Rainer Gensch

# Forschung für die Alten?

Zuerst ist Forschung von Nutzen für den Forschenden selbst: sie ernährt ihn, sie weiht sein Leben einer guten Sache, sie bewahrt ihn vor unangenehmen Tätigkeiten. Erhöhung des Mehrwerts oder des Marktanteils ist der Nutzen für den Geldgeber der Forschung eines Industrieunternehmens, Handlungswissen braucht das ministerielle Ressort, welches Forschungsaufträge vergibt. Problemlösungen aller Art, dafür soll Forschung nützlich sein, und auch die Grundlagenforschung muß sich zunehmend über den Nutzen legitimieren. Umfassenderen Nutzen soll Forschung bringen, die vom Bundesministerium für Forschung und Technologie gefördert wird: sie soll die Gesamtpolitik der Bundesregierung stützen[1]. Die Wissenschaften verstehen sich demgegenüber im allgemeinen von ihrem Gegenstandsbereich her, es sind Wissenschaften von etwas. Die alltägliche Funktionalisierung kann sich nicht ausdrücken: der Sprachgebrauch versperrt den Weg zur „Wissenschaft für etwas oder jemanden". So ist die Gerontologie die Wissenschaft vom Altern, vom Alter oder von den Alten.

Seit einigen Jahren erfährt die gerontologische Forschung öffentliche Förderung: 1968 ist sie von der Bundesregierung als „gesellschaftsrelevant" erkannt und der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) zur Förderung empfohlen worden[2]. Nachdem das Scheitern zweier Anträge aus Universitäten[3] auf Finanzierung geriatrisch-gerontologischer Sonderforschungsbereiche diese Forschungsorganisationsform als für diesen Zweck ungeeignet erscheinen ließ, richtete die DFG ein Schwerpunktprogramm „Biologie des Alterns" ein, die VW-Stiftung ergänzte das Angebot durch ein psychologisch-soziologisch orientiertes Programm „Alternsforschung".

Öffentliche Förderung „gesellschaftsrelevanter" Forschung: neben der Frage, wer hier die „Gesellschaftsrelevanz" feststellte (was hier nicht interessiert), wäre zu klären, für wen geforscht wird, wer der Nutznießer öffentlicher Forschung wird. Existiert ein politisches Programm, in dessen Rahmen die Ergebnisse verwertet werden sollen? Existiert überhaupt eine Fragestellung, ein Leitthema?

Die diesbezüglichen Äußerungen von Fördererseite beschränken sich auf

— die Feststellung der Existenz eines „Altenproblems"
— die Absichtserklärung, etwas für die Alten tun zu wollen
— die Feststellung der Nichtexistenz von genügend Wissen, um in diesem Sinne handeln zu können.

Es werden keine Fragestellungen vorgegeben, sondern Wissenschaftsbereiche, in denen die zu fördernde Forschung stattfinden soll.

Im folgenden will ich versuchen, dem näherzukommen, was unter dem Begriff „Altenproblem" gemeint sein kann. Die zweite Frage, die untersucht werden soll: Was kann Wissenschaft zu dessen Lösung beitragen?

Am Rande interessiert die Beziehung zwischen der Art der Forschungsförderung und ihren Auswirkungen. Das Material dazu gibt mir eine Betrachtung der Lage der Alten und die Art des Umgangs mit ihnen sowie eine Sichtung der gerontologischen Forschung. Es kommt mir dabei weniger auf Objektivität und Vollständigkeit der Darstellung an, sondern auf eine Problematisierung. Ein objektives Bild kann ich nicht geben und will es also nicht, ich gebe Meinungen wieder. Daten sind nicht gegeben, sondern genommen, ich überzeichne, wo es mir darauf ankommt, Tendenzen deutlich zu machen, die mir bedenklich erscheinen. Insbesondere habe ich nicht versucht, mich im Text der Sprachregelung zu entziehen, die das Denken um das Alter verhext, um nicht unverständlich zu werden. So spreche ich z. B. immer wieder von „den Alten", obwohl ich meine, daß es so etwas gar nicht gibt, und hoffe, daß sich aus dem Kontext und den Hinweisen eindeutige Bedeutungen ergeben.

Die Gerontologie als Wissenschaft von den Alten suggeriert die Existenz „der Alten". Sicher gibt es eine Gruppe von Menschen, die mit ähnlichen individuellen biologischen Fakten umzugehen haben. Transkulturell finden und fanden sich Klagen über die körperliche Hinfälligkeit. „Die Alten" ist aber als Bezeichnung für eine soziale Gruppe ein unzulässiges Stereotyp. In allen Gesellschaften ist und war sowohl das Alter als soziales Schicksal wie auch das Bild vom Alter schichtspezifisch. Undeutlich wird dies dadurch, daß i. a. nur das Bild der dominierenden Schicht überliefert ist. So ist bis zum 19. Jahrhundert nie von „armen Alten" die Rede. Solche gab es kaum, da ein langes Leben nur den privilegierten Schichten möglich war.

Während z. B. ein Herr aus der Feudalzeit mit 50 Jahren alt war, waren seine Leibeigenen bereits mit 30 Jahren Greise. 1793 stellte ein durch Europa reisender Engländer fest: „Trotz der Krankheiten infolge zu reichlicher Ernährung, geringer Betätigung und verschiedener Laster leben sie (die reichen Leute) 10 Jahre länger als die Angehörigen der unteren Stände, weil diese vorzeitig durch Arbeit, Elend, Erschöpfung verbraucht sind und die Armut es ihnen verwehrt, sich das für ihren Unterhalt Notwendige zu beschaffen."[4] Im 19. Jahrhundert brachte die Landflucht die Altersversorgung der ärmeren Schichten durcheinander und das Entstehen eines Proletariats eine neue Art zu altern mit sich. Auch im Bürgertum veränderte diese Lage die Art des Alterns: Generationskonflikte wurden zugunsten der Solidarität gegen die neue gefährliche Klasse aufgegeben.

Das soziale Schicksal „Alter" ist neben der Schichtzugehörigkeit geprägt von den Funktionen, die den Alten in der Gesellschaft zugeteilt sind. Das Interesse an den Alten bei kriegerischen, auf Eroberung ausgehenden Horden, wie z. B. bei den „Barbaren" der Völkerwanderung, entspricht der Ausrichtung des Lebens auf den Kampf und die physische Kraft und Geschicklichkeit. Das Sterben aus Altersschwäche ist Feigheit und Schande. In Zeiten wirtschaftlicher Not kam es vor, daß Alte und Kranke umgebracht wurden. Im alten China kann man sich die einzigartig privilegierte Stellung der Alten damit erklären, daß dort die Zivilisation während vieler Jahrhunderte statisch und ausgeprägt hierarchisch blieb, die geographischen und wirtschaftlichen Bedingungen eine Weiterentwicklung der Gesellschaft nicht zur Notwendigkeit machten und die Verwaltung sich damit begnügte, das zu erhalten, was immer schon war. Befähigung und Verantwortung

wuchsen unter diesen Bedingungen mit dem Alter. Im Taoismus war das Alter Leben in seiner höchsten Form.

An den modernen westlichen Industriegesellschaften interessiert in diesem Zusammenhang der Aspekt des „Leistung ist alles und Erfolg Lebenserfüllung"[5]. Die weder aus medizinischen Gründen noch aufgrund irgendwelcher „wissenschaftlich belegbaren Unterlagen", sondern aus „politischen Gründen und Gründen der Arbeitsmarktsituation"[6] 1919 im Deutschen Reich festgesetzte Pensionierungsgrenze schneidet die Alten von diesen Wertträgern ab und beraubt sie der Existenzmotivation. „Leistungsanspruch, Angst vor Überflüssigwerden und Zurückbleiben"[7] haben sie dazu gebracht, den Idealen ihrer Gesellschaft gerade das zu opfern, was sie jetzt brauchen könnten: vertraute Kontakte, weil sie zu zeitraubend waren, spontane wie liebgewordene Interessen, weil sie zu sehr ablenkten. Wenn der Alte sie vermißt, ist es zu spät. Vorher hinderte ihn die Angst vor dem Alter, die „panisches Ausmaß hat"[7], daran, sich vorzubereiten. So ist er nun mit der Pensionierung, von Sinn und Sozialprestige abgeschnitten, sozial tot[8], seltener auch physisch[9].

Ob sich im Nachhinein Gründe finden lassen, die eine Pensionierungsgrenze aufgrund schwindender Fähigkeiten rechtfertigt, ist nicht von Bedeutung, wesentlich ist, daß eine solche Grenze aus anderen Gründen festgelegt wird und daß sich die Entwicklung der Zivilisation nicht nach den Fähigkeiten der einzelnen Mitglieder ausrichtet, sondern daß die nach anderen Regeln ablaufende Entwicklung auf eine Weise Anforderungen stellt, die scharfe Grenzen zieht zwischen denen, die sie erfüllen, und denen, deren Fähigkeiten nicht benötigt werden: Behinderungen werden produziert, und wenn nur die Trittbretter der Autobusse zu hoch sind. Das Bewußtsein, daß das Ausgegrenztsein auf eigenes Versagen zurückzuführen ist, wird unterstützt von den Hinweisen auf das schöne Altern „unserer großen Alten" in den ungezählten Erbauungsbüchern, die „mit (ihrer) Gleichschaltung aller Alten die Klassengegensätze (verdecken), mit ihren Ermunterungsparolen an dem Erkennen sozioökonomischer Gesamtzusammenhänge hindern, mit ihrer Zufriedenheitsideologie zur politischen Resignation jedes einzelnen führen, durch Verweis auf das ‚Schicksal' aller Beteiligten von der Mitverantwortung entbinden"[10]. „Käme ein noch rüstiger Arbeiter mit 70 (sofern es dann noch einen rüstigen Arbeiter gibt) keck in eine Fabrik und sagte: ‚Ich möchte hier noch mitmachen nach dem Vorbild von Adenauer, Michelangelo, Franz Joseph und de Gaulle', so würde man ihn hämisch verlachen. Man lachte schon, käme er als Arbeitssuchender, wenn er erst 50 ist."[11]

Wenn im Alter die „Ernte des Lebens" gehalten wird, werden viele der in der Gesellschaft latenten Probleme manifest: so manche sozialpolitisch notdürftig übertünchte Armut kommt nun zum Vorschein, die Lage der Frauen verschärft sich (von Frauenrechtlerinnen kaum entdeckt und doch: „Wenn das Problem alter Leute eines von Männern wäre, wäre es wahrscheinlich längst intensiver behandelt worden")[12], die Einsamkeit wächst etc. etc. Das Bild vom alten Menschen ist ein durch und durch negatives: schon 5jährige Vorschulkinder reproduzieren ein gehässiges, von biologischer Hinfälligkeit und abstoßenden Eigenschaften geprägtes Alterssstereotyp[13] . Überall schaut das verleugnete Unbewußte hervor (natürlich wol-

len wir alle die Alten umbringen): den Alten, gleichzeitig unbewältigte Vergangenheit wie Verkörperung unserer eigenen unerwünschten Zukunft, wird die erzwungene Unproduktivität zur Last gelegt, obwohl sie ihr Leben lang dafür vorgearbeitet haben, während der Jugend, der Zukunft der Nation, eine ähnliche unproduktive Phase zugebilligt wird.

Am Anfang der Erläuterung dessen, was das Altenproblem genannt wird, stehen oft emotionale Begriffe wie „Überalterung", die scharf kontrastieren mit der Tatsache, daß diese Gesellschaft von einer Spitzenauslese von Elitegreisen in den Schlüsselpositionen von Staat, Wirtschaft und Gesellschaft geführt wird[14]. Während Bismarck hochbetagt die Politik des Deutschen Reiches leitete, verloren die Personen, die die Hilfe des Altersheimes in Anspruch nehmen mußten, das Wahlrecht[15]. Wie lästig die Alten sind, hört man, wenn von der gestiegenen Sozialbelastung die Rede ist oder die Kostenexplosion im Gesundheitswesen zur Debatte steht[16]. Obwohl sich der Prozentsatz der Nichterwerbstätigen an der Gesamtbevölkerung seit der Jahrhundertwende nicht geändert hat[17]. Obwohl im selben Maß, wie der prozentuale Anteil der Alten stieg, der der Kinder sank[18]. Obwohl die Soziallast aus Kriegsfolgen nachläßt. Obwohl gerade heute wieder deutlich wird, daß die Gunst, arbeiten zu dürfen und die anderen mitzuernähren, nur wenig mit dem Willen des einzelnen zu tun hat und die Ausgrenzung aus dem Erwerbsleben anderen Gesetzmäßigkeiten unterliegt.

Viele Alte verstehen: die Suizidrate, obwohl im Pensionierungsalter schon etwa 15—20 mal so hoch wie die der Pupertierenden, nimmt nach diesem Einschnitt noch massiv zu[19]. Die Überlebenden werden sanft umgebracht: sie werden in die „Schutzhaft der Nächstenliebe"[20] genommen und finden ihren sozialen Tod an den Stadträndern in Alters- oder Pflegeheimen. Die Alten sind die Juden von heute. Der Ersatz für den vorenthaltenen Platz im Gesellschaftsleben ist die Altenhilfe, ein Rechtsanspruch auf Almosen. Karitative Vereine verteilen lebensrettende Hilfe im Einzelfall und machen es schwerer, die Frage danach zu stellen, was den hilfsbedürftigen Zustand von Anfang an hätte verhindern können.

Die Gerontologie hat drei Bereiche: die soziale (sozialwissenschaftliche), die experimentelle (biologische) und die medizinische (geriatrische) Gerontologie[21]. Jeder Bereich eine Verkörperung typischer Verhaltensmöglichkeiten im Umgang mit Ungeliebten:

Die Zuweisung zur Medizin ist das Naheliegendste und folgerichtig: diese ist auf der einen Seite eine der Institutionen, die für die Ausgrenzung dessen, was Angst macht, zuständig ist, besänftigt aber gleichzeitig das schlechte Gewissen, denn hier will man nur das Beste. Die biologische Gerontologie verfremdet den Gegenstand zum Makromolekül, ein emotionsloser Umgang wird möglich: eine richtige Wissenschaft. Die soziale Gerontologie sorgt für die Legitimation unbewußter Wünsche, läßt aber auch Raum für Engagement.

Geriatrische Forschung ist medizinische Forschung und als solche, vermittelt über die Verwertung ihrer Ergebnisse im ärztlichen Handeln und in Veränderungen der Institutionen und Organisationen, ist sie zum Nutzen der Menschheit, wie es heißt. Gibt es besondere Verhältnisse für den alten Teil der Menschheit, was ärztliches Handeln und medizinische Institutionen angeht?

Parsons meint, daß für den „durchschnittlichen Menschen" Krankheit „eine Frustration der Erwartungen und Hoffnungen seines normalen Lebens (bedeutet). Er findet sich abgeschnitten von seiner gewohnten Tätigkeit und von einem Teil seiner Vergnügen. Oft fühlt er sich gedemütigt durch seine Unfähigkeit, sich normal zu verhalten. Seine sozialen Beziehungen sind mehr oder weniger unterbrochen. Unter Umständen muß er beträchtliche Unannehmlichkeiten und Schmerzen ertragen, schwerwiegende Änderungen seiner Zukunftsaussichten und Pläne ins Auge fassen und sich im äußersten — jedoch keineswegs ungewöhnlichen — Fall mit dem Tod vertraut machen"[22]. Ist das nicht eine Beschreibung des „Normalzustandes" vieler alter Menschen? Vielleicht liegt hier der tiefere Sinn des immer biologisch verstandenen Spruches: senectus ipsa morbus. Krankheit als Entzug der Lebensbefähigung und der Möglichkeiten der Lebensbewältigung. Der soziale Tod ist ein Voodoo. Senecas Spruch, meist ergänzt durch ein „incurabilis", wird von vielen Ärzten für sinnvoll gehalten. Weil neben der vis mediatrix naturae auch eine zweite Grundlage ärztlicher Behandlung schwindet: der Wille, gesund zu werden, weiterzuleben. Nur selten wird die Motivationskomponente der Krankheit so deutlich wie hier, die Verklammerung mit der Biographie und der Lebenssituation drängt sich auf. Auch nimmt die Wirksamkeit ärztlichen Handelns nach herkömmlichem Maß gemessen ständig ab. Wo „cure" zu „care" wird, fühlt sich der Arzt nicht mehr zuständig. Hier fällt es ihm schwer, Krankheitsentitäten zeitlich und räumlich abzugrenzen, die Krankheit von der Person zu trennen. Wo sich pathologische Parameter nicht mehr verändern, kann er nicht mehr heilen. Die „eigentliche medizinische Indikation" zum Umgang mit alten Kranken fehlt, wenn nur das Ausfallen einer häuslichen Pflegeperson der Grund für die Klinikeinweisung ist. Wenn die anerzogene Kampfesideologie des Arztes auf Dauer frustriert wird, Krankheiten weder zu separieren geschweige denn zu vernichten sind, wird der alte Kranke zur emotionalen Belastung.

Je lästiger der Patient, desto öfter drückt sich der Arzt, genauso wie er sich vor dem Tod seiner Patienten drückt, mit ihm kann er genausowenig anfangen, er fällt genausowenig in seinen Zuständigkeitsbereich, er ist sein Skandal. Ausdruck findet dies im ärztlichen Verhalten: der Sterbende wird alleingelassen, der alte Kranke mit sinkender Sorgfalt behandelt[23]. Äußerliche Gründe wie Schwierigkeiten beim Erheben der Anamnese (Schwerhörigkeit) und Langwierigkeit der körperlichen Untersuchung (langsames Entkleiden) wirken in dieselbe Richtung. Vielleicht sollte der unentschiedene Streit um die Existenz von Alterskrankheiten[24] — alterstypisch, altersspezifisch oder keines von beiden — der Diskussion Platz machen, ob Alterskrankheiten nicht am ehesten vom Verhalten des Arztes her zu beschreiben sind.

Daß der alte Kranke auf dem besten Wege ist, sich als Objekt der eigentlichen Medizin zu disqualifizieren, schlägt sich in den medizinischen Institutionen nieder. Dort wo die teuersten Betten sind, wo die aufwendigste Medizin getrieben wird, wo die meiste Forschung stattfindet, wo am meisten geheilt wird, wo die meisten Tode verhindert werden, wo die Ausbildung der Mediziner stattfindet, wo die Medizin am medizinischsten ist: dort finden wir weniger Alte, als zu erwarten wäre. Vielleicht ist es gut,

daß die wenigsten Alten dort sind, wo der Tod der „asymptotische Effizienzverlust medizinischer Maßnahmen" ist[25] und die Anwendung einer Behandlung nicht von ihrer Notwendigkeit, sondern von ihrer Möglichkeit[25] abhängt. Leicht wird hier das Ende des Lebens enteignet. Die Begeisterung an der Anwendung neuer Technologien mag über das Ziel den Weg vergessen machen und die Frage einschläfern, was da für ein Leben um jeden Preis verlängert wird. Kaum wäre über der Gleichheit vor den lebensrettenden Maschinen noch die Ungleichheit vor den Toren der Klinik erinnerlich.

Ein Spezialfach hätte diese Ungleichheit herzustellen und als Sammelbecken zu dienen für die nicht „eigentlich medizinischen Fälle". In Altenkliniken, wo die Betten billiger sind, würde sich dann ein Randgebiet der Medizin etablieren. Am Rande aufgrund von Theorie und Praxis und unattraktiv für jeden rechten Mediziner: seit sich die lokalistisch-läsionistische, anatomische Denkweise in der Medizin durchgesetzt hat, sind medizinische Spezialfächer durch Chirurgisierung der Inneren Medizin entstanden, selten durch neue Methoden oder Entdeckungen[26]. Nur die Pädiatrie definiert sich von den Anforderungen einer Altersgruppe. Bevor sich dieses Fach jedoch etablieren konnte, fand ein Wandel der Einstellung der Gesellschaft dem Kinde gegenüber statt und der Anlaß für die Installierung einer Universitätspädiatrie in Deutschland hatte gewichtige politische Interessen im Rücken: der preußische Kultusminister Althoff oktroyierte der widerstrebenden Berliner Fakultät kurzerhand einen pädiatrischen Lehrstuhl, als durch die hohe Kindersterblichkeit in den Städten zwischen Sterblichkeit und Zuwachs ein Mißverhältnis entstand. Dies bedrohte Deutschland[27].

Während die Pädiatrie also zu einem Stück der medizinischen Ausbildung wurde, lernt der angehende Mediziner mit den wesentlichen Problemen alter Kranker ebensowenig umzugehen wie mit Sterbenden, einerseits weil er in 6 Jahren nur dann auf sie trifft, wenn sie akut krank sind, andererseits weil er dazu ein anderes erkenntnistheoretisches und Handlungsmodell benötigte und einen anderen Begriff von ärztlichem Erfolg, als ihm beigebracht wird. Das Institut Medizin ist kein Ort, um Konflikte zu formulieren oder auszutragen, sondern um sie erträglich zu machen.

Krank sein heißt nicht verantwortlich zu sein, hilfsbedürftig zu sein, mit der Bedingung, daß es professionelle Hilfe sein muß, da wer krank ist, selbst nicht mehr weiß, woran er ist. Wenn das Alter Krankheit ist, ist klar, daß der Alte nicht funktionieren kann. Die Krankheit ist ein auch für den Laien plausibles Erklärungsmodell, dazu noch medizinisch legitimiert. Krank sein heißt unerwünscht zu sein. Solange alt und chronisch krank sein nicht auch heißt, der Medizin unerwünscht zu sein, kann diese eine Funktion erfüllen, die früher in kleinen Orten und auf dem Lande das Töten oder Verjagen aus der Gemeinde von alten Frauen hatte. Das Ziel war, die Gesellschaft symbolisch vom Alter zu befreien. „Die Medizin ist nach der Definition des amerikanischen Soziologen Robert K. Merton eine Institution, welche die Gesellschaft geschaffen hat, um ihre Mitglieder vor der Beunruhigung durch Krankheit und Sterben zu befreien."

Auch kann man sich fragen, „ob die Reduktion des Interesses der modernen naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin auf den ‚Fall' und patho-

physiologische Mechanismen, die bei der Krankheit gestört sind, nicht eine Form von Abwehrreaktion sind, die mit der veränderten gesellschaftlichen Funktion des Arztes zusammenhängt. Mit der Begrenzung des Interesses auf das ‚Objektiv-naturwissenschaftliche' wendet man die Wahrnehmung von allen anderen Aspekten ab. Das Entsetzen darüber, daß ein Mensch sich im Sterben in einen bloßen Körper verwandelt, kann ferngehalten werden, wenn man sich von Anfang an nur für den Körper interessiert. Die Abwehr bedient sich des Mechanismus der Vorwegnahme des gefürchteten Ereignisses"[29].

Ist die Förderung geriatrischer Forschung Förderung medizinischer Forschung im üblichen Sinne, so ist sie kaum Beschäftigung mit den spezifischen Problemen der Alten. Ist sie dies doch, so steht sie neben der Medizin. Die biologische Wissenschaft ist in ihrer Entwicklung auch ohne Anstöße von außen auf Fragestellungen getroffen, die als experimentelle Gerontologie subsumiert werden und sich nicht unterscheiden von anderen Bereichen der Biochemie oder Molekularbiologie. Daß hier die Alternsforschung im Vergleich zu den anderen zwei Bereichen so problemlos blüht und gedeiht, mag darin seinen Grund haben und weitere in der Losgelöstheit der Gegenstände vom angsterregenden menschlichen Altern. Das Altern von Makromolekülen, das Altern von Zellen und Zellverbänden, altersabhängige Veränderungen in Geweben und Organen, das Altern des Immunsystems und hormonale Einflüsse (dies sind die 6 Bereiche des DFG-Programms)[30]: das Objekt ist bereits tot, die Methode adäquat. Hier kann eine Forschungsförderung, die aus nichts anderem besteht als aus dem Bereitstellen von Mitteln, Erfolge erzielen.

Jungbrunnen und ewiges Leben sind die Versprechen dieser Wissenschaft. Die Jungbrunnenidee ist ein alter Traum, irgendwo im indischen Dschungel verborgen, materialisiert in den biochemischen Labors. Die Vorstellung des Alterns als ausschließlich biologisch-materielles Phänomen, der Rückgriff auf die Natur und das Naturhafte gipfelt im romantischen Konzept des „age factor", dessen Walten in allen Veränderungen, die im Alter auftreten, gesehen wird. Die Lektüre einiger Jahrgänge der „Gerontologia" zeigt die Entfernung dieser Wissenschaft von der Struktur der Wirklichkeit, erklärt aber ihr gutes Funktionieren. Naturbetrachtung aus „antirevolutionärem Impuls"[31], biologische Weltsicht als Bestandteil konservativer Haltung — Merkmale der bestimmenden Schicht der Gesellschaft und Eigenschaft vieler von denen, die Wissenschaft treiben. Hier beschränken sich Altersbeschwerden mitunter tatsächlich auf rein Körperliches, es sind in der Tat andere als die der alten Witwe in Berlin-Wedding.

Hersteller von Mitteln gegen das Altern haben Interesse daran, daß das Altern wesentlich aus möglichst konkreten, körperlich begründbaren Mängeln besteht. Diese können dann durch ein Vitamin, ein Element oder einen Wirkstoff, der an einer genau lokalisierbaren Stelle fehlt, behoben werden. Es wird als ein „Zeichen für die zynische Haltung unserer Gesellschaft gegenüber dem Alter" gewertet, daß „sie insgesamt weitaus mehr Kapital und Intelligenz daran setzt, älteren Mitbürgern zu kleinen Preisen Jugendlichkeitsillusionen zu verkaufen, als sich wirksam um altersgerechte Lebensbedingungen zu bemühen"[32]. Obwohl „doch klar gesagt werden muß",

daß, „wenn ein Geriatricum angepriesen wird mit dem Hinweis, daß es geistige und menschliche Isolierung im Alter durchbreche", dies „kein Problem von Medikamenten ist"[33], so nutzt die biologische Betrachtungsweise doch dem Hersteller, wirkt, soweit nicht offene Türen eingerannt werden, auf das ärztliche Verhalten (der Hersteller von K. H. 3 gibt eine Zeitung heraus als „Unterhaltung und Information für medizinische Fachkreise"[34], in der viel über das Altern zu lesen ist) und hat als „Mythos von der Verjüngung mehrere sozialpsychologisch und politisch relevante Funktionen: er reduziert die unvernünftige Todesangst und erhöht damit die Lebenszufriedenheit; er verschleiert die durch Leistungszwang und Umwelteinflüsse allzu häufig eingetretene Vor-Alterung, erweckt Hoffnung auf ein fortgesetztes Sexualleben und befriedigt aufgeregt Bürgerherzen, die meinen, die Medizin allein sei aufgerufen, das Paradies auf Erden zu schaffen... Der Mythos von der Verjüngung ist ein Aberglaube, der höchstens politischen und ökonomischen Machtgruppen nützt, nicht den alten Leuten"[35]. Ein eigenartiges Menschenbild steht hinter den Versuchen der Materialisierung der Jungbrunnenidee (in moderner Formulierung: immer 25 bleiben und plötzlich sterben): der Mensch ohne Alter. Die Wissenschaft hilft bei der Verdrängung des Alters mit, eine Auseinandersetzung mit diesem Lebensabschnitt und seinen Problemen wird immer schwieriger wie das Vorbereiten auf diese Zeit.

Neben dem Jungbrunnen das ewige Leben: der bekannte amerikanische Zellbiologe Hayflick geht davon aus, daß „bei einem Erfolg der internationalen Anstrengungen um Aufklärung und Heilung aller Karzinomformen beim Menschen die Lebenserwartung um etwa zwei Jahre verlängert würde"[36]. Sollte es wie durch ein Wunder gelingen, Herzkrankheiten und Schlaganfall zum Verschwinden zu bringen, wären auch hiermit nur einige Jahre Lebenserwartung gewonnen. D. h.: zwar läßt sich die Lebenserwartung durch medizinische Maßnahmen verlängern (wenn alle krankmachenden Einflüsse konstant bleiben), die Lebensspanne der Gattung bleibt aber gleich bei etwa 90 Jahren. Besser gestellte Gesellschaften unterscheiden sich von anderen dadurch, daß mehr Menschen ein höheres Alter erreichen. Über die Möglichkeiten der Medizin hinaus sei es nun Aufgabe der experimentellen Gerontologie, diese Lebensspanne zu vergrößern. Der Wissenschaft, die Leben verlängern will, ohne den Platz und die Rolle dieses Lebens in der Gesellschaft mitzureflektieren, Kurzsichtigkeit zu bescheinigen, wäre falsch, denn diese Wissenschaft wird nur das Leben derjenigen verlängern, die einen gesicherten Platz in der Gesellschaft haben. Sie wird im Eigeninteresse jener Schichten in den Industrienationen getrieben, für die ein längeres Leben erstrebenswert ist. Dieses Interesse kann nur bedingt dasjenige von Leuten sein, denen das Alter vorwiegend soziale Probleme bringt, die mit ihrem Leben nicht zufrieden sind und nicht sein können und von denen nichts anderes erwartet wird, als daß sie bald sterben. Eine lebensverlängernde Gerontologie muß nicht im Widerspruch stehen zum Desinteresse, welches anderen Alten entgegengebracht wird, denn es handelt sich in beiden Fällen um verschiedene Altengruppen. Erst recht kann eine solche Wissenschaft nicht im Interesse der Völker liegen, deren Hauptprobleme Hunger und Überbevölkerung erst einmal den Kampf um die Bedingungen für Leben in den Vordergrund stellen.

Wo biologisch tätige Gerontologen vom Impetus für das Wohl der Menschheit getrieben werden, die Geriater emotionell verschleißen, da haben auch die Sozialwissenschaftler unter den Altersforschern ihre alltäglichen Frustrationen: „Die ganze Entwicklung drängt auf die Erstellung von Altenplänen, wie sie nunmehr mancherorts auch tatsächlich entstehen, oder zumindest auf die Zusammenschau von bestehenden Einrichtungen. Das ist zweifellos zu begrüßen, sofern solche Pläne nicht das verhängnisvolle Gefühl vermitteln, daß mit ihrer Aufstellung bereits das Problem ‚erledigt' sei. Selbst durch Vergabe wissenschaftlicher Erhebungen oder pseudowissenschaftlicher ‚Tests' die Public-Relations-Effekte erzielen wollen, suchen Politiker Verantwortung abzuwälzen und um Taten sich herumzudrücken, dafür aber Wahlkämpfe zu gewinnen."[37]

Die soziale Gerontologie, sei sie nun befaßt mit der Aufklärung der Familienbeziehungen, des Verhältnisses der Generationen, mit dem Bedürfnisbegriff, der Wohnsituation oder mit was auch immer, ist darauf angelegt, „Veränderungen zum Guten" zu empfehlen. Ihre Probleme liegen weniger in der Produktion des Wissens oder der Fragwürdigkeit von dessen Anwendung:

„1. Interdisziplinäres Konzept für die Gerontologie; Vermittlung von Informationen zwischen den einzelnen Forschungsansätzen und Disziplinen. Dabei wurde die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Gerontologie in der Bundesrepublik als unzureichend bezeichnet. Es überwiege der Fächeregoismus. Interdisziplinarität setze die Einigung der verschiedenen Disziplinen auf ein ‚Leitthema' voraus.

2. Umsetzung der wissenschaftlichen Erkenntnisse in die Praxis der Altenhilfe. Es fehle an geeigneten Vermittlern zwischen Wissenschaft und Praxis. Hinzu komme die Überlastung der Sozialarbeiter und die mangelnde Bereitschaft der Träger der Altenhilfe, die wissenschaftlichen Ergebnisse in der Praxis anzuwenden. Dieses negative Bild ändere auch nicht die Vielzahl der wissenschaftlichen Beiräte beim Bund und bei den Landesregierungen.

3. Was geschieht an praktischer Vorbereitung auf das Alter? In der Bundesrepublik sicher viel zu wenig, abgesehen von einigen Ansätzen in Volkshochschulen und einzelnen Betrieben. Es fehlt an geeigneten Schulungsprogrammen und Konzepten. Dabei handelt es sich hier um einen außerordentlich wichtigen Bereich, auf dem zudem noch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit dringend erforderlich sei.

4. Schließlich wurde nach dem Stand der Öffentlichkeitsarbeit in der Gerontologie gefragt. Soweit überhaupt vorhanden, wurde sie als überwiegend verfehlt bezeichnet. Gerade die Öffentlichkeitsarbeit sei an negativen Leitbildern und Stereotypen orientiert und trage zum negativen Altersbild in unserer Gesellschaft bei."[38]

Diese Hinweise gewinnen immer mehr den Charakter der Verteidigung, seit von verschiedenster Seite zunehmend folgender Vorwurf erhoben wird: Für die Alten solle etwas geschehen, nur fehle es am Wissen, was sinnvoll zu tun sei. Die Wissenschaft liefere dieses Wissen nicht und entziehe sich ihrer sozialen Aufgabe. Sie sei nicht in der Lage, „gesellschaftsrelevant" zu forschen. Angesichts der von der sozialen Gerontologie angehäuften und nicht verwerteten Wissenshalden sowie wiederholter Hinweise auf den Engpaß bei Vermittlung und Verwertung beleuchtet diese Situation gegenseiti-

ger Anschuldigungen ein Dilemma, in dem der Entscheidungsträger steht: die Unvereinbarkeit der vorherrschenden Interessen, die sich im politischen Handeln repräsentiert sehen wollen, mit den Empfehlungen der Sozialwissenschaftler.

Dabei hat die sozialwissenschaftliche Gerontologie lange genug dazu beigetragen, das negative Bild vom Alten zu schaffen und zu festigen:

— Das sog. Defizitmodell des Alters — von einem Leistungsoptimum bei 25—30 Jahren entwickelt sich der Mensch zusehends zu einem Mangelwesen — ist heute *das* gängige Denkschema und Grundlage für die Diskriminierung der Alten. Da es aufs Vortrefflichste herrschende Vorurteile bestätigte, fand es, obwohl nur mit Hilfe grober methodischer Fehler entstanden, eine derartige Resonanz, daß Richtigstellungen durch neuere Forschungsergebnisse sich nur schwer durchsetzen können[39].

— Sozialpolitische Strategien können sich legitimieren mit an den Ursachen der Probleme vorbeizielenden, weil aus erkenntnistheoretisch-engstirniger Produktion kommenden Forschungsergebnissen. Es gilt hier ähnliches wie für die Analyse der Geisteskrankheiten oder für die Analyse der Armut in den USA in den 60er Jahren: „Die soziologischen Untersuchungen beschränkten ihre Analyse größtenteils auf die Armen, nicht aber auf das Wirtschaftssystem, das die Armut hervorgebracht hatte. Es war ganz und gar nicht paradox, daß sich die Strategie der Ausmerzung der Armut — die Anti-Armut-Programme — auf die Armen selbst richtete, nicht aber auf das Wirtschaftssystem. Ich möchte ganz deutlich sagen, daß wir heute noch mehr arme Leute haben als vor Beginn jener Programme."[40]

— Erwartungshaltungen der Gesellschaft flossen in die sozialwissenschaftliche Theoriebildung ein: die von Cummings und Henry aufgestellte Disengagement-Theorie — der ältere Mensch wünscht sich gewisse Formen der „sozialen Isolation" — ist auch ohne Belege sehr populär geworden[41]. Sie ist ideologisch wie die „Aktivitätstheorie".

Ein Kernstück der Ergebnisse der neueren gerontologischen Forschung ist der Vorschlag zum Betreiben einer Geroprophylaxe: sinnvoll kann das Leben der Alten erst verändert werden, wenn sich schon das Vorleben ändert. Im Alter ist es für die meisten Umstellungen zu spät: genauso wie eine fettlose Ernährung, begonnen im Alter von 80 Jahren, bei einem Vorleben entgegengesetzter Eßgewohnheiten oft nicht mehr sinnvoll ist, so sprechen alle Erfahrungen dafür, daß die heute alten Menschen, die unter ungleich schlechteren Bedingungen als die heute Jüngeren älter geworden sind und noch schlechter vorbereitet waren (Erziehung zur Initiativelosigkeit, heute kaum vorstellbare Arbeitsbedingungen, keine Übung im Wahrnehmen selbstverständlicher Rechte, um nur einiges zu nennen[42]), kein Alter à la Goethe führen können[43]. Im Bereich der Medizin hat sich eine Prophylaxe entwickelt, das Risikofaktorenmodell gehört zum theoretischen Grundstock der Medizin. Bleibt die Geroprophylaxe aber auf die Medizin beschränkt, so steht zu befürchten, daß sie ein von vornherein einflußloses Unternehmen bleiben wird: hier wird versucht, den individuellen Lebensstil zu modifizieren. Mit untauglichen Mitteln wie dem ärztlichen Rat und moralischen Ermahnungen wird gegen potentere Einflüsse, die das Verhalten in andere Richtungen steuern (z. B. Fernsehwerbung), ange-

kämpft. Die Sorge für das gesunde Alter wird in die Eigenverantwortlichkeit für den eigenen Lebensstil verwiesen.

Wenn den Alten ein Platz in der Gesellschaft vorenthalten wird, auch schon Verbesserungen der Lebensbedingungen für die jetzt Alten ihr Geld nicht wert sind, wieviel eher wird dann eine Geroprophylaxe scheitern: einschneidende Umstrukturierungen und Umorientierungen wären nötig, sei es in der Erziehung, sei es an den Arbeitsplätzen, sei es in der Art der Wertbestimmung des Menschen: überall hätten die Gerontologen etwas zu sagen und Veränderungen zu empfehlen, wenn wirklich etwas für die Menschen getan werden soll, die einmal alt werden. Fehlen die Voraussetzungen, daß diese Erkenntnisse zu Forderungen werden und diese sich auch durchsetzen, so ist es verständlich, daß sich Wissenshalden bilden.

Wenden wir uns nun wieder den eingangs gestellten Fragen zu: Was ist das sog. „Altenproblem", und was kann die Wissenschaft zu seiner Lösung beitragen? Ein Teil der Alten lebt im Elend. Von dem, was Sinn gibt in der Gesellschaft, sind sie ausgeschlossen, einerseits durch Gesetz, zum anderen durch die Art der Anforderungen, die an fast alle gestellt werden: sie besitzen entweder nicht die richtigen Fähigkeiten, die zur Teilhabe am Leben qualifizieren, oder sie wurden ihnen genommen. Stabile Dauer erhält dieser Zustand durch die herrschende Wertstruktur, welche für die Verdrängung des eigenen Alters sorgt. Das Problem liegt im Fehlen der Voraussetzungen für ein Motivationsgefüge für die Existenz im Alter.

Das Problem ist primär keines der Wissenschaft, sondern der Durchsetzungsfähigkeit von Interessen. Wird Wissenschaft in solchem Zusammenhang bemüht, ist sie funktionalisiert: als Legitimationsquelle (die Autorität der Wissenschaft), als Alternative zu politischem Handeln (die Tendenz, praktische Probleme zum Gegenstand theoretischer Erörterung zu machen), oder vielleicht als Produzent von Handlungswissen. Was einmal Gegenstand der Forschung ist, wird zur Sache von Experten und der demokratischen Willensbildung entzogen. Das Bild des Gegenstandsbereichs läßt sich je nach der Wahl der zu benutzenden Wissenschaft in die je gewünschte Richtung verzerren.

Doch funktionalisiert braucht die Forschung ein Leitthema, eine Fragestellung, die klar formulierbar ist und über die zumindest beim Auftraggeber Einigkeit herrscht. Daß diese Bedingung hier durch einen öffentlichen Förderer nicht erfüllt ist, zeigt, daß die nötige Abklärung der Interessen nicht zur Genüge stattgefunden hat. Erst muß feststehen, welche Veränderungen zugunsten des Alters zugebilligt werden, bevor dann entschieden werden kann, ob die Frage, die von der Wissenschaft zu untersuchen sein wird, „Wie synchronisiere ich Arbeitsende und Lebensende", „Wie schaffe ich die Bedingungen für ein sinnvolles Leben im Alter", „Wie backe ich das billigste Gnadenbrot", „Wie verhindere ich die Altenrevolution" oder irgendwie anders heißen wird. Jetzt wäre darüber zu sprechen, *wie* diese Klarheit geschaffen werden kann.

Anmerkungen

1 Fünfter Forschungsbericht der Bundesregierung, Bonn 1975, S. 10.

2 Entsprechend § 8 der Verfahrensordnung für die Einrichtung und Finanzierung von Sonderforschungsbereichen empfahl die Bundesregierung 1968 18

Themen zur Aufnahme in das SFB-Verzeichnis. 5 Jahre später teilte die DFG der Bundesregierung mit, daß keiner der Vorschläge realisiert werden konnte.

3 Berlin, Gießen.

4 zitiert nach S. de Beauvoir, Das Alter, Reinbek bei Hamburg, 1972, S. 154.

5 H. P. Bleuel, Alte Menschen in Deutschland, München, 1975, S. 45.

6 I. Falck, Medizinische Folgen von Berentung und Pensionierung, Ärztliche Praxis *21* (1969), S. 3019.

7 A. Mitscherlich, Auf dem Weg zur Vaterlosen Gesellschaft, München 1963.

8 A. M. Quillemand, La retraite, une mort sociale, Paris 1972.

9 A. Jores/H. G. Puchta, Der Pensionierungstod, Medizinische Klinik (1959) S. 1158.

10 R. Schenda, Das Elend der alten Leute, Düsseldorf 1972, S. 191.

11 R. Schenda, ebd., S. 77.

12 H. P. Bleuel, ebd., S. 24.

13 G. Sieber, Die Altersrevolution, Reinbek bei Hamburg, 1974.

14 H. P. Bleuel, ebd., 165.

15 M. Paazig, Lebenshilfe für alte Menschen, Kleinere Schriften des deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt 1975, S. 12.

16 z. B. auch im Deutschen Ärzteblatt *72* (1975) S. 2951: J. F. V. Deneke, Steuerungsmechanismen für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen.

17/18 K. Schwarz, Sind wir auf dem Weg zu einem Volk alter Leute? Zeitschrift f. präklinische Geriatrie *5* (1975) S. 65, K. M. Bolte, Alterungsprobleme und Bevölkerungsentwicklung, in: R. Tartler (Hrg.), Die Altersfrage — soziale Aufgabe der Gegenwart, Stuttgart 1958, W. Steuer, Sozialhygiene, Stuttgart 1974.

19 Polizeiliche Kriminalstatistik 1965, zitiert nach H. P. Tews, Soziologie des Alterns, Heidelberg 1971, S. 318.

20 G. Sieber, ebd., S. 73.

21 F. Verzár, Das Werden einer neuen Wissenschaft, in: V. Böhlau (Hrg.), Wege zur Erforschung des Alters, Darmstadt 1973, S. 144.

22 T. Parsons, Struktur und Funktion der modernen Medizin, eine soziologische Analyse, in: Kölner Zeitschrift f. Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3, 1970, S. 10.

23 F. Homburger, Ärztliche Betreuung des Alternden und chronisch Kranken, Basel-New York 1957, Kap. I.

24 J. Schwalbe, Lehrbuch der Greisenkrankheiten, Stuttgart 1909, M. Bürger, Altern und Krankheit, Leipzig 1947, W. Doberauer, Alter und Krankheit, Wien 1957, O. Gsell, Alter und Krankheit, in: Das Altern — Fakten und Probleme, Göttingen 1966, A. Störmer, Altersbeschwerden — Alterskrankheiten — Krankheiten im Alter, Pharmaberichte Bayer (1969) S. 6.

25 „Gutachten über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen" für das Kuratorium Deutsche Altershilfe (Wilhelmine-Lübke-Stiftung), Köln 1975.

26 E. Fischer-Homberger, Geschichte der Medizin, Berlin-Heidelberg-New York 1975, S. 86.

27 H.-H. Eulner, Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes, Stuttgart 1970, S. 206.

28 Th. v. Uexküll, Das Verhältnis der Heilkunde zum Tode, Einleitung in: D. Sudnow, Organisiertes Sterben, Frankfurt am Main 1973, S. XV.

29 dass. S. XVI.

30 DFG Mitteilungen 1/75, S. 64.

31 W. Lepenies, Im Namen der Natur: Möglichkeiten und Grenzen einer anthropologischen Kritik an der neuen Linken, in: W. Lepenies (Hrg.), Soziologische Anthropologie, München 1971, S. 123.

32 G. Sieber, ebd., S. 39.

33 I. Falck in dem Rundgespräch: „Die sog. Geriatrica" auf dem Deutschen Kongreß für ärztliche Fortbildung, Berlin 1975.

34 „Schwarzhaupt Journal" der Schwarzhaupt KG Köln

35 R. Schenda, ebd., S. 56.

36 L. Hayflick, Das Altern der menschlichen Zellen, Triangel *12* (1974) S. 141.

37 L. Rosemayr, Humanes Altern und soziale Gerontologie, ein säkulares Thema und ein neuer wissenschaftlicher Schwerpunkt, Zeitschrift f. Gerontologie *6* (1973) S. 247.

38 Bericht über die 43. Tagung des Bergedorfer Gesprächskreises zum Thema Altersforschung, in: Zeitschrift f. Gerontologie *6* (1973) S. 235.

39 U. Lehr, Der ältere Mensch in der Industriegesellschaft, in: O. Döhner (Hrg.), Arzt und Patient in der Industriegesellschaft, Frankfurt am Main 1973, S. 97.

40 V. Navarro, Industrialismus als Ideologie, in: Technologie und Politik, Bd. II, rororo-aktuell Magazin, Reinbek bei Hamburg 1975, S. 100.

41 U. Lehr, Psychologie des Alterns, Heidelberg 1974, S. 216, H. P. Tews, ebd., S. 108.

42 G. Sieber, ebd., S. 79.

43 O. Blume, Gerontologische Probleme unter sozialpolitischen Aspekten, in: A. Christmann et al (Hrg.), Sozialpolitik, Ziele und Wege, Köln 1974, S. 301.