
Inhalt

Abbildungsverzeichnis	15
Abkürzungen, Schreib- und Zitierweisen	17
Einleitung	19
1 Anti-Aging am Scheideweg: Eine Neubegründung der Anti-Aging-Medizin in Deutschland	19
2 Konträre Thesen über die Anti-Aging-Medizin in Deutschland	20
3 Ausgangsfrage: Wie wird Anti-Aging neu begründet und was ist daran problematisch?	23
4 Zur Konzeption der Arbeit	24
Teil 1:	
Anti-Aging im Kontext	29
1 Von der Systematisierung zur Kontextualisierung des Anti-Aging-Begriffs	30
1.1 Anti-Aging: Ein Schlagwort, viele Kontexte	30
1.2 Vom Umgang mit der „komplizierten Kartografie“ des Feldes	31
1.2.1 In der Anti-Aging-Kritik: Systematisierungen des Feldes	32
1.2.2 Im Anti-Aging-Feld: Ambivalente Grenzziehungen in konkreten Kontexten	34
1.3 Ein systematisch kontextualisierter Anti-Aging-Begriff zur empirischen Fundierung der Kritik	38
2 Zwei viel diskutierte Kontexte des Anti-Agings	39
2.1 Die American Academy of Anti-Aging Medicine (A4M)	40

2.1.1 Eine kommerzielle Medizingesellschaft und ein „patient/practitioner movement“	40
2.1.2 Altern zwischen behandelbarer Metakrankheit und optimierbarer Natur	42
2.1.3 Kompression der Morbidität und „practical immortality“ als medizinische Pflicht und volkswirtschaftliches Gebot	45
2.1.4 Ein sportmedizinisches Konzept zur Maximierung alternder Körper	46
2.2 Die SENS Foundation, ehemals Methuselah Foundation	47
2.2.1 Eine medienwirksame, spendenfinanzierte Forschungsstiftung	48
2.2.2 Altern als tödliche, aber reparierbare Zell- und Molekülschädigung	50
2.2.3 Lebensverlängerung als Leidensvermeidung, Lebensrettung und Anti-Agism	53
2.2.4 Ein „engineering approach“ zur Reparatur sekundärer, molekularbiologischer Alterungsursachen	55
3 Der untersuchte Kontext: Anti-Aging im Umfeld der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Anti-Aging Medizin e.V. (GSAAM)	57
3.1 Organisation: Von der A4M-Tochter zum eigenständigen Dienstleistergefüge	58
3.2 Akteurinnen: Ein ärztlich-unternehmerischer Interessenverbund	64
3.3 Aktivitäten: Ärztliche Weiterbildung, gesundheitliche Aufklärung, Marketing und Lobbyarbeit	69
3.4 Gründe und Folgen der Auswahl dieses Anti-Aging-Kontexts	75
4 Eine an Kontext und Theorie orientierte Erarbeitung des Anti-Aging-Begriffs	77
4.1 Der Forschungsstil Grounded Theory nach Strauss und Corbin	77
4.1.1 Vorannahmen: Pragmatistisch-interaktionistischer Wirklichkeits- und Erkenntnisbegriff	79
4.1.2 Forschungslogik: Iterative Zyklen der Abduktion, Induktion, Deduktion und Hypothesentests	81
4.1.3 Forschungspraxis: Iterativ zirkuläres Vorgehen, theoretisches Sampling und ständiger Fallvergleich	84
4.1.4 Gütekriterien: Konzeptuelle Dichte, Reichweite und empirische Verankerung	87
4.1.5 Begründung der Wahl des methodologischen Vorgehens	88
4.2 Dokumentation des Forschungsprozesses	90
4.2.1 Theoretisches Sampling: Konferenzen, ihre Besucherinnen und die Suche nach Anwenderinnen	90
4.2.2 Erarbeitung des empirischen Materials: Teilnehmende Beobachtung, Dokumentensammlung und (halb)formelle (Gruppen)Interviews	93

4.2.3 Entwicklung der Hauptkategorie: Was ist?	
Was soll sein? Was ist zu tun?	96
4.2.4 Abbruchkriterien: Theoretische Sättigung und Member Check	101
5 Kontextbezogene Ausarbeitung der Fragestellung	103
 Teil 2:	
Anti-Aging-Kritik zwischen Evidenz, Zielen	
und sozialen Kontingenzen	105
1 Der multidisziplinäre Problemhorizont	107
1.1 Medizin und Naturwissenschaften: Anti-Aging	
als Problem der Evidenz	108
1.1.1 Der (bio)gerontologische „Krieg“ gegen kommerzielle	
Anti-Aging-AnbieterInnen: Anti-Aging als Quacksalberei	108
1.1.2 Die Polarisierung der Biogerontologie über Theorien	
der Eliminierung des Alterns: Anti-Aging als Science-Fiction?	113
1.1.3 Die Geriatrie zwischen Kritik und verbandlicher Zurückhaltung:	
Anti-Aging als Konkurrent?	116
1.2 Ethik: Anti-Aging als Problem der Wünschbarkeit	
radikaler Anti-Aging-Ziele	118
1.2.1 Anti-Aging als Bedrohung der menschlichen Natur,	
des guten Lebens und der traditionellen Ziele der Medizin?	121
1.2.2 Anti-Aging als Fürsorge für (gesundes) Leben	
und gesellschaftliche Ressourcen?	128
1.2.3 Anti-Aging als Verstärkung der Ungleichverteilung	
von Lebenserwartung und der Altersdiskriminierung?	133
1.3 Sozialwissenschaften: Anti-Aging als Problem	
der unsozialen Konstruktion	137
1.3.1 Gerontologische Gegenreaktionen: Anti-Aging	
als anti-menschliche und anti-gerontologische Kultur	141
1.3.2 Disziplinen: Anti-Aging als Legitimitätsproblem	
der Biogerontologie	144
1.3.3 Akteurinnen und Akteure: Anti-Aging aus der Perspektive	
von Anwenderinnen und Anbieterinnen	146
1.3.4 Ökonomie: Anti-Aging als Marketingstrategie,	
Medizin-Industrie-Komplex und sozialstaatliche Rationale	152
1.3.5 Fokus: Anti-Aging als Wissensform	154
2 Anti-Aging-Wissen zwischen Natur und Kultur	155
2.1 Körperliches und soziales Alter(n)	156
2.1.1 Dichotome Konzepte des Alter(n)s	157
2.1.2 Gerontologische Gegenreaktionen auf Anti-Aging:	
Der natürliche Altersverfall und daran ansetzende Abwertungen	158

2.1.3 Die ethische Anti-Aging-Diskussion: Zwischen Natürlichkeitsskritik und dualistischem Wissenschaftsverständnis	158
2.2 Körperliches Altern als soziales Konstrukt	160
2.2.1 (De)Konstruktivistische Konzepte des Alter(n)s	161
2.2.2 Vincent: Negative Altersbilder in biogerontologischen Alterungsmodellen	161
2.2.3 Katz und Marshall: Das Ideal funktionsfähigen Alter(n)s als Effekt gerontologischer, medizinischer und kapitalistischer Diskurse	163
2.2.4 von Kondratowitz: Anti-Aging als Effekt gerontologischer Diskurse und neuer Standard der Lebensführung	166
2.3 Körperliches Altern als biologische und soziale Ko-Konstruktion	168
2.3.1 Materiell-dekonstruktivistische Konzepte des Alter(n)s	168
2.3.2 Tulle: Fitness im Alter als Körpererfahrung und Effekt sportwissenschaftlicher Diskurse	170
2.4 Positionierung: Wissen über Alter(n), seine soziale Konstruiertheit und normative Strukturiertheit	171
3 Anti-Aging-Kritik zwischen Beschreibung und Bewertung	174
3.1 Beschreibung und Bewertung in der sozialwissenschaftlichen Anti-Aging-Kritik	175
3.1.1 Übergabe der Bewertung an Ethik und Gesellschaft (Binstock)	175
3.1.2 Kulturrelativistischer Verzicht auf Bewertung (Mykytyn)	176
3.1.3 Sozialgerontologische Bewertungen (Katz/Marshall, Vincent, von Kondratowitz)	176
3.1.4 Körpererfahrungen als besserer Bewertungsmaßstab (Tulle)	179
3.2 Sozialwissenschaften und Bioethik: (Un)Möglichkeiten empirisch-normativer Kooperation	180
3.2.1 Bioethische Kooperationsmodelle: Parallele, symbiotisch oder integrative Zusammenarbeit?	181
3.2.2 Sozialwissenschaftliche Gegen- und Parallelprogramme zur Bioethik	183
3.2.3 Ein (Selbst)Verständigungsversuch: Deskriptive und präskriptive Prämissen und eine antiuniversalistische Forschungshaltung	187
3.3 Positionierung: Sozialgerontologische Bewertung mit explizierten präskriptiven Prämissen	190
4 Konzeptbezogene Ausarbeitung der Fragestellung	194

Teil 3:

Wissen über Alter(n) im Umfeld der GSAAM	197
1 Altern als Risiko und ein Konzept für dessen Management	200
1.1 Eine (Neu)Konzeption der Natur des Alterns:	
Die riskante Natur des Alterns	200
1.1.1 Zwischen biogerontologischem Anspruch und Primat der medizinischen Praxis	200
1.1.2 Von der Systemkrankheit zum Haupterkrankungsrisiko Alter(n)	202
1.1.3 Nachholende Ansätze der Verwissenschaftlichung	208
1.2 Ein besseres Prinzip der Gestaltung des Alterns: Prävention	215
1.2.1 Von schulmedizinischer Heilung zur zuvorkommenden Vermeidung gesundheitlicher Alterungsrisiken	215
1.2.2 Selbstbezeichnungen zwischen Anti-Aging und Prävention	220
1.3 Das Konzept der Praxis: Intensives Case Management individueller Alterungsrisiken	227
1.3.1 Die sieben Säulen der Präventions- und Anti-Aging-Medizin	227
1.3.2 Individuelle Risikodiagnostik als neues Fundament der sieben Säulen	233
1.4 Inhaltliche Fokussierung: (Neues) Wissen über Alterungsrisiken	236
2 Die Beschaffenheit der Risikokonstruktion	236
2.1 Argumentative Trennarbeiten zwischen schlechtem und gutem Alter(n)	237
2.2 Die schlechte Wirklichkeit des Alter(n)s: Variationen des demografischen Krisendiskurses	239
2.2.1 Die individuellen Leiden des Alter(n)s: Der kontinuierliche Verlust von Lebensqualität	240
2.2.2 Die bedrohte Zukunft der alternden Gesellschaft: Von der Überalterung zum Kollaps der Solidargemeinschaft	245
2.2.3 Ein unhintergehbares Doppelargument? Gegenläufige Darstellungen der Wirklichkeit des Alter(n)s	249
2.3 Die Möglichkeit guten Alter(n)s: Altern ja – aber gesundes Altern	255
2.3.1 Grenzverläufe: Durch Lebensstil und Gene begünstigtes Alter(n)	256
2.3.2 Vorstellungen guten Alter(n)s: Gesundheit und Funktionsfähigkeit als Voraussetzungen für Selbstverwirklichung im Alter	259
2.3.3 Ziele der Gestaltung des Alter(n)s: Von der Verjüngung zur Entkrankung	266
2.3.4 Sozialpolitische Kontextualisierung: Gesundes Altern als gerontologisches und sozialpolitisches Ziel	276
2.4 Inhaltliche Fokussierung: Die medizinische Operationalisierung gesundheitlicher Alterungsrisiken	278

3	Individuelle Risikodiagnostik als normative Basis der Anti-Aging-Praxis	279
3.1	Ein neuer Diagnoseraum zwischen Krankheit und Gesundheit	279
3.1.1	Die Präsymptomatisierung kranken Alter(n)s und die Begründung ärztlichen Handelns an Gesunden	280
3.1.2	Kontrastierender Fallvergleich: Die geriatrische Frailty-Testung	282
3.1.3	Neukonzeptionen des Normalen	283
3.1.4	Vereinzelte Kritik an der Risikodiagnostik	286
3.2	Fallbeispiel: Prädiktive Gentests	287
3.2.1	Eine Schlüsseltechnik für die Personalisierung der Anti-Aging-Behandlung	288
3.2.2	Zur Einordnung: Gentests in der medizinischen Praxis und Perspektiven der Kritik	291
3.3	Die Begründung genetischer Alterungsrisiken und ihrer Behandelbarkeit	294
3.3.1	Molekulargenetische Alterungstheorien: Die genetische Prognostizierbarkeit des Alter(n)s	295
3.3.2	Gen-Umwelt-Interaktionsmodelle: Von der Determiniertheit zur Gestaltbarkeit des Alter(n)s	307
3.3.3	Umweltbezogene Alterungstheorien: Die lebensstilbezogene Kontrollierbarkeit des Alter(n)s	310
3.3.4	(Selbst)Kritische Stimmen	314
3.4	Handlungsbezüge der Risikokonstruktion	315
3.4.1	Die Verortung von Alterungsrisiken im Individuum	316
3.4.2	Die Technisierung und Ökonomisierung der Risikokalkulation	317
3.4.3	Die Zumutung von Risikowissen zur Aktivierung Eigenverantwortung	319
3.5	Inhaltliche Fokussierung: Verantwortlichkeiten für gesundheitliche Alterungsrisiken	321
4	Eigenverantwortung für gesundheitliche Alterungsrisiken	322
4.1	Die Kritik bestehender Unverantwortlichkeiten für eine gute Alterszukunft	322
4.1.1	Die individuelle Verschuldung kranken Alterns durch die schlechte Lebensführung	322
4.1.2	Uneingelöste Vollversorgungsversprechen und präventionsbezogene Verantwortungslosigkeit des Sozialstaats	330
4.1.3	Sozialpolitische Kontextualisierung: Das Scheitern des Präventionsgesetzes	332
4.2	Anti-Aging verändert das Gesundheitswesen: Die Neujustierung der Verantwortung für gutes Altern	337

4.2.1	Von wissenschaftlichen Pflichten und individuellen Freiheiten zur Verpflichtung auf Eigenverantwortlichkeit	338
4.2.2	Gesundheitliche Eigenverantwortung als gerechtere Form intergenerationaler Solidarität	341
4.2.3	Die Verantwortung der Politik für Aktivierung und Deregulierung	351
 Teil 4:		
	Diskussion	359
1	Evidenz: Quacksalberei oder Stand geriatrischer Forschung?	362
1.1	Schwierigkeiten der Evidenzprüfung	362
1.2	Sind Risiken besser kalkulierbar und kontrollierbar? Eindrücke am Beispiel von Gentests	365
2	Ziele: „Forever young“ und/oder Prävention für gesundes Altern?	368
2.1	Was ist das Phänomen? Altern ja – aber gesundes Altern	369
2.2	Was ist das Problem?	371
2.2.1	Negative Darstellungen der Wirklichkeit des Alter(n)s als Drokulisse	372
2.2.2	Ein eindimensionales Konzept guten Alter(n)s mit ungleichen Chancen auf gutes Leben	374
2.2.3	Mangelnde demokratische Aushandlung	380
3	Bedeutungsverschiebungen: Eine Pathologisierung des Alterns?	381
3.1	Was ist das Phänomen? Die Medikalisierung von Alterungsrisiken und Lebensführung und die Präsymptomatisierung des Alter(n)s	382
3.2	Was ist das Problem?	385
3.2.1	Schwache Evidenz für Diagnoseraum und Lebensstilempfehlungen	385
3.2.2	Die Nichtthematisierung des Einflusses von Diskursen und Interessen auf die Wissensproduktion	387
3.2.3	Eine Beschneidung von Deutungsspielräumen des Alter(n)s	389
3.2.4	Mangelnde inter- und innerdisziplinäre Aushandlung	389
4	Verantwortung: Eine gute oder schlechte Stärkung gesundheitlicher Eigenverantwortung?	391
4.1	Was ist das Phänomen? Lebensstilbezogene und finanzielle Eigenverantwortung mit staatsbürgerlicher Verpflichtung	392
4.2	Was ist das Problem?	394
4.2.1	Ungerechtfertigte, diskriminierende Verantwortungszuschreibungen	395

4.2.2 Ein ungerechtes Konzept intergenerationaler Solidarität	398
4.2.3 Eine dreifache Ökonomisierung	401
4.2.4 Eine Beschneidung von Spielräumen der Gestaltung des Alter(n)s	404
Zusammenfassung	407
Schluss und Ausblick	419
Liste der untersuchten empirischen Materialien	423
Literatur	437