

Silke Schicktanz, Mark Schweda (Hg.)

PRO-AGE ODER ANTI-AGING?

Altern im Fokus der modernen Medizin

Kultur der Medizin **campus**

Pro-Age oder Anti-Aging?

Kultur der Medizin

Geschichte – Theorie – Ethik

Herausgegeben von Andreas Frewer

Band 35

Editorische Mitbetreuung:

Andreas Frewer und Brigitte Lohff

Wissenschaftlicher Beirat:

Jan-Peter Beckmann (Philosophie, Medizinethik)

Andreas Frewer (Medizingeschichte, Medizinethik)

Brigitte Lohff (Medizingeschichte, Medizintechnik)

Volker Roelcke (Medizingeschichte, Anthropologie, Ethnologie)

Katja Sabisch (Soziologie, Wissenschaftsgeschichte)

Thomas Schlich (Wissenschaftstheorie, Medizingeschichte)

Alfred Simon (Medizinethik, Philosophie)

Silke Schicktanz ist Professorin für Kultur und Ethik der Biomedizin an der Abteilung für Ethik und Geschichte der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen. *Mark Schweda*, M. A., ist dort wissenschaftlicher Mitarbeiter.

Silke Schickтанz, Mark Schweda (Hg.)

Pro-Age oder Anti-Aging?

Altern im Fokus der modernen Medizin

Campus Verlag
Frankfurt/New York

© Campus Verlag GmbH

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-593-39510-4

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Copyright © 2012 Campus Verlag GmbH, Frankfurt am Main

Umschlaggestaltung: Campus Verlag, Frankfurt am Main

Druck und Bindung: CPI buchbücher.de, Birkach

Gedruckt auf Papier aus zertifizierten Rohstoffen (FSC/PEFC).

Printed in Germany

Dieses Buch ist auch als E-Book erschienen.

www.campus.de

© Campus Verlag GmbH

Inhalt

Im Spannungsfeld von Pro-Age und Anti-Aging: Interdisziplinäre Diskurse über das Altern und die Rolle der Medizin <i>Silke Schicktanx/Mark Schweda</i>	9
--	---

I. Imaginationen – Konzeptionen – Visionen

Das Unbehagen an der Medikalisierung: Theoretische und ethische Aspekte der biomedizinischen Altersplanung <i>Mark Schweda/Silke Schicktanx</i>	23
---	----

Die Würde des Alters: Leitbilder aus der Philosophiegeschichte <i>Otfried Höffe</i>	41
---	----

Strategien der Selbstregulation: Gesundheit im Alter aus entwicklungspsychologischer Perspektive <i>Susanne Wurm</i>	51
--	----

Prävention ohne Ende? Eine soziologische Bestandsaufnahme neuer Alter(n)spolitiken <i>Silke van Dyke/Stefanie Graefe</i>	69
--	----

Die Funktion von Altersgrenzen: Medizinrechtliche Probleme <i>Gunnar Dutte</i>	87
--	----

Alt in Amerika: Zur bioethischen Debatte in den USA <i>Mary V. Rorty/Anita Silvers</i>	107
--	-----

II. Limitationen – Adaptionen – Kompensationen

Der letzte Lebensabschnitt:

Verläufe, Bedarf und Konzepte aus Sicht der Versorgungsforschung

Nils Schneider/Katharina Klindtworth 127

Entwicklung mit Hindernissen:

Zur Disziplingeschichte der Geriatrie

Simone Moses 145

Der Sinn des Alterns zwischen Glück und Leiden:

Perspektiven der Philosophischen Anthropologie und Ethik

Thomas Rentsch/Morris Vollmann 159

Demenz als Ende der Personalität?

Plädoyer für eine Ethik der Relationalität

Verena Wetzstein 179

Auf einem anderen Planeten:

Kulturanthropologische Überlegungen

zur Zurechenbarkeit am Lebensende

Haim Hazan 197

Grenzen setzen?

Altersrationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen

Markus Zimmermann-Acklin 215

»Recycling des Lebenszyklus:

Zur Gerechtigkeit zwischen den Generationen

Harry R. Moody 231

III. Manipulationen – Modifikationen – Extensionen

Eine neue Medizin- und Alternskultur:

Technikfolgenabschätzung der Anti-Aging-Medizin

Astrid Stuckelberger 251

Probleme der Risikobewertung:

Die Beispiele Hormontherapie und Telomeraseforschung

Mark Schweda/ Anastasia Weiß 269

Medikalisierung des Alterns in der Frühen Neuzeit?

Eine historische Differenzierung

Daniel Schäfer 289

Jenseits von gesund und krank:

Ethische Einwände gegen Anti-Aging als Medizin

Tobias Eichinger 309

Zwischen Aktivität und Scham:

Eine kultur- und emotionssoziologische

Perspektive auf die Anti-Aging-Medizin

Frank Adloff 327

Verdrängung der Endlichkeit:

Eine existenzphilosophische Reflexion der Anti-Aging-Medizin

Claudia Bozzaro 345

Danksagung 363

Autorinnen und Autoren 365

Sachregister 371

Im Spannungsfeld von Pro-Age und Anti-Aging: Interdisziplinäre Diskurse über das Altern und die Rolle der Medizin

Silke Schicktanz/Mark Schweda

Bioethische Reflexion über die Technisierung unseres Lebens tendierte lange dazu, sich auf heikle ›Grenzfälle‹ wie die Manipulation von Lebensanfang und -ende zu konzentrieren (z.B. Singer 1994). Hierzu gehören einerseits die seit Jahren intensiv geführten Debatten um die Embryonenforschung, In-vitro-Fertilisation, Präimplantations- und Pränataldiagnostik sowie den moralischen Status des Embryos. Auf der anderen Seite des Spektrums sind Auseinandersetzungen um Lebensverlängerung und Therapiebegrenzung, passive und aktive Sterbehilfe, terminale Sedierung sowie die Bedeutung verschiedener Todeskriterien zu verorten (Hilt u.a. 2010).

Erst mit der Eröffnung eines weiteren Blickwinkels auf die moderne Medizin wurde deutlich, dass diese Fokussierung weder empirisch noch normativ angemessen ist. Die Medikalisierung *sämtlicher* Lebensbereiche (Illich 1975: 9f.) erfordert vielmehr eine gesteigerte ethische Sensibilität: Medizinisch-technische Eingriffe verändern unser gesamtes Verständnis des menschlichen Lebens und seines Verlaufes derart nachhaltig, dass die existenziellen Grundbedingungen von Handeln, Entscheiden, Autonomie, Verantwortung und Zukunftsplanung in nahezu allen Lebenslagen ständig aufs Neue hinterfragt werden können. Diese radikale Erweiterung des Blicks – von den extremen Grenzfällen auf das gesamte ›normale Leben‹ – führt dazu, dass auch dem Prozess des Alterns und seinen Folgen mehr Aufmerksamkeit zuteilwird. Die Medizin hat das Altern als Forschungs- und Praxisfeld entdeckt, das biologisch-kausal aufzuschlüsseln und zu verändern ist. Entsprechend stellt sich aus bioethischer Sicht die Frage, welche Bedeutung und Konsequenzen diese Entwicklung für Patienten und Konsumenten ebenso wie für das ärztliche Ethos und die Politik haben kann. Allerdings werden die verschiedenen bereits existierenden medizinethischen Debatten über das Altern bislang meist separat geführt: Auf der einen Seite geht es um den moralisch richtigen Umgang mit hochbetagten Menschen und die damit zusammenhängenden Themen wie etwa Bedingungen der Langzeitpflege oder Entscheidungen am Lebensende

(Hahnen 2009; Bauer/Endreß 2007; Schildmann u.a. 2006; Mittelstraß 2005; für kulturelle Vergleiche siehe z.B. Prado 2008; Blank/Merrick 2005). Auf der anderen steht die gegenwärtig boomende Anti-Aging-Medizin im Kreuzfeuer ethischer Auseinandersetzung (Maio 2011; Knell/Weber 2009). Dieser getrennte Debattenverlauf könnte nicht zuletzt darauf zurückzuführen sein, dass (vermeintlich) unterschiedliche Gruppen betroffen sind.

Im vorliegenden Band soll diese Trennung kritisch hinterfragt werden. Dabei sollen Verbindungslinien und Überschneidungen aufgezeigt werden, die sich in der Konzipierung des Alterns theoretisch wie normativ ergeben. Einen Ausgangspunkt bildet die prägnante sozialwissenschaftliche These zum wachsenden Einfluss der Medizin auf individuelle und gesellschaftliche Verständnisse von und Umgangsweisen mit dem Altern. Diese These einer (*Bio-*)*Medikalisierung des Alterns* (Kaufmann u.a. 2004; Zola 1991; Estes/Binney 1989) besagt, dass »the medical model – with its emphasis on clinical phenomena – takes precedence over, and in many cases defines, the basic biological, social, and behavioral processes and problems of aging« (ebd.: 588). Mit diesem Vordringen des »medizinischen Modells« wird demnach sowohl die individuelle als auch die gesellschaftliche Weise, wie man heute allgemein über das Altern nachdenkt, mit ihm umgeht und sich selbst und andere als alte Menschen »behandelt«, maßgeblich geprägt. In dieser Blickrichtung lassen sich dann zwei Grundannahmen ausmachen: die der Naturalisierung bzw. Biologisierung des Alterns und die seiner Pathologisierung. Die *Anti-Aging*-Medizin kann hierfür insofern als »proof of concept«, das heißt als Beleg für die Gültigkeit der Grundannahme gelten, als sie die Beseitigung des »Problems« an sich mit medizinisch-naturwissenschaftlichen Methoden verspricht (Trüeb 2006). Doch bei näherer Betrachtung der durchaus durch innere Pluralität gekennzeichneten Medizin kann die Biomedikalisierungsthese nicht alle Phänomene angemessen erklären. Vielmehr lassen sich empirisch und normativ zugleich zahlreiche *Pro-Age*-Bestrebungen identifizieren, die bestehende Kategorisierungen des Alterns hinterfragen, auf Alternativen innerhalb wie außerhalb der Medizin verweisen und positive Seiten des Alterungsprozesses zur Geltung bringen. Gerade im Zuge einer ethisch motivierten interdisziplinären Auseinandersetzung erscheint es erforderlich, beide Ansätze in den Blick zu nehmen.

Seit einiger Zeit mehren sich Abhandlungen über das Altern merklich, seien sie (bio-)medizinischer oder sozial- bzw. geisteswissenschaftlicher Art (Akademiengruppe Altern in Deutschland 2009; Gruss 2007; Baltes u.a. 1994). Viele erliegen indes der Versuchung, die steigende Lebenserwartung,

den demografischen Wandel und somit die größere Anzahl an ›Alten‹ als Beleg für die Relevanz ihres Anliegens anzuführen (Pruchno/Smyer 2007). Dabei greift dieses mehrheits- oder massenorientierte Argument zu kurz: Zum einen scheint das, was ›Alter‹ und ›Altern‹ ist und künftig sein wird, gerade mit zunehmender Erforschung immer vager, ambivalenter und subjektiver zu werden. Und zum anderen kann man sich durchaus auf den Standpunkt stellen, dass die medizinische und ethische Aufmerksamkeit für das Altern auch dann gerechtfertigt wäre, wenn es nicht so viele Personen unmittelbar beträfe, aber entweder die Eingriffstiefe medizinischer Maßnahmen oder die Reichweite individueller bzw. gesellschaftlicher Konsequenzen es notwendig erscheinen ließe. Hier setzt unser Band ebenfalls an, indem er das Spannungsfeld zwischen Problemwahrnehmung, Eingriffsmöglichkeiten, verfügbaren Alternativen sowie den vielschichtigen ethischen Implikationen zunächst einmal aufzeigt. Dahinter steht nicht zuletzt das Bemühen, auf die eigentlich normativen Hintergrundannahmen in den oftmals als empirisch-deskriptiv ausgegebenen demografischen Szenarien hinzuweisen.

Das Vorhaben, dieses Spannungsverhältnis neu zu vermessen, erfordert notwendigerweise einen fächerübergreifenden, interdisziplinären Ansatz. Praktische, empirische, theoretische und normative Perspektiven müssen sich ergänzen. Insofern wäre es wünschenswert, zukünftig (ähnlich etwa den *Gender Studies*) ein interdisziplinäres Feld der *Aging Studies* zu etablieren, in dem weder allein medizinische noch nur sozialwissenschaftliche Zugänge dominieren, sondern ethische, anthropologische, epistemologische und methodologische Perspektiven systematisch hinzugezogen werden. Dieser Band beansprucht keineswegs, dies bereits zu leisten, weil hier letztlich die ethische Blickrichtung dominiert. Allerdings zieht er historische, soziologische, psychologische, rechtlich-politische, theologische und medizinische Perspektiven hinzu und ist zudem bestrebt, verschiedene Formen und Ebenen medizinischer Ansätze bzw. Eingriffe auseinanderzuhalten, um so der Pluralität innerhalb der Medizin Rechnung zu tragen. Darüber hinaus besteht ebenso die Notwendigkeit, die breiteren kulturellen, sozio-ökonomischen und gesundheitspolitischen Zusammenhänge zu beachten, mit denen die Medizin als nur eine Größe im Austausch steht. Deshalb war es uns auch wichtig, verschiedene internationale Perspektiven einzubinden, die nicht nur auf Unterschiede im Gesundheitswesen (wie in den USA), sondern ebenfalls auf unterschiedliche kulturelle Kontexte (z.B. mit Bezug auf Recht und Religion) wie etwa in der Schweiz oder in Israel verweisen.

Und schließlich geht es um die wissenschaftstheoretische und ethische Fragestellung, inwiefern nicht nur die Medizin auf das Altern einwirkt, sondern auch umgekehrt der soziale und normative Blick auf das Altern die Medizin selbst verändert oder noch weiter verändern könnte und sollte.

Problementfaltung

Unter der Überschrift *Imaginationen – Konzeptionen – Visionen* widmet sich der erste Abschnitt einer Bestandsaufnahme von Altersverständnissen. Dabei geht es um die definitorische und theoretische Frage, was genau wir eigentlich unter ›Altern‹ verstehen. Dieser Auftakt ist von der Idee geleitet, dass solche Hintergrundverständnisse entscheidend für die Formulierung der Problemstellung und damit für die Ausgangslage aller ethischen Reflexion sind. Der Ausdruck ›Altersverständnisse‹ ist hier so weit gefasst, dass er sowohl medizinisch geprägte Vorstellungen und Bilder des Alterns (›Imaginationen‹) und theoretische Begriffsbildungen (›Konzeptionen‹) als auch wissenschaftlich-technisch inspirierte Zukunftsszenarien (›Visionen‹) umfasst. So erkunden *Mark Schweda* und *Silke Schicktanz* ausgehend von sozialwissenschaftlichen Beobachtungen zu der aufkommenden Praxis einer Planung von Altern und Tod im Horizont der modernen Medizin die ethische Bedeutung dieser Entwicklung für den Umgang mit Verantwortung(en) und für die Frage nach dem guten Leben. Ihnen geht es darum, vor allem auf Ambivalenzen und moralische Unsicherheiten hinzuweisen, die nicht allein durch Wertkonflikte angesichts medizinischer Optionen, sondern auch durch die Verschiebung von Lebensplanungsperspektiven entstehen. Das Wissen um medizinische Angebote drückt sich wiederum in neuartigen Kategorien von Chancen, Risiken und Unsicherheiten aus. Dabei geht die Verheißung zunehmender Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten mit neuen Formen von Eigen- und Fremdverantwortung einher, deren moralische Berechtigung oft noch ungeklärt ist. Die Spezifik dieser Entwicklungen tritt vor dem Hintergrund traditioneller Auffassungen des Alterns besonders deutlich hervor, wie sie *Otfried Höffe* anhand der Ausführungen von Cicero, Jakob Grimm und Ernst Bloch exemplarisch erhellte. Sie verweisen auf eine lange Tradition der philosophisch abwägenden Auseinandersetzung mit den Vorzügen und Zumutungen des höheren Alters, die auf eine innere Einübung des Einzelnen in das Älterwerden abzielt.

Welche Auswirkungen demgegenüber neuere, auch medizinisch geprägte Bilder des Alterns auf den Einzelnen haben können, macht *Susanne Wurms* entwicklungspsychologisch ausgerichteter Beitrag deutlich. Er arbeitet den Einfluss individueller Wünsche und Zielsetzungen, aber auch normativer gesellschaftlicher Erwartungen auf das Altern heraus. Gerade Medizin und Gesundheit gewinnen in diesem Zusammenhang eine zentrale Bedeutung für die (Selbst-)Wahrnehmung älterer Menschen und lösen damit zum Teil traditionelle Faktoren wie Familie und Arbeitsaufgaben ab. Vor diesem Hintergrund gehen *Silke van Dyk* und *Stefanie Graefe* den gesellschaftlichen Implikationen der neuen präventivmedizinischen Leitbilder der »jungen«, gesunden, aktiven und leistungsfähigen Alten nach. Medizinische Entwicklungen müssen ihnen zufolge viel stärker als in der klassischen medizin-ethischen Perspektive auf die Arzt-Patient-Beziehung vorgesehen auch in Trends eines sozialpolitischen »Altersmanagements« eingeordnet werden. Der wachsende Sozialabbau und die damit einhergehende Verlagerung gesundheitlicher Verantwortung auf den vorsorgenden Einzelnen verstärken demnach eine problematische biopolitische Betrachtungsweise des Alterns als eine individuelle Gestaltungsaufgabe und sozioökonomische Ressource. Inwiefern auch das Recht die aktuelle Verunsicherung im Umgang mit dem Alter(n) widerspiegelt, steht im Mittelpunkt der analytischen Ausführungen von *Gunnar Duttge*. Sie gehen systematisch der Funktion von Altersgrenzen im Medizinrecht nach und zeigen bestehende rechtliche Unsicherheiten und Regelungsbedarf in den Kontexten der medizinischen Forschung und Behandlung auf. Dabei zeigt sich, dass der besonderen Vulnerabilität und Schutzbedürftigkeit älterer Personen im Vergleich etwa zu Minderjährigen keinesfalls immer angemessen Rechnung getragen wird, obwohl zahlreiche Rechtskonzepte implizit durchaus auf gewisse Alterskategorien verweisen. Der Beitrag von *Mary V. Rorty* und *Anita Silvers* problematisiert schließlich die aktuelle Situation älterer Menschen in den USA und verleiht im Zuge dessen auch einem Gesundheitssystem Kontur, das mitunter als Zukunftsszenario für die Entwicklung europäischer Sozialstaaten gehandelt wird. Die Autorinnen kritisieren die systematische Ausblendung des Altseins, nicht nur in der US-amerikanischen Politik und Öffentlichkeit, sondern auch im akademischen bioethischen Diskurs, und machen damit deutlich, dass und inwiefern die Aufdeckung verdrängter Problemstellungen und die Analyse der Ursachen für eine solche Ausblendung selbst zentrale ethische Anliegen sind.

Der zweite Abschnitt lotet daraufhin verschiedene Arten und Weisen aus, mit dem Altern als einer gegebenen Realität umzugehen. Hierzu gehören die unterschiedlichen Formen der Anpassung an das Alter im Kontext der Medizin (Adaptionen) oder die medizinischen Strategien des Ausgleichs und Ersatzes von altersbedingten Defiziten (Kompensationen), aber auch der Umgang mit den Grenzen des medizinisch Machbaren oder sozialpolitisch zu Leistenden (Limitationen). So identifizieren *Nils Schneider* und *Katharina Klindtworth* in ihrem Beitrag zunächst anhand typischer Alters- und Krankheitsverläufe den bestehenden medizinischen Versorgungsbedarf am Lebensende und entwickeln palliativmedizinische Handlungskonzepte, um der Verschiedenartigkeit der alterskorrelierten Erkrankungen gerecht werden zu können. Auf diesem Weg wird insbesondere erkennbar, dass Debatten um das Altern ungeachtet aller aktuellen biomedizinischen Bemühungen weiterhin kaum grundsätzlich vom letzten Lebensabschnitt, dem Sterben, absehen können. Im Anschluss daran beleuchtet *Simone Moses* in ihrem historischen Beitrag die Vorgeschichte sowie die Entstehung und Entwicklung der Geriatrie als einer eigenen medizinischen Fachrichtung, die sich auf die Gegebenheiten des Alterns einzustellen sucht statt es zu modifizieren und so gegenwärtig zunehmend in Konkurrenz zur biomedizinischen Erforschung und Bekämpfung des Alterns gerät. Die Autorin zeigt nicht zuletzt die Hindernisse auf, welche die Herausbildung einer altersbezogenen Disziplin innerhalb der Medizin lange verzögert haben. Erst im Verlauf des 20. Jahrhunderts ist überhaupt eine nennenswerte Etablierung der Geriatrie zu verzeichnen, die jedoch bis heute vielfach hinter dem demografisch bedingt weiter anwachsenden Versorgungsbedarf zurückbleibt. Neben medizinischen Alternativen sind auch grundsätzliche philosophisch-anthropologische Argumente gegen eine einseitige medizinische Problematisierung und Pathologisierung des Alterns von Bedeutung. *Thomas Rentsch* und *Morris Vollmann* verteidigen den Sinn des Alterns als wesentlichen Zug der menschlichen Grundsituation. Wenn das Altern als entscheidende Phase eines lebenslangen Selbstwerdungsprozesses anzusehen ist, sind schwerwiegende Zweifel am biomedizinisch verfolgten Ziel seiner Abschaffung anzumelden. Dies erscheint auch dann bedenkenswert, wenn damit Grundprämissen moderner kognitivistischer und subjektzentrierter Ethiken infrage gestellt werden, etwa der (angebliche) Verlust des Selbst und der individuellen Autonomie im Zuge von Demenzprozessen. So kritisiert *Verena Wetzstein* die gegenwärtige, primär medizinisch geprägte Auffassung der Altersdemenz und skizziert Grundzüge einer auf die Ver-

fassung und Lage der Betroffenen abgestimmten Ethik der Relationalität. Ihr Beitrag liegt damit auf einer Linie mit Ansätzen, welche die Anerkennung von und Einstellung auf Begrenzungen durch das Altern einfordern. Diese kritische Sichtweise auf Rationalität und Unabhängigkeit als einzige Leitprinzipien des modernen Zusammenlebens wird, wenngleich in anderer Stoßrichtung, auch durch die Überlegungen von *Haim Hazan* gefördert. Auf der Basis kulturanthropologischer Studien stellt er die Kommensurabilität der Erfahrungs- und Lebenswelt des hohen Alters radikal infrage. Die in seinen Forschungen befragten hochaltrigen Pflegeheimbewohner, die sich im letzten Lebensabschnitt befinden und dem Tode nahe stehen, werden als gleichsam aus der gemeinschaftlichen moralischen Kultur gefallene Fremde konzipiert. Damit werden die Ideen personaler Identität und Kontinuität herausgefordert, die die analytische Bioethik dominieren. Aber auch hier lassen sich ethische Überlegungen zum relationalen Umgang mit dem Fremden, dem ganz Anderen anschließen. Darüber hinaus sind in diesem Zusammenhang schließlich auch gerechtigkeitsethische Fragen von Belang. Denn mit allen Forschungs- und Versorgungsschwerpunkten (und den entsprechenden Mankos) sind immer auch Probleme der Verteilung von Gütern und Lasten innerhalb der Gesellschaft verbunden. Deshalb betrachtet *Markus Zimmermann-Acklin* die immer wieder aufflammenden Debatten über Altersrationierung und erörtert das ethische Für und Wider einer altersabhängigen Begrenzung medizinischer Leistungen. Er kommt zu dem Schluss, dass eine solche Begrenzung aufgrund des bloßen Lebensalters weder gerecht noch sinnvoll oder praktikabel ist, sodass bestehende Formen impliziter und unregelter Altersrationierung aufzudecken und im Lichte alternativer Rationierungskriterien kritisch zu diskutieren sind. Diese Erwägungen werden durch *Harry R. Moody* um die globale und langfristige Perspektive der Gerechtigkeit zwischen heutigen und künftigen Generationen ergänzt. Er entwirft dabei in ausdrücklicher Abgrenzung von verbreiteten bevölkerungspolitischen Horrorszenarien eine dezidiert optimistische Sicht auf das Altern der modernen Gesellschaft, das gerade im Zeichen der Debatten um sozialpolitische und ökologische Nachhaltigkeit als eine veritable Chance für die Zukunft der Menschheit zu begreifen und zu gestalten sei.

Der dritte Abschnitt wendet sich unter dem Titel *Manipulationen – Modifikationen – Extensionen* denjenigen medizinischen Entwicklungen zu, die auf eine grundlegende Veränderung des Alterns selbst hinauslaufen. Das breite Spektrum an medizinischen Maßnahmen, die aktuell unter dem

Begriff ›Anti-Aging‹ Verbreitung finden, stellt die hergebrachte Vorstellung vom Altern als einer natürlichen, unumgänglichen Gegebenheit infrage. Auf der Basis neuer biomedizinischer Einsichten versucht man gezielt in die elementaren physiologischen und molekularen Mechanismen des Alterungsprozesses einzugreifen und sie zu beeinflussen (›Manipulationen‹), um das Altern als solches zu verlangsamen, aufzuhalten oder rückgängig zu machen (›Modifikationen‹) und das menschliche Leben wesentlich zu verlängern (›Extensionen‹). Der Übersichtsbeitrag von *Astrid Stuckelberger* bietet zunächst eine Bestandsaufnahme der vielfältigen Ansätze und Entwicklungstendenzen des Anti-Aging, in deren Herausbildung die Autorin eine bedeutende Revolutionierung der gesamten gegenwärtigen Medizin- und Alternskultur erblickt. Zu unterstreichen ist dabei, dass die Anti-Aging-Medizin keinesfalls auf kosmetische Maßnahmen reduziert werden sollte, sondern ein medizintheoretisch wesentlich radikaleres Konzept darstellt. So lassen sich erst die vielfältigen Anschlussperspektiven rechtfertigen, welche die rasante Verbreitung des Phänomens Anti-Aging eingehender unter die Lupe nehmen. So analysieren *Mark Schweda* und *Anastasia Weiß* am Beispiel der Hormontherapie und der Telomeraseforschung vertiefend, wie die Chancen und Risiken der neuen, teils noch kaum erprobten Technologien abzuwägen sind. Während die Hormontherapie in der Praxis des Anti-Aging bereits weiter verbreitet ist, als es sich vor dem Hintergrund des Forschungsstandes rechtfertigen lässt, wird die Telomeraseforschung bislang als vielversprechender Ansatz der Grundlagenforschung gehandelt. Die oftmals begrenzte Aussagekraft und zum Teil bedenklich stimmenden Nebenwirkungen kommen dabei in den Werbeanzeigen und Anpreisungen des Anti-Aging eher zu kurz. Der historische Beitrag von *Daniel Schäfer* verdeutlicht im Anschluss, dass die Grundtendenz der Anti-Aging-Medizin keineswegs ein rein modernes Phänomen darstellt. Er geht der Frage nach, inwiefern schon mit Blick auf die Frühe Neuzeit von einer Medikalisierung des Alterns gesprochen werden kann, und gelangt auf diesem Weg zu einer differenzierenden Betrachtung vormoderner Ansätze zur medizinischen Bekämpfung des Alterns. Gerade den Wechselwirkungen der Medizin mit außermedizinischen Akteuren und Entwicklungstendenzen, beispielsweise in den Bereichen des Rechts oder der Ökonomie, ist dabei nach Schäfer verstärkt Aufmerksamkeit zu widmen. Vor diesem Hintergrund untersucht *Tobias Eichinger* das Verhältnis der Anti-Aging-Medizin zum traditionellen Standesethos des Arztes und den anerkannten Zielsetzungen der Medizin. Er kommt zu dem Schluss, dass Anti-Aging mit dem hergebrachten

Verständnis der Aufgaben der Medizin nicht in Einklang zu bringen ist. Insofern läge die Konsequenz darin, entweder das medizinische Ethos radikal zu verändern oder – und dafür plädiert Eichinger – die Anti-Aging-Medizin aus dem Kanon der Medizin (und damit auch ihren Institutionen) herauszuhalten. Aus einer kultursoziologischen Perspektive schließt sich die Frage an, was den Wunsch nach Anti-Aging aus Sicht der Betroffenen überhaupt motiviert. *Frank Adloff* stellt die Anti-Aging-Medizin deshalb in den Kontext der Entstehung einer neuen Kultur der Altersaktivierung sowie der mit ihr einhergehenden Versagensängste und Schamempfindungen. Seine Betrachtungsweise zielt darauf ab, makrosoziologische und mikrosoziologische Perspektiven auf das Phänomen Anti-Aging zu verbinden. Dies ist wiederum gerade für die ethische Diskussion besonders wertvoll, da es um die Reflexion von Handlungsmotiven, Erwartungen und moralisch relevanten Emotionen wie Ängsten geht. In eine ähnliche Richtung weist schließlich der Beitrag von *Claudia Bozzaro*. Sie kritisiert die Anti-Aging-Medizin in der grundsätzlichen Perspektive der Existenzphilosophie als eine Form der Verdrängung des sich in der Moderne verschärfenden Leidens an der endlichen und verrinnenden Lebenszeit. Ihre philosophische Analyse macht geltend, dass der Einzelne einer Auseinandersetzung mit Altern und Endlichkeit auf diese Weise nicht sinnvoll aus dem Weg gehen kann, sondern sich vielmehr den Zugang zu einer Verständigung über die existenziell entscheidende Frage nach dem guten Leben und Alter zu verstellen droht.

Ausblick

Die eingangs angesprochene Medikalisierungsthese steht für ein leitendes Paradigma der bioethischen Auseinandersetzung mit dem Altern, weil sie auf ein lange unterschätztes Problem aufmerksam macht. Die Vorherrschaft des medizinischen Modells kann zu einer asymmetrischen Wissensverteilung und einer einseitigen Definitionsmacht der Medizin führen. Die Diskurse, die sich um die Medikalisierung des Alterns entspinnen, haben allerdings die Tendenz, die fraglichen Vorgänge im Sinne eines anonymen Transformationsprozesses auf der abstrakten Ebene allgemeiner sozialer Strukturen und Systeme zu betrachten und zugleich den Aspekt der sozialen Kontrolle und Machtausübung in den Vordergrund zu stellen.

Diese einseitig kritische Perspektive auf den »medizinischen Imperialismus« greift angesichts der Vielschichtigkeit und Komplexität gerade neuerer Entwicklungen entschieden zu kurz (Williams 2001). Das Spektrum der hier vorgelegten Perspektiven soll das veranschaulichen. Die Konjunktur der Anti-Aging-Medizin macht beispielsweise deutlich, dass die Forschung zur Medikalisierung des Alterns heute ebenso die Seite der alternden Personen selbst als aktiv handelnder Akteure einzubeziehen hat. Ihre spontane Aneignung und Verwendung medizinischer Technologien steht auch für eine neuartige Form der individuellen Lebensplanung und -gestaltung. Zugleich wird in der Zusammenschau dieser Entwicklung mit Debatten wie zum Beispiel derjenigen um die Patientenverfügung als einem Mittel, weiterer Medikalisierung und Technisierung entgegenzutreten, deutlich, dass in sozialpolitischer, ethischer und rechtlicher Hinsicht Kritik bereits angekommen ist und Alternativen ernsthaft erwogen, teilweise auch schon umgesetzt werden (Holstein u.a. 2010).

Viele ethische Auseinandersetzungen um die moderne Medizin leiden weiterhin an einem eher eurozentrischen, oft sogar noch begrenzteren nationalen Blickwinkel. Auch der vorliegende Band kann diese Begrenzung allenfalls ansatzweise überwinden. Allerdings ist es uns ein Anliegen, zumindest auf die bestehenden Desiderate hinzuweisen. Gerade die stärkere Anbindung ethischer Reflexion an politische, sozialwissenschaftliche und kulturelle Debatten erscheint als ein lohnenswerter Versuch, Begrenzungen innerhalb der Bioethik aufzubrechen. Ziel dieses Bandes ist es nicht etwa, endgültige Antworten auf ein Problem zu geben, dessen Gewicht und Struktur unserer Auffassung nach noch viel genauer zu bestimmen sind. Im Vergleich zu bioethischen Themen wie dem Klonen, der genetischen Diagnostik oder dem moralischen Status menschlicher Embryonen ist die Anzahl umfassender ethischer Anthologien zum Thema Altern eher gering, die Analyse des gegenwärtig erreichten Forschungsstandes höchstens am Anfang und die systematische Einbindung der verschiedenen relevanten Disziplinen allenfalls in einzelnen Teilbereichen geleistet. Gemessen daran, wie unumgänglich die Auseinandersetzung mit dem Altern ist und bleibt, erscheint dies allemal erstaunlich.

Literatur

- Akademienengruppe Altern in Deutschland (2009/2010), *Altern in Deutschland*, 9 Bde., Stuttgart.
- Baltes, Paul B./Mittelstraß, Jürgen/Staudinger, Ursula M. (1994), *Alter und Altern. Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie*, Berlin.
- Bauer, Michael/Endreß, Alexander (Hg.) (2007), *Selbstbestimmung am Ende des Lebens*, Aschaffenburg.
- Blank, Robert H./Merrick, Janna C. (Hg.) (2005), *End-of-life decision making. A cross-national study*, Cambridge, Mass./London.
- Estes, Carroll L./Binney, Elizabeth A. (1989), »The biomedicalization of aging. Dangers and dilemmas«, *Gerontologist*, Jg. 29, S. 587–596.
- Gruss, Peter (Hg.) (2007), *Die Zukunft des Alterns. Die Antwort der Wissenschaft*, München.
- Hahnen, Marie-Christin (2009), *Autonomie, Würde, Patientenverfügung. Die Medizin am Lebensende im Spiegel der Gesellschaft*, Wuppertal.
- Hilt, Annette/Jordan, Isabella/Frewer, Andreas (Hg.) (2010), *Endlichkeit, Medizin und Unsterblichkeit. Geschichte – Theorie – Ethik*, Stuttgart.
- Holstein, Martha B./Parks, Jennifer A./Waymack, Mark H. (2010), *Ethics, aging and society. The critical turn*, New York.
- Illich, Ivan (1975), *Die Enteignung der Gesundheit*, Reinbek b. Hamburg.
- Kaufman, Sharon R./Shim, Janet K./Russ, Ann J. (2004), »Revisiting the biomedicalization of aging: Clinical trends and ethical challenges«, *Gerontologist*, Jg. 44, S. 731–738.
- Knell, Sebastian/Weber, Marcell (Hg.) (2009), *Länger leben? Philosophische und biowissenschaftliche Perspektiven*, Frankfurt/M.
- Maio, Giovanni (Hg.) (2011), *Altwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin*, Freiburg i. Br.
- Mittelstraß, Jürgen (2005), »Sterben in einer humanen Gesellschaft oder: wem gehört das Sterben?«, in: Felix Thiele (Hg.), *Aktive und Passive Sterbehilfe. Medizinische, rechtswissenschaftliche und philosophische Aspekte*, München, S. 49–63.
- Prado, Carlos G. (2008), *Choosing to die. Elective death and multiculturalism*, Cambridge.
- Pruchno, Rachel A./Smyer, Michael A. (Hg.) (2007), *Challenges of an aging society. Ethical dilemmas, political issues*, Baltimore.
- Schildmann, Jan/Fahr, Uwe/Vollmann, Jochen (Hg.) (2006), *Entscheidungen am Lebensende in der modernen Medizin. Ethik, Recht, Ökonomie und Klinik*, Münster.
- Singer, Peter (1994), *Rethinking life and death. The collapse of our traditional values*, St. Martins Griffin.
- Trüeb, Ralf (Hg.) (2006), *Anti-Aging. Von der Antike zur Moderne*, Darmstadt.
- Williams, Simon J. (2001), »Sociological imperialism and the profession of medicine revisited«, *Sociology of Health and Illness*, Jg. 23, H. 2, S. 135–158.
- Zola, Irving K. (1991), »The medicalization of aging and disability«, *Advances in Medical Sociology*, Jg. 2, S. 299–315.

I. Imaginationen
Konzeptionen
Visionen

Das Unbehagen an der Medikalisierung: Theoretische und ethische Aspekte der biomedizinischen Altersplanung

Mark Schweda/Silke Schicktanz

»Writing a will – that was the best part of aging and probably even of dying,
the writing and, as time passed, the updating and revising and carefully
reconsidered rewriting of one's will.«
Philip Roth, *Everyman*

Philip Roths Roman *Everyman* ist ein lakonisches, zuweilen komisches, oft aber trauriges Lamento über das Altern. Der Protagonist, ein alternder Künstler, sinniert – quasi im imaginierten Rückblick aus der Grabesgruft – über das Leben, die Liebe und die Familie. Auf den zweiten Blick ist es aber auch ein Roman über die Rolle der Medizin im letzten Drittel des Lebens. Medizinische Möglichkeiten werden sukzessive eingeplant und eingesetzt, um »jung zu bleiben« oder dem eigenen Leben noch einen Sinn zu geben. Roths Pointe kann man so verstehen, dass Planen, Hoffen und (zuweilen verzweifelter) Vertrauen in die Medizin moderne Selbstverständlichkeiten sind, wenn es um Krankheit und Altern geht. Die im Eingangszitat angedeutete, eher selbstironische Bemerkung – mit welcher Begeisterung man seinen Willen für »später« abfasst, diesen fortwährend überdenkt und revidiert – soll hier als Leitmotiv für *medizinische* »living wills« und andere Formen der Altersplanung genommen werden.

Schon seit Längerem hat sich die zweite Lebenshälfte und gerade das Lebensende zu einer Projektionsfläche entwerfenden und planenden Handelns im Horizont medizinischer Möglichkeiten entwickelt. Neuartige diagnostische, therapeutische oder präventive Maßnahmen ermutigen den Gedanken eines selbstbestimmten und umsichtig zu gestaltenden letzten Lebensabschnitts. Zugleich lösen sie allerdings ein gewisses Unbehagen aus. So bietet die wachsende Anzahl genetischer Tests zwar die Möglichkeit, Informationen über Veranlagungen für Alterserkrankungen und das entsprechende Erkrankungsrisiko zu gewinnen und in die eigene Lebensplanung einzubeziehen, geht aber auch mit der Entstehung und Zuschreibung neuer Verantwortungslasten einher. Die Anti-Aging-Medizin stellt vielfältige Maßnahmen zur Linderung und Verzögerung des Alterungsprozesses in Aussicht, lässt diesen dabei jedoch auch als problematisch,

wenn nicht gar pathologisch erscheinen. Und schließlich werfen rechtliche Instrumente wie etwa Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten oder Betreuungsverfügungen, mit denen der Einzelne Einfluss auf medizinische Entscheidungen am Lebensende nehmen kann, zugleich neue Fragen bezüglich der Bindungskraft antizipierender Willensäußerungen und ihrer Deutungsmöglichkeiten auf.

Diese Beispiele verdeutlichen die wachsende Bedeutung der individuellen Planung und Gestaltung des eigenen Alterns und Sterbens im Horizont medizinischer Möglichkeiten. Hier setzen unsere Überlegungen an. Ausgehend von medizinsoziologischen Beobachtungen zur gegenwärtigen Entwicklung sollen die ambivalenten ethisch-philosophischen Implikationen der Altersplanung in den Blick genommen und die damit verbundenen Dilemmata aus theoretischer Sicht benannt werden. Hierzu zählt das Problem, dass die Idee der Lebensplanung durch die sich eröffnenden medizinischen Perspektiven auf das Altern eine neuartige normative Ambivalenz erhält, da sie zwischen moralisch höchst aufgeladenen Vorstellungen oszilliert: einerseits den Hoffnungen, die medizinische Chancen im Blick auf das Alter wecken, andererseits den Ängsten vor dem Altern als Risiko und Fiasko, dem medizinisch zu begegnen ist. Die verschiedenen Ansätze der Altersmedizin stellen dabei eine treibende Kraft dar. Sie nähren medizinische Hoffnungen und definieren altersbezogene Risiken und bedürfen daher intensiver ethischer sowie wissenschaftstheoretischer Reflexion. Die moralphilosophische bzw. juristische Berufung auf Selbstbestimmung löst diese Dilemmata nicht auf, da es nicht nur darum geht, *ob* man sein Altern selbst gestalten kann, sondern auch um die Klärung der über den zeitlichen Verlauf immer wieder aufgeworfenen ethischen Frage nach dem *Wie*.

Die »gewonnenen Jahre« und das »planende Selbst«

Die Möglichkeit der medizinischen Altersplanung versteht sich nicht von selbst. Sie setzt voraus, dass sich zwischen den beiden Extremen absoluter Offenheit der Zukunft auf der einen und vollständiger Festgelegtheit des Lebensverlaufs auf der anderen Seite ein Spielraum eröffnet, in dessen Rahmen der Einzelne sein Leben im Alter nach eigenen Vorstellungen konkret entwerfen und gestalten kann. Hinter der Herausbildung eines solchen *Planungsspielraums* stehen aus unserer Sicht insbesondere drei ent-

scheidende Entwicklungen der vergangenen 200 Jahre: der Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung, der Prozess der gesellschaftlich-politischen Modernisierung und der Bedeutungszuwachs der Medizin.

Lebenserwartung: Die »gewonnenen Jahre«

Seit dem 19. Jahrhundert hat sich in Mitteleuropa ein historisch beispielloser Anstieg der Lebenserwartung vollzogen. Betrug die durchschnittliche Lebenserwartung in Deutschland noch um 1900 bei Männern 46,6 und bei Frauen 52,5 Jahre, so lag sie 1980 bereits bei 78,7 bzw. 85,1 Jahren (Statistisches Bundesamt 2006). Heute ergeben einige demografische Modellrechnungen für neugeborene Jungen sogar 90, für Mädchen 93 Jahre (Bomsdorf 2010: 27).

Im Zuge dieser Entwicklung haben erstmals breitere Bevölkerungsschichten ein gewisses Maß an Planungssicherheit im Hinblick auf das Alter gewonnen. Der Tod wurde – statistisch gesehen – von einer ständigen, den gesamten Lebensverlauf begleitenden Bedrohung zu einem Phänomen des hohen Alters. Dieser Übergang »[v]on der unsicheren zur sicheren Lebenszeit« (Imhof 1988) zog einen entsprechenden Bewusstseinswandel nach sich. Noch bis ins 18. Jahrhundert führten Kriege, Seuchen, Missernten und Hungersnöte zu einer von konstant hoher Sterblichkeit und Allgegenwart des Todes geprägten Perspektive auf das Leben, die sich etwa in der aus dem frühen Mittelalter überlieferten Wendung ausdrückte, mitten im Leben seien wir vom Tode umgeben (ebd.: 9). In der Zwischenzeit ist der Tod an den Endpunkt eines sich über acht Jahrzehnte erstreckenden Lebensverlaufs gerückt. Dabei schlägt *statistische* in *normative Lebenserwartung* um: Der – gemessen am statistischen Durchschnittswert – »vorzeitige« Tod wird zunehmend nicht nur als Unglück, sondern geradezu als Ungerechtigkeit oder gar persönliches Versagen empfunden.

Diese Entwicklung hat insbesondere unsere Einstellung gegenüber dem Altern nachhaltig verändert. Das Altwerden und Altsein erscheint heute nicht mehr als ein Glücksfall oder eine göttliche Gnade, sondern als etwas, womit man rechnen darf und muss; ein Zeitabschnitt, der gleichsam standardmäßig zu einem vollständigen menschlichen Lebensverlauf dazugehört. Mit dem weiteren Anstieg der Lebenserwartung gewinnt diese Altersphase nicht nur an zeitlicher Ausdehnung, sondern differenziert sich auch aus. Der britische Soziologe Peter Laslett (1995) unterscheidet ein Drittes,

von unverminderter Gesundheit und Aktivität gekennzeichnetes, und ein Viertes, durch einsetzende körperliche und geistige Beeinträchtigungen geprägtes Alter. Damit erscheint das Alter insgesamt nicht mehr vorwiegend im Lichte des unmittelbaren Lebensendes, als eine von Niedergang und Verfall geprägte Vorstufe des nahenden Todes. Heute dürfen Menschen bei ihrem Eintritt in den Ruhestand mit einer beträchtlichen Anzahl weiterer Lebensjahre bei guter Gesundheit und kaum beeinträchtigter Leistungsfähigkeit rechnen. Für diese »gewonnenen Jahre« (Imhof 1981) kann und muss individuell wie gesellschaftlich Vorsorge getroffen werden.

Modernisierung: Das Selbst als Projekt

Wurde mit dem Anstieg der Lebenserwartung die fundamentale Ungewissheit überwunden und eine gewisse Planungssicherheit im Hinblick auf das Alter erreicht, so löste der Modernisierungsprozess im Zuge des Abbaus traditioneller Festlegungen des individuellen Lebensverlaufs zugleich eine Vielzahl anderer Sicherheiten auf. Im Rahmen des eröffneten Entscheidungs- und Planungsspielraums ergeben sich daher auch neue, auf die Zukunft gerichtete Fragen und Unsicherheiten, Chancen und Risiken.

Die Theorie der »Spätmoderne« betont, dass heutige westliche, industrialisierte und kapitalistische Gesellschaften als reflexiv, posttraditionell, entscheidungs- und zugleich risikofixiert verstanden werden müssen. So hat beispielsweise der Soziologe Anthony Giddens (1991) darauf aufmerksam gemacht, dass gerade die Idee der Planung und die damit verbundene Reflexivität in Bezug auf individuelle Identitätskonzepte und Lebensverläufe für die Spätmoderne kennzeichnend sind. Sie verweisen auf soziale Kontexte, in denen klassische, traditionelle, autoritative und eher lokale Institutionen durch »neue«, plurale und liberale Ordnungssysteme wie Wissenschaft, globale Märkte und transnationale Akteure abgelöst werden (ebd.: 10ff.). Auf individueller Ebene geht dies mit einer Offenheit bei der Berufs- und Partner- bis hin zur Religionswahl einher, die sich lange Zeit nicht von selbst verstand. »Man nehme was man will«, schließen Beck und Beck-Gernsheim, »Gott, Natur, Wahrheit, Wissenschaft, Technologie, Moral, Liebe, Ehe – die Moderne verwandelt alles in riskante Freiheiten« (1994: 11). Diese Individualisierung wird als eine gesellschaftliche Dynamik gesehen, der man sich nicht entziehen kann (ebd.: 14). Ihre paradoxe Natur

fordere, dass man sich ständig einbringen, entscheiden muss, und zwar nicht nur auf individueller, biografischer Ebene, sondern auch in sozialer Hinsicht.

Aus dieser Spannung ergibt sich die projekthafte Perspektive auf das moderne moralische Ich. Das Leitbild des »planenden Selbst« basiert auf der Annahme, dass individuelle Identität nicht essentialistisch zu verstehen ist. Sie beruht demnach nicht auf einem vorgegebenen substanziellen Persönlichkeitskern, sondern ist als »Projekt« des individuellen Selbstentwurfes und der Selbstgestaltung zu verstehen, das ständiger Reflexion und Entscheidung bedarf. Diese »Ent-Essentialisierung« und »Reflexivierung« der individuellen Identität lässt auch das Altern zum wichtigen Teil eines Lebensprojektes werden. Sie bedingt dabei zugleich eine neue Form der Normativierung und Moralisierung des Alltags und unserer Erwartungen. Der Einzelne ist permanent herausgefordert, sich moralische Fragen zu stellen: »Was soll ich tun? Wie soll ich leben?« Dass »der Ausgang des Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit« (Kant 1784: 481) nicht ohne Arbeit und Aufwand möglich und insbesondere auch mit der Übernahme von Verantwortung verbunden ist, scheint den frühen Verfechtern dieses (selbst-)aufklärerischen Gedankens durchaus vertraut gewesen zu sein. Ein aktuelles Symptom dieser Entwicklung ist der Ratgeber- und Psychotherapie-Boom, der den entstehenden Orientierungsbedarf zu decken versucht: Ob beim Kinderkriegen, bei der Jobsuche, der Krankheitsbewältigung oder dem Suizid – kein Bereich des Lebens bleibt davon verschont (Giddens 1991: 70).

Diese grundsätzliche zeitdiagnostische Einschätzung wird von vielen Soziologen der Moderne geteilt, wenn auch sehr unterschiedlich bewertet. Während lange eine Perspektive vorherrschte, in der die Emanzipation des Einzelnen und der gewonnene Zuwachs an individueller Freiheit und technischer Machbarkeit im Vordergrund standen, warnen in jüngerer Zeit verstärkt neomarxistische, systemtheoretische oder poststrukturalistische Ansätze vor neuartigen Formen sozialer Zwänge, denen man nur schwer auf die Spur komme, da man sie auf subtile Weise internalisiert habe. Für die Moralphilosophie ist die offenkundig kritische Stoßrichtung dieser zeitdiagnostischen Ansätze entscheidend. Allerdings erschweren die ihnen zugrunde liegende anti-normativistische, vorgeblich neutrale Position und die systemisch-strukturelle Blickrichtung eine direkte Übersetzung auf die moralphilosophisch relevante Ebene individueller Reflexion und Handlung (Taylor 1984: 167). Durch Reflexivität – so die Hoffnung – kann man diese

subtilen Zwänge zur Individualisierung dennoch in produktive Weise in die individuelle Identität und in freiheitliche Handlungsweisen integrieren (Giddens 1991: 2). Und auch wenn moderne Machtstrukturen vielschichtig und vernetzt erscheinen, so schließt dies nicht aus, dass Individuen und Gruppen identifiziert werden können, die aus ethisch-politischer Sicht anzusprechen sind (Taylor 1984: 169).

»Life Strategies«: Der wachsende Einfluss der Medizin

Unter »spätmodernen« Bedingungen kommt der Wissenschaft die Aufgabe zu, die neu gewonnenen Spielräume zu vermessen und zu prognostizieren bzw. in planbare Risiken zu übersetzen. Im Konzert der verschiedenen Ratgeberstimmen übernimmt gegenwärtig die Biomedizin eine Leitfunktion. Kritische Stimmen aus der Medizinsoziologie haben darauf hingewiesen, dass mit einer neuen Form der medizinischen Prävention und des Anti-Aging eine problematische Biomedikalisierung, Somatisierung und/oder Genetisierung der menschlichen Identität stattfindet. Sie problematisieren eine Ausweitung medizinischer Beschreibungsmuster und Handlungsstrategien auf immer weitere Lebensbereiche, die auch vor dem Altern nicht halt mache (Kaufman u.a. 2004; Estes/Binney 1989). Angebote und Autorität der Medizin selbst würden dabei kaum hinterfragt. Was hingegen zunehme, sei der *Zwang zur Entscheidung*.

Von einigen Autoren wird diese das Leben an sich umfassende Form der zukunftsorientierten Entscheidungsfindung als *Life Strategies* bezeichnet (Rose 2007: 128). Der Begriff des Lebens in all seiner Mehrdeutigkeit (biografisch, biologisch, gesellschaftlich, künstlerisch etc.) wird laut ihrer Analyse zunehmend durch die sogenannten biologisch-naturwissenschaftlichen »Lebens«-Wissenschaften dominiert. Die sich ergebenden »Lebensstrategien« zielen auf die systematische Umsetzung biomedizinischer Konzepte in allen Fragen der Lebensdeutung und -führung ab. Medizinische Angebote bedienen dabei laut Rose das allgemeine Risikodenken, indem sie den Risiken ein »ethos of hope, anticipation, and expectation« (ebd.: 27) entgegenhalten. Rose kritisiert zudem die verbreitete Praxis der subjektiven Selbstreflexion und Selbstplanung als »ethopolitics« (ebd.), in deren Zentrum derzeit vor allem eine Form des Vitalismus stehe, die das (biologische) Leben an sich preise. Hierdurch würden wir veranlasst, ständig über unsere Selbstverbesserung mittels Medizin und »Lebenswissenschaften«

nachzudenken. So zeigt der Anthropologe Lawrence Cohen (1999) in seiner Studie *No aging in India* am Beispiel der USA und Indiens exemplarisch, wie alterspolitische und gerontologische Strategien im Umgang mit Alterserkrankungen wie Alzheimer-Demenz eine ehemals gelassene Haltung zur Alterssenilität ersetzen. Altern wird – so die Einschätzung – zu einer Aufgabe, zu etwas, dem vorzubeugen, das zu strukturieren und zu behandeln ist. Kontingenz, Schicksal, Akzeptanz von Hilflosigkeit wie auch Anerkennung von Schwäche haben hingegen im neuen »Projekt«-Denken keinen Ort mehr. Diese Einseitigkeit eines unbedingten Entscheidungszwanges kann man als radikale Deutung, als Übertreibung der jetzigen Lebenspraxis sehen. Doch die überzogene Darstellung bietet die Möglichkeit einer Annäherung an den Kern des Unbehagens: dass medizinische Möglichkeiten zum Selbstzweck werden und alternative Handlungsoptionen nicht mehr opportun sein könnten, auch wenn man zugleich die Vorteile und Freiheiten anerkennt.

Altersplanung zwischen Chancen und Risiken – neue Verantwortungsdimensionen

Die beschriebenen Prozesse begünstigen die gegenwärtige Konjunktur der Lebensplanung. Dabei weist Lebensplanung eine Form auf, in der sich individuelle, biografische und gesellschaftliche, institutionelle Muster verschränken (Geissler/Oechsle 1994). Allen in ihrem Rahmen getroffenen Entscheidungen ist gemein, dass bei ihnen *Temporalität* und damit verbundene Vorstellungen eine zentrale Rolle spielen. Planen bedeutet, Zukunftsszenarien zu entwickeln und zu bewerten, mögliche Folgen von Entscheidungen und Handlungen langfristig vorwegzunehmen und schließlich entsprechende Schritte einzuleiten, um den Eintritt bestimmter Ereignisse wahrscheinlicher oder unwahrscheinlicher werden zu lassen. Dieses Planen in längeren Zeiträumen setzt eine Vielzahl empirischer und normativer »Konstanten« voraus: die Stabilität natürlicher und sozialer Ausgangs- und Rahmenbedingungen, die Berechenbarkeit subjektiver bzw. auch mathema-