

---

# Chancen und Grenzen der Selbstverantwortung im Alter

Andreas Kruse

*Zusammenfassung:* Es wird aufgezeigt, dass das Altern selbst Veränderungen unterliegt: In der Generationenfolge ist eine Zunahme an Gesundheit und Kompetenz erkennbar. Es wird ein Gesundheitsmodell vorgestellt, in dessen Zentrum die Aktivität des Menschen – definiert als jede persönlich sinnerfüllte und kontrollierte Handlung – steht. Vier Konzepte werden erläutert, die eine Zunahme an Gesundheit und Kompetenz in aufeinander folgenden Generationen erklären können. Die Unterscheidung zwischen „drittem“ und „viertem Lebensalter“ wird erläutert. Als Potenziale, die auch im Alter nachgewiesen werden können, werden Offenheit, Widerstandsfähigkeit und Kreativität diskutiert. Die Kreativität älterer Menschen wird als Ausgangspunkt eines veränderten Produktivitätsdiskurses gewählt.

## *1. Veränderungen des Alters – Zunahme der Jahre in Aktivität und Gesundheit*

In einem Briefwechsel zwischen dem Philosophen und Psychiater *Karl Jaspers* und der Politikwissenschaftlerin *Hannah Arendt* anlässlich des 80. Geburtstags von Karl Jaspers finden sich Aussagen, die besonders anschaulich drei Aspekte des Alters charakterisieren<sup>1</sup>: Zum einen das subjektive Erleben des Alters, welches interindividuell sehr unterschiedlich ausfallen kann, zum anderen den qua-

litativen Wandel des Alters in aufeinander folgenden Kohorten und schließlich die Mehrdimensionalität des Alterns, also die Verschiedenartigkeit von Alternsprozessen auf der körperlichen Dimension einerseits, der seelisch-geistigen Dimension andererseits.

*Karl Jaspers* schreibt: „Auch war die Feier anders als am 70. Geburtstag. Man kann nicht wiederholen. Es gibt nur einen Altersgeburtstag und das ist der 70. Der 80. ist für die, die ihn erleben, ein stiller Nachzügler, da ist man fast schon nicht mehr da, für die Welt allenfalls eine Erinnerung. Es gilt doch das Bibelwort: Das Leben währet siebenzig Jahr. Das ist eine qualitative, nicht eine quantitative Aussage.“

*Hannah Arendt* antwortet auf diesen Brief: „Ich will versuchen, Sie zu überzeugen, dass Sie über das Alter irren. (Jetzt sagt Ihre Frau: Die Hannah wird frech!) Das Bibelwort stimmt zwar, aber es hat sich rein faktisch alles um ca. 10 Jahre verschoben – denken Sie an die vielen 80-Jährigen, die heute aktiver sind als die 70-Jährigen vor 30 Jahren. Außerdem soll man in solchen Dingen keine Vorurteile haben, sondern es nehmen, wie es gegeben wird. Sie sind unverändert, nicht nur in dem, was man geistige Frische nennt, sondern auch in dem Aufnehmen, in der Wachheit, in der Weltoffenheit. Das ist kein Zurechtrücken, sondern es ist einfach so.“

Die von *Hannah Arendt* angesprochene Verschiedenartigkeit der Alternsprozesse auf der körperlichen sowie auf der seelisch-geistigen Dimension ist durch empirische Befunde gerontologischer Forschung belegt: Während auf der körperlichen Dimension bereits ab dem vierten Lebensjahrzehnt – allerdings mit hoher Variabilität zwischen den einzelnen Organen – eine „natürliche“, „alternsbedingte“ Verringerung der Leistungskapazität zu beobachten ist<sup>2</sup>, lässt sich in Bezug auf Wissenssysteme, Handlungsstrategien und Anpassungsfähigkeit – somit in zentralen Merkmalen der seelisch-geistigen Dimension – keine oder nur

eine vergleichsweise geringe Abnahme der Leistungskapazität feststellen<sup>3</sup>. Zudem ist der von *Hannah Arendt* genannte qualitative Wandel des Alters in nachfolgenden Kohorten bereits empirisch belegt, was an zwei Beispielen aufgezeigt werden soll. Das erste Beispiel: Die heute 70-Jährigen weisen einen Gesundheitszustand auf, der jenem der 65-Jährigen von vor drei Jahrzehnten entspricht. In den vergangenen 30 Jahren sind also fünf gesunde Jahre hinzugekommen. Das zweite Beispiel: Es konnte gezeigt werden, dass die steigende Lebenserwartung vor allem mit einem Gewinn an aktiven Jahren einhergeht. Mit dem Begriff „aktive Jahre“ wird dabei die aktive, selbstverantwortliche Lebensführung beschrieben, wie sich diese in der selbstständigen Ausführung der Aktivitäten des täglichen Lebens widerspiegelt<sup>4</sup>. In einer Studie wurde gezeigt, dass die 1917 geborenen Männer im Alter von 67 bis 70 Jahren im Durchschnitt 73 Prozent ihrer Lebensjahre in Aktivität verbracht hatten, die 1917 geborenen Frauen 72.5 Prozent. Für die 1927 geborenen Männer lag der Anteil der aktiven Jahre mit 81.5 Prozent deutlich höher. Gleiches gilt für die 1927 geborenen Frauen, die im Alter von 67 bis 70 Jahren 77 Prozent ihrer Lebensjahre in Aktivität verbracht hatten<sup>5</sup>.

Wie lassen sich die gewonnenen Jahre in Aktivität charakterisieren? Die Beantwortung der Frage erfordert die Einführung eines erweiterten Gesundheitsbegriffs sowie theoretischer Konzepte, die an dem erweiterten Gesundheitsbegriff ansetzen.

In einer von der Weltgesundheitsorganisation<sup>6</sup> vorgeschlagenen Gesundheitsdefinition stellt Aktivität einen zentralen Indikator für Gesundheit dar<sup>7</sup>. In Tabelle 1 sind das „klassische“ und das „neue“ Gesundheitsmodell einander gegenübergestellt.

Tabelle 1: Gegenüberstellung eines „klassischen“ und eines „neuen“ Modells von Gesundheit

Model	Health indicators	Health indicators within the life span
<i>CLASSICAL</i> (Medical model)	Mortality Longevity Morbidity Disease related health Disability Functional health (ADL)	Life expectancy Healthy life expectancy Disease specific free life expectancy Disability-free life expectancy (WHO classification: impairment, disability, handicap)
<i>NEW</i> (Interdisciplinarity, integrating Social sciences)	Active state Perceived health Life satisfaction Health behavior Healthy lifestyles Others	Active life expectancy Perceived health life expectancy „Lifestyle specific“ free life expectancy (i.e. tobacco/alcohol-free life expectancy)

Im Gegensatz zum klassischen Modell betont das neue Gesundheitsmodell bei der Auswahl von (lebenslaufbezogenen) Indikatoren von Gesundheit sehr viel stärker die Aktivität des Individuums, dessen Lebenszufriedenheit, dessen subjektiv wahrgenommene Gesundheit wie auch dessen gesundheitsbewusstes Verhalten. Hingegen orientieren sich die im klassischen Modell enthaltenen Indikatoren an einem Gesundheitsbegriff, der Störungen bzw. das Freisein von Störungen in den Mittelpunkt rückt. Das neue Modell akzentuiert persönlich sinnerfüllte Aktivitäten, die zwar nicht losgelöst von Funktionen und Fähigkeiten betrachtet werden dürfen, die aber auch nicht allein durch Funktionen und Fähigkeiten erschöpfend erklärt werden können – vielmehr sind auch Antrieb und Motivlage des Menschen und der Anregungsgehalt der Situation zu berücksichtigen. Allerdings wird in dem Modell der Begriff der Aktivität nicht genauer definiert. Es soll hier folgende Definition von Aktivität vorgeschlagen werden: „Sie beschreibt die bewusste, gezielte, auf Erhaltung oder

Herstellung eines Zustandes in der Person oder ihrer Umwelt gerichtete, in ihrer Ausführung kontinuierlich kontrollierte Handlung.“<sup>8</sup>

Das neue Gesundheitsmodell gründet auf vier Konzepten, die auch deswegen kurz erläutert werden sollen, da sie helfen, die in aufeinander folgenden Kohorten älterer Menschen zu beobachtende Zunahme an Jahren in Aktivität und Gesundheit besser zu verstehen. Folgende Konzepte sind hier angesprochen: (1) Morbiditätskompression, (2) Aktive Lebenserwartung, (3) Subjektiv wahrgenommene Gesundheit, (4) Bildung als Humankapital.

### 1.1 Kompression der Morbidität

Das Konzept der *Morbiditätskompression*, welches von *James Fries* Anfang der 1980er Jahre vorgestellt wurde, geht von der Erkenntnis aus, dass die meisten Erkrankungen chronischer Art sind und im späten Lebensalter auftreten. *Fries* postuliert, dass die Lebenszeitbelastung durch Erkrankung dann reduziert werden kann, wenn der Beginn der chronischen Erkrankungen hinausgezögert wird und wenn diese Verzögerung größer ist als der Anstieg in der Lebenserwartung<sup>9</sup>. Das Konzept der Morbiditätskompression wurde in den 1980er Jahren als Gegenentwurf zu der von vielen Demografen und Sozialpolitikwissenschaftlern vertretenen Ansicht entwickelt, die durch den medizinischen Fortschritt gewonnenen Monate und Jahre würden in schlechterer Gesundheit verbracht, sodass der demografische Wandel entsprechend fatale Auswirkungen auf die Entwicklung der Kosten im Gesundheitssystem habe. Der damit angenommene Prozess wurde mit dem Begriff des *Failure of Success*, also des Scheiterns oder Versagens des Erfolgs belegt<sup>10</sup>. 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 chronischen Erkrankungen, wie zum Beispiel der kardiovaskulären Erkrankungen, erreicht werden. Dieses Konzept postuliert zudem, dass die aufgrund der steigenden Anzahl älterer Menschen zu erwartende Zunahme der Krankheitslast wenigstens in Teilen dadurch aufgehalten 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 beiden vergangenen Dekaden eindeutig nachweisen, und dies sogar mit einer hohen Geschwindigkeit. Wie aus epidemiologischen Befunden, die in den USA gewonnen wurden<sup>11</sup>, hervorgeht, sind die Fähigkeitseinbußen (Disability) in der über 65-jährigen Bevölkerung von 1982 bis 1999 von 26.2 Prozent auf 19.7 Prozent zurückgegangen; dies entspricht einer Abnahme um 2 Prozent im Jahr. Diese Abnahme ist deutlich größer als der Rückgang der Mortalität in dieser Periode mit 1 Prozent im Jahr. Dabei ließ sich der Rückgang sowohl in den basalen wie auch in den komplexeren instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens nachweisen. Die Gründe für den Rückgang in den Fähigkeitseinbußen scheinen dabei multifaktoriell zu sein; von einer einfachen Ursache kann nicht ausgegangen werden. Genannt werden als Gründe: Abnahme des Zigarettenkonsums, medizinische Fortschritte, zum Beispiel verbesserte Behandlung des Bluthochdrucks, des Diabetes, der koronaren Herzerkrankung, sowie Entwicklung und Umsetzung präventiver Maßnahmen. Und schließlich wird als potenzieller Grund die Überzeugung der Selbstwirksamkeit angeführt: „It might be that rising expectations for healthier aging became self-fulfilling, perhaps through a mechanism of perceived self-efficacy. The association between level of

education and health is strong, and self-efficacy might at least partly explain this association; education levels in the elderly rose substantially over the past two decades.“<sup>12</sup>

## 1.2 Aktive Lebenserwartung

Dem Konzept der *aktiven Lebenserwartung* bzw. der *behinderungsfreien Lebenserwartung* liegt die Erkenntnis zugrunde, dass Erkrankungen nicht zu Behinderungen führen müssen<sup>13</sup>. Weiterhin wird angenommen, dass sich Erfolge der Prävention, Therapie und Pflege nicht allein in der Kompression der Morbidität, sondern auch im *späteren Auftreten von Behinderungen* widerspiegeln<sup>14</sup>. Eine Frage, die im Kontext dieses Konzepts gestellt wird, lautet: Wieviele Jahre leben ältere Menschen ohne Einschränkungen ihrer Funktionstüchtigkeit? Dabei wird von einem breiten Spektrum von Funktionen ausgegangen, die sensumotorische, kognitive, sozialkommunikative und emotionale Funktionen umfassen. Dieses Konzept ist für einen lebenslauforientierten Ansatz in zweifacher Hinsicht von Bedeutung. *Erstens* hebt es die Notwendigkeit hervor, bereits in früheren Lebensaltern physische, kognitive und alltagspraktische Kompetenzen aufzubauen und systematisch zu erweitern, die sich positiv auf die physische und kognitive Leistungskapazität sowie auf die Selbstständigkeit im Alter auswirken – zum einen dadurch, dass Menschen mit besseren Kompetenzprofilen in das Alter eintreten, zum anderen dadurch, dass ältere Menschen im Falle eingetretener Erkrankungen eine höhere Kompensationsfähigkeit und damit höhere Rehabilitationspotenziale aufweisen, die sie eher in die Lage versetzen, auch bei chronischer Erkrankung ihre Mobilität sowie ihre physische und kognitive Leistungsfähigkeit aufrechtzuerhalten<sup>15</sup>. *Zweitens* betont es die Notwendigkeit, auch im hohen Alter Maßnahmen zur Förderung der physischen, der kognitiven und der all-

tagspraktischen Kompetenz anzuwenden, um auf diese Weise die Ausbildung von Hilfe- oder Pflgebedarf bei chronischen Erkrankungen zu vermeiden.

### 1.3 Subjektiv wahrgenommene Gesundheit

Das Konzept der *subjektiv wahrgenommenen Gesundheit*, welches ebenfalls Eingang in das von der Weltgesundheitsorganisation<sup>16</sup> entwickelte Gesundheitsmodell gefunden hat, besitzt eine spezifische, gegenüber dem objektiven Gesundheitszustand eigenständige Bedeutung: Die subjektiv wahrgenommene Gesundheit ist nicht als eine Abbildung der objektiv gegebenen Gesundheit zu verstehen, sondern vielmehr als eine Bewertung der Gesundheit aus subjektiver Sicht, wobei diese Bewertung sowohl von Personmerkmalen (zum Beispiel Widerstandsfähigkeit, Kontrollüberzeugungen und Bewältigungstechniken) als auch von Umweltmerkmalen (zum Beispiel Ausmaß und Art der sozialen Unterstützung, Bewertung der Gesundheit durch andere Menschen) beeinflusst ist. *Ursula Lehr* berichtet über enge Zusammenhänge zwischen subjektivem Gesundheitszustand einerseits und Lebenszufriedenheit sowie Kontrollüberzeugungen andererseits<sup>17</sup>; in der subjektiven Gesundheit spiegelt sich nicht nur die objektiv gegebene körperliche Situation wider, sondern auch die allgemeine Zufriedenheit des Menschen mit seiner Lebenssituation sowie dessen Überzeugung, die bestehende gesundheitliche Situation durch eigenes Handeln beeinflussen zu können. *Ursula Staudinger* interpretiert eine vergleichsweise positive subjektive Gesundheit trotz eingetretener gesundheitlicher Belastungen als Ausdruck von psychologischer Widerstandsfähigkeit. Diese definiert sie als Fähigkeit, nach Eintritt von Einschränkungen und Verlusten das frühere Niveau psychologischer Funktionsfähigkeit aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen<sup>18</sup>. Die eigenständige



Bedeutung der subjektiven Gesundheit gegenüber der objektiven Gesundheit kommt in empirischen Befunden zum Ausdruck, die auf eine erhöhte Mortalität älterer Menschen bei schlechter subjektiver Gesundheit deuten: Eine negative subjektive Gesundheit ist ein Prädiktor für verringerte Lebenserwartung<sup>19</sup>. Die subjektive Gesundheit ist Gegenstand präventiver Bildungsangebote: Deren Aufgabe liegt darin, neben der Informationsvermittlung (über gesundheitsförderndes Verhalten, Präventionspotenziale, bestehende gesundheitliche Dienstleistungen) kognitive, psychische und alltagspraktische Strategien zu verstärken, die auf die Erhaltung oder Wiedergewinnung von Kompetenz wie auch von Kontrolle über die weitere gesundheitliche Entwicklung gerichtet sind<sup>20</sup>.

#### 1.4 Bildung als Humankapital

Die *Humankapitalhypothese* geht von dem grundlegenden, vielfach replizierten Befund aus, dass – unabhängig von weiteren objektiven Lebenslagemerkmale – ältere Menschen mit höherem Bildungsniveau ein geringeres Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko aufweisen als jene mit niedrigerem Bildungsniveau<sup>21</sup>. Des Weiteren wurde gezeigt, dass ein niedrigeres Bildungsniveau mit schwereren körperlichen Erkrankungen und Behinderungen und mit stärker ausgeprägten Belastungen infolge chronischer Krankheit verbunden ist. Schließlich lässt sich aus Ergebnissen empirischer Studien folgern, dass ein niedriger Bildungsstand einen Indikator für den Schweregrad bestimmter chronischer Erkrankungen bildet – zu nennen sind hier vor allem kardiovaskuläre Erkrankungen, Schlaganfall, Arthritis, Demenz und Parkinson.

Die Tatsache, dass das Bildungsniveau sowohl mit der Mortalität als auch mit dem Ausmaß an körperlichen Einschränkungen und Behinderungen einen negativen Zusam-

menhang aufweist, kann darauf zurückgeführt werden, dass Krankheiten bei Menschen mit geringerem Bildungsniveau früher auftreten oder dann, wenn sie diagnostiziert werden, bereits deutlich weiter fortgeschritten sind und damit einen höheren Schweregrad aufweisen. Anhand der Daten von 1.817 Männern und 1.643 Frauen, die an der *Italian Longitudinal Study on Aging* teilgenommen haben, wurde die Hypothese geprüft, dass Menschen mit geringerem Bildungsniveau ein höheres Risiko körperlicher Behinderung haben, der Bildungsstand aber kein bedeutsamer Prädiktor der Mortalität ist, sofern bestehende Behinderungen und chronische Krankheiten bereits berücksichtigt sind<sup>22</sup>. Die in Tabelle 2 zusammenfassend dargestellten Ergebnisse sind als eindeutiger Beleg für den protektiven Effekt eines höheren Bildungsniveaus auf das Behinderungsrisiko zu werten: Je länger die Schule besucht wurde, desto größer der Anteil an Frauen und Männern, die keine körperliche Einschränkung aufweisen, und desto geringer der Anteil von Frauen und Männern mit einem geringeren oder mittleren bis höheren Ausmaß an körperlicher Einschränkung und Behinderung.

Andere Autoren gehen bei ihren empirischen Analysen zu möglichen Zusammenhängen zwischen Bildung, Kontrollüberzeugungen, Lebensstil einerseits und Gesundheit andererseits von der – in der Literatur als Humankapitalhypothese bezeichneten – Annahme aus, dass Bildung zur Entwicklung von Gewohnheiten, Fertigkeiten, Ressourcen und Fähigkeiten beiträgt, die Menschen in die Lage versetzt, persönlich bedeutsame Ziele zu erreichen und ihr Leben in diesem Sinne effektiv zu gestalten. Unter der Voraussetzung, dass Menschen bereit sind, in die Erhaltung ihrer Gesundheit materiell wie immateriell zu investieren, würden durch Bildung die Mittel bereitgestellt, dieses Ziel durch einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu erreichen<sup>23</sup>. Dabei grenzen sich die Autoren ausdrücklich von

Tabelle 2: Bildungsniveau und Behinderungsrisiko bei 65-jährigen und älteren Menschen

Schulbildung – operationalisiert durch die Anzahl der Jahre in einer allgemeinbildenden Schule	Keine Einschränkungen / Behinderungen		Geringes Ausmaß an Einschränkungen / Behinderungen		Mittleres bis höheres Ausmaß an Einschränkungen / Behinderungen	
	Frauen (n=1153)	Männer (n=1308)	Frauen (n=261)	Männer (n=299)	Frauen (n=130)	Männer (n=125)
Max. 3 Jahre	62,4	60,9	25,8	26,7	11,8	12,4
4–5 Jahre	77,3	76,3	15,7	18,6	7,0	5,1
6–8 Jahre	87,8	77,5	5,2	15,1	7,0	7,4
> 8 Jahre	94,8	88,6	3,8	6,5	1,4	4,9

einer Perspektive ab, die Gesundheit lediglich als angenehme, aber nicht intendierte Folge eines mit höherer Bildung assoziierten relativen Wohlstandes betrachtet, und betonen, dass die Humankapitalhypothese einen vom sozioökonomischen Status unabhängigen Effekt des Bildungsstandes auf die Gesundheit impliziert. Diese Hypothese ist für unsere Thematik von besonderer Bedeutung, als sie den großen Einfluss von Bildung – und zwar in allen Phasen des Lebenslaufs – auf Gesundheit postuliert. Folgen wir den Annahmen von Mirowsky und Ross, so kann Bildung sogar als die entscheidende Einflussgröße von Gesundheit angesehen werden.

Auf der Grundlage der Untersuchung *Aging, Status, and the Sense of Control*, an der fast 2.600 Personen im Alter zwischen 18 und 95 Jahren teilgenommen haben<sup>24</sup>, wurden drei Varianten der Humankapitalhypothese empirisch geprüft: (1.) Bildung ermöglicht es Menschen, gesundheitsförderliches Verhalten in einen kohärenten Lebensstil zu integrieren, (2.) die Überzeugung, Entwicklungen im eigenen

Lebenslauf kontrollieren zu können, motiviert zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil und erklärt deshalb einen erheblichen Teil der positiven Auswirkungen von Bildung auf die Gesundheit, (3.) Eltern mit höherem Bildungsniveau tragen dazu bei, dass ihre Kinder einen gesundheitsförderlichen Lebensstil entwickeln. Konsistent mit den drei geprüften Hypothesen zeigen die Ergebnisse, dass höhere Bildung – operationalisiert als Dauer formaler Bildung in Jahren – mit besserer Gesundheit – operationalisiert über den subjektiven Gesundheitszustand, motorische und sensorische Einschränkungen – assoziiert ist und diese Beziehung zum größten Teil auf einen vergleichsweise stärker gesundheitsförderlichen Lebensstil – operationalisiert über die Indikatoren Bewegung, sportliche Aktivität, Gewicht, Rauchen, Alkoholkonsum – zurückgeführt werden kann. In Übereinstimmung mit der zweiten Hypothese zeigte sich zum einen ein positiver Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand und internalen Kontrollüberzeugungen, zum anderen ein positiver Zusammenhang zwischen internalen Kontrollüberzeugungen und gesundheitsförderlichem Lebensstil. Die dritte Hypothese – ein positiver Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand der Eltern und dem gesundheitsförderlichen Lebensstil ihrer Kinder – konnte ebenfalls bestätigt werden. Des Weiteren zeigte sich, dass Menschen mit höherem Bildungsniveau im Durchschnitt über ein höheres Ausmaß an sozialer Unterstützung verfügen können, wobei dieser Unterschied ebenso wenig wie die anderen erwähnten Unterschiede zwischen Personen mit höherem und niedrigerem Bildungsniveau durch die Einkommenssituation erklärt werden kann. Auch dieser Befund stimmt mit der vorgeschlagenen Humankapitalhypothese überein.

Diese Befunde weisen – auch aus der Perspektive der Lebenslaufforschung – auf die große Bedeutung hin, die bereits der vorschulischen und schulischen Bildung für eine – aus gesellschaftlicher und individueller Sicht – gelingende

Entwicklung beizumessen ist<sup>25</sup>. Über diese grundsätzliche Aussage hinaus ist der große Einfluss der vorschulischen und schulischen Bildung auf das Gesundheitsverhalten hervorzuheben, wobei hier auch die langfristigen Effekte auf die Gesundheit im Lebensverlauf zu berücksichtigen sind. Aus diesem Grunde ist Bildung als zentrale Komponente der Gesundheitsförderung und Primärprävention anzusehen<sup>26</sup> – eine Aussage, die die Forderung nahe legt, Bildungsmaßnahmen im gesamten Lebenslauf bei der Ausarbeitung des Präventionsgesetzes stärker zu berücksichtigen.

## *2. Potenziale und Grenzen im dritten und vierten Lebensalter*

Die Tatsache, dass Menschen ab einem bestimmten Lebensalter als alt wahrgenommen werden, ist vor allem Folge gesellschaftlicher Konvention. Mit dem Eintritt in das Rentenalter muss der Mensch Rollen aufgeben, die in unserer Gesellschaft als zentral gewertet werden – die Zentralität dieser Rollen hat damit zu tun, dass der Beruf in unserer Gesellschaft das strukturierende Merkmal des Lebenslaufs darstellt. Mit anderen Worten: Alter ist primär eine gesellschaftliche Kategorie („soziales Alter“)<sup>27</sup>.

Das biologische und psychologische Verständnis von Alter lässt sich anhand des lateinisch-römischen Verständnisses der „Stufenleiter der Natur“ (*scala naturae*) veranschaulichen, das in der Aussage: „*Natura non facit saltum*“, übersetzt: die Natur kennt keine Sprünge, zum Ausdruck kommt. Auf das Verständnis von Alter angewendet, heißt dies: Die Abgrenzung eines eigenen Lebensabschnitts „Alter“ ist im Grunde nicht möglich. Vielmehr ist von Alternsprozessen auszugehen, die sich über weite Teile der Biographie erstrecken und die im Sinne von graduellen Veränderungen zu interpretieren sind<sup>28</sup>. Ein der Biologie ent-

nommenes Beispiel für dieses Verständnis von Altern ist die von *Max Bürger* vorgeschlagene Definition von Biomorphose<sup>29</sup>: Danach ist „Altern jede gesetzmäßige, irreversible Veränderung der lebenden Substanz als Funktion der Zeit.“ Als Beispiel aus der Psychologie soll eine von *Hans Thomae* vorgeschlagene Definition von Altern dienen, in der die graduelle Veränderung der *thematischen Strukturierung* eines Menschen in das Zentrum gerückt wird<sup>30</sup>. Daseinsthemen beschreiben die Art und Weise, wie das Individuum Anforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten in seinem Leben deutet und auf diese antwortet. Dabei ist diese Deutung auch vom Zeithorizont des Menschen beeinflusst. Die im Lebenslauf stattfindenden Veränderungen in den subjektiv erlebten Anforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten wie auch im Zeithorizont wirken sich auf die individuelle thematische Strukturierung aus<sup>31</sup>. Bildungsangeboten wird dabei große Bedeutung sowohl für die gedanklich-emotionale Vorwegnahme („Antizipation“) von Anforderungen in den verschiedenen Lebensaltern als auch für die bewusste Reflexion eigener Handlungsmöglichkeiten in der kognitiv-emotionalen Auseinandersetzung mit aktuell auftretenden Entwicklungsanforderungen beigemessen<sup>32</sup>.

Die mit dem Alternsprozess auftretenden Veränderungen beschränken sich nicht allein auf Verluste – wie zum Beispiel der Anpassungsfähigkeit des Organismus oder der Abnahme der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit. Sie schließen im seelisch-geistigen Bereich auch potenzielle Gewinne ein – wie zum Beispiel die Entwicklung von hoch organisierten und damit leicht abrufbaren Wissenssystemen sowie von effektiven Handlungsstrategien<sup>33</sup>. Der Zuwachs an Wissen und Handlungskompetenz ist jedoch nur unter der Voraussetzung der im gesamten Lebenslauf bestehenden Offenheit des Menschen für neue Erfahrungen sowie der bewussten Auseinandersetzung mit neuen Problemsituationen möglich<sup>34</sup>. Die in diesen Wis-

senssystemen und Handlungsstrategien zum Ausdruck kommende bereichsspezifische Expertise ist zum Beispiel im beruflichen Bereich erkennbar: Ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind als potenzielle Ressource für Betriebe und Unternehmen anzusehen<sup>35</sup>. Diese Expertise lässt sich auch mit Blick auf das bürgerschaftliche Engagement nachweisen, welches faktisches Wissen und Handlungswissen nicht nur im Hinblick auf spezifische Aufgabenbereiche erfordert, sondern auch im Hinblick auf die Lebensführung; hier sind Lebenswissen und Strategien zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben angesprochen<sup>36</sup>.

*Ursula Lehr* zufolge ist der Nachweis der hohen interindividuellen Unterschiede im Alter einer der zentralen Befunde psychologischer, soziologischer und medizinischer Altersforschung<sup>37</sup>. Doch trotz der hohen interindividuellen Unterschiede ist es vor dem Hintergrund bestehender Forschungsbefunde gerechtfertigt, zwischen einem „dritten“ und einem „vierten Lebensalter“ zu differenzieren, wobei diese Differenzierung allerdings nur als ein Ordnungsprinzip zu verstehen ist, das nicht über die ausgeprägten interindividuellen Unterschiede sowohl in der körperlichen als auch in der seelisch-geistigen Dimension hinwegtäuschen soll.

Beim Großteil der im „dritten Lebensalter“ (definiert als Zeitspanne von 60 bis 80 Jahren) stehenden Menschen kann von „erfolgreichem Altern“<sup>38</sup> im Sinne der medizinischen, der psychologischen, der soziologischen und ökonomischen Definition ausgegangen werden. Auch wenn in diesem Alter die physiologische Leistungskapazität erkennbar zurückgeht und das Risiko chronischer Erkrankungen (zu nennen sind hier vor allem Herz-Kreislauf- und Stoffwechsel-Erkrankungen sowie Erkrankungen des Stütz- und Bewegungssystems) zunimmt, so ist doch festzustellen, dass der Großteil der „jungen Alten“ einen relativ guten oder zumindest einen zufrieden stellenden Gesundheitszustand aufweist und zudem unabhängig von

Hilfe oder Pflege ist<sup>39</sup>. Auch die Analyse zentraler Indikatoren des psychischen Adaptationsniveaus (wie zum Beispiel Grad der Lebenszufriedenheit, Häufigkeit des Auftretens positiver vs. negativer Emotionen, Ausprägung depressiver Symptomatik) deutet beim Großteil der „jungen Alten“ auf ein – aus psychologischer Sicht – erfolgreiches Altern hin; nur in einer relativ kleinen Gruppe sind Hinweise auf geringe Lebenszufriedenheit, auf eine stärker ausgeprägte depressive Symptomatik und auf das Überwiegen negativer Emotionen erkennbar. Darüber hinaus besteht nur bei wenigen Menschen im „dritten Lebensalter“ Isolation, und es berichten auch nur wenige Menschen über Gefühle der Einsamkeit. Schließlich lässt sich die Feststellung treffen, dass die materiellen Ressourcen älterer Menschen in den vergangenen Jahrzehnten erkennbar gestiegen sind, so dass es sich bei den von Armut betroffenen oder von Armut bedrohten älteren Menschen um eine Minderheit handelt.

Wählt man die genannten Definitionen erfolgreichen Alterns als Grundlage für die Analyse der physischen, seelisch-geistigen, sozialen und materiellen Situation im „vierten Lebensalter“ (definiert als Zeitspanne ab 80 Jahren), so sind diese optimistischen Aussagen über das Alter zu relativieren. Die Verletzbarkeit des Organismus, das heißt, die Anfälligkeit für gesundheitliche Störungen und funktionelle Einbußen, nimmt im vierten Lebensalter erkennbar zu und damit das Risiko der chronischen körperlichen Erkrankungen, der Multimorbidität sowie der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Auch das Zentral-Nerven-System ist von dieser erhöhten Verletzbarkeit betroffen: Diese spiegelt sich zum einen in der verringerten Kapazität der Informationsverarbeitung wider (die auf die verringerte Plastizität neuronaler Netzwerke zurückzuführen ist), zum anderen in der deutlichen Zunahme an psychoorganischen Erkrankungen (hier ist vor allem die Demenz zu nennen). Im vierten Lebensalter nimmt die Wahrscheinlichkeit des



Verlusts von nahe stehenden Personen zu, wodurch sich das Einsamkeitsrisiko erhöht. Und schließlich ist zu berücksichtigen, dass trotz einer im Allgemeinen gegebenen materiellen Sicherung älterer Menschen allein stehende Frauen im vierten Lebensalter vom Risiko der Armut bedroht sind. Mit anderen Worten: Während das dritte Lebensalter durchaus im Sinne der *späten Freiheit* charakterisiert werden kann, die aus dem Fortfallen externer Verpflichtungen in Beruf und Familie erwächst, ist das vierte Lebensalter eher im Sinne einer *Kumulation von Herausforderungen und Verlusten* zu charakterisieren; diese Aussage gilt vor allem für Frauen, bei denen der körperliche, psychische, soziale und sozioökonomische Funktionsstatus im Durchschnitt geringer ist als bei Männern.

### *3. Kreativität als ein Potenzial auch des Alters*

Als Begründer der modernen Kreativitätsforschung wird üblicherweise *Joy Paul Guilford* angesehen. Diesem kommt nicht nur das Verdienst zu, in einer 1950 vor der American Psychological Association gegebenen Presidential Address für den nicht gedeckten Bedarf an kreativen Personen in der US-amerikanischen Wissenschaft und Wirtschaft sensibilisiert zu haben, was zusammen mit dem Sputnik-Schock von 1957 gemeinhin als Ausgangspunkt der modernen Kreativitätsforschung bezeichnet wird. Auch die im Arbeitskreis von *Guilford* – ausgehend von dessen Intelligenzstrukturmodell<sup>40</sup> – entwickelten Tests zum divergenten Denken haben die spätere Kreativitätsforschung nachhaltig geprägt. Der genannten Rede von *Guilford* ist folgende Definition von Kreativität entnommen: „Kreativität ist der Prozess der flüssigen, flexiblen, ursprünglichen Erzeugung von Konzepten zur Lösung von neuartigen Problemen.“

Im Unterschied zum konvergenten Denken, das durch

logische Schlussfolgerungen zu einer einzigen oder besten Lösung gelangt (wobei das Ergebnis mehr oder weniger vollständig durch die vorhandene Information determiniert ist), liefert das divergente Denken nach Guilford mehrere alternative Lösungen, die jeweils den gegebenen Anforderungen entsprechen. Dabei gelten die Anzahl der generierten Lösungen und deren Qualität als Maß für die Ausprägung des divergenten Denkens. Mit der Verwendung der Guilford-Tests zum divergenten Denken treten sechs Aspekte von kreativem Denken in den Vordergrund: (1.) Problemsensitivität, (2.) Flüssigkeit in der Produktion von Lösungsansätzen, (3.) Flexibilität von Denkschemata, Bezugssystemen etc., (4.) Redefinition von Objekten und Funktionen, (5.) Elaboration im Sinne von Realisierbarkeit und Praktikabilität, (6.) Originalität.

Da ein neues Produkt nur dann ein „kreatives Produkt“ darstellt, wenn es von einer Gruppe zu irgendeinem Zeitpunkt als brauchbar oder befriedigend angesehen werden kann, Leistungen nur dann als kreativ gelten, wenn sie dazu beitragen, ein Problem zu lösen, einen Zustand zu verbessern oder ein vorhandenes Ziel zu vollenden, liegt es nahe, ein Mindestmaß an Intelligenz als eine Voraussetzung von Kreativität anzusehen. Entsprechend wird die Gültigkeit eines bereits auf Guilford zurückgehenden Schwellenmodells unterstellt, demzufolge hohe Intelligenz zwar keine hinreichende, aber eine notwendige Voraussetzung für Kreativität ist. Als Ressourcen für Kreativität werden synthetisches und dialektisches Denken, hoch organisierte Wissenssysteme, Offenheit für neue Erfahrungen, Toleranz gegenüber Vieldeutigkeit, Risikobereitschaft, zielorientierte Motivation sowie eine anregende und fordernde soziokulturelle Umwelt genannt.

Legt man ein Zwei-Komponenten-Modell der Intelligenz zugrunde (das zwischen kristalliner und fluider Intelligenz differenziert, wobei erstere für die Lösung vertrauter

und letztere für die Lösung neuartiger kognitiver Probleme verantwortlich ist), so zeigt sich, dass Kreativität stärker mit der kristallinen als mit der fluiden Intelligenz korreliert. Damit lässt sich aus den durch zahlreiche Studien belegten altersgebundenen Verlusten in der flüssigen Intelligenz *nicht* auf eine im hohen Erwachsenenalter verminderte Kreativität schließen. Vielmehr legt der Zusammenhang zwischen Kreativität und kristalliner Intelligenz die Annahme nahe, dass kreative Potenziale bis ins hohe Erwachsenenalter erhalten bleiben.

Ausgehend von *Hannah Arendts* Differenzierung menschlicher Grundtätigkeiten lässt sich Kreativität als eine Form des Handelns beschreiben<sup>41</sup>. Der von ihr herausgestellte Aspekt der Gebürtlichkeit – zu verstehen als das Potenzial des Menschen, in Kommunikation mit anderen Neues zu schaffen – ist für die Kreativität in besonderem Maße kennzeichnend, beruht doch Kreativität auf einer kommunizierbaren Originalität, die sowohl auf einen Überblick über die prinzipiell verfügbaren Optionen als auch auf eine fundierte Entscheidung für eine im konkreten Fall *gerade nicht* nahe liegende, eher untypische, selten gewählte Option zurückgeht. Kreativität kann sich auf sehr unterschiedliche Akte und Produkte beziehen und in sehr unterschiedlichen Bereichen entwickeln; Menschen können Kreativität im Umgang mit Dilemmata, die mit zwischenmenschlichen Beziehungen zu tun haben, ebenso entfalten wie in künstlerisch-gestaltenden oder technologischen Bereichen. Unabhängig davon bewähren sich kreative Lösungen häufig in breiteren sozialen und kulturellen Kontexten, sodass Personen durch die Entfaltung von Kreativität auch zum sozialen und kulturellen Wandel und damit zur weiteren Entwicklung der Gesellschaft beitragen.

Das Interesse an kreativen Potenzialen älterer Menschen hat in den letzten Jahren spürbar zugenommen. In diesem Zusammenhang haben sich auch neue theoretische

Ansätze entwickelt, die davon ausgehen, dass Alternsprozesse prinzipiell auch die Entwicklung von Kreativität begünstigen können.

*Leopold Rosenmayr* stellt die Frage, ob und in welchen Feldern speziell für ältere Menschen Möglichkeiten zur Verwirklichung kreativer Potenziale bestehen<sup>42</sup>. Inwieweit liegt es nahe, dass ältere Handwerker, Therapeuten, Wissenschaftler oder Künstler über in hohem Maße elaborierte Wissenssysteme und ein Urteilsvermögen verfügen, das jenes jüngerer Menschen übersteigt? Rosenmayr argumentiert hier, dass für jüngere Menschen ein deutlich höherer Druck besteht, sich an berufliche Anforderungen anzupassen und sich auf den „mainstream“ des jeweiligen Fach- und Arbeitsgebietes zu konzentrieren. Das Risiko einer Originalität, deren Vermarktungsmöglichkeiten ungewiss sind, könne zumindest am Anfang der beruflichen Karriere nicht eingegangen werden. Kreativität in späteren Lebensabschnitten bedeute vor allem eine Reduktion von Komplexität und gerade hier sei Lebenserfahrung in besonderem Maße nützlich. Des Weiteren sei eine „integrierte Kreativität“ eng mit dem Empfinden von Verantwortung und Selbstkontrolle verbunden: ein adäquater Umgang mit eigenen Unsicherheiten und Ängsten wird als wesentliche Voraussetzung einer Offenheit für Kreativität angesehen.

#### *4. Die Offenheit und Widerstandsfähigkeit des Menschen in Grenzsituationen als ein Potenzial auch des Alters*

Grundlegend für das psychologische Verständnis des Alternsprozesses ist die Aussage, wonach Entwicklungsprozesse im Lebenslauf Einfluss auf die Dynamik der Persönlichkeit im Alter ausüben – somit Erleben und Verhalten älterer Menschen nicht im Sinne alterstypischer Erlebens- und Verhaltensstile gedeutet werden dürfen, sondern im

Sinne einer Kontinuität von Erleben und Verhalten. Dies heißt nicht, dass im Alter keine Veränderungen des Erlebens und Verhaltens mehr erkennbar wären, mithin Erleben und Verhalten durch die Biographie determiniert wären. Vielmehr erfordert die gelingende Auseinandersetzung mit neuen Aufgaben und Anforderungen im höheren Lebensalter eine weitere Differenzierung des Erlebens und Verhaltens. Jedoch erfolgt diese nicht in einer abrupten, qualitativ neuen Art und Weise, sondern vielmehr in einer Art und Weise, die Bezüge zu früheren Lebensaltern aufweist<sup>43</sup>.

Vor diesem Hintergrund hat sich auch die lange geführte Diskussion um die lebenslaufbezogene Stabilität von Persönlichkeitseigenschaften dahingehend verändert, dass es auf Grund neuerer Längsschnittbefunde geradezu als ein Charakteristikum menschlichen Alterns betrachtet werden kann, Kontinuität *und* Wandel zu erfahren<sup>44</sup>. Auf der einen Seite bleiben „Strukturen“ im Bereich von grundlegenden Persönlichkeitsmerkmalen wie Extraversion bis ins hohe Alter relativ stabil; auf der anderen Seite gilt es, persönlichkeitsnahe „Prozesse“ wie Selbstdefinitionen und autobiografische Konstruktionen des eigenen Lebens zu fokussieren, und hier können sich bis ins höchste Alter bemerkenswerte Veränderungen einstellen.

In diesem Kontext ist das Konstrukt der Offenheit des Menschen, wie dieses von *Hans Thomae* eingeführt wurde<sup>45</sup>, bedeutsam. Mit dem Begriff der Offenheit umschreibt Thomae die Bereitschaft des Menschen, sich mit neuen Erlebnissen und Erfahrungen, neuen Anregungen und Anforderungen bewusst auseinanderzusetzen. In Bezug auf die psychische Reife im hohen Erwachsenenalter stellt er fest: „Güte, Abgeklärtheit und Gefasstheit sind nicht einfach Gesinnungen oder Haltungen, die man diesen oder jenen Anliegen oder Umweltbedingungen zufolge erhält. Sie sind auch Anzeichen für das Maß, in dem eine Existenz ge-

öffnet blieb, für das Maß also, in dem sie nicht zu Zielen, Absichten, Spuren von Erfolgen oder Misserfolgen gerann, sondern so plastisch und beeindruckbar blieb, dass sie selbst in der Bedrängnis und noch in der äußersten Düsternis den Anreiz zu neuer Entwicklung empfindet.“<sup>46</sup>

Offenheit schließt auch die Fähigkeit des Menschen ein, Belastungen zu bewältigen und trotz eingetretener, bleibender Verluste neue Anregungen wahrzunehmen und zu nutzen. Dieses Verständnis von Offenheit stimmt überein mit dem erstmals von *William Stern* verwendeten – und später noch ausführlicher darzustellenden – Begriff der *Plastik* der Person; dieser beschreibt die Formbarkeit oder Veränderbarkeit des Menschen auch unter hoch belastenden Bedingungen.

Bei der Analyse möglicher seelisch-geistiger Prozesse, die den Kern der Offenheit bilden, ist der Rekurs auf *Robert Peck*<sup>47</sup> hilfreich, der – in Ausdifferenzierung der späten psychosozialen Krisen im epigenetischen Diagramm von *Erik Homburger Erikson*<sup>48</sup> – den Begriff des *Transzendierens* verwendet. *Peck* sieht als Kern der Entwicklungsaufgaben des hohen Erwachsenenalters die Lösung von bestimmten Lebensbereichen zugunsten der Entwicklung einer neuen Lebensperspektive, die sowohl die neuen Möglichkeiten als auch die neuen Anforderungen des Alters anerkennt und nutzt. Diesen Prozess umschreibt er mit dem Begriff des „Transzendierens“ und macht damit deutlich, dass die Lösung von bestimmten Lebensbereichen mit einer umfassenderen Lebensperspektive verbunden sein kann<sup>49</sup>. Das hohe Erwachsenenalter richtet nach *Peck* die folgenden drei Entwicklungsaufgaben an den Menschen: Transzendierung der Interessen (vs. Fixierung auf berufliche Interessen), Transzendierung des Körpers (vs. überstarke Beschäftigung mit dem Körper) und Transzendierung der eigenen Person (vs. Beschäftigung mit sich selbst). In dem Maße, in dem es dem Menschen gelingt, einzelne Begrenzungen

innerlich zu überwinden, ist er schließlich auch in der Lage, die eigene Verletzlichkeit und Endlichkeit zu akzeptieren – diese Aussage bildet auch den Kern der von *Erikson* beschriebenen, letzten Entwicklungsaufgabe des Menschen: der Ausbildung von Integrität (gegen Verzweiflung). Dabei schließt Integrität die Fähigkeit des Menschen ein, den eigenen Tod zu akzeptieren, sowie das Bedürfnis, sich auf das Sterben vorzubereiten und dieses (soweit dies die körperliche und kognitive Situation zulässt) selbstverantwortlich zu gestalten<sup>50</sup>.

Angeichts der Verluste, mit denen das hohe und sehr hohe Alter konfrontiert, stellt sich die Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen der Bewältigung von Belastungen sowie nach jenen Faktoren, die die Bewältigung positiv oder negativ beeinflussen. Damit ist auch das Thema der Resilienz, das heißt, der psychischen Widerstandsfähigkeit angesprochen. Resilienz bezeichnet, wie bereits dargestellt, die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung des früheren psychischen Anpassungs- und Funktionsniveaus nach einem eingetretenen Trauma oder bei bestehenden Einschränkungen und Verlusten. Sie lässt sich im Sinne eines „Beeinträchtigungs-Ressourcen-Systems“ interpretieren<sup>51</sup>: Zum einen ist nach objektiv gegebenen und subjektiv erlebten Einschränkungen und Verlusten (also nach Beeinträchtigungen), zum anderen nach Mitteln (also nach Ressourcen) zu fragen, mit denen das Individuum die bestehenden Beeinträchtigungen zu bewältigen versucht. Diese Mittel lassen sich dabei in psychologische Ressourcen (zu denen vor allem die Persönlichkeit, das Bewältigungsverhalten, Wissenssysteme, Erfahrungen, kognitive Fähigkeiten gehören) und nicht-psychologische Ressourcen (zu denen vor allem der Bildungsstand, finanzielle Ressourcen sowie Merkmale der sozialen, infrastrukturellen und räumlichen Umwelt zu rechnen sind) unterteilen. Empirische Arbeiten deuten auf die auch im hohen und sehr

hohen Alter gegebene Resilienz hin: Trotz der Verluste in dieser Lebensphase ist die Lebenszufriedenheit der betreffenden Menschen im Durchschnitt nicht geringer und treten Belastungsstörungen und somatoforme Störungen nicht häufiger auf als bei jüngeren Menschen. Bei der Analyse des Beeinträchtigungs-Ressourcen-Systems im hohen Alter ist zu berücksichtigen, dass gerade im vierten Lebensalter nicht nur die Einschränkungen, Verluste und Belastungen zunehmen, sondern gleichzeitig die psychologischen, zum Teil auch die nicht-psychologischen Ressourcen abnehmen.

In Bezug auf die psychischen Ressourcen der Person ist eine Aussage des Psychologen *William Leo Stern* aus dem Jahre 1918 von Interesse, mit der dieser die „Plastik“ des Menschen umschreibt: „Das, was wir die Bildsamkeit oder Plastik der Person nennen, ist nicht ein beliebiges Sichkneten- oder Umformenlassen, sondern ist wirkliche Eigendisposition mit aller inneren Aktivität, ist ein Gerichtet- oder Gerüstetsein, welches die Nachwirkungen aller empfangenen Eindrücke selbst zielmäßig auswählt, lenkt und gestaltet.“<sup>52</sup>

In Untersuchungen zur Bewältigung von Belastungen im hohen Erwachsenenalter wurde übereinstimmend ein hohes psychisches Anpassungsniveau beobachtet, das jenem im frühen oder mittleren Erwachsenenalter vergleichbar ist. Es zeigten sich jedoch Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Menschen in der Art und Weise ihres Umgangs mit Belastungen. Einige empirische Beispiele seien angeführt: In Studien zum Umgang mit Problemen im Alltag<sup>53</sup> fand sich bei den älteren Teilnehmerinnen und Teilnehmern (Durchschnittsalter: 68 Jahre) eine stärkere Tendenz zur „passiven, intrapersonal orientierten und emotionsregulierenden Bewältigung“ (dominante Techniken: Akzeptieren, Distanzieren, Neubewertung), bei den jüngeren (Durchschnittsalter: 40 Jahre) hingegen zur „akti-



ven, interpersonal orientierten, handlungsorientierten Bewältigung“ (dominante Techniken: Planvolle Problemlösung, Suche nach sozialer Unterstützung, Konfrontation). Diese Befunde legen eine Wachstumshypothese nahe, die postuliert, dass sich die kognitive und emotionale Differenzierung des Menschen im Lebenslauf auch in der Entwicklung von Bewältigungsstrategien widerspiegelt: die Fähigkeit zur Neubewertung einer Situation, zu deren Akzeptanz sowie zur Impulskontrolle wird im Sinne von Wachstumsprozessen gedeutet. In einer Studie zum Umgang mit Konfliktsituationen, an der Personen aus unterschiedlichen Altersgruppen teilnahmen (Altersspanne: 10–87 Jahre), zeigte sich, dass ältere Menschen im Vergleich zu jüngeren auf Konfliktsituationen eher mit Techniken kognitiver Umstrukturierung (dominante Techniken: positive Bewertung, Orientierung an allgemeinen Leitbildern und Prinzipien) und vermehrter Impulskontrolle antworten<sup>54</sup>. Die Autoren interpretieren diesen Befund sowohl im Sinne der Wachstumshypothese als auch im Sinne der Situationshypothese, die besagt, dass Altersunterschiede in der Bewältigung von Belastungen vorwiegend auf Unterschiede in der Art der Belastungen zurückzuführen seien, mit denen Menschen konfrontiert werden. Hier ist eine von *Richard McCrae*<sup>55</sup> vorgenommene Unterscheidung zwischen den in früheren und späteren Lebensaltern erfahrenen Anforderungen hilfreich: „Older people must deal with a disproportionate number of ‚exit events‘, in contrast to the ‚entrance events‘ of younger people“<sup>56</sup>. „Entrance events“ seien eher im Sinne von Herausforderungen, „exit events“ eher im Sinne von Bedrohung und Verlust zu deuten.

Dem Zwei-Prozess-Modell der Bewältigung<sup>57</sup> zufolge dominieren im Alter „akkomodative Prozesse“ (diese beschreiben die Anpassung persönlicher Präferenzen an situative Gegebenheiten) gegenüber „assimilativen Prozessen“

(diese beschreiben aktive Veränderungen situativer Gegebenheiten entsprechend persönlicher Präferenzen), da in dieser Lebensphase unkontrollierbare Ereignisse und nicht veränderbare Entwicklungen an Bedeutung gewinnen. Es wird angenommen, dass diese Dominanz durch die veränderten Anforderungen im hohen Lebensalter bedingt ist; zugleich wird davon ausgegangen, dass erst die im Lebenslauf gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse den Menschen in die Lage versetzen, in nicht veränderbaren Situationen seine persönlichen Ziele und Präferenzen den gegebenen Bedingungen anzupassen.

Die Untersuchungsergebnisse können auch als Hinweis auf die psychische Plastizität des Menschen bis in das hohe Alter ermittelt werden. Hoch betagte Menschen berichten zwar – im Vergleich zu jüngeren Menschen – deutlich häufiger von Verlusten im sozialen und gesundheitlichen Bereich. Sie nennen aber zugleich auch deutlich häufiger Gewinne, die sich auf die gelingende Bewältigung der Verluste und die für diese Bewältigung bedeutsame Neuorientierung beziehen. Zu nennen ist hier eine Untersuchung zu psychologischen Ressourcen des Alters, in der auch die Frage nach subjektiv erlebten Gewinnen und Verlusten gestellt wurde<sup>58</sup>. In dieser Untersuchung, an der N= 480 Personen teilgenommen haben (Altersbereich: 60–100 Jahre), konnten in ausführlichen psychologischen Interviews die in Tabelle 3 genannten subjektiv erlebten Gewinne ermittelt werden. Der Überblick über die in der Altersgruppe der 80–100-Jährigen ermittelten Gewinne lässt sich dabei wie folgt interpretieren: Auch wenn im „vierten Lebensalter“ eine Zunahme an Anforderungen und Verlusten zu erkennen ist, so heißt das nicht, dass Menschen in dieser Lebensphase nicht über jenes Maß an Widerstandsfähigkeit verfügen würden, das notwendig ist, um diese Anforderungen und Verluste zu bewältigen und eine tragfähige Lebensperspektive aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen.

*Tabelle 3: Subjektiv erfahrene Gewinne im Alter (angegeben ist für die einzelnen Altersgruppen der Anteil jener Personen, die im Interview den entsprechenden Gewinn genannt haben)*

Thema	Gesamt	60 – 69	70 – 79	80 – 100
Sich an Dingen freuen, denen man in früheren Lebensjahren geringere Bedeutung beigemessen hat	28 %	15 %	27 %	39 %
Veränderung des Anspruchsniveaus in Bezug auf jene Bedingungen, die für ein zufrieden stellendes Leben erfüllt sein müssen	27 %	14 %	28 %	33 %
Aufrechterhaltung einer positiven und bejahenden Lebenseinstellung trotz erfahrener Einbußen und Verluste	26 %	9 %	23 %	34 %
Geringeres Maß an Verpflichtungen in Familie und Beruf und höheres Maß an Freiheit in Bezug auf die Lebensgestaltung	25 %	42 %	25 %	6 %
Höheres Maß an Erfahrungen im Umgang mit Anforderungen des Lebens und darauf gründende Kompetenz im Umgang mit diesen Anforderungen	25 %	13 %	28 %	18 %
Realistischere Einschätzung der Grenzen eigenen Handels, zunehmende Akzeptanz dieser Grenzen und Entdeckung neuer Handlungsmöglichkeiten	19 %	12 %	21 %	28 %
Zunehmende Fähigkeit, Pläne und Vorhaben an die begrenzte Zeit anzupassen und Unsicherheit in Bezug auf die persönliche Zukunft zu ertragen	17 %	5 %	11 %	32 %
Offenheit gegenüber der Zukunft trotz begrenzter Lebenszeit und der Unsicherheit in Bezug auf die persönliche Zukunft	15 %	3 %	13 %	26 %
Zunehmende Fähigkeit, die unerfüllt gebliebenen Wünsche und Erwartungen im Lebenslauf zu akzeptieren und Kompromisse zu schließen	12 %	2 %	11 %	29 %
Zunehmende Fähigkeit, frühere Ereignisse und Erlebnisse (vor allem Belastungen und Konflikte) neu zu bewerten	10 %	3 %	9 %	22 %

Das gleichzeitige Auftreten von negativen und positiven Veränderungen weist dabei auf die Komplexität der Entwicklung bis ins höchste Lebensalter hin. In der *Berliner Altersstudie*, in der zahlreiche Facetten dieses Entwicklungsprozesses erfasst und differenziert beschrieben wurden, fanden sich Hinweise auf Verschränkung körperlicher und psychischer Prozesse, die sich wie folgt charakterisieren lässt: „Personen, denen es psychologisch gut geht, weisen im Datensatz der Berliner Altersstudie eine etwa dreifach bessere Chance auf, sechs Jahre später noch am Leben zu sein. Selbst wenn die medizinische Information über den Krankheitszustand zuerst berücksichtigt wird, ist der psychologische Funktionsstatus bei der Vorhersage des Überlebens hoch bedeutsam. Auch dieses Beispiel demonstriert, wie sehr sich im Alter das Psychische als kompensatorisches Element ins Spiel bringt. Das Geistige bäumt sich auf, um dem Verfall des Körpers entgegenzuwirken“<sup>59</sup>.

Die Feststellung, dass es vielen Menschen gelingt, Anforderungen und Verluste im hohen Alter zu bewältigen, darf nicht über die erhöhte Verletzlichkeit hinweg täuschen, die mit den Grenzsituationen in diesem Lebensabschnitt verbunden ist. Erhöhte Verletzlichkeit bedeutet dabei nicht, dass in den Grenzsituationen psychische Symptome (als Ausdruck verringerter psychischer Widerstandsfähigkeit) auftreten *müssen*, denn gerade auch in Grenzsituationen sind mögliche psychische Wachstumsprozesse erkennbar<sup>60</sup>.

Diese Wachstumsprozesse charakterisiert *Karl Jaspers* in seiner „Philosophie“ wie folgt: „Auf Grenzsituationen reagieren wir nicht sinnvoll durch Plan und Berechnung, um sie zu überwinden, sondern durch eine ganz andere Aktivität, des Werdens der in uns möglichen Existenz; wir werden selbst, indem wir in die Grenzsituationen offenen Auges eintreten.“<sup>61</sup>

Das in der Auseinandersetzung mit Grenzsituationen ausgebildete Lebenswissen kommt in dem von dem altgrie-

chischen Philosophen Herodot gewählten Sprachbild des „Kreislaufs der Menschendinge“ zum Ausdruck, mit dem ausgesagt werden soll, dass nicht immer dieselben Menschen im Glück sind, oder anders ausgedrückt, dass sich Menschen der Tatsache bewusst werden müssen, dass sie auch in Grenzen leben, die früher oder später subjektiv erfahrbar werden. Die entsprechende Novelle, in der dieses Sprachbild verwendet wird, sei hier kurz angeführt.

In der letzten Szene der *Kroisosnovelle* steht der zu Anfang glückliche, am Ende ins Unglück gestürzte, hoch betagte Lyderkönig Kroisos dem jungen Perserkönig Kyros gegenüber. Auf das Verlangen des Kyros äußert sich Kroisos zu dem bevorstehenden Feldzug der Perser gegen die Massageten, in dem ihr König Kyros den Tod finden wird. Dem strategischen Rat stellt Kroisos eine menschliche Lehre voran: „Mein Leid, so unerfreulich es war, ist mir zur Lehre geworden. Wenn du meinst, unsterblich zu sein und über ein ebensolches Heer zu gebieten, so wäre es sinnlos, dass ich dir riete. Wenn du dir aber bewusst bist, selbst ein Mensch zu sein und über andere ebensolche Menschen zu gebieten, so lass dir dieses als Erstes sagen: Es gibt einen Kreislauf der Menschendinge, der lässt mit seinem Umlauf nicht zu, dass immer dieselben im Glück sind.“

Diese Novelle ist als eine Auseinandersetzung mit dem in der griechischen Philosophie beschriebenen Prinzip: „Leiden sind Lehren“ (*pathemata mathemata*) zu verstehen, welches von Herodot wie folgt ausgedrückt wird: „Meine Leiden, so unerfreulich sie waren, sind mir zu Lehren geworden“. Dionysios von Halikernassos greift die Aussage des Herodot auf, führt sie aber zugleich weiter: „Meine Leiden werden zu Lehren werden für die anderen“.

*Hans Georg Gadamer* stellt in einer Arbeit über den Schmerz, die er wenige Monate vor seinem Tod verfasst hat<sup>62</sup>, die These auf, dass der Schmerz für den Menschen insofern eine Chance darstellen könne, als er ihn vermehrt da-

ran erinnere, in welchen Bereichen des Lebens er früher Gefühle des Glücks erfahren habe und auch heute potenziell erfahren könne. Der Mensch, so betont Gadamer, neige in Situationen vollständig erhaltener Gesundheit dazu, Glück und Sinn stiftende Momente zu vergessen. Die Erfahrung des Schmerzes könne ihn in besonderer Weise dazu drängen, sich dieser Glück und Sinn stiftenden Momente zu erinnern und sich vermehrt jenen Lebensbereichen zuzuwenden, in denen Glück und Sinn erfahren wurden. Somit komme dem Schmerz auch eine mögliche Erinnerungsfunktion zu.

Die über weite Zeiträume bestehenden Belastungen stellen besondere Anforderungen an die Bewältigungsressourcen des Menschen. In diesen Situationen ist einerseits die psychische Widerstandsfähigkeit erkennbar, andererseits zeigen sich gerade hier auch die Grenzen der Widerstandsfähigkeit. Um ein Beispiel zu geben: Es gelingt zwar einem Teil der pflegebedürftigen Menschen, die mit Pflegebedürftigkeit verbundenen Einschränkungen und Belastungen zu verarbeiten – trotz der erfahrenen Grenzen bleibt die psychische Widerstandsfähigkeit erhalten. Doch zeigt sich auch, dass der deutlich größere Teil pflegebedürftiger Menschen psychische Symptome (erhöhte Depressivität, verringerte Lebenszufriedenheit, pessimistische Lebenseinstellung) aufweist, die auf ein gestörtes psychisches Gleichgewicht deuten. Pflegebedürftigkeit ist somit als eine Situation zu verstehen, in der die Verletzbarkeit des Menschen besonders stark ausgeprägt ist, da sie auch an die Grenzen der Widerstandsfähigkeit führt. Dies soll nachfolgend anhand einer empirischen Untersuchung dargelegt werden, die bereits Mitte der 1990er Jahre durchgeführt wurde<sup>63</sup>.

N= 300 Untersuchungsteilnehmer der Studie wurden auf der Grundlage vorliegender vs. fehlender Einschränkungen in 23 Aktivitäten des täglichen Lebens in drei Gruppen differenziert, welche als „Relative Selbstständigkeit“, „Hilfbedarf“ und „Pflegebedarf“ umschrieben wurden. In der

Stichprobe ließen sich auf der Grundlage ausführlicher psychologischer Interviews und psychometrischer Untersuchungen vier Personengruppen differenzieren, die in Tabelle 4 psychologisch charakterisiert werden.

*Tabelle 4: Psychologische Profile selbstständig lebender, hilfsbedürftiger und pflegebedürftiger Menschen*

	Relative Selbstständigkeit	Hilfebedarf	Pflegebedarf
<i>Gelungene Anpassung</i> hohe Zufriedenheit geringe subjektive Belastung positives Alterserleben	17 %	9 %	–
<i>Gelungene Anpassung</i> mittlere Zufriedenheit mittlere subjektive Belastung eher positives Alterserleben	69 %	16 %	13 %
<i>Gefährdete Anpassung</i> mittlere Zufriedenheit hohe subjektive Belastung von Verlusten und Einschränkungen bestimmtes Alterserleben	14 %	62 %	23 %
<i>Nicht mehr gelungene Anpassung</i> geringe Zufriedenheit hohe subjektive Belastung negatives Alterserleben	–	13 %	64 %

In den beiden ersten psychologischen Profilen kommt eine gelungene Anpassung an die Erfordernisse der gegenwärtigen Lebenssituation, im dritten Profil eine gefährdete und im vierten Profil eine nicht mehr gelungene Anpassung an die Erfordernisse der gegenwärtigen Lebenssituation zum Ausdruck. Das Vorkommen der drei erstgenannten psychologischen Profile unter den hilfs- und pflegebedürftigen Menschen ist als Hinweis auf erhaltene – wenn auch im Falle

des dritten Profils gefährdete – Resilienz, das vierte Profil als Hinweis auf eine deutlich erhöhte Vulnerabilität zu werten. Zudem ist zu berücksichtigen, dass eine gefährdete Anpassung bei Hilfsbedürftigkeit im Falle weiterer funktioneller Einschränkungen möglicherweise nicht aufrechterhalten werden kann; insofern verweist eine gefährdete Anpassung bei Hilfsbedürftigkeit zumindest indirekt auch auf Grenzen von Resilienz bzw. erhöhte Vulnerabilität.

### *5. Überlegungen zu einem umfassenderen Verständnis von Produktivität im Alter*

Abschließend seien – vor dem Hintergrund sowohl der Potenziale als auch der Grenzen im Alter – Überlegungen zu einem umfassenderen Verständnis von Produktivität im Alter angestellt, die insofern als notwendig erscheinen, da in unserer Gesellschaft bislang eine differenzierte Sicht auf das Alter noch nicht wirklich besteht. Dabei nehmen diese Überlegungen ihren Ausgang von dem bereits angesprochenen politikwissenschaftlichen Werk „*Vita activa oder vom tätigen Leben*“. Hannah Arendt untersucht in diesem drei menschliche Grundtätigkeiten, die mit spezifischen Formen der Produktivität verbunden sind: die Arbeit, das Herstellen, das Handeln. Diese Tätigkeiten definiert sie wie folgt: „Die Arbeit erzeugt und bereitet Naturdinge zu, die der menschliche Körper für sein Wachstum und seinen Stoffwechsel benötigt. Das Herstellen produziert eine künstliche Welt von Dingen, die sich den Naturdingen nicht einfach zugesellen, sondern die der Natur bis zum gewissen Grade widerstehen und von den lebendigen Prozessen nicht einfach zerrieben werden. Das Handeln ist die Tätigkeit der *Vita activa*, die sich ohne die Vermittlung von Materie, Material und Dingen direkt zwischen Menschen abspielt“<sup>64</sup>.



*Arendt* stellt kritisch fest, dass sich die Gesellschaft des 20. Jahrhunderts in eine Arbeitsgesellschaft verwandelt und dabei ein sehr eingegengtes Produktivitätsverständnis entwickelt habe: Der Begriff der Produktivität werde fast ausschließlich im Sinne des Herstellens verwendet, hingegen nicht im Sinne des Arbeitens – also des Schaffens von Bedingungen, die der menschliche Körper für sein Wachstum und seinen Stoffwechsel benötige –, und schon gar nicht im Sinne des Handelns, das heißt, der Beziehung zwischen Menschen. Doch drohe der Arbeitsgesellschaft die Arbeit auszugehen – eine vor allem durch die Automation bedingte Entwicklung. Vor diesem Hintergrund gewinne die Frage an Aktualität, ob es der Gesellschaft gelinge, zu einem erweiterten Produktivitätsverständnis zu gelangen.

Eine konstruktive Antwort auf diese Frage wird durch die vermehrte Besinnung auf jene Tätigkeitsform nahe gelegt, die mit dem Begriff des *Handelns* umschrieben wird. Diese Tätigkeitsform betont die Existenz des Menschen in ihrem Umgang mit anderen Personen. – Für das Verständnis möglicher Produktivitätsformen im Alter ist gerade diese Tätigkeitsform von großer Bedeutung. Sie führt vor Augen, wie wichtig das Mit-Sein – die soziale Teilhabe – für das menschliche Leben überhaupt und somit für das Leben im Alter ist. Wie wird Handeln, wie wird die dem Handeln innewohnende Produktivität verstanden? Die von *Hannah Arendt* vorgenommene Charakterisierung des Handelns kann in folgender Weise zusammengefasst werden: Im Handeln und im Sprechen offenbaren die Menschen jeweils, wer sie sind. Hier zeigen sie die Einzigartigkeit ihres Wesens. Die Aufschluss gebende Qualität des Sprechens und Handelns verwirklicht sich nur dort, wo Menschen miteinander sprechen, wo sie etwas gemeinsam tun.

Um nun von dieser Anthropologie auf Beiträge zur Produktivität im Alter zu sprechen zu kommen: In einer Arbeit zum Thema „Age, competence creativity, and wisdom“ plä-

diert *James Birren* für ein erweitertes Verständnis von Produktivität, das die Möglichkeiten der psychischen Entwicklung in ihrem Wert für die einzelne Person sowie für die Gemeinschaft und Gesellschaft in den Vordergrund rückt. Darüber hinaus lassen sich Bezüge zu dem eben dargelegten Verständnis des Handelns herstellen. Um mit seinem Verständnis von psychischer Entwicklung in ihrem Wert für die einzelne Person sowie für die Gemeinschaft und Gesellschaft zu beginnen: „The wise elderly person would seem to be a transcendent person, someone who effectively can overcome personal limitations and the limitations of the environment. It is not unreasonable to attribute to older persons the quality of transcendency; that is, they can overcome difficulties and maximize their productivity, even in the face of physical limitations“<sup>65</sup>. Zur Lebensqualität im Alter, so stellt er weiter fest, tragen drei Faktoren bei: „The pragmatics of health, income, and housing. Opportunities for contacts with friends and family and for socialization. Opportunities for growth and creative expression of component abilities.“<sup>66</sup> Gerade die beiden zuletzt genannten Komponenten beschreiben zum einen das „Handeln“, zum anderen die Möglichkeit zur Produktivität im Handeln. Wenn diese beiden Komponenten gegeben sind, so kann sich das Alter in besonderer Weise als eine „Experimentierphase“ im Leben erweisen, in der Menschen etwas Neues anfangen können:

„If used, this late-life freedom can be an introduction to an experimental phase, to pick up set-aside goals in avocation and new learning, and to pursue personal relationships that need time and energy to enjoy. Making sense out of life is certainly an inviting opportunity, especially if there are others with whom to share the evolving experience.“<sup>67</sup>

*Robert Butler* hat in verschiedenen Arbeiten die These aufgestellt, dass ein primär an bezahlter Arbeit orientiertes Verständnis von Produktivität eine potentielle Gefahr für

ältere Menschen darstellen könne – da diese, ein solches Verständnis vorausgesetzt, primär als „Belastung“ und nicht als potentielle „Ressource“ angesehen werden müssten – und stellte vor diesem Hintergrund die Forderung auf: „Reconceptualize and humanize our concepts of productivity. Value and use wisdom.“<sup>68</sup>

*Margret Baltes* merkt in einem Buch zum Thema „Produktives Leben im Alter“ kritisch an, dass die in unserer Gesellschaft bestehende enge Verbindung von Produktivität und bezahlter Arbeit vielfach Grundlage einer „Beschäftigungsethik“ im Ruhestand bilde<sup>69</sup>. Es gehöre auch im Alter vielfach zur guten Selbstdarstellung, dauernd beschäftigt zu sein. Der traditionelle arbeitsorientierte Begriff von Produktivität sei jedoch für eine Diskussion über den Sinn des Alters hinderlich und gefährlich. – Folgen wir den Aussagen dieser beiden Psychologen, so liegt gerade in der Verantwortung gegenüber sich selbst das Besondere des Alters. Nicht die auf andere gerichtete Generativität und Weisheit ist des Lebens letzter und reifster Schritt. Die zentrale Entwicklungsaufgabe des Alters, nämlich im Vollzug der eigenen Lebensgeschichte Lebenssinn zu finden, das eigene gelebte Leben und damit sich selbst und seine eigene Endlichkeit anzunehmen, verlangt eine gewisse Konzentration auf das eigene Leben, verlangt nicht nur äußere oder nach außen gerichtete Aktivität, sondern – um in den Worten von Baltes und Montada fortzusetzen – „vor allem auch innere Aktivität und damit vielleicht auch Bescheidung“.

*Ursula Staudinger*<sup>70</sup> differenziert vier Formen der Produktivität: Die manuelle Produktivität (zu nennen sind hier die Herstellung von Dingen und die Verrichtung von Arbeiten), die geistige Produktivität (zu nennen sind hier Ideen und Problemlösungen), die emotionale Produktivität (durch die eigene emotionale Verfassung kann der Mensch positive Ausstrahlung auf andere Menschen haben und einen produktiven Kontext für diese bieten) und der motivationalen

Produktivität (man kann durch eigene Ziele und Werte produktiv sein, man kann zudem Ziele und Werte anderer Menschen beeinflussen). Im Lebenslauf können sich die Formen der Produktivität ändern; entscheidend ist, dass Menschen über ihren gesamten Lebenslauf hinweg produktiv sein können – wenn auch in unterschiedlicher Art und Weise.

*Andreas Kruse und Eric Schmitt* haben in einer Studie zu den Spätfolgen der Lagerhaft und der Emigration von jüdischen Mitbürgerinnen und Mitbürgern in der Zeit des „Dritten Reichs“ eine Form des mitverantwortlichen Lebens beschrieben, die als Integration geistiger, emotionaler und motivationaler Produktivität verstanden werden kann<sup>71</sup>. Bei mehr als einem Viertel der N= 248 ausführlich interviewten Überlebenden des Holocaust, die zum Teil 90 Jahre oder noch älter waren, ließ sich die Tendenz beobachten, mit jungen Menschen (zum Beispiel im Schulunterricht) in einen intensiven Dialog zu treten, um diese für die Erkenntnis zu sensibilisieren, dass jeder Mensch auch persönlich Verantwortung für die Wahrung der Demokratie sowie für die Vermeidung von Faschismus, Antisemitismus und Diktatur besitze. Wie diese Überlebenden des Holocaust berichteten, sahen sie in dieser Form des gesellschaftlich mitverantwortlichen Lebens zunächst eine bedeutende Hilfe bei der psychischen Verarbeitung der im Alter wieder stärker werdenden Erinnerungen an das persönliche Schicksal in der Lagerhaft oder Emigration. Zudem erblickten sie in ihrem Engagement ganz generell ein sinnstiftendes Element. Doch vor allem interpretierten sie das hohe Interesse der jungen Generation an ihren Erfahrungen und Erlebnissen als ein Zeichen dafür, dass sie noch im höchsten Alter einen Beitrag zum Gelingen der Gesellschaft wie auch zur Verwirklichung von Humanitätsidealen leisten können. Es ist anzumerken, dass viele dieser hoch engagierten Menschen an zahlreichen Krankheiten litten; doch war dies nur eine Seite ihres Alters.

Die andere Seite ließ sich charakterisieren durch hohe seelische, geistige und sozialkommunikative Kompetenz.

Die hier zum Ausdruck kommende Produktivität, die sich hier zeigende mitverantwortliche Lebensführung lässt sich veranschaulichen durch eine Aussage in der von *L. Annaeus Seneca* (etwa 4 v. Chr. bis 65 n. Chr.) verfassten Schrift: „*De tranquillitate animi*“ (Von der Seelenruhe), in der zu lesen ist: „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.“<sup>72</sup>

Die hier angesprochene Produktivität kann auch in den natürlichen Grenzsituationen des hohen Alters – so zum Beispiel bei schwerer Krankheit oder beim Verlust eines nahe stehenden Menschen – große Bedeutung gewinnen und dies in zweifacher Hinsicht: Menschen können das Potenzial zeigen, trotz der eingetretenen Verluste die verbleibende Lebenszeit bewusst zu nutzen und zu gestalten und auf diese Weise Sorge für sich selbst zu tragen: darin spiegelt sich die ideelle Produktivität wider. Sie können zudem in der Art und Weise, wie sie mit Verlusten umgehen, anderen Menschen Anstöße für deren Umgang mit Verlusten geben und auf diese Weise – zum Teil auch sehr bewusst – Mitverantwortung für andere übernehmen: darin spiegelt sich die emotionale und motivationale Produktivität wider.

### *Anmerkungen*

<sup>1</sup> Abgedruckt in L. Köhler / H. Saner (Hrsg.), Briefwechsel 1926–1969 von Hannah Arendt und Karl Jaspers, München 2001.

<sup>2</sup> Siehe dazu *Ch. Ding-Greiner / E. E. Lang*: Alternsprozesse und Krankheitsprozesse – Grundlagen, in A. Kruse / M. Martin (Hrsg.),

Enzyklopädie der Gerontologie, Bern 2004, 182–206. – Siehe auch A. Kruse, E. Gaber, G. Heuft u. a.: Gesundheit im Alter, in: Robert Koch Institut (Hrsg.), Gesundheitsbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Berlin 2005.

<sup>3</sup> Siehe dazu R. T. Krampe / P. B. Baltes: Intelligence as adaptive resource development and resource allocation: a new look through the lenses of SOC and expertise, in: R. J. Sternberg / E. L. Grigorenko (Hrsg.), Perspectives on the psychology of abilities, competencies, and expertise, New York 2003, 31–69.

<sup>4</sup> Siehe dazu Th. Klein: Lebenserwartung – gesellschaftliche und gerontologische Bedeutung eines demografischen Konzepts, in: A. Kruse / M. Martin (Hrsg.), Enzyklopädie der Gerontologie, Bern, 66–81.

<sup>5</sup> Aus Th. Klein / R. Unger: Aktive Lebenserwartung in Deutschland und in den USA. Kohortenbezogene Analysen auf Basis des Sozio-ökonomischen Panel und der Panel Study of Income Dynamics. Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie 35, 2002, 528–539.

<sup>6</sup> Weltgesundheitsorganisation, Charta der Ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa, Genf 2002.

<sup>7</sup> Vergleiche A. Kruse: Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Baden-Baden, 2002. – Vergleiche auch P. Paulus: Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung, in: P. Paulus (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung, Köln 1992, 17–22.

<sup>8</sup> A. Kruse: Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien, Baden-Baden 2002, S. 9.

<sup>9</sup> Siehe dazu J. F. Fries: Measuring and monitoring success in compressing morbidity. Annals of Internal Medicine, 139, 2003, 455–459. – J. F. Fries: The compression of morbidity, The Milbank Quarterly, 83 (4), 2005, 801–823.

<sup>10</sup> Siehe dazu E. M. Gruenberg: The failure of success. Milbank Memorial Funds Quarterly Health Sociology, 55, 1977, 3–24.

<sup>11</sup> Siehe dazu K. G. Manton / X. Gu, X.: Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999. Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA, 98, 2002, 6354–6359.

<sup>12</sup> J. F. Fries: Measuring and monitoring success in compressing morbidity. Annals of Internal Medicine, 139, 2003, S. 457.

<sup>13</sup> J. M. Robine / J. P. Michel: Looking forward to a general theory on population aging. *Journal of Gerontology*, 59, 2004, 590–597.

<sup>14</sup> Siehe dazu R. Dinkel: Demographische Entwicklung und Gesundheitszustand. Eine empirische Kalkulation der Healthy Life Expectancy für die Bundesrepublik Deutschland auf der Basis von Kohortendaten, in: H. Häfner (Hrsg.), *Gesundheit – unser höchstes Gut?*, Berlin 1999, 61–82. – Siehe auch K. G. Manton / E. Stallard / L. S. Corder: Changes in the age dependence of mortality and disability: cohort and other determinants. *Demography*, 34, 1997, 135–157.

<sup>15</sup> Ausführlich in A. Kruse: Alterspolitik und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt*, 49, 2006, 513–522.

<sup>16</sup> *Weltgesundheitsorganisation: Charta der Ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa*, Genf 1986.

<sup>17</sup> U. Lehr: Gesundheit und Lebensqualität im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und Gerontopsychiatrie* 10, 1997, 277–287.

<sup>18</sup> U. Staudinger / M. Marsiske / P.B. Baltes: Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potentials and limits of development across the life span, in: D. Cicchetti & D. Cohen (Hrsg.), *Developmental psychopathology*, Vol. II: Risk, disorder and adaption, New York 1995, 801–847.

<sup>19</sup> Siehe dazu S.-H. Filipp: Gesundheitsbezogene Lebensqualität hochbetagter Frauen und Männer, in: *Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), Das hohe Alter – Konzepte, Forschungsfelder, Lebensqualität*, Hannover 2002, 315–414.

<sup>20</sup> Ausführlich dazu A. Kruse / E. Schmitt: Adult education and training. Adult education and training: Cognitive aspects, in: N.J. Smelser, P. B. Baltes (Hrsg.), *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, Oxford 2001, 139–142. – A. Kruse / E. Schmitt: Adult education, in: J. E. Birren (Hrsg.), *Encyclopedia of Gerontology*, Oxford 2006, 312–332.

<sup>21</sup> Siehe dazu B. A. Christenson / N. E. Johnson: Educational inequality in adult mortality: an assessment with death certificate from Michigan. *Demography*, 32, 1995, 215–229.

<sup>22</sup> Ausführlich in L. Amaducci / S. Maggi / J. Langlois u. a.: Education and the risk of physical disability and mortality among men and women aged 65 to 84: The Italian Longitudinal Study on Aging. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 55, 1998, 484–490.

- <sup>23</sup> Siehe dazu *J. Mirowsky / C.E. Ross: Education, personal control, lifestyle and health. Research on Aging, 20, 1998, 415–449.*
- <sup>24</sup> Siehe dazu *J. Mirowsky / C. E. Ross: Education, personal control, lifestyle and health. Research on Aging, 20, 1998, 415–449.*
- <sup>25</sup> Ausführlich dazu *Altenberichtscommission der Bundesregierung: Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft, Berlin 2006.*
- <sup>26</sup> *A. Kruse: Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien, Baden-Baden 2002.*
- <sup>27</sup> Ausführlich dazu *G. Backes: Alter und Altern im Kontext der Entwicklung von Gesellschaft, in: A. Kruse / M. Martin (Hrsg.), Enzyklopädie der Gerontologie, Bern 2004, 82–96.*
- <sup>28</sup> Ausführlich dazu *A. Kruse: Biografische Aspekte des Alter(n)s: Lebensgeschichte und Diachronizität, in: S.-H. Filipp / U. Staudinger (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie – Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters, Göttingen 2005, 1–38.*
- <sup>29</sup> *M. Bürger: Altern und Krankheit, Leipzig 1947.*
- <sup>30</sup> *H. Thomae: Psychologische Modelle und Theorien des Lebenslaufs, in: G. Jüttemann / H. Thomae (Hrsg.), Persönlichkeit und Entwicklung, Weinheim 2002, 12–45.*
- <sup>31</sup> Siehe dazu *S.-H. Filipp: Lebenserfahrung und Lebenssinn, in: A. Niederfranke / G. Naegele / E. Frahm (Hrsg.), Die vielen Gesichter des Alterns, Opladen 1999, 101–136.*
- <sup>32</sup> Siehe dazu *U. M. Staudinger / U. Kunzmann: Positive adult personality development. Adjustment and/or growth. European Psychologist, 10, 2005, 320 – 329.*
- <sup>33</sup> Siehe dazu *P. B. Baltes / A. Freund / S.C. Li: The psychological science of ageing, in: M.L. Johnson (Hrsg.), The Cambridge Handbook of Age and Ageing, Cambridge 2005, 47–71. – U. Lindenberger: Erwachsenenalter und Alter, in: R. Oerter / L. Montada (Hrsg.), Entwicklungspsychologie, Weinheim 2002, 350–392.*
- <sup>34</sup> *R. J. Sternberg: The concept of intelligence and its role in lifelong learning and success. American Psychologist, 52, 1997, 1030–1037.*
- <sup>35</sup> *J. Ilmarinen / J. / J. Tempel: Erhaltung, Förderung und Entwicklung der Arbeitsfähigkeit – Konzepte und Forschungsergebnisse aus Finnland, in: B. Badura / H. Schellschmidt / C. Vetter (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2002 – Demographischer Wandel, Heidelberg 2003.*



- <sup>36</sup> U. Staudinger / P. B. Baltes: Weisheit als Gegenstand psychologischer Forschung. *Psychologische Rundschau*, 47, 1996, 57–77.
- <sup>37</sup> U. Lehr: *Psychologie des Alterns*, Meisenheim 2007.
- <sup>38</sup> J. W. Rowe / R. L. Kahn: *Successful aging*, New York 1998.
- <sup>39</sup> A. Kruse / E. Gaber / G. Heuft u. a.: *Gesundheit im Alter*, in: Robert Koch Institut (Hrsg.), *Gesundheitsbericht für die Bundesrepublik Deutschland*, Berlin 2005.
- <sup>40</sup> J. P. Guilford: *The nature of human intelligence*, New York 1967.
- <sup>41</sup> H. Arendt: *Vita activa oder vom tätigen Leben*, Stuttgart 1960.
- <sup>42</sup> L. Rosenmayr: *Productivity and creativity in later life*, in: S. Pohlmann (Hrsg.), *Facing an ageing world – recommendations and perspectives*, Regensburg 2002, 119–126.
- <sup>43</sup> Ausführlich in A. Kruse: *Biografische Aspekte des Alter(n)s: Lebensgeschichte und Diachronizität*, in: S.-H. Filipp / U. Staudinger (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie – Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters*, Göttingen 2005, 1–38.
- <sup>44</sup> D. K. Mroczek / A. Spiro / P. W. Griffin: *Personality and aging*, in: J. E. Birren & K. W. Schaie (Hrsg.), *Handbook of the psychology of aging*, San Diego, 2006, 363–377.
- <sup>45</sup> H. Thomae: *Persönlichkeit – eine dynamische Interpretation*, Bonn, 1966.
- <sup>46</sup> H. Thomae: *Persönlichkeit – eine dynamische Interpretation*, Bonn 1966.
- <sup>47</sup> R. Peck: *Psychologische Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*, in: H. Thomae / U. Lehr (Hrsg.), *Altern – Probleme und Tatsachen*, Wiesbaden, 1977, 530–544.
- <sup>48</sup> E. H. Erikson: *The life-cycle completed: A review*, New York 1982.
- <sup>49</sup> Siehe dazu A. Freund / P. B. Baltes: *Entwicklungsaufgaben als Organisationsstrukturen von Entwicklung und Entwicklungsoptimierung*, in: S.-H. Filipp / U. Staudinger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters*, Göttingen 2005, 37–78.
- <sup>50</sup> Ausführlich dazu in A. Kruse: *Das letzte Lebensjahr. Die körperliche, seelische und soziale Situation des alten Menschen am Ende seines Lebens*, Stuttgart 2007.
- <sup>51</sup> U. Staudinger / M. Marsiske / P.B. Baltes: *Resilience and reserve*

capacity in later adulthood: Potentials and limits of development across the life span, in: D. Cicchetti / D. Cohen (Hrsg.), *Developmental psychopathology*, Vol. II: Risk, disorder and adaptation, New York 1995, 801–847.

<sup>52</sup> W. L. Stern: *Allgemeine Psychologie auf Personalistischer Grundlage*, Den Haag 1918, S. 68.

<sup>53</sup> S. Folkman / R. Lazarus / S. Pimley / J. Novacek: Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2, 1987, 171–184.

<sup>54</sup> M. Diehl / N. Coyle / G. Labouvie-Vief: Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span. *Psychology and Aging*, 11, 1996, 127–139.

<sup>55</sup> R. R. McCrae: Age differences in the use of coping mechanisms. *Journal of Gerontology*, 4, 1982, 454–460.

<sup>56</sup> Ebd., S. 456.

<sup>57</sup> J. Brandtstädter: Sources of resilience in the aging self: Toward integrating perspectives, in: T. M. Hess / F. Blanchard-Fields (Hrsg.), *Social cognition and aging*, San Diego 1999, 123–141.

<sup>58</sup> A. Kruse: Der Beitrag der Erwachsenenbildung zur Kompetenzentwicklung im Alter. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 4, 2001, 555–575.

<sup>59</sup> Aus P. B. Baltes: Alter und Altern als unvollendete Architektur der Humanontogenese. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 32, 1999, 443–448.

<sup>60</sup> Ausführlich in Th. Rentsch / E. Birkenstock: Ethische Herausforderungen des Alters, in: A. Kruse / M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie*, Bern 2004, 613–626.– Siehe auch A. Kruse: Selbstständigkeit, bewusst angenommene Abhängigkeit, Selbstverantwortung und Mitverantwortung als zentrale Kategorien einer ethischen Betrachtung des Alters. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 38, 2005, 273–287.

<sup>61</sup> K. Jaspers: *Philosophie*, Band 1, Berlin 1973, S. 204.

<sup>62</sup> Hans Georg Gadamer: *Das Wesen des Schmerzes*, Heidelberg, 2003.

<sup>63</sup> Ausführlich in A. Kruse / E. Schmitt: Die psychische Situation hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und Gerontopsychiatrie*, 8, 1995, 273–288. – Siehe auch A. Kruse / E. Schmitt: Die psychische Situation hilfs-

bedürftiger älterer Menschen – eine ressourcenorientierte Sicht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27, 1998, 118–124.

<sup>64</sup> *H. Arendt: Vita activa oder vom tätigen Leben*, Stuttgart 1960, S. 23.

<sup>65</sup> *J. E. Birren: Age, competence, creativity and wisdom*, in: R.N. Butler / H.P. Gleason (Hrsg.), *Enhancing vitality in later life*, New York 1985, S. 34.

<sup>66</sup> Ebd., S. 35.

<sup>67</sup> Ebd., S. 36.

<sup>68</sup> *R. N. Butler: Health, productivity, and aging: An overview*, in: R. N. Butler / H. P. Gleason (Hrsg.), *Productive aging. Enhancing vitality in later life*, New York 1985, S. 4.

<sup>69</sup> *M. Baltes: Produktives Leben im Alter: Die vielen Gesichter des Alters*, in: M. M. Baltes / L. Montada (Hrsg.), *Produktives Leben im Alter*, Frankfurt 1996, 393–408.

<sup>70</sup> *U. Staudinger: Psychologische Produktivität und Selbstentfaltung im Alter*, in: M. M. Baltes / L. Montada (Hrsg.), *Produktives Leben im Alter*, Frankfurt 1996, 344–373.

<sup>71</sup> Ausführlich in *A. Kruse / E. Schmitt: Wir haben uns als Deutsche gefühlt*, Darmstadt 2000.

<sup>72</sup> *L. A. Seneca: Von der Seelenruhe*, Leipzig 1980, S. 43.