

# Von der Wissenschaft des Alterns

– Fragen an Forschung und Lehre eines neuen Fachs –





## Inhaltsverzeichnis

Vorwort	S. 4
Das Münstersche Monitum	S. 6
Interviewleitfaden	S. 7
Interview Univ.-Prof. Dr. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h. c. Eckhard Nagel	S. 8
Interview Prof. Dr. Martina Brandt	S. 17
Interview Prof. Dr. Frieder R. Lang	S. 24
Interview Prof. Dr. Klaus Rothermund	S. 33
Interview Prof. Dr. habil. Robin Haring	S. 41
Nachwort	S. 47

# Vorwort

Als bemerkenswerte Besonderheit unserer Zeit erleben wir, dass mit den 70-, 80- und 90-Jährigen ein neues Lebensalter simultan mit bis zu drei jüngeren Generationen zusammenlebt, aber den Zeitgenossen, jedenfalls Laien unter ihnen, als „terra incognita“ erscheint. Was ist in ihrer inneren Struktur diese vierte Generation? Das allgemeine Wissen über Kindheit und Jugend scheint uns wesentlich differenzierter als über jenes „neue“ Lebensalter. Mit welchem kulturellen Deutungsmuster nähern wir uns dem medizinischen Phänomen? Man könnte fragen: „Die vierte Generation – Vollendung des Lebens oder sein Verfall?“ Mit der Pandemie, die wir zur Zeit erleiden, und der besonderen Gefährdung älterer Menschen lädt sich dieses Paradigma mit einer aktuellen Fragestellung auf. Vieles in der Öffentlichkeit rückt dabei an die Frage heran, ob man nicht eine gezielte Abschottung dieser Generation vornehmen, also deren Bürgerrechte wegen der medizinischen Prävalenz stark einschränken müsse. Politisch wird gefragt: Ist das schon ein Segregationsbestreben? Manches in der öffentlichen Diskussion, etwa in den Social Media, rückt sogar nah ans Zynische, etwa wenn Malthus-Zitate oder gar Euthanasie-Ideen irrlichtern. Es wird, wenn auch verdeckt, hier und dort durchaus ein sozialverträgliches Frühableben zur Wirtschaftsförderung assoziiert. Das steckt ja hinter der Fra-

ge, ob die Fürsorge für die besonders Gefährdeten sich lohne, wenn man die negativen Auswirkungen auf das Bruttosozialprodukt bedenke: „Die vierte Generation – ehrenwert, aber überflüssig?“

Man muss dieses bescheidene Bändchen wegen des erheblichen inhaltlichen Gewichts der Beiträge als Veröffentlichung vor falschen Ansprüchen bewahren: Es handelt sich nicht um eine akademische Publikation im engeren Sinne, sondern um ein an ein breiteres Publikum gerichtetes Bändchen; Zielgruppe ist der interessierte Laie. Was hier sechs Wissenschaftler erörtern, ist wahrlich nicht beiläufig, obwohl es einem Unterfangen entspringt, das man als eine zivilgesellschaftliche Ansprache an die Forschung bezeichnen kann. Sicher ungewöhnlich als Weg, vielleicht aber verständlich in der Motivation.

Bürger wollen zu ihrer eigenen Bildung erfahren, wie Akademiker des Fachs ein Phänomen sehen, das auch sie, die Bürger, umtreibt: die neuen Alten. Wir sind Zeugen einer gestiegenen Lebenserwartung, einer vierten Generation, die simultan mit ihren Kindern, Enkeln und Ur-enkeln lebt. Das ist mehr als peripher, wenn das Leben immer länger andauert, was jedem natürlich von Herzen gegönnt sei.

Aus einer zivilgesellschaftlichen Diskussion um das von Frau Dr. Johanna Unkhoff verfasste „Münstersche Monitum“, einem Interesse von Privatleuten also, haben wir eine Suche danach entwickelt, wer eigentlich aus der Wissenschaft auf den politischen und gesellschaftlichen Diskurs einwirkt – ein sozioempirisches Unterfangen, wenn man ermitteln will, wie Agenda Setting funktioniert. Und fünf Wissenschaftler haben dem spontan zugestimmt und uns ein gehöriges Quantum ihrer Zeit geschenkt. Dafür gilt ihnen unser nachdrücklicher Dank.

Es folgt, naheliegenderweise, die Frage der Repräsentativität. Sie ist immer schwierig, hier ist sie in keiner Weise intendiert. Die Beiträge, die uns so facettenreich informiert haben, sind, wenn man es in der Sprache der Statistik sagen will, aus einer Zufallsstichprobe und Ausdruck eines großen persönlichen Entgegenkommens, das den Beteiligten weder Lohn noch Brot bringt und auch keinen Drittmittelruhm, uns aber glücklich gemacht hat ... Ich wiederhole unseren Dank.

Der Leser dieses Bändchens möge das Konstrukt eines identischen Fragenkatalogs entschuldigen; die Tiefe und die Vielfalt der Antwort entschädigen. Und wenn das Echo es hergibt, so ist mit einem größeren Band in der zweiten Hälfte dieses Jahres zu rechnen. An unserem Interesse, dem der Laien, soll es nicht scheitern.

*Im Februar 2021*

*Hon.-Prof. Dr. phil. Klaus Kocks  
– CATO Sozietät  
für Kommunikationsberatung GmbH –*

# DAS MÜNSTERSCHE MONITUM

*Alter ist ein Wert an sich.*

Ein hohes Alter kann das Glück eines erfüllten Lebens sein. Gesellschaften, in denen ein regelrechtes neues Lebensalter entsteht, dürfen als beschenkt gelten. Alte Menschen gehören zum kulturellen Reichtum des Lebens.

Trotzdem gilt vielen Menschen das neue Lebensalter als unbekannte Welt; es existiert wissenschaftlicher Forschungs- und Vermittlungsbedarf, jedenfalls für akademische Laien eine zivilgesellschaftliche Bildungslücke.

Beeinträchtigungen der Selbstachtung alter und sehr alter Menschen können durch körperliche Gebrechen und schwindende Erinnerungsfähigkeit für den einzelnen Menschen entstehen. Diese dürfen aber nicht zu einer Verringerung der zugemessenen Menschenwürde führen, auch dann nicht, wenn diese Rollenzuweisung von Dritten fürsorglich gemeint ist.

Schon gar nicht sind mit hohem Lebensalter ökonomisch angezeigte Verringerungen der medizinischen Versorgung gerechtfertigt, die eine höhere Sterblichkeit als sozialverträglich in Kauf nehmen. Das gilt auch und gerade in pandemischen Situationen mit epidemischen Kalkülen.

Das Lebensrecht und die Selbstbestimmung einschließlich der Freizügigkeit alter und sehr alter Menschen sind auch dann zu achten, wenn sie zu höherem gesellschaftlichen Aufwand führen. Alter ist ein Wert an sich. Ihm gebührt uneingeschränkt der Verfassungsvorbehalt der Menschenwürde als Richtwert allen staatlichen Handelns.

*(Dr. phil. Johanna Unkhoff, Münster)*

# Interviewleitfaden

1. Wir haben in der Covid19-Pandemie erlebt, was eine Perspektive von Zivilgesellschaft auf Wissenschaft sein kann. Hier hat es die Epidemiologen betroffen. Abgesehen von den Auswüchsen scheint uns der zivilgesellschaftliche Blick auf Wissenschaft auch bei der Alternswissenschaft wichtig. Wir wollen als Bürger lernen und Wissenschaft soll Politik legitimieren. Deshalb beginnen unsere Fragen zunächst mit dem Fach. Welches Fach oder welche Fächer vertreten Sie akademisch? Wie würden Sie dies Laien erklären wollen?
2. Ist Ihr Fach eine Wissenschaft sui generis, d. h. bestimmt sie sich durch einen eigenen Gegenstand oder durch eine für sie spezifische Methode? Oder sehen Sie sich im Querschnitt unterschiedlicher Disziplinen?
3. Würden Sie für uns Ihren persönlichen akademischen Weg beschreiben?
4. Liegt der Schwerpunkt Ihrer akademischen Tätigkeit eher in der Forschung oder in der Lehre? Und was sind in Ihrem Gebiet für Sie, wenn man das so sagen kann, die wirklich offenen Forschungsfragen?
5. Nähern wir uns der Alternswissenschaft an, zunächst sehr allgemein und pauschal, also noch gänzlich bürgerlich naiv. Was ist Alter, hohes Alter: Vollendung oder Verfall? Wie bewerten Sie Degeneration aus Ihrer fachlichen Perspektive?
6. In der Pandemie bezüglich der Impfstoffverfügbarkeit wurde Priorisierung diskutiert. Aber es gab auch eine Triage-Diskussion zur intensivmedizinischen Versorgung Erkrankter. Ist Triage nicht eigentlich eine kriegswirtschaftliche Kategorie?
7. Beeinträchtigungen der Selbstachtung alter und sehr alter Menschen können durch körperliche Gebrechen und schwindende Erinnerungsfähigkeit für den einzelnen Menschen entstehen. Dürfen diese zu einer Verringerung der zugemessenen Menschenwürde führen, wenn diese Rollenzuweisung von Dritten fürsorglich gemeint ist?
8. Dürfen mit hohem Lebensalter ökonomisch angezeigte Verringerungen der medizinischen Versorgung gerechtfertigt werden, die am Ende auch eine höhere Sterblichkeit als sozialverträglich in Kauf nehmen?
9. Das Lebensrecht und die Selbstbestimmung einschließlich der Freizügigkeit alter und sehr alter Menschen sind auch dann zu achten, wenn sie zu höherem gesellschaftlichen Aufwand führen. Das ist eine ethische Norm. Aber wie verbindlich kann man sie machen? Ist Alter ein Wert an sich? Ein höherer Wert als Jugend?
10. Aus Sicht des Lebenslaufforschers gefragt: Was wissen wir über die längste Lebensphase alles noch nicht? Stimmt es, dass es hier eine Disproportionalität zwischen der ersten Hälfte des Lebens und der zweiten gibt? Wird die Wissenschaft nach 67 dünn?
11. Abschließend möchte ich Sie auf soziale und politische Defizite bei unserem Thema ansprechen. Was empört Sie als Akademiker am meisten im profanen Leben?

# „Es gibt keine soziale Würdigkeit, nach der man das knappe Gut Leben verteilen kann.“

*Interview mit Univ.-Prof. Dr. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h. c. Eckhard Nagel*

**Frage:** Wir haben in der Covid-19-Pandemie erlebt, was eine Perspektive von Zivilgesellschaft auf Wissenschaft sein kann. Hier ist im Moment die Epidemiologie betroffen. Abgesehen von den wirklichen Auswüchsen, die es in dem Zusammenhang gibt, scheint uns aber der zivilgesellschaftliche Blick auf Wissenschaft auch bei Medizinethik und bei Alternswissenschaft wichtig. Die Situation ist ja, dass wir als Bürger lernen wollen, und Wissenschaft soll, so offensichtlich der Wunsch der Politik, Politik legitimieren. Welche Wissenschaft? Beginnen wir bitte mit der akademischen Frage nach dem Fach. Welches Fach oder welche Fächer vertreten Sie akademisch und wie würden Sie das einem Laien erklären wollen?

**Nagel:** Ich bin erst einmal von der Ausbildung her Arzt, habe also Humanmedizin studiert. Und ich habe zu der Humanmedizin Philosophie und Geschichte studiert. Insofern habe ich vielleicht einen etwas anderen Zugang als jemand, der sich sehr stark naturwissenschaftlich mit der Medizin auseinandersetzt. Ich bin dann Chirurg geworden und vertrete akademisch gesehen die Chirurgie. Darüber hinaus noch ein weiteres Fach, was sich erst nach meiner Studienzeit entwickelt hat, nämlich die Gesundheitsökonomie. Das ist ein Fachgebiet, was sich erst in den neunziger Jahren überhaupt herauskristallisiert hat, etwas, was ich mir als Mediziner zunächst nicht habe vorstellen können, dass die Ökonomie stark in das Alltagsleben der handelnden Ärztinnen und Ärzte eingreift. Weil dem so war, habe ich mich damit noch einmal intensiver auch wissenschaftlich beschäftigt und bin jetzt als jemand, der über diesen Oberbegriff „Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften“ Studierende noch neben der Medizin ausbildet, jemand, der versucht, hier Gesundheitswissenschaften und Wirtschaftswissenschaften zusammenzubringen. Wenn ich als Laie darauf schaue, was Gesundheitswissenschaften sind, dann würde ich sagen, alles das, was um die Entwicklungen rund um die Gesunderhaltung des Menschen bestimmt ist. Das ist allerdings ein sehr weiter Begriff. Das kann man sich aber leicht vorstellen, weil von unseren Alltagsfragen, wie wir



*Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel (Zoom-Aufzeichnung)*

leben, wie wir arbeiten, wie wir uns ernähren, natürlich überall auch Gesundheit immer mit betroffen ist und dementsprechend natürlich der Blickwinkel dann weit über das hinausgeht, was man in der Medizin macht. Hier beschäftigt man sich insbesondere mit Menschen, die eine Erkrankung haben oder die Gefahr laufen, eine Erkrankung zu bekommen. Insofern ist das ein etwas weiterer Blickwinkel. Wenn man das Wort Management noch hinzunimmt, entsteht die Frage, wenn wir uns denn mit solchen Fragen auseinandersetzen sollten, wenn das Wohlergehen von uns Menschen im Mittelpunkt steht: Wie organisieren wir dann, dass wir möglichst vielen Menschen die Vorteile naturwissenschaftlich geprägten medizinischen Fortschritts und der Lebenswissenschaften nahebringen, also etwa die Frage, wie funktioniert ein Krankenversicherungssystem, wie ist es mit der ambulanten versus der Versorgung im Krankenhaus? All das sind Fragen, mit denen ich mich „als Fach“ ebenfalls auseinandersetze.

**Frage:** Ist das ein Fach sui generis, also hat es einen exklusiven Gegenstand oder hat es eine exklusive Methode? Oder ist es ein Querschnittsfach?

**Nagel:** Das ist eine ganz wichtige Frage, weil sie ja die Theorie von Wissenschaft betrifft. Wenn wir heute in der Öffentlichkeit von Wissenschaft hören, dann ist das sehr oft ein Synonym für alles Mögliche. Wissenschaft steht irgendwie für sich. Wenn wir beispielsweise von den Wirtschaftsweisen sprechen, die die Bundesregierung beraten, dann haben wir schon so ein Etikett entwickelt, das auch einen gewissen Respekt und eine Ehrfurcht vor dieser Wissenschaft ausdrückt. Dann wundert man sich immer, wenn die Wirtschaftsweisen sagen, das Brutto-sozialprodukt wird wahrscheinlich um 1,5 Prozent steigen oder vielleicht ist es auch mal minus 0,9, dass nach einem halben Jahr die gleichen Weisen kommen und sagen, dass es mit den 0,9 nicht so gestimmt hat und es nun 0,5 sind und es sicher demnächst 1,5 werden und es dann aber doch nicht 1,5, sondern 1,7 sind. Dann beginnt die breite Öffentlichkeit zu zweifeln, ob die Wissenschaft nun wirklich adäquate und richtige Methoden verwendet, um zu ihren Ergebnissen zu kommen. Man muss wirklich differenzieren, handelt es sich um Wissenschaftszweige, die aufgrund ihres Inhalts tatsächlich mit Gesetzmäßigkeiten arbeiten können, wie zum Beispiel die Physik? In der Physik haben wir bestimmte Naturgesetze, die wir auch so nennen, weil wir praktisch in all unserer Erkenntnis – und die menschliche Erkenntnis ist, wie wir wissen, begrenzt – festgestellt haben: Immer wieder, wenn wir diesen Sachverhalt betrachten, kommen wir zum gleichen Ergebnis, und zwar über Jahrhunderte. Es gibt auch keine Methode, wie wir diese Ergebnisse wirklich manipulieren könnten. Das heißt also, wir haben ein Naturgesetz. Bei einer Wissenschaft wie der Medizin kennt aber auch jeder die Situation, dass er zum Arzt geht und der seinen Patienten vielleicht sogar nach dem sogenannten goldenen Standard untersucht, also nach den bestmöglichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Untersuchung, und dann kommt vielleicht eine Diagnose XY dabei heraus. Dann zuckt der Arzt mit den Schultern und sagt: „Da müssen Sie mal zu meinem Kollegen gehen. Damit kann ich jetzt noch nicht so wahnsinnig viel anfangen. Vielleicht gibt es noch eine Diagnose Z. Aber das Z, das kann ich nicht so recht erkennen.“ Dann wundert der Patient sich und denkt, gut, jetzt hat er mich doch schon nach dem besten Standard untersucht. Dann geht man zu dem anderen Arzt und dann sagt der: „XY überhaupt nicht, keinesfalls. Hier ist es nur Z.“ Dann fragt der Laie sich natürlich, wie das sein kann, ob der eine Arzt

schlechter arbeitet oder einen falschen Ansatz gewählt hat. Da muss man sagen, nein, die Biologie ist, obwohl sie auch nach ganz klaren Regeln funktioniert, in einem komplexen Geschehen wie zum Beispiel im menschlichen Körper nicht standardisierbar. Das heißt, bestimmte Abläufe sind eben keine Naturgesetze, sondern sind individuell unterschiedlich, so dass man zu unterschiedlichen Ergebnissen kommt. Also sind dann die Aussagen, die man in der Medizin macht, keine Naturgesetze, sondern Regeln, über die man sprechen kann, und Wahrscheinlichkeiten, über die man sich beraten muss. Der medizinische Plan zu einer medikamentösen Behandlung, wenn ich das erörtere, endet mit einer Wahrscheinlichkeit. Diese Unterschiede werden noch komplizierter, wenn man sich in den Geistes- oder Kulturwissenschaften bewegt, weil man dann keine quantitativen Methoden hat, also nicht einfach messen kann, sondern nur noch qualitative. Das heißt, wir bewerten dann schon unsere Ergebnisse und versuchen Analogien herzustellen. Das wird natürlich, in Anführungsstrichen gesagt, noch ungenauer, aber nicht im Sinne von Wissenschaftlichkeit überhaupt, sondern im Sinne des Bezugspunktes. Eine Ethnologie, zum Beispiel eine Untersuchung von kulturellen Eigenschaften einer bestimmten Bevölkerungsgruppe, kann sehr individuell, sehr spezifisch und nicht in einem Standard vergleichbar sein. Deswegen muss man sich den Wissenschaftsbegriff immer genau anschauen. Man muss entscheiden und klären, worüber wir reden. Dann erst kann man darüber eine Aussage treffen, inwieweit eine wissenschaftliche Direktive unser alltägliches Handeln betreffen sollte. Da gibt es die alte Maßregel von Max Weber, dem deutschen Soziologen, der eben schon zum Anfang des letzten Jahrhunderts gesagt hat, Wissenschaft sollte zunächst einmal neutral sein. Das heißt, die Erkenntnisse, die wir weitergeben, seien es quantitative oder qualitative Erkenntnisse, sollten keine verdeckten Bewertungen beinhalten. Wir wissen, dass das schwierig ist. Wenn ich meine eigenen Ergebnisse mit Verve vertrete und sage, so ist es, dann habe ich schon ein Urteil gefällt, weil ich nicht mehr offenlasse, dass meine Ergebnisse auch infrage gestellt werden könnten. Das ist in der Wissenschaft eben das Essentielle, damit ein Weiterentwicklungsprozess immer und überhaupt möglich ist. Die Wissenschaft sollte zudem politisch neutral sein, nicht nur Neutralität im Sinne einer Norm, sondern auch im Hinblick auf die gesellschaftliche Anwendung.

**Frage:** Vielen Dank. Sagen Sie, Chirurgen, sind das nicht die Handwerker unter den Ärzten? Das hat ja sehr viel mit Hand zu tun. Man kann auch nicht, glaube ich, theoretisch ein guter Chirurg sein, aber leider nicht in der Lage, Socken zu stopfen. Woher kommen Sie akademisch? Ist das ein Philosoph, der Chirurg geworden ist, oder ein Chirurg, der Philosophie studiert hat?

**Nagel:** Ich habe meine klassische Ausbildung an einem humanistischen Gymnasium genossen. Also hatte ich mit Biologie, Chemie und Physik nicht so wahnsinnig viel in der Ausbildung zu tun, aber sehr viel mit Philosophie, Geschichte und insbesondere alten Sprachen. Aber ich habe mich schon mit 13 Jahren entschieden, Medizin zu studieren, weil mich das wirklich interessiert hat; das ist eine persönliche Situation gewesen, in der ich war, wo ich eine Faszination entwickelt habe, auch schon für die Chirurgie im Besonderen. Dementsprechend war das mein Ziel. An meiner Schulausbildung konnte ich nichts ändern, aber ich konnte mich dann für ein Medizinstudium bewerben und habe das auch getan und einen Studienplatz bekommen. Ich war dann sehr enttäuscht über die ersten vier Semester im Medizinstudium, weil ich, anders, als das heute ist, gar keinen Patienten gesehen habe, sondern nur dicke Lehrbücher und uninteressante Diskussionen, von denen ich nicht so richtig verstanden habe, was sie denn mit der Medizin zu tun haben sollten. Das einzige, was mir Freude gemacht hat, waren die Anatomie und die medizinische Soziologie. Aus dieser Situation heraus habe ich dann noch parallel angefangen, Philosophie zu studieren, was aber nicht dazu geführt hat, dass mir die Medizin im klinischen Bereich weniger Spaß gemacht hätte. Sondern das ist immer meine wirkliche Faszination gewesen. Dann bin ich in einen Bereich gegangen, wo man als Chirurg tatsächlich über den Tellerrand denken muss, die Transplantationschirurgie. Da geht es dann doch schon um komplexere Sachverhalte, nicht nur die Übertragung eines Organs von einem Verstorbenen oder auch einem Lebendspender auf einen Menschen, der das dringend braucht. Sondern es geht natürlich dann auch um die Frage, wie dieses Organ angenommen werden kann, wie ein menschliches Organ leben kann, wie sich daraus eine Perspektive ergibt. Also anders als viele andere Chirurgen kenne ich meine Patienten auch nach zwanzig Jahren noch und sehe sie immer wieder. Es ist mit der Entlassung nicht vorbei. Insofern

habe ich den Bereich gefunden, der meinen Bedürfnissen oder meiner Erwartungshaltung an den Ärzteberuf am nächsten kommt, auf der einen Seite wirklich handeln zu können, nicht nur davorzustehen und zu sagen: „Ich weiß auch nicht so genau, was man machen soll. Oder wir geben noch einmal dieses Medikament oder jenes oder drehen noch einmal ein bisschen an dem Ventilator zur Beatmung.“ Es geht immer um konkretes Handeln, aber in der Komplexität des gesamten Organismus.

**Frage:** Wenn Sie Ihre akademische Lehrtätigkeit in Forschung und Lehre scheiden, wo liegt für Sie der Schwerpunkt? Wenn ich das daraus entwickeln darf: Was sind die wirklich offenen Forschungsfragen, wenn man die überhaupt so kurz benennen kann?

**Nagel:** Zwischen Lehre und Forschung, glaube ich, kann man tatsächlich keine wirkliche Differenzierung treffen. Ich bin sehr zurückhaltend mit der Monstranz, die wir in der deutschen Wissenschaft immer vor uns hertragen, nämlich dem humboldtschen Bildungsideal, wo wir sagen, Forschung, Lehre und in dem Fall Krankenversorgung gehören in eine Hand. Ja, das sollte in einem gedacht werden, aber ob es heute noch in eine Hand gehört, das würde ich bezweifeln. Es gehört in ein Team und dieses Team hat unterschiedliche Schwerpunkte, solche, wie sich eben wirklich den Tag über mit der Forschung zu beschäftigen, solche, die versuchen, die Forschungsfragen aus der Klinik herüberzubringen und zu sagen, das sind im Moment die Schwierigkeiten, mit denen ich in meinem Alltag in der Patientenversorgung zu kämpfen habe, und natürlich diejenigen, die eben junge Menschen heranzuführen und sie tatsächlich dafür begeistern, in diesem Bereich mitzuarbeiten. Das ist für mich, das gebe ich offen zu, je älter ich werde, der immer wichtigere Teil, junge Menschen auszubilden, weil es mich fasziniert. Ich bin beeindruckt, wie junge Menschen immer wieder in der nächsten und nächsten Generation sich Fragen stellen, wie sie mit ihrer Umwelt, mit ihren Herausforderungen für das eigene Leben umgehen und sich mit großer Energie der Wissenschaft auch öffnen, auf sie zugehen und darauf hoffen, wie ich das auch tue, dass sie durch diese wissenschaftliche Entwicklung das Leben der Menschen verbessern können, auch ihr eigenes natürlich, aber wirklich im Großen denken. Natürlich ist es auch wieder etwas, wo man konkret mit

der Zukunft zu tun hat. Das ist in der Medizin ein ganz wichtiges Movens, einen Patienten zu behandeln und zu hoffen, mitbeteiligt zu sein, ihm auch eine Zukunft zu gewähren. Das gleiche gilt natürlich dann auch als Ausbilder, weil man an der Entwicklung dieser jungen Leute partizipiert, und das macht mir viel Freude.

**Frage:** Ich möchte mich jetzt zunächst auf einer naiven Ebene den Alterswissenschaften nähern und zunächst ganz einfach fragen: Was ist Alter? Ist das Vollendung oder ist das Verfall? Der Begriff der Degeneration, wie er möglicherweise in der Medizin gängig ist, der hat natürlich eine implizite Wertung. Degeneration heißt nicht Vollendung. Degeneration heißt Verfall. Wie würden Sie auf dieser allgemeinen Ebene Alter beschreiben wollen?



**Nagel:** Wenn man einen biologischen Prozess betrachtet, dann ist es tatsächlich so, dass die Vitalität, das heißt also die Ablaufmechanismen, je jünger dieser Prozess ist, desto leichter ablaufen und dementsprechend, wenn man so einen komplexen Organismus wie den menschlichen sich anschaut, natürlich die Hochphase der Leistungsfähigkeit dieses Organismus auf der physischen Ebene wahrscheinlich um das zwanzigste Lebensjahr liegt. Das Altern beginnt praktisch danach. Alles nach dem zwanzigsten Lebensjahr ist ein Alterungsprozess. Nun kann man natürlich historisch betrachten, wann sind besondere für uns als Menschheit relevante Beiträge geliefert worden? Dann wird man sagen, die Zwanzigjährigen waren es jetzt nicht immer, die mit ihrer physischen Kapazität die Dinge wirklich nach vorne gebracht haben. Sondern es ist gerade der Reifungsprozess, der dann

auch dazu führt, zum Beispiel reflektiert Dinge weiterzugeben. Also unsere gesamte wirkliche Menschheitsgeschichte im Sinne der Entwicklung der Spezies homo sapiens, so wie wir ihn heute sehen, ist sicher durch die Möglichkeit, älter zu werden und nicht in einem frühen Stadium sterben zu müssen, geprägt. Das Altern an sich ist für den homo sapiens eine entscheidende Möglichkeit, seine Entwicklung als Spezies insgesamt zu erweitern. So würde ich das betrachten.

**Frage:** Ich sage jetzt, biografisch eingestreut, ich habe eine dreijährige Enkeltochter und einen fast hundertjährigen Vater. Ich erlebe also die Simultanität von vier Generationen, was ja doch historisch selten ist.

**Nagel:** Das stimmt. Aber das teile ich mit Ihnen. Mein Vater ist mit 96 letztes Jahr gestorben. Aber meine Mutter lebt noch. Und wir haben auch kleine Enkelkinder. Insofern beobachte ich das auch.

**Frage:** In der nächsten Frage geht es um ein etwas schwieriges Thema. In der Pandemie ist ja über die Impfstoffverfügbarkeit das Thema Priorisierung eines, das nicht nur in der Wissenschaft stattfindet, sondern auch in der Zivilgesellschaft, die die Wissenschaft betrachtet. Da taucht auch der Begriff Triage auf, etwa im Zusammenhang mit den Möglichkeiten der intensivmedizinischen Behandlung Erkrankter. Einer Ihrer Kollegen hat, als ich dieses Wort angesprochen habe, mir relativ empört entgegengehalten, dass der Begriff Triage eigentlich ein kriegswirtschaftlicher sei.

**Nagel:** Da hat er Recht.

**Frage:** Aber Sie sehen auch so etwas. Wir haben eingangs über Medizinökonomie gesprochen. Es gibt schon das Dilemma knapper Mittel und folglich die Notwendigkeit hässlicher Entscheidungen aus knappen Mitteln?

**Nagel:** Wenn man den bismarckschen Sozialstaatsgedanken nimmt, der sich durchaus verfeinert hat, nachdem der Ursprungsgeber andere politische Intentionen damit hatte als das, was wir heute haben: Es ist so, dass wir in der Bundesrepublik Deutschland ein Gesundheitswesen haben, das auf Solidarität und Subsidiarität beruht. Das heißt also, wir stehen füreinander ein und wir achten auf-

einander. Das sind die Grundbegriffe, die wir in unserem Gesundheitswesen haben. Das ist in vielen anderen Ländern anders. Deswegen muss man das immer lokal betrachten, wie solche Entscheidungen zustande kommen. Unter dieser Maßgabe aber haben wir ein Sozialgesetzbuch, das sagt, jeder und jede soll alles bekommen, was zweckmäßig und notwendig ist. Deshalb haben wir über das Thema Priorisierung in Deutschland in den letzten sieben, fünfundsiebenzig Lebensjahren nie geredet, weil niemand das wollte. Selbst in der Transplantationsmedizin, wo es zu wenig Organe gibt, wurde Kritikern vorgehalten: „Darüber brauchst du hier nicht zu reden. Das gibt es bei uns per Gesetz nicht.“ Hier gibt es alles für jeden und jede, was zweckmäßig und notwendig ist. Das hat den Sachverhalt ausgeblendet, den Sie gerade angesprochen haben, nämlich, dass wir mit endlichen Ressourcen umgehen, und das wissen wir lange. Auch das Thema Intensivbetten, was ja im Moment so intensiv diskutiert wird, ist nichts Neues. Ich kenne jedenfalls in meinen zurückliegenden 30 Jahren eigentlich keinen Tag, an dem ich nicht morgens auf Intensivbettensuche gehe, um letztlich zu klären, gibt es irgendwo im Haus ein Intensivbett, damit ich meine Patienten, die heute auf dem OP-Plan stehen, auch operieren kann. Das ist ein ganz normaler Vorgang gewesen, weil wir natürlich auch immer so planen, seitdem auch in der Medizin die ökonomische Rationalität angekommen ist, noch sehr viel stärker planen; dass wir nichts vorhalten, was wir nicht wirklich brauchen. Das ist in einer Art und Weise zum Tragen gekommen, dass die Öffentlichkeit es jetzt in der Pandemiesituation mit großer Verwunderung erlebt hat, dass wir wenig vorgehalten haben, weil Vorhaltung an sich ökonomisch gesehen Verschwendung ist. Darüber könnte man jetzt ebenfalls wieder lange diskutieren, ob das richtig oder falsch ist. Aber jedenfalls in der Medizin ist es schon lange so, dass wir eine Debatte führen wollten über die Entscheidung, was ist wirklich wichtig und muss vorgezogen, also priorisiert werden und was ist vielleicht weniger wichtig. An einem Beispiel: Ist es wichtig, eine Transplantation durchzuführen, die vielleicht darauf beruht, dass jemand eine Hepatitis, also eine Virusinfektion, bekommen hat, oder wäre es nicht wichtiger gewesen, in ein Impfprogramm zu investieren, damit möglichst alle Leute keine Hepatitis kriegen? Diese Diskussion gibt es in der Medizin schon lange, aber wir haben sie nie offen geführt, weil wir immer am

Ende gesagt haben, wir bekommen das schon alles hin. Es gab einmal einen Ärztekammerpräsidenten, der dann von impliziter Rationierung gesprochen hat. Das mochten die politisch Verantwortlichen gar nicht. Weil er gesagt hat: „Ihr redet nicht darüber, aber im Prinzip wird es bei dem Arzt zwischen Arzt und Patient dann doch entschieden.“ Es gibt dementsprechend auch eine Unsicherheit in unserem Land, schon länger, nicht nur seit Corona, dass vielleicht nicht jeder alles mehr bekommt und dass es vielleicht auch am Geldbeutel am Ende des Tages liegt, ob ich noch gut behandelt werde oder nicht.

.....  
*Die Wissenschaft sollte politisch  
neutral sein, nicht nur Neutralität  
im Sinne einer Norm, sondern auch  
im Hinblick auf die gesellschaftliche  
Anwendung.*  
.....

Das ist eine schleichende Verunsicherung gewesen, die jetzt praktisch auf den Punkt kommt, wo wir nämlich tatsächlich erleben, es gibt für alle nicht ausreichend Behandlungskapazitäten, jedenfalls unter Umständen nicht. Ich sehe das im Hinblick auf die Intensivkapazität relativ gelassen, wobei man dazu sagen muss, wir in Deutschland haben 35 Intensivbetten pro hunderttausend Einwohner. Jetzt fragt man sich, ist das viel, ist das wenig? Wenn man nach England guckt, da gibt es 7 Intensivbetten pro hunderttausend Einwohner. In Italien sind es 15. Das heißt, wir sind hier in Deutschland eigentlich gut ausgestattet und sind deshalb auch bisher relativ gut durch diese Krise gekommen, weil wir eine gute Ausstattung und sicher Probleme haben, aber damit bisher ganz gut umgehen konnten. Die Triage-Situation ist eigentlich ausschließlich für den Katastrophenfall gedacht. Es kommt aus der Kriegswirtschaft, aber ist für den Katastrophenfall. Wir kennen Katastrophenfälle, das Bahnunglück in Eschede oder andere Dinge, wo auf einmal hunderte von Patienten da sind, die man behandeln muss. Dementsprechend braucht man dann auch eine Entscheidung, wen zum Beispiel rettet man zuerst. Da ist es ganz klar. Man rettet zuerst denjenigen oder diejenige, von der man annehmen darf, dass sie von der Rettung am ehesten profitiert. Das ist in der Medizin eine ganz schwierige Abwägung. Es gibt zwei Entscheidungskriterien, entweder den zu behandeln, der am schwersten krank ist, in der Hoffnung, man ret-

tet ihn noch, weil er mehr zu verlieren hat, oder denjenigen, von dem man hofft, wenn ich ihn jetzt behandle, dann kommt er sicher durch, also dann wird er auch überleben. Das ist das, was wir auch in der Diskussion über die Frage der Zuteilung von Intensivbetten in Italien oder im Elsass gehört haben. Da kommt dann Alter mit ins Spiel, weil Alter ein Risikofaktor im Hinblick auf den längerfristigen Outcome ist. Insofern ist das dann der Punkt, wo wir auf so schwierige Debatten kommen, nach welchen Kriterien man entscheiden sollte. Aber das ist natürlich in einer Pandemie etwas anderes als eben bei einem Gasunfall, bei einem Autounfall, einem Erdbeben oder anderen Situationen.



**Frage:** Lassen Sie uns über die Selbstachtung alter und sehr alter Menschen reden. Die ist meiner Wahrnehmung nach durch zwei Paradigmen gefährdet. Das eine ist: Man hat mehr körperliche Gebrechen, als einem selbst lieb ist, und man hat möglicherweise eine reduzierte Erinnerungsfähigkeit, als einem selbst lieb ist. Selbstachtung hängt mit Menschenwürde zusammen. Meine Frage ist: Kann es eine fürsorgliche Reduzierung der Menschenwürde geben, indem man sagt, man überfordert diese Patienten auch, wenn man sie noch als voll entscheidungsfähig – Juristen sagen geschäftsfähig – behandelt?

**Nagel:** Medizinisch gesehen gehe ich auf jeden Menschen unabhängig von seiner Fähigkeit, vielleicht abstrakte Entscheidungen zu treffen, gleichermaßen zu. Es ist nicht nur eine Frage des Alters. Es kann auch eine Frage der geistigen Entwicklung sein. Das gilt zum Bei-

spiel auch für die jüngeren Menschen. Auch bei einem 15-Jährigen darf ich schon unterstellen, dass er eigenständige Entscheidungen treffen kann und muss, obwohl ich gesetzlich verpflichtet bin, natürlich die Eltern einzubeziehen, seinen Willen auch mit zur Grundlage meiner medizinischen Entscheidung machen. Das heißt, diese nachvollziehbare Gratwanderung, von der Sie gerade gesprochen haben, dass es unter Umständen im Laufe des Alterungsprozesses dann auch eine Überforderungssituation geben könnte. Nehmen wir es jetzt einmal ganz konkret. Wir werden jetzt auf viele Menschen zugehen und fragen: „Möchten Sie geimpft werden?“ Wir dürfen sicher davon ausgehen, dass viele Menschen überhaupt nicht voll umfänglich begreifen, was diese Impfung jetzt für sie unter Umständen medizinisch bedeuten könnte, sondern das im Wesentlichen sozial sehen und sagen, wenn ich geimpft werde, gewinne ich wieder ein Stück weit Freiheit und deswegen lasse ich mich impfen. Das ist keine wirklich freie Entscheidung, so wie wir sie uns wünschen würden. Das heißt, man muss hier im Hinblick auf die Selbstbestimmung natürlich von Beschränkungen ausgehen. Es ist wichtig, sie zu thematisieren, sie nicht wegzureden, aber eben aufgrund von Fürsorge, wovon Sie gerade gesprochen haben, für jemanden eine Entscheidung zu treffen, weil man Sorge hat, er selbst könne sie nicht mehr adäquat treffen, ist etwas, was wir vor fünfzig Jahren Stück für Stück verlassen haben. Es gab lange Zeit, bis in die fünfziger, sechziger Jahre hinaus, praktisch die barmherzige Lüge. Das war ein Standardbegriff, auch in der Medizin, dass man eben jemanden nicht konfrontiert hat, zum Beispiel mit dem Stand seiner Erkrankung oder den Schwierigkeiten, die ihm bevorstanden, um seine eigenen positiven Perspektiven, die er sich vielleicht seelisch und geistig macht, nicht zu unterminieren, weil man befürchtete, dass das eine negative Auswirkung auf den Krankheitsprozess hätte. Es wussten alle Bescheid, nur der Betroffene nicht. Ich glaube, das haben wir zum Guten gewendet und haben wirklich die Selbstbestimmung und damit auch die Informationsfreiheit für den Menschen, der im Mittelpunkt steht, deutlich gestärkt.

**Frage:** Dürfen mit hohem Lebensalter ökonomisch angezeigte Verringerungen der medizinischen Versorgung gerechtfertigt werden? Das ist die berühmte Debatte darum, was kälter formuliert ist, ob man nicht, um das Freizeit-

bedürfnis der Jugendlichen nicht weiter einzuschränken, lieber die ganz Alten doch sterben lassen soll. Gewollt höhere Sterblichkeit als ein sozialverträgliches Opfer?

**Nagel:** Wenn wir über Priorisierung sprechen, dann gibt es ja grundsätzlich unterschiedliche Möglichkeiten der Differenzierung der Betroffenen. Wir kennen alle die Fragen, unterscheide zwischen Mann und Frau, nach der Hautfarbe, nach Abstammung oder Religion. Also man hat prinzipiell eine ganze Reihe von Punkten, wo man Menschen differenzieren könnte. Wir haben schon im Wesentlichen nach dem Zweiten Weltkrieg und den unvorstellbaren Verbrechen auch der Medizin in dieser Zeit ein Genfer Ärztegelöbnis verfasst, das jedwede Unterscheidung in diese Richtungen ärztlich verbietet. Das schließt das Alter mit ein. Das heißt, es gibt keine Bevorzugung des jungen Menschen versus des alten. Die Diskussion, die wir natürlich jetzt im Zusammenhang mit der Priorisierung bekommen, ist ja: Das läuft dann aber irgendwann einmal zu einem Punkt, wo man nicht mehr allen alles geben kann, und wo sind denn dann überhaupt sinnvolle Unterscheidungskriterien? Ein solches Unterscheidungskriterium – das kennen wir aus der Transplantationsmedizin – ist zum Beispiel: Sollten nicht der soziale Status und die soziale Wichtigkeit einer Person eine Rolle spielen, wenn wir ihn behalten, also ganz unabhängig vom Alter? Meine Studierenden bekommen immer das Beispiel, was ich ihnen aufgabe, wenn Nelson Mandela eine Lebertransplantation gebraucht hätte, als er gerade Staatschef in Südafrika geworden ist, hätten wir ihn dann nicht bevorzugt und nicht auf eine Warteliste gestellt, sondern gesagt, der ist so wichtig, weil er für den Lebenserhalt von so vielen Menschen wichtig ist, dass wir ihn vorgezogen hätten. Auch da muss man unter ethischen Gesichtspunkten sagen: Nein, auch das geht nicht. Es gibt keine soziale Würdigkeit, nach der man das knappe Gut Leben verteilen kann. Deshalb ist es so wichtig, dass wir hier ganz klare Regeln nicht nur aufgestellt haben, sondern auch befolgen. Das heißt aktuell, keine Differenzierung nach Lebensalter.

**Frage:** Ich weiche jetzt gegen meine eigene Disziplin von meinen Fragen ab, weil mich das Thema so interessiert. Ich erlebe in England die Diskussion einfach nur aus Zeitungen, dass soziale Nützlichkeit sogar skaliert wird, dass einige sagen, „einer Hebamme doch lieber als einem Penner“.

**Nagel:** Das ist ja das Problem, was wir jetzt gerade in der Diskussion um Systemrelevanz haben. Das Unwort des Jahres ist für mich Systemrelevanz.

**Frage:** Das ist eine sozialdarwinistische Kategorie.

**Nagel:** Genau, absolut. Ich bin völlig fassungslos, mit welcher Selbstverständlichkeit man ständig von Systemrelevanz spricht und sagt, da müssen wir und da müssen wir, alle anderen sind nicht mehr relevant. Das ist ein Verlust an Klarheit, den wir hier haben, der höchst bedenklich ist.



**Frage:** Lassen Sie mich noch etwas dazu fragen, ob Alter ein Wert an sich ist. Rechtfertigen Alter und die Erhaltung von Alter und die Verlängerung von Leben einen spezifisch höheren Aufwand, als ich ihn gegenüber anderen gesellschaftlichen Gruppen treffe? Das heißt, die Frage, ob Altern ein Wert an sich ist, ist nicht nur, ob ich meine Großeltern liebe, sondern kann auch eine sein, wie alloziere ich ökonomische Mittel für welche Gruppen?

**Nagel:** Richtig. Ich glaube, wenn wir davon gesprochen haben, dass das Alter eigentlich kein Unterscheidungsmerkmal ist, dürfte es natürlich auch keine Unterscheidung im Hinblick auf die Zuwendung von Mitteln geben. Das heißt, eine junge Generation muss so viele Mittel zugewandt bekommen wie die ältere Generation. Nun wissen wir, dass das in der Medizin natürlich nicht der Realität entspricht. Wir haben ein Versicherungssystem, das darauf aufbaut, dass die Jüngeren für die Älteren einzahlen. Wenn ich in Rente bin, muss ich nicht mehr in

die gesetzliche Krankenversicherung einzahlen und bekomme das heraus, was ich als jüngerer Mensch für die ältere Generation schon eingezahlt habe und komme dann selbst in den Genuss dieser Unterstützung durch die jüngere Generation. Wir wissen, dass diese Generationengerechtigkeitsfrage keine einfache ist. Aber in der Medizin ist es etwas, was wir hier in Deutschland umgesetzt haben. Insofern rechtfertigt sich der natürlich höhere Aufwand rein für die medizinische Versorgung für ältere Menschen aus der Art und Weise, wie wir hier einen Generationenvertrag geschlossen haben, aber nicht daraus, dass man sagt, die Älteren bekommen per se mehr als die Jüngeren.

**Frage:** Ich möchte etwas aus der Sicht des Lebenslaufforschers fragen. Haben wir nicht eine gewisse Disproportionalität unseres Wissens auch dahingehend, dass wir sehr viel über die erste Hälfte des Lebens wissen und spezifisch weniger über die zweite Hälfte? Polemisch gefragt: Wird das medizinische Wissen ab 67 dünner?

**Nagel:** Das muss man insgesamt kritisch betrachten, weil wir uns im medizinischen Wissen oder in der Generierung des medizinischen Wissens sehr stark auf den Durchschnittsmenschen konzentrieren. Das sehen Sie jetzt gerade auch wieder, wenn es um die Erprobung von Impfstoffen geht, wenn wir die etwas absurde Situation haben, dass wir den Impfstoff an dem klassischen Durchschnittsmenschen getestet haben. Der ist zwischen 25 und 45 Jahre alt, ist in aller Regel kaukasischer Abstammung und ist wohlgenährt. Das entspricht leider nicht dem Durchschnittsmenschen auf dieser Erde und schon gar nicht im Altersspektrum dem Durchschnitt der Menschen. Aber das ist in der Medizin klassisch, dass wir, um Nebeneffekte von Medikamenten, von Impfstoffen et cetera möglichst zu eliminieren, uns auf diese Untersuchungsgruppe spezifizieren. Die haben auch keine Nebenerkrankungen. Das würde alles mit dem Medikament oder der Impfung intervenieren. Jetzt gehen wir aber in die Praxis – das nennen wir heute Versorgungsforschung – und impfen jetzt Neunzigjährige. Kein Mensch hat jemals geprobt, was das bedeutet. Das ist also ein Experiment. Das ist durchgängig in der Medizin aber so. Das heißt, für Ältere ganz genauso wie für die ganz Kleinen und Kinder gibt es eigentlich keine adäquate Forschung, sondern die wird letztendlich nur über Anwendungsbeobachtungen

gemacht. Das heißt, wir haben ein erhebliches Defizit im Hinblick auf Kenntnisse, zum Beispiel zu Medikamentenwirkungen im Alter, und haben eigentlich erst vor dreißig Jahren begonnen, mit der Gerontologie überhaupt das in Augenschein zu nehmen und uns zu vergegenwärtigen, da ist doch etwas anders. Ich halte eine Vorlesung über Ernährung und Ernährungsmedizin und da ist mir immer wichtig, den Lebenszyklus zu charakterisieren. Natürlich sind die Ansprüche und Erwartungshaltungen desjenigen, der gerade geboren wird, und desjenigen, der 60, 65, dann aber auch im hochbetagten Alter mit 85 lebt, vollkommen andere und auch die Stoffwechselprozesse sind andere. Wir bewegen uns langsam darauf zu, das wirklich zu verstehen, aber eher langsam als schnell. Insofern wissen wir vieles im Moment leider nicht so genau, wie wir es wissen müssten, um tatsächlich adäquat zu behandeln. Aber das ist auch nicht ganz einfach. Es würde zum Beispiel voraussetzen, dass man klinische Studien an Über-85-Jährigen macht. Das ist auch dann ethisch problematisch, wie auch bei Kindern oder bei Schwangeren.

• • • • •  
*Das Altern an sich ist für den  
homo sapiens eine entscheidende  
Möglichkeit, seine Entwicklung als  
Spezies insgesamt zu erweitern.*  
• • • • •

**Frage:** Die vorletzte Frage, wo ich Sie als politisches Wesen anspreche, was Sie ja in ganz deutlichem Maße eben auch sind, nicht parteipolitisch. Sie verstehen schon, was ich meine. Was stört Sie als Wissenschaftler am profanen Leben, an dem politischen am meisten? Wo empfinden Sie das höchste Empörungspotenzial, wo Sie sich als Wissenschaftler verkannt, missbraucht, nicht beachtet fühlen?

**Nagel:** Ich weiß gar nicht, ob ich mich missbraucht fühle. Aber ich sage einmal ein Beispiel im Hinblick auf die Wahrnehmung der Wissenschaft, nicht in der Politik, sondern in der Öffentlichkeit. Als wir den Nationalen Ethikrat gegründet haben – damals ging es um embryonale Stammzellforschung –, war nicht so sehr das Interesse der Öffentlichkeit – jedenfalls das, was bei uns ankam –, wie würde der Rat denn entscheiden, sondern gibt es eine Mehrheit oder gibt es eine Minderheit und wer unterliegt hier und wer gewinnt. Das war die Blickrichtung. Diese Vorstellung oder dieses Zielkriterium hat man in der

Wissenschaft nicht. Da gewinnt man nicht. Man gewinnt höchstens Erkenntnis. Was daraus geschieht, ist eine politische Entscheidung. Das ist, glaube ich, etwas, was in der Wissenschaftsrezeption in der Öffentlichkeit dringend geboten ist, das wahrzunehmen. Der andere Teil ist eher ein akuter, der mich in der Politik stört, nämlich, dass auch Politik sich immer stärker Wissenschaft zur Legitimation heranzieht. Ich wähle einen Abgeordneten und erwarte, dass er sich frei entscheidet. Wie charakterisieren wir Freiheit? Er soll eine Gewissensentscheidung treffen. Ein Wissenschaftler fällt eine Wissensentscheidung. Das ist ein gravierender Unterschied. Ich habe nicht so gerne, dass mein Wissen letztendlich dahingehend instrumentalisiert wird zu sagen, das ist das gleiche wie mein Gewissen. Das ist es nämlich nicht. Da braucht Politik eine stärkere Eigenständigkeit, sich auch Wissenschaft gegenüber zu artikulieren und zu sagen: Sehr schön, was ihr mir hier empfohlen habt, aber wenn ich die Realität zum Beispiel der Menschen, die in diesem Land leben, sehe, dann verbieten sich bestimmte Empfehlungen, die Sie machen, weil ich damit eine Gruppe vielleicht vernachlässige, die Sie jetzt gar nicht im Auge hatten. Diese stärkere Differenzierung würde ich mir doch sehr stark wünschen, weil das nichts mit profanem Leben zu tun hat. Sondern die Komplexität des Lebens ist nicht die Komplexität meiner wissenschaftlichen Fragestellung. Das ist deutlich zu unterscheiden. Deswegen wäre es mir so wichtig, dass auf der einen Seite Wissenschaft natürlich gesehen wird, wenn Erkenntnisse gewonnen werden. Nehmen wir jetzt einmal das Thema Klimawandel. Ich sage, diese und jene Perspektiven können wir geben. Aber dann muss darauf aufbauend eine für die gesamte Gesellschaft oder vielleicht sogar die globale Gesellschaft relevante Entscheidung getroffen werden. Das ist aber für Wissenschaft undenkbar, weil wir die Komplexität in wissenschaftlichen Fragestellungen gar nicht abbilden können. Das muss eine politische bleiben und es muss eine Gewissensentscheidung bleiben, die durch die Vernunft gestützt wird, aber es muss nicht auch immer nur eine vernünftige Entscheidung sein.

**Frage:** Letzte Frage. Was hätte ich fragen sollen, habe es aber sträflicherweise versäumt?

**Nagel:** Ich glaube, es ist aller Mühen wert, sich mit dem Alter und der Problematik einer älter werdenden Gesell-

schaft auseinanderzusetzen. Das ist auch für die Menschheitsgeschichte ausgesprochen neu. Ich habe vorhin darauf hingewiesen, dass der homo sapiens wahrscheinlich viele seiner Erkenntnisse nur deshalb hat realisieren können, weil er älter geworden ist als seine eigentlich biologische Kapazität. Wir haben jetzt diese Situation, dass die Perspektive, die man eigentlich in Spezies kennt, nämlich, je überlebensfähiger eine Spezies ist, desto mehr kümmert sie sich auch um den eigenen Nachwuchs, beim homo sapiens genau umgekehrt ist. Je besser es ihm geht und je älter er wird, desto weniger Nachwuchs hat er. Gleichzeitig verbreitet er sich natürlich massiv auf diesem Globus weiter. Es kommt sozusagen dieses Spannungsverhältnis zwischen den Altersgenerationen noch einmal massiv zum Tragen. Ob man das kulturell abfedern kann dadurch, dass man das Alter ehrt und in vielen Religionen hier das Alter auch besonders herausstellt, weiß ich, ehrlich gestanden, nicht. Aber insofern ist Ihr Ansatz, sich mit diesem Thema Altern auch wissenschaftlich noch einmal intensiv zu befassen, ein absolut spannender und weit über die Medizin hinausgehender Ansatz.

**Frage:** Dankeschön. Was das „Münstersche Monitum“ dabei treibt, ist ja, dass man aus alten Fehlstellungen der Diskussion herauskommt. Ich glaube, dass die Zivilgesellschaft eine Pflicht hat, sich schlau zu machen. Wir haben viel praktizierte Idiotie da draußen. Auch die Ausführungen im Bundestag zur Gravität und zur Lichtgeschwindigkeit, die ich höre, sind nicht der letzte Stand der Physik, würde ich als Nichtphysiker noch einmal anmerken. Das ist das eine. Das andere ist, dass aber möglicherweise auch eine neue Wissenschaftskommunikation kommen muss, wo ich nämlich, was Sie in exzellenter Weise nicht nur heute, sondern schon immer beherrscht haben, über die Bedingungen meiner Erkenntnisse auch reden kann. Warum weiß ich das? Warum weiß ich etwas nicht? Dass etwas nicht zu wissen sozusagen eine sehr hohe Form von Wissen oder Gewissen sein kann, also seine Grenzen beschreibend, während etwa in Diskussionen von pandemischen Situationen, wie wir sie jetzt haben, wie wir sie in solchen Situationen historisch immer hatten, Irrationalismen entstehen, die einfach darauf beruhen, dass ich sehr schnell einen spontanen Sinn haben möchte, selbst wenn er irrational sein sollte, sozusagen eine Erlösung aus der Debatte. Sie haben uns sehr geholfen, ich danke Ihnen für das Gespräch.

# „Menschen werden jetzt nicht per se älter, sondern mehr werden älter.“

*Interview mit Prof. Dr. Martina Brandt*

**Frage:** Wir haben in der Covid19 Pandemie erlebt, was eine Perspektive von Zivilgesellschaft auf Wissenschaft sein kann. Hier hat es die Epidemiologen und Virologen betroffen. Aber unabhängig von den Auswüchsen scheint uns der zivilgesellschaftliche Blick auf Wissenschaft auch bei der Alterswissenschaft wichtig. Zwei Aspekte: Wir wollen als Bürger, aus der Perspektive argumentiere ich, wir wollen als Bürger lernen. Und Wissenschaft soll, neuerdings verstärkt, Politik legitimieren. Deshalb gibt es möglicherweise eine neue Form von Wissenschaftskommunikation, die es in der Vergangenheit so noch gar nicht gegeben hat. Deshalb beginnen unsere Fragen zunächst mit dem Fach. Welches Fach oder welche Fächer vertreten Sie akademisch und wie würden Sie, nachdem Sie es akademisch gesagt haben, das einem Laien erklären wollen?



*Prof. Dr. Martina Brandt (Zoom-Aufzeichnung)*

**Brandt:** Das geht schnell. Ich vertrete die Soziologie. Wenn man es spezifizieren will, die Lebenslaufsoziologie mit einem Fokus auf Altern. Und die Definition ist: Wissenschaft vom Zusammenleben. Das ist ganz einfach oder auch nicht so einfach dann im Detail.

**Frage:** Spannend. Ist Ihr Fach eine Wissenschaft sui generis? Das heißt, besteht sie dadurch, dass sie entweder einen exklusiven Gegenstand hat oder eine exklusive Methode? Oder ist es ein Querschnitt unterschiedlicher Disziplinen?

**Brandt:** Darüber kann man trefflich streiten. Ich als Soziologin würde natürlich sagen, das ist eine Wissenschaft an und für sich und ihr Gegenstand ist Gemeinschaft und Gesellschaft, auf unterschiedlichen Ebenen. Um sich dem nähern zu können, gibt es die unterschiedlichsten Methoden. Es gibt natürlich theoretische Betrachtungen und viel, viel empirische Forschung, was der Gegenstand so mit sich bringt, die dann wiederum unterschiedlich quantitativ wie qualitativ sind. Oder auch in Mixed-methods-Designs, das ist jetzt das neueste, dass man versucht, die unterschiedlichen Methoden und ihre jeweiligen Vorteile zusammenzubringen. Ich würde behaupten, Soziologie ist eine Wissenschaft für sich und ein wichtiger Bestandteil der Sozialwissenschaften.

**Frage:** Wie würden Sie Ihren persönlichen akademischen Weg beschreiben?

**Brandt:** Glücklich.

**Frage:** Machen Sie es in Stufen bitte.

**Brandt:** Es begann damit, dass ich nach der Schule ein Soziales Jahr gemacht habe im Bereich Erwachsenenbildung für geistig und körperlich behinderte Menschen. Und dann fand ich das toll und habe angefangen, Sozialpädagogik in Köln zu studieren, an einer Fachhochschule. In Köln deshalb, weil ich unbedingt nach Köln wollte, aus Stuttgart raus. Im Sozialpädagogik-Studium habe ich schon im ersten Semester gemerkt, dass ich mit dem allem nicht so wirklich warm werde, also mit den Leuten, und nicht mit dem Anspruch an das, was man tut. Mit dem wissenschaftlichen Anspruch tatsächlich auch, den ich bis zu dem Zeitpunkt ja noch gar nicht kannte. Und

ich hatte aber tatsächlich auch Soziologie und Philosophie als einzelne Fächer, was mir besonders gefallen hat. Zudem habe ich immer mehr gemerkt: Sozialpädagogik ist ein weites Feld. Da hatte ich bis dato zwar die Rosinen rausgepickt, also mit dieser Freizeitarbeit für geistig behinderte Erwachsene, das ist ja etwas, fand ich zumindest, etwas sehr Schönes. Aber im Berufsfeld gibt es ja auch Abgründe, die muss man auch ertragen können, wenn man in dem Berufsbereich leben will. Das ist vielleicht dann doch nicht meins. Aber in Köln kann man ja auch an die Uni gehen und Soziologie und Philosophie allein studieren. Ich habe dann auch Leute kennengelernt im Karneval, die das machen. Und dann habe ich es einfach probiert. Ich habe tatsächlich mit Philosophie im Hauptfach angefangen, Soziologie eigentlich nur als Nebenfach und Ethnologie noch dazu genommen und im Laufe der Zeit gemerkt, die Soziologie ist das, was es mir antut. Köln trägt quasi eine eigene Schule in der Soziologie und diese Kölner Schule hat eine quantitative Ausrichtung. Und ich habe gemerkt, dass mir das wahnsinnig viel Spaß macht, weil ich da den etwas verlorenen Teil des naturwissenschaftlichen Denkens oder Herankehens zumindest so ein bisschen wiedergesehen habe in der Statistik. Und diese Verbindung zwischen Geistes-, Sozialwissenschaft, aber auch dem Statistischen fand ich großartig. Ich hatte dann das Glück, dass ich auch immer wieder Leute getroffen habe, die mir diese Möglichkeiten gegeben haben, die gesehen haben, dass ich, obwohl ich es noch nicht kann, gerne lernen will. Mentoren sind, glaube ich, immer wichtig. Ich habe eine quantitative Abschlussarbeit geschrieben, was mir gerade wirklich Spaß gemacht hat. Hans-Jürgen Andreß, der mich da betreute, hat mich einem Kollegen weiterempfohlen, der in Zürich gerade einen Lehrstuhl angetreten hatte, auch quantitativ soziologisch. Und dann habe ich gedacht, das Angebot, nach Zürich zu gehen und dort zu promovieren, das kann man ja nicht ausschlagen. Also ehrlich gesagt, war das Letzte, was ich eigentlich wollte, zu promovieren. Ich wollte in das Eventmanagement gehen. Ich habe alles Mögliche nebenher gemacht. Ich habe nebenher beim WDR gearbeitet, in Konzertagenturen gearbeitet, beim Düsseldorfer Altstadt Herbst gejobbt. Ich wollte in diese Richtung gehen. Dann kam das Promotionsangebot in Zürich. Da habe ich nicht Nein gesagt. Und dann war ich sozusagen am Haken und habe mit den Share-Daten „Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe“

promoviert. Ich war eine der ersten externen Nutzerinnen dieser Daten. Mittlerweile sind es Tausende. Also, es war ein Zufall, dass wir zur richtigen Zeit am richtigen Ort waren. Dadurch habe ich da das Team kennengelernt hinter diesem großen europäischen Projekt im Rahmen meiner Dissertation. Und es war tatsächlich so, das war wieder so eine Gelegenheit. Ich habe davon geträumt, nachts wirklich im Schlaf geträumt, dass ich im Team, im Koordinationsteam von SHARE sitze und mit denen irgendetwas diskutiere. Und Tags kam die Mail von dort, sie hätten eine Stelle in der PR, in der Wissenschafts-PR für SHARE, ob ich jemanden kenne. Dann habe ich zurückgeschrieben: Ich habe heute Nacht von euch geträumt, ich bin interessiert, selbst.

.....  
*Also, was ist alt, wer ist alt, was nehme ich empirisch? Ist es das Lebensalter, ist es der biologische Zustand, ist es der mentale Zustand, ist es das, was ich empfinde, ist es das, was andere über mich denken, diese Mischung?*  
.....

Da haben sie zurückgeschrieben, wenn du willst, kannst du zu uns kommen. Und ich hatte meine Promotion eben gerade fertig. Und bin dann, und das fanden viele einen nicht nachvollziehbaren Schritt, aus der schönen Schweiz mit dem gut bezahlten Job, den ich auch zunächst hätte weitermachen können, als Post-Doc nach Mannheim gegangen, SHARE-Koordination, um, so ein damaliger Kollege, Kugelschreiber zu beschriften (was ich tatsächlich getan habe). Es hat sich aber insgesamt nicht so erwiesen. Ich habe mit dieser Wissenschaftskommunikation und PR eigentlich so ein bisschen das gefunden, zwischen Event und Soziologie, was ich mal wollte. Das hat total Spaß gemacht. Ich habe aber auch in dem Zug gemerkt, man konnte diese Arbeit super gut mit wissenschaftlichem Interesse verbinden. Wissenschafts-PR fußt ja auf wissenschaftlichen Ergebnissen, die in irgendeiner Form spannend und relevant sind. Das habe ich genutzt und habe im Prinzip einfach weiter geforscht und eben zusätzlich Kugelschreiber beschriftet und bedruckt, meine Netzwerke erweitert, meinen Radius erweitert, viele Leute kennengelernt. Das war super. Forschungsinfrastrukturaufbau betrieben. Das war genau der richtige Schritt im Nachhinein, weil es eben

nochmal so die große Verbreiterung von allem war, also inhaltlich, aber auch strukturell. Und soziale Netzwerke und die Erfahrung im Projektmanagement, in Personal. Und irgendwann habe ich dann meine Habilitation angemeldet an der LMU München. Und in der Zeit, in der ich das angemeldet habe, kamen aber ein paar Ausschreibungen auf Professuren, die ganz gut inhaltlich gepasst haben. Da dachte ich, dann starte ich doch mal einen Testballon. Wenn es nicht peinlich ist, kann es nicht schaden. Dann habe ich so ein, zwei Testballons gestartet und wurde sofort eingeladen, ohne Habilitation, ohne dieses Papier, das man in Deutschland schon noch braucht. Es hat sich gezeigt, dass es nicht peinlich war und dass es sogar chancenreich war. Ich habe das dann genutzt, um, man nennt das bei uns, vorzusingen. Und dann kam die Ausschreibung an der TU Dortmund, die hat gepasst wie die Faust auf's Auge. Und da habe ich mich beworben, wurde eingeladen und habe ohne habil. den Traumjob angeboten bekommen. Also quasi ohne Habilitation auf eine entfristete W3-Professur. Das war schon toll. Ich bin von München also nach Dortmund gegangen. Da bin ich jetzt und habe einen supertollen Job. Es gab im Prinzip, wenn wir es zusammenfassen, immer Gelegenheiten, die sich geboten haben, zu sehen und dann zu ergreifen und begeistert zu sein. Es war nicht so strategisch. Aber irgendwie schon, weil ich an den einzelnen Entscheidungsstellen immer darüber nachgedacht habe, was das für Konsequenzen hat, natürlich. Und ich hatte wirklich Glück, dass ich die hatte, die ich mir erhofft habe.

**Frage:** Das ist Sozialarbeit an einer kirchlichen Fachhochschule. Und das wird Sozialwissenschaften an einer mehr oder weniger orthodoxen Universität. Das wird Sozialempirie an der Universität Zürich. Und es erweitert sich dann bis zum Max-Planck-Institut und löst sich dann in einer Professur auf, ohne dass Sie sagen, das habe ich mir Schritt für Schritt erzwingen müssen, sondern das Thema hat Sie erzogen. Kann man das so sagen?

**Brandt:** Ja. Und die Menschen. Ich müsste noch ein paar mehr nennen außer Hans-Jürgen Andreß. Es war an jeder Stelle ein Mentor, eine Mentorin, der/die da Dinge eröffnet hat, mir geholfen hat, mich beraten hat. Und offensichtlich richtig. Ich kann mir nicht vorstellen, was Besseres hätte passieren sollen.

**Frage:** Liegt der Schwerpunkt Ihrer akademischen Tätigkeit eher in der Forschung oder in der Lehre? Und beschreiben Sie ruhig, warum Sie Dortmund wirklich einen von Ihnen zu lobenden Standort finden. Und was sind für Ihr Gebiet, wenn Sie das sagen können, die wirklich offenen Forschungsfragen? Was würden Sie sagen, was erwarte ich von mir, das ich in den nächsten zwanzig Jahren beantworten kann?

**Brandt:** Ich würde sagen, sowohl als auch. Ich versuche, das bestmöglich zu verbinden. Weil die Forschung davon profitiert, in der Lehre besprochen und kritisch beäugt zu werden. Und die Lehre natürlich davon profitiert, aktuelle Forschung zur Grundlage zu haben. Ich würde sagen, tatsächlich beides in Verschränkung. Ich will da jetzt nicht den einen oder den anderen hervorheben; zumal es tatsächlich auch einfach irre Spaß macht, das, was man da herausfindet, an den Mann und die Frau zu bringen. Dortmund ist tatsächlich toll. Es ist ja noch so ein bisschen, glaube ich, von außen gesehen, ein soziologischer Underdog. Es ist jetzt nicht der Ort in Deutschland, an den man sofort denkt, wenn es um Soziologie geht. Wenn man sich aber die Professuren und deren Produktivität und deren, wie es so schön heißt, Impact, also die Auswirkungen in Gesellschaft, Wissenschaft und so anguckt, dann ist Dortmund ein großer und wichtiger und zentraler Standort für die Soziologie. Aber jetzt auch und gerade für die Altersforschung. Also mit dem Master „Alternde Gesellschaften“, mit den Professuren für Lebenslauf und alternde Gesellschaften, mit dem Institut für Gerontologie et cetera ist es wirklich ein Nabel, genau in dem Bereich, in dem ich arbeite, und hat mir super viel ermöglicht. Weil ich eben auch so eine Schnittstelle bilde zwischen Soziologie und Gerontologie, also aus der Gerontologischen Community wird Dortmund stark wahrgenommen. Und das fördert natürlich auch die Möglichkeiten.

**Brandt:** Ich habe Ihre zweite Frage noch nicht beantwortet. Wollen Sie die Antwort trotzdem noch hören?

**Frage:** Aber klar.

**Brandt:** Die Frage, die mich im Hintergrund quasi umtreibt, ist schon, wie können wir das Wohlbefinden Einzelner in einer Gesellschaft positiv beeinflussen? Das

klings jetzt ein bisschen weltverbesserisch, aber so ist es. Ungleichheiten zeigen sich auf jeden Fall im Alter, weil wir über kumulative Ungleichheiten über den Lebenslauf unter Umständen da Dinge zeigen, die vorher passiert sind. Und können wir das aus sozialpolitischer Perspektive tun? Also die große Forschungsfrage ist, wie beeinflussen Makro Sozialpolitik und Mikro Verhalten das Wohlbefinden?

**Frage:** Wie würden Sie die Frage beantworten, was Alter, was hohes Alter ist? Ich mache mal die Paradigmen auf, Vollendung oder Verfall. Wir können ja hohes Alter von dem Begriff, ich weiß gar nicht, ob es ein medizinischer Begriff ist, von dem Begriff der Degeneration schlecht befreien. Gleichzeitig gibt es natürlich eine philosophische Dimension, wo Sie auch zu Hause sind, die Alter als Vollendung denkt. Was ist es in diesem Chiasmus?

**Brandt:** Ich würde erst einmal ketzerisch die Gegenfrage stellen und fragen, was ist denn ein hohes Alter also? Woran macht man das denn fest? Und da geht es quasi schon los. Also, was ist alt, wer ist alt, was nehme ich empirisch? Ist es das Lebensalter, ist es der biologische Zustand, ist es der mentale Zustand, ist es das, was ich empfinde, ist es das, was andere über mich denken, die Mischung? Das kommt ja auf die Perspektive an. Die Biologie würde das an der Degeneration der Zelle festlegen. Nageln Sie mich da nicht fest, wie die das genau machen. Die Mediziner würden das an chronischen Erkrankungswahrscheinlichkeiten, demenziellen Erkrankungen et cetera, also letztlich an Krankheiten festmachen und an Behinderungen. Die Psychologen würden es vielleicht an eigener Einschätzung festmachen. Und jetzt ist die Frage, was meinen die Soziologen? Die machen es sich relativ einfach, die machen es am Lebenslauf, an Institutionen fest.

**Frage:** An Erwerbstätigkeit oder woran?

**Brandt:** Genau. Es gibt die Jungen, das sind die, die in Bildung sind. Es gibt die Mittleren, die in der Karriere- und Erwerbsphase stehen. Und es gibt die sogenannten Alten, die nicht mehr arbeiten, also in Verrentung sind. Das wäre dann also sechzig plus/minus. Und dann gibt es noch die, ich sage das jetzt mit viel Vorbehalt, es gibt

die jungen Alten, die nach der Verrentung noch aktiv und gesund sind. Und es gibt die alten Alten, wo dann tatsächlich der Unterstützungsbedarf durch chronische Erkrankungen und Einschränkungen steigt. Und die definiert man, das kommt so ein bisschen darauf an, zwischen fünfundsiebzig und achtzig Lebensjahren. Aber das sind Setzungen und das hat individuell nichts zu sagen. Die Soziologie ist ja die Wissenschaft der Vorurteile, das muss man so sagen. Aber es trifft natürlich auf einen Großteil zu.

**Frage:** Ist es historisch so, dass wir erstmals in der Menschheitsgeschichte simultan vier Generationen haben?



**Brandt:** Jein. Es ist so, das hohe Alter, das wir jetzt unterstellen wollen, gab es schon immer, nur in viel geringerer Zahl. Wenn jemand im alten Griechenland über die Schwelle von fünfzig gekommen ist, dann ist er auch hundert geworden. Das ist tatsächlich so: Die Selektion, ganz technisch ausgedrückt, fand eben früher statt. Die Lebensspanne an sich hat sich nicht grundlegend verändert. Nur die durchschnittliche Wahrscheinlichkeit für jeden einzelnen hat sich geändert. Das ist schon ein Unterschied. Menschen werden jetzt nicht per se älter, sondern mehr werden älter. Wobei, da würden wahrscheinlich auch Biologen mit streiten. Aber dieses mehr Generationen, viele Generationen auf einem Haufen, das ist natürlich tatsächlich im Moment in manchen Gesellschaften ein Phänomen, das besonders ausgeprägt ist. Aber es ist auch eine ganz komplexe Angelegenheit, weil da

ja auch Fertilität eine Rolle spielt. Also, wenn Sie jetzt einen dreijährigen Enkel haben, dann ist das auch nicht bei allen in Ihrem Alter der Fall, einfach weil die Fertilität so nach hinten geschoben ist. Manchmal wird es am unteren Ende dann quasi knapper. Und das ist auch gesellschaftlich total unterschiedlich. Das sieht in Italien ganz anders aus als in Schweden et cetera pp. Deshalb ist eine Generalisierung wirklich schwierig.

**Frage:** Wir haben eine aktuelle Diskussion zum Beispiel über Impfstoffverfügbarkeit, die von den Medizinern vornehm Priorisierung genannt wird. Wir haben in anderen Diskussionen, beispielsweise in intensivmedizinischen Versorgungseinrichtungen für Erkrankte, eine regelrechte Triage-Diskussion. Ist diese Triage-Diskussion nicht eigentlich kriegswirtschaftlichen Ursprungs?

**Brandt:** Also, wenn ich als Arzt sehe, ich habe nur die und die Mittel und ich habe einen anderen Bedarf, dann muss ja unter Umständen entschieden werden. Wir wollen nicht in diese Situation kommen und wir diskutieren darüber, wie wir es schaffen, nicht in diese Situation zu kommen, zumindest diejenigen, die soweit mitdenken. Aber wenn man da hinkommt, dann muss man ja entscheiden. Und dann finde ich tatsächlich, das ist meine persönliche Meinung, dann reden wir doch lieber darüber, auf welcher Grundlage wir das entscheiden, als dass es im stillen Kämmerlein irgendwie gemacht wird, wenn es gemacht werden muss. Der Triage-Begriff ist schwierig, ja. Es gibt das sogenannte Manchester Triage Szenario, das ist einfach die Notaufnahme-Priorisierung, wer wird wie zuerst behandelt, damit am Ende keiner stirbt. Man sollte das vielleicht auch ein bisschen weniger emotionalisieren. Und man muss auch dazu sagen, in anderen Gesellschaften – und die sind nicht weit weg, die sind Nachbarn – würde man diese Diskussion so gar nicht führen, weil das gang und gäbe ist. Da bekommt jemand keine neue Hüfte mehr, wenn er nicht mehr verspricht, die gesunde Lebenserwartung damit zu haben, die das quasi gesellschaftlich kostet. Ich finde das grausig und ich bin froh, dass wir diese Diskussionen hier nicht auf allen Ebenen führen und dass wir uns es leisten können, sie nicht zu führen. Aber in dem Fall, in dem man sie führen muss, sollte man sie offen führen.

**Frage:** Das heißt, Transparenz der Prinzipien.

**Brandt:** Ja.

**Frage:** Nach denen man die Entscheidung trifft.

**Brandt:** Und ein Austausch darüber. So traurig es sein mag.

**Frage:** Das ist, nebenbei gesprochen, die Perzeption der schwedischen Gesundheitspolitik. Man kann vielleicht besser verstehen, was wieder diskutiert wird, wenn man weiß, dass es eine calvinistische Kultur ist. Und dass da solche Fragen anders gewertet werden. Aber ich komme zurück zu meinen Fragen. Ich möchte jetzt eine stellen, die mit der Selbstachtung der Betroffenen zu tun hat. Die Selbstachtung alter und sehr alter Menschen wird natürlich durch ihre körperlichen Gebrechen und die schwindende Erinnerungsfähigkeit und alles, was das Ich in diesem Umfeld ist, möglicherweise angegriffen. Darf das gleichzeitig zu einer Verringerung der zugemessenen Menschenwürde führen, wenn sie fürsorglich gemeint ist? Ist da Würdezumessung nicht möglicherweise eine falsche Bürde?

**Brandt:** Ich würde sagen, ein klares Nein. Die Würde des Menschen ist unantastbar. Also eine Verringerung der Würde geht sicherlich nicht. Aber, das ist meine Einschränkung, eine Einschränkung der Selbstbestimmung unter Umständen, um denjenigen vor Selbstverletzung oder Selbstschädigung zu schützen, schon. Wenn Sie mich fragen, wo ich da die Grenze ziehe und wie ich das bestimme, dann bleibe ich Ihnen die Antwort aber leider schuldig.

**Frage:** Nein, ich verstehe das aber schon sehr gut. Das ist ja eine Überlegung, die Sie etwa haben, bei psychiatrischen Tatbeständen, wo sozusagen Angehörige oder Dritte Einweisungen in geschlossene Anstalten betreiben wollen. Und dann ist das entscheidende Kriterium, ob man dem nachgibt oder nicht, was Selbstschädigung ist.

**Brandt:** Genau. Also zum Beispiel: Der assistierte Suizid ist quasi der Freitod. Schadet das der Person wirklich, kann das irgendjemand anderes von draußen entscheiden? Eine super schwierige Frage. Aber im Grundsatz finde ich schon, dass unter Umständen Unterstützung in der Entscheidungsfindung möglich sein soll.

**Frage:** Dürfen mit hohem Lebensalter ökonomisch angezeigte Verringerungen der medizinischen Versorgung gerechtfertigt werden, die möglicherweise am Ende eine höhere Sterblichkeit als sozialverträglich in Kauf nehmen?

**Brandt:** Ich bin froh, dass wir in einer Gesellschaft leben, die sowohl was die ethisch moralischen Prinzipien angeht als auch die ökonomischen Möglichkeiten, die Frage eigentlich nicht oft stellt. Wenn wir in der Lage sind, dass wir es uns leisten können, dann sollten wir uns alles, was geht, leisten. Aber das Problem ist ja tatsächlich, vielleicht kann man das irgendwann mal nicht mehr entscheiden. Weil einem die Mittel fehlen, wie auch immer die geartet sind – dann wird es natürlich tatsächlich schwierig. Dann muss man wieder eine offene Diskussion darüber führen, auf welche Prinzipien man sich einigen kann. Und vielleicht auch die, weiß ich nicht, ob man das sagen kann, die Betroffenen mit einbeziehen. Es gibt ja auch Menschen, die sagen, ich brauche das jetzt nicht mehr. Ich brauche das zukünftig nicht, ich bin zufrieden.

**Frage:** Das Lebensrecht und die Selbstbestimmung einschließlich der Freizügigkeit alter und sehr alter Menschen sind auch dann zu achten, wenn sie zu höherem gesellschaftlichen Aufwand führen. Das ist die ethische Norm. Aber wie verbindlich ist diese denn? Ist Alter wirklich ein Wert an sich? Und kann man den Wert gegen die Wertigkeit anderer Lebensphasen rechnen? Kann man die Wertigkeit von Lebensphasen gegeneinanderstellen?

**Brandt:** Nein, kann man nicht. Kann man nicht, unter keinen Umständen ohne Einschränkung. Jede Lebensphase ist für jeden Einzelnen ein Wert an sich. Wir werden alle jeden Tag einen Tag älter und werden sie so durchlaufen, bis uns ein Ende gesetzt wird. Wir wissen nicht, ob wir alle hochaltrig werden oder nicht. Man kann es sicher nicht gegeneinander abwägen. Ich habe immer die gleichen Antworten, das ist ein bisschen langweilig. Man muss in Dialog treten und gucken, was können die einen verantworten und wie können sich die einen einschränken und wie die anderen, wie kommt man zusammen. Ich glaube schon, dass das eigentlich ganz gut funktioniert. Vor allem im Kleinen.

Nur in der großen Diskussion im Moment eher nicht. Also das, was da jetzt angeheizt wurde, die Altersdiskriminierung, die da jetzt angeheizt wurde in alle Richtungen, die blöden Jungen, die Party machen, die doofen Alten, die die Masken nicht tragen. Das ist alles nicht zielführend. Und das passiert aber tatsächlich auf der Personenebene eigentlich auch nicht. Da ist es eher so, um das wieder ein bisschen pauschal auszudrücken, Jüngere gehen für Ältere einkaufen, Ältere halten sich zurück und versuchen, sich selbst zu schützen, auch aus Angst natürlich. Man versucht, aufeinander aufzupassen, so gut es geht. Und das ist, worum es geht.

**Frage:** Ich habe jetzt bei einer Frage einen Begriff, den Sie auch genannt haben, die Sicht des Lebenslauf-Forschers. Was wissen wir über die längste Lebensphase, diese neue längste, die da hinten kommt, alles noch nicht, Fragezeichen? Und ist mein Eindruck richtig, dass es eine gewisse Disproportionalität gibt, dass die erste Hälfte des Lebens relativ gut ausgeforscht ist und die zweite nicht so gut? Polemisch gesagt, wird die Wissenschaft nach 67 dünner?

**Brandt:** Ja, wird sie tatsächlich. Die Beobachtung ist nicht falsch. Aber sie ist auch für Kinder sehr dünn. Also, sie ist vor 18 und nach 67 dünn. Das hat unter anderem tatsächlich auch methodische Gründe. Denn tatsächlich sind das die Personen, die schwerer zu erreichen und zu befragen sind, in vielen Fällen. Überproportional schwerer zu beschreiben und zu bekommen. Und bei der Altersforschung ist es so, das ist immer unglaublich komplex. Auch deshalb, weil man eigentlich den Lebenslauf davor berücksichtigen muss. Also ich muss ja immer mitdenken und am besten auch wirklich im Blick haben, was vorher passiert ist in diesem Leben, dass jemand jetzt dort steht, wo er steht. Das macht die ganze Angelegenheit methodisch doch sehr voraussetzungsvoll.

**Frage:** Kann das tatsächlich so sein, dass – aus der Perspektive des Allerwelts-Soziologen und des Laien gefragt – dass man in gewisser Weise im Alter auslebt, was man vorher im positiven Sinne angelegt oder im negativen Sinne nicht angelegt hat?

**Brandt:** Ja, nur nicht immer bewusst.

**Frage:** Nein, aber das Leben lebt sich aus.

**Brandt:** Genau. Da ereilt einen dann häufig die Konsequenz, auf unterschiedlichsten Ebenen – also, körperlich, mental, finanziell, was soziale Netzwerke angeht, familiäre Strukturen und so weiter. Das hat man vorher irgendwann mal mehr oder weniger bewusst entschieden und es ist zum Teil auch passiert, durch Schocks von außen. Und das kommt im Alter zusammen und kumuliert oder gleicht sich gegenseitig aus und spielt zusammen und zeigt dann quasi Ertrag oder seine Auswirkungen. Und das führt tatsächlich dazu, dass man da eine sehr große Variabilität hat. Also jedes Individuum ist ein Individuum. Aber auch, wenn man es als Soziologe über den Kamm scheren will und sozialstrukturell betrachten will, zeigt sich, dass die Phase des Alterns irgendwann sehr variabel ist. Da würde ich auch sagen, die große Lücke, diese Variabilität zu verstehen, angemessen zu berücksichtigen in der Forschung, das ist unsere große Aufgabe. Es gibt nämlich so Meilensteine und von denen aus geht es dann auch nicht in eine andere Richtung. Oder Dinge sind eben auch miteinander verquickt. Also, Karriere und Familienentscheidung zum Beispiel, gesundheitliche Auswirkungen von Karriereentscheidungen et cetera. Es gibt einen wissenschaftlichen Streit darüber, ob soziale Ungleichheit im Zuge der Alterung steigt oder abnimmt, weil da unterschiedliche Dinge am Werk sind. Einerseits kann es um Kumulation von Ungleichheiten gehen, also schlechte Gesundheit, schlechte Karriere, keine Frau, keine Kinder, übertrieben formuliert. Oder es könnte sein, dass sich unterschiedliche Dinge ausgleichen, also dass man eher in soziale Netzwerke investiert, wenn man keine Kinder hat, Puffereffekte. Das ist jetzt ein bisschen morbide, aber es ist so, dass diejenigen, denen es richtig schlecht geht, früher sterben. Die sind nicht alt. Die werden nicht alt. Dann beobachten wir sie in unseren Studien auch nicht mehr. Da streiten wir uns darum. Diese Lebenslaufdynamiken und deren Ergebnisse im Alter im Kontext von gesellschaftlichem Wandel und sozialpolitischer Einbettung zu verstehen, das ist unsere Aufgabe. Das wird noch ein paar Jährchen dauern.

**Frage:** Einmal mit Blick auf soziale und politische Defizite, was empört Sie als Akademikerin, insbesondere bei unserem Thema am profanen Leben, also sozusagen

am Alltagsleben? Sie sehen ja alles. Worüber können Sie sich besonders aufregen?

**Brandt:** Über plakative Verwendung wissenschaftlicher redlicher Ergebnisse gegen ihren eigentlichen Sinn. Und ich bin manchmal ärgerlich, wie wenig von unseren wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Breite der Wahrnehmung in Gesellschaft und Politik kommen und auch in die Umsetzung. Also ich bin in einigen Beiräten. Und wir machen da wirklich Aufklärungsarbeit. Wir versuchen uns auch in der Übersetzung unserer Erkenntnisse. Aber das dann wirklich in die Umsetzung zu kriegen, die dann auch tatsächlich zielgerichtet ist und unintendierte Nebenfolgen vermeidet, ist unglaublich schwierig. Das finde ich einfach schade. Und mich ärgert wirklich, wenn dann Sachen aus dem Zusammenhang gerissen und jemandem in den Mund gelegt werden, die einfach nicht die Tatsachen widerspiegeln, um die Leute aufeinanderzuhetzen.

**Frage:** Ja, ich verstehe das. Insofern unterscheidet sich, und das sage ich Ihnen als Kommunikationswissenschaftler, der wissenschaftliche Diskurs völlig von dem politischen. Der wissenschaftliche Diskurs ist prinzipiell auf Redlichkeit ausgelegt. Der politische Diskurs ist auf Böswilligkeit ausgelegt. Das heißt, entscheidend ist das Maß der Missbrauchbarkeit, das Verhetzungspotenzial.

**Brandt:** Genau das ist es, diese Verhetzung, das ist so furchtbar. Und die funktioniert so gut.

**Frage:** Ja, leider. Weil das Propagandamechanismen sind, die auch sehenden Auges mit der Unwahrheit umgehen können.

**Brandt:** Das führt aber bei mir auch zu dieser häufig moitierten Zurückhaltung der Wissenschaftler, sich überhaupt nicht zu äußern. Weil man da Angst hat, dass man irgendwie instrumentalisiert wird für irgendwas. Das führt auch zu solchen Ressentiments.

**Frage:** Letzte Frage: Was hätte ich Sie fragen sollen, habe es aber einfach versäumt?

**Brandt:** Nein, Sie waren gut in der Diskussion.

**Frage:** Ich danke herzlich für das Gespräch.

# „Menschen wachsen auf im Gefühl, es wird ebenfalls noch eine nachberufliche Lebenszeit geben.“

*Interview mit Prof. Dr. Frieder R. Lang*

**Frage:** Wir haben in der COVID-19-Pandemie erlebt, was eine Perspektive von Zivilgesellschaft auf Wissenschaft sein kann. Hier hat es die Epidemiologen betroffen. Und abgesehen von den Auswüchsen scheint uns aber diese Kommunikationsperspektive interessant: nämlich der zivilgesellschaftliche Blick auf Wissenschaft, in unserem Thema auf Alternswissenschaft. Es gibt zwei Aspekte. Wir als Bürger sollten lernen wollen. Politik lässt sich über Wissenschaft legitimieren. Deshalb beginnen wir zunächst mit der Frage zum Fach. Welches Fach oder welche Fächer vertreten Sie akademisch und wie würden Sie auf Nachfrage einem Laien erklären wollen, was das Fach ist?

**Lang:** Ich bin Inhaber des Lehrstuhls für Psychogerontologie an der Uni Erlangen-Nürnberg. Das ist ein einzigartiger Lehrstuhl in Deutschland, insofern nicht die Psychologie selbst im Vordergrund steht, sondern die Altersforschung und das Fach der Gerontologie. Wir beschäftigen uns mit allen Fragen des Alterns, die auf Erleben, Denken und Verhalten in seiner Veränderung im Lebenslauf beruhen. Die Gerontologie ist eine noch junge Disziplin. Ich konnte das Fach selbst nicht studieren, da es das Fach nicht gab, als ich studiert habe. Erst seit Mitte der 1980er Jahre konnte man Gerontologie zuerst in Heidelberg und dann auch in Nürnberg grundständig studieren. Die Gerontologie ist aber auch deswegen jung, weil selbst der Begriff der Gerontologie gerade mal etwa 110 Jahre alt ist und die wissenschaftliche Etablierung des Faches erst in den letzten vierzig Jahren begonnen hat. Mein Institut wurde erst 1986 gegründet. Der Lehrstuhl, den mein Vorgänger schon innehatte, wurde zuvor in Psychogerontologie umgewidmet. Mittlerweile gibt es in Deutschland zwar viele gerontologische Professuren, beispielsweise an den Universitäten Heidelberg, Vechta, Erlangen-Nürnberg, Köln oder in Chemnitz. Aber an nur zwei Unis kann man das Fach Gerontologie mit Universitätsabschluss studieren, nämlich in Vechta und Erlangen-Nürnberg. Wir haben hier also nicht nur eine umfassende Forschung, sondern auch die Lehre und Ausbildung. Wie

Sie wissen, ist Wissenschaft definiert als Einheit von Lehre und Forschung. Die Universitas als Einheit von Lehrenden und Lernenden gibt es im Fach Gerontologie bislang leider nur selten. Insofern ist ganz klar, dass wir da einen besonderen Auftrag und auch eine Alleinstellung haben. Allerdings gehört das Thema Altern und Alter keiner Disziplin. Es ist nur so, dass es Disziplin benötigt.



*Prof. Dr. Frieder Lang (Zoom-Aufzeichnung)*

**Frage:** Würden Sie das als Fach sui generis bezeichnen? Was ich damit meine, ist, haben Sie einen exklusiven Gegenstand oder haben Sie eine exklusive Methode oder ist das eine Querschnittswissenschaft?

**Lang:** Das ist eine spannende Frage, die kontrovers diskutiert wird. Es ist eine Frage, die ich nicht ohne einen historischen Exkurs beantworten mag. Wenn man sich die Entwicklung der wissenschaftlichen Disziplinen seit der griechischen Antike anschaut, kann man beobachten, dass es „die“ Wissenschaft oder eine wissenschaftliche Disziplin sui generis gar nicht gibt. Alle Wissenschaften haben sich aus bestimmten Fragestellungen heraus entwickelt. Und einige der großen Fächer der

Neuzeit, nehmen Sie Psychologie, Soziologie, Medizin oder Rechtswissenschaft, sind im Grunde nichts anderes als Spezialisierungen aus der einen philosophischen Wissenschaft, die schon mit den Schulen von Sokrates, Platon und Aristoteles und vieler anderer begründet wurden. Selbst die Medizin hat sich erst aus dieser Einheitswissenschaft heraus entwickelt. Und so ist es eine spannende Frage, wie die vielen Disziplinen in der Neuzeit entstanden sind. Meistens aus einer besonderen gesellschaftlichen Notwendigkeit heraus, und durch gemeinsame Fragen, Gegenstände und Methoden, aus denen sich ein theoretischer Diskurs und im Idealfall eine gemeinsame Handlungspraxis entwickeln konnten. Und all das sind Bedingungen, die sich in der Gerontologie erst in den letzten dreißig Jahren zunehmend beobachten lassen. So kommen wir heute also dazu, Gerontologinnen und Gerontologen auszubilden, weil sie in der Gesellschaft benötigt werden. Auch unsere Absolventen erleben, dass sie auf dem Arbeitsmarkt nachgefragt werden. Sie kommen gut unter und sie können in vielen Bereichen des Alterns und der Altenhilfe kompetent handeln, denn sie haben den gemeinsamen Hintergrund ihres Faches.

**Frage:** Wie würden Sie Ihren persönlichen akademischen Weg beschreiben wollen? Ich habe mit gewissem Respekt gesehen, Sie haben keine der großen Berliner Bildungseinrichtungen unberührt gelassen. Sie waren an der TU, an der HU und an der FU.

**Lang:** Das sieht anders aus, als es ist. Früher kam man nicht in die Alternsforschung, ohne zuvor ein anderes Fach zu studieren. Das ist zugleich die Besonderheit der Alternswissenschaft, dass sie eigentlich viele wissenschaftliche Fächer berührt. Es gibt kaum ein wissenschaftliches Fach, auch in den Naturwissenschaften, das nicht auch zu Phänomenen des Alterns spricht und beiträgt. Ich kam aus der Entwicklungspsychologie. Ich habe Psychologie studiert mit dem Interesse an der Lösung gesellschaftlicher Konflikte. Und da bin ich an einen leidenschaftlichen Professor für Entwicklungspsychologie an der TU Berlin geraten, der sich intensiv mit dem Lebenswerk von Fritz Heider beschäftigt hat. Fritz Heider war ein österreichischer Psychologe, der zunächst in Deutschland lehrte und dann sehr früh in die USA emigrierte und dort die moderne Sozialpsychologie mitbegründet

hat. Er hat ein vielseitiges und bis heute einflussreiches Werk hinterlassen. Heider gilt als Vater der Attributionsforschung, der Idee, dass das menschliche Denken und die Art und Weise, wie wir uns Phänomene und Dinge in der Welt erklären, nicht nur handlungsleitend ist, sondern das gesellschaftliche Zusammenleben prägt. Er gilt auch als Gründer der Kleingruppenforschung. Die Idee der sozialkonstruktiven Alltagspsychologie war es, zu verstehen und ernst zu nehmen, was Menschen für sich für wahr halten, unabhängig davon, was wirklich ist. Wenn Menschen glauben, etwas ist wahr, dann werden sie sich in der Konsequenz nämlich so verhalten, als wäre es wahr und machen es vielleicht so am Ende zu „ihrer“ Wahrheit. Das hat mich beschäftigt. Wie kommt es zu illusionären Verkennungen der Realität? Und ich bekam die Chance als Student bei diesem Entwicklungspsychologieprofessor an einem Projekt mitzuwirken, das er mir damals anvertraut hat. Er sagte: „Kümmern Sie sich doch einmal darum und machen Sie etwas daraus.“ Da ging es um die Frage: Wie denken Menschen über Entwicklung, wie denken Menschen über Altern, wie denken sie über Veränderlichkeit und so weiter? Was gibt es da für Vorstellungen? Das war meine erste, wenn Sie wollen, wissenschaftliche Arbeit noch als Student. Und es wurde später meine erste Publikation zur Laienperspektive auf das Altern. Dies hat mich fasziniert. Noch während ich daran gearbeitet habe, bewarb ich mich auf eine Praktikumsstelle bei einer psychologischen Gerontologin an der FU Berlin, die Margret Baltes hieß. Von ihr und ihrem Mann Paul Baltes hatte ich damals viel gelesen, das in den 1970er Jahren publiziert war. Ich dachte, die sind sicher tot oder im Ruhestand und war sehr überrascht, wie jung sie damals waren und auch, dass sie in Berlin lebten. Dann ergab sich die große Chance für mich am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung als Doktorand arbeiten zu können und ich durfte Margret Baltes als Betreuerin wählen. Sie war eine tolle Mentorin und eine wunderbare Wissenschaftlerin, die mir wunderbar gefallen hat. Die Gespräche mit ihr haben mich sehr beeinflusst. Deswegen bin ich auch später bei ihr geblieben. Bis zu ihrem plötzlichen und überraschenden Tod, der sie mitten aus unserem gemeinsamen Projekt herausgerissen hatte. Margret Baltes hatte meine Diplomarbeit und Promotion betreut und wollte auch meine Habilitation begleiten. Sie starb dann kurz vor ihrem sechzigsten Geburtstag.

**Frage:** Das ist früh.

**Lang:** Sie verstarb ganz unerwartet an einem Herzversagen und das war nicht nur für mich ein schwerer Verlust, sondern für alle, die mit ihr verbunden waren. Es hat mich auch schockiert, weil ich dann erleben musste, wie abrupt wissenschaftliche Prozesse beendet werden. Sie war die Gattin eines prominenten und führenden Forschers und eines Direktors am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, der danach alles übernahm. Aber sie war eine ganz andere, eigenständige Forscherin, sie hatte eine andere Perspektive und andere Ideen, die mich damals gefesselt und begeistert haben. Das wurde mit einem Schlag umstrukturiert, aber ich hatte wieder Glück: Auch für mich wurde noch eine Lösung gefunden und ich fand eine neue Mentorin, mit der ich während meiner Dissertation schon zusammenarbeiten durfte: die Soziologin Yvonne Schütze an der Humboldt Universität, die mich in ihre Abteilung aufnahm. Dort gab es ebenfalls große Unterstützung. Es war für mich ein großes Glück. So kommt es, dass ich bis heute über dreißig Jahre lang in der Altersforschung bin und doch etwas mehr als nur das kennenlernen konnte.

**Frage:** Sie haben einen Punkt bereits angesprochen, nämlich das Verhältnis von Forschung und Lehre als Definition von Universität. Wie gleichgewichtig oder wie gewichtig ist das für Sie? Und wenn ich das mit einer inhaltlichen Frage verbinden darf, gibt es für Sie so etwas in Ihrer Wahrnehmung wie die großen ungelösten Fragen?

**Lang:** Es kann in einer so jungen Disziplin eigentlich noch keine umfassend gelösten Fragen geben. Ich könnte Ihnen jetzt jedenfalls keine Frage des Alterns nennen, die schon restlos aufgeklärt wäre. Das Eindrucksvollste ist, dass wir seit hundert Jahren eine Revolution des Alterns in allen modernen Gesellschaften erleben. Nie zuvor gab es in der Menschheitsgeschichte die Aussicht auf ein langes Leben für so viele Menschen. Dazu zählt die Möglichkeit, ein Leben zu führen, ein gemeinsames Leben, in dem im Grunde simultan vier Generationen leben; zumindest in den meisten Gesellschaften, auch in vielen sogenannten Schwellenländern Afrikas oder Asiens. Überall erleben die Menschen das Altern und werden älter. Das wird für viele fast zu einer Selbstverständlichkeit. Junge Menschen wachsen heute im Gefühl

auf, eine lange, auch nachberufliche Lebenszeit zu haben. Viele erleben das zunächst mit einer Art Gleichgültigkeit und behandeln es vielleicht als nebensächlich, dass es da viele ältere Menschen in der Gesellschaft gibt, die man gut behandeln sollte. Erst nach und nach kommen die jungen Menschen darauf, dass sie das einmal selbst sind. Und dass es Teil ihres Lebens auch jetzt schon ist. Und dabei entwickeln Menschen spannende, aber manchmal auch beunruhigende, illusionäre Einstellungen und Bilder von der Lebensphase des Alters.

• • • • •

*Und jede Minute des  
Lebens zählt zum Leben.*

• • • • •

Wie diese Altersbilder das eigene Leben, das eigene Handeln, das Altern und die Gesundheit beeinflussen, ist eine der großen Fragen meines Faches. Wir sind nicht nur jung, wenn wir gerade zwanzig Jahre alt sind, sondern wir sind dabei bereits auch schon alt, weil wir vielleicht noch achtzig Lebensjahre vor uns haben, die unsere Erwartungen und Handlungen heute prägen. Daher sind wir in jeder Situation immer zugleich jung und alt, zumindest im Hinblick auf Erwartungen. Es wundert mich oft, dass wir das Altern dennoch so stiefmütterlich behandeln als wäre es nur ein Epiphänomen, dass man einmal am Rande behandeln kann, das aber nicht im Zentrum der wissenschaftlichen Fragen moderner Gesellschaften steht. Tatsächlich handelt es sich um eine der großen Fragen der Moderne, vergleichbar nur mit Fragen rund um Klima, Energie und Nachhaltigkeit. Wir müssen einen Weg finden, Gesellschaften als Gesellschaften des langen Lebens zu denken. Und solange das nicht passiert, sind wir noch nicht dort, wo die Gerontologie meiner Ansicht nach hingehört, in eigene Fakultäten für Altersforschung.

**Frage:** Faszinierend. Lassen Sie mich ganz naiv in einem ersten naiven Angang danach fragen, was eigentlich Altern und hohes Altern ist. Ist es Vollendung, was das philosophische Paradigma wäre und immer war. Die Antike denkt sich die Dichter der Ilias und der Odyssee als einen blinden alten Mann. Oder ist es Verfall? Wie würden Sie Altern zwischen diesen beiden Paradigmen beschreiben? Mir stößt so der medizinische Begriff der Degeneration auf, weil der so definiert, mit zwanzig sind wir formvollendet und ab dann setzt der Verfall ein. Das

sind Denkmodelle. Wie orientieren Sie sich zwischen diesen Paradigmen?

**Lang:** Die Gerontologie ist wie gesagt auch eine historische Wissenschaft. Und insofern ist sie selbst auch epistemischer Gegenstand der Forschung: Welche Bilder des Alterns gibt es seit Anbeginn der alternswissenschaftlichen Frage? Wir finden schon vor Sokrates und Plato dazu Überlegungen. Aristoteles war sicher einer der Forscher mit dem negativsten Altersbild, das noch bis in die Neuzeit unser Denken über das Altern prägt und vielleicht sogar ungerechtfertigt. Es gibt kaum einen Forscher, der die nur scheinbare Dualität von Vollendung und Verfall so klar formuliert hat wie Aristoteles. Und das ist natürlich nichts anderes als ein negatives Altersbild, aber es prägt unser Denken über das Alter bis heute. Allein schon zu glauben, es handele sich um einen Widerspruch oder einen Gegensatz ist falsch: Vollendung und Verfall, Werden und Vergehen sind doch von gleicher Geburt, die zwei Seiten einer Medaille. Es gibt keine Vollendung ohne Verfall, es gibt keine Entwicklung ohne Verlust, es gibt keinen Gewinn ohne Verlust.



Und die Besonderheit unseres Faches oder unserer Disziplin ist, die Dynamik von Gewinnen und Verlusten in ihrer Veränderung über den Lebenslauf zu verstehen und zu beschreiben. Denn das ist ebenfalls eine der großen Fragen, die unser Fach prägen. Jeder weiß das. Es gibt keine Krise im Leben, die man, wenn der Verlust einmal überwunden ist, nicht ebenfalls irgendwie auch als

Gewinn erleben kann, meist ist das aber erst im Nachhinein möglich. Natürlich ist es nicht hilfreich, wenn einem gleich zu Beginn einer Krise oder eines Verlustes gesagt wird: „Du wirst das schaffen und Du kannst diese Krise oder diesen Verlust als Gewinn erleben.“ Das behindert den Prozess vielleicht sogar. Aber wir lernen im Laufe des Lebens meist, dass wir aus unseren Verlusten und Niederlagen, aus dem Abbau und der Degeneration manchmal überhaupt erst die Kräfte und die Triebfeder entwickeln, die uns nach vorne treiben und wachsen lassen. Der Mensch ist ein Mängelwesen von Geburt. Deswegen ist das eigentlich entscheidende Phänomen des Alterns, dass es möglich ist, trotz all der Herausforderungen, die der Organismus durchlebt, der geistigen wie körperlichen, so etwas wie ein gutes Altern in Würde und in großer Lebensqualität zu erleben. Wir als Gerontologen beschäftigen uns daher meist mit dem Prozess des Alterns, also den Verlaufsaspekten, und nicht nur mit bestimmten Bevölkerungsgruppen wie den älteren Menschen, die ohnehin sehr vielfältig und heterogen sind. Die Gerontologie interessiert sich daher oft für die Jugendforschung. Und wir forschen beispielsweise auch zu den Hochbetagten, weil die letzte Lebensphase noch viele offene Fragen mit sich bringt. Wir führen zurzeit eine Studie mit Neunzigjährigen durch. Da lernen wir ganz andere Dinge, als wenn wir 65-jährige befragen, die wir manchmal etwas flapsig als „spätadoleszent“ bezeichnen. Das „junge Alter“ ist im Grunde eine jugendliche Zeit im Verhältnis zu dem, was wir bei Neunzig- und Hundertjährigen beobachten. Das kalendarische Alter ist aber dennoch eine relativ sinnlose Kategorie, da sie nichts anderes beschreibt als die seit Geburt vergangene Zeit. Wir versuchen, Menschen in bestimmte Strukturen von Alterskategorien einzubetten und bauen auf diesen Kategorien ganze Institutionen, wie Schulen oder Pflegeeinrichtungen auf. Und wir sagen: „Jemand der dieses Alter hat, soll bitte dieses tun oder jenes“. Da gibt es normative Vorstellungen, was für welches Alter angemessen ist zu tun. Nur, diese Normen bringen wenig, solange sie auf vereinfachten und falschen Vorstellungen beruhen. Bis etwa zum 14. Lebensjahr funktionieren Altersnormen meist noch gut. Weil wir ein sehr gut fundiertes Wissen aus der Entwicklungspsychologie haben, dass es erlaubt zu sagen, wer was in welchem Alter kann und können sollte: Was braucht der sechsjährige Grundschüler oder die siebenjährige Grundschülerin?

Die ersten drei, vier Lebensjahre sind sogar noch besser beschrieben. Da können wir fast auf die Lebenswoche genau präzisieren, was ein Kind kann, wie weit es gehen können sollte, wie viele Worte es kennen oder sprechen kann oder wie es denkt.

**Frage:** Und dreißig, vierzig Jahre am Ende des Lebens denkt man naiver Weise als Kontinuum.

**Lang:** Ja. Etwa mit 14 beginnt dann eine sehr lange Adoleszenzphase. Und wenn es gut läuft, dann endet diese Adoleszenz mit 85 oder 90 Jahren. Das ist natürlich übertrieben, wenn ich es so sage, aber es ist nicht weniger übertrieben als die Behauptung die Entwicklung des Erwachsenenalters endete mit 30 Jahren.

**Frage:** Bei der nächsten Frage geht es mir eigentlich ums Menschenbild. Ich möchte das aber nicht so vage lassen, sondern aktuell fragen. Bei der Diskussion über die Verfügbarkeit von Impfstoffen wird zunehmend der medizinische Begriff, wenn er denn ein medizinischer ist, der Priorisierung gebraucht. Wir haben eine ähnliche Diskussion ebenfalls bei der Verfügbarkeit von Intensivpflegebetten zur Versorgung von Erkrankten. Und ich lese jetzt ebenfalls neuerdings, lange nachdem ich zunächst die Frage so formuliert habe, den Begriff der Triage. Ist das nicht eigentlich eine zynische Perspektive, eine kriegswirtschaftliche?

**Lang:** Sie nehmen den Begriff der Triage hier aus dem ursprünglichen Verwendungskontext heraus. Mit der Frage wird meines Erachtens eine falsche Diskussion in der Öffentlichkeit geführt, meist von Journalisten oder anderen, die sich mit dem Triage-Konzept nicht intensiv beschäftigt haben. Das Triage-Konzept beschreibt in der Medizin eine Form der Optimierung, bei der die vorhandenen Behandlungsmethoden in Notsituationen optimal genutzt werden sollen. Immer und nur zum Vorteil der Patienten, keinesfalls zu deren Nachteil. Es geht also immer darum, jedem Patienten die für diesen Patienten erfolgreichste Therapie zukommen zu lassen. In Notsituationen müssen aber am Eingang zur Klinik manchmal wichtige Entscheidungen getroffen werden, wer jetzt am Schnellsten und Dringlichsten eine lebensrettende Behandlung bekommen sollte. Die Triage dient dem Lehrbuch nach also dazu, den Vulnerabelsten und

den Schwächsten die nötige Hilfe zuerst zukommen zu lassen. In der Öffentlichkeit wurde diese Triage-Debatte von Nicht-Medizinern aber plötzlich verkehrt herum geführt, so als gehe es darum, zu entscheiden, wer nicht mehr behandelt werden soll. Es geht aber nicht darum, Entscheidungen über Leben und Tod zu treffen, sondern es geht darum, eine optimale medizinische Versorgung zu gewährleisten. Deswegen kann ich zu dieser Debatte nichts beitragen, außer dass ich keinen Mediziner persönlich kenne, der ein anderes Interesse hat, als Menschen zu helfen und ihnen die beste, angemessene Therapie zukommen zu lassen. Das schließt auch den Palliativmediziner mit ein, der sagt, „ich möchte dort, wo keine Therapie mehr heilen kann, wenigstens die Lebensqualität fördern“. Das ist die eigentliche Frage. Jetzt könnten wir in dieser Pandemie in Situationen geraten, in denen wir feststellen, dass unser Gesundheitssystem einmal überfordert sein könnte. Woran liegt das? Vielleicht liegt es an einer Illusion, der Vorstellung, dass wir jederzeit und immer allen Menschen helfen und alle immer heilen können. Das ist ein großer und richtiger Anspruch, den ich befürworte. Aber es ist ein Idealspruch.

**Frage:** Verstanden.

**Lang:** Wenn wir das Mittelalter nehmen, da gab es keineswegs eine optimale Versorgung für Alle. Wenn wir nicht aufpassen und nicht alle Menschen schützen, so gut es geht, und sie zwingen, sich auch selbst zu schützen, dann könnten wir in eine unschöne Situation geraten, die an das Mittelalter erinnert. Das wollen wir nicht. Wir wollen nicht, dass sich nur die Stärkeren durchsetzen, sondern wir wollen die beste gesundheitliche Versorgung für alle. Ein anderes Verständnis von Triage würde in einen Diskurs darüber münden, ob es irgendjemanden in der Gesellschaft gibt, der ein geringeres Lebensrecht hat als andere. Mehr als achtzig Prozent in unserer Gesellschaft sind sich aber einig, dass es das nicht geben darf: Jeder Mensch hat das gleiche Recht zu leben und die gleichen Rechte auf eine gute Versorgung. Und zwar unabhängig vom Alter, vom Geschlecht oder von der Religion.

**Frage:** Wichtiger Standpunkt und ich sage, herzlichen Dank. Aber Sie wissen, Sie bemerken ebenfalls, es gibt natürlich diese Diskussionen. Ich erkenne sie in England, jedenfalls aus der englischen Presse, wo sogar über Ska-

lierungen von sozialer Nützlichkeit diskutiert wird, als Zumessungskriterium für bestimmte Therapien.

**Lang:** Und auch diese Stimmen gibt es. Die höre ich ebenfalls und die will ich auch nicht verschweigen oder unterbinden. Man darf Dinge sagen.

**Frage:** Aber sie sind falsch?



**Lang:** Meines Erachtens ja. Man muss den Widerspruch ertragen. Man kann sich Gedanken machen, dass vielleicht eine Gesellschaft des langen Lebens eine Gesellschaft ist, die viele Ressourcen braucht. Und dass dies dann eine Gesellschaft ist, die vielleicht großen Wohlstand braucht. Deswegen glauben viele Leute, dass nur moderne Gesellschaften dazu in der Lage wären, für ein gutes Alter zu sorgen. Dabei wird übersehen, dass viele vermeintliche Entwicklungs- und Schwellenländer, mittlerweile ebenfalls zu Gesellschaften des langen Lebens geworden sind. Nehmen Sie beispielsweise China oder nehmen Sie einige afrikanische Länder. Die Lebenserwartung aller Menschen weltweit, also das durchschnittliche Alter beim Tod, ist heute schon siebzig Jahre. Alle Menschen der Welt werden also heute schon im Durchschnitt 70 Jahre alt. Tendenz steigend.

**Frage:** Global? Erstaunlich. Wusste ich nicht.

**Lang:** Wir leben global längst in einer Gesellschaft des langen Lebens. Wir haben es nur noch nicht alle verstanden. Jede Minute des Lebens zählt dabei gleich viel.

Und es gibt natürlich keinen Maßstab oder Standard, der sagt, „nur ein 45-Jähriger ist wirklich fit und gesund und produktiv und wertvoll, aber ein 75-Jähriger dann nicht mehr“. Im Gegenteil: Die Mehrheit teilt das Grundverständnis von Menschlichkeit, wonach jedes Leben gleich zählt, jedes Alter hat dabei auch eigene Rechte.

**Frage:** Die nächste Frage bezieht sich auf etwas, was ich fürsorgliche Einschränkungen des Würde-Begriffs genannt habe. Wir haben ohnehin ein gewisses Problem der Selbstachtung der Betroffenen selbst. Durch körperliche Gebrechen, ebenfalls durch Demenz. Ist der Würdebegriff nicht ein zu hohes Postulat? Und kann es eine therapeutisch angezeigte Reduzierung des Würdebedarfs geben? Wie würden Sie das sehen?

**Lang:** Ich finde es toll, dass Sie auf das Würde-Thema eingehen. Das ist ein wichtiges Thema, besonders in der palliativmedizinischen Forschung. Dort wird der Würde-Begriff sehr intensiv behandelt und es geht um die Grundfrage: Wie können wir Würde erhalten gerade in den Situationen, wie Sie sie jetzt bei Ihrem Vater beschreiben? Es bringt uns oft an die Grenze unseres Verständnisses oder unser Erkenntnismöglichkeiten, sich vorzustellen, dass jemand, der vielleicht in seinem Selbsterleben zerfasert oder inkohärent wirkt und der kaum noch Intentionen zu Ende bringen kann, genauso viel Würde in sich trägt, wie jeder andere. Wie können wir vor diesem Hintergrund die Würde verstehen? Wie begründet sich der Anspruch auf die Würde des Menschen? Wenn es etwas gibt, was nicht zum Würde-Begriff passt, dann ist es die Idee, dass Würde zugewiesen oder gewährt wird.

**Frage:** Verstanden.

**Lang:** Die Würde der Menschen ergibt sich aus dem Menschen selbst. Die ursprüngliche Idee der Würde geht zurück auf einen Theologen aus Florenz, Giovanni Pico della Mirandola, der im 15. Jahrhundert argumentiert hat, dass sich der Anspruch des Menschen auf Würde daraus ergibt, dass der Mensch einen freien Willen hat und sein Wesen selbst gestalten kann. Aus dieser Selbstbestimmung des Menschen, der prinzipiellen Fähigkeit zur Selbstbestimmung leitet sich die Würde des Menschen ab. Die erlischt auch dann nicht, wenn wir nicht mehr in der Lage sind, zu erinnern, wer wir sind, oder nicht mehr in der

Lage sind, eine Absicht oder einen Plan umzusetzen. Die Würde ergibt sich daraus, dass wir mit anderen Kontakt haben, dass wir sprechen, dass wir menschliche Regungen und Gefühle erleben. Das ist die Kernidee. Deswegen gibt es an dieser Stelle keine Alternative. Würde ist als das Kernkonzept des Menschseins zu schützen und zu bewahren.

**Frage:** Könnte man wie Kant sagen, Würde ist apriorisch?

**Lang:** Absolut.

Es ist mir wichtig, dass diese Debatte eigentlich nichts mehr mit dem Alter zu tun hat, sondern nur mit der Art und Weise, wie wir unser gesellschaftliches Leben definieren und organisieren. Deswegen ist Alternswissenschaft vielleicht ein wichtiges wissenschaftliches Gebiet, weil es erlaubt gesellschaftliches Zusammenleben besser zu verstehen und zu gestalten. Weil wir aus dieser Perspektive heraus dazu beitragen können, wie es generell geht, ein Zusammenleben mit unterschiedlichsten Bedingungen zu ermöglichen. Es geht nicht nur um Behinderungen oder um schwere Lebenslagen und Krisen. Es geht eigentlich um die Gesamtheit des Miteinanders und Zusammenlebens.

**Frage:** Nächste Frage. Dürfen mit hohem Lebensalter ökonomisch angezeigte Verringerungen der medizinischen Versorgung gerechtfertigt werden, die am Ende auf eine höhere Sterblichkeit als sozialverträglich wahrgenommen werden? Ich meine, Sie haben es bereits beantwortet. Insofern ist es jetzt eine rhetorische Frage.

**Lang:** Die Antwort ist klar nein. Aber die ist bereits beantwortet. Nicht von mir, sondern die ist beantwortet durch die Geschichte. Denn die Wahrheit ist, dass die medizinische Versorgung ganz wesentlich dazu beigetragen hat, dass heutzutage mehr als fünfzig Prozent eines Geburtsjahrganges ein Alter von über achtzig Jahren erreichen. Und wenn Sie das einmal anschauen, wie das 1900 war, dann waren das fünfzig Prozent, die nicht einmal das Alter von fünfzig erlebt haben. Wie gesagt, wir erleben eine Revolution des Alterns. Auch weil wir uns geschworen haben, in der Medizin und in der Versorgung alles zu tun, um Gesundheit optimal zu ermöglichen. Wir tun das sogar mit maximalen Mitteln. Es ist einer der Bereiche, in die die meisten Forschungsmittel

fließen. Aber es gibt ein Risiko dabei: Wir könnten vergessen, dass es noch andere wichtige Themen gibt, neben der medizinischen Maximalversorgung.

**Frage:** Klar.

**Lang:** Die Fokussierung auf die medizinische Forschung führt zu einer „Medikalisierung des Alterns“, die auch Gefahren birgt, wenn sie über die Köpfe und Wünsche der Leute hinweg geht, weil viele sich beispielsweise bei dem Gedanken unwohl fühlen, auch dann weiterleben zu müssen, wenn sie das vielleicht gar nicht wollen. Das ist unnötig. Es ist ein Ergebnis der Medikalisierung, die mehr verspricht, als gehalten werden kann.



**Frage:** Ohnehin nehme ich als Grundparadoxien der gesamten Diskussionen wahr, dass sehr oft die Fragen an die Alternswissenschaft solche sind, wie man Altern verhindert.

**Lang:** Leider ist das auch in der Gerontologie etwas, was zunimmt. Sie werden vielleicht einige Gesprächspartner aus den stärker medizinisch orientierten Feldern der Alternswissenschaft finden, die behaupten, dass es bald soweit sein wird, dass man mit biomedizinischen Methoden das Altern überwunden haben wird: Biologen sagen Altern, wenn sie die degenerativen Prozesse in der Zelle meinen. Altern ist aber nichts was man überwinden kann. Ich halte das für eine szientistische Illusion, denn das Altern ist eine *conditio humana*, eine Voraussetzung des Lebens. Das wissen einige biologische Forscher vielleicht nicht, weil sie Aristotelischen Mythen aufsitzen. Ich

kenne herausragende, gestandene Forscher, die glauben, das Alter sei eine Art überwindbare Krankheit.

**Frage:** Durchaus klar.

**Lang:** Darunter sind sogar prominente Präsidenten unserer Fachgesellschaften. Ich bin überzeugt, sie haben Unrecht. Vielleicht weil sie in einer fiktiven Welt von Mäuselaboren und Zellkulturen leben und arbeiten, die wenig mit der Wirklichkeit des menschlichen Alterns zu tun haben. Es gilt, die gesellschaftlichen Zusammenhänge der alternden Gesellschaft zu verstehen, welche diese Prozesse der Dynamik von Gewinn und Verlusten braucht, um voran zu kommen. Auch deswegen wird das Altern nie überwunden. Aber was wir schaffen werden aufgrund dieser wichtigen und lohnenswerten biomedizinischen Forschung: Wir werden das Ausmaß der Krankheiten, der Degenerationen über die Jahrzehnte weiter vermindern und eine immer höhere Lebensqualität ebenfalls im Alter von neunzig oder hundert Jahren erreichen können. Vielleicht wird auch die Phase der Morbidität am Ende des Lebens verkürzt. Es bleibt aber eine vulnerable Lebensphase. Nehmen Sie einmal das Beispiel der Demenzforschung. Seit dreißig Jahren heißt es, alle paar Jahre wieder, in fünf Jahren haben wir die Demenz überwunden. Seitdem ich ein junger Student war höre ich das oder ähnliches.

**Frage:** Es gibt Stimmen, die sagen, „unser Wissen bezieht sich im Wesentlichen auf die Lebensfrage der Erwerbstätigkeit“. Man weiß viel über Menschen zwischen 16 und 60. Es gibt andere Stimmen, die sagen, „wir wissen sehr viel über die frühen Phasen“. Sie haben das gerade ebenfalls beschrieben. Und wir wissen sehr wenig über hohes Alter. Man könnte polemisch fragen, wird unser Wissen nach 67 dünn? Gibt es eine Disproportionalität von jetzt nicht nur wissenschaftlichem, sondern ebenfalls Alltagswissen darüber, was inhaltlich Lebensphasen sind?

**Lang:** Das gibt es. Das ist, glaube ich, offensichtlich, wenn Sie die Anzahl der Jugendforscher in Deutschland zählen und im Vergleich die Zahl der Alternsforscher, dann werden Sie schnell finden, dass das nicht den Proportionen entspricht, die wir in der Bevölkerung haben. Aber das ist an sich nicht das entscheidende Argument.

Ich würde die Disproportionalität betrachten – ich finde die Frage übrigens sehr gut. Die Frage fördert noch etwas zu Tage, was vielleicht viele übersehen: nämlich die Disproportionalität innerhalb der Alternsforschung. Wenn Sie sich anschauen, was wir über das Altern wissen, können Sie feststellen, das meiste Wissen haben wir aus Kliniken, weil das Alter zum medizinischen Gegenstand erklärt wird. Wenn Sie im Vergleich fragen, wie viele ältere Menschen länger als eine Woche pro Jahr in einem Krankenhaus verbringen, dann werden Sie feststellen, sogar noch bei den über Neunzigjährigen sind das weniger als fünfzig Prozent.

**Frage:** Eine Minderheit.

**Lang:** Die Medikalisierung führt zwangsläufig zu einer negativen Konstruktion des Alters. Das heißt, die Häufigkeit von älteren Menschen in Krankenhäusern lässt noch keine Aussage darüber zu, wie gesund und funktionstüchtig Menschen in dieser Altersgruppe tatsächlich sind. Die Sicht der Ärzte und der medizinischen Forscher ist eine, die im Grunde nur um die Klinik herum kreist. Um nicht missverstanden zu werden, ich halte das für legitim. Ich arbeite viel und gerne mit Medizinern zusammen. Aber jene Menschen, die durch eine Klinik hindurch gehen, bieten nur einen Ausschnitt. Hinzu kommt, dass die meisten Menschen sich auch wenn sie mal Patient sind, sich nicht als krank definieren, auch nicht, wenn sie chronisch erkrankt sind. Jeder Mensch erlebt sich, wenn er nicht gerade mit dem Arzt spricht, auch immer zugleich als gesund.

**Frage:** Klar.

**Lang:** Deswegen gibt es da eine Disproportionalität in der Forschung und in der Forschungsförderung. Denn die medizinische Forschung wird übermäßig, und zwar unverhältnismäßig mehr gefördert als die Forschung, die sich mit Gesundheit, mit Prävention, mit Möglichkeiten der Lebensgestaltung und ebenfalls der Strukturierung der Gesellschaft, des langen Lebens beschäftigt. Wenn Sie da Forschungsanträge schreiben, das ist ja unser tägliches Brot, dann heißt es in aller Regel, „bei dem Projekt müsste doch ein Mediziner mitmachen“. Meine Haltung wäre anders. Medizinische Forschung zum Altern erfordert immer Gerontologie.

**Frage:** Weil, sage ich ebenfalls nur als Zeitgenosse, ich glaube, dass wir viel von der Medizin als Ingenieurwissenschaft gelernt haben. Homo Faber: Der Mensch als Reparierer und zu Reparierendes.

**Lang:** Es gibt natürlich eine Ausnahme von meiner Kritik an der Medikalisation des Alterns und die betrifft die Geriatrie. Denn die Geriater sind die Kollegen innerhalb der Alternswissenschaft, die ebenfalls einen ganzheitlichen Blick auf den alternden Menschen haben. Ich arbeite mit Geriatern zusammen, die ebenfalls gerne außerhalb der Klinik forschen. Deswegen suchen sie sich Kooperationspartner wie uns, weil wir den Zugang haben zu Menschen, die beispielsweise nicht gerne in eine Klinik gehen wollen. Und daraus ergeben sich spannende Projekte, weil wir daran das Altern von allen Seiten und Perspektiven her gut verstehen und besser erforschen können. Weil wir dabei auch profitieren, wenn uns jemand die therapeutischen Perspektiven aufzeigen kann, die bestimmte Phänomene oder Symptome ebenfalls haben.

**Frage:** Vorletzte Frage und eigentlich eine, die mehr danach fragt, wie Sie selbst sich als politisches Wesen wahrnehmen, nicht parteipolitisch gemeint. Sondern eigentlich die Frage, was ärgert Sie am meisten an der Art und Weise, wie die Gesellschaft Wissenschaft behandelt?

**Lang:** Was mich ärgert, habe ich bereits angedeutet. Dass wir unsere alternswissenschaftlichen Fächer oft medizinisch überladen. Weil wir damit im Grunde den Eindruck vermitteln, als wäre ein gutes Altern nur gut, wenn man so gesund ist wie ein 45-Jähriger. Das stimmt aber nicht. Wir haben uns deswegen intensiv mit Hochbetagten beschäftigt. Wir konnten viele Neunzigjährige finden, die selbstbestimmt zu Hause leben und die selten oder nie in einer Klinik sind. Sie organisieren ihr eigenes Leben, aber sie sind nicht gesund. Sie haben im Durchschnitt fast genauso viele chronische Erkrankungen wie diejenigen Patienten, die in geriatrischen Kliniken untersucht wurden. Natürlich insgesamt ein bisschen weniger. Wir wollten wissen, wer diese Menschen sind. Beispielsweise handelt es sich nicht um wohlhabende oder hochgebildete Personen. Sondern sie repräsentieren viele gesellschaftliche Schichten und Herkünfte. Wir wollen verstehen, welche Verhaltensweisen, welche Erlebensweisen, Denk-

weisen dazu beitragen, ebenfalls ein so munteres, selbstbestimmtes Leben noch im Alter von neunzig zu führen. Was mich ein wenig ärgert, ist, wenn Mediziner vermitteln, dass das Altern nur eine Frage der Gesundheit sei. Denn es kommt noch Liebe dazu und es kommt Tätigkeit dazu und es gehört Sinn dazu. Und das sind alles keine medizinischen Kategorien.



**Frage:** Zufriedenheit, Gelassenheit.

**Lang:** Alles, was mit Gefühlen zu tun hat, nenne ich einmal der Einfachheit halber Liebe.

**Frage:** Ich habe bereits verstanden.

**Lang:** Das ist genau das, was wir bei den Neunzigjährigen beobachten. Sehr viel Soziales. Man kann es eigentlich nur Liebe nennen. Und sehr viel Verträglichkeit und ebenfalls positive Haltung und Wertschätzung der anderen und eine Haltung, die nicht trennt zwischen Arbeit und Sinn des Lebens, sondern die immer eine tätige Haltung ist. Auf alle Dinge, die diesen Menschen widerfahren.

**Frage:** Was hätte ich Sie fragen sollen, was ich nicht gefragt habe?

**Lang:** Wir haben das Thema getroffen. Wir dürfen die Gerontologie nicht auf ein Teilgebiet irgendeiner anderen Disziplin verengen, sie ist allumfassend.

**Frage:** Vielen Dank für das Gespräch.

# „Je älter die Leute werden, desto mehr muss ich investieren für immer weniger Lebenszeit, die ich dadurch gewinne.“

*Interview mit Prof. Dr. Klaus Rothermund*

**Frage:** Wir haben in der Covid-19-Pandemie erlebt, was eine Perspektive von Zivilgesellschaft auf Wissenschaft ist oder sein kann. Hier trifft es gerade die Epidemiologen in einer ganz eigenartigen Art auch mit Auswüchsen. Uns scheint aber, und das ist ja Kern des Vorhabens, der zivilgesellschaftliche Blick auf Wissenschaft wichtig und gerade wichtig, bei dem was Alternswissenschaft nun wird oder ist. Es gibt zwei Erwartungen. Wir wollen als Bürger lernen; das ist die zivilgesellschaftliche Erwartung an die Wissenschaft. Die Erwartung der Politik ist eine andere. Die Wissenschaft soll Politik, ja sogar Regierungshandeln, legitimieren. Deshalb würden wir gerne mit dem Fach beginnen und mit Fragen zum Fach. Welches Fach oder welche Fächer vertreten Sie akademisch und wie würden Sie das einem Laien erläutern?



*Prof. Dr. Klaus Rothermund (Zoom-Aufzeichnung)*

**Rothermund:** Ich kann gerne gleich darauf eingehen. Aber auch der erste Teil dieser Frage, der jetzt gar nicht als Frage formuliert war, sondern als Statement, den würde ich auch gerne kommentieren.

**Frage:** Ja, sehr gerne.

**Rothermund:** Also, natürlich haben die Leute Erwartungen an die Alternswissenschaft. Sowohl die Politik

als auch die einzelnen Bürger haben solche Erwartungen. Aber das sind Erwartungen, die meistens in eine bestimmte Richtung gehen, nämlich, wie kann die Alternswissenschaft dazu beitragen, dass wir nicht alt werden? Das steht im Vordergrund bei fast allen.

**Frage:** Das ist eine paradoxe Erwartung, oder?

**Rothermund:** Das ist eine absolut paradoxe Erwartung und das muss man sich mal klarmachen. Man hofft darauf, dass uns irgendwie gesagt wird oder ein Mittel an die Hand gegeben wird, wie kann ich länger fit bleiben? Wie kann ich gesund und aktiv bleiben? Wie kann ich verhindern, alt zu werden? Und wenn die Alternswissenschaft sowas liefern könnte, dann würden wir in jeder Tageszeitung auf der ersten Seite landen. Und vielleicht auch noch so ein bisschen – das ist jetzt ein bisschen ernster: Wenn das nicht gelingt, wenn wir diese Fragen nicht so, in diesem Sinne, beantworten können, dann erwarten die Einzelnen und auch die Gesellschaft, dass wir etwas dazu beitragen – ideologisch oder vielleicht auch mit Ergebnissen – wie wir die Alten dazu bringen können, sich möglichst geräuschlos aus der Gesellschaft zu entfernen, damit sie uns nicht mehr so viel kosten. Und dann wird über solche Angebote wie Exit diskutiert. Ich denke, das muss man sich bewusst machen. Die Bereitschaft, sich auf eine wirklich neue Perspektive einzulassen, was das Alter angeht, ist relativ gering ausgeprägt, sowohl bei den alten Leuten selbst als auch bei der Politik. Also das mal so vorweg geschickt, wir sollten uns als Wissenschaftler da nicht zu sehr nach der Decke strecken und nur nach den Fragen richten oder versuchen, nur die Fragen zu beantworten, die an uns gestellt werden. Wir müssen schon noch ein bisschen weitergehen und unsere eigenen Fragen finden, die wirklich wichtig und tiefgehend sind.

**Frage:** Ein weites Feld.

**Rothermund:** Okay, jetzt aber zu mir, zu Ihrer eigentlichen Frage. Also die Frage ist gar nicht so leicht zu be-

antworten, weil ich so ein Pendler zwischen zwei Welten bin. Ich vertrete hier an der Universität Jena den Lehrstuhl für Allgemeine Psychologie. Da geht es um Themen wie Motivation, Emotion, Verhalten – also wirklich Grundlagenforschung zu den Beweggründen, zu den Antriebskräften menschlichen Verhaltens. In welche Richtung bewegen wir uns? Was treibt uns wohin? Was verleiht uns die Energie für unser Handeln? Was bestimmt die Hartnäckigkeit? Das ist so ein bisschen das, was ich in der Lehre und natürlich auch in der Forschung mache. Aber ursprünglich komme ich aus der Lebensspannen-Entwicklungspsychologie mit Fokus auf hohes Lebensalter. Das ist ein Hin und Zurück. Ich habe da angefangen, dann habe ich es aus naheliegenden Gründen kombiniert mit der Allgemeinen Psychologie. Und dann bin ich jetzt, vielleicht auch weil ich älter werde, doch wieder zurückgekommen zur Alternswissenschaft. In der Alternswissenschaft oder in der Entwicklungspsychologie geht es natürlich darum, welche Faktoren menschliche Entwicklung prägen. Was davon ist selbst gestaltet? Was davon ist gesellschaftlich vorgegeben? Wie gehen Menschen damit um, wenn ihre Entwicklung anders verläuft, als sie sich das gewünscht oder vorgestellt haben? Wie bewältigt man sowas? Welche Anpassungsprozesse laufen da ab? Das sind im Grunde die zentralen Fragen der Lebensspannen-Entwicklungspsychologie. Ist das laienhaft genug, oder?

**Frage:** Ja, das ist wunderbar. Nächste Frage schließt an. Ist das eine Wissenschaft sui generis, insofern definiert, als sie einen eigenen Gegenstand oder eine eigene Methode hat? Oder begreifen Sie sie selbst eher als eine Querschnittswissenschaft durch andere grundlegende Fragestellungen?

**Rothermund:** Ich glaube schon, dass wir in der Psychologie einen klar umrissenen Gegenstand haben. Das ist menschliches Verhalten, menschliche Entwicklung. Aber die Herangehensweise, die theoretische, konzeptuelle und auch vor allen Dingen die methodische Herangehensweise, wie wir das untersuchen, die ist extrem heterogen. Und da vermischen sich geisteswissenschaftliche, naturwissenschaftliche, auch philosophische Aspekte. Die Psychologie, wie sie jetzt gerade existiert, die versucht, diesen naturwissenschaftlichen Gesichtspunkt sehr in den Vordergrund zu rücken. Aber mit einer Perspektive allein

wird man diesem komplexen Phänomen Mensch nicht gerecht. Also, man muss da schon offen bleiben und ist da schon eher Querschnittsdenker. Man muss sich da bei verschiedenen Grundausrichtungen bedienen, sage ich mal, aber der Forschungsgegenstand ist relativ klar. Es geht um den Menschen, um sein Verhalten und um sein Erleben.

**Frage:** Wie würden Sie Ihren akademischen Werdegang beschreiben?



**Rothermund:** Ja, das ist auch eine gute Frage für mich, weil das ein Hin und Zurück war. Also angefangen habe ich in der Lebensspannen-Entwicklungspsychologie, Alternsforschung. Von da bin ich zur Allgemeinen Psychologie gekommen und dann wieder zurück zur Entwicklungspsychologie. Wie erklärt sich das? Das Thema, was uns damals, als ich angefangen habe, am meisten beschäftigt hat, ist das sogenannte Zufriedenheitsparadox des hohen Lebensalters. Das ist ein total spannender Befund. Schon der Name ist irgendwie Programm, aber das ist mir auch erst später klar geworden. Also, man stellt sich die Frage: Wie kann es sein, dass alte Leute genauso zufrieden sind wie junge Menschen, wo sie doch mit diesen ganzen Einschränkungen und Verlusten zu tun haben? Wenn dasselbe einem jungen Menschen passieren würde, würde der mit Garantie depressiv werden. Im Alter machen die Leute diese Erfahrung, aber ihre Zufriedenheit bleibt praktisch bis kurz vor dem Tod auf demselben Niveau, wie sie immer schon war. Wie kann man das er-

klären? Das ist eine große Herausforderung für das Denken. Und wir haben damals schon Ideen gehabt, wie man das erklären kann. Die Anpassungsfähigkeit, die gelingt offenbar sehr gut gerade im hohen Alter. Man ist eher bereit loszulassen, Dinge zu akzeptieren, Dingen vielleicht auch einen Sinn zu verleihen, seine Ziele und Ansprüche den Möglichkeiten anzupassen. Das sind die Prozesse, die dabei helfen, die Zufriedenheit zu stabilisieren auch angesichts dieser altersbedingten Veränderungen. Aber wie macht man das? Wie kann es denn sein? Man kann sich ja nicht einfach vornehmen zu sagen: „Das war mir wichtig bis heute. Jetzt geht das nicht mehr. Dann sollte es mir auch nicht mehr so wichtig sein.“

**Frage:** Ist das erlernbares Verhalten?

**Rothermund:** Wenn das so einfach wäre, dann gäbe es keine Depression auf dieser Welt. Dann würde jeder, wenn es nicht weitergeht, sagen: „Okay, sollte mir nicht mehr so wichtig sein!“ Aber so geht es ja nicht. Wir haben ja eine Bindung aufgebaut, auch eine emotionale. Man kann nicht durch einen Entschluss einfach loslassen. Und trotzdem gelingt es den Leuten dann doch – aber eben nicht, weil sie es ganz bewusst versuchen zu bewerkstelligen, sondern weil da Mechanismen im Hintergrund laufen, die etwas mit Aufmerksamkeitssteuerung, mit veränderten Bewertungen zu tun haben, auch mit Gedächtnisprozessen. Was steht mehr im Fokus? Woran erinnere ich mich? Und das begünstigt die Anpassung, aber ohne mein Zutun. Da gibt es sozusagen eine Architektur, die angelegt ist und die uns den Umgang mit solchen schwierigen Situationen erleichtert. Die erfassen wir aber erst auf der Ebene der Mechanismen und Prozesse. Dazu brauche ich Allgemeine Psychologie und auch die experimentellen Paradigmen, um diese Mechanismen nachzuweisen und sichtbar zu machen. Da darf ich die Leute nicht fragen. Denn das wissen sie manchmal gar nicht. Und so kommt bei mir tatsächlich mein Lebenslauf in der Akademie zustande, dieses Wechselspiel, dieses beständige Hin und Her zwischen Entwicklungspsychologie und Allgemeiner Psychologie, weil das in der Sache selbst begründet ist.

**Frage:** Das hieße, Zufriedenheit ist eine dispositive und weniger eine empirische Größe sozusagen der Lebensumstände?

**Rothermund:** Auf jeden Fall ist das eine Disposition, ja, klar. Ich meine nicht erst im Alter. Das ganze Leben über passieren Dinge, die wir uns nicht gewünscht haben oder die suboptimal sind. Und trotzdem gelingt es jedenfalls vielen, nicht allen, relativ gut damit umzugehen. Mit einem gewissen Zeitpuffer hat man sich damit arrangiert. Und was sind die Voraussetzungen dafür? Das ist sozusagen die dispositive Qualität darin. Wem gelingt das leichter? Und wem gelingt es nicht? Man braucht zum Beispiel eine komplexe Zielstruktur. Nur dann kann man ein Ziel durch ein anderes substituieren. Nur dann kann man auch vielleicht einem Verlust etwas Gutes abgewinnen, wenn man eine neue Perspektive darauf entwickeln kann. Aber eine andere Perspektive heißt, man muss auch in der Lage sein, einen anderen Standpunkt einzunehmen. Wenn man alles auf eine Karte gesetzt hat und das wird blockiert, dann kann man damit nicht mehr gut umgehen.

**Frage:** Die letzte Frage zu der akademischen Situation ist: Womit sind Sie stärker beschäftigt, mit Forschung oder mit Lehre? Und wenn man jetzt das mal auf Forschung bezieht, gibt es in Ihrer Wahrnehmung für Ihr Fach so etwas wie eine oder mehrere große offene Forschungsfragen?

**Rothermund:** Also ich bin tatsächlich mit Leib und Seele beides, Forschender und Lehrender. Ich habe mir im Laufe der Jahrzehnte etwas angeeignet, was ich einfach gerne weitergeben möchte, sowohl an die Mitarbeiter hier in meiner Abteilung, die Doktoranden und Postdocs, aber auch an die Studierenden im ersten Semester. Es geht ja letzten Endes darum, dass die was verstehen und eine Sichtweise entwickeln, auf die sie alleine mit ihrem gesunden Menschenverstand nicht kommen können. Ich selbst habe davon als Studierender unheimlich profitiert und ich fühle mich da auch in der Pflicht, das, was ich sozusagen mitbekommen habe und was ich mir erworben habe, auch anderen weiterzugeben. Trotzdem natürlich lebt das Ganze von der Forschung. Aber für mich ist das überhaupt kein Widerspruch. Die Forschungsfragen, die mich interessieren, die trage ich auch in die Veranstaltung rein und dann kann ich auch die Leute viel besser begeistern und der Funke springt viel leichter über. Jetzt aber zu der Frage nach den großen offenen Fragen in der Altersforschung. Ich persönlich

glaube, bisher war die Altersforschung viel zu isoliert. Entweder hat man sich um biologische Grundlagen gekümmert oder um psychologisches Alterserleben oder um die soziologische, gesellschaftliche Steuerung von Alternsprozessen. Und ich glaube, die eigentlich offene Frage ist, wie hängen diese Faktoren eigentlich zusammen? Also, wie beeinflusst das biologische Altern das psychologische Altern oder umgekehrt, das psychologische das biologische? Und das Ganze noch in einem gesellschaftlichen Kontext mit bestimmten Altersnormen, Altersgrenzen, Altersstereotypen, die uns vermittelt werden. Welcher der Faktoren beeinflusst den anderen? Und welches Wechselspiel gibt es da? Dazu müssen wir quasi unsere engen Scheuklappen ablegen und müssen diese verschiedenen Uhren, die biologische Uhr, die psychologische Uhr und auch die soziale Uhr des Alterns irgendwie mal in eine Untersuchung packen, um zu sehen: Was ist kausal vorgeordnet? Und ich glaube, es ist nicht die biologische Uhr, die die anderen Uhren ticken lässt. Sondern ich glaube, es ist eher umgekehrt. Die psychologische Uhr, die hat Einfluss auf die biologische. Aber gut, das ist natürlich schon eine provokante These. Da ist bisher noch nicht viel passiert. Ich bin aber wahnsinnig gespannt, da reinzugehen.

**Frage:** Nur als Episode, aus einem völlig anderen Bereich: Ich habe mal mit einem Vogelforscher, einem wissenschaftlichen Ornithologen, gesprochen. Da ging es um diese Schwirrlügler, ich habe vergessen, wie diese Vögel heißen, die vor diesen Blüten im Dschungel so schwirrlügeln müssen mit den langen Schnäbeln, um an den Honig zu kommen. Da sagt der mir: „Naja, wenn die Pflanze, die Blume, sich fortpflanzen will, bestellt sie sich den Vogel, indem sie ihre Farbe verändert.“ Da habe ich gesagt: „Das verwirft die ganze Struktur meines Denkens. Eine Pflanze kann sich kein Lebewesen bestellen. Das ist das höherwertige Wesen.“ „Nein“, sagt er. Er glaubt, dass jetzt das Kybernetische System so ist, dass die Pflanze sich den Vogel hält und nicht der Vogel die Pflanze. Bezogen auf das, was Sie gerade sagen, die Spezialwissenschaften, die Disziplinen: Sind wir biologisch deterministisch oder sind die Triebkräfte vielleicht ganz woanders?

**Rothermund:** Ja, ich meine, die Leute haben so eine Tendenz zum Reduktionismus. Man versucht, die höheren Phänomene auf die tieferen zu reduzieren und zu sa-

gen: Okay, letzten Endes ist alles Physik. Ich bin da nicht so, ich glaube, wir kommen so in der Altersforschung nicht weiter.

**Frage:** Nähern wir uns der Alterswissenschaft, zunächst der allgemeinen, ganz pauschal. Also wenn Sie so wollen, bürgerlich naiv. Was ist Alter? Hohes Alter? Ist es Vollendung? Oder ist es der Verfall? Wir sind auf die Frage gekommen, weil wir uns so ein bisschen an dem medizinischen Begriff der Degeneration stören. Der Degenerationsbegriff heißt ja, mit zwanzig sind wir vollkommene Wesen und ab dann verfallen wir. Wie sieht das aus Ihrer wissenschaftlichen Perspektive aus? Verfall oder Vollendung?

**Rothermund:** Das Alter darf man nicht darauf reduzieren, was da an Verfall passiert. Das Alter hat was ganz Einzigartiges zu bieten, was auch keine andere Lebensphase uns liefern kann. Nämlich man hat dann die Erfahrung, man ist frei von äußeren Verpflichtungen, um da nochmal einen Blick auf sein eigenes und vielleicht auch das Leben anderer Leute zu werfen, um damit seinen Frieden zu machen, um was weiterzugeben, um sich vielleicht auch mit nachfolgenden Generationen zu identifizieren. Die Voraussetzungen dafür, dass man das wirklich versteht und sich darauf einlassen kann, die hat man erst im hohen Alter. Und das ist sozusagen eine riesige Chance, die einem das Alter bietet. Da wird eine Qualität ins Leben gebracht, die man vorher so nicht hat und die ist einzigartig. Das kann man Vollendung nennen, jedenfalls ist es etwas Unverzichtbares, extrem Wichtiges. Und wenn man jetzt nur den Blick auf den Verfall richtet, dann sieht man das nicht. Und das ist natürlich, dann wird man blind dafür und das ist aber ein Teil des Lebens. Andererseits ist es aus meiner Sicht auch naiv zu sagen, um den Verfall müssen wir uns nicht kümmern. Ich glaube, wenn man den Verfall komplett ignorieren würde, dann wird es auch mit der Vollendung nichts werden. Also, man sollte sich schon bewusst machen, dass diese Verfallsprozesse möglicherweise auch der Vollendung im Weg stehen können und dass man irgendwie rechtzeitig selbst so ein bisschen Vorsorge treffen sollte, dass man diese Vollendung auch unter günstigen Umständen anfangen kann. Natürlich ist man da nicht nur selbst in der Pflicht, auch die eigene Umgebung trägt dazu bei. Es geht auch nicht nur um mich selbst. Es geht dann

um mich in meinen sozialen Beziehungen und Bezügen. Von daher denke ich schon, die Vollendung ist das Einzigartige, das Wesentliche des Alterns, aber der Verfall ist auch wichtig und er kann da irgendwie dazwischengreifen und das auch blockieren oder erschweren oder unmöglich machen. Deshalb ist er schon nicht unwichtig.

**Frage:** Ich möchte auf einen Punkt kommen, der an eine hässliche Diskussion rührt, die wir im Moment haben, nämlich die Triage-Diskussion. Die hat ja zwei Aspekte, etwa was das Thema Impfstoffverfügbarkeit angeht, so werden wir um eine Priorisierung schon pragmatisch nicht herumkommen. Was die Verfügbarkeit von intensivmedizinischer Versorgung bei Kranken angeht, zeichnet sich oder droht sich zumindest eine solche Situation abzuzeichnen. Halten Sie Überlegungen der Triage, also sozusagen der selektiven Anwendung medizinischen oder therapeutischen Wissens für akzeptabel oder nicht für akzeptabel? Wenn ich polemisch fragen sollte: Ist Triage nicht eigentlich eine kriegswirtschaftliche Kategorie?



**Rothermund:** Das ist eine spannende Frage. Wir haben diese Situation nicht erst seit dieser Pandemie. Nur redet darüber niemand gerne. Zum Beispiel bei dem Thema Organtransplantation haben wir eine ganz ähnliche Situation, wo der Bedarf seit Jahrzehnten das Angebot dramatisch übersteigt und wir haben und wenden Kriterien an, die die Zuordnung der Organe zu den Empfängern regeln. Das sind verschiedene Kriterien, das ist nicht nur eines. Das eine Kriterium ist natürlich die Dringlichkeit des Bedarfs. Wenn jemand kurz davor steht zu sterben, dann hat der erstmal eher einen An-

spruch als jemand, der noch warten könnte. Aber das ist nicht der einzige Gesichtspunkt. Es geht auch um weitere Gesichtspunkte: Wie erfolgversprechend ist das, was wir hier machen? Und da spielt der Allgemeinzustand des Empfängers eine ganz wichtige Rolle. Und ich glaube, im Hintergrund steht auch, wie viel Jahre hat diese Person denn noch zu leben? Alter ist ein schlechter Prediktor für Gesundheit und auch für die Anzahl der Jahre, die man noch vor sich hat, aber es ist besser als keiner. Deshalb wird in manchen Ländern, in Deutschland nicht, aber in manchen Ländern tatsächlich auch Alter als Kriterium bei der Zuweisung von Spenderorganen eingesetzt. Das ist, wenn man so will, eine Triage. Aber darüber regt sich im Moment kaum jemand auf. Bei dem Organtransplantationsthema geht es eher darum, wie man das Angebot erhöhen könnte und weniger um die Frage, wie wir dann die ganzen Organe verteilen, die wir nicht haben. Also ich glaube, es ist gar nicht so etwas Außergewöhnliches und es ist vielleicht eine Sache, die in Kriegssituationen besonders virulent wird, dass man triagieren muss, aber sicherlich nicht nur in Kriegssituationen. Ich bin wirklich kein Utilitarist. Aber es gibt Situationen, in denen Nützlichkeitsabwägungen ihren Platz haben und auch haben dürfen, weil sie nicht gegen Ethik verstoßen. Ich glaube schon, dass es was anderes ist, wenn man auf der Intensivstation sagt: „Okay, hier kommt jetzt jemand neu rein, der ist jung. Also schalten wir jemanden ab, der schon dranhängt, weil er alt ist.“ Das ist schlimm. Die Entscheidung möchte ich nicht fällen müssen als Arzt, aber vielleicht muss man sie irgendwann mal fällen. Aber ich glaube, das ist immer noch etwas anderes als in einer Situation, in der sozusagen die Anwärter vor der Tür stehen und ich überlegen muss: Wem gebe ich es? Aber da ist noch keiner, der der Erste war, den ich sozusagen wieder abstellen muss. Einfach eine andere Situation. Also wenn da ein Zug aus der Kontrolle gerät, dann darf ich natürlich nicht irgendjemanden davor stürzen, um den Zug zu blockieren. Ich kann ja keinen Unschuldigen umbringen. Aber als Lokführer darf ich den Hebel umlegen, um zu versuchen, dass er nicht in die Menschentraube reinrast, sondern irgendwohin, wo weniger Leute stehen. Das ist völlig legitim. Ob man über Lebensjahre so nachdenken darf wie über Menschenleben, das weiß ich nicht genau. Aber ich würde es zumindestens mal nicht verbieten wollen, dass man sich diese Gedanken macht.

**Frage:** Mein nächster Punkt betrifft ein bisschen den Absolutheitsanspruch, den Menschenwürde bei uns hat, weil wir ja den großen Vorteil oder den großen Nachteil haben, dass unsere Verfassung auf einem undefinierten Rechtsbegriff beruht, nämlich dem der Menschenwürde. Nun muss man sagen, dass die Selbstachtung sehr alter Menschen prinzipiell beeinträchtigt werden kann durch den körperlichen Zustand, darüber haben wir gesprochen, aber auch durch den mentalen Zustand. Kann man – sehend, dass Selbstachtung da gefährdet ist, und dass das eine schwierige Situation ist – kann man auch aus fürsorglichen Gründen Menschenwürde skalieren, in eine Dimension bringen, fürsorglich reduzieren oder anders anwenden? Oder würden Sie da einen absoluten Standpunkt einnehmen?

**Rothermund:** Auf gar keinen Fall. Also ich glaube auch nicht, dass das ein Widerspruch ist, Fürsorge und Achtung der Menschenwürde. Den kann man versuchen zu konstruieren, aber in den meisten realen Fällen sehe ich den nicht. Man muss sich konkrete Situationen überlegen. Es geht um den Respekt vor dem Willen oder Wunsch des älteren Menschen, der aber vielleicht irgendwie auch fehlgeleitet sein kann. Ich glaube, eins der wichtigsten normativen Kriterien für alte Leute ist: Ich möchte niemandem zur Last fallen. Ich möchte keine Bürde werden für andere. Und das prägt ihr Handeln und Denken und auch das, was sie sich wünschen. Sie wollen nicht, dass andere darunter leiden, dass es sie gibt. Und dann machen sie vielleicht auch irgendwelche Verfügungen und sagen: „Okay, und deshalb will ich nicht, dass diese und jene medizinische Versorgung gemacht wird, wenn ich mal in so einer Situation bin.“ Ja, aber wenn jemand als Angehöriger bereit ist, diese Fürsorge zu übernehmen und sagt: „Du bist mir keine Last! Ich bin froh um jeden Tag, den ich dich noch habe.“ Ich glaube, dann ist der durchaus berechtigt, wenn er bereit ist, Verantwortung zu übernehmen, dann darf er auch das Votum des alten Menschen ignorieren und sich darüber hinwegsetzen. Das ist nicht eine Missachtung der Menschenwürde. Ich würde denken, das ist in gewisser Weise: „Ich gebe dir noch mehr Kredit, als du dir selbst geben würdest.“ Da muss man schon mit Fingerspitzengefühl rangehen. Natürlich gibt es auch so Sachen wie Hygienegeschichten. Alte Leute haben dann ein Schamgefühl und weigern sich, aber die Hygiene ist notwendig. Da muss sich

ein Pfleger und auch ein Angehöriger darüber hinwegsetzen dürfen. Das klingt so, als würde man die Alten wie kleine Kinder behandeln oder ignorieren, aber das ist nicht wahr. Ein Forschungsbefund, den ich in dem Zusammenhang extrem wichtig finde: Wir haben mal in einem unserer Projekte die Leute gefragt: „Wie viel Jahre möchtest du noch leben, wenn du körperlich und geistig eingeschränkt bist?“ Wenn Sie da einen Sechzigjährigen fragen, dann sagen die meisten von denen: „Gar nicht mehr!“ Oder die geben ganz geringe Zahlen an. Ein 85-Jähriger antwortet auf dieselbe Frage: „Zehn, fünfzehn Jahre.“

.....

*Ich würde das Alter nicht  
gegen die Jugend ausspielen.*

.....

Wenn ich jetzt meine Patientenverfügung mache, wenn ich 60 bin, gilt die dann noch mit 85? Da habe ich dann den Willen missachtet, habe ich nicht genug Respekt gezeigt, wenn ich sage: „Ich glaube nicht, dass das heute noch für dich zutrifft.“ Man braucht Zeit, um sich an den Gedanken zu gewöhnen, dass ein Leben auch dann noch sinnvoll und gut sein kann, auch wenn man eingeschränkt ist. Das weiß man als Sechzigjähriger nicht. Die Erfahrung hat man nicht machen dürfen. Aber man kann auch nicht jeden zweiten Montag seine Patientenverfügung überarbeiten.

**Frage:** Dürfen mit hohem Lebensalter ökonomisch angezeigte Verringerungen der medizinischen Versorgung gerechtfertigt werden? Und damit, wenn man so will, auch höhere Sterblichkeit als sozialverträglich in Kauf genommen werden?

**Rothermund:** Wenn Sie die Frage so stellen, kann man nur mit „nein“ antworten. Aber die Frage ist auch schlecht gestellt. Also verzeihen Sie, dass ich jetzt auch mal aus der Rolle falle und mir anmaße zu sagen, da hätten Sie auch eine interessantere Frage stellen können. Also ich denke schon, wir müssen ein Auge dafür haben, dass es nicht darum geht, um Lebensverlängerung um jeden Preis. Ich glaube, das ist gar nicht das, was die alten Menschen wollen. Wenn Sie jetzt hier sagen, okay, was ist denn hier ökonomisch angezeigt? Keine teuren Medikamente mehr oder geht es um Zeit? Zeit ist ja auch teuer. Zeit von Ärz-

ten, Zeit von Pflegepersonal. Ich glaube, die meisten alten Menschen wollen begleitet werden. Die wollen nicht abgespeist werden. Die wollen, dass jemand für sie da ist. Und die sind lieber in einem Hospiz, auch wenn das auf die Dauer vielleicht drei, vier Lebensmonate kostet, als irgendwie in einem anonymen Krankenhaus zu liegen, wo man ihre Lebenszeit zwar verlängert mit einem riesigen Kostenaufwand, was aber niemand will. So, das sind die interessantesten und spannendsten Fragen und da müssen wir uns überlegen und da müssen wir auch bereit sein, mal zuzuhören, was wollen die Leute überhaupt? Oder optimieren wir hier an einer Variablen, die am Ende niemanden mehr interessiert? Das ist ein abnehmender Grenznutzen. Je älter die Leute werden, desto mehr muss ich investieren für immer weniger Lebenszeit, die ich dadurch gewinne. Da müssen wir auch mal bereit sein zu sagen: Okay, das ist jetzt an der falschen Stelle investiert, das Geld. Das sollten wir lieber für etwas anderes einsetzen, für das, was wirklich wichtig ist.



**Frage:** Wodurch sind höhere Aufwendungen für ältere, sehr alte Menschen gerechtfertigt im Vergleich? Unter der Bedingung knapper Mittel würde man sie ja woanders abziehen müssen, bei Aufwendungen für Jugendliche oder für andere Lebensphasen? Ist das ein gesellschaftlicher Wert, Alter erhalten zu haben?

**Rothermund:** Ja. Wert ja, eine ethische Norm ist das nicht. Ethische Normen gelten immer nur für ein Einzelwesen. Es gibt keine ethischen Normen für Gesellschaften. Aber es ist eine kulturelle Errungenschaft, dass wir die Alten nicht, wenn sie nichts mehr leisten, auf den Baum setzen und weiterziehen. Das ist eine kulturelle Errungen-

schaft, die dürfen wir auch nicht leichtfertig aufs Spiel setzen. Und natürlich, die Rechtfertigung für eine höhere Investition für ältere Menschen ist einfach der höhere Bedarf. Das haben wir ja schon. Das ist ja keine theoretische Frage, die wir hier stellen. Die Leute, die über 70 sind, die nehmen überproportional viel aus dem Gesundheitswesen raus. Das ist völlig klar. Das ist wirklich ein drastischer Faktor. Wir machen das eigentlich im Moment noch ohne mit der Wimper zu zucken, weil sie ja auch eine Lebensleistung haben, sie sich das sozusagen verdient haben. Das sind wir ihnen auch schuldig. Aber ich würde das Alter nicht gegen die Jugend ausspielen. Natürlich, in gewisser Weise ist es auch so: Wer auch im hohen Alter noch versucht, jugendlich zu sein, der hat irgendwas nicht kapiert. Da sind wir schon, glaube ich, auf derselben Seite. Da muss man auch irgendwann bereit sein, alt zu sein und das anzunehmen. Aber das Alter hat eben auch was ganz eigenes, eine eigene Qualität, die darüber hinausgeht. Aber jetzt kann man nicht sagen, die Alten sind uns mehr wert als die Jungen. Nein, die sind uns genauso viel wert. Die brauchen nur mehr und deshalb investieren wir da mehr.

**Frage:** Ist die Vermutung richtig, wenn wir mal zwei Lebenshälften unterscheiden, (mit einer zweiten Hälfte, die jetzt immer länger wird), dass wir über die erste Hälfte relativ viel wissen und über die zweite relativ wenig? Also gibt es eine Disproportionalität des Wissens auch in Ihrer Disziplin? Das ist jetzt die polemische Version der Frage: Wird es ab 67 dünn?

**Rothermund:** Ich glaube, das ist eher U-förmig. Wir wissen relativ viel über den Anfang, also Säuglinge, Kinder, Jugendliche. Da wissen wir viel und über das hohe Lebensalter da wissen wir auch relativ viel. Am wenigsten wissen wir über das Erwachsenenalter, weil es da auch am schwierigsten ist, an die Leute zu kommen. Ich glaube nur, die Altersforscher stellen die falschen Fragen. Das ist viel schlimmer, also da wird schon viel mit Hochbetagten geforscht, aber es geht immer nur um die Frage: Wie kann ich die Lebenserwartung vorhersagen? Wie kann ich die Gesundheit vorhersagen? Immer nur Gesundheit, Fitness. Es geht im Hinterkopf doch immer um die Frage: Wie können die möglichst lange jung bleiben? Keiner stellt die Frage: Was ist wirklich wichtig und einzigartig im hohen Alter? Da hat man ein un-

glaubliches Defizit. Da will sich keiner darauf einlassen. Irgendwie kommt einem das so normativ vor. Aber was die Leute tatsächlich machen, ist genauso normativ und wertebeladen, nämlich Gesundheit ist der einzige Wert, der zählt. Auch das ist engstirnig.

**Frage:** Über welche Lebensphase wissen wir das meiste? Man kann auch die Position aufstellen etwa, nehmen wir mal aus der Chirurgie oder aus der Medizin, dass man aus der Phase der Erwerbstätigkeit am meisten weiß. Ich erinnere mich daran, mir in Schweden bei der ältesten Aktiengesellschaft der Welt bei einem Kupferbergwerk das Krankenhaus der dortigen Knappschaft mit einer großen chirurgischen Abteilung angesehen zu haben. Wir reden über das 18. Jahrhundert. Warum schon im 18. Jahrhundert eine große chirurgische Abteilung? Ja, weil es so viele Fälle gab. Der Job war so schwierig, die hatten jeden Tag vierzig interessante Brüche, in Führungsstrichen. Das heißt für diese Phase des aktiven Berufslebens haben sie relativ viel Wissen und relativ wenig am Anfang und am Ende. Würden Sie das aus der psychologischen Sicht anders beschreiben?

**Rothermund:** Ja. Ich denke schon. Weil wir die naive Vorstellung haben, dass da sowieso alles stabil bleibt. Also ein Entwicklungspsychologe guckt immer auf die Phasen, wo sich was verändert. Die sind irgendwie besonders spannend und interessant. Und das ist zu Beginn des Lebens und zum Ende des Lebens. In der Mitte ist hauptsächlich Stabilität. Nimmt man so an. Natürlich, auch Stabilität fällt nicht vom Himmel. Die Stabilität ist selbst gemacht. Die ist erzeugt. Und das ist genauso interessant, aber springt nicht so ins Auge. Und in der Entwicklungspsychologie macht man immer Längsschnittstudien. Man versucht zu gucken, wie verändern sich dieselben Individuen, wenn man sie über die Zeit hinweg beobachtet? Und da gibt es schon viel. Natürlich am meisten für Kindheit und Jugend, aber es gibt auch relativ viel im hohen Lebensalter, das muss man wirklich so sagen. Seit es überhaupt genug ältere Menschen gibt, um da vernünftig zu untersuchen, macht man das auch in der Psychologie. Nur werden nicht immer die interessantesten Fragen gestellt.

**Frage:** Letzte Frage. Da möchte ich Sie eigentlich fragen zu Ihrer Wahrnehmung des politischen Umfeldes, aber

allgemeiner. Was ärgert Sie als Akademiker am meisten am profanen Leben? Ist das Wissenschaftsmisachtung, ist das Verkennung? Gibt es sowas, was für Sie ein Skandalon ist?

**Rothermund:** Ja, schon. Ich glaube nur, die Empörung hilft uns nicht. Die Empörung ist eine emotionale Reaktion und die führt dann schnell dazu, dass man andere beschimpft oder von oben herab behandelt. Damit kommt man nicht weiter. Man muss es besser machen. Man muss die Leute von dem begeistern und faszinieren, was man selbst spannend findet. Natürlich geht es mir auch so. Dieser Kulturverlust und die Reduktion auf Zählbares – ja, man guckt nicht mehr auf Kultur. Man guckt nur noch auf Ökonomie. Keiner weiß mehr so richtig, was Ethik überhaupt ist. Und alle werden zu Nützlichkeitsutilitaristen und denken, das wäre Ethik. Das finde ich alles skandalös. Ich glaube, mein Job ist es zu sagen: „Guckt mal, Leute, ist es nicht wahnsinnig interessant, wenn ihr mal die älteren Leute anschaut und fragt, worauf es denen ankommt? Welche geringe Rolle dabei dies und das spielt? Gesundheitsfitness und so? Ist das nicht total interessant? Sollten wir uns darum nicht mehr kümmern?“ Wenn man es so formuliert, hat man eher eine Chance, gehört zu werden, als wenn man sich aufregt. Ich rege mich schon oft genug auf. Aber ich muss mich da wirklich eher bremsen, als dem auch noch freien Lauf zu lassen.

**Frage:** Gut. Das ist ja Altersweisheit.

**Rothermund:** Passt schon. Ja.

**Frage:** Letzte Frage: Was hätte ich fragen sollen, was ich nicht gefragt habe? Welchen Aspekt, der nun wirklich wichtig gewesen wäre, haben wir gar nicht berührt?

**Rothermund:** Ich fand die Fragen gut.

**Frage:** Danke. So war es nicht gemeint.

**Rothermund:** Also wirklich, ich habe jetzt da nicht irgendwie was zu ergänzen. Natürlich gibt es noch andere interessante Fragen, aber das muss ja auch irgendwie in das Interview reinpassen.

**Frage:** Vielen Dank für das Gespräch.

# „Gelingendes Altern lässt sich nicht ausschließlich durch Laborwerte, Röntgenbilder oder Diagnosen beschreiben.“

*Interview mit Prof. Dr. habil. Robin Haring*

**Frage:** Wir haben in der COVID-19-Pandemie erlebt, was eine Perspektive von Zivilgesellschaft auf Wissenschaft sein kann. Hier hat es zunächst die Epidemiologen betroffen und, abgesehen von den Auswüchsen, scheint uns der zivilgesellschaftliche Blick auf Wissenschaft ebenfalls bei der Alternswissenschaft wichtig. Es ist eine etwas neue Rolle, dass Bürger sagen, paraphrasiert, da kennen wir uns nicht aus, wir würden gerne von, in Anführungsstrichen, unseren Wissenschaftlern wissen, was es da zu wissen gibt. Wir als Bürger wollen etwas lernen; und eine zweite, darüber liegende Rolle ist, Wissenschaft soll plötzlich Politik legitimieren. Deshalb beginnen wir zunächst mit der Frage nach dem Fach, was dieses kann oder nicht kann oder können soll. Welches Fach und welche Fächer vertreten Sie akademisch und wie würden Sie das, was Sie akademisch vertreten, Laien erklären?



*Prof. Dr. habil. Robin Haring (Zoom-Aufzeichnung)*

**Haring:** Ja, vielen Dank für die schöne Eröffnungsfrage. Mein Studienfach war die Demografie, abgeschlossen seinerzeit mit einem Diplom. Akademisch betrachtet ist die Demografie die Wissenschaft von Bevölkerungen, deren Struktur und Entwicklungen mit den drei Hauptthemen: Mortalität, Fertilität und Migration. Wer stirbt? Wer wird geboren? Und wer wandert? Das sind die drei

Dynamiken, nach denen sich Bevölkerungen verändern, und das ist die Demografie. Anschließend führte mein Weg in die Epidemiologie, also ein Fach, das sich mit der Entstehung und Verbreitung von Krankheiten beschäftigt. Ich habe als Epidemiologe promoviert und habilitiert und bin dann auf eine Professur für Gesundheitswissenschaften berufen worden. Damit war eine fachliche Verbreiterung verbunden, da die Gesundheitswissenschaften das Thema Gesundheit aus vielen verschiedenen Perspektiven betrachten. Inzwischen interessieren mich am stärksten Fragen aus Public Health und Global Health, also weniger medizinisch im Sinne der Gesundheit des einzelnen Patienten, sondern eher als Bevölkerungsansatz mit Frage nach dem Kontext bzw. den Bedingungen von Gesundheit und Krankheit in Bevölkerungen oder Bevölkerungsgruppen.

**Frage:** Das ist zu Deutsch gesagt, Volksgesundheit. Ich zögere immer ein bisschen bei dem Volksbegriff, weil der eine nationalsozialistische Vergangenheit hat, aber im Grunde genommen ist Public Health nichts anderes. Da kann ich ebenfalls die Gesundheit eines ganzen Gemeinwesens betrachten.

**Haring:** Ja, genauso ist es.

**Frage:** Ist Ihr Fach eine Wissenschaft sui generis? Ich will erklären, was ich damit meine: Bestimmt es sich durch einen eigenen Gegenstand oder eine spezifische Methode oder ist es ein Querschnittsfach unterschiedlicher Disziplinen?

**Haring:** Public Health ist per Definition eine Multidisziplin und das bedeutet, dass es ein Querschnittsfach ist, dass sich aus so vielen verschiedenen Disziplinen speist und deren Erkenntnisse zur Förderung der Bevölkerungsgesundheit nutzt. Die grundlegende Erkenntnismethode von Public Health ist aber die Epidemiologie, die als Basiswissenschaft über Verteilung, Entstehung und Verlauf von Risikofaktoren informiert.

**Frage:** Wunderbar. Darf ich Ihnen eine subjektive Frage stellen? Sie haben für die Jugend Ihres Alters eine unglaubliche Karriere gemacht und keinen akademischen Rang ausgelassen. Wie würden Sie selbst Ihren akademischen Weg autobiographisch beschreiben?

**Haring:** Den würde ich als wissenschaftsgetrieben beschreiben. Der Treibstoff meiner akademischen Entwicklung ist ein wissen wollen und ein verstehen wollen, das sich dann in akademischen Graden und Abschlüssen übersetzt hat. Das ist die Entwicklungslogik der Wissenschaft. Zunächst der Bachelor und Master – früher war es das Diplom – dann kommt die Promotion, die Habilitation und irgendwann die Professur, das ist der akademische Weg. Und das sind ebenfalls die Stufen, die eingehalten werden wollen. Da gibt es nichts zu überspringen. Aber der zentrale Antrieb für diese Entwicklung, würde ich persönlich sagen, ist ein tiefes Interesse an den Fragen und auch die Freude, Wissen zu schaffen.

**Frage:** Kann man sagen, dass Ihnen das leicht gefallen ist oder sind Sie jemand, der sich mit dem Gegenstand schwertut? Wie würden Sie es beschreiben?

**Haring:** Leicht.

**Frage:** Wunderbar. Intrinsisch motiviert.

**Haring:** Ja, das Interesse am Lesen und Schreiben, am Denken und Diskurs ist intrinsisch und diese Übersetzung in Abschlüsse und akademische Weihen, das ist mir dann mehr so passiert.

**Frage:** Eine Frage zur Struktur Ihrer akademischen Tätigkeit. Ist es eher Forschung oder ist es eher Lehre? Und wenn es einen bedeutenden Anteil an der Lehre hat, gibt es für Sie offene Forschungsfragen, von denen Sie sagen würden, wenn ich da in zehn Jahren hinkäme, dann hätte ich ...

**Haring:** Mein Schwerpunkt verschiebt sich zunehmend in Richtung Hochschulentwicklung. Während der Qualifikationszeit, über die Jahre der Promotion und Habilitation, war es ein ausschließlicher Forschungsfokus. Dann mit Antritt der Professur lag mein Fokus auf der Hochschullehre und die Herausgeberschaft von Fach-

und Lehrbüchern. Und in den letzten Jahren, zunächst als Dekan und nun als Mitglied im Präsidium, verstehe ich meine Rolle zunehmend als Wissenschaftsmanager, weil es um die Entwicklung sinnvoller Strukturen für Studium und Lehre geht.

**Frage:** Ja, wunderbar. Nähern wir uns der Alternswissenschaft zunächst einmal naiv. Was ist Alter? Und wir reden über hohes Alter. Ich stelle einmal ein Paradigma auf. Ist es Vollendung oder ist es Verfall? Ich komme zu der Frage über den Begriff der Degeneration, der für den Laien eine Wertung hat. Der Begriff der Degeneration enthält für mich als Laie die Vorstellung, mit 21 Jahren war ich perfekt und seitdem bin ich einem Verfall ausgesetzt, der neuerdings länger anhält. Früher war ein Bergmann, ich komme aus einer Montan-Familie, mit sechzig tot. Deshalb ging es der Knappschaft ebenfalls so gut, die Patienten wurden nicht alt. Und heute: Mein Vater zum Beispiel, der aus dem Bereich kommt, ist 97, ist gerade zum zweiten Mal geimpft und fühlt sich pudelwohl. Was ist es? Ist es Vollendung oder ist es Verfall?

**Haring:** Eine spannende Frage, der ich mich über das Hormon Testosteron angenähert habe. Als Biomarker für Männergesundheit lässt sich diese Frage am Testosteron wunderbar abbilden, denn der Testosteronspiegel sinkt beim Mann schon ab dem 30. Lebensjahr. Geht es ab dreißig also bergab? Von der Natur quasi vorgeschrieben oder habe ich irgendeinen Einfluss darauf? Nach langjähriger Forschungsarbeit habe ich dazu ein Buch mit dem Titel „Die Männerlüge“ geschrieben, um etwas Hoffnung zu verbreiten. Denn man hat es tatsächlich selber in der Hand. Wer es schafft, auch im hohen Alter frei von Risikofaktoren zu bleiben, sozial eingebunden, einer sinnvollen Beschäftigung nachgeht und ein gelingendes Altern erlebt, erfreut sich auch an einem intakten Testosteronspiegel. Da gibt es keinen Unterschied zwischen dem Testosteronspiegel eines gesunden Siebzigjährigen und einem Vierzigjährigen. Das ist also nicht deterministisch zu verstehen. Alt sein bedeutet eben nicht automatisch krank sein – es ist alles eine Frage der Lebensführung.

**Frage:** Interessant. Meine nächste Frage ist aktueller geworden durch die Impfstoffverfügbarkeit. Aber sie hat bereits immer stattgefunden. Die Medizin nennt es – ein

Euphemismus – Priorisierung, faktisch ist es der Triage-Begriff. Die Triage-Diskussion. Wir haben sie bei intensivmedizinischer Verfügbarkeit, wir haben sie ebenfalls bei anderen. Spitz gefragt, ist Triage nicht eine kriegswirtschaftliche Kategorie oder halten Sie sie für eine medizinethisch vertretbare?

**Haring:** Das war wirklich interessant in den letzten Wochen, wie solch ein Begriff in der öffentlichen Diskussion auftaucht und Verbreitung findet. Überhaupt sind viele wissenschaftliche Fachbegriffe, die vorher öffentlich nie benutzt wurden, auf einmal in aller Munde. Und Triage ist tatsächlich ein Begriff aus der Kriegsmedizin, der zweihundert Jahre zurückreicht in die Zeit der Napoleonischen Feldzüge, als die französischen Truppen mit ihren vielen Verletzten auf Napoleons Schlachtfeldern genau vor dieser Frage standen: Wer bekommt jetzt was? Für diese Auswahl oder Sichtung ist dann der Begriff Triage entstanden. Ein Begriff, den ich für die aktuelle Versorgungssituation jedenfalls nicht so passend finde, zum einen, weil er historisch belastet ist und zum anderen, weil die Entscheidungen heute andere sind.

.....  
*Wer es schafft, auch im hohen  
Alter frei von Risikofaktoren  
zu bleiben, sozial eingebunden,  
einer sinnvollen Beschäftigung  
nachgeht und ein gelingendes  
Altern erlebt, erfreut sich auch an  
einem intakten Testosteronspiegel.*  
.....

**Frage:** Lassen Sie mich etwas fragen zum Würde-Begriff, der schwierig ist. Ich will ihn einmal subjektiv interpretieren oder von der subjektiven Seite angehen: Die Selbstachtung sehr alter Menschen ist von zwei Momenten wesentlich gefährdet. Einerseits gibt es zunehmende, körperliche Gebrechen, ebenfalls solche, die von Scham belastet sind, und auf der anderen Seite gibt es eine schwindende Erinnerungsfähigkeit. Ich finde das sehr interessant. Ich beobachte bei meinem Vater, dass er über die Tatsache, dass er dement wird, selbst kognitiv verfügt. Er sagt mir: „Du, ich habe keinen Speicher mehr.“ Was eine gute Beschreibung dessen ist, was ist. Meine Frage ist, kann man eine Verringerung der zuge-

messenen Menschenwürde im Sinne einer Rollenzuweisung von Dritten ebenfalls fürsorglich begründen oder wie gibt es eine Zumessungsmöglichkeit und eine medizinisch oder alternswissenschaftlich begründete Zumessungsmöglichkeit oder Reduzierung, Skalierung von Würde für Ihren Begriff?

**Haring:** Das ist eine sehr gehaltvolle Frage, die das Feld der Medizinethik berührt. Wissen Sie, Epidemiologen sind sehr gut darin, Krankheits- oder Gesundheitszustände zu messen oder messbar zu machen. Das gelingt zum Beispiel beim Blutdruck oder beim Cholesterinspiegel großartig, aber ein Konstrukt wie „Würde“ zu operationalisieren oder einer Messbarkeit zuzuführen, ist schon ungemein schwieriger. Jedenfalls gibt es keine Skalierung oder einen bestimmten Grenzwert der Zumutbarkeit oder Selbstständigkeit. Und das macht es schwer zu sagen, ab welchem Punkt die Autonomie oder Entscheidungsfähigkeit gefährdet wäre. Deshalb ist die Patientenverfügung beispielsweise solch ein wichtiges Instrument in der klinischen Versorgung und wird von vielen Menschen genutzt. Ich habe selbst eine hinterlegt und bewahre auch die Verfügungen meiner Eltern auf. Diese Willenserklärung zu Art und Umfang lebensverlängernder Maßnahmen ist die Grundlage der medizinischen Selbstbestimmung. Ich kann die Grenzen eines würdevollen Lebens nach meinen eigenen Wertvorstellungen selbst festlegen. Das ist ein ethisches Terrain, das überhaupt erst in einer alternden Gesellschaft entsteht.

**Frage:** Danke sehr, meine nächste Frage hat sich entwickelt aus einer Diskussion, die zum Teil fürsorglich und zum Teil ebenfalls feindlich geführt worden ist, bezogen darauf, dass wir bei der aktuellen Corona-Pandemie eine signifikant höhere Sterblichkeit bei hohem und sehr hohem Alter haben. Die Frage lautet, dürfen mit hohem Lebensalter ökonomisch angezeigte Verringerungen der medizinischen Versorgung gerechtfertigt werden, die am Ende auf eine höhere Sterblichkeit als sozialverträglich hinauslaufen oder die sie in Kauf nehmen?

**Haring:** Diese Frage erinnert mich an das Unwort des Jahres am Ende der 90er Jahre, als vom „sozialverträglichen Frühableben“ die Rede war. Tatsächlich ist die Rationierung, also die Zuteilung medizinischer Leistungen nach bestimmten Kriterien, ein großes Tabuthema

in unserem Gesundheitssystem, in dem im Grunde jeder alles bekommt. In meiner eigenen Familie hat meine Oma mit 90 Jahren erst eine neue linke Hüfte bekommen und mit 92 dann eine neue rechte Hüfte. In Ländern wie Großbritannien gibt es da klare Altersbegrenzungen, wo einer 90-jährigen eben kein neues Hüftgelenk mehr eingesetzt wird. Trotzdem leben wir auch in Deutschland in einem Gesundheitssystem, wo die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten der Finanzierbarkeit enteilt sind. Da öffnet sich wirklich eine Schere zwischen dem, was medizinisch möglich ist, und dem, was das Gesundheitssystem in der Lage ist zu finanzieren. Darüber müssen wir uns auf jeden Fall unterhalten. Das hat noch nichts mit sozialverträglichem Frühableben zu tun, heißt durchaus, dass wir darüber reden müssen, welche medizinischen Behandlungsmöglichkeiten wir uns innerhalb der Gemeinschaft aller Versicherten leisten wollen.

**Frage:** Ich beginne nun die nächste Frage mit einer ethischen Norm, die besagt, dass Lebensrecht und die Selbstbestimmung einschließlich der Freizügigkeit von alten und sehr alten Menschen ebenfalls zu achten sind, wenn sie zu höherem gesellschaftlichen Aufwand führen. Aber wie verbindlich kann man sie machen? Ist Alter ein Wert an sich? Und jetzt kommt der soziologische Vergleich: Ist Alter ein höherer Wert als Jugend? Sie wissen, dass es im Moment eine konkrete Diskussion gibt, die provozierend sagt, muss ich das Partyrecht der Achtzehnjährigen nicht höherstellen als das Überlebensrecht der 88-jährigen? Wie ist Ihr Verhältnis zu dieser Frage?

**Haring:** Wissen Sie, diese Generationenfragen begleiten mich als Demograf schon seit meiner Diplomarbeit zu dem Thema, ob eine abnehmende Verteilungsgerechtigkeit zwischen der älteren und der jüngeren Generation zu dem befürchteten „Krieg der Generationen“ führen würde. Das war Anfang der 2000er Jahre die große Untergangserzählung: immer mehr Alte und immer weniger Junge – dann sind irgendwann die Sozialkassen leer und die junge Generation zettelt den Aufstand an. Mein Eindruck ist, dass das Bewusstsein für die Notwendigkeit eines sozialen Ausgleichs zwischen den Generationen größer ist, als oft behauptet wird. Das liegt daran, dass jeder junge Mensch weiß, dass er mal ein alter Mensch sein wird, und umgekehrt weiß jeder alte Mensch, dass

er einmal ein junger Mensch war. Das bedeutet im ersten Fall eine gegenseitige Rücksichtnahme, genauso wie im letzteren Fall. Einen Krieg der Generationen wird es meiner Meinung nach daher nicht geben. Ich denke, wir müssen ganz andere Fragen stellen, die weniger ausgrenzend bzw. abgrenzend sind, im Sinne von jung gegen alt, sondern das Miteinander stärker betonen. Die Frage der Verteilungsgerechtigkeit stellt sich ja viel weniger zwischen Generationen, als vielmehr innerhalb von Generationen.

**Frage:** Meine nächste Frage bezieht sich auf die Lebenslaufforschung. Was wissen wir über die inzwischen längste Lebensphase alles noch nicht? Stimmt es, dass es eine Missproportionalität gibt zwischen der ersten Lebenshälfte, wenn man so will, der historisch ersten Lebenshälfte, und jetzt der zweiten Lebenshälfte. Überspitzt gefragt, wird die Wissenschaft nach 67 dünn?

.....  
*Ich kann die Grenzen eines  
würdevollen Lebens  
nach meinen eigenen  
Wertvorstellungen selbst festlegen.  
Das ist ein ethisches Terrain,  
das überhaupt erst in einer  
alternden Gesellschaft entsteht.*  
.....

**Haring:** Ja, da wird es dünn, weil diese Lebensphase historisch so neu ist. Wenn man sich einmal vorstellt, dass sich die durchschnittliche Lebenserwartung in den letzten 150 Jahren verdoppelt hat, dann sieht man, dass die Menschen erst seit kurzer Zeit überhaupt so alt werden. Dadurch ist auch erst diese vierte Lebensphase der über Achtzigjährigen entstanden, im Grunde Terra incognita, unbekanntes Gelände. Da wird es noch viel Forschung brauchen, mit vielen neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen aus dieser Lebensphase.

**Frage:** Interessant. Was mir ohnehin auffällt bezogen auf Ihre demografische Vergangenheit, ist Ihr Basisstudium. Vieles, was jetzt in den Diskussionen so aufscheint, ist plötzlich neunzehntes, wenn nicht achtzehntes Jahrhundert. Ich höre plötzlich wieder Malthus' Vorstellungen. Ich höre schlanken Sozialdarwinismus. Zum Teil ethisch

verbrämt. Das heißt, ich höre das so heraus. Sie glauben und Sie vertreten, dass Demografie wieder eine moderne Wissenschaft wird. Richtig?

**Haring:** Ja, wieder geworden ist. Die Demografie war in Deutschland ja lange Zeit historisch belastet und hat viele kluge Köpfe verloren, bis eine ernstzunehmende Wiederbelebung des Fachs im Grunde erst in den Achtzigern stattfand. Als moderne Wissenschaft hat sich die Demografie daher vor allem im englischsprachigen Raum, in den USA und Großbritannien, entwickelt. In Deutschland ist es daher im Wesentlichen eine nachholende Entwicklung, um diesen verlorenen Anschluss in der Disziplinentwicklung wieder herzustellen.

**Frage:** Ja, verstehe ich sehr gut. Meine letzte Frage ist etwas, womit ich Sie als politisches Subjekt ansprechen möchte. Auf die sozialen politischen Defizite der öffentlichen Diskussion bezogen, was empört Sie als Akademiker am meisten am profanen Leben der Diskussion? An der Rolle, die Wissenschaft in der Öffentlichkeit spielt, empört Sie da etwas oder fühlen Sie sich anerkannt und wohl?

**Haring:** Das Erste, was mir auf diese tolle Frage einfällt, ist das Wort Fantasielosigkeit. Das finde ich im öffentlichen Diskurs wirklich auffällig, ohne dass ich sagen würde, es empört mich. Aber ich finde es auffällig, wie eng der Rahmen ist, wenn Themen der Zukunftsgestaltung oder überhaupt zukunftsbezogene Fragen in den Raum treten. Wissenschaft fragt, wie die Welt funktioniert oder wie die Zukunft aussehen könnte, aber sie fragt nicht, wie sie aussehen sollte. Da staune ich über eine gewisse Fantasielosigkeit im Diskurs. Wie wollen wir zusammenleben? Was ist uns wichtig? Nach welchen Maßstäben oder Schwerpunkten wollen wir Zukunft gestalten? Da wünsche ich mir etwas mehr Frische und einen offenen Zugang zu den Fragen unserer gemeinsamen Zukunft.

**Frage:** Das ist erstaunlich, dass Sie das sagen. Niemand hat das bisher so beantwortet, es trifft aber eine Beobachtung von mir, die mich irritiert: die Verbreitung von schlechter Laune unter Akademikern. Es herrscht da kein Frohsinn. Es herrscht oft Neid. Solche generellen Aussagen sind zwar falsch, aber etwas von meiner Be-

obachtung finde ich in dem wieder, was Sie sagen: Mehr Fantasie! Richtig?

**Haring:** Ja, den Begriff „Frohsinn“ finde ich in diesem Zusammenhang schön. Das ist meiner Meinung nach das häufigste Missverständnis des Intellektualismus, diese Schwere und Negativität in der Diskussion um das halbleere Glas. Das ist auch etwas, was ich als ein bisschen Deutsch empfinde.

**Frage:** Sehr gut. Das wäre mein Satz gewesen. Der Deutsche ist depressiv oder verkatert oder beides.

**Haring:** Ich war nach der Promotion als Postdoc für ein Jahr in den USA an der Boston University und habe das als große Erleichterung empfunden, gut gelaunte Akademiker kennenzulernen. Ich hatte einen tollen Mentor und habe eine ganz andere Art, Wissenschaft zu betreiben, kennengelernt. Was die Attraktivität und Zukunftschancen des deutschen Wissenschaftsbetriebs betrifft, vor allem im sogenannten Mittelbau, besteht in vielen Bereichen dringender Modernisierungs- und Reformbedarf.

**Frage:** Letzte Frage, wenn wir denn nun über Alternswissenschaft reden, über die Fundamente, die sie in der Demografie und in Public Health hat, über die Erweiterung der Perspektive vom individuellen Patienten auf ganze Populationen – was habe ich Sie nicht gefragt, das ich Sie aber hätte fragen sollen?

**Haring:** Ich finde wichtig, aus der Perspektive von Public Health immer wieder zu betonen, wie wichtig Kontext ist. Es geht nicht nur um die Beschreibung, sondern vor allem um die Bedingungen von Altern, Krankheit und Gesundheit. Das würde ich abschließend gerne betonen, wie wichtig es ist, fachspezifische Perspektiven immer wieder zu ergänzen und zu erweitern. Gelingendes Altern lässt sich eben nicht ausschließlich durch Laborwerte, Röntgenbilder oder Diagnosen beschreiben. Public Health versucht daher als Multidisziplin eine 360 Grad Perspektive einzunehmen, um den ganzen Menschen, mit seinen Fragen nach Gesundheit, Krankheit und auch Lebensglück, in den Blick zu nehmen.

**Frage:** Wunderbar. Ich habe so ein bisschen, weil ich Sozialwissenschaftler bin, eine kybernetische Vorbildung

und wenn ich das in der Kybernetik formuliere, ich bin mir nicht einmal sicher, welches Teilsystem den Menschen bestimmt. Ob das biologische das psychologische bestimmt oder das psychologische das biologische und welche Mischformen es da gibt. Jede Monokausalität führt dazu, dass sie die Variable zu Determinanten macht und die Determinanten zu Variablen. Spannend.

**Haring:** Genau, in welche Richtung läuft denn die Kausalität? Zu dieser Frage ist in der medizinischen Forschung inzwischen ja ein gewisser Zweifel entstanden, ob die Kausalität immer von der Materie zum Geist läuft oder auch vom Geist zur Materie laufen kann.

**Frage:** Ja, lieber Herr Haring, das war ein wunderbares Gespräch. Ganz herzlichen Dank!

# Nachwort

## *Alter ist ein Wert an sich.*

mit diesem Postulat haben wir das Münstersche Monitum ins Leben gerufen, gespannt darauf, welche neuen Sichtweisen uns die akademische Fachwelt aufzeigen möge. Überwältigt von der großen Resonanz auf unser laienhaftes Interesse sind wir hochofregt, nun dieses Bändchen als Eröffnung eines regen und intensiven Diskurses betrachten zu dürfen. An dieser Stelle möchte ich mich herzlich für alle Beiträge, die sich dem Thema aus ganz unterschiedlichen Perspektiven genähert haben, bedanken. Das großartige Engagement aller Mitwirkenden und insbesondere die entgegenkommende Bereitwilligkeit der akademischen Experten, sich unserer Fragen anzunehmen, haben dieses kleine feine Bändchen – in diesen besonderen Zeiten – überhaupt möglich gemacht.

Wir hoffen, mit diesen gehaltvollen und facettenreichen Gesprächen einen Auftakt zu einem Diskurs geleistet zu haben, der die Frage nach einem gelingenden Altern in einer Vier-Generationen-Gesellschaft in den Blick nimmt, ein offenes interdisziplinäres Gespräch führt und die Auseinandersetzung auch auf einer zivilgesellschaftlichen Ebene stattfinden lässt.

Ich freue mich auf eine Fortsetzung!

*Im Februar 2021*

*Dr. phil. Johanna Unkhoff  
– cura westfalia GmbH/Laarmann GmbH –  
Münster*

## Impressum:

Dieses Bändchen ist der Vorläufer einer größeren Publikation mit rund zwanzig Interviews aus dem Kreis von rund hundert angesprochenen Akademikern der Alternswissenschaft; die Auswahl ist zufällig (random sample). Die Fotos entstammen den ZOOM-Interviews.

Die Interviews führte der Kommunikationsberater  
Hon.-Prof. Dr. phil. Klaus Kocks.

Das „Münstersche Monitum“ ist eine Initiative  
von Dr. phil. Johanna Unkhoff.

## Kontakt:

*CATO Sozietät für Kommunikationsberatung GmbH*  
*Hauptstr. 30*  
*56412 Horbach*  
*k.kocks@cato-consultants.de*  
*Tel: 06439/92990*

*cura westfalia GmbH*  
*Drensteinfurtweg 31*  
*48163 Münster*  
*unkhoff@cura-westfalia.de*  
*Tel: 0251/76252900*

## Copyright:

© Kocks/Unkhoff (Hrsg.), Münster 2021



