

Lieber tot als hilfsbedürftig und abhängig?

Zur Problematik des „erfolgreichen Alterns“ in der Leistungsgesellschaft

Der Tod ist in modernen Gesellschaften zu einem Altersphänomen geworden. Das Sterben zieht sich immer mehr in die Länge und findet immer häufiger in Institutionen statt, weil heutige Todesursachen (insbesondere Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und Krebserkrankungen) meist einen langwierigen Verlauf nehmen und in Kliniken, Pflegeheimen, Hospizen oder ähnlichen Einrichtungen besser behandelt und betreut werden können. „Niemand zuvor in der Geschichte der Menschheit wurden Sterbende so hygienisch aus der Sicht der Lebenden hinter die Kulissen des gesellschaftlichen Lebens fortgeschafft; niemals zuvor wurden menschliche Leichen so geruchlos und mit solcher technischen Perfektion aus dem Sterbezimmer ins Grab expediert.“ (Elias, N., 1995: 38) Tod und Sterben waren lange Zeit tabuisierte Themen, doch allmählich rücken sie auf die tagespolitische Agenda. Und wenn man sich die inzwischen zahlreich vorliegenden Publikationen zum Thema vergegenwärtigt, wird die paradoxe Situation deutlich, dass man auch über ein tabuisiertes Thema ganz trefflich schreiben und streiten kann. Augenfällig wird das insbesondere in den kontroversen Diskussionen über Therapiebegrenzung und Sterbehilfe. Diese Diskussionen nähren sich nicht zuletzt aus der prekären Konstellation, dass die heutige medizinische Technik es ermöglicht, Lebens- bzw. Sterbesituationen zu schaffen, die in den Augen mancher nicht mehr oder nur noch schwer mit der Würde des Menschen vereinbar sind. Parallel dazu wird auch die Diskussion über Kostensenkung und Rationierung im Gesundheitswesen immer lauter, auch wenn das nicht immer offen ausgesprochen und stattdessen lieber von einnahmeorientierter Ausgabenpolitik gesprochen wird.

Als Hintergrund, vor dem diese Debatten geführt werden, wird zumeist die demografische Entwicklung ins Feld geführt. Die Argumentation scheint vordergründig plausibel, hat doch der Altersstrukturwandel (Schroeter, K.R., 2000; Tews, H.P., 1993) auch die Anzahl der Hochbetagten und Langlebigen rasant in die Höhe schnellen lassen. Und mit zunehmendem Alter entstehen und akkumulieren sich chronische Erkrankungen, die sich sodann auch in einer vermehrten Hilfs- und Pflegebedürftigkeit niederschlagen. Somit verbirgt sich hinter dieser Entwicklung die so



Priv.-Doz. Dr. phil. Klaus R. Schroeter

genannte Paradoxie des technischen Fortschritts (Krämer, W., 1992), insofern mit fast jeder medizinischen Verbesserung die Zahl der Patienten wächst, statt sinkt. Und das stellt das Gesundheitssystem vor immense Herausforderungen. Wenn man bedenkt, dass 60 Prozent der finanziellen Mittel, die eine Krankenversicherung für einen Patienten im Verlauf seines gesamten Lebens aufwendet, auf die letzten fünf oder sechs Lebensmonate entfallen, verwundert es nicht, dass auch hier zu Lande Debatten anzustoßen versucht werden, dem „Kostenfaktor Alter“ entgegenzuwirken. Hinter all diesen Diskussionen schimmert immer auch die Frage, welchen Maßstab unsere Gesellschaft dem Stellenwert des alternden Menschen beimisst.

In diesem Zusammenhang ist auf das Leitbild des produktiven und erfolgreichen Alterns zu verweisen, das sich in der gegenwärtigen Sozialen Gerontologie einer großen Beliebtheit erfreut. Es gehört zu den unzweifelhaften Verdiensten der gerontologischen Forschung, dass das Altern heute nicht mehr als bloßer biologischer Abbauprozess gesehen wird, sondern als ein Entwicklungsprozess, der sowohl von inneren als auch von äußeren Faktoren beeinflusst wird und in vielerlei Richtungen verlaufen kann. Hier hat insbesondere die Differentielle Gerontologie viel zur Aufklärung beigetragen. In diesem Zusammenhang ist der Begriff des „erfolgreichen Alterns“ schon früh in die Gerontologie eingeführt worden (Havighurst, R.; Albrecht, R., 1953). Diese Vorstellung hat sich zwischenzeitlich

zum grundlegenden Credo des gerontologischen Feldes entwickelt (vgl. Schroeter, K.R. 2002a, 2004a). Doch bislang ist es noch nicht gelungen, eine allgemein akzeptierte Begriffsbestimmung vom erfolgreichen oder produktiven Altern zu etablieren. Wenn auch beide Begriffe – erfolgreiches und produktives Altern – einen positiven Bezug zum Altern herstellen, scheinen sie keineswegs identisch, aber auch nicht eindeutig voneinander getrennt. Die Grenzen sind unscharf. Vielleicht kann man beim produktiven Altern die Betonung stärker auf die gesellschaftlichen Rollen älterer Menschen legen und beim erfolgreichen Altern stärker auf die individuellen und personalen Ressourcen (Caro, F., et al. 1993).

Beim Altern denkt man zunächst einmal an Verlust, Abbau und nahenden Tod. Erfolg hingegen suggeriert vor allem Gewinn und positive Bilanz. Wie also passen Altern und Erfolg zusammen? Als Indikatoren des erfolgreichen Alterns gelten unter anderem die Lebensdauer, Lebenszufriedenheit, körperliche und geistige Gesundheit, persönliche und soziale Kompetenzen, soziale und gesellschaftliche Produktivität. Erfolgreiches Altern liegt demnach dann vor, wenn im Durchschnitt bei gleichzeitiger Geringhaltung von körperlicher, mentaler und sozialer Gebrechlichkeit immer länger gelebt wird. Das setzt eine Reihe von Fähigkeiten und Kompetenzen voraus, die erhalten, wiederhergestellt oder auch neu erworben werden müssen. Das ist das Einfallstor für geragogische oder allgemein gerontologische Maßnahmen, um all die Kräfte zu stärken bzw. zu erwecken, die den älter werdenden Menschen dazu befähigen, seinen Lebensplan und seinen Lebensalltag mit einem großen Anteil an Eigenregie möglichst optimal zu gestalten.

Dieses Bestreben ist gewiss aller Ehren wert, doch haftet dem Etikett des „erfolgreichen Alterns“ unter dem dieses Vorhaben umgesetzt werden soll, immer eine nützlichkeitsorientierte Sinnhaftigkeit an. Erfolg ist in der Grundbedeutung des Wortes ein durch Bemühung erzielt positives Ergebnis. Und insofern können zwar die Bemühungen und Interventionen in den Alterungsprozess durchaus erfolgreich sein, nicht aber das (biologische) Altern selber. Das biologische Altern bleibt ein Involutionprozess, der zwar sozial überformt ist und durch geeignete Interventionen, durch präventive und rehabilitative Maßnahmen, erfolgreich gehemmt, aber letztlich doch nicht gestoppt werden kann. Am Ende

des Alterns stehen das Sterben und der Tod. Spätestens hier klänge es zynisch und paradox, von einem Erfolg zu sprechen. Von Erfolg gekrönt oder durch Misserfolg gezeichnet können nur die in den Alterungsprozess eingreifenden Interventionsmechanismen sein. Insofern ist der Begriff des erfolgreichen Alterns irreführend. Er ist eine semantische Falle (vgl. Schroeter, K.R., 2002a, 2004a). Das Altersbild war lange Zeit – und ist zum Teil auch noch heute – von negativen Vorstellungen des Abbaus und des Verlustes geprägt. Und um diesen negativen gesellschaftlichen Altersbildern etwas Positives entgegenzustellen, wurde der Alterungsprozess als potenziell mit Erfolg beschieden gedacht. Gestützt auf die Ergebnisse zahlreicher Untersuchungen wurde den in der öffentlichen Meinung fest verankerten Überzeugungen von einem passi-

ven und defizitären Alterns die Vorstellung eines aktiven und prinzipiell erfolgreichen Alterns gegenübergestellt. Insofern wurde der Begriff des erfolgreichen Alterns einst als Heterodoxie, also als bewusster Gegenentwurf zur damaligen Vorstellung eines allgemein defizitären Alterns eingeführt. Seither gilt er – zumindest in weiten Teilen der Sozialen Gerontologie – mittlerweile selber als Orthodoxie, als gängige Lehrmeinung. Doch angesichts der – wengleich auch erfolgreich hemmbaren, so doch realiter nicht aufhebba- ren – biologischen Abbauprozesse erscheint diese orthodoxe Vorstellung als eine fehlerhafte Repräsentation, als eine Allodoxie des Alterns, weil nicht das Altern selber, sondern nur die intervenierenden Steuerungsprozesse erfolgreich, aber eben auch nicht erfolgreich sein können.

Der Glaube an ein – zumindest potenziell – „erfolgreiches Altern“ gilt in großen Teilen der Sozialen Gerontologie als selbstverständlich. Dabei liegt die Gefahr des unter- oder hintergründigen Verständnisses an ein erfolgreiches Altern doch sichtbar auf der Hand: Es bleibt immer ein Unbehagen, weil auch immer das Nichterreichen des beabsichtigten Interventionserfolges mitgedacht werden muss. Dann stehen den „erfolgreich Gealterten“ die „nicht erfolgreich Gealterten“ gegenüber.

Wer aber soll dann zu den „erfolglosen“ oder „gescheiterten Alten“ gehören? Die kranken und schwerstpflegebedürftigen Alten, die Verwirrten und demenziell Erkrankten? Wer von einem „erfolgreichen und produktiven Alter“ spricht, muss dieses wohl oder übel von einem „gescheiterten“ und „unprodukti-

ven Alter“ abgrenzen. – Und das wäre eine diabolische Aufgabe! Aber der Teufel steckt nicht nur im individuell erlebten Detail, sondern auch im gesellschaftlich verantworteten Allgemeinen. Das zeigt sich einmal mehr auch bei der Frage, ob durch die vermehrt auftretenden individuell verfügbaren Wünsche nach Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen im Falle todbringender und schmerzleidender Krankheiten nicht durch die Hintertür der Gesellschaft normative Standards eingeführt werden, um dem „nicht mehr erfolgreichen Altern“ ein „erfolgreiches Ende“ zu setzen.

Wie viele Lebensjahre muss man erreichen, welchen Grad an körperlicher und geistiger Gesundheit erlangen, welches Ausmaß an persönlicher und sozialer Handlungskompetenz erzielen, wie viel Lebenszufriedenheit muss man zeigen, um als „erfolgreich“ gealtert zu gelten? Oder in Umkehrung der Fragestellung: Wie jung muss man sterben, welche geistigen und körperlichen Krankheiten muss man erleiden, wie viel Inkompetenz muss man zeigen, und wie unzufrieden muss man sein, um als „gescheitert“ und „unproduktiv“ gebrandmarkt zu werden? Derartige Antagonismen polarisieren in unnötiger Weise und laufen zudem Gefahr, durch die „Aufwertung des produktiven Alters (...) das nicht mehr produktive Alter – indirekt zumindest – zu einem unnützen zu machen“ (Lenz, K. et al., 1999: 35). Eine solche Zuspitzung findet sich zwar nicht in den Modellen des „erfolgreichen“ oder „produktiven“ Alterns, eine derartige normative Zielsetzung ist aber die unausgesprochene implizite Folgerung solcher Überlegungen. Wer vom erfolgreichen und produktiven Altern spricht und damit unweigerlich Kriterien zur Erreichung eines solchen formuliert, der läuft Gefahr, normative Maßstäbe zu setzen, die über Erfolg oder Misserfolg, über Produktivität oder Unproduktivität richten.

Das gilt im gewissen Sinne auch für das figurative Feld der Pflege (Schroeter, K.R., 2003, 2004c, 2005a). Hier wird das erfolgreiche Altern durch eine aktivierende und lebensweltorientierte Pflege zu erreichen versucht. Die hat den Anspruch, die alltägliche Lebensführung des Patienten zu berücksichtigen und den Menschen in seiner Ganzheit wahrzunehmen. Sie will ihn vor allem als Person und weniger als Patient betrachten. Genau hier liegt aber das Problem, denn zumindest die professionelle oder berufliche Pflege kann dem gar nicht gerecht werden. Sie sieht den

Menschen immer als Patient oder Bewohner und hat nur einen sehr eingeschränkten Blick auf die alltägliche Lebenswelt. Die Lebenswelten von Personal und Patient oder Bewohner sind einander fremde Welten, die sich kaum durchdringen (Schroeter, K.R., 2002b). Wenn aber gerade die wahrgenommene Lebenswelt die Voraussetzung für eine so verstandene Pflege ist, so muss der Patient zunächst einmal ganzheitlich erfasst werden (vgl. Schroeter, K.R. 2004b, 2005b). Und dazu werden nach allen Regeln der medizinischen und pflegerischen Kunst individuelle Daten erhoben und abgeglichen. Und über durchschnittliche Daten und Werte werden Normalitäten definiert. Anhand medizinischer und pflegerischer Klassifikationssysteme werden Patienten analysiert und kategorisiert. Sie werden in der Anamnese einer klassischen Prüfung unterzogen, deren Ergebnisse sodann im Arztbrief oder in der Pflegedokumentation säuberlich festgehalten werden. So wird aus dem individuellen Menschen eine zu therapierende Größe, ein „Pflegefall“, den es erfolgreich zu versorgen und zu behandeln gilt (vgl. Prahl, H.-W.; Schroeter, K.R., 1996: 154ff.). Die modernen Parolen der Sozialen Arbeit und Sozialen Gerontologie heißen Empowerment und Kompetenzaktivierung, erfolgreiches und produktives Altern, die Schlagworte der Pflege lauten Biografie- und Lebensweltorientierung. Sie sind Ausdruck eines veränderten und modernisierten Selbstverständnisses der Humanwissenschaften. Ihre Leitgedanken fügen sich in die regulierenden Strategien der Bio-Politik ein, wenn sie auf die Kontrollierung und Normalisierung des Menschen zielen, bzw. auf die „Maximalisierung des Lebens“ und auf die „Verantwortung für das Leben“ (Foucault, M., 1983). So unterschiedlich die jeweiligen Stoßrichtungen auch sind, so vereint sie doch die Klammer der Selbststakzentuierung und Förderung der Eigenständigkeit. Sie bildet gewissermaßen die übergreifende *illutio* (Bourdieu, P., 1997) der verschiedenen Felder von Gesundheit, Sozialer Arbeit und Altenhilfe.

Um in modernen Gesellschaften die Voraussetzungen für eine gelingende Identität zu schaffen, muss der Mensch flexibilisiert und modernisiert werden. Die moderne Kultur erklärt Flexibilität und Mobilität zur Normalität. Insofern steht der „flexible Mensch“ (Sennett, R., 2000) im Zentrum von Politik, Wirtschaft und Dienstleistung. Der flexible Mensch steht im Fokus der kontrollierenden

und regulierenden Bio-Politik mit ihren Programmen der Menschenstärkung, der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. Und das gilt auch für den sozial-gerontologischen Bereich. Dort wurden unter dem Etikett des aktiven, erfolgreichen und produktiven Alterns geragogische und therapeutische Konzepte entwickelt, die Produktivität als neues Leitbild propagieren. Die Programmatik des aktiven, erfolgreichen oder produktiven Alterns wird durch die „Philosophie der Fitness und Wellness“ (Bauman, Z., 1997: 187ff.; 2003: 93ff.; 1998; Rittner, V., 1995) ideologisch unterfüttert.

Alt sein, heißt frei sei. Frei sein, heißt aktiv sein. Aktiv sein, heißt sozial anerkannt zu sein. So einfach lautet die plakative Parole. Nur wer sich aktiv mit diesen Erfordernissen auseinandersetzt, wird sozial belohnt. Dem wird das Etikett des „jungen Alten“, des „neuen Alten“, des „erfolgreichen Alten“, des „souveränen Alten“ oder des „fitten Alten“ verliehen. Selbststakzentuierung und Eigenverantwortung sind die Signen der Moderne. Die Humanwissenschaften haben mit ihren Konzepten der Gesundheitsförderung, des Empowerment und der erfolgreichen Lebensbewältigung – auch im (hohen) Alter – nicht nur darauf reagiert, sondern diese auch entscheidend mitgeprägt. Das Rufen nach Autonomie und eigener Stärke, nach „Personal Growth“ und „Selfmanagement“, nach Kompetenzaktivierung und eigener erfolgreicher und produktiver Lebensgestaltung bis ins hohe Alter hinein legt sich wie ein Schleier auf die „Seele“ moderner Menschen.

„Ressourcen erkennen, Ressourcen erweitern, Ressourcen nutzen“ – so klingt der Schlachtruf der modernen Selbstkontrolle. Der moderne Mensch, ob jung oder alt, krank oder gesund, wird zum „Manager in eigener Sache“ erklärt. Und wo das Selfmanagement nicht greift, da hilft das Case- und Care-Management. Aber wie man es auch dreht und wendet, das Management bildet das alles übergreifende Dispositiv zeitgenössischer Menschenführung (Bröckling, U., 2000). Das manageriale Denken greift in den Willen der Akteure. Überall nistet der Machbarkeitsgedanke. Der Einzelne wird in die persönliche Verpflichtung und Verantwortung genommen. Hintergrundig wirkt das Menschenbild eines „Unternehmers“, der in sein eigenes Lebensprojekt investiert, indem er Kompetenzen langsam und stetig entwickelt, Anpassungs-

techniken und Strategien der Stressbewältigung aufbaut und sich durch mentales und physisches Training „fit“ hält. Mit unternehmerischem Kalkül wird dem „Risiko“ Krankheit oder Alter vorzubeugen versucht. Verantwortung und Risikominimierung sind die Vektoren, die sich auch im Sozial-, Gesundheits- und Pflegebereich ihren Weg schlagen. Flankiert durch die wissenschaftlichen Diskurse der Humanwissenschaften, werden Freiheit, Wohlbefinden und Gesundheit zum regulativen Ideal, zur modernisierten Formel

des „survival of the fittest“ – oder wenn man das korporale Kapital der Attraktivität und Schönheit mitberücksichtigt des „survival of the prettiest“. Doch im so genannten vierten oder fünften Alter stößt diese imperative Grammatik an ihre Grenzen. Noch ist „(d)ie Krankheit (...) nicht abgeschafft, aber ihr Ende: der Tod, ist verblüffend zurückgedrängt.“ Doch entgegen aller Fitness-Philosophien hängt der „utopische Apfel der Verjüngung (...) noch in ziemlicher Ferne“ (Bloch, E., 1982: 528, 535).

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzanschrift
Priv.-Doz. Dr. phil. habil. Klaus R. Schroeter
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
Institut für Soziologie
Olshausenstraße 40
24098 Kiel
Tel.: 0431 880-4372
Fax: 0431 880-3467
Email: kschroet@soziologie.uni-kiel.de