



Institut für Ethik und Geschichte der Medizin

Ethische Aspekte des „gelingenden“ und „gesunden“ Alterns in der pluralistischen Gesellschaft. Leitlinien für Leitlinien

Hans-Jörg Ehni, Selma Kadi

Projekttitel: „Gelingendes“ und „gesundes“ Alter(n) in der pluralistischen Gesellschaft. Systematische Übersicht ethischer Fragen, gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

Förderkennzeichen: ZMV I1-2516 FSB 016

Ausschreibung: Ethische Aspekte des Demographischen Wandels.

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

1. Erster Hauptteil: Literaturanalyse.....	7
1.1 Einleitung.....	7
1.2 Wissenschaftliche Literatur zu Modellen des gelingenden Alterns.....	7
1.3 Drei Synonyme für gelingendes Altern	9
1.3.1 Erfolgreiches Altern	9
1.3.2 Aktives Altern.....	10
1.3.3 Gesundes Altern	12
1.3.4 Pluralität der Konzepte des gelingenden Alterns - zum Verhältnis der Begriffe	14
1.4 Grundlegende Kritik an Konzepten des gelingenden Alterns.....	14
1.4.1 Übersicht.....	14
1.4.2 Der Imperativ des gesunden Alterns als aktualisierte Form des ‚Healthism‘	16
1.4.3 Neoliberalismus als implizite Sozialtheorie im Modell des erfolgreichen Alterns	17
1.5 Kritische Weiterentwicklung der Konzeptionen des gelingenden Alterns	18
1.5.1 Übersicht.....	18
1.5.2 Erfolgreiches Altern: Konzeptionell weitere Grenzen und mehr Heterogenität	18
1.5.3 Aktives Altern: Aktivitätsdefinitionen, Gesundheit und Unabhängigkeit.....	24
1.5.4 Gesundes Altern als problematische Neudefinition des Alterns	25
1.6 Konzepte gelingenden Alterns und Theorie des guten Lebens.....	26
1.6.1 Gelingendes Altern und gutes Leben.....	27
1.6.2 Die unterschiedlichen Ebenen der Frage nach dem guten Leben.....	27
1.6.3 Der Capabilities Approach	28
1.6.4 Die Vielfalt der Arten der Konzepte gelingenden Alterns	29
1.6.5 Die Normativität der Konzepte.....	31
1.6.6 Gesundheit.....	31
1.6.7 Gesundheitliche Ungleichheit und Gerechtigkeit.....	32
1.6.8 Eigenverantwortung und altersspezifische Pflichten.....	32

1.6.9 Die Bedeutung gegenüber anderen Zielen: Gesundes Altern als Metaziel der Politik..	33
1.6.10 Autonomie	34
1.6.11 Prozess	34
1.7 Zusammenfassung.....	34
1.8 Literatur Teil 1	35
2. Zweiter Hauptteil. Interviewstudien	40
2.1 Teilstudie 1: Perspektiven der Lebenswelt Ergebnisse Komponenten der subjektiven Definitionen des guten Alter(n)s	40
2.1.1 Einleitung.....	40
2.1.2 Hintergrund.....	40
2.1.3 Fragestellung	41
2.1.4 Methode	41
2.1.5 Datenerhebung.....	42
2.1.6 Datenauswertung	43
2.1.7 Studienteilnehmer/-innen.....	43
2.1.8 Ergebnisse: Komponenten subjektiver Perspektiven	43
2.1.9 Zustand der Gesellschaft	45
2.1.10 Umwelt	45
2.1.11 Aktivitäten	46
2.1.12 Unterstützung.....	48
2.1.13 Soziale Beziehungen.....	50
2.1.14 Selbstbestimmung.....	51
2.1.15 Unabhängigkeit.....	52
2.1.16 Gesundheit.....	52
2.1.17 Einstellungen	53

2.1.18 Diskussion.....	54
2.1.19 Zusammenfassung	56
2.2 Literatur zweiter Hauptteil, Teil 1	57
2.2 Teilstudie 2: Perspektiven institutioneller Akteure.....	59
2.2.1 Einleitung.....	59
2.2.2 Methode	59
2.2.3 Ergebnisse.....	60
2.2.4 Zusammenfassung	63
2.3 Zusammenführung von Teilstudie 1 und 2	65
3. Dritter Hauptteil. Richtlinienanalyse anhand des ethischen Rahmens	66
3.1 Einführung und Erläuterung des ethischen Rahmens.....	66
3.2 Gesundheit und Wohlbefinden	67
3.2.1 Verständnis von Gesundheit.....	67
3.2.2 Einschluss von Personen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen.....	68
3.2.3 Kosten des demographischen Wandels	69
3.2.4 Prävention.....	69
3.2.5 Healthism.....	69
3.2.6 Besondere Gesundheitsbedürfnisse Älterer, Geriatrie.....	69
3.2.7 Besondere Gesundheitsbedürfnisse Älterer, Integration sozialer Dienste.....	69
3.2.8 Langzeitpflege	70
3.2.9 Altersfreundliche Umgebung	70
3.3 Konzeption des Guten / Capabilities.....	70
3.3.1. Verständnis des Alter(n)s	70
3.3.2 Wert von Gesundheit.....	70
3.3.3 Engführung auf Aktivität.....	70

3.3.4 Subjektive Definitionen	71
3.3.5 Teilhabe	71
3.3.6 Kulturelle Differenz.....	71
3.3.7 Lebenslaufperspektive	72
3.4 Würde / Freiheit / Autonomie	73
3.4.1 Autonomie/Würde fördern und schützen	73
3.4.2 Maßnahmen gegen Ageism	73
3.4.3 Sterben und Tod.....	73
3.5 Gerechtigkeit	74
3.5.1 Gerechtigkeit allgemein und Menschenrechte	74
3.5.2 Soziale Ungleichheit.....	74
3.5.3 Gerechtigkeit und Gender-Fragen	75
3.5.4 Neoliberale Politik und Betonung individueller Verantwortung.....	75
3.6 Ethik und hohes Alter	76
3.6.1 Gelingendes Altern im hohen oder vierten Alter nicht bestimmt.....	76
3.6.2 Wohnung	77
3.6.3 Soziale Isolation	77
3.6.4 Individualismus und Interdependenz.....	77
3.6.5 Negativität und Grenzen.....	77
3.6.6 Altersdiskriminierung und Lebensphasen	78
3.7 Tabellarische Übersicht des ethischen Rahmens zur Richtlinienanalyse	79
3.8 Kurzcharakteristiken der untersuchten Richtlinien in Bezug auf den ethischen Rahmen	83
3.8.1 Kurzcharakteristik WHO – Global Strategy and Action plan on ageing and health, WHO, 2017.....	83
3.8.2 Kurzcharakteristik United Nations – Ageing, UN	87

3.8.3 Kurzcharakteristik Europäische Union – Der EU-Beitrag für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen, EU, 2012	90
3.8.4 Kurzcharakteristik Bundesministerium für Bildung und Forschung – Ältere Menschen, BMBF	94
3.8.5 Kurzcharakteristik Bundesministerium für Gesundheit – Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen, BMG, 2019.....	97
3.8.6 Kurzcharakteristik Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung / Deutsches Zentrum für Altersfragen – Gesund älter werden, GVG/DZA, 2012	102
3.8.7 Fazit der Richtlinienanalyse	106
3.9 Literatur zum Dritten Hauptteil	107

1. Erster Hauptteil: Literaturanalyse

1.1 Einleitung

Die Literaturanalyse schafft die Grundlage für das vorliegende Projekt zu ethischen Aspekten des demographischen Wandels im Gesundheitswesen. Sie bietet eine kritische Übersicht zu Konzepten gelingenden Alterns, diskutiert die implizite Normativität der Konzepte und zeigt Anknüpfungspunkte für einen stärkeren Austausch zwischen Gerontologie und Theorie des guten Lebens auf.

Ziel der Literaturanalyse ist somit eine Übersicht über den aktuellen Stand der Diskussion um die Konzepte und die Beschreibung der Schnittstellen mit ausgewählten ethischen Ansätzen. Dazu wurden drei unterschiedliche Begriffe gewählt – das erfolgreiche, das aktive und das gesunde Altern – um unterschiedliche Schwerpunktsetzungen in der aktuellen Debatte abzudecken. Die Frage danach, inwiefern es sich bei den Konzepten um unterschiedliche Perspektiven handelt, wird in der Literatur nicht einheitlich beantwortet. In der vorliegenden Literaturanalyse werden die Konzepte als zusammenhängend jedoch nicht identisch betrachtet¹.

Die Literaturanalyse gliedert sich in fünf Teile: Im ersten Teil wird die Vorgangsweise bei der Recherche der Literatur dargestellt. Anschließend werden im zweiten Teil erfolgreiches, aktives und gesundes Altern als Konzepte knapp vorgestellt. Vor der detaillierteren Analyse ausgewählter Aspekte wird im dritten Teil auf grundsätzliche Kritik an Konzepten gelingenden Alterns eingegangen. Der vierte Teil befasst sich anhand ausgewählter Themen mit der kritischen Diskussion um die Konzepte. Hier werden insbesondere Debatten in der Gerontologie – aus der die Konzepte zumindest teilweise stammen – dargestellt. Im fünften und letzten Teil wird die Normativität der Konzepte zusammengefasst und vor dem Hintergrund der Theorie des guten Lebens diskutiert.

1.2 Wissenschaftliche Literatur zu Modellen des gelingenden Alterns

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

¹ „„Aktives“ Altern ist dabei ein synonyme Begriff zum „erfolgreichen“ Altern, der inhaltlich laut den gängigen Definitionen dieselben Komponenten aufweist (Foster and Walker 2015), jedoch die problematische Dichotomie Erfolg/Misserfolg vermeidet. „Healthy ageing“ hebt dabei vor allem auf den Prozess und die Methode ab, um zum erwünschten Resultat in der Lebensphase Alter zu gelangen. Alle drei Schlüsselbegriffe sind daher als komplementär zu betrachten. Exemplarisch zeigen sich am „successful aging“ die implizite Normativität und die mit ihr verbundenen Probleme dieses und vergleichbarer Konzepte.“

auseinandersetzen und ein kleinerer Korpus gebildet, der manuell gesichtet wurde². 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 gesucht³, 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 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.

² 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.

³ 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.

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).

1.3 Drei Synonyme für gelingendes Altern

1.3.1 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 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.

1.3.2 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:

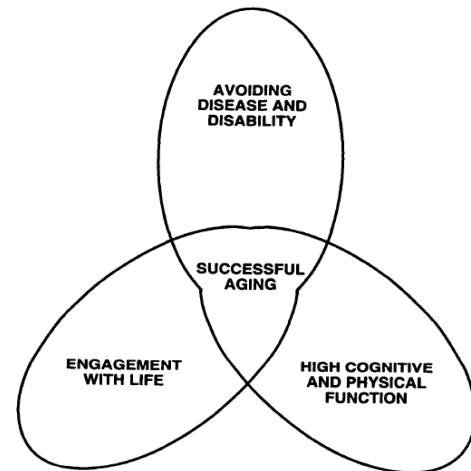


Figure 1. A model of successful aging.

Graphik aus Rowe & Kahn 1998, S.39

„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)

1.3.3 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,

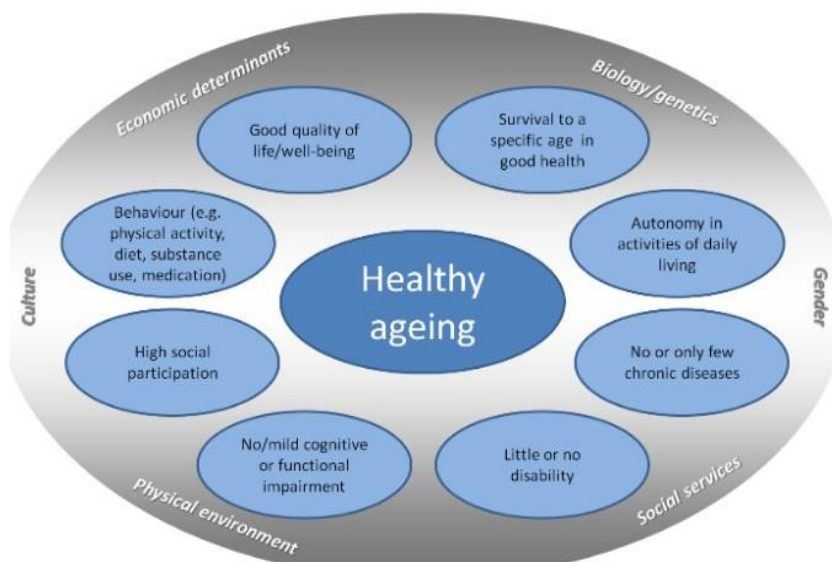


Abbildung 1 aus Fuchs et al. 2013: Components of healthy ageing (S.6632)

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).

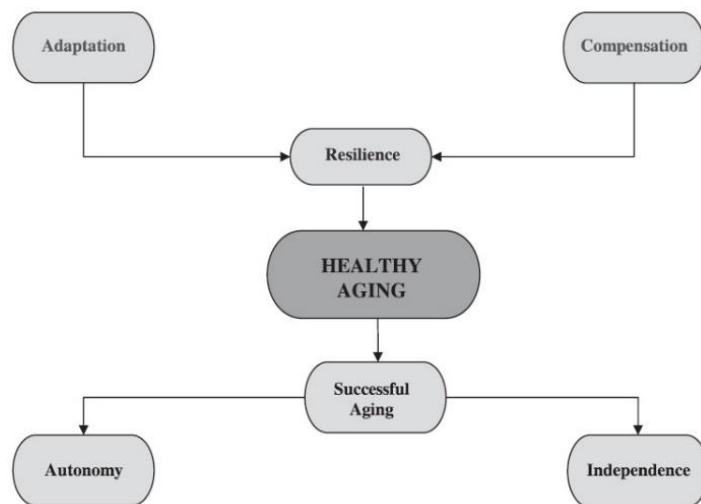


Abbildung 2 A Model of Healthy Aging aus: Hansen-Kyle 2005

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

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).

1.3.4 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 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.

1.4 Grundlegende Kritik an Konzepten des gelingenden Alterns

1.4.1 Übersicht

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

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).

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).

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.
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

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)

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.).

1.4.2 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.

1.4.3 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. 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

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 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).

1.5 Kritische Weiterentwicklung der Konzeptionen des gelingenden Alterns

1.5.1 Übersicht

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.

1.5.2 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 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.

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 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.

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 Engführung 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 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

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)

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 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.

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

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. 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, Seeman 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.

1.5.3 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.

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

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.

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.

1.5.4 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.

1.6 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 & 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

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).

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)

Gefahren zu begegnen. Im folgenden Abschnitt wird die Perspektive der Theorien des guten Lebens zur Analyse der Konzepte aus ethischer Sicht herangezogen.

1.6.1 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 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).

1.6.2 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.

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.

1.6.3 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

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

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 Brutto sozialprodukt 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.

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.

1.6.4 Die Vielfalt der Arten der Konzepte 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?)

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

¹⁷ Auch 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.

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

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 Altern 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 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.

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.

- Sie verfolgen teilweise explizit das Ziel, **Altersbilder zu verändern** (Rowe & Kahn 1998 beim erfolgreichen Altern).²⁰

1.6.5 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 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).

1.6.6 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

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)

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).

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.

1.6.7 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.

1.6.8 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

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)

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“.

1.6.9 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 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).

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).

1.6.10 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.

1.6.11 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).

1.7 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).

1.8 Literatur Teil 1

- Baars, J. (2017). Aging: Learning to Live a Finite Life. *The Gerontologist*, 57(5), 969-976.
- 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.
- 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.
- Boorse, C. (2014). A Second Rebuttal on Health. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 39(6), 683-724.
- Browning C. J., Thomas S. A., Kendig H., Ory M. G. (2017). Healthy Aging. In: Pachana N.A. (Ed.) *Encyclopedia of Geropsychology*. Springer, Singapore.
- Butler, J. P., Fujii, M., & Sasaki, H. (2011). Balanced aging, or successful aging? *Geriatrics & Gerontology International*, 11(1), 1-2.
- 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.
- Calasanti, T. (2016). Combating Ageism: How Successful Is Successful Aging? *The Gerontologist*, 56(6), 1093-1101.
- Chung, S. & Park, S.- J. (2008). Successful ageing among low-income older people in South Korea *Ageing & Society* 28(8), 1061-1074.
- 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.
- Cosco, T. D., Prina, A. M., Perales, J., Stephan, B. C., & Brayne, C. (2013). Lay perspectives of successful ageing: A systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open*, 3(6).
- Crawford, R. (2006). Health as a meaningful social practice. *Health*, 10(4), 401-420.
- 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.
- Ehni, H.-J. (2014). Ageism. In: ten Have H. (Ed.), *Encyclopedia of Global Bioethics* (pp. 1-11): Springer International Publishing.
- 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.
- 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.
- 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., & Calasanti, T. (2015). Critical perspectives on successful aging: does it "appeal more than it illuminates"? *The Gerontologist*, 55(1), 26–33.
- Katz, S. (2000) Busy Bodies: Activity, aging and the management of everyday life. *Journal of Aging Studies*, 14(2): 135-152.
- 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.
- 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.
- Nordenfeldt, L. (1995). *On the nature of health: an action-theoretic approach* (2nd ed.). Dordrecht; London, UK: Kluwer.
- 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.
- 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.
- 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., & Kahn, R. L. (1998). *Successful Aging* (1st ed.). New York, NY: Pantheon Books.
- 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.
- 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., Timonen, V., Amado, C. A., & Santos, S. P. (2017). A critique of the Active Ageing Index. *Journal of Aging Studies*, 40, 49-56.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Timonen, V. (2016). *Beyond Successful and Active Ageing: A Theory of Model Ageing*. Bristol, UK: Policy Press.

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.

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*.

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

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

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.

2. Zweiter Hauptteil. Interviewstudien

2.1 Teilstudie 1: Perspektiven der Lebenswelt Ergebnisse Komponenten der subjektiven Definitionen des guten Alter(n)s

2.1.1 Einleitung

Das Konzept des erfolgreichen Alter(n)s von Rowe und Kahn ist besonders bekannt und häufig zitiert (z.B. Pruchno et al. 2015; Wahl et al. 2016). Zugleich ist es nicht unumstritten (Martinson & Berridge 2015; Timonen 2016). Eine Kritik am erfolgreichen Alter(n) nach Rowe und Kahn ist, dass die Autoren keine subjektiven Definitionen des guten Alter(n)s berücksichtigen. Die drei Komponenten ‚geringes Risiko für Behinderung und Krankheit‘, ‚hohe kognitive und physische Funktionsfähigkeit‘ und ‚engagement with life‘ sollen unabhängig davon gelten, wie ältere Menschen selbst gutes Altern definieren (Rowe & Kahn 1997). Auch die in den letzten Jahren entworfenen Erweiterungen des gesellschaftlichen erfolgreichen Alter(n)s (Rowe & Kahn 2015) enthalten keine explizite Beschäftigung mit subjektiven Definitionen des guten Alter(n)s. Aus dieser Kritik an Rowe und Kahn’s Konzept hat sich ein eigener Forschungsstrang (z.B. Collings 2001; Phelan et al. 2004; Reichstadt et al. 2010; Feng & Straughan 2016) entwickelt, der subjektive Definitionen des guten Alter(n)s zum Gegenstand hat. Im vorliegenden Projekt wird die Kritik, dass das erfolgreiche Alter(n) die subjektiven Definitionen vernachlässigt, insbesondere durch die Teilstudie 1 aufgegriffen. Diese Teilstudie erforscht, welche Komponenten in subjektiven Definitionen des guten Alter(n)s vorkommen. Dazu wurden 45 leitfadengestützte Interviews mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

2.1.2 Hintergrund

Die Teilstudie ‚Perspektiven der Lebenswelt‘ stellt neben der Literaturanalyse, der Teilstudie ‚Perspektiven institutioneller Akteure‘ und dem Vergleich der politischen und wissenschaftlichen Programme einen vierten Ansatz der kritischen Auseinandersetzung mit Konzepten des gelingenden Alter(n)s dar. Damit kann subjektiven Definitionen des gelingenden Alter(n)s sowohl im Rahmen des Projekts und des angestrebten ‚Reflexionsgleichgewichts‘ von Grundannahmen in der philosophischen Ethik und verbreiteter alltäglicher moralischer Intuitionen (z. B. Daniels 2013) Rechnung getragen, als auch zum Forschungsgebiet der subjektiven Definitionen des gelingenden Alterns beigetragen werden. In Bezug auf das ‚Reflexionsgleichgewicht‘ können die Lebensweltperspektiven alternative Definitionsmöglichkeiten und damit mögliche alternative Orientierungspunkte aufzeigen.

Dabei sind die subjektiven Definitionen eben nicht nur für sich interessant, sondern haben gerade im Kontext des Umgangs mit dem demographischen Wandel auch im Rahmen der Politik einen klaren Anwendungsbezug. So schreiben Bowling und Dieppe “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” (2005: 1550). Als Adressaten von Politik, die gelingendes oder erfolgreiches Altern fördern will, können ältere Menschen selbst mit ihren eigenen Vorstellungen wesentlich zur Diskussion beitragen.

Neben der Vernachlässigung subjektiver Definitionen wurde erfolgreiches Altern nach Rowe und Kahn auch dafür kritisiert, dass aufgrund des Fokus auf überdurchschnittliche Gesundheit, Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen vom erfolgreichen Altern qua definitionem ausgeschlossen sind (Minkler & Fadem 2002; Timonen 2016). Andere Forscher zeigten, dass auch bei Behinderungen aus subjektiver Perspektive gelingendes Alter(n) möglich sein kann (Tagizadeh Larsson 2011). Auch wurde gezeigt, inwiefern es sich beim Konzept von Rowe und Kahn um ein kulturgebundenes Konzept des guten Alterns handelt, das bestimmte Elemente der nordamerikanischen Kultur widerspiegelt (Torres 2003; Lamb 2014).

Es sind jedoch nicht nur die Definitionen älterer Menschen relevant. Wird gelingendes Altern als eine Konkretisierung der Frage nach dem guten Leben neben anderen betrachtet, die in einem demokratischen Prozess verhandelt wird (Venkatapuram 2011), dann betrifft sie auch nicht ausschließlich jene, die aktuell älter sind. Die Definitionen in anderen Altersgruppen sind ebenso relevant, wenn man gelingendes Altern als einen ständigen Prozess versteht, der bereits vor späteren Lebensphasen beginnt. In einer solchen Perspektive werden in späteren Lebensphasen früher erlebte Ereignisse wirksam. Demnach setzt eine wirksame Förderung des gelingenden Alter(n)s schon viel früher an (Schulz & Heckhausen 1996).

In der Teilstudie wurden diese Aspekte der Diskussion zu Rowe und Kahns Konzept aufgegriffen, indem eine Mindestanzahl von Personen mit chronischen Krankheits- oder Behinderungserfahrungen und von Personen mit unterschiedlichen kulturellen Erfahrungen (durch Migration nach Deutschland) für die Teilnahme rekrutiert wurden. Durch die Vermeidung einer Altersgrenze (außer Volljährigkeit), konnten auch die Perspektiven unterschiedlicher Altersgruppen miteinbezogen werden. Dabei ging es nicht darum, den Zusammenhang zwischen Migration, chronischer Erkrankung, Behinderung oder einer bestimmten Altersgruppe und der Definition des erfolgreichen Alterns systematisch näher zu untersuchen (wofür eigene Studien nötig wären), sondern ein gewisses Ausmaß an Diversität in der Gruppe der Studienteilnehmer/-innen zu berücksichtigen. Da wir aus existierenden Studien wissen, dass chronische Krankheit oder Behinderung und andere kulturelle Erfahrungen eine Definition des gelingenden Alterns nicht notwendigerweise ausschließen, wurde bewusst versucht, diese Annahmen des Konzepts von Rowe und Kahn nicht im Rahmen der Rekrutierung der Studienteilnehmer/-innen durch die Auswahl zu reproduzieren.

2.1.3 Fragestellung

Welche Komponenten weisen die subjektiven Definitionen des guten Alter(n)s auf?

2.1.4 Methode

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

2.1.5 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).²⁵

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

²⁵ 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.

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

2.1.6 Datenauswertung

Für den vorliegenden Bericht 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 NVivo-Kodes vergeben. Aus den in vivo-Kodes 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 NVivo Kodes).

2.1.7 Studienteilnehmer/-innen

Die Teilnehmer/-innen sind zwischen 26 und 91 Jahren alt. 5 Personen sind 26-30 Jahre, 5 Personen 31-55 Jahre, 9 Personen 56-65 Jahre, 13 Personen 66-75 Jahre, 7 Personen 76 bis 80 Jahre und 5 Personen älter als 80 Jahre. 35 Teilnehmer/-innen sind Frauen und 10 sind Männer. 7 Personen haben Migrationserfahrung (Migration nach Deutschland) und 1 Person hat keine Angabe dazu gemacht. 15 Personen leiden an chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen und eine Person hat dazu keine Angaben gemacht.

2.1.8 Ergebnisse: Komponenten subjektiver Perspektiven

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

2.1.9 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 (NVivo 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

2.1.10 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.

Die Kategorie wurde in 2 Interviews (NVivo Codes: ‚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.

„Dann gehört für mich Sonnenschein dazu, das heißt, ich will NICHT in Deutschland altern, sondern hoffentlich in Israel.“ 113

2.1.11 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

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).

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 (NVivo Kodes: ‚tun, was ich jetzt tue‘, ‚alte Interessen verfolgen‘, ‚tun, was man früher auch gern gemacht hat‘) oder solche, die neu (NVivo Kodes: ‚etwas ausprobieren‘, ‚neue Interessen verfolgen‘, ‚neues lernen‘) hinzukommen. Eine weitere beschriebene Eigenschaft von Aktivitäten, ist das Schaffen von Zielen (NVivo Kodes z.B.: motivierende Perspektiven, persönliche Ziele haben‘, ‚mit anderen Dinge auf die Beine stellen‘, ‚in Aktivitäten eingebunden sein‘).

2.1.12 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‘.

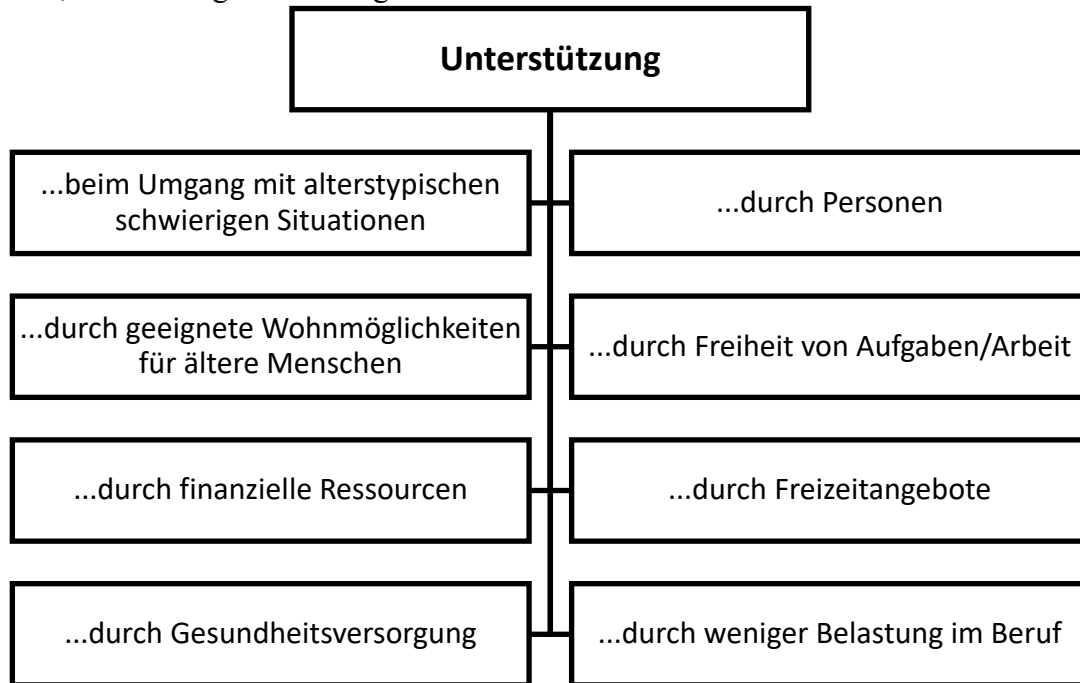


Abbildung 5 Kategorie Unterstützung mit Unterkategorien

Bei der ‚Unterstützung beim Umgang mit alterstypischen schwierigen Situationen‘ werden als schwierige Situationen Pflegebedürftigkeit (NVivo Kodes: 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 (NVivo Kodes: Barrierefreiheit bei Hausarztpraxen und im öffentlichen Raum, Anpassung der Wohnung, rausgehen können trotz körperlicher Gebrechen), Krankheit (NVivo Kodes: Austausch mit anderen bei gleicher Krankheit, gegenseitige Hilfe bei Krankheit) und Sterben (NVivo Kodes: assistierter Suizid, sterben dürfen, Austausch mit nahestehenden Personen vor dem Sterben) beschrieben.

Die Unterstützung durch Personen umfasst unterschiedliche Arten der Unterstützung (NVivo 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 (NVivo Kodes: ‚Alterswohngemeinschaft‘, ‚Mehrgenerationenwohnen‘), Wohneigentum und weitere Wohnbedürfnisse (NVivo 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 (NVivo Kodes: ‚nicht arbeiten müssen‘, ‚nichts tun müssen‘, ‚Freizeit von Verpflichtungen‘, ‚Zeit haben‘).

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

Die Unterkategorie ‚Unterstützung durch Freizeitangebote‘ (NVivo 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‘ (NVivo 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 NVivo Kodes beschriebenen Aspekte nur jeweils einmal genannt.

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

2.1.13 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.“ 104

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.

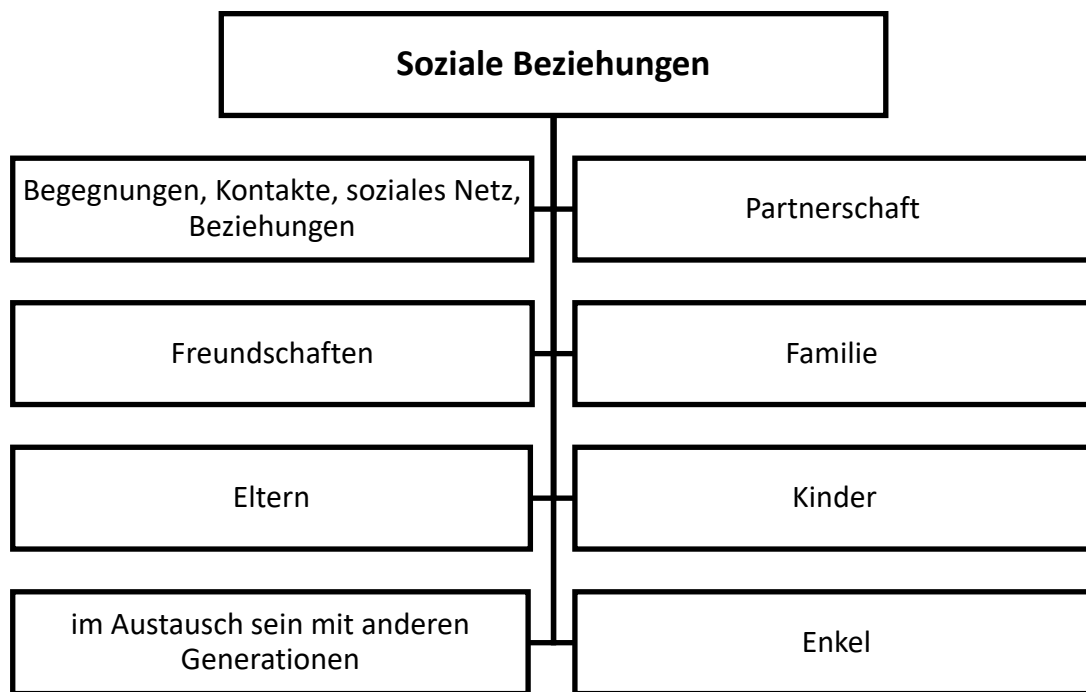


Abbildung 6 Kategorie Soziale Beziehungen mit Unterkategorien

2.1.14 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 (NVivo 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 (NVivo 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

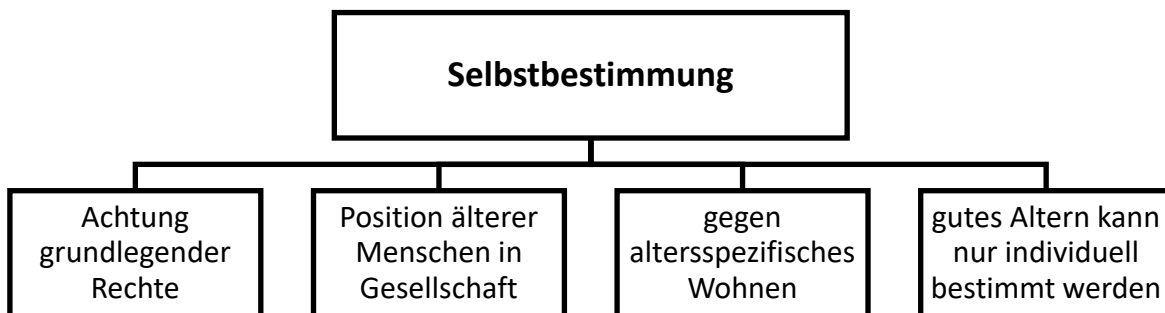


Abbildung 7 Kategorie Selbstbestimmung mit Unterkategorien

2.1.15 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 (NVivo Kodes: ‚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

2.1.16 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‘

(NVivo Kodes: ‚mich relativ gesund fühlen‘, ‚gewisse körperliche Beweglichkeit‘, ‚nicht 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‘ (NVivo Kodes z.B. ‚Gesundheit ist wichtig‘, ‚gesund‘, ‚immer noch mobil sein‘) und die Unterkategorie ‚Gesundheit ohne Einschränkungen‘ (NVivo Kodes z.B. ‚erstes Gut ist absolute Gesundheit‘,

„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 nicht eine schlechte Zeit

„gesundheitlich keine Probleme ist mir wichtig“, „vorausgesetzt man ist gesund, dann ist Altern mentale Sache“, „körperliche und psychische Unversehrtheit bis ans Ende“).

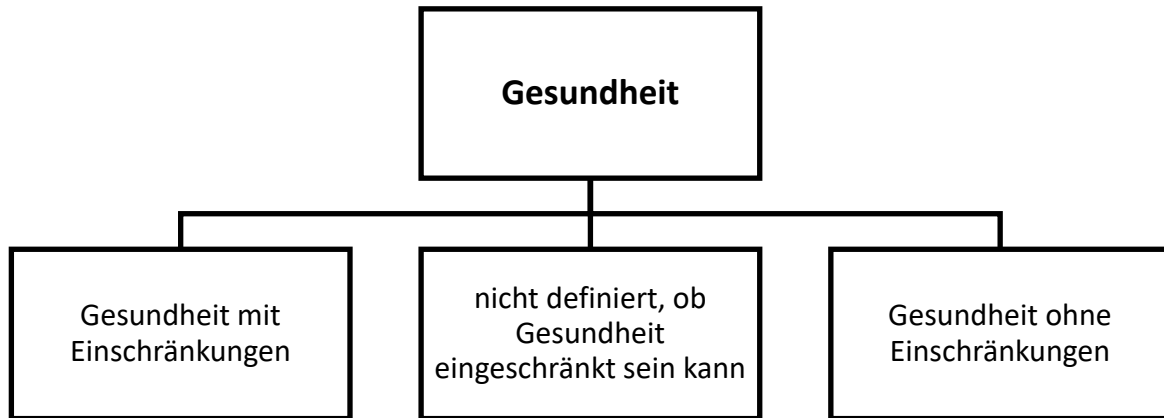


Abbildung 8 Kategorie Gesundheit mit Unterkategorien

2.1.17 Einstellungen

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

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

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‘.

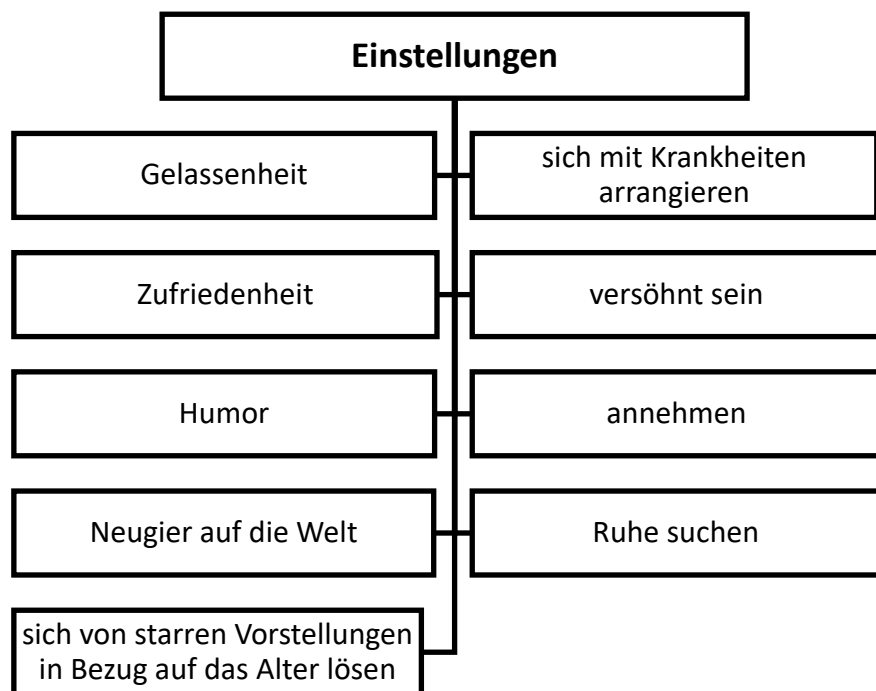


Abbildung 9 Kategorie Einstellungen mit Unterkategorien

2.1.18 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 alternenden 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 Anfahren 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 wiederauftauchen. 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.

2.1.19 Zusammenfassung

Zusammenfassend 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.

2.2 Literatur zweiter Hauptteil, Teil 1

- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. Cambridge England: Cambridge University Press.
- Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *The BMJ*, 331(7531), 1548-1551.
- 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.
- 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. (2013). Lay perspectives of successful ageing: a systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open*, 3(6).
- Daniels, Norman. (2020). "Reflective Equilibrium", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2020 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <<https://plato.stanford.edu/archives/sum2020/entries/reflective-equilibrium/>>. Date accessed: 05 nov. 2020

-
- 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.
- Foster, L., & Walker, A. (2015). Active and successful aging: A European policy perspective. *The Gerontologist*, 55(1), 83-90.
- Lamb, S. (2014). Permanent personhood or meaningful decline? Toward a critical anthropology of successful aging. *Journal of Aging Studies*, 29, 41-52.
- Martinson, M., & Berridge, C. (2015). Successful aging and its discontents: A systematic review of the social gerontology literature. *The Gerontologist*, 55(1), 58-69.
- Minkler, M., & Fadem, P. (2002). “Successful Aging”: A Disability Perspective. *Journal of Disability Policy Studies*, 12(4), 229–235.
- Phelan, E. A., Anderson, L. A., Lacroix, A. Z., & Larson, E. B. (2004). Older Adults' Views of “Successful Aging”—How Do They Compare with Researchers' Definitions?. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2), 211-216.
- 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.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Rowe, J., & Kahn, R. L. (1998). *Successful Aging* (1st ed.). New York, NY: Pantheon Books.
- 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.
- 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.
- Taghizadeh Larsson, L. (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.

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). The Problem-centered Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, [S.l.], v. 1, n. 1, jan. 2000. ISSN 1438-5627. Available at: <<https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132>>. Date accessed: 05 nov. 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.17169/fqs-1.1.1132>.

2.2 Teilstudie 2: Perspektiven institutioneller Akteure

2.2.1 Einleitung

In der zweiten Teilstudie steht die ‚Anwendung‘ der Konzepte in der Politik für ältere Menschen im Fokus. Während der Fokus in der ersten Teilstudie auf der Frage der genauen Definition und der unterschiedlichen Komponenten des guten Alter(n)s lag, liegt er hier darauf, inwiefern die Konzepte sich auch als Referenzpunkt für die Politik eignen. Dazu wurden in Ergänzung zu den Perspektiven der Lebenswelt in der ersten Teilstudie, in der zweiten Teilstudie die Perspektiven institutioneller Akteure auf Konzepte des guten Alter(n)s untersucht. Dazu wurden Vertreter/-innen unterschiedlicher politischer Institutionen auf Kommunal-, Landes- und Bundesebene und unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen befragt. Die Forschungsfragen der zweiten Teilstudie lauten:

- Inwiefern sind die Konzepte des guten Alter(n)s als Zielformulierungen in der Politik für ältere Menschen geeignet?
- Welche Arten von Maßnahmen zur Förderung des guten Alter(n)s werden für sinnvoll, welche für problematisch gehalten?

2.2.2 Methode

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.

2.2.3 Ergebnisse

a) 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 Förderung 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 seniorengerechtem 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.

2.2.4 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 (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.

2.3 Zusammenführung von Teilstudie 1 und 2

Die beiden Teilstudien haben einen jeweils anderen Schwerpunkt. Während in der ersten Teilstudie die Frage der Definition von Konzepten des guten Alter(n)s im Mittelpunkt steht, ist es in der zweiten Teilstudie die Frage der Anwendung von Konzepten des guten Alter(n)s. Trotzdem gibt es Überschneidungen in beiden Teilstudien – so ist in der ersten Teilstudie ein zentrales Ergebnis die breite Definition des guten Alter(n)s aus subjektiver Sicht. In der zweiten Teilstudie wird besonderer Wert auf die Anpassung von Konzepten des guten Alter(n)s an die jeweilige Kommune aber auch an die Heterogenität älterer Menschen und die Bedürfnisse unterschiedlicher Gruppen älterer Menschen gelegt. Auch die Kritik an einer individuellen Verantwortlichkeit für das gute Alter(n) im Sinne der klassischen Definition des erfolgreichen Alter(n)s besteht in beiden Teilstudien. Darüber hinaus findet sich in der ersten wie der zweiten Teilstudie die Thematik der Haltungen gegenüber dem Alter(n), Gesundheit und Krankheit und die Bedeutung von Selbstbestimmung wieder.

3. Dritter Hauptteil. Richtlinienanalyse anhand des ethischen Rahmens

3.1 Einführung und Erläuterung des ethischen Rahmens

Das Ziel des dritten Projekthauptteils besteht darin, eine strukturierte Übersicht der ethischen Themen zu erstellen, die in einschlägigen Richtlinien zu Alter(n) benannt werden. Dabei soll ersichtlich werden, welche Themen auf welche Weise angesprochen werden und welche ggf. fehlen. Die Vorgehensweise entspricht der gängigen Methodik einer Analyse, Rekonstruktion und Kritik von ethischen Problemen. Die Struktur der Übersicht orientiert sich dabei an Grundwerten, die in Form von ethischen Grundbegriffen vorausgesetzt werden, dem ethischen Rahmen der Richtlinienanalyse.

Der 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.

3.2 Gesundheit und Wohlbefinden

3.2.1 Verständnis von Gesundheit

Gesundheit spielt eine Schlüsselrolle beim „erfolgreichen“ Altern. Eine funktional-deskriptive Beschreibung auf der Basis eines naturalistischen Verständnisses von Gesundheit widerspricht möglicherweise subjektiven Einschätzungen. Normative Konzeptionen, sofern sie objektive Kriterien enthalten, eignen sich, um daraus bestimmte Ansprüche abzuleiten. Allerdings sind auch hier objektive und subjektive Einschätzungen in einem Spannungsfeld und jeweils zu begründen. Im Anschluss daran stellen sich folgende Fragen: Welches Verständnis von Gesundheit wird vorausgesetzt? Ein naturalistisches oder normatives? Wenn ein normatives, um welches handelt es sich dann? Sind Konsequenzen aus dem jeweiligen Verständnis gezogen? Für eine Übersicht zu Theorien von Gesundheit und Krankheit vgl. Schramme

3.2.2 Einschluss von Personen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen

Konzeptionen wie "successful aging" schließen a priori Menschen mit körperlichen Einschränkungen aus. Betrachtet man die Heterogenität älterer Menschen in gesundheitlicher Hinsicht, so wird die Engführung 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 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 in den 90er Jahren 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.

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)

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.

Es stellt sich daher die Frage, wie Behinderung und chronische Erkrankungen und die Perspektive der Betroffenen in Richtlinien berücksichtigt sind.

3.2.3 Kosten des demographischen Wandels

Der demographische Wandel wird in der Regel als Belastung für die sozialen Sicherungssystemen verstanden, einschließlich des Gesundheitswesens (eine Übersicht bei: Christensen 2009). Es gibt jedoch auch kritische Stimmen dazu (Gee & Gutman 2000) und solche die im Gegenteil Vorteile im demographischen Wandel sehen (Kluge et al 2014). Hier die Frage danach, wie Vor- und Nachteile des demographischen Wandels berücksichtigt werden. Gibt es einseitige Bedrohungsszenarien?

3.2.4 Prävention

Der Prävention von Gesundheitsproblemen kommt bei Empfehlungen, wie den Herausforderungen des demographischen Wandels zu begegnen sei, eine Schlüsselrolle zu. Eine der Problematiken hier: Wissen über Alter(n) und Prävention verbessern. Ferner geht es darum, welche Präventionsmaßnahmen zur Förderung von gesunden Lebensstilen und gesundem Alter in Richtlinien enthalten sind und ob sie direkt ethisch reflektiert werden. Vgl. WHO 2005

3.2.5 Healthism

Die mögliche Kehrseite von Präventionsmaßnahmen stellt der sog. „healthism“ dar. Gemeint ist damit die einseitige Bevorzugung und Moralisierung von Gesundheit gegenüber anderen Werten. Die Folgen bestehen in vermindertem Wertepluralismus und Zwang zur Annahme bestimmter als gesund geltender Lebensstile.

Durch stärkere Hinwendung zum erfolgreichen Altern könnte dieses Konzept an die Stelle von Gesundheit in jenem Prozess treten, den Crawford in den 1980er Jahren unter dem Stichwort ‚*healthism*‘ beschrieben hat. Demzufolge wurde Gesundheit zu einem übergeordneten Wert (*super-value*) der Mittelklasse, nachdem alle streben sollten. Individuen haben als autonome Wesen und gute Bürger/-innen die moralische Pflicht, sich gesundheitsförderlich zu verhalten. Propagiert wird dabei, dass jeder sich richtig verhalten könne, wenn er/sie nur wolle. Verschwiegen wird gleichzeitig, wie unterschiedlich die Bedingungen sind, unter denen Individuen dies vorgeschlagen wird. Für healthism ist typisch, dass nicht nur wohlfahrtsstaatliche Leistungen verringert werden, sondern ein gesundheitsschädigendes Verhalten als moralisch schlecht angesehen wird. Die Frage, die sich hier stellt, ist inwiefern die Pluralität von Lebensstilen in Richtlinien angesprochen wird. Vgl. Crawford 2006.

3.2.6 Besondere Gesundheitsbedürfnisse Äterer, Geriatrie

Geriatrie stellt einen Schlüssel zum angemessenen Umgang mit dem demographischen Wandel dar. Der Gesundheitsbezug besteht in besseren physischen und kognitiven Funktionsvermögen, höherem Wohlbefinden. Frage danach, inwiefern in Richtlinien angesprochen.

3.2.7 Besondere Gesundheitsbedürfnisse Äterer, Integration sozialer Dienste

Zusätzlich zur geriatrischen Versorgung soll eine personenzentrierte Integration sozialer Dienste ein Desiderat im demographischen Wandel darstellen. Frage nach der Umsetzung und nach einem

ganzheitlichen Ansatz zur besseren Versorgung. (Vgl. z. B. Conference of INGOs of the Council of Europe).

3.2.8 Langzeitpflege

Berücksichtigung der Anforderungen des demographischen Wandels an das Pflegesystem.

3.2.9 Altersfreundliche Umgebung

Altersfreundliche und aktivierende Umgebung mit dem Ziel ebenfalls bessere physische und kognitive Funktionsvermögen und höheres Wohlbefinden herzustellen. Vgl. Conference of INGOs of the Council of Europe.

3.3 Konzeption des Guten / Capabilities

3.3.1. Verständnis des Alter(n)s

Alter und Altern sind mehrdeutig chronologisch, biologisch, psychologisch und gesellschaftliche Bedeutungen lassen sich unterscheiden und beeinflussen sich gegenseitig. Dabei werden ebenfalls Wertungen ausgesprochen, teils in Bezug zum Leben als Ganzem. So etwa ob Altern ein Aufstieg oder ein Abstieg oder beides in unterschiedlichen Hinsichten sei. Umstritten ist zudem, ob es so etwas wie chronologische Grenzen gibt, die das Alter definieren (vgl. z.B. Overall 2010). Daher die Frage, welche Konzeptionen des Alter(n)s vorausgesetzt werden, welche Wertungen und welche Implikationen das hat.

3.3.2 Wert von Gesundheit

Der Bedeutung der Gesundheit für ein gutes Leben wird z.B. in der Konzeption des „erfolgreichen“ Alterns, aber auch in der Gesundheitstheorie von Venkatapuram (2011) eine zentrale Rolle zugeschrieben. Daher die Frage, welche Berücksichtigung dies in Richtlinien findet.

3.3.3 Engführung auf Aktivität

In Konzepten wie dem „aktiven Altern“ sollen nur bestimmte Tätigkeiten sinnstiftend sein, was zu eng gefasst sei und Alternativen wie Kontemplation ausschließe (vgl. Moody 1991). 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.

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).

In den Interviews zu subjektiven Definitionen des guten Alter(n)s war neben unterschiedlichen Aktivitäten für manche Teilnehmer/-innen auch freie Zeit (im Rahmen der Komponente

„Unterstützung“) ein Teil des guten Alter(n)s. Hier stellt sich die Frage, inwiefern „aktives Altern“ und eine größere Bandbreite von Aktivitäten sowie die Grenze dieses Ansatzes in den Richtlinien berücksichtigt worden sind.

3.3.4 Subjektive Definitionen

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, 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.²⁶

Subjektive Definitionen werden auch aus politischen Gründen als wichtig erachtet – da, insbesondere bei einer Orientierung an einem Konzept in der Politik, dadurch die Stimmen älterer Menschen berücksichtigt werden, für die die Politik auch gemacht wird. So argumentieren etwa Bowling & Dieppe: “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). Fragen an die Richtlinien: Inwiefern werden subjektive Perspektiven berücksichtigt und wo sind ihre Grenzen?

3.3.5 Teilhabe

Die dritte Komponenten des erfolgreichen Alterns ist „engagement with society.“ Weiter gefasst als dieser ökonomisch geprägte Begriff ist die „gesellschaftliche Teilhabe“ (vgl. S.17f). Frage danach, inwiefern dies berücksichtigt ist.

3.3.6 Kulturelle Differenz

Während erfolgreiches Altern von manchen als nicht kulturabhängig verstanden wird²⁷, 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 sei typisch für den US-Kontext, da es besonders auf individuelle Handlungsfähigkeit,

²⁶ „[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)

²⁷ „all cultures are characterized by considerable consensus regarding what constitutes success” (Schulz & Heckhausen 1996: 704)

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, in denen Veränderungen, die mit dem Altern einhergehen, Akzeptanz entgegengebracht wird, beachten. Rowe und Kahns Konzept ist nach Torres typisch für den US-amerikanischen Kontext, da die Beziehung Mensch-Natur 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). Frage an Richtlinien, inwiefern kulturelle Differenz berücksichtigt ist.

3.3.7 Lebenslaufperspektive

Eine Einschränkung des Konzepts von Rowe & Kahn in seiner anfänglichen Fassung liegt im Fokus auf ältere Menschen. Schulz und Heckhausen (1996) 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 nach Schulz und Heckhausen eine 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 Kriterium absoluten Erfolgs; oder

er wird in einem nicht von Behinderung betroffenen Bereich erlebt). Frage nach der Berücksichtigung.

3.4 Würde / Freiheit / Autonomie

3.4.1 Autonomie/Würde fördern und schützen

Würde ist in der medizinethischen Diskussion ein umstrittener Begriff, um dessen Mehrdeutigkeit vor einiger Zeit eine Debatte geführt worden ist (für eine Übersicht vgl. Düwell 2014). Als „Menschenwürde“ benennt den Wert, der Menschen als Menschen zukommt und der nicht mit anderen Werten zu verrechnen sei. Wegen der Mehrdeutigkeit des Begriffs verweisen manche Autoren auf die Menschenrechte, die seine Reichweite und Implikationen verdeutlichen sollen. Im Zusammenhang mit der Lebensphase Alter ist hier ein EU-Projekt zu nennen, dass den Respekt vor der Würde älterer Personen in der Pflege zum Gegenstand hatte (Nordenfelt 2004, 2009).

Die Menschenwürde wird oft an die individuelle Freiheit geknüpft oder an die Autonomie, verstanden als die Fähigkeit, ein selbstbestimmtes Leben zu führen (zur Autonomie vgl. z. B. Stöcker et al. 2011, 93 ff.). Daher soll in dieser Kategorie untersucht werden, welche Berücksichtigung neben der Würde die individuelle Freiheit und Autonomie findet und falls ja, in welchen Facetten.

3.4.2 Maßnahmen gegen Ageism

Eine wichtige Rolle sowohl bei Würdeverletzungen als auch bei Freiheits Einschränkungen Älterer kommt „Ageism“ zu. Gemeint ist damit eine negative Haltung zu Älteren aufgrund von Stereotypen und den daraus resultierenden diskriminierenden Handlungen. Die Diskriminierung älterer Menschen beeinträchtigt gutes Altern (Swift et al. 2017). Trotz des Umstands, dass Rowe und Kahn gegen negative Stereotype des Alter(n)s (1998) schreiben, wurden sie dafür kritisiert, dass sie mit einem unzureichenden Konzept der Diskriminierung älterer Menschen (Ageismus) operieren. So konnte Calasanti (2015) zeigen, dass Butlers (1980) Analogie zwischen Rassismus, Sexismus und Ageismus über das Konzept von Rowe und Kahn hinausgeht. Ageismus ist demnach nicht nur eine Frage von Vorurteilen, sondern zugleich auch von Diskriminierung.

3.4.3 Sterben und Tod

Der Umgang mit Sterben und Tod stellt ein komplexes eigenes Thema dar und sollte zudem auch getrennt von der Lebensphase Alter untersucht werden. Allerdings haben schon früh Autorinnen aus der Gerontologie (Neugarten 1975, 9) auf die Thematik der Unterstützung und Selbstbestimmung am Lebensende im Zusammenhang mit dem demographischen Wandel hingewiesen, so dass dieses Thema hier nicht ganz übergangen werden sollte (vgl. dazu auch Baars 2017; Baltes 2006, Tesch-Römer und Wahl 2017).

3.5 Gerechtigkeit

3.5.1 Gerechtigkeit allgemein und Menschenrechte

Viele Richtlinien setzen sich mit Gerechtigkeit im Hinblick auf fundamentale Rechte auseinander. Daher die Fragen: Welche Rechte Älterer werden explizit genannt? Welcher Bezug zu Menschenrechten und Grundrechten wird hergestellt?

3.5.2 Soziale Ungleichheit

Neben einzelnen Rechten kommen in der gerontologischen Diskussion um das gelingende Altern der sozialen Ungleichheit und ihren Folgen eine besondere Rolle zu. Im Modell von Rowe und Kahn kommen 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 dem individuellen erfolgreichen Altern ein gesellschaftliches erfolgreiches Altern beiseitestellt. 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 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. Obwohl 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 Lebensstils²⁸ - vom Kontext getrennt. Die biomedizinische Literatur

²⁸ 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

versteht den Lebensstil als individuelles Verhaltensmuster, das Gesundheit beeinflusst. 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. Timonen (2016) kritisiert Modelle des guten Alter(n)s (model ageing) und dabei insbesondere das Konzept des erfolgreichen Alter(n)s. Demnach nützen diese unter Umständen privilegierteren gesellschaftlichen Gruppen, stellen jedoch für benachteiligte Gruppen eine zusätzliche Belastung dar (vgl. auch 1.6.7). Es stellt sich unter diesem Themenpunkt die Frage, inwiefern Richtlinien neben Eigenverantwortung ebenfalls soziale Determinanten der Gesundheit, ihren Einfluss auf Lebensstile und gesundheitliche Ungleichheit über den Lebenslauf hinweg berücksichtigt haben.

3.5.3 Gerechtigkeit und Gender-Fragen

Hier: Welche Berücksichtigung finden gesundheitliche Ungleichheit und andere Unterschiede beim gelingenden Alter(n) nach Geschlecht in den einzelnen Richtlinien.

3.5.4 Neoliberale Politik und Betonung individueller Verantwortung

In Rowe & Kahn’s früher Definition des erfolgreichen Alter(n)s handelt es sich um etwas, das das Individuum durch eigene Leistung und richtige Entscheidungen erreichen kann (Rowe & Kahn 1998). Später stellten sie diesem das gesellschaftliche erfolgreiche Alter(n) zur Seite (Rowe & Kahn 2015), das es Individuen ermöglichen soll, gut zu altern (z.B. durch Verteilung der Bildungszeiten über den Lebensverlauf). Dabei werden die sozialen Bedingungen, die es Individuen ermöglichen, erfolgreich zu altern, verschwiegen. Erfolgreiches Altern wird als optimale Orientierung und nicht als ein Ziel neben anderen oder ein unter bestimmten Voraussetzungen oder in Maßen zur Orientierung geeignetes Ziel diskutiert.

Die Ähnlichkeiten zwischen dem erfolgreichen Altern nach Rowe und Kahn und neoliberalen gesellschaftlichen Transformationen wurden von Rubinstein und Medeiro (2015) herausgearbeitet. Die Autoren weisen auf eine Lücke in Rowe und Kahns Buch aus 1998 hin – dass nämlich nicht darauf eingegangen wird, wie Biografie, persönliche Bedeutungen und Lebenserfahrungen von Individuen sich auf deren erfolgreiches Altern auswirken und inwiefern bestimmte Gruppen

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.

besondere Unterstützung beim Erreichen des erfolgreichen Alterns bräuchten. 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 definieren mit ihrem Konzept der erfolgreich alternden Individuen auch eine Gruppe nicht erfolgreich alternder Personen. Zu diesen äußern sie sich jedoch kaum. Die Konzeption des erfolgreichen Alterns als individuelle Leistung führt dazu, dass die nicht erfolgreichen persönlich versagt zu haben scheinen. Welche Rolle Armut beim erfolgreichen Altern spielen kann, wird nicht näher besprochen, da erfolgreiches oder erfolgloses Alter(n) in den Entscheidungen des autonomen Individuums begründet gesehen wird. Durch die Ähnlichkeiten des Konzepts des erfolgreichen Alter(n)s mit neoliberalen Gesellschaftstheorien, kann ein stärkerer Fokus auf das Konzept des erfolgreichen Alter(n)s zum Abbau von wohlfahrtsstaatlichen Leistungen führen. Daher die Frage, ob diese Thematik in Richtlinien angesprochen wird. Vgl. dazu auch 1.4.3.

3.6 Ethik und hohes Alter

3.6.1 Gelingendes Altern im hohen oder vierten Alter nicht bestimmt

Viele ethische Themen in Bezug auf das Alter stellen sich entweder vor allem oder verstärkt im hohen Alter oder vierten Alter. In der Gerontologie gibt es seit einiger Zeit die Unterscheidung der jungen Alten und der alten Alten bzw. des dritten oder vierten Alters (z. B. bei Neugarten 1975). Obwohl chronologische Altersgrenzen umstritten sind, lautet die Grundidee, dass das Dritte Alter die Lebensphase nach Renteneintritt sei, also ungefähr mit 65 Jahren beginnt, während das vierte Alter ungefähr mit 80 Jahren einsetzt. Bereits Neugarten betont, dass die Erfahrung des dritten Alters deutlich positiv sei und negative Altersstereotype wie allgemeine gesundheitliche Probleme und andere Abbauerscheinungen widerlege. Laslett, ebenfalls ein prominenter Vertreter des Konzepts des dritten Alters, nennt diese Lebensphase sogar die „Krone des Lebens“ (Laslett 1991). Für Laslett ist das dritte Alter der Höhepunkt des Lebens im Hinblick auf die Selbstverwirklichung des Einzelnen. Dem gelingenden Altern stehen vor allem gesellschaftliche Hindernisse entgegen, insbesondere negative Sichtweisen. Im vierten Alter werde jedoch diese Negativität bestätigt, wenn auch nicht auf eine pauschale Weise, die Stereotypen Recht geben würde. Tatsächlich treten nun chronische Erkrankungen, gesundheitliche Einschränkungen, Behinderungen und Gebrechlichkeit vermehrt auf. Insbesondere Rowe und Kahn wird vorgeworfen, dass sie die Hochaltrigen aus der Konzeption des "successful aging" ausschließen (Minkler, Fadem 2002, Tesch-Römer, Wahl 2017; Molton, Yorkston 2017). Aber auch Paul Baltes räumt ein, dass im hohen Alter eine Grenze erreicht sei, an dem sein Ansatz der Selektion, Optimierung und Kompensation nicht mehr umgesetzt werden könne. Das hohe Alter verkörpere die fundamentale Unvollständigkeit der menschlichen Existenz (Baltes & Smith 2003). Daher hier die Frage, ob das hohe Alter eigene Berücksichtigung in den Richtlinien findet.

3.6.2 Wohnung

Eine wichtige Rolle spielt die Wahl des eigenen Umfelds und der eigenen Wohnung. Dazu gehören die Unterstützung bei häuslicher Pflege, Infrastruktur für die Wahl des eigenen Lebensmittelpunkts. Welche Maßnahmen werden genannt?

3.6.3 Soziale Isolation

Einsamkeit und soziale Isolation sollen verhindert werden. Welche Maßnahmen werden genannt?

3.6.4 Individualismus und Interdependenz

Interdependenz wird in individualistischen Ansätzen wie bei Rowe und Kahn vernachlässigt. In den Interviews zu subjektiven Perspektiven des guten Alter(n)s sind soziale Beziehungen eine eigene Komponente des guten Alter(n)s, die nicht (nur) zu optimaler Gesundheit beiträgt, sondern für sich ein wichtiger Aspekt des guten Alter(n)s ist. Weiters ist über die Komponente ‚Unterstützung‘ gutes alter(n) stärker mit anderen Personen verbunden. Für manche Studienteilnehmer/-innen war auch die Komponente ‚Zustand der Gesellschaft‘, d.h. gesellschaftliche Verhältnisse wie Frieden auf der Welt, die weit über die unmittelbare Situation der einzelnen Person hinausgehen, Teil des guten Alter(n)s. In den Interviews zeigt sich im Vergleich mit Rowe und Kahns Ansatz eine sehr viel stärkere Betonung der Interdependenz von Menschen. In der gerontologischen Diskussion und im Austausch mit ethischen Positionen werden alternative Konzepte zu einer individualistisch aufgefassten Autonomie diskutiert (z. B. Holstein & Parks & Waymack 2011). Frage nach der Berücksichtigung dieses Themas.

3.6.5 Negativität und Grenzen

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. 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). 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 sehr weit von Rowe und Kahns Konzept weg. Die Herausforderung der eigenen Endlichkeit ist auch aus philosophischer Perspektive Teil der Frage nach dem guten Leben (Wolf 1999).

Der fehlende Bezug auf negative Erfahrungen wird als schwerwiegendes Problem des Konzept des erfolgreichen Alter(n)s gesehen: „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). Während im Konzept des erfolgreichen Alter(n)s nach Rowe und Kahn negative Erfahrungen in keiner Weise vorkommen, betonen alternative Konzepte deren Potenzial. So schreibt etwa Boudiny zum aktiven Alter(n): „A crucial point in this regard involves acknowledging that the meaning of an active life may change throughout the lifecourse 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). Auch aus philosophischer Perspektive ist der Umgang mit negativen Erfahrungen Teil des guten Lebens (Wolf 1999).

3.6.6 Altersdiskriminierung und Lebensphasen

Die Kategorisierung in Altersgruppen wird von einigen Autoren auch kritisch hinterfragt, gerade aufgrund der negativen Wertung des vierten Alters. Hier werde bestätigt, dass das wahre Alter das Andere, Abnorme und Zurückzuweisende sei (z.B. Gilleard Higgs 2011). Insofern tragen Alterskategorien zur Altersdiskriminierung bei. So Timonen: “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. These constructs are attempts to ‘model’ ageing in the sense of pinpointing the problematic aspects of ageing and specifying putative solutions to these problems. 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.” Timonen 2016, 95

3.7 Tabellarische Übersicht des ethischen Rahmens zur Richtlinienanalyse

	Ethik Grundbegriff	Stichwort/ Bezug zum Altern	Problematic	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	Geriatrie 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	
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	

3.8 Kurzcharakteristiken der untersuchten Richtlinien in Bezug auf den ethischen Rahmen

3.8.1 Kurzcharakteristik WHO – Global Strategy and Action plan on ageing and health, WHO, 2017

Quelle: <https://www.who.int/ageing/global-strategy/en/>

Der allgemeine rechtliche und ethische Rahmen der Richtlinie selbst: Sustainable Development Goals, right to health

Bezug zu anderen Richtlinien, internationalen Dokumenten zum Alter(n): Madrid international plan of action on aging, WHO policy framework on active aging.

Ziele: Healthy aging als globale „public health priority“; jeder Mensch auf der Welt soll ein langes und gesundes Leben genießen können.

Struktur: Allgemeine Prinzipien, Fünf strategische Ziele (1. Commitment to action on Healthy Ageing in every country. 2. Developing age-friendly environments. 3. Aligning health systems to the needs of older populations. 4. Developing sustainable and equitable systems for providing long-term care. 5. Improving measurement, monitoring and research on Healthy Ageing) und Action Plan, insbes. Forschung zu healthy ageing.

Inhalt: Betont wird das Können und die Erfahrung älterer Menschen, auch bei körperlichen und geistigen Einschränkungen. Der weitere Kontext besteht in allgemeinen WHO-Zielen: universal health coverage, social determinants of health, combatting noncommunicable diseases, disability, violence and injury prevention, age-friendly cities and communities, strengthening human resources for health, developing person-centred and integrated care, tackling dementia and ensuring the provision of palliative care. Grundlage bilden insbesondere Daten zum demographischen Wandel, Erkenntnisse zum biologischen Altern und zur Gesundheit im Altern und ein Funktionsbegriff der Gesundheit. Die Strategic Objectives heben zunächst die Bedeutung einer nationalen Festlegung auf das Ziel des Healthy Ageing hervor, dann die Rahmenbedingungen einer altersfreundlichen Umgebung. Ein Gesundheitssystem, das die besonderen Bedürfnisse Älterer berücksichtigt und versorgt sowie ausreichende Kapazitäten zur Langzeitpflege. Die Forderung nach evidenzbasierten Maßnahmen und entsprechender Forschung stellt das letzte strategische Ziel dar.

Zu den ethischen Themen des Projekts:

1. Gesundheit und Wohlbefinden

Konzeption von Gesundheit: Die Global Strategy vertritt ein breites, normatives Verständnis von Gesundheit als Funktionsvermögen, das gleichzeitig auch die Umgebung und den sozialen Kontext umfasst. Angelehnt an den Capabilities Approach.

Einschluss von Personen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen: Die Global Strategy betont an vielen Stellen, wie wichtig es sei, die Bedürfnisse chronisch Kranker zu berücksichtigen und dass es auch bei verringertem Funktionsvermögen Möglichkeiten von Wohlbefinden und Sinnerfüllung gebe.

Kosten des demographischen Wandels, Kosten-Nutzen: Der demographische Wandel und längere Lebenszeiten können laut Global Strategy gesellschaftlich und individuell großen Nutzen generieren, auch über finanziellen und ökonomischen Nutzen hinaus. Allerdings nur bei ausreichender Investition in Gesundheit.

Prävention: Wichtigkeit von Prävention besonders hervorgehoben, aber auch ihre Grenzen.

Healthism/Einseitige Bevorzugung und Moralisierung von Gesundheit gegenüber anderen Werten: Die Global Strategy hebt Engagement und Mitbestimmung bei der Umsetzung ihrer Ziele hervor. Gleichzeitig wird auch die Wichtigkeit von Prävention und bestimmter Lebensstile sowie von healthy aging im Allgemeinen als objektiv erstrebenswert dargestellt.

Besondere Gesundheitsbedürfnisse Älterer, Geriatrie: Eigener Schwerpunkt, Strategic objective 3.1.

Integration sozialer Dienste: Eigener Schwerpunkt der Global Strategies, separate Strategy

Anfordernisse von Langzeitpflege: Besonderer Schwerpunkt, eigenes strategic objective

Altersfreundliche und aktivierende Umgebung: Eigener Schwerpunkt der Global Strategies, separate Strategy

2. Konzeption des Guten/Capabilities

Allgemein: Die Global strategy gegen von der Möglichkeit eines kontinuierlichen Wachstums und von Zugewinnen im Alter aus.

Wert von Gesundheit: Gesundheit als übergeordneter Wert bzw. Vorbedingung für ein gutes Leben: Gesundheit älterer Menschen als Bedingung für nachhaltige Entwicklung. Gesellschaftlicher Beitrag hängt von guter Gesundheit ab, bei schlechter Gesundheit entstehen Nachteile und Belastungen.

Engführung auf/besondere Betonung von Aktivität: In der Einleitung werden Tätigkeiten, die einen Beitrag zur Gesellschaft leisten hervorgeben. Dabei werden nicht nur ökonomische Aspekte betont, allerdings die Bedeutung von sozialem Engagement und Produktivität. Allgemein werden Funktionsvermögen, Tätigkeit, Autonomie stark hervorgehoben.

Vor- und Nachteile subjektiver gegenüber objektiver Auffassungen des gelingenden Alterns
Subjektive Definitionen des Guten werden kaum berücksichtigt. Lediglich im Kontext der Teilhabe und des Engagements bezieht sich die Global Strategy auf die eigenen Wertungen durch Ältere. Insgesamt werden jedoch klare Vorgaben gemacht, was alle anstreben sollten.

Teilhabe: Die Global Strategy hebt aktive Teilhabe an vielen Stellen besonders hervor.

Kulturelle Differenz: Kulturelle Vielfalt beim Verständnis des Alter(n)s wird nicht thematisiert.

Lebenslaufperspektive: Die Global Strategy betont an vielen Stellen, dass es wichtig sei, die Perspektive des gesamten Lebenslaufs einzunehmen.

3. Würde/Freiheit/Autonomie

Allgemein: Würde/Freiheit/Autonomie älterer Personen schützen ist ein eigener Schwerpunkt der Global Strategies, Objective 2.1, Unterpunkt der altersfreundlichen Umgebungen

Maßnahmen gegen Ageism: Eigener Schwerpunkt der Strategy, Strategic objective 1.3.

Umgang mit Sterben und Tod, Unterstützung: Wenig thematisiert, palliative Versorgung nur an einer Stelle erwähnt.

4. Gerechtigkeit/Determinanten/Eigenverantwortung

Allgemein: Menschenrechte als Grundlage für Würde, Autonomie, Gleichheit und Nichtdiskriminierung. Als normative Grundlage hervorgehoben.

Soziale Ungleichheit, Einfluss sozialer Ungleichheit auf gelingendes Altern berücksichtigen. Wichtiges Thema der Global Strategy, allerdings Grenzen der Eigenverantwortung nicht thematisiert

Gender-Fragen: Gesundheitliche Ungleichheit als Resultat von Diskriminierung; Wichtiges Thema.

Neoliberale Politik und Betonung individueller Verantwortung; Abbau des Wohlfahrtsstaats: Wichtigkeit von sozialstaatlichen Maßnahmen betont. Abbau als Thema nicht berücksichtigt.

5. Ethik und hohes Alter

Allgemein: Hochaltrigkeit nicht eigens thematisiert.

Wahl des eigenen Umfelds: An einer Stelle des Berichts erwähnt.

Soziale Isolation verhindern: Nicht thematisiert, im Gegenzug jedoch Teilhabe und Gemeinschaftsanschluss betont.

Individualismus und Interdependenz: Soziale Kohäsion und Überforderung von Familien als Versorgungsinstanzen für Pflege betont.

Negativität und Grenzen: Negativität erwähnt, kein zentrales Thema

Altersdiskriminierung und Lebensphasen: Nicht erwähnt.

Zusammenfassung:

Die Global Strategy deckt fast alle ethischen Themen ab, die im Projekt identifiziert wurden. Eine besonders wichtige Rolle spielen die Gesundheitsbedürfnisse Älterer sowohl bei Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege und die Bekämpfung von Ageism. Sie beruht auf einem Funktionsbegriff von Gesundheit und ist aktivitätsorientiert. Kulturelle Differenz und Pluralität werden wenig berücksichtigt, allerdings die Teilhabe an Wertedebatten betont. Hochaltrigkeit kommt als eigenes Thema nicht vor.

3.8.2 Kurzcharakteristik United Nations – Ageing, UN

Quelle

<https://www.un.org/en/sections/issues-depth/ageing/> (aufgerufen am 5.3.2020)

Der allgemeine rechtliche und ethische Rahmen: The United Nations Principles for Older Persons, Proclamation on Ageing und Political Declaration and the Madrid International Plan of Action on Ageing

Bezug zu anderen Richtlinien, internationalen Dokumenten zum Alter(n): World Population Prospects: the 2019 Revision, First World Assembly on Ageing in 1982: “Vienna International Plan of Action on Ageing”, United Nations Principles for Older Persons, International Conference on Ageing: Proclamation on Ageing, Second World Assembly on Ageing: Political Declaration and the Madrid International Plan of Action on Ageing, World Population Ageing Report, DESA United Nations Programme on Ageing.

Ziel: Überblick über die internationalen Bemühungen der United Nations insbesondere auf politischer Ebene zum Thema Alter(n).

Struktur: Es handelt sich um einen Text auf der Webseite der United Nations mit dem Titel „Ageing“ unter dem Topic „Global Issues“. Unterüberschriften: Trends in Population Ageing; Demographic drivers of population ageing; Key Conferences on Ageing; Resources.

Inhalt: Der Text gibt einen Überblick über die internationalen Bemühungen der United Nations der letzten Jahrzehnte zum Thema Alter(n), insbesondere auch zu Alter(n) und Entwicklung, Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens bis ins hohe Alter und Gewährleistung eines förderlichen und unterstützenden Umfelds.

Grundlage der verwendeten Daten zum Thema „Trends in Population Ageing“ bildet der Bericht „World Population Prospects: the 2019 Revision“. Dabei habe sich in allen Regionen die Lebenserwartung seit 1950 erhöht. Die Bevölkerungsgröße und Alterszusammensetzung werden laut UN von drei demografischen Prozessen bestimmt: Fruchtbarkeit, Mortalität und Migration. Von Bedeutung sei daher der aktuelle Aktionsplan “Political Declaration and the Madrid International Plan of Action on Ageing”. Die spezifischen Handlungsempfehlungen hierin geben älteren Menschen und ihrer Entwicklung Vorrang.

Zu den ethischen Themen des Projekts:

1. Gesundheit und Wohlbefinden

Allgemein: Die UN vertritt ein breites, normatives Verständnis von Gesundheit als Funktionsvermögen, das gleichzeitig auch die Umgebung und den sozialen Kontext umfasst, vergleichbar mit der WHO-Definition.

Einschluss von Personen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen: Die Bedürfnisse chronisch Kranker werden nicht speziell erwähnt.

Kosten des demographischen Wandels, Kosten-Nutzen: Der demografische Wandel und längere Lebenszeiten können laut UN fiskalen und politischen Druck generieren. Die Migration von jungen erwerbsfähigen Menschen wird als eine Möglichkeit gesehen, den demografischen Wandel zu verlangsamen.

Prävention: Wichtigkeit von Prävention wird hervorgehoben.

Einseitige Bevorzugung und Moralisierung von Gesundheit gegenüber anderen Werten: Die UN stellt Gesundheit bis ins hohe Alter im Allgemeinen als objektiv erstrebenswert dar.

Besondere Gesundheitsbedürfnisse Älterer, Geriatrie: Thema wird nicht angesprochen.

Integration sozialer Dienste: Thema wird nicht angesprochen.

Anfordernisse von Langzeitpflege: Thema wird nicht angesprochen.

Altersfreundliche und aktivierende Umgebung: Wird kurz thematisiert.

2. Konzeption des Guten/Capabilities

Allgemein: Wird kaum thematisiert.

Wert von Gesundheit: Gesundheit als übergeordneter Wert bzw. Vorbedingung für ein gutes Leben: Thema wird nicht angesprochen.

Engführung auf/besondere Betonung von Aktivität: Thema wird nicht angesprochen.

Vor- und Nachteile subjektiver gegenüber objektiver Auffassungen des gelingenden Alterns: Thema wird nicht angesprochen.

Teilhabe: Die UN hebt aktive Teilhabe hervor.

Kulturelle Differenz: Thema wird nicht angesprochen.

Lebenslaufperspektive: Thema wird nicht angesprochen.

3. Würde/Freiheit/Autonomie

Allgemein: Thema wird nicht angesprochen.

Maßnahmen gegen Ageism: Thema wird nicht angesprochen.

Umgang mit Sterben und Tod, Unterstützung: Thema wird nicht angesprochen.

4. Gerechtigkeit/Determinanten/Eigenverantwortung

Allgemein: Als normative Grundlage hervorgehoben.

Soziale Ungleichheit, Einfluss sozialer Ungleichheit auf gelingendes Altern berücksichtigen: Kein Thema.

Gender-Fragen: Kein Thema.

Neoliberale Politik und Betonung individueller Verantwortung; Abbau des Wohlfahrtsstaats: Wichtigkeit von sozialstaatlichen Maßnahmen betont. Abbau als Thema nicht berücksichtigt.

5. Ethik und hohes Alter

Allgemein: Hochaltrigkeit nicht eigens thematisiert.

Wahl des eigenen Umfelds: Nicht erwähnt.

Soziale Isolation verhindern: Nicht thematisiert.

Individualismus und Interdependenz: Nicht thematisiert.

Negativität und Grenzen: Nicht erwähnt.

Altersdiskriminierung und Lebensphasen: Nicht erwähnt.

Zusammenfassung:

Die UN-Richtlinie deckt nur wenige ethischen Themen ab, die im Projekt identifiziert wurden. Eine besonders wichtige Rolle spielt das Thema Kosten des demografischen Wandels, aber auch Prävention und Vorrang der Gesundheit. Besonders hervorgehoben wird auch die aktive Teilhabe sowie politische Themen, wie individuelle Verantwortung und Migration. Die Mehrheit der im Projekt identifiziert ethischen Themen werden im Text der UN jedoch nicht erwähnt.

3.8.3 Kurzcharakteristik Europäische Union – Der EU-Beitrag für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen, EU, 2012

Quelle: <https://op.europa.eu/de/publication-detail/-/publication/5f78f31d-1cac-4263-a76d-7077555349da/language-de/format-PDF/source-101648168> (aufgerufen am 5.3.2020)

Der allgemeine rechtliche und ethische Rahmen: Grundrechte der EU-Charta; spezifische Richtlinien zur Gleichstellung der Geschlechter; UN-Konvention über die Rechte der Menschen mit Behinderungen; Europäische Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten

Bezug zu anderen Richtlinien, internationalen Dokumenten zum Alter(n): Eurobarometer-Umfrage zu aktivem Altern; Strategie Europa 2020; EU-Richtlinie 2000/78/EG zur Bekämpfung von Diskriminierung; Richtlinien zu Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz; Gesetzgebung zur Gewährleistung, dass mobile Arbeitnehmer erworbene Rentenansprüche erhalten können und dass diese geschützt bleiben; Europäischer Demografiebericht; Aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen. Ein statistisches Porträt der Europäischen Union 2012; Gemeinsamer Rentenbericht 2010; Eurobarometer-Spezialumfrage zum Thema Gesundheit und Langzeitpflege; Europäische Charta der Rechte und Verantwortlichkeiten älterer pflege- und hilfsbedürftiger Menschen, u.v.m.

Ziel: Förderung von „aktivem Altern“ mit Hilfe eines Programms als Beitrag der EU zur Zusammenarbeit auf europäischer Ebene, um sicherzustellen, dass die Solidarität zwischen den Generationen dem demografischen Wandel standhält.

Struktur: Broschüre zum Europäischen Jahr 2012. Vorwort des EU-Kommissars Andor; Einleitung; 1. Aktives Altern und die grundlegenden Ziele und Werte der EU; 2. EU-Gesetzgebung zur Unterstützung des aktiven Alterns; 3. Wie europäische Struktur- und Kohäsionsfonds aktives Altern unterstützen; 4. Forschung und Innovation; 5. EU-Unterstützung für nationale politische Entscheidungsträger: koordinierte Strategien und gegenseitiges Lernen.

Inhalt: Der EU-Beitrag für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen ist eine Broschüre, die Interessensgruppen auf allen Ebenen dazu anregen soll, Maßnahmen zum „aktiven Altern“ zu ergreifen. Es soll insbesondere die Solidarität zwischen den Generationen gefördert werden und hierdurch dem demografischen Wandel durch eine Betonung des Beitrags, den ältere Menschen für die Gesellschaft leisten und durch eine Verstärkung ihrer Unabhängigkeit begegnet werden. Grundlage bilden insbesondere Daten zum demografischen Wandel aus der Eurobarometer-Umfrage zu aktivem Altern. Im Weiteren wird aktives Altern im Kontext der grundlegenden Ziele und Werte der EU diskutiert und die EU-Gesetzgebung zur Unterstützung des aktiven Alterns dargelegt. Weitere Themen sind die Unterstützung aktiven Alterns durch europäische Struktur- und Kohäsionsfonds, die aktuelle Forschung in Bezug auf das Alter(n) und die Unterstützung der EU für nationale politische Entscheidungsträger.

Zu den ethischen Themen des Projekts:

1. Gesundheit und Wohlbefinden

Allgemein: Gesundheit wird im EU-Beitrag wenig diskutiert. Im Mittelpunkt steht „aktives Altern“.

Einschluss von Personen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen: Die EU verweist an einer Stelle auf ältere Menschen mit Behinderungen, insbesondere mit Blick auf die Überwindung von Hindernissen zur Teilnahme am beruflichen, wirtschaftlichen und sozialen Leben.

Kosten des demographischen Wandels, Kosten-Nutzen: Der demografische Wandel und längere Lebenszeiten werden laut EU-Bericht starke und vor allem negative Folgen auf das System haben. Dem soll mit "aktivem Altern" als europäische Beschäftigungsstrategie entgegengewirkt werden.

Prävention: Wichtigkeit von Prävention wird hervorgehoben, häufig mit Blick auf längeres Arbeiten und den Erhalt der Arbeitsfähigkeit.

Einseitige Bevorzugung und Moralisierung von Gesundheit gegenüber anderen Werten: Der EU-Bericht betont die Wichtigkeit „aktiven Alterns“, wozu auch sportliche Betätigung und ein bestimmter Lebensstil empfohlen werden.

Besondere Gesundheitsbedürfnisse Älterer, Geriatrie: Wird nicht besonders hervorgehoben.

Integration sozialer Dienste: Wird nicht thematisiert.

Anfordernisse von Langzeitpflege: Wird thematisiert, v.a. mit Blick auf Gewalt bei der Pflege älterer Menschen.

Altersfreundliche und aktivierende Umgebung: Aufgrund der Ausrichtung des EU-Berichts an „aktivem Altern“, bildet das Thema altersfreundliche und aktivierende Umgebung einen Schwerpunkt und wird häufig thematisiert, v.a. mit Blick auf die europäische Beschäftigungsstrategie.

2. Konzeption des Guten/Capabilities

Allgemein: Wird nicht besonders hervorgehoben.

Wert von Gesundheit: Gesundheit als übergeordneter Wert bzw. Vorbedingung für ein gutes Leben: Gesundheit älterer Menschen wird im EU-Bericht als Möglichkeit der Aktivität verstanden. Dies ist Bedingung für die europäische Beschäftigungsstrategie. Gesellschaftlicher Beitrag hängt von Aktivität ab, bei wenig Aktivität entstehen Nachteile und Belastungen.

Engführung auf/besondere Betonung von Aktivität: Im gesamten EU-Bericht werden Tätigkeiten, die einen Beitrag zur Gesellschaft leisten betont. Allgemein werden Funktionsvermögen, Tätigkeit und Autonomie stark hervorgehoben.

Vor- und Nachteile subjektiver gegenüber objektiver Auffassungen des gelingenden Alterns: Subjektive Definitionen des Guten werden kaum berücksichtigt. Insgesamt wird eine klare Vorgabe gemacht, was alle anstreben sollten: aktives Altern.

Teilhabe: Der EU-Bericht betont aktive Teilhabe älterer Menschen.

Kulturelle Differenz: Kulturelle Vielfalt beim Verständnis des Alter(n)s an einer Stelle des EU-Berichts kurz thematisiert.

Lebenslaufperspektive: Wird nicht thematisiert.

3. Würde/Freiheit/Autonomie

Allgemein: Autonomie wird an wenigen Stellen als „selbstständige Lebensführung“ thematisiert, immer mit Blick auf aktives Altern.

Maßnahmen gegen Ageism: Wird nicht thematisiert.

Umgang mit Sterben und Tod, Unterstützung: Wird nicht thematisiert.

4. Gerechtigkeit/Determinanten/Eigenverantwortung

Allgemein: Als normative Grundlage hervorgehoben.

Soziale Ungleichheit, Einfluss sozialer Ungleichheit auf gelingendes Altern berücksichtigen: Wenig thematisiert.

Gender-Fragen: Grundrechte der EU-Charta beziehen sich auch auf Gleichstellung von Frauen und Männern. Wichtiges Thema im EU-Bericht.

Neoliberale Politik und Betonung individueller Verantwortung; Abbau des Wohlfahrtsstaats: Wichtigkeit von sozialstaatlichen Maßnahmen wird betont, insbesondere mit Blick auf die gesamte EU und Menschen, die innerhalb ihrer beruflichen Laufbahn in unterschiedlichen Rechtssystemen versichert waren. EU-weiter Anspruch auf gesetzliche Renten und sozialen Schutz wird herausgestellt. Wichtigste politische Strategie: Beschäftigung. Abbau als Thema nicht berücksichtigt.

5. Ethik und hohes Alter

Allgemein: Hochaltrigkeit nicht eigens thematisiert.

Wahl des eigenen Umfelds: Im EU-Bericht erwähnt, in Bezug auf die Definition „aktives Altern“ sowie das Forschungsprojekt „InCasa“.

Soziale Isolation verhindern: Die EU thematisiert soziale Isolation älterer Menschen mit Bezug auf ländliche Regionen und Forschungsprojekte zur sozialen Ausgrenzung.

Individualismus und Interdependenz: Wird nicht thematisiert.

Negativität und Grenzen: Kein zentrales Thema.

Altersdiskriminierung und Lebensphasen: Diskriminierung ist im EU-Bericht ein wichtiges Thema. Deren Bekämpfung wird als wichtig angesehen, damit aktives Altern gelingen kann.

Zusammenfassung:

Viele der im Projekt identifizierten ethischen Themen werden im EU-Beitrag abgedeckt. Eine besonders wichtige Rolle spielen im Bereich Gesundheit und Wohlbefinden die Punkte Kosten des demografischen Wandels, Prävention, Anforderungen von Langzeitpflege und Altersfreundliche Umgebung. Gesundheit älterer Menschen wird im EU-Bericht dabei vor allem als Möglichkeit der Aktivität verstanden. Dies ist Bedingung für die europäische Beschäftigungsstrategie. Der gesellschaftliche Beitrag älterer Menschen hängt von deren Aktivität ab, bei wenig Aktivität entstünden Nachteile und Belastungen.

Im Themenbereich Konzeption des Guten/Capabilities liegt ein Schwerpunkt auf der Engführung auf/besondere Betonung von Aktivität. Auch im Themenbereich Gerechtigkeit/Determinanten/Eigenverantwortung werden Gender-Fragen und hier vor allem die gesundheitliche Ungleichheit als Resultat von Diskriminierung hervorgehoben. Das Thema Ethik und hohes Alter wird ebenfalls diskutiert, jedoch hauptsächlich unter dem Gesichtspunkt Altersdiskriminierung und Lebensphasen, aber auch soziale Isolation und Wahl des eigenen Umfelds.

Das Themenfeld Würde/Freiheit/Autonomie wird hingegen nur wenig berücksichtigt, allerdings wird Autonomie an wenigen Stellen als „selbstständige Lebensführung“ thematisiert, jedoch immer mit Blick auf aktives Altern. Die personenzentrierte Integration sozialer Dienste, die geriatrische Versorgung, Altern als Prozess mit vielen Facetten, Lebenslaufperspektiven, Ageism, Sterben und Tod sowie Hochaltrigkeit kommen als eigenes Thema nicht vor. Auch subjektive Definitionen des Guten werden kaum berücksichtigt. Insgesamt wird eine klare Vorgabe gemacht, was alle anstreben sollten, nämlich aktives Altern.

3.8.4 Kurzcharakteristik Bundesministerium für Bildung und Forschung – Ältere Menschen, BMBF

Quelle

<https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/altere-menschen-6779.php> (Webseite ohne Datum)

Allgemein

Der allgemeine rechtliche und ethische Rahmen: nicht expliziert

Bezug zu anderen Richtlinien, internationalen Dokumenten zum Alter(n): Statistisches Bundesamt, Ständige Impfkommission (STIKO) des Robert Koch Instituts, Studien der Versorgungs- und Pflegeforschung für ältere und hochbetagte Menschen, Forschungsverbund „AEQUIPA - Körperliche Aktivität, Gerechtigkeit und Gesundheit: Primärprävention für gesundes Altern“.

Ziel: „Forschen für ein gesundes Leben“, Wissenschaftlich abgesicherte Empfehlungen für die Versorgung älterer Menschen geben, Förderung klinischer Studien mit hoher Relevanz für die Versorgung älterer und hochaltriger Patientinnen und Patienten, den Bedürfnissen und Wünschen älterer Menschen gerecht werden.

Struktur: Es handelt sich um ein Dossier, d.h. eine Webseite auf den Seiten des BMBF unter dem Statement „Forschen für ein gesundes Leben“. Einleitung; Unterüberschriften: Alter: Was ist das eigentlich?; Multimorbidität und Polypharmazie; Krankheiten aktiv verhindern; Alter als medizinische und soziale Herausforderung. Zwei Infoboxen.

Inhalt: Das Bundesministerium für Bildung und Forschung betont, dass der demografische Wandel für unsere Gesellschaft große Herausforderungen mit sich bringt. Dabei sind vor allem Themen wie Autonomie, soziales Umfeld, körperliche und geistige Leistungsfähigkeit sowie Lebensqualität im Alter relevant. Insbesondere Fragen nach einem leistungsfähigen Versorgungssystem für immer mehr chronisch kranke Menschen, bei gleichzeitig weniger verfügbaren finanziellen Mitteln, aber auch die Frage nach der geriatrischen Versorgung, zum Beispiel mit Medikamenten und Impfungen, und die Prävention durch „aktives Altern“ stehen dabei im Fokus.

Das BMBF bezieht sich vor allem auf Richtlinien und Dokumente des Statistischen Bundesamts, der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert Koch Instituts, der Studien der Versorgungs- und Pflegeforschung für ältere und hochbetagte Menschen sowie des Forschungsverbunds „AEQUIPA - Körperliche Aktivität, Gerechtigkeit und Gesundheit: Primärprävention für gesundes Altern“. Dennoch liegen laut BMBF für die Versorgung älterer Menschen zu wenig wissenschaftlich abgesicherte Empfehlungen vor. Daher ist ein erklärtes Ziel die „Förderung klinischer Studien mit hoher Relevanz für die Versorgung älterer und hochaltriger Patientinnen und Patienten“. Unter dem Schlagwort „Forschen für ein gesundes Leben“ sollen die Bedürfnisse und Wünschen älterer Menschen untersucht und diesen entsprechend begegnet werden.

Zu den ethischen Themen des Projekts:

1. Gesundheit und Wohlbefinden

Allgemein: Das BMBF vertritt ein normatives Verständnis von Gesundheit als Funktionsvermögen, das gleichzeitig auch die Umgebung und den sozialen Kontext umfasst.

Einschluss von Personen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen: Chronische Erkrankungen und Behinderungen werden nicht näher thematisiert.

Kosten des demographischen Wandels, Kosten-Nutzen: Der demografische Wandel und längere Lebenszeiten werfen laut BMBF finanzielle und ökonomische Fragen auf, denen mit Prävention, neuen Technologien und neuen Konzepten begegnet werden müsse.

Prävention: Wichtigkeit von Prävention wird hervorgehoben, Grenzen werden nicht thematisiert.

Einseitige Bevorzugung und Moralisierung von Gesundheit gegenüber anderen Werten: Das BMBF stellt die Prävention, bestimmter Lebensstile sowie healthy aging im Allgemeinen als objektiv erstrebenswert dar, betont aber auch die Wichtigkeit einer selbstständigen Lebensführung.

Besondere Gesundheitsbedürfnisse Älterer, Geriatrie: Das BMBF betont die Wichtigkeit der (medizinischen) Versorgung älterer Menschen sowie der Prävention und Erforschung geriatrischer Erkrankungen.

Integration sozialer Dienste: Soziale Dienste werden nicht eigens thematisiert.

Anfordernisse von Langzeitpflege: Langzeitpflege wird nicht eigens thematisiert.

Altersfreundliche und aktivierende Umgebung: Altersfreundliche Umgebung wird nicht eigens thematisiert.

2. Konzeption des Guten/Capabilities

Allgemein: Das BMBF geht von einem generellen Verlust der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit aus, jedoch wird angenommen, dass dieser durch Lebenserfahrung kompensiert werden könne.

Wert von Gesundheit: Gesundheit als übergeordneter Wert bzw. Vorbedingung für ein gutes Leben: Erhaltung der Gesundheit älterer Menschen wird betont, dem Alterungsprozess müsse entgegengewirkt werden, Schlagwort „gesundes Altern“.

Engführung auf/besondere Betonung von Aktivität: Allgemein werden Funktionsvermögen, Tätigkeit, aber auch Autonomie hervorgehoben. Wohlbefinden durch Gesundheit und körperliche Betätigung.

Vor- und Nachteile subjektiver gegenüber objektiven Auffassungen des gelingenden Alterns: Subjektive Definitionen des Guten werden nicht berücksichtigt.

Teilhabe: Aktive Teilhabe wird nicht eigens thematisiert.

Kulturelle Differenz: Kulturelle Vielfalt beim Verständnis des Alter(n)s wird nicht thematisiert.

Lebenslaufperspektive: Lebenslauf wird nicht eigens thematisiert.

3. Würde/Freiheit/Autonomie

Allgemein: Selbstständiges Leben wird als wichtig erachtet, aber auch als Herausforderung für die Gesellschaft gesehen.

Maßnahmen gegen Ageism: Ageism wird nicht thematisiert.

Umgang mit Sterben und Tod, Unterstützung: Umgang mit Sterben und Tod werden vom BMBF nicht thematisiert.

4. Gerechtigkeit/Determinanten/Eigenverantwortung

Allgemein: Gerechtigkeit und Menschenrechte werden nicht thematisiert.

Soziale Ungleichheit, Einfluss sozialer Ungleichheit auf gelingendes Altern berücksichtigen: Soziale Ungleichheit wird nicht thematisiert.

Gender-Fragen: Gender-Fragen werden nicht angesprochen.

Neoliberale Politik und Betonung individueller Verantwortung; Abbau des Wohlfahrtsstaats: Wichtigkeit von sozialstaatlichen Maßnahmen wird betont.

5. Ethik und hohes Alter

Allgemein: Hochaltrigkeit wird nicht eigens thematisiert.

Wahl des eigenen Umfelds: Selbstständiges Leben wird betont und wird mit „gewohntem sozialem Umfeld“ und „eigenen vier Wänden“ gleichgesetzt.

Soziale Isolation verhindern: Nicht thematisiert.

Individualismus und Interdependenz: Soziale Kohäsion und Überforderung von Familien wird nicht thematisiert.

Negativität und Grenzen: Negativität und Grenzen sind kein Thema beim BMBF.

Altersdiskriminierung und Lebensphasen: Nicht erwähnt.

Zusammenfassung:

Das BMBF deckt nur einige der ethischen Themen ab, die im Projekt identifiziert wurden. Eine besonders wichtige Rolle spielen die (medizinische) Versorgung älterer Menschen sowie die Prävention und Erforschung geriatrischer Erkrankungen. Dabei stellt das BMBF Prävention, bestimmte Lebensstile sowie healthy aging im Allgemeinen als objektiv erstrebenswert dar, betont aber auch die Wichtigkeit einer selbstständigen Lebensführung und Autonomie. Menschen mit Behinderung, soziale Diensten und Langzeitpflege, subjektive Definitionen des Guten, kulturelle Differenz und Pluralität, Sterben und Tod, Ageism, Menschenrechte, Diskriminierung, soziale Ungleichheit sowie Gender-Fragen werden wenig berücksichtigt. Ethik und hohes Alter kommt als eigenes Thema nicht vor.

3.8.5 Kurzcharakteristik Bundesministerium für Gesundheit – Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen, BMG, 2019

Quelle

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/praevention-aelttere-menschen.html>
(19.07.2019)

Allgemein

Der allgemeine rechtliche und ethische Rahmen: Als Prinzipien werden genannt: Menschenrechte, Geschlechtergleichheit, Gleichstellung und Nichtdiskriminierung, Gerechtigkeit und Solidarität zwischen den Generationen.

Bezug zu anderen Richtlinien, internationalen Dokumenten zum Alter(n):

- Erster globaler Bericht zu Altern und Gesundheit (2015): „World report on ageing and health“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO),
- Strategie und Aktionsplan zu gesundem Altern der WHO (2016),
- Europäische Region der WHO (2012): „Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012-2020)“,

- Der Nationale Aktionsplan: „IN FORM - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ mit einem Schwerpunkt im Internetportal (www.in-form.de) im Bereich „Ernährung und Bewegung für Ältere“ sowie die Broschüre „66 Tipps für ein genussvolles und aktives Leben mit 66+“,

- Bundesregierung: Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland (Altenbericht),

- Bilanz der Demografiepolitik in der 18. Legislaturperiode der Bundesregierung: „Jedes Alter zählt – Für mehr Wohlstand und Lebensqualität aller Generationen“,

- Agenda der Arbeitsgruppe der Demografiestrategie der Bundesregierung (die „Allianz für Menschen mit Demenz“) (2014): „Gemeinsam für Menschen mit Demenz“,

- Empfehlungsbericht des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA) und der Partner der „Allianz für Menschen mit Demenz“ von BMG und BMFSFJ beauftragt, als Grundlage für eine Nationale Demenzstrategie, die 2020 vom Bundeskabinett beschlossen werden soll,

- 2018 überarbeiteter Leitfaden: „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ des GKV-Spitzenverbandes,

- Programm der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: „Gesundes Alter“,

- Themenschwerpunkt der BZgA und des Verbands der Privaten Krankenversicherung (PKV): „Gesundes Alter“ (2014) mit Programm: „Älter werden in Balance“,

- Bundesministerium für Gesundheit und Robert Koch-Institut (RKI): bundesweites kontinuierliches Gesundheitsmonitoring, regelmäßige Gesundheitsstudien mit repräsentativen Befragungen und Untersuchungen der zu Hause lebenden Bevölkerung in Deutschland.

Für weiterführende Informationen wird zudem verwiesen auf:

- Demografieportal des Bundes und der Länder,

- Internetportal „Gesund und aktiv älter werden“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, - Publikation „Gesundheit und Krankheit im Alter“ des Robert Koch-Instituts (2009),

- Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach §5 SGB XI“ des GKV-Spitzenverbandes,

- schriftliche Kongressdokumentation des gemeinsamen Präventionskongress von BMG und Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPg) unter dem Motto „Prävention und Pflege“ 2015 in Berlin,

- 9. gemeinsamer Präventionskongress von BMG und BVPg zum Thema „Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege“ 2019 in Berlin,

- 7. gemeinsamer Präventionskongress und BVPg-Statuskonferenz „Gesundheitsförderung und Prävention in der stationären Pflege“ (2017),

- diverse Broschüren für Menschen in der zweiten Lebenshälfte,

- Publikationen für Fachkräfte zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Portal „Gesund und aktiv älter werden“.

Ziel: Übersicht über die Aktivitäten des BMG und weiterer Institutionen zum Thema „Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen“ sowie Darstellung des siebten nationalen Gesundheitsziels „Gesund älter werden“.

Struktur: Es handelt sich um eine Webseite des BMG unter dem Reiter „Früherkennung & Vorsorge“. Unterüberschriften: Allgemeines/Demografische Entwicklung; Vorbeugung von Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit / Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation; Aktivitäten der Weltgesundheitsorganisation (WHO); IN FORM; Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“; Altenbericht; Demografiestrategie; Weitere Aktivitäten des BMG und des Geschäftsbereichs; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA); Robert Koch-Institut (RKI).

Inhalt: Hauptsächlich bezieht sich das BMG auf die demografische Entwicklung und auf die als in einer Gesellschaft des längeren Lebens für wichtig erachteten Säulen des Gesundheitswesens, nämlich die Vorbeugung von Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit, die Prävention und die Rehabilitation. Der demografische Wandel mache zudem laut BMG eine Demografiepolitik bzw. -strategie notwendig, um Wohlstand und Lebensqualität aller Generationen zu sichern. Es stellt daher die eigenen Aktivitäten zum Thema „Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen“ dar, unter anderen das nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“. Dieses wurde im Kooperationsverbund mit weiteren Institutionen erarbeitet, am 29. März 2012 veröffentlicht und beinhaltet einen Zielekatalog mit drei Handlungsfeldern, dreizehn Zielen sowie Teilziele und Maßnahmevorschläge.

Auch die Aktivitäten weiterer Institutionen werden vorgestellt, wie die Berichte und Aktionspläne der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Nationale Aktionsplan „IN FORM - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“, die Altenberichte sowie die Demografiestrategie der Bundesregierung, das Programm „Gesundes Alter“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sowie das Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts (RKI).

Zu den ethischen Themen des Projekts:

1. Gesundheit und Wohlbefinden

Allgemein: Das BMG vertritt ein breites, normatives Verständnis von Gesundheit als Funktionsvermögen, das gleichzeitig auch die Umgebung und den sozialen Kontext umfasst. Das BMG verfolgt als nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“.

Einschluss von Personen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen: Chronische Erkrankungen werden nur im Kontext der medizinischen Prävention thematisiert.

Kosten des demographischen Wandels, Kosten-Nutzen: Der demografische Wandel macht laut BMG eine Demografiepolitik bzw. -strategie notwendig, um Wohlstand und Lebensqualität aller Generationen zu sichern.

Prävention: Wichtigkeit von Prävention hervorgehoben.

Einseitige Bevorzugung und Moralisierung von Gesundheit gegenüber anderen Werten: Bestimmte Lebensstile werden vom BMG im Allgemeinen als objektiv erstrebenswert dargestellt.

Besondere Gesundheitsbedürfnisse Älterer, Geriatrie: Die besonderen Gesundheitsbedürfnisse Älterer werden thematisiert. Das physische und psychische Funktionsvermögen soll erhalten werden.

Integration sozialer Dienste: Wird nicht thematisiert

Anfordernisse von Langzeitpflege: Wird an zwei Stellen thematisiert.

Altersfreundliche und aktivierende Umgebung: Wird kurz erwähnt.

2. Konzeption des Guten/Capabilities

Allgemein: Wird eher wenig thematisiert.

Wert von Gesundheit: Das BMG verfolgt als nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“.

Engführung auf/besondere Betonung von Aktivität: In der Einleitung werden Tätigkeiten, die einen Beitrag zur Gesellschaft leisten hervorgeben. Dabei werden nicht nur ökonomische Aspekte betont, sondern auch die Bedeutung von sozialem Engagement und Produktivität. Allgemein werden Funktionsvermögen, Tätigkeit, Autonomie stark hervorgehoben.

Vor- und Nachteile subjektiver gegenüber objektiven Auffassungen des gelingenden Alterns: Subjektive Definitionen des Guten werden kaum berücksichtigt. Insgesamt werden eher klare Vorgaben gemacht, was alle anstreben sollten.

Teilhabe: Das BMG hebt aktive Teilhabe hervor.

Kulturelle Differenz: Kulturelle Vielfalt beim Verständnis des Alter(n)s wird nicht thematisiert.

Lebenslaufperspektive: Die Perspektive des gesamten Lebenslaufs wird vom BMG nicht thematisiert.

3. Würde/Freiheit/Autonomie

Allgemein: Kein Thema des BMG.

Maßnahmen gegen Ageism: Kein Thema des BMG.

Umgang mit Sterben und Tod, Unterstützung: Kein Thema des BMG.

4. Gerechtigkeit/Determinanten/Eigenverantwortung

Allgemein: Als normative Grundlage dargelegt.

Soziale Ungleichheit, Einfluss sozialer Ungleichheit auf gelingendes Altern berücksichtigen: Nicht thematisiert.

Gender-Fragen: Wird an einer Stelle erwähnt.

Neoliberale Politik und Betonung individueller Verantwortung; Abbau des Wohlfahrtsstaats: Eigenverantwortung wird eher wenig thematisiert, dafür Demografiestrategie der Bundesregierung.

5. Ethik und hohes Alter

Allgemein: Hochaltrigkeit nicht eigens thematisiert.

Wahl des eigenen Umfelds: Kaum erwähnt.

Soziale Isolation verhindern: Nicht thematisiert.

Individualismus und Interdependenz: Nicht thematisiert.

Negativität und Grenzen: Kein Thema.

Altersdiskriminierung und Lebensphasen: Nicht erwähnt.

Zusammenfassung:

Das BMG deckt nur wenige der ethischen Themen ab, die im Projekt herausgestellt wurden. Besonders betont werden aktives und gesundes Alter(n) sowie allgemein Funktionsvermögen und Tätigkeit. Wichtig sei eine Demografiepolitik bzw. -strategie, daher fokussiert das BMG auf das nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ sowie auf Aktivitäten weiterer Institutionen. Eine wichtige Rolle spielen zudem die Vorbeugung von Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit, die Gesundheitsförderung, die Prävention und die Rehabilitation. Dabei stellt das BMG bestimmte Lebensstile sowie healthy aging im Allgemeinen als objektiv erstrebenswert dar. Zu den Themen chronische Erkrankungen und Menschen mit Behinderung, soziale Diensten, subjektive Definitionen des Guten, kulturelle Differenz und Pluralität, Sterben und Tod, Ageism, soziale Ungleichheit sowie Gender-Fragen findet sich wenig bis gar nichts. Die Themenkomplexe „Würde/Freiheit/Autonomie“ sowie „Ethik und hohes Alter“ werden nicht thematisiert.

3.8.6 Kurzcharakteristik Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung / Deutsches Zentrum für Altersfragen – Gesund älter werden, GVG/DZA, 2012

Quelle

http://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?__cms_page=nationale_gz/gesund_aelter (Webseite ohne Datum, Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ wurde 2012 veröffentlicht)

Allgemein: Der allgemeine rechtliche und ethische Rahmen: Nicht expliziert.

Bezug zu anderen Richtlinien, internationalen Dokumenten zum Alter(n): Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“.

Ziel: Das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“, das 2012 veröffentlicht wurde, soll von der Arbeitsgruppe der GVG mit umgesetzt werden. Damit sollen konkrete Ansätze für die mit dem demografischen Wandel verbundenen Herausforderungen gegeben werden.

Struktur: Webseite zum Thema „Gesund älter werden“. Unterüberschriften: Status Quo; Relevanz; Ziele; Empfohlene Startermaßnahmen. Es wurden zudem ein Leporello sowie Factsheets zu den einzelnen Zielen erarbeitet.

Inhalt: Die GVG unterstützt und begleitet das nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“. Dieses wurde im Kooperationsverbund mit weiteren Institutionen erarbeitet, am 29. März 2012 veröffentlicht und beinhaltet einen Zielekatalog mit drei Handlungsfeldern, dreizehn Zielen sowie Teilziele und Maßnahmenvorschläge. So sollen konkrete Maßnahmen für die mit dem demografischen Wandel verbundenen Herausforderungen getroffen werden, insbesondere in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention, gesundheitliche und pflegerische Versorgung sowie die Zielgruppe 65plus und das Thema Demenz.

Zu den ethischen Themen des Projekts:

1. Gesundheit und Wohlbefinden

Allgemein: Die GVG vertritt ein eher naturalistisches Verständnis von Gesundheit als Funktionsvermögen, mit dem einzigen Ziel „Gesund älter werden“. Die Umgebung und der soziale Kontext werden zwar thematisiert, stehen aber nicht im Vordergrund.

Einschluss von Personen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen: Die GVG stellt als eines ihrer Gesundheitsziele „Gesund älter werden“ die Erhaltung und Stärkung der Gesundheit, Lebensqualität und Teilhabe von älteren Menschen mit Behinderungen dar.

Kosten des demographischen Wandels, Kosten-Nutzen: Der demografische Wandel wird als große Herausforderung der Gesundheitsversorgung betont, dem mit dem Ziel „Gesund älter werden“ begegnet werden soll.

Prävention: Wichtigkeit von Prävention wird hervorgehoben.

Einseitige Bevorzugung und Moralisierung von Gesundheit gegenüber anderen Werten: Die GVG legt als einziges Ziel „Gesund älter werden“ fest und stellt dies als objektiv erstrebenswert dar. Dies soll über Gesundheitsförderung, Prävention, gesundheitliche und pflegerische Versorgung sowie besonderen Aspekte für die Zielgruppe 65plus erreicht werden.

Besondere Gesundheitsbedürfnisse Älterer, Geriatrie: Wichtigstes Thema der GVG sind die besonderen Gesundheitsbedürfnisse Älterer. Die medizinische Versorgung älterer Menschen wird als wichtiges Ziel betont.

Integration sozialer Dienste: Wird von der GVG am Rande thematisiert.

Anfordernisse von Langzeitpflege: Die Versorgung Pflegebedürftiger und insbesondere an Demenz Erkrankter werden als Ziele gesetzt.

Altersfreundliche und aktivierende Umgebung: Die Entwicklung eines kommunalen Modells zur bewegungsförderlichen Gestaltung wird als Startermaßnahme empfohlen.

2. Konzeption des Guten/Capabilities

Allgemein: Wird nicht thematisiert.

Wert von Gesundheit: Gesundheit als übergeordneter Wert bzw. Vorbedingung für ein gutes Leben: Gesundheit älterer Menschen wird im Kontext des demografischen Wandels als übergeordnetes Thema von großer Bedeutung betrachtet.

Engführung auf/besondere Betonung von Aktivität: Körperliche Aktivität älterer Menschen wird als Ziel formuliert.

Vor- und Nachteile subjektiver gegenüber objektiver Auffassungen des gelingenden Alterns: Es werden klare Vorgaben gemacht, was alle anstreben sollen.

Teilhabe: Nicht erwähnt.

Kulturelle Differenz: Nicht erwähnt.

Lebenslaufperspektive: Nicht erwähnt.

3. Würde/Freiheit/Autonomie

Allgemein: Nicht erwähnt.

Maßnahmen gegen Ageism: Nicht erwähnt.

Umgang mit Sterben und Tod, Unterstützung: Nicht erwähnt.

4. Gerechtigkeit/Determinanten/Eigenverantwortung

Allgemein: Nicht erwähnt.

Soziale Ungleichheit, Einfluss sozialer Ungleichheit auf gelingendes Altern berücksichtigen: Nicht erwähnt.

Gender-Fragen: Nicht erwähnt.

Neoliberale Politik und Betonung individueller Verantwortung; Abbau des Wohlfahrtsstaats: Nicht erwähnt.

5. Ethik und hohes Alter

Allgemein: Nicht erwähnt.

Wahl des eigenen Umfelds: Modelle zur Wohnraumanpassung werden als Startermaßnahmen empfohlen.

Soziale Isolation verhindern: Teilhabe und Verringerung von Isolation werden als Ziele genannt.

Individualismus und Interdependenz: Überforderung von Familien als Versorgungsinstanzen für Pflege werden erwähnt.

Negativität und Grenzen: Nicht erwähnt.

Altersdiskriminierung und Lebensphasen: Nicht erwähnt.

Zusammenfassung:

Die GVG deckt relativ wenige der im Projekt identifizierten ethischen Themen ab. Betont werden die Erhaltung und Stärkung der Gesundheit, der Lebensqualität und der Teilhabe von älteren Menschen mit Behinderungen, die Wichtigkeit von Prävention, die besonderen Gesundheitsbedürfnisse und die medizinische Versorgung älterer Menschen, soziale Dienste, die Versorgung Pflegebedürftiger und insbesondere an Demenz Erkrankter, die Entwicklung eines kommunalen Modells zur bewegungsförderlichen Gestaltung als Startermaßnahme und körperliche Aktivität älterer Menschen. Auch Modelle zur Wohnraumanpassung werden als Startermaßnahmen empfohlen, Teilhabe und Verringerung von Isolation werden als Ziele genannt und die Überforderung von Familien als Versorgungsinstanzen für Pflege wird erwähnt. Die GVG stellt dabei als objektiv erstrebenswertes Ziel „Gesund älter werden“ dar. Dabei werden klare Vorgaben gemacht, was alle anstreben sollen.

Altern als Prozess, kulturelle Differenz und Pluralität, die Perspektive auf den Lebenslauf, Ageism, Sterben und Tod, soziale Ungleichheit, Gender-Fragen, Neoliberale Politik und Betonung individueller Verantwortung, Negativität und Grenzen sowie Altersdiskriminierung und Lebensphasen werden nicht thematisiert. Auch die Themenkomplexe „Gerechtigkeit/Determinanten/Eigenverantwortung“ sowie „Würde/Freiheit/Autonomie“ kommen als eigene Themen nicht vor.

3.8.7 Fazit der Richtlinienanalyse

Die hier 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 Wertepluralität 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-altersberichte.html>).

3.9 Literatur zum Dritten Hauptteil

- 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.
- 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.
- 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.
- 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. (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.
- Crawford, R. (2006). Health as a meaningful social practice. *Health*, 10(4), 401-420.
- 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.
- Foster, L., & Walker, A. (2015). Active and successful aging: A European policy perspective. *The Gerontologist*, 55(1), 83-90.

-
- 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.
- Gee, E. M., & Gutman, G. (2000). *The overselling of population aging*. Don Mills, ON: Oxford University Press.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Schramme, T. (2012). *Krankheitstheorien* (1st ed.). Berlin, DE: Suhrkamp.
- 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.
- 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.

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

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