



Institut für Ethik und Geschichte der Medizin

„Gelingendes“ und „gesundes“ Alter(n) in der pluralistischen Gesellschaft Systematische Übersicht ethischer Fragen - Schlussbericht

Förderkennzeichen: ZMV I1-2516 FSB 016

Leitung: Prof. Dr. phil. Hans-Jörg Ehni

Projektmitarbeitende: Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen: Dr. Selma Kadi, Dr. Leona Litterst, studentische Hilfskräfte: Denise Pöthe, Luise Fleisch.

Kontaktdaten:

Anschrift: Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Tübingen, Gartenstraße 47, 72074 Tübingen

Email: hans-joerg.ehni@uni-tuebingen.de

Telefon: 07071 29 78033

Fax: 0707129 5190

Laufzeit: 35 Monate, 1.2.2017-31.12.2019

Fördersumme: 222.340 Euro

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

1 Inhaltsverzeichnis

1 Inhaltsverzeichnis	2
2 Zusammenfassung.....	3
3 Einleitung.....	7
3.1 Ausgangslage des Projekts	7
3.2 Ziele.....	8
3.3 Projektaufbau, Strukturen und Verantwortlichkeiten.....	8
4 Erhebungs- und Auswertungsmethodik.....	10
4.1 Zur Methodik der einzelnen Arbeitspakete:.....	10
4.2 Messbare Ziele und Kontrolle	21
5 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan	22
6 Ergebnisse	23
6.1 Literaturrecherche	23
6.2 Ergebnisse der Interviewstudie 1	49
6.3 Ergebnisse der Interviewstudie 2	62
6.4 Ergebnisse der Richtlinienanalyse	67
6.5 Workshop	68
6.6 Begegnungstag	75
7 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung.....	76
8 Gender Mainstreaming Aspekte	77
9 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse.....	78
10 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential	79
11 Publikationsverzeichnis	80
12 Literatur.....	81

2 Zusammenfassung

Das Thema des Projekts ist das „gelingende“ oder „gute“ Altern aus Sicht von Gerontologie und Ethik. Wie entsprechende Konzeptionen Eingang in politische Leitlinien auf nationaler und internationaler Ebene gefunden haben und wie mögliche Probleme in diesem Kontext gelöst werden können, dabei für die Fragestellung des Projekts von besonderem Interesse. Ansatzpunkt sind gerontologische Konzeptionen des „gelingenden“ Altern der Gerontologie und deren implizite Normativität. Diese Normativität bezieht sich auf ein Ideal des Alterns und des Alters, das in den jeweiligen Konzeptionen und von ihren Autoren/-innen als allgemein erstrebenswert dargestellt und vorgeschlagen wird. Aus diesem Ideal kann man gleichzeitig ein individuelles wie gesellschaftliches Sollen ableiten wie mit Alternsprozessen und mit der Lebensphase Alter am besten umzugehen sei. Entsprechende Imperative reichen von Klugheitsregeln bis zu möglichen Pflichten des einzelnen gegenüber der Gesellschaft und umgekehrt. In einem solchen „Sollen“ wird ein Bezug der Gerontologie zur Ethik deutlich, der bisher von beiden Seiten vernachlässigt worden ist. Als Folge fehlen Bezüge zur Theorie des guten Lebens und zu anderen relevanten theoretischen Aspekten der Ethik bzw. der praktischen Philosophie wie etwa zu Grenzen individueller Verantwortung, sozialer Ungleichheit und Übergängen von Werturteilen zu Pflichten und Rechten. Entsprechende kritische Diskussionen gibt es zwar in der Gerontologie, jedoch weitgehend ohne den genannten Bezug zur Ethik. Die gerontologische Diskussion des „gelingenden“ Alterns könnte dadurch hinter den bereits erreichten ethischen Diskussionsstand zurückfallen, etwa welche Implikationen der Wertepluralismus als Grundlage der gegenwärtigen Gesellschaft für eine geteilte Auffassung des guten Lebens besitzt. Umgekehrt übersehen ethische Theorien in Abstraktionen der Bedingungen des guten Lebens zumindest teilweise die besonderen Bedingungen hierfür, die durch das körperliche Altern geschaffen werden.

Die Ziele des Projekts bestanden darin, diese implizite Normativität gerontologischer Konzeptionen des gelingenden Alterns zu analysieren, kritisieren und die vorausgesetzten Normen rekonstruieren. Hierzu wurden eine umfangreiche Literaturrecherche, Interviewstudien mit Laien sowie Experten/-innen und eine Analyse von Richtlinien im Hinblick auf ermittelte ethische Themen durchgeführt. Hauptziel dieses Projekts war es, eine systematische Übersicht des Bezugs der genannten Problembereiche zu Grundwerten wie Menschenwürde, Selbstbestimmung und Gerechtigkeit zu geben. Daraus wurden allgemein akzeptierte Orientierungen für Leitlinien und Programmatiken abgeleitet („Leitlinie für Leitlinien“).

Beispiele für gerontologische Konzeptionen des „gelingenden“ Alter(n) sind u.a. „gesundes“, „aktives“, „erfolgreiches“, „produktives“, „optimales“ oder „vitales“ Alter(n) (Fernandéz-Ballesteros et al., 2013). Besonders einflussreich ist das Konzept des erfolgreichen Alterns („successful aging“). Rowe und Kahn definieren erfolgreiches Altern durch drei Elemente: Eine geringe Wahrscheinlichkeit für Krankheit und Behinderung, hervorragende kognitive und körperliche Funktionsfähigkeit und aktive Teilnahme am Leben (Rowe/Kahn 1997). Dabei grenzen sie das „erfolgreiche“ Altern vom „normalen“ bzw. „durchschnittlichen“ Altern ab. „Exemplarisch zeigen sich am „successful aging“ die implizite Normativität und die mit ihr verbundenen Probleme dieses und vergleichbarer Konzepte.

Empirische Untersuchungen, die an das Konzept des „successful aging“ anknüpfen, haben entsprechend darauf hingewiesen, dass ältere Menschen selbst bei chronischen Erkrankungen häufig abweichende Definitionen ihrer eigenen Gesundheit und des „Erfolgs“ beim Alter(n) haben können. Zudem ist fraglich, inwiefern unterschiedliche kulturelle Perspektiven dabei ausreichend berücksichtigt werden (Torres 2015). Dies wirft die grundlegende Frage auf, ob und wie objektive Kriterien des „guten“, „gelingenden“ oder „erfolgreichen“ Alter(n)s begründet werden können. Solche Kriterien müssten ebenfalls aus der philosophischen Debatte um subjektive und objektive Kriterien für das „gelungene“ oder „gute“ Leben im Allgemeinen abgeleitet werden (Steinfath 1998). Nicht begründet wird zudem, warum dem Alter ein so grundlegender Rang zugeschrieben wird: Warum sollte überhaupt die Lebensphase des Alters ein so großes Gewicht im Lebenslauf erhalten, dass dieser insgesamt auf diese ausgelegt werden sollte wie häufig nahegelegt wird? Ein gerontologisch begründeter Paternalismus im Hinblick auf die gesundheitsbewusste Lebensführung scheint dadurch den medizinischen abzulösen, der bereits einer größeren Selbstbestimmung des Patienten Platz gemacht hat.

In diesem Zusammenhang fehlt eine kritische Grenzziehung zwischen Ratschlägen der Klugheit und Regeln mit moralischer Verbindlichkeit. Dadurch können Ratschläge, die eigentlich nur dann verbindlich sind, wenn man sich die entsprechenden Zielsetzungen zu eigen macht, zu sanktionsbewerten Regelwerken werden. Diese Probleme verschärfen sich, wenn die entsprechenden Konzeptionen etwa in Präventionsleitlinien oder in allgemeine Richtlinien für die Gesundheitspolitik Eingang finden. Debatten zur Rolle von Verantwortung für die eigene Gesundheit bei Gesundheitsleitungen und Rationierung im Gesundheitswesen können zu solchen Entwicklungen beitragen. Der Fokus auf das Verhalten des Einzelnen vernachlässigt zudem die unterschiedlichen Möglichkeiten verschiedener gesellschaftlicher Gruppen, ihr Leben entsprechend den Vorgaben des Konzepts anzupassen. Untersuchungen zu sozialen Determinanten von Gesundheit weisen darauf hin, dass die Elemente des „erfolgreichen“ Alterns keineswegs für alle ähnlich erreichbar sind. Nicht zuletzt ist eine solche negative Einschätzung in der Folge mit der Gefahr verbunden, dass die Gesellschaft für die entsprechenden Bedürfnisse, u.a. im Gesundheitswesen, weniger Ressourcen und Aufmerksamkeit für die Betroffenen aufwendet.

Als Ergebnis der durchgeführten Interviewstudien mit Laien lässt sich festhalten, dass die subjektiven Perspektiven auf gutes Alter(n) mehr Komponenten als das erfolgreiche Alter(n) nach Rowe und Kahn beinhalten. Während Rowe und Kahn optimale Gesundheit voraussetzen, ist dies nicht in allen subjektiven Definitionen des guten Alter(n)s in dieser Studie der Fall. So gibt es sehr wohl Definitionen, in denen Gesundheit auch eingeschränkt sein kann. Unterstützung im Umgang mit Krankheit, Behinderung, Gebrechlichkeit und dem Sterben oder ein individuelles ‚sich mit Krankheit arrangieren‘ sind in manchen Definitionen Bestandteile des guten Alter(n)s. Während das erfolgreiche Alter(n) nach Rowe und Kahn also ein Bild eines eher leistungsfähigen Körpers mit optimaler Gesundheit im Alter vermittelt, findet sich in den subjektiven Definitionen auch ein Altersbild mit mehr Platz für auch schwierige, alterstypische Erfahrungen.

Im Kontrast zu Rowe und Kahns Fokus auf die individuelle Leistung des erfolgreichen Alter(n)s, steht in den subjektiven Definitionen ein Menschenbild, das stärker auf Interdependenz basiert im Vordergrund. So sind sowohl unterschiedliche Arten der Unterstützung durch andere

wie soziale Beziehungen Teil des guten Alter(n)s. Die Beziehungen sind, im Gegensatz zu Rowe und Kahns Konzept nicht ausschließlich Mittel zur Verbesserung der Gesundheit. Darüber hinaus verweist die Komponente der Selbstbestimmung auf eine marginalisierte Position älterer Menschen in der Gesellschaft und die Komponente Zustand der Gesellschaft betont die Bedeutung gesellschaftlicher Verhältnisse jenseits individueller Lebenssituationen. Rowe und Kahns Konzept fokussiert stark auf Gesundheit, die von sozialen Ungleichheiten wesentlich beeinflusst ist (Timonen 2016). Soziale Ungleichheiten spielen aber selbst im neueren Vorschlag für ‚gesellschaftliches erfolgreiches Altern‘ keine Rolle (Rowe und Kahn 2015). Während für eine Förderung des erfolgreichen Alterns politisch hauptsächlich bei der Förderung der Gesundheit jener, die zum Erreichen optimaler Gesundheit in der Lage sind, anzusetzen ist, leitet sich aus den subjektiven Definitionen ein sehr viel breiteres Spektrum politischer Handlungsmöglichkeiten ab.

Nicht alle der interviewten Expert/-innen arbeiten mit den Konzepten des guten Alter(n)s. In einigen Fällen werden eigene Formulierungen benutzt. Es sind jedoch mit einer Ausnahme alle Expert/-innen davon überzeugt, dass es Konzepte des guten Alter(n)s (auch wenn diese z.B. an Kommunen und unterschiedliche Gruppen älterer Menschen angepasst werden müssen) in der Politik für ältere Menschen braucht. Es wurden unterschiedliche Kritiken des Konzepts des erfolgreichen Alter(n)s formuliert. Von einem stärkeren Fokus auf die Förderung des guten Alter(n)s werden nicht ausschließlich positive Folgen erwartet.

Die untersuchten Richtlinien zum Thema Alter(n) setzen einen Schwerpunkt auf Gesundheit als Herausforderung durch den demografischen Wandel. Gesundheit wird dabei in der Regel breit verstanden, angelehnt an die – gleichwohl in der medizinethischen Diskussion umstrittene – WHO-Definition, die Wohlbefinden einschließt. Im Vordergrund stehen Prävention und der Erhalt von Funktionsvermögen im Hinblick auf gesellschaftlich produktive Aktivitäten. Betont wird die Anpassung der gesundheitlichen Versorgung, wenig thematisiert die Integration sozialer Dienste. Die Kritikpunkte, die bereits in der gerontologischen Diskussion des „erfolgreichen“ Alterns genannt werden und die sich aufgrund der ethischen Analyse, Rekonstruktion und Kritik bekräftigen lassen, treffen auch auf die meisten untersuchten Richtlinien zu: subjektive Sichtweisen, kulturelle Differenz und Wertpluralität kommen zu kurz. Dabei zeigten auch die Interviewstudien im Projekt, dass diese Perspektiven eine Bereicherung des Diskurses zum gelingenden Altern darstellen und in sich deutlich differenzierter sind und auch eine größere Breite aufweisen als die Konzepte aus der Gerontologie das häufig tun. Zu kurz kommen dabei auch die Themen Behinderung und chronische Erkrankungen, Ageismus und gesundheitliche Ungleichheit/soziale Determinanten. Eine Ausnahme stellt die Global Strategy der WHO dar, die fast alle Themen abdeckt, subjektive Perspektiven berücksichtigt und Themen wie der Bekämpfung von Ageismus Vorrang einräumt, indem sie eigene Schwerpunkte der Richtlinie bilden. Der Global Strategy kommt damit eine Vorbildfunktion für andere Richtlinien zu. Allerdings vernachlässigt auch die Global Strategy das Thema des vierten Alters und die damit zusammenhängenden Punkte. Zusammenfassend lässt sich festhalten: Die untersuchten Richtlinien widmen sich mit Vorrang dem Thema wie das Dritte Alter gesund, aktiv und autonom gelebt werden kann, um den Herausforderungen des demographischen Wandels zu begegnen. Dabei kann möglicherweise ein Paternalismus durch die Hintertür der „Public Health“ wieder eintreten, der ansonsten die Medizin verlassen hat. Die Betonung eines gesunden Lebensstils

lässt möglicherweise wenig Spielraum für Lebensentwürfe, in denen die entsprechenden Maßnahmen nur eine untergeordnete Rolle spielen. Gesund werden wird von der Klugheitsempfehlung zur moralischen Pflicht. Unbeachtet bleibt hierbei auch, dass nicht alle Menschen die gleichen Voraussetzungen dafür besitzen und ihnen eine Verantwortung für die eigene Gesundheit zugeschrieben wird, die aufgrund von sozialen Determinanten nicht ihrem Handlungsspielraum entspricht. Ausgeklammert bleibt das Vierte Alter und die Themen von Negativität, Interdependenz und Fürsorgebeziehungen, die hier in der gerontologischen Literatur angesprochen werden. Das stärkste Desiderat an zukünftige Richtlinien besteht also darin, das hohe Alter und seine Bedürfnisse stärker in den Blick zu nehmen. Vorbildlich sind dabei die Altenberichte der Bundesregierung, die alle Themen abdecken und den zweiten Altenbericht von 2002 dem Thema Hochaltrigkeit widmen. Hier ist auch eine Ethik der Solidarität hervorgehoben. Berücksichtigung findet dieser Bericht jedoch in den anderen deutschen Richtlinien nicht und eine erneute Auseinandersetzung mit dem Thema wäre angebracht, die neuere gerontologische Beiträge berücksichtigt und ebenso die Diskussion zwischen Ethik und Gerontologie (vgl. dazu <https://www.dza.de/politikberatung/geschaeftsstelle-altenbericht/die-bisherigen-altersberichte.html>)

3 Einleitung

Projektstruktur (Projektaufbau, Strukturen, Verantwortlichkeiten)

3.1 Ausgangslage des Projekts

Das Projekt setzt bei einem fehlenden Austausch zwischen Gerontologie und Ethik an. Die Gerontologie entwickelt unterschiedliche Konzeptionen des gelingenden Alter(n)s, die einen Bezug zur Theorie des guten Lebens aufweisen. Hierzu findet jedoch kaum ein Austausch mit der Ethik statt. Im Gegenzug vernachlässigt die Ethik häufig die Erkenntnisse aus der Gerontologie, die zu einer konkreten Konzeption des guten Lebens für Menschen als Lebewesen beitragen kann, die sich des eigenen Alter(n)s bewusst sind und sich damit auseinander setzen müssen.

Beispiele für gerontologische Konzeptionen des „gelingendes“ Alter(n) sind „gesundes“, „aktives“, „erfolgreiches“, „produktives“, „optimales“ oder „vitales“ Alter(n) (Fernandéz-Ballesteros et al., 2013). Diese Konzeptionen sollen Individuen und Gesellschaft orientieren, wie mit dem eigenen und dem fremden Alter(n) im Kontext des demographischen Wandels umgegangen werden soll. Im Mittelpunkt stehen dabei die Gesundheit und ihr Erhalt als zentrales Ziel. Daraus ergibt sich der implizite normative Gehalt dieser Konzeptionen: Sie empfehlen – häufig für den gesamten Lebenslauf – einen bestimmten Umgang mit dem Alter(n) als geeignetes Mittel, um eine „gelingende“ Lebensphase des Alters zu erleben. Primär handelt es sich also um prudentielle Empfehlungen, jedoch werden teils auch moralische Vorschriften vorgebracht, welche Pflichten der Älteren gegenüber der Gesellschaft bestehen sollen (und umgekehrt). Besonders einflussreich ist das Konzept des erfolgreichen Alterns („successful aging“). Rowe und Kahn definieren erfolgreiches Altern durch drei Elemente: Eine geringe Wahrscheinlichkeit für Krankheit und Behinderung, hervorragende kognitive und körperliche Funktionsfähigkeit und aktive Teilnahme am Leben (Rowe/Kahn 1997). Dabei grenzen sie das „erfolgreiche“ Altern vom „normalen“ bzw. „durchschnittlichen“ Altern ab. „Exemplarisch zeigen sich am „successful aging“ die implizite Normativität und die mit ihr verbundenen Probleme dieses und vergleichbarer Konzepte.

Zunächst einmal ist ein objektiver Begriff von Gesundheit vorausgesetzt, der sich auf Funktionalität bezieht, ohne dass die Entscheidung für diesen Begriff begründet wäre. Empirische Untersuchungen, die an das Konzept des „successful aging“ anknüpfen, haben entsprechend darauf hingewiesen, dass ältere Menschen selbst bei chronischen Erkrankungen häufig abweichende Definitionen ihrer eigenen Gesundheit und des „Erfolgs“ beim Alter(n) haben können. Zudem ist fraglich, inwiefern unterschiedliche kulturelle Perspektiven dabei ausreichend berücksichtigt werden (Torres 2015). Dies wirft die grundlegende Frage auf, ob und wie objektive Kriterien des „guten“, „gelingenden“ oder „erfolgreichen“ Alter(n)s begründet werden können. Solche Kriterien müssten ebenfalls aus der philosophischen Debatte um subjektive und objektive Kriterien für das „gelungene“ oder „gute“ Leben im Allgemeinen abgeleitet werden (Steinfath 1998). Nicht begründet wird, warum dem Alter ein so grundlegender Rang zugeschrieben wird: Warum sollte überhaupt die Lebensphase des Alters ein so großes Gewicht im Lebenslauf erhalten, dass dieser insgesamt auf diese ausgelegt werden sollte wie häufig nahe gelegt wird? Ein gerontologischer Paternalismus im Hinblick auf die gesundheitsbewusste

Lebensführung scheint dadurch den medizinischen abzulösen. Aber: Widerspricht ein solcher Paternalismus durch bestimmte Konzeptionen des „gelingenden“ Alter(n)s nicht prinzipiell den Voraussetzungen von Toleranz und unterschiedlichen Lebensstilen in einer pluralistischen Gesellschaft?

In diesem Zusammenhang fehlt eine kritische Grenzziehung zwischen Ratschlägen der Klugheit und Regeln mit moralischer Verbindlichkeit. Dadurch können Ratschläge, die eigentlich nur dann verbindlich sind, wenn man sich die entsprechenden Zielsetzungen zu eigen macht, zu sanktionsbewerten Regelwerken werden. Diese Probleme verschärfen sich, wenn die entsprechenden Konzeptionen etwa in Präventionsleitlinien oder in allgemeine Richtlinien für die Gesundheitspolitik Eingang finden. Debatten zur Rolle von Verantwortung für die eigene Gesundheit bei Gesundheitsleitungen und Rationierung im Gesundheitswesen können zu solchen Entwicklungen beitragen. Der Fokus auf das Verhalten des Einzelnen vernachlässigt zudem die unterschiedlichen Möglichkeiten verschiedener gesellschaftlicher Gruppen, ihr Leben entsprechend den Vorgaben des Konzepts anzupassen. Untersuchungen zu sozialen Determinanten von Gesundheit weisen darauf hin, dass die Elemente des „erfolgreichen“ Alterns keineswegs für alle ähnlich erreichbar sind. Nicht zuletzt ist eine solche negative Einschätzung in der Folge mit der Gefahr verbunden, dass die Gesellschaft für die entsprechenden Bedürfnisse, u.a. im Gesundheitswesen, weniger Ressourcen und Aufmerksamkeit für die Betroffenen aufwendet.

3.2 Ziele

Das Projekt soll die implizite Normativität gerontologischer Konzeptionen des gelingenden Alterns analysieren, kritisieren und die vorausgesetzten Normen rekonstruieren. Dies soll auch Gegenstand einer empirischen Untersuchung werden. Hauptziel dieses Projekts ist es, eine systematische Übersicht des Bezugs der genannten Problembereiche zu Grundwerten wie Menschenwürde, Selbstbestimmung und Gerechtigkeit zu geben. Daraus sollen allgemein akzeptierte Orientierungen für Leitlinien und Programmatiken abgeleitet werden („Leitlinien für Leitlinien“).

3.3 Projektaufbau, Strukturen und Verantwortlichkeiten

Das Projekt ist in vier Arbeitspakete unterteilt. Das erste AP ist eine umfangreiche Literaturrecherche zum Thema, das zweite umfasst zwei empirische Studien zu Konzeptionen des gelingenden Alterns, die erste in der Lebenswelt und die zweite bei institutionellen Akteuren. Das dritte AP untersucht inwiefern Konzeptionen des gelingenden Alterns und die in diesem Bezug relevanten ethischen Themen Eingang in Richtlinien und Empfehlungen gefunden haben. Das vierte AP führt diese Themen unter Rücksprache mit Experten/-innen zusammen.

Im Einzelnen:

Arbeitspaket 1: Die implizite Normativität von gerontologischen Konzeptionen des „gelingenden“ Alterns

Arbeitsbeschreibung: In diesem Arbeitspaket soll eine kritische Übersicht von gerontologischen Konzeptionen des „gelingenden“ Alterns erstellt werden. Dabei soll ihre implizite Normativität vor allem auf die folgenden Problembereiche untersucht werden: auf Begriffe von Gesundheit (z.B. naturalistisch vs. normativ), auf Voraussetzungen des guten Lebens, Berücksichtigung von Pluralität, Eigenverantwortlichkeit und altersspezifische Pflichten sowie gesundheitliche Ungleichheit und Gerechtigkeit.

Arbeitspaket 2: Die Perspektiven der Lebenswelt und institutioneller Akteure

Das zweite Arbeitspaket besteht aus einer explorativen Studie zu Konzepten des „gelingenden“ Alterns aus der Perspektive der Lebenswelt und institutioneller Akteure. Dazu werden in jeweils eigenen Teilstudien Einzelinterviews und Experteninterviews durchgeführt.

Arbeitspaket 3: Vergleich von Programmen der Alterspolitik und „Leitlinien für Leitlinien“

Exemplarische deutsche (Schwerpunkt Ältere Menschen des BMBF, Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen BMG, Altenberichte der Bundesregierung und „Gesund älter werden“ des DZA) und internationale (EU, healthy and active aging, UN, global issues: aging, USA, health, National Institute on Aging) politische sowie wissenschaftliche Programme werden im Hinblick auf gerontologische Konzepte des „gelingenden“ Alter(n)s und die damit verknüpften Problemfelder analysiert.

Arbeitspaket 4: Arbeitsplan und Methodik: Systematische Zusammenführung, Diskussion und Veröffentlichung der Ergebnisse

Ergebnisse und offene Fragen werden im Rahmen einer interdisziplinären Tagung in Tübingen diskutiert. Die Tagung beinhaltet auch einen intergenerationellen Begegnungstag, der von den Antragsstellern in ähnlicher Form in einem vom BMBF geförderten Diskursprojekt in Kooperation mit dem Seniorenrat Tübingen erfolgreich erprobt wurde.

Die Literaturrecherche und -auswertung wurde von Dr. Kadi und Prof. Ehni durchgeführt. Der empirische Teil des Projekts von Dr. Kadi. Die Leitlinien für Leitlinien wurden von Prof. Ehni und Dr. Litterst verfasst. Wie im Antrag vorgesehen wurde das Projektteam dabei von Sandra Torres, Professor at Department of Sociology, Faculty Department of Sociology, Faculty, Uppsala University und Sridhar Venkatapuram MSc MPhil PhD FRSA, Lecturer in Global Health & Philosophy, King’s College London. Global Health Lead, SSHM beraten.

4 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

4.1 Zur Methodik der einzelnen Arbeitspakete:

4.1.1 Methodik der Literaturanalyse (API)

Um Literatur zum gelingenden Altern zu recherchieren, wurden drei unterschiedliche Strategien verfolgt. Zunächst wurde im Sinne eines ersten Überblicks der Frage nachgegangen, welche Bedeutung den drei Schlüsselbegriffen erfolgreiches, aktives und gesundes Altern im Verlauf der letzten Jahrzehnte zukommt. Wann beginnt die Publikationstätigkeit wann steigt sie an? Wie sieht es mit dem Vergleich der drei Schlüsselbegriffe aus – wozu wird mehr oder weniger publiziert und wie unterscheidet sich die Publikationsfrequenz über die Jahrzehnte? Die zweite und die dritte Strategie fokussierten auf die Diskussion um die Begriffe bzw. die mit ihnen verbundenen Konzepte. Für die zweite Strategie wurde ebenfalls wie für die erste Pubmed herangezogen. Hier wurde jedoch darauf abgezielt, Publikationen zu finden, die sich besonders intensiv mit den Konzepten auseinandersetzen und ein kleinerer Korpus gebildet, der manuell gesichtet wurde¹. Die leitenden Fragen für diese Literaturrecherche waren: Wie werden aktives, gesundes und erfolgreiches Altern definiert? Welche Publikationen sind für die kritische Diskussion der Konzepte von Bedeutung? Die dritte Strategie bestand darin, weitere Texte über BELIT, den Bibliothekskatalog der Universität Tübingen und in den Literaturverweisen anderer Veröffentlichungen zum Thema zu finden. Die leitende Frage war hier: Welche weiteren relevanten Texte der wissenschaftlichen Diskussion um die Konzepte sollten insbesondere im Hinblick auf Normativität und ethische Anknüpfungspunkte berücksichtigt werden? Die Ergebnisse der zweiten und der dritten Strategie werden im weiteren Text abgebildet. Daher soll hier lediglich der aus der ersten Strategie resultierende Überblick über die Publikationstätigkeit dargestellt werden.

Hierfür wurde die Datenbank Pubmed herangezogen und danach gesucht², wie häufig die drei Schlüsselbegriffe jeweils in der amerikanischen oder der britischen Schreibweise in Titel oder Abstract auftauchen. Die Veröffentlichungen wurden in Dekaden (jeweils 00-09) gruppiert, um Trends festzustellen.

Insgesamt wurden so für alle Begriffe 8253 Artikel identifiziert. Dies bildet selbstverständlich nur die Publikationstätigkeit ab, die im Rahmen von in Pubmed aufgenommenen Zeitschriften (d.h. besonders medizinrelevante Publikationen) stattgefunden hat. In der Dekade 1990-1999 finden sich 9 Artikel zum aktiven, 166 zum erfolgreichen und 187 Artikel zum gesunden Altern. In der darauffolgenden Dekade gibt es bei allen drei Schlagwörtern einen Anstieg (aktives Altern 49, erfolgreiches Altern 530, gesundes Altern 869 Publikationen). Im Zeitraum 2010-2019 bleibt das aktive Altern mit 483 Publikationen unter 500 Publikationen, während das erfolgreiche Altern 1348 Veröffentlichungen aufweist und das gesunde Altern

¹ Dafür wurde nach Texten gesucht, die erfolgreiches, aktives, gesundes Altern (amerikanisch und britisch geschrieben) in Titel oder Abstract nennen und zwischen 1960 und 2019 publiziert wurden. In einem weiteren Schritt wurden die Artikel gesichtet.

² Da die Nennung der Begriffe im Vordergrund stand, wurden für erfolgreiches, gesundes und aktives Altern einzelne Datenbanken angelegt. Ein Artikel, der alle drei Begriffe nennt, würde also in dieser Recherche dreimal vorkommen.

mit 4519 Nennungen am häufigsten vorkommt. Bei der Betrachtung des Anstiegs der Publikationen muss der Kontext der zunehmenden wissenschaftlichen Veröffentlichungen allgemein und die Aufnahme von zusätzlichen Zeitschriften in Pubmed über die Jahre berücksichtigt werden. Ohne diese Gewichtung zu berechnen, lassen sich jedoch Aussagen über das Verhältnis der Begriffe treffen. So ist das erfolgreiche Altern in Pubmed der in jeder Dekade am seltensten eingesetzte Begriff. Im Vergleich mit den beiden anderen Schlagwörtern wird in Pubmed das gesunde Altern in den letzten beiden Dekaden sehr viel häufiger genannt.

Während gesundes Altern ein stetig häufiger verwendeter Begriff in den medizinnahen Zeitschriften ist, finden sich anders als beim erfolgreichen Altern vergleichsweise wenige (wenn auch vorhandene) kritische Diskussionen um die Definition des gesunden Alterns (insbesondere im Bereich der kritischen Gerontologie, die sich stark mit dem erfolgreichen Altern beschäftigt hat). Zugleich muss jedoch gesagt werden, dass die Konzepte, selbst wenn man jenen Autor/-innen folgt, die die Konzepte klar unterscheiden, nicht ohne Verbindung nebeneinanderstehen.

So ist das Postulat des frühesten Textes von Rowe und Kahn zum erfolgreichen Altern (1987), dass das Alter mit alterstypischen Krankheiten und das in Bezug auf Krankheit risikoarme, also gesunde Altern voneinander unterschieden werden sollten. Gewissermaßen legt die größere konzeptionelle Diskussion um das erfolgreiche Altern den Grundstein für die Karriere des Begriffs des gesunden Alterns. Dabei wird auch von jenen, die dem erfolgreichen Altern äußerst kritisch gegenüberstehen, zuweilen die Orientierung an gesundem Altern nicht vergleichbar hinterfragt (z.B. Timonen, 2016 kritisiert zwar Theorien des modellhaften Alterns, hinterfragt aber nicht die Orientierung an Gesundheit in ihrer Analyse der Alterspolitik. Die Mängel des Konzepts des erfolgreichen Alterns werden insbesondere im Hinblick auf die wenig überzeugenden Ergebnisse hinsichtlich der Gesundheit verdeutlicht. Letztere bleibt somit zu einem gewissen Grad ein anerkanntes Ziel auch im Bereich der Kritik am erfolgreichen Altern).

Gesundheit ist ein selbstverständliches und allgemein geteiltes Ziel der Alters- und Gesundheitspolitik. Der Dissens bezieht sich darauf, inwiefern bestimmte funktionsorientierte Auffassungen von Gesundheit auch tatsächlich erreichbare Ziele über alle Altersgruppen definieren können. Gleichzeitig ist es jedoch möglich, alternative Ziele zu konzeptualisieren, die in Konkurrenz mit dem Ziel der Gesundheit stehen (man denke hier beispielsweise an Diskussionen um die Ermöglichung riskanten Verhaltens. Diese eignen sich jedoch nicht dazu, das Recht von Individuen auf Gesundheitsversorgung zu hinterfragen).

4.1.2 Methodik der Interviewstudien (AP2)

Erste Teilstudie

Für die erste Teilstudie wurden 45 halbstrukturierte, leitfadengestützte Einzelinterviews durchgeführt. Diese wurden von externen Auftragnehmern transkribiert und dann unter Verwendung der Datenverwaltungssoftware *in vivo* mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Schreier (2012) ausgewertet.

Datenerhebung:

Zur Rekrutierung von Studienteilnehmer/-innen wurden 4 unterschiedliche Strategien angewandt: Schaltung eines Inserats in einer regionalen Tageszeitung, Auslage von Flugblättern in einer Begegnungsstätte für Ältere, Kontaktierung von Organisationen und Snowballing (Mundpropaganda, teilweise Vermittlung durch andere Teilnehmer/-innen). Die Rekrutierung über Organisationen erwies sich als schwierig, alle anderen Strategien führten zur Rekrutierung von Teilnehmer/-innen. Dabei ist besonders das Inserat in der regionalen Tageszeitung hervorzuheben, durch das die Mehrheit der Teilnehmer/-innen gewonnen werden konnte.

Die Teilnehmer/-innen sollten ein Minimum an Diversität hinsichtlich ihres Alters (5 unterschiedliche Altersgruppen) ihrer Migrationserfahrung (5 Personen mit Migrationserfahrung), chronischer Krankheit (5 Personen mit chronischer Erkrankung) und Behinderung (5 Personen mit Behinderung) widerspiegeln. Darüber hinaus gab es eine Mindestanzahl nach Geschlecht (jeweils 10 Männer und 10 Frauen).³

Um möglichst offen für die unterschiedlichen Definitionen der Teilnehmer/-innen zu sein, basiert die erste Teilstudie auf qualitativen Interviews. Die problemzentrierten Interviews wurden zum Thema ‚Was ist für Sie gutes Alter(n)?‘ durchgeführt. Der Begriff des ‚guten‘ Alter(n)s wurde gewählt, da er nicht mit einem bestimmten wissenschaftlichen Konzept verbunden und somit offener für unterschiedliche Deutungen ist. Im Rahmen der Interviews wurde auch nach alternativen Adjektiven zum ‚guten‘ Alter(n) gefragt. Mithilfe einer Reihe offener Fragen, Vignetten und Begriffskarten wurden die Teilnehmer/-innen zu ihrer Definition des guten Alter(n)s befragt. Es wurden leitfadengestützte Interviews durchgeführt, um den Definitionen und Bewertungskriterien der Interviewpartner/-innen möglichst viel Raum zu geben. Nach Witzel ermöglicht das problemzentrierte Interview „eine möglichst unvoreingenommene Erfassung individueller Handlungen sowie subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen gesellschaftlicher Realität“ (Witzel 2000, Absatz 1). Im Zentrum der Teilstudie steht eine induktive Vorgehensweise, bei der nicht die Akzeptanz bereits festgelegter Kriterien überprüft wird, sondern die Definitionen der Interviewpartner/-innen erfasst werden. Die Fragen des Leitfadens dienen dazu, die Interviewpartner/-innen anzuregen, selbst Strukturierungen vorzunehmen, die ihre subjektiven Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen vermitteln.

Die Interviews fanden zumeist im Institut für Ethik und Geschichte der Medizin an der Universität Tübingen statt. Wo Studienteilnehmer/-innen einen anderen Ort bevorzugten, fanden die Interviews dort (das war fast immer der Wohnort der Interviewten) statt. Die Teilnehmer/-innen wurden zunächst über die Studie informiert. Dann konnten sie nachfragen und wurden über ihre Rechte aufgeklärt, so dass sie ihr informiertes Einverständnis zur Studie schriftlich geben konnten. Die Interviews dauerten zwischen 20 und 112 Minuten mit einer durchschnittlichen Dauer von 53 Minuten. Nach dem Interview wurden die Teilnehmer/-innen gebeten, sofern sie dies möchten, ein paar weitere Angaben auf einem Kurzfragebogen (z.B. Alter, Migrationserfahrung, Wohnform, chronische Erkrankungen und Behinderungen, etc.) zu machen.

³ Diese kriterienorientierte Stichprobenziehung war ursprünglich im Antrag zweimal eingeplant, wobei die zweite Stichprobenziehung auf der Basis einer ersten Auswertung stattfinden sollte. Das erwies sich in der gegebenen Zeit als nicht durchführbar. Aufgrund der Vielzahl der Kriterien und da sich eine relativ ähnliche Gruppe auf die Anzeige meldete, dauerte es sehr viel länger, bis alle bereits vor Studienbeginn festgelegten Kriterien erfüllt waren. Die Studie wurde daher mit einer einzigen kriterienorientierten Stichprobenziehung unter Berücksichtigung der bereits im Antrag genannten Kriterien (Mindestteilnehmerzahlen für Alter, Migration, Behinderung, Krankheit, Geschlecht) durchgeführt.

Dadurch sollten die TeilnehmerInnen der Studie auch hinsichtlich bestimmter sozialer Determinanten (sofern sie jeweils damit einverstanden waren) genauer beschreibbar sein.

Datenauswertung

Es wurden all jene Stellen in den Interviews analysiert, die bei der Segmentierung der Interviews dem Thema ‚Definition gutes Alter(n)‘ zugeordnet wurden. Dies sind sowohl direkte Antworten auf die Frage ‚Wie würden Sie gutes Alter(n) definieren?‘ wie auch alle anderen Stellen, in denen gutes Alter(n) definiert wurde.

Gutes Alter(n) kann sowohl ein Endergebnis als auch einen Prozess beschreiben. Rowe und Kahns Konzept des guten Alter(n)s beschreibt Kriterien im Sinne eines Ergebnisses. Der Fokus ihrer klassischen Definition liegt nicht darauf, was man tun muss, um gutes Alter(n) zu erreichen (die Vernachlässigung der Frage nach dem ‚wie‘ wurde später auch kritisiert, siehe Timonen 2016), sondern darauf, was erreicht sein muss, um von gutem Alter(n) zu sprechen. In der folgenden Analyse wurden, um eine Vergleichbarkeit mit dem erfolgreichen Alter(n) von Rowe und Kahn herzustellen, die Komponenten des guten Alter(n)s im Sinne eines Ergebnisses untersucht.

Für die Datenanalyse wurde ein Kodiersystem entwickelt. In einem ersten Schritt wurde anhand von 12 Interviews aus unterschiedlichen Altersgruppen ein vorläufiges Kodiersystem erstellt, das dann laufend überarbeitet bzw. ergänzt wurde. Im Rahmen der Entwicklung des Kodiersystems wurde zunehmend mehr abstrahiert. Hierzu wurden zunächst *in vivo* Codes vergeben. Aus den *in vivo*-Codes wurden Kategorien und, wo dies möglich war, Unterkategorien zur weiteren Strukturierung gebildet. Das Kodiersystem wurde auf den gesamten Datenkorpus angewendet und dabei sofern notwendig überarbeitet (Hinzufügung weiterer Kategorien, Unterkategorien und *in vivo* Codes).

Zweite Teilstudie

Zur Untersuchung der Fragestellung wurden telefonische Expert/-inneninterviews zum Thema ‚Anwendbarkeit der Konzepte des guten Alter(n)s und unterschiedliche Arten von Maßnahmen aus Sicht der Praxis‘ gehalten. Um unterschiedliche Expert/-innen aus der Praxis zu gewinnen, wurden Personen aus drei Bereichen für die Teilnahme an der Studie rekrutiert:

- Politik für ältere Menschen auf kommunaler und Länderebene (4 Expert/-innen)
- Interessensvertretung bzw. Lobbying für ältere Menschen (bundesweite Tätigkeit) (3 Expert/-innen)
- wissenschaftliche Disziplin, die sich mit älteren Menschen befasst (3 Expert/-innen)

Potenzielle Gesprächspartner/-innen wurden über Google recherchiert. Für den Bereich Politik für ältere Menschen wurden Organisationen recherchiert, die sich bereits mit Konzepten des guten Alter(n)s in ihrer Arbeit befasst hatten. Es wurde nach Dokumenten gesucht, die auf ein oder mehrere Konzepte des guten Alter(n)s Bezug nehmen. Für die Expert/-innen aus der Wissenschaft wurde ebenfalls über Google nach Personen gesucht, die bereits zu Konzepten des guten Alter(n)s gearbeitet hatten. Insgesamt wurden 13 Anfragen per Email verschickt. 10 Personen meldeten sich zurück. Aufgrund zeitlich knapper Ressourcen wurden lediglich 10

statt den ursprünglich im Antrag angedachten 15 Personen befragt. Es konnten aber dennoch drei unterschiedliche Bereiche (Alterspolitik auf Kommunen- und Länderebene, Interessensvertretung, Wissenschaft) berücksichtigt werden.

Die Einverständniserklärungen wurden vorab postalisch versendet und von den Teilnehmer/-innen an das Institut für Ethik und Geschichte der Medizin unterschrieben zurückgeschickt. Die Interviews wurden über ein Festnetztelefon geführt und mithilfe eines Telefon-Aufnahmeadapters und der Software Audacity aufgenommen. Die Aufnahmen wurden von einem professionellen Dienstleister transkribiert. Die Interviewtranskripte wurden pseudonymisiert.

Die Transkripte wurden mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Schreier (2012) analysiert. Dazu wurde ein Kodiersystem erstellt und wo notwendig durch Hinzufügung weiterer Kategorien anhand der Interviews überarbeitet.

4.1.3 Methodik der Richtlinienanalyse

In der Richtlinienanalyse wird untersucht inwiefern politische Richtlinien und Empfehlungen zum gelingenden Alter(n) ethische Themen adressieren, die der Rahmen des Projekts identifiziert. Dieser ethische Rahmen umfasst fünf Themenbereiche, die durch elementare Grundbegriffe definiert sind. Erster Grundbereich ist das Thema Gesundheit und Wohlbefinden mit der Frage danach, welches Verständnis von Gesundheit vorausgesetzt ist. Die Themenbereiche zwei bis vier orientieren sich an der Grundunterscheidung zwischen einer Theorie des guten Lebens (Themenbereich 2: Konzeption des Guten) und einer deontologischen Ethik, die nach Pflichten fragt (Themenbereich 3, individuelle Perspektive Würde und Autonomie und Themenbereich 4: Gerechtigkeit und soziale Ungleichheit). Themenbereich 5 ist eine Erweiterung um die Frage nach dem Umgang mit dem hohen Alter, da sich hier zahlreiche ethische Themen auf eine besondere Weise stellen. Die Unterthemen wurden aus den in der Literaturanalyse ermittelten Schwerpunkten in Teil 1 und der Richtlinienanalyse selbst festgelegt. Themen ergeben sich aus der Richtlinienanalyse insofern in den einzelnen Richtlinien entweder in Einleitungen einzelne Themen hervorgehoben werden oder die Gliederung der Richtlinien Schwerpunkte setzen.

Dieser ethische Rahmen ist aus verschiedenen Gründen heuristisch zu verstehen. Er wurde im Antrag aufgrund von Vorarbeiten als bewährt vorausgesetzt, um die genannte methodische Funktion zu erfüllen. Erstens ist die ethische Debatte zu diesen Grundbegriffen nicht abgeschlossen, auch wenn die Grundbegriffe und unterschiedliche Theoriestränge etabliert sind. Zweitens sollen die Grundwerte und Grundbegriffe eine allgemeine Orientierung vorgeben, anhand derer Themen kategorisiert werden. Die Unterthemen dieser Kategorisierung müssen angemessen spezifiziert werden. Überschneidungen und Wechselbezüge sind dabei unvermeidlich. Schließlich kann sich eine Analyse und Rekonstruktion selbst wieder auf das Verständnis von Grundbegriffen auswirken, insofern Probleme bestimmter Formulierungen deutlich werden oder Spezifizierungen zu einem besseren Verständnis beitragen.

Den Ausgangspunkt des ethischen Rahmens stellt die Thematik von Gesundheit und Wohlbefinden dar. Gesundheit spielt eine wesentliche Rolle in allen Konzeptionen des gelingenden Alterns und taucht beim „healthy ageing“ sogar im Begriff selbst auf. Individuell

bezieht sich diese Thematik auf das Funktionsvermögen bzw. Handlungsvermögen oder auch auf das Wohlbefinden im Allgemeinen – je nach Gesundheitsbegriff (v.a. Boorse, Nordenfelt oder WHO-Konstitution vgl. dazu auch Abschnitt 1.6, S.30ff.). Eine Schlüsselrolle spielt dabei die Befürchtung, dass der demographische Wandel zu großen Belastungen im Gesundheitswesen und in der Langzeitpflege führen könnte. In der Ethik werden ferner die Frage nach dem guten Leben und die Frage nach Rechten und Pflichten unterschieden (z.B. Höffe 2007). Der ethische Rahmen dieses Projekts folgt dieser Unterscheidung von Teleologie und Deontologie, indem das Thema 2 die Frage nach dem guten Leben einschließt, Thema 3 und 4 die Frage nach Rechten und Pflichten. Gesundheit kommt ferner auch im Kontext der Konzeption des Guten eine Schlüsselrolle zu, etwa in der Theorie von Venkatapuram (2011), der in Gesundheit eine Metacapability sieht, also eine Voraussetzung jener Befähigungen bzw. capabilities, die ein gutes Leben ermöglichen sollen. Insofern ergibt sich ein Übergang von Thema 2 zu Thema 3, das die jeweils vorausgesetzten Konzeptionen des Guten umfasst, ausgehend von der Feststellung, dass die Konzeptionen des gelingenden Alter(n)s auf Aktivitäten fokussiert sind. D.h. zum guten Leben gehört vorrangig, dass bestimmte Tätigkeiten ausgeübt werden können. Aus der Voraussetzung von Gesundheit und diesem Umstand ergibt sich eine dreifache Engführung: wenn gesundheitliche Einschränkungen vorliegen, wenn andere Präferenzen für Tätigkeiten bestehen und wenn der Tätigkeitshorizont generell im fortgeschrittenen Alter kleiner wird. Die deontologischen Themen sind zunächst um den Begriff der Würde als absolutem Wert des einzelnen Menschen gruppiert. Da Würde ebenfalls an die Autonomie geknüpft wird, wird dies ebenfalls hier berücksichtigt. Dabei ist mit Autonomie oder Selbstbestimmung hier zunächst die Fähigkeit einer Person gemeint, eine eigene Konzeption des Guten zu entwickeln. Berücksichtigt werden hier nach einer ebenfalls gängigen Unterscheidungen negative Freiheitsrechte oder Abwehrrechte sowie positive Freiheitsrechte oder Anspruchsrechte. Bei den negativen Freiheitsrechten geht es hier vor allem um die Abwehr von entwürdigenden Bedingungen sowie um Ageismus und Altersdiskriminierung in unterschiedlichen Erscheinungsformen. Positive Freiheitsrechte lassen sich angelehnt an den Capabilities-Approach als Minimalbedingungen für ein würdevolles Leben verstehen. Das nächste Thema ergänzt diese Überlegungen durch den Aspekt der Verteilungsgerechtigkeit. Abschließend hat die Projektarbeit ergeben, dass ein eigener Themenbereich des hohen oder fortgeschrittenen Alters sinnvoll ist, da sich hier zwar die einzelnen Themen wiederfinden, aber doch in einer so veränderten und zugespitzten Form, dass sich anbietet, sie in diesem Kontext nochmals separat in den Blick zu nehmen. In der Folge soll kurz erläutert werden, welche Bezüge zu Grundbegriffen in den Richtlinien hergestellt werden sollen und welche Fragen sich dabei stellen.

Tabellarische Übersicht des ethischen Rahmens zur Richtlinienanalyse

	Ethik Grundbegriff	Stichwort/ Bezug zum Altern	Problematik	2. Problematik
--	---------------------------	------------------------------------	--------------------	-----------------------

1.1	Gesundheit und Wohlbefinden	Verständnis von Gesundheit	Unentschiedene Debatte zwischen normativen und naturalistischen Konzeptionen der Gesundheit	
1.2	Gesundheit und Wohlbefinden	Einschluss von Personen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen	Konzeptionen wie "successful aging" schließen a priori Menschen mit körperlichen Einschränkungen aus.	Ausschluss derjenigen, für die Gesundheit nicht erreichbar ist, Neudefinition von Normen
1.3	Gesundheit und Wohlbefinden	Kosten des demographischen Wandels	Kosten-Nutzen-Rechnung von Maßnahmen zur besseren Gesundheit Älterer	
1.4	Gesundheit und Wohlbefinden	Prävention	Prävention altersassoziierter Erkrankungen fördern, Wissen über Alter(n) und Prävention verbessern.	
1.5	Gesundheit und Wohlbefinden	Vorschreiben eines bestimmten, gesunden Lebensstils / Healthism	Einseitige Bevorzugung und Moralisierung von Gesundheit gegenüber anderen Werten	
1.6	Gesundheit und Wohlbefinden	Besondere Gesundheitsbedürfnisse Älterer, Geriatrie	Geriatrische Versorgung, insbes. Medikamente, physische wie kognitive Funktionsvermögen erhalten.	
1.7	Gesundheit und Wohlbefinden	Besondere Gesundheitsbedürfnisse Älterer, Integration sozialer Dienste	Personenzentrierte Integration sozialer Dienste	

1.8	Gesundheit und Wohlbefinden	Anfordernisse von Langzeitpflege	Berücksichtigung der Bedürfnisse von Langzeitpflege und entsprechende ethische Herausforderungen	
1.9	Gesundheit und Wohlbefinden	Altersfreundliche Umgebung,	Altersfreundliche und aktivierende Umgebung	
2.1	Konzeption des Guten/Capabilities	Verständnis des Alter(n)s	Altern als Prozess mit vielen Facetten, der Verluste mit sich bringt vs. Gewinne	
2.2	Konzeption des Guten/Capabilities	Wert von Gesundheit	Gesundheit als übergeordneter Wert bzw. Vorbedingung für ein gutes Leben.	
2.3	Konzeption des Guten/Capabilities	Engführung auf/besondere Betonung von Aktivität	Sinnstiftend sollen bestimmte Tätigkeiten sein, was zu eng gefasst ist und Alternativen wie Kontemplation ausschließt.	
2.4	Konzeption des Guten/Capabilities	Subjektive Definitionen	Vor- und Nachteile subjektiver gegenüber objektiver Auffassungen des gelingenden Alterns	
2.5	Konzeption des Guten/Capabilities	Teilhabe	Aktive Teilhabe ermöglichen	
2.6	Konzeption des Guten/Capabilities	Kulturelle Differenz	Alternative Perspektiven zum Alter aus anderen Kulturen werden zu wenig berücksichtigt	
2.7	Konzeption des Guten/Capabilities	Lebenslaufperspektive	Die Entwicklung über das Leben hin	

			ist zu berücksichtigen.	
3.1	Würde/Freiheit/Autonomie	Autonomie fördern	Würde/Freiheit/Autonomie älterer Personen schützen	
3.2	Würde/Freiheit/Autonomie	Maßnahmen gegen Ageism	Ageism reduzieren	Internalisierter Ageism verhindert gelingendes Altern
3.3	Würde/Freiheit/Autonomie	Sterben und Tod	Umgang mit Sterben und Tod, Unterstützung	
4.1	Gerechtigkeit/Determinanten/Eigenverantwortung	Gerechtigkeit allgemein und Menschenrechte	Menschenrechte als Grundlage für Würde, Autonomie, Gleichheit und Nichtdiskriminierung	
4.2	Gerechtigkeit/Determinanten/Eigenverantwortung	Soziale Ungleichheit	Einfluss sozialer Ungleichheit auf gelingendes Altern berücksichtigen	Zusätzliche Benachteiligung durch Idealvorgaben des Alterns
4.3	Gerechtigkeit/Determinanten/Eigenverantwortung	Gender-Fragen	Gesundheitliche Ungleichheit als Resultat von Diskriminierung	
4.4	Gerechtigkeit/Determinanten/Eigenverantwortung	Neoliberale Politik und Betonung individueller Verantwortung	Abbau des Wohlfahrtsstaats	
5.1	Ethik und hohes Alter	Gelingendes Altern nicht bestimmt	Ausschluss der Hochaltrigen aus Definitionen des "successful aging"	
5.2	Ethik und hohes Alter	Wohnung	Wahl des eigenen Umfelds	
5.3	Ethik und hohes Alter	Soziale Isolation	Soziale Isolation verhindern	

■ “Gelingendes und “gesundes” Altern – Schlussbericht

5.4	Ethik und hohes Alter	Individualismus und Interdependenz	Interdependenz wird in individualistischen Ansätzen wie bei Rowe und Kahn vernachlässigt.	
5.5	Ethik und hohes Alter	Negativität und Grenzen	Bei Gebrechlichkeit enden die Maßnahmen.	
5.6	Ethik und hohes Alter	Altersdiskriminierung und Lebensphasen	Die Kategorisierung in Altersgruppen, insbes. In das vierte Alter trägt zur Altersdiskriminierung bei, alt sind immer die anderen	

Anhand dieses Rahmens wurden wie ursprünglich geplant die folgenden Richtlinien untersucht:

D

Schwerpunkt Ältere Menschen des BMBF

<https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/altere-menschen-6779.php>

Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen BMG,

Altenberichte der Bundesregierung

<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/aeltere-menschen/aktiv-im-alter/berichte-zur-lage-der-aelteren-generation-altenberichte>

„Gesund älter werden“ des DZA

http://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?__cms_page=nationale_gz/gesund_aelter

EU:

EU Beitrag zum aktiven Altern und Solidarität zwischen den Generationen

<https://publications.europa.eu/de/publication-detail/-/publication/5f78f31d-1cac-4263-a76d-7077555349da/language-de/format-PDF/source-101648168>

UNO:

■ “Gelingendes und “gesundes” Altern – Schlussbericht

UN – global issues: Ageing

<https://www.un.org/en/sections/issues-depth/ageing/>

World Health Organization:

Global strategy and action plan on ageing and health:

<https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>

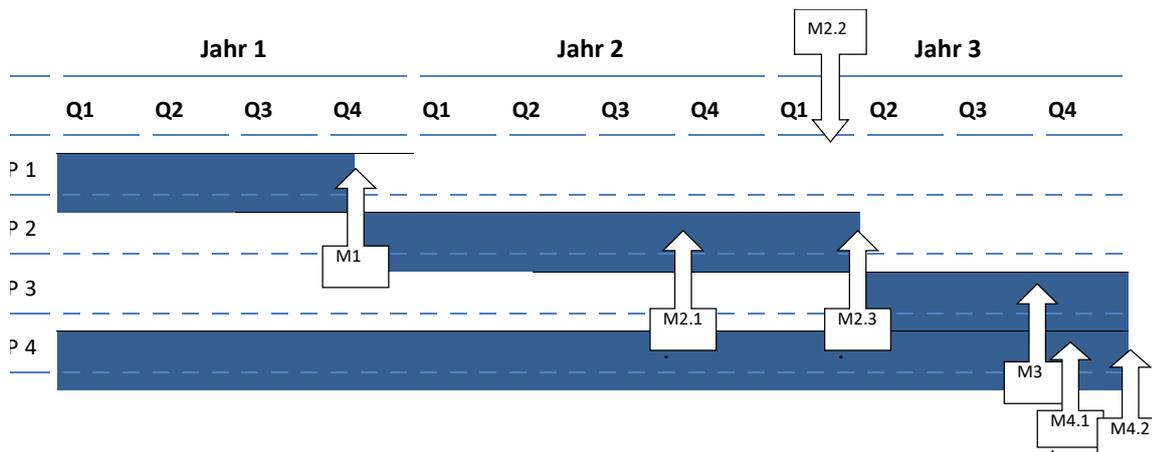
4.2 Messbare Ziele und Kontrolle

1. Literaturrecherche – Kontrolle Zielerreichung: Dokumentation, Verschriftlichung in den „Leitlinien für Leitlinien“.
2. Entwicklung des Leitfadens für Interviews zum gelingenden Altern in der Lebensweltperspektive; Rekrutierung von Interviewpartner/-innen; Datenerhebung; Transkription; Datenanalyse. Kontrolle Zielerreichung: Dokumentation, Verschriftlichung in den „Leitlinien für Leitlinien“.
3. Zusammenführung der Ergebnisse der empirischen Erhebungen. Kontrolle Zielerreichung: Dokumentation, Verschriftlichung in den „Leitlinien für Leitlinien“.
4. Vergleich der Richtlinien im Hinblick auf ethische Themen. Kontrolle Zielerreichung: Dokumentation, Verschriftlichung in den „Leitlinien für Leitlinien“.
5. Durchführung der Workshops. Dokumentation des Programms.
6. Durchführung des intergenerationellen Begegnungstag. Dokumentation des Programms, Pressebericht.

Das zentrale Ergebnis des Projekts sind die „Leitlinien für Leitlinien“. Hier sind die Projektergebnisse der einzelnen Arbeitspakete ausführlich dokumentiert und zusammengefasst.

5 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Arbeits- und Zeitplan



- **Meilenstein 1 (M1):** Literaturanalyse; Erstellung der kritischen Übersicht zu gerontologischen Konzeptionen des „gelingenden“ Alter(n)s
- **Meilenstein 2.1 (M2.1):** Entwicklung des Leitfadens für Interviews zum gelingenden Altern in der Lebensweltperspektive; Rekrutierung von InterviewpartnerInnen; Datenerhebung; Transkription; Datenanalyse
- **Meilenstein 2.2 (M2.2):** Entwicklung des Leitfadens für Interviews zu Perspektiven institutioneller Akteure auf gelingendes Altern; Auswahl und Kontaktierung von ExpertInnen; Datenerhebung; Transkription; Datenanalyse
- **Meilenstein 2.3 (M2.3):** Zusammenführung der Ergebnisse der empirischen Erhebungen
- **Meilenstein 3 (M3):** Vergleich ausgewählter politischer und wissenschaftlicher Programme im Hinblick auf „gelingendes“ Alter(n); Zusammenfassung der ethischen Fragestellungen; Bewertung der Fragestellungen zur Entwicklung einer allgemeinen ethischen Richtlinie
- **Meilenstein 4.1 (M4.1):** Durchführung der Tagung inklusive des intergenerationellen Begegnungstages
- **Meilenstein 4.2 (M4.2):** Systematische Übersicht „Ethik des Alter(n)s“ mit Fokus auf Gesundheit (Guidelines for Guidelines)

Alle im Projekt formulierten Ziele wurden innerhalb der Laufzeit erreicht. Aufgrund des umfangreichen Materials verzögerte sich lediglich der Abschluss der empirischen Arbeiten etwas. Diese konnten jedoch ebenfalls zu Ende gebracht werden. Es traten keine Probleme auf.

6 Ergebnisse

6.1 Literaturrecherche

6.1.1 Erfolgreiches Altern

Es gibt viele Definitionen des erfolgreichen Alterns. Bereits in den 1960er Jahren wurde der Begriff von Havinghurst (Havinghurst 1961) verwendet. Sehr viel verbreiteter ist die von John Rowe und Robert Kahn (Rowe & Kahn, 1987; 1997; 1998, 2015) geprägte Definition. Das Konzept von Rowe und Kahn wird dabei als ‚obligatorischer Durchgangspunkt‘, als ein nicht vermeidbares Konzept für medizinische und sozialwissenschaftliche Forscher/-innen im Bereich des Alter(n)s bezeichnet (Bülow & Söderqvist 2014). In den 1980er Jahren plädierten Rowe und Kahn dafür, dass in der Forschung Altern mit Krankheit nicht nur vom ‚normalen‘ Altern, sondern auch vom erfolgreichem Altern unterschieden werden sollte.

‚Erfolgreich‘ alternde Menschen haben ein geringes Risiko für alterstypische Krankheiten (Rowe & Kahn 1987). Werden sie nicht innerhalb der ‚normal‘ alternden Gruppe unterschieden, vernachlässigt man die Heterogenität im Alter. Es würden dann Krankheiten als Nebenerscheinungen des Alterns verstanden werden, die eigentlich lediglich im Alter häufig sind, jedoch nicht notwendigerweise auftreten müssen. Ziel der Forschung zum erfolgreichen Altern ist es, jene Faktoren zu identifizieren, die Erfolg erklären. Die Autoren beschrieben relevante physiologische (Stoffwechsel, Osteoporose, kognitive Funktionsfähigkeit) und psychosoziale (Autonomie/Kontrolle, soziale Unterstützung) Faktoren in der existierenden Literatur. Lebensstil, Gewohnheiten, Ernährung und eine Reihe psychosozialer Faktoren beeinflussen demnach das Auftreten alterstypischer Krankheiten.

1997 entwickelten Rowe und Kahn ihr Konzept weiter und definierten das erfolgreiche Altern als Schnittmenge aus niedriger Wahrscheinlichkeit für Krankheit und Behinderung, hoher kognitiver und physischer Funktionsfähigkeit und Teilhabe am Leben (engagement with life, zwischenmenschliche Beziehungen und produktive Aktivität) (Rowe & Kahn, 1998). 1998 bezeichneten sie Erfolg als individuelle Leistung (achievement) und dezidiert nicht als Glück: Erfolgreiches Altern hängt von Entscheidungen und Verhalten von Individuen ab (Rowe & Kahn, 1998).

2015 erweiterten sie das erfolgreiche Altern um weitere Handlungsoptionen und empfahlen

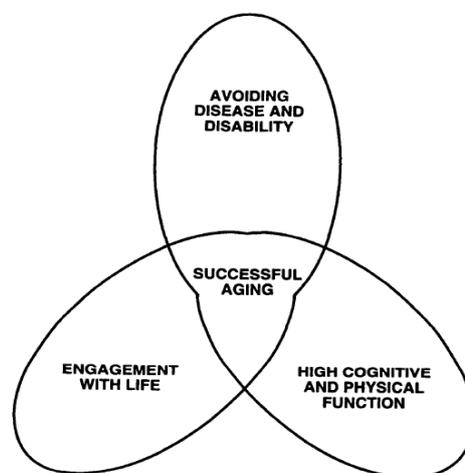


Figure 1. A model of successful aging.

Graphik aus Rowe & Kahn 1998, S.39

über individuelle Verhaltensänderungen hinausgehende Maßnahmen: Die Suche nach Biomarkern und Untersuchung der genetischen Vorhersagemöglichkeiten des erfolgreichen Alterns; die Transformation von Kerninstitutionen der Gesellschaft, die Anwendung einer Lebenslaufperspektive und der Fokus auf die Nutzung der Talente aller kamen hinzu (Rowe & Kahn, 2015).

Neben dem Konzept von Rowe und Kahn und anderen häufig zitierten alternativen Vorschlägen (z.B. dem Modell der ‚Selektion, Optimierung und Kompensation‘ nach Baltes & Baltes) existiert eine Fülle an unterschiedlichen Operationalisierungen des erfolgreichen Alterns in wissenschaftlichen Studien (Phelan & Larson, 2002; Cosco et al. 2014; Cosco et al. 2013).

In einer der wenigen Analysen des Konzepts von Rowe und Kahn aus ethischer Perspektive weisen Holstein und Minkler (2003) bereits auf die problematische Gleichsetzung von Gesundheit und Erfolg im Alter hin. Die negativen Auswirkungen des Konzepts betreffen unter anderem besonders Menschen mit funktionalen Einschränkungen, von denen die meisten Frauen sind. Deren (persönlichem) Kampf um die Akzeptanz dessen, was sie nicht ändern können, wird durch das Konzept laut Holstein und Minkler die Würde genommen.

6.1.2 Aktives Altern

Aktivität hat die Gerontologie auch abseits der Popularität der Konzepte gelingenden Alterns beschäftigt. Hier sind sowohl die Auseinandersetzung mit der Dichotomie Aktivität und ‚Disengagement‘ als auch später die Aktivitätstheorie zu nennen. Die „Disengagement“-Theorie besagt, dass die Lebensphase Alter dadurch charakterisiert ist, dass ein Rückzug der Älteren aus der Gesellschaft stattfindet, der auch erstrebenswert ist. Weiter aktiv und engagiert zu bleiben, stellt den Gegenentwurf zu diesem Modell der wechselseitigen Loslösung von Gesellschaft und älteren Menschen dar (Katz 2000). Heute ist Aktivität nach Katz ein Schlüsselbegriff für die Gerontologie und unser Verständnis des späteren Lebens.

Auch für das aktive Altern gibt es, so wie für das erfolgreiche Altern, eine Vielzahl an Definitionen. Besonders häufig wird auf das Konzept der WHO verwiesen. Demnach ist aktives Altern:

„the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age” (WHO 2002)

Für Timonen (2016) hat das Konzept des erfolgreichen Alterns jenes des aktiven beeinflusst. Foster und Walker sehen aktives Altern im Vergleich zum erfolgreichen als ein holistischeres, mehr am Lebenslauf orientiertes und stärker auf andere Akteure als Individuen (Organisationen, Gesellschaft) fokussiertes Konzept (Foster & Walker 2015).

Eine Kritik an Konzepten des aktiven Alterns betrifft das, was jeweils als (erstrebenswerte) Aktivität gilt. Die Auswahl an relevanten Tätigkeiten bzw. ihre Einordnung in aktive oder passive Aktivitäten wird als schwierig bzw. willkürlich bezeichnet (Katz 2000; Boudiny 2013). Die Tätigkeit des Fernsehens kann zum Beispiel sowohl körperlich passiv wie mental stimulierend sein. Letzteres ist jedoch nicht zwingend. Häufig wird die Perspektive älterer Menschen nicht in die Definition bedeutender Aktivitäten einbezogen. Dadurch werden Aktivitäten, die einem jüngeren Alter und nicht den Erfahrungen (bzw. Bedürfnissen) älterer Menschen entsprechen, gefördert (Boudiny 2013).

Eine weitere Kritik betrifft den Einsatz des Konzepts in der Politik, bei dem es in seinen Bestandteilen stark reduziert wird. Oft wird aktives Altern in der politischen Umsetzung in Europa (wo es in der Politik als Konzept besonders bedeutend ist) auf eine längere Lebensarbeitszeit reduziert (Forster & Walker, 2015). Während die Arbeitsmärkte für Ältere unsicherer werden, wird unter dem Schlagwort des aktiven Alterns zugleich die Verantwortung für aktives Altern im Sinne einer längeren Beschäftigung individualisiert. Foster und Walker (2015) entwickelten 8 Prinzipien, die Strategien aktiven Alterns beinhalten sollten. Damit möchten sie der problematischen Reduktion auf Teilaspekte entgegenwirken:

8 Prinzipien für eine umfassende Strategie aktiven Alterns:

1. Aktivität soll jede sinnhafte Aktivität sein, die zu individuellem Wohlbefinden beiträgt
2. Aktives Altern sollte ein Präventionskonzept für alle Altersgruppen sein
3. Alle älteren Menschen sollen von der Umsetzung betroffen sein, auch hochaltrige, gebrechliche und abhängige Menschen
4. Intergenerationelle Solidarität sollte ein Hauptmerkmal des aktiven Alterns sein
5. Das Konzept sollte Rechte und Pflichten umfassen
6. Es sollte sich um empowernde top-down policy handeln mit Möglichkeiten für bottom-up Aktionen von Bürgern, wozu Ressourcen benötigt werden.
7. Nationale und kulturelle Diversität sollte berücksichtigt werden, jedoch sollten Praktiken, die nationale und internationale Gleichheit oder Menschenrechtsziele und –gesetze gefährden, vermieden werden
8. Aktives Altern sollte flexibel sein (in Bezug auf individuelles Altern über den Lebensverlauf, den Wandel der Bedeutung und benötigter Ressourcen über die Zeit, das Ermöglichen von Anpassung – die Akzeptanz von Veränderung und ihre Integration durch ältere Menschen fördern; kulturelle und religiöse Unterschiede, das Verständnis des Einflusses des sozioökonomischen Status, die Bedeutung von Gender für das Altern)

6.1.3 Gesundes Altern

Auch für das gesunde Altern gibt es unterschiedliche Definitionen. Die Bedeutung des Konzepts lässt sich quantitativ an der zunehmenden Verwendung des Begriffs (siehe Abschnitt 1.2.) zeigen.

Browning et al. (2017) sehen gesundes Altern als einen „konstruktiven Einfluss“ auf die Politik. Demnach sind Konzepte des gesunden Alterns inspiriert von der WHO-Gesundheitsdefinition aus den 1960ern und umfassen meist mehr als An- oder Abwesenheit von körperlicher Gesundheit oder Überleben. Nach den Autor/-innen muss eine akzeptierbare und glaubwürdige Definition auf der weiten WHO-Gesundheitsdefinition aufbauen aus der WHO-Constitution von 1948 („Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“). Der Bericht der WHO zu Gesundem Altern definiert dieses als “the process of developing and maintaining the functional ability that enables well-being in older age” (WHO 2015, 28). Diese Definition zielt darauf ab, ein ähnlich

weitgefasstes Konzept für Interventionen im Bereich public health anzubieten. Gesundes Altern soll damit nicht nur für jene, die an keinen Krankheiten leiden, möglich sein. Der Active and Healthy Ageing Index des European Partnership on Active and Healthy Ageing (2015) zählt “several items such as functioning (individual capability and underlying body systems), wellbeing, activities and participation, and diseases (including NCDs, frailty, mental and oral disorders)” zum gesunden Altern.

Die Arbeitsgruppe Epidemiologie des Alterns der deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (Fuchs et al. 2013) verweist darauf, dass es zwar keine allgemein anerkannte Definition gesunden Alterns gibt, dass aufgrund der Erkenntnisse zu fünf Indikatoren (chronische Krankheit und Multimorbidität, gesunde Lebenserwartung beim Übergang zur Hochaltrigkeit, körperliche Aktivität im Alter, kognitive Fähigkeiten im Alter, Funktionalität und Behinderung im Alter) ein multifaktorieller Zugang empfohlen wird, der neben dem Assessment von Ressourcen, Krankheiten und Beschwerden, kognitiven und funktionalen Fähigkeiten, Einschränkungen und Behinderung auch Umwelt-, soziodemographische, sozioökonomische und biologische/genetische Faktoren beinhalten sollte. Hier wird die Lebensqualität zu einem Aspekt des gesunden Alterns, das neben sieben anderen (siehe Graphik oben) steht. Medizinisch relevanten Werten wird damit mehr Raum als in der Definition der WHO eingeräumt. Behinderungen, chronische Krankheit und Einschränkung der Funktionalität werden nicht komplett ausgeschlossen. Alle Faktoren sind in Bezug auf das Individuum messbar.

Hansen-Kyle definiert in ihrer Übersichtsarbeit gesundes Altern als Konzept, das stark mit erfolgreichem Altern verknüpft ist. Sie unterscheidet Vorläufer (Anpassung und Kompensation, die zu Resilienz führen), das gesunde Altern als Prozess und seine Konsequenzen (das erfolgreiche Altern, das als Ziel definiert wird, das Autonomie und Unabhängigkeit ermöglicht).

Die Konsequenzen sind nach Hansen-Kyle westeuropäische Konzepte, die nicht für alle Kulturen Gültigkeit

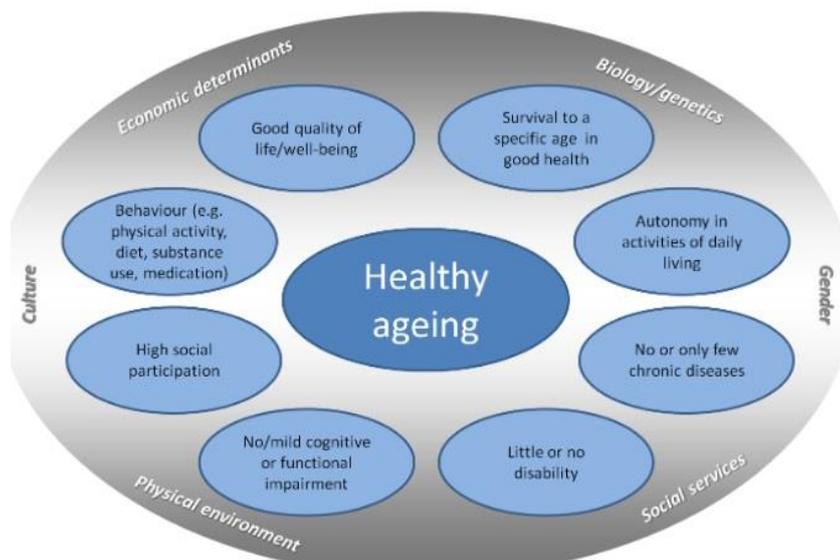


Abbildung 1 aus Fuchs et al. 2013: Components of healthy ageing (S.6632)

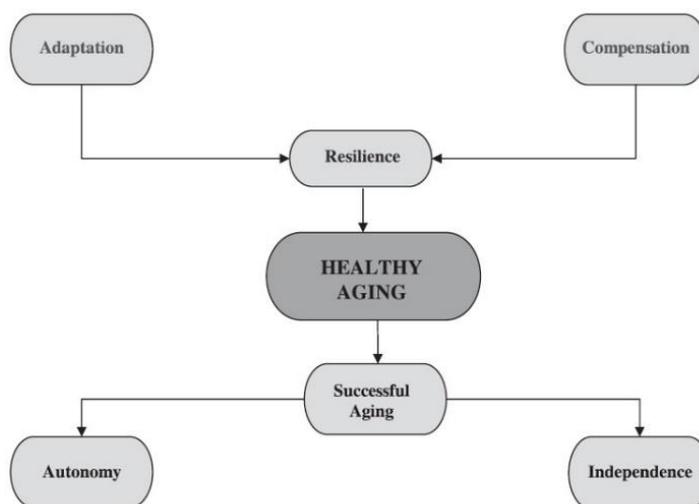


Abbildung 2 A Model of Healthy Aging aus: Hansen-Kyle 2005

haben müssen. Insbesondere das ‚medizinische Modell‘ des gesunden Alterns beruht auf der Betonung dessen, was Individuen tun müssen ‚maintain good exercise patterns, a healthy diet, and good lifestyle habits‘ (Hansen-Kyle, 2005, 47), wobei ältere Menschen, die sich selbst trotz chronischer Krankheit als gesund alternd einschätzen, in diesem Modell nicht berücksichtigt werden. Um gesund zu altern ist eine kontinuierliche Neudefinition, die richtige Einstellung und Dialog mit einem selbst wichtig. Während IADL (instrumental activities of daily living) und ADL (activities of daily living) gute Maße für gesundes Altern sind, können einige Menschen auch gesund altern, obwohl sie Anzeichen für einen Abbau aufweisen. Hansen-Kyle betont die Bedeutung der subjektiven Wahrnehmung des eigenen Alterns:

„If the older individual perceives aging as an isolated existence, the individual will isolate itself and begin to fail; however, if the older individual perceives aging as an integral part of the social structure in which he or she lives, he or she will thrive. Social support and perception have a very powerful influence on adaptation to physical and cognitive limitations” (Hansen-Kyle 2005, 50).

Empirische Studien sind nach Browning et al. (2017) häufig nicht auf einem Konzept gesunden Alterns aufgebaut, sondern messen lediglich Abbau, außerdem sind die Maße oft nicht vergleichbar. Zunehmend stützen sich die Maßnahmen zur Unterstützung des gesunden Alterns weniger auf sozial-kognitive Prozesse, sondern zielen auf sozioökologische Veränderungen ab, die es einfacher machen sollen, den richtigen Lebensstil zu leben.

Insgesamt gibt es im Vergleich zur Diskussion um das erfolgreiche Altern weniger kritische Positionen zum Konzept des gesunden Alterns (für eine Ausnahme siehe Seite 20).

6.1.4 Pluralität der Konzepte des gelingenden Alterns - zum Verhältnis der Begriffe

Während es rund um einzelne Konzepte eigene Forschungsfelder gibt, in denen diese Konzepte für sich stehen und von anderen Konzepten unterschieden werden (z. B. Forschung aufbauend auf dem Konzept von Rowe & Kahn und dessen kritischer Weiterentwicklung, Forschungen im Umfeld des Konzepts von Baltes & Baltes), gibt es zugleich auch Veröffentlichungen, in denen die Begriffe als Synonyme eingesetzt werden (Fernández-Ballesteros et al. 2012; für ein aktuelles Beispiel der Verwendung als Synonyme siehe Michel & Sadana 2017). Anderer Autorinnen sehen die Begriffe als aufeinander aufbauend an (z.B. Timonen, 2016)⁴. In welchem Verhältnis die drei Begriffe zueinanderstehen, ist also eine von unterschiedlichen Autor/-innen verschieden beantwortete Frage.

Gemeinsam ist den Konzepten, dass es jeweils eine Fülle an Definitionen gibt. Aktives und gesundes Altern werden mitunter (in bestimmten Definitionen) im Vergleich als die holistischeren Konzepte bezeichnet, von denen sich das erfolgreiche Altern unterscheidet. Ein wesentlicher Unterschied besteht darin, dass Rowe & Kahn für ihr Konzept des erfolgreichen Alterns danach gesucht haben, wer ‚Gewinner‘ ist und bestimmte Personen als erfolgreich alternd

⁴ Timonen beschreibt die Beziehung zwischen erfolgreichem und aktivem Altern beispielsweise so: „[...] I argue that successful ageing ideas have also made their mark on policy, feeding into the notion of active ageing“ (Timonen 2016: 35).

aufgrund ihrer medizinischen Werte bezeichnet haben. Dazu kam dann ‚engagement with life‘, das auch zu diesen Werten beiträgt. So schreiben Foster & Walker:

„Successful aging prioritizes the achievement of clinical and medically insured criteria, whereas social aspects (engagement with life, in Rowe & Kahn’s model) occupy the lowest position in the hierarchy of success” (Foster & Walker 2015: 85).⁵

Das aktive und in einigen Definitionen das gesunde Altern unterscheiden sich als Konzepte hinsichtlich der Rolle gesundheitlicher Werte. Hier wird in Definitionen sehr viel häufiger auf ‚wellbeing‘ als Ziel verwiesen, wenn die Definitionen mit Blick auf eine mögliche politische Nutzung formuliert wurden. Denn hier steht nicht die wissenschaftliche Frage des ‚Wer gewinnt aus biomedizinischer Sicht?‘ im Zentrum des Interesses, sondern die Suche nach für die Politik im Bereich Gesundheit und Alter sinnvollen Zielen.

6.1.5 Grundlegende Kritik an Konzepten des gelingenden Alterns

Konzepte wie das ‚erfolgreiche‘, ‚aktive‘ und ‚gesunde‘ Altern haben im wissenschaftlichen Diskurs über das Altern eine starke Resonanz erfahren, die sich durch die Fülle der Veröffentlichungen belegen lässt. Die vorgeschlagenen Definitionen werden, vor allem, was das ‚erfolgreiche‘ und das ‚aktive‘ Altern betrifft, vielerorts auch kritisiert (siehe für eine Übersicht: Martin & Berridge 2015). Dabei werden alternative Versionen Konzepte vorgeschlagen, die als solche jedoch dennoch beibehalten werden sollen.⁶

Vor der Darstellung der Diskussion um die Vorteile bestimmter Definitionen gelingenden Alterns gegenüber anderen, sollen zunächst jene Positionen dargestellt werden, die eine grundlegende Kritik an den Definitionen formulieren (Timonen 2016, Rubinstein & Medeiros 2015) oder in diesem Sinn eingesetzt werden können, obwohl sie sich selbst gar nicht mit den Konzepten gelingenden Alterns beschäftigen (Crawford 2006).

Nach Timonen (2016), von der ein erster Überblick stammt, gehen mit Ansätzen, die Modelle des Alterns wie im Konzept von Rowe und Kahn beschreiben, eine Reihe von Problemen einher, die sie in 10 Punkten zusammengefasst hat.

1. A wide range of actors have an interest in controlling or capitalising on population ageing. These actors construct classifications, categorizations, recommendations and aspirations pertaining to old age.
2. These constructs are attempts to ‘model’ ageing in the sense of pinpointing the problematic aspects of ageing and specifying putative solutions to these problems.

⁵ Siehe auch: „We define successful aging as including three components: low probability of disease and disease-related disability, high cognitive and physical functional capacity, and active engagement with life. All three terms are relative and the relationship among them (as seen in figure 1) is to some extent hierarchical. (Rowe & Kahn 1987: 433).

⁶ “Geropsychology should not abandon or even ban the construct of successful aging from its portfolio of key concepts due to all its ambiguities and possibly its tendency to further elite thinking in psychological aging research” (Wahl et al. 2017)

3. Attempts to model ageing are rooted in concern about and interest in the costs of ageing populations, and aim at controlling the costs, or turning them into benefits/profit.
4. The ‘solutions’ to population ageing are being increasingly drawn from ‘the problem’ by singling out ways in which older adults are malleable and can be made to absorb the costs of population ageing themselves (or be made into sources of profit).
5. The proposed ‘solution’ to the ‘problem’ of population ageing are progressively less collectivist, and increasingly individualistic, making extensive and unrealistic assumptions about the ability and willingness of all older people to respond to them.
6. Model ageing has deleterious consequences because it has not been calibrated to the differential capacities of population groups to respond to it.
7. Model ageing expects those with the least resources to change and adapt the most.
8. Those with good resources can elect to remain outside the prescriptions of model ageing.
9. Most older adults with good resources are already adhering to model ageing without any need for additional incentives because model ageing is in accordance with their life-style, preferences, capacities and choices: some of them stand to gain from model ageing.
10. Model ageing tendencies will keep growing, with increasing exhortations on older adults to adapt and change their behaviours. This will have negative consequences for the disadvantaged older populations, exacerbated by the mega-trend of growing inequality.

in: Timonen 2016: 95f.

Für Timonen liegt kurz zusammengefasst ein zentrales Problem der Modelle des gelingenden Alterns darin, dass sie sich auf jene konzentrieren, die besonders privilegiert sind, dass suggeriert wird, dass jeder erfolgreich altern könnte und damit verschwiegen wird, dass die Unterschiede in der Lebenserwartung in vielen Ländern wachsen, dass durch die Beschäftigung mit Modellen des gelingenden Alterns jenen bislang nicht geholfen wurde, die nicht ‚erfolgreich‘ altern, dass politische Maßnahmen anhand von Wissen über die privilegierteste Gruppe Älterer entwickelt werden, dass es kaum Wissen darüber gibt, wie eine nicht-erfolgreich alternde Person zu einer erfolgreich-alternden Person werden kann, dass die Konsequenz, mehr im Kindesalter zu investieren, von wenigen Gerontolog/-innen vertreten wird, dass soziale Unterschiede nicht berücksichtigt werden, dass die Heterogenität älterer Menschen nicht berücksichtigt wird und dass Modelle des gelingenden Alterns selbst sozialen Ausschluss befördern (Timonen 2016, 96ff.).

Der Imperativ des gesunden Alterns als aktualisierte Form des ‚Healthism‘

Rowe und Kahn beschreiben in ihrem Konzept Erfolg als 'Leistung des Einzelnen' und als Folge richtiger Entscheidungen und richtigen Verhaltens des Individuums (Rowe & Kahn 1998). Die sozialen Bedingungen, die es den von den Autoren gesuchten erfolgreichen Individuen ermöglicht haben, zu eben diesen zu werden, werden dabei nicht thematisiert. Erfolgreiches Altern wird zudem als optimale Orientierung und nicht als ein Ziel neben anderen oder ein

in Maßen oder unter bestimmten Voraussetzungen zur Orientierung geeignetes Ziel besprochen. Die Zuschreibung der Verantwortung einzig an Individuen, ihre Entscheidungen und ihr Verhalten, birgt die Gefahr, dass eine Orientierung an Rowe und Kahns Konzept in der Politik die Reduktion von vom Staat zur Verfügung gestellten Ressourcen und in der Folge eine Verstärkung sozialer Ungleichheit bewirkt. Diese Reduktion staatlicher Unterstützung gemeinsam mit der Zuschreibung individueller Verantwortung ist laut den Kritikern aus der Gerontologie typisch für eine neoliberale gesellschaftliche Transformation (vgl. den nächsten Abschnitt).

Mit der Aufnahme von Rowe und Kahns Konzept könnte gelingendes Altern durchaus an die Stelle von Gesundheit in jenem Wandel treten, den Crawford in den 1980er Jahren unter dem Stichwort 'healthism' beschrieben hat (Crawford, 2006). Gesundheit ist demnach insbesondere für die amerikanische Mittelklasse zu einem übergeordneten Wert (*super-value*) geworden, nach dem alle streben sollen. Individuen haben als autonome Individuen und gute Bürger/-innen die moralische Pflicht, sich gesundheitsbewusst zu verhalten. Damit einher geht ein neoliberaler Wandel, der staatliche Ressourcen verringert. Propagiert wird, dass jeder sich richtig verhalten könnte, wenn er/sie nur wollte, unberücksichtigt bleibt, wie unterschiedlich die Bedingungen sind, unter denen Individuen dies vorgeschlagen wird. Neben den zusätzlich entzogenen staatlichen Ressourcen, die das angestrebte Ziel noch weniger erreichbar machen, wird jenen, die unter erschwerten Bedingungen leben, auch ein moralisch falsches Verhalten vorgeworfen.

Neoliberalismus als implizite Sozialtheorie im Modell des erfolgreichen Alterns

Die Ähnlichkeiten zwischen erfolgreichem Altern nach Rowe und Kahn und neoliberalen gesellschaftlichen Transformationen wurden von einigen Autoren weiter ausgearbeitet (Rubinstein und Medeiros (2015)). Dabei wird auf eine Lücke in Rowe und Kahns Buch von 1998 hingewiesen – dass nämlich nicht darauf eingegangen wird, wie Biografie, persönliche Bedeutungen und Lebenserfahrungen von Individuen sich auf deren erfolgreiches Altern auswirken und inwiefern bestimmte Gruppen besondere Unterstützung beim Erreichen des erfolgreichen Alterns bräuchten. Zudem wird nicht auf soziale Prozesse eingegangen, die das Ziel des erfolgreichen Alterns befördern könnten, das lediglich als individuelle Leistung beschrieben wird. Neoliberalismus bezeichnet Formen von Politik, die für Unternehmen vorteilhaft sind, sich jedoch nicht für Armut interessieren. Die Ideologie des Neoliberalismus beinhaltet eine radikale Trennung des Individuums von der Gesellschaft, die die Bedeutung sozialer Machtverhältnisse und kultureller Konstrukte unterschätzt. Rowe und Kahn unterscheiden mit ihrem Konzept der erfolgreich alternden Individuen auch eine Gruppe nicht erfolgreich alternder Personen. Zu diesen äußern sie sich jedoch kaum. Die Definition des erfolgreichen Alterns als individuelle Leistung führt dazu, dass die nicht erfolgreichen persönlich versagt zu haben scheinen. Welche Rolle Armut als Hindernis des erfolgreichen Alterns spielen kann, wird ebenfalls nicht näher untersucht.

Der gemeinsame Ansatzpunkt aller drei grundlegender Kritiken besteht darin, dass eine verstärkte soziale Ungleichheit eine zentrale Auswirkung der Orientierung an den Konzepten ist⁷.

⁷ So schreibt Timonen: „The biggest problem with model ageing is that it will become a new driver of social exclusion, because not everybody can adhere to it to an equal extent.“ (Timonen 2016, 101). Auch wenn Rowe

Auch wenn Konzepte des gelingenden Alterns nicht a priori verworfen werden, sollte deshalb diese Gefahr ernst genommen werden. Was spricht dafür, trotz der radikalen Kritik weiter vom gelingenden Altern zu sprechen und über bessere und schlechtere Definitionen nachzudenken? Ein Grund könnte die angesichts als problematisch identifizierter negativer Altersbilder verbreitete Suche nach positiven Alternativen sein. Ferner kann im Rahmen des „Capability Approaches“ ein Entwurf für eine neue Konzeption des gelingenden Alterns entwickelt werden, die das Problem der sozialen Ungleichheit in den Mittelpunkt stellt, indem der Fokus die Fähigkeiten der Einzelnen und die Freiheit von Individuen, aus unterschiedlichen Optionen zu wählen, gerichtet wird. Gerechtigkeit bleibt dabei weiter ein wichtiger Anker, jedoch nicht lediglich Gerechtigkeit in der Verteilung der Ressourcen, sondern mit dem Ziel, die Grundlage für unterschiedliche Fähigkeiten des einzelnen zu schaffen und diese zu verwirklichen.⁸

6.1.6 Kritische Weiterentwicklung der Konzeptionen des gelingenden Alterns

Nach der Darstellung jener Ansätze, die eine grundsätzliche Kritik formulieren, oder dafür eingesetzt werden können, soll im folgenden Abschnitt jene Kritik dargestellt werden, die die Konzepte nicht grundsätzlich ablehnt, sondern im Sinne eines möglichen besseren Modells argumentiert. Zum erfolgreichen Altern werden sieben unterschiedliche Kritiken des Konzepts von Rowe und Kahn dargestellt, die dazu beitragen sollen, dieses weiterzuentwickeln. Das Konzept des aktiven Alterns wird in Bezug auf die Definition von Aktivität und die Rolle von Gesundheit und Unabhängigkeit besprochen. Beim Konzept des gesunden Alterns wird die kritische Betrachtung des Einflusses auf unser Verständnis des Alterns im Allgemeinen dargestellt. Damit sollen, nach der anfänglichen knappen Darstellung aller drei Konzepte, die für die Verknüpfung mit der Ethik besonders relevanten Aspekte detaillierter dargestellt werden. Die Anknüpfungspunkte sind die enge Definition des Guten und die Rolle und Definition von Gesundheit in Definitionen gelingenden Alterns.

Erfolgreiches Altern: Konzeptionell weitere Grenzen und mehr Heterogenität

In der Diskussion um Rowe und Kahns Konzept finden wir zwei unterschiedliche Hauptgruppen von Argumenten: Zur ersten Gruppe gehören Argumente, denen zufolge das erfolgreiche Alter zu eng definiert wird; zur zweiten Gruppe solche Argumente, die sich auf die Heterogenität älterer Menschen beziehen. Trotz der ursprünglichen Begründung der Berücksichtigung der Heterogenität im Alter bei der Einführung des Konzepts⁹, würde diese sich nicht

und Kahn beim erfolgreichen Altern 2.0 (2015) eine Transformation gesellschaftlicher Kerninstitutionen besprechen, gehen sie nicht auf den konkreten Vorwurf verstärkter sozialer Ungleichheit ein. Und wie auch bei anderen, von ihnen angesprochenen gesellschaftlichen Veränderungen wie der Aufwertung der unbezahlten Arbeit älterer Menschen (Rubinstein & Medeiros 2015), fehlt auch bei der Veränderung gesellschaftlicher Kerninstitutionen eine Beschreibung, wie dies geschehen soll.

⁸ Auch Timonen hat bereits in diese Richtung argumentiert, indem sie problematische Aspekte des Active and Ageing Index unter Zuhilfenahme des Capabilities Approach kritisiert hat (siehe de Sao Jose & Timonen 2017).

⁹ Ursprünglich wurde die Notwendigkeit des Konzepts des erfolgreichen Alterns mit der Vernachlässigung der Heterogenität älterer Menschen in der biomedizinischen Altersforschung der 1980er Jahre begründet. Ihr fehlte aus der Sicht von Rowe und Kahn die Unterscheidung zwischen den gesunden Älteren mit und jenen ohne erhöhtes Risiko für Erkrankungen und Behinderungen (Rowe Kahn 1998). Der Fokus auf die Gewinner in Bezug auf gesundheitlich risikoarmes Alter(n) und der Einfluss des Konzepts hat jedoch dazu geführt, dass durch den

ausreichend im Konzept widerspiegeln. Zur ersten Kategorie zählen wir fünf unterschiedliche Kritiken: Der Fokus auf die Optimierung biomedizinischer Funktionalität, das Fehlen subjektiver Perspektiven, die Vernachlässigung des Lebenslaufs, die fehlende Reflexion der kulturellen Verankerung des Konzepts und die fehlende Berücksichtigung negativer Erfahrungen wie Gebrechlichkeit und Endlichkeit. Zur zweiten Kategorie zählen wir zwei unterschiedliche Formen der Heterogenität älterer Menschen: Soziale Schicht und Gesundheit.

Mit einer breiteren Perspektive darauf, was gelingendes Altern sein kann, erweitert sich auch der Rahmen jener Bereiche, in denen mit dem Ziel des gelingenden Alterns politische Maßnahmen gesetzt werden können.

Gegen den Reduktionismus einer optimierten biomedizinischer Funktionalität

Das Konzept von Rowe und Kahn fokussiert auf körperliche Funktionalität. Vernachlässigt wird dabei, dass Altern kein allein biomedizinisches Phänomen ist. Diese Verkürzung auf eine Perspektive ist, obwohl Vertreter unterschiedlicher Disziplinen an den MacArthur Studien mitgewirkt haben, bereits in Rowe und Kahns Konzept angelegt – so werden hier ausschließlich biomedizinisch relevante Daten zur Bewertung gelingenden Alterns eingesetzt, wenn diese auch unter anderem mithilfe sozialer Teilhabe erreicht werden sollen. Die Verbreitung des Konzepts in unterschiedlichen Disziplinen zeigt die Deutungsmacht der Medizin als Wissenschaft, die gelingendes Altern in einzig gesundes (beziehungsweise optimal gesundes) Altern umdefiniert.

Eine Alternative bieten beispielsweise sozialwissenschaftliche Forschungen zur sozialen Konstruktion des Alter(n)s. Dazu zählen Untersuchungen zu Altersdiskriminierung (*ageism*) als Zusammenspiel aus negativen Altersbildern und Altersbeziehungen, die ältere Menschen als Gruppe systematisch benachteiligen (Calasanti 2015). Gelingendes Altern in einer stärker sozialwissenschaftlich fundierten Definition könnte beispielsweise mehr auf Machtbeziehungen und die Position älterer Menschen als Gruppe in einer Gesellschaft eingehen. Philosophische Ansätze verweisen auf Altern als sozio-existenziellen Prozess, bei dem gesundheitliche Aspekte ebenfalls nur einen Teil ausmachen (Baars 2010). Nach Baars werden durch die ausschließlich biomedizinische Perspektive auf das Altern ältere Menschen zugleich aus zwischenmenschlichen Fragen ausgeschlossen und bestimmte Lebensstile werden ihnen aufgezwungen.

Unterschiedliche Gesundheit und Fähigkeiten

Betrachtet man die Heterogenität der Betroffenen in gesundheitlicher Hinsicht, so wird die Einführung von Rowe und Kahns Konzept auf biomedizinische Parameter am deutlichsten. Gelingendes Altern ist nicht einmal Altern ohne Krankheit und Behinderung, es ist ein 'hyper'gesundes Altern, in dem für beides auch ein geringes Risiko besteht. Personen, die an chronischen Erkrankungen oder Behinderungen leiden, deren körperliche und psychische Funktionalität

positiven Bezug auf das Konzept ebenso die Heterogenität des Alter(n)s – diesmal durch die Nichtbeachtung von in Bezug auf Gesundheit weniger privilegierten Gruppen - vernachlässigt wird.

Gesundheitspolitik muss jedoch alle und insbesondere jene berücksichtigen, deren Gesundheitszustand schlechter ist und deren Ressourcen für den Umgang mit Krankheit und Behinderung geringer sind.

eingeschränkt ist oder deren soziale Teilhabe niedrig ist, werden prinzipiell von der Gruppe der gelingend Alternenden ausgeschlossen. Das ist vor allem angesichts dessen, dass im Alter Krankheiten und Behinderungen, die Abnahme von körperlicher und psychischer Funktionalität und die Reduktion sozialer Teilhabe häufig vorkommen, problematisch. Für die Mehrheit älterer Menschen ist damit erfolgreiches Alter(n) nicht erreichbar.

Nachdem Rowe und Kahn in ihrem Buch aus 1998 postulierten, erfolgreiches Altern wäre das, was einen Menschen zum Sport statt in den Rollstuhl bringen würde, wurden sie für ihre behindertenfeindlichen Aussagen kritisiert (Minkler & Fadem 2002). Mittlerweile existiert Forschung, die Beispiele für erfolgreiches Altern mit Behinderung und chronischer Krankheit liefert und diese Dichotomie auf einer empirischen Ebene im Bereich der subjektiven Definitionen widerlegt (z.B. Molton & Yorkston 2017; Romo et al. 2013). So konnte Larsson (2011) zeigen, dass ältere Menschen auch mit Behinderungen erfolgreich altern können, sofern sie die nötige Unterstützung erhalten. Young et al. entwickelten ein Konzept erfolgreichen Alterns, das auch mit chronischer Krankheit möglich ist.

Einen Versuch der Überarbeitung des Konzepts des erfolgreichen Alterns hinsichtlich Behinderung und Krankheit haben Tesch-Römer und Wahl (2017) zuletzt unternommen. Sie betonen, dass man durch die Lebenserwartung durchaus davon ausgehen kann, dass zusätzliche Jahre mit Krankheit und Behinderung gewonnen werden – durch die Lebenserwartung die Fürsorgebedürfnisse aber zugleich nicht geringer werden. Allerdings gibt es hier unterschiedliche Studienergebnisse bezüglich der Zu- oder Abnahme von Behinderungen durch die gestiegene Lebenserwartung. Durch den starken Einfluss von sozioökonomischen Faktoren wird es zu größeren sozialen Ungleichheiten im späteren Leben kommen. Es ist von mehr Fürsorgebedürfnissen und mehr guter Gesundheit auszugehen. Die Autoren sprechen sich gegen die Dichotomie der erfolgreich und misslingend Alternenden bei Rowe & Kahn insbesondere deshalb aus, da beides in unterschiedlichen Phasen eines Lebens vorliegen kann. Die Ausnahme eines Alters ohne Krankheit und Behinderung sollte nicht zur Definition des erfolgreichen Alterns herangezogen werden. Stattdessen sollte das erfolgreiche Altern als „desirable living situations for ageing in good health & ageing with disability/care needs“ verstanden werden. Niedriges Risiko für Krankheit und Behinderung und hohe Funktionalität sollten eher als Ressourcen und nicht als Ziele gesehen werden. Ziele sollten stattdessen Autonomie und Lebensqualität sein. Die Autoren verweisen zugleich auch auf Möglichkeiten, die durch eine stärkere Verknüpfung mit der care ethik möglich wären, nach der interrelatedness und Abhängigkeit als universal zu denken sind.

Subjektive Perspektiven

“Lay views of successful ageing are important for testing the validity of existing models and measures, if they are to have any relevance to the population they are applied to. There is little point in developing policy goals if elderly people do not regard them as relevant.” (Bowling & Dieppe 2005, 1550)

Rowe und Kahns Konzept kommt ohne die Einbeziehung der Stimmen der 'Betroffenen' im Sinne subjektiver Definitionen, was gelingendes Altern ausmacht, aus. Als Reaktion auf ihre Formulierung entwickelte sich eine eigene Traditionslinie der Erforschung von 'subjektiven

Definitionen' die dann häufig mit Rowe und Kahns Definitionen verglichen wurden (z.B. Lee et al. 2017, Jopp et al. 2015, Reichstadt et al. 2010). Immer wieder findet sich das Fazit, dass in diesen Untersuchungen mehr Personen als erfolgreich alternd gelten, als bei der Anwendung von Rowe und Kahns Konzept (z.B. Strawbridge et al. 2002). Außerdem werden in Untersuchungen der subjektiven Perspektiven auf gelingendes Altern sogenannte 'externe' Faktoren, die sich nicht auf das Verhalten von Individuen beziehen, beispielsweise zur Verfügung stehende finanzielle Ressourcen, sehr viel häufiger genannt (Cosco et al. 2013). Mittlerweile gibt es auch eine Vielzahl von Untersuchungen zu Definitionen verschiedener sozialer Gruppen, z.B. LGBT (Van Wagenen, 2013), wodurch es möglich ist, auch subjektive Definitionen stärker zu unterscheiden. Auch in Untersuchungen, die sich nicht ausschließlich auf subjektive Definitionen konzentrieren, wird deren Einbeziehung gefordert.¹⁰

Lebenslauf

Eine weitere Einschränkung des Konzepts von Rowe & Kahn in seiner anfänglichen Fassung liegt im Fokus auf die späte Lebensphase. Schulz und Heckhausen bemängelten, dass Diskussionen über Entwicklung im Alter nicht mit der Kindheit und umgekehrt Diskussionen um Entwicklung in der Kindheit sich zumeist gar nicht auf das Alter beziehen. Eine Ausnahme bilden dabei Baltes & Baltes (1990). Eine Engführung des Konzepts von Rowe und Kahn liegt auch in der ausschließlichen Berücksichtigung von absolutem Erfolg. Kriterien für Erfolg können sowohl absolut, interindividuell (bezogen auf bestimmte Gruppe) oder intraindividuell sein. Für Schulz und Heckhausen ist erfolgreiches Altern über den Lebenslauf durch erfolgreiche Entwicklung und den Einsatz bestimmter Kontrollprozesse gekennzeichnet.

Dabei sind drei Prinzipien im Lebenslauf förderlich: Diversität erhalten, Selektivität und Kompensation und Umgang mit Misserfolg und Abbau (in der Form normaler Misserfolge beim Versuch Kompetenzen zu erweitern, Entwicklungsabbau im Zusammenhang mit dem Alter, außergewöhnliche Ereignisse, z.B. Krankheit). Zentrales Thema der Entwicklung ist Kontrolle. Die Autoren unterscheiden zwischen primären (auf die Umwelt gerichteten, Verhalten) und sekundären (Werte und Erwartungen, Überlegungen) Kontrollprozessen, zu denen es jeweils auch kompensatorische Kontrollprozesse (Primär: Assistenz durch Menschen oder Technik; sekundär: Resilienz – alternative Ziele entwickeln) gibt.

Erfolgreiches Altern ist für Schulz und Heckhausen (1996) erfolgreiche Entwicklung nach drei Kriterien: Überleben und körperliche Funktionalität, allgemeine kognitive, intellektuelle und soziale Beziehungsfähigkeiten, Fähigkeit zur Performance in einem bestimmten Gebiet. Sind diese alle drei bei einer Person vorhanden, spricht man vom optimalen Lebenslauf. Dies ist von optimaler Funktionalität zu unterscheiden (die zumeist einen optimalen Lebenslauf erschwert – durch Konzentration auf ein enges Gebiet für Performance). Erfolgreiche Entwicklung ist auch bspw. bei angeborener Behinderung möglich (in diesem Fall ist Erfolg kein

¹⁰ „[I]t is of utmost importance to consider the full multidimensionality of successful aging, including subjective and objective criteria, as well as lay people’s descriptions” (Wahl et al. 2017, 1938)

Kriterium absoluten Erfolgs; oder er wird in einem nicht von Behinderung betroffenen Bereich erlebt).

Kulturelle Verankerung

Während erfolgreiches Altern von manchen als nicht kulturabhängig verstanden wird¹¹, betonen andere die Verankerung des Konzepts in der US-amerikanischen Kultur (Lamb 2014). Für Lamb zeigt sich dies anhand des Vergleichs subjektiver Definitionen des Alterns in Indien und den USA. Das Konzept ist typisch für den US-Kontext, da es besonders auf individuelle Handlungsfähigkeit, Unabhängigkeit, produktive Aktivität und unveränderte Persönlichkeit („permanent personhood“ – gemeint im Sinne einer nicht alternden Persönlichkeit) fokussiert. Torres (2003) argumentiert ebenso, dass Baltes & Baltes in ihrem Konzept des erfolgreichen Alterns keine Kulturen beachten, in denen Veränderungen, die mit dem Altern einhergehen, Akzeptanz entgegengebracht wird. Rowe und Kahns Konzept ist nach Torres typisch für den US-amerikanischen Kontext, da die Beherrschung der Natur in Bezug auf das Altern als natürliches Phänomen im Zentrum steht.

Durch die nicht adaptierte Übertragung auf andere kulturelle Kontexte, läuft das Konzept nicht nur Gefahr, nicht für die jeweiligen neuen Kontexte geeignet zu sein, es wird auch nicht durch neue Impulse erweitert. In anderen Kulturen, in denen andere Wertorientierungen bedeutend sind, existieren andere Konzepte gelingenden Alterns, beispielsweise 'harmonisches Altern' nach Liang und Luo (2012), bei dem eine dynamische Balance in allen Sphären des Lebens angestrebt wird. Butler et al. (2011) stellen beispielsweise ein ebenso von östlicher Philosophie und Buddhismus geprägtes Konzept des ‚Alterns im Gleichgewicht‘ (balanced aging) vor. Mittlerweise existiert eine Reihe an Untersuchungen aus anderen Ländern beziehungsweise Kulturen (z.B. Chung & Park 2008).

Gebrechlichkeit, Endlichkeit, negative Erfahrungen

Nach Woo (2016) ist Gebrechlichkeit das Gegenteil von erfolgreichem Altern. Beides ließe sich mit dem Maß des schnellen Ganges messen und es handle sich um zwei einander entgegengesetzte Positionen. Bei Rowe und Kahn kommt Gebrechlichkeit nicht vor. Die beiden ordnen sich mit ihrem Konzept in den Trend gerontologischer Bemühungen ein, negativen Altersbildern und theoretischen Ansätzen, die von einem sozialen Rückzug im Alter ausgingen, positive Bilder des Alter(n)s zu entgegensetzen. Die Konzentration auf die Suche nach positiven Altersbildern hat zur Ausblendung als herausfordernd wahrgenommene Aspekte des Alterns geführt. Obwohl beispielsweise Gebrechlichkeit ein alterstypisches Phänomen ist, hat dieses keinen Platz im erfolgreichen Altern.

Für Timonen (2016) ist dies typisch für eine weiter verbreitete Haltung, die sich mit 'where frailty starts, policy ends' umschreiben lässt. Jene, die am verwundbarsten sind und von Unterstützung durch Politik am meisten profitieren würden, kommen gar nicht erst vor.

¹¹ „all cultures are characterized by considerable consensus regarding what constitutes success“ (Schulz & Heckhausen 1996: 704)

Gebrechlichkeit ist nicht der einzige negativ wahrgenommene Aspekt des Alterns, der in Rowe und Kahns Konzept keine Bedeutung hat. Beispielsweise wird der Umgang mit Endlichkeit genauso wenig thematisiert. Werden auf den ersten Blick problematische Aspekte des Alterns nicht als mögliche Entwicklungen integriert und lediglich als um jeden Preis zu vermeidend dargestellt, wird damit, genauso wie mit dem Fokus auf die Suche nach reversiblen Alterungsprozessen ein negatives Altersbild nicht in Frage gestellt, sondern lediglich auf bestimmte Bereiche begrenzt. Nach Minkler & Holstein (2003) verstärken Normen, die Gebrechlichkeit und Behinderung mit Versagen assoziieren, bereits bestehende kulturelle Ängste vor körperlichem Leiden und körperliche Leidenden und führen zu problematischen politischen Maßnahmen. Baars (2017) betont das Potenzial eines als endlich verstandenen gelebten Lebens in der philosophischen Diskussion um das Alter(n).

Alternative Ansätze betonen das Potenzial negativer Erfahrungen:

„A crucial point in this regard involves acknowledging that the meaning of an active life may change throughout the life course and that gains might also be seen in the context of loss, as older adults may unfold unexpected substitute skills, collaborative relationships or creative strategies to overcome limitations (Hansson, Robson and Limas 2001)” (Boudiny 2013: 1093)

Andere bezeichnen das Auslassen negative Erfahrungen als grundlegendes Problem des Konzepts des erfolgreichen Alterns:

„Gerontology cannot speak to the improvement of life quality for older adults without taking into account and considering the problems, losses, and negatives (sic) events that many older adults experience” (Rubinstein & Medeiros 2016)

Nach Tesch-Römer und Wahl (2017) gehört auch das ‚erfolgreiche Sterben‘ am Ende des Lebens zum erfolgreichen Altern, wenn auch dann Wohlbefinden ermöglicht wird. Durch die Aufnahme des erfolgreichen Sterbens bewegen sich Tesch-Römer und Wahl jedoch sehr weit von Rowe und Kahns Konzept weg.

Soziale Ungleichheiten

Im Modell von Rowe und Kahn kommen wie bereits oben erwähnt soziale Ungleichheiten trotz ihres erwiesenen Einflusses auf Gesundheit und Lebenserwartung nicht vor (Timonen, 2016). Die 2015 erschienene Überarbeitung des Konzepts durch die Autoren unter dem Titel 'erfolgreiches Altern 2.0' scheint auf den ersten Blick in dieser Hinsicht mehr Potenzial zu bergen, da sie das individuell erfolgreiche Altern um ein gesellschaftliches erfolgreiches Altern ergänzt. Jedoch fehlt auch hier der Verweis auf die fundamentale Bedeutung sozialer Ungleichheit für Gesundheit. Möglichkeiten dafür, die Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf Gesundheit ernst zu nehmen, bieten sich durchaus auch in einigen der MacArthur Studies (z.B. Berkman 1993, Kubzansky 1998, Seemann 2004), die von Rowe und Kahn als Ursprung ihres Konzepts beschrieben werden. Jedoch scheinen die Autoren jene Studien, deren zentrales Ergebnis die Bedeutung sozioökonomischer Faktoren ist, nicht in der Entwicklung ihres Konzepts berücksichtigt zu haben. Auch aktuellere Untersuchungen haben auf den Einfluss sozialer Ungleichheiten verwiesen (z.B. Kok et al. 2017; Domenech-Abella, J. 2017)

Auch in Deutschland zeigt sich ein starker Einfluss der sozialen Ungleichheit auf Gesundheit, definiert man letztere durch Einkommen, Bildung oder Berufsstatus (Lampert, 2008). Als Gründe hierfür werden von Lampert unterschiedliche materielle Lebensbedingungen, psychosoziale Belastungen und Unterschiede im Gesundheitsverhalten genannt. Trotzdem Ältere nach wie vor in der sozialepidemiologischen Forschung kaum vorkommen, lässt sich mittels der vorhandenen Daten feststellen, dass die Auswirkungen sozialer Ungleichheiten auf Gesundheit im Alter in den meisten Bereichen im Alter zunehmen und dass angenommen werden kann, dass dieser Effekt in Zukunft in Deutschland größere Ausmaße annehmen wird. Die Differenz in der Lebenserwartung zwischen der niedrigsten und der höchsten Einkommensgruppe liegt bei Männern bei 10,8 und bei Frauen bei 8,4 Jahren. Der Unterschied zwischen beiden Einkommensgruppen in der gesunden Lebenserwartung (guter oder sehr guter selbst eingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand; Berechnung der Unterschiede ab Geburt) liegt bei Frauen bei 13,3 und bei Männern bei 14,3 Jahren.

Frolich et al. (2001) plädieren für einen sorgfältigeren Umgang mit der Frage des Einflusses sozialer Ungleichheiten auf Gesundheit. Häufig wird soziale Ungleichheit in der biomedizinischen Literatur ähnlich einem biologischen Merkmal eingesetzt. Der Lebensstil wird – entgegen dem ursprünglichen Konzept des Lebensstils¹² - vom Kontext getrennt. Biomedizinische Literatur versteht häufig den Lebensstil als individuelles Verhaltensmuster, das Gesundheit beeinflusst (Frolich et al. 2001). Er wird wie eine Pathologie definiert, wobei unterschiedliche Verhaltensmuster für riskant gehalten werden. Das Verhalten wird dabei vom sozialen Kontext isoliert. Stattdessen sollte ein Lebensstil nach Frolich et al. als soziale Praktik verstanden werden, die sich aus einem bestimmten Kontext ergibt und ihn verstärkt. Aktuell wird Verhaltensänderung häufig als eine Frage der Selbstregulation, kognitiver Faktoren und des Willens behandelt. Ein Lebensstil sollte jedoch mit Bezug auf die Position in einer Sozialstruktur analysiert werden. Dann wird das Individuum nicht als in einem Vakuum im Kampf mit den eigenen Lasten gedacht, sondern in Interaktion mit kulturellen, sozialen und psychosozialen Faktoren. Dadurch kann der Lebensstil als soziales Charakteristikum einer Gruppe erfasst werden und wird zu einem kollektiven Attribut. In der Erforschung des Einflusses des Lebensstils auf Gesundheit sollte, um Lebensstile in ihrer Komplexität erfassen zu können, nicht das Verhalten von Individuen sondern Beziehungen zwischen Menschen, sozialen Bedingungen und sozialen Praktiken im Mittelpunkt stehen.

Aktives Altern: Aktivitätsdefinitionen, Gesundheit und Unabhängigkeit

Wir stellen im folgenden Abschnitt zwei unterschiedliche kritische Diskussionen des aktiven Alterns dar, einerseits die Definition von Aktivität und andererseits eine Kritik an ‚Gesundheit‘ und ‚Unabhängigkeit‘ als Elemente aktiven Alterns.

¹² Im Konzept des Lebensstils nach Weber ist der Lebensstil keine Funktion der sozialen Klasse (Frolich et al. 2001). Er wird holistischer definiert (z.B. Einkommen, Beruf, Status, Bildung). Der Lebensstil ist Wahl verbunden mit Lebenschancen. Lebenschancen sind eine Folge der im Leben angetroffenen Möglichkeiten aufgrund der sozialen Situation. Lebensstile sind Lebensentscheidungen, die von Lebenschancen abhängig sind. Lebensstil und –chance sind beide sozial determiniert.

Aktivität im aktiven Altern

Unterschiedliche Autoren haben die Definition der Aktivität im aktiven Altern kritisiert – einerseits in empirischen Studien (z.B. Katz 2000, Boudiny 2013), andererseits in politischen Maßnahmen (Foster & Walker 2015) Für Katz bietet Aktivität die Grundlage auf der Gerontolog/-innen und andere Berufe die mit älteren Menschen arbeiten, intervenieren.

Frühe Studien über das Altern haben keineswegs die Aktivität, sondern durchaus die Kontemplation als wichtigen Aspekt des Alterns betont (Katz, 2000). Im Zuge des Fokus auf Aktivitäten wurde versucht, beispielsweise möglichst wenige Freizeitaktivitäten zu identifizieren, mithilfe derer ein möglichst großer psychologischer Vorteil gewonnen werden konnte und die Aktivität älterer Menschen (im Rahmen von bestimmten Angeboten) rationalisiert. Die Aktivitäten entsprechen nicht unbedingt allen sozialen Schichten, sondern eher der Mittelklasse. Katz beschreibt den Druck auf Ältere, ihr Leben in Aktivitäten zu organisieren. Dabei ist für diese unter Umständen, frei zu sein von manchen Aktivitäten (belastende Fürsorge für andere) genauso wie frei zu sein für andere Aktivitäten wichtig. Auch sozial produktive Aktivitäten im konzeptuellen Bereich ‚das eigene Leben erzählen‘ werden beim aktiven Altern zumeist nicht als Aktivitäten gezählt. Es besteht nach Katz die Gefahr, dass ältere Menschen durch Aktivitäten „gemanaged“ werden und selbst nicht genügend in die Auswahl von Aktivitäten eingebunden sind.

„Hence, their struggle, as the interviews with retired individuals above suggest, is not simply for better pension plans, housing and care facilities, but also to reclaim their bodies, subjectivity, and everyday lives from management by activity” (Katz 2000:p.148)

Der Kern der gerontologischen Aktivitätstheorien, dass ältere Menschen durch Aktivität zu größerer Lebenszufriedenheit gelangen, hat bis heute auch im Bereich der Konzepte gelingenden Alterns Einfluss. Dabei haben empirische Studien den Einfluss auf subjektive Lebenszufriedenheit lediglich hinsichtlich informeller Aktivitäten belegen können (DeLiema & Bengtson 2017).

Gesundheit und Unabhängigkeit als Elemente aktiven Alterns

Boudiny (2013) sieht einen grundlegenden Unterschied zwischen dem aktiven Altern und sowohl dem erfolgreichen wie dem gesunden Altern in Bezug auf Gesundheit. Ihrer Argumentation nach ist es wichtig, dass Gesundheit nicht Ziel des aktiven Alterns ist, da nur dadurch auch Personen mit zum Beispiel chronischer Erkrankung nicht durch das Konzept ausgeschlossen werden. Für sie ist aktives Altern anders als erfolgreiches und als gesundes Altern:

„It is precisely because of the shift in emphasis away from health and independence, however, that the active-ageing discourse allows for a crucial question: How can the active-ageing ideal be realized under circumstances of declining health? How can active ageing be fostered under circumstances of dependence? Herein lies the key difference with healthy ageing. It is precisely this discrepancy that enables policy makers to create a more inclusive society than is possible with healthy ageing (WHO 2002)” (Boudiny 2013, 1086)

Eine solche Definition aktiven Alterns, die Krankheit und Abhängigkeit einschließt ist nach Boudiny ein besseres Angebot an ältere Menschen, von denen 2/3 nach Rowe & Kahns Konzept versagen.

Gesundes Altern als problematische Neudefinition des Alterns

O’Rourke und Ceci verweisen auf die Art und Weise, in der das Konzept des gesunden Alterns unser Verständnis des Alterns verändert. Während es sich – im Sinne älterer Menschen – dagegen wendet, Altern als Krankheit und Verfall zu verstehen, ist es zugleich stark in typisch westlichen Werten (Fokus auf das Individuum, Betonung von Körper und Autonomie) verhaftet, die sich im alternativ entworfenen Bild des normalen Alterns finden. Während die Anti-Ageing-Bewegung ihre Ziele (Lebensverlängerung, Interventionen gegen Krankheiten und Funktionsverlust) klar kommuniziert, wird durch das Konzept des gesunden Alterns auf implizite Art die Grenze dessen verschoben, was als normales Altern gilt.

Diese Grenze wird jedoch als biologische Norm im Sinne Canguilhems kommuniziert, während sie Ergebnis sozialer Prozesse ist. Für O’Rourke und Ceci findet eine dramatische Veränderung statt, bei der Krankheitsprävention zur Aufgabe und Verantwortlichkeit des Individuums wird. Policy-Dokumente, die gesundes Altern betonen fordern die Bekämpfung der Altersdiskriminierung und zugleich, dass Individuen Verantwortung für einen gesunden Lebensstil übernehmen. Dadurch gibt es keinen Platz für ‚normale‘ körperliche Veränderungen des Alters unabhängig vom gewählten Lebensstil mehr.

Die Hinwendung zum gesunden Altern wirkt sich positiv auf die gesünderen älteren Menschen aus, während gebrechliche ältere Menschen die Verlierer einer solchen Orientierung in der Politik sind. Tatsächlich wird durch die Neudefinition dessen, was normales Altern ist, die Mehrheit der älteren Menschen zu jenen, die von der Norm abweichen. Wenn politische Maßnahmen und Forschungsprogramme gesundes Altern zum Ziel haben, wird damit der pessimistische Blick auf ältere Menschen mit kognitivem oder körperlichem Abbau nicht verändert. Die Bedürfnisse vieler älterer Menschen, für die gesundes Altern keine Option ist, werden nicht berücksichtigt. Ältere Menschen werden abgewertet obwohl gesundes Altern als Bemühung gesehen wird, Altersdiskriminierung zu verringern.

6.1.7 Konzepte gelingenden Alterns und Theorie des guten Lebens

Die Konzepte gelingenden Alterns werden wie der vorausgehende Abschnitt zeigt, in der Gerontologie sowie in anderen unterschiedlichen Disziplinen rezipiert und weiterentwickelt. Mit Perspektiven aus der Ethik hat jedoch bislang nur ein sehr geringer Austausch bestanden. Trotzdem gibt es zunehmend Hinweise auf die Vorteile eines stärkeren Austauschs. Insbesondere der Beitrag von Foster und Walker (2015) verweist in mehrerlei Hinsicht auf die aktuell fehlende, stärkere Verknüpfung mit der Ethik¹³. Auch andere Autor/-innen haben auf die ethischen Aspekte der Konzepte verwiesen (O’Rourke & Ceci 2013; Stenner et al., 2013; Bülow &

¹³ Beispielsweise in ihrer Beschreibung der Problematik, dass viele Individuen durch Rowe und Kahns Modell als ‘nicht erfolgreich Alternde’ bezeichnet werden: „successful implies there are winners and losers, all too often true in policy developments, but most gerontologists are uncomfortable with labeling someone unsuccessful because they are disabled or have ill health (Strawbridge et al., 2002)”(Foster & Walker 2015, 85), oder in ihrem Ruf nach ‚normatively fair solutions‘ (Foster & Walker 2015,88).

Söderqvist 2014). Bereits die einzelnen Kritikpunkte, die innerhalb des gerontologischen Diskurses geltend gemacht werden, verweisen auf ethische Themen wie den Wert von Gesundheit, die intersubjektive und interkulturelle Gültigkeit von Vorstellungen des Guten oder soziale Ungleichheit.

Die Ethik hat sich aktuell jedoch kaum mit den Konzepten des gelingenden Alterns der Gerontologie auseinandergesetzt. Eine Ausnahme stellt Holstein & Minklers (2003, fortgeführt in Holstein, Parks und Waymack 2011). Kritik des erfolgreichen Alterns dar, in der ethische Ansätze etwas weiter ausformuliert werden. Die Autor/-innen betonen die Normativität und die aus Sicht der kritischen Gerontologie problematische Gleichsetzung von guter Gesundheit und erfolgreichem Altern¹⁴. Sie warnen davor, dass durch das Konzept des erfolgreichen Alterns bestimmten Gruppen (z.B. älteren Menschen, älteren Frauen, Armen, Schwarzen Menschen, bereits marginalisierten Gruppen) Schaden zugefügt werden kann. Insbesondere partizipativen Methoden schreiben sie großes Potenzial zu, wenn es darum geht, diesen mit der ‚neuen Gerontologie‘ verbundenen Gefahren zu begegnen. Im folgenden Abschnitt wird die Perspektive der Theorien des guten Lebens zur Analyse der Konzepte aus ethischer Sicht herangezogen.

Gelingendes Altern und gutes Leben

Rowe und Kahns Konzept wurde als einseitig ‚medizinisch‘ kritisiert (Calasanti 2015). Im erfolgreichen und im aktiven Altern gibt es jedoch auch Aspekte, die über Funktionalität und geringes Risiko für Krankheit und Behinderung hinausreichen. Beim erfolgreichen Altern nach Rowe und Kahn (1997) ist dies Engagement (*engagement with life*). Zunächst waren neben den physiologischen psychosoziale Aspekte Teil des Konzepts (1987). In der Definition aus 1997 fielen unter das Engagement soziale Beziehungen und produktive Aktivitäten, jedoch nicht nur solche, die tatsächlich bezahlt werden, sondern auch solche, die produktiv sind und bezahlt werden könnten. Trotzdem ist Engagement – so verstanden wie Rowe und Kahn es tun - ein Begriff der Aktivitäten betont, die ökonomisch produktiv sind. Soziale Teilhabe, die politische und kulturelle Aktivitäten explizit umfasst, wäre ein weiter gefasster Begriff, etwa definiert durch das Bundesteilhabegesetz (vgl. <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/beteiligen/fd-soziale-teilhabe/>). Darüber hinaus ist Engagement im erfolgreichen Altern anderen Maßen untergeordnet (Rowe & Kahn 1997; Foster & Walker 2015). Beim aktiven Altern steht Gesundheit weniger als bei Rowe und Kahn im Zentrum (sofern es überhaupt Teil der Definition ist (s. Boudinsky, 2013). Zentral sind unterschiedliche Arten von Aktivitäten, allerdings spielt auch hier die ökonomische Komponente in Form der Integration in den Arbeitsmarkt, eine hervorgehobene Rolle (Foster & Walker 2015). Auch das gesunde Altern weist über das Erreichen bestimmter medizinischer Werte hinaus – in der Definition der WHO aus 2015 steht Entwicklung und Erhalt der „functional ability that enables well-being in older age“ im Zentrum.

Durch diese Aspekte der Konzepte gelingenden Alterns, die über Erhalt und Verbesserung von Gesundheit hinausgehen, bietet sich ein stärkerer Austausch mit Theorien des guten Lebens

¹⁴ „[A]lthough well-constructed scientific experiments can provide much needed information about what we must do (if we are able) to have a relatively healthy old age, it cannot tell us what makes that life a good one. Labeling the pathways to better health in old age as successful ageing is too great a leap from a critical perspective“ (Holstein & Minkler 2003: 791)

aus der Ethik an. Wolfs (1999) Strukturierung der Frage nach dem guten Leben bietet in diesem Zusammenhang eine hervorragende Möglichkeit die Anknüpfungspunkte systematisch aufzuzeigen. Um das im gelingenden Altern vorausgesetzte Verständnis des Guten zu erweitern, soll in der Folge der Capabilities Approach nach Sen (2009) und Nussbaum (2011) herangezogen werden. Dieser entwickelt nicht nur eine interkulturell gültige Liste von Voraussetzungen des guten Lebens diskutiert. Es werden ebenfalls die Verbindungen zu Fragen der Gerechtigkeit aufgezeigt. Ein Vertreter des Ansatzes überträgt weiter den Gedanken der Capabilities auf den Bereich der Gesundheit (Venkatapuram 2011). Der Capabilities Approach scheint zudem bereits hin und wieder in den Diskussionen um die Konzepte auf (Holstein & Minkler 2003; Sao José & Timonen 2017; Stephens 2016).

Die unterschiedlichen Ebenen der Frage nach dem guten Leben

Nach Wolf (1999) beinhaltet die Frage nach dem guten Leben fünf unterschiedliche Ebenen. Auf der ersten Ebene ist die Frage nach dem hier und jetzt zu verorten – wie soll ich mich hier und jetzt verhalten? Auf der zweiten Ebene kann es zu intrapersonalen Konflikten mit unterschiedlichen übergeordneten Zielen und Wünschen kommen. Auf der dritten Ebene stellt sich die Frage nach dem Modell eines guten Lebens, das verfolgt werden soll und das möglicherweise anderen Modellen einer Gesellschaft widerspricht. Auf der vierten Ebene steht die Frage danach, inwiefern gutes Leben ein Ziel für das ganze Leben sein soll. Auf der fünften und letzten Ebene geht es um gutes Leben angesichts von Endlichkeit und Kontingenz.

Nimmt man Rowe und Kahns Konzept als Beispiel, so ist es, insbesondere hinsichtlich ihrer Buchpublikation (1998) sehr stark auf der ersten Ebene verortet, indem es einen Ratschlag zur individuellen Lebensführung (durchaus detailliert – z.B. Aspirin nehmen oder nicht?) formuliert. Wie oben gezeigt wurde, gelten die Ratschläge von Rowe und Kahn jedoch insbesondere für eine kleinere Gruppe von Menschen, für die erfolgreiches Altern nach der Definition der Autoren überhaupt möglich ist. Neben dem ‚social gradient of health‘ (Timonen 2016) ist insbesondere Altersdiskriminierung (Calasanti 2015, Ehni 2014) ein Phänomen, das die Umsetzung der Ratschläge erschweren kann.

Auf der zweiten Ebene, auf der unterschiedliche Ziele und Wünsche in den Blick kommen, wird klar, dass die Ratschläge der ersten Ebene nur dann tatsächlich eine Empfehlung darstellen, wenn Personen sich gelingendes Altern zum Ziel machen. Dem entgegen stehen gleichrangige oder als wichtiger bewertete andere Ziele oder Bedürfnisse.

Auf der dritten Ebene steht die Frage nach dem Modell eines guten Lebens. Hier haben insbesondere die Untersuchungen zur kulturellen Verankerung des Konzepts von Rowe und Kahn und zu Konzepten aus anderen Kulturen (s. S. 21 oben) einen Beitrag dazu geleistet, Alternativen sichtbar zu machen. Die Frage nach dem Modell eines guten Lebens stellt sich nicht nur hinsichtlich der Unterschiede zwischen einem biomedizinischen Konzept und einer Laiendefinition, sondern auch hinsichtlich der Berücksichtigung der Diversität innerhalb der Bevölkerung in Deutschland¹⁵.

¹⁵ Die Berücksichtigung der Diversität sollte jedoch nicht in dem Sinn gedeutet werden, dass Gesundheit da ein geringerer Wert ist, wo soziale Ungleichheit zu gesundheitlicher Ungleichheit führt. Im Fokus stehen sollte die

Auf der vierten Ebene steht die Frage nach dem guten Leben als Ziel und Orientierungspunkt für das gesamte Leben. Die Hinwendung zu den Modellen gelingenden Alterns kann auf dieser Ebene auch als eine Form eines gerontologischen Paternalismus verstanden werden, der den Zielen einer pluralistischen Gesellschaft entgegensteht.

Auf der fünften Ebene ist nach dem Umgang mit Endlichkeit und Kontingenz zu fragen. Betrachtet man Rowe & Kahns Konzept, so kommen negative Erfahrungen hier gar nicht vor. Überarbeitungen, die beispielsweise wie Tesch-Römer & Wahl (2017) ‚desirable living situations for ageing in good health and ageing with disability / care needs‘ als Ziel definieren, gehen hier weiter. Die beiden letztgenannten gehen auch so weit vom ‚erfolgreichen Sterben‘ als einem notwendigen Teil des erfolgreichen Alterns zu sprechen.

Der Capabilities Approach

Der Capabilities Approach wurde als Kritik an ökonomischen Ansätzen und Theorien der Gerechtigkeit, besonders jener von Rawls (1971) entwickelt, für die die gerechte Verteilung bestimmter Güter („primary goods“) im Zentrum steht. Im Kontrast zu Rawls‘ Theorie argumentiert der Capabilities Approach, dass ein Fokus auf Verwirklichungschancen bzw. die daraus resultierenden tatsächlichen Befähigungen oder Capabilities sinnvoller ist, da hier miteinbezogen werden kann, welche Handlungsmöglichkeiten einem Individuum de facto zur Verfügung stehen und inwiefern die Person die Möglichkeiten hat, diese auch umzusetzen. Verteilt man die gleichen Ressourcen an unterschiedliche Personen, die unterschiedliche Fähigkeiten haben, mit diesen Ressourcen umzugehen, werden diese nicht in gleichem Maße zu Handlungen befähigt. Gleichzeitig sei der Fokus auf Capabilities als Maß für Wohlergehen rein ökonomischen Kriterien wie dem Bruttosozialprodukt überlegen.

Während für Rowe und Kahn das, was Individuen tatsächlich im Sinne von Handlungen umsetzen wichtig ist¹⁶, betont der Capabilities Approach, der insbesondere von Sen (2009) und Nussbaum (2011) geprägt wurde, die Bedeutung der Wahl aus unterschiedlichen Optionen für ein gutes Leben. Es reicht demnach nicht aus, darauf zu achten, ob jemand etwas umgesetzt hat oder nicht, eine weitere wichtige Frage ist, welche Optionen er oder sie zum Handeln hatte.

Sens und Nussbaums Ausformulierung unterscheidet sich unter anderem darin, dass nach Sen jede Gesellschaft selbst festlegen muss, welche Capabilities gefördert werden sollen. Nussbaum hat hingegen 10 unterschiedliche Central Human Capabilities genannt, bei denen jeweils ein Mindestmaß für jedes Individuum erreicht werden sollte, um ein Leben aller in Würde zu ermöglichen¹⁷. Der Capabilities Approach wurde aus Forschung zu Hungersnöten entwickelt. Er beschäftigt sich mit Gerechtigkeit auf gesellschaftlicher Ebene und nicht mit Ratschlägen für Einzelne. Er stellt einen materiellen Bezug für ein Leben des Einzelnen in Würde her und bietet eine Möglichkeit, einen entsprechenden Bedarf an sozialer Unterstützung für Mitglieder unterschiedlicher gesellschaftlicher Gruppen zu begründen.

Bemühung um die Möglichkeit aller, bestimmte Ziele erreichen zu können, unabhängig davon, ob sie sich dann tatsächlich so verhalten.

¹⁶ “Successful aging goes beyond potential, it involves activity” (Rowe & Kahn 1987: 433)

¹⁷Auch hier unterscheiden sich Rowe und Kahn grundlegend vom Capabilities Approach, da sie sich für maximale Optimierung interessieren und nicht für die gleiche Verteilung von Ressourcen oder die Befähigung aller.

Vertreter/-innen des Zugangs betonen die Bedeutung des Prozesses, mit dem etwas erreicht wird. – Sowohl Sen als auch Nussbaum sehen eine demokratische Auseinandersetzung um genaue Definition oder Implementation der Capabilities in einer Gesellschaft als wichtigen Teil der Orientierung am Capabilities Ansatz vor¹⁸. Neben Rechten auf Capabilities sind politische Rechte im Sinne demokratischer Mitbestimmung daher für diesen Ansatz sehr wichtig.

6.1.8 Normative Aspekte der Pluralität des gelingenden Alterns

Zuvor wurde bereits die Unterschiedlichkeit der Konzepte gelingenden Alterns hinsichtlich verschiedener Komponenten diskutiert. Die Konzepte unterscheiden sich jedoch auch auf andere Art und Weise:

- Durch die **Fragestellung**, anhand derer sie entwickelt wurden (Wer sind die Gewinner beim Altern? Welche politischen Maßnahmen braucht eine Gesellschaft im demographischen Wandel, bei der eine bestimmte Gruppe wächst, die oft als Belastung erfahren wird? Epidemiologisch – welche Faktoren tragen zum gesunden Altern bei? WHO: Welche Konzepte eignen sich zur Orientierung in Gesellschaften, die demographischen Wandel erfahren?)

Rowe & Kahns Konzept wurde mit einer bestimmten wissenschaftlichen Fragestellung entwickelt: Wer sind die Gewinner unter den älteren Menschen, die nicht nur gesund sind, sondern ein geringes Risiko für Krankheit, Behinderung und Funktionsverluste haben? Dies unterscheidet sich von Forschung, die vor allem die politische Anwendbarkeit zum Ziel hat, da hier die Frage, wer wieso weniger erfolgreich altert und vor allem, wie jemand vom nicht erfolgreich zum erfolgreich Alternenden werden kann (Timonen, 2016) stärker im Zentrum steht. Aus ethischer Sicht vermittelt Rowe und Kahns Buch (1998) Klugheitsratschläge für eine bestimmte Gruppe, die potenziell zu den erfolgreich Alternenden zählen könnte und daher schon privilegierter ist. Davon unterscheiden sich Ansätze, deren Fokus von Anfang an auf gesellschaftlicher Organisation liegt. Bei Letzteren, wenn dies nicht mit einer Responsibilisierung von Individuen einhergeht¹⁹, sind Ideale, die vom Ist-Zustand stark abweichen, sehr viel weniger problematisch.

- Außerdem in ihren **Adressaten** und jenen, die mit ihrem Handeln gelingendes Altern befördern sollen (Individuum, Gesellschaft, Politik national/international). Dies hat sich auch auf die Definitionen ausgewirkt, so argumentiert Boudinsky damit, dass Gesundheit nicht Teil des aktiven Alterns sein sollte, damit es für ältere Menschen erreichbar ist; andernfalls werden Menschen unter Druck gesetzt und ihnen Normen vorgegeben, die für sie nicht erreichbar sind und daher problematische Auswirkungen haben können. Diese Problematik ergibt sich jedoch verstärkt dann, wenn ältere Menschen zugleich für ihre Gesundheit als Individuen verantwortlich gemacht werden, die jedoch zahlreichen anderen Faktoren ebenfalls unterliegt. Die von Boudinsky beschriebene Situation

¹⁸ Allerdings handelt es sich bei den CHC nach Nussbaum um vor-politische Ansprüche, deren Notwendigkeit keine Frage von Verhandlungsgeschick sein kann.

¹⁹ Eine Responsibilisierung, die, wie z.B. Timonen (2016) argumentiert, auch nicht in der Empirie Rückhalt findet in dem Sinn, dass das erfolgreiche Altern in der Hand der Einzelnen läge.

unterscheidet sich von anderen Fällen, in denen Konzepte gelingenden Alterns eine andere Funktion haben - beispielsweise in der Gesundheitspolitik, in der Gesundheit aller Ziel sein kann oder auch sollte, auch wenn dies nicht von allen erreicht wird.

Die Konzepte sind zumindest implizit immer beides: eine Anweisung für den Einzelnen und für die Gesellschaft zum Handeln (siehe z.B. S. 16 neoliberale Transformation). Der Schwerpunkt liegt jedoch meist beim Handeln von Individuen oder der Gesellschaft.

- Darüber hinaus in den **Anwendungsbereichen** internationale, nationale Politik, Selbsthilfe (Rowe & Kahn 1998). Die Popularität der Konzepte führt auch zu ihrer Übertragung in unterschiedliche Bereiche (z. B. erfolgreiches Altern in der Arbeitsmarktpolitik, Timonen 2016), wodurch sich zusätzliche Probleme ergeben oder bestehende verstärkt werden können, sofern die Konzepte nicht kritisch analysiert und ethische Probleme identifiziert werden.
- Aus **ethischer Perspektive** unterscheiden sie sich auch dahingehend, ob es sich um Klugheitsratschläge (z. B. Rowe & Kahn-Buch 1998), die an einzelne Personen gerichtet sind oder nicht. Sofern der Anwendungsbereich sich ändert und politische Normen entstehen, die umgesetzt werden sollen, entsteht die Möglichkeit, dass aus Ratschlägen der Klugheit moralische oder sogar rechtliche Pflichten werden (z. B. WHO Plan of action healthy ageing 2004) handelt.
- Sie verfolgen teilweise explizit das Ziel, **Altersbilder zu verändern** (Rowe & Kahn 1998 beim erfolgreichen Altern).²⁰

Die Normativität der Konzepte

Aus ethischer Perspektive lässt sich die oben im Detail beschriebene enge Definition des erfolgreichen Alterns (biomedizinische Optimierung, Expertendefinition, kulturell westliche Verortung, Fokussierung auf das Alter als wichtigster Lebensphase im Lebensganzen, Ausblendung negativer Erfahrungen, fehlende Berücksichtigung sozialer Ungleichheit und unterschiedlicher Gesundheit und Fähigkeiten) gemeinsam mit der Benennung als erfolgreiches Altern als eine zu eng umgrenzte Form des Guten im Sinne der Theorien des guten Lebens kritisieren. Ebenso wird im Modell des aktiven Alterns „Aktivität“ zu eng in einem ökonomischen Sinn definiert (Katz 2000). Eine solche Engführung des „guten“ Lebens widerspricht der Vielfalt von Lebensentwürfen in einer pluralistischen Gesellschaft. Die Folgen einer solchen engen Definition des Guten sind u.a. mögliche negative Konsequenzen nicht nur im Sinne eines negativen Selbstbildes, sondern ebenso einer Abwertung und eines fehlenden Verständnisses für bestimmte Lebensentwürfe und -situationen durch andere. Die zuvor genannten Studien geben

²⁰ „an important ingredient in the internal complexity of the concept of active ageing is its combination of political/ethical (normative) and scientific (descriptive/explanatory) concerns. On the one hand it is presented as a describable process influenced by multiple ‘determinants’ whose effects can be empirically gauged through scientific research. On the other, it is part of an explicitly political strategy to re-invent the very meaning of ageing in a future society, and to re-think questions of rights and duties.” (Stenner et al. 2011, 468)

Hinweise auf die Ausweitung der Definition des Guten (z. B. subjektive Perspektiven auf gutes Altern mit Krankheit und Behinderung bei ausreichender Unterstützung Larsson 2011; Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit durch Abschwächung sozialer Ungleichheiten, Timonen 2016). Eine weitere Möglichkeit des Umgangs mit aktuell engen Definitionen sind Foster & Walkers (2015) 8 Prinzipien für eine ganzheitliche Strategie aktiven Alterns. Die Definition von gesundem Altern als ‚functional ability that enables well-being in older age‘ (WHO, 2015) umgeht ebenso eine starke Reduktion möglicher Aktivitäten²¹.

Im Sinne der Kunst des guten Lebens wird durch Konzepte des gelingenden Alterns mit zu enger Definition des Guten der Umgang mit vorhandenen Krankheiten behindert, Akzeptanz erschwert, Altern als weitere Phase mit möglichst ‚jüngeren‘ Werten wahrgenommen. Es handelt sich um eine vertane Chance Endlichkeit als Impuls zu nehmen, der das Leben lebenswerter macht (Baars 2012).

Gesundheit

Zwei Theorieansätze konkurrieren um die angemessene Konzeption der Gesundheit. Christopher Boorse gilt als wichtigster Vertreter der naturalistischen Konzeption, die versucht Gesundheit rein deskriptiv auf der Basis naturwissenschaftlicher Begriffe zu beschreiben (Boorse 2014). Die Alternative sieht Gesundheit dagegen als wertenden Begriff. Ein wichtiger Vertreter dieser Auffassung ist Lennart Nordenfeldt (1996). Innerhalb der normativen Theorien schlägt Sridhar Venkatapuram aufbauend auf dem Capabilities Approach eine neue Variante vor. Gesundheit sollte als übergeordnete Fähigkeit, eine Reihe von menschlichen Tätigkeiten auszuführen, verstanden werden. Bei ihrer Förderung sollten die Unterschiede im Sinne persönlicher Eigenschaften und Bedürfnisse, Umsetzungsfähigkeiten, externe physikalische Bedingungen und soziale Bedingungen berücksichtigt werden.

Für den Capabilities Approach ist Gesundheit auf der Ebene der Operationalisierung auch mit Behinderung möglich, da der Fokus auf der Fähigkeit für bestimmte Tätigkeiten liegt. Normativ ist der Ausschluss von Menschen mit Behinderungen vom erfolgreichen Altern aus einem anderen Grund problematisch, da nämlich Menschen mit Behinderungen gar nicht berücksichtigt werden, wodurch ihre Würde verletzt wird. So kritisiert Nussbaum (2006) beispielsweise, dass Menschen mit Behinderungen oftmals erst im Sinne von ‚Anpassungen‘ und nicht als gleichwertig hinsichtlich grundlegender Fragen der sozialen Organisation mitgedacht werden. Stattdessen sollten sie auch bei grundlegenden gesellschaftlichen Fragen gleichberechtigt miteinbezogen werden. Venkatapuram (2011) argumentiert, dass abgesehen von der stärkeren Einbindung von Menschen mit Behinderungen auch die Verteilung von Behinderungen stärker in die Politik einfließen sollte – da Behinderungen auch sozial verteilt sind. Nussbaum hingegen behandelt Behinderungen, als ob sie ein zufälliges individuelles Merkmal wären. Die soziale Verteilung sollte bereits in die Diskussion um die ‚first principles of social organisation‘ (Venkatapuram 2011, S. 151) einbezogen werden.

²¹ Kritik am Capabilities Approach, auf dem diese Definition aufbaut, lässt sich aber auch auf diese Definition anwenden (siehe z.B. Dean 2009 für eine Kritik des liberal-individualistischen Zugangs).

Gesundheitliche Ungleichheit und Gerechtigkeit

Für Venkatapuram (2011) kann die Politik sich nicht darauf zurückziehen, nicht zu wissen, inwiefern Krankheiten, Behinderungen und Funktionseinschränkungen sozial verteilt sind – sie muss das Wissen darüber ernstnehmen und die Diskriminierungen, die zu Krankheiten, Behinderungen und kürzerer Lebenserwartung führen bekämpfen.

Gerade dies wird jedoch beispielsweise mit Rowe & Kahns ursprünglichem Konzept, in dem soziale und gesundheitliche Ungleichheit gar nicht vorkommt (Timonen 2016; Holstein & Minkler 2003²²), nicht berücksichtigt. Problematisch an diesem Konzept sei, dass Individuen zusätzlich dazu, dass sie bereits in einer benachteiligten Position sind, für ihre Gesundheit verantwortlich gemacht werden in einem Ausmaß, das nicht ihren tatsächlichen Handlungsmöglichkeiten entspreche.

Eigenverantwortung und altersspezifische Pflichten

Ergeben sich aber neben den Rechten derer, die vom erfolgreichen Altern ausgeschlossen sind, auch Pflichten, zu versuchen, erfolgreich zu altern? Nach Venkatapuram hat der Capabilities Approach zwar den Fokus ökonomischer Theorien und Gerechtigkeitstheorien ausgeweitet, um Capabilities aufzunehmen. Inwiefern er seine Verantwortung oder Pflicht zur Förderung der eigenen Capabilities oder zum Erreichen bestimmter Functionings gibt, wird jedoch bisher nicht ausgearbeitet. Pflichten können jedenfalls nur in dem Maße vorhanden sein, in dem ein Individuum Capabilities tatsächlich beeinflussen kann – nach dem Grundsatz „sollen impliziert können“.

Die Bedeutung gegenüber anderen Zielen: Gesundes Altern als Metaziel der Politik

Der Bereich der Umsetzung für eine politische Orientierung am gelingenden Altern wird teilweise eng (z.B. Kritik an Fokus auf Arbeitsmarkt in Foster & Walker, 2015), teilweise aber auch sehr weit gesteckt. So schlagen Rowe & Kahn als ‚successful ageing 2.0‘ eine Transformation gesellschaftlicher Kerninstitutionen im Sinne des erfolgreichen Alterns vor. Hier stellt sich die Frage danach, wie eine so breit angelegte Orientierung am gelingenden oder gesunden Altern gerechtfertigt werden kann. Welche ethische Begründung gibt es jenseits eines wahrgenommenen Handlungsbedarfs und eines erhofften ökonomischen Nutzens? Hierbei geht es nicht nur darum, inwiefern gelingendes oder gesundes Altern selbst ‚gut‘ ist, sondern wieso es als neueres Konzept die Bedeutung anderer Ziele erlangen soll, oder auch als wichtiger als andere Ziele eingestuft werden sollte. Diese Begründung ist auf der vierten Ebene nach Wolf (1999) angesiedelt.

In der Global Strategy der WHO wird beispielsweise davon ausgegangen, dass, was gut für ältere Menschen ist, oft auch für andere Bevölkerungsgruppen von Vorteil ist „Much of the

²² “In contrast to constructions that singularly or primarily emphasized individual responsibility for health, these alternative formulations insisted that at least equal attention be paid to individual “response-ability, “ or “the capacity of individuals for building on their strengths and meeting the challenges posed by the environment” (Minkler 1999, p.124).” (Holstein & Minkler 2003: 790)

investment in infrastructure or policy to foster Healthy Ageing will also have direct benefits for other sections of the population“ (WHO 2016, 10).

Auch in politischen Programmen wie der globalen Strategie der WHO für gesundes Altern (WHO 2016) wird alleine bei der Entwicklung altersfreundlicher Umwelten eine ganze Reihe unterschiedlicher Interventionsbereiche genannt – in diesem Fall sind es unterschiedliche Kontexte „the home or community, for example“ und Umweltfaktoren „transport, housing, social protection, streets and parks social facilities, health and long-term care, social attitudes and values“. Aber auch über dieses einzelne Thema hinausgehend wird gesundes Altern zu einem Ziel, anhand dessen sämtliche politischen Programme evaluiert werden müssen²³.

Venkatapurams (2011) Anwendung des Capabilities Approach im Bereich der Gesundheit hat ebenfalls zur Folge, dass der Bereich für Interventionen im Sinne der Gesundheitsförderung massiv ausgeweitet wird. Er verweist darüber hinaus darauf, dass beispielsweise eine konsequente Förderung der Central Human Capabilities nach Nussbaum, von denen ein Mindestmaß erreicht werden soll, ebenso zu großen gesellschaftlichen Veränderungen führt²⁴. Auch das Gesundheitssystem würde sich stark wandeln, wenn es stark auf die Förderung von Fähigkeiten zusätzlich zur Heilung von Krankheiten setzt.

Auch die Auswirkungen der Altersdiskriminierung auf Chancen für gesundes Altern führen zu einem weiten Feld für Interventionen (siehe z.B. WHO 2016; Calasanti 2015, Ehni 2014).

Autonomie

Psychologische Untersuchungen (Schulz & Heckhausen 1996), Rowe & Kahns Definitionen genauso wie kritische Stimmen (Katz 2000) verweisen auf die Bedeutung von Kontrolle und Autonomie. Dabei muss jedoch zwischen unterschiedlichen Formen von Autonomie unterschieden werden – bspw. activities of daily living (ADL) und instrumental activities of daily living (IADL) die ein gutes Maß für Unabhängigkeit von anderen sind – und Autonomie im Sinne von bspw. Kontrolle über die Gestaltung des eigenen Alltags und das Treffen von Entscheidungen, die unter Umständen die Unterstützung durch andere notwendig machen. Im Capabilities Approach kommt der Handlungsfähigkeit des Einzelnen ebenfalls eine besondere Bedeutung zu, da sie für menschliche Freiheit eine besondere Rolle spielt.

Prozess

Wie oben bereits beschrieben, fordert der Capabilities Approach einen globalen Prozess der Suche nach einem Konsens, um zu fördernde Capabilities zu formulieren und als Ziele zu verfolgen. “Given that reflective equilibrium is not just an affirmation, but a truly dialectical process, there is no assurance that the list we have now is the one that we will achieve through overlapping consensus” (Venkatapuram 2011, 140).

²³ „Most policies, systems or services have a direct impact on older people’s ability to experience Healthy Ageing” (WHO 2016, 14).

²⁴ [Nussbaums Ansatz] “‘fixes society’ to a great extent below and above any minimal thresholds because of the broad social bases of health and longevity” (153).

6.1.9 Zusammenfassung

Dem Konzept des erfolgreichen Alterns wird nicht nur in der Vergangenheit und Gegenwart große Bedeutung zugesprochen, sondern diese wird auch für die Zukunft vorausgesagt (Wahl et al. 2016). Pruncho et al. (2015) rufen dazu auf, das Konzept des erfolgreichen Alterns trotz Kritik nicht ad acta zu legen: „It would be irresponsible for gerontologists to abandon the concept of successful aging.“ denn „Nearly three decades after Rowe and Kahn’s initial article was published, it is incumbent on gerontologists to use the conceptual and empirical knowledge base that now exists to develop consensus about what successful aging is and how it should be measured” (Pruncho et al. 2015: 3).

Dem durch die Aufnahme des Konzepts in politische Programme möglichen Umkehrschluss, dass was ein Privileg verursacht, daher zur individuellen Pflicht für die Optimierung der Gesundheit werden soll, mangelt es jedoch nicht nur an Umsetzbarkeit (nicht von individuellen Entscheidungen abhängige Parameter), er lässt sich auch mit dem Selbstverständnis moderner, pluralistischer, solidarischer und gerechter Gesellschaften nicht vereinbaren.

Durch die Orientierung an Modellen des gelingenden Alterns wie dem erfolgreichen Altern im Rahmen politischer Programme wird Wissen zur Entwicklung politischer Maßnahmen herangezogen, das zunächst nicht mit dem Ziel entwickelt wurde, Vorschläge für politische Programme zu inspirieren und in der Folge auch dafür kritisiert wurde, dafür nicht geeignet zu sein (siehe z.B. Timonen, 2016; Calasanti 2015).

6.2 Ergebnisse der Interviewstudie 1

Insgesamt nennen die Teilnehmer/-innen 9 unterschiedliche Komponenten des guten Alter(n)s. Diese sind: Gesundheit, Aktivität, Unterstützung, soziale Beziehungen, Selbständigkeit, Zustand der Gesellschaft, Umwelt, Einstellungen und Selbstbestimmung.



Abbildung 3 Komponenten des guten Alter(n)s

Zustand der Gesellschaft

Die Kategorie ‚Zustand der Gesellschaft‘ wurde kodiert, wenn zum guten Altern auch bestimmte gesellschaftliche Verhältnisse gezählt wurden, die über die Bereitstellung unterschiedlicher Unterstützungen durch die Allgemeinheit (Kategorie Unterstützung) oder die Existenz sozialer Beziehungen (Kategorie soziale Beziehungen) hinausgehen und nicht speziell eine benachteiligte Position älterer Menschen in der Gesellschaft (Kategorie Selbstbestimmung) betreffen.

Die Kategorie wurde in zwei Interviews (in vivo Codes: ‚Frieden, offene Gesellschaft‘, ‚dass Ältere Jüngere verstehen‘) vergeben. Für ‚Frieden, offene Gesellschaft‘ müssen bestimmte gesellschaftliche Verhältnisse gegeben sein, jenseits davon, wie es Älteren im Besonderen geht. Bei der zweiten Passage ‚dass Ältere Jüngere verstehen‘ geht es um einen gesellschaftlichen Zustand im Sinne eines bestimmten Verhältnisses einer jüngeren und einer älteren Generation zueinander, das so gestaltet sein soll, dass Ältere in der Lage sind nachzuvollziehen, warum eine aktuell junge Generation bestimmte Dinge tut.

„Ja, Frieden, ... in einer offenen, sicheren Gesellschaft leben. Ich merke das, wenn ... ich war in Indien, wenn dann die Schulen mit hohen Zäunen zu sind, aber auch in Spanien oder Frankreich, dann denke ich, wie ist das toll, dass man bei uns einfach in jede Schule rein gehen kann. Jetzt mal nur so als Beispiel.“ 126

Umwelt

Die Kategorie ‚Umwelt‘ wurde kodiert, wenn die Erfahrung bestimmter Aspekte der Natur Teil des guten Alterns war. Diesen Passagen wurde dann die Kategorie ‚Umwelt‘ zugewiesen, wenn es nicht darum ging, dass Grünraum geschaffen wird (Kategorie Unterstützung), sondern lediglich dann, wenn die Erfahrung von Natur im Zentrum steht.

„Dann gehört für mich Sonnenschein dazu, das heißt, ich will NICHT in Deutschland altern, sondern hoffentlich in Israel.“

Die Kategorie wurde in 2 Interviews (invivo Kodes: ‚Sonne‘ und ‚Natur‘) vergeben. In dem Interview, in dem Sonne ein Element des guten Alterns war, wurde dies als Grund genannt, wieso die Person nicht in Deutschland älter werden möchte, sondern in einem Land mit mehr Sonne. Im zweiten Interview wurde beschrieben, dass es wichtig ist in der Natur oder am Rande einer Stadt zu leben.

Aktivitäten

Die Kategorie ‚Aktivitäten‘ wurde kodiert, wenn zum guten Altern bestimmte Tätigkeiten oder Arten von Tätigkeiten gezählt wurden. Diese wurden dann unter Aktivitäten kodiert, wenn in der Formulierung nicht der Beziehungsaspekt im Vordergrund steht (Kategorie soziale Beziehungen) und es nicht vorwiegend um Angebote für bestimmte Aktivitäten (Kategorie Unterstützung) geht, sondern darum, dass eine bestimmte Tätigkeit ausgeführt wird. Nicht Teil der Kategorie ‚Aktivitäten‘ sind Passagen, in denen beschrieben wird, dass zum guten Altern gehört, dass man Dinge nicht mehr tun muss (Kategorie Unterstützung).

„Ja, nach wie vor ist das Theaterspielen und der Austausch mit den anderen Frauen herausfordernd, aber auch gewinnbringend ist jetzt nicht ganz das richtige Wort, sondern es macht einfach Spaß.“ 130

Die Kategorie wurde in 24 Interviews vergeben. Sie beinhaltet 2 Unterkategorien, nämlich ‚bestimmte Aktivitäten‘ und ‚Aktivitäten mit bestimmten Eigenschaften‘ (bei denen die Aktivität selbst nicht näher präzisiert wird). Die ‚bestimmten Aktivitäten‘ wurden in zwei weitere Unterkategorien, nämlich ‚bezahlbare Aktivitäten‘ und ‚nicht-bezahlbare Freizeitaktivitäten‘ unterteilt. Die Unterkategorie ‚Aktivitäten mit bestimmten Eigenschaften‘ vereint ebenso zwei weitere Unterkategorien ‚Kontinuität oder Wandel der Aktivitäten im Vergleich zu früheren Jahren‘ und ‚Aktivitäten, die Ziele schaffen‘.

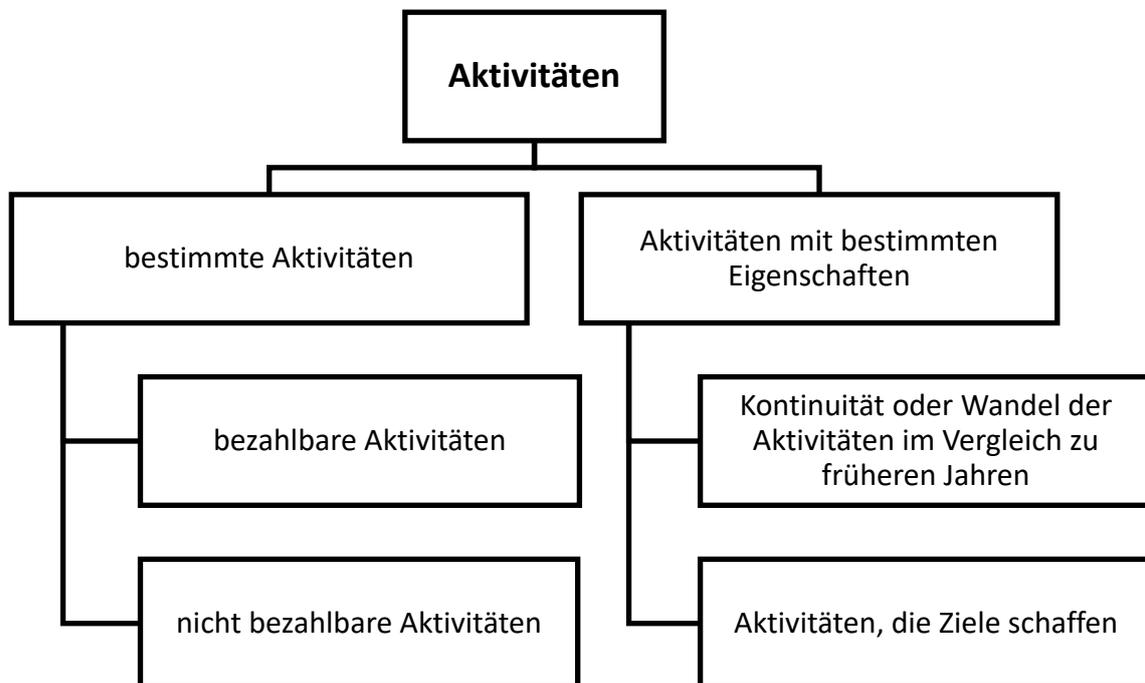


Abbildung 4 Kategorie Aktivitäten mit Unterkategorien

Zu den bezahlbaren Tätigkeiten zählt das Leiten von Sportkursen, das Unterrichten jüngerer Menschen, eventuell mit geringerem Umfang aber weiter arbeiten können, das Helfen im Altenheim, anderen Menschen z.B. bei Sehbeeinträchtigungen helfen, den alten Arbeitsplatz weiter benutzen, eine Aufgabe haben z.B. durch ein verpflichtendes soziales Jahr ab dem Renteneintritt, tageweise im Quartiersladen helfen, Jugendliche begleiten, Begleitung älterer Menschen im Umgang mit Technik und das Ehrenamt. Zu den nicht bezahlbaren Aktivitäten zählen Hobbies, Reisen, Besuch von Bildungs- und Kulturveranstaltungen, sich informieren,

lesen, Radio hören, gärtnern, Zeitung lesen, Klavierspielen, Bewegung und Sport, Café- und Lokalbesuche, politische Beteiligung.

Werden nicht bestimmte Aktivitäten, sondern Eigenschaften genannt, dann beschreiben diese Eigenschaften manchmal Kontinuität oder Wandel. Dies sind dann entweder Aktivitäten, die weitergeführt werden (invivo Kodes: ‚tun, was ich jetzt tue‘, ‚alte Interessen verfolgen‘, ‚tun, was man früher auch gern gemacht hat‘) oder solche, die neu (invivo Kodes: ‚etwas ausprobieren‘, ‚neue Interessen verfolgen‘, ‚neues lernen‘) hinzukommen. Eine weitere beschriebene Eigenschaft von Aktivitäten, ist das Schaffen von Zielen (invivo Kodes z.B.: ‚motivierende Perspektiven, persönliche Ziele haben‘, ‚mit anderen Dinge auf die Beine stellen‘, ‚in Aktivitäten eingebunden sein‘).

Unterstützung

Die Kategorie ‚Unterstützung‘ wurde vergeben, wenn etwas beschrieben wurde, das prinzipiell von der Allgemeinheit (und nicht vom Individuum allein) geleistet werden kann. Ob es aktuell z.B. von Freunden organisiert wird oder tatsächlich von der Allgemeinheit zur Verfügung gestellt wird, ist dabei unerheblich. Für die Zuweisung der Kategorie ist es entscheidend, dass es prinzipiell die Möglichkeit gibt, dass was auch immer mit der Komponente beschrieben wird, älteren Menschen als Gruppe vom Rest der Gesellschaft zur Verfügung gestellt werden kann. Die Kategorie wurde nicht vergeben, wo der Aspekt der Beziehung (Kategorie soziale Beziehungen) überwiegt.

„Ja, was ich nämlich ganz vergessen habe zu sagen. Ich bin heilfroh, dass ich noch 17 Jahre in der Industrie, in leitender Stellung gearbeitet habe. Und sehr gut verdient habe. Das ist unbedingt, ein Kriterium ist das Geld.“ 128

Die Kategorie wurde in 33 Interviews vergeben. Sie beinhaltet 8 verschiedene Unterkategorien. Diese sind Unterstützung ‚beim Umgang mit alterstypischen schwierigen Situationen‘, ‚durch geeignete Wohnmöglichkeiten für ältere Menschen‘, ‚durch finanzielle Ressourcen‘, ‚durch Gesundheitsversorgung‘, ‚durch Personen‘, ‚durch Freiheit von Aufgaben/Arbeit‘, ‚durch Freizeitangebote‘ und ‚durch weniger Belastung im Beruf‘.

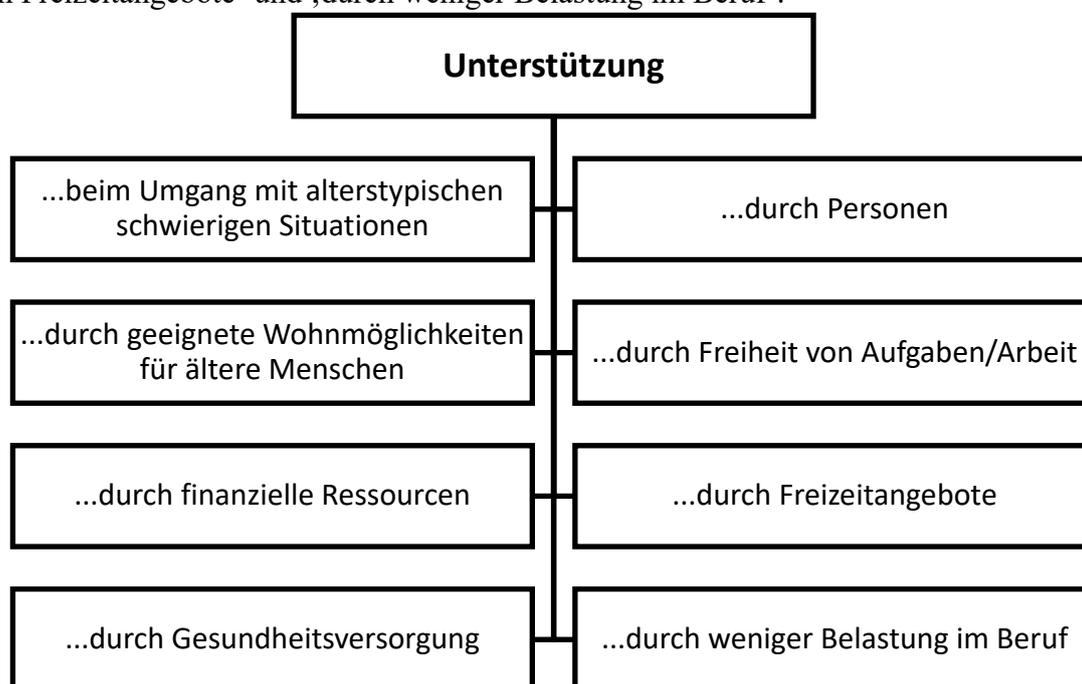


Abbildung 5 Kategorie Unterstützung mit Unterkategorien

Bei der ‚Unterstützung beim Umgang mit alterstypischen schwierigen Situationen‘ werden als schwierige Situationen Pflegebedürftigkeit (in vivo Codes: gute Pflege, Pflegemöglichkeiten, motiviertes Pflegepersonal, Zeit, Pflege im Fall von Demenz, professionelle Pflege statt informeller, genügend Pflegekapazitäten, im Haus oder Quartier, Tagespflege, gut aufgehoben sein in Pflege), Behinderung (in vivo Codes: Barrierefreiheit bei Hausarztpraxen und im öffentlichen Raum, Anpassung der Wohnung, rausgehen können trotz körperlicher Gebrechen),

Krankheit (invivo Kodes: Austausch mit anderen bei gleicher Krankheit, gegenseitige Hilfe bei Krankheit) und Sterben (invivo Kodes: assistierter Suizid, sterben dürfen, Austausch mit nahestehenden Personen vor dem Sterben) beschrieben.

Die Unterstützung durch Personen umfasst unterschiedliche Arten der Unterstützung (invivo Kodes: physisch und administrativ, Ersatz für Familie, durch Nachbarschaft, seelische Begleitung, Besuchsdienst, Netzwerk wenn man keine Kinder hat, Lotsen für die Orientierung innerhalb der Angebote für Ältere, durch Berufsgruppen, durch Verwandte, Erhaltung von Bankfilialen), von der Hilfe beim Finden interessanter Angebote für Ältere bis zum Familienersatz.

Die Unterkategorie ‚Unterstützung durch geeignete Wohnmöglichkeiten für Ältere‘ umfasst unterschiedliche Angebote für gemeinschaftliches Wohnen (invivo Kodes: ‚Alterswohn-gemeinschaft‘, ‚Mehrgenerationenwohnen‘), Wohneigentum und weitere Wohnbedürfnisse (invivo Kodes: ‚in Unruhe mit Anbindung an Kultur‘, ‚in der Person gerne wohnt‘, ‚mit Möglichkeit für Haustierhaltung‘, ‚unkündbar‘, ‚wo man früher gewohnt hat‘, ‚Erreichbarkeit von Läden, Kultur, Sport, Freizeit‘, ‚mit Initiativen z.B. Gemüseanbau‘).

Die Unterkategorie ‚Unterstützung durch Freiheit von Aufgaben/Arbeit‘ beschreibt, dass jemand bestimmte Dinge nicht (mehr) tun muss (invivo Kodes: ‚nicht arbeiten müssen‘, ‚nichts tun müssen‘, ‚Freizeit von Verpflichtungen‘, ‚Zeit haben‘).

Die Unterkategorie ‚Unterstützung durch finanzielle Ressourcen‘ beinhaltet eine Bandbreite hinsichtlich finanzieller Ressourcen (invivo Kodes: ‚keine Armut‘, ‚Leistungsfähigkeit höherer Gesundheitskosten‘, ‚geringere Steuern‘, ‚Vergünstigungen ab 60‘, ‚Geld für Taxi bei eingeschränkter Mobilität‘, ‚sich etwas leisten können‘).

Die Unterkategorie ‚Unterstützung durch Freizeitangebote‘ (invivo Kodes: ‚Selbstverteidigungskurs für Ältere‘, ‚Theaterkurs‘, ‚Technikberatung für Ältere‘, ‚Angebote in unterschiedlichen Stadtteilen‘, ‚Theater u.a. Angebote‘, ‚erreichbare Angebote‘, ‚Freizeitangebote durch Kirche‘, ‚Alterstreffs und ähnliches‘, ‚Seniorenbus für Ausflüge und ähnliche Angebote‘, ‚Freizeitangebote‘, ‚Grünflächen schaffen‘, ‚Netzwerke zum Austausch mit jüngeren Menschen zu Themen, die beide interessieren z.B. Einkochen‘) reicht von bestimmten Kursen oder Veranstaltungen für ältere Menschen bis zu allgemeinen Freizeitangeboten und dem Austausch mit jüngeren Generationen zu einzelnen Themen.

Die Unterkategorie ‚Unterstützung durch Gesundheitsversorgung‘ (invivo Kodes: ‚(gute) medizinische Versorgung‘, ‚psychische Betreuung im Krankenhaus‘, ‚mehr Altersmedizin im Medizinstudium‘, ‚Therapie bei Schmerzen‘) beinhaltet unterschiedliche Aspekte der medizinischen Versorgung. Die Existenz einer (guten) Gesundheitsversorgung wurde am häufigsten, die anderen in den invivo Kodes beschriebenen Aspekte nur jeweils einmal genannt.

Die Unterkategorie ‚Unterstützung durch weniger Belastung im Beruf‘ wurde nur einmal vergeben.

Soziale Beziehungen

Die Kategorie ‚soziale Beziehungen‘ wurde vergeben, wenn die Beziehung oder Begegnung eher im Vordergrund steht, als die Tätigkeit (Kategorie ‚Aktivitäten‘). Es wurden jene Stellen in Interviews kodiert, bei denen es nicht ausschließlich um ein Kontaktangebot (Kategorie ‚Unterstützung‘), sondern um eine Form Beziehung oder Begegnung geht.

„Ich denke, am besten ist, man hat Kinder und Enkel. Leider habe ich keine.“ I04

Die Kategorie wurde in 33 Interviews vergeben. Die Unterkategorien beschreiben unterschiedliche Arten sozialer Beziehungen. In der Unterkategorie ‚Begegnungen, Kontakte, soziales Netz, Beziehungen‘ standen kürzere und länger andauernde soziale Beziehungen im Zentrum. Bei den anderen Unterkategorien wurden Beziehungen mit bestimmten Personengruppen ‚im Austausch sein mit anderen Generationen‘, mit Freunden ‚Freundschaften‘, mit der/dem PartnerIn ‚Partnerschaft‘, den eigenen Eltern ‚Eltern‘, innerhalb der Familie ‚Familie‘, Beziehungen zu eigenen Kindern ‚Kinder‘, sowie zu eigenen Enkeln ‚Enkel‘ genannt.

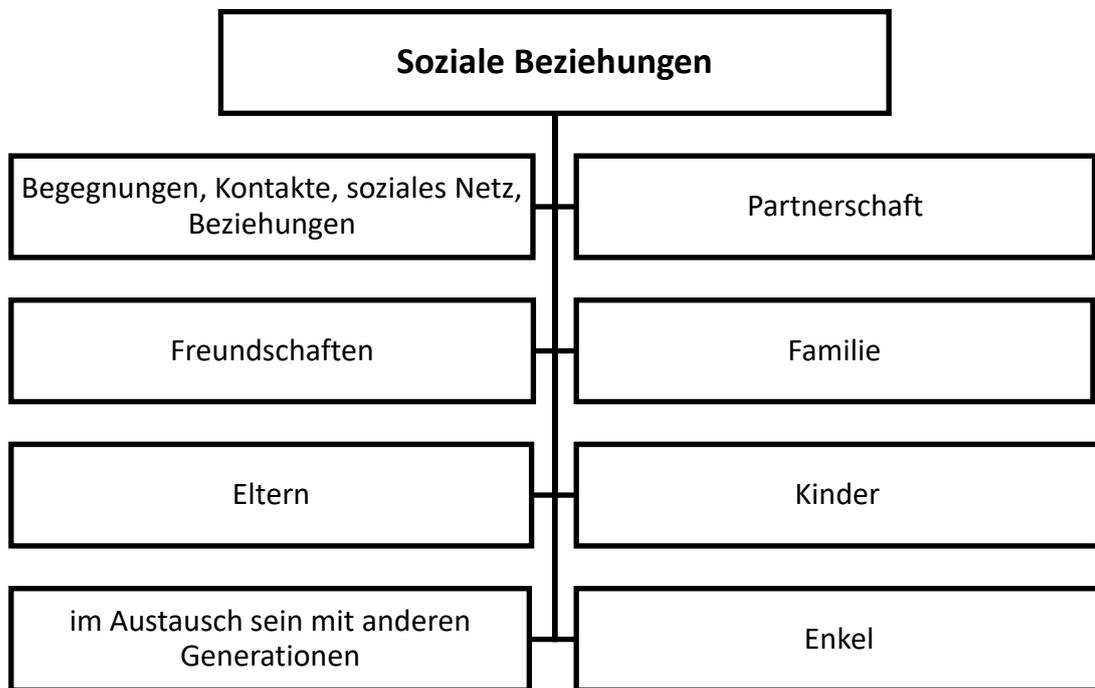


Abbildung 6 Kategorie Soziale Beziehungen mit Unterkategorien

Selbstbestimmung

Die Kategorie ‚Selbstbestimmung‘ beschreibt Passagen, in denen grundlegende Rechte eingefordert werden, in denen eine marginalisierte gesellschaftliche Position älterer Menschen kritisiert wird, altersspezifisches Wohnen abgelehnt wird oder, als radikale Form individueller Selbstbestimmung auch eine mehr als individuelle Definition des guten Alter(n)s abgelehnt wird.

Die Kategorie wurde in 16 Interviews vergeben. Sie gliedert sich in vier Unterkategorien auf. Die Unterkategorie ‚Achtung grundlegender Rechte‘ fordert Dinge für ältere Menschen ein, die selbstverständlich sein sollten (invivo Kodes: ‚Würde erhalten‘, ‚Persönlichkeit achten‘, ‚Eigenständigkeit achten‘, ‚die blicken nichts, da kann man alles machen‘, ‚nicht für voll nehmen‘, ‚lästern‘, ‚halbwegs respektiert werden‘). Die Unterkategorie ‚Position älterer Menschen in der Gesellschaft‘, richtet sich gegen die Marginalisierung älterer Menschen als Gruppe in unterschiedlichen Bereichen (invivo Kodes: ‚weiterarbeiten dürfen‘, ‚eingebunden werden/sein‘, ‚mitgestalten können‘, ‚akzeptiert und integriert werden‘, ‚Wertschätzung bekommen‘, ‚Vorhandensein von ‚Platz/Funktion/sozialem Gefüge‘, ‚erreichbar sein‘, ‚Mitbestimmung‘). Die Unterkategorie ‚gegen altersspezifisches Wohnen‘ umfasst eine Kritik am Wohnen mit gleichaltrigen oder Angehörigen anderer Generationen (1 Interview) und ausschließlich am Wohnen mit Gleichaltrigen (3 Interviews) im Alter. Die Unterkategorie ‚gutes Altern kann nur individuell bestimmt werden‘ fordert eine radikal individuelle Selbstbestimmung (1 Interview), die auch die Ziele der Teilstudie hinterfragt.

„das gleiche passiert auch oft dann eben wenn man alte Leute, denkt, die blicken nichts und da kann man alles machen. Und da stimmt ja irgendwo in unserer Gesellschaft ja echt was nicht. Und deshalb trägt das alles dazu mit bei, dass man dann halt auch nicht so altern kann, wie man das vielleicht sonst könnte.“ 109

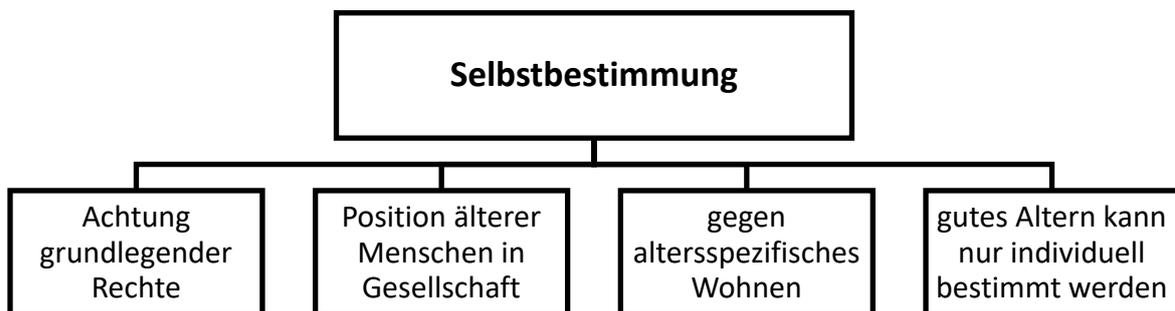


Abbildung 7 Kategorie Selbstbestimmung mit Unterkategorien

Unabhängigkeit

Die Kategorie ‚Unabhängigkeit‘ wurde vergeben, wenn Teilnehmer/-innen Selbständigkeit oder Unabhängigkeit beschreiben und dabei nicht grundlegende Dinge wie Achtung vor älteren Menschen eingefordert werden (Kategorie ‚Selbstbestimmung‘), sondern Unabhängigkeit im Sinne von z.B. ‚Dinge alleine erledigen können‘ im Fokus steht.

Insgesamt wurde diese Kategorie in 9 Interviews vergeben. Sie enthält keine weiteren Unterkategorien (invivo Codes: ‚fit bleiben und nicht abhängig von anderen‘, ‚(möglichst lange) selbständig‘, ‚Möglichkeit haben, frei zu entscheiden was ich machen möchte‘, ‚Autonomie erhalten um in eigener Biographie bisschen rumzustülpern‘, ‚Unabhängigkeit durch frei und in Gemeinschaft sein in Wohnprojekt‘, ‚nicht von meinen Kindern abhängig sein‘, ‚meinen Alltag bewältigen können‘, ‚selbstbestimmt‘, ‚gestalten, wie wir uns das vorgestellt haben‘, ‚unabhängig‘).

„dass man, ja, körperlich und eben damit auch geistig, dass man fit bleibt. Und nicht abhängig von anderen“. 106

Gesundheit

Die Kategorie ‚Gesundheit‘ wurde vergeben, wo Teilnehmer/-innen von Gesundheit oder Beweglichkeit sprechen, nicht wo es eher um psychische Resilienz oder Fähigkeiten (Kategorie ‚Einstellungen‘) geht, außerdem dort wo der gesundheitliche Aspekte eher als eine Tätigkeit (Kategorie ‚Aktivitäten‘) im Vordergrund steht. Dabei wurden unterschiedliche Arten der Gesundheit benannt (psychisch, körperlich). Für die Kategorie ist relevant, inwiefern ein bestimmter Gesundheitszustand gegeben sein muss, um gut zu altern.

Die Kategorie wurde in 31 Interviews vergeben. Die Teilnehmer/-innen unterscheiden sich darin, ob die Gesundheit auch eingeschränkt sein kann für gutes Alter(n). Dazu wurden drei Unterkategorien gebildet: die Unterkategorie ‚Gesundheit mit Einschränkungen‘ (invivo Codes: ‚mich relativ gesund fühlen‘, ‚gewisse körperliche Beweglichkeit sein‘, ‚über längeren Zeitraum todkrank sein‘, ‚von größeren gesundheitlichen Beeinträchtigungen frei bleiben‘, ‚kognitive Fähigkeiten behalten, ‚einigermaßen gesund sein‘, ‚dass es trotzdem geht, auch wenn ich nicht mehr so fit bin‘, ‚Gesundheit ist relativ‘, ‚im Idealfall geistig zurechnungsfähig und körperlich noch irgendwie auf sich aufpassen können‘, ‚so leben können abgesehen von Wehwehchen‘), die Unterkategorie ‚nicht definiert, ob Gesundheit eingeschränkt sein kann‘ (invivo Codes z.B. ‚Gesundheit ist wichtig‘, ‚gesund‘, ‚immer noch mobil sein‘) und die Unterkategorie ‚Gesundheit ohne Einschränkungen‘ (invivo Codes z.B. ‚erstes Gut ist absolute Gesundheit‘, ‚gesundheitlich keine Probleme ist mir wichtig‘, ‚vorausgesetzt man ist gesund, dann ist Altern mentale Sache‘, ‚körperliche und psychische Unversehrtheit bis ans Ende‘).

„Obwohl natürlich, ich sage mal, die Frühform von Demenz und dann auch fortschreitende Demenz sicher eben einen wesentlichen Prozentsatz von uns erfassen wird. Aber das heißt nicht unbedingt für mich schlechtes Altern. Ja? Das kann durchaus, denke ich für eine Reihe von Betroffenen, sowohl Angehörigen, wie anderen durchaus auch eben, ich sage mal eine andere Zeit des gemeinsamen Erlebens, aber nicht unbedingt eine schlechte Zeit sein. Muss

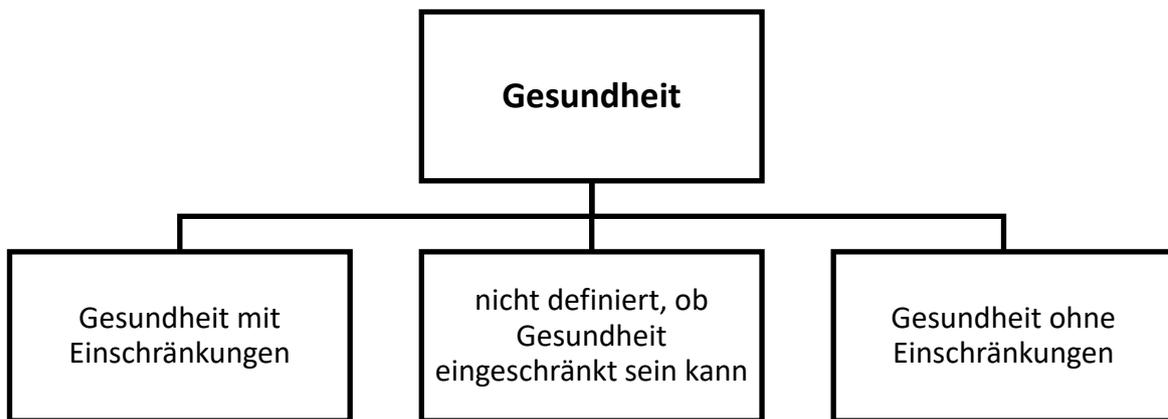


Abbildung 8 Kategorie Gesundheit mit Unterkategorien

Einstellungen

Die Kategorie ‚Einstellungen‘ wurde vergeben, wo psychische Fähigkeiten und Haltungen beschrieben wurden, nicht wo psychische Krankheit (Kategorie ‚Gesundheit‘) beschrieben wurde.

Die Kategorie wurde in 20 Interviews vergeben. Sie splittet sich in weitere Unterkategorien auf: ‚Gelassenheit‘, ‚Zufriedenheit‘, ‚Humor‘, ‚Neugier auf die Welt‘, ‚sich mit Krankheiten arrangieren‘, ‚versöhnt sein‘, ‚annehmen‘, ‚Ruhe suchen‘ und ‚sich von starren Vorstellungen in Bezug auf das Alter lösen‘.

„Also diese Offenheit für auch für neue Ideen... sowas offen sein, offen sein für die Welt.“ 102

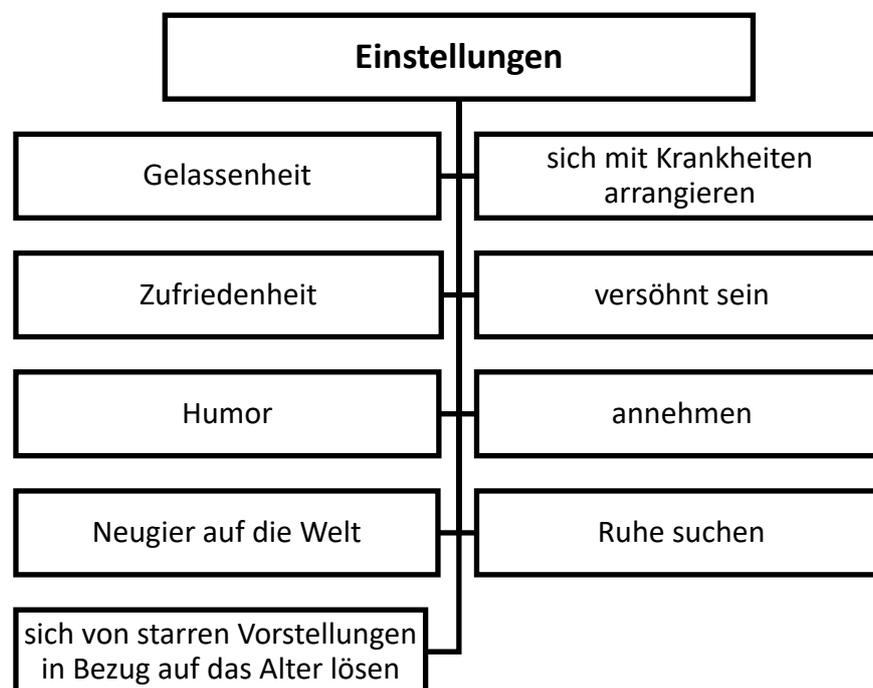


Abbildung 9 Kategorie Einstellungen mit Unterkategorien

Diskussion

Die neun unterschiedlichen Komponenten (Zustand der Gesellschaft, Umwelt, Selbstbestimmung, Unabhängigkeit, Einstellungen, Unterstützung, soziale Beziehungen, Aktivitäten, Gesundheit), die in den subjektiven Perspektiven auf das gute Alter(n) vorkommen, definieren gutes Alter(n) breiter als Rowe und Kahn (1997). Während letztere mit drei unterschiedlichen Komponenten (,geringes Risiko für Behinderung und Krankheit‘, ,hohe kognitive und

physische Funktionsfähigkeit‘ und ‚engagement with life‘) arbeiten, wurde in dieser Untersuchung das Ergebnis früherer Studien (Cosco et al. 2013) bestätigt, dass subjektive Perspektiven mehr Komponenten aufweisen. Ebenso bestätigt wurde ein stärkerer Fokus auf psychosoziale Komponenten und ‚externe Faktoren‘ (die nicht in der Person selbst begründet sind, z.B. finanzielle Ressourcen).

Die Komponenten *Umwelt* und *Zustand der Gesellschaft* wurden am seltensten beschrieben (jeweils 2 von 45 Teilnehmer/-innen). Die Komponente ‚Zustand der Gesellschaft‘ steht ebenso wie andere Komponenten in dieser Studie, zugleich jedoch in besonderem Maße im Kontrast zum Fokus des erfolgreichen Alter(n)s auf individuelles Handeln und individuelle Leistung (Rowe & Kahn 1998). Denn hier geht es gar nicht um die Situation des einzelnen Individuums, sondern den allgemeinen Zustand der Gesellschaft.

Die Komponente der *Unterstützung* bezieht sich auf ältere Personen als Empfänger von Unterstützung. Sie fokussiert jedoch auch nicht darauf, wie gutes Alter(n) durch Handeln des gut alternden Individuums erreicht werden kann. Stattdessen werden mit der Komponente ‚Unterstützung‘ jene Elemente des guten Alter(n)s beschrieben, die älteren Menschen als Gruppe von der Allgemeinheit zur Verfügung gestellt werden können. Hier ist besonders auffällig, dass Teil der Komponente Unterstützung auch der Umgang mit alterstypischen, schwierigen Situationen ist. Im Konzept des erfolgreichen Alterns nach Rowe und Kahn kommt dieser gar nicht vor (Timonen 2016). Auffällig ist außerdem die Vielfalt an Unterstützungen, die genannt werden. Während bestimmte Aktivitäten Teil des guten Alter(n)s aus subjektiver Perspektive sind, wird auch die Freiheit von bestimmten Aufgaben im Rahmen der Komponente Unterstützung genannt. Geringere Belastung im Beruf wird lediglich von einer Person genannt, was eventuell damit zu tun haben könnte, dass viele Studienteilnehmer/-innen nicht mehr im Beruf stehen und dass sehr stark beruflich belastete Menschen sich vermutlich selten für die Teilnahme an einer solchen Studie melden, die mit einem zusätzlichen Zeitaufwand verbunden ist.

Aktivitäten sind durch die Komponente des ‚engagement with life‘ auch in Rowe und Kahns Konzept enthalten. In Anlehnung an das erfolgreiche Alter(n) wurde auch das Konzept des ‚aktiven Alter(n)s‘ entwickelt, dem in der praktischen Umsetzung ein zu starker Fokus auf längere Lebensarbeitszeiten vorgehalten wird (Timonen 2016). Alternative Ansätze definieren das aktive Alter(n) sehr viel breiter (Foster & Walker 2015). Bei Rowe und Kahn waren ursprünglich lediglich ‚produktive‘ Tätigkeiten Teil des Konzepts. Dies wurde später überarbeitet. In Anlehnung an den Fokus von Rowe und Kahn wurde zwischen bezahlbaren und nicht bezahlbaren Tätigkeiten unterschieden, die Teil des guten Alter(n)s in den subjektiven Perspektiven sind. Hier zeigt sich eine Fülle von Aktivitäten, die zum Teil auch über prinzipiell bezahlbare Tätigkeiten hinausgehen und Freizeitaktivitäten miteinschließen. Darüber hinaus ist auch interessant, dass es unter den Teilnehmer/-innen unterschiedliche Auffassungen dazu gibt, inwiefern vor allem das Weiterführen früher ausgeübter Tätigkeiten oder das Anfangen neuer Tätigkeiten bedeutsam für gutes Alter(n) ist.

Die Komponente der *sozialen Beziehungen* beschreibt ganz unterschiedlich lange und unterschiedlich nahe Beziehungen. Sie stellt hier nicht wie bei Rowe und Kahn ein Mittel zur Erreichung anderer Ziele (Foster und Walker 2015) dar. Stattdessen sind Beziehungen für sich ein häufiger Bestandteil des guten Alter(n)s aus subjektiver Perspektive, unabhängig davon, ob sie auch zu einem besseren Gesundheitszustand beitragen. Die Komponente der sozialen

Beziehungen verweist im Kontrast zu Rowe und Kahns individuellem Erreichen des erfolgreichen Alter(n)s auf ein Verständnis des Menschen als interdependent und in Beziehung zu anderen stehend.

Der *Gesundheit* kommt bei Rowe und Kahn eine besondere Rolle zu. Auch in den subjektiven Perspektiven ist Gesundheit häufig Teil des guten Alter(n)s. Dabei werden unterschiedliche Arten von Gesundheit (z.B. psychisch, physisch) genannt. Unterschiede innerhalb der Komponente Gesundheit bestehen dahingehend, dass für manche Teilnehmer/-innen Gesundheit ohne Einschränkungen eine Bedingung für gutes Alter(n) ist, während dies bei anderen unklar ist und Gesundheit bei wieder anderen keine notwendige Voraussetzung ist. Der Fokus auf überdurchschnittliche Gesundheit wurde an Rowe und Kahns Konzept immer wieder kritisiert (z.B. Timonen 2016), unter anderem da dadurch viele ältere Menschen den Zustand des erfolgreichen Alter(n)s nicht erreichen können. Die Teilnehmer/-innen, die gutes Alter(n) auch im Falle gesundheitlicher Einschränkungen nicht ausschließen, sind somit in ihrer Definition näher an der neueren Überarbeitung des Konzepts des erfolgreichen Alter(n)s von Tesch-Römer & Wahl (2017).

Die Komponente der *Unabhängigkeit* hatte keine weiteren Unterkategorien und kam in neun Interviews vor. Ein Grund dafür, dass Unabhängigkeit relativ selten vorkommt, könnte darin liegen, dass neben der Komponente Unabhängigkeit auch die Komponente Selbstbestimmung ein eigener Teil der subjektiven Perspektiven ist.

Einstellungen beschreiben Haltungen und psychische Kompetenzen, wie sie zum Teil in der Tradition des erfolgreichen Alter(n)s nach Baltes & Baltes (1990) konzeptualisiert wurden. Eine Unterkategorie der Komponente Einstellungen ist auch der Umgang, nämlich das ‚sich arrangieren‘ mit Krankheiten. Der Umgang mit Krankheit ist also nicht nur im Rahmen der Komponente Unterstützung bedeutsam für gutes Alter(n), in der Komponente Einstellungen kommt auch der individuelle Umgang mit Krankheit noch einmal vor.

Die Komponente der *Selbstbestimmung* beschreibt unter anderem die Forderung nach der Achtung grundlegender Rechte für ältere Menschen und eine marginalisierte Position älterer Menschen. Dies verweist auf Benachteiligungen älterer Menschen durch gesellschaftliche Altersbeziehungen (Calasanti und King 2017). In dieser Komponente finden sich Forderungen wie die Achtung der menschlichen Würde, Akzeptanz, Eingebundenheit in Gesellschaft und Mitbestimmung. Interessant ist auch, dass hier altersspezifische Wohnmöglichkeiten wieder auftauchen. Während für einige solche Angebote (bspw. Altenheime, Mehrgenerationenwohnprojekte) zu den Angeboten zählen, die im Rahmen der Komponente Unterstützung Teil des guten Alter(n)s sind, sind insbesondere Altenheime (aber für eine Person auch Mehrgenerationenwohnprojekte) für andere nicht mit dem guten Alter(n) vereinbar.

Zusammenfassung

Insgesamt lässt sich sagen, dass die subjektiven Perspektiven auf gutes Alter(n) mehr Komponenten als das erfolgreiche Alter(n) nach Rowe und Kahn beinhalten. Während Rowe und Kahn optimale Gesundheit voraussetzen, ist dies nicht in allen subjektiven Definitionen des guten Alter(n)s in dieser Studie der Fall. So gibt es sehr wohl Definitionen, in denen Gesundheit auch eingeschränkt sein kann. Unterstützung im Umgang mit Krankheit, Behinderung, Gebrechlichkeit und dem Sterben oder ein individuelles ‚sich mit Krankheit arrangieren‘ sind in manchen

Definitionen Bestandteile des guten Alter(n)s. Während das erfolgreiche Alter(n) nach Rowe und Kahn also ein Bild eines eher leistungsfähigen Körpers mit optimaler Gesundheit im Alter vermittelt, findet sich in den subjektiven Definitionen auch ein Altersbild mit mehr Platz für auch schwierige, alterstypische Erfahrungen.

Im Kontrast zu Rowe und Kahns Fokus auf die individuelle Leistung des erfolgreichen Alter(n)s, steht in den subjektiven Definitionen ein Menschenbild, das stärker auf Interdependenz basiert im Vordergrund. So sind sowohl unterschiedliche Arten der Unterstützung durch andere wie soziale Beziehungen Teil des guten Alter(n)s. Die Beziehungen sind, im Gegensatz zu Rowe und Kahns Konzept nicht ausschließlich Mittel zur Verbesserung der Gesundheit. Darüber hinaus verweist die Komponente der Selbstbestimmung auf eine marginalisierte Position älterer Menschen in der Gesellschaft und die Komponente Zustand der Gesellschaft betont die Bedeutung gesellschaftlicher Verhältnisse jenseits individueller Lebenssituationen. Rowe und Kahns Konzept fokussiert stark auf Gesundheit, die von sozialen Ungleichheiten wesentlich beeinflusst ist (Timonen 2016). Soziale Ungleichheiten spielen aber selbst im neueren Vorschlag für ‚gesellschaftliches erfolgreiches Altern‘ keine Rolle (Rowe und Kahn 2015). Während für eine Förderung des erfolgreichen Alterns politisch hauptsächlich bei der Förderung der Gesundheit jener, die zum Erreichen optimaler Gesundheit in der Lage sind, anzusetzen ist, leitet sich aus den subjektiven Definitionen ein sehr viel breiteres Spektrum politischer Handlungsmöglichkeiten ab.

6.3 Ergebnisse der Interviewstudie 2

Eignung der Konzepte des guten Alter(n)s als Zielformulierungen in der Politik Eigene Erfahrungen mit Konzepten des guten Alter(n)s

Die Expert/-innen unterscheiden sich darin, ob und wie sie mit Konzepten des guten Alter(n)s arbeiten: Einige benutzen die Konzepte in ihrem Arbeitsalltag, andere benutzen ihre eigenen Formulierungen, die gutes Alter(n) umschreiben und wieder andere geben an, dass sie sich in ihrer Arbeit nicht auf Konzepte des guten Alter(n)s beziehen.

Von Personen in der letzten Gruppe wird z.B. die International Classification of functioning, Disability and Disease benutzt, oder nur mit den Themen, die auch in den Konzepten vorkommen (z.B. Gesundheit im Alter) gearbeitet. Wenn mit den Konzepten gearbeitet wird, werden diese auch angepasst (z.B. Betonung einer sehr weiten Fassung von Aktivität im aktiven Alter(n), Anpassung an die jeweiligen Bedürfnisse einer Gruppe älterer Menschen). Die selbstgewählten Formulierungen beziehen sich beispielsweise auf Diversität des guten Alter(n)s, Teilhabe, altersgerechte Quartiersentwicklung oder Mitbestimmung. Von einer Person wird als Grund für die Wahl einer eigenen Formulierung auch genannt, dass die Konzepte größere Zusammenhänge und die verschiedenen Ausgangspositionen unterschiedlicher Gruppen älterer Menschen beim Eintritt in spätere Lebensphasen zu wenig erfassen.

Lediglich in einem Interview wurde in Frage gestellt, dass man in der Politik für ältere Menschen Konzept des guten Alter(n)s braucht. Hier wurde stattdessen ein zu entwickelndes Grundverständnis und das Überdenken von Altersbildern gefordert. Ebenfalls nur in einem Interview wurde die Frage der Definition der Konzepte des guten Alter(n)s als nicht kontrovers

beschrieben. Diskussionswürdig war für die befragte Person lediglich die Frage der besten Umsetzung der Konzepte.

Kritik am erfolgreichen Alter(n)

Am erfolgreichen Alter(n) wurde der Fokus auf Leistung und die konzeptuell fehlende Integration von Krankheit in das Leben, das fehlende Verständnis des Menschen als Krisenexistenz (die Pflege braucht), der Fokus auf die gesellschaftlichen Mittelschicht, die Überforderung des Einzelnen (der nicht einlösen kann, was von ihm verlangt wird), der reduktionistische Charakter, die zusätzliche Belastung für schwächere Gruppen in der Gesellschaft und die Orientierung am Jungsein kritisiert.

Ein besseres Konzept des guten Alter(n)s sollte an die jeweilige Kommune und Generation angepasst sein, soziale Ungleichheit ernst nehmen und schwächere Gruppen gezielt fördern. Insbesondere schwächere Gruppen sollten gezielt gefördert werden. Die Heterogenität des Alter(n)s muss wahrgenommen werden. Selbstwirksamkeit, Selbstbestimmung und Information älterer Menschen, ein breiter Gesundheitsbegriff (auch soziale, seelische, spirituelle Gesundheit umfassend) sollten Teil eines Konzept des guten Alter(n) sein. Es sollte nicht nur eine individuelle Verantwortungslogik ausdrücken, sondern auch danach fragen, wie die Umwelt mit einem älteren Menschen gut umgehen kann.

Folgen einer stärkeren Fokussierung auf die Förderung des guten Alter(n)s in der Politik

Die Expert/-innen sehen unterschiedliche Folgen, wenn gutes Alter(n) in der Zukunft stärker als heute politisch gefördert wird. Zu den positiven Folgen gehören mehr Ressourcen für ältere Menschen im Sinne von Ansprechpersonen in der kommunalen Politik. Eine andere Perspektive geht nicht von vermehrten Ressourcen, sondern lediglich von einem verbesserten Einsatz der Mittel aus. Positive Auswirkungen werden auch erwartet, sofern eine Veränderung von Altersbildern mit diesem Fokus einhergeht und sofern dabei die Multiprofessionalität und Interdisziplinarität in der Ausbildung in Gesundheitsberufen gefördert wird.

Als negative Folgen werden eine verstärkte Ökonomisierung des guten Alter(n)s (erhöhte Preise und dadurch schlechterer Zugang zu Angeboten wie Sport für Ältere) sowie die Vernachlässigung von Gruppen, die dem jeweiligen Ideal des guten Alter(n)s nicht gerecht werden können, erwartet. Von zwei der Experten wird es auch für möglich gehalten, dass durch mehr Aufmerksamkeit für gutes Alter(n), unterschiedliche Formen sozialer Ungleichheit verstärkt werden.

Unterschiedliche Arten von Maßnahmen zur Förderung des guten Alter(n)s

Die Mehrheit der Expert/-innen sieht die Kommune als wichtigste Ebene für Maßnahmen zur Förderungen des guten Alter(n)s. Einige sehen jedoch die Landes- und Bundesebene als ebenso wichtig an, um einen geeigneten Rahmen für kommunales Handeln zu schaffen. Von anderen wird auch die Ebene des Dorfes, Stadtteils und Orts hervorgehoben. Eine Person nennt ausschließlich Land und Bund als relevante Ebenen für Maßnahmen zur Förderung des guten Alter(n)s.

Folgende Arten von Maßnahmen werden von den Expert/-innen als besonders sinnvoll bezeichnet:

- die unter Umständen auch bereits in der Kindheit ansetzen (z.B. Beziehungsfähigkeit von Jungen fördern)
- die auf die jeweils betroffene Gruppe älterer Menschen zugeschnitten sind (altersadäquate und altersspezifische Hilfeleistungen)
- die darauf achten, benachteiligte Gruppen nicht auszuschließen
- die die Selbstbestimmung (z.B. Befragung älterer Menschen über eigene Anliegen, eigene Gestaltung späterer Lebensphasen durch ältere Menschen, selbstgewählte Definition von Aktivität beim aktiven Alter(n)) und die Selbstwirksamkeitserfahrungen älterer Menschen stärken
- die Pflegeeinrichtungen öffnen (z.B. Anbieten von Dienstleistungen in Pflegeheimen; zeigen, dass auch mit Pflegebedarf, Gebrechlichkeit und Einschränkungen gelingendes Alter(n) im öffentlichen Raum stattfinden kann)
- die ältere Menschen stärker im öffentlichen Raum einbinden
- die Menschen dabei unterstützen, Individualität und Gemeinschaft zu leben und dabei die individuellen und sozialen Kompetenzen der einzelnen Personen im Blick zu haben
- die im Sinne des ‚gerontology mainstreamings‘ dazu führen, dass ältere Menschen in den unterschiedlichsten Bereichen ‚mitgedacht‘ werden

Einige der Maßnahmen haben speziell mit gesellschaftlichen Vorstellungen von Alter(n), Pflege und Gesundheit zu tun:

- die das Alter(n) mit weniger Angst (z.B. durch Veränderung gesellschaftlicher Haltungen gegenüber Pflege und Pflegebedürftigkeit) ermöglichen
- die Altersbilder verändern, um Menschen darüber aufzuklären, dass sie ihr eigenes Alter(n) auch mitbeeinflussen können
- die unterschiedliche Akteure ermächtigen, Haltungen und Einstellung zu hinterfragen, die einer besseren Gesundheitsförderung (die Gesundheit nicht defizitär als die Abwesenheit von Krankheit definiert) im Weg stehen

Unterschiedliche Politikbereiche und Akteure sind in die Entwicklung und Umsetzung der Maßnahmen einzubeziehen: ältere Menschen selbst, unterschiedliche Ressorts und beim Thema Gesundheit die Bereiche Soziales, Bildung und Gesundheit, die Industrie (z.B. Bereitstellung von für ältere Menschen relevanten Informationen bezüglich der Bestandteile von Lebensmitteln).

Es werden auch bestimmte Bereiche genannt, in denen Maßnahmen ansetzen sollen:

Förderung von Sport und Bewegung, Sport und Bewegung gemeinsam mit sozialer und psychologischer Aktivierung, Digitalisierung, Gesundheitsprävention und intergenerationellem Austausch, Schaffung von bezahlbarem und seniorenrechtlichem Wohnraum, Mehrgenerationenhäuser, Förderung des Ehrenamts, von Sicherheit im öffentlichen Raum, von Nachbarschaftshilfen, wohnortnahe Abdeckung der Bedürfnisse des täglichen Lebens, mehr Informationen für ältere Menschen in den Medien.

Unterschiedliche Einschätzungen bestehen hinsichtlich des Schaffens von Anreizen zur Verhaltensänderung. Während z.B. von einer Person Verhaltensanreize insbesondere durch

Krankenkassen zu den positiven Maßnahmen gezählt werden, schließt eine andere Person ebensolche Anreize zur Verhaltensänderung aus, da die Gesellschaft bei rechtlich eigenverantwortlichen älteren Menschen deren Entscheidungen zu einem bestimmten Verhalten aushalten müsse.

Nicht alle der Befragten konnten Beispiele für problematische Maßnahmen nennen. Von jenen, die solche Maßnahmen beschreiben konnten, wurden drei unterschiedliche Probleme beschrieben:

- Fehlende regelmäßige Reflexion von Konzepten des guten Alter(n)s und fehlende Anpassung von Maßnahmen an die jeweilige Zielgruppe älterer Menschen: Als Beispiel wurden von einer Person Fitnessprogramme genannt, die nicht auf die körperlichen Fähigkeiten älterer beziehungsweise hochaltriger Menschen zugeschnitten sind.
- Ökonomisierung im Bereich Pflege und Gesundheit statt Förderung des Gemeinwohls: Aus internationalen Studien ist bekannt, dass z.B. erwerbswirtschaftlich orientierte Langzeitpflege eine schlechtere Qualität aufweist.
- Gesundheitsinformationskampagnen erreichen ältere Menschen zu selten.

Darüber hinaus wurden auch drei allgemeine Forderungen an die Politik formuliert:

- Stärkung der Kommunen: Schaffung eines Gesetzes, durch das Altenhilfe nicht mehr größtenteils eine freiwillige Leistung ist, so dass sie bei geringen finanziellen Ressourcen nicht mehr so leicht gekürzt wird. Die Stärkung der Kommunen muss von finanzieller und rechtlicher Absicherung begleitet werden. Zu häufig wird aus einer Versicherungslogik heraus gedacht, statt vor allem auf die Stärkung der Kommunen zu setzen. Es sollte weniger mit befristeten, projektbasierten Maßnahmen gearbeitet werden und stattdessen die langfristige Sicherung von Förderungen für die langfristigen Aufgaben in diesem Bereich erreicht werden.
- Mehr Forschung dazu, wie Innovationen in diesem Bereich auch ‚bei den Menschen ankommen‘ können.
- Stärkeres Interesse in Wissenschaft und Politik an Modellen aus anderen Ländern und infolgedessen bessere finanzielle Ausstattung von Gesundheit und Pflege.

Zusammenfassung

Nicht alle der Expert/-innen arbeiten mit den Konzepten des guten Alter(n)s. In einigen Fällen werden eigene Formulierungen benutzt. Es sind jedoch mit einer Ausnahme alle Expert/-innen davon überzeugt, dass es Konzepte des guten Alter(n)s (auch wenn diese z.B. an Kommunen und unterschiedliche Gruppen älterer Menschen angepasst werden müssen) in der Politik für ältere Menschen braucht. Es wurden unterschiedliche Kritiken des Konzepts des erfolgreichen Alter(n)s formuliert. Von einem stärkeren Fokus auf die Förderung des guten Alter(n)s werden nicht ausschließlich positive Folgen erwartet.

Es werden eine Reihe von Charakteristika sinnvoller Maßnahmen zur Förderung des guten Alter(n)s genannt. Dazu gehören auch Maßnahmen, die speziell Haltungen, Bilder und Einstellungen zu Alter(n) und Gesundheit verändern können. Die Expert/-innen waren sich nicht alle darin einig, inwiefern beispielsweise durch Krankenkassen Anreize zur Verhaltensänderung geschaffen werden sollen. Es wurden drei Arten bzw. Charakteristika von Maßnahmen

■ “Gelingendes und “gesundes” Altern – Schlussbericht

(fehlende Reflexion und Anpassung von Konzepten, Ökonomisierung in der Pflege, fehlende Gesundheitsinformationen) genannt, die als weniger sinnvoll eingestuft wurden. Darüber hinaus wurden auch drei allgemeine Forderungen an die Alterspolitik (Stärkung der Kommunen, mehr Forschung zur Umsetzung von Konzepten in der Praxis, stärkere Orientierung an positiven Beispielen in anderen Ländern) genannt.

6.4 Ergebnisse der Richtlinienanalyse

Die untersuchten Richtlinien zum Thema Alter(n) setzen einen Schwerpunkt auf Gesundheit als Herausforderung durch den demografischen Wandel. Gesundheit wird dabei in der Regel breit verstanden, angelehnt an die – gleichwohl in der medizinethischen Diskussion umstrittene – WHO-Definition, die Wohlbefinden einschließt. Im Vordergrund stehen Prävention und der Erhalt von Funktionsvermögen im Hinblick auf gesellschaftlich produktive Aktivitäten. Betont wird die Anpassung der gesundheitlichen Versorgung, wenig thematisiert die Integration sozialer Dienste. Die Kritikpunkte, die bereits in der gerontologischen Diskussion des „erfolgreichen“ Alterns genannt werden und die sich aufgrund der ethischen Analyse, Rekonstruktion und Kritik bekräftigen lassen, treffen auch auf die meisten untersuchten Richtlinien zu: subjektive Sichtweisen, kulturelle Differenz und Wertpluralität kommen zu kurz. Dabei zeigten auch die Interviewstudien im Projekt, dass diese Perspektiven eine Bereicherung des Diskurses zum gelingenden Altern darstellen und in sich deutlich differenzierter sind und auch eine größere Breite aufweisen als die Konzepte aus der Gerontologie das häufig tun. Zu kurz kommen dabei auch die Themen Behinderung und chronische Erkrankungen, Ageismus und gesundheitliche Ungleichheit/soziale Determinanten. Eine Ausnahme stellt die Global Strategy der WHO dar, die fast alle Themen abdeckt, subjektive Perspektiven berücksichtigt und Themen wie der Bekämpfung von Ageismus Vorrang einräumt, indem sie eigene Schwerpunkte der Richtlinie bilden. Der Global Strategy kommt damit eine Vorbildfunktion für andere Richtlinien zu. Allerdings vernachlässigt auch die Global Strategy das Thema des vierten Alters und die damit zusammenhängenden Punkte. Zusammenfassend lässt sich festhalten: Die untersuchten Richtlinien widmen sich mit Vorrang dem Thema wie das Dritte Alter gesund, aktiv und autonom gelebt werden kann, um den Herausforderungen des demographischen Wandels zu begegnen. Dabei kann möglicherweise ein Paternalismus durch die Hintertür der „Public Health“ wieder eintreten, der ansonsten die Medizin verlassen hat. Die Betonung eines gesunden Lebensstils lässt möglicherweise wenig Spielraum für Lebensentwürfe, in denen die entsprechenden Maßnahmen nur eine untergeordnete Rolle spielen. Gesund werden wird von der Klugheitsempfehlung zur moralischen Pflicht. Unbeachtet bleibt hierbei auch, dass nicht alle Menschen die gleichen Voraussetzungen dafür besitzen und ihnen eine Verantwortung für die eigenen Gesundheit zugeschrieben wird, die aufgrund von sozialen Determinanten nicht ihrem Handlungsspielraum entspricht. Ausgeklammert bleibt das Vierte Alter und die Themen von Negativität, Interdependenz und Fürsorgebeziehungen, die hier in der gerontologischen Literatur angesprochen werden. Das stärkste Desiderat an zukünftige Richtlinien besteht also darin, das hohe Alter und seine Bedürfnisse stärker in den Blick zu nehmen. Vorbildlich sind dabei die Altenberichte der Bundesregierung, die alle Themen abdecken und den zweiten Altenbericht von 2002 dem Thema Hochaltrigkeit widmen. Hier ist auch eine Ethik der Solidarität hervorgehoben. Berücksichtigung findet dieser Bericht jedoch in den anderen deutschen Richtlinien nicht und eine erneute Auseinandersetzung mit dem Thema wäre angebracht, die neuere gerontologische Beiträge berücksichtigt und ebenso die Diskussion zwischen Ethik und Gerontologie (vgl. dazu <https://www.dza.de/politikberatung/geschaeftsstelle-altenbericht/die-bisherigen-alternsberichte.html>).

6.5 Workshop

Der Workshop, um die Projektergebnisse zu diskutieren und ein kritisches Feedback zu erhalten, wurde am 29. und 30. November 2019 durchgeführt. Am ersten Tag wurden die Projektergebnisse vorgestellt, zudem haben die eingeladenen Experten zu einzelnen Themenschwerpunkten Impulsvorträge gehalten, um eine Diskussionsgrundlage zu schaffen. Am zweiten Tag sollten Arbeitsgruppen Rückmeldung zu einer möglichen Weiterentwicklung des ethischen Rahmens geben.

Das Programm:

Ethics and Concepts of Ageing Well

Friday

13:15 Opening H-J Ehni /Greeting

Frank Niggemeier, Federal Ministry of Health, Bonn / Berlin

13:30 Introduction: Plurality of conceptions of ageing well

Hans-Jörg Ehni, Tübingen

13:45- 14:15 Different conceptions of health in theory of medicine

Maartje Schermer, Rotterdam

14:15-14:45 Good Life in Old Age – Philosophical Reflections

Sebastian Knell, Bonn

14:45-15:15 Conceptions of ageing well – active vs. successful ageing

Liam Foster, Sheffield

15:15-15:45 Should ageing perhaps be authentic and not successful?

Julian Hughes, Bristol

Coffee Break 15:45-16:15

16:15-16:45 Understanding the Success of „Successful Aging”: On the Moral Implications of a Gerontological Discourse

Mark Schweda, Oldenburg, Larissa Pfaller, Erlangen

16:45-17:15 Subjective Definitions of ageing well – results from interview studies

Selma Kadi, Vienna

17:15-17:45 Criticism of gerontological conceptions of ageing well

Virpi Timonen, Dublin

17:45-18:15 Criticism of conceptions of the fourth age

Paul Higgs, London

18:15-18:45 The Third Age as a Comparative Reference: A disability studies approach to ”successful” and ”active” ageing

Annika Taghizadeh Larsson, Linköping

18:45-19:15 Successful ageing and migration

Sandra Torres, Uppsala

Saturday

■ “Gelingendes und “gesundes” Altern – Schlussbericht

9:00-9:30 Political guidelines on ageing well and how they address ethical issues – the example of the WHO-global strategy

Abha Saxena & Sridhar Venkatapuram

9:15-9:45 Introduction to the working groups

Hans-Jörg Ehni

9:45-10:45 Working groups

1 Health, well-being, and the conception of the good

2 Dignity and autonomy

3 Justice, social determinants, and individual responsibility

4 Ethics and the fourth age

Coffee break

11:00-12:00 Presentations by the working groups

12:00-13:00 Final discussion

Lunch

14:00 End

Teilnehmer/-innenliste:

Foster, Liam	Senior Lecturer, University of Sheffield, Department of Sociological Studies
Higgs, Paul	Professor, UCL London
Hughes, Julian	Professor, Bristol Medical Sciences
Kadi, Selma	Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Wien
Knell, Sebastian	Wissenschaftlicher Mitarbeiter, IWE
Litterst, Leona	IEGM Tübingen
Niggemeier, Frank	BMG
Pfaller, Larissa	Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Soziologie, FAU Erlangen-Nürnberg
Saxena, Abha	(ex)WHO/consultant
Schermer, Maartje	Professor, University of Rotterdam, Medical Ethics

Schweda, Mark	Professor, Universität Oldenburg, Medizinethik
Taghizadeh Larsson, Annika	Senior Lecturer, University of Linköping, Department of Social Studies
Timonen, Virpi	Professor Social Work & Sociology, Trinity College Dublin
Torres, Sandra	Professor of Sociology, Uppsala University
Venkatapuram, Sridhar	Senior Lecturer, King's College London, Global Health
Wiesing, Urban	Professor, IEGM, Tübingen

Ergebnisse der Arbeitsgruppen / Diskutiert wurde eine Weiterentwicklung des ethischen Rahmens

	Ethik Grundbegriff	Stichwort/ Bezug zum Altern
1.1	Gesundheit und Wohlbefinden	Verständnis von Gesundheit
1.2	Gesundheit und Wohlbefinden	Einschluss von Personen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen
1.3	Gesundheit und Wohlbefinden	Kosten des demographischen Wandels
1.4	Gesundheit und Wohlbefinden	Prävention
1.5	Gesundheit und Wohlbefinden	Vorschreiben eines bestimmten, gesunden Lebensstils / Healthism

1.6	Gesundheit und Wohlbefinden	Besondere Gesundheitsbedürfnisse Älterer, Geriatrie
1.7	Gesundheit und Wohlbefinden	Besondere Gesundheitsbedürfnisse Älterer, Integration sozialer Dienste
1.8	Gesundheit und Wohlbefinden	Anfordernisse von Langzeitpflege
1.9	Gesundheit und Wohlbefinden	Altersfreundliche Umgebung,
2.1	Konzeption des Guten/Capabilities	Verständnis des Alter(n)s
2.2	Konzeption des Guten/Capabilities	Wert von Gesundheit
2.3	Konzeption des Guten/Capabilities	Engführung auf/besondere Betonung von Aktivität
2.4	Konzeption des Guten/Capabilities	Subjektive Definitionen
2.5	Konzeption des Guten/Capabilities	Teilhabe
2.6	Konzeption des Guten/Capabilities	Kulturelle Differenz
2.7	Konzeption des Guten/Capabilities	Lebenslaufperspektive
3.1	Würde/Freiheit/Autonomie	Autonomie fördern

3.2	Würde/Freiheit/Autonomie	Maßnahmen gegen Ageism
3.3	Würde/Freiheit/Autonomie	Sterben und Tod
4.1	Gerechtigkeit/Determinanten/Eigenverantwortung	Gerechtigkeit allgemein und Menschenrechte
4.2	Gerechtigkeit/Determinanten/Eigenverantwortung	Soziale Ungleichheit
4.3	Gerechtigkeit/Determinanten/Eigenverantwortung	Gender-Fragen
4.4	Gerechtigkeit/Determinanten/Eigenverantwortung	Neoliberale Politik und Betonung individueller Verantwortung
5.1	Ethik und hohes Alter	Gelingendes Altern nicht bestimmt
5.2	Ethik und hohes Alter	Wohnung
5.3	Ethik und hohes Alter	Soziale Isolation
5.4	Ethik und hohes Alter	Individualismus und Interdependenz
5.5	Ethik und hohes Alter	Negativität und Grenzen
5.6	Ethik und hohes Alter	Altersdiskriminierung und Lebensphasen

Rückmeldung zu diesem ethischen Rahmen

Es wurden hier vor allem vorgeschlagen, die Grunddefinitionen in ihrer Spannweite deutlich zu machen, die in einer Richtlinie verwendet werden. Außerdem Gesundheit separat und vorab zu definieren und Wohlbefinden direkt unter den Konzeptionen des Guten zu berücksichtigen.

Sterben und Tod wurde bewusst zum großen Teil ausgeklammert, da es im Projekt nicht um Entscheidungen am Lebensende gehen sollte (d.h. die Sterbehilfedebatte ist separat zu sehen). Ferner wurden die Themen des 4. Alters in einer eigenen Kategorie behandelt. Hier wurde eine andere Struktur vorgeschlagen. Insgesamt wurde der ethische Rahmen als solcher bestätigt, ebenso die Auswahl an Themen, die nur vereinzelt ergänzt werden soll. Teils betrafen die Vorschläge eine andere Struktur. Generell ist in zukünftigen Richtlinien die Breite der Begriffe zu berücksichtigen und entsprechende Definitionen auf der Basis von Übersichtsarbeiten bzw. Lexika sind zu verwenden.

Die Rückmeldungen im Einzelnen:

Health, Conceptions of the Good, Conceptions of Ageing

- Separating well-being from conceptions of the good seems artificial (and risks equating and limiting well-being to biomedical health)
- The section on well-being now lacks reference to e.g. social, spiritual, mental well-being
- why separate the biomedical and the social? Depends on concept of health
- We miss a distinction between (or reference to) the third age and fourth age. What do health and well-being mean in the 3rd and 4th age respectively? What does it imply for policy?
- requirements of long-term care - this may capture part of the 4th age issues
- Wording unclear: addressing needs IN/FOR/OF longterm care?
- We suggest to add end-of-life care
- Understanding of age(ing) minimum requirement would be to be clear and coherent about ones conception of ageing (and its losses and profits)

Dignity/ Autonomy

Lebenslaufperspektive wurde angemerkt, sowie eine weitere begriffliche Differenzierung und weitere Ausweitung der Themenbereiche z.B. um Tabuthemen.

- Importance of taking a life-course perspective on matters of aging, dignity and autonomy
- Problem of making (a narrow concept of) autonomy (e.g., in the sense of individual rational self-determination) a defining feature of dignity, thus running the risk of stigmatizing, discriminating or excluding certain groups (e.g. people with cognitive impairments)
- Problem of costs (financial, social) of upholding / supporting the autonomy of older people and their just distribution (between the genders, generations, and classes)
- Ethical relevance of intergenerational reciprocity for promoting autonomy in old age (e.g., carers need to rely on being cared for in their old age)

■ “Gelingendes und “gesundes” Altern – Schlussbericht

-
- Problem of taboo on certain aspects of old age that are perceived as undignified and deserve destigmatization and awareness (e.g., incontinence, sexual needs, need for intimacy)
 - Relevance of loneliness in old age as a fundamental dignity issue that needs to be addressed
 - Dying in old age as a dignity issue that needs to be addressed

Justice

We would argue that there are certain aspects that create difference/diversity among human beings which should be acknowledged from the start of the creation of principles or policies. (cross cutting across all of the framework). These include gender, disability, sexuality, race/ethnicity, migrancy, caste/class/social grouping, et cetera. This is not a complete list and should reflect the context. Also, the concept of intersectionality and cumulative disadvantage is important. People may not just be affected by one of these things, but many of these things which would make them further disadvantaged as they seek to pursue their life plans. Furthermore, in the principles and policies being developed, values to be respected include human dignity, autonomy, moral equality, non-discrimination, freedoms, solidarity, and mutual recognition. The solidarity principle ensures there is balanced consideration of both societal and individual responsibility. Lastly, public deliberation must be an integral part of the development and review of the principles and policies as well as the values.

6.6 Begegnungstag

Der Begegnungstag wurde wie geplant durchgeführt. Er fand am 07.12.2019, 11-12.30 Uhr in der HIRSCH Begegnungsstätte für Ältere e.V., Hirschgasse 9, 72070 Tübingen statt. Teil des Programms waren zwei Vorträge zum Thema gelingendes Altern: „‘Erfolgreiches‘ und gutes Alter(n) - Perspektive der Philosophie“ von Prof. Dr. Hans-Jörg Ehni und „Wird altern immer besser? Antworten aus psychologischer Sicht“ von Prof. Dr. Hans-Werner Wahl.

Anwesend waren ca. 40 Zuhörer/-innen, ein Bericht wurde in der lokalen Presse veröffentlicht. Die beiden Vorträge wurden gut aufgenommen und können exemplarisch dafür stehen, wie die im Projekt gewonnenen Erkenntnisse einem größeren Publikum zugänglich gemacht werden können.

7 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Die Grundthese des Projekts ist, dass die Konzeptionen des gelingenden Alterns zahlreiche thematische Berührungspunkte zwischen Gerontologie und Ethik aufzeigen. Gleichzeitig fand bisher ein wissenschaftlicher Austausch zwischen diesen Disziplinen nicht statt. Das Resultat sind Verkürzungen auf beiden Seiten. Exemplarisch gilt das für das Konzept des „successful aging“ von Rowe und Kahn. Hier ist das „erfolgreiche“ Altern auf Gesundheit, Funktionsvermögen und produktive Tätigkeit verengt. Hinzu kommt, dass die Theorie der Gesundheit und deren Varianten übergangen werden, wodurch eine zusätzliche theoretische Reduktion bewirkt wird. Zudem wird die Umsetzung des „erfolgreichen“ Alterns den einzelnen Individuen zugeschrieben, wodurch gesellschaftliche Komponenten wie soziale Determinanten der Gesundheit und die ebenfalls daraus resultierende gesundheitliche Ungleichheit ausgeblendet werden. Eine solche mehrdimensionale Verkürzung ist insbesondere problematisch, wenn gerontologische Konzeptionen des gelingenden Alterns in politische Richtlinien und Empfehlungen eingehen, da hier die Versäumnisse vervielfältigt werden und in gesellschaftliche Rahmenbedingungen eingehen können.

Hauptziel des Projekts war es, eine Bestandsaufnahme zu erstellen, die auf der Basis eines ethischen Rahmens untersucht wie entsprechende Themen in den einschlägigen Richtlinien und Empfehlungen abgedeckt sind. Der ethische Rahmen ist dabei im Projektantrag skizziert worden und mittels der Literaturanalyse im Projekt, der Interviewstudien sowie der Analyse der Empfehlungen selbst weiterentwickelt und verfeinert worden. Insbesondere hat sich das hohe Alter bzw. laut Gerontologie „fourth age“ als ein Themenbereich mit zahlreichen ethischen Aspekten ergeben bzw. als ein Themenbereich, in dem sich die einzelnen ethischen Themen wie z.B. die Negativität des Alter(n)s zuspitzen. Die Literaturanalyse hat dabei die These bestätigt, dass es zahlreiche Anknüpfungspunkte zwischen Gerontologie und Ethik gibt. Genauer formuliert die innergerontologische Kritik an Konzeptionen des gelingenden Alter(n)s zahlreiche Thesen wie z.B. Reduktionismus der Konzeption des Guten und Erstrebenswerten. Dabei fehlt die interdisziplinäre Kooperation, um solche Zusammenhänge herauszuarbeiten bis auf wenige Ausnahmen. Die Interviewstudien (vgl. 7.2 und 7.3) haben gezeigt, dass sowohl Laien als auch Experten/-innen ein deutlich differenzierteres Bild auf das gelingende Alter(n) haben, das so in den gerontologischen Konzeptionen noch berücksichtigt werden muss (z.B. die Rolle von überkommenen Altersbildern). Die Analyse der Richtlinien und Empfehlungen (vgl. 7.4) hat bestätigt, dass die Verkürzungen aus der Gerontologie sich häufig in diesem Kontext wiederfinden. Ausnahmen, die daher eine besondere Vorbildfunktion erhalten, stellen die Global Strategy der WHO und die Altenbericht der Bundesregierung dar. Letztere sind jedoch nicht ausreichend in knapperen Empfehlungen in D umgesetzt.

Die Grundannahmen des Projekts wurden damit bestätigt, die einzelnen Arbeitspakete des Projekts umgesetzt und die gesetzten Ziele erreicht. Gegenüber dem Antrag ergaben sich keine Änderungen. Das Projekt konnte somit einen Beitrag zu einem verbesserten Austausch zwischen Gerontologie und Ethik sowie der Berücksichtigung der Themen im Kontext von Ethik und Alter(n) in zukünftigen Richtlinien und Empfehlungen leisten.

8 Gender Mainstreaming Aspekte

Gender ist kein besonders häufig diskutiertes Thema in der wissenschaftlichen Diskussion um die Konzepte des guten Alter(n)s, z.B. enthalten lediglich 5 von ca. 500 Quellen das Stichwort „gender“ im Titel und setzen sich ausführlich mit den entsprechenden Themen auseinander:

1. Fabbre, V. D. (2015). Gender Transitions in Later Life: A Queer Perspective on Successful Aging. *The Gerontologist*, 55(1), 144-153. doi:10.1093/geront/gnu079
2. Hsu, H. C. (2005). Gender disparity of successful aging in Taiwan. *Women Health*, 42(1), 1-21. doi:10.1300/J013v42n01_01
3. Seeman, T. E., Singer, B., & Charpentier, P. (1995). Gender differences in patterns of HPA axis response to challenge: Macarthur studies of successful aging. *Psychoneuroendocrinology*, 20(7), 711-725. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8848517>
4. Van Wagenen, A., Driskell, J., & Bradford, J. (2013). "I'm still raring to go": successful aging among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *J Aging Stud*, 27(1), 1-14. doi:10.1016/j.jaging.2012.09.001
5. Witten, T. M. (2014). It's Not All Darkness: Robustness, Resilience, and Successful Transgender Aging. *LGBT Health*, 1(1), 24-33. doi:10.1089/lgbt.2013.0017

Allerdings wiesen, wie oben (S.21) beschrieben, Holstein und Minkler bereits 2003 darauf hin, dass bestimmte Gruppen von Frauen durch das Konzept des erfolgreichen Alter(n)s benachteiligt werden. Die Teilnehmer/-innen der ersten Teilstudie diskutierten Definitionen des guten Alter(n)s nicht als genderspezifische Konzepte. Gleichzeitig wurden Geschlechterungleichheiten insbesondere durch den Verweis darauf, dass Frauen besonders von Altersarmut betroffen sind, thematisiert. In der zweiten Teilstudie ist besonders die Anpassung von Maßnahmen auf die jeweilige Zielgruppe zu erwähnen, die auch eine Anpassung an die Bedürfnisse von Frauen und Männern beinhalten kann. Sowohl die Literaturanalyse als auch die empirischen Untersuchungen des Projekts deuten daher auf weiteren Forschungsbedarf hin.

In der Analyse der Richtlinien wurden Genderfragen unter dem Stichpunkt 4.3, Gerechtigkeit und Genderfragen berücksichtigt. Hier zeigt sich ein gemischtes Bild. Ausführlich erwähnt und deutlich gewichtet werden Genderfragen lediglich in der Global Strategy der WHO und im Bericht „aktives Altern“ der EU. Ein kurzer Hinweis findet sich in den untersuchten Dokumenten des BMG. Auch hier gibt es offensichtlich Nachholbedarf und erneut zeigt sich die Global Strategy der WHO als sinnvolles Muster für ähnliche Empfehlungen, was die Breite angeht, in der ethischen Themen dort diskutiert werden.

9 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Selma Kadi besuchte auf Einladung von Prof. Sandra Torres das Institut für Soziologie der Universität Uppsala. Im Rahmen dieses Forschungsaufenthalts konnten aktuelle Fragen im Projekt mit Prof. Torres besprochen werden. Darüber hinaus stellte Frau Kadi in der Forschungsgruppe ‚Welfare and Lifecourse‘ vorläufige Projektergebnisse zu subjektiven Komponenten des guten Alter(n)s (Teilstudie 1) vor, die anschließend mit den Mitgliedern der Forschungsgruppe diskutiert wurden.

Im Mai präsentierte Frau Kadi Ergebnisse der Teilstudie zu den subjektiven Definitionen des guten Alter(n)s auf der Konferenz ‚Towards Capability in Ageing – from cell to society‘ der International Association of Gerontology and Geriatrics -European Region mit einem wissenschaftlichen Poster.

Hans-Jörg Ehni präsentierte Projektergebnisse auf dem gemeinsamen Jahreskongress der DGGG und DGG am 9.9.2018 unter dem Titel „Erfolgreiches Altern – Perspektive der Philosophie“.

Ergebnisse des Projekts werden 2019 noch auf der 14. Konferenz der European Sociological Association und beim Dreiländerkongress ‚Gesundheit und Krankheit im Lebensverlauf‘ der Fachvertretungen der Gesundheits- und Medizinsoziologie aus Deutschland, der Schweiz und Österreich vorgestellt.

Bei einem internationalen Workshop als Teil der Abschlussveranstaltung wurden die Projektergebnisse einem ausgewählten Publikum von Experten/-innen vorgestellt (vgl. 7.5).

Zudem wurde als Teil der Abschlussveranstaltung ein Begegnungstag in Tübingen organisiert, bei dem Hans-Werner Wahl und Hans-Jörg Ehni zum Thema gelingendes Alter(n) aus gerontologischer bzw. philosophischer Perspektive vorgetragen haben (vgl. 7.6).

Publikationen:

Ehni, H.-J. (2019). Medical Ethics. In: Gu D, Dupre ME, editors. Encyclopedia of Gerontology and Population Aging. Cham: Springer International Publishing; 2019. In.

Ehni, H. J., Kadi, S., Schermer, M., & Venkatapuram, S. (2018). Toward a global geroethics - gerontology and the theory of the good human life. *Bioethics*, 32(4), 261-268. doi:10.1111/bioe.12445

Ehni, H.-J. (2018). Altersutopien. Medizinische und gesellschaftliche Zukunftshoffnungen der Lebensphase Alter (1. Auflage ed.). Frankfurt am Main: Campus. (Teils Projektergebnisse und –vorarbeiten eingeflossen).

Ehni, H. J. (2018). Die medizinische Manipulation des Alterns und ethische Endlichkeitsargumente. In G. Thomas & M. Höfner (Eds.), *Ewiges Leben*. Tübingen: Mohr Siebeck. (Teils Projektergebnisse und –vorarbeiten eingeflossen).

Ehni, H. J., & Venkatapuram, S. ([im Erscheinen]). Geroethics. In H. LaFollette (Ed.), *International Encyclopedia of Ethics*: Wiley-Blackwell.

Ehni, H.J., Kadi, S., Litterst, L. 2020. Leitlinien für Leitlinien. Übersicht über die Projektergebnisse.

Online verfügbar sein wird der vorliegende Abschlussbericht und mit Einverständnis des Projektförders auch die „Leitlinien für Leitlinien“ über Research gate.

10 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential

Erfahrungen/Ergebnisse sind für den Transfer, ggf. für die Vorbereitung und Begleitung der Gesetzgebung des BMG

Wie im Antrag vorgesehen, sind die Projektergebnisse im Dokument Leitlinien für Leitlinien zusammengefasst. In diesem Text sollen auf einer Reflexionsebene Grundwerte bei zentralen Aspekten innerhalb des übergreifenden Themas „gutes Leben im Alter mit Schwerpunkt auf der Gesundheit“ aufzeigen. Insofern zukünftige Stellungnahmen, Richtlinien und Gesetzesvorhaben solche Aspekte behandeln, können die Leitlinien für Leitlinien helfen, den Bezug zu Grundwerten herzustellen. Dabei soll sowohl ein möglicher Grundkonsens („overlapping consensus“ in einer pluralistischen und liberalen Gesellschaft) in Bezug auf Werte identifiziert werden, als auch unterschiedliche Interpretationen und Konflikte aufgezeigt werden, gerade insofern die Interviewstudien solche hervortreten lassen. Die Übersicht der vorhandenen Richtlinien und Empfehlungen leistet zudem eine Orientierungshilfe wie diese Themen an anderer Stelle behandelt wurden.

Wie wirken sich die Projektergebnisse auf die Gesundheitsversorgung/Pflege aus?

Die „Leitlinien für Leitlinien“ sollen sich in einer zweiten Reflexionsstufe bewegen – sie stellen kein direkt anwendbarer praktischer Leitfaden, der vorgeben soll wie bestimmte konkrete Themen in Gesetzen oder Stellungnahmen formuliert werden sollen. Vielmehr soll er helfen Themen zu identifizieren und welche unterschiedlichen Werteinterpretationen in Bezug auf Grundwerte oder auch Konzeptionen von Gesundheit zu berücksichtigen sind.

Implikationen der Ergebnisse (z.B. für weiterführende Fragestellungen)

Die Forschungsarbeit im Projekt hat dazu beigetragen, den Austausch zwischen Gerontologie und Ethik zu befördern. Der Projektleiter hat mit Kooperationspartnern des Projekts international zwei Publikationen zur Geroethik veröffentlicht, jeweils an einflussreichen Orten (Bioethics, International Encyclopedia of Ethics). Darauf wird sowohl die zukünftige Arbeit in diesem Bereich als auch diejenige des Projektleiters. Zudem ist ein Projektantrag (SMART-AGE) unter der Federführung von Hans-Werner Wahl unter Beteiligung von Hans-Jörg Ehni zum Thema Digitalisierung und gelingendes Alter(n) am 21.4.2020 bei der Carl-Zeiss-Stiftung eingereicht worden.

11 Publikationsverzeichnis

1. Ehni, H.-J. (2019). Medical Ethics. In: Gu D, Dupre ME, editors. Encyclopedia of Gerontology and Population Aging. Cham: Springer International Publishing; 2019. In.
2. Ehni, H. J., Kadi, S., Schermer, M., & Venkatapuram, S. (2018). Toward a global geroethics - gerontology and the theory of the good human life. *Bioethics*, 32(4), 261-268. doi:10.1111/bioe.12445
3. Ehni, H.-J. (2018). Altersutopien. Medizinische und gesellschaftliche Zukunftshoffnungen der Lebensphase Alter (1. Auflage ed.). Frankfurt am Main: Campus. (Teils Projektergebnisse und –vorarbeiten eingeflossen).
4. Ehni, H. J. (2018). Die medizinische Manipulation des Alterns und ethische Endlichkeitsargumente. In G. Thomas & M. Höfner (Eds.), *Ewiges Leben*. Tübingen: Mohr Siebeck. (Teils Projektergebnisse und –vorarbeiten eingeflossen).
5. Ehni, H. J., & Venkatapuram, S. ([im Erscheinen]). Geroethics. In H. LaFollette (Ed.), *International Encyclopedia of Ethics*: Wiley-Blackwell.
6. Ehni, H.J., Kadi, S., Litterst, L. 2020. Leitlinien für Leitlinien. Übersicht über die Projektergebnisse.

Weitere Publikationen sind noch in Arbeit.

12 Literatur

- Baars, J. (2017). Aging: Learning to Live a Finite Life. *The Gerontologist*, 57(5), 969-976.
- Baltes, P. B. (2006). Facing our limits: Human dignity in the very old. *Dædalus*, 135(1), 32-39.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Berkman et al. (1993). High, usual and impaired functioning in community-dwelling older men and women: Findings from the MacArthur Foundation Research Network on Successful Aging. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(10), 1129-1140.
- Boorse, C. (2014). A Second Rebuttal on Health. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 39(6), 683-724.
- Boudiny, K. (2013). 'Active ageing': from empty rhetoric to effective policy tool. *Ageing & Society*, 33(6), 1077-1098.
- Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *The BMJ*, 331(7531), 1548-1551.
- Browning C. J., Thomas S. A., Kendig H., Ory M. G. (2017). Healthy Aging. In: Pachana N.A. (Ed.) *Encyclopedia of Geropsychology*. Springer, Singapore.
- Bulow, M. H., & Soderqvist, T. (2014). Successful ageing: A historical overview and critical analysis of a successful concept. *Journal of Aging Studies*, 31, 139-149.
- Butler, J. P., Fujii, M., & Sasaki, H. (2011). Balanced aging, or successful aging? *Geriatrics & Gerontology International*, 11(1), 1-2.
- Butler, R. N. (1980). Ageism: A Foreword. *Journal of Social Issues*, 36(2), 8-11.
- Calasanti T. & King N. (2017). Successful aging, ageism, and the maintenance of age and gender relations. In: Lamb S. (Ed.) *Successful Aging as a Contemporary Obsession: Global Perspectives*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Calasanti, T. (2016). Combating Ageism: How Successful Is Successful Aging? *The Gerontologist*, 56(6), 1093-1101.
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., & Vaupel, J. W. (2009). Ageing populations: The challenges ahead. *The Lancet*, 374(9696), 1196-1208.

Chung, S. & Park, S.- J. (2008). Successful ageing among low-income older people in South Korea *Ageing & Society* 28(8), 1061-1074.

Collings, P. (2001). "If you got everything, it's good enough": perspectives on successful aging in a Canadian Inuit community. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 16(2), 127-155.

Cosco, T. D., Prina, A. M., Perales, J., Stephan, B. C., & Brayne, C. (2014). Operational definitions of successful aging: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 26(3), 373-381.

Crawford, R. (2006). Health as a meaningful social practice. *Health*., 10(4), 401-420.

Daniels, N. (2013). Reflective Equilibrium. In *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, edited by Edward N. Zalta.

Dean, H. (2009). Critiquing capabilities: The distractions of a beguiling concept. *Critical Social Policy*, 29(2), 261–278.

DeLiema, M., Bengtson, V. L. (2017). Activity theory, disengagement theory and successful aging. In: Pachana N.A. (Ed.) *Encyclopedia of Geropsychology*. Springer, Singapore.

Domenech-Abella et al. (2018). Sociodemographic Factors Associated With Changes in Successful Aging in Spain: A Follow-Up Study. *Journal of Aging and Health*, 30(8), 1244-1262.

Düwell, M., Braarvig, J., Brownsword, R., & Mieth, D. (2014). *The Cambridge Handbook of Human Dignity: Interdisciplinary Perspectives*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Ehni, H.-J. (2014). Ageism. In: ten Have H. (Ed.), *Encyclopedia of Global Bioethics* (pp. 1-11): Springer International Publishing.

Feng, Q., & Straughan, P. T. (2017). What Does Successful Aging Mean? Lay Perception of Successful Aging Among Elderly Singaporeans. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(2), 204–213.

Fernandez-Ballesteros, R., Robine, J. M., Walker, A., & Kalache, A. (2013). Active aging: A global goal. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2013, 298012.

Foster, L., & Walker, A. (2015). Active and successful aging: A European policy perspective. *The Gerontologist*, 55(1), 83-90.

Foster, L., & Walker, A. (2015). Active and successful aging: A European policy perspec

Frohlich, K.L., Corin, E. and Potvin, L. (2001), A theoretical proposal for the relationship between context and disease. *Sociology of Health & Illness*, 23(6): 776-797.

Fuchs et al. (2013). Indicators for Healthy Ageing--A Debate. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(12), 6630-6644.

Gee, E. M., & Gutman, G. (2000). The overselling of population aging. Don Mills, ON: Oxford University Press.

Hansen-Kyle, L. (2005). A concept analysis of healthy aging. *Nursing Forum*, 40(2), 45-57.

Havighurst, R. J. (1961). Successful Aging. *The Gerontologist*, 1(1), 8-13.

Holstein, M. B., & Minkler, M. (2003). Self, society, and the "new gerontology". *The Gerontologist*, 43(6), 787-796.

Jopp et al. (2015). How could lay perspectives on successful aging complement scientific theory? Findings from a U.S. and a German life-span sample. *The Gerontologist*, 55(1), 91–106.

Katz, S. (2000) Busy Bodies: Activity, aging and the management of everyday life. *Journal of Aging Studies*, 14(2): 135-152.

Katz, S., & Calasanti, T. (2015). Critical perspectives on successful aging: does it "appeal more than it illuminates"?. *The Gerontologist*, 55(1), 26–33.

Kluge, F., Zagheni, E., Loichinger, E., & Vogt, T. (2014). The advantages of demographic change after the wave: Fewer and older, but healthier, greener, and more productive? *PLOS One*, 9(9), e108501.

Kok, A. A., Aartsen, M. J., Deeg, D. J., & Huisman, M. (2017). The Effects of Life Events and Socioeconomic Position in Childhood and Adulthood on Successful Aging. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(2), 268-278.

Kubzansky, L. D., Berkman, L. F., Glass, T. A., & Seeman, T. E. (1998). Is educational attainment associated with shared determinants of health in the elderly? Findings from the MacArthur Studies of Successful Aging. *Psychosomatic Medicine*, 60(5), 578-585.

Lamb, S. (2014). Permanent personhood or meaningful decline? Toward a critical anthropology of successful aging. *Journal of Aging Studies*, 29, 41-52.

Laslett, P. (1991). A Fresh Map of Life: The Emergence of the Third Age (1st. ed.). Cambridge, MA: Harvard University Press.

Lee, J. E., Kahana, B., & Kahana, E. (2017). Successful Aging from the Viewpoint of Older Adults: Development of a Brief Successful Aging Inventory (SAI). *Gerontology*, 63(4), 359-371.

Liang J., und Luo, B. (2012) Toward a discourse shift in social gerontology: From successful aging to harmonious aging. *Journal of Aging Studies*, 2(3): 327-334.

Martinson, M., & Berridge, C. (2015). Successful aging and its discontents: a systematic review of the social gerontology literature. *The Gerontologist*, 55(1), 58-69.

Michel, J. P., & Sadana, R. (2017). "Healthy Aging" Concepts and Measures. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(6), 460-464.

Minkler, M., & Fadem, P. (2002). “Successful Aging:”: A Disability Perspective. *Journal of Disability Policy Studies*, 12(4), 229–235.

Molton, I. R., & Yorkston, K. M. (2017). Growing Older with a Physical Disability: A Special Application of the Successful Aging Paradigm. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(2), 290-299.

Moody, H. R. (1992). *Ethics in an Aging Society*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Neugarten, B. L. (1975). The future and the young-old. *The Gerontologist*, 15(1 Pt. 2), 4-9.

Nordenfeldt, L. (1995). *On the nature of health: an action-theoretic approach* (2nd ed.). Dordrecht; London, UK: Kluwer.

Nordenfelt, L. (2003). Dignity of the elderly: an introduction. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 6(2), 99-101.

Nordenfelt, L. (2009). *Dignity in care for older people*. Chichester, UK; Ames, Iowa: Wiley-Blackwell.

Nussbaum, M. C. (2006). *Frontiers of justice: disability, nationality, species membership*. Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press.

Nussbaum, M. C. (2011). *Creating capabilities: the human development approach*. Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press.

O'Rourke, H. M., & Ceci, C. (2013). Reexamining the boundaries of the 'normal' in ageing. *Nursing Inquiry*, 20(1), 51-59.

Overall, C. (2016). How Old is Old? Changing Conceptions of Old Age. In: Scarre G. (ed.), *The Palgrave Handbook of the Philosophy of Aging* (pp. 13-30): Springer Berlin Heidelberg.

Phelan, E. A., & Larson, E. B. (2002). "Successful aging"--where next? *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(7), 1306-1308.

Pruchno, R. (2015). Successful aging: contentious past, productive future. *The Gerontologist*, 55(1), 1-4.

Reichstadt, J., Sengupta, G., Depp, C. A., Palinkas, L. A., & Jeste, D. V. (2010). Older adults' perspectives on successful aging: qualitative interviews. *The American journal of geriatric psychiatry*, 18(7), 567–575.

Robson, S. M., Hansson, R. O., Abalos, A., & Booth, M. (2006). Successful Aging: Criteria for Aging Well in the Workplace. *Journal of Career Development*, 33(2), 156–177.

Romo et al. (2013). Perceptions of successful aging among diverse elders with late-life disability. *The Gerontologist*, 53(6), 939–949.

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (2015). Successful Aging 2.0: Conceptual Expansions for the 21st Century. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social sciences*, 70(4), 593-596.

Rowe, J., & Kahn, R. L. (1998). *Successful Aging* (1st ed.). New York, NY: Pantheon Books.

Rubinstein, R. L., & de Medeiros, K. (2015). "Successful aging," gerontological theory and neoliberalism: a qualitative critique. *The Gerontologist*, 55(1), 34–42.

Sao Jose, J. M. S., Amado, C. A. F., Ilinca, S., Buttigieg, S. C., & Taghizadeh Larsson, A. (2019). Ageism in Health Care: A Systematic Review of Operational Definitions and Inductive Conceptualizations. *Gerontologist*, 59(2), e98-e108.

Sao Jose, J. M., Timonen, V., Amado, C. A., & Santos, S. P. (2017). A critique of the Active Ageing Index. *Journal of Aging Studies*, 40, 49-56.

Schramme, T. (2012). *Krankheitstheorien* (1st ed.). Berlin, DE: Suhrkamp.

Schreier, M. (2012). *Qualitative Content Analysis in Practice*. London, UK: Sage.

Schulz, R., & Heckhausen, J. (1996). A life span model of successful aging. *American Psychologist*, 51(7), 702-714.

Seeman et al. (2004). Cumulative biological risk and socio-economic differences in mortality: MacArthur studies of successful aging. *Social Science & Medicine*, 58(10), 1985–1997.

Sen, A. (2009). *The Idea of Justice*. Cambridge, MA.: Belknap Press of Harvard University Press.

Stenner, P., McFarquhar, T., & Bowling, A. (2011). Older people and 'active ageing': Subjective aspects of ageing actively. *Journal of Health Psychology*, 16(3), 467-477.

Stephens, C.V. (2017). From success to capability for healthy ageing: shifting the lens to include all older people. *Critical Public Health*, 27, 490 - 498.

Stöcker, R. (2011). *Handbuch Angewandte Ethik*. Stuttgart, DE: J.B. Metzler.

Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., & Cohen, R. D. (2002). Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42(6), 727-733.

Swift, H. J., Abrams, D., Lamont, R. A., & Drury, L. (2017). The risks of ageism model: How ageism and negative attitudes toward age can be a barrier to active aging. *Social Issues and Policy Review*, 11(1), 195–231.

Taghizadeh Larsson, A. (2011). On the possibilities of “Ageing Successfully” with extensive physical impairments. *Journal of Human Development, Disability, and Social Change*, 19(2), 127-140.

Tesch-Romer, C., & Wahl, H. W. (2017). Toward a More Comprehensive Concept of Successful Aging: Disability and Care Needs. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(2), 310-318.

Timonen, V. (2016). *Beyond Successful and Active Ageing: A Theory of Model Ageing*. Bristol, UK: Policy Press.

Torres, S. (2003). A preliminary empirical test of a culturally-relevant theoretical framework for the study of successful aging. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 18(1), 79-100.

Van Wagenen, A., Driskell, J., & Bradford, J. (2013). "I'm still raring to go": successful aging among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Journal of Aging Studies*, 27(1), 1–14.

Venkatapuram, Sridhar (2011) *Health Justice: An Argument from the Capabilities Approach*. Cambridge, UK: Polity Press.

Wahl, H. W., Deeg, D., & Litwin, H. (2016). Successful ageing as a persistent priority in ageing research. *European Journal of Ageing*, 13(1), 1–3.

Witzel A (2000) Das problemzentrierte Interview [25 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung 1(1), Art. 22, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228> (Stand: 1.11.2016) Baars, J. (2017). Aging: Learning to Live a Finite Life. *The Gerontologist*, 57(5), 969-976.

Wolf, U. (1999). *Die Philosophie und die Frage nach dem guten Leben* (1st ed.). Reinbek, Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.

Woo, J., Leung, J., & Zhang, T. (2016). Successful Aging and Frailty: Opposite Sides of the Same Coin? *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(9), 797-801

World Health Organization. (2002). *Active Aging*.

World Health Organization. (2005). Preventing chronic diseases: a vital investment.

World Health Organization. (2015). *World report on Ageing and Health*.

World Health Organization. (2016). *Multisectoral action for a life course approach to Healthy Ageing: Draft global strategy and plan of action on Ageing and Health*.

Young, Y., Frick, K. D., & Phelan, E. A. (2009). Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(2), 87-92.