

Daniel Schäfer



Nur rasten und rosten?

Leistungsfähigkeit älterer
Menschen in Geschichte und
Gegenwart

SACHBUCH

 Springer

Nur rasten und rosten?

Daniel Schäfer

Nur rasten und rosten?

Leistungsfähigkeit älterer
Menschen in Geschichte und
Gegenwart



Springer

Daniel Schäfer
Institut für Geschichte und Ethik
der Medizin
Universität zu Köln
Köln, Nordrhein-Westfalen,
Deutschland

ISBN 978-3-662-64128-6 ISBN 978-3-662-64129-3 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-64129-3>

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

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert durch Springer-Verlag GmbH, DE, ein Teil von Springer Nature 2022

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Einbandabbildung: © zhitkov/stock.adobe.com

Planung/Lektorat: Stefanie Wolf

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Noch kein altes Eisen? Warum sich ein weiteres Buch über das Alter(n) lohnt

Alte Menschen stehen spätestens seit den 1970er-Jahren im Fokus von Politik und Wirtschaft, Medien, Kultur und Wissenschaft. Insbesondere in der westlichen Welt sind in den letzten 50 Jahren zahllose Studien, Berichte, Artikel und Bücher über die Generation 60+ verfasst worden. Ein dabei fast immer erwähnter Anlass für diese rastlose Produktivität ist der demografische Wandel; er führt in der Tat – zusammen mit einem Gewinn an Lebensjahren – zu bislang noch nie erreichten Anteilen Älterer an den Bevölkerungen fast aller OECD-Staaten, mit deutlichen sozialpolitischen Folgen.

Solange alte Menschen als Invalide, Rentner*innen und Pensionär*innen wenig in Erscheinung traten und höchstens ein Zehntel der Gesellschaft umfassten, waren sie weitgehend marginalisiert und spielten sozial, ökonomisch und kulturell keine wesentliche Rolle, abgesehen von ihrer Präsenz in einigen Führungsgremien. Dies änderte sich sukzessive im Rahmen einer statistisch

VI Nur rasten und rosten?

schon lange vorausgesagten Entwicklung: Ältere (60+) repräsentieren in Deutschland inzwischen gut ein Viertel der Bevölkerung, politisch inzwischen sogar mehr als ein Drittel der aktiven Wähler. Sie werden als potenzielle Konsument*innen, Arbeitnehmer*innen und Ehrenamtliche umworben, als Empfänger*innen sozialer und ökonomischer Leistungen problematisiert und als chronisch Kranke und insbesondere Demente gefürchtet. All dies ist oftmals dargestellt und in vielen Nuancen analysiert worden. Warum also nun noch ein weiteres Werk über das Alter(n)?

Eines der vielen Altersbilder, die uns immer noch begleiten, weil wir sie unreflektiert übernommen haben, ist die negative Metapher vom ‚alten Eisen‘, das man, weil es rostet und brüchig geworden ist, nicht mehr brauchen kann. Wohl keiner will zu dieser Kategorie gehören und von einem früher nützlichen zum nutzlosen Element herabgestuft oder gar ausgemustert werden. Als ein Gegenentwurf zu dieser Defekt-Vorstellung des Alter(n)s entstand Anfang der 1980er-Jahre – zunächst im Rahmen gerontologisch-geriatrischer Forschungen des US-amerikanischen National Institute on Aging – das Konzept des ‚Produktiven Alterns‘ (*productive ag(e)ing*; Butler und Gleason 1985; Butler et al. 1990). Demnach kann – und soll – das Altern ‚produktiv‘, d. h. ertragreich, leistungsfähig und Erfolg versprechend sein, und ältere Menschen sollen dahin gehend gefördert werden, diese Stärken zu entfalten.

Doch womöglich ist die positive Redeweise vom ‚produktiven‘ Altern auch und gerade aus heutiger Sicht ein Widerspruch in sich (*contradictio in adiecto*), denn wie kann in unserem alltäglichen Sprachgebrauch etwas Altes noch leistungsfähig sein!? Sie lenkt unseren Blick jedenfalls genauso wie diejenige vom unbrauchbaren ‚alten

Eisen⁶ auf die harte, oft altersdiskriminierende und deshalb zumindest im bundesdeutschen öffentlichen Diskurs selten offen diskutierte Frage, welchen Nutzen ältere Menschen (noch) haben und für wen. Diese Frage ist aber wichtig, denn insbesondere in modernen kapitalistischen Volkswirtschaften ist ‚Humankapital‘ ein wichtiger Produktionsfaktor, und sein Nutzen wird häufig mit ökonomischen Maßstäben gemessen. Deshalb wurde das *productive ag(e)ing*-Konzept von den Wirtschaftswissenschaften mitinitiiert, rasch verbreitet und auf den Bereich der zu fördernden Produktivität älterer Arbeitnehmer fokussiert. Demgegenüber setzten sich in Sozial- und Gesundheitswissenschaften sowie in der Gerontologie die zuvor oder nachfolgend entstandenen Konzepte des *active, successful, normative* oder *healthy ag(e)ing* durch (vgl. aber Baltes und Montada 1996). Diese Alternativen thematisieren diese Frage nach der Nützlichkeit primär nicht, auch wenn in ihnen das ‚gute Altern‘ als Ziel und zu leistende Aufgabe programmatisch mitschwingt.

Es ist nun Hauptziel dieses Buches, das außerhalb der Wirtschaft inzwischen weitgehend vernachlässigte und zugleich provozierende Thema ‚Produktives Altern‘ aufzugreifen und über die vielen Formen von Leistungsfähigkeit oder Nutzlosigkeit des Alter(n)s und älterer Menschen zu reflektieren. Doch soll dies in erster Linie nicht im moralischen oder ökonomischen Sinn geschehen, sondern in bislang noch unbekannter Weise aus dem Blickwinkel von *Medizin* und *Geschichte*.

Auch wenn Geriatrie und Gerontologie erst im frühen 20. Jahrhundert als moderne, interdisziplinäre Professionen entstanden sind, haben sich Heilkunst als kulturelle Praxis und Medizin als empirische Wissenschaft schon seit vielen Jahrhunderten mit älteren Patienten auseinandergesetzt. Dabei spiegelten sie zeitgenössische gesellschaftliche Bilder vom Alter(n), prägten

VIII Nur rasten und rosten?

sie aber auch maßgeblich. Beispielsweise erforschten sie die normale Funktion des Menschen und versuchten auf diese Weise, eine Alterskonstitution (das ‚normale Altern‘/ ‚normative ageing‘) von Krankheiten im Alter zu unterscheiden. Durch die Entwicklung therapeutischer und technischer Möglichkeiten leistet(e) die Heilkunde ferner einen wichtigen Beitrag, älteren Menschen den Zugang zu bestimmten Formen der Produktivität zu erhalten oder wieder zu verschaffen. Medizin trug und trägt also dazu bei, den gesellschaftlichen Nutzen, aber auch den Selbstwert des Alters zu bestimmen.

Jenseits der aktuellen Medizin, ihren derzeitigen Möglichkeiten und Grenzen offenbart gerade der historische Blickwinkel zahlreiche, heute weitgehend vergessene Facetten des von Stereotypen gepflasterten Diskurses um den grundsätzlichen (Un-)Wert und die Nützlichkeit des Alter(n)s. Die Medizingeschichte deckt aber auch wesentliche Argumente für und gegen eine Produktivität älterer Menschen im zeitgenössischen Kontext auf und erweitert damit den Horizont der Möglichkeiten, wie ‚Produktives Altern‘ gedacht werden kann: eben nicht nur im Rahmen beruflicher Leistung und betrieblicher Arbeitsorganisation sowie messbarer physischer und psychischer Fähigkeiten, sondern auch in zahlreichen anderen sozialen Handlungsfeldern und individuellen Verhaltensformen (s. a. Knopf et al. 1989), die ökonomisch nicht oder nur eingeschränkt messbar, also aus Sicht der Wirtschaft *nonproductive* sind (O’Reilly und Caro 1995, S. 42). Dazu rechnen insbesondere politisches Handeln und bürgerschaftliches Engagement, nicht-kommerzielle Kunst-, Literatur- und Wissensproduktion, persönliche Reife und Weisheit, Versorgung und Pflege der eigenen oder einer anderen Person, Haushaltsführung und -finanzierung, Freundschaft, Familie und Generativität. Diese deutliche Erweiterung

des Produktivitätsbegriffs bedeutet allerdings, dass über medizinisches Wissen im engeren Sinne hinaus beispielsweise auch philosophisch-theologische Argumentationen, psychologische Faktoren sowie sozialpolitische Einflüsse wenigstens erkannt und benannt werden müssen. ‚Produktives Altern‘ aus medizinhistorischem Blickwinkel zu betrachten bedeutet also eine multidisziplinäre Aufgabe, einen ausgedehnten Streifzug durch die Kultur- und Wissensgeschichte mit vielen Gedankenanstößen für die Gegenwart – kurzum etwas, was es tatsächlich in der Forschungslandschaft und auf dem so gesättigten Buchmarkt noch nicht gibt, was aber hochinteressant und daher unbedingt zu erkunden und zu publizieren ist.

Um diese unübersehbare Aufgabe einzugrenzen und zu strukturieren, soll das Thema in vier Hauptkapitel gegliedert werden. In den drei ersten werden häufig angeführte Einschränkungen körperlicher, geistig-seelischer (mentaler) und sexuell-generativer Produktivität im Alter analysiert. Dies geschieht jeweils in der Weise, dass zunächst ein aktueller Stand aus Medizin und/oder empirischer Wissenschaft vorgestellt wird; dann folgt ein einschlägiger Rückblick in die (Medizin-) Geschichte, und schließlich kommen weitere für den Bereich relevante geistes- und sozialwissenschaftliche, literarische oder künstlerische Erkenntnisse vorwiegend aus abendländischer Geschichte und Gegenwart zur Sprache. Das vierte Kapitel hingegen geht umgekehrt nicht von empirischen Daten, sondern von ‚Konstrukten‘ produktiven Alterns in positiven Altersbildern aus und versucht, kritisch herauszufinden, was von diesen historischen Modellen und Stereotypen heute noch wirksam und relevant ist. Das abschließende Resümee bietet keine Zusammenfassung, entwickelt aber aus den Ergebnissen einige (auch provokante) Thesen, was Produktivität

X Nur rasten und rosten?

für den Prozess des Alterns bedeuten kann und warum sie für uns heute besonders wichtig ist.

Ziel dieses Buches ist nicht eine wissenschaftliche Untersuchung, ob alte Menschen nun produktiv sind (oder nicht), geschweige denn eine medizin(histor)ische Darstellung der Alternsprozesse oder der Ursachen für Altern und Langlebigkeit. Dieses Buch ist auch kein Ratgeber, wie ich oder meine Bekannten ‚produktiver‘ die Phase des Alterns angehe. Ziel ist vielmehr, ein Bewusstsein dafür zu wecken,

- dass unsere (post)modernen westlichen Bilder vom höheren Lebensalter, ob sie nun dem Defizit- oder einem Kompetenzmodell des Alterns verpflichtet sind, mehr denn je mit Vorstellungen von Leistung, Nutzen und Produktivität verwoben sind;
- dass solche Bilder und Vorstellungen von Altersproduktivität aber in hohem Grad davon abhängig sind, wie gut oder schlecht die ökonomischen, sozialen und gesundheitlichen Bedingungen der jeweils als alt Betrachteten sind;
- dass neben Kontinuitäten in den Altersbildern auch erstaunliche Veränderungen gerade in den letzten 50 Jahren festzustellen sind.

Dazu ist ein neugieriger Blick in die vielfältige Geschichte des ‚Produktiven Alterns‘ enorm hilfreich; er weckt außerdem Interesse am Thema, macht Spaß beim Lesen und weitet den Horizont für zukünftige Debatten um den ‚Wert‘ und die ‚Produktivität‘ Älterer. So bietet dieses Buch anstelle einer im engeren Sinne wissenschaftlichen Studie einen multidimensionalen Einblick in ein uraltes und mehr denn je aktuelles Thema.

Literatur

- Bass, Scott A., Francis G. Caro, und Yung-Ping Chen. 1993. *Achieving a productive aging society*. Westport: Auburn.
- Baltes, Margret, und Leo Montada (Hrsg.). 1996. *Produktives Leben im Alter*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Butler, Robert N., und Herbert P. Gleason (Hrsg.). 1985. *Productive aging. Enhancing vitality in later life*. New York: Springer.
- Butler, Robert N., Mia R. Oberlink, und Mal Schechter (Hrsg.). 1990. *The promise of productive aging: From biology to social policy*. New York: Springer.
- Knopf, D., O. Schäffter, und R. Schmidt (Hrsg.). 1989. *Produktivität des Alters*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- O'Reilly, Patrick, und Francis G. Caro. 1995. Aging: An overview of the literature. *Journal of Aging & Social Policy* 6 (3): 39–71.

Inhaltsverzeichnis

1	Altersschwäche und Ruhestand: Der greise Körper im medizinischen und sozial-ökonomischen Blick	1
2	Vom Tabu zum Klischee: Altern von Seele und Geist	43
3	Nur „in Würde impotent werden“? <i>Silver Sex</i> und Fertilität	95
4	„Der alte ist gut“!? Konstrukte eines produktiven Alter(n)s	135
5	Resümee: Wer rastet, der rostet? Was wir über produktives Altern lernen können	183
	Register	193

Über den Autor



Daniel Schäfer ist Arzt, Medizinhistoriker und Professor am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität zu Köln. Schon früh begeisterten ihn sowohl Life Sciences als auch Geisteswissenschaften, deshalb studierte er Medizin und Germanistik. Eine kreative Verbindung fand sich schließlich in der Medizingeschichte,

XVI Über den Autor

über die er seit 1995 an der Universität zu Köln lehrt und forscht. Literarische Neigungen zum Vergänglichen offenbaren bereits seine beiden Dissertationen zum Tod im Spätmittelalter (Germanische Philologie) und zum historischen Kaiserschnitt an der toten Frau (Humanmedizin). Auch die Habilitation über den ärztlichen Blick auf das Alter in der Frühen Neuzeit thematisiert die letzte Lebensphase. Seit einiger Zeit arbeitet Schäfer zu medizinischen Todeskonzepten, zur Geschichte des Gesundheitsbegriffs und über Entwürfe eines guten Alter(n)s in Geschichte und Gegenwart.



1

Altersschwäche und Ruhestand: Der greise Körper im medizinischen und sozialökonomischen Blick

Ob alte Menschen ‚produktiv‘ sind oder nicht, hängt wesentlich davon ab, wie Produktivität definiert und konkret nachgewiesen wird. Bezieht sie sich eher auf körperliche Leistungen oder geistige Fähigkeiten, fasst man auch die Zeugung von Nachkommen oder soziales Engagement darunter, untersucht man basale Funktionen des Menschen oder komplexe Verhaltensweisen? Und wie kommt es überhaupt dazu, dass alte Menschen als ‚unproduktiv‘ oder umgekehrt leistungsstark beurteilt werden?

Mit den vielfältigen Konzepten von Altersschwäche und Ruhestand, die in den letzten Jahrhunderten entwickelt wurden, entstand ein wirkungsmächtiges Konstrukt, das den Umgang mit alten Menschen und ihrer abnehmenden Produktivität in der Moderne wesentlich prägte. In diesem ersten Kapitel sollen die körperbezogenen Aspekte dieser Konzepte vorgestellt werden. Dabei stehen zunächst (Abschn. 1.1 und 1.2) Sichtweisen der aktuellen und historischen *Medizin* im Vordergrund, danach

Vorstellungen aus *Gesellschaft, Wirtschaft* und *Sozialpolitik* (Abschn. 1.3 und 1.4); bei Letzteren wird sich zeigen, dass die modernen Konzepte von Ruhestand und Rente vor allem im Zusammenhang mit der körperlichen Invalidität entwickelt wurden. Erst im zweiten Kapitel richtet sich dann der wissenschaftliche (psychiatrisch-psychologische) Blick auf geistige und emotionale Fähigkeiten.

1.1 Aktuelle Medizin: Messbare Defizite

Die Heilkunde setzt sich traditionell überwiegend mit körperlichen Krankheiten oder Symptomen und deren (Un-)Heilbarkeit auseinander. Im Folgenden soll daher zunächst die medizinische Sicht auf den alternden *Körper* beschrieben werden.

1.1.1 Was leistet der greise Körper (noch)? Beiträge der Altersphysiologie und Arbeitsmedizin

Die aktuelle *Altersphysiologie* beschreibt und erforscht sehr differenziert Fähigkeiten einzelner Körperteile. Lehr- und Handbücher geben bei verschiedenen Organen im Detail Funktionen an, die weniger stark, und andere, die mit zunehmendem Alter deutlich mehr eingeschränkt werden. Abnahmen von 15 bis 60 % zwischen dem 30. und 80. Lebensjahr sind die Regel (Rowe 1990). Einige Beispiele zur Erläuterung:

Die Dicke der Herzwand nimmt im Bereich der linken Herzkammer deutlich zu, was als Reaktion auf eine vermehrte Arbeitsbelastung gedeutet wird. Im körperlichen Ruhezustand bleibt allerdings die

durchschnittliche Häufigkeit (Frequenz) des Herzschlags trotz zunehmendem Alter gleich. Dagegen nimmt das Schlagvolumen, also die Menge des pro Herzschlag ausgeworfenen Blutes, ab, und der periphere Widerstand der weniger elastischen Blutgefäße und damit auch der Blutdruck steigen – hier liegen vermutlich die Hauptursachen für die Zunahme der Arbeitsbelastung.

Bezüglich der generellen Leistungsfähigkeit des Körpers ist nicht nur das reduzierte Schlagvolumen des Herzens, sondern auch die schwindende Fähigkeit der Körpermuskulatur, Sauerstoff aufzunehmen ($VO_2\text{max}$), entscheidend. Dass der $VO_2\text{max}$ -Wert sinkt, liegt aber zum überwiegenden Teil am Trainingszustand der Muskulatur: Bei Personen, die eine hohe Trainingsintensität beibehalten, beträgt die Abnahme der Sauerstoff-Aufnahme nur 2 % pro Dekade, bei reduzierter Trainingsintensität dagegen 13 % (Reybrouck 2008).

Trotzdem stellt die Altersphysiologie auch bei trainierter Muskulatur ein Rückgang der Maximalkraft vor allem ab dem 50. und der schnellen Kraftentwicklung ab dem 65. Lebensjahr fest. Letztere ist zusammen mit sensomotorischen Reflexen auch für rasche Reaktionen beispielsweise bei einem drohenden Sturz und damit für die Gang- und Standsicherheit verantwortlich. Eine altersbedingte Leistungsreduktion zeigt sich also nicht nur bei den Muskelfasern (einschließlich spezifischer Nerven, die die Kontraktion auslösen), sondern auch bei der Kontrolle der Muskelaktivität durch die schnelle, sensible Nervenleitung und durch die sensomotorische Verarbeitung der Nervenimpulse. Außerdem sind beim Muskel- und Bindegewebe eine Abnahme der Elastizität und zunehmende Steifheit zu beobachten.

Eine besondere Facette der Altersmedizin bilden Beiträge der *Arbeitsphysiologie und Arbeitsmedizin*. Aufgrund von ergometrischen Tests am Laufband oder Fahrrad kann beispielsweise die maximale oder submaximale Leistungsfähigkeit

von Herz und Lunge bestimmt werden. Dauerleistungsgrenzen von Arbeitnehmer*innen zur Bestimmung einer ausführbaren und zumutbaren Arbeitsbelastung werden mit diesen und anderen Testverfahren (z. B. Work Ability Index) anhand statistischer Durchschnittswerte definiert; zu deren Ermittlung bezieht die Arbeitsphysiologie allerdings nur Personen innerhalb eines ‚Leistungsalters‘ von 18–20 bis 45–55 Jahren (sogenannte ‚typische Normmenschen‘) ein. Ältere Arbeitnehmer*innen gehen (bislang) nicht in diese Norm ein, u. a. weil ihre Leistungsfähigkeit individuell (zu) stark variiert (Hartmann und Seibt 2020). Bei der beruflichen Rehabilitation und Wiedereingliederung erkrankter Arbeitnehmer*innen spielt gleichwohl auch bei Älteren eine Einstufung mithilfe dieser Normwerte eine gewisse Rolle. Bezüglich der Krankschreibungen Berufstätiger zeigen Daten deutscher Krankenversicherungen, dass ältere Arbeitnehmer*innen insgesamt nicht häufiger, in einigen Berufssparten sogar seltener krank sind als jüngere, dafür allerdings deutlich länger. Mit zunehmendem Alter steigt auch die Zahl der durchschnittlichen Fehltag, allerdings je nach körperlicher Belastung mit deutlichen Unterschieden.

Jenseits dieser vielen Details sind drei wesentliche Beobachtungen für den physiologischen Alterungsprozess (*normative ageing*) wichtig:

- Es zeigen sich große individuelle Unterschiede bei den funktionellen Einschränkungen, die vor allem mit dem Einfluss *intrinsic* (v. a. genetische Ausstattung, Geschlecht und Hormone) und *extrinsic* Faktoren (z. B. Ernährung, Training, Bildung, sozialer Status und Beruf) auf den normalen Alterungsprozess in Verbindung gebracht werden. Rowe (1990) unterscheidet daher zwei Untergruppen: ein *normal ageing* (mit durchschnittlichen extrinsischen Faktoren) von einem *healthy/successful ageing*, das sich weitgehend in einer optimalen Umgebung ereignet.

- Viele altersbedingte Einschränkungen werden zunächst nur unter physischer Belastung (z. B. Sport, Krankheit) sichtbar; die sogenannten funktionellen Reserven der einzelnen Organe sind erheblich, schwinden allerdings ebenfalls mit zunehmendem Alter.
- Bei vielen Körpersystemen treten die ‚gesunden‘ (physiologischen) Alterungsprozesse häufig gemeinsam mit krankheitswertigen Störungen oder Krankheitsfolgen auf (Konfundierungshypothese; Engel 2008 nach Jäncke 2004). Die Unterscheidung zwischen ‚normalem‘ und ‚krankhaftem‘ Altern ist oft schwierig.

1.1.2 Wie ‚krank‘ ist der alte Mensch? Hinweise aus der klinischen Geriatrie

Auch in der *klinischen Geriatrie* (Diagnostik und Therapie bei alten Menschen) wird vor einer Behandlung eine Ermittlung von Stärken und Schwächen mit verschiedenen Tests und Skalen empfohlen (geriatisches Assessment). Doch im Gegensatz zu den sehr differenzierten Analysen der Altersphysiologie werden dabei typischerweise keine einzelnen Organfunktionen exakt bestimmt, sondern man versucht, deren komplexes Zusammenwirken im Alltag zu erfassen. Dies geschieht beispielsweise beim bereits 1965 entwickelten und inzwischen mehrfach erweiterten Barthel-Index durch die Messung basaler Selbstversorgungsfähigkeiten im Alltag (Essen und Trinken, Baden, Körperpflege, Mobilität etc.). Diese quantitative Einschätzung (mit einem Punktescore von 0–100) hat nicht nur diagnostischen und prognostischen Wert; sie dient beispielsweise auch den Kostenträgern als Entscheidungshilfe, ob eine Rehabilitationsmaßnahme genehmigt wird. Über diese indirekte Bestimmung des Allgemeinzustands anhand

basaler Fähigkeiten hinaus konzentriert sich die klinische Geriatrie auf die Behandlung von Einschränkungen (Syndromen) und Krankheiten. Dabei vergleicht sie nur selten die Leistungen oder Fähigkeiten älterer Patienten mit jüngeren. Am ehesten geschieht dies noch bei der Behandlung mit Medikamenten und dem Hormonersatz: Dort werden häufig neben gewichts- auch altersspezifische Vorgaben gemacht, z. B. angepasst an den veränderten Stoffwechsel in Magen, Darm, Leber und Niere.

Insgesamt vermittelt die aktuelle medizinische – altersphysiologische wie klinisch-geriatriische – Sicht auf den alternden Körper bei aller Differenzierung das Bild einer mehr oder minder großen Abnahme ursprünglich vorhandener Funktionen der Organe und basaler Selbstversorgungsleistungen. Voraussetzung für diese Feststellung ist die möglichst exakte Messung der Leistung mithilfe quantitativer Methoden. Falls erforderlich, dienen als Vergleich die Jahrzehnte des frühen und mittleren Erwachsenenalters, die damit – häufig unausgesprochen – zur Norm der körperlichen Leistung werden. Aus der festgestellten Abnahme leitet die Medizin zum einen eine grundsätzliche Gefährdung von alten Menschen ab, ein erhöhtes Risiko, zu erkranken oder sogar zu sterben. Zum anderen erscheint indirekt auch die Altersproduktivität, soweit sie mit der messbaren körperlichen Leistungsfähigkeit im Zusammenhang steht, aus Sicht der Medizin reduziert.

Wie schon erwähnt, machen die erwähnten Differenzierungen allerdings deutlich, dass diese körperliche Reduktion individuell verschieden ist und sich durch geeignete Maßnahmen teilweise verzögern lässt. Dadurch verschiebt sich auch zumindest in den entwickelten Ländern die durchschnittliche Abnahme körperlicher Funktionen gegenüber früheren Generationen lebenszeitlich immer weiter nach hinten bzw. wird verlangsamt.

Altern ist also aus aktueller medizinischer Sicht nicht einmal statistisch ein für bestimmte Lebensalter konstanter Prozess, sondern äußert sich bei verschiedenen Jahrgängen durchaus unterschiedlich: Die 80-Jährigen von heute haben durchschnittlich etwas bessere körperliche Fähigkeiten als die 80-Jährigen vor 20 Jahren.

Ungeachtet dieser Unterschiede zwischen Individuen und auch zwischen Generationen wird in klinischen Studien der aktuellen Altersmedizin bei statistischen Auswertungen meist chronologisch zwischen verschiedenen Altersstufen unterschieden, z. B. grob zwischen Älteren (*young old*) ab 65/75 und Hochaltrigen (*old old*) ab 85/95 oder differenzierter zwischen Fünf-Jahres-Kohorten (66–70-Jährige, 71–75-Jährige etc.). Darüber hinaus gilt ein besonderes Augenmerk den Hundertjährigen; die seit vielen Jahrhunderten verbreitete Faszination für diese numerisch herausragende Langlebigkeit regt immer wieder eine spezielle Erforschung dieser Altersgruppe an.

Im Blick auf einzelne Patienten ist in der Medizin zwar nicht das numerische Alter oder die Zugehörigkeit zu einer Altersstufe, sondern vor allem der konkrete biologische Zustand des Körpers einschließlich der Beurteilung seiner Reduktion entscheidend. Trotzdem hat sich – neben der klinischen Feststellung von individueller (Multi-)Morbidität – das ältere Konzept der generellen Gebrechlichkeit oder Altersschwäche bis in die Gegenwart des neuen Katalogs der International Classification of Diseases (ICD 11) erhalten. Dort wird das Stichwort *old age* (MG2A) unter die nicht näher bestimmbar generellen Symptome eingeordnet und ersetzt dabei die mittlerweile als abwertend empfundene Bezeichnung *senility* des ICD 10 (Senilität, Seneszenz; R54). Mit *old age* ist im ICD 11 allerdings nicht jedes höhere Lebensalter gemeint, sondern eben das gebrechliche, wie die ihm zugeordneten, ebenso unspezifischen Begriffe *exhaustion*

(Erschöpfung), *atrophy* (Schwund), *cachexia* (Auszehrung, Kräfteverfall) und *general debility* (allgemeine Schwäche) verdeutlichen. Seit der Jahrtausendwende wird jedoch in der internationalen klinischen Geriatrie am häufigsten die (eigentlich altersunabhängige) Bezeichnung *frailty* (Gebrechlichkeit) für diesen Zustand verwendet: Nach Fried (2001) steht sie für ein geriatrisches Syndrom von chronisch herabgesetzter Belastbarkeit, verminderter Kraft und Widerstandsfähigkeit gegen Stressoren und daraus folgender erhöhter Vulnerabilität. *frailty* ist konkret durch unbeabsichtigten Gewichtsverlust, Abnahme der groben Körperkraft, Erschöpfung, stark reduzierte Ganggeschwindigkeit und reduzierte allgemeine Aktivität gekennzeichnet. Der Begriff verbindet einen allgemeinen physiologischen Abbau mit dessen sich wechselseitig verstärkenden pathologischen Folgen. Dabei existiert eine beträchtliche Schnittmenge zu Behinderungen sowie diagnostizierbaren Organ- und Funktionsstörungen wie Bluthochdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt, obstruktive Lungenkrankheit (COPD) und Diabetes mellitus.

Individuelle geriatrische Multimorbidität und generelle (patho-)physiologische *frailty* sind also die medizinischen Charakteristika eines von Gerontologen diskutierten ‚Vierten Lebensalters‘ (*fourth age*; am häufigsten innerhalb der chronologisch definierten Gruppe der *old old*; Baltes und Smith 2003), das sich von einem ‚Dritten Lebensalter‘ (*third age*, v. a. bei den *young old*; Laslett 1989) mit seinen überwiegend noch geringen Funktionseinbußen deutlich unterscheidet. Das ‚Dritte Lebensalter‘ wird meist durch eine sogenannte Statuspassage von der vorigen (zweiten‘) Lebensphase abgegrenzt. Dies geschieht in vielen industrialisierten Ländern immer noch durch einen zeitlich fixierten Wechsel von der Erwerbstätigkeit zum Pensions- oder Rentenalter. Dagegen ist die fließende Grenze zwischen ‚Drittem‘ und ‚Viertem Lebensalter‘