

## Fit ohne Ende – gesund ins Grab?

### Kritische Anmerkungen zur Trias Alter, Gesundheit, Prävention

#### *Zusammenfassung*

*Alter und Altsein werden traditionellerweise eher mit ›Krankheit‹ und ›Verfall‹ und weniger mit ›Aktivität‹ und ›Gesundheit‹ assoziiert. Genau hier zeichnet sich seit einiger Zeit ein Paradigmenwechsel ab, der vielfältige Ursachen hat: die systematische Erweiterung des Bedeutungsfeldes von Gesundheit, die ›Entdeckung‹ der sozialökonomischen Ressourcen älterer Menschen durch die Politik, die längere aktive Lebenserwartung und nicht zuletzt die Tatsache, dass aktuell und zukünftig Alte immer weniger bereit sind, sich auf Hinfälligkeit, Passivität und Abhängigkeit reduzieren zu lassen. Vor diesem Hintergrund scheint es erstmal schlicht begrüßenswert zu sein, dass sowohl gerontologische Fachdebatten als auch biomedizinische Techniken und Konzepte die Möglichkeit adressieren, dank aktiver Prävention am eigenen Leib (Anti-Ageing) gar nicht, später oder wenigstens langsamer zu altern. Doch es handelt sich um eine äußerst doppelgesichtige Ermächtigung der ›aktiven Alten‹ im Spannungsfeld von Gesundheitsindustrie, Risikoprivatisierung und Demografiedebatte einerseits, theoretischen Ent- und Re-Naturalisierungen des Alters andererseits. In unserem Beitrag unterziehen wir diesen Zusammenhang einer kritischen Betrachtung und zeigen, dass Strategien, Konzepte und Techniken der Prävention des Alter(n)s sowohl neue Handlungsspielräume eröffnen, als auch neue Restriktionen einführen.*

#### *1. Einleitung*

Unsichere Renten, Pflegenotstand, Methusalem-Komplott, Rente mit 67, Ehrenamt statt Ruhestand: Das Alter ist – zumindest diskursiv – immer weniger die wohlverdiente, gut abgesicherte, ebenso rollenlose wie abbaubedingt notwendige Ruhephase nach einem langen Erwerbsleben, die alten Menschen allenfalls als Empfänger/innen rentenpolitischer Leistungen und als ›Insassen‹ von Pflegeheimen Beachtung verschaffte. Gewandelte Vorstellungen und soziale Realitäten im Feld des Alter(n)s lassen sich als umfassende gesellschaftliche Neuverhandlung des Alters verstehen – mit erheblichen Konsequenzen für die Lebensrealitäten,

Selbstentwürfe und Zukunftsperspektiven älterer und alter Menschen. Dass sich nicht nur die allgemeine Lebenserwartung, sondern vor allem die *aktive* Lebenserwartung – also die weitgehend ›gesunde‹ Lebensphase – ausgedehnt hat, stellt dabei eine der unbestrittenen Grundlagen der Neuentdeckung der Alten dar.

Doch ähnlich wie das Alter selbst ist auch das vermeintlich prä-soziale und objektive Gut ›Gesundheit‹ einem Prozess permanenter gesellschaftlicher Neuverhandlung ausgesetzt. In dem Maße, in dem sich seit den 1980er Jahren neoliberale Steuerungs- und Subjektkonzepte durchsetzen, wird auch Gesundheit immer mehr zu einem vom Individuen selbst zu verantwortenden Gut auf der Basis eines konsumvermittelten Lebensstils. Nicht zufällig vollzieht sich der Aufstieg einer gesundheitsbewussten Alltagskultur jedoch vor allem in den kaufkräftigen Mittel- und Oberschichten und vor dem Hintergrund einer dem Imperativ umfassender »Kostendämpfung« gehorchenden Vermarktlichung der Gesundheitsversorgung. Bemerkenswert ist aus unserer Sicht, dass sich die Neuverhandlung des Alter(n)s und die Transformation zu Gesundheit als »Lifestyle«, wiewohl nicht aufeinander reduzierbar, in signifikanter Weise gegenseitig beeinflussen und verstärken. Eine Schlüsselrolle kommt dabei dem Konzept der (Verhaltens-)Prävention zu, das durch seinen konstitutiven Zukunftsbezug einerseits immer auch das Alter(n) adressiert, andererseits selbst nicht zeitlos ist: Gesundheits- wie Alter(n)spolitiken zielen unter den Bedingungen des ›aktivierenden‹ neoliberalen Sozialstaats vor allem auf die direkte und/oder indirekte Steuerung individuell vorsorgenden Verhaltens; medial vermittelte Gesundheits- und Alter(n)sbilder normieren alltagsweltliche Vorstellungen davon, wie ›Gesundsein‹ oder ›richtiges Alter(n)‹ idealerweise beschaffen ist – und diese Ideale scheinen nur unter der Prämisse zeitig begonnener Präventionsarbeit am eigenen Körper und Leben realisierbar.

Uns interessiert in diesem Beitrag, wie die Neuverhandlung des Alters und der gesundheitspolitische Paradigmenwechsel zusammenhängen und in welcher Weise beide Neubestimmungen durch das Konzept der Prävention vermittelt werden. Dem werden wir uns in zwei Schritten widmen: Zunächst zeichnen wir die Erweiterung grundlegender Konzepte von Gesundheit und gesundheitlicher Prävention nach – von Gesundheit als Selektion von Krankheit zu Gesundheit als individuelle Produktion von Wohlbefinden.<sup>1</sup> Im zweiten Schritt diskutieren wir, ein-

1 Auch hier handelt es sich nicht um eine Ablösung, sondern eine Erweiterung. Wie rechtliche Selektionslogiken unter der Prämisse »Recht auf ein gesundes Kind« wirksam bleiben, zeigt z. B. Degener (2001).

schlägige sozialgerontologische Debatten aufgreifend, aktuelle Konzepte vom erfolgreichen Alter(n) und setzen diese in Bezug zum gesundheitspolitischen Paradigmenwechsel – bislang ein kaum ausgeleuchtetes Feld in der sozialwissenschaftlichen Alter(n)sforschung. Obwohl konkurrierende Konzepte des erfolgreichen Alterns auszumachen sind, besteht deren gemeinsamer Nenner darin, dass sie die – nicht zuletzt dank erfolgreicher Präventionsanstrengungen mögliche – Verlängerung der individuell aktiven wie der gesellschaftlich aktivierbaren Lebenszeit der ›neuen Alten‹ emphatisch begrüßen und problematische Implikationen der neuen Alter(n)sideale tendenziell ausblenden. Insbesondere der Fokus auf die individuellen physischen und psychischen Kapazitäten älterer Menschen erscheint dabei – anders als die deutlich kritischer diskutierte tätigkeitsorientierte Aktivierung – als grundsätzlich unproblematisch. Ziel unseres Beitrags ist es zu zeigen, dass sich Gesundheit und Alter als zentrale gesellschaftliche Kategorien in ihren Logiken und Transformationen zwar relativ autonom zueinander entwickeln, ihre Verknüpfung aber erheblich normierende, aktivierende und responsabilisierende Effekte zeitigt, die einer kritischen Reflexion bedürfen.

## 2. Von präventiver Gesundheit zu Wellness als Prävention

Offenkundig hängen das Konzept der Prävention und Ideale von Gesundheit unmittelbar zusammen. Wer würde noch erwarten, am Ende eines sport-, vitamin- und erholungsfreien Lebens gesund bleiben zu dürfen? Was ich mit und an meinem Körper heute tue, bestimmt mein späteres Leben in erheblichem Maße mit – auch wenn ich momentan noch von allen gesundheitlichen Sorgen frei bin. Als eine der »zentralen gesundheitspolitischen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts« (BKK 2004: 5) gilt mithin die »primäre Prävention«, also die Vorbeugung von eventuellen gesundheitlichen Einschränkungen zu einem Zeitpunkt, an dem diese im Körper weder latent noch manifest vorhanden sind. Daraus ergibt sich eine Art »natürlicher Nähe« präventiver Gesundheitskonzepte zum Thema Alter, basieren sie doch auf der Tatsache, dass Gegenwart und Zukunft körperlichen Lebens nicht identisch und Menschen mithin »alternde« Wesen sind. Diese systematische Nähe von Gesundheits- und Altersprävention gewinnt vor dem Hintergrund einer Abkehr von vorrangig auf *Vermeidung* von Krankheiten hin zu einer auf *Herstellung* positiven Wohlbefindens zielenden Prävention an Gewicht. Denn: Gilt Gesundheit als Indikator einer gelungenen Lebensführung, erfolgreicher sozialer Integration und persönlicher Erfüllung, dann droht das Alter und die mit ihm potenziell verbundenen Einschränkungen zum Signum eines persönlich zu verantwortenden Versagens zu werden.

### *2.1 Entgrenzung und Subjektivierung von Gesundheit*

Geschichtlich zielten Präventionspolitiken jedoch zunächst weniger auf das Alter, als auf die Funktionalität und Reproduktivität der lohnabhängigen Individuen. Beispielhaft dafür ist das Konzept der Sozialhygiene, wie es seit Mitte des 19. Jahrhunderts entwickelt wurde. Armutsbedingter Entstehung von Krankheiten sollte durch systematische Erfassung von Krankheiten sowie engmaschige Überwachung von Ernährungsgewohnheiten, Kinderaufzucht, Wohnungs- und Körperpflege entgegengewirkt werden. Die Janusköpfigkeit dieses durchaus auch fortschrittlich gedachten Ansatzes erwies sich zum einen in seiner Kontrolldimension gegenüber den armen Klassen (Labisch 1985; Foucault 2003b: 294ff.), zum anderen in seiner relativ problemlosen Anschließbarkeit an eugenische Selektionsstrategien (Weingart et al. 1992), d. h. an Programme zur biopolitischen Optimierung der Produktions- und Reproduktionsfähigkeit des ›Volkskörpers‹ (Foucault 1999).

Die Kategorie Gesundheit war für die – im NS auf die Spitze getriebene – Biopolitisierung des Sozialen im Dienste der »Volksgemeinschaft« zentral, doch die politische Relevanz dieser Kategorie erschöpft sich nicht in ihrer rassistischen und eugenischen Instrumentalisierung. Seit der frühen Hochphase der Industrialisierung über den Wohlfahrtsstaat der Nachkriegszeit bis heute entwickelt sich Gesundheit vielmehr »zu einem vielfältig besetzten Wert höchster politischer Relevanz« (Labisch 1985: 76) – und dies paradoxerweise genau dank ihrer »Bedeutung als scheinbar entpolitisiertes, weil naturwissenschaftlich-wertneutraler Stützkonzeption« (ebd.). Anders gesagt: In dem Maße, in dem Gesundheit in der industrialisierten Moderne einerseits ein zentrales und unkämpftes Interventionsfeld der (bio-)politischen Regulation von Gesellschaft wird, erscheint sie als wissenschaftlich objektivierbares Faktum, das Staat und Individuen gleichermaßen eine ›neutrale‹ Unterscheidung förderlichen und schädlichen Verhaltens in immer mehr Lebensbereichen ermöglicht. Im Zuge dieser paradoxen (Ent-)Politisierung erweitert sich das Bedeutungsfeld von Gesundheit im 20. Jahrhundert. Neben das – stets relevante – biomedizinische Verständnis von Gesundheit im Sinne einer durch ›Reparatur‹ bereits eingetretener Leiden erreichbare Abwesenheit von Krankheit, treten andere. Bereits 1946 etwa erklärt die Weltgesundheitsorganisation WHO, Gesundheit sei ein »state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity«<sup>2</sup>. Von dieser Definition

2 [http://www.who.int/bulletin/bulletin\\_board/83/ustun11051/en/](http://www.who.int/bulletin/bulletin_board/83/ustun11051/en/) (Zugriff: 10.02.2009)

ausgehend existiert eigentlich nichts mehr, das unter gesundheitlichen Aspekten irrelevant wäre. Konsequenterweise heißt es deshalb auch in der Ottawa-Charta der WHO von 1986: »Politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren können alle entweder der Gesundheit zuträglich sein oder sie schädigen.«<sup>3</sup> Gesund zu sein gilt diesen Definitionen zufolge einerseits als ein prinzipiell erreichbarer Zustand vollständigen subjektiven Wohlbefindens und hängt andererseits ebenso vom individuellen *Verhalten* wie von den sozialen *Verhältnissen* ab. Zugespielt formuliert: Gesundheit macht Wohlbefinden und Wohlbefinden ist machbar – durch gezielte und vorausschauende Steuerung von ›Umwelt‹ und ›Verhalten‹.

Diese – gegen über dem biomedizinischen Reduktionismus – radikale Erweiterung des Gesundheitsverständnisses liefert den Unterbau, auf dem seit den 1980er Jahren die programmatische Subjektivierung der Gesundheitsverantwortung aufbaut. Dabei wird das reduktive biomedizinische Gesundheitsparadigma nicht einfach durch ein ›produktives‹ oder ›ganzheitliches‹ ersetzt (Mazumdar 2004: 21). In Theorie und Praxis der Gesundheitsversorgung koexistieren beide Paradigmen vielmehr bis heute neben-, gegen- und miteinander. Politisch allerdings lässt sich vor allem ›herstellbare‹ und ›umfassende‹ Gesundheit in vielfältiger Weise operationalisieren – nicht zuletzt als eine Art indirekter Steuerung der alltäglichen Lebensführung, die im Zuge der Transformation vom versorgenden zum aktivierenden Sozialstaat eine zentrale Achse politischer Regulierung wird (Lessenich 2008a). Die in der Ottawa-Charta noch gleichberechtigte Dimension der (gesundheitsförderlichen oder -schädlichen) gesellschaftlichen *Verhältnisse* tritt dabei zu Gunsten der unablässigen Betonung der Möglichkeiten individueller *Verhaltensprävention* fast vollständig zurück. So finanzieren Krankenkassen Kochkurse zum Schutz vor Übergewicht oder Yogakurse zur Stressprophylaxe, nicht aber die »Aneignung von Kenntnissen und die Übung von Verhaltensweisen, mit denen Beschäftigte sich in der Arbeit zusammen mit ihren Kolleginnen gegen Lärm, Staub oder inkonsistente Anforderungen und Mobbing durch Vorgesetzte zur Wehr setzen könnten« (Kühn 2001: 15).

Es stehen jedoch nicht nur die Subjekte und ihre Lebensführung im Zentrum der politisch geförderten Sorge um das (spätere) Selbst, sondern auch der Schutz der – dank jahrzehntelanger Umverteilungspolitik zu Lasten des Großteils der Arbeitseinkommen – knapp bestückten öffentlichen Kassen. Hier wiederholt sich die paradoxe Gleichzeitigkeit

3 [http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2?language=German](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German) (Zugriff: 10.02.2009)

aus Politisierung und Entpolitisierung: Einerseits sind ›wir alle‹ gleichermaßen von der Anämie des Gesundheitssystems bedroht, andererseits sind wir als konkrete Einzelne für diese Bedrohung mehr oder weniger selbst verantwortlich – in Abhängigkeit von unseren privaten Vorsorgeaktivitäten und vom Grad der Gewissenhaftigkeit unseres Verbrauchs kollektiv finanzierter Gesundheitsressourcen. Drohszenarien haben – trotz aller ›positiven‹, auf Herstellbarkeit zielenden Vorstellung von Gesundheit – keineswegs an Konjunktur verloren: »Wer es an Einsicht fehlen lässt und etwa auf Tabak oder Alkohol nicht verzichten will, wer keinen Sport treibt oder regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen versäumt, der hat auch die Folgen selbst zu tragen – sei es in Form höherer Versicherungsprämien, sei es in Form geringerer Lebensdauer« (Bröckling 2004: 214). Dieser gesundheitspolitische Imperativ der Vorsorge ist einerseits ein Subjektivierungsprogramm, andererseits eine kollektive Verantwortungsethik, die von den Subjekten verlangt, »dass sie sich der Systemverträglichkeit ihres Handelns a priori vergewissern, (...) dass sie sich als Risiko ernst nehmen und entsprechend selbst kontrollieren« (Vobruba 1983: 40). Auseinandersetzungen um Definitionshoheiten, konkrete Ausgestaltungsformen und Zugänge zu Ressourcen, kurz: um widerstreitende Interessen in Bezug auf Gesundheit treten dadurch sowohl in der öffentlichen als auch in der subjektiven Wahrnehmung in den Hintergrund (Marstedt 1994) oder erscheinen als graduelle Differenzen zwischen mehr oder weniger gesundheitspolitischer ›Vernunft‹.

## *2.2 Gesundheit als marktvermittelter Lebensstil und ›knappes Gut‹*

Den Hintergrund für Vorsorgeimperativ und Verantwortungsethik bildet der mit den 1980er Jahren einsetzende, bis in die Gegenwart andauernde marktliberale Umbau der Sozial- und Gesundheitspolitik, in dessen Verlauf die fordistische Grundannahme einer kollektiven Versicherbarkeit gesundheitlicher Risiken umgearbeitet wird. Durch sukzessive Privatisierung der Risikovorsorge, die Verbetriebswirtschaftlichung von Gesundheits- und Pflegeinstitutionen bei gleichzeitigem Ausbau von Gesundheit als gewinnträchtigem Marktsegment entstehen zahllose neue Waren und Dienstleistungsangebote, die das vorausschauende Management von Risiken wie Alter, Arbeitsunfähigkeit oder Zahnlücken erleichtern. Dass im neoliberalen Sozialstaat »health is now seen more as a positive goal to be achieved rather than the normal state of a person without illness« (Ziguras 2004: 4) ermöglicht nicht nur die Verknüpfung von Selbstverantwortung und Kostendämpfung, sondern auch, dass Gesundheit selbst an ›Zielvorgaben‹ geknüpft, d. h. je nach Aussicht auf Erfolg ungleich(er) verteilt wird. Die »implizite

Rationierung von Gesundheitsdienstleistungen« (PROKLA-Redaktion 2003: 362) nach sozialen Kriterien wie Einkommen, Versichertenstatus oder eben auch Alter (Kuhlmann 1998; Brockmann 2002) wird in dem Maße sozial akzeptabel, wie aus Patientinnen Kunden und aus Ärzten Gesundheitsmanager werden – und alltägliche Verhaltenskompetenzen, individuelle Kaufkraft, günstige genetische Dispositionen und Expertenwissen als jeweils erfolgversprechende Ressourcen in das stets noch optimierbare Leben der Einzelnen erscheinen.<sup>4</sup>

Flankiert wird die hier nur kurz skizzierte sozialpolitische und symbolische Transformation der Kategorie Gesundheit durch einen signifikanten Wandel der Rolle und Bedeutung des (arbeitsfähigen) Körpers: Arbeit wird in der Dienstleistungsökonomie zunehmend immateriell organisiert und die intellektuellen, sozialen und emotionalen Fähigkeiten der Subjekte fließen unmittelbarer in den Verwertungsprozess ein. Der arbeitende Körper wird dadurch einerseits in seinen instrumentellen Funktionen *entwertet* und andererseits in seiner symbolischen ›Freizeit‹-Dimension *aufgewertet*, wird vom Instrument zum Zeichen sozialer Integration – und Gesundheit zum symbolischen Kapital: »Das Ausmaß des Körperbewusstseins und des Interesses an Gesundheit wächst (...) in dem Maße, wie Körper aus der Notwendigkeit ihrer unmittelbaren Reproduktion als Arbeitskraft freigesetzt werden. ›Gesundheit‹ wird auf diese Weise über eine existenzielle Notwendigkeit hinaus in ein kulturelles Bedürfnis erweitert.« (Brunnett 2007: 174) Im Rahmen der neuen Kultur von Gesundheit wird Gesundheitsbewusstsein zum Lebensstil – ein Lebensstil, der am Körper allerdings sichtbar sein muss, um symbolisch wirken zu können (Graefe 2007a: 206ff.). Fitness, Wellness und Attraktivität sind folglich zentrale Elemente einer »bewusste[n] und demonstrativ ausgestellte[n] Gesundheit, eine[r] Gesundheit, die man aktiv verfolgen, statt passiv und unwirtschaftlich genießen soll« (Greco 2004: 294; vgl. auch: Duttweiler 2003); sozial dechiffrierbare Indizien eines gelungenen und glücklichen Lebens (Mazumdar 2004).

Die Vermarktlichung der Gesundheitsversorgung schließt also an die

4 Der Wandel der hegemonialen Konzeption von Gesundheit und Prävention lässt sich trotz allem nicht aus seiner Funktionalität für den marktradikalen Umbau der Gesundheits- und Sozialsysteme ableiten. Vielmehr ist er auch als ein Ergebnis der Medikalisierungskritik (Illich 1977) und der von dieser Kritik getragenen alternativen Gesundheits- und Sozialen Bewegungen der 1970er und folgender Jahre zu verstehen – eine Kritik, die sich dank ihres Fokus auf die Erfahrungen, Alltäglichkeit und Selbstreflexivität der Subjekte im Nachhinein als funktional für die Durchsetzung einer auf Selbstführung und »Self-Care« zielenden neoliberalen Steuerungslogik erweist, in dieser aber nicht aufgeht.

Transformation des Gesundheitsverständnisses – vom pathogenetischen zum produktiven und verhaltensorientierten Begriff von Gesundheit – an. Paradoxerweise liefert die skizzierte Erweiterung des Gesundheitsbegriffs einerseits also die Grundlage für die Vermarktlichung und wird andererseits gerade in der Durchsetzung von Vermarktlichungslogiken wieder zurückgenommen. Deutlich zeigt sich dies in der von der WHO 2008 verabschiedeten Charta von Tallinn: »Neben ihrem Wert an sich trägt eine bessere Gesundheit durch ihre Auswirkungen auf wirtschaftliche Entwicklung, Wettbewerbsfähigkeit und Produktivität auch zum sozialen Wohlergehen bei.«<sup>5</sup> Gesundheit ist hier nicht mehr umfassender Zweck und Synonym des ›guten Lebens‹, sondern vor allem Mittel: Zwar sorgt sie immer noch für »Wohlergehen« – jedoch nur über den Umweg der ökonomischen Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit. Offen bleibt dabei, welchen »Wert an sich« eine kollektive Gesundheit noch hätte, die zum volkswirtschaftlichen Wachstum womöglich nichts beitragen würde. Auch das im Bundestag mittlerweile gescheiterte Präventionsgesetz definierte Gesundheit als Voraussetzung für »Wirtschaftskraft, Innovationsfähigkeit und Leistungsfähigkeit« des Gemeinwesens – Potenziale, die angesichts der demographischen Entwicklung jedoch nur durch gezielte politische Intervention erhalten werden könnten.<sup>6</sup>

Entgrenzung, Vermarktlichung und Subjektivierung von Gesundheit stützen einander also wechselseitig. Gesundheit wird dabei zu einer subjektiv zu gestaltenden, sozial und staatlich regulierten Lebensweise. Diese zielt nunmehr weniger auf die Optimierung des ›Volkskörpers‹, als vielmehr auf beständiges, (neuro-)wissenschaftlich informiertes »Enhancement« der subjektiven Gestaltung von Körper, Gefühlen und Gedanken (Lettow 2008) – im Dienste der Herausbildung einer allen Wechselfällen des Lebens gegenüber flexibel gewappneten, die Plastizität des eigenen Körpers und Gehirns aktiv gestaltenden Persönlichkeit. Davon ausgehend zielt Prävention weniger auf die Ausschaltung biologischer Gefahren, als vielmehr *einerseits* auf eine die ›Leistungsträger‹ nicht über Gebühr beschwerende Verteilung der sozialen ›Lasten‹ und *andererseits* auf die Herstellbarkeit umfassenden und ›aktivierenden‹ Wohlbefindens – auch im Alter. Alltägliche, wenn auch sozialstrukturell äußerst ungleich ausgeübte Praktiken wie Wellness und Fitness sind in diesem Sinne immer auch Arbeit am und wider den alternden Körper.

5 [http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010825\\_2?language=German](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010825_2?language=German) (Zugriff: 10.02.2009)

6 [www.gesundheitberlin.de/download/Referentenentwurf\\_Praeventionsgesetz\\_11\\_2007.pdf](http://www.gesundheitberlin.de/download/Referentenentwurf_Praeventionsgesetz_11_2007.pdf) (Zugriff: 10.02.2009)

Wenn jedoch im Übergang von »sozialtechnischer zu selbstregulativer Prävention« (Lemke 2008) nicht so sehr der Schaden selbst, sondern der Grad seiner *Vermeidbarkeit* ins Zentrum der öffentlichen und privaten Sorge ums (spätere) Selbst tritt, wird schärfer zwischen »vermeidbaren« und »unverschuldeten« Leiden unterschieden werden. Spätestens hier stellt sich die Frage, was dies für die gesellschaftliche Gestaltung – und individuelle Erfahrung – von Alter(n) und Sterblichkeit<sup>7</sup> als implizite Fluchtpunkte jeglicher Präventionskonzeption bedeutet.

### 3. *Alter(n) in der Wellness- und Fitness-Gesellschaft*

#### 3.1 *Das Leitbild des erfolgreichen Alter(n)s*

Dass alte Menschen im Kontext präventionsorientierter Gesundheitspolitik als wichtige Zielgruppe begriffen werden ist keine Selbstverständlichkeit, wie Estes und Mahakian (2001: 199) für die USA beispielhaft gezeigt haben: Im Rahmen der seit Ende der 1970er Jahre – und damit deutlich früher als in Deutschland – sukzessive vollzogenen Wende hin zu einer Politik der Gesundheitsförderung (*health promotion*) und der Betonung von sozialen Einflüssen und Verhaltensweisen für den Gesundheitszustand, wurden alte Menschen zunächst dezidiert nicht adressiert. Auch im deutschsprachigen Raum war das Alter im Sinne eines wohlverdienten Ruhestands lange Zeit von gesellschaftlichen Erwartungshaltungen im Allgemeinen sowie Anforderungen an eine aktivitäts- und präventionsorientierte Lebensführung im Besonderen befreit und damit gesellschaftlich entlastet (Knopf 2002: 65f.). Erst im Zuge der in Katastrophenszenarien kommunizierten demografischen Alterung der Gesellschaft ist diesbezüglich in jüngerer Zeit – in den USA bereits seit Ende der 1980er Jahre – eine Kehrtwende zu beobachten: Nachdem viele Jahre lang eine biomedizinisch begründete Defizitperspektive auf das Alter als Lebensphase des Abbaus und der Abhängigkeit vorherrschend war, gilt das Alter heute nicht mehr als per se »verloren«, werden Alte als »Scheintote« nicht mehr von vorneherein bei der Verteilung gesellschaftlicher »Lasten« ausgespart.

Unter der Headline des *produktiven Alters* geht es in der Diskussion neben der Verlängerung der Lebensarbeitszeit vor allem um die Übernahme von Betreuungs- und Pflegetätigkeiten, die Weitergabe von Erfahrungswissen und die Ausübung ehrenamtlicher Tätigkeiten und damit unmittelbar um Aktivitäten, die der Gesellschaft zu Gute kom-

7 Auf den Aspekt der Sterblichkeit und des Sterbens können wir hier nicht weiter eingehen; zur Debatte um Sterbehilfe und Patientenverfügungen als doppelgesichtige Präventionsstrategien vgl. Graefe (2007b).

men (Estes et al. 2003: 63ff.). In Ergänzung zu dieser produktorientierten Aktivität rücken mit Konzepten des *erfolgreichen Alter(n)s* zudem verstärkt die individuellen physiologischen und psychologischen Kapazitäten älterer Menschen, die durch prozessorientierte Aktivitäten in den Bereichen Fitness, Wellness, Mentaltraining und Ernährung gestärkt werden sollen, ins öffentliche und wissenschaftliche Blickfeld. Trotz des konzeptionell unterschiedlichen Fokus – auf heteroproduktive Tätigkeiten im einen und autoproduktive Tätigkeiten im anderen Fall – erweisen sich die Übergänge zwischen produktivem und erfolgreichem Alter(n)s als durchaus fließend, wird doch – wie im Folgenden zu sehen sein wird – im Zuge des gesundheitspolitischen Paradigmenwechsels und der Popularität des Alterslastdiskurses der gesellschaftliche Nutzen eines erfolgreichen Alter(n)s neu vermessen.<sup>8</sup>

Theoretisch-konzeptionell geprägt wurde die prozessorientierte Perspektive durch das in der deutschen Psycho-Gerontologie entwickelte Modell des kompetenten und erfolgreichen Alter(n)s (z. B. Baltes/Baltes 1989), das man »als den phänotypischen Ausdruck einer grundlegenden Fähigkeit [ansehen kann], auf Herausforderungen des Selbst sowie biologischer und ökologischer Systeme adäquat und flexibel zu reagieren« (Featherman 1989: 17). Das Konzept weist damit die biomedizinische Begründung des Alterns als Abbauprozess nicht substantiell zurück, unterstreicht aber die Plastizität und Gestaltbarkeit dieses Prozesses, verbunden mit dem Appell, diesen Spielraum aktiv zu nutzen. Es geht aus dieser Perspektive weniger darum, nicht zu altern, als darum, den (unabwendbaren) Alternsprozess durch Selektion (Konzentration auf Bereiche hoher Priorität)<sup>9</sup> und Kompensation (Ausgleich nicht mehr ausführbarer Tätigkeiten) zu optimieren. Das psychogerontologische Erfolgs- und Kompetenzmodell hat wesentlichen Einfluss auf Prämissen der Altenhilfepolitik im deutschsprachigen Raum gehabt und zu einem Paradigmenwechsel von der Fürsorgepolitik zum *Empowerment* beigetragen (z. B. Knopf et al. 1999: 130ff.).

Wahrscheinlich größere Verbreitung und Aufmerksamkeit erlangte jedoch das in den USA von Rowe und Kahn (1998) entwickelte Konzept des *successful ageing*: Erfolg ist aus dieser Perspektive gleichbedeutend mit der Abwesenheit körperlicher Erkrankungen, einer guten

8 Zur Differenzierung von erfolgreichem und produktivem Alter(n) vgl. Schroeter (2002: 90f.); zur Unterscheidung von Auto- und Heteroproduktivität vgl. Amann (2007: 274ff.).

9 Ein Beispiel ist die auch empirisch evidente Reduzierung sozialer Kontakte – insbesondere ›schwacher‹ sozialer Bindungen – und die Konzentration auf das engste soziale Umfeld, in der Regel die Familie.

körperlichen und mentalen Verfassung sowie einer aktiven Teilhabe am Alltags- und Sozialleben. Indem also Krankheit, Einschränkungen und abnehmende soziale Aktivität per se zu Kriterien des Scheiterns werden, rekurrieren Rowe und Kahn auf deutlich ›strengere‹ und weniger altersspezifisch konkretisierte und relativierte Erfolgsmaßstäbe. Dieses Konzept, das insbesondere durch den Boom des Genres der *Anti-Ageing*-Ratgeberliteratur<sup>10</sup> über den US-amerikanischen und wissenschaftlichen Kontext hinaus einflussreich geworden ist (Holstein/Minkler 2003: 787), weist wesentlich radikaler, als dies im Kompetenzmodell der Fall ist, die biomedizinische Defizit-Bestimmung des Alterns zurück und erklärt das Altern selbst zu einer (vom Individuum zu verantwortenden) Frage der Wahl: »The frailty of old age is largely reversible [...] what does it take to turn back the ageing clock? It's surprisingly simple [...] Success is determined by good old-fashioned hard work.« (Rowe/Kahn 1998: 102) Die starke Betonung der (sozialen) Verhaltenskomponente verweist dabei zugleich auf einer »Neuerfindung der Natur des Alter(n)s« (Spindler 2009), die der biomedizinischen Defizitperspektive die Verheißung neuer medizinischer Gestaltungsmöglichkeiten biologischer Alterungsprozesse entgegensetzt.<sup>11</sup>

Wir haben es also mit zwei unterschiedlichen Lesarten eines erfolgreichen Alterns zu tun, von denen letztere im Sinne des *Anti-Ageing* auf das Nicht-Altern als Erfolgsfall fokussiert, während es ersterer eher im Sinne eines *Pro-Ageing* um die Optimierung des Alterns angesichts unabänderlicher altersbedingter Einschränkungen geht.<sup>12</sup> Beide Perspektiven stehen paradigmatisch für den Streit um die Frage, ob das Alter(n) selbst als (Meta-)Krankheit zu begreifen und in diesem Sinne vorbeugend – ebenso medizinisch wie durch eine bewusste Lebensführung – zu ›behandeln‹ ist<sup>13</sup> oder ob es sich um einen ›normalen‹ Prozess

10 Vgl. exemplarisch: Forberger/Sommer 2006: Die Anti-Aging-(R)evolution. Das Handbuch zum Aufhalten und Umkehren des Alterungsprozesses; Burkhart 2000: Gewöhnen Sie sich das Altern ab! Das mentale Anti-Aging-Training. Wie die Psyche den Körper beeinflusst.

11 Inwiefern wir es dabei mit einer Überlagerung bzw. Gleichzeitigkeit der »Biologisierung des Sozialen und neuer Biosozialität« zu tun haben, zeigen Wehling et al. 2007.

12 Deziert grenzt Baltes sich gegen die Vorstellung des Nicht-Alterns ab: »[A] conceptualization of successful ageing founded on denial is ultimately an untenable position. Looking back and seeking to cultivate the still glorious middle years will inevitably lead to despair and eventual defeat« (Baltes/Carstensen 1996: 400).

13 »Old age is a disease, the symptoms of which are sagging, wrinkling, and greying – all of which are [...] symbols of a lack of control, which is unacceptable in contemporary society.« (Jones/Pugh 2000: 254)

handelt,<sup>14</sup> der (mehr oder weniger großen) individuellen Gestaltungsspielraum lässt.<sup>15</sup>

Tatsächlich erschließt sich aber im Rückgriff auf die in Kapitel 2 skizzierte Neubestimmung von Gesundheit als produktive Selbstoptimierung in der Aktivgesellschaft die Nähe der Konzepte; öffnet doch gerade die neo-biologistische Bestimmung des Alter(n)s als überwindbare Krankheit statt als unveränderlicher Verfall den Raum für die individuelle, auf Prävention zielende Gestaltbarkeit dieses Prozesses. Umgekehrt werden *Anti-Ageing*-Programme und -produkte auch von den meisten Kritiker/innen der ›Alter als Krankheit‹-Lesart keineswegs grundsätzlich zurückgewiesen; betont wird lediglich die durch das unausweichliche Lebensende bedingte notwendige Begrenzung, die eine ›Heilung‹ ausschließt. So unterschiedlich die beiden skizzierten Konzepte auf den ersten Blick scheinen, so sehr verweisen sie zugleich auf das Kontinuum von Positionen im Spannungsfeld von ›Heilung‹ und ›Optimierung‹, von Prävention und Kompensation, das die Neuvermessung der Übergänge vom Natürlichen zum Sozialen auch im Feld des Alters kennzeichnet (vgl. auch: Wehling et al. 2007). Die (gemeinsame) populäre Devise lautet, durch präventive Maßnahmen – die von gesunder Ernährung, sportlicher Betätigung, mentalen Programmen, medikamentösen Therapien bis hin zu technologischen Eingriffen reichen können (Spindler 2007: 94) – die aktive Lebenserwartung zu steigern, Einschränkungen und Funktionsverluste so lange wie möglich hinauszuzögern und sie im Fall ihres Eintretens so zu bewältigen, dass die Lebensführung optimiert wird. Damit erweist sich letztlich auch jede Selektions- und Kompensationsstrategie als Strategie selbstregulativer Prävention, die – der Zurückweisung des Leitbildes des möglichen Nicht-Alter(n)s durch die Psychogerontologie zum Trotz – darauf zielt, den Alternsprozess auf einem neuen Niveau ›auszubremsen‹.

Das hier aufscheinende gemeinsame Leitbild des erfolgreichen Alter(n)s ist dabei keinesfalls auf den wissenschaftlichen Spezialdiskurs im Elfenbeinturm beschränkt (geblieben): Wir finden es mit zunehmender Intensität und Häufigkeit in Verlautbarungen zuständiger Ministerien, in den Altenberichten der Bundesregierung, in Programmen und Angeboten der Krankenkassen, im medialen Diskurs und insbesondere auch in der Werbung (vgl. im Überblick: van Dyk 2009). Auch geht

14 »Aging is not a disease, so the concept of seeking a cure for it is tantamount to seeking a cure for embryogenesis of child or adult development.« (Hayflick 2001: 21)

15 Zum Verhältnis von Alter und Krankheit in historischer Perspektive vgl. von Konratowitz 2000.

das Leitbild in dem einflussreichen Konzept des *active ageing* (Walker 2002) auf, das die Bedeutung einer gesunden Lebensführung für das – berufliche wie nachberufliche – aktive Alter propagiert und binnen kürzester Zeit auf EU-Ebene diskurs- und in einigen Ländern – so insbesondere Finnland und der Slowakei – explizit *policy-relevant* geworden ist (Avramov et al. 2003).

### 3.2 Erfolgreiches Altern – vom Counter-Diskurs zum Marktmodell

»Few would refute that the successful aging paradigm provides a refreshing alternative to a ›misery perspective‹ (...) that characterizes older adults in terms of the four Ds: dependency, disease, disability, and depression.« (Scheidt et al. 1999: 278)

Das Leitbild des erfolgreichen Alterns überwindet unbestreitbar die biomedizinisch begründete Defizitperspektive auf das Alter(n), adressiert alte Menschen als autonome und handlungsfähige Subjekte und öffnet den Blick für die Möglichkeit, dass ›normales‹ Altern nicht notwendigerweise ein Prozess des Abbaus und Verfalls sein muss. Wenn bereits die Befähigung zu selbstbestimmtem und autonomem Handeln in Frage steht, wie es angesichts der tiefen kulturellen Verankerung abbau- und defizitorientierter Alter(n)sbilder bis heute immer noch häufig der Fall ist (z. B. Filipp/Mayer 2005: 30), sollte die emanzipatorische Wirkung einer gesellschaftspolitischen Perspektive, die alte Menschen als Ko-Produzenten ihrer Lebensverhältnisse entdeckt, nicht unterschätzt werden, eröffnet sie doch offenkundig Handlungsspielräume für alternde Menschen und damit unter Umständen neue Möglichkeiten und Formen des Alterns. Dass das Plädoyer für Selbstregulation und Eigeninitiative durchaus als Kritik ›von unten‹ an institutionalisierten Formen der Medikalisierung vorgebracht sein kann, zeigt bereits das Beispiel der alternativen Gesundheitsbewegung der 1970er Jahre (vgl. Fußnote 4). Ist das Leitbild des erfolgreichen Alterns also als progressiver *Counter-Diskurs* zur Hegemonie biomedizinischer Defizitkonzepte zu lesen?

Ohne die angedeuteten entstehenden Handlungsspielräume grundsätzlich negieren zu wollen, sollen im Folgenden doch zunächst die aus unserer Sicht problematischen Implikationen des Leitbildes thematisiert werden – zumal diese in der gerontologischen Forschung und insbesondere im deutschsprachigem Raum unterbelichtet bleiben. Zu groß war und ist in der sozialwissenschaftlichen Gerontologie die ›Genugtuung‹ darüber, dass Alter(n) zunehmend (auch) als soziales Phänomen begriffen wird, zu groß die Hoffnung, die Zurückweisung der biomedizinisch begründeten Defizitperspektive könnte dazu beitragen, Alters- und Altenfeindlichkeit zu überwinden (z. B. Kleinemaß 2007).

Während die Aufforderung zur Altersaktivität im Hinblick auf (hetero-)produktive Tätigkeiten zunehmend (auch) kritisch diskutiert wird (z. B. Aner 2002; Schroeter 2002; Lessenich 2008b), wird in der Regel übersehen, dass die gewünschten wie geforderten, scheinbar unproblematischen autoproduktiven Tätigkeiten zur Aufrechterhaltung (oder gar Verbesserung) der eigenen physischen und psychischen Kapazitäten nicht allein der Förderung individuellen Wohlbefindens dienen: »Jeder einzelne hat alles zu tun, um möglichst gesund und kompetent alt zu werden. Damit erhöht er nicht nur seine eigenen Lebensqualität im Alter, sondern auch die seiner Angehörigen, seiner Familie – und spart letztendlich der Gesellschaft Kosten« (Lehr 2003: 55), fordert etwa die Psychogerontologin und ehemalige Bundesseniorenministerin Ursula Lehr und verdeutlicht damit exemplarisch, dass auch das erfolgreiche Alter(n) ganz im Sinne des zuvor skizzierten gesundheitspolitischen Paradigmenwechsels auf die ›soziale‹ Eigenverantwortung und -initiative der alternden Subjekte setzt, zumal vor dem Hintergrund des Um- und Abbaus sozialstaatlicher (Dienst-)Leistungen. Anstelle des Ausbaus von Opportunitätsstrukturen und (gesundheitspolitischen) Leistungen werden alte Menschen zunehmend selbst in die Pflicht genommen. In diesem Sinne konstatiert der amerikanische Gerontology Moody (2001: 180) zu Recht: »Successful aging fits in well with an era of privatism in health care.« In einer jüngeren Ausgabe der Apothekenrundschau heißt es wörtlich: »Vielfach sind Menschen gegenüber Alter und Krankheit zu schicksalergeben, da sie meinen, ohnehin keinen Einfluss darauf zu haben. Nachteilig auf den Präventionsgedanken wirkt sich auch die immer noch gute Versorgung durch das deutsche Krankenversicherungssystem aus. Sie verführt einige Bürger dazu, die Eigenverantwortung für ihre Gesundheit aufzugeben.« (Wolfrum/Marschall 2009: 12)

Infolge der zunehmenden Privatisierung öffentlicher Leistungen sowie der im Zuge eines erweiterten Gesundheitsverständnisses entstehenden neuen Güter und Dienstleistungen sind Vermeidung, Gestaltung und Optimierung des Alter(n)s zum Herzstück einer Konsumkultur des *anti-ageing* geworden (Gilleard/Higgs 2000: 28ff.). Die Angst vorm Alter(n) in einer auf Wellness und Fitness basierenden Aktivgesellschaft und der Wunsch, sich von den Defizitzuschreibungen an das (nicht-erfolgreiche, das ›gescheiterte‹) Alter zu befreien, erweisen sich als in hohem Maße kommerziell ausbeutbar, so dass »marketing maturity« (Katz 2005: 195ff.) ein lukratives Geschäft geworden ist. Weitgehend dekontextualisiert werden dabei die Chancen individuellen (Konsum-)Handelns propagiert, soziale wie institutionelle Rahmenbedingungen und die Bedeutung von Opportunitätsstrukturen für das erfolgreiche Altern ausgeblendet.

Doch nicht nur der liberale Gestus, der die Verantwortung für Gesundheit und Kompetenz im Alter einzig den Individuen überträgt, ist problematisch; zudem erweist sich die propagierte vermeintliche Optionsvielfalt der »Re-Sozialisierung« des Alter(n)s als trügerisch. Mit der scheinbar harmlosen Benennung der Möglichkeit, das Alter erfolgreich, produktiv und kompetent zu bewältigen, so unsere These, geht im Zuge der Popularisierung von Eigenverantwortung und -initiative sowie der zunehmenden Privatisierung von sozialer Sicherung und Gesundheitsversorgung die gesellschaftliche Erwartung einher, dass die als möglich konstruierte Leistung – gesund, aktiv und selbstständig zu altern – auch erbracht wird (Biggs/Powell 2001: 96). So wird nicht zuletzt durch das neue Leitbild des erfolgreichen Alterns »die gerade offensichtlich gewordene Pluralisierung des Alters und seine damit verbundene ›normative Dissoziation‹, [...] nun einer, wenn man so will, neuen gesellschaftlichen Rahmung ausgesetzt, deren Leitkriterien mit ›gesellschaftlicher Verpflichtung‹, ›gesellschaftlicher Selbstlegitimation‹ und ›Remoralisierung‹ umschrieben werden können« (von Konratowitz 1998: 62; vgl. auch: Estes et al. 2003: 78). Hierbei geht es jedoch nicht in erster Linie um eine zwangsweise Verpflichtung Älterer, auf deren Problematisierung sich die gerontologische Debatte beschränkt, sondern vor allem um die moralische Anleitung zum vernünftigen ›Sich-Verhalten‹ als ›alter ego‹ der sozialpolitischen Regulierung des Alters (van Dyk 2007: 107). Die gouvernementalitätstheoretische Machtanalyse, die davon ausgeht, dass Macht nicht direkt unterwirft, sondern die Subjekte durch die Produktion von Wahrheit anleitet, sich selbst zu führen (Foucault 1987: 255f.), öffnet hier den Blick auf die Re-Normierung und Re-Sozialisierung des Alters »in the guise of successful ageing« (Tulle-Winton 1999: 283).

### *3.3 Altern im Spannungsfeld von Scheitern und Entlastung. Perspektiven und Probleme*

Wir sind also mit einer Neuverhandlung der Lebensphase des Alters konfrontiert, im Zuge derer die Entlastung dieses Lebensabschnitts radikal eingeschränkt wird und das Alter in der Mitte der Gesellschaft – im Fadenkreuz von Aktivierung, Responsibilisierung und Privatisierung – angekommen ist. Dass das Leitbild des erfolgreichen Alter(n)s in der Gerontologie so weitgehend entproblematisiert wird, liegt nicht zuletzt daran, dass auf eine soziopolitische und -ökonomische Verortung des populären Fokus auf die individuellen Kapazitäten älterer Menschen verzichtet wird und dass eine theoretisch fundierte Perspektive auf die gesundheitspolitischen Implikationen des Leitbildes ausbleibt.

Die zentrale Frage, deren Konturen wir hier nur umreißen können, ist nun, ob, inwiefern und unter welchen Bedingungen alte Menschen – und wenn ja: welche? – an den neuen Leitbildern scheitern (müssen) bzw. wann, wo und für wen die Gestaltungsmöglichkeit(en) zur Belastung und Überforderung werden. Mehrere Aspekte erscheinen uns diesbezüglich bedenkenswert: Zunächst einmal ist die Entwicklung hin zu einem weiten Verständnis von Gesundheit, das sich nicht mehr auf die Abwesenheit von Krankheit beschränkt, sondern selbstregulative Prävention propagiert im Hinblick auf die damit einhergehende *Belastung* des Alters alles andere als unproblematisch. Denn tatsächlich ist der Prozess des Alterns – auch des von gravierenden Krankheiten verschont bleibenden Alterns – durch (vor allem körperliche) Veränderungen gekennzeichnet, die aus dieser Perspektive als Misserfolg, als eingetretener Scheiternsfall, als Rechnung für die ›Pflichtvergessenheit‹ der Vergangenheit gelesen werden müssen. In einer Zeit, in der der Körper zur »sichtbarste(n) Visitenkarte« (Villa 2007: 22) im Alltag wird und in der Sichtbarkeit im Sinne einer »bewusst und demonstrativ ausgestellte(n) Gesundheit« (Greco 2004: 294) eine neue Bedeutung erhält (vgl. 2.1.), werden (alterslose) Attraktivität und Gesundheit im Sinne von *well-being* so eng miteinander verwoben (Calasanti 2005: 10), dass allein die äußeren Merkmale, die den Prozess des Alterns begleiten, zu untrüglichen Zeichen des Scheiterns werden können.<sup>16</sup>

Die bislang wenig untersuchte Bedeutung des gesundheitspolitischen Paradigmenwechsels für alte Menschen ist auch deshalb von so großer Bedeutung, weil – wie zahlreiche Untersuchungen gezeigt haben – der Gesundheitsstatus einer der wichtigsten Marker für das subjektive Altersempfinden ist (z. B. Westerhoff/Tulle 2007: 250f.). Die Übernahme des erweiterten Gesundheitsverständnisses könnte – wie schon am Beispiel der ›Sichtbarkeit‹ deutlich geworden ist – in der Konsequenz die ›Messlatte‹ für das Altersempfinden alter Menschen deutlich erhöhen, so dass durch das entgrenzte Gesundheitsparadigma eine partielle Entgrenzung und Neubestimmung von (subjektiven) Altersgrenzen erfolgen würde.

Wird der Altersmarker aber biographisch ›nach vorne‹ gezogen, hätte das erhebliche Konsequenzen für das Erleben des Alternsprozesses als Scheitern. Die entscheidende Frage lautet also, ob und inwieweit alte Menschen sich das Leitbild des erfolgreichen Alter(n)s mit den skizzierten gesundheitsbezogenen Implikationen zu Eigen machen.

16 Erfolg ist hingegen dann gegeben, wenn eine alte Person »viel älter ist, als sie aussieht«, wie die Werbung eines Hamburger Fitnessstudios verheißt.

Tatsächlich gibt es empirische Hinweise darauf, das ältere Menschen entgegen der geschilderten Trends ihre eigenen Erfolgsmaßstäbe finden: Eine empirische Studie zum Konzept des *successful ageing* von Rowe und Kahn (Strawbridge et al. 2002) erbrachte auf der Basis einer Stichprobe von 857 Menschen im Alter von 65 bis 99 Jahren das Ergebnis, dass nur 18,8% der Befragten und Untersuchten die drei Bedingungsfaktoren für ein erfolgreiches Alter – Abwesenheit körperlicher Erkrankungen, gute körperliche und mentale Verfassung sowie aktive Teilhabe am Alltags- und sozialen Leben – erfüllten. In der individuellen Selbsteinschätzung stuften sich jedoch 50,3% der Stichprobe als erfolgreich alternd ein, womit mindestens 31,5% der Befragten offenkundig anderen bzw. eigenen, weniger strikten ›Erfogsmaßstäben‹ folgten. Nach welchen Kriterien ›Erfolg‹ bemessen wird, wie ein altersspezifisches Erfolgsmodell in der Praxis aussehen kann und ob wir es hier mit dem Beharrungsvermögen einer unter anderen (sozial- und gesundheitspolitischen) Bedingungen sozialisierten Generation zu tun haben, das für folgende Generationen sukzessive schwinden könnte, müsste empirisch einer genaueren Überprüfung unterzogen werden, zumal die subjektiven Voraussetzungen je nach sozio-ökonomischem Status, Bildungskapital und Geschlecht erheblich variieren (z. B. Holstein/Minkler 2003: 794ff.): Die Befähigung zur Selbstorganisation und zur permanenten (kommerzialisierten) physischen und psychischen Selbstoptimierung ist in hohem Maße bildungsabhängig und angewiesen auf gewisse finanzielle Ressourcen. Die zuvor diskutierte Dimension der Sichtbarkeit wiederum ist stark geschlechtsspezifisch strukturiert: Bei Männern gelten bestimmte körperliche Altersmarker – man denke an die grauen Schläfen – durchaus als attraktivitätsfördernd; Altersmerkmale werden deutlich später als bei Frauen als ›Verfallsmerkmale‹ gesehen (Calasanti 2005: 10), obwohl diese durchschnittlich eine erheblich längere gesunde und aktive Lebensphase vor sich haben.<sup>17</sup> Bereits Anfang der 1970er Jahre sprach Susan Sonntag (1972) deshalb von einem »double standard of ageing«.

Nicht zuletzt ist ›das Alter‹ nicht nur sozial-strukturell differenziert, sondern eine keineswegs einheitliche Lebensphase. Sowohl politisch als auch in der gerontologischen Forschung hat sich angesichts deutlich gestiegener (aktiver) Lebenserwartung eine Zweiteilung der Altersphase in ein junges, »drittes« Alter sowie ein »viertes« Alter im Sinne einer stärker

17 Viele ältere Frauen klagen in Interviews zudem darüber, dass sie mit zunehmendem Alter nicht mehr (als Frau) gesehen werden, und beschreiben das Altern als »fight against invisibility« (Hurd Clarke/Griffin 2008: 663).

durch Krankheit, Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit geprägten Hochaltrigkeit durchgesetzt. Während die jungen oder (Noch-nicht-)Alten – wie dargelegt – politisch, medial und wissenschaftlich zunehmend als Ko-Produzenten und autonome Subjekte adressiert werden, verbleiben hochaltrige Menschen im Objektstatus als zu Pflegende, zu Betreuende, zu Versorgende (Gilleard/Higgs 2000: 199). Anders als bei früheren Generationen wird dieser Zustand aber immer weniger als ›natürlich‹ hingenommen, so dass es heute neben bzw. nach den kleinen und größeren ›Scheiternserfahrungen‹ im Alternsprozess – den grauen Haaren, der nachlassenden Sportlichkeit, der größeren Anfälligkeit für Erkrankungen – insbesondere der Übergang ins vierte Lebensalter ist, der zur endgültigen (selbstverantworteten) Niederlage im Kampf mit dem Leben werden kann.<sup>18</sup> Damit steht – entgegen der Hoffnung vieler Gerontologen – nicht die Abwertung des Alters grundsätzlich in Frage, sondern lediglich die empirische Gültigkeit von Defizitperspektiven für aktive und produktive Menschen im so genannten Dritten Lebensalter. Pointiert konstatieren Holstein und Minkler: »[T]he ›new ageism‹ [...] replaces an earlier generalized dread of ageing with a more specific fear of aging with a disability.« (Holstein und Minkler 2003: 793)

Probleme entstehen aber keineswegs nur für diejenigen, die dem neuen Leitbild nicht entsprechen können – sei es aus finanziellen oder geschlechtsspezifischen Gründen oder weil sie pflegebedürftig sind. Auch (und womöglich gerade) diejenigen, die – aus welchen Gründen auch immer – nicht wollen, die, obwohl über finanzielle, körperliche und mentale Ressourcen verfügend, ihren Lebensabend rauchend (vor allem) vor dem Fernseher verbringen, werden zukünftig womöglich zu pflichtvergessenen, verantwortungslosen Subjekten erklärt.<sup>19</sup> Es ist zum jetzigen Zeitpunkt nur zu erahnen, dass Widerständigkeit unter diesen Bedingungen einen neuen Klang bekommen wird, in dem auch Marlbo-

18 Und wer für diese »Niederlage« in Gestalt der Pflegebedürftigkeit nicht privat vorgesorgt hat, kann – so stellt es etwa der Pflegebericht der Enquetekommission NRW fest – »im späteren Bedarfsfall nicht andere Menschen in Anspruch nehmen, ihm Ersatz zu leisten. Eine Kompensation freiwillig unterlassender Vorsorge kann also anderen nicht aufgezwungen werden, sondern dies muss eine freiwillig zu leistende Möglichkeit bleiben« (Enquetekommission NRW 2005: 26). Die Betonung der freiwillig unterlassenen Vorsorge blendet die zuvor skizzierten sozialen und ökonomischen Ungleichheiten so weitgehend aus, dass die privat zu organisierende Entlastung für den Scheiternsfall der Pflegebedürftigkeit zur individuellen Entscheidung eines aus den gesellschaftlichen Verhältnissen freigesetzten Subjekts stilisiert wird.

19 »Am Horizont der autonomen Strategie zeichnet sich die Vision eines nur aufgrund der Pflichtvergessenheit des Ich zu Ende gehenden Lebens ab.« (Baumann 2000: 68f.)

ros und RTL zu vernehmen sein könnten. Insgesamt gilt es auszuloten, welche sozialen Kämpfe um Ressourcen, Deutungshoheiten und soziale Anerkennung angesichts der Neuverhandlung des Alters geführt werden und ob bzw. inwiefern sie im Lichte der Erfolgsnorm unsichtbar werden und/oder – man denke an die rauchende Talkshow-Konsumentin – als (passives) Scheitern erscheinen.

#### 4. Fazit

Eingebettet in einen gesundheitspolitischen Paradigmenwechsel, der mit den Schlagworten ›selbstregulative Prävention‹, ›gesunde Lebensführung‹ und ›Vermarktlichung‹ umrissen werden kann, hat das Leitbild des erfolgreichen Alter(n)s im letzten Jahrzehnt sukzessive an Einfluss gewonnen. Der Imperativ zur vorsorgenden Arbeit an der Gesunderhaltung des eigenen Körpers richtet sich zwar keineswegs nur an Ältere, im Gegenteil: Mit Prävention kann im Lebenslauf gar nicht früh genug begonnen werden. Aber die Verzögerung des Alter(n)s und des – im allgemeinen Verständnis mit diesem eng verbundenen – Risikos der Hilflosigkeit, Gebrechlichkeit und Passivität erfordert ein besonderes Maß institutionell vermittelter und individuell erworbener präventiver Kompetenz. Die paradigmatische Verschiebung des Gesundheitskonzeptes und die ›Neuerfindung‹ des Alter(n)s gehen hier eine überaus produktive Verbindung ein. Dabei sollte deutlich geworden sein, dass die gerontologische Entproblematisierung der ›Sorge um sich‹ einen wesentlichen Motor sozialer Ungleichheitsproduktion aus den Augen verliert, ist doch die Aussicht auf Erfolg im Sinne einer gesunden Lebensführung bis ins hohe Alter entgegen aller Empowermentrhetorik keineswegs für alle gleich groß. Schon vor dem Übergang in den Ruhestand etwa entscheiden nicht nur Präventionsangebot und -nachfrage über den Grad der ›Aktivierbarkeit‹ älterer Beschäftigter – trotz aller Beschwörung des produktiven Alters werden »ältere Erwerbstätige auf dem Arbeitsmarkt und in den Unternehmen« dank der aus Unternehmenssicht häufig unzureichenden Verwertbarkeit ihrer Arbeitskraft nach wie vor oft systematisch »an den Rand gedrängt« (Reindl 2009: 164).

Doch selbst wo ausdrücklich ungleiche ›Gesundheitschancen‹ skandalisiert und gezielte Präventionsangebote für ›bildungsferne Schichten‹ eingefordert werden, bleibt die Fixierung auf die Verhaltensdimension (im Unterschied zur Verhältnisdimension) oft bestehen. Zwar zielt eine solche Skandalisierung nicht unmittelbar auf eine ›Kontrolle armer Klassen‹, wie wir sie aus den sozialhygienischen Programmen des 19. Jahrhunderts kennen. Wohl aber impliziert sie ein in problematischer Weise reduziertes Verständnis sozialer Ungleichheit, das diese zur Sache

der – lebensweltlich verankerten – ungleichen Einzelnen erklärt. Dafür liefert das in durchaus egalitärer sozialpolitischer Absicht von Altgeld et al. im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung verfasste »Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik« (2006) ein gutes Beispiel. Hier wird die Überwindung sozialer Ungleichheit als zentrales Ziel von Prävention und Gesundheitsförderung auch im Alter formuliert, und der ansonsten vorherrschenden Fokussierung auf das individuelle Verhalten der Menschen wird eine Problematisierung der ungleichheitsproduzierenden bzw. -zementierenden gesellschaftlichen Verhältnisse zur Seite gestellt. Wohnverhältnisse, Nachbarschaftsstrukturen, altersgerechte Infrastruktur sowie Angebote zum Erhalt der körperlichen und geistigen Fitness werden einerseits als wichtige und gesellschaftlich gestaltbare Faktoren für ein gesundes Alter(n) genannt (ebd.: 22f.). Andererseits aber erscheint die für ungleiche Lebens- und Morbiditätserwartungen signifikant ursächliche Dimension der klassenspezifisch strukturierten Einkommensungleichheit (ebd.: 10) – ebenso wie die unzureichende Deckung von Pflegebedarfen durch die Pflegeversicherung – als kaum verhandelbar und damit implizit als unveränderlicher ›Umweltfaktor, der aus der gestaltbaren ›Lebenswelt‹ der Subjekte herausfällt. Eine – sich paradoxerweise gerade im Rekurs auf die sozialen Lebenswelten vollziehende – Entproblematisierung der makropolitisch gesteuerten sozialstrukturellen Rahmenbedingungen für ein gesundes Alter(n), kann jedoch nur in eine – soziale Widersprüche ausblendende – Sackgasse führen. Und selbst wenn wir uns das (in einer kapitalistischen Gesellschaft schlicht naive) Gedankenexperiment gestatten und annehmen, die gleichen Voraussetzungen für eine präventive Lebensführung seien prinzipiell gegeben, sensibilisiert die in diesem Beitrag herangezogene gouvernementalitätstheoretische Perspektive doch auch dafür, dass eine Plastizität beschwörende und diese als Imperativ wendende, normierende Steuerung der alltäglichen Lebensführung – und beruhe sie auf noch so gut gemeintem Empowerment – immer auch auf die Stigmatisierung und Verhinderung des weniger Gewünschten zielt und damit zu einer veritablen Bedrohung subjektiver Autonomie werden kann.

Mitunter ist andererseits von Seiten der Kritiker/innen eines responsibilisierenden Alter(n)s-Leitbildes die Tendenz zu beobachten, das Alter durch seine (Re-)Naturalisierung vor Aktivierung und normierenden Erfolgsansprüchen zu bewahren.<sup>20</sup> So wichtig und richtig es ist, die mög-

20 Vgl. exemplarisch: »Vielleicht wird ja dann auch der Wert der Erfahrung Älterer wieder (an)erkannt, vielleicht das ›Älterwerden wieder als ein natürlicher Prozess empfunden, dem sich kein Mensch entziehen kann oder muss.« (Belwe 2008)

liche und tatsächliche Belastung und Überforderung alter Menschen durch aktivitäts- und erfolgsorientierte Leitbilder zu problematisieren, so wenig hilfreich ist es, die Flucht zurück in die biomedizinische Bestimmung des Alters zu suchen, die – soll sie entlastend sein – unter den gegebenen, auf Leistung, Eigenverantwortung und Aktivierung zielenden Verhältnissen auf eine Defizitbestimmung hinauslaufen muss. Damit wird nicht nur die Vielfalt des Alters negiert (so mancher wird nicht ›entlastet‹ werden wollen/müssen), sondern es werden auch die Spielräume getilgt, die im Zuge der Dekonstruktion biologischer Abbau- und Verfallsmodelle entstanden sind.

Mit dem (theoretischen) Verzicht darauf, das Alter durch seine (Re-)Biologisierung vor Aktivierung und Responsibilisierung zu schützen und (insbesondere) Maßnahmen des *Anti-Ageing* als ›unnatürlich‹ zu brandmarken, muss dabei, wie wir hoffen gezeigt zu haben, aber keineswegs eine Aufgabe der Kritik an *konkreten* Implikationen des neuen Altersleitbildes verbunden sein: So sind – um dies abschließend noch einmal zusammenzufassen – die augenfälligen Tendenzen der Individualisierung und Privatisierung von sozialen Risiken des Alter(n)s ebenso zu kritisieren wie die ungleichen Zugangschancen zu Mitteln und Wegen der Altersaktivität und des *Anti-Ageing*, die ausgeprägte Kommerzialisierung von (Präventions-)Angeboten, die moralische Indienstnahme der ›gesunden‹ und ›erfolgreichen‹ Alten für die Sorge um den staatlicherseits deregulierten Bereich des Sozialen, die sozialstrukturell systematisch ungleiche Einkommens- und Versorgungssituation der aktuellen und zukünftig Alten – und nicht zuletzt die ungebrochene Entmündigung des hohen, abhängigen und kranken Alters und seine implizite Kennzeichnung als demografische ›Alterslast‹.

#### *Korrespondenzadresse*

Dr. Silke van Dyk  
Institut für Soziologie  
Friedrich-Schiller-Universität Jena  
Carl-Zeiß-Str. 2  
07743 Jena  
silke.vandyk@uni-jena.de

## Literatur

- Altgeld, T.; Geene, R.; Glaeske, G.; Kolip, P.; Rosenbrock, R.; Trojan, A. (2006): Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik. Hrsg. von der Friedrich-Ebert-Stiftung, Gesprächskreis Sozialpolitik, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Amann, A. (2007): Produktives Arbeiten und flexibles Altern: Forschungsprogrammatische Überlegungen zu einem Sozialprodukt des Alters. In: U. Pasero; G. Backes; K. R. Schroeter (Hg.): Altern in Gesellschaft. Ageing – Diversity – Inclusion, Wiesbaden: VS-Verlag: 265-288.
- Aner, K. (2002): Das freiwillige Engagement älterer Menschen – Ambivalenzen einer gesellschaftlichen Debatte. In: F. Karl; K. Aner (Hg.): Die »neuen Alten« – revisited. Kaffeefahrten – Freiwilliges Engagement – Neue Alterskultur – Intergenerative Projekte, Kassel: University Press: 39-102.
- Avramov, D.; Maskova M. (2003): Active ageing in Europe. Strasbourg: Council of Europe Publishing
- Baltes, P. B.; Baltes, M. (1989): Erfolgreiches Altern: Mehr Jahre und mehr Leben. In: M. Baltes; M. Kohli; K. Sames (Hg.): Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen, Bern/Stuttgart/Toronto: Verlag Hans Huber: 5-10.
- Baltes, P. B.; Carstensen, L. L. (1996): The Process of Successful Ageing. *Ageing & Society* 16: 397-422.
- Baumann, Z. (2000): Die Krise der Politik. Fluch und Chance einer neuen Öffentlichkeit, Hamburg: Hamburger Edition.
- Belwe, K. (2008): Editorial. *Aus Politik und Zeitgeschichte* B18-19: 2.
- Biggs, S.; Powell, J. L. (2001): A Foucauldian Analysis of Old Age and the Power of Social Welfare. *Journal of Aging & Social Policy* 12: 93-112.
- Brockmann, H. (2002): Why is less money spent on health care for the elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals. *Social Science and Medicine* 55 (4): 593-608.
- Bröckling, U. (2000): Prävention. In: U. Bröckling; S. Krasmann; T. Lemke (Hg.): *Glossar der Gegenwart*, Frankfurt/Main: Suhrkamp: 210-215.
- Brunnett, R. (2007): Foucaults Beitrag zur Analyse der neuen Kultur von Gesundheit. In: R. Anhorn; F. Bettinger; J. Stehr (Hg.): *Foucaults Machtanalytik und Soziale Arbeit. Eine kritische Einführung*, Wiesbaden: VS Verlag: 169-184.
- Burkhardt, M. (2000): Gewöhnen sie sich das Altern ab! Das mentale Anti-Aging-Training. Wie die Psyche den Körper beeinflusst, München: Herbig.
- Calasanti, T. (2005): Ageism, Gravity, and Gender. *Experiences of Aging Bodies. Generations* 29: 8-12.
- Degener, T. (2001): »Gesunder« juristischer Menschenverstand? Über den Terror der Normalität und die Steuerungsfunktion von Rechts- und Sozialnormen am Beispiel der wrongful-birth Rechtsprechung. In: U. Schildmann (Hg.): *Normalität, Behinderung und Geschlecht. Ansätze und Perspektiven der Forschung*, Opladen: Leske + Budrich: 43-61.
- Duttweiler, S. (2003): Body-Consciousness – Fitness – Wellness – Körpertechnologien als Technologien des Selbst, Widersprüche – Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich, 87 (23): 31-43.
- van Dyk, S. (2007): Kompetent, aktiv, produktiv? Die Entdeckung der Alten in der Aktivgesellschaft, *Prokla* 36: 93-112.

- van Dyk, S. (2009): Zur Problematik eines aktiven und produktiven Alter(n)s. Theoretische Schlaglichter auf die Neuverhandlung einer Lebensphase, Manuskript.
- Enquêtékommision NRW (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquêtékommision des Landtags von Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf. [http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB\\_I/I.1/EK/EKALT/13\\_EK3/Abschlussbericht/Abschlussbericht\\_gesamt\\_Teil\\_1.pdf](http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK3/Abschlussbericht/Abschlussbericht_gesamt_Teil_1.pdf), (Zugriff: 16.02. 2009).
- Estes, C. L.; Mahakian, J. L. (2001): The Political Economy of Productive Aging. In: N. Morrow-Howell; J. Hinterlong; M. Sherraden (Hg.): *Productive Aging. Concepts and Challenges*, Baltimore/London: The Johns Hopkins University Press: 197-213.
- Estes, C. L.; Biggs, S.; Phillipson, C. (2003): *Social Theory, Social Policy and Ageing*, Berkshire: Open University Press.
- Featherman, D. L. (1989): Erfolgreiches Altern: Adaptive Kompetenz in einer Ruhestandsgesellschaft. In: M. Baltes; M. Kohli; K. Sames (Hg.): *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*, Bern/Stuttgart/Toronto: Verlag Hans Huber: 11-18.
- Filipp, S.-H.; Mayer, A.-K. (2005): Zur Bedeutung von Altersstereotypen. Aus *Politik und Zeitgeschichte* B49-50: 25-30.
- Forberger, T.; Sommer, U. (2006): *Die Anti-Aging-(R)evolution: das Handbuch zum Aufhalten und Umkehren des Alterungsprozesses*, Göllesheim: Caduce-Ed.
- Foucault, M. (1987): Das Subjekt und die Macht. In: H. L. Dreyfus; P. Rabinow: *Michel Foucault: Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik*, Frankfurt: Athanäum: 243-261.
- Foucault, M. (1999): In *Verteidigung der Gesellschaft. Vorlesungen am Collège de France (1975–76)*, Frankfurt/M.: Suhrkamp: 276-305.
- Foucault, M. (2003a): Krise der Medizin oder Krise der Antimedizin (Vortrag). In: M. Foucault: *Dits et Ecrits. Schriften, Dritter Band*, Frankfurt/Main: Suhrkamp: 54-76.
- Foucault, M. (2003b): Die Geburt der Sozialmedizin (Vortrag). In: M. Foucault: *Dits et Ecrits. Schriften, Dritter Band*, Frankfurt/Main: Suhrkamp: 272-298.
- Gilleard, C.; Higgs, P. (2000): *Cultures of Ageing. Self, citizen and the body*, Harlow et al: Prentice Hall.
- Graefe, S. (2007a): Autonomie am Lebensende? Biopolitik, Ökonomisierung und die Debatte um Sterbehilfe, Frankfurt/Main: Campus.
- Graefe, S. (2007b): Zwischen Wahlfreiheit und Entscheidungszwang. Zur Ökonomie des »entlastenden Sterbens«. *PROKLA* 148: 421-437.
- Greco, M. (2004): Wellness. In: U. Bröckling, S. Krasmann and T. Lemke (Hg.): *Glossar der Gegenwart*, Frankfurt/M.: Suhrkamp: 293-299.
- Hayflick, L. (2001): Anti-Aging Medicine: Hypoe, Hope, and Reality. *Generations* 25: 20-26.
- Holstein, M.; Minkler, M. (2003): Self, Society, and the »New Gerontology«. *The Gerontologist* 43: 487-496.
- Hurd Clarke, L.; Griffin, M. (2008): Visible and invisible ageing: beauty work as a response to ageism. *Ageing & Society* 28: 653-674.
- Illich, I. (1977): *Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens*, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

- Jones, J.; Pugh, S. (2005): Ageing Gay Men: Lessons from the Sociology of Embodiment. *Men and Masculinities* 7 (3): 248-260.
- Katz, S. (2005): Growing Older Without Aging? Postmodern Time and Senior Markets. In: S. Katz (Hg.): *Cultural Aging. Life Course, Lifestyle, and Senior Worlds*, Peterborough: Broadview Press: 188-201.
- Kleinemaß, U. (2007): Aktives Altern, Interview in: *Das Apothekenmagazin der Deutschen Seniorenliga e.V.*, <http://www.dsl-aktiv.com/lebensart/altern/html>, (Zugriff: 13.08.2008)
- Knopf, D. (2002): Alter zwischen Ent- und Verpflichtung. In: Institut für Soziale Infrastruktur; Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros (Hg.): *Grundsatzthemen der Freiwilligenarbeit. Theorie und Praxis des sozialen Engagements und seine Bedeutung für ältere Menschen*, Stuttgart/Marburg/Erfurt: Verlag Peter Wiehl: 69-84.
- Knopf, D.; Schäuble, G.; Veelken, L. (1999): Früh beginnen. Perspektiven für ein produktives Altern. In: A. Niederfranke; G. Naegele; E. Frahm (Hg.): *Funkkolleg Altern 2. Lebenslagen und Lebenswelten, soziale Sicherung und Altenpolitik*, Opladen: Leske + Budrich: 97-156.
- von Kondratowitz, H.-J. (1998): Vom gesellschaftlich »regulierten« über das »unbestimmte« zum »disponiblen« Alter. In: W. Clemens; G. Backes (Hg.): *Altern und Gesellschaft. Gesellschaftliche Modernisierung durch Altersstrukturwandel*, Opladen: Leske + Budrich: 61-82.
- von Kondratowitz, H.-J. (2000): »Alter« und »Krankheit«. Die Dynamik der Diskurse und der Wandel ihrer historischen Aushandlungsformen. In: J. Ehmer; P. Gutschner (Hg.): *Das Alter im Spiel der Generationen. Historische und sozialwissenschaftliche Beiträge*, Wien et al.: Böhlau: 109-155.
- Kühn, H. (2001): Normative Ätiologie – Zur Herrschaftlichkeit des gesellschaftlichen Krankheitsverständnisses. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 34: 11-18.
- Kuhlmann, E. (1998): Zwischen zwei Mahlsteinen – Ergebnisse einer empirischen Studie zur Verteilung knapper medizinischer Ressourcen in ausgewählten klinischen Settings. In: G. Feuerstein; E. Kuhlmann (Hg.): *Rationierung im Gesundheitswesen*, Wiesbaden: Ullstein: 11-80.
- Lehr, U. (2003): Die Jugend von gestern – und die Senioren von morgen, *Aus Politik und Zeitgeschichte* B 20: 3-5.
- Labisch, A. (1985): Die soziale Konstruktion von »Gesundheit« und des »Homo Hygienicus«: Zur Soziogenese eines sozialen Guts. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 10: 60-81.
- Lemke, T. (2008): Von der sozialtechnischen zur selbstregulatorischen Prävention: Die Geburt der »genetischen Risikoperson«. In: A. Hilbert; W. Rief; P. Dabrock (Hg.): *Gewichtige Gene. Adipositas zwischen Prädisposition und Eigenverantwortung*, Bern: Verlag Hans Huber 2008: 151-165.
- Lessenich, S. (2008a): Die Neuerfindung des Sozialen. *Der Sozialstaat im flexiblen Kapitalismus*, Bielefeld: transcript Verlag.
- Lessenich, S. (2008b): Produktives Altern. Auf dem Weg zum Alterskraftunternehmer? In: M. Füllsack (Hg.): *Verwerfungen moderner Arbeit. Zum Formwandel des Produktiven*, Bielefeld: transcript: 45-64.
- Lettow, S. (2008): Flexibilität und Determinismus. *Neurowissenschaften und Naturalisierung von Subjektivität. Forum Wissenschaft* 25 (4): 10-13.

- Marstedt, G. (1994): Gesundheitsverhalten als Risikomeidung: Postulat und Alltagsrealität. Empirische Befunde zu arbeits- und gesundheitsbezogenen Wahrnehmungs- und Verhaltensmustern in der Bevölkerung. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 23: 75-99.
- Mazumdar, P. (2004): Der Gesundheitsimperativ. Widerspruch – Münchner Zeitschrift für Philosophie 24 (42): 11-24.
- Moody, H. R. (2001): Productive Aging and the Ideology of Old Age. In: N. Morrow-Howell; J. Hinterlong; M. Sherraden (Hg.): *Productive Aging. Concepts and Challenges*, Baltimore/London: The Johns Hopkins University Press: 175-196.
- PROKLA-Redaktion (2003): Editorial: Gesundheit im Neoliberalismus. *PROKLA. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft* 33 (3): 360-364.
- Reindl, J. (2009): Die Abschaffung des Alters. Eine Kritik des optimistischen Altersparadigmas, in: *Leviathan* 37: 160-172.
- Rosenbrock, R. (2004): Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheitschancen. 13 Befunde und Empfehlungen zur Umsetzung des § 20, Abs. 1 des SGB V durch die GKV, hg. vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen BKK, Essen.
- Rowe, J. W.; Kahn, R. L. (1998): *Successful Aging*, New York: Dell Trade Paperback.
- Scheidt, R. J.; Humpherys, D. R.; Yorgason, J. B. (1999): Successful Aging: What's Not to Like? *The Journal of Applied Gerontology* 18: 277-282.
- Schroeter, K. R. (2002): Zur Allodoxie des »erfolgreichen« und »produktiven Alter(n)s«. In: G. M. Backes; W. Clemens (Hg.): *Die Zukunft der Soziologie des Alter(n)s*, Opladen: Leske + Budrich: 85-110.
- Sonntag, S. (1972): The double standard of aging. *Saturday Review of Literature* 39: 29-38.
- Spindler, M. (2007): Neue Konzepte für alte Körper. Ist Anti-Aging unnatürlich? In: H. Hartung; D. Reinmuth; C. Streubel; A. Uhlman (Hg.): *Graue Theorie. Die Kategorien Alter und Geschlecht im kulturellen Diskurs*, Köln/Weimar/Wien: Böhlau Verlag: 79-101.
- 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: 727-733.
- Tulle-Winton, E. (1999): Growing old and resistance: towards a new cultural economy of old age? *Ageing and Society* 19: 281-299.
- Villa, P.-I. (2007): Der Körper als kulturelle Inszenierung und Statussymbol. *Aus Politik und Zeitgeschichte* 18: 18-26.
- Vobruba, G. (1983): Prävention durch Selbstkontrolle. In: M. M. Wambach (Hg.): *Der Mensch als Risiko*, Frankfurt/M.: Suhrkamp: 29-48.
- Walker, Alan (2002): The principles and potential of active ageing. In: S. Pohlmann (Hg.): *Facing an Ageing World – Recommendations and Perspectives*, Regensburg: Transfer Verlag: 113-116.
- Wehling, P.; Viehöver, W.; Keller, R.; Lau, C. (2007): Zwischen Biologisierung des Sozialen und neuer Biosozialität: Dynamiken der biopolitischen Grenzüberschreitung. *Berliner Journal für Soziologie* 4: 547-567.
- Weingart, P.; Kroll, J.; Bayertz, K. (1992), *Rasse, Blut, Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland*, Frankfurt/M.: Suhrkamp.

- Westerhof, G. J.; Tulle, E. (2007): Meanings of ageing and old age: Discursive contexts, social attitudes and personal identities: In: J. Bond; S. Peace; F. Dittmann-Kohli; G. J. Westerhof (Hg.): *Ageing in Society. European Perspectives on Gerontology*, London et al.: Sage Publications: 235-254.
- Wolfrum, C.; Marschhall, L. (2009): Gesünder leben. Prävention: Den eigenen Lebensstil zu ändern und die richtige Vorsorge zu betreiben schützt vor Krankheiten. Zu spät ist es dafür nie, in: *Apotheken-Umschau*, Januar 2009: 10-14.
- Ziguras, C (2004): *Self-Care. Embodiment, Personal Autonomy and the Shaping of Health Consciousness*, London/New York: Routledge.