

*Kommentare zum Workshop*

*„Medikalisierung des Alterns“  
„Gerontologisierung der Medizin“?*

*Bedeutung und Wandel des Alterns  
im Horizont der modernen Medizin*

29.-31. Oktober 2009  
Paulinerkirche (Vortragsraum),  
Papendiek 14,  
37073 Göttingen

Universitätsmedizin Göttingen  
Abt. Ethik und Geschichte der Medizin  
Humboldtallee 36  
37073 Göttingen  
Tel.: 0551-39-9316



## *Inhaltsverzeichnis*

<i>Bär, Marion</i>	<i>3</i>
<i>Bozzaro, Claudia</i>	<i>6</i>
<i>Hofer, Hans-Georg</i>	<i>7</i>
<i>Khan-Zvorničanin, Meggi</i>	<i>8</i>
<i>May, Christina</i>	<i>11</i>
<i>Meyer, Christine</i>	<i>13</i>
<i>Moses, Simone</i>	<i>17</i>
<i>Schnorrer, Silvia</i>	<i>19</i>
<i>Weiß, Anastasia</i>	<i>21</i>
<i>Wurm, Susanne</i>	<i>23</i>
<i>Autoren</i>	<i>25</i>

*Marion Bär*

*Universität Heidelberg/NAR-Kolleg Heidelberg*

Die kontinuierliche Zunahme der allgemeinen Lebenserwartung hat zu einer zeitlichen Ausdehnung der Phase des höheren Erwachsenenalters geführt. Die dabei neu entstandenen Lebensphasen bedürfen auf gesellschaftlicher und institutioneller Ebene einer handlungsleitenden Kontextualisierung. Dies wurde im Rahmen des Workshops vor dem Hintergrund der modernen Medizin thematisiert. Dabei ist es den Veranstaltern in eindrucksvoller Weise gelungen, die unterschiedlichen Facetten der damit verbundenen Diskussion zu integrieren. Besonders förderlich hierfür war die Einbindung sehr unterschiedlicher Perspektiven in der Zusammenstellung der Vorträge sowie die multidisziplinäre Zusammensetzung der Referenten- und Diskutantengruppe.

Die zweite Sektion des Workshops war dem Themenkomplex „Medikalisierung des Alters“ gewidmet. Sowohl für den gesellschaftlichen wie für den individuellen Umgang mit den in der zweiten Lebenshälfte auftretenden Veränderungen lassen sich zwei grundsätzliche Handlungsrichtungen aufzeigen, die häufig – etwas verkürzt – mithilfe der Schlagworte „pro-ageing“ vs. „anti-ageing“ skizziert werden: Zum einen die *prospektive Gestaltung* von Alternsprozessen, zum anderen die *Verhinderung, Umkehrung oder wenigstens Verlangsamung* derselben. Beide Ansätze verfolgen auf unterschiedlichem Weg das Ziel, die subjektive Lebensqualität bis in das hohe Alter zu maximieren. Damit einher geht ein divergierendes Verständnis über den Status von Alternsprozessen: Handelt es sich um normale oder um krankhafte Phänomene?

Die Frage einer möglichen Medikalisierung des Alters wurde in der zweiten Sektion zunächst aus historischer Perspektive mit einem Beitrag zur Medikalisierung des Alterns in der Frühen Neuzeit beleuchtet. Einen besonderen Impuls erhielt die Diskussion dann durch die beiden nachfolgenden Beiträge zur Anti-Ageing-Medizin, wobei einer eine kritische Perspektive, der andere eine befürwortende Perspektive vertrat.

Aus der nachfolgenden Diskussion sind mir vier Aspekte besonders deutlich geworden:

Das Paradigma der Anti-Ageing-Bewegung, das auf den vollen Erhalt der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit ins hohe Alter abzielt, fordert traditionelle Leitbilder des Alterns heraus, die mit dem Altern einen – zumindest potenziell möglichen – seelischen Reifungsprozess assoziieren, der sich gerade in der Auseinandersetzung des Individuums mit seinen zunehmenden Einschränkungen ereignet. Solche Leitbilder sind in der Gerontologie oft implizit vorhanden. Es stellt sich hier insbesondere für professionelle Akteure und Wissenschaftler die Aufgabe, sich

eigene Leitbilder erfolgreichen Alterns bewusst zu machen und diese wertrelativ zu betrachten.

- die Handlungsrichtungen *pro-ageing* und *anti-ageing* lassen sich nicht eindeutig voneinander abgrenzen. Denn eine Vielzahl von Interventionen im geriatrischen Bereich zielen schon jetzt darauf ab, die Folgen funktioneller Einbußen zu kompensieren bzw. einer Verminderung der Leistungsfähigkeit präventiv entgegenzuwirken. Hans-Jörg Ehni, dessen Beitrag im Rahmen des Workshops leider ausfallen musste, bemerkt hierzu in seinem Abstract, entscheidend sei nicht eine mögliche Etablierung einer „pathologischen“ Sichtweise des Alterns, sondern die in der Zukunft entstehenden Möglichkeiten der Alternsmedizin. Damit verknüpft ist die Frage, wer zu diesen neuen Interventionsmöglichkeiten angesichts begrenzter solidarischer Finanzierungsressourcen Zugang haben kann.
- Der letztgenannte Punkt weist auf die Gefahr hin, dass sich durch die wachsenden Möglichkeiten der Anti-Ageing-Medizin eine neue, altersbezogene Dimension sozialer Ungleichheit bildet, in dem Maße, in dem der Zugang zu diesen Möglichkeiten durch individuelle Einkommens- und Vermögenslagen determiniert wird.
- Schließlich ist mit Blick auf die Anti-Ageing-Bewegung kritisch zu fragen, inwieweit eine Diskussion von erfolgreichem Altern ausschließlich mit Blick auf Funktions- und Leistungsfähigkeit geführt werden darf.
- Aus psychogerontologischer Perspektive sind hierzu zwei Ergänzungen anzufügen:
  - Dem Paradigma der Anti-Ageing-Bewegung liegt ein unidirektionales, kurvilineares Entwicklungsverständnis zugrunde, das für die zweite Lebenshälfte lediglich einen Abwärtstrend vorsieht. Ein alternatives Verständnis lebenslanger Entwicklung, das in eine Diskussion über das Altern unbedingt einbezogen werden sollte, bietet der *life-span development approach* (Baltes, 1990). Hier wird Entwicklung als ein multidirektionales Geschehen begriffen, das Gewinn und Verlust gleichermaßen einschließt. Ein weiterer Leitsatz betrifft die Plastizität lebenslanger Entwicklung, verstanden als das Potenzial, das Individuen zu verschiedenen Verhaltens- und Entwicklungsverläufen befähigt. Dieses Entwicklungsmodell steht nicht im Gegensatz zu biogerontologischen Modellen und bietet daher die Möglichkeit einer integrativen Perspektive.
  - Eine zweite Ergänzung betrifft die Ebene der individuellen Einstellungen: Zeigt sich eine möglicherweise anzunehmende Medikalisierung des Alters auch darin, dass Individuen ihr eigenes Altern und damit verbundene Verluste der Leistungsfähigkeit als einen eher pathologischen Prozess erleben? Auf der einen Seite deutet die empirische Befundlage nicht auf eine Dominanz derartiger Deutungsmuster hin. So zeigen die Ergebnisse vieler

gerontologischer Studien keinen negativen Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit und dem chronologischen Alter. Weiterhin weisen viele Befunde darauf hin, dass es alternden Menschen weitgehend gelingt, eine geringer werdende Leistungskapazität durch Handlungsstrategien zu kompensieren bzw. enger werdende Handlungs- und Verwirklichungsspielräume so zu kontextualisieren, dass sich daraus nicht notwendig ein Verlust an subjektiver Lebensqualität ergibt. Diese regulativen Prozesse lassen sich in der Tat als Ausdruck psychologischer Reife betrachten. Auf der anderen Seite zeichnet sich ein Wandel der Altersbilder ab. Das „junge“, nicht beeinträchtigte, sog. dritte Alter wird mehr und mehr zur Leitfigur einer alternden Gesellschaft. Damit dürften sich auch auf der individuellen Ebene Erwartungen hinsichtlich körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit verschieben, was in der Tat dazu führen könnte, dass nachlassende Adaptationsfähigkeit und Funktionseinbußen zunehmend weniger zum Kanon des „Normalen“ gezählt werden. Dieser Wandel in seinen unterschiedlichen Ausprägungen dürfte ein wichtiger Gegenstand künftiger empirischer Forschung sein.

*Claudia Bozzaro*  
*Albert-Ludwigs-Universität Freiburg*

Der perspektiv-reiche und interdisziplinäre Workshop hat das breite Panorama an Themen und Problem-Komplexen, die mit dem demographischen Wandel in Bezug auf die Medizin einhergehen, schön aufgefächert. Das hat mir einerseits neue Sichtweisen des Problems eröffnet, andererseits hat der interdisziplinäre Ansatz auch den Vorteil gehabt, meinen eigenen Ansatz durch den Vergleich mit methodisch und inhaltlich verschiedenen Umgangsweisen mit dem Thema deutlicher konturieren zu können.

Der Schwerpunkt meines Forschungsvorhaben liegt auf dem existentiellen Aspekt des Alterns, also auf dem Umgang des einzelnen Individuums mit dem eigenen Alt-werden. Die zentrale Frage ist die nach den persönlichen Bedingungen eines "guten Alterns" vor dem Hintergrund einer auf Jugendlichkeit und Anti-aging setzende Gesellschaft.

Für meine Arbeit muss ich auf Vorarbeiten aus den empirischen Wissenschaften zurückgreifen und habe daher sehr von dem Austausch mit Wissenschaftlern (Mediziner, Pflegewissenschaftler usw.) profitiert, die die Problematik auf der Grundlage praktischer Erfahrungen erforschen, da sie mir als wichtiges Korrektiv für meine auf Texthermeneutik basierende Arbeit dienen.

Interessant fand ich ebenfalls den Austausch mit den anwesenden Sozialwissenschaftlern, die zwar methodisch einen gänzlich anderen Ansatz verfolgen, doch ähnliche Fragestellungen erarbeitet haben (Die Frage nach der Bedeutung von Altersbildern, sowie die Frage nach dem Umgang mit der Zeit im Alter sind Aspekte die beispielsweise von Frau van Dyk und Frau Meyer thematisiert werden und die ebenfalls in meinem Forschungsvorhaben eine zentrale Rolle spielen).

Vor dem Hintergrund meines Forschungsschwerpunktes hätte ich großes Interesse an einer Vertiefung der Frage nach den individuellen und gesellschaftlichen (also auch medizinischen) Formen des Umgangs mit Leid- und Schmerzerfahrungen, sowohl physischer als auch psychischer und existentieller Art, gehabt. Ich bin der Überzeugung, dass unsere Haltung zum Alter und die Auseinandersetzung damit nicht losgelöst von einer Reflektion über die Bedeutung von Endlichkeit, Gebrechlichkeit, Mangelserfahrungen erfolgen kann. Zumal diese auch unser Verständnis der Rolle der Medizin beeinflussen.

*Hans-Georg Hofer*  
*Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn*

Wenn man nach den reziproken Prozessen einer „Medikalisierung“ des Alterns und einer „Gerontologisierung“ der Medizin fragt, gerät ein überaus spannendes und reichhaltiges Ensemble an Wechselwirkungen zwischen Medizin und Gesellschaft in den Blick. Diese Wechselwirkungen sind im Workshop an unterschiedlichen Beispielen und aus unterschiedlicher Perspektive thematisiert, zuweilen aber auch als selbstverständlich oder gar selbsterklärend vorausgesetzt worden. Im Hinblick auf zukünftige Forschungsfragen wäre meines Erachtens deshalb noch stärker nach den (sich wandelnden) Herstellungsbedingungen und Effekten dieser Wechselwirkungen zu fragen, um diese auf ihre Funktionsweise und Erscheinungsformen noch konkreter fassen und darstellen zu können. Dies führt zu einem zweiten Desiderat, das ich aus der Perspektive der Medizingeschichte formulieren möchte: Es betrifft die im Verlauf der Tagung zwar immer wieder angesprochene, aber nicht explizit thematisierte Frage nach der Historizität und Praktikabilität der Begriffe „Gerontologisierung“ und „Medikalisierung“ im Kontext der modernen Medizin. Damit ist gemeint, diese Begriffe nicht nur als analytische und erkenntnisleitende tools zu gebrauchen, sondern sie auf einer übergeordneten Ebene selbst zum Gegenstand der Reflexion zu machen und sie auf ihre Erklärungskraft und Reichweite zu befragen. Der Medikalisierungsbegriff hat – wie Daniel Schäfer in seinem Vortrag skizziert hat – in den vergangenen Jahren erneut an Bedeutung gewonnen,<sup>1</sup> adressiert in gegenwärtigen Diskurshorizonten aber andere Phänomene und Entwicklungen als der Medikalisierungsbegriff der 1970er und 1980er Jahre. Dieser Bedeutungswandel von „Medikalisierung“ könnte im Hinblick auf die interdisziplinäre Altersforschung problembewusster aufgegriffen und zielgenauer eingesetzt werden, etwa mit Bezug auf die Konjunktur der Anti-Aging-Medizin. Ebenso spannend wäre eine Problematisierung des Begriffs „Gerontologisierung“ vor dem Hintergrund der (zeit)historischen Entwicklung der Altersforschung bzw. der Gerontologie. Dies setzt freilich einen genaueren Kenntnisstand zur Genese der Gerontologie im deutschsprachigen Raum voraus. Hierzu sind demnächst neue Forschungsergebnisse zu erwarten.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. etwa Peter Conrad: *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

<sup>2</sup> Etwa von der (kurz vor Fertigstellung stehenden) geschichtswissenschaftlichen Dissertation von Dominique Behnke (Düsseldorf/Wien): *Altern zwischen Degeneration und Regeneration. Die Konstruktion von Altern in der Gerontologie im deutsch-deutschen Vergleich 1938-1990*. Anregend nach wie vor Stephen Katz: *Disciplining Old Age: The Formation of Gerontological Knowledge: Disciplinarity and Beyond*. Charlottesville: University Press of Virginia, 1996.

*Meggi Khan-Zvorničanin*

*CharitéCentrum 1 für Human- und Gesundheitswissenschaften Berlin*

Die Sektion I stand unter dem programmatischen Schwerpunkt, Bedeutungen und Wandel des Alterns im Horizont der modernen Medizin auszuloten. Die Beiträge von Heiner Raspe (Institut für Sozialmedizin, Lübeck), Eva Birkenstock (Institut für Gerontologie, Heidelberg) und Silke van Dyk (Institut für Soziologie, Jena) berührten aus unterschiedlichen Perspektiven die zentralen Fragestellungen der Veranstaltung: Erstens, welche Auswirkungen können (bio-)medizinische Ansätze auf individuelle und soziokulturelle Verständnisse von und Umgangsweisen mit dem Altern haben und zweitens, welchen Einfluss üben derartige Annahmen auf die medizinische Praxis und das Gesundheitswesen aus?

In dem Beitrag von Heiner Raspe ging es um Modelle und Ebenen der Priorisierung medizinischer Leistungen. Sein Vortrag stand ganz unter dem Paradigma eines körper- und erkrankungsbezogenen Alternsverständnisses. Vor diesem Hintergrund erscheint fast alles, was das Phänomen der Alterung moderner Gesellschaften betrifft, direkt oder indirekt dem Geltungsbereich der Medizin anzugehören. Mit dieser Perspektive geht zwangsläufig eine Überbetonung der Bedeutung einher, die die Medizin für das Phänomen der Langlebigkeit moderner Gesellschaften hat und damit verbunden eine Überschätzung des Einflusses, den die demografische Alterung auf steigende Kosten im Gesundheitswesen ausübt. Dass dieser eher moderat ausfällt, belegte Stefan Felder (Volkswirtschaftslehre/ Gesundheitsökonomik, Essen) im Rahmen seines Diskussionsbeitrages zur Sektion IV: Leistbarkeit, Finanzierbarkeit und Wünschbarkeit, anhand ökonomischer Analysen. Feder zufolge erweise sich weniger der demografische Wandel als vielmehr das Zusammenspiel von Dynamiken der Einkommensentwicklung und des technischen Fortschritts der Medizin als entscheidender Faktor für den Kostenanstieg im Gesundheitswesen.

Aus Sicht der Public Health Forschung ist ergänzend hinzuzufügen, dass Medizin und Krankenversorgung in Bezug auf das Phänomen der Langlebigkeit moderner Gesellschaften zwar eine unverzichtbare, aber untergeordnete Rolle spielen: Das SVR - Gutachten (Sachverständigen Rat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen) aus dem Jahr 2001 kommt auf Grundlage einer umfassenden Literaturanalyse zu dem Ergebnis, dass maximal ein Drittel der Zugewinne an Lebenszeit und Lebensqualität auf das Konto der Medizin gingen. Der Rest erkläre sich aus verbesserten Lebensverhältnissen, besserer Bildung, gewachsenen Handlungsspielräumen und – durch diese Faktoren verstärkt – aus gesundheitsfreundlicherem Verhalten.

Das biomedizinische Alternsverständnis scheint tief im Selbstverständnis von Akteuren und

Institutionen der gesundheitlichen Versorgung verankert zu sein. Es würde sich lohnen, seinen Implikationen und den damit verbundenen Konsequenzen für die Versorgungsqualität genauer auf den Grund zu gehen. Einen weiterführenden Rahmen für interdisziplinär ausgerichtete Forschung könnte die Überwindung dieses Altersverständnisses bilden, z. B. durch die Frage nach Bedingungen, hemmenden Faktoren und Varianten eines subjektiv glücklichen Alters und dessen Relevanz für die Gesundheit verschiedener Bevölkerungsgruppen.

Der Diskussionsbeitrag von Sylke van Dyk machte deutlich, dass mit der Überwindung einer rein biomedizinischen Sichtweise auf das Altern nicht nur Chancen, sondern auch neue Restriktionen verbunden sein können. Mit dem Leitbild des „erfolgreichen Alterns“ zeichne sich van Dyk zufolge ein Paradigmenwechsel ab: weg von einem mit ‚Krankheit‘ bzw. ‚Verfall‘ und hin zu einem mit ‚Aktivität‘ bzw. ‚Gesundheit‘ assoziiertem Altern. Einerseits eröffneten sich hierdurch neue Handlungsspielräume insbesondere für „junge Alte“. Andererseits träten durch die problematischen Implikationen des Leitbildes neue Restriktionen auf. So sei ein im Alter zunehmender Zwang zur Prävention und Kompensation denkbar, der eine Überforderung einiger alter Menschen darstellen könne.

Im Anschluss an diesen Beitrag stellt sich die Frage, auf welche Weise(n) hegemoniale Altersleitbilder von Individuen verinnerlicht, abgelehnt und gegebenenfalls modifiziert werden und wie sie hiermit verbundene Prozesse erleben. Vor diesem Hintergrund ist auch nach den ethischen Implikationen politisch propagierter Altersleitbilder zu fragen.

Eva Birkenstock rückte die Doppelnatur des Menschen aus philosophischer Perspektive in den Mittelpunkt ihres Diskussionsbeitrages. In biomedizinischer Hinsicht sei der Mensch ein begrenztes, der Endlichkeit unterworfenen Naturwesen. Diesem wohne jedoch ein potenziell unbegrenzter Geist inne. Dieser Widerspruch bringe einerseits den Wunsch hervor, den Alterungsprozessen unterworfenen Körper geistigen (Ideal)bildern anzupassen, etwa durch Maßnahmen der Anti-Aging-Medizin. Andererseits berge die Flexibilität des menschlichen Geistes aber auch die Möglichkeit, sich von körperbetonten Selbstbildern zu lösen und alternative Sichtweisen anzunehmen bzw. zu entwickeln. Hierin sieht Birkenstock eine Chance zur Reifung des Menschen.

Birkenstocks Diskussionsbeitrag wirft allerdings die Frage nach Transzendenz im menschlichen Leben auf. Welchen Sinn sollte die Reifung des Menschen am Ende seines Lebens haben, wenn es nichts gäbe, was darüber hinaus führte?

Die Begriffe ‚Altern‘, ‚moderne Medizin‘ und ‚Transzendenz‘ bzw. ‚Spiritualität‘ oder auch ‚Sterben in Würde‘ spannen einen Rahmen auf, der vielfältige Anknüpfungspunkte für

interdisziplinäre Forschungsprojekte bietet. So könnte beispielsweise der Frage nachgegangen werden, ob und inwiefern die mit der letzten Lebensphase häufig einhergehende physische Vulnerabilität sensibel für geistig/spirituelle Entwicklungsprozesse macht. Anschließend würde sich die Frage, welche gesellschaftlichen, medizinisch/pflegerischen und welche ethischen Implikationen sich hieraus ergeben.

*Christina May*

*Universität Münster*

Die Sektion „Bedeutung und Wandel des Alterns im Horizont der Medizin“ beschäftigte sich vornehmlich mit dem durch neue technische und medizinische Möglichkeiten hervorgerufenen Wandel des Alters in individueller und gesellschaftlicher Perspektive. Heiner Raspe beschäftigte sich dabei in seinem Vortrag mit dem Konzept der Priorisierung, das bestimmten Behandlungsmöglichkeiten Vorrang vor anderen einräumt. Gerade im Bereich der kostenintensiven Möglichkeiten des Anti-Ageing ist aus ökonomischer Sicht abzuwägen, ob tatsächlich jede mögliche Behandlung auch medizinisch sinnvoll erscheint. Eva Birkenstock fragte aus philosophischer Perspektive ob denn das physische „enhancement“ um jeden Preis überhaupt der Sinn eines selbsterfüllten und glücklichen Alterns sein kann. Sie plädierte dann im Gegenteil für eine Annahme des tatsächlichen Alters als Ausdruck eines reifen Charakters und einer selbstbestimmten Lebensweise. Abschließend referierte die Soziologin Silke van Dyk über Anti-Ageing-Maßnahmen im Spannungsfeld von Gesundheitsindustrie und Risikoprivatisierung auf der gesellschaftlichen Ebene und Ent- sowie Renaturalisierung des Alterns auf der individuellen.

Insgesamt leistete die Sektion eine sehr differenzierte Sicht auf die Ambivalenz des Alterns: Es gibt aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts eine ganze Reihe von Möglichkeiten, die Prozesse des Alterns aufzuhalten. Dabei wurde in allen drei Vorträgen dem generell Machbaren das ethisch-gesellschaftlich Wünschbare kritisch gegenübergestellt. Aus soziologischer Perspektive wäre manchmal ein stärkerer Fokus auf schicht- und milieuspezifische Unterschiede wünschenswert gewesen. So wäre auf gesellschaftlicher Ebene zu überlegen, ob Priorisierung etwa für Privatpatienten andere Effekte beinhaltet als für Patienten, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind. Da Morbidität und Mortalität grundsätzlich einkommens- und schichtspezifisch verteilt sind, stellt sich die Lebensphase „Alter“ für verschiedene Bevölkerungsgruppen vermutlich unterschiedlich dar. Dies hat vermutlich auch Auswirkungen auf die Reflektion des eigenen Lebensendes. Schließlich sind Fitness und gesunde Ernährung sowie generell präventives Gesundheitsverhalten ein eindeutiges Distinktionsmerkmal im Bourdieuschen Sinne – auch hier müsste also nach verschiedenen sozialen Klassenlagen stärker differenziert werden.

Aus sozialpolitischer Sicht hätte man noch ein wenig stärker auf die mögliche Kostenfrage fokussieren können: Inwiefern wird Anti-Ageing und präventives Verhalten wie Fitness im Alter für die Rekommodifizierung des Alters instrumentalisiert? Wie wichtig sind diese Debatten also gerade im Kontext der Rente mit 67? Auch im Bereich der befürchteten Kostenexplosion im

Gesundheitswesen könnte ein Entgegenwirken des Alterungsprozesses – soweit es selbst nicht allzu kostenintensiv ist – gesundheitspolitisch wünschbar sein. Hier könnte man also besonders im Bereich politischer Diskurse stärker nach strategischen Argumentationen durch Akteure aus dem Bereich der Gesundheitspolitik und der Krankenkassen fragen.

Möglichkeiten für weitere Forschungen böten sich auch in einer stärkeren Verknüpfung der gesellschaftlichen Makroebene (Finanzierung, das technisch Mögliche, die gesellschaftliche Sicht auf das Alter) mit der Mikroebene (Pluralismus individueller Perspektiven auf den Alterungsprozess und die Endlichkeitserfahrung). Dies könnte eine Grundlage für den Anstoß eines gesellschaftlichen Diskurses über den wünschbaren Alterungsprozess und die – bislang eher tabuisierte – Lebensphase „Alter“ darstellen. Die Erkenntnis, dass ein solcher Diskurs dringend notwendig ist, zog sich schließlich als roter Faden auch durch die folgenden Sektionen der Tagung.

**Pro-Aging oder Anti-Aging – Normal-Aging, kein Thema?!**

Der Workshop zur „Medikalisierung des Alterns – Gerontologisierung der Medizin“ hat ganz unterschiedliches Nach-Denken in mehrfacher Hinsicht ausgelöst: Auf praktischer Ebene hat es zuerst zu der provozierenden Überlegung geführt, den eigenen Zahnersatz in Form von Implantaten entfernen zu lassen, denn vor dem Hintergrund einiger Beiträge gilt dies bereits als aktives Anti-Aging und als sozialpädagogische Altenforscherin sehe ich mich, wenn überhaupt, doch eher als Pro-Agerin. Außerdem habe ich mich dem Faktum „Alter“ in eigener disziplinären Einschätzung erst angenähert, bisher beginnt das Alter gesellschaftlich verordnet mit dem Übergang in die Rentenphase (vgl. Meyer 2008). Wie kann ich also Anti-Aging betreiben, wenn ich noch gar nicht alt bin. Gesichtscreme und monatliche Besuche bei der Kosmetikerin seien auch zu streichen, denn aus medizinhistorischer Perspektive gibt es bereits seit 500 Jahren Mittel oder „Wundermittel“, die entweder der Lebensverlängerung oder der Lebensverjüngung dienen sollen (vgl. Stoff; Schäfer 2009) und Cremes wie auch Kosmetikbesuche lassen sich Verjüngungsversuchen zuordnen. Bisher stand bei mir weder Verjüngung noch Lebensverlängerung bewusst auf dem Programm, persönlich nicht und professionell auch nicht. Eher im Gegenteil: Altern als Normalität und bedeutender werdende Lebensphase für jeden Einzelnen, der älter wird.

Doch vor allem in diesen beiden Punkten, Lebensverlängerung und Lebensverjüngung, belehrte der Workshop sowohl jeden medizinfernen Alltagspraktiker wie auch jede medizinfere (sozialpädagogische) Forscherin eines Besseren: Medizin kann in der gesamten Bandbreite von „heilen-und-helfen“ bis hin zu „alles-heilen-und-helfen-sei-nichts-anderes-als-Anti-Aging-Leistung“ verstanden werden. Und Altern schwebte seit der Frühen Neuzeit zwischen Idealisierung und Pathologisierung, so Schäfer in seinem Vortrag zur historischen Einordnung.

Auf diese Verwirrung der Bestimmung treffen die Prognosen des demographischen Wandels und werden für die Medizin zur besonderen Herausforderung, hat sie doch an unterschiedlichen Punkten Entscheidungen darüber zu treffen, ob nicht der demographische Wandel als Potenzierung eines mindestens 500jährigen Prozesses zur Lebensverlängerung und Lebensverjüngung dazu geführt hat, dass sich am Ende doch nicht die Jugend verlängert,

sondern bei genauem Hinschauen vielmehr die Lebensphase Alter. Und diese Lebensphase kann bei Eintritt in die Rentenphase noch ca. 30 Jahre umfassen. Nach van Dyck, die über die Entdeckung des fitten und jung gebliebenen Alten aus sozialwissenschaftlicher Perspektive referierte, kann das Alter älter werden: Es trifft wohl lediglich die Hochaltrigen, die nun zu der Gruppe der Alten gehören; denn die fitten und gesunden Alten gehören woanders hin, aber nicht zu den Alten.

Damit tritt eine weitere sozialwissenschaftliche Erkenntnis hervor. Trotz der Möglichkeit für jeden Menschen, ein hohes Alter erreichen zu können, ist die Defizitperspektive des Alters nur vermeintlich überwunden: Die Überwindung der Defizitperspektive führt zur Wiederverpflichtung des alten Menschen, denn nach wie vor möchte niemand von sich behaupten: er sei nun alt und das sei auch gut. Mit der gestiegenen Lebenserwartung hat sich die Altersphase verlängert und leider nicht die Jugend und damit bleibt unhinterfragt, wie gutes Altern aussehen könnte. Eine der Fragen, die Eichinger aus medizinethischer Perspektive stellte. Welche Vorstellungen gibt es, auch aus medizinischer Perspektive zu einem Leben im Alter? An welchen Punkten der Diskussion müsste Forschung und Ethik nun normativ einsetzen, sei es in den Ergebnissen auch noch so vage. Der demographische Wandel und damit die Zunahme der Gerontologisierung bei gleichzeitiger Pathologisierung des Alterns führen weder zur Möglichkeit eines guten Alternsprozesses noch zur Verlängerung der Jugendlichkeit.

Stuckelberger hat in ihrem Vortrag relativ beiläufig eine entscheidende Aussage formuliert: Mit der Anti-Aging Medizin sitze man auf einem Pferd, das nicht zu stoppen sei. Wer jemals auf einem Pferd gesessen hat, weiß für den Fall des Durchbrennens des Pferdes, dass dieses nur durch ein Unglück (Sturz von Pferd und/oder von Reiter) oder durch aktives Eingreifen des Reiters zum Stehen gebracht werden kann. Um dieses Bild auf die (Anti-Aging) Medizin zurück zu übertragen: Die Medizin und die Disziplinen, die sich mit dem Leben und Fragen nach der Lebensqualität von Menschen auseinandersetzen sowie die Gesellschaft insgesamt tragen Verantwortung für die medizinischen Möglichkeiten, die zum Wohle aller in jedem Lebensalter einzusetzen sind. Diese Verantwortung ernst zu nehmen und zu verwirklichen, scheint jedoch als die Herausforderung der Zukunft. Zimmermann-Acklin, der sich mit Altersrationierung und Gerechtigkeit auseinandersetzte, bezog sich in seinen Überlegungen auf Breyer und seinen Vorstellungen zu gelingendem Leben bzw. Lebens- und Glücksentwürfen, die hilfreich sein könnten für eine Annäherung an die Lebensphase Alter und gelungene Alternsprozesse. Denn, wenn es – überspitzt formuliert – so sein sollte, dass der Medizin ein Anti-Aging-Denken-und-Handeln zugrunde liegt, würde das Alter nie dem

Alter angemessen behandelt, da die Disziplin bisher nicht einmal einen Blick in Richtung der Spezifika dieser Lebensphase wirft. Auch die Priorisierung, die von Raspe dargestellt wurde, würde dem Alternsprozess und seinen Bedürfnissen nicht näher kommen, da Altern pathologisiert von der Vorannahme her immer etwas an Extra-Versorgung herausfordert und nicht normalisiert erscheinen kann. Dagegen sprach Gabriele Meyer aus pflegewissenschaftlicher Perspektive von medizinischer Überversorgung im Alter und bemängelte eher das Defizit an Zuwendung und Fürsorge in professionellen Beziehungen, welches auf Überbetonung an Mitteln und Mangel an Zeit, Ausbildung und Wissen basiere, das Leben hilfe- und pflegebedürftiger Menschen jedoch zugunsten einer besseren Lebensqualität entscheidend verändern könnte.

Soziale Arbeit mit alten Menschen fragt nach der sozialen Teilhabe in der Gesellschaft, stärkt die Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und Unabhängigkeit älterer Menschen unter Einbeziehung der Möglichkeit, mit zunehmendem Alter hilfe- und pflegebedürftiger zu werden. Vor allem wird Soziale Altenarbeit danach bewertet werden, inwieweit sie angemessene Angebote für individuelle und gesellschaftliche Lebenslagen im Alternsprozess entwickeln und als reguläres Angebot wird durchsetzen können, in dem alte und älter werdende Menschen sich wohl fühlen und ihr Leben als sinnhaft strukturiert erleben sowie sich in ihrer Lebenszeit als kontinuierlich erleben. Dazu gehört auch, sich weiterhin als Mensch über sozialen Austausch mit anderen als entwicklungsfähiges Individuum vor dem Hintergrund seiner Erfahrungen wahrnehmen zu können, auch wenn die drei im Alter am häufigsten auftretenden Krankheiten: Depression, Demenz und Bewegungsarmut (vgl. Steinhagen-Thiessen 2009) alltägliches Leben zunehmend beschränken. Soziale Altenarbeit wird in den nächsten Jahren daran gemessen, inwieweit sie Lebensqualität für das dritte und vierte Lebensalter entwickeln und durchsetzen wird.

Gleichzeitig werden jedoch breite Diskussionen notwendig, welche Annahmen, Grundlagen, Sichtweisen, Maßstäbe und Aufgaben Soziale Altenarbeit wahrnehmen möchte und muss. Diese Überlegungen haben erst begonnen und vor dem Hintergrund der Erkenntnisse aus unterschiedlichen Disziplinen wird die Einordnung zugunsten eines dynamischen und Entwicklungen fördernden Alternsprozesses einzufordern sein.

Dies hat der Workshop gezeigt und als Ausgangspunkt den Schwerpunkt auf die Medizin gesetzt, die mit einem wesentlichen Anteil Alternsprozesse mitgestaltet und zu verantworten hat. Dafür werden Kooperationen mit anderen Disziplinen notwendig, die über die eigene medizin-ethische und medizin-historische Perspektive hinaus, normative Fragen stellt: Welche Altersbilder liegen der Disziplin zugrunde? Welche Vorstellungen von einem guten Leben im

Alter gibt es und welche helfen heraus aus dem Dilemma zwischen Rationierung, Priorisierung und Überversorgung bzw. was könnte an Alternativen entstehen? Welche zeitlichen und räumlichen Strukturen liegen den Hilfeangeboten zugrunde? Wie haben Ältere im Dorf, im Stadtteil und in der Region Zugang zu Angeboten, Dienstleistungen, Institutionen, die für das Leben im Alter gut und hilfreich sind? Was ist unter „gutem Leben im Alter“ und „gutem Sterben“ zu verstehen? Wann fängt das Alter an? Wie kommen die Disziplinen, die sich mit dem Leben im Alter, dem Alternsprozess und dem Lebensende auseinandersetzen zu welchen Fragen zusammen? Und welche werden als unbedingt notwendig zu bearbeitende Fragen von den am Workshop beteiligten Disziplinen eingeschätzt? Diese Fragen sind gemeinsam auszuloten, zu stellen und zu bearbeiten von allen an der Herstellung von Lebensqualität in Alternsprozessen beteiligten Disziplinen. Es wäre zu überlegen, welche Disziplinen über den gemeinsam begonnenen Diskussionsprozess einzubinden wären, jenseits von Medizin, Pflegewissenschaft, Philosophie, Gerontologie, Soziologie, Erziehungs- und Bildungswissenschaften (Sozialpädagogik) hinaus.

Konkretisiert werden sollten die zuvor angedeuteten gemeinsamen Forschungsfragen in weiteren Workshops, in denen über die Komplexität der Medizin hinaus, weitere Disziplinen ihre bisherige Auseinandersetzung mit der Lebensphase Alter präsentieren und zur Diskussion mit weiteren Disziplinen stellen; Auseinandersetzungen, zu welchen Fragen gemeinsam geforscht werden könnte, müssten folgen. In Göttingen wurde dieser Prozess begonnen, wobei die Komplexität überraschte, mit der sich die Medizin in all ihren Facetten dem demographischen Wandel zu stellen hat und mit ihren Entscheidungen tief greifende Folgen für die gesamte Gesellschaft offenbart. Eine der wesentlichen Entscheidungen der nahen Zukunft, die jedoch interdisziplinär zu treffen ist, ist die nach der Inszenierung des Alterns: pathologisierend oder normalisierend, – denn davon wird jeder weitere Umgang in seinen unterschiedlichen Ausmaßen abhängen.

Die historische Beschäftigung mit dem Alter kann dazu beitragen, gesellschaftliche Zusammenhänge der Gegenwart besser zu verstehen. Dazu gehört die Tatsache, dass in einer an beruflicher Leistung orientierten Gesellschaft von Berufstätigkeit freigesetzte alte Menschen einen eher geringen sozialen Status einnehmen. Durch die mehr oder weniger erzwungene Untätigkeit wird die Verbindung, durch die man in die Gesellschaft eingegliedert ist, unterbrochen. Im Falle von kranken Menschen gilt Ähnliches. Auch hier kommt es durch die Krankheit zu einer erzwungenen Untätigkeit, was ebenfalls zu sozialem Ausschluss führt. Vom 19. Jahrhundert an wurde das Alter nicht mehr als natürliches Phänomen gesehen, sondern mit Krankheit gleichgesetzt. Die Mediziner des 19. und frühen 20. Jahrhunderts waren überzeugt, dass der Prozess des Alterns selbst unausweichliche pathologische Zustände herbeiführe, wodurch viele Krankheiten unabänderlich hervorgerufen würden. In der gegenwärtig vorherrschenden Einstellung gegenüber dem Alter gelten alte Menschen ebenfalls als einem unweigerlich biologischen Abbauprozess unterworfen, geprägt von Krankheit, Gebrechen und Senilität. Alte Menschen gelten in ihrer Leistungsfähigkeit ohnehin schon als beschränkt. Wird Alter mit Krankheit gleichgesetzt, kommen zwei negative Aspekte zusammen, was die Situation alter Menschen entsprechend erschwert. Nimmt man die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes älterer Menschen in den Blick, so zeigen Untersuchungen über ältere Patienten um 1900, dass diese ärztliche Hilfe erst nach einem längeren Krankheitsstadium auf suchten und betonten, „niemals“ krank gewesen zu sein. Wer zugab, krank zu sein, gestand ein, dass er nicht mehr in der Lage war, den gesellschaftlichen Anforderungen zu genügen. Dem entsprechend wurden die älteren Patienten behandelt. Im Rahmen der damaligen Mittel wurde versucht, die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit möglichst lange zu erhalten. Auch der ältere Kranke sollte so schnell wie möglich wieder dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen.

Aus diesem Zusammenhang heraus wird es verständlich, dass alte Menschen (immer) wenig(er) bereit sind, sich auf Gebrechen, Senilität und Abhängigkeit reduzieren zu lassen. Dank aktiver Prävention, gemeinhin als „Anti-Ageing“ bezeichnet, erscheint es möglich, später oder langsamer zu altern. Betrachtet man dabei die biomedizinischen Techniken und Konzepte, kommt dem individuellen Verhalten und den jeweiligen sozialen Verhältnissen eine nicht geringe Bedeutung zu. Gesundheit bis ins hohe Alter erscheint möglich und an das individuelle Verhalten und die finanziellen Möglichkeiten gekoppelt. Dabei wird dem alten/alternden Menschen eine gewisse

Eigenverantwortung zugeschrieben und gleichzeitig eine mögliche „Mitschuld“ am Altern suggeriert. Vor dem Hintergrund des Abbaus sozial- und gesundheitspolitischer Leistungen wird an die Eigenverantwortung eines jeden appelliert, möglichst lange gesund und kompetent zu bleiben. Die pharmazeutisch-technische Sichtweise steht dabei im Vordergrund und führt zu einer Vernachlässigung der psychologischen Seite. Durch die einseitige Betonung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit werden die möglichen Chancen, die das Altern zu bieten hat, vernachlässigt und alte Menschen bleiben auf Krankheit und Senilität reduziert.

Durch die medizinischen Möglichkeiten, die das Altern zu verlangsamen oder gar zu stoppen scheinen, gerät das Altern an sich in den Hintergrund. Um einen anderen gesellschaftlichen Umgang mit dem Altern zu erreichen, könnte eine historische Analyse hilfreiche Hinweise geben. Beispielsweise in Rückblicken auf eine Zeit, in der Alter (noch) nicht mit Krankheit gleichgesetzt wurde und ältere Menschen wichtige gesellschaftliche Impulse gaben. Ein interdisziplinär ausgerichteter Zugang zur Frage nach dem Umgang mit dem Altern sollte über allgemeine Glaubens- und Denkmuster Aufschluss geben und Aussagen darüber ermöglichen, welche Auffassungen medizinischer Kulturen ältere Menschen repräsentieren. Diese Auffassung wiederum führt zu bestimmten Verhaltensweisen älterer Kranker und wirkt mitgestaltend auf die äußeren Umstände ein. Diesen Wechselwirkungen nachzuspüren – historisch und aktuell – scheint sich für weitergehende Untersuchungen hinsichtlich einem Bedeutungswandel des Alterns „im Horizont der Medizin“ anzubieten.

*Silvia Schnorrer*  
*Universität Göttingen*

Im Zuge der Rationierungs- und Priorisierungsdebatte im Gesundheitswesen ist das hohe Lebensalter als Kriterium der Mittelverteilung immer wieder im Gespräch. Eine der primären Motivationen hierfür ist die Annahme, dass die Überalterung der Gesellschaft für die steigenden Gesundheitskosten verantwortlich ist; von daher, so die Befürworter, sei es schlüssig, Einsparungen an dieser Stelle vorzunehmen.

Stefan Felder, Gesundheitsökonom und Mitglied des Forschungsprojekts FOR 655 zur Priorisierung in der Medizin, sperrt sich gegen diese Annahme. Er weist im Gegenzug dazu nach, dass für den Anstieg der Gesundheitsquote in den OECD-Ländern in den letzten Jahrzehnten vielmehr das steigende Einkommen und der medizintechnische Fortschritt verantwortlich gemacht werden können. Der immer wieder gebrachte Verweis auf die Demographie als Quelle der Kostenexplosion sei ein „Red Herring“, der den Betrachter auf eine falsche Fährte locke.

Ähnlich verhält es sich mit den Pro-Kopf-Ausgaben: diese sind weder nur vom Stand der Medizintechnik abhängig (Status-Quo-Hypothese), noch steigen sie im hohen Alter wegen der häufig vorliegenden Multimorbidität an (Morbiditäts-Hypothese). Es ist vielmehr so, dass die Kosten von der Nähe des Patienten zum Tod und nicht von dessen kalendarischem Alter abhängen; in den letzten zwei Lebensjahren kommt es zu einem sprunghaften Anstieg der Ausgaben (Kompressions-Hypothese).

Die Frage drängt sich auf, ob es nach diesem neuen Erkenntnisstand überhaupt noch sinnvoll ist, über Altersrationierung nachzudenken. Wenn erwiesenermaßen die Nähe zum Tod, nicht das kalendarische Alter der ausschlaggebende Grund für die steigenden Gesundheitskosten ist – wird damit der Debatte um Altersrationierung nicht das Fundament entzogen, auf dem sie bislang operiert hat?

Doch natürlich lassen sich noch andere Gründe angeben, das Alter als Rationierungskriterium in Betracht zu ziehen, etwa dass jedem Menschen nur eine bestimmte Lebensspanne zur Verfügung steht, die es anzuerkennen gilt; so argumentiert etwa Daniel Callahan. Ältere Personen hätten ihr Leben bereits „gelebt“ und müssten in der Konsequenz auf weitere Gesundheitsleistungen verzichten.

Gegen diesen Ansatz und das Konzept der altersbezogenen Rationierung als Ganzes spricht sich der Schweizer Theologe und Bioethiker Markus Zimmermann-Acklin vehement aus. Im

Gegensatz zu dem am Vortrag referierenden Heiner Raspe sieht er eine Praxis der impliziten Rationierung im medizinischen Alltag mit einer Benachteiligung älterer Menschen bereits bestehen. Um diesem Trend Einhalt zu gebieten sei es unabdingbar, schnell klare und explizite alternative Rationierungsregelungen zu treffen,

Zimmermann-Acklin gelingt es allerdings nicht immer, die von ihm vorgetragenen Argumente pro Altersrationierung überzeugend auszuhebeln. Insbesondere Norman Daniels' Ansatz, nach dem kluge Planer unter dem Schleier des Nichtwissens ihre Ressourcen so einteilen würden, dass ihnen die meisten Mittel in der frühen oder mittleren Lebensphase zur Verfügung stehen, lässt sich nicht so ohne Weiteres von der Hand weisen.

Die größte Überzeugungskraft liegt für Zimmermann-Acklin in der Beobachtung, dass die politische Realisierbarkeit der Altersrationierung mehr als fraglich erscheint; das ist jedoch ein praktisches Argument, kein ethisches, und führt als solches nicht besonders weit. Nichtsdestotrotz ist Zimmermann-Acklin sicher Recht darin zu geben, dass eine Einigung über explizite Rationierungskriterien gefunden werden muss, um den nach wie vor steigenden Gesundheitskosten adäquat begegnen zu können.

*Anastasia Weiß*  
*Universität Göttingen*

Anti-Aging – ein in der Forschung, Medizin und in den Medien aktueller Begriff, der durch die Beeinflussung des Alterungsprozesses und Behandlung altersbedingter Erkrankungen für viele Menschen die Aussicht auf ein möglichst langes Leben in guter Gesundheit (die sog. compressed morbidity) eröffnet oder sogar die Verlängerung der Lebensspanne, den Alterungsstopp oder sogar eine Umkehr des Alterungsprozesses möglich machen könnte – und auf der anderen Seite das Altern als Weg und Chance zur Individualität, Reifung und Charakterbildung – also das sog. Pro-Aging.

Diese Gegenüberstellung der beiden gegensätzlichen Begriffe Altern (Aging) und Anti-Aging und deren Bedeutung war für mich ein entscheidender Aspekt im Workshop. Da ich mich als Doktorandin in der Medizinethik mit den Möglichkeiten und Grenzen der aktuellen Anti-Aging-Forschung beschäftige und die verschiedenen gegensätzlichen, ethischen Positionen bezogen auf den aktuellen Forschungsstand analysiere, war dieser Aspekt von besonderem Interesse für meine eigene Promotion.

Am deutlichsten wurden meiner Meinung nach diese zwei gegensätzliche Positionen (Pro-Aging gegen Anti-Aging) in den Vorträgen von Astrid Stuckelberger („Anti-Ageing Medicine or the New Paradigm in Medical Technology and Ageing“) und Eva Birkenstock („Endlichkeit als Schicksal und Chance-die Ambivalenz des Alterns aus philosophischer Sicht“) dargestellt.

Frau Stuckelberger präsentierte in ihrem Vortrag zahlreiche Innovationen und Möglichkeiten in der Anti-Aging-Medizin, die bereits angewendet werden oder an denen geforscht wird, aus unterschiedlichen Bereichen von Kosmetik über Hormone bis hin zur Gentechnik und bionischen Prothesen. Das Altern wurde hier aus Sicht der Anti-Aging-Medizin und deren Befürworter als ein biologischer Mechanismus dargestellt, der veränderbar und verbesserbar ist und durch technische Interventionen optimiert werden kann. Das Altern wurde somit aus rein biologischer und medizinischer Sicht betrachtet, das zahlreiche körperliche Defizite mit sich bringt. Als Anti-Aging-Behandlung wurde zugleich das wissenschaftlich Mögliche präsentiert, das dem Altern entgegenwirken soll. Laut Frau Stuckelberger handelt es sich bei diesem Anti-Aging-Trend um einen Prozess, der nicht aufzuhalten ist, da er sich bereits ins zahlreiche Bereiche in der Medizin aber auch im alltäglichen Leben ausgebreitet hat.

Im Gegensatz zu dieser rein biologisch-wissenschaftlichen und körperlichen Sicht auf den Alterungsprozess, hatte Frau Birkenstock in ihrem Vortrag eher die Vorzüge und Vorteile des Älterwerdens und deren Auswirkung auf das gesamte Individuum, also auch auf geistig-seelischer

Ebene betont. Das Altern wurde hier als Chance zu individueller Reifung und Charaktervollendung charakterisiert und die Endlichkeit des Lebens somit als ein positiver Aspekt gesehen. Dabei wurde ebenfalls die Frage aufgeworfen, ob das machbare und technisch Mögliche auch wünschenswert sei. Dies war auch für mich die entscheidende Frage in dieser Gegenüberstellung der zwei Positionen. Denn einerseits sieht man, wenn man im medizinischen Bereich tätig ist und Kontakt zu Patienten hat, zahlreiche ältere Patienten, die an altersbedingten Erkrankungen wie z.B. dementielle Erkrankungen leiden oder man begegnet auch im Alltag zahlreichen älteren Menschen, die Zahnprothesen oder Hörgeräte etc. tragen und für die eine Anti-Aging-Behandlung (zu der man auch die Zahnprothese zählen kann) sinnvoll erscheint um eine hohe Lebensqualität auch im Alter zu gewährleisten. Andererseits stellt sich die Frage danach, wo die Grenzen der Anti-Aging-Medizin liegen, insbesondere im Bereich der Gentherapie oder Hormontherapie, die zahlreiche Risiken mit sich bringt und ob deren Durchführung auch bei gesunden, älteren Menschen wünschenswert ist. Anhand beider Vorträge ist für mich deutlich geworden, dass man nicht eine Position allein beziehen kann. Man sollte den Alterungsprozess nicht nur auf der rein körperlichen oder biologischen Ebene (d. h. welche körperlichen Folgen das Altern bedingt) betrachten, sondern auch die geistige und seelische Ebene beachten und damit die Bedeutung des Alterns für das gesamte Individuum, das mit zunehmendem Alter einen Reichtum an Erfahrungen aufweist, betrachten. Bei der rein medizinisch-biologischen Betrachtungsweise des Alterns mit seinen Defiziten, die in der Anti-Aging-Medizin behoben werden sollen, kommt es zur Bildung eines eher dualistischen Menschenbildes und damit der Trennung von Körper und Geist/Seele. Damit besteht eine Gefährdung für die Persönlichkeit.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist es meiner Meinung nach, die Risiken und Nebenwirkungen und damit also die Vor- und Nachteile der verschiedenen Anti-Aging-Verfahren zu untersuchen und abzuwägen. Hier besteht noch Forschungsbedarf.

*Susanne Wurm*  
*Deutsches Zentrum für Altersfragen Berlin*

Im Mittelpunkt des Workshops stand die Frage, was Alter(n) bedeutet und wie sich die Lebensphase Alter im Horizont der modernen Medizin wandelt. Der interdisziplinäre Workshop machte deutlich, dass Antworten auf diese Frage nicht nur disziplinär variieren, sondern auch davon abhängig sind, ob eher das dritte oder das vierte (hohe) Lebensalter betrachtet und damit das Augenmerk eher auf die Chancen des länger Jungbleibens oder auf die Herausforderungen des Lebensendes gerichtet wird.

Die Diskussion der beiden Beiträge von Tobias Eichinger und Astrid Stuckelberger zum Thema Anti-Aging zeigten die hohe Ambivalenz gegenüber den Möglichkeiten, Begleiterscheinungen des Alter(n)s zu verlangsamen. Die Potenziale der Anti-Aging Medizin sind hierbei faszinierend und irritierend zugleich, denn sie spannen den Bogen zwischen Machbarkeit und Wünschbarkeit und lassen die normative wie individuelle Frage, was normales (oder optimales) Altern ist, in neuem Licht erscheinen. Wird Anti-Aging Medizin in Zukunft zu einer Morbiditätskompression beitragen können? Welche medizinischen Behandlungen bei älteren Menschen wird sich die Gesellschaft im Zuge des demografischen Wandels leisten können und wollen? Wird es zunehmend zu einer Pflicht, sich bis ins Alter gesund und leistungsfähig zu halten? Der Rückblick von Daniel Schäfer auf die Frühe Neuzeit machte deutlich, dass weder der Versuch, das Älterwerden aufzuhalten, noch der Rat zu eigenverantwortlichem, präventiven Gesundheitsverhalten neu ist. Vielmehr haben sich vor allem die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten verändert. Die Unterscheidung behandlungsbedürftiger Krankheiten, unveränderlicher Altersprozesse und Disease Mongering gilt es, vor diesem Hintergrund neu zu betrachten.

In den vergangenen Jahren hat sich ein Wandel der Altersbilder vollzogen, hin zu einer positiveren Sicht auf das Älterwerden (z.B. Wurm & Huxhold, 2009). Eine Reihe von Studien konnte zeigen, dass sich eine positive Sicht auf das Älterwerden günstig auf Gesundheit, Langlebigkeit und präventives Gesundheitsverhalten auswirkt (z.B. Levy et al., 2002, Levy & Myers, 2004, Wurm et al. 2007). Andererseits erscheint auch die Überlegung von Bultena und Powers (1978) plausibel: "Ironically, the negative stereotypes about older persons ... may be functional in the sense of providing a sufficiently dreary picture of old age that many aged persons, by comparison, feel advantaged". Was bedeutet der Wandel der Altersbilder dann, wenn sich positive Erwartungen an das Älterwerden nicht erfüllen lassen, d.h. wenn die medizinische und individuelle Machbarkeit gesunden Alterns an ihre Grenzen stößt? Wie werden zukünftige Jahrgänge älterer Menschen damit umgehen?

Vor diesem Hintergrund muss man sich interdisziplinär mit der Frage befassen, was gutes Leben im Alter ausmacht – und was dazu beitragen kann, dass Menschen Krankheit, Sterben und Tod annehmen können. Diese Frage geht über jene der Medikalisierung des Alterns hinaus und berührt beispielsweise ethische, philosophische, theologische, psychologische und rechtliche Fragen zum Leben im Alter. Theorien der Entwicklungsregulation verweisen zum Beispiel darauf, dass die Ziele, die Menschen verfolgen, zentrale Bestimmungsstücke eines guten Lebens im Alter sind (Baltes, Lindenberger, & Staudinger, 2006; Brandtstädter, 2007; Schulz, Wrosch, & Heckhausen, 2003). Je nachdem, ob Ziele erreicht oder nicht erreicht worden sind und ob es möglich war, nicht (mehr) erreichbare Ziele durch neue Ziele zu ersetzen, kann von einem guten, erfüllten Leben gesprochen werden. Die disziplinären Perspektiven auf ein gutes Leben im Alter – und zwar auch im hohen Alter – könnten eine interessante Fortsetzung des Workshop-Themas darstellen. Das hohe Lebensalter ist hierbei aus drei Gründen besonders hervorzuheben: (1) Es ist ein Lebensalter, das früher nur von wenigen, (gesundheitlich) hoch selektierten Personen erreicht wurde, während in Zukunft ein Grossteil der Bevölkerung 80 Jahre und älter werden wird. (2) Es ist die Lebensphase mit der höchsten Kumulation körperlicher und geistiger Verluste und (3) der höchsten Suizidrate. Es stellt sich deshalb in besonderem Maße die Frage, wie ein gutes Leben (und auch: Sterben) im hohen Alter gestaltet werden kann.

## *Autoren*

Dipl. Marion Bär  
Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg  
NAR-Kolleg Heidelberg  
Institut für Gerontologie

Claudia Bozzaro, M.A.  
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg  
Philosophisches Seminar

Dr. Hans-Georg Hofer  
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn  
Medizinhistorisches Institut

Dipl. Meggi Khan-Zvornicanin  
CharitéCentrum 1 für Human- und Gesundheitswissenschaften Berlin  
Graduiertenkolleg "Multimorbidität im Alter"

Dr. des. Christina May  
Universität Münster  
Institut für Politikwissenschaft

PD Dr. Christine Meyer  
Institut für Erziehungswissenschaft  
Friedrich-Schiller-Universität Jena

Dr. Simone Moses  
Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung

Silvia Schnorrer  
Universität Göttingen  
Philosophische Fakultät

Anastasia Weiß  
Universitätsmedizin Göttingen  
Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin

Dr. Susanne Wurm  
Deutsches Zentrum für Altersfragen Berlin