

Vulnerabilität und Potenzial des Alterns*

Einleitung

Ich freue mich, heute Abend vor Ihnen Überlegungen anstellen und Befunde nennen zu dürfen zu den Fragen, inwiefern die Coronapandemie besondere Auswirkungen auf ältere Menschen hat, inwiefern wir in der Gruppe älterer Menschen eine besondere Risikogruppe sehen, wie sich ältere Menschen mit dieser Pandemie auseinandersetzen, ob wir vielleicht die Aussage wagen dürfen, dass ältere Menschen mit ihren vielfach hochreflektierten Lebenserfahrungen, mit ihrem Lebenswissen, ein besonderes Potenzial, das heißt, eine besondere Entwicklungsmöglichkeit in einer derartigen Grenzsituation finden – nämlich eine solche Situation in einer für sie selbst, aber für andere Menschen verantwortlichen Art und Weise zu verarbeiten.

Sie haben schon während der ersten Pandemie-Welle häufiger gehört, dass ältere Menschen als Teil einer Risikogruppe mit Blick auf die Infektionsgefahr bzw. mit Blick auf den Krankheitsverlauf bei COVID-19 beschrieben und bezeichnet wurden. Als Grund wurde angegeben, dass im hohen Lebensalter die Wahrscheinlichkeit eines sehr dramatischen, symptomreichen und symptomtiefen Verlaufs dieser Erkrankung erheblich zunehme. Im hohen Lebensalter sei die Wahrscheinlichkeit, an COVID-19 zu sterben, deutlich erhöht. Diese in der ersten Pandemie-Welle getroffenen Aussagen haben sich bestätigt, vor allen Dingen jetzt in der zweiten Pandemie-Welle. Wir sehen, dass nicht ältere, sondern hochbetagte Menschen besonders gefährdet sind, sich zu infizieren bzw. zu sterben, wenn sie an COVID-19 erkranken.

Gleichzeitig wurde in der Gesellschaft darauf hingewiesen bzw. darauf hingewirkt, ältere Menschen in besonderer Weise zu schützen: 1) durch Aufrufe, sich selbst zu isolieren, 2) durch Verbote, Gäste in stationären Einrichtungen der Altenpflege zuzulassen. Dieser Versuch des Schutzes älterer Menschen vor einer Infektion durch Selbstisolation bzw. Besuchsverbote hat in nationalen und internationalen Fachverbänden – in meinen Augen völlig zu Recht – zu kritischen Anfragen und zum Teil zu deutlicher Kritik geführt

* Das Video zum Vortrag, der am 4.2.2021 im Rahmen der digitalen Ringvorlesung *Die Coronavirus-Pandemie und ihre Folgen* der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel gehalten wurde, ist einsehbar unter: <https://doi.org/10.5446/57174>.

mit dem Argument, diese Verallgemeinerungen über die Gruppe älterer bzw. alter Menschen würden dem gerontologischen bzw. geriatrischen Forschungsstand nicht gerecht.¹

Außerdem: Wenn man nur von Schutz spricht, aber nicht der Frage nachgeht, in welcher Weise man ältere bzw. alte Menschen aktivieren kann, um in einer stärkeren Isolation genügend körperliche, geistige, emotionale Anregungen bzw. die Möglichkeit zu finden, sich mit anderen Menschen auszutauschen, läuft man Gefahr, dass aus diesem Schutz ein Schaden entsteht. Denn wenn Möglichkeiten der körperlichen, der geistigen, der emotionalen, der sozialen, der ästhetischen, der spirituellen Aktivierung fehlen, wird sich dies langfristig vor allen Dingen bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen negativ auf das auswirken, was man gemeinhin ›Plastizität‹ nennt – nämlich die Gestaltbarkeit, die Formbarkeit, die Veränderbarkeit neuronaler Netzwerke (neuronale Plastizität) bzw. von Organkapazitäten (physische Plastizität). Das hat dann eine Kompetenzabnahme zur Folge bzw. die Verschlechterung der seelischen und körperlichen Gesundheit. Man steht hier also in einem Konfliktfeld, weil ältere oder alte Menschen ein erhöhtes Infektionsrisiko haben, also in gewisser Hinsicht geschützt werden müssen, aber gleichzeitig mit diesem erhöhten Schutzbedürfnis die Gefahr verbunden ist, dass Menschen mehr und mehr isoliert, unterfordert und vielleicht sogar diskriminiert werden.

Welche Folgerungen ergeben sich nun daraus? Was ist aus der Perspektive der Gerontologie hier vorzutragen? Es sollen erstens einige Zahlen analysiert werden, vor deren Hintergrund die Gesamtsituation besser einschätzbar wird: die Gesamtsituation ›COVID-19 und Alter‹. Zweitens ist es notwendig, dass wir über das Alter selbst sprechen, über das, was wir in der Gerontologie mit dem Begriff der ›Verletzlichkeit‹ umschreiben, sowie das, was wir in der Gerontologie mit dem Begriff der ›Entwicklungsmöglichkeit‹ bzw. der ›Potenziale‹ umschreiben. Der dritte Punkt befasst sich mit der Frage, was Aktivierung im Alter bedeutet: Was bedeutet Aktivierung mit Blick darauf, sich vor einer Infektion und vor allen Dingen den Folgen einer Infektion besser zu schützen? Was bedeutet Aktivierung im öffentlichen Raum, nämlich in der Hinsicht, dass man die Teilhabemöglichkeiten älterer Menschen erhält bzw. weiter ausbaut? Und viertens sind einige ethische Überlegungen anzustellen sein. Ich habe die Ehre, Mitglied des Deutschen Ethikrates zu sein.

Wie können, wie sollen wir mit den spezifischen Bedürfnissen älterer bzw. alter Menschen in der Pandemie umgehen? Hierzu eine begriffliche Differenzierung: Wenn wir von der Gruppe alter Menschen sprechen, dann wird in unserem Sprachgebrauch sehr gerne zwischen Älteren und Alten unterschieden. Ältere Menschen (oder: junge Alte), sagt man, sind jene, die ungefähr zwischen 60 und 80/85 Jahre alt sind. Alte Menschen (oder: alte Alte) sind hingegen jene, die über 80/85 Jahre alt sind. Diese Differenzierung zwischen

1 Siehe dazu: Liat Ayalon et al.: Aging in Times of the COVID-19 Pandemic: Avoiding Ageism and Fostering Intergenerational Solidarity, in: *Journals of Gerontology, Series B* 76,2 (2021), S. e49–e52. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa051>; Hand-Joerg Ehni, Hand-Werner Wahl: Six Propositions against Ageism in the COVID-19 Pandemic, in: *Journal of Aging & Social Policy* 32,4-5 (2020), S. 515–525. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1770032>; Eva-Maria Kessler: Coronapandemie: Ältere Menschen sind sehr viel mehr als »die Risikogruppe«, in: *Psychotherapie im Alter* 17,3 (2020), S. 367–372. <https://doi.org/10.30820/1613-2637-2020-3-367>.

Ältere und Alte ist deswegen sehr bedeutsam, weil sich in der gesamten Zeitspanne, die wir mit dem Begriff ›Alter‹ umschreiben (60 oder 65 Jahre und älter) erhebliche Unterschiede beim Infektionsrisiko bzw. in der Schwere des Krankheitsverlaufes ergeben.

Die Zahlenangaben zu Alter und Coronavirus-Infektions-Inzidenzen

Im alten Alter (oder: vierten Alter) ist die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von chronischen Erkrankungen, des Auftretens unterschiedlicher Schweregrade von Pflegebedürftigkeit, des Auftretens von kognitiven Einschränkungen erkennbar erhöht. Das heißt nicht, dass alle 80- oder 85-Jährigen an schweren multiplen, chronischen Erkrankungen leiden würden. Das heißt nicht, dass alle 80 oder 85-Jährigen und Älteren pflegebedürftig wären. Dem ist keinesfalls so. Aber die Wahrscheinlichkeit, dass akute Erkrankungen in chronische Erkrankungen münden, die Wahrscheinlichkeit, dass mehrere chronische Erkrankungen auftreten, eine Pflegebedürftigkeit auftritt, geistige Einschränkungen auftreten, ist erkennbar erhöht.

Hierbei handelt es sich oft um gesundheitliche Einschränkungen, die sich als besonders problematisch mit Blick auf eine Infektion bzw. mit Blick auf einen schweren Krankheitsverlauf im Falle des Auftretens von COVID-19 erweisen. Aus diesem Grund sprechen wir nicht einfach über die Gruppe der älteren Menschen, sondern differenzieren innerhalb dieser Gruppe nach dem Lebensalter. Wie wichtig dies auch mit Blick auf COVID-19 ist, können Ihnen vielleicht folgende Zahlen kurz vor Augen führen:

Mit Erfassungsdatum vom 13. Januar 2021 lag den Angaben des Robert Koch-Instituts zufolge die Sieben-Tage-Inzidenz der Corona-Infektionen (COVID-19) je 100.000 Einwohner in Deutschland in der Gruppe der 90-Jährigen und Älteren bei 641,28, in der Gruppe der 85- bis 89-Jährigen bei 380,48, in der Gruppe der 80- bis 84-Jährigen bei 229,19. In der Gruppe der 75- bis 79-Jährigen und der 70- bis 74-Jährigen lagen die Inzidenzen mit 132,73 bzw. 129,74 niedriger. Von allen Todesfällen, bei denen ein laborbestätigter Nachweis von SARS-CoV-2 (direkter Erregernachweis) vorlag und die durch die Infektion (also: gestorben an) bedingt waren bzw. auch mit der Infektion (also: gestorben mit) geschahen, ließen sich mit Stand vom 13. Januar 2021 22,6 Prozent der Gruppe der 90-Jährigen und Älteren, 46,8 Prozent der Gruppe der 80- bis 89-Jährigen und 19,5 Prozent der Gruppe der 60- bis 69-Jährigen zuordnen. Zum Vergleich: Nur 0,9 Prozent der Todesfälle gehörten der Altersspanne von 0 bis 49 Jahren an. Und es sei noch eine weitere Zahl hinzugefügt: Ca. 50 Prozent aller an oder mit COVID-19 Verstorbenen waren bzw. sind Heimbewohnerinnen und -bewohner. Aufgrund der Streuung zwischen den einzelnen Regionen in der Bundesrepublik Deutschland ist zu spezifizieren: Ein Drittel bis zwei Drittel der Verstorbenen lebten bei Auftreten von COVID-19 in einem Pflegeheim.

Was zeigen diese Daten? Sie machen deutlich, dass vor allem jene Phase des Alters von COVID-19 und dabei von schwersten Krankheitsverläufen (bis hin zur Letalität) betroffen ist, die mit dem Begriff des vierten bzw. alten Alters umschrieben wird. Die Tatsache, dass in diesem hohen Alter das Infektions- und Erkrankungsrisiko, schließlich auch das Risiko eines schweren Krankheitsverlaufs in einem solchen Maße erhöht ist, lässt sich zum einen auf die besondere körperliche Verletzlichkeit (die auch mit dem Terminus ›Frailty‹ umschrieben wird) im Alter, zum anderen auf die Tatsache zurückführen, dass bei einem Großteil der alten Menschen zahlreiche Vorerkrankungen (auch mit den Begriffen ›Multimorbidität‹ und ›Polypathie‹ umschrieben) bestehen, die ihrerseits das Risiko der Infektion und des schweren Krankheitsverlaufs noch einmal erhöhen: Es ist folglich eine Interaktion zwischen hohem Alter einerseits und (Vor-)Erkrankungen andererseits, die für diese besondere gesundheitliche Gefährdung verantwortlich zu machen ist.

Hinzu kommt, dass gerade unter Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen die kognitive Verletzlichkeit (MCI, Demenzformen unterschiedlicher Ätiopathogenese) und die psychische Verletzlichkeit (depressive Störungen, Angst- und Wahnstörungen) erkennbar erhöht sind, womit nicht nur die körperliche und seelische Widerstandsfähigkeit gegen Infektionen verringert, sondern auch der Umgang mit einem (lebensbedrohlich) erkrankten Menschen deutlich erschwert wird. Gerade in diesen Fällen sind Verordnungen und Empfehlungen, die auf eine weitgehende oder vollständige Schließung von Heimen gegenüber der Außenwelt und auf das Verbleiben der Bewohnerinnen und Bewohner in ihren Zimmern (ohne Besuchsmöglichkeit) zielen, mit schweren und schwersten Folgen für die körperliche, vor allem für die kognitive und emotionale Situation der Bewohnerinnen und Bewohner verbunden. Darauf haben wir jüngst als Deutscher Ethikrat hingewiesen.² Nicht vernachlässigt werden dürfen in dieser Diskussion jene pflegebedürftigen Menschen, die im Privathaushalt leben und ambulant versorgt werden; sie und ihre Angehörigen sind von Verordnungen und Empfehlungen, die auf einen zunehmenden Rückzug von der Außenwelt (die ja bis zur Selbstisolation führen kann) drängen, besonders betroffen.³

Es wurde übrigens in öffentlichen Diskussionen immer wieder die Frage gestellt, ob nicht ein Großteil jener Todesfälle aufgrund von bzw. mit COVID-19, die wir dem hohen Alter zuordnen, darauf zurückzuführen sei, dass Menschen in einem Pflegeheim lebten. Es gibt Regionen in der Bundesrepublik Deutschland, in denen fast 60 Prozent aller Verstor-

2 Deutscher Ethikrat (Hrsg.): Mindestmaß an sozialen Kontakten in der Langzeitpflege während der COVID-19-Pandemie. Ad-Hoc-Empfehlung. Berlin 2020. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-langzeitpflege.pdf> (letzter Zugriff: 20.4.2022). Siehe dazu auch BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft für Seniorenorganisationen: Soziale Isolation von Menschen in Pflegeheimen beenden! Dringende Empfehlungen der BAGSO an die Politik. Bonn 2020. https://www.bagso.de/fileadmin/user_upload/bagso/06_Veroeffentlichungen/2020/Stellungnahme_Soziale_Isolation_Pflegeheime.pdf (letzter Zugriff: 20.4.2022).

3 Evangelischer Pressedienst – epd: Kirchen-Appell: Ältere Menschen in Corona-Krise nicht ausgrenzen (14.12.2020). <https://www.ekd.de/kirchen-appell-aeltere-menschen-in-corona-krise-nicht-ausgrenzen-61762.htm> (letzter Zugriff: 20.4.2022); Andreas Kruse: Alter und COVID-19, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 67,2 (2021), S. 161–170. <https://doi.org/10.14623/zfme.2021.2.161-170>.

benen Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen waren. Auf ganz Deutschland gerechnet sind es ungefähr 33 bis 37 Prozent. Die Zahlen sind bislang noch nicht sehr genau. Geht man davon aus, dass 50 oder 45 bis 50 Prozent aller an COVID-19 verstorbenen Menschen Bewohnerinnen oder Bewohner von Alten- und Pflegeheimen waren, lässt dies die Frage aufkommen, ob in einem Pflegeheim zu leben, möglicherweise einen zusätzlichen Risikofaktor für deren Tod durch ›Corona‹ darstellt.

Das kann man wie folgt auflösen: In Pflegeheimen leben in aller Regel Menschen, bei denen eine Pflegestufe vorliegt bzw. ein Pflegegrad, das heißt, bei denen körperliche und zum Teil kognitive Einbußen deutlich erkennbar sind. In Pflegeheimen leben vielfach Menschen, bei denen eine Demenzerkrankung mit unterschiedlichem Ausprägungsgrad gegeben ist. Zudem besteht dort gemeinhin eine große räumliche Nähe der Menschen, es leben Menschen Zimmer an Zimmer. In einer derartigen räumlichen Dichte ist die Gefahr, dass sich Infektionen im Falle des Eindringens von SARS-CoV-2 rasch ausbreiten, erkennbar erhöht. Das bedeutet, der zusätzliche Risikofaktor sind die Bedingungen, dass auf einem relativ engen Raum sehr viele Menschen mit erheblichen Vorerkrankungen leben.

Hinzu kommt, dass die Pflegeheime von Menschen aus ganz unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern – Pflege, soziale Arbeit, kulturelle Arbeit, Seelsorge – besucht werden. Die hochengagierten, das sei an dieser Stelle ausdrücklich festgehalten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter betreten und verlassen die Einrichtungen täglich – zum Teil ohne die erforderlichen Schutzmaßnahmen, z.B. Testungen, gute Schutzanzüge etc. Dadurch ist die Gefahr des Hineintragens in die und der Verbreitung in den Pflegeeinrichtungen doppelt erhöht. Das alles müssen wir bedenken, wenn wir uns nun mit der fachlichen und schließlich mit der ethischen Frage auseinandersetzen, was wir für alte Menschen tun können und wie wir uns die Verletzlichkeit wie auch die seelischen Kräfte (Ressourcen) alter Menschen in der Auseinandersetzung mit COVID-19 vorstellen.

Verletzlichkeit und Potenziale

Ich beginne nicht mit Verletzlichkeit, sondern mit Ressourcen, mit Potenzialen des Alters. Vor dem Hintergrund vieler empirischer Befunde bin ich zutiefst davon überzeugt, dass ältere bzw. alte Menschen in der Auseinandersetzung mit der Pandemie ein sehr großes Lebenswissen einbringen können, von dem unsere Gesellschaft in hohem Maße profitieren kann.

Hier ein Beispiel: Wenn wir uns fragen, wie alte Menschen mit gesundheitlichen, mit sozialen, mit gesellschaftlichen Grenzsituationen umgehen, dann wird für uns immer wieder sehr deutlich, dass Menschen im Laufe ihres Lebens nicht immer, aber vielfach ein hochreflektiertes Lebenswissen erworben haben. Sie haben ein hochreflektiertes Wissen darüber, mit welchen psychologischen Techniken sie in bestimmten Belastungssituationen am besten antworten. Sie haben im Kern eine gewisse Toleranz mit Blick auf Belastungen

aufgebaut. Das heißt, die vielen Herausforderungen, die das Leben an den Menschen stellt, führen bei einem bewussten Umgang mit ihnen sogar zu einem Potenzial; dieses Potenzial unterstützt sie darin, sich später mit Belastungen, mit Einschränkungen, mit Einbußen besser auseinandersetzen zu können, eine höhere Widerstandsfähigkeit zu zeigen und mit ihrem Lebenswissen in der Lage zu sein, aus derartigen Belastungen bzw. Grenzsituationen und der Auseinandersetzung mit ihnen etwas herauszudestillieren, das sie der nachfolgenden Generation an Wissen weitergeben können. Aus Interviews⁴ mit vielen alten Menschen kennen wir das folgende Selbstverständnis: »Wir haben im Laufe unseres Lebens schon manches durchstehen müssen, und das ist uns gelungen. So werden wir mit dieser Pandemie einigermaßen zurechtkommen. Wir sind da optimistisch.«

Die bisweilen kolportierte Annahme, ältere bzw. alte Menschen seien in dieser Pandemie in besonderer Weise von depressiven Störungen, von Angststörungen bestimmt, lässt sich empirisch nicht bestätigen. Insgesamt sprechen repräsentative Befunde dafür, dass die Auswirkungen der Pandemie auf die psychosoziale Gesundheit älterer bzw. alter Menschen gering sind. Die meisten von ihnen sind als ausreichend resilient und psychisch stabil einzuschätzen und kommen gut mit dem Pandemie-Geschehen zurecht.⁵ Hierfür wesentliche Ressourcen sehen die älteren bzw. alten Menschen selbst vor allem in ihrer Lebenserfahrung, der erfolgreichen Auseinandersetzung mit früheren Krisen, einer optimistischen Grundhaltung und der Tatsache, dass die getroffenen Maßnahmen als notwendig und angemessen verstanden werden können. Nicht übersehen werden sollten allerdings erhöhte Belastungen in besonders vulnerablen Gruppen wie einsamen älteren bzw. alten Menschen mit fehlender sozialer Unterstützung oder Bewohnerinnen und Bewohnern von Einrichtungen der Langzeitpflege und der Behindertenhilfe.

Man kann somit sagen: Es ist durchaus möglich, dass ältere bzw. alte Menschen auf diese Pandemie in einer Art und Weise reagieren, die zutiefst damit zu tun hat, dass sie eine reichhaltige Biografie erlebt und gestaltet und in dieser Biografie bedeutsames Lebenswissen aufgebaut bzw. Verarbeitungs- oder Bewältigungstechniken entwickelt haben, die sie in die Lage versetzen, verantwortlich mit sich selbst und verantwortlich mit Blick auf andere Menschen umzugehen. Das nennen wir »Ressourcen«, das nennen wir »Entwicklungsmöglichkeiten« in einer bestimmten Situation. Wir können vielleicht sogar die Metapher der »Reife« verwenden, um deutlich zu machen, dass ältere bzw. alte Menschen einen differenzierten Zugang zu dem entwickeln, was wir gemeinhin das »Selbst«, also das Zentrum unserer Psyche nennen. Dies versetzt sie in die Lage, ihre eigene Psyche, ihre psychische Verwundbarkeit genauso wie ihre psychischen Kräfte oder Stärken genau einzuschätzen, so dass sie in einer psychologisch sehr anspruchsvollen Situation immer wieder eine neue Zukunftsperspektive entwickeln können. Man sollte ältere bzw. alte

4 Siehe zum Beispiel Andreas Kruse: *Lebensphase hohes Alter: Verletzlichkeit und Reife*. Heidelberg 2017. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-50415-4>.

5 Siehe dazu Javier López: *Psychological well-being among older adults during the COVID-19 outbreak: a comparative study of the young-old and the old-old adults*, in: *International Psychogeriatrics* 32,11 (2020), S. 1365-1370. <https://doi.org/10.1017/s1041610220000964>.

Menschen daher nicht immer nur aus der Risikoperspektive betrachten, sondern sehr viel stärker im Blick haben, dass ältere bzw. alte Menschen ein erhebliches seelisches und geistiges Potenzial entfalten können, um mit einer derartigen Belastungssituation gut bzw. verantwortlich umzugehen.

Das ist für uns in der psychologischen, genauso wie in der medizinischen bzw. soziologischen Altersforschung sehr wichtig. Wir betrachten das Alter immer auch aus einer Potenzialperspektive, keinesfalls nur aus einer Verletzlichkeitsperspektive. Wir gehen sogar so weit zu sagen, dass Menschen dann, wenn bei ihnen eine körperliche Verletzlichkeit vorliegt, wenn bei ihnen soziale Verluste vorliegen bzw. Einschränkungen in ihrer Kompetenz zur alltagspraktischen Lebensführung, durchaus in der Lage sein können, seelisch, geistig zu wachsen bzw. zu reifen.⁶

Ein Mensch ist in Zeiten erhöhter Verletzlichkeit in der Lage, sich auf sein Selbst, auf das Zentrum seiner Persönlichkeit, auf die Psyche zu konzentrieren. Und aus dieser Konzentration – ›Introversion‹ – wird mehr und mehr Lebenswissen erfahrbar. Das nennen wir ›Introspektion‹. Ein Mensch mit diesem Lebenswissen ist in der Lage, Verarbeitungs- und Bewältigungstechniken für seine stärkende Entwicklung zu rekrutieren, sozusagen stabile Entwicklungsfortschritte zu zeigen, oder, metaphorisch gesprochen, zu reifen.

Diese Art ›Reifung‹ ist jedoch an eine ganz bestimmte Bedingung gebunden: 1) dass ich mich als Teil von Gemeinschaft, von Gesellschaft wahrnehme, 2) dass ich die Möglichkeit habe, in den öffentlichen Raum, in dem sich die Menschen begegnen, einzutreten, mich mit anderen Menschen auszutauschen, von anderen Menschen zu empfangen, aber anderen Menschen auch zu geben. Das umschreiben wir mit dem Begriff der ›produktiven Sorge‹.⁷ Ich erfahre Sorge von anderen Menschen, aber ich habe auch die Möglichkeit, mich um andere Menschen zu sorgen. Das heißt, wenn die Teilhabe sichergestellt ist, wenn ich die Möglichkeiten des fruchtbaren, des guten Kontakts mit anderen Menschen habe, insbesondere dann werden die seelisch-geistigen Kräfte stimuliert, die darauf zielen, das Lebenswissen bzw. die Verarbeitungs- und Bewältigungstechniken, die ich im Lebenslauf aufgebaut habe, zu aktivieren und diese weiterzuentwickeln, um mich mit meiner eigenen Verletzlichkeit besser auseinandersetzen zu können.

Solche Zusammenhänge haben wir bei alten Menschen gefunden, die sich in palliativen Kontexten aufhielten, die also eine schwerste Erkrankung bzw. eine zum Tode führende Erkrankung hatten.⁸ Wenn diese Menschen mit anderen zusammen sind, wenn sie das Gefühl haben, es besteht so etwas wie die Möglichkeit des Austausches von empfangener und gegebener Hilfe, und wenn sie im Laufe ihrer Biografie in der Lage waren, sich reflektiert mit ihrer Entwicklung auseinanderzusetzen, sind ihre Chancen, mit dem herannahenden Tod in einer ganz anderen, in einer tieferen Art und Weise umzugehen,

6 Kruse, Lebensphase hohes Alter (wie Anm. 4).

7 Kruse, Lebensphase hohes Alter (wie Anm. 4).

8 Siehe dazu Andreas Kruse: Vom Leben und Sterben im Alter. Wie wir das Lebensende gestalten können. Stuttgart 2021.

deutlich höher. Das wäre der Potenzialaspekt, der uns mit Blick auf ältere bzw. alte Menschen in der Coronapandemie überaus bedeutsam erscheint.

Dem gegenüberzustellen ist der Verletzlichkeitsaspekt, von dem ich schon gesprochen habe. Wenn wir beispielsweise von einem hohen Alter sprechen und sagen, in diesem ist die Vulnerabilität, die Verletzlichkeit des Menschen erhöht, bedeutet das zunächst einmal die Empfänglichkeit für chronische Erkrankungen, die Empfänglichkeit für funktionelle Einschränkungen, Fertigungs- oder Fähigkeits-Einschränkungen, möglicherweise für kognitive Einschränkungen. Wir sprechen mithin von Vulnerabilität im Sinne der Empfänglichkeit. Das bedeutet aber noch nicht, dass chronische Erkrankungen, funktionelle Einschränkungen, Fertigkeitseinschränkungen, kognitive Einbußen im pathologischen Bereich aufgetreten wären. Lediglich das Risiko ist da.

Die Verletzlichkeit stellt sich von Individuum zu Individuum sehr unterschiedlich dar. Je älter die betrachteten Altersgruppen werden, desto heterogener, desto diverser wird der Aspekt. Wenn wir über die Gruppe der hochbetagten Menschen sprechen, sind dies also Menschen mit einer hohen Heterogenität. Man muss beim Thema Verletzlichkeit, dem Risiko des Auftretens von chronischen Erkrankungen, immer diese hohe Differenziertheit im Auge haben und in Gesprächen angemessen zum Ausdruck bringen.

Es bleibt festzuhalten: Die Vulnerabilität, die Verletzlichkeit aufgrund von Vorerkrankungen wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Stoffwechselerkrankungen ist erhöht. Sie ist in dem Maße erhöht, in dem Menschen im Laufe ihrer Biografie von Risikofaktoren bzw. bereits eingetretenen Erkrankungen bestimmt gewesen sind. Wenn wir ältere Menschen von ihrem Lebenslauf her betrachten, müssen wir eine sehr ausführliche Anamnese bzw. Erhebungen von Vorerkrankungen, von Risikofaktoren und so weiter über den gesamten Lebenslauf vornehmen. Wir müssen eine sehr ausführliche Analyse der überwundenen wie nicht überwundenen Erkrankungen vornehmen, weil uns erst dieses umfassendere Wissen hilft, Krankheitsanfälligkeit und -risiken im hohen Lebensalter zu verstehen.

Aktivierung im Alter zwecks Teilhabe

Wir haben also die Verletzlichkeits- und die Potenzialperspektive. Und wir haben noch die Sorgeperspektive, das heißt, die Teilhabe, die soziale Integration, die Möglichkeit, dass ich mich mit anderen Menschen austausche, ihnen etwas gebe, genauso wie ich von ihnen etwas empfangen. Eine vierte Perspektive stellen die sozialen, die sozioökonomischen Rahmenbedingungen dar. Die Krankheitsanfälligkeit im höheren, vor allen Dingen im hohen Lebensalter ist in besonderem Maße mitbestimmt von diesen Rahmenbedingungen, den materiellen Ressourcen, Bildungsressourcen, Teilhabemöglichkeiten. Wenn wir etwas für das Alter tun wollen, ist es daher wichtig, dass wir soziale Ungleichheit abbauen – soweit das möglich ist –, dass wir den Menschen, die wenig haben, Ressourcen zukommen lassen,

um ihre körperliche und seelische Widerstandsfähigkeit oder, wie man das in der Psychologie bzw. Psychiatrie nennt, ihre ›Resilienz‹ in besonderer Weise zu fördern.

Was heißt das mit Blick auf ›Corona‹? Wenn man alten Menschen empfiehlt, sich vermehrt zurückzuziehen, wenn man Betreibern von Pflegeheimen quasi verordnet, bestimmte Besuche nicht oder vielleicht gar keine Besuche mehr zu erlauben, hat man immer zu bedenken, wie man die dort lebenden Menschen dann in besonderer Weise aktivieren, anregen, motivieren kann, damit sie eine Möglichkeit haben, den Mangel an Aktivität aufgrund fortfallender sozialer Beziehungen im Alltag auszugleichen bzw. zu kompensieren.

Aus diesem Grund haben wir erstens schon früh die Empfehlung ausgesprochen, alte Menschen gewissenhaft, differenziert und häufig genug zu testen.⁹ Denn nach erfolgreicher Testung könnten ältere Menschen einer Kommune beispielsweise in einen Saal eingeladen und könnten ihnen mit ausreichend Abstand bestimmte Aktivierungsangebote unterbreitet werden, nämlich solche körperlicher, geistiger, ästhetischer, spiritueller oder emotionaler Art. Das Gleiche müsste man dringend in stationären Einrichtungen der Altenhilfe tun. Es reicht nämlich nicht, dass sich die Menschen dort nur in ihrem Zimmer aufhalten, ohne Möglichkeit, mit anderen Menschen zusammenzukommen.

Zweitens muss die digitale Technologie sehr viel stärker ausgebaut, muss die digitale Kompetenz gefördert werden, damit Menschen die Möglichkeit erhalten, mit Tablet oder PC zu arbeiten, dass sie das Internet oder Apps nutzen, dass sie ›skypen‹ können, um Anregungen von außen zu empfangen bzw. Anregungen nach außen zu geben. Wir haben als Altersberichtskommission bereits vor Beginn der Coronapandemie im Achten Altersbericht *Ältere Menschen und Digitalisierung*¹⁰ geschrieben und dargelegt, wie wichtig es ist, dass im Kern jeder Haushalt einen Internetanschluss hat, dass dies quasi ein grundlegendes Recht eines Haushaltes sein müsse. Jene Haushalte, die das selber bezahlen können, sollten es selbst bezahlen, jene, die das nicht bezahlen können, müssten das aus steuerfinanzierten Mitteln bekommen. Überdies ist die Schaffung digitaler Plattformen, auf denen eine digitale Teilhabe möglich ist, wichtig. Wir haben sogar von einer digitalen Daseinsvorsorge gesprochen, um deutlich zu machen, dass wir, wenn wir über Integration, wenn wir über Kommunikation, Interaktion und Teilhabe sprechen, uns viel mehr auf die digitale Technik konzentrieren müssen. Auch wenn sie soziale Beziehungen nicht ersetzt, ergänzt sie die sozialen Beziehungen aber, vor allen Dingen in Zeiten, in denen es für Menschen schwer ist, unmittelbare physische Begegnungen zu verwirklichen. Es müssen also entsprechende aktivierende Angebote unterbreitet werden, die nicht nur auf junge Menschen abzielen dürfen, sondern in gleicher Weise alte Menschen mit einschließen müssen.

⁹ Siehe zum Beispiel das gemeinsame Memorandum von Andreas Kruse und dem Landesbischof der Evangelischen Kirche in Baden, Jochen Cornelius-Bundschuh, vom 2. 4. 2020: <https://www.ekiba.de/medien-oeffentlichkeit/meldungen-und-berichte/meldungen-2020/detail/nachricht-seite/id/23632-memorandum-warnt-vor-diskriminierung-alter-menschen/> (letzter Zugriff: 20. 4. 2022).

¹⁰ Online unter: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/aelttere-menschen-und-digitalisierung-159700> (letzter Zugriff am 20. 4. 2022). Der Stand des am 12. 8. 2020 erschienenen Berichts ist Juni 2020.

Mit den neuen technischen Möglichkeiten erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass sich diese Menschen in einer ganz anderen, neuartigen Art und Weise mit der Pandemie auseinandersetzen können. Wir haben empfohlen, nicht allgemein von Risiken, Ressourcen oder Entwicklungsmöglichkeiten zu sprechen, sondern für jede Person, für jedes Individuum zu versuchen, folgende Aufgabe einzulösen, beispielsweise in einer hausärztlichen Praxis, durch einen ambulanten oder stationären Pflegedienst: Wir sprechen mit dem Individuum über die besonderen Risiken (Wo ist deine erhöhte Verletzlichkeit? Welche Bedeutung haben die Risiken? Welche Bedeutung hat die erhöhte Verletzlichkeit mit Blick auf die Infektionsgefährdung? Wie kannst du mit dieser erhöhten Verletzlichkeit umgehen?). Gleichzeitig sollte aber auch nach den Ressourcen gefragt werden (Wo sind deine Kompetenzen? Wo sind deine Stärken körperlicher Art, geistiger Art, emotionaler Art, so dass du in der Lage bist, die Verletzlichkeit, die Gefährdungen differenziert einzuschätzen und kompetent damit umzugehen? Wie sieht deine soziale Lage aus? Welche Möglichkeiten der kompensatorischen, der ausgleichenden Teilhabe, der ausgleichenden sozialen Aktivität hast du? Wie sieht es mit deinen allgemeinen Lebensbedingungen aus? Inwiefern ist es notwendig, dass hier möglicherweise gezielt Unterstützung angeboten wird?).

Wenn ein derartig individualisiertes, personalisiertes Gespräch geführt wurde, kann die betreffende ältere bzw. alte Person viel differenzierter einschätzen, wie sie sich in Zeiten der Pandemie besser schützen kann, was sich mit Blick das Verhalten vielleicht noch optimieren lässt, wo sie besondere Verhaltenskompetenzen oder -stärken hat, was sie tun sollte, um ein ausreichendes Maß an Aktivierung bzw. Aktivität zu erhalten. Wenn uns so etwas gelänge – und zum Teil gelingt es uns (!) –, wir so differenziert mit dem Thema Alter, mit Verletzlichkeit bzw. Ressourcen umgehen, so differenziert die – wie wir das nennen – ›Ressourcen-Risiken-Profile‹ bestimmen und auf ihrer Grundlage dann eine entsprechende Beratung vornehmen würden, hätten wir wirklich etwas zum Schutze alter Menschen getan. Dagegen nur in die Öffentlichkeit hineinzubringen, ältere Menschen schützen und sie daher stärker isolieren zu müssen, ist fachlich und ethisch überhaupt nicht ausreichend.

Ethische Gedanken zur Coronavirus-Pandemie bei Alten

Nun komme ich zu einem ethischen Punkt. Wir haben uns im Deutschen Ethikrat in mehreren Sitzungen im Dezember 2020 vor allen Dingen mit der Frage auseinandergesetzt, ob es in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe so weitergehen könne wie bisher: hohe Infektionsgefahr, deutlich erhöhte Gefahr, bei Infektion mit dem Coronavirus zu versterben, Gefahr der weitergehenden Vereinsamung. In der damit verbundenen Diskussion kam bei uns folgende Überlegung auf: Wie wir darüber nachdenken, was wir für junge Menschen tun können, werden wir noch viel mehr darüber nachdenken müssen, was wir für die alten Menschen tun können. Wie können wir die Testungen, dann späterhin die Impfprogramme den älteren Menschen zugutekommen lassen? Inwiefern gelingt es

uns, Risikoprofile zu identifizieren, in denen Testungen und Impfungen besonders wichtig sind? Inwiefern können wir gleichzeitig dazu beitragen, dass Menschen in stationären Einrichtungen nicht vereinsamen? Inwiefern können wir dazu beitragen, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Arbeits-, Gestaltungs-, aber auch eigene Schutzbedingungen vorfinden, die sie in die Lage versetzen, die sehr anspruchsvolle Arbeit der Altenpflege zu leisten? Dazu haben wir eine Stellungnahme herausgegeben.¹¹ In dieser haben wir die Bundesregierung dazu ermuntert, ja sogar aufgerufen, sie möge a) alles tun, sehr viel mehr Testungen im ambulanten bzw. stationären Pflegebereich zu ermöglichen, b) bei den Impfpriorisierungen immer die alten Menschen, vor allen Dingen jene mit Pflegebedürftigkeit, im Blick behalten, c) die alten Menschen in der ambulanten bzw. stationären Pflege durch Aktivierungsprogramme fördern, d) ehrenamtlich Tätige, die früher in der Pflege oder Rehabilitation tätig waren, aktivieren, ihrerseits Aktivierungsprogramme anzubieten – ggf. gegen ein Entgelt, e) mehr Personen für die stationären Einrichtungen gewinnen (z.B. Ehrenamtliche oder Menschen aus sozialen, medizinisch-pflegerischen Berufen), die in der Lage sind, Testungen und später Impfungen vorzunehmen. In den Verhandlungen mit den Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten hat die Bundesregierung die Forderungen aufgegriffen, was zeigt, dass das Thema ›Alter‹ im Kontext der Coronapandemie aktuell ausdrückliche Berücksichtigung erfährt.

Damit wir uns hier nicht falsch verstehen: Das Thema Kindheit, das Thema Jugend, das Thema junges und mittleres Erwachsenenalter (Stichwort: Kindererziehung), vielleicht sogar das Thema gleichzeitiger Kindererziehung und Betreuung von Eltern oder Schwiegereltern interessiert uns in gleichem Maße. Es geht uns darum, dass keine Generation vergessen wird. Ethisch bedeutet das, dass wir uns in allen Altersgruppen über die Lebensqualität eines jeden Menschen verständigen. Wir dürfen nie und nimmer Gefahr laufen, eine Graduierung von Lebensqualität bzw. eine Graduierung von Würde-Anspruch vorzunehmen in der Hinsicht, dass ich sage, bei einem 80- oder 85-Jährigen ist das Konstrukt, ist der Begriff der Lebensqualität bei Weitem nicht mehr so entscheidend wie bei einem 20- oder einem 30-Jährigen, oder ich Menschen dahingehend vergleiche, wer mehr Maßnahmen zugewiesen bekommen muss. Das wären Graduierungen, die aus unserer Perspektive unbedingt zu vermeiden sind. Wir leben in einem Staat, wir leben in einer Gesellschaft, in der wir ein so differenziertes medizinisch-pflegerisches Versorgungssystem haben, dass wir in der Lage sein müssen, Graduierungen beispielsweise von medizinisch-pflegerischen Versorgungsansprüchen, Graduierungen in der Bedeutung der Lebensqualität, sogar Graduierungen in der Menschenwürde unbedingt zu vermeiden.

Das führt uns, und dazu haben wir uns als Ethikrat schon im März 2020 geäußert,¹² zu dem Themenkomplex der Triage. Es werden möglicherweise so viele Menschen mit

11 Ethikrat, Mindestmaß an sozialen Kontakten (wie Anm. 2).

12 Deutscher Ethikrat (Hrsg.): Solidarität und Verantwortung in der ›Corona‹-Krise. Ad-Hoc-Empfehlung. Berlin 2020. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf> (letzter Zugriff: 20.4.2022).

erheblichem Behandlungsbedarf zugewiesen werden, dass die Behandlungskapazität, die vorgehalten werden kann, überschritten wird. Nun haben wir in der Bundesrepublik Deutschland erhebliche Behandlungskapazitäten im Bereich der Intensiv- und Notfallmedizin. Aber der verantwortliche Umgang mit der Coronapandemie und den Folgen muss darauf ausgelegt sein, dass wir nicht in den Konflikt einer Triage kommen. Aus diesem Grunde ist es notwendig, Menschen nachdrücklich dafür zu sensibilisieren, zu motivieren und dazu anzuregen, jene Schutzmaßnahmen, die sich medizinisch als effektiv erwiesen haben, unbedingt zu befolgen. Die Menschen müssen darüber aufgeklärt werden, mit welchen Konsequenzen die Verletzung der Schutzmaßnahmen verbunden sein können – letzten Endes damit, dass wir irgendwann doch in die Situation zur Notwendigkeit einer Triage kommen könnten, wie wir sie beispielsweise in Italien erlebt haben und wir sie derzeit in Portugal erleben. Daher bin ich sehr glücklich darüber, dass die Bundesrepublik Deutschland gestern (Anfang Februar 2021) medizinisches Fachpersonal bzw. Geräte nach Portugal gebracht hat, um den Kolleginnen und Kollegen dort zu helfen. Damit man gar nicht erst in diese extrem problematische Situation der Triage kommt, erscheint es uns als unbedingt notwendig, dass wir Schutzmaßnahmen bis hin zu einem Lockdown ergreifen, mit deren Hilfe wir dazu beitragen können, die Anzahl der Personen mit einem schweren COVID-19-Verlauf besser zu kontrollieren.

Heute ist wieder eine Stellungnahme des Deutschen Ethikrats herausgekommen, in der wir bezüglich des Impfens sagen, dass es im Augenblick noch nicht um die Frage gehen könne, ob wir Geimpften Grundrechte oder Freiheitsrechte zurückgeben, weil dazu erst einmal sichergestellt sein muss, dass eine ausreichende Anzahl von Menschen geimpft ist.¹³ Wenn wir empirisch nachweisen können, dass durch die Impfung plus Schutzmaßnahmen die Anzahl jener Personen, die auf Beatmungsplätze, also auf Intensiv- und Notfallmedizin angewiesen sind, erkennbar zurückgeht, wenn wir den Nachweis erbringen können, dass die schweren COVID-19-Fälle statistisch betrachtet hochsignifikant zurückgehen, dann kann man sich in der Tat mit der Frage der Rückgabe bestimmter Freiheits- bzw. Grundrechte beschäftigen, die den Menschen einfach zustehen. Wir haben diese Überlegung angestellt, weil wir sagen, dass der Lebensschutz ein ganz hohes, ein ganz kostbares Gut ist und wir daher sehr viel in den Dienst eines solchen Lebensschutzes stellen müssen.

Ich komme zum Abschluss zu einer Frage, zu der Claudia Bozzaro Hervorragendes veröffentlicht hat.¹⁴ Die medizinethischen Fragen im Rahmen der COVID-19-Krise führen uns in unserer Gesellschaft zu tiefergehenden Fragen, nämlich: Wie gehen wir mit der Verletzlichkeit der menschlichen Existenz um? Inwiefern sehen wir in dem verant-

13 Deutscher Ethikrat (Hrsg.): Besondere Regeln für Geimpfte? Ad-Hoc-Empfehlung. Berlin 2021. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-Hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-besondere-regeln-fuer-geimpfte.pdf> (letzter Zugriff: 20.4.2022).

14 Claudia Bozzaro: Schmerz und Leiden als anthropologische Grundkonstanten und als normative Konzepte in der Medizin, in: dies., Tobias Eichinger, Giovanni Maio (Hrsg.): Leid und Schmerz. Konzeptionelle Annäherungen und medizinethische Implikationen. Freiburg, München 2015, S. 13-36; Claudia Bozzaro et al.: Are older people a vulnerable group? Philosophical and bioethical perspectives on ageing and vulnerability, in: *Bioethics* 32,4 (2018), S. 233-239. <https://doi.org/10.1111/bioe.12440>.

wortungsvollen Umgang mit der Verletzlichkeit eine Herausforderung in unserer Gesellschaft? Inwiefern sind wir bereit, alles dafür zu tun, dass kein Mensch, gleich welchen Alters, gleich welcher Vorerkrankungen, von medizinisch-pflegerischen und psychosozialen Maßnahmen ausgeklammert wird? Was können wir tun, damit alte Menschen ein Optimum an medizinisch-pflegerischen bzw. psychosozialen Maßnahmen erhalten, wenn sie schwer krank sind, wenn sie mit vielen Risikofaktoren konfrontiert sind? Mit anderen Worten: Der Aspekt des Lebensschutzes tritt in das Zentrum unserer Analyse und unserer Betrachtung, der Aspekt des großen Wertes jedweden Lebens.

Unbedingt vermeiden müssen wir dabei, wie erwähnt, die Position, dass Menschen, wenn sie ein bestimmtes Lebensalter erreicht haben, unser Bemühen, Leben zu schützen, nicht mehr wert sind, da sie ja bereits den größten Teil ihres Lebens gelebt haben. So dürfen wir als Gesellschaft nie argumentieren. Wir sollten uns vielmehr der Tatsache bewusst sein, dass wir alle verletzlich sind, dass Verletzlichkeit eine Komponente der *Conditio humana*, der Grundstruktur des Menschen bildet. Niemand sollte davon ausgehen, auf jeden Fall vor SARS-CoV-2 und infolge vor COVID-19 nach dem Motto geschützt zu sein, es könne nichts passieren. Wir alle müssen im Auge haben, dass es sich um eine Pandemie handelt, die uns die Grenzen der Planbarkeit, die Grenzen der Gestaltbarkeit aufzeigt – die deutlich macht, dass wir vulnerabel sind. Gleichzeitig aber führt sie uns vor Augen, dass wir eine unglaubliche seelisch-geistige Verarbeitungskapazität besitzen. Da können uns alte Menschen sehr vieles zeigen, übrigens auch Menschen anderer Generationen, wie z. B. die sehr jungen Menschen, aber jetzt spreche ich eben über das Thema ›Alter‹. Ältere bzw. alte Menschen können uns, wie gesagt, sehr viel zeigen. Dabei müssen wir immer sehen, dass diese Reife, die Verwirklichung solcher Entwicklungspotenziale bestimmte Rahmenbedingungen erfordert. Ich habe eine zentrale genannt: Die Rahmenbedingungen bestehen z.B. in (Für-)Sorgestrukturen.

Wir leben in Sorgestrukturen, das heißt, ich bin Teil des öffentlichen Raums, physisch, vielleicht vorübergehend digital. Ich bin nicht vergessen. Ich kann mich mit anderen Menschen austauschen. Ich kann meine Erfahrungen in diesen öffentlichen Raum hineinbringen. Ich bin selber in der Lage, so verantwortlich zu handeln, dass ich schon sehr genau weiß, was mir bzw. meinen Mitmenschen bzw. dem Gemeinwohl guttut und was nicht. Ich mache die Erfahrung, nicht vergessen worden zu sein. Ich mache die Erfahrung, dass es Menschen gibt, die mich in meinem Bemühen, mich immer und immer wieder selbst zu motivieren, anzuregen, zu aktivieren, in hohem Maße unterstützen. Ich mache die Erfahrung, in einer Gesellschaft zu leben, in der jeder Mensch – und das bedeutet auch jeder alte Mensch – in besonderer Weise geachtet ist. Wenn wir diese Rahmenbedingungen schaffen und Menschen sich in dieser Weise auf ihre eigenen Kräfte, aber auch auf bestimmte Formen von Verletzlichkeit konzentrieren und verantwortlich damit umgehen, kann die Coronapandemie aus der Perspektive des Alters hoffentlich bald überwunden werden.

Diskussion

Frage: Für mich als Kinderneurologen und Kinderarzt sind einige Aspekte Ihrer Ausführungen sehr vertraut gewesen. Das Kind sagt, der Kaiser ist nackt. Es spricht damit eine Wahrheit aus, die Erwachsene in ihren Bedingungsgefügen nicht sagen können. Sie haben sehr auf die Potenziale abgehoben, die alte Menschen mit ihrem unermesslichen Erfahrungsschatz nach Jahrzehnten ihres Lebens haben. Dies haben Sie verbunden mit der Möglichkeit, vielleicht unkonventionelle Kontakte zu knüpfen – gleichzeitig mit der Erfahrung, dass für sie gesorgt wird und sie nicht vergessen werden. Was passiert aber bei einem progredienten Demenzprozess? Das ist ohne Frage ein Hauptthema der Gerontologie. Bei einem eigenen Verwandten habe ich ein Zurückwandern in die Kindheit erlebt, ein Rückwandern in eigene Kindheitssphären, dass die jahrzehntelange Ehe, das jahrzehntelange Zusammensein, das gemeinsam bewohnte Haus vergessen, verschwunden sind, mehr noch, dass die eigenen Kinder nicht mehr als solche erkannt bzw. mit Geschwistern verwechselt werden. Es ist schwer, so einen Rückzugsprozess als Potenzial zu sehen, obwohl es ein Rückzug in sich selbst ist, in das Innerste, wie man als Kind gewesen ist. Diese Person konnte mir ihre detailliertesten Kindheitserinnerungen schildern, aber mich nicht mehr als Sohn oder Schwiegersohn erkennen.

Antwort: Demenz, Erinnerunginseln und die Fragen der Rehabilitationspotenziale, der Aktivierungsmöglichkeiten und dann vor allen Dingen der Lebensqualität bei Demenz sind ein sehr wichtiges Thema bei uns am Institut. Dabei sollte man unterschiedliche Formen von Demenz differenzieren, insbesondere den Grad ihrer demenzbedingten Gefährdung – besonders dann, wenn die Symptomatik noch als vergleichsweise leicht scheint und doch eine Gefährdung vorliegt. Wir sollten also den Grad der Schädigung und der Gefährdung keinesfalls unterschätzen. Menschen mit einer aus der Perspektive der Gerontologie leichten Demenz würden von Neurologen als erheblich geschädigt eingeschätzt. Es gibt also zwischen der Disziplin der Gerontologie und der Disziplin der Neurologie wichtige Einschätzungsunterschiede.

Die Demenz in ihrer Symptomatik, in ihrer Tiefe korrekt einzuschätzen, ist vor allen Dingen in Pflegeheimen zu beachten. In mit uns kooperierenden Pflegeheimen haben z.T. zwei Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner eine Demenz bzw. eine leichte kognitive Einbuße. Demenz ist wichtig im Kontext der Pflegebedürftigkeit. Demenz existiert neben den sehr schweren, mit Krankheitswert versehenen Depressionen und Angstzuständen, bei denen wir sagen würden, hier sind die Folgen der Coronapandemie deutlich. Man stelle sich vor, ein demenzkranker Mensch sieht eine Pflegefachperson mit einem Schutzanzug ins Zimmer kommen. Das ist für diesen Menschen überhaupt nicht mehr nachvollziehbar. Bei einem demenzerkrankten Menschen haben wir es oft zu tun mit einer starken motorischen Unruhe, mit einer Agitiertheit, und auf einmal müssen diese Menschen in einem Raum quasi festgehalten werden, weil man sagt, wenn die zu anderen gehen, dann ist das Infektionsrisiko deutlich erhöht. Da sehen wir ihre Vulnerabilität, die Verletzlichkeit des Menschen in einer besonderen Ausprägung.

Gleichwohl kann es uns gelingen, dass wir bei demenzkranken Menschen das finden, was man das ›Inselförmige‹ nennt, wie es auch in der Frage benannt wurde. Man erinnert sich auf einmal wieder an etwas, oder es ist eine Person, die man vielleicht erkennt, wenn auch nur ganz kurz. Oder man kann einen bestimmten Geruch bzw. ein bestimmtes Musikstück in irgendeiner Form identifizieren. Das ist etwas sehr Eindrucksvolles. Das ist schon ein Übergang in den Bereich der Philosophie, in der wir den Geistbegriff nicht nur auf das Gehirn beschränken, sondern ihn im Grunde genommen in allen ›leiblichen Akten‹ zum Ausdruck kommen sehen. Diesen Geistbegriff können wir durchaus auf einen demenzkranken Menschen anwenden, der uns in einigen Augenblicken, vor allen Dingen im Vorfeld des Todes, auf einmal mit einer besonderen Luzidität, einer Klarheit, ausgestattet erscheint – nur ganz kurz. Hier kommen die Perspektive der Neurologie, die Perspektiven der Psychologie und die einer erweiterten Anthropologie gemeinsam zum Tragen. In Bezug auf ›Corona‹ bedeutet das, dass wir bei demenzkranken Menschen in besonderer Weise vorsichtige Aktivierungsangebote unterbreiten, ästhetische wie emotionale, dass wir uns in besonderer Weise mit der Frage beschäftigen, wo solche Inseln des Selbst liegen könnten.

Ich will Ihnen ein Beispiel nennen: Während der ersten Phase der Coronapandemie war ich in mehreren Heimen, weil mich die Frage beschäftigte, wie man dort solche Aktivierungsmaßnahmen auflegen könnte. Ein Heimleiter meinte zu mir: »Herr Kruse, darf ich Sie zu einer Bewohnerin führen? Wenn Sie die sehen, wird Sie das zutiefst beeindrucken.« Diese Frau, um auf die gestellte Frage zurückzukommen, konnte gar nicht mehr mit anderen Menschen kommunizieren, weil sie diese nicht wiedererkannte. Der Heimleiter meinte weiter: »Aber es gibt eines: Wenn sie Beethovens Sinfonien hört, ist sie ganz bei sich. Dann hat man den Eindruck, sie fängt an zu dirigieren.« Gesagt, getan. Wir gingen in das entsprechende Zimmer. Die Tür war geöffnet, das wollte sie so. Sie wollte die Tür immer geöffnet haben. Man sah, wie eine Dame auf dem Bett lag, die Augen geschlossen hatte, den letzten Satz der 6. Sinfonie von Beethoven hörte und dazu Dirigierbewegungen ausführte. Da ich Musik studiert habe, sind mir diese großen Erzeugnisse der Musikgeschichte sehr gut bekannt. Ich konnte aus den Dirigierbewegungen ein klein wenig ableiten, dass sie wirklich richtig zum letzten Satz der Pastorale dirigierte! Wissen Sie, das sind Ausdrucksformen der Psyche, die uns in hohem Maße beeindrucken. Nicht, dass wir jetzt ein geschöntes Bild der Demenz zeichnen wollten, überhaupt nicht. Aber es sind Ausdrucksformen, die uns in der Weise beeindrucken, dass wir sagen: Hier liegt eine Ausdrucksform des Menschen vor, die wir ernst nehmen müssen. Wir würden fachlich und ethisch aktiv fragen, was wir tun können, damit wir diese Ausdrucksform aufrufen, aufgreifen und beantworten – sozusagen als Resonanzkörper. Was können wir tun, dass die betreffenden Personen in diesen Augenblicken so etwas wie ein kleines Glück erleben. So ist unsere Argumentation. Für mich ist dieses Leben in der höchsten Verletzlichkeit nicht als inferior an zu sehen, was mich in besonderer Weise zu Bemühungen anregt, dass dieses Leben in dieser Verletzlichkeit so etwas wie dieses Glück empfinden kann.

Frage: Wie kommt es ihrer Meinung nach, dass zwar die Übersterblichkeit der Alten zur Begründung der Grundrechtseinschränkungen oder der Corona-Schutzmaßnahmen benutzt wird, praktisch aber die Übersterblichkeit der Alten über die Zeit der Pandemie bisher gleich blieb. Gilt das nur für Deutschland oder ist das in anderen Staaten vergleichbar? Wir sind jetzt in der zweiten Welle. Sie haben sich mit dem Deutschen Ethikrat viel Mühe gemacht, die Politik zu beraten. Jetzt in der zweiten Welle haben wir bezüglich der Zahlen der Sterblichkeit in Deutschland einen großen Sprung nach oben verzeichnet. Haben wir da etwas falsch gemacht aus Ihrer Sicht? Oder haben die ›Corona-Schutzmaßnahmen diese Entwicklungen der Sterblichkeitszahlen bewirkt?

Antwort: Das ist keine ganz leichte Frage. Diese Thematik war häufig Gegenstand von Beratungen im Ethikrat. Ich will nicht ausweichen, sondern komme gleich auf das Zentrum dieser Frage zu sprechen. Was wir im Ethikrat im Verlaufe der ersten Pandemie-Welle und der Zeit danach, also im Frühjahr, immer wieder feststellten und heute wieder feststellen: Wir haben hervorragende Virologen und Infektiologen, wir wissen über dieses Coronavirus aber wenig. Es gibt mittlerweile die Hilfskategorie der ›Neuro-Corona-Erkrankungen‹. Dieses Coronavirus verursacht möglicherweise ganz erhebliche kognitive Einbußen, bei denen wir sagen würden, die erinnern uns in ihrer Pathologie fast schon an eine Demenz. Das heißt, schon diese Folgeerkrankungen von ›Corona‹ sind für uns ein großes Rätsel. Die Mutationskapazität des Coronavirus ist ebenfalls ein großes Rätsel. Das haben wir letztes Jahr schon gesagt. Da werden möglicherweise Mutanten auf uns zukommen, die uns noch erhebliche Probleme bereiten werden; man denke an diese unglaubliche Übertragungsgeschwindigkeit. Also wenn ein Coronavirus in einem Heim ist, dann haben Sie innerhalb kürzester Zeit vermutlich fast alle Bewohner infiziert. Es wird noch eine lange Zeit dauern bis wir diese unterschiedlichen Aspekte von ›Corona‹ angemessen eingestuft haben. Ich bin immer ein bisschen vorsichtig, denn im Nachhinein ist man stets schlauer. Ich glaube aber, dass man mit Blick auf das Alter, jetzt vor allen Dingen mit Blick auf die Pflegeheime, in der Tat Fehler gemacht hat, weil da die Gefahr der schweren letalen Krankheitsverläufe ganz erheblich erhöht war und ist. Der Deutsche Ethikrat sowie die sich mit Altersforschung befassenden Fachgesellschaften haben schon Ende März festgehalten, dass wiederholtes Testen notwendig ist. Die Testkapazität in den klinisch-stationären Einrichtungen, aber auch in den Pflegeeinrichtungen muss extrem gefördert werden, weil wir da nicht einfach Menschen rein- und rausgehen lassen dürfen, ohne dass eine sehr gute multiple Testung vorgenommen worden wäre. Das gilt auch und insbesondere für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Da hinken wir hinter dem Bedarf hinterher. Man muss dazu sagen, dass die Testpflicht mit Blick auf stationäre Einrichtung in der Altenhilfe im Dezember 2020 eingeführt worden ist. Da waren wir jedoch schon in der zweiten Corona-Welle. Die hohe Empfänglichkeit des Alters für COVID-19 erfordert zudem die Beachtung der Geschichte der Vorerkrankungen. Das hat sich nach und nach erst herauskristallisiert, so dass die Spezifität von Interventionsmaßnahmen vergleichsweise spät einsetzte.

Wie gesagt, *ex post facto*, also nachdem die Entscheidungen und ihre Folgen vergangen sind, hat man immer gut reden. Da müssen wir noch lernen. Die dramatischen und zutiefst

berührenden Krankheits- und Todesfälle müssen für uns ein wichtiges Signal sein, dass wir Einrichtungen, in denen ältere Menschen, hochbetagte Menschen leben, sowie auch ambulante Pflegekontexte, in denen sie leben (›ambulant‹ ist ein zu beachtender Punkt), in einer ganz anderen Art und Weise schützen, weil dort die Gefahr einer deutlich erhöhten Letalität bzw. deutlich erhöhten Krankheitsschwere gegeben ist. Schützen bedeutet aber auch, dass es eine Begleitung durch sehr gute Aktivierungsmaßnahmen, durch soziale Kommunikationsmaßnahmen geben muss. Ein Beispiel: Kirchliche Gemeinden, in denen das Wesen von Gemeinde wirklich ernstgenommen wird, müssen sagen, wie sie alte Menschen, die ihre ›Mit-Gemeindemitglieder‹ sind, ansprechen können und wollen – z.B. auch über Skype o. ä. –, weil die Erfahrung, Teil von Gemeinschaft und nicht aus der Welt gefallen zu sein, für die psychische Gesundheit außerordentlich bedeutsam ist, was wiederum psychosomatisch betrachtet heißt, es ist bedeutsam für die körperliche Gesundheit. Mit anderen Worten: Wir müssen das, was wir gelernt haben, jetzt mit einem ganz anderen Elan umsetzen. Das wird in nächsten Monaten, das wird im nächsten Jahr anstehen.

Frage: Sie haben vorgetragen, dass Angststörungen bei alten Menschen nicht zunehmen. Das empfinde ich als eine Stärke. Im Übrigen sage ich ähnliches auch über Jugendliche, bei denen ich immer über die Sorgen der Fachgesellschaften lese, aber die empirischen Daten dazu nicht habe. Insofern ist die Perspektive auf Kinder und Jugendliche der gerontologischen Perspektive nicht unähnlich – ich meine, dass die Sorge vor der Vereinsamung und Altendepressionen fast zu vergleichen ist mit der Sorge vor der Depression bei Kindern und Jugendlichen.

Hier eine Frage mit einem Kommentar: Die Verweildauer in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe beträgt nur wenige Monate. Das heißt, es kommen höchst pflegebedürftige und multipel erkrankte alte Menschen in Pflegeheime. Wie kann angesichts von Demenz aktive, aktivierende Pflege aussehen? Das haben Sie schon zum Teil beantwortet. Im Übrigen gibt es seit Jahrzehnten eine breite ehrenamtliche Bewegung von Besuchsdiensten, in der Hospizarbeit begleitet durch Altenheimseelsorger*innen aller Konfessionen. Darauf sind Sie eingegangen in Ihrem Vortrag, indem Sie sagten, dass es gar nicht immer Profis zu sein bräuchten, sondern die Teilhabemöglichkeit selbst im Vordergrund stehen müsse.

Antwort: Ich greife das Thema der Aktivierung von Menschen mit einer Demenzerkrankung gerne nochmals auf: Das Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg kooperiert mit dem Karlsruher Institut für Technologie. Dieses ist hervorragend im Bereich der Technikentwicklung. Mit Professorin Tanja Schulz haben wir ein Projekt aufgelegt, in dem wir Menschen mit einer Demenzerkrankung Tablets gegeben haben. Auf diesen Tablets waren Fotoalben, waren subjektiv bedeutende Bilder aus der Biografie aufgespielt. Dann haben wir Menschen mit einer Demenzerkrankung in unterschiedlichen Altenpflegeheimen an einen Tisch gebracht. Jeder hatte sein Tablet und konnte dann an Mitstreiterinnen und Mitstreiter Nachrichten verschicken. Wenn man ein schönes Bild sah, wurde es an eine andere Person geschickt. Wir haben auch historisch bedeutsame Bilder aus

der Zeit eingebaut, in der die Beteiligten Kinder bzw. Jugendliche oder junge Erwachsene waren, und wir haben Angehörige mit eingebunden. Das wurde dann systematisch ausgewertet. Wir konnten u.a. sehr schön aufzeigen, wie sich in relativ kurzer Zeit die Sendeaktivität, die Frequenzen änderten, mit denen man Bilder verschickte, sodass wir den Eindruck hatten, die Menschen mit Demenzerkrankung kamen mit den Tablets sehr gut zurecht, haben mit ihnen sehr gut gearbeitet. Das zeigt: Wenn man sie wirklich gut einführt, anleitet und begleitet, gibt es auch bei Menschen mit einer Demenzerkrankung noch gute Aktivierungsmöglichkeiten.

Ein weiteres Beispiel: Wenn man mit Menschen, die eine Demenz haben, gemeinsam in einem Kreis singt, wird zum Teil eine Aktivierung erreicht, die bemerkenswert ist. Ähnlich ist es, wenn Sie ein Gebet sprechen oder die Menschen ein anderes vertrautes Ritual in ganz unterschiedlichen Formen aktivierend erleben lassen. Dabei muss die Intensität, die Konzentration sehr hoch sein, es muss nachhaltig sein. Dann kann man eine Menge machen. Der Bundesregierung haben wir berichtet, dass die Öffentlichkeit die Pflegeheime unterstützen sollte, damit sie solche Aktivierungsangebote unterbreiten können – sei es aus Mitteln der Pflegeversicherung oder steuerfinanziert. Auch das Ehrenamt wäre einzubinden, weil die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dies in ihrer Arbeitszeit gar nicht leisten können. Wir haben darauf hingewiesen, dass es viele ehemalige Ärztinnen und Ärzte, Sozialarbeiterinnen, Sozialarbeiter, Seelsorgende und Pflegefachpersonen gibt, die man reaktivieren könnte. Bezüglich der Vergütung könnte man erstmal eine niedrige Summe ansetzen, um dadurch das Ehrenamt nicht zu kompromittieren. Es sollte irgendwie eine ehrenamtliche Komponente behalten. Wenn es gelänge, solche qualifizierten Menschen wieder in das Alten- und/oder Pflegeheim zurückzuholen oder in ambulante Pflegekontexte, holte man sehr viel Expertise zurück. Wir haben mit einzelnen Einrichtungen zu tun gehabt, die das getan haben. Es sei ist nicht einfach gewesen, solche Kräfte zu gewinnen, wurde berichtet, aber wenn sie gewonnen worden seien, hätte man etwas ganz Bedeutsames für die Einrichtung getan. Das bürgerschaftliche Engagement ist schon eine sehr wichtige Form des Dienstes von Menschen am Menschen. Das muss eine Kultur sein. Dazu braucht man viel Fingerspitzengefühl, viel Kompetenz, um das hauptamtliche Engagement und das bürgerschaftliche Engagement in einer gezielten Weise zusammenzuführen.

Frage: Eine Bemerkung und dann eine Frage zu dem Teil des Vortrags, der vom Potenzial handelte: Wenn ich selber, der ich jetzt über 60 Jahre alt bin, mit der Generation meiner Onkel, Tanten, Schwiegermütter rede, die alle der Generation der Hochbetagten (80 Jahre und älter) angehören, worauf treffe ich da? Ich treffe auf der einen Seite auf bestimmte Grundhaltungen zum Leben, die immer deutlicher hervortreten. Man merkt dann, dass das Alter ein Abstraktum ist. Man muss sich im Grunde vor Augen führen, zu welcher Zeit diese Menschen Kinder und Jugendliche waren. Wer heute 85 Jahre alt ist, der wurde im Jahre 1936 geboren. Der war Kind als hier Krieg herrschte, ist in der Nachkriegszeit groß geworden und hat dann viele, viele Jahrzehnte gelebt. Also, man muss im Grunde immer sehen, welche Jahrgänge, welche Generationen das sind, auf

die ich treffe. Ich treffe da auf eine gewisse, fast stoische Einstellung, dass man auf gar keinen Fall lamentieren möchte. Man möchte nicht klagen und so weiter, sondern sagt, das alles ist jetzt einfach mal so. Und was mir am wichtigsten ist: Es gibt nicht nur die Empathie der Jungen mit den Alten, sondern ich treffe auf sehr viel Empathie der Alten mit den Jungen. Diese Empathie nimmt dann teilweise sogar die Form von Mitleid an, nach dem Motto: Was muten wir den Jungen, was muten wir, die wir geschützt sind, den Jungen zu? Dann fallen Sätze wie: »Mein Gott, wir waren doch auch mal jung« oder »Jetzt können die jungen Menschen dies und das nicht mehr«. Wie könnte man die Empathie der Alten mit den Jungen nochmals ein bisschen stärker akzentuieren?

Antwort: Aus ganz unterschiedlichen Gründen berührt mich das Thema der Spezialkräfte der Alten gegenüber den Jungen. Ich habe über die Sorgebeziehungen gesprochen, diese Sorgebeziehungen wurden als reziprok dargestellt: (Für-)Sorge, die ich empfangen, und (Für-)Sorge, die ich gebe. Es gibt in der Gerontologie den Begriff der ›Generativität‹, der aus der Psychoanalyse von Erik Homburger Erikson kommt. Tenor der Generativität ist die Position, dass ich versuche, etwas für nachfolgenden Generationen zu tun, produktiv und unterstützend für nachfolgende Generationen zu sein. Wir verwenden gerne den Hannah-Arendt-Begriff der ›symbolischen Immortalität‹: Ich will an nachfolgende Generationen weitergeben. Ich stimme Ihnen voll zu, dazu haben wir gute empirische Daten. Wir haben eine größere Studie zu dem Thema gemacht. Das ist ein bedeutsames Motiv des hohen Alters. Also ich kann mich daran erinnern, ich hatte mal die Ehre und die Möglichkeit, mit Viktor Frankl in Wien vorzutragen. Er führte seine Existenzpsychologie aus und sagte: »Sinn verwirklicht sich für mich in dem Maße, in dem ich mein Leben in den Dienst von etwas stelle, was nicht ich selbst bin.« Ich sagte ihm damals: »Herr Professor Frankl, das kommt unserer Vorstellung von Generativität im hohen Lebensalter sehr nahe.« Wir haben in Heidelberg über Jahre hinweg zu erforschen versucht, was der Kontakt bedeutet, der nicht nur Unterstützung empfangende, sondern der Unterstützung gebende Kontakt alter Menschen zu jungen Menschen. Das bedeutet ungemein viel. Hierzu zwei Beispiele:

Erstens: Wir haben über mehrere Jahre Überlebende des Holocaust in verschiedenen Ländern der Welt besucht und sind der Frage nachgegangen, ob im hohen Lebensalter diese traumatischen Erlebnisse, die man im Vernichtungs- oder Konzentrationslager gemacht hat, wieder stärker thematisch werden.¹⁵ Wir haben – neuropsychologisch und psychologisch interessant – ganz viele Beispiele gefunden. Manche Erinnerungen standen den Menschen wieder so im Bewusstsein, dass sie gar keine Erinnerungen mehr waren, sondern sozusagen aktuelle Tages-Realität. Aber – und jetzt kommt, was uns in den verschiedenen Ländern, die wir besucht haben, beeindruckt hat –, es gab immer wieder eine beträchtliche Anzahl von Personen, die uns ausführlich schilderten, wie bedeutsam es ihrer Meinung nach ist, vor dem Hintergrund dieser katastrophalen Erfahrung, die sie gemacht haben, zu den jungen Menschen zu gehen, denen davon zu berichten und mit ihnen

¹⁵ Siehe dazu: Andreas Kruse, Eric Schmitt: Wir haben uns als Deutsche gefühlt. Lebensrückblick und Lebenssituation ehemaliger jüdischer Emigranten und Lagerhäftlinge. Darmstadt 2000.

gemeinsam darüber zu reden, was sie persönlich wir tun können, um Selbstverantwortung und Mitverantwortung in einem Maße zu stärken, dass das hohe Gut der Demokratie gewahrt bleibt. Der Fokus lag auf den jungen Menschen.

Zweitens: Wir haben einmal während der großen Flüchtlingsbewegung im August/September 2015 in Heidelberg einen Flüchtlingskongress ausgerichtet. Da sind viele Studenten aus ganz unterschiedlichen Disziplinen zu mir gekommen und haben gefragt: »Würden Sie so freundlich sein und die Patenschaft übernehmen?« Ich habe das gemacht. Wir haben Spendengelder und so weiter eingetrieben, wir haben einen Flüchtlingskongress mit ca. 570 Leuten ausgerichtet. Davon waren 250 alte Menschen, 75-/80-Jährige und Ältere, die gesagt haben, das, was die Flüchtlinge da erlebt haben, das haben wir auch erlebt: »Wir wollen jetzt in den nächsten Wochen, vielleicht sogar Monaten, quasi ein Tandem bilden.« Jeder hat sich dann eine Person gesucht, mit der er zusammen etwas machen wollte. Das ist ganz ausgezeichnet verlaufen. Wir haben das zum Teil verfolgt. Die Alten haben uns gesagt, es sei wunderbar, wenn sie den Eindruck hätten, sie könnten etwas für junge Menschen tun. Ich glaube, dass das eine ganz zentrale Kategorie ist, die übrigens in meinen Augen dahin führt, dass wir – und wir haben eine Kollegin am Institut, die das brillant beobachtet – alte und junge Menschen bis hin zu Kindern viel intensiver zusammenbringen müssten, weil wir glauben, dass das Potenzial des intergenerationellen Austauschs viel größer ist als wir gemeinhin glauben. Das geht bis in die Gefühlswelt hinein, reicht fast bis zu so etwas wie »emotionaler Zärtlichkeit«.

Frage: Ist der Anteil der Hochbetagten in den Heimen besonders hoch, wenn sie keine oder wenig familiäre, soziale Einbindung haben? Ist also die soziale bzw. die mangelnde soziale oder familiäre Einbindung während des Lebens ein Risikofaktor dafür, das Alter im Heim zu verbringen?

Antwort: In der Frage stecken zwei Aspekte. Der eine ist die Frage nach den Gründen, in eine stationäre Einrichtung zu kommen. Natürlich: Wenn Sie alleine leben, vielleicht gar keine engen Familienangehörigen hatten oder nicht mehr haben und dann möglicherweise in ländlichen Regionen leben, ist die Wahrscheinlichkeit, dass Sie in eine stationäre Einrichtung kommen, deutlich erhöht. Die soziale Isolation, die deutlich reduzierte soziale Teilhabe ist da sicherlich ein Faktor. Aber es gibt noch einen anderen Aspekt, auf den ich gerne hinweise: Wir müssen aufpassen, dass wir den Heimen nicht unrecht tun. Ich habe lange Auseinandersetzungen mit politischen Entscheidungsträgern gehabt, die »ambulant vor stationär« favorisiert haben. Das ist meiner Meinung nach eine Frage der Selbstbestimmung, der Autonomie. Es gibt in der Tat Familienkonstellationen, die tun alten Menschen nicht gut. Da empfehlen wir als Institut die Diskussion, ob die Menschen, um die es geht, sich nicht vorstellen könnten, vielleicht in eine stationäre Einrichtung zu gehen. Wir empfehlen denen gegebenenfalls sogar eine. Wir kennen einige, die sehr gut sind. Dort können sie eine ganz andere Art der Ansprache finden. Das darf man nicht unterschätzen. Wir haben Menschen mit deutlich erhöhter Suizidalität gehabt, die, nachdem sie in eine Einrichtung gegangen waren, in

der sie wirklich gut aufgenommen wurden, eine erkennbare Reduktion der Suizidalität gezeigt haben. Mit anderen Worten: Die Quantität der Kontakte und die Qualität der Kontakte spielen ganz wichtige Rollen, wenn es um die Frage des Motivs geht, in eine Einrichtung zu kommen. In Einrichtungen selbst ist es sehr bedeutsam, inwieweit wir darin lebende Menschen dafür gewinnen können, wirklich mit anderen in eine produktive und tragfähige Interaktion zu gelangen. Da finden wir etwas ganz Interessantes: Es gibt durchaus Menschen, die in der Vergangenheit eher in sich gekehrt waren und die nicht viele sozial-kommunikative Techniken entwickelt haben. Sie können in einer stationären Einrichtung, wenn sie wirklich mit angenehmen Menschen zusammen sind, die zu ihnen passen, etwas entwickeln wie eine sozial-kommunikative Kompetenz. Die Verhaltensplastizität ist bis in das hohe Lebensalter hinein groß. Wenn das nicht der Fall ist, das heißt also, wenn Menschen aus sozialen Beziehungen immer ein bisschen herausgefallen sind und das im höheren Lebensalter noch stärker tun, haben sie einen erheblichen Risikofaktor für psychische und psychosomatische, fast zum Tode führende Erkrankungen. Dazu gibt es ganz klare statistische Zusammenhänge. Die soziale Isolation, die soziale Einsamkeit ist ein ganz großer Risikofaktor für psychosomatische Probleme, das bedeutet dann auch für körperliche Krankheiten. Sie sind immer irgendwie mit der sozialen und der sozialen Integrations- und der Partizipationsfrage konfrontiert, wenn Sie den Blick auf die stationären Einrichtungen richten.

Frage: Welchen Anteil an den tödlich verlaufenden Corona-Erkrankungen im Alter hat der sozioökonomische Status? Der Fokus liegt hier auf der Altersarmut. Gilt der Satz: Wenn du arm bist, musst du schneller sterben?

Antwort: Wir können das momentan mit Blick auf ›Corona‹ noch nicht sagen. Das hat einfach mit vielen assoziierten Merkmalen des sozioökonomischen Status zu tun, u.a. der Teilhabe, der sozialen Integration. Das assoziierte Merkmal (Vor-)Erkrankungen beinhaltet insgesamt ein ganzes Konglomerat von Einflussfaktoren. Diese Einflussfaktoren mit Blick auf die Schwere der Krankheitsverläufe bei COVID-19 zu separieren, ist im Augenblick noch nicht möglich. Aus der Perspektive der medizinischen Soziologie gibt es einen engen Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status einerseits – hier ist vor allen Dingen der Bildungsstand eine zentrale Variable – und den Krankheits- bzw. Gesundheitsentwicklungen über den Lebenslauf andererseits. Wir haben einen ganz engen Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Sterblichkeit: Die Lebenserwartung von Menschen aus unteren Sozialschichten ist bis zu acht Jahre niedriger als die Lebenserwartung von Menschen aus den mittleren und oberen sozialen Schichten. Der sozioökonomische Status ist für die Entwicklung von Gesundheit bzw. für die Wiedererlangung von Gesundheit im Lebenslauf von allergrößter Bedeutung. Das heißt, dass wir möglicherweise bei einem niedrigen sozioökonomischen Status sehr viele Erkrankungen mit in das Alter nehmen, die man dann in der Geriatrie die ›alternden Erkrankungen‹ nennt. Diese ›alternden Erkrankungen‹ reduzieren unsere Lebenserwartung im höheren Alter erkennbar. So wäre der Mechanismus, den man dazu postuliert.

Frage: Die ›Confounding‹-Faktoren, diejenigen, die das mit beeinflussen, sind in ihren Auswirkungen gravierend, wie Sie ausführten. Sie haben zum Abschluss des Vortrages einen fast apodiktisch wirkenden Satz gesagt: Die Vermeidung der Triage habe eine der ganz hohen Prioritäten für alle politischen Maßnahmen. Die Belegung von Intensivstationen und diejenigen Menschen, die gar nicht erst auf die Intensivstation gekommen sind, weil sie gesagt haben, sie wollen da nicht hin, sind doch in den letzten Wochen und Monaten sehr hervorgehoben worden. Wir haben im Vergleich zum ersten Lockdown in der zweiten Welle höhere Todeszahlen, eine deutlichere Belegung von Intensivstationen, eine deutlichere tatsächlich Auslastung von Krankenhauskapazitäten. Ich erinnere nur an den *Tagesthemen*-Auftritt von Heyo K. Kroemer, dem Vorstandsvorsitzenden der Charité, der darauf hinwies, dass das Personal der Intensivstationen am Limit sei (Sendung vom 10.12.2020). Die Triage-Situation zu vermeiden, haben Sie als eine ganz wesentliche Aufgabe der Gesundheitspolitik bezeichnet.

Antwort: Es gehört zur höchsten Verantwortung der Politik, eine Triage-Situation zu verhindern. Dafür müssen viele Ressourcen aktiviert werden! Dies geht runter bis zum Einzelnen. Lasst uns diese Ressourcen aktivieren, damit wir nicht in die ›Falle der Triage‹ hineintreten! Denn wenn wir einmal in einer Triage-Situation drin sind, führt das zu großen Verwerfungen. Wir müssen uns auf ein großes, nicht nur fachliches, sondern sittlich-normatives Ziel verständigen: das Ziel des Lebens! Das Leben ist etwas ungemein Kostbares. Solidarität gegenüber allen Mitgliedern der Gesellschaft zu zeigen, zu zeigen, dass der Lebensschutz immer prädominiert und verwirklicht werden kann, ist die große Aufgabe. Daran werden wir uns messen lassen müssen.

Autor

Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse

Institut für Gerontologie, Universität Heidelberg, andreas.kruse@gero.uni-heidelberg.de

Andreas Kruse hat Psychologie und Philosophie in Aachen und Bonn studiert, ebenso wie Musik an der Hochschule für Musik in Köln. Er wurde anschließend in Psychologie promoviert und habilitierte sich in Heidelberg. Nach Etappen in Bonn, Berlin und Greifswald kehrte er nach Heidelberg zurück und wurde dort Direktor des Instituts für Gerontologie. Andreas Kruse hat sich in vielfacher Hinsicht mit dem Thema ›Altern‹ beschäftigt. Er hat über Jahre hinweg die Altersberichtscommission der Bundesregierung geleitet und war Mitglied der vom früheren Generalsekretär der Vereinten Nationen, Kofi Annan, einberufenen Expertenkommission zur Erstellung des ›Vienna International Plan of Action on Ageing‹. Seit 2016 ist er Mitglied des Deutschen Ethikrates. Für seine Forschungsarbeit hat er zahlreiche Preise erhalten und 2008 das Bundesverdienstkreuz. In seinen vielen Publikationen beschäftigt er sich im Wesentlichen mit den Potenzial- und Vulnerabilitäts-Aspekten des Alters sowie mit der Lebensqualität und den Rehabilitationspotenzialen bei chronischen Erkrankungen.

Open Access

Der Beitrag ist unter der Creative-Commons-Lizenz Namensnennung – Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International veröffentlicht. Den Vertragstext finden Sie unter: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>. Bitte beachten Sie, dass einzelne, entsprechend gekennzeichnete Teile des Beitrags von der genannten Lizenz ausgenommen sein bzw. anderen urheberrechtlichen Bedingungen unterliegen können.