompression der Phase der Pflegebedürftigkeit ergibt sich, dass die Pflegebedürftigkeitsquote der Altersbevölkerung nicht etwa wächst, sondern tendenziell abnimmt. Wegen der demographischen Alterung steigt gleichwohl die absolute Zahl pflegebedürftiger alter Menschen, wenn auch in geringerem Ausmass, als es die Zunahme des Anteils alter Menschen allein annehmen liesse.

Die Langzeitpflegekosten in der Schweiz werden sich gemäss einer Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums [5] bis zum Jahr 2030 mindestens verdoppeln, wenn nicht verdreifachen, und dann zwischen 16 und 20 Milliarden Franken pro Jahr betragen. In diesem Bereich ist die Kostenzunahme zu rund zwei Dritteln demographiebedingt (Gesundheitswesen insgesamt: ca. ein Drittel). Die geringste Kostensteigerung wird unter der Annahme einer weiteren

nue quelque peu à mesure que l'âge augmente, mais se situe encore à 65 pourcent dans la classe d'âge des personnes de 75 ans et plus (*voir figure 1*) [1]. Pour ce qui est du bien-être psychique, la proportion de personnes qui se sentent très bien augmente même nettement entre 15 et 75 ans (*voir figure 2*) [2]. Ce décalage entre, d'une part, les indicateurs de santé «objectifs» et, d'autre part, l'évaluation personnelle de la santé et du bien-être, est connu sous le nom de «paradoxe du bien-être»: les personnes âgées sont objectivement en moins bonne santé mais se sentent généralement plutôt en bonne santé et même mieux que les jeunes au niveau psychique. Ce décalage exprime le fait que les personnes adaptent leurs attentes et échelles à la réalité à mesure que l'âge augmente – ce qu'il ne faut pas prendre pour de la résignation – et qu'elles réussissent à surmonter les défis de l'âge. L'effet positif de ce paradoxe est que le bien-être, et par là même la santé, se stabilisent.

2. Amélioration sensible de la santé de la population âgée.

Dans les dernières années et décennies, la santé des personnes âgées s'est sensiblement améliorée en Suisse, qu'il s'agisse de l'évaluation personnelle subjective ou d'indicateurs objectifs (p.ex. limitations dues à la santé dans la vie quotidienne et handicaps; *voir figure 3*) [3]. L'allongement de la vie signifie également et surtout plus d'années en bonne santé, le nombre d'années sans handicap augmentant même plus que l'espérance de vie totale. Il s'agit ici d'un changement de cohorte qui résulte de l'amélioration des conditions de vie (comme les conditions socio-économiques, la nutrition, le niveau de formation, les soins et la prévention). Dans ce cas, on parle d'une compression sociale de la dernière phase de la vie, caractérisée par le handicap [4], ce qui signifie que la phase nécessitant des soins se raccourcit.

Coûts de la santé en augmentation malgré des personnes âgées en meilleure santé

Cette compression de la phase de besoins en soins a pour conséquence que la proportion de la population âgée nécessitant des soins n'augmente pas, mais a tendance à décroître. À cause du vieillissement de la population, le nombre absolu de personnes nécessitant des soins augmente cependant, même si c'est dans une mesure moindre que l'augmentation de la proportion de personnes âgées ne le laisse supposer.

Selon une étude de l'Observatoire suisse de la santé, les coûts des soins à long terme vont au moins doubler, sinon tripler en Suisse à l'horizon 2030 et atteindront un montant situé entre 16 et 20 milliards de francs par an. Dans ce domaine, environ deux tiers de l'augmentation des coûts sont causés par des facteurs démographiques (pour l'ensemble



In den letzten Jahren hat sich die Gesundheit alter Menschen verbessert. | Dans les dernières années, la santé des personnes âgées s'est améliorée en Suisse. Foto/Photo: Nadine Strub

Kompression der Morbidität erwartet. Dazu können Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter Wesentliches beitragen.

Gesundheitsförderung und Prävention

Nach der bekannten WHO-Definition umfasst Gesundheit das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden, ist somit aufs Engste mit Lebensqualität verbunden. Gesundheit und Lebensqualität im Alter hängen ab von:

- natürlichen, künstlichen, sozialen und kulturellen Umweltbedingungen
- individuellen Ressourcen und deren Entwicklung im Lebenslauf (materiell, körperlich, psychisch/kognitiv, kulturell etc.)
- der individuellen Lebensweise und dem Gesundheitsverhalten im Lebenslauf
- Ressourcen und Leistungen im Gesundheitsbereich (nicht nur des «Gesundheitssystems» im engeren Sinn).

Diese Bereiche signalisieren mögliche Ansatzpunkte für eine wirksame Gesundheitsförderung und Prävention. Zusätzlich können Interventionen nach Zeitpunkten und Zielgruppen kategorisiert werden (vgl. Tabelle) [6].

Auch wenn etwa die Trennlinie zwischen Gesundheitsförderung und Primärprävention nicht immer scharf zu ziehen ist, trägt eine solche Klassifikation dazu bei, die Interventionen besser zu fokussieren. Sie hilft bei der Entscheidung, wo und wann Schutzmassnahmen (Veränderung spezifischer Umweltbedingungen), sozialpolitische Verbesserungen der Lebensbedingungen von Bevölkerungsgruppen, allgemeine Aufklärungsmassnahmen, gezielte verhaltensändernde Massnahmen (Schulung, Training), Massnahmen der Früherkennung und -behandlung oder rehabilitative Massnahmen am angemessensten sind.

du secteur de la santé: env. un tiers). La plus faible augmentation prévue tient compte d'une continuation de la compression de la morbidité. Des mesures de promotion de la santé et de prévention auprès des personnes âgées peuvent grandement y contribuer.

Promotion de la santé et prévention

Selon la définition bien connue de l'OMS, la santé comprend le bien-être physique, psychique et social; elle est donc étroitement liée à la qualité de vie. La santé et la qualité de vie des personnes âgées dépendent:

- des conditions environnementales naturelles, artificielles, sociales et culturelles
- des ressources individuelles et de leur évolution au cours de la vie (matérielles, physiques, psychiques/cognitives, culturelles etc.)
- du style de vie personnel et du comportement en matière de santé au cours de la vie
- des ressources et des prestations en matière de santé (pas seulement du «système de santé» au sens étroit).

Ces domaines indiquent des points d'ancrage possibles pour une promotion de la santé et une prévention efficaces. Ensuite, les interventions peuvent être classées selon le moment et les groupes visés (voir tableau) [6].

Même si la limite entre la promotion de la santé et la prévention primaire n'est pas toujours aisée à définir, une telle classification permet de mieux cibler les interventions. Elle aide à la décision pour déterminer où et quand des mesures de protection (modification de conditions environnementales spécifiques), une amélioration sociopolitique des conditions de vie des groupes de population, des mesures d'analyse générales, des mesures comportementales ciblées (formation, entraînement), des mesures de détection et de traitement

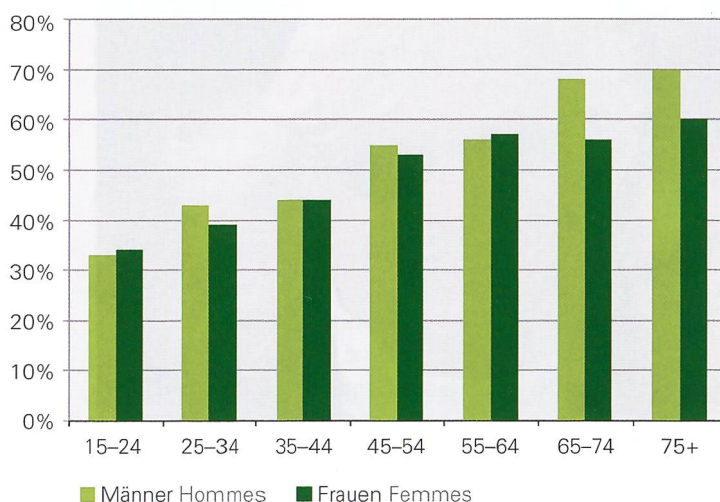
Abb. 2: Sehr gutes psychisches Befinden, nach Alter und Geschlecht [2]. | Fig. 2: Bien-être psychique très bon, selon l'âge et le sexe [2].

Sehr gutes psychisches Wohlbefinden:

- praktisch jeden Tag voller Kraft und Optimismus,
- meist ruhig und gelassen,
- selten deprimiert oder schlecht gelaunt

Bien-être psychique très bon:

- plein de force et d'optimisme presque tous les jours,
- calme et détendu la plupart du temps,
- rarement déprimé ou de mauvaise humeur



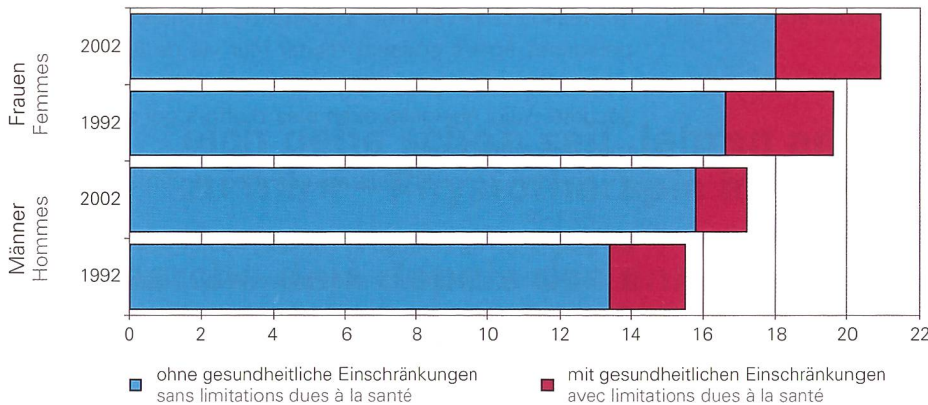


Abb. 3: Verteilung der nach dem 65. Altersjahr erlebten Jahre, nach Grad an Behinderung und Geschlecht, 1992–2002 [3]. | Fig. 3: Répartition des années vécues après la 65^e année, selon le degré de handicap et le sexe, 1992–2002 [3].

Beispiele für gesundheitliche Problemfelder, die nicht nur im Alter auftreten, dort aber erhöhte Risiken mit sich bringen können, sind etwa:

- schlechte Ernährung (Ernährungsgewohnheiten und toxische Belastung)
- körperliche Inaktivität im Alltag, keine sportliche Betätigung (oder auch sportliche Überaktivität)
- Risikofaktoren im Lebensstil (Rauchen, Alkoholkonsum, Stress)
- mangelnde Gesundheitsvorsorge (Zahnprophylaxe, Vorsorgeuntersuchungen)

Die Alltagskompetenzen erhalten

Ein zentrales Ziel von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter ist es, die basalen und erweiterten Alltagskompetenzen zu erhalten, die ihrerseits Wohlbefinden ermöglichen. Dazu sollen in erster Linie Ressourcen gestützt und unnötige Hürden beseitigt werden, damit alte Menschen ihr Leben in grösstmöglicher Selbstbestimmung, aber ohne Verlust an Si-

avancés ou des mesures de rééducation sont les plus appropriées.

Voici quelques exemples de facteurs problématiques pour la santé qui n'apparaissent pas seulement chez les personnes âgées, mais qui comportent plus de risques pour celles-ci:

- une mauvaise nutrition (habitudes alimentaires et charge toxique)
- une inactivité physique au quotidien, pas d'activité sportive (ou aussi surmenage sportif)
- des facteurs de risque dans le style de vie (fumée, consommation d'alcool, stress)
- un manque de soins (prévention dentaire, examens préventifs)

Maintenir les compétences de la vie quotidienne

Un objectif central de promotion de la santé et de la prévention auprès des personnes âgées est de maintenir les compétences de base et avancées de la vie quotidienne qui permettent d'améliorer le bien-être. Dans ce but, il faut utiliser

	Gesundheitsförderung Promotion de la santé	Primärprävention Prévention primaire	Sekundärprävention Prévention secondaire	Tertiärprävention, Rehabilitation Prévention tertiaire, rééducation
Interventionszeitpunkt Moment de l'intervention	gesund en bonne santé	Risikofaktoren erkennbar facteurs de risque reconnaissables	Krankheits-Frühstadium stade initial de la maladie	nach akuter Behandlung après soins aigus
Zielgruppe Groupe-cible	Gesamtbevölkerung population totale	Risikogruppen groupes à risque	PatientInnen patients	RehabilitandInnen patients en rééducation
Fokus Accent	Verhältnisse, Lebensweisen relations, style de vie	Verhalten, Risikofaktoren comportement, facteurs de risque	Krankheitsauslöser déclencheurs de la maladie	Vermeidung von Folgeerkrankungen prévention de maladies subséquentes
Interventionsorientierung Orientation de l'intervention	ökologischer Ansatz approche écologique	vorbeugender Ansatz approche préventive	korrektiver Ansatz approche corrective	kompensatorischer Ansatz approche compensatoire

Tabelle: Klassifikation präventiver Interventionen [6]. | Tableau: Classification des interventions préventives [6].

cherheit gestalten können. Als sehr wirksam erweisen sich Angebote wie:

- allgemeine Beratungsangebote (Vermittlungsstellen und Servicezentren)
- Wohnanpassungen und Wohnberatung
- Gesundheitsberatung und präventive Hausbesuche
- psychologische Beratung und Therapie
- körperliches und kognitives Training
- Entlastungsangebote für pflegende Angehörige

Es ist wichtig, entsprechende Angebote niederschwellig zu gestalten, das heisst den Zugang dazu zu erleichtern durch eine breit gestreute Information, eine für alle bezahlbare Preisgestaltung und eine dezentrale Erreichbarkeit. Dabei sollen nicht individuelle Defizite und ihre Vermeidung, schon gar nicht Kostenersparnisse des Sozial- und Gesundheitssystems ins Zentrum gestellt werden – auch wenn diesbezügliche Vorteile durchaus zu erwarten sind –, sondern der Gewinn an persönlicher Lebensqualität im Alter.

Eine Perspektive, die nicht nur die unbestreitbaren Herausforderungen und Verluste im Alter, sondern auch Chancen und Gewinne berücksichtigt, erweist sich auf individueller Ebene sogar als äusserst wirksamer Schutzfaktor [7]: Die funktionale Gesundheit entwickelt sich im Alter besser, wenn man dem eigenen Altern mit einer positiven Einstellung entgegen sieht.

Literatur | Bibliographie

1. Bundesamt für Statistik (2008). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007: Erste Ergebnisse. Neuchâtel: BFS.
2. Rüesch, P. & Manzoni, P. (2003). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Neuchâtel: edition obsan.
3. Bundesamt für Statistik (2005). Alter und Generationen. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren. Neuchâtel: BFS.
4. Höpfinger, F. & Hugentobler, V. (2003). Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Bern: Huber.
5. Weaver, F., Jaccard Ruedin, H., Pellegrini, S. & Jeanrenaud, J. (2008). Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse. Document de travail 34. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
6. Laaser, U. & Hurrelmann, K. (2003). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In K. Hurrelmann & U. Laaser (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften (S. 395–424). Weinheim: Juventa.
7. Levy, B. R., Slade, M. D. & Kasl, S. V. (2002). Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 57b, 409–417.

Weiterführende Literatur | Bibliographie complémentaire

Blozik, E., Meyer, K., Simmet, A., Gillmann, G., Bass, A.-A. & Stuck, A.E. (2007). Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz. Ergebnisse aus dem Gesundheitsprofil-Projekt. Arbeitsdokument 21. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

des ressources et éliminer les obstacles inutiles pour que les personnes âgées puissent mener leur vie de la manière la plus indépendante possible, mais sans compromettre leur sécurité. Voici quelques exemples d'offres qui se sont avérées très efficaces:

- offres de conseils généraux (centres de contact et de service)
- adaptation de l'habitat et conseils en matière d'habitat
- conseils de santé et visites préventives à domicile
- conseils et thérapie psychiques
- entraînement physique et cognitif
- offres de soutien pour les proches soignants

Il est important de réduire les obstacles à l'obtention de ces offres, c'est-à-dire de faciliter l'accès à celles-ci par une information élargie, des prix accessibles à tous et une disponibilité décentralisée. L'accent ne doit pas être mis sur les déficits individuels, ni leur circonscription, encore moins sur les économies du système social et de la santé – même si des effets positifs sont attendus dans ces domaines – mais sur l'amélioration de la qualité de vie individuelle des personnes âgées.

Une perspective qui ne tient pas seulement compte des défis et pertes indiscutables de l'âge, mais aussi des chances et des gains s'avère même être un facteur de protection particulièrement efficace au niveau individuel [7]: la santé fonctionnelle s'améliore avec l'âge si l'on appréhende le fait de vieillir avec une attitude positive.



Hans Rudolf Schelling

Zum Autor | Hans Rudolf Schelling, lic. phil., Sozialpsychologe, ist seit 2003 Geschäftsführer des Zentrums für Gerontologie der Universität Zürich. 1999 bis 2005 war er Vorstandsmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Psychologie und 2002 bis 2008 der Schweizerischen Fachgesellschaft für Gerontopsychologie.

A propos de l'auteur | Hans Rudolf Schelling, lic. phil., psychologue social, est directeur du centre de gérontologie de l'Université de Zürich depuis 2003. De 1999 à 2005, il a été membre du conseil d'administration de la Société Suisse de Psychologie et de 2002 à 2008, du conseil d'administration de la Société professionnelle suisse de Gerontopsychologie.

Monod-Zorzi, S., Seematter-Bagnoud, L., Büla, C., Pellegrini, S. & Jaccard Ruedin, H. (2007). Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées. Document de travail 25. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Werle, J., Woll, A. & Tittlbach, S. (2006). Gesundheitsförderung. Körperliche Aktivität und Leistungsfähigkeit im Alter. *Grundriss Gerontologie*, Band 12. Stuttgart: Kohlhammer. |