
Alter als Herausforderung aus psychiatrischer Sicht

Zwischen Selbstbestimmung und Hilfsbedürftigkeit

Hanfried Helmchen

Lassen Sie mich mit einer Frage beginnen: Welches Bild tritt Ihnen vor Augen, wenn Sie an das Alter denken, wenn Sie sich alte Menschen vorstellen? Ist es der lebenszugewandte, selbständige und unabhängige 80-jährige Bewohner eines Seniorenstifts oder ist es ein körperlich hilfälliger, über vielfältige körperliche Beschwerden klagender Mensch in einem Zimmer, das nach Urin riecht, oder ein Mensch, der apathisch dasitzt oder der sein Gedächtnis verloren hat und dauernd nachfragt oder sich in seiner Unruhe verirrt, so dass er ständiger Gegenwart anderer Menschen bedarf? Ist es also ein Grauer Panther oder ist es ein Mensch mit einer Alzheimer-Demenz?

Sicher gibt es solche Menschen im Alter. Aber sie sind seltener als jene, die zwischen diesen beiden Polen völliger Selbständigkeit und völliger Hilflosigkeit leben. Der Berliner Entwicklungspsychologe Paul Baltes charakterisierte diese Janusköpfigkeit des Alters als „Hoffnung mit Trauerflor“ und zitierte für die Hoffnung den 90-jährigen Cellisten Pablo Casals, der auf die Frage, warum er denn noch so viel übe, antwortete: „Damit ich besser werde“, während der 87-jährige Philosoph Norberto Bobbio mit den Worten: „Wer das Alter preist, hat ihm noch nicht ins Gesicht gesehen“ wohl eher die Trauer meinte (Baltes 1999, Bobbio 1998).

Diese *Janusköpfigkeit* des Alters fordert den alten Menschen heraus, das rechte Maß zwischen Selbstbestimmtheit und Akzeptanz einer durch das Alter und insbesondere durch Alterskrankheiten bedingten Hilfsbedürftigkeit zu finden (Gethmann et al. 2004). In diesem anthropologischen Kontext ist die Medizin herausgefordert, Selbständigkeit gegen Krankheit zu erhalten und krankheitsbedingte Hilfsbedürftigkeit zu minimieren.

Hintergrund

Als Ausgangspunkt erscheint ein Aspekt des demographischen Wandels besonders wichtig: die Lebenserwartung hat sich in den letzten 100 Jahren fast verdoppelt, während das Rentenalter de facto von über 70 Jahren auf unter 60 Jahre gesunken ist, d. h. die Menschen sterben glücklicherweise nicht mehr „in den Sielen“, sondern haben nach dem Arbeitsalter noch einen Ruhestand von 20 bis 30 Jahren vor sich. Das betrifft immer mehr Menschen, da die Alten immer älter werden: Der Anteil der über 80-Jährigen wird bis zum Jahre 2050 auf ein Drittel der über 65-Jährigen wachsen (Helmchen/Kanowski 2001). Dieser Wandel der Altersstruktur hat weitreichende Folgen, von denen hier nur einige beispielhaft genannt werden sollen:

1. Die Menschen zwischen 60 und 80 Jahren sind eine große und relativ schnell wachsende Gruppe eher aktiver und mobiler Bürger (und übrigens auch Konsumenten). Diese „*jungen Alten*“ entsprechen damit nicht mehr dem Bilde des früher so apostrophierten dritten und bisher letzten Lebensabschnittes, dem Senium römischer Zeit. Vielmehr schließt sich dieses Senium nun für die „alten Alten“ erst jenseits des 80. Lebensjahres als „viertes Lebensalter“ an jenen *neuen dritten Lebensabschnitt* zwischen immer früherer Berentung und immer später beginnender Hilfsbedürftig-

keit an. So ergab sich in der Berliner Altersstudie, einer repräsentativen Felduntersuchung von 70- bis 100-jährigen Menschen, dass außerhäuslich-produktive Tätigkeiten erst jenseits des 85. Lebensjahres fast völlig zum Erliegen kommen (Mayer et al. 1999).

2. Dieser Wandel ist aber in der *öffentlichen Meinung* noch nicht richtig angekommen, wenn er etwa als „Über“-alterung bezeichnet und somit unterstellt wird, dass die Verlängerung der Lebenserwartung und die dadurch bedingte Zunahme älterer Menschen jenseits der Norm liege, also ein Zuviel sei. Solche negativen Einstellungsstereotype gegenüber dem Alter kommen in sehr verschiedenen Formen zum Ausdruck, z. B. auch darin, dass Demenz im Alter nicht als zu erforschende und zu behandelnde Krankheit, sondern als zum Alter gehörige und nur durch Pflege zu erleichternde Lebensform zu verstehen sei. Noch stärker gilt dies wohl für die Mehrheit depressiver Störungen, die gar nicht als solche erkannt werden, zumal wenn sie eher leicht ausgeprägt sind und alterstypische Gründe wie Verlusterlebnisse eine traurige Verstimmung oder körperliche Behinderungen eine resignative Herabgestimmtheit verständlich zu machen scheinen und als altersgemäß erscheinen lassen.

3. Die Zunahme der Lebensspanne führt dazu, dass der Tod in die Ferne des kalendarischen Alters rückt (und zudem in Institutionen verschwindet) und nicht mehr unmittelbar zur alltäglichen Erfahrungswelt jüngerer Menschen gehört; das macht die Auseinandersetzung um Sterben und Tod schwierig und lässt die Alten an der Solidarität der Gesellschaft zweifeln. Andererseits leben immer mehr Menschen sehr unterschiedlichen Alters miteinander, so dass schon heute *4-Generationen-Familien* keine Seltenheit mehr sind. Was aber bedeutet das für das Verhältnis zwischen jungen und alten Menschen, für die wechselseitige Verständigung und Achtung, für die Weiter-

gabe von Erfahrungen, wenn nun immer mehr Menschen mit sehr unterschiedlichen Erfahrungen aus ganz verschiedenen Epochen – und das bei immer schnellerem Wandel der Welt – aufeinander treffen?

Diese eben skizzierte Entwicklung hat den Blick wieder stärker auf das *Älterwerden* und das *Altsein*, auf Altern als Entwicklungsprozess und Alter als Seinsform, kurz: auf das Altern und das Alter gelenkt. In der Gesellschaft entwickelt sich ein neues Gesundheitsbewusstsein und die Vorstellung eines aktiven Alterns, wie es schon vor 200 Jahren der Berliner Arzt Hufeland in seinem damals berühmten Buch *Makrobiotik oder die Kunst, sein Leben zu verlängern* beschrieben hat und wie es heute in Vorstellungen vom erfolgreichen Altern wieder an Bedeutung gewinnt. Ein scheinbar einfacher Grundgedanke ist, dass die Verfolgung von Interessen und tätiger Gebrauch innerer wie äußerer Ressourcen nach dem Motto „use it or loose it“ (was man nicht nutzt, verliert man) das Altern verzögert. Damit wird auch die *Qualität* des Altwerdens wichtiger als die *Dauer* des Lebens schlechthin. Zunehmende Berichte und auch Erfahrungen von Hinfälligkeit und Hilfsbedürftigkeit sehr alter Menschen verstärken Vorstellungen, wie sie einerseits in dem Motto der amerikanischen Gesellschaft für Gerontologie zum Ausdruck kommen: „Weniger dem Leben Jahre, sondern vielmehr den Jahren Leben hinzuzufügen“ („add life to years, not years to life“). Solch Idealbild eines aktiven Alterns liegt andererseits vermutlich aber auch wachsender Zustimmung zur aktiven Beendigung eines durch Krankheit und Hilflosigkeit gezeichneten Alterns zu Grunde, das als nicht mehr lebenswert und als unvereinbar mit der Würde des Menschen angesehen wird. Die darin liegenden Gefährdungen sind durch die holländische Euthanasie-Diskussion und -Praxis sehr deutlich geworden (Helmchen/Vollmann 1999, Lauter/Meyer 1990).

Das Alter fordert also die Gesellschaft heraus, die vorherrschende Idee vom Alter, etwa von der Machbarkeit anhaltender Jugendlichkeit oder aber von seinem Sinn in der zunehmenden Erfahrung der Endlichkeit des Lebens, ebenso zu reflektieren wie den Umgang mit den Einschränkungen des Alters, die mit der Nähe zum Tode zunehmen. Aus der Sicht der Medizin ist die Herausforderung nicht das Alter per se, sondern das mit dem Alter wachsende Zerbröseln des biologischen Grundes. Denn heute erreichen viel mehr Menschen als früher ein aktives Alter in Selbständigkeit, aber auch ein (noch höheres) Alter, das durch allmähliches Nachlassen der körperlichen wie seelischen Kräfte und zunehmende Abhängigkeit von körperlicher Hinfälligkeit bis hin zum steigenden Risiko des Ausbruchs *altersassoziierter Erkrankungen* gekennzeichnet ist. Dazu gehören in erster Linie Muskel- und Gelenkerkrankungen, Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und vor allem neurodegenerative Erkrankungen wie die Parkinson'sche Erkrankung und Demenzen vom Alzheimer-Typ – aber auch die den sozialen Kontakt häufig behindernde Schwerhörigkeit oder Inkontinenz. Meist treten diese Krankheiten auch nicht allein, sondern in vielfachen Kombinationen auf, also als *Multimorbidität*. Sie behindern viele alte Menschen und machen sie schließlich hilfs- und pflegebedürftig. Evident ist dies bei Gehunfähigkeit infolge von sturzbedingten Brüchen osteoporotischer Knochen oder auch bei schmerzhaften Gelenkveränderungen (Arthrose), bei auszehrenden Krebserkrankungen, bei Lähmungen nach Schlaganfall oder bei motorischer Erstarrung infolge der Parkinson'schen Krankheit. Weniger deutlich ist die Hilfsbedürftigkeit bei psychischen Störungen, insbesondere Depressionen und Demenzen. So wurde die Einrichtung der Pflegeversicherung 1995 nicht zuletzt mit der starken Zunahme der Altersdemenzen begründet; gerade diese Kranken sind aber bisher von der Leistungspflicht noch weitgehend aus-

geschlossen.¹ Dabei ist die Demenz eine der wichtigsten Ursachen der Pflegebedürftigkeit alter Menschen.

Hilfsbedürftigkeit durch Demenz und Depression

Da Demenz und auch Depression den Menschen in seinem Personsein und seiner Selbstbestimmtheit zentral treffen, möchte ich mich nun vorwiegend auf Demenzen und Depressionen als den beiden weitaus häufigsten psychiatrischen Erkrankungen des hohen Alters konzentrieren (Helmchen/Reischies 2005).

Demenzen, deren bekannteste jene vom Alzheimer-Typ ist, sind in mehrfacher Hinsicht paradigmatisch für Verlust von Autonomie und Bedarf an Hilfe im Alter, denn

1. sind sie eindeutig *altersassoziiert*: ihre Häufigkeit verdoppelt sich etwa alle 5 Jahre, d. h. ihre Prävalenz steigt von ca. 2–3 Prozent bei 70-Jährigen über 10–15 Prozent bei 80-Jährigen auf etwa 50 Prozent der 90-Jährigen steil an und bedingt dadurch einen Anteil von mehr als 5 Prozent aller über 65-Jährigen mit einer mittel- oder schwer ausgeprägten, also meist pflegebedürftigen Demenz (Bickel 1999);

2. beginnen Demenzen meist *schleichend*, und somit ist ihre Abgrenzung gegenüber dem gutartigen Nachlassen der kognitiven Leistungsfähigkeit nicht sicher möglich, weshalb ihre Früherkennung schwierig ist. Speziell Einschränkungen der Lernfähigkeit und des episodischen Gedächtnisses für individuell bedeutsame Lebensereignisse scheinen zwar Vorläufer dementieller Erkrankungen zu sein, aber ihre Auswirkungen auf die Selbstbestimmbarkeit sind noch unklar;

3. verlaufen Altersdemenzen *chronisch* und progredient bis zum Tode ca. 6–10 Jahre nach Diagnosestellung, also über viele Jahre;

4. führen Demenzen in den Spätstadien zu völliger Hilflosigkeit und *Pflegebedürftigkeit* unter dem prototypischen Bilde des „senilen Alten“.

Während somit Demenzen das Paradigma des Verlustes von Selbstbestimmtheit und der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter sind, ist der Einfluss von *Depressionen* auf diese Aspekte des Lebens im Alter sublimier. Depressionen sind mit 10–25 Prozent zwar nicht häufiger als in jüngerem Alter, wohl aber die häufigste psychische Störung auch im Alter und zeigen einige Besonderheiten, indem sie

1. überwiegend nur leicht ausgeprägt erscheinen und dementsprechend entweder nicht erkannt oder aber als altersentsprechend angesehen bzw. im Verhältnis zu körperlichen Krankheiten *nicht ernst genommen* und somit auch nicht behandelt werden, gleichwohl die Lebensqualität mindern, den Verlauf körperlicher Krankheiten komplizieren und Kosten verursachen (Helmchen 2001). Misst man die Hilfsbedürftigkeit etwa anhand der Einschränkung von basalen Tätigkeiten des täglichen Lebens mittels sogenannter „activity of daily living (ADL)“-Skalen, dann ist oft nicht zu entscheiden, inwieweit z. B. eine reduzierte Mobilität Ausdruck körperlicher Schwäche oder depressiven Antriebsmangels ist (Helmchen/Linden 1993);

2. stehen Altersdepressionen in einer noch nicht gut verstandenen Wechselwirkung mit den häufigen *körperlichen Krankheiten* und Behinderungen; so ist z. B. noch ungeklärt, ob depressive alte Menschen den mit durchschnittlich 8 Medikamenten pro Tag höchsten Arzneimittelverbrauch haben, weil sie besonders viele somatische Erkrankungen haben oder weil ihr Klage- und Hilfesuchverhalten den Arzt zu erhöhter Medikation veranlasst (Linden et al. 1998);

3. sind depressive Verstimmungen bei der Beurteilung von *Todeswünschen* alter Menschen zu berücksichtigen, was angesichts der neuen Euthanasie-Diskussion nicht

nur allgemein von Bedeutung ist, sondern speziell die Selbstbestimmtheit des eigenen Todes in Frage stellt; in der Berliner Altersstudie hatten von 14,7 Prozent der 516 intensiv untersuchten Studienteilnehmer, die das Leben als nicht mehr lebenswert ansahen, zwei Drittel eine Depression, 90 Prozent von den 5,4 Prozent, die zu sterben wünschten, und alle von dem 1 Prozent, die akute Suizidgedanken angaben (Linden/Barnow 1997).

Verminderung von Hilfsbedürftigkeit und Verstärkung von Selbstbestimmtheit

Schwere des Leidens von Kranken wie auch Angehörigen sowie Häufigkeit und Kosten allein dieser beiden psychischen Krankheiten fordern behandelnde ebenso wie forschende Ärzte heraus, die dadurch bedingte Hilfs- und Pflegebedürftigkeit zu vermindern und das Selbstbestimmungsvermögen zu verbessern. Ziel des *Forschers* ist dabei, aus der Erkenntnis der ursächlichen Prozesse dieser Erkrankungen Ansatzpunkte für Behandlungen zu entwickeln (Masters/Beyreuther 1998). Ziel des *behandelnden Arztes* ist in vielen Fällen nicht primär Gesundheit oder Normalität, sondern ein möglichst großes Maß an Selbständigkeit und Wohlbefinden des kranken alten Menschen.

Symptomdämpfung durch Arzneimittel

Auch wenn die Verminderung oder Beseitigung von Krankheitssymptomen nicht schon identisch mit einer Abnahme der Hilfsbedürftigkeit oder gar mit einer Verstärkung oder Wiedergewinnung der Fähigkeit zur Selbstbestimmung ist, so kann eine symptomatische Behandlung doch dazu beitragen, zumindest indirekt, indem der Zugang zum Alterskranken und damit die Pflege erleichtert wird und der Kranke so

wieder mehr zu sich kommen kann. Schon jetzt verfügt die Psychiatrie über Arzneimittel, mit denen quälende oder störende Symptome psychischer Erkrankungen gezielt abgeschwächt oder beseitigt werden können. Dies gilt weniger für die bisher noch kaum beeinflussbaren kognitiven Leistungsstörungen als vielmehr für *Verhaltensstörungen*, die vor allem für Angehörige wie für Betreuer von Demenzkranken häufig größere Probleme aufwerfen. Es handelt sich dabei um Antriebsverlust bei depressiven Verstimmungen, um organische Wesensveränderung, Wahn und Halluzinationen, und vor allem um psychomotorische Unruhe, Umtriebigkeit, Umkehr des Schlaf-Wach-Rhythmus, aggressive Verhaltensweisen bis hin zu „Schreiattacken“. Diese Symptome führen oft zum Zusammenbruch der ambulanten Betreuung in der Familie oder der Betreuungsmöglichkeiten in Pflegeheimen – und damit zur Klinikeinweisung. Der Einsatz von Tranquilizern, Neuroleptika und Antidepressiva ist oft unvermeidlich, wird aber immer wieder kritisiert wegen der Gefahr der Verschlechterung der demenzbedingten kognitiven Störungen und damit auch der Selbstbestimmbarkeit. Vor allem aber wird solche Medikation mit dem Vorwurf verbunden, dass sie lediglich zur Ruhigstellung ängstlicher oder verwirrter alter Menschen eingesetzt wird. Dieser Vorwurf ist für viele Pflegende unerträglich, weil er verdeckt, dass zu wenig oder gerontopsychiatrisch nur unzureichend qualifiziertes Pflegepersonal vorhanden ist und die Gesellschaft nicht bereit oder in der Lage ist, die gegenüber einer Arzneimittelbehandlung allemal höheren Personalkosten für eine verbesserte und intensivere Betreuung aufzubringen.

Klinische Studien mit dem Ziel der Entwicklung neuer, für diesen Indikationsbereich besser geeigneter Psychopharmaka oder auch nur der Optimierung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses von bereits vorhandenen Arzneimitteln, werden in Deutschland nur selten durchgeführt. Ein wei-

terer, in Deutschland besonders defizitär ausgeprägter Bereich ist die Pharmakoökonomie. Zwar wird in allen Kostendiskussionen immer wieder die Höhe der Arzneimittelkosten für die Behandlung der alten Bevölkerung beklagt, aber Studien, die die Kosteneffizienz zwischen medikamentöser Behandlung und alternativen Betreuungs- und Behandlungsverfahren oder auch mit Nichtbehandlung vergleichen, fehlen fast völlig. Gleiches gilt für pharmakoökonomische Studien zur Überprüfung verbreiteter, aber vermutlich falscher Annahmen.²

Insgesamt liegt der Wert einer psychotropen Medikation in erster Linie in der Milderung subjektiven Leidens und Erleichterung der Pflege. Es ist aber auch festzuhalten, dass schon mit den heutigen Antidementiva und optimaler Behandlung somatischer Begleitkrankheiten, insbesondere Senkung hohen Blutdruckes, Einschränkung oder Verlust der Autonomie bei Demenz zwar nicht verhindert, aber immerhin wahrscheinlich verzögert werden kann, und dass mit einer antidepressiven Medikation eine Depression beseitigt und die volle Selbstverfügbarkeit wieder erreicht werden kann.

Nichtmedikamentöse Interventionen

Arzneimittel sollen jedoch – wie auch sonst in der Psychiatrie – nur im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes eingesetzt werden. Darin spielen vor allem spezifizierte rehabilitative, soziale und pflegerische Maßnahmen eine wichtige Rolle. Solche nichtpharmakologischen Behandlungen umfassen zahlreiche Verfahren, deren Wirksamkeit jedoch nur in wenigen Fällen klinisch geprüft wurde. Bei neuropsychologisch orientierten Rehabilitationsverfahren werden große Anstrengungen unternommen, ihre Effekte über den Trainingszeitraum hinaus zu generalisieren und alltagspezifisch wirksam zu machen. Allerdings ist die

Wirksamkeit interner und externer Gedächtnisstützen und Mnemotechniken und erst recht der Übungseffekt von Problemlösungen noch sehr begrenzt und das Training von Teilsystemen des Gedächtnisses steckt noch in den Kinderschuhen. Eine von Romero vorgeschlagene Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET) basiert ebenfalls auf einem neuropsychologisch fundierten Rehabilitationskonzept, das die Kontinuität personaler Erfahrung und erlebnisreicher Lebensformen und damit Selbstgefühl und Selbstkompetenz – auch unter den Bedingungen der Alzheimer Demenz – zu bewahren sucht. Das am Institut für Psychogerontologie der Universität Erlangen-Nürnberg seit 1991 realisierte Projekt „Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA)“ hat zu einer Reihe interessanter Längsschnittergebnisse geführt. So konnte gezeigt werden, dass ein kombiniertes Gedächtnis- und Psychomotoriktraining hochsignifikante und vor allem längerfristige Effekte nicht nur bei Gesunden, sondern auch bei Probanden erbrachte, deren Ausgangswerte kognitiver Leistungsfähigkeit im Grenzbereich zur Demenz lagen (Oswald et al. 1996).

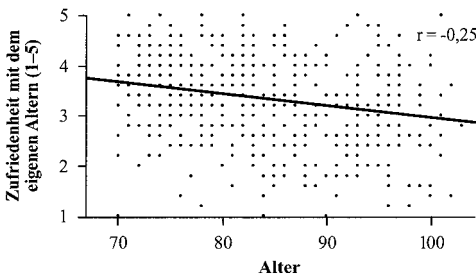
Mit einigen Stichworten zur Stärkung von Selbständigkeit psychisch kranker alter Menschen möchte ich schließen:

1. Gerontologisch-gerontopsychiatrische *Präventions- und Rehabilitationsforschung* existiert kaum, systematische Untersuchungen zur institutionellen Versorgung älterer Menschen in Heimen fehlen weitgehend. Ansätze für Interventionen könnten sich jedoch daraus ergeben, dass Inanspruchnahme von medizinischer und pflegerischer Hilfe von einer ganzen Reihe von Bedingungen abhängt, die mehr oder weniger beeinflussbar sind. Insbesondere Abhängigkeit bzw. Hilfsbedürftigkeit ist keineswegs nur eine unausweichliche Folge des biologischen Alterns, sondern spiegelt auch den Zustand des unmittelbaren mikro-sozialen Systems wider. Margret Baltes et al. haben die Interaktionen

von Altenheimbewohnern mit Pflegepersonen eingehend beobachtet und gefunden, dass Abhängigkeit von Pflegepersonen auch gelernt und kompensatorisch eingesetzt wird, um nicht zuletzt darüber sozialen Kontakt zu erhalten oder zu optimieren (Baltes et al. 1991, Baltes 1999).

2. Es bleibt zu prüfen, ob und inwieweit Konzepte für erfolgreiches Altern auch bei psychisch kranken alten Menschen von Bedeutung sein können, z. B. das *Modell der „selektiven Optimierung mit Kompensation: SOK“* (Baltes/Baltes 1990, Baltes 1999). Dieses Konzept versucht zum einen, ein befriedigendes Altern trotz zunehmender Vulnerabilität und Funktionseinschränkung durch *Anpassung des Selbst* zu erklären; in der Berliner Altersstudie waren viele Menschen trotz schwerwiegender körperlicher oder sozialer Beeinträchtigungen nicht depressiv und äußerten Wohlbefinden, so dass auf ein erhebliches Anpassungspotential (resilience) geschlossen wurde (Staudinger et al. 1999). Die aus der Berliner Altersstudie stammende Abbildung zeigt eine Punktwolke, die sich über das Alter von 70 bis 100 Jahren ziemlich gleich verteilt, d. h. die Häufigkeit von Men-

Abb. 1: Der Zusammenhang zwischen Alter und Alterszufriedenheit in der BASE-Stichprobe (70–103 Jahre)



Quelle: K. U. Mayer/P. B. Baltes (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin 1996

schen mit mehr oder weniger deutlichem Wohlbefinden, dessen zunehmende Ausprägung die linke Skala von unten nach oben zeigt, ändert sich trotz der steilen Zunahme von Krankheiten über die Altersspanne nicht wesentlich. Daraus wurde auf ein erhebliches Anpassungspotential (resilience) geschlossen. Protektive und damit therapeutisch zu unterstützende Faktoren dieses Anpassungspotentials könnten sein (Smith et al. 1999):

- die *Langsamkeit und Kontinuität* der Entwicklung von Defiziten, z. B. von sensorischen und motorischen Behinderungen; sie gibt den so Behinderten die Möglichkeit, sich auf die nicht-kritische, oft zunächst kaum merkbare Beeinträchtigung einzustellen und gegebenenfalls kompensatorische Hilfen zu entwickeln oder anzunehmen;
- das Erlebnis der *Unumgänglichkeit bzw. Unkontrollierbarkeit* solcher Defizite; es mag dazu führen, sich damit abzufinden bzw. Defizite als zum Alter gehöriges Schicksal zu akzeptieren – also ein negatives Altersstereotyp mit positiver Wirkung auf sich selbst anzuwenden; nicht etwa – wie Améry das 1969 in seiner Schrift über das Altern als Revolte und Resignation verstanden hat – ein Aufbegehren im Sinne des „das bin nicht mehr ich“, sondern aktive Akzeptanz im Sinne von „ich werde alt, so ist das halt – und versuche das Beste daraus zu machen“.
- eine Senkung der *Ansprüche und Änderung von Vergleichszielen*; sie mag beispielsweise dazu führen, sich weniger im Vergleich zu Jüngeren, sondern eher im Vergleich zu Gleichaltrigen einzuschätzen und zu dem Ergebnis zu kommen, dass es einem vergleichsweise doch noch recht gut gehe.

Dementsprechend wäre zu prüfen, inwieweit Depressionen im Alter bevorzugt bei Menschen mit Störung solcher „selbstregulativen Ausgleichsprozesse“ auftreten, welche

Faktoren dieses Anpassungspotential vermindern und wie eine zu geringe Anpassungsfähigkeit verbessert werden kann.

Zum anderen geht das SOK-Konzept von der Annahme aus, dass

- durch zunehmende aktive Selbstbeschränkung (also „Selektion“) auf im Laufe des Lebens erworbene spezielle Kompetenzen bzw. Vermeidung von anstrengenden körperlichen oder sozialen Situationen,
- durch „Optimierung“ noch vorhandener Fähigkeiten, z. B. durch Training
- und unter Zuhilfenahme von sozialen, technischen oder medizinischen Substituten (also mittels „Kompensation“)

erfolgreiches Altern zu ermöglichen bzw. auch entsprechenden Interventionen zugänglich zu machen ist. Paul Baltes veranschaulichte diese 3 postulierten Prozesse des SOK-Konzeptes durch 3 Gründe, die der Pianist Rubinstein auf die Frage nannte, warum er als 80-Jähriger immer noch so hervorragend konzertieren könne: Erstens spiele er weniger Stücke als früher (Selektion), zweitens übe er diese aber häufiger als früher (Optimierung), und drittens, um sein langsamer gewordenes Spiel abzufangen, verstärke er die Kontraste zwischen schnellen und langsamen Passagen (Kompensation). Genau in diesem Sinne, so Paul Baltes, ist erfolgreiches Altern oft das Resultat einer kreativen und gesellschaftlich gestützten Kombination von Selektion, Optimierung und Kompensation. Eine Umsetzung solcher Modelle in präventive und rehabilitative Verfahren bei psychischen Erkrankungen alter Menschen steht jedoch noch aus und kennzeichnet damit insgesamt den unbefriedigenden Forschungsstand.

3. Eine bekannte interventionsorientierte Theorie des guten Alterns besagt, dass die Vermeidung oder Beseitigung der mit dem Alter zunehmenden Akkumulation krankheitsbedingter Störungen und Behinderungen – die der Autor dieser Theorie, James Fries, auch als Kompres-

sion der Morbidität bezeichnete – dazu führen soll, dass der Mensch bis zu seinem genetisch programmierten Ende gesundheitlich relativ unbeeinträchtigt bleibt, dass also die Kurve seiner Lebensfähigkeit sich nicht allmählich nach unten neigt, sondern bis kurz vor dem Tod (terminal drop) weitgehend horizontal verläuft oder – wie man auch sagt – rectangularisiert wird (Fries 1984). Auch wenn dies Utopie bleiben sollte, wofür gewichtige Gründe sprechen, wäre es vielleicht eher erreichbar, wenigstens die Fähigkeit alter Menschen zur Selbstbestimmung trotz krankheitsbedingter Störungen, Leiden und Behinderungen bis zum tödlichen terminal drop aufrecht zu erhalten. Dazu würde schließlich auch gehören, sich frühzeitig mit dem möglichen Verlust der Selbstbestimmbarkeit, wie er bei der Demenz voraussehbar ist, auseinander zu setzen und im Vorgriff darauf zu einem früheren Zeitpunkt einige Entscheidungen zu treffen. Für eine solche zukunftsorientierte Wahrung der Autonomie sind rechtliche Instrumente wie Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten entwickelt worden. Damit kann der Mensch seinen Willen für die Zeit möglicher Einwilligungsunfähigkeit vorab bestimmen, vor allem aber im Gespräch mit Menschen seines Vertrauens die eigenen Gedanken klären, damit auch den Nächsten mit den eigenen Gedanken vertraut machen und ihn für die Wahrnehmung seines Willens im Falle des Verlustes seiner Selbstbestimmbarkeit bevollmächtigen. Zwar wird bisher von diesen Möglichkeiten selten Gebrauch gemacht. Auch bezweifeln Ärzte die Verbindlichkeit solcher Festlegungen in gesunden Tagen für selbst noch nicht erlebte Zustände, und Philosophen sehen die Identität der Persönlichkeit bei wesensveränderten Demenzkranken und damit die Voraussetzung der Gültigkeit solcher Verfügungen in Frage gestellt. Gleichwohl könnte die dadurch initiierte Auseinandersetzung mit der zunehmenden Einschränkung der eigenen Möglichkeiten, auch

der eigenen Selbstbestimmbarkeit, zu einer *Kultur des Altwerdens* gehören (Helmchen et al. 2005).

Ausblick

Obwohl also in Deutschland schon jetzt mehr als ein Fünftel der Menschen mehr als ein Viertel ihres Lebens im sogenannten Alter – oder anders ausgedrückt: nach Beendigung des Arbeitslebens – verbringen, reicht unser Wissen nicht aus, um die Möglichkeiten eines guten Lebens in dieser für viele Menschen langen Lebenszeit entscheidend zu verbessern. Die Ausschöpfung der Möglichkeiten dieses neuen 3. Lebensalters, also der Potentiale eines in etwa gesunden Rentners zwischen 60 und 80 Jahren, sowie der kulturgebundene Ersatz zunehmender Funktionseinschränkungen des dadurch von Hilfe abhängig werdenden höchstaltigen Menschen jenseits des 85. Lebensjahres im nun so genannten 4. Lebensalter, sind vor uns stehende Aufgaben, zu deren Lösung wir mehr Wissen und auch Verständnis anthropologischer Grundpositionen der *conditio humana* benötigen und dann auch in die Praxis umsetzen sollten.

Das Alter ist besser als sein Ruf, aber schlechter als es sein könnte. Denn wir haben schon viele Hinweise auf Möglichkeiten, mittels kultureller, sozialer und technischer Leistungen die Begrenzungen zu kompensieren, die die wachsende Dysfunktionalität, das Zerbröseln des biologischen Grundes des alternden Menschen mit sich bringt. Denken wir nur an die Kompensation des Sehverlustes durch die Brille, des Zahnverlustes durch die dritten Zähne, des Hüftgelenkverlustes durch ein Keramikgelenk, des Hörverlustes durch implantierte Mikrocomputer. Das Wissen darum, welche auch seelisch-geistigen Potentiale des alten Menschen in welchem Umfang in welcher Weise realisiert werden können, muss jedoch durch erfahrungsgebundene Forschung noch er-

weitert oder überhaupt erst gewonnen sowie durch entsprechend ausgebildete und motivierte Menschen handlungsbestimmend in die Praxis umgesetzt werden.

Anmerkungen

¹ Z. B. gleichen Demenzkranke, deren kognitive Behinderung nicht erkannt wird, hinsichtlich Hilfsbedarf und Pflegestufen in allen Beurteilungsparametern des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) den körperlich Behinderten, während Demenzkranke mit erkannter kognitiver Störung (MMSE < 22) in höhere Pflegestufen gelangen. Erkannt wird die kognitive Störung jedoch nur bei gut der Hälfte von in Privathaushalten lebenden Probanden mit kognitiver Einschränkung, die vom MDK für Leistungen aus der Pflegeversicherung begutachtet werden (Zintl-Wiegand/Krumm 2003).

² So zeigt eine auf Krankenhausentlassungsdaten der AOK gestützte Arbeit von Brockmann (2002), dass die medizinischen Kosten im letzten Lebensjahr tatsächlich einen großen Teil der gesamten Krankheitskosten ausmachten. Aber diese Kosten waren für gleiche Krankheiten bei Kranken im fortgeschrittenen Alter geringer als bei jüngeren Patienten. Auch erhielten ältere Patienten und insbesondere Frauen vergleichsweise weniger kostenträchtige Behandlungen. Die Daten wurden als Hinweis auf eine informelle Rationierung medizinischer Leistungen nach Alter und Geschlecht interpretiert.

Literatur

- Améry, J.:* Über das Altern. Revolte und Resignation. Stuttgart: Klett-Cotta, 1969.
- Baltes, M. M. / Baltes, P. B.:* Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences. New York: Cambridge University Press, 1990.
- Baltes, M. M. / Wahl, H. W. / Reichert, M.:* Successful aging in institutions? In: *AnnRevGerontGeriatr* 11 (1991), S. 311–337.
- Baltes, P. B.:* Alter und Altern als unvollendete Architektur der Humanontogenese. In: *ZGerontolGeriat* 32 (1999), S. 433–448.
- Bickel, H.:* Deskriptive Epidemiologie der Demenzen. In: *Psychiatrie der Gegenwart*. Bd 4: Psychische Störungen bei somatischen Krankheiten (Hrsg.: Helmchen, H / Henn, F. A. / Lauter,

- H. / Sartorius, N.). Berlin/Heidelberg/New York: Springer, 1999, S. 33–52.
- Bobbio, N.*: Vom Alter – De senectute. Berlin: Wagenbach, 1998.
- Brockmann, H.*: Why is less money spent on health care for the elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals. In: *SocSciMed* 55 (2002) 4, S. 593–608.
- Fries, J. F.*: The compression of morbidity: Miscellaneous comments about a theme. In: *The Gerontologist* 24 (1984), S. 354–359.
- Gethmann, C. F. / Gerok, W. / Helmchen, H. / Henke, K. D. / Mittelstraß, J. / Schmidt-Assmann E. / Stock, G. / Taupitz, J. / Thiele, F.*: Gesundheit nach Maß? Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems. Berlin: Akademie Verlag, 2004.
- Helmchen, H. / Linden, M.*: The differentiation between depression and dementia in the very old. In: *Ageing and Society* 13 (1993), S. 589–617.
- Helmchen, H. / Vollmann, J.*: Ethische Fragen in der Psychiatrie. In: *Psychiatrie der Gegenwart*. Bd. 2: Allgemeine Psychiatrie (Hrsg.: Helmchen, H. / Henn, F. A. / Lauter, H. / Sartorius, N.). Berlin/Heidelberg/New York: Springer, 1999, S. 521–577.
- Helmchen, H. / Kanowski, S.*: Gerontopsychiatrie in Deutschland. Gegenwärtige Entwicklung und zukünftige Anforderungen. In: *Gerontopsychiatrie und Alterspsychotherapie in Deutschland*. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung (2001). Bd 4.
- Helmchen, H.*: Unterschwellige psychische Störungen. In: *Nervenarzt* 72 (2001), S. 181–189.
- Helmchen, H. / Reischies, F. M.*: Psychopathologie des Alter(n)s. In: *Filipp, S. H. / Staudinger, U.* (Hrsg): *Enzyklopädie der Psychologie C, V*, Bd. 6. Entwicklungspsychologie des mittleren und älteren Erwachsenenalters. Göttingen: Hogrefe, 2005, S. 251–296.
- Helmchen, H. / Kanowski, S. / Lauter, H. / Neumann, E. M.*: Ethik in der Altersmedizin. Stuttgart: Kohlhammer, 2005.
- Hufeland, C. W.*: Makrobiotik oder die Kunst das menschliche Leben zu verlängern. Berlin: Wittich, ³1805) (¹1797: Die Kunst das menschliche Leben zu verlängern. Jena: Akademische Buchhandlung).
- Lauter, H. / Meyer, J. E.*: Die neue Euthanasie-Diskussion vom psy-

- chiatischen Standpunkt. In: *FortschrNeurolPsychiatr* 60 (1992) 11, S. 441–448.
- Linden, M. / Barnow, S.*: The Wish to Die in Very Old Persons Near the End of Life: A Psychiatric Problem? Results From the Berlin Aging Study. In: *International Psychogeriatrics* 9 (1997), S. 291–307.
- Linden, M. / Kurtz, G. / Baltes, M. M. / Geiselman, B. / Lang, F. R. / Reischies, F. M. / Helmchen, H.*: Depression bei Hochbetagten. Ergebnisse der Berliner Altersstudie. In: *Nervenarzt* 69 (1998), S. 27–37.
- Masters, C. L. / Beyreuther, K.*: Science, medicine, and the future: Alzheimer's disease. In: *British Medical Journal* 316 (1998), S. 446–448.
- Mayer, K. U. / Baltes, P. B. / Baltes, M. M. / Borchelt, M. / Delius, J. / Helmchen, H. / Linden, M. / Smith, J. / Staudinger, U. M. / Steinhagen-Thiessen, E. / Wagner, M.*: Knowledge on Age and ageing: results from the Berlin Aging Study. In: *The Berlin Study Aging Study. Aging from 70 to 100* (Hrsg.: Baltes, P. B. / Mayer, K. U.). Cambridge/New York: Cambridge University Press, 1999, S. 475–519.
- Oswald, W. D. / Rupprecht, R. / Gunzelmann, T. / Tritt, K.*: The SIMA-project: effects of 1 year cognitive and psychomotor training on cognitive abilities of the elderly. In: *BehavBrainRes* 78 (1996) 1, S. 67–72.
- Smith, J. / Fleeson, W. / Geiselman, B. / Settersten, Jr R. A. / Kunzmann, U.*: Sources of Well-Being in Very Old Age. In: *The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 100* (Hrsg.: Baltes P. B. / Mayer K. U.). Cambridge/New York: Cambridge University Press, 1999, S. 450–474.
- Staudinger, U. M. / Freund, A. M. / Linden, M. / Maas, I.*: Self, Personality, and Life Regulation: Facets of Psychological Resilience in Old Age. In: *The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 100* (Hrsg.: Baltes, P. B. / Mayer, K. U.). Cambridge/New York: Cambridge University Press, 1999, S. 302–328.
- Zintl-Wiegand, A. / Krumm, B.*: Werden Demenzkranke bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungsgesetz benachteiligt? Die Erfassung von kognitiver Einschränkung im Pflegegutachten (MDK) und mit standardisierten Instrumenten. In: *Nervenarzt* 74 (2003) 7, S. 571–580.