

Gutes Leben im Alter? Zur Ethik des Alter(n)s in Medizinethik und Theologie

Michael Coors

Martina Kumlehn/Andreas Kubik (Hg.), Konstrukte gelingenden Alterns, Kohlhammer Stuttgart 2012, 249 S. – *Luzius Müller*, Grenzen der Medizin im Alter? Sozialethische und individuelle ethische Diskussion, TVZ Zürich 2010, 456 S. – *Maartje Schermer/Wim Pinxten* (Hg.), Ethics, Health Policy and (Anti-)Aging. Mixed Blessings, Springer Dordrecht 2013, XIII + 298 S. – *Silke Schicktanz/Mark Schweda* (Hg.), Pro-Age oder Anti-Aging? Altern im Fokus der modernen Medizin, Campus Verlag Frankfurt/New York 2012, 377 S. – *Gunda Schneider-Flume*, Alter – Schicksal oder Gnade. Theologische Überlegungen zum demographischen Wandel und zum Altern, Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen 2010, 157 S.

Weitere Literatur

Jan Baars, Critical turns on aging, narrative and time: International Journal of Aging and Later Life 7 (2012/2) 143–165. – *Jürgen Habermas*, Erläuterungen zur Diskursethik, Suhrkamp

Frankfurt 1991, 229 S. – *Roland Kipke*, Das ‚gute Leben‘ in der Bioethik: Ethik in der Medizin 25 (2013) 115–128. – *Giovanni Maio* (Hg.), Altwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin, Verlag Karl Alber Freiburg/München 2011, 327 S. – *Paul Ricœur*, Das Selbst als ein Anderer, übers. v. Jean Greisch, Fink München 2005, 448 S. – *Heinz Rügger*, Alter(n) als Herausforderung. Gerontologisch-ethische Perspektiven, TVZ Zürich 2009, 246 S. – *Gerhard Sauter*, Das verborgene Leben. Eine theologische Anthropologie, Gütersloher Verlagshaus Gütersloh 2011, 348 S.

Angesichts der stetig steigenden durchschnittlichen Höchstlebenserwartung in unserer Gesellschaft liegt es nahe, dass das Leben im Alter auch zum Gegenstand der ethischen Diskussion wird. Weil das Diskussionsfeld einer Ethik des Alter(n)s sehr breit angelegt ist, soll es im Folgenden unter Gesichtspunkten der Ethik systematisch strukturiert dargestellt werden. Leitend sind dabei drei unterschiedliche, aber miteinander verschränkte Perspektiven ethischen Fragens.

Ethische Reflexion kann sich zum einen auf Fragen des guten Lebens beziehen (Habermas, 103 f.). Vorstellungen des Guten sind dabei immer auch subjektiv geprägte Vorstellungen, die verbunden sind mit der eigenen biographischen Identität. Allerdings gehen sie in der Individualität nicht auf, sondern sind immer auch sozial geteilte Vorstellungen des Guten. Dies ist die Perspektive evaluativer ethischer Fragen.

Geht es allerdings um Fragen des Zusammenlebens von Menschen mit unterschiedlichen Vorstellungen des Guten, so braucht es die ethische Frage danach, was von allen als eine verbindliche Norm akzeptiert werden kann, auch bei unterschiedlichen Vorstellungen des Guten (105 f.). Das ist die Perspektive einer normativen Ethik. Offen bleiben kann hier, ob evaluative und normative Perspektive strikt zu unterscheiden sind (Habermas) oder ob es nicht doch auch fließende Übergänge in beide Richtungen gibt (Ricœur).

Die Medizinethik fragt, insbesondere aufgrund ihrer Anwendungsorientierung, in der Regel nach normativen ethischen Kriterien für Handlungsentscheidungen im klinischen oder pflegerischen Alltag (Kipke). Dementsprechend setzen medizinethische Diskussionen über das Alter zunächst v. a. auf der normativen Ebene an und behandeln z. B. Fragen der Verteilungsgerechtigkeit (1) oder des menschenwürdigen Lebens im Alter (Rügger, 39–75). Doch kommt auch die medizinethische Diskussion über das Alter(n) nicht aus, ohne ethische Fragen des guten Lebens im Alter zu diskutieren (2). Das zeigt sich insbesondere an der Diskussion über die Anti-Aging-Medizin. Gerade in diesem Feld bewegen sich auch theologische Beiträge. In der Diskussion dieser evaluativen ethischen Fragen nach dem guten Leben im Alter zeigt sich aber auch, dass es notwendig ist, noch eine dritte Perspektive des ethischen Fragens in den Blick zu nehmen, nämlich die Schnittstelle zwischen Ethik und Anthropologie (3).

1. Alter und Gerechtigkeit: Normative Fragen einer Ethik des Alters

Die paradigmatische Frage normativer Ethik ist klassischer Weise die Gerechtigkeitsfrage: Darüber, was für alle gerecht ist, kann nicht aufgrund einer individuellen Vorstellung des Guten entschieden werden, sondern es bedarf des Diskurses darüber, was ein für alle Beteiligten akzeptables Kriterium der Gerechtigkeit ist – auch bei unterschiedlichen Auffassungen des Guten. Darum möchte ich, ausgehend von der theologischen Dissertation von *L. Müller* zu Fragen der Altersrationierung, exemplarisch sowohl die medizinethischen als auch die theologischen Schwierigkeiten und Perspektiven einer *normativen* Fragestellung im Kontext einer Ethik des Alters darstellen. Müller bettet diese Diskussion in eine umfängliche Darstellung der Diskussion über medizinethische Aspekte des Lebens im Alter ein und muss sich dann darüber hinaus auch noch mit der Frage auseinandersetzen, welche Perspektive die Theologie in diese ohnehin schon komplexen Diskussionen einbringt. Er gewinnt einen theologischen Zugang vermittels einer theologischen Anthropologie, indem er den Begriff der Menschenwürde theologisch im Horizont des Gottes- und Schöpfungsglaubens interpretiert: Die Bestimmung des Menschen als soziales Wesen hat Vorrang vor dessen Autonomie und umfasst auch seine Bezogenheit auf Gott hin (56).

Offen bleibt aber die Frage, was diese theologische Grundlegung und die darauf folgenden, durchaus aufschlussreichen Überlegungen zum Begriff des Alters für die normative medizinethische Fragestellung austragen. Verschärft wird diese Frage insbesondere durch das Ergebnis der Arbeit, nämlich dass das Alter eines Menschen weder bei der Rationierung noch im Blick auf die Rahmenbedingungen individueller Therapieentscheidungen (z. B. zur Therapiebegrenzung) eine Rolle spielen darf (344). Die in diesem Zusammenhang relevanten normativen ethischen Prinzipien, nämlich der Gerechtigkeit im Blick auf Rationierungsfragen und des Selbstbestimmungsrechtes im Kontext der Rahmenbedingungen individueller Entscheidungen, sind – gut begründet – *altersblind*, und zwar gerade dann, wenn man sie im Kontext eines stark normativen Begriffs von Menschenwürde verhandelt, wie Müller es vorschlägt.

Dass diese Feststellung alles andere als trivial ist, zeigt die Diskussion der Altersrationierungskonzepte von D. Callahan und N. Daniels. Doch es stellt sich angesichts dieses Ergebnisses die Frage, ob es überhaupt eine Ethik *des Alters* braucht. In normativer Perspektive sind ethische Fragen des Alters offensichtlich von anderen medizinethischen Fragen nicht unterschieden.

Allerdings eröffnet die Arbeit von Müller hier zwei weiterführende Perspektiven: Zum einen ergeben sich Differenzen in der *Anwendung* normativer Prinzipien auf Menschen im hohen Lebensalter. Zwar gilt auch im Alter grundsätzlich das aus dem Prinzip des Respektes vor der Selbstbestimmung hergeleitete Verfahren des informierten Einverständnisses (informed consent), aber: „Fortgeschrittenes biologisches Alter kann [...] die Therapieevaluation zu einer kom-

plexen Angelegenheit werden lassen“ (347). Weil im Alter mit einer zunehmenden Individualisierung und zugleich einem Regressionsbedürfnis gerechnet werden muss, ist hier, so Müller, nach Kommunikationsformen zu fragen, die dem Rechnen tragen (399). Es macht die Stärke der Arbeit von Müller aus, dass er diese anwendungsbezogenen Fragen der Ethik in den Horizont einer theoretischen Reflexion auf das zugrunde liegende Konzept von Gerechtigkeit stellt und in kritischer Abgrenzung gegen die liberalen Gerechtigkeitstheorien auf ein Konzept der Befähigungsgerechtigkeit rekurriert (419f.). So wird deutlich, dass es sich auch bei der Frage, ob in der Anwendung ethischer Prinzipien den spezifischen Bedürfnissen und Ansprüchen alter Menschen Rechnung getragen wird, um eine Gerechtigkeitsfrage handelt: Denn es geht auch darum, ihnen Teilhabe an der sozialen Kommunikation zu ermöglichen.

Die andere Perspektive wird bei Müller eher *e contrario* deutlich, insbesondere in seiner Diskussion mit dem Rationierungskonzept von Callahan. So kritisiert Müller, dass Callahan evaluative Annahmen über das gute Leben zur Grundlage von Rationierungsentscheidungen macht (280). Dabei geht Müller von einem liberalen Modell des gesellschaftlichen Pluralismus aus, das Entscheidungen über das gute Leben an die Individuen delegiert und ihnen Normen gegenüberstellt, die einen Anspruch auf universale Gültigkeit erheben (282–284). Bedenkenswert bleibt hier aber der von Müller referierte Einwand Callahans, dass dieses liberale Paradigma dazu neigt, die Individuen in ihren Entscheidungen allein zu lassen (284). Denn die Fragen der individuellen Entscheidung bleiben moralische Fragen, die der ethischen Reflexion zugänglich sind, auch wenn sie nicht ohne Bezugnahme auf konkrete Lebenswelten beantwortet werden können und darum einer universalen Normativität ermangeln.

Damit wirft gerade die Ethik des Alters die Frage auf, ob man solche evaluativen ethischen Fragen nach dem guten Leben aus dem ethischen Diskurs exkludieren und ganz an die Individuen delegieren soll, weil es auf sie keine universalen Antworten gibt, oder ob sie einen eigenen Stellenwert haben und darum zum Gegenstand der ethischen Diskussion werden sollen. Wie also können jenseits normativer Ansprüche ethische Fragen des guten, gelingenden Lebens im Alter verhandelt werden?

2. Perspektiven auf das gute Leben im Alter in Medizinethik und Theologie

Weitgehend unstrittig ist, dass es nicht die Aufgabe der Ethik sein kann, inhaltlich festzulegen, was das gute Altern sei und was nicht. Was die Ethik „aber gewähren kann und soll, ist Unterstützung beim Nachdenken über das gute Altern und der kritischen Reflexion aktueller Sinnstiftungsangebote“ (*M. Schweda/S. Schicktanz; Schicktanz/Schweda*, 35). Damit fordern Schweda und Schicktanz eine Perspektive ein, die im Kontext medizinethischer Diskussionen, die v.a. die normative Dimension der Ethik im Blick haben (Kipke), eher unge-

wöhnlich ist. Dieser Blickwinkel erlaubt es aber, das komplexe Verhältnis von individueller Lebensplanung und der das Individuum mitprägenden sozialen Wirklichkeit in den Blick zu nehmen. So verweisen Schweda und Schicktanz zu Recht darauf, dass „Werteinstellungen [...] das Ergebnis eines oft langen (und manchmal mühevollen) deliberativen Prozesses der Selbstverständigung und Selbstentfaltung innerhalb konkreter Wertegemeinschaften und der durch sie vorgegebenen moralischen Normen und Sinnhorizonte“ (35) sind. In dieser Perspektive einer nicht normativ zu entscheidenden Diskussionslage über das gute Altern versammelt der Band darum vielfältige Fachperspektiven auf das Alter, die der Frage nachgehen, welche normativen und evaluativen Dynamiken gesellschaftliche Prozesse der Bewertung des Alters freisetzen können. Vor dem Hintergrund dieser Problemanzeige werden insbesondere die Ansprüche der Anti-Aging-Medizin kritisch diskutiert.

Will man sich einen Eindruck davon verschaffen, worum es in der Diskussion um die Anti-Aging-Medizin geht, so lohnt sich allerdings zunächst ein Blick in den von *M. Schermer* und *W. Pinxten* herausgegebenen Band, der die Beiträge einer internationalen Konferenz über Ethik und Altern in Rotterdam aus dem Jahr 2011 versammelt. Dieser Band enthält neben kritischen Auseinandersetzungen mit den Zielen der Anti-Aging-Medizin und der biologischen Altersforschung auch offen abwägende Texte sowie Texte expliziter Befürworter der medizinischen „Bekämpfung“ des Alterungsprozesses.

So thematisieren *S. Sethe* und *J. P. de Magalhães* (*Schermer/Pinxten*, 173–188) ethische Fragen aus der Perspektive der Biogerontologie, also der biologischen Altersforschung. Auch wenn die meisten Biogerontologen laut Sethe und Magalhães davon ausgehen, dass der menschliche Alterungsprozess signifikant verlangsamt werden kann, so dass Lebenserwartungen bis zu über 1000 Jahre denkbar sind (176), konzedieren sie, dass für das Erreichen dieses Zieles noch eine Reihe von wissenschaftlichen Durchbrüchen in der Biogerontologie notwendig sind (177). Doch angesichts der auch bloß theoretischen Möglichkeit braucht es eine ethische Diskussion über diese Forschung – und sei es nur, weil man sich mit *H. J. Ehni* (*Schermer/Pinxten*, 225–236) fragen kann, ob und mit welcher Priorität solche Forschung gefördert werden sollte. Für Sethe und Magalhães ist – unabhängig davon, ob Altern eine Krankheit ist oder nicht (178f.) – offensichtlich, dass viele Menschen den Prozess der Alterung als Belastung und als Leiden erleben: Darin sehen sie die eigentliche Motivation zur biogerontologischen Forschung (180) und treten darum dafür ein, das Altern des Menschen „zu bekämpfen“, ohne in eine Altersdiskriminierung abzugleiten (185).

Deutlich weiter noch reichen die Ausführungen des renommierten Medizinethikers *J. Harris* (*Schermer/Pinxten*, 189–196): „Given that people want life and fear death, it is difficult not to see longevity, and perhaps immortality, as a palpable good.“ (192) Harris geht davon aus, dass die Medizin das Ziel verfolgen muss, Krankheiten und Leiden zu bekämpfen, um Leben zu retten (190). Verfolgt sie dieses Ziel aber konsequent, so ist die Verlängerung der menschlichen

Lebensspanne für Harris eine logische Konsequenz (192) und darum letztlich eine Aufgabe zu der die Medizin ethisch verpflichtet ist.

Es liegt in der Konsequenz dieser Positionen von Biogerontologie und Anti-Aging-Medizin, dass der Prozess des Alterns selber zum Thema wird: Entweder wird davon ausgegangen, dass Altern selber unmittelbar mit dem vermehrten Auftreten von Krankheiten assoziiert ist, oder aber der Prozess des Alterns erscheint selber als Krankheit (*Sethe/Magalhães*; 178). Die Kritik an der medizinischen Forschung zur Altersbekämpfung setzt darum bei der Frage nach der ethischen Bewertung des Alters an. Die Hauptfrage fasst *G. Hermerén* am Ende des Bandes zusammen: „Should we – and who are we? – accept old age and try to adjust to the impairments and ailments that come with aging, or should we resist or delay them by preventing old age, by rejuvenating care, by treating age-related diseases?“ (*Schermer/Pinxten*, 267–289, hier 269)

Instruktiv ist vor diesem Hintergrund die Analyse von *M. Schermer* (*Schermer/Pinxten*, 209–224), die das Verhältnis von Alter und Krankheit im Horizont der Unterscheidung von „disease“, „illness“ und „sickness“ untersucht. Während mit „disease“ die objektiv medizinisch am Körper feststellbare Erkrankung bezeichnet wird, bezieht sich „illness“ auf das subjektive Erleben des Krankseins. „Sickness“ wiederum bezieht sich auf das Kranksein als einen sozialen Zustand (213). Dabei hängen diese unterschiedlichen Zuschreibungskontexte des Zustandes „krank“ aber durchaus zusammen: Was wir subjektiv als Krankheit erleben, hängt zusammen mit dem, was medizinisch als Krankheit gilt (218). Veränderungen z. B. auf der Ebene des medizinischen Umgangs mit Altern als Krankheit haben also auch Auswirkungen auf das subjektive Erleben wie auch auf den gesellschaftlichen Umgang mit Altern (221). Während Altern nach Schermer sowohl medizinisch als auch subjektiv durchaus begründbar als Krankheit bezeichnet werden kann (auch wenn es hier bleibende Ambiguitäten gibt), gibt es „good reasons [...] to resist turning aging into sickness“ (221). Denn in sozialer Perspektive ist Altern sehr viel mehr als ein medizinisches Phänomen: Es geht u. a. auch um das Sammeln von Erfahrungen, Veränderungen von Beziehungen wie das sich Verändern von Möglichkeiten (220).

Der Frage nach den Veränderungen, die Anti-Aging-Medizin für das menschliche Beziehungsgefüge impliziert, geht z. B. *J. Vincent* (*Schermer/Pinxten*, 29–40) in seiner kritischen Untersuchung zur Entwicklung der Anti-Aging-Bewegung nach. Er lenkt den Blick auf die Bedeutung des Verhältnisses der Generationen zueinander: „Humans have built their diverse kinship societies by culturally moulding the basic building bricks of gender and generation. A society without age would be without generations and therefore less human“ (36, vgl. auch *M. Großheim; Kumlehn/Kubik*, 77–88).

An die Frage nach der Bewertung des Alters und den möglichen Verschiebungen in diesen Bewertungen, die der Einsatz von Anti-Aging-Medizin bedeuten könnte, schließen sich eine Reihe von weiteren Fragen an, die in den unterschiedlichen Beiträgen dieses Bandes wie auch in den anderen zu besprechenden

Bänden thematisiert werden. Hermerén fasst diese zusammen (278 f.): Wie entwickelt sich das Verhältnis zwischen Staat, Institutionen und Individuum im Blick auf die Verantwortlichkeit für ein „gesundes“ Altern (A. Struijs/M. ten Have; 239–249)? Wissen wir genug über die Bedürfnisse alter Menschen (F. Meulenberg/W. Pinxten; 79–87; F. de Lange; 135–146)? Führt die Anti-Aging-Medizin zu einer Ausgrenzung und Diskriminierung alter Menschen (B. Keizer; 73–77)? Was bedeutet Anti-Aging-Medizin für auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und werden alle einen fairen Zugang dazu haben oder führt sie zu einer Trennung unterschiedlicher Gruppen von Menschen (A. Schinkel; 147–169; Ehni; 225–236; L. Capitaine/G. Pennings; 251–265)?

Auch die Beiträge im Band von Schweda und Schicktanz bewegen sich im Horizont dieser Fragestellungen. In den Fokus rücken sie die Ambivalenz eines Ideals der Planbarkeit des Lebens im Alter und den Trend der Medikalisierung des Alters (*Schicktanz/Schweda*, 24): Die Option dieser Planbarkeit kann umschlagen in eine normative gesellschaftliche Erwartungshaltung (25).

Der Beitrag von T. Eichinger (*Schicktanz/Schweda*, 309–325) ruft ins Bewusstsein, dass Positionen wie die von Harris extreme Meinungen im Rahmen des Diskurses darstellen. Das Ziel der „Erweiterung der absoluten Lebensspanne des Menschen“ (312) ist nur die extremste Fassung dessen, worauf Anti-Aging-Medizin zielen kann. Eichinger identifiziert zwei weitere mögliche Ziele, nämlich 1. die Verlängerung des gesunden Anteils der Lebenszeit (311) und 2. das Ausdehnen der jugendlich-leistungsfähigen Lebensphase (311 f.). Allerdings zeigt Eichinger, dass alle drei Ziele faktisch eine Erweiterung der klassischen Ziele der Medizin bedeuten (314). Diese Erweiterung wird von Vertretern der Anti-Aging-Medizin mit unterschiedlichen Rechtfertigungsstrategien verteidigt. Insbesondere gegen die Strategie, Anti-Aging-Medizin als eine Form der Präventivmedizin zu rechtfertigen (320 f.), formuliert Eichinger eine interessante Kritik: Weil nicht eindeutig definiert werden kann, wann die Prävention ihr Ende findet, wird sie zur unabschließbaren Aufgabe (321).

Diese Problematik der Präventionslogik steht auch im Zentrum des Beitrages von S. van Dyk und S. Graefe (*Schicktanz/Schweda*, 69–85). Sie machen deutlich, dass nicht nur Vertreter der Anti-Aging-Medizin, sondern durchaus auch deren Kritiker – Bezug genommen wird hier auf die einflussreichen Arbeiten von P. B. und M. M. Baltes zum kompetenten und erfolgreichen Altern (71) – auf der Grundlage dieser Logik argumentieren: Geht es den einen darum, die Lebenserwartung durch präventive Maßnahmen zu steigern, zielt die Argumentation der Anderen darauf, Einschränkungen und Funktionsverluste soweit wie möglich nach hinten zu schieben, um im Alter Lebensqualität zu gewinnen (73). Van Dyk und Graefe machen deutlich, dass es hier um ein Abwälzen des erfolgreichen Alterns auf die Eigeninitiative des Subjekts geht (74). Übersehen werde dabei aber, dass es hier auch um adäquate Versorgungsstrukturen geht, die sich nicht eigenverantwortlich herstellen lassen (79). Damit steht aber die Frage im Raum, „ob, inwiefern und unter welchen Bedingungen alte Menschen

[...] an den neuen Leitbildern und Versorgungsimperativen scheitern (müssen)“ (80).

Die Frage nach den gesellschaftlichen Altersbildern ist auch deshalb von Interesse, weil „[m]edial vermittelte Gesundheits- und Alter(n)sbilder [...] alltagsweltliche Vorstellungen davon [normieren], wie ‚Gesundsein‘ oder ‚richtiges Alter(n)‘ idealerweise beschaffen sind“ (76). D.h. die Art und Weise wie in der Gesellschaft über Alter(n) geredet wird, beeinflusst die individuelle Wahrnehmung und das individuelle Verhalten von Menschen bezüglich des Umgangs mit dem Leben im Alter. Darauf verweist auch *S. Wurm (Schicktanz/Schweda, 51–67)*, die in entwicklungspsychologischer Sicht nach der Bedeutung des subjektiven Alterns fragt (53). Sie macht ausgehend von der sog. „social clock theory“ deutlich, wie stark gesellschaftliche Vorstellungen und Normen das individuelle Altern prägen (62). Darum steht für die Kritiker der Anti-Aging-Medizin v.a. die Frage im Raum, wie sich die durch die Anti-Aging-Medizin propagierten negativen Altersbilder negativ auf den Umgang mit alten Menschen in unserer Gesellschaft auswirken.

Die soziale Dynamik evaluativer ethischer Überzeugungen in den Blick zu nehmen ist traditioneller Weise eine der Stärken evangelischer Sozialethik. So lassen sich die Studien, die in dem Band der praktischen Theologen *M. Kumlehn* und *A. Kubik* versammelt sind, in eben dieser Perspektive lesen. Dass es mit der Frage nach den im Buchtitel genannten „Konstrukten gelingenden Alterns“ um ethische Fragen des guten Lebens geht, wird im Beitrag von *J. Dierken (Kumlehn/Kubik, 35–51)* deutlich: „Gelingendes Altern meint etwas, das in der Fluchtlinie des Lebens liegt, aber nicht einfach gegeben ist, sondern erstrebt werden will“ (36). Mit der Rede vom guten bzw. gelingenden Leben im Alter kommt Altern als moralische Aufgabe für den Einzelnen in den Blick – eine Überlegung, die man in rechtfertigungstheologischer Perspektive auch problematisieren kann: Theologisch wird das Alter damit nämlich unter der Perspektive des Gesetzes, also als Anspruch, und nicht in der Perspektive des Evangeliums behandelt (*R. Kunz, Kumlehn/Kubik, 76*). *G. Schneider-Flume* spitzt diese theologische Kritik in ihrem Buch weiter zu: hin zu einer Kritik an der Betrachtung des Alters unter dem Paradigma der Produktivität (51–77), der sie die Rede vom Erbarmen Gottes gegenüberstellt (82–88).

Jedoch lassen sich die unterschiedlichen Beiträge des Bandes von *Kumlehn* und *Kubik* unter diesen Vorzeichen durchaus als Beiträge zu einem ethischen Diskurs über gesellschaftliche Bewertungen des Alters lesen. Die Leitperspektive ist dabei die des Pro-Aging: Gegen die Negativbilder des Alterns im Anti-Aging-Diskurs wird danach gefragt, wie Bilder des gelingenden Alterns in der Gesellschaft entstehen (können) und wie sie den Einzelnen prägen.

Der Beitrag von *E. Schmitt (Kumlehn/Kubik, 229–247)* macht anhand zahlreicher empirischer Studien deutlich, dass die Art und Weise, wie Alter(n) gesellschaftlich und individuell wahrgenommen wird, einen empirisch messbaren Unterschied für die „Realisierung von Entwicklungschancen und Potenzialen wie

für den Umgang mit Risiken und Verlusten“ (246) im biographischen Alterungsprozess ausmacht. Damit untermauert er empirisch die bereits dargestellte These, dass der Wandel in den gesellschaftlichen Bewertungen des Alters Auswirkungen darauf hat, wie Menschen individuell mit ihrem Altern umgehen.

Auffällig an diesem von zwei Theologen herausgegebenen Band ist allerdings die Abwesenheit einer genuin theologischen Fragestellung. Weder im Beitrag von Dierken, noch in dem lesenswerten Beitrag von *M. Kumlehn* zur Bildung im Alter (*Kumlehn/Kubik*, 172–188) gelingt es, eine theologische Perspektive auf das Leben im Alter zu entwickeln. Sieht man von der Frage nach der Spiritualität im Alter bei *Kunz* (*Kumlehn/Kubik*, 52–76) und der theologischen Fundierung des Konzepts der Menschenwürde bei Müller (ähnlich bei Rüegger, 39–75) ab, sind theologische Fragen kaum zu identifizieren. Schneider-Flume zeigt in ihrer Studie eine theologische Perspektive auf, indem sie ihre Betrachtungen des Alter(n)s einbettet in eine anthropologische Reflexion.

3. Ethik und Anthropologie des Alter(n)s: Desiderate und Perspektiven

Allerdings muss man zunächst konzedieren, dass die theologische Anthropologie – wie auch die meisten philosophischen Anthropologien – die Frage des Alterns des Menschen weitgehend ausblendet. Eine bemerkenswerte Ausnahme bildet die theologische Anthropologie von G. Sauter, die dem Thema Alter(n) ein eigenes Kapitel widmet (288–311). Ausgehend von rechtfertigungstheologischen Überlegungen kann für Sauter das Thema Altern „zu einer Art Lackmustrtest für theologische Anthropologie“ (291) werden, insofern sich hier bewähren muss, „dass Gott das Werk seiner Hände nicht fahren lässt“ (291). Sauter geht es v. a. darum, deutlich zu machen, dass die anthropologischen Fragen nicht vor-schnell in ethische überführt werden (294). In diesem Sinne werden u. a. Themen wie die familiäre Beziehung jedes Menschen (296), das Empfangen des eigenen Lebens (297), die Zeitlichkeit des Menschen und die Ewigkeit Gottes (298) auf ihre Bedeutung für das Altern hin gelesen.

Der in deutschsprachigen Altersdiskussionen immer wieder aufgesuchte Referenzpunkt der philosophischen Anthropologie sind die Arbeiten von *Th. Rentsch* (*Kubik/Kumlehn*, 22–51; *Schicktanz/Schweda*, 159–177). Der Monopolstatus, den die Arbeiten von Rentsch zur Anthropologie des Alterns zu haben scheinen, weist aber auch auf ein eklatantes Defizit an anthropologischen Diskussionen über das Altern hin.

Auch *S. Holm* (*Schermer/Pinxten*, 59–71) verweist auf dieses Defizit in der gegenwärtigen Diskussion. Er führt dieses Defizit auf den Charakter medizinethischer Argumentationen zurück, die in der Regel *in medias res* beginnen „and take a very large number of premises as given“ (63). Weil medizinethische Diskussionen darauf angelegt sind, Entscheidungskriterien für Handlungssituationen zu entwerfen, zielen sie mehr auf den Konsens in der praxisrelevanten Entscheidung als auf die abschließende Begründung der Entscheidungskriterien.

Holm macht in seinem Beitrag deutlich, dass sich dies beim Thema Alter(n) als problematisch erweist, weil sich hier eine in der Bioethik verbreitete *implizite* Anthropologie Geltung verschafft. Diese implizite Anthropologie, charakterisiert Holm in negativer Hinsicht wie folgt: „The human being is non-gendered, a-temporal, non-relational, and fully functional“ (67). Aspekte, die gerade im Blick auf das Altern zentral sind, wie Leiblichkeit (65, vgl. dazu auch den anthropologischen Beitrag von W. Dekkers; Schermer/Pinxten, 52–55) oder der familiäre und generationelle Kontext des Individuums (66) werden konsequent ausgeblendet. Besonders markant ist die Ausblendung der Zeitlichkeit des Menschseins, die auch Großheim benennt (Kumlehn/Kubik, 77–88): „Der Mensch‘ – das ist immer noch ein zeitloses Präparat, ein (meistens männlicher) Erwachsener im besten Alter“ (78).

Damit ist aber nicht allein ein Problem der Medizinethik markiert, sondern auch ein Problem philosophischer wie theologischer Anthropologien überhaupt: Die klassischen Anthropologien beantworten die Fragen nach dem Menschen in der Regel mit einer statischen, a-temporalen Definition. Vor dem Hintergrund dieser Analysen wird deutlich, dass die Anthropologie von Rentsch zwar insofern weiterführt, als sie das Altern des Menschen überhaupt thematisiert. Letztlich aber ersetzt Rentsch nur die exemplarische Funktion, die sonst der erwachsene Mensch im besten Lebensalter für die Anthropologie hat, durch die exemplarische Funktion des alten Menschen. Im Alter, so die Kernthese von Rentsch, wird die Grundsituation des Menschseins – gekennzeichnet durch praktische Sinnentwürfe, Kommunikativität, Einmaligkeit, Endlichkeit und Negativität (*Th. Rentsch/M. Vollmann; Schicktanz/Schweda*, 160–168) – in besonderer Weise, nämlich als Radikalisierung dieser Grundsituation, sichtbar (160), so dass Rentsch das Altern als „Werden zu sich selbst“ bezeichnen kann (169). Im Hintergrund steht auch hier letztlich eine statische Definition des „Wesens“ des Menschen, nur dass dieses am alten Menschen und nicht am Erwachsenen „im besten Lebensalter“ sichtbar wird.

Dass man auch daraus durchaus Folgenreiches für eine Ethik des Alter(n)s entwickeln kann, macht die Arbeit von C. Bozzarro (*Schicktanz/Schweda*, 346–361) deutlich, die aufbauend auf den anthropologischen Theorien von Rentsch, insbesondere auf dessen Betonung der Endlichkeit des Menschseins, aufzeigt, dass Anti-Aging-Medizin die Zeitlichkeit menschlichen Lebens auf körperliche Prozesse reduziert und sie so in einer fundamentalen Weise verdrängt. Damit formuliert Bozzarro v.a. die *Aufgabe*, eine Anthropologie zu entwerfen, die Zeitlichkeit und Endlichkeit des Menschen auch in ihrer Theoriekonstruktion Rechnung trägt. So machen die Beiträge u. a. von Holm, Großheim oder Bozzarro deutlich, dass es intensiver anthropologischer Diskussionen über das Alter(n) des Menschen bedarf.

Dass hier auch Aufgaben für eine *theologische* Anthropologie liegen, deutet sich bei dem Kulturanthropologen H. Hazan an (*Schicktanz/Schweda*, 197–214). In einer Randbemerkung weist er darauf hin, dass der Umgang mit der

Endlichkeit des Lebens sich in seinem Charakter verändert, wenn der Endlichkeit das Gegenüber einer Hoffnung auf Unendlichkeit, der „Trost eines Lebens nach dem Tod“ (203), fehlt. Eine Perspektive theologischer Anthropologie des Alterns könnte also sein, die Endlichkeit des Menschseins im Spannungsfeld von Zeitlichkeit des geschöpflichen Lebens und verheißener Ewigkeit der Auferstehung bzw. der Ewigkeit Gottes zu reflektieren.

Ansätze zu solch einer theologischen Reflexion der Zeitlichkeit des Menschen findet man in der Studie von *G. Schneider-Flume*: Sie knüpft u. a. an Luthers Thesen *de homine* an, in denen Menschsein – in Kontinuität zu den biblischen Texten (25 f.) – nicht definiert, sondern theologisch in Form einer Kurz-Narration entfaltet wird, die eine klare eschatologische Perspektive hat (35 f.). Diese Dynamik der Geschichte des Menschen setzt sie dezidiert ab gegenüber der problematisch statischen Rede vom christlichen Menschenbild (28, 31). „Erbarmen“ und „Gedenken“ kommen dabei als „Grundstruktur der Geschichte Gottes und als Grundstruktur des Lebens“ (85) in den Blick (82–91).

Doch damit sind am Schluss v. a. eine Reihe von offenen Fragen zur Anthropologie des Alter(n)s markiert: Wie verhält sich die narrative Entfaltung der Definition des Menschen bei Luther zu den traditionellen Wesensdefinitionen des Menschseins, und wie verhält sie sich zur narrativen biographischen Strukturierung personaler Identität, auf die *Kumlehn* (*Kumlehn/Kubik*, 179–181) und aus philosophischer Perspektive J. Baars verweisen? V. a. aber: Wie wäre eine Anthropologie methodisch zu entfalten, die nicht von einer Wesensdefinition des Menschen, sondern von sprachlich-narrativen Entfaltungskontexten ausgeht, in denen Menschsein erzählt wird? Das sind Fragen, deren Bearbeitung nicht nur für eine theologische Anthropologie, sondern auch für die Frage nach einer Ethik des guten Lebens im Alter und insbesondere für den Umgang mit den Perspektiven von Anti-Aging-Medizin und Biogerontologie weitreichende Folgen haben dürften.