

# Potenziale des Alters

## Ein Überblick über aktuelle Ergebnisse der Altersforschung für Prävention und Rehabilitation

Andreas Kruse

**ZUSAMMENFASSUNG.** Der Beitrag beginnt mit einer umfassenden Definition von Logopädie, um deutlich zu machen, wie wichtig die Logopädie auch für die Förderung der Persönlichkeit eines Individuums ist. Er thematisiert zahlreiche Aspekte des Alters, die für ein umfassenderes und zugleich vertieftes Verständnis von Altersprozessen wichtig sind und zudem bei der Rehabilitation älterer Menschen bedacht werden müssen. Entscheidende Bedeutung wird dabei der Integration von Verletzlichkeits- und Potenzialperspektive wie auch Plastizität und Resilienz beigemessen. Damit ist auch ausgedrückt, dass Alter(n) nicht einfach im Sinne eines *modus deficiens* zu deuten ist, sondern vielmehr im Sinne der Gleichzeitigkeit von Stärken (Gewinnen) und Schwächen (Verlusten), wobei letztere durch Rehabilitation in Teilen verringert oder kompensiert werden können.

Schlüsselwörter: Logopädie – Gerontologie – Biomorphose – Heterogenität – Resilienz – Kreativität – Verletzlichkeit

### Ein umfassenderes Verständnis von Logopädie: Unterstützung bei der Verwirklichung von Persönlichkeit

Der von Emil Fröschels im Jahre 1924 eingeführte Begriff „Logopädie“ sollte in meinen Augen nicht – wie dies häufig geschieht – allein mit „Sprecherziehung“ übersetzt werden. Denn mit dieser Übersetzung ist das Potenzial der medizinischen Sprachheilkunde bei weitem nicht angemessen ausgedrückt. Natürlich kann man das altgriechische *lógos* (λόγος) mit „Wort“, „Rede“, „Sprechen“, das altgriechische *paideúein* (παιδεύειν) mit „erziehen“ übersetzen und gelangt dann zum Begriff „Sprecherziehung“. Doch die genauere Betrachtung des Bedeutungshofes beider Wörter (*lógos*, *paideúein*) legt eine Übersetzung nahe, mit der das Potenzial der Logopädie in umfassenderer Weise umschrieben wird – und mir ist dies insofern Anliegen, als ich in unseren Untersuchungen zur Rehabilitation (von Schlaganfallpatienten, aber auch von Menschen mit schwerer und schwerster Pflegebedürftigkeit) immer wieder beobachtete und erkenne, dass das Tun der Logopädin bzw. des Logopäden weit über die Sprecherziehung hinausgeht.

Überarbeitete Fassung der Eröffnungsvortrags auf dem 45. Jahreskongress des dbl vom 26.-28. Mai 2016 in Bielefeld

*Lógos* meint mehr als Wort und Sprache. Der Bedeutungshof dieses Wortes wird von Johann Wolfgang von Goethe in „Faust – Der Tragödie erster Teil“ ausführlich thematisiert, wenn nämlich Heinrich Faust das „Evangelium nach Johannes“ aufschlägt und spricht:

Geschrieben steht: „Im Anfang war das Wort“!  
Hier stock ich schon! Wer hilft mir weiter fort?  
Ich kann das Wort so hoch unmöglich schätzen,  
Ich muss es anders übersetzen,  
Wenn ich vom Geiste recht erleuchtet bin.  
Geschrieben steht: Im Anfang war der *Sinn*.  
Bedenke wohl die erste Zeile,  
Dass deine Feder sich nicht übereile!  
Ist es der *Sinn*, der alles wirkt und schafft?  
Es sollte stehn: Im Anfang war die *Kraft*!  
Doch, auch indem ich dieses niederschreibe,  
Schon warnt mich was, dass ich dabei nicht bleibe.  
Mir hilft der Geist! Auf einmal seh ich Rat  
Und schreibe getrost: Im Anfang war die *Tat*!

Drei Zugangsweisen zu *Lógos* werden hier sichtbar: *Sinn*, *Kraft*, *Tat*. Damit ist im Kern die „ganze Person“ in ihren seelisch-geistigen Qualitäten angesprochen.

Und *paideúein*? Welchen Bedeutungshof besitzt dieses Wort? Neben „erziehen“ ist dieses Verb ausdrücklich mit „bilden“ zu übersetzen. Dabei umfasst Bildung im altgriechischen Verständnis die körperliche und die musisch-philosophische Bildung. Die körperliche Bildung hat das körperliche Ebenmaß,

Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c.

Andreas Kruse ist seit 1997

Direktor des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg.

Er studierte Psychologie an den Universitäten Aachen und Bonn,

wo er auch promovierte, und habilitierte an der Universität

Heidelberg. Sein wissenschaftlicher Werdegang führte ihn ab 1983 von der Universität Bonn über Heidelberg,

Berlin und Greifswald zurück nach Heidelberg. Für seine Forschung erhielt er zahlreiche Auszeichnungen.

Prof. Kruse ist Mitglied zahlreicher Expertenkommissionen, u.a. Vorsitzender der Altenberichtscommission

der Bundesregierung, und Mitglied des Vorstands des Deutschen Ethikrates.



die musisch-philosophische Bildung die seelisch geistige Harmonie zum Ziel. Das umfassende Ziel ist die Ausbildung von Kultur.

Wenn wir vor diesem Hintergrund den Terminus „Logopädie“ betrachten, dann könnten wir diesen auch übersetzen mit: „Unterstützung bei der Verwirklichung von Persönlichkeit“. Denn mit *lógos* im Sinne von „Sinn“, „Kraft“ und „Tat“ sind zentrale Merkmale der Person angesprochen, mit *paideúein* schließlich ein umfassender, die seelisch-geistigen Qualitäten des Menschen akzentuierender Bildungsbegriff. Und der entscheidende Aspekt von „Personalität“ ist die Selbstorganisation (Selbstregulation) des Menschen. Dieser Aspekt ist in der Logopädie ebenfalls ausdrücklich angesprochen.

Nun ist dies eher metaphorisch gemeint, aber für mein Verständnis von Logopädie wichtig. Die Zuwendung der bzw. des Logopäden zum Individuum im Prozess einer Rehabilitation – deren Elemente übrigens auch im Kontext palliativmedizinischer Versorgung nicht unterschätzt werden dürfen – ist auch ein Akt der Mitarbeit an der „Verwirklichung von Personalität“ (Kruse 2010a). Der Patientin bzw. dem Patienten wird geholfen, sich auszudrücken und mitzuteilen – verbal wie nonverbal, und dies bedeutet

Förderung von *Selbstaktualisierung* (als Motiv, sich auszudrücken und mitzuteilen) und *Selbstgestaltung* (als Motiv, ein selbstverantwortliches und -bezogenes Leben zu führen). Zugleich sollen lebenswichtige Funktionen – man denke nur an das Schlucken – unterstützt und gefördert werden: ein für die *Lebensqualität* des Individuums zentraler Aspekt. Und schließlich soll die Person in umfassender Weise motiviert und bekräftigt werden: ein für die *Sinnerfahrung* zentrales Geschehen.

Um es hier noch einmal deutlich zu sagen: Dies sind die in unseren Untersuchungen – zu denen auch Untersuchungen zur Palliativversorgung gehören (Kruse 2007) – sichtbar werdenden Qualitäten der Logopädin bzw. des Logopäden. Im öffentlichen Diskurs sollten diese Qualitäten sehr viel deutlicher artikuliert, wahrgenommen und ernstgenommen werden. Diese Qualitäten sind für die Rehabilitation eines schwerkranken Menschen von ebenso großer Bedeutung wie für die Rehabilitation und Pflege eines demenzkranken Menschen.

Auch im Kontext der Rehabilitation und Pflege demenzkranker Menschen nimmt die Logopädie wichtige Funktionen im Hinblick auf die möglichst lange Erhaltung von sprachlichen und kommunikativen Ressourcen wahr, womit sich zugleich positive Effekte auf Kognition und Emotion ergeben. Die hier genannten Merkmale sind auch als zentrale Kategorien der Lebensqualität bei Demenz anzusehen (Kruse 2010b).

In den nachfolgenden Abschnitten dieses Beitrags steht ein kurzer Überblick über einige theoretisch-konzeptionelle und empirische Beiträge der Gerontologie (Altersforschung) im Zentrum. Dabei werden thematische Aspekte aufgegriffen, die helfen, ein umfassendes und zugleich differenziertes Verständnis von Alter zu entwickeln und im Kontext von Therapie, Rehabilitation und Pflege zu verwirklichen.

## Altern und Biomorphose

Begonnen werden soll mit der Frage, was eigentlich unter *Altern* zu verstehen ist. Im allgemein biologischen Sinne bezieht sich der Begriff *Altern* auf die Tatsache, dass die lebende Substanz über den gesamten Lebenslauf einer fortschreitenden Wandlung unterworfen ist (*Biomorphose*). *Altern* kann demnach als jede irreversible Veränderung der lebenden Substanz als Funktion der Zeit gedeutet werden (Bürger 1947). Diese für die biologische und psychologische Altersforschung zentrale Auffassung lässt sich auch anhand der in der römisch-lateinischen

Literatur zu findenden *Stufenleiter der Natur* (scala naturae) veranschaulichen: „Natura non facit saltum“ (die Natur kennt keine Sprünge). Mit anderen Worten: Die Veränderungen in unserem Organismus wie auch in unserer Persönlichkeit vollziehen sich allmählich, sie sind gradueller Art (Thomae 1983). Auf das Verständnis von Alter angewendet, heißt dies: Die Abgrenzung eines eigenen Lebensabschnitts *Alter* ist nicht möglich. Vielmehr ist von Alternsprozessen auszugehen, die sich über die gesamte Biographie erstrecken und die im Sinne von graduellen Veränderungen zu interpretieren sind.

Mit Blick auf körperliche und seelisch-geistige Veränderungen in der Biographie wird in der Forschung die Frage gestellt, inwieweit diese Veränderungen *kontinuierlicher* oder aber *diskontinuierlicher* Natur sind (Koren 2011). Im Falle des Ausbleibens von schweren Krankheiten oder von hoch belastenden, die Person langfristig überfordernden Lebenskrisen ist von kontinuierlichen Veränderungen in der Biographie auszugehen. Bei schweren Erkrankungen, die die Anpassungsfähigkeit des Organismus überschreiten und diesen gravierend schädigen, nimmt die Wahrscheinlichkeit diskontinuierlicher Veränderungen erkennbar zu. Dies zeigt sich vor allem bei der Demenz, die zu erheblichen Brüchen (Diskontinuität) in der körperlichen und seelisch-geistigen Entwicklung des Menschen führt. Aber auch bei traumatisierten Menschen sind nicht selten Brüche in der seelisch-geistigen Entwicklung erkennbar (Haynie & Shepherd 2011).

## Heterogenität des Alterns und Verschiedenartigkeit von Alternsprozessen

Nicht nur für die gerontologische Forschung, sondern auch für die Praxis der Therapie, der Rehabilitation und der Pflege ist die Erkenntnis wichtig, dass *Altern* ein Prozess *zunehmender Differenzierung* ist. Dies bedeutet: Mit zunehmendem chronologischen Alter einer Altersgruppe nimmt die interindividuelle Variabilität (Heterogenität) innerhalb dieser Altersgruppe zu und dies heißt: Die über eine bestimmte Merkmalsausprägung gebildeten Mittelwerte verlieren mehr und mehr an Aussagekraft, da die Varianz immer weiter ansteigt. Aus diesem Grunde sind generalisierende Aussagen über die körperliche und kognitive Leistungsfähigkeit ebenso wie über emotionale, sozioemotionale und motivationale Prozesse – um nur einige Beispiele zu nennen – nur mit wachsender Vorsicht zu treffen, wenn es um die Charakterisierung des höheren, vor allem aber des hohen Alters geht.

Dieser Aspekt ist von größter Bedeutung im Falle der Ermittlung von *Rehabilitations- oder produktiven Veränderungspotenzialen*: Hier ist ein streng individualisierender Handlungsansatz notwendig, vor allem aber ist jede Form eines altersbezogenen Ausschlusses einer Patientin bzw. eines Patienten von Rehabilitationsmaßnahmen zu unterlassen – damit wären nicht nur ethische, sondern eben auch instrumentelle, das heißt fachlich-professionelle Probleme assoziiert. Mit Blick auf die Entwicklung im Altern wird zwischen physiologisch-biologischem, psychologischem und sozialem Altern unterschieden (Kruse & Wahl 2009). In diesen drei Dimensionen folgen Entwicklungsprozesse sehr verschiedenartigen Entwicklungsgesetzen.

In der physiologisch-biologischen Dimension sind eher Verringerungen der Anpassungsfähigkeit und der Leistungskapazität des Organismus erkennbar, die sich in einer erhöhten Verletzlichkeit oder Anfälligkeit des älteren Menschen für Erkrankungen äußern.

In der psychologischen Dimension finden sich sowohl Gewinne als auch Verluste (Baltes 1999): Gewinne sind vor allem in jenen Bereichen zu beobachten, die auf Erfahrung und Wissen sowie auf der gelungenen Auseinandersetzung mit Entwicklungsaufgaben in früheren Lebensjahren beruhen. Verluste treten eher in Bereichen auf, die in hohem Maße an die Umstellungsfähigkeit von Nervenzellverbänden gebunden sind, wie z.B. das Kurzzeitgedächtnis oder eine hohe Geschwindigkeit im Denken.

In der sozialen Dimension ist mit Alter auf der einen Seite der Verlust bedeutsamer sozialer Rollen verbunden. Zugleich bedeutet in unserer Gesellschaft das Ausscheiden aus dem Beruf für nicht wenige Menschen eine *späte Freiheit*, da sie zu diesem Zeitpunkt nicht nur über eine gute Gesundheit, sondern auch über zufriedenstellende materielle Ressourcen verfügen und die Alterssicherung in unserem Land (verglichen mit anderen Ländern, verglichen mit der Sicherung von Kindern) relativ hoch und stabil ist.

Die soziale Dimension zeigt aber auch, dass der Einfluss kultureller Deutungen des Alters auf den gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit Alter sehr hoch ist (Rosenmayr 2013). Erst allmählich setzt sich in unserer Gesellschaft ein kultureller Entwurf des Alters durch, der die seelisch-geistigen und sozialkommunikativen Stärken älterer Menschen betont und in diesen eine Grundlage für die kreative Lösung von gesellschaftlich relevanten Fragen sieht (z.B. durch bürgerschaftliches Engagement) (Lehr 2011).

Neben der Notwendigkeit, zwischen physiologisch-biologischem, psychologischem

und sozialem Altern zu differenzieren, ist es auch wichtig, die positive Beeinflussbarkeit von Entwicklungsprozessen (Plastizität) im Alter aufzuzeigen. Die Plastizität körperlicher wie auch seelisch-geistiger Prozesse im Alter wird heute erheblich unterschätzt. Die positiven Effekte des körperlichen und geistigen Trainings auf die Leistungsfähigkeit sprechen für ein hohes Maß an Plastizität und damit für die positive Beeinflussbarkeit von Entwicklungsprozessen im Alter (Lövdén et al. 2010).

Das Altern selbst – ein sich über die gesamte Lebensspanne erstreckender Prozess – bedingt die natürliche Begrenzung unserer Lebensdauer. Der Alternsprozess lässt sich aus genetischer Perspektive auch als ein lebenslanger Prozess der Häufung molekularer Schädigungen interpretieren. Diese Schädigung ist ihrem Wesen nach zwar zufälliger Natur, doch die Häufungsrate ist auch durch die für Erhaltung und Reparatur zuständigen genetischen Mechanismen kontrolliert. Wenn Zellschädigungen einen kritischen Punkt überschritten haben (hinsichtlich dieses Zeitpunktes bestehen beträchtliche individuelle Unterschiede), dann ergeben sich als Effekte Gebrechlichkeit, Fähigkeitsstörungen und chronische Krankheiten.

### Biologisches Altern: Unterscheidung zwischen deterministischen und stochastischen Ursachen

Mit Blick auf das biologische Altern ist zwischen deterministischen und zufällig auftretenden (oder stochastischen) Ursachen des Alternsprozesses zu differenzieren (Kirkwood 2005). Zu den *deterministischen* Ursachen gehört insbesondere, dass Zellen sich nicht unendlich oft teilen können und die Lebensfähigkeit des Gesamtorganismus durch den Ausfall von Zellen begrenzt ist. Dies ist ein Prozess, der untrennbar mit unserer biologischen Ausstattung verknüpft, unvermeidlich und in seinem Verlauf auch nicht beeinflussbar ist.

Mit jeder neuen Zellteilung werden die lang gestreckten (linearen) Chromosomen ein wenig kürzer. Ist das Chromosom signifikant verkürzt, wird bei der nächsten Verkürzung ein wichtiges Gen unleserlich. Dies führt dann zu einem permanenten Teilungsstopp: Wichtige Informationen zur Durchführung der nächsten Teilung können nicht mehr gelesen werden. Als deterministische Altersursachen sind auch *Zell-Todesgene* zu nennen. Wird deren Information aktiviert, töten sie die betreffende Zelle.

Zu den *stochastischen*, also zufällig auftretenden Altersursachen gehören vor allem

Schädigungen der DNA: Fehler-Katastrophentheorien nehmen an, dass mutagene Faktoren für eine fehlerhafte Proteinbiosynthese verantwortlich zu machen sind, was zur Beeinträchtigung von Zellfunktionen und bei Überschreiten einer kritischen Fehlerhäufigkeit zur Katastrophe (Tod) führen sollte. Für zahlreiche Arten und Zelltypen ist nachgewiesen, dass alte Zellen weniger gut in der Lage sind, Proteine mit fehlerhaften Aminosäuresequenzen zu entfernen. Die *mitochondriale* DNA enthält wichtige Zusatzinformation für die Zellatmung. Im Vergleich zur im Zellkern liegenden chromosomalen DNA ist sie deutlich geringer geschützt und wird kaum repariert.

Infolge der hohen Sauerstoffkonzentration in den Mitochondrien, die für eine funktionierende Zellatmung unerlässlich ist, treten auf der mitochondrialen DNA erhebliche Schädigungen der Erbsubstanz durch oxidierende freie Radikale auf. Schädigungen durch freie Radikale sind insofern unvermeidlich, als diese Moleküle nicht nur durch Einflussfaktoren außerhalb der Zelle (zum Beispiel ionisierende Strahlung), sondern auch als Nebenprodukt normaler enzymatischer Reaktionen entstehen. Man schätzt, dass bei Menschen pro Tag und Zelle etwa 10 000 DNA-Schäden durch derartige Prozesse auftreten. Eine Kumulation der Schädigungen durch freie Radikale führt zum Ausfall der betroffenen Mitochondrien. Die Folge ist ein Mangel an energiereichen Phosphaten in der Zelle, was wiederum Alternsprozesse beschleunigt.

### Frailty

Für die medizinische Forschung des hohen Alters (speziell am Lebensende) gewinnt vor allem die Gebrechlichkeit große Bedeutung (Chamberlain et al. 2016). Gebrechlichkeit (frailty) beschreibt den Zustand hochgradig verringerter körperlicher Reservekapazität und deutlich erhöhter Verletzlichkeit. Das Individuum verwendet in diesem Zustand die verbliebenen Kapazitäten ausschließlich für die Aufrechterhaltung grundlegender Lebensfunktionen (Clegg et al. 2013). Frailty wird als Syndrom definiert, das sich durch verminderte Widerstandsfähigkeit gegenüber Stressoren auszeichnet; diese Widerstandsfähigkeit ist ab einem bestimmten Zeitpunkt so stark reduziert, dass das Individuum nicht mehr Lage ist, Infektionen abzuwehren.

Die medizinische Forschung differenziert drei charakteristische Krankheitsverläufe in der letzten Lebensphase: (I) Onkologische Erkrankungen (diese sind zunächst durch eine

relativ lange Zeit mit wenigen Einschränkungen im Alltag charakterisiert; innerhalb weniger Monate treten körperlicher Abbau, Funktionsverlust und Tod ein); (II) Herz-, Lungen- oder Nierenerkrankungen (diese erstrecken sich über mehrere Jahre mit mehr oder minder stark ausgeprägten Einschränkungen im Alltag; gelegentlich treten akute Verschlechterungen ein, die einen Krankenhausaufenthalt notwendig machen; die anschließende Erholung erreicht das frühere Funktions- und Leistungsniveau nicht mehr); (III) Gebrechlichkeit, vielfach assoziiert mit einer demenziellen Erkrankung (diese ist mit einem über mehrere Jahre bestehenden, kontinuierlich steigenden Niveau der Hilfsbedürftigkeit verbunden).

Im hohen Alter dominieren im Vorfeld des Todes immer weniger die onkologischen Erkrankungen (die vor allem für die letzte Lebensphase im mittleren Erwachsenenalter charakteristisch sind); stattdessen treten die Herz-, Lungen- und Nierenerkrankungen sowie die Gebrechlichkeit (assoziiert mit Demenz) in den Vordergrund (Murray et al. 2005).

### Morbiditätskompression

Hayflick (2000) argumentiert, mit Blick auf die Kindheit sei die Unterscheidung zwischen den in der spezifischen Lebensphase auftretenden Krankheiten und Entwicklungsprozessen Allgemeingut, mit Blick auf das Alter müsse man dagegen selbst für weite Teile der wissenschaftlichen Gesellschaft – insbesondere auch für einschlägige Förderinstitutionen – eine Konfundierung von Krankheitsverläufen und Alternsprozessen feststellen. Im Unterschied zu Krankheitsprozessen treten Alternsprozesse bei allen Arten und ausschließlich nach der Reproduktionsphase auf.

Nach Hayflick sind auf der Grundlage der Erforschung von Krankheitsprozessen *keine* nachhaltigen Veränderungen von Alternsprozessen zu erwarten. Das Zurückdrängen aller bei über 65-jährigen Menschen gegenwärtig diagnostizierten Todesursachen könne die Lebenserwartung lediglich um etwa 15 Jahre erhöhen. Wenn es dagegen gelänge, unser Wissen über Alternsprozesse – warum sind ältere Zellen vulnerabler als jüngere Zellen? – auszubauen, so könnte dies ungleich stärkere Auswirkungen auf die Lebenserwartung haben.

Das Konzept der Morbiditätskompression wurde in den 1980er Jahren als Gegenentwurf zu der vielfach vertretenen Ansicht entwickelt, die durch den medizinischen Fortschritt gewonnenen Monate und Jahre würden in schlechterer Gesundheit ver-

bracht, sodass der demografische Wandel entsprechend fatale Auswirkungen auf die Entwicklung der Kosten im Gesundheitssystem habe (Fries 2005). (Der damit angenommene Prozess wird mit dem Begriff *Failure of Success*, also des Scheiterns oder Versagens des Erfolgs belegt.) Das Konzept der Morbiditätskompression stellt demgegenüber ein positives Konzept dar, indem es sich am Ideal eines langen Lebens mit einer relativ kurzen Krankheitsphase vor dem Tod orientiert. Dieses Ideal soll insbesondere durch einen Rückgang der schweren chronischen Erkrankungen, wie z.B. der kardiovaskulären Erkrankungen oder Stoffwechselerkrankungen, erreicht werden.

Es wird angenommen, dass die aufgrund der steigenden Anzahl älterer Menschen zu erwartende Zunahme der Krankheitslast wenigstens in Teilen dadurch aufgehoben werden kann, dass auf individueller Ebene eine im Durchschnitt geringere Krankheitsbelastung gegeben ist – woraus sich positive Effekte für die Stabilität des Gesundheitssystems ergeben. Eine Kompression der Morbidität lässt sich für die letzten Dekaden eindeutig nachweisen, und dies sogar mit einer relativ hohen Geschwindigkeit.

Als Gründe für diese Entwicklung werden genannt: Abnahme des Zigarettenkonsums, medizinische Fortschritte, z.B. verbesserte Behandlung des Bluthochdrucks, des Diabetes, der koronaren Herzkrankung, sowie Entwicklung und Umsetzung präventiver Maßnahmen (Stanziano et al. 2010). In diesem Zusammenhang wird auch darauf hingewiesen, dass ein in späteren Generationen höherer Bildungsstand mit gesteigerten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen einhergeht, die verstärkt zu gesundheitsfördernden Verhaltensweisen motivieren.

Mit diesem Konzept verwandt ist jenes der *aktiven oder behinderungsfreien Lebenserwartung*, das von der Annahme ausgeht, dass Erkrankungen nicht zu Behinderungen führen müssen (Robine & Michel 2004). Weiterhin wird angenommen, dass sich Erfolge der Prävention, Therapie und Rehabilitation nicht allein in einer Kompression der Morbidität, sondern auch im späteren Auftreten von Behinderungen widerspiegeln. Eine zentrale Frage, die im Kontext dieses Konzepts gestellt wird, lautet: Wie viele Jahre leben ältere Menschen ohne Einschränkungen ihrer Funktionstüchtigkeit?

Aus einer lebenslauforientierten Perspektive ergibt sich die Notwendigkeit, schon in früheren Lebensaltern physische, kognitive und alltagspraktische Kompetenzen aufzubauen und systematisch zu fördern, die sich positiv auf die Leistungskapazität und Selbststän-

digkeit im Alter auswirken: Zum einen verfügt das Individuum im Alter über höhere Kompetenz, zum anderen zeigt es im Falle eingetretener Erkrankungen über eine höhere Kompensationsfähigkeit, die es in die Lage versetzt, auch bei chronischer Erkrankung die Mobilität wie auch die physische und kognitive Leistungsfähigkeit aufrechtzuerhalten (Kruse 2002). Schließlich sind auch im hohen Alter Maßnahmen zur Förderung der physischen, der kognitiven und der alltagspraktischen Kompetenz anzuwenden, um auf diese Weise die Ausbildung von Hilfe- oder Pflegebedarf bei chronischen Erkrankungen zu vermeiden.

Allerdings ist auch festzustellen: Aufgrund der weiter steigenden durchschnittlichen Lebenserwartung nehmen auch die Jahre in Krankheit zu, anders ausgedrückt: Wir können nicht mehr mit einem weiter wachsenden Anteil alter Menschen in (relativer) Gesundheit rechnen. Denn in gleichem Maße, wie die Anzahl der Jahre in Gesundheit zunimmt, steigt auch die Anzahl der Jahre in Krankheit an.

### **Eine veränderte Sicht des Alters: Verletzlichkeit und Kreativität, Hilfe-Empfangen und Hilfe-Geben**

„Und dieses Einst, wovon wir träumen,  
es ist noch nirgends, als in unserm Geist –  
wir sind dies Einst, uns selbst vorausgerüst  
im Geist, und winken uns von seinen Säumen,  
wie wer sich selber winkt.“

In diesem von Christian Morgenstern (1871-1914) verfassten Epigramm (Morgenstern 1986) drückt sich eine Herausforderung aus, die auch für den gesellschaftlichen und kulturellen Umgang mit Fragen des Alters bedeutsam ist: Es besteht die Notwendigkeit einer Neubetrachtung des Alters. Grundlage dieser Neubetrachtung bildet ein umfassendes Verständnis der Person: Das Alter darf nicht – wie dies häufig geschieht – auf körperliche Vorgänge reduziert werden, sondern es sind ausdrücklich auch die kognitiven, die emotional-motivationalen und die sozialkommunikativen Qualitäten zu erfassen und anzusprechen.

Zu den kognitiven Qualitäten gehören vor allem Überblick, hochentwickelte Wissenssysteme sowie effektive, vielfach erprobte und weiterentwickelte Denk-, Lern- und Gedächtnisstrategien. Die emotional-motivationalen Qualitäten umfassen vor allem die zunehmende Bewusstwerdung des eigenen Selbst, die Einbettung des eigenen Lebens in umfassendere Kontexte („Gerotranszendenz“) sowie das wachsende Bedürfnis, etwas vom

eigenen Leben an junge Menschen weiterzugeben (Kruse im Druck).

Damit sind auch bedeutende personale Grundlagen von Kreativität angesprochen – bezeichnet doch Kreativität die Fähigkeit des Menschen, innovative Lösungsansätze zu entwickeln, die sich als besonders erfolgreich erweisen, wobei hier sowohl kognitive als auch alltagspraktische, emotionale und sozialkommunikative Anforderungen angesprochen sind.

Zudem kann die individuelle Auseinandersetzung mit erhöhter Verletzlichkeit auf Resilienz und Kreativität hindeuten: In der Hinsicht nämlich, dass in Grenzsituationen innovative Bewältigungs- und Verarbeitungsstrategien entwickelt werden (was im Alter vielfach geschieht) und sich zudem eine umfassendere Sicht auf die eigene Person und die Welt ausbildet, auf deren Grundlage es gelingt, erfahrene Grenzen zu transzendieren und zu einer vertieften Lebenseinstellung zu gelangen (Brandtstädter 2007, Lehr 2011).

Die Aufrechterhaltung einer positiven, wenn nicht sogar optimistischen Lebenseinstellung und Zukunftsperspektive trotz gegebener Einschränkungen und Belastungen deutet auf eine Verbindung von psychischer Widerstandsfähigkeit (Resilienz) und schöpferischen Kräften (Kreativität) hin. Sie bildet auch ein humanes Potenzial für unsere Gesellschaft, denn: Von der inneren Auseinandersetzung vieler alter Menschen mit Grenzen des Lebens können wir lernen (Kruse 2017).

In den Worten des römischen Philosophen Seneca (4 v. Cr. – 65 n. Chr.): „Die Mühen eines rechtschaffenen Bürgers sind nie ganz nutzlos. Er hilft schon dadurch, dass man von ihm hört und sieht, durch seine Blicke, seine Winke, seine wortlose Widersetzlichkeit und durch seine ganze Art des Auftretens. Wie gewisse Heilkräuter, die – ohne dass man sie kostet oder berührt – schon durch ihren bloßen Geruch Heilung bewirken, so entfaltet die Tugend ihre heilsame Wirkung auch aus der Ferne und im Verborgenen.“ (Seneca 1980, 25)

Zur veränderten Sicht des Alters gehört auch die Berücksichtigung der Tatsache, dass alte Menschen in aller Regel von dem Wunsch bestimmt sind, in Beziehungen zu anderen Menschen – bevorzugt in einem kleinen, übersichtlichen Netzwerk emotional intimer Beziehungen (Carstensen & Lang 2007) – den persönlich ansprechenden seelisch-geistigen Austausch zu verwirklichen.

In einer Untersuchung zu Lebensthemen und Sorgeformen alter Menschen (Kruse & Schmitt 2015a, 2015b), in der 400 Personen ausführlich interviewt wurden, konnte

gezeigt werden, dass die Sorge *für* und die Sorge *um* andere Menschen (im Sinne der intensiven Beschäftigung mit der Lebenssituation Anderer) ein zentrales Lebensthema älterer Menschen bildet. Dabei waren zahlreiche – vielfach auf junge Menschen gerichtete – Sorgeformen erkennbar, in denen sich auch das Potenzial zu schöpferischem Handeln zeigte: Zu nennen sind hier die von vielen Interviewpartnern angestellten Überlegungen dazu, wie sie junge Menschen durch Hausaufgaben- oder Freizeitbegleitung instrumentell und emotional unterstützen können, wie sie auch ganz generell mitfühlend und stimulierend auf deren Motive, Fähigkeiten und Haltungen eingehen können und was schließlich eine Gesellschaft als Ganzes dafür tun kann, auch jungen Menschen die Verwirklichung ihrer Kriterien eines guten, persönlich erfüllten Lebens zu ermöglichen („Generationengerechtigkeit“, „Nachhaltigkeit“).

### Integration einer Entwicklungs- und Verletzlichkeitsperspektive

Die gesellschaftliche, kulturelle und politische Betrachtung des Alters sollte vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Befunde und zahlreicher gesellschaftlicher Erfahrungen nicht allein von Belastungsdiskursen bestimmt sein, sondern auch Potenzialdiskurse auf- und ernstnehmen, wie diese in Wissenschaft, Praxis und Politik heutzutage auch geführt werden. Belastungsdiskurse lassen vielfach unberücksichtigt, dass das Lebensalter allein keine Aussage über Selbstständigkeit und

Selbstverantwortung, über Kreativität und Produktivität eines Menschen rechtfertigt: Von der wachsenden Anzahl älterer Menschen auf eine entsprechende Zunahme finanzieller Belastungen unserer Gesellschaft schließen zu wollen, erscheint danach als ungerechtfertigt (Kruse 2013).

Dies gilt auch angesichts der Tatsache, dass der Alternsprozess gesellschaftlich wie individuell gestaltbar ist:

Durch die Schaffung engagement-förderlicher Strukturen kann die Gesellschaft einen Beitrag zur Förderung des mitverantwortlichen Lebens älterer Menschen in der Arbeitswelt wie auch in der Zivilgesellschaft leisten – und zwar eines mitverantwortlichen Lebens, das von älteren Frauen und Männern als sinnstiftend und bereichernd erlebt wird.

Durch die Schaffung gesundheits- und kompetenzförderlicher Strukturen – im Sinne der Stärkung von Bildung, Prävention und Rehabilitation für alle Altersgruppen und für alle Sozialschichten – leistet die Gesellschaft einen Beitrag zur Erhaltung von Gesundheit, Selbstständigkeit und Selbstverantwortung sowie zur Verarbeitung gesundheitlicher und funktioneller Einbußen bis ins hohe Alter.

Im Kontext derartiger Strukturen entwickeln sich im Lebenslauf emotionale, kognitive, sozialkommunikative, alltagspraktische und körperliche Ressourcen, die die Grundlage für ein persönlich sinnerfülltes, schöpferisches und sozial engagiertes Altern bilden. Gestaltungsfähigkeit und Gestaltungswille des Individuums – in der frühen psychologischen Forschung mit dem Begriff der *Plastik*, in der psychologischen Forschung mit dem

Begriff der *Selbstregulation* umschrieben – enden nicht mit einem bestimmten Lebensalter, sondern bilden ein über die gesamte Lebensspanne bestehendes Entwicklungspotenzial.

## LITERATUR

- Baltes, P.B. (1999). Altern und Alter als unvollendete Architektur der Humanontogenese. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 32 (6), 433-448
- Brandtstädter, J. (2007). *Das flexible Selbst. Selbstentwicklung zwischen Zielbindung und Ablösung*. Heidelberg: Elsevier/Spektrum
- Bürger, M. (1947). *Altern und Krankheit*. Leipzig: Thieme
- Carstensen, L. & Lang, F. (2007). Sozioemotionale Selektivität über die Lebensspanne: Grundlage und empirische Befunde. In: Brandtstädter, J. & Lindenberger, U. (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne* (389-412). Stuttgart: Kohlhammer
- Chamberlain, A.M., Finney Rutten, L.J., Manemann, S.M., Yawn, B.P., Jacobson, D.J., Fan, C., Grossardt, B.R., Roger, V.L. & St. Sauver, J.L. (2016). Frailty trajectories in an elderly population-based cohort. *Journal of the American Geriatrics Society* 64 (2), 285-292
- Clegg, A., Young, J., Illiffe, S., Rikkert, M.O. & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *Lancet* 381, 752-762
- Fries, J. F. (2005). The compression of morbidity, *The Milbank Quarterly*, 83, 801-823.
- Hayflick, L. (2000). New approaches to old age. *Nature* 403, 365-371
- Haynie, J.M. & Shepherd, D. (2011). Toward a theory of discontinuous career transition: investigating career

- transitions necessitated by traumatic life events. *Journal of Applied Psychology* 96 (3), 501-524
- Kirkwood, T.B. (2005). Understanding the odd science of aging. *Cell* 120 (4), 437-447
- Koren, C. (2011). Continuity and discontinuity: the case of second couplehood in old age. *Gerontologist* 51 (5), 687-698
- Kruse, A. (2002). Gesund altern. Stand der Präventionsforschung und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Baden-Baden, Nomos.
- Kruse, A. (2007). *Das letzte Lebensjahr. Die körperliche, psychische und soziale Situation des alten Menschen am Ende seines Lebens*. Stuttgart: Kohlhammer
- Kruse, A. (2010a). Der Respekt vor der Würde des Menschen am Ende seines Lebens. In: Fuchs, T., Kruse, A. & Schwarzkopf, G. (Hrsg.), *Menschenwürde am Lebensende* (18-39). Heidelberg: Universitätsverlag Winter
- Kruse, A. (Hrsg.) (2010b). *Lebensqualität bei Demenz? Zur Bewältigung einer Grenzsituation menschlichen Lebens*. Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft
- Kruse, A. (2013). *Alternde Gesellschaft – eine Bedrohung? Ein Gegenentwurf*. Freiburg: Lambertus
- Kruse, A. (im Druck, erscheint 2017). *Lebensphase Hohes Alter: Verletzlichkeit und Reife*. Heidelberg: Springer Spektrum
- Kruse, A. & Schmitt, E. (2015a). Shared responsibility and civic engagement in very old age. *Research in Human Development* 12 (1-2), 133-148
- Kruse, A. & Schmitt, E. (2015b). Selbst- und Weltgestaltung in der Erfahrung von Vergänglichkeit und Endlichkeit im hohen Alter. *Spiritual Care* 4 (1), 51-64
- Kruse, A. & Wahl, H.W. (2009). Zukunft Altern: Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen. Heidelberg: Springer Spektrum
- Lehr, U. (2011). Kreativität in einer Gesellschaft des langen Lebens. In: Kruse, A. (Hrsg.), *Kreativität im Alter* (73-95). Heidelberg: Universitätsverlag Winter
- Lövdén, M., Bäckman, L., Lindenberg, U., Schäfer, S. & Schmiedek, F. (2010). A theoretical framework for the study of adult cognitive plasticity. *Psychological Bulletin* 136 (4), 659-676
- Morgenstern, C. (1986). *Stufen*. München: Piper
- Murray, S.A., Kendall, M., Boyd, K. & Sheikh, A. (2005). Illness trajectories and palliative care. *British Medical Journal* 330, 1007-1011
- Robine, J.M. & Michel, J.P. (2004). Looking forward to a general theory on population aging. *Journal of Gerontology* 59 (6), 590-597
- Rosenmayr, L. (2013). *Im Alter noch einmal leben*. Wien: LIT
- Stanziano, D.C., Whitehurst, M., Graham, P., Roos, B.A. (2010). A review of longitudinal studies on aging: past findings and future directions. *Journal of American Geriatrics Society* 58, 292-297.
- Seneca, A. (1980). *De tranquillitate animi – Von der Seelenruhe des Menschen*. Übertragen und herausgegeben von Heinz Berthold. Frankfurt a.M.: Insel.
- Thomae, H. (1983). *Altersstile und Altersschicksale*. Bern: Huber

#### SUMMARY. Potentials of ageing – an overview of current results in age research

This contribution begins with a deep-going definition of speech and language therapy to point out the importance of this profession with regard to the support of individual personality. It also lays stress upon manifold aspects that are relevant for a more comprehensive and also deeper understanding of ageing processes and should be considered in rehabilitation of older people. Most important is the integration of vulnerability and potentials, plasticity and resilience. This also means that age(ing) should not be understood as a modus deficiens but in the sense of strengths and weaknesses gained at the same time, the latter can be partly reduced or even balanced by rehabilitation.

KEY WORDS: speech and language therapy – gerontology – biomorphosis – heterogeneity – resilience – vulnerability

#### DOI dieses Beitrags ([www.doi.org](http://www.doi.org))

10.2443/skv-s-2016-53020160501

#### Autor

Univ.-Prof. Dr. Andreas Kruse  
 Institut für Gerontologie  
 Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg  
 Bergheimer Str. 20  
 69115 Heidelberg  
[andreas.kruse@gero.uni-heidelberg.de](mailto:andreas.kruse@gero.uni-heidelberg.de)