

Thema: Anti-Aging – Pro-Aging ?

Die Anti-Aging-Bewegung ist heftig umstritten – und nimmt rasant zu. Ihr Spektrum reicht von Quacksalberei über riskante Eingriffe bis zu seriösen Forschungsbemühungen. Ist es wichtig, über die Kritik hinaus, Anregungen aufzugreifen? Oder schaden wir uns mit dem Leitbild des „for ever young“ nur selbst?

informationsdienst altersfragen

ISSN 0724-8849
A20690E

Heft 05, Sept/Okt 2006
33. Jahrgang

Herausgeber:
Deutsches Zentrum
für Altersfragen

05

Strategien der Lebensvergewisserung? Anti-Aging als Provokation der Gerontologie

Hans-Joachim von Kondratowitz

02

Inhaltsverzeichnis

Seite 02

Strategien der Lebensvergewisserung?
Anti-Aging als Provokation der
Gerontologie

Seite 04

Der Gastbeitrag: Plädoyer für ein
Pro-Aging

Seite 08

Anti-Aging im Spiegel der neueren
Literatur – eine Kurzübersicht

Seite 11

Anti-Aging als Forschungsgegenstand:
Die Flexibilisierung alternder Körper und
die Individualisierung von Altersrisiken

Seite 14

Subjektive Lebenszufriedenheit oder
Unzufriedenheit im Alter?
Befunde aus dem Alterssurvey

Seite 16

Im Focus: Anti-Aging

Seite 19

Hinweise, Projekte, Modelle

Seite 21

Zeitschriftenbibliografie

Seite 25

Bibliografie gerontologischer Monografien

Seite 27

Berichte, Ankündigungen, Kurzinformatio-
nen

Seit einiger Zeit ist auch im deutschen Sprachraum eine Entwicklung unübersehbar, die bereits schon länger die öffentliche Diskussion in potentiell schnell alternenden Gesellschaften beschäftigt und bisher besonders in den angloamerikanischen Ländern deutlich wurde. Es ist dies das Entstehen und die zunehmende Sichtbarkeit einer „Anti-Aging“ – Bewegung, die von Gruppen in Biogerontologie und Biotechnologie, Medizin und verschiedenen gesundheitsprofessionellen Zirkeln offensiv vertreten wurde. Vergegenwärtigt man sich die unterschiedlichen gesellschaftlichen Artikulationsfelder, in denen solche Argumentationen heutzutage unübersehbar Verwendung finden, bekommt man allerdings leicht einen falschen, ja geradezu verharmlosenden Eindruck.

„Anti-Aging“ schien anfangs nicht mehr als eine griffige Werbeformel zu sein, mit der neue oder bereits eingeführte, aber nun neu vermarktete Salben, Nahrungsergänzungsmittel und Diätprodukte lanciert werden sollten, um damit neue Käufer-schichten im mittleren und höheren Alter anzulocken. Darüber hinaus war auffällig, dass auch die kosmetische Chirurgie sich als Teil solcher Kampagnen verstehen wollte. Dies schien aber noch relativ harmlos, weil sich dieser Vorgang einreihete in eine ganze Reihe werbestrategisch angelegter Kampagnen, die zwar ganz typisch für postmoderne Konsumgesellschaften sind, deren effektiver Wirkungsgrad allerdings immer umstritten bleibt. Es zeigte sich aber bald, dass „Anti-Aging“ nicht nur eine kurzfristige Konjunktur in den Medien und der Werbung besaß. Ganz im Gegenteil ist der Einfluss der Argumentationen mit „Anti-Aging“ heute auch in Deutschland gewachsen, wenngleich die Intensität und der Differenzierungsgrad angloamerikanischer Diskurse noch nicht erreicht ist. Immerhin ist „Anti-Aging“ aber damit zu einem Markenzeichen für eine qualitativ neue und vor allem offensive Aneignungs- und Formungsstrategie gegenüber dem alternden menschlichen Leben geraten. Wie stark diese öffentlichkeitsorientierte, ja öffentlichkeitsmobilisierende Sicht heute auch schon in den verschiedenen Medien ver-

folgt wird, konnte man in der Wahrnehmung und in den Interpretationen über die Tagung des European Science Open Forum im Juli 2006 in München feststellen (s. z.B. SPIEGEL 16. Juli 2006. <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/0,1518,426983,00.html>). Dort wurde nichts weniger behauptet, als dass sich die Gerontologen als Retter einer lebenswerten Zukunft fühlten und dabei seien, den frühen Tod abzuschaffen. Wie immer man diese etwas plakative Einführung bewerten mag, die Stellung der Gerontologen gewissermaßen als Agenten und Promotoren des Anti-Aging stellt in jedem Fall eine Zuschreibung dar, die die Gerontologie selbst dringend beschäftigen muss. Nicht, dass es an Warnungen gefehlt hätte. Denn in der Tat konnte man meinen, dass eine solche Neuorientierung bei der Gerontologie Aufmerksamkeit und zumindest verhalten positive Reaktionen über den damit erreichten Bedeutungsgewinn des Alters zeitigen würde. Statt dessen war in den USA wie in der Bundesrepublik das genaue Gegenteil zu beobachten: der unübersehbare Bedeutungszuwachs des Anti-Aging schien zu allererst die Gerontologen selber zu empören. Und dies vor allem aus einem zentralen und durchaus nachvollziehbaren Grund: Die Anti-Aging Kampagne bedient sich oft einer aggressiven Diktion, von der gerade die Gerontologen glaubten, sie hätten durch ihr segenreiches aufklärerisches Wirken erreicht, dass die Argumentation mit negativen Stereotypisierungen gegenüber dem Altern ein für alle Male unmöglich geworden wäre. Dass nun diese Orientierung am Negativen im Alter immer noch ganz

schamlos aufgegriffen werden kann, ja nun sogar offen als Drohkulisse benutzt wird, mit der williges Kaufverhalten und Änderungen in der Lebensführung motiviert werden sollen, könnte man daher durchaus schon als ein Scheitern gerontologischen Argumentierens ansehen. Natürlich äußern nicht nur deutsche Gerontologen und Sozialmediziner ihre starken Reserven. Auch Beobachter in den USA wie einer der Nestoren der dortigen Gerontologie und Geriatrie, Robert Butler vom New Yorker International Longevity Center, haben die Anti-Aging Bewegung bereits 2001 attackiert mit dem Hinweis, dass diese die Altersdiskriminierung (ageism) fördere und verstärke, weil sie letztlich mit der Prämisse arbeite, dass „normal aging“ eine Krankheit sei. Es würden negative Konnotationen mit der natürlichen und unausweichlichen Erscheinung des Alterns verbunden, indem allein jene Aspekte ins Aufmerksamkeitszentrum gerieten, die negativ besetzt und als Kräfteschwund interpretiert würden. Die bereichernden und positiv erfahrenen Aspekte in der psychosozialen Sphäre des Alterns würden ausgespart bleiben. Und ebenso würde der gerontologische Fortschritt revidiert, der es immerhin erreicht hätte, dass man heute zwischen einem mehrheitlich charakteristischen „normal aging“ und dem Auftreten bestimmter Krankheiten bzw. ggf. ihrer Kumulation (Multimorbidität) im Alter unterscheiden könne. Die Reserve der Gerontologen und Geriater macht deutlich, dass dringend eine Verständigung über Anti-Aging auch in Deutschland angeregt werden sollte. Daher ist es Zeit, auch im Informationsdienst Altersfragen diesen aktuell sich zuspitzenden Diskussionen sichtbaren Raum zu verschaffen.

In den folgenden Beiträgen wird der gegenwärtige Diskurs über Anti-Aging durch drei Perspektiven angereichert. Zuerst wird Andreas Kruse in einem Grundsatzartikel die Bedenken der Gerontologen gegenüber dieser Bewegung mit einem bewusst kontrastierenden Ansatz qualifizieren und umfassender begründen. Danach wird Cornelia Au in einem Literaturüberblick die Bedeutungsweite von Anti-Aging umreißen und einzelne Elemente der Diskussion über die Grundlagen und professionellen Selbstverständnisse der beteiligten Disziplinen genauer beschreiben. Schließlich wird Mone Spindler in einer detaillierten Skizze zum Thema ihres Dissertationsvorhabens versuchen, auch die gesellschaftsübergreifenden Dimensionen des Anti-Aging-Problems aufzugreifen und dabei den dadurch entstandenen Streit über die gesellschaftlich dem Alter zugewiesenen Körperdefinitionen zum Zentrum einer Forschungsarbeit zu machen. Es ist wichtig, dass über die Kritik hinaus aber auch das Anregungspotential der Anti-Aging Bewegung in der naturwissenschaftlichen Forschung gesehen wird. Einer der Referenten auf der Münchner ESOF-Tagung, der Gerontologe Anthony Warnes aus Scheffield hat deshalb auch eine ambivalente Bilanz der Anti-Aging Bewegung gezogen. Auf der einen Seite sei die Flut sogenannter Anti-Aging Therapien ungebrochen, bei der man aber einen „Mangel an angemessener Nachprüfung, allgemeiner Überwachung und Regulierung der Anti-Aging-Vermarkter“ feststellen müsse. Der bereits zu Beginn der Bewegung virulente Vorwurf der Quacksalberei sei jedenfalls bisher nicht ausgeräumt, da die entsprechenden Überprüfungen zumindest bei eher Lifestyle-Produkten zuzurechnenden Nahrungsergänzungen und Diäten fehlten. Andererseits betonte aber auch er, dass „jede Menge faszinierender Forschung“ in Biologie und Medizin stattfände. Diese Forschungen haben auch immer wieder interessante und hoch

kontroverse Diskussionen in den anglo-amerikanischen Ländern ausgelöst, wie z. B. die Debatte zwischen Olshansky et al. versus A4M (s. Olshansky, Hayflick, Carnes 2002, Scientific American Vol 286, No.6) oder, noch zugespitzter, die Auseinandersetzung mit den Thesen des Cambridge Wissenschaftlers Aubrey deGrey (s. die 28 Stellungnahmen von Biologen zu deGreys Thesen, EMBO reports 6, 11 2005). Der „Krieg gegen das Alter“, wie das der englische Sozialwissenschaftler Joe Vincent charakterisiert hat, bedarf jedenfalls zunehmend der Wahrnehmung naturwissenschaftlicher Forschungsdiskussionen wie z.B. der Functional Genomics of Aging. Die Sozialwissenschaftler sollten diese Herausforderung einer Konfrontation mit der naturwissenschaftlichen Forschung des Alterns viel systematischer annehmen als dies heute geschieht.

Der Gastbeitrag: Plädoyer für ein Pro-Aging

Andreas Kruse

04

Der Begriff „Pro-Aging“ beschreibt das Bemühen des Menschen, das körperliche und seelisch-geistige Altern durch eigenes Handeln positiv zu beeinflussen. Dabei ist die Erkenntnis grundlegend, dass körperliche und seelisch-geistige Prozesse bis in das hohe Alter ein hohes Maß an Veränderungskapazität („Plastizität“) aufweisen: Dadurch bieten sich dem Menschen Handlungsspielräume, deren Verwirklichung als ein Merkmal des selbstverantwortlichen Lebens anzusehen ist. Mit Pro-Aging ist jedoch nicht allein das Bemühen des Menschen um Beeinflussung von Alternsprozessen gemeint. Es sind drei weitere Aspekte, die nach unserem Verständnis mit diesem Begriff angesprochen sind: Erstens die differenzierte Wahrnehmung der eigenen Entwicklungsmöglichkeiten und Entwicklungsgrenzen. Zweitens die Akzeptanz von Entwicklungsgrenzen, in der sich auch die Bewusstwerdung der eigenen Begrenztheit, Verletzlichkeit und Endlichkeit sowie der Integration dieser Seiten des Lebens in den eigenen Lebensentwurf widerspiegelt. Und drittens die differenzierte Sicht unserer Gesellschaft auf die Stärken und Schwächen im Alter und die in unserer Gesellschaft bestehende Bereitschaft, die Stärken des Alters zu nutzen und gleichzeitig Menschen bei der Bewältigung der Schwächen zu unterstützen. Beide Aspekte – die Stärken wie auch die Schwächen – müssen in einen gesellschaftlich-kulturellen Entwurf der Lebensphase eingehen. Und auf beide Aspekte muss unsere Gesellschaft sensibel und differenziert antworten. Nachfolgend werden drei thematische Kontexte gewählt, die für die Entwicklung des Pro-Aging Relevanz besitzen. Zunächst wird auf den *Gesundheitsbegriff* eingegangen, der Einfluss darauf ausübt, wie in unserer Gesellschaft Alternsprozesse gedeutet werden; eine Veränderung des Gesundheitsbegriffes wird als eine Grundlage für die veränderte gesellschaftliche Einstellung zum Alter betrachtet. In einem zweiten Schritt sollen die *kreativen Potenziale* älterer Menschen thematisiert werden, die deutlich machen, dass Altern eben nicht nur (und auch nicht primär) Verlust bedeuten muss, sondern mit Verlusten und Gewinnen einhergehen kann

– eine für die Akzeptanz des eigenen Älterwerdens wichtige Erkenntnis. In einem dritten Schritt wird schließlich eine wichtige *gesellschaftliche Aufgabe* beschrieben: Nämlich das Alter in die Mitte der Gesellschaft zu holen und ältere Menschen dazu zu motivieren, sich an der Gestaltung des öffentlichen Raumes aktiv zu beteiligen; von der Umsetzung dieser Aufgabe sind wir allerdings noch weit entfernt.

Den vorherrschenden Gesundheitsbegriff kritisch reflektieren

Die gesellschaftliche Diskussion über Gesundheit und Älterwerden lässt sich von einem Menschenbild leiten, auf das die Worte des Tübinger Philosophen Ernst Bloch (in seiner Schrift: „Das Prinzip Hoffnung“¹) immer noch zutreffen: „Wir leben in einer Gesellschaft, die sich auf Jugend schminkt“. Vielfach wird an die Medizin die Erwartung gerichtet, dass diese dem Menschen bis in das hohe Alter alle Krankheiten nimmt, ja, dass sie sogar das Altern rückgängig macht oder ganz aufhebt – hier muss das Stichwort „Anti-Aging“ genannt werden. Solche Erwartungen und das dahinter stehende gesellschaftliche Leitbild führen dazu, dass Menschen vergessen, dass sie verletzlich, in ihren Handlungsmöglichkeiten, endlich sind. Aus diesem Grunde ist es wichtig, zunächst einmal über unser Verständnis von Gesundheit nachzudenken, denn mit den heute dominierenden gesellschaftlichen Leitbildern von „Gesundheit“ und „erfolgreichem Altern“ (im Sinne des „forever young“) schaden wir uns letztlich selbst. Es kommt aber noch ein Weiteres hinzu: Es besteht die Gefahr, dass bestimmte medizinische Maßnahmen Menschen im hohen Lebensalter vorenthalten werden; Vorschläge, das Lebensalter als ein „Ausschlusskriterium“ medizinischer Maßnahmen zu definieren, wurden ja bereits von einzelnen politischen Entscheidungsträgern unterbreitet. Hier drängt sich der Eindruck auf, dass dann, wenn Menschen nicht mehr dem Ideal des „Forever young“ entsprechen, wenn sie auch

nach außen hin die Verletzlichkeit unserer Existenz zeigen, ausgegrenzt werden. So holt uns möglicherweise im Alter ein hochproblematisches Menschenbild und Gesundheitsverständnis wieder ein. In seiner Schrift „Über die Verborgenheit der Gesundheit“² stellt der Heidelberger Philosoph Hans Georg Gadamer die Annahme auf, dass der Mensch dann keine Antwort auf die Frage geben könne, was Gesundheit sei, wenn ihm nichts fehle. Erst wenn eine Krankheit eingetreten sei, könne sich eine grundlegende Vorstellung von dem entwickeln, was Gesundheit bedeute: „Nämlich das, was dem Menschen nun fehlt.“ Mit dieser Aussage weist Gadamer auf die Relativität des Gesundheitsbegriffs hin: Menschen bilden ein individuell sehr verschiedenartiges Verständnis von Gesundheit aus. Sie sind dabei beeinflusst von den Gesundheitsvorstellungen der Gesellschaft, in der sie leben, weiterhin von der Art und Weise, wie Menschen, mit denen sie sich identifizieren, Krankheiten zu bewältigen versuchen. Schließlich sind die in der Biographie gewonnenen Erfahrungen bei der Verarbeitung von Krankheiten entscheidend für das subjektive Verständnis von Gesundheit.

Es besteht heute Einigkeit darüber, dass die „klassische“ Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation – nämlich das völlige Freisein von körperlichen, seelischen und sozialen Einschränkungen – zum einen unrealistisch, zum anderen auch gefährlich ist: Denn eine solche Definition verstellt den Blick auf die *mögliche Kreativität des Menschen in der Erzeugung von Gesundheit* – eine Kreativität, die vor allem dann an Bedeutung gewinnt, wenn Erkrankungen eingetreten sind. Ganz in diesem Sinne ist jene Definition von Gesundheit zu verstehen, die Viktor von Weizsäcker, einer der Begründer der Psychosomatischen Medizin, gegeben hat: Danach stellt Gesundheit kein Kapital dar, das der Mensch nach und nach „aufzehrt“, sondern vielmehr ist sie nur dort anzutreffen, wo sie vom Menschen „stets neu erzeugt“ wird. Danach können auch

¹ Bloch, E. (1959). Das Prinzip Hoffnung. Frankfurt: Suhrkamp.

² Gadamer, H.G. (1993). Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt: Suhrkamp.

jene Menschen Gesundheit verwirklichen, bei denen schwere chronische Erkrankungen vorliegen. Hier sind Parallelen zur Existenzpsychologie des Wiener Arztes und Begründers der Logotherapie, Viktor Frankl, erkennbar: Dieser sah in der Verwirklichung von Werten – nämlich jenem des Erzeugens („homo faber“), des Erlebens und Liebens („homo amans“), des Erleidens („homo patiens“) – die Grundlage für Gesundheit. Dabei, und dies ist im Zusammenhang mit der Frage: „Was ist Gesundheit?“ besonders wichtig, deutete er den Wert des Erleidens als den höchsten aller drei Wertformen: Denn dieser, so Frankl, lasse sich nur verwirklichen, wenn es dem Menschen gelinge, zu einer veränderten Lebenseinstellung zu gelangen³. Diesem Verständnis zufolge besteht Gesundheit vor allem in der Fähigkeit, neben der Suche und Inanspruchnahme von fachlicher Hilfe das Schöpferische in sich selbst zu entdecken, welches dabei hilft, mit der Krankheit zu leben. Dies erfordert von Ärzten – wie auch von jenen anderen Berufsgruppen, die mit der Betreuung von Patienten befasst sind – eine grundlegende Fähigkeit, die sich wie folgt umschreiben lässt: Die „Person“ des Patienten zu erkennen und dessen Fähigkeit anzusprechen, trotz der bestehenden Erkrankung ein selbstständiges, selbstverantwortliches und persönlich sinnerfülltes Leben zu führen. Damit die Medizin, damit die anderen Berufsgruppen dies können, bedarf es zunächst eines ausreichenden Maßes an Zeit – denn nur die konzentrierte Zuwendung zum Patienten ermöglicht es, dessen Wesen zu erkennen. Darüber hinaus ist ein Perspektivenwechsel notwendig: Nämlich von der „Verordnung“ hin zur „Begleitung“.

Die klassische Definition von Gesundheit wird heute eigentlich von niemandem mehr ernsthaft geteilt. Und auch die Weltgesundheitsorganisation entwickelte in der Ottawa-Deklaration aus dem Jahre 1986 ein neues Gesundheitsverständnis: Gesundheit stellt danach einen Oberbegriff dar, der fünf Merkmale umfasst: Aktivität, Lebenszufriedenheit, subjektiv er-

lebte Gesundheit, Gesundheitsverhalten und gesunden Lebensstil. Damit erweitern sich die Ziele der Therapie und Pflege: Nicht allein die Überwindung oder Linderung einer Krankheit stehen im Zentrum, sondern auch die Unterstützung des Menschen bei der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung von Selbstständigkeit und sozialer Teilhabe sowie bei seinem Bemühen um Bewältigung der Krankheit. Damit verbunden ist die vermehrte Zuwendung zur *Lebenswelt* des Patienten: Wie sind dessen Wohn- und Wohnumfeldbedingungen beschaffen, in welchem Maße ist dieser in ein tragfähiges soziales Netzwerk integriert, inwiefern kann dieser durch professionelle Dienste unterstützt werden, welche Vorstellungen von Teilhabe hat dieser und was ist zu tun, damit sich diese persönlichen Vorstellungen verwirklichen können? Zudem ist bei der Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen die *seelisch-geistige Dimension* vermehrt anzusprechen – und zwar in der Hinsicht, dass diese den Krankheitsprozess besser verstehen, dass sie durch ihr eigenes Gesundheitsverhalten Therapie- und Pflegemaßnahmen unterstützen, dass sie Lebensbereiche erkennen und verwirklichen, die ihnen helfen, neue psychische Kraft zu schöpfen und zu neuer Lebensperspektive zu finden.

Die Frage, was unter Gesundheit zu verstehen ist, berührt auch die *Verantwortung des Menschen für seine Gesundheit*. Dieses umfasst zunächst *gesundheitsbewusstes Verhalten*, zu dem vor allem gesunde Ernährung, ein ausreichendes Maß an Bewegung, die Vermeidung von Tabak, der verantwortungsvolle Umgang mit Alkohol sowie die Vermeidung von lang andauernder körperlicher und seelischer Überforderung gehören. Viele Krankheiten des höheren Lebensalters sind mitalternde Krankheiten, deren Ursprung nicht selten im Kindes- und Jugendalter liegt. Gesundheitsbewusstes Verhalten umfasst aber auch die Nutzung von Vorsorgeuntersuchungen, die eine Grundlage für die Früherkennung von Erkrankungen und für eine rechtzeitige medizinische Intervention bilden. Auch mit Blick auf die Gesundheit im Alter können Gesundheitsförderung und Prävention – und zwar über den gesamten

Lebenslauf – nicht hoch genug gewertet werden⁴. Doch ist kritisch anzumerken, dass in der Bundesrepublik Deutschland die Ausgaben für Prävention sehr niedrig sind. Deren Anteil an allen Gesundheitsausgaben liegt lediglich bei vier Prozent. Bei der Diskussion der *finanziellen Eigenvorsorge* ist zu bedenken, dass die durchschnittliche Lebenserwartung deutlich gestiegen ist und in Zukunft noch weiter steigen wird. In den vergangenen fünf Jahrzehnten ist der Anteil der 80-jährigen und älteren Menschen von 1.4 Prozent auf 4.2 Prozent der Gesamtbevölkerung gestiegen; es wird erwartet, dass er im Jahre 2050 mehr als 12 Prozent betragen wird. Dabei ist zwar zu konstatieren, dass der Großteil dieser Altersgruppe ein selbstständiges Leben führt. Doch sind gerade hoch betagte Menschen auf regelmäßige medizinische Behandlung angewiesen, da im hohen Alter das Risiko der chronischen Erkrankung und der Multimorbidität erkennbar steigt. In diesem Kontext sind nun Zahlen aufschlussreich, in denen sich die finanziellen Anforderungen widerspiegeln, die den Krankenkassen durch die älteren Versicherten erwachsen. Im Jahre 2004 waren ca. 30 Prozent aller gesetzlich versicherten Personen Rentnerinnen und Rentner. Deren Beiträge machten ca. 20 Prozent der Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen aus; zugleich entfielen ca. 42 Prozent aller Ausgaben auf diese Versichertengruppe.

Hier ist eine öffentliche Auseinandersetzung darüber notwendig, dass die Verlängerung der Lebensspanne zu *höherer finanzieller Eigenvorsorge* führen wird: In Zukunft werden wir mehr private Mittel in die Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit investieren müssen. Die Medizin bietet heute diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die es Menschen bis in das höchste Lebensalter ermöglichen, ihre Gesundheit und Selbstständigkeit zu erhalten. Es sind ja gerade auch diese Maßnahmen, die dazu führen, dass Menschen länger leben und dabei auch länger in Gesundheit und Selbstständigkeit leben. Zudem erwarten auch hoch be-

³) Frankl, V. (1972). Der Wille zum Sinn. Bern: Huber.

⁴) Ausführlich in Kruse, A. (2002). Gesund altern. Baden-Baden: Nomos.

tagte Menschen zu Recht vom Arzt, dass dieser in *fachlich begründeter Weise* alle notwendigen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten einsetzt und das Lebensalter eben nicht als „Ausschlusskriterium“ (im Sinne einer verdeckten Rationierung) definiert. Doch diese medizinischen Leistungen haben ihren Preis. Dabei sollten aber zwei Punkte nicht aus der Diskussion ausgeklammert werden: Manches Geld, das heute in „Anti-Aging“ gesteckt wird, könnte sinnvoller für die finanzielle Eigenvorsorge verwendet werden. Das beste Mittel, den eigenen Alternsprozess zu fördern, ist das gesundheitsbewusste Verhalten im oben beschriebenen Sinne: Und dies ist wahrlich nicht teuer! Der zweite Punkt: Man sollte an die Medizin keine Unendlichkeitserwartungen herantragen – die Bewusstwerdung eigener Grenzen kann auch die Sensibilität des Menschen dafür fördern, was medizinisch möglich und sinnvoll ist und was nicht.

Die seelisch-geistigen Potenziale älterer Menschen erkennen und nutzen

Für das Verständnis der seelisch-geistigen Potenziale des Alters ist das Werkschaffen von Johann Sebastian Bach (1685–1750) in hohem Maße aufschlussreich. Dieser große Komponist litt in den letzten Jahren seines Lebens an einem schweren Diabetes, er verlor im letzten Lebensjahr fast vollständig sein Augenlicht, die erfolglose Augenoperation durch einen englischen „Meisterstecher“ (der auch Georg Friedrich Händel behandelt hatte) verursachte eine schwere Virusinfektion, die ihrerseits die Anpassungsfähigkeit des Organismus zusätzlich verringerte und damit zu einer weiteren allgemeinen Schwäche beitrug. Schließlich erlitt der Komponist einen Schlaganfall, der letztlich zum Tode führte. Doch diese hohen körperlichen Belastungen stehen im Gegensatz zur geistigen Schaffensfreude des Komponisten auch in den letzten Lebensjahren, ja sogar im letzten Lebensjahr⁵: Bach brachte unter anderem im letzten Lebensjahr die *Kunst der Fuge* zum Abschluss, die aus musik-

wissenschaftlicher Sicht als ein „experimentelles Werk“, aus kognitions- und wissenspsychologischer Sicht als Ausdruck von Kreativität verstanden werden kann. Warum als Ausdruck von Kreativität? Kreativität beruht auf einer kommunizierbaren Originalität, die sowohl auf den Überblick über die prinzipiell verfügbaren Optionen als auch auf eine fundierte Entscheidung für eine im konkreten Fall *gerade nicht* nahe liegende, eher untypische, selten gewählte Option zurückgeht. Die *Kunst der Fuge* kann verstanden werden als eine Folge von Fugen (und Fugentechniken), die als in hohem Maße innovativ und damit als untypisch anzusehen sind – dieses Werk zeugt von hoher Experimentierkunst und Experimentierfreude. Kreativität kann sich auf sehr unterschiedliche Akte und Produkte beziehen und sich in sehr unterschiedlichen Bereichen entwickeln; Menschen können Kreativität im Umgang mit Dilemmata in zwischenmenschlichen Beziehungen ebenso entfalten wie in künstlerisch gestaltenden oder technologischen Bereichen. Unabhängig davon bewähren sich kreative Lösungen häufig in breiteren sozialen und kulturellen Kontexten, sodass Personen durch die Entfaltung von Kreativität auch zum sozialen und kulturellen Wandel und damit zur weiteren Entwicklung der Gesellschaft beitragen. Wenn ältere Menschen ein hohes Maß an Freiheit von bestimmten Leistungserwartungen und von Leistungsdruck empfinden, so kann sich ein hohes Kreativitätspotenzial entfalten⁶. Damit ein derartiges Potenzial überhaupt entstehen kann, müssen mehrere Bedingungen gegeben sein. Zu nennen sind hier neben der anregenden, fordernden und fördernden Umwelt biografische Vorläufer, zu denen vor allem zu zählen sind: Offenheit für Neues, reflektierte Auseinandersetzung mit neuen Erfahrungen, Entwicklung komplexer Problemlösestrategien. Der Hinweis auf die Biografie ist wichtig: Denn er verdeutlicht, dass die kreative Leistung nicht als ein einmaliger, außerge-

wöhnlicher „Treffer“ zu verstehen ist, sondern vielmehr als das Ergebnis einer lange anhaltenden, kontinuierlichen Beschäftigung mit einem Gebiet. Warum nun ist dieses Beispiel für das Verständnis des Alters hilfreich? Es zeigt, dass Menschen auch dann *geistige* (wie auch *seelische*) Potenziale zeigen können, wenn sie *körperlich* erkennbar geschwächt und eingeschränkt sind. Oder allgemeiner ausgedrückt: Die körperliche Entwicklung unterliegt anderen Entwicklungsgesetzen als die seelisch-geistige Entwicklung. Aus diesem Grunde wäre es in hohem Maße problematisch, wollte man von den körperlichen Prozessen im Alter unmittelbar auf seelisch-geistige Prozesse schließen. In einer stark „körperorientierten“, die Jugendlichkeit des Menschen betonenden Kultur wie unserer ist die Gefahr groß, dass wir die seelisch-geistige Dimension des Menschen – speziell im Alter – übersehen und damit an einer wichtigen Qualität des Lebens vorbeigehen.

Mitverantwortliche Lebensführung als individuelle und gesellschaftliche Aufgabe

Über die individuellen Potenziale des Alters in der seelisch-geistigen Dimension geben zahlreiche empirische Studien aus dem Forschungsbereich der Psychologie Auskunft⁷. Entscheidend für die Ausbildung der Potenziale sind dabei die Entwicklungsbedingungen wie auch die verwirklichten Entwicklungsschritte im Lebenslauf. Anders ausgedrückt: Nicht das Alter per se führt zu bestimmten Potenzialen (dies anzunehmen, wäre nichts anderes als ein positives Altersstereotyp), sondern erst die reflektierte Auseinandersetzung mit Entwicklungsanforderungen im Lebenslauf, wobei zu beachten ist, dass die Entwicklungsbedingungen des Menschen (wie Bildungsangebote, berufliche Erfahrungen, soziale Integration und finanzielle Ressourcen) Einfluss auf diesen Prozess der Auseinandersetzung ausüben. Wurde der reflektierte Umgang mit Entwick-

⁵ Ausführlich in Kruse, A. (2006). Das letzte Lebensjahr. Stuttgart: Kohlhammer.

⁶ Rosenmayr, L. (2002). Productivity and creativity in later life. In S. Pohlmann (Ed.), Facing an ageing world – recommendations and perspectives (pp. 119-126). Regensburg: Transfer Verlag.

⁷ Siehe dazu die Beiträge in Philipp, S.H. & Staudinger, U.M. (Hrsg.) (2005). Enzyklopädie der Psychologie – Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters. Göttingen: Hogrefe.

lungsaufgaben geleistet, dann verfügen Menschen im Alter über Potenziale, die sich aus psychologischer Perspektive wie folgt charakterisieren lassen: Hoch entwickelte, bereichsspezifische Wissenssysteme (zum Beispiel Expertenwissen in Bezug auf den ehemals ausgeübten Beruf oder in Bezug auf außerberufliche Interessengebiete, Wissen in Bezug auf grundlegende Fragen des Lebens), effektive Handlungsstrategien zur Bewältigung von Anforderungen in diesen spezifischen Bereichen, Überblick über diese spezifischen Bereiche, Fähigkeiten im Bereich der Kommunikation mit anderen Menschen sowie Offenheit für neue Anforderungen und Verpflichtungen.

Ein Großteil der älteren Generation verfügt über jene Ressourcen, die notwendig sind, um auch nach Ausscheiden aus dem Beruf ein gesellschaftlich mitverantwortliches Leben zu führen. Wir finden in der älteren Generation ein bemerkenswertes Maß an Engagement für Familienangehörige derselben Generation oder nachfolgender Generationen wie auch ein bemerkenswertes Maß an bürgerschaftlichem Engagement in der Nachbarschaft, in der Kommune, in Vereinen und Verbänden. Viele Vereine und Verbände würden ohne das hohe Maß an Engagement ihrer älteren Mitglieder möglicherweise gar nicht mehr existieren oder zumindest nicht mehr so effektiv arbeiten, wie dies heute der Fall ist.

Eine große gesellschaftliche wie kulturelle Herausforderung ist – nicht zuletzt vor dem Hintergrund des demografischen Wandels – darin zu sehen, dass wir *ältere Menschen viel stärker als mitverantwortlich handelnde Staatsbürgerinnen und Staatsbürger ansprechen*, dass wir also das Alter auch in seiner großen gesellschaftlichen Bedeutung thematisieren. Dies heißt auch: die gesellschaftlichen Altersbilder müssen sich in der Hinsicht wandeln, dass mit Alter eben nicht nur Belastungen assoziiert werden, sondern auch das Potenzial zu gesellschaftlicher Produktivität und Kreativität⁸.

Wir haben in einer Studie zu den Spätfolgen der Lagerhaft und der Emigration von jüdischen Mitbürgern in der Zeit des „Dritten Reichs“ eine bemerkenswerte

Form des mitverantwortlichen Lebens gefunden, die hier kurz angesprochen werden soll⁹: Bei einem Teil der von uns ausführlich interviewten Überlebenden des Holocaust, die zum Teil 90 Jahre oder noch älter waren, konnten wir die sehr stark ausgeprägte Tendenz beobachten, mit jungen Menschen (zum Beispiel im Schulunterricht) in einen intensiven Dialog zu treten, um diese dafür zu sensibilisieren, dass jeder Mensch ein hohes Maß an persönlicher Verantwortung für die Bewahrung der Demokratie sowie für die Vermeidung von Faschismus, Diktatur und Antisemitismus besitze. Wie uns diese Überlebenden des Holocaust berichteten, sahen sie in dieser Form des gesellschaftlich mitverantwortlichen Lebens zum einen eine bedeutende Hilfe bei der psychischen Verarbeitung der im Alter wieder stärker werdenden Erinnerungen an das persönliche Schicksal in der Lagerhaft oder Emigration. Zum anderen erblickten sie in ihrem Engagement ganz generell ein sinnstiftendes Element. Und schließlich interpretierten sie das hohe Interesse der jungen Generation an ihren Erfahrungen und Erlebnissen als ein Zeichen dafür, dass sie noch im höchsten Alter einen bedeutsamen Beitrag zum Gelingen der Gesellschaft, zur Verwirklichung von Humanitätsidealen leisten können. Es sei erwähnt, dass nicht wenige dieser hoch engagierten Menschen an zahlreichen Krankheiten litten; doch war dies nur eine Seite ihres Alters. Die andere Seite war: Hohe seelische, hohe geistige, hohe sozialkommunikative Kompetenz. Indem in unserer Gesellschaft ältere Menschen vermehrt als mitverantwortlich handelnde Bürgerinnen und Bürger angesprochen, indem das Alter vermehrt in den öffentlichen Raum geholt (und eben nicht von diesem ausgeschlossen wird), wird nicht nur ein wichtiger Beitrag zur gesellschaftlichen Nutzung der Potenziale

⁸ Siehe dazu: Fünfter Altenbericht der Bundesregierung (2006). Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

⁹ Kruse, A. & Schmitt, E. (2000). Wir haben uns als Deutsche gefühlt. Darmstadt: Steinkopff.

¹⁰ Arendt, H. (1960). *Vita activa oder vom tätigen Leben*. Stuttgart: Kohlhammer.

des Alters geleistet. Es wird auch das Gefühl des Einzelnen gestärkt, Teil des Ganzen zu sein und in dem Austausch mit anderen Menschen die eigene Person immer wieder neu zur Entfaltung zu bringen. In diesem Kontext ist der Blick auf die lateinische Sprache hilfreich. „Inter homines esse“ heißt in der wörtlichen Übersetzung „unter Menschen sein“; gemeint ist im Lateinischen aber auch und primär: „leben“. „Desinere inter homines esse“ heißt in der wörtlichen Übersetzung „aufhören, unter Menschen zu sein“; gemeint ist im Lateinischen aber auch und primär: „sterben“.

In ihrer Schrift *„Vita activa oder vom tätigen Leben“*¹⁰ untersucht Hannah Arendt drei menschliche Grundtätigkeiten, die mit spezifischen Formen der Produktivität verbunden sind: die Arbeit, das Herstellen, das Handeln. Diese Tätigkeiten definiert sie wie folgt: „Die *Arbeit* erzeugt und bereitet Naturdinge zu, die der menschliche Körper für sein Wachstum und seinen Stoffwechsel benötigt. Das *Herstellen* produziert eine künstliche Welt von Dingen, die sich den Naturdingen nicht einfach zugesellen, sondern die der Natur bis zum gewissen Grade widerstehen und von den lebendigen Prozessen nicht einfach zerrieben werden. Das *Handeln* ist die Tätigkeit der *Vita activa*, die sich ohne die Vermittlung von Materie, Material und Dingen direkt zwischen Menschen abspielt (Arendt, 1960, S. 23). Dabei sieht Hannah Arendt das Handeln als die höchste Form der *Vita activa* an – und dies zeigt uns, wie wichtig es ist, dass ältere Menschen einen Teil des öffentlichen Raums bilden, dass sie sich als Teil des öffentlichen Raums wahrnehmen, dass sie diesen aktiv mitgestalten.

Prof. Dr. Andreas Kruse, Direktor des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg war Vorsitzender der Sachverständigenkommissionen der Bundesregierung zum Dritten Altenbericht und zum Fünften Altenbericht.

*Kontakt:
andreas.kruse@urz.uni-heidelberg.de*

Anti-Aging im Spiegel der neueren Literatur – eine Kurzübersicht

Cornelia Au

08

Der Begriff des Anti-Aging hat in den letzten Jahren eine rasante Verbreitung gefunden: man stößt auf ihn in zahlreichen Ratgebern und Broschüren zur Lebensführung, in Magazinen und Zeitschriften. Niedergelassene Ärzte werben mit Anti-Aging-Behandlungen und Anti-Aging-Kliniken sind entstanden. Die Kosmetik- und Nahrungsmittelergänzungsindustrie hat die Formel für sich entdeckt, kürzlich wurde sogar ein „Anti-Aging-Bier“¹ entwickelt. Nicht zuletzt aber gibt es mittlerweile zahlreiche wissenschaftliche Publikationen unterschiedlicher Disziplinen zum Thema „Anti-Aging“.

Das Spektrum der propagierten und eingesetzten Maßnahmen reicht vom Sport über Ernährungsempfehlungen, die Zufuhr von anti-oxidativen Substanzen innerlich oder äußerlich, Bio-Marker-Analysen zur Bestimmung des 'biologischen Alters', Dinner-Cancelling, verminderter Kalorienzufuhr bis hin zu drastischeren Eingriffen der plastischen Chirurgie oder der Hormontherapie. Für die Zukunft werden aus der genetischen Forschung und der Stammzellenforschung abgeleitete, weit aus potentere Verfahren und Technologien prognostiziert. Anti-Aging-Ansätze sind en vogue und gleichermaßen sind sie Gegenstand von Kritik unterschiedlicher Seiten.

Handelt es sich nur um einen neuen Begriff für alte Rezepte, um die „Quelle der ewigen Jugend“ zu finden, wie einige meinen (vgl. Olshansky; Hayflick u. Carnes, 2002), der in Zeiten der demographischen Alterung der Bevölkerung Hochkonjunktur hat und der mit einer griffigen Formel hilft, neu entstehende Märkte zu erschließen? Oder handelt es sich um ein neues Konzept, einen neuen Zweig der Medizin, der auf neuen Erkenntnissen beruht und aus dem sich neuartige Interventionen ableiten? Anti-Aging ist ein vieldeutiger Begriff, der in unterschiedlichen Kontexten gebraucht wird (vgl. Cole & Thompson 2001/2002). Für einige ist er nur ein Synonym für gesundes, positives oder erfolgreiches Altern, während für andere das Altern selbst ein pathologischer Prozess ist, in den präventiv oder therapeutisch eingegriffen werden sollte.

Binstock, Fishman und Johnson zufolge werden Anti-Aging-Ansätze von zwei unterschiedlichen Gruppierungen verfolgt: einer kommerziellen/klinischen Bewegung einerseits, die Anti-Aging Produkte und Behandlungen vertreibt und deren Ziel es sei, die Zeit ihrer Kunden und Patienten ohne die üblichen Alterserscheinungen wie Faltenbildung, Arterienverklöbung etc. zu verlängern. Auf der anderen Seite sehen sie Vertreter aus der Biogerontologie, die diese Ziele zwar teilten, aber darüber hinaus ambitioniertere verfolgten, oft ohne sich selbst explizit als Anti-Aging-Forscher zu verstehen. Deren Ziel sei es, eine signifikante Ausweitung der durchschnittlichen Lebenserwartung und der maximalen Lebensspanne zu erreichen (vgl. dieselben 2006).

Vertreter des Anti-Aging berufen sich auf biogerontologische und biomedizinische Forschung, der es experimentell gelungen ist, die durchschnittliche Lebenserwartung und die maximale Lebensspanne bei einigen Spezies, darunter auch von Säugern wie Nagetieren, signifikant zu erhöhen (vgl. Warner 2001). In der Biogerontologie wird das Altern des Organismus auf zellulärer Ebene, auf genetischer Ebene, auf Organebene bis hin zum Gesamtorganismus erforscht. Ziel ist nicht nur, die Ursachen des Alterns zu entdecken, sondern auch mögliche Interventionen, um den Eintritt der Seneszenz zu verzögern und mögliche Alterskrankheiten zu verhindern (vgl. Martin 2001). Nach Malavolta et al. wird in Labors weltweit zur Zt. an Strategien, die über kurz oder lang in einer Erhaltung von Gesundheit und Produktivität über einen längeren Zeitraum der Lebensspanne resultierten, gearbeitet. Innovative Therapien für altersbegleitende Krankheiten wie Krebs würden entstehen, man erwarte die ersten experimentellen Ergebnisse der ambitionierten SENS-Forschung² (vgl. Malavolta 2004). Rosenthal (2005) zeichnet das Bild eines hypothetischen hundertjährigen Patienten im Jahr 2053, der als erster von der erfolgreichen Regenerierung eines menschlichen Herzens mittels Stammzelleninjektion profitieren könnte, und durch vorherige Eingriffe der regenerativen Medizin (Nierenregeneration und Kniegelenke) dank sei-

nes nun auch jugendlichen Herzens wieder eine Meile in 6 Minuten laufen könnte. Die Forschungsansätze werden in der Rezeption von Juengst et al. in drei Paradigmen unterteilt: das Paradigma der 'verdichteten Morbidität' (compressed morbidity), das des 'verlangsamten Alterns' (decelerated aging) und das des 'aufgehaltenen Alterns' (arrested aging). Im Ansatz der verdichteten Morbidität wird an dem Ziel gearbeitet, über Eingriffe in den molekularen Alternsprozess altersbegleitende Krankheiten und Degenerationen soweit wie möglich hinauszuzögern. Dies würde zu einer Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung und der 'gesunden' Altersspanne, nicht zu der Erhöhung der maximalen Lebensspanne führen. Mit dem Ansatz des verlangsamten Alterns wird versucht, die Alternsprozesse über Interventionen so zu verzögern, dass sowohl eine Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung als auch eine Erhöhung der maximalen Lebensspanne erreichbar wäre. Im dritten Ansatz (aufgehaltenes Altern) wird an der Regeneration von durch den Alterungsprozess entstandenen Schäden des Organismus gearbeitet (vgl. Stefánsson 2005, Binstock et al. 2006), an der Verjüngung.

Vertreter der biogerontologischen Forschung haben sich in den USA in einer an die allgemeine Öffentlichkeit gerichteten Debatte gegen den Einsatz sogenannter Anti-Aging-Therapien eingesetzt. Sie stellen die heute vermarktete Anti-Aging Medizin in den Kontext der Quacksalberei (vgl. Kondratowitz 2003; Mykytyn 2006)³. Über sonstige fachliche Differenzen hinweg scheinen sich die meisten Vertreter der „etablierten“ Biogerontologie einig zu sein, dass es zur Zeit nach aktuellem Kenntnisstand keinerlei Verfahren oder Therapien gibt, die wissenschaftlich fundiert den biologischen Alterungsprozess beim Menschen hinauszögern, aufhalten oder gar umkehren könnten (vgl. Olshansky, Hayflick & Carnes 2002⁴, deren Statement von 51 Vertretern aus der Biogerontologie unterzeichnet wurde). Die Argumentation richtet sich auf unterschiedlichen Ebenen gegen die heute eingesetzten Mittel und Verfahren: die Wirksamkeit der vermarkteten Mittel ist nicht wis-

senschaftlich erwiesen, einige können zu leichten bis ernstesten gesundheitlichen Schäden führen. Daneben wird das Argument des Risikos der Diskreditierung seriöser Forschung und die mögliche Fehlinvestition von Forschungsmitteln, die sinnvoller eingesetzt werden könnten, ins Feld geführt. Im oben benannten Statement werden jedoch die Forschung im Bereich des Genetic Engineering, die Stammzellenforschung, die Entwicklung therapeutischer Pharmaprodukte etc. ausdrücklich begrüßt und die zukünftig mögliche Erhöhung der Lebenserwartung postuliert. Erfolgreiche Versuche, den Alternsprozess zu verlangsamen, würden dramatische Gesundheitsfortschritte für die Bevölkerung bedeuten. Diese Erfolge würden mehr als die komplette Eliminierung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, von Krebs, Schlaganfall und anderer altersabhängiger Krankheiten, eine Erhöhung der Lebensdauer und eine Verbesserung des Gesundheitszustand der Bevölkerung bewirken. Die Reaktion der Biogerontologie auf die Anti-Aging Bewegung wurde von Binstock in mehreren Publikationen aufgearbeitet (vgl. Binstock 2003, 2004, Binstock et al. 2006) und in einen sozialen Kontext gestellt. Binstock sieht hier, neben dem Aspekt der Patientenaufklärung, einen Versuch der Grenzziehung bzw. Abgrenzung („boundary work“) der etablierten Gerontologie, der sich auch vor dem Hintergrund der schwierigen und langwierigen Etablierung der Gerontologie als Wissenschaft, dem weitgehenden Ausschluss der Biogerontologie von nennenswerten Forschungsressourcen bei Vorherrschen einer krankheitsorientierten Altersforschung, erklärt. Jetzt gehe es darum, die erlangte „Legitimität“ (und die damit verbundene epistemische Hoheit sowie den Zugang zu Forschungsgeldern) der biologischen Altersforschung gegen die aufkeimende Anti-Aging-Bewegung zu verteidigen. Eine Maßnahme, die biogerontologische Forschung deutlich von dieser zu differenzieren, sieht Binstock auch in dem Versuch von Butler u.a., den Begriff „Langlebigkeits-Medizin (longevity medicine)“ oder „Langlebigkeits-Forschung und Medizin (longevity science and medicine)“ als

Gegenbegriff zu Anti-Aging einzuführen (vgl. Butler 2001/2002). Einen ähnlichen Rahmen sieht Kondratowicz in der Reaktion der Geriatrie zur Anti-Aging-Bewegung. In der Rezeption der Geschichte der Etablierung der Geriatrie als medizinische Disziplin postuliert er „einen Kampf zweier Linien in der Medizin“ (vgl. Kondratowicz, 2003), der, von der Geriatrie aus gesehen, sich gegen einen neuen Konkurrenten richtet, während die eine Schlacht um die Reputation innerhalb der Disziplin noch gar nicht gewonnen ist“ (ebenda, S. 159).

Aus der Sicht des Konsumentenschutzes werden in der Literatur als Argumente gegen den Einsatz von Anti-Aging-Verfahren u.a. aufgeführt:

- Risiken durch unerwünschte Nebenwirkungen, wie beispielsweise erhöhtes Krebsrisiko durch Hormontherapien
- ökonomischer Schaden beim Kunden durch den Erwerb unwirksamer Mittel
- potentieller gesundheitlicher Schaden durch Konzentration auf unwirksame Interventionen auf Kosten und unter Vernachlässigung wirksamer und anerkannter Therapien (vgl. Mehlman et al. 2004, Perls 2004).

Die Autoren diskutieren auch, welche Maßnahmen zum besseren Schutz der Patienten/Klienten eingesetzt werden könnten und verweisen auf die Verantwortung der medizinischen Fachgesellschaften für den Bereich der gesundheitlichen Aufklärung (Mehlman et al. 2004) sowie auf stärkeren Regelungsbedarf von Seiten der staatlichen Gesundheitsbehörden (Perls 2004). Reisman (2004) beschäftigt sich mit den Rechtsproblemen, die mit der Praxis der Anti-Aging-Medizin verbunden sind (Vertrieb von Medikamenten über die legalisierten Indikationen hinaus, falsche Erwartungen, Betrug, Vernachlässigung, Kurpfuscherei etc).

Mykytyn kennzeichnet die praktizierende Anti-Aging-Medizin als eine Soziale Bewegung mit dem Ziel, das Altern zu redefinieren (vgl. Mykytyn 2006). Als Soziale Bewegung handle es sich um eine Gruppierung, die sich mit einer gemeinsamen Mission in Opposition zum Mainstream organisieren und für neue kulturelle Orientierungen streite. Die verfolgte Mission sieht

Mykytyn in dem Bestreben, das biologische Altern selbst zum Ziel für Interventionen und für Therapien zu machen (dies wird offensichtlich von den Vertretern der Biogerontologie geteilt, s.o.). Mykytyn hat über teilnehmende Beobachtung bei Konferenzen und Behandlungen sowie über explorative ethnographische Interviews mit zwanzig Anti-Aging-Praktikern, die sie über die Web-Site der American Academy of Anti-Aging Medicine gefunden hat, die „Migrationsgeschichte“ der Praktiker aus der traditionellen Medizin und dem Gesundheitswesen zum Anti-Aging und deren Motivation untersucht. Bei den Interviewten handelte es sich um Ärzte, Chiropraktiker, Ernährungswissenschaftler, Therapeuten; die Mediziner der Gruppe kommen aus den Bereichen der Geburtshilfe, der Inneren Medizin, der Sportmedizin, der Rehabilitation, der Anästhesie und der HIV/Aids-Spezialisierung; interes-

¹⁾ Sole, Spirulina-Algen und das Flavonoid Quercetin als Pflanzenauszug aus Obst und Gemüse werden von einer bekannten Brauerei dem Bier zugesetzt, um ein neues Wellness-Getränk zu machen, in dem man auch baden kann: das Anti-Aging-Bier (Ärzte Zeitung vom 21.06.06).

²⁾ SENS: Strategies for Engineered Negligible Senescence

³⁾ In der Werbung für Anti-Aging-Präparate werden Erfolge behauptet, die in Aussicht stellen, sich wieder „so jung wie mit zwanzig zu fühlen“. Verwiesen wird dabei auf:

Improved sex drive and performance/Improved immune and cardiac function/Improved bone density, quicker healing time/Improved brain function, memory, and mental focus/Increased muscle tone/Thicker fuller hair/Decrease in body fat/Boost in energy, strength, and endurance/Reduction of wrinkles, tighter, smoother skin/Better sleep experiences

⁴⁾ Ebenda, S. B293: „Preventive measures make up an important part of public health and geriatric medicine, and careful adherence to advice on nutrition, exercise, and smoking can increase one's chances of living a long and healthy life, even though lifestyle changes based on these precautions do not affect the processes of aging. The more dramatic claims made by those who advocate antiaging medicine in the form of specific drugs, vitamin cocktails, or esoteric hormone mixtures are, however, not supported by scientific evidence, and it is difficult to avoid the conclusion that these claims are intentionally false, misleading, or exaggerated for commercial reasons. ... At present, there is no such thing as an antiaging intervention.“

⁵⁾ Gemeint ist die Medizin

santerweise sind keine Vertreter aus der Geriatrie zu finden. Die „Migrationsgeschichten“ weisen drei wiederkehrende Muster auf:

- Erstens wird Altern bei sich selbst, in der Familie oder bei Patienten/Klienten primär als biologischer Zerfall und Leiden erlebt, der andere Aspekte des Alters wie Weisheit oder die Freiheit des Ruhestandes u.a. dominiert. Erlebte Macht- und Hilflosigkeit der traditionellen Medizin gegenüber Krankheit und Tod, die Betonung der Symptombehandlung in der Medizin, Frustration über einen Mangel an Prävention und die Hoffnung, in Anti-Aging-Verfahren alternative Ansätze zu finden, sind starke Motive. Viele der Praktiker haben zuerst diese Verfahren als Patienten in Anspruch genommen, bevor sie zu Praktizierenden in dem Bereich wurden.
- Die Frustration mit der gängigen medizinischen Praxis, der vorherrschenden Bürokratie im Gesundheitssystem, die Schwierigkeiten, eine finanziell tragfähige Praxis zu führen, unbefriedigend erlebte Arzt-Patienten-Beziehungen bilden einen zweiten starken Motivationsstrang.
- Ein dritter Begründungszusammenhang für den Seitenwechsel ist die Teilhabe an der Exploration unbekannter Wissensgebiete, kombiniert mit dem Selbstbild einer verfolgten Avantgarde. Mykytyn sieht in der Anti-Aging-Bewegung auch die grundlegende Infragestellung der Konzepte eines „natürlichen“ Lebenslaufs und des „Patienten“: Gesundheit wird nicht relativ zu einem chronologischen Alter definiert; da alle altern, wird jeder potentiell zum Patienten.

Das negative Altersbild der Anti-Aging-Protagonisten vom Altern als einer zu eliminierenden Krankheit, ein neues Aufleben des Ageism, wird in einigen Publikationen kritisiert (vgl. Butler 2001/2002, Haber 2001/2002 u. 2004). Haber beschreibt die Kontinuität der Ideologien und arbeitet die Parallelen mit dem vorherrschenden krankheits- und bedürftigkeitsdominierten Altersbild des 19. Jahrhunderts heraus (Haber 2001/2002). Die heutige Popularität der Bewegung sieht sie im Zusammentreffen von medizinischen, psychologischen

und ökonomischen Faktoren begründet: Neue Erkenntnisse im Bereich der Bio-Medizin und -Technologie fallen in eine Zeit, in der die in einer ausgeprägt jugendorientierten Kultur aufgewachsene Gruppe der Baby-Boomer altert. Gleichzeitig bestimmt das Bild der Belastung der sozialen Sicherungssysteme durch eine wachsende Anzahl hilfebedürftiger alter Menschen große Teile des öffentlichen Diskurses (vgl. Haber 2001/2002).

Für Holstein kann die Verfügbarkeit von Anti-Aging-Interventionen eine neue Form von Altersdiskriminierung hervorbringen, von der besonders Frauen, die kulturell stärker über ihren Körper definiert und identifiziert werden, betroffen sind. In der Regel ökonomisch weniger abgesichert, würden sie weniger Zugang zu den neuen Technologien haben als Männer. Bei der gesellschaftlichen Vorgabe, dass es möglich und wünschenswert ist, den Alterungsprozess aufzuhalten, werden diejenigen stigmatisiert, die so alt aussehen wie sie sind; die Verfügbarkeit der Technologien könne dazu führen, dass Bedürftige nicht mehr die benötigten Unterstützungen erhielten, da in der öffentlichen Meinung die Individuen, die in höherem Alter nicht dem Bild der valorisierten Vitalität entsprechen, selbst schuld an ihrem Zustand seien. Die neuen Technologien verstärkten die sowieso schon vorhandene 'Biomedikalisierung' des Körpers (nach Binney u. Estes) (vgl. Holstein 2001/2002). Auch Kondratowitz sieht in der Anti-Aging-Bewegung die Wiederkehr einer „allumfassenden medikalisierten Alternsicht“, die aber die Verantwortung für die Lebensführung an das Individuum delegiert. Selbstdisziplinierung und -kontrolle des Einzelnen bis auf die Ebene kleinster biologischer Einheiten werden zur verbindlichen gesellschaftlichen Norm stilisiert (vgl. Kondratowitz 2003).

Vertreter der Bewegung werben gerade mit postulierten positiven Auswirkungen der neuen Ansätze auf die Gesellschaft. Um die 'finanziell, sozial und medizinisch beschwerliche Last der Sorge für eine wachsende ältere Population' zu bewältigen, sei es ein Imperativ, die Entwicklung der Techniken voranzutreiben, um das Wohlergehen der Gesellschaft im 22. Jahr-

hundert zu erhalten (vgl. Klatz 2001/2002). Vertreter der Biogerontologie verweisen auf potentielle Verbesserungen des Gesundheitszustandes und damit verbunden, eine Erhöhung der Lebensqualität durch Eingriffe in den Alterungsprozess (s.o.). Daneben gibt es eine Reihe von Publikationen, die Auswirkungen potentieller Lebensverlängerung auf die Gesellschaft nicht ungebrochen positiv sehen und Fragen der Ausgestaltung einer Gesellschaft 'Langlebiger' stellen. Für Hackler stellen sich z.B. Fragen des Zugangs zu den neuen Technologien (alle oder Privilegierte?), der Geburtenkontrolle und Überbevölkerung, des Wandels der Institutionen der Familie und Ehe, der Generationenbeziehung. Wird es eine Anhäufung gesellschaftlicher Macht über Okkupation von Positionen im Arbeitsleben, in der Politik, eine Anhäufung materiellen Reichtums, ökologische Katastrophen geben u.a.? Er plädiert für eine nur sukzessive Einführung von Langlebigkeitstechniken, um Gesellschaft und Individuum eine schrittweise Adaptation an die mit der Langlebigkeit verbundenen Probleme zu ermöglichen (vgl. Hackler 2001/2002). Moody (2001/2002) setzt sich mit Gegenargumenten zur Entwicklung von Langlebigkeitstechniken auseinander (Quacksalberei, Nebeneffekte, Verschwendung kostbarer Ressourcen, Verlängerung von Gebrechlichkeit und Behinderung, ökologisches Ungleichgewicht, Langeweile, Leugnung und Entwertung der traditionellen Altersrolle). Beruhen sie auf Annahmen, dass die Langlebigkeitstechniken nicht funktionieren, nicht funktionieren können oder nicht funktionieren sollten? Die Frage der gesellschaftlichen Erwünschtheit rückt damit in den Vordergrund. Seines Erachtens sollten die Möglichkeiten der Langlebigkeitstechniken nicht blind verleugnet werden und auch nicht auf wasserdichten Beweisen bestanden werden. Es sollte realisiert werden, dass längst etwas in Bewegung ist. Die Frage sei dann, welche Antworten die Gesellschaft für eine so veränderte Welt finde.

Cornelia Au, Dipl.-Psych., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Zentrum für Altersfragen.

Anti-Aging als Forschungsgegenstand: Die Flexibilisierung alternder Körper und die Individualisierung von Altersrisiken

Mone Spindler

„Endlich, die GSAAM¹ schafft den Durchbruch! Die GSAAM hat eines ihrer wichtigsten Ziele, das Setzen von Qualitätsstandards in der Präventions- und Anti-Aging Medizin, auch im Fortbildungsbereich erreicht. (...) Nun ist es ihr gelungen, den ersten staatlich anerkannten Studiengang auf dem Gebiet der Präventions- und Anti-Aging Medizin in Deutschland zu etablieren.“² Ab Herbst 2006 können Mediziner und Medizinerinnen an der Steinbeis-Hochschule Berlin ein zweijähriges, berufs begleitendes Aufbaustudium zum „Master of Science in Medical Prevention“ absolvieren.

Während sich die Kontroverse über Anti-Aging häufig auf die bisweilen schillernde US-amerikanische Anti-Aging Szene fokussiert, hat sich Anti-Aging im deutschsprachigen Raum in den letzten Jahren vergleichsweise unbemerkt institutionalisiert und die führenden Vertreter und Vertreterinnen der Anti-Aging Medizin leisten nun auf europäischer Ebene Pionierarbeit. Eine systematische, empirische Untersuchung dieser Entwicklung und ihrer Bedeutungen für Gesellschaft und Individuen steht bisher aus.

Im folgenden werden zunächst die Heterogenität der Anti-Aging Bewegung, die Vielfalt der Kritik daran und erste wissenschaftliche Arbeiten darüber dargestellt, um den Problemhintergrund für eine weitere Forschung zu diesem Thema zu beleuchten. Daran anschließend wird begründet, weshalb vor allem ein breiteres Konzept des Feldes und postmoderne Konzepte von Identität und Körper für eine Differenzierung und Zuspitzung sozialgerontologischer Positionen zu Anti-Aging hilfreich erscheinen. Abschließend werden sich aus diesem Zugriff auf Anti-Aging ergebende Forschungsfragen sowie das methodologische Werkzeug zu ihrer Beantwortung beschrieben.

Die Anti-Aging Bewegung und der Krieg gegen Anti-Aging Medizin

Verjüngungsprogramme sind alles andere als historisch neu (vgl. z.B. Stoff 2004), Anti-Aging scheint dennoch von neuer Qualität zu sein. In den vergangenen 15 Jahren hat das Schlagwort Anti-Aging einen erstaunlichen Grad an Bekanntheit und Bedeutung in westlichen Gesellschaften erlangt. So ist Anti-Aging z.B. zu einer massiven Marketingstrategie sowie zu einem umkämpften neuen Markt geworden, eine neue medizinische Subdisziplin, die Anti-Aging Medizin, wurde begründet und Anti-Aging Ratgeber sind ein neues Genre der Ratgeberliteratur geworden. Dies sind einige der Gründe, weshalb nicht nur innerhalb der Anti-Aging Szene von einer Anti-Aging Bewegung gesprochen wird (vgl. Binstock 2003, Kondratowitz 2003).

Die Vielfalt der derzeit unter dem Begriff Anti-Aging angebotenen und für die Zukunft geplanten Anti-Aging Methoden vermittelt einen Eindruck von der Heterogenität dieser Bewegung. Das Spektrum der gegen das Altern angewandten Strategien reicht vom Verdecken, Kompensieren und Vorbeugen von Symptomen des Alterns bis hin zum Verlangsamen oder gar Stoppen und Rückgängigmachen des biologischen Alterungsprozesses an sich. Verfolgt werden diese Strategien sowohl mittels unterschiedlicher Techniken der Lebensführung als auch verschiedenster Technologien. Folgenden Anti-Aging Methoden werden derzeit auf dem Markt angeboten:

- unterschiedlichste Ernährungs- und Bewegungsprogramme sowie Anleitungen zur gesunden Lebensführung, Stressreduktion und sexuellen Aktivität,
- kosmetische Anwendungen und ästhetisch dermatologische und plastisch chirurgische Eingriffe,
- sowie die Kernbereiche der Anti-Aging Medizin, Hormonbehandlungen, Nahrungsergänzung, medikamentöse Behandlungen und medizinische Kontrolluntersuchungen.

Die Anti-Aging Medizin strebt zudem zukünftige Anti-Aging Methoden an, die auf eine deutliche Verlangsamung des biologischen Alterungsprozesses durch die Anwendung neuer technologischer Verfahren wie der (Re)Produktion alternder Gewebe durch Stammzelltechnologie, der gentechnischen Manipulation altersrelevanter Gene sowie nanotechnologischer Körpermodifikationen zielen (vgl. z.B. Klatz 2001). Diese zukünftigen Anti-Aging Methoden sind derzeit allerdings fern medizinischer Anwendbarkeit. Bisher finden sich in diesen Bereichen lediglich prädiktive Gentests zur Bestimmung potentieller Krankheitsrisiken und erste stammzelltherapeutische Anwendungen. Einzelne Biogerontologen gehen allerdings – ungeachtet der scharfen Kritik ihrer Kollegen und Kolleginnen – weiter und behaupten, der Tod könne durch die Kombination dieser technologischen Verfahren mittelfristig auf unbestimmte Zeit herausgezögert werden (vgl. z.B. de Grey 2002).

In der Altersforschung hat vor allem die Entstehung der Anti-Aging Medizin heftige Abgrenzungsprozesse zwischen den und innerhalb der Subdisziplinen hervorgerufen, so dass von einem wahren Krieg gegen Anti-Aging Medizin gesprochen wird (vgl. Binstock 2003), der überwiegend an drei Fronten ausgefochten wird:

- Im Zentrum der Auseinandersetzungen stehen die Behandlung mit Hormonen und Nahrungsergänzungsmitteln. Vor allem US-amerikanische Biogerontologen und Geriater argumentieren, dass einige der angebotenen Substanzen und Therapien nicht ausreichend auf ihre Wirkungen getestet seien und keine den Alterungsprozess nachweislich verlangsamen. Sie beschuldigen Anti-Aging Mediziner und Medizinerinnen sowie die Anti-Aging Industrie der Quacksalberei und illegaler Behandlungen und fordern verstärkten Verbraucherschutz. (vgl. z.B. Butler 2001)

¹) German Society of Anti-Aging Medicine

²) <http://www.gsaam.de/studiengang/texte/Vorabinformationen.pdf>

- Vergleichsweise ruhig ist die Auseinandersetzung über die weitreichenden technologischen Zukunftspläne der Anti-Aging Medizin. Moderate Biogerontologinnen und Biogerontologen wenden ein, dass diese Pläne bisher fern wissenschaftlicher Machbarkeit seien. Auch wird die ethische Vertretbarkeit einer deutlichen Verlängerung der menschlichen Lebensspanne bezweifelt. (vgl. Moody 2002)
- Sozialgerontologinnen und Sozialgerontologen wenden ein, dass Anti-Aging Medizin zur (Re)Produktion negativer Stereotype und zur Medikalisierung und Technisierung des menschlichen Alterungsprozesses beitrage (vgl. z.B. Kondratowitz 2003a, Vincent 2006). Anti-Aging sei zudem unnatürlich und nicht wie von Anti-Aging Anbietern behauptet ein emanzipatorisches Programm für alternde Individuen, sondern gegen die wahren Interessen des Individuums gerichtet.

Analysen der wissenschaftlichen Diskussion über Anti-Aging Medizin

In Anbetracht der stark polarisierten Diskussion mahnen einzelne Sozialgerontologen eine systematische Untersuchung der sozialen, kulturellen und ethischen Implikationen der Anti-Aging Bewegung an (vgl. Kondratowitz 2003, Vincent 2004). Die wenigen empirischen Untersuchungen in diesem Feld befassen sich überwiegend mit der wissenschaftlichen Diskussion über Anti-Aging Medizin: Es finden sich wissenschaftssoziologische „Kriegsberichterstattungen“, die sich mit der wissenschaftshistorischen und -kulturellen Kontextualisierung der enormen disziplinären Abgrenzungsprozesse, die das Aufkommen der Anti-Aging Medizin in der Geriatrie und der Sozialgerontologie ausgelöst hat, beschäftigen. Dem Motiv der Etablierung wissenschaftlicher Legitimität wird dabei zentrale Bedeutung beigemessen (vgl. z.B. Binstock 2003, Kondratowitz 2003). Zudem finden sich Analysen der Medikalisierung und Technologisierung der Altersphase durch Anti-Aging.

So zeigt der britische Sozialgerontologe John Vincent an der Debatte über Anti-Aging Medizin in der Biogerontologie, wie die kulturelle Kategorie ‚Alter‘ darin durch die Kultur der Wissenschaft zunehmend als biomedizinisch konstruiert wird (Vincent 2004). Die US-amerikanische Anthropologin Courtney Evers Mykytyn erweiterte diese ersten Analysen der wissenschaftlichen Diskussion über Anti-Aging kürzlich um interessantes ethnographisches Material über Anti-Aging Ärzte in der US-amerikanischen Anti-Aging Medizin Szene (vgl. Mykytyn 2006).

Was ist Anti-Aging? Wer sind die Akteure?

Es fällt auf, dass in der Diskussion und Forschung über Anti-Aging das Verständnis des Feldes sowohl im Hinblick auf die Definition von Anti-Aging als auch bezüglich der angenommenen Akteure und Akteurinnen häufig eng ist: Oft wird Anti-Aging mit den, von der Anti-Aging Medizin angebotenen und versprochenen technologischen Anwendungen gleichgesetzt. Das Feld ist jedoch breiter und heterogener: Zum einen werden in der Anti-Aging Medizin technologische Anwendungen in der Regel mit Techniken der Lebensführung kombiniert und auch außerhalb der Anti-Aging Medizin wird Anti-Aging nicht selten mit alternativmedizinischer, anti-technologischer Ausrichtung angeboten. Zum anderen bestehen interessante regionale Unterschiede, wie die quasi Bedeutungslosigkeit technologischer Unsterblichkeitsvisionen in der deutschsprachigen Anti-Aging Medizin Szene. Eine differenziertere Definition von Anti-Aging verdeutlicht z.B. die prinzipielle Ähnlichkeit mancher Anti-Aging Methoden mit Healthy- oder Active-Aging-Programmen oder die in vielen Fällen Wirkungslosigkeit der häufig als Antwort auf Anti-Aging geforderten stärkeren Regulierung medizinischer Märkte. Im Hinblick auf die Akteure und Akteurinnen von Anti-Aging stehen vor allem Forscherinnen und Forscher, Ärztinnen und Ärzte sowie Unternehmerinnen und Unternehmer im Mittelpunkt der Diskussion und Forschung. Das fast gänzliche Fehlen der Perspektiven von Anwenderinnen

und Anwendern in der Diskussion über Anti-Aging scheint nicht nur empirische Schwierigkeiten sondern auch das in der Diskussion vorherrschende Verständnis des Machtverhältnisses zwischen medizinischem Diskurs und Subjekt widerzuspiegeln, auf das sich die im Folgenden theoretischen Überlegungen zu entsprechenden Forschungsvorhaben beziehen.

Täuschung oder Emanzipation älterer Individuen?

Eines der sozialgerontologischen Argumente gegen Anti-Aging ist, dass Anti-Aging nicht wie behauptet zur Emanzipation alternder Individuen von altersbedingten körperlichen Abbauprozessen und damit verbundenen Stigmatisierungen beitrage, sondern vielmehr gegen die wahren Interessen der Individuen gerichtet sei, da Anti-Aging letztendlich zur Marginalisierung von Gebrechlichkeit und Tod führe. Anti-Aging wird als gefährliche, medizinische und ökonomische Macht verstanden, die in einer klaren top-down Hierarchie in das Leben älterer Menschen eingreift.

Die Dekonstruktion dieser objektivierenden Herrschaftstechnologien muß definitiv ein Schlüsselement in der kritischen Analyse von Anti-Aging sein. In der englischsprachigen Sozialgerontologie finden sich allerdings Positionen, die in diesem Zusammenhang für eine Rezeption der späteren Arbeiten Foucaults plädieren (z.B. Frank 1998, Powell/Biggs 2004). Der kontinuierliche Prozess der Subjektivierung, den Foucault gegen ein essentialistisches Verständnis von Identität entwirft, wird darin nicht als nur als das Ergebnis objektivierender Herrschaftstechniken, sondern als das Ergebnis eines kontingenten, kontinuierlichen Zusammenwirkens von Herrschaftstechnologien und Selbsttechnologien, durch die sich das Subjekt selbst kontrolliert, verstanden (vgl. Foucault 1993, Lemke 2001, Martin 1993).

Dieses postmoderne Verständnis von Identität scheint für die Untersuchung von Anti-Aging nicht nur deshalb instruktiv, weil eine äußerst rationale, selbstkontrollierende Lebensführung charakteristisch für Anti-Aging Programme ist. Es macht zudem, ohne unkritisch gegenüber dem Einfluss des äußerst wirkmächtigen medizinischen Diskurses zu sein, Raum für einen gewissen, kritisch zu hinterfragenden Handlungsspielraum der Anwenderinnen und Anwender von Anti-Aging, die propagierten Anti-Aging Methoden anzunehmen, zu modifizieren oder auch abzulehnen und dies für die (Re)Konstruktion der eigenen Identität zu nutzen.

Ist Anti-Aging unnatürlich?

Ein weiterer häufiger Einwand, das Argument Anti-Aging sei unnatürlich, weil es gegen den natürlichen, biologischen Alterungsprozess gerichtet sei, führt zu einem zweiten theoretischen Bezugsrahmen möglicher Untersuchungen: dem Verhältnis von Natur zu Kultur in Bezug auf die Unterscheidung Alter. Anti-Aging ist ein Forschungsgegenstand, an dem deutlich wird, was in der feministischen Theoriediskussion in Bezug auf die Unterscheidung „Geschlecht“ bereits ausgiebig erörtert (vgl. Butler 1991, Haraway 1995), und auch vor allem in der englischsprachigen Sozialgerontologie im Hinblick auf ‚Alter‘ ansatzweise diskutiert wird (vgl. z.B. Kontos 1999, Öberg 1996): Dass ein dichotomes Verständnis des Zusammenwirkens von Natur, dem materialen, essentiellen, alternen Körper und Kultur, den daran ansetzenden gesellschaftlichen Diskursen und Praktiken nicht der Flexibilität und der Kontingenz der Grenze zwischen beiden Bereichen Rechnung trägt.

Die US-amerikanische Biologin und Wissenschaftshistorikerin Donna Haraway schlägt deshalb für das Verstehen der Unterscheidung „Geschlecht“ ein materiell dekonstruktivistisches Konzept vor, das sich auch in den Arbeiten der kanadischen Anthropologin Margaret Lock spiegelt. Kultur und Natur sind demnach keine dichotomen Bereiche, sie bestimmen und durchdringen sich vielmehr in einem permanenter, kontingenten Prozeß gegenseitig. So wird der materiale Körper

gleichermaßen über soziale Praktiken wie z.B. Diäten oder technologische Eingriffe konstruiert und ist aber auch außerdiskursiver, eigenständiger Konstruktor sozialer Verhältnisse. (vgl. Haraway 1995, Lock 1993). Dieses postmoderne Verständnis von Natur bzw. Körper kann insofern zu einer Differenzierung der Diskussion über Anti-Aging beitragen, als dass es verdeutlicht, dass die zunehmenden Möglichkeiten technologischer Körpermodifikationen nicht per se problematisch sind, sondern vielmehr die gesellschaftlichen Machtverhältnisse, innerhalb derer diese stattfinden.

Forschungsfragen

Die Notwendigkeit eines differenzierteren Konzeptes des Feldes sowie die theoretischen Bezugspunkte Körper und Identität führen zu drei Fragebereichen, die den Anfangspunkt möglicher Untersuchungen markieren:

- Was ist Anti-Aging? Welche Anti-Aging Methoden gibt es? Wer sind die Akteurinnen und Akteure? Wo und wie interagieren sie?
- Wie läuft die biologische und soziale „Ko-Konstruktion“ alternder Körper im Falle von Anti-Aging ab?
- Innerhalb welcher gesellschaftlichen Machtverhältnisse läuft dieser Ko-Konstruktionsprozess ab? Welche Herrschafts- und Selbsttechnologien wirken dabei zusammen? Welche Rolle spielen Alter, Geschlecht und soziale Schichtung?

Besonderes Augenmerk gilt dabei der Frage, ob und wenn ja welche Zusammenhänge zwischen der derzeitigen Individualisierung von Altersrisiken durch den Abbau wohlfahrtsstaatlicher Sicherungssysteme, der für Anti-Aging charakteristischen rationalen, selbstkontrollierenden Lebensführung und der bevorstehenden Flexibilisierung alternder Körper durch

neue technologische Anwendungen besteht. Ziel der Forschung ist, zu einer differenzierten Einschätzung der Auswirkungen der Anti-Aging Bewegung auf Chancengleichheit im höheren Alter zu gelangen und daran anschließend kritische Antworten auf Anti-Aging aufzuzeigen.

Eine ethnographische Rekonstruktion des Feldes

In den wenigen empirischen Untersuchungen über Anti-Aging werden überwiegend mehr oder weniger wissenschaftliche Veröffentlichungen der Anti-Aging Medizin und ihrer Gegner untersucht. Für die notwendige Erhebung von körperbezogenen Basisdaten über Anti-Aging Praktiken scheint eine Kontextualisierung weiterer Untersuchungen in eine ethnographische Rekonstruktion des Feldes notwendig. Dazu kann sich der ethnographische Ansatz der Soziologen Stefan Hirschauer und Klaus Amann (vgl. Hirschauer/Amann 1997, Hirschauer 2001, Emerson 1995) als ergiebig erwiesen. Die Datenerhebung erfolgt daran anknüpfend durch die teilnehmende Beobachtung von Anti-Aging Konferenzen für Ärztinnen und Ärzte und unterschiedlichen Veranstaltungen für Anwenderinnen und Anwender von Anti-Aging Methoden im deutschsprachigen Raum, in deren Verlauf leitfadengestützte Interviews mit Akteuren und Akteurinnen im Feld durchgeführt werden.

(Literaturhinweise bei der Verfasserin)

Mone Spindler ist Soziologin und hat nach ihrem Studium in Frankfurt am Main als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Soziale Infrastruktur (ISIS) in Frankfurt a.M. gearbeitet. Seit Juni 2005 promoviert sie an der Freien Universität Berlin, betreut von PD Dr. H.-J. von Kondratowitz, DZA, über Anti-Aging. Seit Januar 2006 ist sie Marie Curie Training Fellow am Sheffield Institute for Studies on Ageing.

Kontakt: Mone_Spindler@gmx.de

Subjektive Lebenszufriedenheit oder Unzufriedenheit im Alter?

Befunde aus dem Alterssurvey

14

Die Brisanz der aktuellen Debatte um Anti-Aging und Pro-Aging und die Attraktivität der Konzepte als Orientierungen für die alltagspraktische Auseinandersetzung mit dem Älterwerden hängt auch von der vorhandenen Lebenszufriedenheit im Alter ab. Wir fügen daher einige Befunde des Alterssurvey zur Lebenszufriedenheit an.

Der Verlauf der zweiten Lebenshälfte kann zunehmend Verlusterfahrungen mit sich bringen, insbesondere gesundheitliche Einbußen und soziale Verluste. Verlusterfahrungen verschlechtern die Lebensbedingungen. Was bedeutet dies für die Lebensqualität, besonders im Alter? Die Qualität eines Lebens lässt sich nur schwer von außen beurteilen. Denn die objektiven Lebensbedingungen sind nicht das alleinige Kriterium für Lebensqualität. Entscheidend ist auch das subjektive Erleben. Wie bewertet eine Person ihre Lebensbedingungen, in welchem Ausmaß erlebt sie Glück und Zufriedenheit? Im Rahmen des Alterssurveys wurden objektive und subjektive Lebensqualität betrachtet. Dabei ging es sowohl um das Ausmaß als auch um die Veränderung von Lebensqualität über die Zeit. Die Ergebnisse machen deutlich, dass die Mehrheit der Personen in der zweiten Lebenshälfte mit ihrem Leben insgesamt zufrieden ist. Vor dem Hintergrund zunehmender Verlusterfahrungen ist dies bemerkenswert und wird deshalb auch als „Zufriedenheitsparadox“ bezeichnet. Im Folgenden wird jedoch gezeigt, dass Altern nicht nur mit Verlusten in Verbindung gebracht werden sollte – denn neben Verlusten werden auch Gewinne erlebt, z.B. durch den Übergang in den Ruhestand.

Der überwiegende Anteil älterer Menschen ist mit dem Leben zufrieden

Menschen mit guten objektiven Lebensbedingungen haben nicht immer eine hohe Lebenszufriedenheit. Umgekehrt sind Menschen mit ungünstigen Lebensbedingungen nicht unbedingt unzufrieden. Verantwortlich hierfür ist, dass Personen unterschiedliche Ziele, Normen, Werte und Vergleichsmaßstäbe haben, anhand derer sie ihr Leben bewerten. Fragt man Personen danach, wie zufrieden sie mit ihrem Leben sind, fließt in die Antwort die Bewertung der eigenen, objektiven Lebenssituation mit ein. Verändert sich die Lebenszufriedenheit, können hierfür veränderte Lebensbedingungen, aber auch veränderte Bewertungsmaßstäbe verantwortlich sein. Über 80 Prozent der 40- bis 85-Jährigen gibt an, mit dem Leben zufrieden zu sein. Etwa jede dritte Person sogar, mit ihrem Leben voll zufrieden zu sein. Die hohe Lebenszufriedenheit ist zwischen den Erhebungswellen des Alterssurveys (1996 und 2002) sogar noch leicht angestiegen und sie betrifft beide Geschlechter, wenn auch die Frauen etwas mehr als die Männer.

Verbesserte sich in den letzten Jahren die Lebenszufriedenheit in Ostdeutschland?

Anfang der 1990er Jahre waren deutlich mehr westdeutsche als ostdeutsche Personen mit ihrem Leben zufrieden. Dies ist aus verschiedenen Bevölkerungsumfragen bekannt. In den nachfolgenden Jahren kam es zu einer Annäherung der Lebensbedingungen in Ost- und Westdeutschland. Damit zusammenhängend stieg auch die Lebenszufriedenheit in den ostdeutschen Bundesländern. Während im Rahmen des Wohlfahrtssurveys (Datenreport, 2002) bereits wieder von einer Trendumkehr hin zu abnehmender Lebenszufriedenheit der ostdeutschen Bevölkerung gesprochen wird, ist eine solche Entwicklung anhand des Alterssurveys nicht festzustellen: Der Anteil von Personen, die angeben, voll mit ihrem Leben zufrieden zu sein, ist von 1996 zu 2002 von 23 auf 29 Prozent und damit um 5 Prozent gestiegen. In den westdeutschen Bundesländern fällt dieser Anstieg geringer aus

und liegt nur bei 2 Prozent. Dies führt dazu, dass sich im Jahr 2002 die Zufriedenheit in Ost- und Westdeutschland angenähert hat. Warum diese Entwicklung eine andere ist, als jene vom Wohlfahrtssurvey berichtete, ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass sich der Alterssurvey auf die Gruppe der 40- bis 85-Jährigen konzentriert, während der Wohlfahrtssurvey Personen ab dem 18. Lebensjahr betrachtet. Hierzu zählen auch Jugendliche und junge Erwachsene, die in Ostdeutschland deutlich schlechtere Berufsperspektiven haben.

Lebenszufriedenheit im Alter: Wer ist zufriedener, Jüngere oder Ältere?

Sollten allein die äußeren Lebensbedingungen für die Zufriedenheit von Menschen verantwortlich sein, müsste sich zeigen, dass mit steigendem Alter die Zufriedenheit abnimmt. Denn für viele Menschen ist das Altern begleitet von Krankheiten, Einschränkungen und Verlusterfahrungen und dadurch mit einer Verschlechterung von Lebensbedingungen verbunden. Dies müsste sich folglich in abnehmender Lebenszufriedenheit widerspiegeln. (These 1) Eine alternative Möglichkeit ist, dass Lebenszufriedenheit vom „Inneren“ einer Person abhängt. Welche Ziele hat eine Person und mit wem vergleicht sie sich? Wie geht sie mit Zielen um, die sie nicht erreicht hat oder nicht erreichen kann – wie unzufrieden macht sie das? Ältere konnten in ihrem Leben mehr Erfahrungen im Umgang mit sich selbst und anderen sammeln als Jüngere. Nicht selten haben sie gelernt und lernen müssen, ihre Ziele und Ansprüche an die eigenen Möglichkeiten anzupassen. Sind Ältere vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen zufriedener als Jüngere? (These 2)

Um diese Frage zu beantworten, wurden im Alterssurvey drei Altersgruppen verglichen. Die Jüngsten (40–54 J.) stehen am

Beginn der zweiten Lebenshälfte, die Ältesten (70–85 J.) an der Schwelle zum hohen Alter. Doch in allen Altersgruppen findet sich mit jeweils über 80 Prozent ein etwa gleich hoher Anteil von Personen, die mit ihrem Leben zufrieden sind. Keine Altersgruppe hebt sich als besonders (un-)zufrieden hervor. Dies spricht dafür, dass beide Thesen – (1) und (2) – eine Rolle spielen. Aber ein weiterer Aspekt ist zu berücksichtigen: Auch wenn Verlusterfahrungen zumeist überwiegen, finden sich mit steigendem Alter weiterhin Gewinne. Dies soll im Nachfolgenden gezeigt werden.

Die Veränderung von Lebenszufriedenheit über die Zeit

Im Alterssurvey wurden nicht nur verschiedene Gruppen miteinander verglichen, sondern auch – in der sogenannten Panelstichprobe –, wie sich die bereits 1996 in der ersten Erhebungswelle befragten Personen bis zur zweiten Befragung (2002) verändert haben. Diese Menschen waren im Jahr 1996 zwischen 40 und 85 Jahren alt, sechs Jahre später, im Jahr 2002, zwischen 46 und 91 Jahren. Die Ergebnisse zeigen, dass die Lebenszufriedenheit nicht nur im Vergleich unterschiedlicher Altersgruppen, sondern auch in den individuellen Altersverläufen insgesamt leicht angestiegen ist. Neben der allgemeinen Lebenszufriedenheit wurde hier auch die Bewertung einzelner Lebensbereiche betrachtet. Im Folgenden werden die Ergebnisse zur Bewertung der Gesundheit, der Partnerschaft und der beruflichen Situation dargestellt

Oftmals verschlechtert sich die Bewertung der eigenen Gesundheit nicht

Die Bewertung der eigenen Gesundheit verschlechterte sich über die Zeit, allerdings vor allem bei jenen, die zwischen den beiden Befragungen schwer erkrankten oder einen Unfall hatten (jede vierte Person). Zu dieser Gruppe zählt in der zweiten Lebenshälfte rund jede vierte Person. Befragte, die gesund geblieben sind oder die bereits vor 1996 an einer schweren Krankheit litten, bewerteten 2002 ihre Gesundheit nur geringfügig schlechter.

Personen in Partnerschaft bewerten ihre Lebenssituation deutlich besser

Die durchschnittliche Bewertung der Partnerschaftssituation blieb zwischen 1996 und 2002 weitgehend stabil. Bei näherer Betrachtung zeigen sich in kleineren Teilgruppen jedoch deutliche Veränderungen.

Personen mit Partnerschaft im Jahr 2002 bewerten ihre Lebenssituation als gut. Ein Großteil von ihnen lebte bereits sechs Jahre zuvor in Partnerschaft und bewertete auch damals die Beziehung positiv. Ein kleinerer Teil hingegen hatte im Jahr 1996 keine Partnerschaft und bewertete die damalige Lebenssituation als eher mittelmäßig. Der Aufbau einer neuen Beziehung war begleitet durch eine deutlich bessere Bewertung im Jahr 2002. Eine umgekehrte Entwicklung gilt für jene, die ihren Partner oder ihre Partnerin in diesem Zeitraum verloren haben. Personen, die bereits 1996 ohne Partner lebten, bewerteten dies im Jahr 2002 etwas besser – teilweise vermutlich, weil sie sich an die Lebenssituation ohne Partner gewöhnt hatten. Hingegen bewerteten Personen, die ihre Partnerschaft erst seit 1996 verloren haben, ihre Lebenssituation im Jahr 2002 deutlich schlechter als noch sechs Jahre zuvor.

Der Übergang in den Ruhestand wird von vielen Personen positiv erlebt

Ähnliches wie für die Partnerschaft zeigte sich zunächst auch für die Erwerbstätigkeit: Personen, die erwerbstätig sind, bewerteten ihre berufliche Lebenssituation besser als nicht erwerbstätige Personen (z.B. Arbeitslose, Hausfrauen). Gleichzeitig wurde ersichtlich, dass viele Personen offensichtlich gerne wieder erwerbstätig wurden: Personen, die zuvor nicht erwerbstätig waren, bewerteten ihre berufliche Lebenssituation sehr viel besser, nachdem sie in das Erwerbsleben zurückgekehrt waren. Umgekehrt verhält es sich bei Personen, die 1996 erwerbstätig waren, jedoch 2002 keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgingen (z.B. arbeitslos waren). Während sie ihre berufliche Situation als Erwerbstätige im Jahr 1996 noch mittelmäßig bis gut bewerteten, sank ihre Bewertung nach dem Wechsel in die Nicht-Erwerbstätigkeit deutlich ab. Anders sieht es jedoch aus, wenn man statt des Wechsels zur Nicht-Erwerbstätigkeit den Übergang in den Ruhestand betrachtet. Personen, die in den Ruhestand wechselten, bewerteten ihre nachberufliche Lebenssituation deutlich besser als zuvor ihre berufliche Situation. Dies zeigt sich für jene, die erwerbstätig waren;

noch offensichtlicher ist dies aber für Personen, die vor dem Ruhestand nicht erwerbstätig waren. Hierbei spielt vermutlich eine Rolle, dass der Ruhestand mit höherem gesellschaftlichen Ansehen verbunden ist als Arbeitslosigkeit.

Hohe Lebenszufriedenheit bis ins Alter

Die dargestellten Ergebnisse zur Lebenszufriedenheit in der zweiten Lebenshälfte machen folgendes deutlich:

- Die Lebenszufriedenheit ist insgesamt hoch.
- In den vergangenen Jahren hat sich die Zufriedenheit in Ostdeutschland jener in Westdeutschland angenähert.
- Die Lebenszufriedenheit bleibt – über verschiedene Altersgruppen betrachtet – weitgehend stabil.

Diese Befunde sind eine gute Nachricht. Sie zeigen, dass viele Menschen bis ins Alter ihr Leben als insgesamt positiv empfinden. Die Ergebnisse hoher und stabiler Lebenszufriedenheit sollten aber über eines nicht hinwegtäuschen: Viele Menschen erleben starke Belastungen in einzelnen Lebensbereichen. Verantwortlich hierfür sind unter anderem Krankheiten oder Unfälle, der Verlust einer Partnerin oder eines Partners durch Trennung oder Tod sowie der Verlust des Arbeitsplatzes. Diese Belastungen spiegeln sich oftmals nicht in der allgemeinen Lebenszufriedenheit wider. Ein Grund hierfür ist, dass Belastungen in einem Bereich durch positive Erfahrungen in einem anderen Lebensbereich ausgeglichen werden können. Zugleich spielt eine Rolle, dass sich Personen teilweise an schlechte Lebensbedingungen anpassen. Dies mag für den Einzelnen ein guter Schutzmechanismus sein, um Unzufriedenheit zu vermeiden. Personen, die trotz schlechter Lebensbedingungen zufrieden sind, werden jedoch bei gesellschaftspolitischen Maßnahmen leicht übersehen. Dies betrifft besonders ältere Menschen. Die bis ins Alter bestehende hohe Zufriedenheit verdeutlicht jedoch gleichzeitig, dass Altern und Altsein nicht nur als Belastung erlebt wird, sondern mit hoher Lebensqualität einhergeht.

Tesch-Römer, Clemens und Wurm, Susanne (2006) Veränderung des subjektiven Wohlbefindens in der zweiten Lebenshälfte. In: Tesch-Römer, C., Engstler, H., Wurm, S. (Hrsg.): Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte, S. 385. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.

*Kontakt: Clemens Tesch-Römer,
tesch-roemer@dza.de*

Im Focus: Anti-Aging

Wissenschaft, Medizin, Mythos und/oder Geschäft

- Anton, B.; Sali, A.; Vitetta, L. u. Cortizo, F. (2005): Can we delay aging? The biology and science of aging. In: *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1057(Dec), S. 525–535
- Arking, R.; Fossel, M.; Olshansky, S. J.; Gavrilov, L. A.; Butler, B. et al. (2003): Anti-aging teleconference: what is anti-aging medicine? In: *Journal of Anti Aging Medicine* 6(2), S. 91–106
- Bercu, B. B. (2003): Growth hormone and „anti-aging“ medicine: Fact, fiction, and future. In: *Journal of womens health and gender-based medicine* 12(4), S. 421 ff.
- Butler, R. (2001/2002): Is there an „Anti-aging“ medicine? In: *Generations* 25(4), S. 63–65
- Butler, R. N.; Fossel, M.; Harman, M.; Heward, C. B. et al. (2002): Is there an antiaging medicine? In: *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 57A(9), S. B333–338
- Butler, R. N.; Rothman, D.; Rothman, S. M.; Fossel, M. u. Pan, C. X. (2000): Anti-aging medicine. What makes it different from geriatrics? In: *Geriatrics* 55(6), S. 36,39–43
- Cole, R. u. Thompson, B. (2001/2002): Anti-Aging: are you for it or against it? In: *Generations* 25(4), S. 6–8
- Fossel, M. (2002): Anti-aging: Claims, words, reality. In: *Journal of anti-aging medicine* 5(4), S. 319 ff.
- Giampapa, V. C. (2003): Clinical treatment of the aging process presently and immediate future trends. In: *Artificial cells blood substitutes and immobilization biotechnology* 31(2), S. 97–104
- de Grey, A. D. N. J. (2003): The foreseeability of real anti-aging medicine: focusing the debate. In: *Experimental Gerontology* 38(9), S. 927–34
- Hall, S. S. (2003): Merchants of immortality: chasing the dream of human life extension. Houghton Mifflin, Boston, 445 S.
- Hayflick, L. (2004): „Anti-aging“ is an oxymoron. In: *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 59(6), S. 573–578
- Hayflick, L. (2005): Author's Response to commentary: Anti-aging medicine: fallacies, realities, imperatives. In: *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 60(10), S. 1228–1232
- Hayflick, L.; Olshansky, S. J. u. Perls, T. T. (2005): All hype, no hope? Excessive pessimism in the „anti-aging medicine“ special sections – guest editor's response. In: *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 60(2), S. 140–141
- Hayflick, L. u. Holliday, R. (2004): Not-so-close relationship between biological aging and age-associated pathologies in humans. In: *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 59A(6), S. 547–553
- Heiss, H. W. (2002): Anti-Aging-Medizin zwischen Wunsch und Wirklichkeit. In: *European Journal of Geriatrics* 4(1), S. 6–9
- Ho, A. D.; Wagner, W. u. Mahlkecht, U. (2005): Stem cells and ageing. The potential of stem cells to overcome age-related deteriorations of the body in regenerative medicine. In: *EMBO reports* 6(Special Issue), S. S35–S38
- Holliday, R. (2004): Close relationship between biological aging and age-associated pathologies in humans. In: *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 59A(6), S. 543–546
- Holliday, R. (2004): Multiple and irreversible causes of aging. In: *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 59A(6), S. 568–572.
- Kahn, A. (2005): Regaining lost youth: The controversial and colorful beginnings of hormone replacement therapy in aging. In: *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 60(2), S. 142–147
- Klatz, R. (2001): Anti-aging medicine. Resounding, independent support for expansion of an innovative medical specialty. In: *Generations* 25(4), S. 59–62
- Klatz, R. (2005): New horizons for the clinical specialty of anti-aging medicine: the future with biomedical technologies. In: *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1057(Dec), S. 536–544
- Kohrt, W. M. (2005): Anti-aging strategies – science or hype? In: *Menopause-The journal of the North American Menopause Society* 12(6), S. 778 ff.
- Kvitko, O. (2001): Participation theory of aging. In: *Biogerontology* 2(1), S. 67–71
- Lanzenrath, D. (2003): Krankheitsbegriff und Zielsetzungen der modernen Medizin. Vom Heilungsauftrag zur Antiaging-Dienstleistung? In: *G + G Wissenschaft* 3(3), S. 14–19
- Mänzer, T. (2002): Wachstumshormon und Prävention im Alter – Dichtung und Wahrheit. In: *Therapeutische Umschau* 59(7), S. 371–376
- Malavolta, M.; Mocchegiani, E. u. Bertoni-Freddari, C. (2004): New trends in biomedical aging research. In: *Gerontology* 50(6), S. 420–424
- Martin, R. (2001): Zur Biologie des Alterns. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34(6), S. 427–428
- Meisler, J. G. (2002): Toward optimal health: the experts discuss the issues of aging. In: *Journal of Women's Health* 11(10), S. 841–847
- Miller, R. A. (2005): Genetic approaches to the study of aging. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 53(9), S. 284–286
- Olshansky, S. J.; Hayflick, L. u. Perls, T. T. (2004): Anti-aging medicine: The hype and the reality – Part I. In: *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 59(6), S. 513–514
- Olshansky, S. J.; Hayflick, L. u. Perls, T. T. (2004): Anti-aging medicine: The hype and the reality – Part II. In: *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 59(7), S. 649–650
- Olshansky, S. J.; Hayflick, L. u. Carnes, B. A. (2002): Position statement on human aging. In: *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 57(8), S. B292–B297
- Olshansky, S. J. u. Rattan, S. I. S. (2005): At the heart of aging: Is it metabolic rate or stability? In: *Biogerontology* 6(4), S. 291–295
- Rae, M. J. (2005): All hype, no hope? Excessive pessimism in the „anti-aging medicine“ special sections. In: *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 60(2), S. B139–140
- Rae, M. J. (2005): Anti-aging medicine: fallacies, realities, imperatives. In: *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 60(10), S. 1223–1232
- Rae, M. J. (2005): Commentary: Anti-aging medicine: fallacies, realities, imperatives. In: *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 60(10), S. 1223–1227
- Rattan, S. I. S. (2004): Aging, anti-aging, and hormesis. In: *Mechanisms of ageing and development* 125(4), S. 285–289
- Rattan, S. I. S. (2004): Aging intervention, prevention, and therapy through hormesis. In: *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 59(7), S. B705–709
- Rattan, S. I. S. (2005): Anti-ageing strategies: prevention or therapy. Slowing ageing from within. In: *EMBO reports* 6(Special Issue), S. 25–29
- Robert, L. (2003): Aging – from basic research, clinical gerontology and „anti-aging“ medicine. In: *Pathologie Biologie* 51(10), S. 541–542
- Robert, L. (2004): The three avenues of gerontology: from basic research to clinical gerontology and anti-aging medicine. Another french paradox. In: *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 59(6), S. 540–542
- Rose, M. R.; Mueller, L. D. u. Long, A. D. (2002): Pharmacology, genomics, and the evolutionary biology of ageing. In: *Free Radical Research* 36(12), S. 1293–1297
- Rosenthal, N. (2005): Youthful prospects for human stem-cell therapy. In another few decades, revised attitudes towards stem cells could lead to disease prevention and life extension. In: *EMBO reports* 6(Special Issue), S. S30–34
- Schnirring, L. (2000): Healthy aging or anti-aging? Diverse philosophies emerge. In: *Physician and sportsmedicine* 28(6), S. 15 ff.

- Stefánsson, H. (2005): The science of ageing and anti-ageing. In: *EMBO reports* 6(Special Issue), S. S1–S3
- Trojanowski, J. Q.; Whitaker, L. A.; Jędrzewski, M. K. u. Johnson, B. (2005): The art and science of anti-ageing therapies. In: *Science Aging Knowledge Environment* 2005(17), S. 11 ff.
- Uzych, L. (2005): Anti-Aging medicines. In: *Activities, Adaptation & Aging* 30(1), S. 81–82
- Wagner, L. (2000): Can science add years to our lives? In: *Provider* 26(11), S. 28–36
- Walker, R. F. (2002): Anti-ageing medicine: Collecting data or collecting fees? In: *Journal of anti-ageing medicine* 5(3), S. 243 ff.
- Warner, H. R. (2001): The case for supporting basic research in gerontology. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34(6), S. 486–490
- Warner, H. R. (2004): Current status of efforts to measure and modulate the biological rate of aging. In *Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 59A(7), S. 692–696.
- Wick, G. (2002): 'Anti-ageing' medicine: does it exist? A critical discussion of 'anti-ageing health products'. In: *Experimental Gerontology* 37(8–9), S. 1137–9):
- Yu, B. P. (1999): Approaches to anti-ageing intervention: the promises and the uncertainties. In: *Mechanisms of ageing and development* 111(2–3), S. 73–87
- Zs-Nagy, I. (2002): On the reality and possibilities of pharmacological anti-ageing interventions to support successful aging. In: *Archives of gerontology and geriatrics*, S. 398
- Soziale Aspekte, Kultur, Geschichte, Altersbilder, Ethik**
- Bayer, K. (2005): Cosmetic surgery and cosmetics: redefining the appearance of age. In: *Generations* 29(3), S. 13–18
- Binstock, R. H. (2004): Anti-ageing medicine and research: a realm of conflict and profound societal implications. In: *Journals of Gerontology. Biological Sciences* 59A(6), S. 523–533
- Binstock, R. H. (2003): The war on 'anti-ageing medicine'. In: *Gerontologist* 43(1), S. 4–14
- Binstock, R. H.; Juengst, E. T.; Mehlman, M. J. u. Post, S. G. (2003): Anti-ageing medicine and science: an arena of conflict and profound societal implications. In: *Geriatrics and Aging* 6(5), S. 61–63
- Binstock, R. H.; Fishman, J. R. u. Johnson, T. E. (2006): Anti-ageing medicine and science: social implications. In: Binstock, R. H. und George, L. (Hrsg.): *Handbook of Aging and the Social Sciences*, Academic Press, Burlington, S. 436–455
- Calasanti, T. (2005): Ageism, gravity, and gender: experiences of aging bodies. *Generations* 29(3), S. 8–12.
- Caplan, A. L. (2005): Death as an unnatural process. Why is it wrong to seek a cure for ageing? In: *EMBO reports* 6(Special Issue), S. S72–75
- McConnel, C. u. Turner, L. (2005): Medicine, ageing and human longevity. The economics and ethics of anti-ageing interventions. In: *EMBO reports* 6(Special Issue), S. S59–62
- Curtis, W. (2004): Methuselah report. In: *AARP Bulletin* 45(7), S. 5–7
- Davis, J. K. (2004): Collective suttee – is it unjust to develop life extension if it will not be possible to provide it to everyone? In: *Annals of the New York Academy of Sciences*. S. 541 ff.
- Fisher, A. L. u. Hill, R. (2004): Ethical and legal issues in antiaging medicine. In: *Clinics in Geriatric Medicine* 20(2), S. 361–82
- deGrey, A. D. N. J. (2005): Resistance to debate on how to postpone ageing is delaying progress and costing lives. Open discussions in the biogerontology community would attract public interest and influence funding policy. In: *EMBO reports* 6(Special Issue), S. S49–53
- deGrey, A. D. N. J.; Baynes, J. W.; Berd, D.; Heward, C. B. et al.: Is human aging still mysterious enough to be left only to scientists? In: *BioEssays* 24(7), S. 667–676
- Haber, C. (2001): Anti-Aging: why now? A historical framework for understanding the contemporary enthusiasm. In: *Generations* 25(4), S. 9–14
- Haber, C. (2004): Life extension and history: The continual search for the fountain of youth. In: *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences* 59A(6), S. 515–522
- Hackler, C. (2001/2002): Troubling implications of doubling the human lifespan. In: *Generations* 25(4), S. 15–19
- Hayflick, L. (2004): Lessons from 3500 years of gerontological history. In: *Contemporary Gerontology: A Journal of Reviews and Critical Discourse* 11(2), S. 63–67
- Holstein, M. B. (2001/2002): A feminist perspective on anti-ageing medicine. In: *Generations* 25(4), S. 41–43
- McHugh, K. E.: Three faces of ageism: society, image and place. In: *Ageing and Society* 23(2), S. 165–185
- Katz, S. (2001): Growing older without aging. Positive aging, anti-ageism, and anti-ageing. In: *Generations* 25(4), S. 27–32
- Klatz, R. M. (2002): Benefits of immortality. In: *Futurist* 36(1), S. 49–51
- Knorr Cetina, K. (2005): The rise of a culture of life. The biological sciences are encouraging the move away from the ideals of the enlightenment towards an idea of individual perfectibility and enhancement. In: *EMBO reports* 6(Special Issue), S. S76–80
- Kondratowitz, H.-J. von (2003): Anti-Aging: alte Probleme und neue Versprechen. In: *psychomed. Zeitschrift für Psychologie und Medizin* 15(3), S. 156–160
- Lourida, D. B. (2002): Second thoughts on extending life-spans. In: *Futurist* 36(1), S. 44–48
- Mackey, T. (2003): An ethical assessment of anti-ageing medicine. In: *Journal of Anti-Aging Medicine* 6(3), S. 187–204
- Mauron, A. (2005): The choosy reaper. From the myth of eternal youth to the reality of unequal death. In: *EMBO reports* 6(Special Issue), S. S67–71
- Micans, P. (2005): The need for anti-ageing medicine: the challenges faced to incorporate preventative medicine into the clinic and into society. In: *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1057(Dec), S. 545–562
- Moody, H. R. (2001): Who's afraid of life extension? In: *Generations* 25(4), S. 33–37
- Mykytyn, C. E. (2006): Anti-ageing medicine: A patient/practitioner movement to redefine ageing. In: *Social Science and Medicine* 62(3), S. 643–653
- Mykytyn, C. E. (2006): Anti-ageing medicine: predictions, moral obligations, and biomedical intervention. In: *Anthropological Quarterly* 79(1), S. 5–33
- Mykytyn, C. E. (2006): Contentious terminology and complicated cartography of anti-ageing medicine. In: *Biogerontology*
- Post, S. G. (2004): Establishing an appropriate ethical framework. The moral conversation around the goal of prolongevity. In: *Journals of Gerontology. Biological Sciences* 59A(6), S. 534–539
- Post, S. G. u. Binstock, Robert H. (Hrsg.) (2004): *Fountain of youth: cultural, scientific, and ethical perspectives on a biomedical goal*. Oxford University Press, New York, 487 S.
- President's Council on Bioethics (U.S.) (2003): *Age-retardation: scientific possibilities and moral challenges*. President's Council on Bioethics, Washington, DC, 14 S.
- Ray, R. E. u. Chandler, S. (2001): A narrative approach to anti-ageing. In: *Generations* 25(4), S. 44–48
- Stock, G. u. Callahan, D. (2004): Point-counterpoint: Would doubling the human life span be a net positive or negative for us either as individuals or as a society? In: *Journals of Gerontology. Biological Sciences* 59A(6), S. 554–559
- Turner, L. (2004): Biotechnology, bioethics and anti-ageing interventions. In: *Trends in biotechnology* 22(5), S. 219–221
- Weiss, M. J. (2002): Chasing youth. In: *American Demographics* 24(9), S. 35–41
- Vincent, J. (2003): What is at stake in the „war on anti-ageing medicine“ Review article. In: *Ageing and Society* 23(5), S. 675–684
- Patientenschutz, Gesundheitliche Aufklärung**
- Arvanitoyannis, I. S. u. Houwelingen-Koukaliarioglou, M. van (2005): Functional foods: A survey of health claims, pros and cons, and current legislation. In: *Critical reviews in food science and nutrition* 45(5), S. 385–404
- Brückel, J. (2002): Hormonelle „Verjüngungskuren“. Warnen Sie Ihre Patienten vor falschen Versprechungen! In: *MMW Fortschritte der Medizin* 144(39), S. 24–27
- Butler, R. N.; Fossel, M.; Pan, C. X.; Rothman, D. u. Rothman, S. M. (2000): Anti-ageing medicine: efficacy and safety of hormones and antioxidants. In: *Geriatrics* 55(7), S. 48–55

- Dangour, A. D.; Sibson, V. L. u. Fletcher, A. E. (2004): Micronutrient supplementation in later life: Limited evidence for benefit. In: *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 59(7), S. B659–673
- Frohman, L. A. (2002): Who needs growth hormone therapy? Growth hormone helps some, but its use as an „anti-aging“ agent is dubious. In: *Health News* 8(10), S. 4
- Gammack, J. K. u. Morley, J. E. (2004): Anti-aging medicine—the good, the bad, and the ugly. In: *Clinics in Geriatric Medicine* 20(2), S. 157–177
- Hakimi, R. (2002): Anti-Aging-Medizin und Schönheitschirurgie. Komplikationen zu oft verschwiegen. In: *MMW Fortschritt der Medizin* 144(43), S. 12
- Lutz, M. (2005): Gesundheit und Anti-Aging. Über Risiken und Nebenwirkungen einer neuen Religion. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 130(51–52), S. 2952–2952
- Mehlman, M. J.; Binstock, R. H.; Juengst, E. T.; Ponsaran, R. S. u. Whitehouse, P. J. (2004): Anti-Aging Medicine: can consumers be better protected? In: *Gerontologist* 44(3), S. 304–310
- Perls, T. T. (2004): Anti-Aging Quackery: human Growth Hormone and tricks of the trade – more dangerous than ever. In: *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 59(7), S. 682–691
- Reisman, N. R. (2004): Legal issues associated with the current and future practice of anti-aging medicine. In: *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 59(7), S. B674–681
- Klinik und Praxis**
- Bercu, B. B. u. Walker, R. F. (2002): Relative values of recombinant growth hormone and growth hormone secretagogues in clinical practice. In: *Endocrinologist* 12(5), S. 433–444
- Dahan, S.; Courrech, L.; Mordon, S.; Lagarde, J. M. u. Turlier, V. (2004): Treatment of neck lines and forehead rhytids with a nonablative 1540-nm Er:glass laser: a controlled clinical study combined with the measurement of the thickness and the mechanical properties of the skin. In: *Dermatologic Surgery* 30(6), S. 872–880
- Flaherty, J. H. u. Morley, J. E. (2004): Anti-aging. In: *Clinics in Geriatric Medicine* 20(2), S. x-xiv
- Giacomoni, P. U. (2005): Ageing, science and the cosmetics industry. The micro-inflammatory model serves as a basis for developing effective anti-ageing products for the skin. In: *EMBO reports* 6(Special Issue), S. S45–48
- Giampapa, V. C.; del Campo, A. F. u. Ramirez, O. M. (2003): Anti-aging medicine and the aesthetic surgeon: A new perspective for our specialty. In: *Aesthetic Plastic Surgery* 27(6), S. 493–501
- Gruber, C. u. Huber, J. C. (2003): Aktuelle Konzepte zur Altersprävention. In: *Gynäkologisch-Geburtshilfliche Rundschau* 43(2), S. 71–74
- Haller, U.; Hepp, H. u. Winter, R. (2003): Anti-Aging oder 'Better Aging' – Ein Beitrag zur Altersprävention?. In: *Gynäkologisch-Geburtshilfliche Rundschau* 43(2), S. 69–70
- Harman, S. M. u. Blackman, M. R. (2004): Use of growth hormone for prevention or treatment of effects of aging. In: *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences* Vol. 59A(7), S. 652–658
- Hazzard, W. R. (2005): The conflict between biogerontology and antiaging medicine. Do geriatricians have a dog in this fight? In: *Journal of the American Geriatrics Society* 53(8), S. 1434–1435
- Kann, P. H. (2004): Clinical effects of growth hormone on bone: a review. In: *Aging Male* 7(4), S. 290–296
- Kann, P. H. (2003): Growth hormone in anti-aging medicine: a critical review. In: *Aging Male* 6(4), S. 257–263
- Kyriazis, M. (2005): Clinical anti-aging hormonal strategies. In: *Rejuvenation Research* 8(2), S. 96–100
- Laufs, U. u. Böhm, M. (2004): Anti-Aging aus kardiologischer Sicht. In: *Der Urologe A* 43(5), S. 587–595
- Le Louarn, C. (2003): Le chirurgien plasticien dans la prévention du vieillissement facial. In: *Annales de chirurgie plastique et esthétique* 48(5), S. 346–349
- Liverman, C. T.; Blazer, D. G.; National Research Council (U.S.). Committee on Assessing the Need for Clinical Trials of Testosterone Replacement Therapy (Hrsg.) (2004): *Testosterone and aging: clinical research directions*. National Academies Press, Washington, DC, 236 S.
- Luddington, A. V. (2000): Anti-aging medicine: partners put evolutionary theory into practice. *Geriatrics* 55(8), S. 37–38
- Oddos, T.; Bertin, C. T.; Robert, A. u. Fournier, M. (2004): Anti-aging efficacy of the combination of dimethylaminoethanol (DMAE) and mineral salts. In: *Journal of the American Academy of Dermatology* 50(3), S. 76 ff.
- Ordonez, E. A. (2000): Growth of anti-aging field offers new career option. In: *Geriatrics* 55(10), S. 16
- Phillips, L. G. (2001/2002): Reversing the normal condition of aging: a plastic surgeon describes the techniques. In: *Generations* 25(4), S. 54–58
- Poeggeler, B. (2005): Melatonin, aging, and age-related diseases: perspectives for prevention, intervention, and therapy. In: *Endocrine* 27(2), S. 201–212
- Riga, D. (2003): SENS acquires SENSE: present and future anti-aging strategies. 10th Congress IABG – International Association of Biomedical Gerontology: SENS – Strategies for Engineered Negligible Senescence: reason why genuine control of aging may be foreseeable Queen's College, Cambridge, UK, September 19–23, 2003. In: *Journal of Anti-Aging Medicine* 6(3), S. 231–236
- Rohrich, R. J. (2000): The anti-aging revolution: An evolving role for plastic surgery. In: *Plastic and reconstructive surgery* 105(6), S. 2140–2142
- Roth, G. S. (2005): Caloric restriction and caloric restriction mimetics: current status and promise for the future. In: *Journal of the American Geriatrics Society* Vol. 53 No. 9, Suppl., S. 280–283
- Rubino, C.; Farace, F.; Dessy, L. A.; Sanna, M. P. G. u. Mazzarello, V. (2005): A prospective study of anti-aging topical therapies using a quantitative method of assessment. In: *Plastic and reconstructive surgery* 115(4), S. 1156–1162
- Schurer, N. Y. (2003): Anti-aging. Fakten und Visionen. In: *Hautarzt* 54(9), S. 833–838
- Snyder, E. Y. u. Loring, J. F. (2005): Role for stem cell biology in the physiological and pathological aspects of aging. *Journal of the American Geriatrics Society* 53(9) Suppl., S. S287–S291
- Stege, H. (2005): Anti-aging. Das schöne Bein. In: *Hautarzt* 56(4), S. 347 ff.
- Tadini, K. A.; Gaspar, L. R. u. Maia Campos, P. M. B. G. (2006): Epidermal effects of tretinoin and isotretinoin: influence of isomerism. In: *Pharmazie* 61(5), S. 453–456
- Trueb, R. M. (2003): Neues und Bewährtes in der Therapie von Haarerkrankungen. In: *Hautarzt* 54(8), S. 732–740
- Ukrainseva, S. V. u. Yashin, A. (2005): Treating cancer with embryonic stem cells: rationale comes from aging studies. In: *Frontiers in Bioscience* 10(Jan), S. 588–595
- Whitehouse, P. J. u. Juengst, E. T. (2005): Anti-aging medicine and mild cognitive impairment: practice and policy issues for geriatrics. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 53(8), S. 1417–1422
- Windler, E. (2002): Medizin des Alters – Forschung des Alterns und Prävention des Alternden. In: *Gynäkologie* 35(10), S. 944–950
- Wolf, A. (2005): Was ist Anti-Aging-Medizin? In: *Hautarzt* 56(4), S. 315–320
- Zech, N. H. (2004): Anti-Aging: Mythen und Fakten zur Diagnose und Therapie. In: *Gynäkologisch-Geburtshilfliche Rundschau* 44(2), S. 113–122

„Anti-Aging“ als ernährungs- und gesundheitsbezogene Prävention gegen Risiken und unangenehme Begleiterscheinungen des Alterns – ein Workshop

Institute, die von der Nahrungsmittelindustrie finanziert werden tragen entscheidend zur Popularisierung der Anti-Aging-Diskussion bei. Ein Beispiel ist das Danone Institut Ernährung für Gesundheit e.V., das sich als Einrichtung zur Förderung von ausgewählten Forschungsprojekten und zielgruppenspezifischer Aufklärung versteht. Kürzlich führte das Institut in Kooperation mit dem Institut für Biomedizin des Alterns an der Universität Nürnberg einen Workshop durch, bei dem, wie der folgende Bericht zeigt, vier „Erfolgsfaktoren“ des Anti-Aging diskutiert wurden.

Erfolgsfaktor Ernährung

Überall auf der Welt könne man die gleichen generellen Risikofaktoren für erhöhte Sterblichkeit identifizieren: hoher Blutdruck, Übergewicht, Rauchen, hohe Cholesterinwerte, niedriger Obst- und Gemüseverzehr, körperliche Inaktivität und Alkoholkonsum. Ein gezielt abgestimmter Ernährungsplan wirke diesen Faktoren entgegen.

Um den Körper vor den unschönen Begleiterscheinungen des Alterwerdens länger zu schützen, müsse die Ernährung vor allem vielseitig sein. Als bewährt gilt die Mediterrane Diät mit viel Obst, Gemüse, Brot, Fisch und Oliven- oder Rapsöl. Omega-3-Fettsäuren, sowohl aus pflanzlichen als auch aus Fischölen, helfen, den Alternsprozess herauszuzögern. Nach neueren Erkenntnissen ist Rapsöl sogar noch besser als Olivenöl, denn es enthält einfach ungesättigte, sehr stabile Fettsäuren, die nur schwer oxidiert werden können.

Bestimmte Vitamine spielen eine wichtige Rolle bei der Abwehr freier Sauerstoffradikale und verhindern die zur Arteriosklerose führende Reaktion des LDL-Cholesterins mit Sauerstoff: Vitamin E zum Beispiel schützt Fettsäuren vor Kettenbrüchen, wird dabei selbst zum Radikal und

durch Vitamin C im Blut regeneriert. Dass die Mediterrane Diät das Herz schützt, belegt die „Lyon Heart Studie“*. Sie verschrieb 300 Patienten nach einem ersten Herzinfarkt die Mediterrane Diät. Die Ergebnisse waren sogar besser als bei anderen Methoden wie Medikamentengabe, Vitamin-E-Supplemente und Fischölkapseln. Andere Studien wie das „Hale“-Projekt** konnten vier Faktoren identifizieren, die das Altern aufhalten und den Tod hinauszögern: Mediterrane Ernährung, moderater Alkoholkonsum, Nichtrauchen und nicht zuletzt körperliche Aktivität.

Muskeltraining

Mit dem Altern geht allem eins verloren - Muskelmasse. Der schleichende Verlust beginnt schon ab einem Alter von etwa 30 Jahren und jenseits der 60 geht es steil bergab. Um diesen Prozess aufzuhalten und die Knochenstabilität zu fördern, sei moderates Training, das nicht überlaste, unverzichtbar. Wichtig ist dabei die Kontinuität, schon in jungen Jahren soll Sport möglichst zum Alltag gehören. Für jedes Lebensalter gibt es die richtigen Sportarten, auch für das hohe Alter. Am effektivsten ist ein auf die Bedürfnisse abgestimmtes Krafttraining, „Leichte Übungen für Senioren mit Tüchern haben keinen Effekt“, sagt Dr. Heinke Möllenhoff von der Universität Paderborn. Bei den älteren Menschen seien auch Gewandheits- und Geschicklichkeitsübungen sinnvoll, um die oft sehr folgenreichen Stürze im hohen Alter zu reduzieren oder zu vermeiden.

Sonne, Stress und Rauchen – Feinde der Haut

Gerade der Haut sieht man das Alter an. Deshalb wird der Alterungsprozess hier am stärksten beachtet, die Haut gepflegt und geschützt. Vorzeitige Hautalterung sei durch Umwelteinflüsse wie Stress, Abgase und Sonne und nicht durch genetische Anlage bedingt, und ihr könne entgegengewirkt werden. Kosmetika oder chirurgische Eingriffe würden gegen die sichtbaren Zeichen angewandt, die könnten die Hautalterung verlangsamen oder überdecken, wobei gerade chirurgische Eingriffe nicht ohne Risiko seien.

Langfristig und von innen wirksam, so die Aussage des Workshops, ist aber ist auch hier die Ernährung. Der Zusammenhang zwischen Vitamin A und dem Talggehalt der Haut etwa sei nachgewiesen, Vitamin E und Carotinoide schützten mehrfach ungesättigte Fettsäuren in der Haut vor UV-Licht-Schädigung und Retinoide hätten eine unmittelbare antioxidative Wirkung. Da im Alter mehr Kollagen ab- als aufgebaut wird, verringert sich der Feuchtigkeitsspeicher der Haut, sie wird blass und knittert. „Ältere Menschen sollten deshalb unbedingt viel trinken. Schon dadurch kann die Spannkraft der Haut optisch erhöht werden“, sagt Dr. Alexandra Ogilvie von der Universität Erlangen. Da jedoch kein Nahrungsbestandteil die Anwendung von Sonnenschutzmitteln ersetzen könne, sollte jede Tageskosmetik einen nennenswerten Lichtschutzfaktor enthalten.

Supplemente und Functional Food: Anti Aging Rezepte gegen die Krankheit Alter?

Obwohl Vitaminmangel in der Ernährung in Deutschland auch bei den Senioren eher selten ist, nehmen ein Drittel der über 65-jährigen Nahrungsergänzungsmittel ein, die sogenannten Supplemente. Besonders beliebt sind Magnesium, Multivitaminpräparate, Calcium und Vitamin E. Zwar haben ältere Menschen einen erhöhten Bedarf an Nährstoffen, ein eindeutig positiver Effekt der Supplemente könne dennoch nicht nachgewiesen werden. Eine zu hohe Dosierung wird in manchen Fällen sogar für schädlich gehalten. „Es gibt Hinweise auf eine erhöhte Sterblichkeit bei hochdosierter Vitamin E Einnahme“, warnt Dr. Jürgen Bauer vom Klinikum Nürnberg. Eine zusätzliche Einnahme bestimmter Präparate sei nur bei Hinweisen auf einen Mangel sinnvoll. Ein Aufhalten des Alterungsprozesses durch Aufnahme von sogenannten Antioxidantien, die freie Radikale abfangen, konnte den Supplementen ebenfalls noch nicht nachgewiesen werden.

Positiver schneiden dagegen die funktionellen Lebensmittel, die von den Herstellern mit bestimmten gesundheitsfördernden Zusätzen angereichert werden, ab. So könnten Produkte, die mit Omega-3-Fettsäuren angereichert wurden, nachweislich das Risiko für Lungenentzündung oder Herzinfarkt senken. Auch Prä- und Probiotika, eine der am stärksten nachgefragten Gruppen der funktionellen Lebensmittel, könnten zu einem gesünderen Leben beitragen. Besonders bei älteren Menschen, deren Darmflora sich mit den Jahren verändert und damit auch das im Darm zentrierte Immunsystem beeinträchtigt. Präbiotika und Probiotika seien deshalb eine Option auch für ältere Menschen bei Durchfallerkrankungen, Verstopfung und zur Anregung des Immunsystems.

Weitere Infos: Institut Danone für Ernährung e.V., Maria Airainer
Email: kontakt@institut-danone.de

* *Lyon Diet Heart Study: „Benefits of a Mediterranean-Style, National Cholesterol Education Program/American Heart Association Step I Dietary Pattern on Cardiovascular Disease“*

Penny Kris-Etherton, PhD, RD; Robert H. Eckel, MD; Barbara V. Howard, PhD; Sachiko St. Jeor, PhD, RD; Terry L. Bazzarre, PhD; for the Nutrition Committee Population Science Committee and Clinical Science Committee of the American Heart Association

Circulation: (American Heart Association) 2001;103:1823.

** *The HALE Project: „Mediterranean Diet, Lifestyle Factors, and 10-Year Mortality in Elderly European Men and Women“*
Kim T. B. Knoop, MSc; Lisette C. P. G. M. de Groot, PhD; Daan Kromhout, PhD; Anne-Elisabeth Perrin, MD, MSc; Olga Moreiras-Varela, PhD; Alessandro Menotti, MD, PhD; Wija A. van Staveren, PhD
JAMA. 2004;292:1433-1439.

60 Prozent weniger Herzinfarkte – durch einen veränderten Lebensstil

Die American Heart Association verweist auf neue Belege, wie bereits mit kleinen Veränderungen im Lebensstil das Herzinfarktrisiko drastisch gesenkt werden kann.

In einer großangelegten neuen Studie ist bei über 42 000 Männern überprüft worden, wie sich Nichtrauchen, Normalgewicht halten (BMI unter 25 kg/m²), körperliche Aktivität von mindestens 30 Minuten pro Tag, mäßiger Alkoholgenuß von 5 bis 30 g täglich und gesunde Ernährung auf das Herzinfarkt-Risiko auswirken.

16 Jahre wurden dafür Daten von den Männern zwischen 40 und 75 Jahren gesammelt und ausgewertet. In der Gruppe der Männer, denen es gelang, alle diese fünf gesunden Lebensweisen einzuhalten, kamen 62 Prozent weniger Herzinfarkte vor als bei Männern, die nichts davon beherzigten (*Circulation* 114, 2006, 160). In der Studie war es aber wie in der täglichen Praxis: Alle fünf gesunden Lebensweisen einzuhalten, gelang nur vier Prozent der Männer.

Wer es jedoch nur schaffte, seinen Lebensstil ein bißchen zu ändern, tat für sein Herz dennoch etwas Gutes: Änderte er einen der fünf Punkte, sank die Infarktrate um 21 Prozent, bei zwei Punkten um 26 Prozent.

Selbst bei Patienten, die Lipidsenker oder Antihypertensiva einnehmen, könnten nach den Studiendaten durch Einhalten der gesunden Lebensweise 57 Prozent der Infarkte vermieden werden. (*Ärzte Zeitung*, 03.08.2006; ausführlich in: *Circulation*. 2006; 114:160-167).

Tai Chi – ein fernöstlicher Beitrag zu Balance und Konzentration auch im hohen Alter

Das Üben von Tai Chi und Qigong ist bis ins hohe Alter möglich. Es fördert Balance, Konzentration, Beweglichkeit und erhöht damit die Lebensqualität. Was in China zur Alltagserfahrung gehört, wurde jetzt in den USA auch wissenschaftlich belegt. Professor Yang Yang von der University of Illinois in Urbana-Champaign, selbst Tai-Chi-Meister, hat in zwei Studien festgestellt, dass alte Menschen schon nach zwei Monaten von einem regelmäßigen Training profitieren. Tai Chi und Qigong sind ursprünglich alte chinesische Kampfkünste, die langsame Bewegungen mit Meditation kombinieren.

Yang und seine Kollegen absolvierten mit ihren 39 Probanden eine Kombination aus Tai Chi und Qigong über einen Zeitraum von sechs Monaten, und zwar an drei Tagen pro Woche. Die Probanden waren im Durchschnitt 80 Jahre alt. Eine Vergleichsgruppe umfaßte 29 Teilnehmer. In Labortests zeigte sich, dass sich sowohl die Balance als auch die Stärke und Standfestigkeit der Teilnehmer nach dem Training erhöht hatte.

Wichtiger noch seien aber die persönlichen Erfahrungen der alten Menschen gewesen, so Yang. „Senioren sagten mir, dass sie nun ihre Socken und ihre Jeans wieder so anziehen könnten, wie sie es von früher gewohnt waren: im Stehen und nicht im Sitzen.“ Eine Frau habe ihm erzählt, dass sie sich nun wieder zutraue, die Treppen bis zu ihrer Dachkammer allein hoch zu steigen.

(*Ärzte Zeitung*, 24.07.2006; Quelle: University of Illinois at Urbana-Champaign; <http://www.sciencedaily.com/releases/2006/06/060629084229.htm>)

Die Zeitschriftenbibliografie wurde von der Bibliothek des Deutschen Zentrums für Altersfragen zusammengestellt. Bitte nutzen Sie die kostenfreie Online-Datenbank GeroLit (www.gerolit.de) um sich über die zusätzlichen Neuerscheinungen zu informieren.

Öffnungszeiten der DZA-Bibliothek

Die Öffnungszeiten der Präsenzbibliothek des Deutschen Zentrums für Altersfragen sind:

Dienstag 10.00–19.00 Uhr, Mittwoch und Donnerstag 10.00–16.00 Uhr. Besucher, die von auswärts anreisen oder die Bibliothek für einen längeren Studienaufenthalt nutzen wollen, können auch Termine außerhalb der Öffnungszeiten telefonisch vereinbaren (Tel. 030/26 07 40-80).

Psychologische Gerontologie/Psychologie

- Aday, Ronald H.; Kehoe, Gayle C.; Farney, Lori A.: Impact of senior center friendships on aging women who live alone. *Journal of Women & Aging*, 18(2006)1, S.57–73
- Bedford, Jennifer L.; Johnson, C. Shanthy: Societal influences on body image dissatisfaction in younger and older women. *Journal of Women & Aging*, 18(2006)1, S.41–55
- Blanchard, Janice: As the pendulum swings. A historical review of the politics and policies of the arts and aging. *Generations*, 30(2006)1, S.50–56
- Chapline, Jeff: Center for elders and youth in the arts. *Generations*, 30(2006)1, S.59–61
- Cohen, Gene D.: Research on creativity and aging. The positive impact of the arts on health and illness. *Generations*, 30(2006)1, S.7–15
- Fry, Prem S.; Debats, Dominique L.: Sources of life strengths as predictors of late-life mortality and survivorship. *Aging & human development*, 62(2006)4, S.303–334
- Gunzelmann, Thomas; Schmidt, Silke; Albani, Cornelia; Brähler, Elmar: Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 19(2006)1, S.7–15
- Hanna, Gay: Focus on creativity and aging in the United States. *Generations*, 30(2006)1, S.47–49
- Kandell, Stuart: Stagebridge: the magic of theater with real older actors. *Generations*, 30(2006)1, S.62–64
- Kim, Hyungsoo: Older women's health and its impact on wealth. *Journal of Women & Aging*, 18(2006)1, S.75–91

- Kirshenblatt-Gimblett, Barbara; Hufford, Mary; Hunt, Marjorie; Zeitlin, Steve: The grand generation: folklore and the culture of aging. *Generations*, 30(2006)1, S.32–37
- Muthesius, Dorothea; Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie; Stiftung Deutsches Hilfswerk; Stiftung Bildung und Behindertenförderung; Pflegestation Meyer & Kratsch u.a.: Musiktherapie in der häuslichen Versorgung – ein kreatives Versorgungskonzept. *Psychotherapie im Alter*, 3(2006)2, S.63–75
- Permeth, Jaime: Personal archives: why professional artists work with elders. *Generations*, 30(2006)1, S.21–23
- Schmidt, Pamela Braverman: Creativity and coping in later life. *Generations*, 30(2006)1, S.27–31
- Sherman, Andrea: Toward a creative culture: lifelong learning through the arts. *Generations*, 30(2006)1, S.42–46
- Stephenson, Raquel Chapin: Promoting self-expression through art therapy. *Generations*, 30(2006)1, S.24–26
- Zablony, Carolyn: Elders share the arts: transforming memory into art. *Generations*, 30(2006)1, S.57–58

Soziologische/Sozialpsychologische Gerontologie/Soziologie

- Blinkert, B.; Klie, T.: Die Zeiten der Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(2006)3, S.202–210
- Borstel, John: Liz Lerman Dence Exchange: superheroes and everyday dancers, old and young. *Generations*, 30(2006)1, S.63–67
- Breda, Jef; Schoenmaekers, David: Age: a dubious criterion in legislation. *Ageing and Society*, 26(2006)4, S.529–547
- Carpenter, Laura M.; Nathanson, Constance A.; Kim, Young J.: Sex after 40?: Gender, ageism and sexual partnering in midlife. *Journal of Aging Studies*, 20(2006)2, S.93–106
- Dietz, Tracy L.; Castora, Melissa: Americans' attitudes toward welfare state spending for old age programs. The analysis of period and cohort differences. *Care Management Journals*, 6(2005)4, S.203–211
- Elkjaer, Eva; Poulsen, Tine; Avlund, Kirsten: Stability and change in physical activity in old age: the role of changes in disability. *European Journal of Ageing*, 3(2006)2, S.89–97
- Engstler, Heribert: Großelternschaft als Thema sozialwissenschaftlicher Forschung – ein Überblick über ausgewählte neuere Literatur. *Informationsdienst altersfragen*, 33(2006)4, S.11–16
- Fearon-Giannoni, Susan: We create the path by walking. Maryknoll sisters health care – long-term care. *Care Management Journals*, 7(2006)1, S.35–40
- Gamliel, Tova; Hazan, Haim: The meaning of stigma: identity construction in two old-age institutions. *Ageing and Society*, 26(2006)3, S.355–371
- Gerard, Jean M.; Landry-Meyer, Laura; Roe, Jacqueline Guzell: Grandparents raising grandchildren: the role of social support in coping with caregiving challenges. *Aging & human development*, 62(2006)4, S.359–383
- Hoffmann, Elke: Das Alter(n) der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland. *Informationsdienst altersfragen*, 33(2006)4, S.19–20
- Illes, F.; Bernhardt, T.; Prell, K.; Rietz, C.; u. a.: Einstellung zu genetischen Untersuchungen auf Alzheimer-Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(2006)3, S.233–239
- Kalogirou, Stamatis; Murphy, Michael: Marital status of people aged 75 and over in nine EU countries in the period 2000–2030. *European Journal of Ageing*, 3(2006)2, S.74–81
- Keller-Cohen, Deborah; Fiori, Katherine; Toler, Amanda; Bybee, Deborah: Social relations, language and cognition in the „oldest old“. *Ageing and Society*, 26(2006)4, S.585–605
- Kruse, Andreas; Schmitt, Eric: A multidimensional scale for the measurement of agreement with age stereotypes and the salience of age in social interaction. *Ageing and Society*, 26(2006)3, S.393–411
- Larson, Renya: Building intergenerational bonds through the arts. *Generations*, 30(2006)1, S.38–41
- Levy, Becca R.; Slade, Martin D.; May, Jeanine; Caracciolo, Eugene A.: Physical recovery after acute myocardial infarction: positive age self-stereotypes as a resource. *Aging & human development*, 62(2006)4, S.285–301
- Lindhardt, Tove; Bolmsjö, Ingrid A.; Hallberg, Ingalill Rahm: Standing guard – being a relative to a hospitalised, elderly person. *Journal of Aging Studies*, 20(2006)2, S.133–149
- Loue, Sana: Intimacy and institutionalized cognitive impaired elderly. *Care Management Journals*, 6(2005)4, S.185–190
- Mjelde-Mossey, Lee Ann; Walz, Emily: Changing cultural and social environments. Implications for older east Asian women. *Journal of Women & Aging*, 18(2006)1, S.5–20
- Morgan, Leslie A.; Eckert, J. Kevin; Piggee, Tommy; Frankowski, Ann Christine: Two lives in transition: Agency and context for assisted living residents. *Journal of Aging Studies*, 20(2006)2, S.123–132
- Nimrod, Galit; Adoni, Hanna: Leisure-styles and life satisfaction among recent retirees in Israel. *Ageing and Society*, 26(2006)4, S.607–630
- Phoenix, Cassandra; Sparkes, Andrew C.: Keeping it in the family: narrative maps of ageing and young athletes' perceptions of their futures. *Ageing and Society*, 26(2006)4, S.631–648
- Phoenix, Cassandra; Sparkes, Andrew C.: Young athletic bodies and narrative maps of ageing. *Journal of Aging Studies*, 20(2006)2, S.107–121
- Schwitzer, Klaus-Peter: Arm an Nachwuchs und reich an Alter. Veränderungen in den lebensräumlichen Potenzialen Ostdeutschlands erfordern einen Perspektivenwechsel. *Informationsdienst altersfragen*, 33(2006)4, S.6–10

- Shemmings, D.: Using adult attachment theory to differentiate adult children's internal working models of later life filial relationships. *Journal of Aging Studies*, 20(2006)2, S.177–191
- Steinbüchel, Nicole von; Lischetzke, Tanja; Gurny, Madeleine; Eid, Michael: Assessing quality of life in older people: psychometric properties of the WHOQOL-BREF. *European Journal of Ageing*, 3(2006)2, S.116–122
- Zhang, Yuanting; Goza, Franklin W.: Who will care for the elderly in China? A review of the problems caused by china's one-child policy and their potential solutions. *Journal of Aging Studies*, 20(2006)2, S.151–164
- Geriatric/Gesundheitliche Versorgung/Medizin**
- Anme, Tokie: Positive ageing: cross cultural perspectives. Social affiliation and healthy longevity. *BOLD*, 16(2006)3, S.24–27
- Arnsberger, Pamela: Best practices in care management for Asian American elders: the case of Alzheimer's disease. *Care Management Journals*, 6(2005)4, S.171–177
- Augustad, Liv Berit; Schei, Berit; Forsmo, Siri; Langhammer, Arnulf et al.: Healthy postmenopausal women – physical activity and forearm bone mineral density. The Nord-Trøndelag health survey. *Journal of Women & Aging*, 18(2006)1, S.21–40
- Bellia, Edward: Prevention and assessment of falls in the elderly. *BOLD*, 16(2006)3, S.15–18
- Busse, Mechthild v.: Was der Parkinson mit einem macht. Das Erleben der Parkinson-Krankheit und die Bedeutung für die Pflege. www.PRIN-TERNET.info, 8(2006)6, S.362–370
- Gurk, Stefanie: Gewitter im Gehirn. Arzneimittel versprechen bei Epilepsie nur bedingt Hilfe. *Altenpflege*, 31(2006)7, S.46–47
- Haimov, Iris: Association between memory impairment and insomnia among older adults. *European Journal of Ageing*, 3(2006)2, S.107–115
- Meinow, Bettina; Parker, Marti G.; Kareholt, Inge-mär; Thorslund, Mats: Complex health problems in the oldest old in Sweden 1992–2002. *European Journal of Ageing*, 3(2006)2, S.98–106
- Richard, Nicole: Das Puzzle des Lebens. Die Methode der Integrativen Validation. *Altenpflege*, 31(2006)6, S.42–43
- Zecevic, Aleksandra A.; Salmoni, Alan W.; Speechley, Mark; Vandervoort, Anthony A.: Defining a fall and reasons for falling. Comparisons among the views of seniors, health care providers, and the research literature. *The Gerontologist*, 46(2006)3, S.367–376
- Gerontopsychiatrie/Psychiatrische Versorgung/Psychiatrie**
- Basting, Anne Davis: Arts in dementia care: „This is not the end . it's the end of this chapter.“. *Generations*, 30(2006)1, S.16–20
- Bohken, Jens: Nicht-medikamentöse Behandlung kognitiver Symptome bei leichtgradigen Demenzen im Kostenvergleich. *Psychotherapie im Alter*, 3(2006)2, S.111–119
- Dehm-Gauwerky, Barbara: Wenn die Verkunft schläft, singen die Sirenen. Über die Rolle der Musik in der Beziehungsgestaltung mit altersdementen Menschen. *Psychotherapie im Alter*, 3(2006)2, S.77–89
- Dijkstra, Katinka; Bourgeois, Michelle; Youmans, Gina; Hancock, Adrienne: Implications of an advice-giving and teacher role on language production in adults with dementia. *The Gerontologist*, 46(2006)3, S.357–366
- Finkel, Deborah; Reynolds, Chandra A.; Berg, Stig; Pedersen, Nancy L.: Surprising lack of sex differences in normal cognitive aging in twins. *Aging & human development*, 62(2006)4, S.335–357
- Hof, Stefan; Bundeskonferenz Qualitätssicherung; Kuratorium Deutsche Altershilfe; Universität, Witten/Herdecke: Qualitätssicherung mit Niveau? Neue Instrumente in der stationären Altenpflege. *Dr. med. Mabuse – Zeitschrift im Gesundheitswesen*, 31(2006)162, S. 44–45
- Juda, Myriam; Münch, Mirjam; Wirz-Justice, Anna; Merrow, Martha; u. a.: The biological clock and sleep in the elderly. *Originalartikel. Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 19(2006)1, S.45–51
- Kipp, Johannes; Trilling, Angelika: Kunst-, Musik- und Tanztherapie im Alter – eine Annäherung. *Psychotherapie im Alter*, 3(2006)2, S.7–22
- Liermann, Brigitte: Kunst- und Gestaltungstherapie in der Gerontopsychiatrie. *Psychotherapie im Alter*, 3(2006)2, S.23–34
- Manteuffel, Leonie von; Kuratorium Deutsche Altershilfe; Witten/Herdecke, Universität, Institut für Pflegewissenschaft: Demenzpatienten: Herausforderndem Verhalten richtig begegnen. Experten stellen Rahmenempfehlungen vor. *Pflegen ambulant*, 17(2006)3, S. 28–30
- Sohni, Maria; Reck, Marina: Musik-, Tanz- und Bewegungstherapie. *Kreativtherapien in der Alterspsychiatrie Münsterlingen. Psychotherapie im Alter*, 3(2006)2, S.91–103
- Wulff, Hans J.: Vom Vergessen, vom Verlust, vom Terror. *Alzheimer-Demenz im Spielfilm. Dr. med. Mabuse – Zeitschrift im Gesundheitswesen*, 31(2006)162, S.46–48
- Sozialpolitik/Soziale Sicherung**
- Bode, Ingo: Eine neue „governance of welfare“? Transkultureller Systemwandel am Beispiel der Seniorenversorgung in Deutschland, England und Québec. *Zeitschrift für Sozialreform*, 52(2006)2, S.181–200
- Engels, Dietrich: Lebenslagen und soziale Exklusion – Thesen zur Reformulierung des Lebenslagenkonzepts für die Sozialberichterstattung. *Sozialer Fortschritt*, 55(2006)5, S.109–117
- Fasshauer, Stephan: Besteht ein Zusammenhang zwischen Alterssicherungssystem und Geburtenrate? Anmerkungen aus theoretischer und empirischer Sicht. *Deutsche Rentenversicherung*, 61(2006)6, S.305–324
- Ferreira, Monica: The differential impact of social-pension income on household poverty alleviation in three South African ethnic groups. *Ageing and Society*, 26(2006)3, S.337–354
- Heidemann, Jörg; Vogel, Manuela: Höchststrichterliche Rechtsprechung in der gesetzlichen Rentenversicherung. Anwendbares Recht für befristete Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit – Besprechung des Urteils des 13. Senats des Bundessozialgerichts vom 8. September 2005 - B 13 RJ 10/04 R. *Deutsche Rentenversicherung*, 61(2006)6, S.367–379
- Himmelreicher, Ralf K.: 3. Konferenz für Sozial- und Wirtschaftsdaten. Ergebnisse der Konferenz und Neuwahl der Vertreterinnen und Vertreter der empirischen Sozial- und Wirtschaftsforschung im Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten. *Deutsche Rentenversicherung*, 61(2006)6, S.365–366
- Jess, Heinrich: Staatliche Alterssicherung in der Sozialistischen Republik Vietnam. Gegenwärtige Regelungen und künftige Finanzierungsprobleme. *RVaktuell*, 53(2005)6, S.210–216
- Keller, Dieter: Drohende Rentenkürzung 2006 endgültig abgewendet. Bericht aus der Hauptstadt. *RVaktuell*, 53(2006)5, S.187–193
- Keller, Dieter; Stiftung Warentest: Stiftung Warentest bescheinigt gesetzlicher Rente langfristig positive Renditen. *RVaktuell*, 53(2005)6, S. 239–245
- Klenk, Tanja: Selbstverwaltung – ein Kernelement demokratischer Sozialstaatlichkeit? Szenarien zur Zukunft der sozialen Selbstverwaltung. *Zeitschrift für Sozialreform*, 52(2006)2, S.273–291
- Köhler-Rama, Tim: Rentenpolitik ist Verteilungspolitik. *Sozialer Fortschritt*, 55(2006)5, S.124–127
- Lamping, Wolfram: Regieren durch Regierungskommissionen? Funktionen und Implikationen der Hartz- und der Rürup-Kommission im Vergleich. *Zeitschrift für Sozialreform*, 52(2006)2, S.233–251
- Loose, Brigitte L.: Haben Kinderlose mehr Geld im Alter? Alterseinkommen von Eltern und Kinderlosen im Vergleich. *Deutsche Rentenversicherung*, 61(2006)6, S.347–364
- Meurer, Anne: Eigenständige Alterssicherung für Frauen im „Acht-Punkte-Programm zur Zukunftsfähigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung“ des Zentralkomitees der deutschen Katholiken. *Sozialer Fortschritt*, 55(2006)5, S.127–132
- Mika, Tatjana; Bieber, Ulrich: Verdeckte Armut der älteren Bevölkerung. Ausmaß von Niedrigeinkommen und Gründe der Nichtinanspruchnahme von Sozialhilfe unter Senioren. *Deutsche Rentenversicherung*, 61(2006)4/5, S.248–278
- Newman, Janet: Modernisation and the dynamics of welfare governance. *Zeitschrift für Sozialreform*, 52(2006)2, S.165–179
- Pötter, Gerrit: Quo vadis Hinterbliebenenversicherung? Die gesetzliche Rentenversicherung für Hinterbliebene im verfassungsrechtlichen Kontext. *RVaktuell*, 53(2005)6, S.216–225
- Rürup, Bert: Die Bedeutung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die Gesetzliche Rentenversicherung. *Deutsche Rentenversicherung*, 61(2006)4/5, S.239–247
- Ruland, Franz: Rentenversicherung und Arbeitsmarkt. *Deutsche Rentenversicherung*, 61(2006)4/5, S.225–238
- Schroeder, Wolfgang: Selbstverwaltungskorporatismus und neuer Sozialstaat. *Zeitschrift für Sozialreform*, 52(2006)2, S.253–271
- Velladics, Hatalin; Henkens, Kène; Van Dalen, Hendrik P.: Do different welfare states engender different policy preferences? Opinions on pension reforms in Eastern and Western Europe. *Ageing and Society*, 26(2006)3, S.475–495
- Viebrok, Holger: Finanzielle Bedeutung und Verteilung von Erwerbsminderungsrenten aus der Gesetzlichen Rentenversicherung. *Deutsche Rentenversicherung*, 61(2006)6, S.325–346
- Wenner, Ulrich: Verfassungsrechtlich problematische Regelungen für eheähnliche Gemeinschaften und Stiefeltern. Geplante Hartz-IV-Änderungen. *Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales*, 55(2006)5, S.146–152
- Williamson, John B.; Howling, Stephanie A.; Maroto, Michelle L.: The political economy of pension reform in Russia: Why partial privatization? *Journal of Aging Studies*, 20(2006)2, S.165–175
- Young-Jun, Choi: Transformations in economic security during old age in Korea: the implications for public-pension reform. *Ageing and Society*, 26(2006)4, S.549–565
- Gesundheitswesen/Kranken- und Pflegeversicherung**
- Esslinger, A. S.; Heppner, H. J.: Lebensqualität im Alter vor dem Hintergrund knapper Ressourcen im Gesundheitswesen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 19(2006)1, S.39–44
- Graber-Dünow, Michael: Ein bürokratisches Monstrum. Zehn Jahre Pflegeversicherung stationär. *Dr. med. Mabuse – Zeitschrift im Gesundheitswesen*, 31(2006)162, S.28–30
- Hof, Bernd; Schlömer, Claus: Die Bürgerversicherung – mehr als ein solidarischer Reformansatz? *Sozialer Fortschritt*, 55(2006)6, S.146–153

Howell-White, Sandra; Gaboda, Dorothy; Rosato, Nancy Scott; Lucas, Judith A.: Creating needs-based tiered models for assisted living reimbursement. *The Gerontologist*, 46(2006)3, S.334–343

Knaut, Susanne: Krasse Gegensätze. Die Gesundheitssysteme in Israel und in den Palästinensergebieten. *Dr. med. Mabuse – Zeitschrift im Gesundheitswesen*, 31(2006)162, S.52–54

Lambertin, Knut: Gesundheitsreform 2006: Möglichkeiten und Risiken. *Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales*, 55(2006)5, S.170

Larsson, Kristina: Care needs and home-help services for older people in Sweden: does improved functioning account for the reduction in public care? *Ageing and Society*, 26(2006)3, S.413–429

Timonen, Virpi; Convery, Janet; Cahill, Suzanne: Care revolutions in the making? A comparison of cash-for-care programmes in four European countries. *Ageing and Society*, 26(2006)3, S.455–474

Tosic, Vidimka: Health aspects of population ageing in Serbia. Country report. *BOLD*, 16(2006)3, S.2–14

Wenner, Ulrich; Bundesverfassungsgericht: Kassen müssen jetzt bei Schwerkranken auch für nicht anerkannte Behandlungsverfahren aufkommen. Rechtsprechung. *Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales*, 55(2006)5, S.174–179

Werntoft, Elisabet; Hallberg, Ingalill; Elmstahl, Sölve; Edberg, Anna-Karin: Older people's view on how to finance increasing health-care costs. *Ageing and Society*, 26(2006)3, S.497–514

Winkel, Rolf: Steuerentlastung für Pflegebedürftige. Nur die Reichen profitieren. *Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales*, 55(2006)5, S.162

Wright, James D.: The graying of America: implications for health professionals. *Care Management Journals*, 6(2005)4, S.178–184

Altenhilfe/Altenpolitik/Altenorganisationen/ Freie Wohlfahrtspflege

Adolph, Holger: Der Fünfte Altenbericht – „Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft“ (Teil 1). Informationsdienst altersfragen, 33(2006)4, S.2–6

Bolda, Elise J.; Saucier, Paul; Maddox, George L.; Wetle, Terrie et al.: Governance and management structures for community partnerships. Experiences from the Robert Wood Johnson Foundation's community partnerships for older adults program. *The Gerontologist*, 46(2006)3, S.391–397

Dielmann, Gerd: Seit an Seit. *Altenpflege*, 31(2006)6, S.30–31

Grimm, Karl-Heinz: Strategien gegen Pflegestress. Teil 1. *Pflegen ambulant*, 17(2006)3, S.56–58

Kämmer, Karla: Positive Power. Zeigen Sie Selbstbewusstsein im Beruf. *Altenpflege*, 31(2006)6, S.24–25

Krämer, Uwe: Der Schlüssel zu effektiver Teamarbeit – Koopertion durch Kohärenz. www.PRINTERNET.info, 8(2006)6, S.352–361

Slobodzian, Susanne: Die Schere geht auf. *Altenpflege International. Altenpflege*, 31(2006)7, S.24–25

Swoboda, Beate: Wirrwarr der Begriffe. Diesmal geht es um die Pflegefachkraft. *Altenpflege*, 31(2006)6, S.22–23

Trill, Roland: Webbasierte Qualifikation von Leitungskräften – ein Ausweg aus der Qualifizierungsfalle. www.PRINTERNET.info, 8(2006)5, S.287–291

Sozialarbeit/Altenarbeit/Selbsthilfe/Ehrenamtlichkeit

Erlinghagen, Marcel; Hank, Karsten: The participation of older Europeans in volunteer work. *Ageing and Society*, 26(2006)4, S.567–584

Martinson, Marty; Minkler, Meredith: Civic engagement and older adults: a critical perspective. *The Gerontologist*, 46(2006)3, S.318–324

Pflege/Rehabilitation/Therapie

Abt-Zegelin, Angelika: Bettlägerigkeit: kein Zustand, ein Prozess! *Pflegen ambulant*, 17(2006)3, S.45–47

Bauer, Marita: Freiwillige Registrierung – ein weiterer Baustein. Professionalisierung der Pflege. *PflegeBulletin*, 7(2006)2, S.5–9

Behrens, J.; Zimmermann, M.: Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit. Konzept und Forschungsperspektiven. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(2006)3, S.165–172

Bonnekoh, Ursula: Mehr Service in der Kurzzeitpflege. Teil 1. *Pflegen ambulant*, 17(2006)3, S.42–44

Borutta, Manfred: Mit der Bürokratie gegen die Bürokratie. Die Entbürokratisierungsdebatte in der Altenpflege aus der Perspektive der neueren Systemtheorie nach Niklas Luhmann. www.PRINTERNET.info, 8(2006)6, S.334–340

Canzler, Martin: Die Neuen: Prüfungsrichtlinie und MDK-Prüfanleitungen. *Pflege-Qualitätsprüfungen. PflegeBulletin*, 7(2006)2, S.10–14

Dyck, Wolfgang: Biografiearbeit – eine kritische Betrachtung. *Pflegen ambulant*, 17(2006)3, S.26–27

Eberhardt, Doris: Theaterpädagogik – Ein Weg zu kompetenten Plegenden. www.PRINTERNET.info, 8(2006)5, S.261–270

Ganß, Michael: Bildhauende Kunsttherapie bei alten Menschen mit Alkoholproblematik. *Psychotherapie im Alter*, 3(2006)2, S.35–48

Giehoff, Carsten; Hübner, Ursula: Der elektronische Pflegebericht des Netzwerkes „Versorgungskontinuität in der Region Osnabrück“. Evaluationsergebnisse und ihre Konsequenzen. www.PRINTERNET.info, 8(2006)6, S.371–377

Görres, S.; Reif, K.; Biedermann, H.; Borchert, C.; u. a.: Optimierung des Pflegeprozesses durch neue Steuerungsinstrumente. Der Pflegeforschungsverbund Nord. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(2006)3, S.159–164

Güttler, Karen; Görres, Stefan: Von APLE zu apenio. Wissenschaftlich entwickelte Typologie ist Basis der Pflegeplanungs- und -dokumentationssoftware apenio. www.PRINTERNET.info, 8(2006)5, S.306–312

Hanika, Heinrich: Juristisches Risiko-Management in der Pflege. Aus der Praxis. *PflegeRecht*, 10(2006)5, S.202–208

Hartwanger, Annette: Wer rastet, der rostet. Ein wesentliches Ziel der Pflege ist die Förderung der Bewohnermobilität. *Altenpflege*, 31(2006)7, S.40–41

Heuel, Guido: Die personenbezogene Dienstleistung Pflege im sozialen Wandel der demografischen Veränderungen. Die Balance zwischen professioneller Pflege und Laienpflege. www.PRINTERNET.info, 8(2006)6, S.341–351

Hoffmann, Angelika: Ernährungstherapie bei der Dekubitusbehandlung. Der Eiweißbedarf ist entscheidend. *Pflegen ambulant*, 17(2006)3, S.11–13

Kirchhof, Steffen: Professionalisierung in der Pflege – ein Irrweg? *Pflegeentwicklung. PflegeBulletin*, 7(2006)3, S.1–5

Korinth, Agnes; Hasseler, Martina: Natürlich brauchen wir Kommunikation, aber müssen wir darüber sprechen? Kommunikation im Pflege-Case-Management. www.PRINTERNET.info, 8(2006)5, S.298–305

Lee, Michele; Kaufman, Arthur: The University of New Mexico visiting physicians program: helping older New Mexicans stay at home. *Care Management Journals*, 7(2006)1, S.45–50

Liebmann, Marian: Kunsttherapie mit älteren Zuwendern vom indischen Subkontinent. *Psychotherapie im Alter*, 3(2006)2, S.49–61

Mensdorf, Birte: Hört die Signale. Gelungene Pflege durch Kommunikation. *Altenpflege*, 31(2006)6, S.40–41

Meyer, Antje: Der Aufwand ist hoch. Einführung des Expertenstandards Sturzprophylaxe. *Altenheim*, 45(2006)7, S.46–49

Meyer, G.; Köpke, S.: Expertenstandards in der Pflege. Wirkungsvolle Instrumente zur Verbesserung der Pflegepraxis oder von ungewissem Nutzen? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(2006)3, S.211–216

Richard, Nicole: Integrative Validation (IVA) und die Umsetzung. *PflegeBulletin*, 7(2006)3, S.6–9

Schröder, Gerhard: Wundschmerz bleibt oft unerkannt. *Pflegen ambulant*, 17(2006)3, S.8–10

Swoboda, Beate: Über kurz oder lang. Diesmal geht es um die Pflegeplanung. *Altenpflege*, 31(2006)7, S.44–45

Familiale Altenpflege/Informelle Hilfe

Gräßel, E.; Schirmer, B.: Freiwillige Helferinnen und Helfer zur Entlastung der Angehörigen demenzkranker Menschen. Ergebnisse einer prospektiven Verlaufsuntersuchung zu den Erwartungen und Erfahrungen in Bezug auf Schulung und professionelle Begleitung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(2006)3, S.217–226

Leipold, B.; Schacke, C.; Zank, S.: Prädiktoren von Persönlichkeitswachstum bei pflegenden Angehörigen demenziell Erkrankter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(2006)3, S.227–232

Marziali, Elsa; Donahue, Peter: Caring for others: Internet video-conferencing group intervention for family caregivers of older adults with neurodegenerative disease. *The Gerontologist*, 46(2006)3, S.398–403

Sebening, Rosemarie: Familien begleiten, beraten und unterstützen. Familiengesundheitspflege: Mit neuen Kompetenzen neue Kunden erreichen. *Häusliche Pflege*, 15(2006)7, S.32–33

Wahrendorf, Morten; Knesebeck, Olaf von dem; Siegrist, Johannes: Social productivity and well-being of older people: baseline results from the SHARE study. *European Journal of Ageing*, 3(2006)2, S.67–73

Winkler, Ines; Kilian, Reinhold; Matschinger, Herbert; Angermeyer, Matthias C.: Lebensqualität älterer pflegender Angehöriger von Demenzkranken. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 19(2006)1, S.17–24

Wolff, Jennifer L.; Kasper, Judith D.: Caregivers of frail elders: updating a national profile. *The Gerontologist*, 46(2006)3, S.344–356

Soziale Dienste/Mobile Dienste

Berg, Rainer: Oberstes Gebot: immer flüssig bleiben. Das Unternehmen Pflegedienst auf finanziell stabile Füße stellen. *Häusliche Pflege*, 15(2006)7, S.28–30

Beyerischer VGH: Berechnung des Investitionszuschusses; Erlöse aus Leistungen der häuslichen Pflegehilfe; Förderung der Investitionen ambulanter Pflegedienste durch Kommunen. *ZFSH/SGB - Sozialrecht in Deutschland und Europa*, 45(2006)6, S.359–363

- Böhme, Hans: „Was tun, wenn der Patient die Tür nicht öffnet?“. Rechtsfragen aus dem ambulanten Pflegealltag. *Pflegen ambulant*, 17(2006)3, S.31–33
- Brier, Sascha: Mitarbeiter bei der Altersvorsorge unterstützen. Dem gesetzlichen Rechtsanspruch nachkommen und Lohnnebenkosten senken. *Häusliche Pflege*, 15(2006)7, S.38–41
- Denzler, Erwin: Spannung statt Entspannung. Ärger und Streit beim Thema „Urlaub“. *Altenpflege*, 31(2006)6, S.48–49
- Eine, Dietmar; Ossenhühl, Edda: Pflegeforum schlägt Brücke zwischen ambulant und stationär. *Pflegen ambulant*, 17(2006)3, S.34–35
- Haamel, Barbara; Traxler, Renate: Die Beratungsstelle für pflegende Angehörige des Caritasverbandes Frankfurt am Main. *Psychotherapie im Alter*, 3(2006)2, S.105–110
- Hasseler, Martina: Ein der Pflege entzogenes Einsatzfeld neu besetzen. Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabenbereich der ambulanten Pflege. *Häusliche Pflege*, 15(2006)6, S.16–21
- Jahn, Isabel: Schriftform soll Streit verhindern. Arbeitsrecht: Zur Wirksamkeit von Kündigungen. *Häusliche Pflege*, 15(2006)6, S.36–37
- Kaminski, Ralf: Eine Warnung für den Arbeitnehmer. Arbeitsrecht: Abmahnungen richtig anwenden. *Häusliche Pflege*, 15(2006)7, S.36–37
- Kommission befasst sich mit den besonderen Merkmalen der Sozialdienstleistungen. Bericht aus Brüssel. ZFSH/SGB - Sozialrecht in Deutschland und Europa, 45(2006)6, S.372–373
- Loffing, Christian; Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen; TÜV Nordrhein-Westfalen; Nordrhein-Westfalen, Ministerium für Wirtschaft und Arbeit: In den Kopf des Mitarbeiters gelangen. Aktivierung des wirtschaftlichen Denkens und Handelns von Pflegegedienstmitarbeitern. *Häusliche Pflege*, 15(2006)6, S. 22–24
- Loffing, Christian; Horst, Michael: Aufmerksamkeit erwecken! Mit der richtigen Marketingstrategie Kunden und Partner gewinnen. *Häusliche Pflege*, 15(2006)7, S.18–23
- Neumann, Stefan: Den Kassen die Hand und die Stirn bieten. Rechtstag 2006. *Häusliche Pflege*, 15(2006)6, S.30–32
- Schöffler, Mona: Engagierte Helfer gewinnen. Mit Unterstützung von Ehrenamtlichen die Lebensqualität der Pflegekunden verbessern. *Häusliche Pflege*, 15(2006)7, S.24–26
- Ziesche, Frank; Bundessozialgericht: Bundesausschuss darf bestimmen. Urteil zum Leistungsverzeichnis Häusliche Krankenpflege. *Häusliche Pflege*, 15(2006)7, S. 34–35
- Heimunterbringung/Geschlossene Altenhilfe/ Stationäre Einrichtungen**
- Bär, M.; Böggemann, M.; Kaspar, R.; Re, S.; u. a.: Demenzkranke Menschen in individuell bedeutsamen Alltagssituationen. Erste Ergebnisse eines Projekts zur Förderung der Lebensqualität durch Schaffung positiver Anregungsmöglichkeiten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(2006)3, S.173–182
- Bambach, Marco: Nutzen Sie die Vielfalt Ihrer Mitarbeiter. *Diversity Management*. *Altenheim*, 45(2006)7, S.40–42
- Beyer-Peters, Detlev: Schritt für Schritt. *Altenpflege*, 31(2006)6, S.32–33
- Conzelmann, Michael; Evangelische Heimstiftung: Stationär versorgt, ambulant finanziert. MIT-Pflegekonzept. *Altenheim*, 45(2006)7, S. 43–45
- Düncher, Markus: Zum Umfang der Begründungspflicht bei der Kündigung des Heimvertrages wegen Zahlungsverzuges des Bewohners. *PflegeRecht*, 10(2006)6, S.260–262
- Frömming-Ohmke, Regina: Der 5-Stufen-Plan für den gelungenen Einstieg. Die neue Heimleitung. *Altenheim*, 45(2006)7, S.16–18
- Görres, Stefan; Bremen, Universität; Forschungskreis Heimtiere in der Gesellschaft; Institut für soziales Lernen mit Tieren: Anregende Gesellschaft. Kleintiere in Einrichtungen der Altenpflege. *Altenpflege*, 31(2006)7, S. 35–38
- Kämmer, Karla: Wer viel erwartet, muss auch viel bieten. Träger und neue Heimleitung. *Altenheim*, 45(2006)7, S.20–23
- Klie, Thomas; Klein, Andreas; Sozialgericht Speyer: Bestimmte Maßnahmen der Behandlungspflege dürfen nicht auf Angelernte übertragen werden. Das Urteil. *Altenheim*, 45(2006)7, S. 35–36
- Lieb, Norbert: Den Richtigen suchen – den Besten finden. *Assessment Center*. *Altenheim*, 45(2006)7, S.24–26
- Moos, Inger; Björn, Agnes: Use of the life story in the institutional care of people with dementia: a review of intervention studies. *Ageing and Society*, 26(2006)3, S.431–454
- Nowcomer, Robert; Kang, Taewoon; Graham, Carrie: Outcomes in a nursing home transition care-management program targeting new admissions. *The Gerontologist*, 46(2006)3, S.385–390
- Reilly, Siobhan; Abendstern, Michele; Hughes, Jane; Challis, David; u. a.: Quality in long-term care homes for people with dementia. An assessment of specialist provision. *Ageing and Society*, 26(2006)4, S.649–668
- Riesner, Christine; Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Beziehung gestalten. Eine Evaluationsstudie zur Implementierung personenzentrierter Pflege im stationären Bereich. *Altenpflege*, 31(2006)6, S. 35–38
- Rosenbaum, Ute; Schlüter, Wilfried: Von Heute auf Morgen Führungskraft sein. Ein Junior-Führungstraining hilft beim Start ins Management. *Altenheim*, 45(2006)7, S.28–29
- Rosenfield, Zachary; Branch, Allan: TOPS: The optimum performance scale approach to improving nursing home performance. *Care Management Journals*, 6(2005)4, S.191–202
- Roßbruch, Robert: Anspruch gegen Krankenversicherung auf Versorgung mit einem Multifunktionsrollstuhl. SG Münster, Beschl. v. 27.06.2005 - S 12 KR 21/05 ER. *PflegeRecht*, 10(2006)6, S.277–280
- Roßbruch, Robert: Kein Anspruch gegen Krankenversicherung auf Versorgung mit einem Multifunktionsrollstuhl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 29.11.2005 - L 16 B 90/05 KR ER. *PflegeRecht*, 10(2006)6, S.275–276
- Roßbruch, Robert: Zur Untersagung der Fortführung eines Alten- und Pflegeheims und die Aufnahme neuer Heimbewohner. VG Hannover, Ur. v. 09.03.2006 - 11 A 443/06. *PflegeRecht*, 10(2006)6, S.281–296
- Steindorf, Harald: Lebenshaus statt Altenheim. Zufriedene Bewohner durch konsequente Kundenorientierung. Teil 2. *Pflegen ambulant*, 17(2006)3, S.52–55
- Steiner, Barbara; Baden-Württemberg, Ministerium für Soziales: Bewohner sehen die WG nicht als Übergangslösung. Studie zum Hilfebedarf und zur Bewohnerstruktur in WGs für pflegebedürftige Menschen. *Häusliche Pflege*, 15(2006)6, S. 38–41
- VG Magdeburg: Heimvertrag; Pflegeversicherte; Vertragsdauer; Vertragsende. ZFSH/SGB - Sozialrecht in Deutschland und Europa, 45(2006)6, S.363–368
- Wilke, Budde, Brigitte: „Tag der offenen Tür“ in einer Pflegeeinrichtung. *PflegeBulletin*, 7(2006)2, S.1–4
- Zimber, Andreas: Gut gemeint ist noch nicht gut gemacht. Die Führungsqualität in Pflegeeinrichtungen. *Dr. med. Mabuse – Zeitschrift im Gesundheitswesen*, 31(2006)162, S.41–43
- Sterbehilfe/Sterbebegleitung/Lebensverlängerung/Tod**
- Jenrich, Holger: „Todesengel!“. *Pfleger als Täter*. *Altenpflege*, 31(2006)7, S.30–31
- Kayser-Jones, Jeanie S.; Kris, Alison E.; Miaskowski, Christine A.; Lyons, William L. et al.: Hospice care in nursing homes: does it contribute to higher quality in pain management? *The Gerontologist*, 46(2006)3, S.325–333
- McAuley, William J.; Buchanan, Robert J.; Travis, Shirley S.; Wang, Suojin et al.: Recent trends in advance directives at nursing home admission and one year after admission. *The Gerontologist*, 46(2006)3, S.377–381
- Malakoff, Marion: Palliative care/physician-assisted dying: alternative or continuing care? *Care Management Journals*, 7(2006)1, S.41–44
- Schwerdt, Ruth: „Monster!“. *Pfleger als Täter*. *Altenpflege*, 31(2006)7, S.32–34
- Sowinski, Christine: „Totspritzer!“. *Pfleger als Täter*. *Altenpflege*, 31(2006)7, S.26–28
- Lebensverhältnisse Älterer**
- Lesauskaite, V.; Macijauskiene, J.: Caring for the elderly in Lithuania. *BOLD*, 16(2006)3, S.19–23
- Meitani, Paraskevoulla: Ageing in Cyprus: economic and financial aspects. Country report. *BOLD*, 16(2006)3, S.29–32
- Wohnen/Wohnumfeld**
- Wißgott, Ralph: Ambulant betreute Wohngruppen – ein zweites Standbein. Teil 2. *Pflegen ambulant*, 17(2006)3, S.48–51
- Arbeit/Ältere Erwerbstätige/Ruhestand**
- Braun, Thorsten: Erfolgreiche arbeitsmarktpolitische Konzentrierung: Dänemarks Reformweg „vom Rande des Abgrundes“ zum Flexicurity-Modell. *Sozialer Fortschritt*, 55(2006)6, S.133–139
- Kaltenborn, Bruno; Knerr, Petra; Schiwarow, Juliana; Hartz: Arbeitsmarktformen auf dem Prüfstand. *Sozialer Fortschritt*, 55(2006)5, S.117–124
- Rennemark, Mikael; Berggren, Tomas: Relationships between work-status and leisure lifestyle at the age of 60 years old. *European Journal of Ageing*, 3(2006)2, S.82–88
- Aus-, Fort- und Weiterbildung in Gerontologie/ Geriatrie/Pflege**
- Bergjan, Manuela: Mediengestützte problemorientierte Lerneinheiten für die Pflegeausbildung. www.PRINTERNET.info, 8(2006)5, S.271–275
- Grabner, Babette; Fritz, Elfriede: Soziale Kompetenz: Self Science! Kompetenzentwicklung in der Pflegeausbildung. www.PRINTERNET.info, 8(2006)6, S.325–328
- Meyer-Hänel, Philipp; Umbescheidt, Rocco: Der Lernbereich Training & Transfer. Antworten auf die Transferproblematik durch den 3. Lernort in der Ausbildung dipl. Pflegefachfrau/ dipl. Pflegefachmann HF. www.PRINTERNET.info, 8(2006)5, S.276–286
- Schröder, Gerhard: ICW-Zertifizierung von Qualifizierungen hat sich durchgesetzt. *Pflegebildung: Wundmanagement*. *PflegeBulletin*, 7(2006)3, S.10–14
- Schulz, Michael: Europäisches Projekt zur Förderung von Ausbildung und der Anerkennung von Pflegeberufen. www.PRINTERNET.info, 8(2006)5, S.292–297
- Gesetze/Verordnungen/Richtlinien/Recht**
- Eisenbart, Susanne; Jaworowski, Knut: Entscheidungen aus dem Renten- und Verfahrensrecht. *RVaktuell*, 53(2006)5, S.170–175

Die vorliegende Bibliografie gerontologischer Monografien wurde zusammengestellt von der Bibliothek von Pro Senectute Schweiz, der größten Fachbibliothek zu den Themen Alter, Altern und Generationenbeziehungen in der Schweiz. Alle aufgeführten Bücher sind im Buchhandel oder bei der angegebenen Bezugsadresse erhältlich.

Psychologische Gerontologie

- Döring, Dorothee: Warum allein bleiben?: erfolgreiche Partnersuche im Alter. – Lehr: Kaufmann, 2006. – 189 S. ISBN 3-7806-3006-0: EUR 16.95
- Mayr, Johann: Cartoons für Senioren. – Oldenburg: Lappan, 2006. – 45 S.: Ill. ISBN 3-8303-4155-5: EUR 10.95
- Penser le temps pour lire la vieillesse/Clausind Attias-Donfut et al. – Paris: Presses universitaires de France, 2006. – 202 p. – (Fondation Esai) ISBN 2-1305-5573-X: EUR 14.00
- Rampe, Micheline: Jeder will es werden, keiner will es sein: Alter als Herausforderung. – München: A1 Verlag, 2006. – 214 S. ISBN 3-927743-87-9: EUR 18.80
- Supervision in der Altenarbeit, Pflege & Gerontotherapie: brisante Themen, Konzepte, Praxis, Integrative Perspektiven/Hilarion G. Petzold, Lotti Müller (Hrsg.). – Sonderausg. – Paderborn: Junfermann, 2005. – 221 S.: graph. Darst. – In: Integrative Therapie. – 31(2005), H. 1-2 ISBN 3-87387-626-4: EUR 22.50
- Wolff, Christa: Letzte Szenen mit den Eltern. – München; Zürich: Piper, 2006. – 141 S. – (Serie Piper; 4638) ISBN 3-492-24638-9: EUR 7.00

Soziologische und Sozialpsychologische Gerontologie

- Kein Ort der Zuflucht für hilfsbedürftige alte NS-Verfolgte?: Durch NS-Verfolgung traumatisierte Menschen in der Altenhilfe und Altenpflege/-Thomas Heldt et al. (Hrsg.). – Frankfurt a. M.: Mabuse, 2006. – 201 S. ISBN 3-935964-71-4: EUR 19.80
- Rattner, Josef; Gerhard Danzer: Reifsein ist alles: Erfahrungen und Erkenntnisse beim Alt- und Älterwerden. – Würzburg: Königshausen & Neumann, 2005. – 223 S. ISBN 3-8260-3190-3: EUR 18.00
- Selbstbestimmt und solidarisch: Frauen und das Alter/Hanna Habermann et al. – Rüsselsheim: C. Göttert, 2005. – 104 S. ISBN 3-922499-81-3: EUR 5.00
- Simon, Fritz B.; Rudolf Wimmer, Torsten Groth: Mehr-Generationen-Familienunternehmen: Erfolgsgeheimnisse von Oetker, Merck, Haniel u.a. – Heidelberg: Carl-Auer-Systeme, 2005. – 254 S.: Ill. – (Management) ISBN 3-89670-481-8: EUR 29.95

- ... und trotzdem gab es Hoffnung!: „Trümmerfrauen“ aus Österreich berichten: [mit dem Tagebuch von Paula v. Preradovic]/Theresia Zierler (Hg.). – Graz etc.: L. Stocker, 2006. – 190 S.: Ill. ISBN 3-7020-1127-7: EUR 19.90
- Der Wert des Menschen: an den Grenzen des Humanen/hrsg. von Konrad Paul Liessmann. – Wien: P. Zsolnay, 2006. – 297 S.: Ill. – (Philosophicum Lech; Bd. 9). – ISBN 3-552-05374-3: EUR 19.90

Geriatric/Gerontopsychiatrie

- Hauser, Ute: Wenn die Vergesslichkeit noch nicht vergessen ist: zur Situation Demenzkranker im frühen Stadium. – Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2005. – 134 S.; graph. Darst. – (Thema – Tatsachen, Hinweise, Erfahrungen, Materialien, Argumente; 201). – Diplomarbeit Studiengang Pflege/Pflegemanagement Alice-Salomon-Fachhochschule ISBN 3-935299-83-4: EUR 17.00
- Hautzinger, Martin: Wenn Ältere schwermütig werden: Hilfe für Betroffene und Angehörige bei Depression im Alter. – Weinheim; Basel: Beltz, PVU, 2006. – X, 196 S.: Ill. ISBN 3-621-27577-0: EUR 22.90
- Kraus, Christine; Eugen Schwarz: Funktionsfähige Knochen und Gelenke bis ins hohe Alter: Vorbeugen ist besser als heilen: was man wissen sollte – was man tun kann! – Höchst/Odw.: Proteva Food, 2001. – 64 S.: Ill. ISBN 3-00-008300-6: EUR 6.50
- Löhnes, Martina; Mechtild Poswa-Scholzen: Praxis und Prophylaxe: fit für 50plus: ein Leitfaden für das zahnärztliche Praxisteam. – Berlin etc.: Quintessenz, cop. 2005. – VIII, 112 S.: Ill. – (Quintessenz Bibliothek) ISBN 3-87652-436-9: EUR 48.00
- Schmerzbehandlung in der Palliativmedizin/Günther Bernatzky, Reinhard Sittl und Rudolf Likar (Hrsg.). – 2., überarb. Aufl. – Wien etc.: Springer, cop. 2006. – XIII, 263 S.: graph. Darst. ISBN 3-211-25289-4: EUR 34.80
- Wahl, Wolfgang: Die Zukunft der Medizin hat schon begonnen: Gesundheit bis ins hohe Alter. – Norderstedt: Books on Demand, 2006. – 52 S. ISBN 3-8334-4370-7: EUR 5.90
- Sozialpolitik/Soziale Sicherung**
- Das Alter behinderter Menschen/Fritz Krueger, Johannes Degen (Hrsg.); hrsg. im Auftrag des Brüsseler Kreises. – Freiburg i.Br.: Lambertus, 2006. – 208 S.: Ill. ISBN 3-7841-1627-2: EUR 21.00
- Joël, Maire-Eve; Jérôme Wittwer: ge et protection sociale. – Paris: L'Harmattan, 2005. – 391 S. – (Economie du vieillissement; 2) ISBN 2-7475-9162-X: EUR 30.40
- Wohlstand durch Gerechtigkeit: Deutschland und die Schweiz im sozialpolitischen Vergleich/Erwin Carigiet ... et al. (Hrsg.). – Zürich: Rotpunktverlag, 2006. – 399 S. ISBN 3-85869-314-6: EUR 24.00

Sozialarbeit/Selbsthilfe

- Aner, Kirsten: „Ich will, dass etwas geschieht“: wie zivilgesellschaftliches Engagement entsteht – oder auch nicht/Kirsten Aner. – Berlin: ed. sigma, 2005. – 311 S. ISBN 3-89404-537-X: EUR 22.90
- Ansen, Harald: Soziale Beratung bei Armut. – München; Basel: E. Reinhardt, 2006. – 197 S. ISBN 3-497-01799-X: EUR 19.90
- Au risque de vieillir... pour une prévention de l'avancée en âge/ouvrage coordonné par Louis Bisson. – Paris: L'Harmattan, 2005 – 216 S. – (Savoir et formation) ISBN 2-7475-8669-3: EUR 19.50
- Bürger und Alte: Gerontopsychiatrie zwischen Expertentum und Bürgerengagement/Heinz-Peter Kuhlmann, Gerhard Nübel (Hrsg.). – Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag, 2006. – 104 S.: graph. Darst. ISBN 3-938304-14-6: EUR 12.90
- Hoffmann, Eveline: Patricia Küng, Marlis Leuenberger: Ausgebrannt und abgeschrieben? Das Burn-out-Syndrom in der Sozialarbeit: eine empirische Untersuchung bei betroffenen Sozialarbeiterinnen. – Bern: Edition Soziothek, 2005. – 158 S. – (Schriftenreihe Diplomarbeiten der Hochschule für Sozialarbeit HSA Bern) ISBN 3-0379-6114-7: CHF 38.00 [Bezug: www.soziothek.ch]
- Wirkungsorientierung im Sozialdienst: ein Handbuch für Planungsverantwortliche in Kantonen und Gemeinden/Urs Mühle ... et al. – 1. Aufl. – Bern [etc.]: Haupt, 2006. – 165 S.: Ill. ISBN 3-258-06938-7: EUR 45.00

Lebensverhältnisse Älterer

- Jahrbuch Seniorenmarketing: 2006/2007/Hanne Meyer-Hentschel, Gundolf Meyer-Hentschel (Hrsg.). – Frankfurt a. M.: Deutscher Fachverl., 2006. – 349 S.: Ill. – (Edition Horizont) ISBN 3-87150-868-3: EUR 98.00

Wohnen/Wohnumfeld

- Deutsch, Dorette: Schöne Aussichten fürs Alter: wie ein italienisches Dorf unser Leben verändern kann. – München; Zürich: Piper, 2006. – 236 S. ISBN 3-492-04873-0: EUR 16.90
- Ewert, Uwe: Senioren als motorisierte Verkehrsteilnehmer/Schweizerische Beratungsstelle für Unfallverhütung bfu (Hrsg.). – Bern: Bfu, 2006. – 70 S. – (Bfu Pilotstudie Report; R 0607). – Deutscher Text mit franz., italien., engl. und deutscher Zusammenfassung [Bezug: www.bfu.ch]
- Kuhn, Christina; Beate Radzey: Demenzwohngruppen einführen: ein Praxisleitfaden für die Konzeption, Planung und Umsetzung. – 280 S. + 1 elektronische Optical-Disc (CD-ROM). – Stuttgart: Demenz Support, 2005. – (Arbeitsmaterialien; Bd. 1) ISBN 3-937605-02-9: EUR 34.50 [Bezug: www.demenz-support.de]
- Richter, Ronald: Der Heimvertrag und neue Wohnformen: wann gilt das Heimgesetz? – Hannover: Vincentz Network, 2006. – 63 S. – (10 Basics) ISBN 3-86630-007-7: EUR 19.00

Schlichte, Gunda: Betreutes Wohnen: Hilfen zur Alltagsbewältigung. – Bonn: Psychiatrie-Verl., 2006. – 140 S. – (Basiswissen; 7) ISBN 3-88414-391-3: EUR 14.90

Arbeit/Ältere Erwerbstätige/Ruhestand

Strange, Nicholas: Keine Angst vor Methusalem! warum wir mit dem Altern unserer Bevölkerung gut leben können. – Springe: Verlag zum Klampen, 2006. – 137 S.: graph. Darst. ISBN 3-934920-90-X: EUR 18.00

Une vie en plus: la longévité, pour quoi faire ?/Joël de Rosnay et al. – Paris: Ed. du Seuil, 2005. – 220 p. ISBN 2-020-843153: EUR 16.20

26

Vorbereitung auf das Alter/Weiterbildung/ Bildung Älterer

Forschendes Lernen: als Beitrag zu einer neuen Lernkultur im Seniorenstudium/Carmen Stadelhofer (Hrsg.); Zentrum für Allgemeine Wissenschaftliche Weiterbildung (ZAWiW). – Neu-Ulm: AG SPAK Bücher, 2006. – 479 S.: Ill. – (Materialien der AG SPAK Praxis; M 191) ISBN 3-930830-75-2: EUR 22.00

Kullmann, Heide-Marie; Eva Seidel: Lernen und Gedächtnis im Erwachsenenalter. – 2., aktual. Aufl. – Bielefeld: W. Bertelsmann, 2005. – 128 S.: Ill. – (Perspektive Praxis) ISBN 3-7639-1915-5: EUR 14.90

Life long learning – studieren im Alter: Tagungsdocumentation 15 Jahre SeniorInnenstudium an der Universität Wuppertal/Felizitas Sagebiel (Hrsg.). – Bielefeld: Kleine Verlag, 2004. – 105 S. – (Wissenschaftliche Reihe; Bd. 155) ISBN 3-89370-394-2: EUR 11.90

Oswald, Wolf D.: SimA-basic-PC-Programm für alle ab 50. – Göttingen: Hogrefe, 2004. – 1 CD-Rom ISBN 3-8017-1913-8: EUR 39.95 [diese CD-Rom ist im Buchhandel erhältlich]

Freizeit/Medien

Dunkhorst, Heike: Gestaltung und Beschäftigung. – 2., überarb. Aufl. – Hannover: Vincentz Network, 2006. – 275 S.: Ill. – (Lehrbuch Altenpflege) ISBN 3-86630-000-X: EUR 17.80

Generationen/Generationenbeziehungen

„FreundVerwandschaft“ zwischen „AltundJung“ = Przyjacielskie pokrewienstwo = Draugystes Gimnystes/Hrsg.: Christliche Initiative Internationales Lernen, KARAN, KLPPVM Kaunas. – Frankfurt a. M.: CIL, 2005. – 64 S. + 1 elektronische Optical-Disc (CD-ROM) (12 cm). – (Werkheft; 2005) [Bezug: CIL.Frankfurt@t-online.de]

Nationales Forschungsprogramm Kindheit, Jugend und Generationenbeziehungen im gesellschaftlichen Wandel. – Welcher Kitt hält die Generationen zusammen?: erste Ergebnisse zur familialen und gesellschaftlichen Bedeutung von Generationenbeziehungen aus dem Nationalen Forschungsprogramm 52. – Bern: Schweizerischer Nationalfonds, 2006. – 30 S. – (Themenheft/NFP 52). – Deutscher Text mit franz. Zusammenfassung [Bezug: www.nfp52.ch]

Schirmmayer, Frank: Minimum: vom Vergehen und Neuentstehen unserer Gemeinschaft. – 2. Aufl. – München: K. Blessing, cop. 2006. – 185 S. ISBN 3-89667-291-6: EUR 16.00

Aus-, Fort- und Weiterbildung in Gerontologie/Geriatrie/Altenhilfe

Arbeitsbuch: Lernsituationen in der Altenpflegeausbildung/von Ulrike Bässler et al.; unter wissenschaftl. Mitarb. von Anja Walter. – Berlin: Cornelsen, 2005. – 168 S.: Ill. – (In guten Händen; 1) ISBN 3-464-45281-6: CHF 15.50

Danzer, Susanne; Bastian Klamke: Reden Sie mit mir – Ich bin Ihr Patient: kleiner Kommunikationsratgeber für Pflegendes. – Hannover: Schlütersche, 2006. – 59 S.: Ill. – (Pflege kolleg) ISBN 3-89993-160-2: EUR 11.90

Hupfeld, Annette: Lernsituation: Pflege alter Menschen mit Erkrankungen des Bewegungsapparates. – Hannover: Vincentz, 2006. – 73 S.: Ill. – (Lernfelder Altenpflege) Inhaltsheft. – ISBN 3-87870-140-3: EUR 14.00 Übungsheft. – ISBN 3-87870-693-6: EUR 12.00

Hupfeld, Annette: Lernsituation: Unterstützung im Bereich Körperpflege. – Hannover: Vincentz, 2006. – 47 S.: Ill.; – (Lernfelder Altenpflege) Inhaltsheft. – ISBN 3-87870-132-2: EUR 11.00 Übungsheft. – ISBN 3-87870-137-3: EUR 9.00

Weigert, Johann: 100 Fehler bei der Umsetzung der Hygiene in Pflegeeinrichtungen: und was Sie dagegen tun können. – Hannover: B. Kunz, cop. 2006. – 98 S. – (Pflege leicht) ISBN 3-89993-437-7: EUR 9.90

Soziale Dienste

Buresh, Bernice; Suzanne Gordon: Der Pflege eine Stimme geben: was Pflegendes wie öffentlich kommunizieren müssen/aus dem Amerikan. von Heide Bürger. – Bern: H. Huber, 2006. – 303 S. – (Hans-Huber-Programm Bereich Pflege) Pflegekommunikation). – Übers. von: From silence to voice ISBN 3-456-84220-1: EUR 34.95

Frömming-Ohmke, Regina: So gestalten Sie einen Leitungswechsel kompetent und erfolgreich: ein Handbuch für Leitungsverantwortliche in ambulanten und stationären Einrichtungen der Kranken- und Altenpflege. – Hannover: Schlütersche, 2005. – 206 S.: graph. Darst. – (Pflege Schlütersche) ISBN 3-87706-686-0: EUR 29.90

Gesundheit/Ernährung/Sport

Bamberger, Christoph M.: Besser leben – länger leben: zehn gesunde Jahre mehr sind machbar – das individuelle Präventionsprogramm. – München: Knauer, cop. 2006. – 255 S.: graph. Darst. – ISBN 3-426-64280-8: EUR 19.95

Crawley, Helen: Essen und Trinken bei Demenz/ Übers. aus dem Engl. von Britta Wilken. – Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2005. – 88 S.: Ill. + 1 Beilage. – (Türen öffnen zum Menschen mit Demenz; 3). – Übers. von: Food, drink and dementia ISBN 3-935299-80-X: EUR 9.80

Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention: theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis/Petra Kolip, Thomas Altgeld (Hrsg.). – Weinheim etc.: Juventa Verlag, 2006. – 262 S.: Ill. – (Juventa Materialien) ISBN 3-7799-1683-5: EUR 23.00

Ratgeber für die richtige Ernährung bei Demenz: Appetit wecken, Essen und Trinken genießen/ hrsg. vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. – München; Basel: E. Reinhardt, cop. 2006. – 123 S.: Ill. – (Reinhardts gerontologische Reihe, ISSN 0939-558X; Bd. 36) ISBN 3-497-01845-7: EUR 16.90

Sturzprophylaxe: Sturzgefährdung und Sturzverhütung in Heimen/Clemens Becker et al. – 2., überarb. Aufl. – Hannover: Vincentz Network, 2006. – 99 S.: Ill. ISBN 3-87870-131-4: EUR 11.80

Aktivierung/Pflege/Rehabilitation/Therapie

Alzheimer: un autre regard: proches et soignants témoignent/sous la dir. de Emmanuel Hirsch et Robert Moulias. – Paris: Espace éthique, 2006. – 114 p. – (Collection Espace éthique) ISBN 2-7117-7291-8: EUR 14.00

Bergen, Peter: Hygiene für ambulante Pflegeeinrichtungen/unter Mitarb. von Stefan Hille und Enriqueta Fobbe. – München etc.: Elsevier, Urban & Fischer, 2006. – XII, 156 S.: Ill. – ISBN 3-437-27430-9: EUR 25.00

Demenz und Pflege: eine interdisziplinäre Betrachtung/Peter Tackenberg, Angelika Abt-Zegelin (Hrsg.); unter Mitarb. von Claudia Dinand und Hans-Joachim Eickelmann. – 4. Aufl. – Frankfurt a. M.: Mabuse, 2004. – 323 S. ISBN 3-933050-64-2: EUR 25.90

Hayder, Daniela; Erika Sirsch: Inkontinenz in der häuslichen Versorgung Demenzkranker: Informationen und Tipps bei Blasen- und Darmschwäche. – Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2006. – 72 S.: graph. Darst. – (Praxisreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V.; Bd. 8 [info@deutsche-alzheimer.de])

Klerk-Rubin, Vicki de: Mit dementen Menschen richtig umgehen: Validation für Angehörige/[aus dem Engl. übers. von Elisabeth Brock]. – München; Basel: E. Reinhardt, 2006. – 126 S.: Ill. – (Reinhardts gerontologische Reihe; Bd. 38) ISBN 3-497-01835-X: EUR 14.90

Messer, Barbara: 100 Tipps für die Pflegeplanung in der stationären Altenpflege. – Hannover: Schlütersche, 2006. – 84 S.: graph. Darst. – (Pflege leicht) ISBN 3-89993-435-0: EUR 9.90

Schaade, Gudrun; Beate Kubny-Lüke: Demenz, Alzheimer-Erkrankung: ein Ratgeber für Angehörige und alle, die an Demenz erkrankte Menschen betreuen/Gudrun Schaade, – Idstein: Schulz-Kirchner, 2005. – 64 S.: Ill. – (Ratgeber für Angehörige, Betroffene und Fachleute) (Das Gesundheitsforum) ISBN 3-8248-0335-6: EUR 7.80

Sterben/Sterbebegleitung/Tod

Fittkau, Ludger: Autonomie und Fremdtötung: Sterbehilfe als Sozialtechnologie. – Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag, 2005. – 341 S. – (Mabuse-Verlag Wissenschaft; 98) ISBN 3-938304-18-9: EUR 35.00

Giese, Constanze; Christian Koch, Dietmar Siewert: Pflege und Sterbehilfe: zur Problematik eines (un-)erwünschten Diskurses. – Frankfurt a. M.: Mabuse-Verl., 2006. – 180 S. ISBN 3-938304-17-0: EUR 20.90

Koch, Uwe: Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen: Grundlagen und Anwendungshilfen für Berufsgruppen in der Palliativversorgung. – Stuttgart: Schattauer, 2005. – 304 S. ISBN 3-7945-2421-7: EUR 34.95

Lamp, Ida; Karolin Küpper-Popp: Abschied nehmen am Totenbett: Rituale und Hilfen für die Praxis. – Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 2006. – 175 S. ISBN 3-579-03191-0: EUR 14.95

Rest, Franco: Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit: Handbuch für den stationären und ambulanten Bereich. – 5., vollständig überarb. und erw. Aufl. – Stuttgart: Kohlhammer, 2006. – 307 S.: Ill. – (Kohlhammer Pflege Wissen und Praxis) ISBN 3-17-018917-4: EUR 27.00

Die Zeit des Sterbens: Diskussionen über das Lebensende des Menschen in der Gesellschaft/ Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin; hrsg. von Andreas Brüning, Gudrun Piechotta. – Berlin etc.: Schibri-Verlag, cop. 2005. – 294 S. – (Praxis, Theorie, Innovation; Bd. 2) ISBN 3-933978-85-8: EUR 16.80

Gesetze/Verordnungen/Richtlinien/Recht

Ambrosy, Heike; Angela Paula Löser: Entscheidungen am Lebensende: Sterbehilfe und Patientenverfügung im Pflegealltag aus juristischer und pflegerischer Sicht. – Hannover: Schlütersche, 2006. – 94 S.: graph. Darst. – (Pflege kolleg) ISBN 3-89993-165-3: EUR 12.90

Tagung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und der Sachverständigenkommissionen des Fünften Altenberichts und des Siebten Familienberichts

Datum:
25. Oktober 2006
10.00–17.00 Uhr

Ort:
Hotel Spreebogen Berlin
Alt Moabit 99
10559 Berlin

Anmeldung:
Angela Hesse
Geschäftsstelle „5. Altenbericht der Bundesregierung“
Deutsches Zentrum für Altersfragen
Manfred-von-Richthofen-Straße 2
12101 Berlin
Tel.: (030) 26 07 40 86
hesse@dza.de

Teilnahmegebühren werden nicht erhoben.

Herausforderungen des sozialen und demografischen Wandels: Generationen und Innovation – Ergebnisse des Fünften Altenberichts und des Siebten Familienberichts

Der Altenbericht und der Familienbericht weisen eine Reihe von Anknüpfungspunkten für eine gemeinsame, vertiefende Diskussion auf. Aus beiden Perspektiven resultieren sowohl Übereinstimmungen als auch Unterschiede bei den Interpretationen der Herausforderungen des demografischen Wandels und der Ausrichtung und Gewichtung der politischen Empfehlungen. Die Tagung soll dazu beitragen, die bereits eingeleitete Vernetzung der fachspezifischen Diskurse weiter zu verfolgen und für die Fach- und allgemeine Öffentlichkeit interessante Konsequenzen aus beiden Berichten herauszuarbeiten.

Programm

Begrüßung zur Tagung
Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer,
Deutsches Zentrum für Altersfragen

Einführung durch den Staatssekretär des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Herrn Gerd Hoofe

Kommentierung ausgewählter Aussagen der zwei Berichte durch Prof. Dr. Martin Kohli, Prof. für Soziologie am Europäischen Hochschulinstitut (Fiesole/Florenz)
Welche Lösungsansätze bieten die Analysen und Empfehlungen des Familienberichts und des Altenberichts für die Herausforderungen des demografischen und sozialen Wandels an?

Diskussionsrunde „Innovationen für die Generationen – Innovationen durch die Generationen: Übereinstimmungen und Unterschiede in den Perspektiven von Familien- und Altenbericht zu den Herausforderungen des demografischen Wandels“

Teilnehmer:
Prof. Dr. Hans Bertram, Vorsitzender der Familienberichtscommission
Prof. Dr. Andreas Kruse, Vorsitzender der Altenberichtscommission
Prof. Dr. Martin Kohli, Europäisches Hochschulinstitut (Fiesole/Florenz)
Elisabeth Niejahr, Die ZEIT
Malte Ristau-Winkler, Leiter der Abteilung Familie, Wohlfahrtspflege, Bürgerschaftliches Engagement des BMFSFJ

Moderation: Petra Schwarz, Hörfunk- und Fernsehjournalistin beim rbb

Mittagspause mit Imbiss

Zwei parallele Diskussionsforen mit je zwei fünfzehnminütigen Impulsreferaten aus den Kommissionen:

1. Brauchen wir eine Neustrukturierung des Lebenslaufs? Optionszeiten und mehr Zeitsouveränität zur besseren Vereinbarkeit von Arbeit, Bildung und Familienarbeit.

Moderation: Prof. Dr. Gertrud Backes
Impulsreferate (je max. 15 Min.):
Prof. Dr. C. Katharina Spieß (Familienberichtscommission)
Prof. Dr. Gerhard Bosch (Altenberichtscommission)

2. Neue Infrastrukturen für vier Generationen: Mehrgenerationenhäuser und Möglichkeitsstrukturen für bürgerschaftliches Engagement aller Generationen.

Moderation: Petra Schwarz
Impulsreferate (je max. 15 Min.):
Prof. Dr. Uta Meier-Gräwe (Familienberichtscommission)
Prof. Dr. Rolf Heinze (Altenberichtscommission)

Kaffeepause

Zusammenfassung der Ergebnisse aus den zwei Foren
Berichterstattung aus den Diskussionsforen (jeweils ca. 10 Minuten)

Anschließend Diskussion
Moderation Petra Schwarz

Ende der Veranstaltung

Impressum

Herausgeber: Deutsches Zentrum für Altersfragen
Manfred-von-Richthofen-Straße 2, 12101 Berlin
Telefon (030) 260 74 00, Fax (030) 785 43 50
DZA im Internet: www.dza.de

(Links zum kostenfreien GeroLit-Angebot und
zur Internetausgabe des redaktionellen Teils des
Informationsdienst altersfragen)

presserechtlich verantwortlich und Redaktion:

Dr. Peter Zeman (zeman@dza.de)

verantwortlich für den Inhalt von GeroStat:

Dr. Elke Hoffmann

für GeroLit: Mahamane Baba Ali, Michael Flascha,
Beate Schwichtenberg-Hilmert; für die Bibliografie
gerontologischer Monografien:

Bibliothek und Dokumentation Pro Senectute
Schweiz, Fachstelle für angewandte Altersfragen
Lavaterstrasse 60, Postfach, CH-8027 Zürich
Telefon 0041-(0)1-283 89 80, Fax -283 89 80

Gestaltung und Satz: Mathias Knigge in Zusammen-
arbeit mit gold; Druck: Fatamorgana Verlag, Berlin

Der Informationsdienst erscheint zweimonatlich.
Bestellungen sind nur im Jahresabonnement mög-
lich. Jahresbezugspreis 25,- EURO einschließlich
Versandkosten; Kündigung mit vierteljährlicher Frist
zum Ende des Kalenderjahres. Bezug durch das
DZA. Der Abdruck von Artikeln, Grafiken oder Aus-
zügen ist bei Nennung der Quelle erlaubt.
Das Deutsche Zentrum für Altersfragen (DZA) wird
institutionell gefördert vom Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

ISSN 0724-8849