

## 16. Durchführungen im Zeichen einer Andersheit

*Andersheit* ist nicht irgendeine Beliebigkeit, sondern eine Ausnahme vom Binärschematismus, der als Ordnung vorausgesetzt ist und auch relevant bleibt. Ausnahmen sind Ausnahmen im Hinblick auf eine Ordnung. Wird die Ordnung annulliert, verschwindet auch die Ausnahme. Ob ein Mensch eine Person im klassischen und exklusiven Sinne ist, ist weiterhin wichtig. Ein Patient im Wachkoma ist im Unterschied zum beruflich aktiven Ingenieur nicht autonom (im klassischen Sinne der Angleichung von Logik und Ethik). Beiden steht Ungleiches zu. Dem Patienten Basale Stimulation, dem Ingenieur ein Sitz im Aufsichtsrat. Es wäre ungerecht und unsinnig, beide identisch zu behandeln. Andersheit besagt: wie immer wir diesen Akteuren begegnen, beide erscheinen im Licht des Ethischen. Es ist nicht so, dass der Komapatient im Unterschied zum Ingenieur ein halbtotes Ding ist und deshalb weniger Schutz und Achtung erhält. Koma oder Aufsichtsrat – dieser Unterschied, der größer vielleicht nicht sein könnte, ist sehr erheblich. Aber nicht im Sinne eines Kriteriums zur Konstatierung von Menschenwürde. Wenn wir nach der Würde von Menschen, die mit einer Demenz leben, fragen, gehen wir nicht davon aus, dass diese Menschen ethische Neutren, sondern ethisch bedeutungsvolle Wesen sind. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Rede von einer *Durchführung* besagt, dass der Andere immer schon in den Schutzbereich des Ethischen gehört und wir ihm gegenüber nicht gleichgültig sind. In dieser »Nicht-Indifferenz« zeigt sich eine »Verantwortung« (Lévinas 1992, 361) gegenüber dem und den Anderen. Es gibt somit keine wertlosen Menschen, wie die instrumentelle Bioethik behauptet. *Andersheit* – was folgt nun daraus?

Die nachfolgenden Durchführungen beginnen mit dem asymmetrischen Paar von Gesundheit und Krankheit und enden beim Tod. Wenn Personen als potentiell vulnerable und auch vulnerable Personen im Mittelpunkt der Ethik stehen sollen, dann gilt es, nicht nur den Verstand und das freie Handeln des Menschen zu betrachten, wie es seit Pico della Mirandola üblich ist, sondern auch die Möglichkeit von Krankheit und die Realität des Todes ins Auge zu fassen. In dieser Art der Gewichtung war Montaigne gegenüber Descartes im Recht. Descartes erwähnt lediglich am Ende der 1. Meditation, dass das systematische Denken anstrengend ist und es daher sinnvoll wäre, Ruhepausen einzulegen. Montaigne zeigte bereits zuvor, dass Widerfahrnisse wie der Schlaf den Verstand und den Willen übermannen und ihm gut tun. Viele Jahre vor Descartes fügt er noch hinzu: »Die Philosophie betreibt

meines Erachtens Kinderei, wenn sie uns mit ihrem ständig herausgekrähten ›Ergo, ergo!‹ glauben machen will, [...] die Sinneslust sei etwas Tierisches, nicht wert, daß der Weise hiervon koste.« (Montaigne 1998 III, 519f) Nicht zufällig bekleiden Descartes und Montaigne auch in der Frage der Tierethik sehr konträre Positionen. In der Gegenwart sind es Jonas, Levinas und Ricœur, die dem Gedanken der Vulnerabilität Ausdruck verleihen. Sie führen das wachsame Cogito durch eine zweite kopernikanische Wende hindurch. Die Müdigkeit lässt die Kräfte des Ego schwinden und liefert es an Andere aus. Die Durchführungen im Zeichen einer Andersheit zeigen, was uns mit ausmacht, ohne, dass wir es völlig in der Hand haben.

### a. Gesundheit und Krankheit

Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens. Aus medizinischer Sicht hat diese berühmte Definition der WHO den Nachteil, dass ihr zufolge vermutlich kein Mensch wirklich gesund ist. Zudem bindet sie die Gesundheit an das subjektive Wohlergehen und blendet damit Funktionsstörungen tendenziell aus. Als Konsequenz könnte man Gesundheit pragmatisch als einen Zustand definieren, in dem jemand »keine Behandlung einer Erkrankung benötigt.« (Knoepfler/Daumann 2017, 22) Diese Sichtweise hat allerdings den Nachteil, dass sie wiederum den philosophischen und vor allem den ethischen Aspekt der Problematik von Gesundheit aus dem Blick verliert.

Die Sorge um sich und Andere ist eine Antwort auf die Endlichkeit und Hinfälligkeit der Existenz. In der Kunst, ein Leben zu führen sind Pflege und Gesundheit als Elemente eingearbeitet. Sie sind nicht eigenständig, nicht klar umrissen und nicht isolierbar. Deshalb kann, so Niklas Luhmann, ein Arzt mit »Gesundheit nichts und nur mit Krankheiten etwas anfangen.« (Luhmann 1990, 187). Gesundheit ist, um Canguilhem (2004) zu zitieren, eine Frage der Philosophie und der Ethik. Krankheit wäre, sofern es sich nicht um schwere chronische Krankheiten handelt, von der Gesamtperson des Patienten ablösbar und an Normwerten messbar. All das trifft auf Gesundheit nicht zu. Gesundheit ist, so Hans-Georg Gadamer mit den Worten Paul Valéry's, wesensmäßig verborgen, schweigend und unfassbar (vgl.: Schnell 2006). Im Mittelpunkt des Lebens steht nicht die Gesundheit als bewusstes Thema oder Ziel.

Es gibt im Bereich des Public Health vier Modelle von Gesundheit: das biologisch- funktionsorientierte Modell, das psychosomatische Modell, das naturheilkundliche und das sozialwissenschaftliche Modell (vgl.: Brieskorn-Zinke 2004). Alle vier Modelle betrachten Gesundheit

in unterschiedlicher Weise als ein eigenes Thema. Das ist nicht falsch, setzt aber zu hoch an. Wir gehen an dieser Stelle eher davon aus, dass Gesundheit kein Thema und auch kein Ziel des Leben ist, sondern ein Element, aus dem man lebt, um Ziele im Leben erreichen zu können. Ziele wie Arbeit, Sport, Spiel, Liebe, Entspannung. Der Mensch ist dabei Co-Produzent seiner Gesundheit und zwar durch seine *Cura sui*, mit der er grundsätzlich auf seine Situation reagiert und damit auch auf sein Kranksein.

Die Lebenskunst der Gestaltung von Alltag und Normalität ist zwar eine Antwort auf die Endlichkeit, aber diese ist selbst nicht thematisch. Wir leben, wenn wir gesund sind, in gewisser Hinsicht in der Verdeckung dessen, was »das eigenste Sein zum Tode ist.« (Heidegger 1979, 253) Neurotiker, wie sie in Woody Allens Filmen auftreten, beziehen ihre Energie daraus, den Kampf gegen die Endlichkeit zum Inhalt des Lebens zu machen. Sie scheitern daran, allerdings auf sympathische Weise.

Es gehört zu einer gewissen Normalität, dass weder Endlichkeit noch Gesundheit thematisch sind. Gesundheit ist nicht das Objekt der Begierde, sondern eher ein Element, woraus wir leben. »Gesundheit ist eben überhaupt kein Sich-Fühlen, sondern ist Da-Sein, In-der-Welt-Sein, Mit-den-Menschen-Sein, von den eigenen Aufgaben des Lebens tätig und freudig erfüllt zu sein.« (Gadamer 1993, 144). Es gibt offenbar nichts Unauffälligeres im Leben als Gesundheit. Diese Unauffälligkeit ist allerdings kein bloßes Nichtbemerken, sondern eine Nichtfasslichkeit, eine Andersheit, die über drei Feststellungen hinausgeht: die Gesundheitsfalle (Klaus Dörner), die Metaphern der Krankheit (Susan Sontag) und die Normalität der Zitate (Thomas Mann). Die *Andersheit* der Gesundheit berührt diese Feststellungen, sie ist als Gesundheit aber dadurch nicht fasslich und nicht feststellbar.

Klaus Dörner radikalisiert den Gedanken der Verborgenheit, wenn er sagt, dass Gesundheit ein »sich Entziehendes«, ein »Abwesendes«, ein »Weggegebenes« (Dörner 2003, 12f) sei. Deshalb sei es unsinnig, wie schon Ivan Illich bemerkte, Gesundheit als Objekt oder Ware zu betrachten, weil sie dadurch vernichtet und die Gesellschaft in eine Gesundheitsfalle tappen würde. »Eine Gesellschaft, die Gesundheit zu ihrem höchsten Wert erklärt, treibt als Gesundheitsgesellschaft mit Hilfe ihres Gesundheitssystems sich selbst die Gesundheit aus. Anders ausgedrückt: Ein Krankheitsbewältigungssystem, das als Gesundheitssystem sich immer nur grenzenlos steigern will, wird zur Gesundheitsvernichtungsmaschine.« (ebd., 14). Als Beispiel, worin die Gesundheitsfalle besteht, führt Dörner den übermäßigen Einsatz von Gentests an: »Diese neue Form der Überdiagnostik eröffnet nicht nur ungeahnte neue Spielräume für Stigmatisierung. Sie verwandelt uns vielmehr auch in ein Volk der Noch-nicht-Kranken, da wir natürlich alle etliche Krank-

heitsdispositionen mit uns herumschleppen.« (41) Der Mensch gilt als krank, wenn ihm die Disposition zu einer möglichen Krankheit nachgewiesen werden kann. Für diese Art der Krankheit gibt es keine Therapie. In gewisser Hinsicht ist damit jeder Mensch krank, da das Leben ein Sein-zum-Tode ist und somit der Möglichkeit des Krankwerdens gar nicht entgehen kann. Normalisierungsfolgen lassen nicht auf sich warten. Dabei ist nicht nur an Zukunftsvisionen zu denken, die in Kinofilmen zu sehen sind, sondern auch an Entwicklungen in der Berufswelt. Arbeitgeber in den USA stellen Arbeitnehmer ein, wenn sich die Investition in deren Ausbildung auch lohnt. »Bei fünfzig Prozent der Einstellungsgespräche haben die Arbeitnehmer biologische Testdaten vorzulegen, in der Industrie werden von zwanzig Prozent heute genetische Tests verlangt.« (Koch 1998, 189). Wer krank werden könnte, auf Grund sogenannter genetischer Defekte, kommt als Mitarbeiter gar nicht erst in Frage. Wenn an dieser Stelle dennoch von Gesundheit mit einer gewissen Emphase gesprochen wird, dann nicht in Verkennung der Gefahren der Auswirkungen der Biopolitik, sondern unter Berufung auf eine Differenz im Zugang: Der sozialtechnologische Zugriff der Biopolitik ersetzt den phänomenologischen Zugang zur Gesundheit nicht. Zugleich darf die Phänomenologie eben jene Phänomene der Macht nicht außer Acht lassen. Phänomenologisch besagt: Es gilt nicht nur zu zeigen, wie der Körper geformt und konstituiert wird, sondern auch, wie der Körper als Leib diese Formung übernimmt und damit auch von ihr abweichen kann. Das heißt natürlich, dass Formierung nicht alles ist und es Überschüsse des rohen Seins über die Biopolitik gibt. Der Leib ist nicht nur eine Maschine.

Dass ich gesund bin, wird von mir, solange ich gesund bin, stillschweigend vorausgesetzt. »Das Geheimnis der Gesundheit bleibt verborgen. Zur Bewahrung der Gesundheit gehört die Verborgenheit, die im Vergessen besteht.« (Gadamer 1993, 173f) Dass es sich so verhält, dass also das Schweigen und die Verborgenheit zum Wesen der Gesundheit gehören, weiß ich dann, wenn ich krank bin oder werde. Gesundheit und mit ihr das Alltagsleben verlieren ihre Selbstverständlichkeit. »Die Krankheit ist es, was sich aufdrängt, als das Störende, das Gefährliche, mit dem es fertig zu werden gilt.« (ebd., 135) Krankheit ist das Bewusstsein, dass Gesundheit gewesen ist und nicht anders als Gewesenheit thematisch sein kann. Krankwerden bedeutet, dass das gelebte Leben sich ändert. Zunächst bedarf das Kranksein des Ausdrucks, der Artikulation. Neben leiblich-körperlichen Symptomen ist an die Sprache zu denken, die natürlich immer auch leiblicher Ausdruck ist. Wenn man das Faktum des Sprechens (also: dass überhaupt gesprochen wird) nicht naiv voraussetzen will, gilt es eine Genealogie der Sprache aus dem Geschehen des Ausdrucks zu betreiben. Die dazu an anderer Stelle ausgeführten Bestimmungen besagen, dass die Sprache ihre Herkunft in

einer zu sagenden Erfahrung hat, die weder rein stumm ist noch schon gesprochene Sprache darstellt. Es geht hier um einen dritten Weg zwischen stummer Intuition und linguistic turn auf dem das Angerufenwerden (der Vokativ) ein Meilenstein ist (vgl.: Schnell, 2005e).

Das Eigentliche des Heilberufers ist die Hinwendung zum bedürftigen Menschen. Victor von Weizsäcker begründete die sprechende Medizin mit der These, dass das Kranksein eine Not ist und sich in der Bitte um Hilfe äußert. Der Arzt ist demnach definiert durch das Angerufensein vom anderen Menschen, aus einer Not heraus und mit der Bitte um Hilfe. Durch die Hinwendung entsteht eine Beziehung. Ärztliches Tun ist zunächst ein Verstehen des Anderen, eine Kommunikation, in die eine Anamnese eingelassen ist, eine Untersuchung und das Fällen einer Diagnose als Grundlage für eine Therapie (vgl.: Schnell 2004c).

Eine medizinische Diagnose ist: 1. die Zuordnung eines Krankheitsbegriffs an die Person eines Patienten, 2. eine Aussage, die auf einen individuellen Patienten zutreffen muss, 3. eine Handlung und eine ethisch relevante Kommunikation mit einem Patienten (vgl.: Wieland 2004).

Schließlich ist im Bereich der stummen Gesundheit und der besprochenen Krankheit das Politische zu beachten, das in der ideologischen Funktion der Sprache und der kulturrelativen Bewertung von Krankheiten liegt, sei es in den Wertungen medizinischer oder pflegerischer Diagnosen. Susan Sontag hat an mehreren Beispielen die metaphorische Bedeutung von diagnosenahen Sprechweisen untersucht. In der Regel handelt es sich um Stigmatisierungen positiver oder negativer Art, die durch Metaphorisierungen zustande gebracht werden (vgl.: Sontag 1990: 99f). Über den epistemologischen Status der Metaphorisierung führt Sontag aus: »Ich sage nicht, dass die Metapher die klinische Auffassung hervorbringt, aber ich vertrete das Argument, dass die Metapher mehr tut als die klinische Auffassung nur zu bestätigen.« (ebd., 117) Sie gibt Spielräume für Interpretationen frei, die nicht zureichend in klinischer Evidenz begründet sind und daher die Kulturgeschichte von Krankheiten mitbegründet. In der europäischen Oper des 19. Jahrhunderts, in *La Bohème*, *La Traviata*, *La Dame aux Camélias*, spielt die Tuberkulose eine herausragende Funktion. Ihre Bedeutung kontrastiert zu der der Krebserkrankung, wie Susan Sontag ausführt. »Im Tod in Venedig erzeugt das Leiden einen Zusammenbruch all der Eigenschaften, die Gustav von Aschenbach einzigartig gemacht hatten – sein Verstand, seine Schüchternheit, sein wählerisches Verhalten. Die Krankheit wirft ihn zurück. [...] Als im Zauberberg hingegen diagnostiziert wird, dass Hans Castorp an Tuberkulose erkrankt ist, ereignet sich eine Erhöhung seiner Person. Die Krankheit verhilft Hans zu größerer Einzigartigkeit.« (37) Hingegen hat »der [Krebs-]Tumor die Energie, nicht der Patient.« Die

Krebszellen »sind«, so die geltende Metapher, »außer Kontrolle« (62f). Die Tuberkulose verfeinert den Menschen, potenziert seine Vermögen. Als Franz Kafka an TBC erkrankt, benutzte er die Krankheit um sich zu befreien: von seiner Arbeit bei der Versicherung und von seiner Verlobten Felice Bauer (vgl.: Wagenbach 1964, 107ff). Von der Befreiung wird das eigentliche Leben erwartet: eine Konzentration auf das Wichtige und damit eine Steigerung und Intensivierung der Existenz. Es gibt hier eine Art Gesundheit in der Krankheit, die in der Umstrukturierung und Erweiterung des Milieus meiner Möglichkeiten zu sehen ist (vgl.: Goldstein 2012, 271ff). All das wird Krebs und anderen »zersetzenden« Krankheiten nicht zugeschrieben. Im Gegenteil. Man versucht auf Zigaretenschachteln den Lungenkrebs als Folge und Strafe des Rauchens zu prognostizieren. Krebs ist eine negative Krankheit. In der jüngeren Vergangenheit hatte Aids eine ähnliche ideologische Funktion. Sie galt immer noch als »unsaubere« Krankheit, die nur »Randgruppen befällt«, aber nicht den ordentlichen Bürger.

Krankheit ist ein Feld des Konflikts der Interpretationen. Was als krank gilt, hängt nicht zuletzt von der Deutung ab, die sich durchsetzt und die in ihrer Grammatik auch den »Blick des Kliniklers« (Foucault 1991, 110) strukturiert. Der Arzt sieht, was gemäß geltender Aussagen zu sehen ist. Sein Objekt ist die Krankheit. Gesundheit im Sinne durchlebten und umsorgten Lebens ist demgegenüber eine Andersheit, ein Abweichung, eine »Wahrheit des Körpers« (Canguilhem 2004, 64) und zwar meines Körpers. Gesundheit gehört niemanden, nur mir.

Gesundheit ist meine Gesundheit. Fraglich ist, welche Evidenz damit erreicht wird. Erstens: Mündigkeit – ich gehe von mir aus. Zweitens: interne Evidenz – das Fehlen gefühlter Beschwerden ist jedoch nicht die Abwesenheit von Krankheit, da Gesundheit so beschaffen ist, dass sie auch die Möglichkeit von Krankheit beinhaltet (vgl.: Friesen/ Schnell 1990). Drittens: Das Innen als das Außen. Wer in sich hinein hört, der hört: die Gesellschaft. Es ist aber höchst naiv zu glauben, dass die vertretene Meinung originell sein müsse, wenn man angeblich nur von sich ausgeht. Nietzsche, Freud und Adorno stehen für die Einsicht, dass das Selbst allein sich fremd ist und sich als Anderen vorfindet. Pierre Bourdieu spricht vom Mythos der persönlichen Meinung (vgl.: Schnell 1995, 170ff). Gesundheit ist ein In-der-Welt-Sein und in der Welt sind die Anderen und ist die kulturelle Welt. In der Öffentlichkeit und in den Medien wird dargestellt, dass ein Leben lohnenswert ist, wenn sein Autor aktiv, flexibel, offen, mobil und lernfähig ist. Welchen Einfluss hat dieses Idealbild auf die Selbsteinschätzung meiner Person im Hinblick auf das, was ich als gutes Leben erstrebe? Wie bewerte ich mein Leben im Licht vorgeformter Erzählmuster? Derartige Erzählmuster sind die Identifikationsmuster. Mädchen, die in den 80er Jahren im Alter von 16 Jahren nicht wie High-School-Girls aus den Beverly Hills-

Soaps aussahen, galten als unrealistisch. Roland Barthes zeigt für die 50er Jahre, dass Schauspieler modische Gesichter tragen müssen, um populär zu sein. Diese Gesichter werden auf Filmplakaten der Fotoagentur Harcourt präsentiert. Das maskenhafte Foto gibt vor, wie reale Menschen auszusehen haben (vgl.: Barthes 2010, 29ff). Die plastische Chirurgie hat diese Vorgabe Jahre später vollständig erfüllt.

Was ich als gesund ansehe, ist durch die Öffentlichkeit und das Politische vermittelt. Die Presse bietet Patienten Erzählmuster, die sie übernehmen und auf ihre eigene Person beziehen können (vgl.: Staehr 1989). Die Linguistik hat untersucht, welche Werte und Wertungen ein Patient damit übernimmt und sich zu eigen macht (vgl.: Brünner/Gülich 2003). Die mediale Information der Gesundheitsinformation arbeitet, wie Susan Sontag gezeigt hat, mit Schematisierungen. Ungeachtet der Auffassungen in Medizin und Gesundheitsberufen kennt die Öffentlichkeit nur wenige und wenig differenzierte Schemata. »Rein organische Krankheiten«, für die es eine »objektive Ursache« gibt, gelten am meisten. »Psychische Krankheiten« sind weniger gut angesehen. Unklare Krankheitsbilder (>chronisches Erschöpfungssyndrom<) sind »im Grunde genommen nichts«.

Wer sich der geborgten Sprache der Öffentlichkeit bedient, übernimmt Normalität. Normalität und Normalisierung sind wesensmäßig schillernde Begriffe. Sie bedeuten: gesund, funktionieren, gut und richtig, guter Durchschnitt, Ordnung. Wer sich als normal bezeichnet oder auch nur in Rahmen dessen agiert, was als Normalität gilt, wird unvermeidlich zur schillernden Figur (vgl.: Rolf 1999). Das Schillern der Normalität in ihren Schattierungen verdeckt die ethische Exklusion: Andersheit im Sinne unklarer Krankheitsbilder oder überhaupt im Sinne positiv uneindeutiger Phänomene kommt nicht oder fast nicht zur Geltung. Um sich selbst auszudrücken greift eine Person auf Metaphern und Versatzstücke zurück. Thomas Mann spricht in seinem Essay über Sigmund Freud vom »zitathaften Leben« (Mann 1936, 924) und meint damit, dass die Person Zitate verwendet, um sich als-jemand im Licht bestimmter Wertvorstellungen beschreiben zu können. Auf Musterformularen von Patientenverfügungen können vorgefertigte Werte und Einstellungen als wichtig angekreuzt werden (vgl.: Schnell 2009b). »Im Falle einer unumkehrbaren Bewusstlosigkeit wünsche ich mir a, b oder c«.

Wenn man davon ausgeht, dass alles Sprechen immer auch ein Übersetzen ist, dann ist jeder Ausdruck metaphorisch (vgl.: Schnell 2005e: 36f). Metaphern wären damit nicht in erster Linie Sprachfiguren als Schmuck der Rede, sondern, grundlegender, Bauelemente der Rede. Damit ist Metaphorik in gewisser Hinsicht unvermeidlich. Sofern nun die Rede in der ersten Person Singular nicht in der Verobjektivierung der Gesundheitsfalle, den Metaphern der Krankheit oder in den Zi-



taten des Man versanden soll, müsste zwischen Gewohnheitsmetaphern und lebendiger Metaphorik unterschieden werden (vgl.: Schnell 1999, 124f).

Gewohnheitsmetaphern und ebensolche Zitate lassen die Geschichte und die narrative Identität von Personen in vorgegebenen Rollen aufgehen. Lebendige Metaphorik durchbricht dagegen die Zwangsscharkare öffentlicher Masken und ermöglicht im Durchgang durch die öffentliche Sphäre eine Artikulation der Andersheit seiner selbst, die die Unfasslichkeit des Gesunden zeigt: als Unfasslichkeit. Erst nach diesem Durchgang durch die Gesundheitsfalle, die Metaphern und Zitate kommt Gadammers schöne Formulierung zur Geltung: die Verborgenheit der Gesundheit. Zu ergänzen wäre noch der Eigensinn Montaignes: »Gesundheit heißt für mich meinen gewohnten Zustand ungestört beizubehalten.« (Montaigne 1998 III, 464)

Gleichwohl bleibt fraglich, was als und wie lebendige Metaphorik beschrieben werden kann. Ich beschränke mich auf drei Aspekte (vgl.: Schnell 2005e, 34ff). Eine lebendige Metapher ist keine Übertragung im Bereich des schon Gesagten, sondern eine Abweichung von bereits existierenden Bedeutungen im Sinne einer semantischen Innovation: etwas-als-etwas-anderes. Eine lebendige Metapher vollzieht die innere Sinnkonstitution der Sprache, indem sie eine noch nicht gesagte Erfahrung in Sprache übersetzt. Eine lebendige Metapher realisiert schließlich die äußere Sinnkonstitution der Sprache, indem sie dem zu Sagenden einen Ort im Bereich der öffentlichen Rede verschafft. Alle drei Momente im Zusammenhang sind unverzichtbar.

## b. E-Health und Digitalisierung als symbolische Form

Im Zeichen der kulturellen und gesellschaftlichen Innovation durch den umfassenden Prozess der Digitalisierung entstehen zahlreiche, neue Herausforderungen. Die Digitalisierung erfasst auch das Gesundheitswesen in Form von E-Health. Die entsprechenden Technologien beziehen sich nicht nur auf die Übermittlung und Bündelung von Patientendaten durch die elektronische Gesundheitskarte und nicht nur auf die Telemedizin und andere, medizinisch ausgerichtete Behandlungspfade, sondern auf die gesamte Form der alltäglichen Selbstsorge: Prävention, Wellness, Sport, Leben und Wohnen, medizinische Behandlung, pflegerische Versorgung. E-Health holt die Gesundheit aus dem Zustand des Schweigens und macht sie zum Projekt der Optimierung des Lebens im Zeichen einer Angst vor dem Tod. Wir wollen diese Entwicklung kurz in den Diskurs der Technik und in den Diskurs der symbolischen Formen einordnen, um dann das ethische Problem sichtbar zu machen.



Der klassische Diskurs der *Technik* setzt seit Platons Mythos des *Protagoras* (*Protagoras* 320 c ff) in der Anthropologie an, da er eine biologische Mangelausstattung des Menschen als Grund für die Einführung und Verwendung von Technik ansieht. Die Anthropologie von Arnold Gehlen enthält bekanntlich die wichtigsten Argumente in dieser Hinsicht: durch Technik ersetzt der Mensch, was ihm fehlt, verstärkt er seine schwachen Eigenkräfte und entlastet sie. Technik ist Fähigkeit und Instrument zur Bearbeitung der Natur. Das klassische Beispiel ist die Verwendung des Hammers. Sie dient der Kompensation eines biologischen Mangels. Technik ist hier als bloßes Instrument gedacht, dass allzeit in der Hand des Menschen befindet und nur tut und tun kann, was der Mensch will.

Zu betonen ist, dass Gehlen hier allein nicht stehen geblieben ist. Als Kulturkritiker ist an ihm das Zeitalter der Atombombe nicht spurlos vorübergegangen. So hofft er in den 60er Jahren, dass sozialetische Normen helfen können, nach großen Katastrophen den technischen Fortschritt unter eine Kontrolle zu nehmen. Das Zeitalter der Verantwortungsethik für die technologische Zivilisation (Hans Jonas) sollte indes noch kommen.

Der Technologiediskurs hat der klassisch anthropologischen Sichtweise entgegengehalten, dass Technik nicht nur und allein ein Instrument sei, sondern auch über einen zumindest teilweise eigenen Logos verfüge und man daher von *Technologie* sprechen müsse. Ein Beispiel dafür ist das Navigationssystem in einem Passagierflugzeug. Es ist von Menschen gemacht und programmiert, wenn es aber während eines Fluges arbeitet, dann ist es kein bloßes Instrument mehr wie der Hammer. Es ist Technologie, weil es situativ relevante Informationen auswählt, nach denen der Pilot sich richtet. Während der Mensch bei der Verwendung des Hammers die Situation des Hämmerns kontrolliert, ist es nun der Bordcomputer, der das Fliegen des Flugzeuges bestimmt.

Bei der Rede von einem *Technologiediskurs* ist nicht nur daran gedacht, dass im frühen 20. Jahrhundert Computer allmählich das Verständnis von Technik im Sinne eines quasi nach dem Modell des Faustkeils gedachten Hammers ersetzen, sondern auch an Konzepte von Technokratie.

Institutionen herrschen wie ein technischer Apparat. Man denke nur an Max Webers Untersuchungen zur Bürokratie oder an Jürgen Habermas' Ausführungen über Technik und Wissenschaft als Ideologie. Ein klassisches Beispiel für ein Amalgam von Technokratie und Technologie sei, so Herbert Marcuse, die Herrschaftsweise des nationalsozialistischen Staates. Technologie ist hier ein eigener Prozess, der nicht auf Intentionen konkreter Personen oder Gruppen reduziert werden kann. Technologie ist vielmehr eine Form als Selbstzweck.

Der Diskurs wiederum, innerhalb dessen die Konzepte Technik und Technologie mit- und gegeneinander stehen, kann mehr oder weni-

ger als Antithese beschrieben werden. Mit den Worten von Cornelius Castoriadis handelt es sich hier um die Antithese »zwischen der Technik als reinem Instrument des Menschen [...] und der Technik als autonomem Faktor, als Fatalität, als einem günstigen oder schlimmen Schicksal« (Castoriadis 1983, 196). Diese Antithese ist als solche kein direktes Problem, da sie Argumente enthält, die gewisse Plausibilitäten aufweisen. Etwa im Bereich der Phänomenologie und ihres Umfeldes finden sich zahlreiche Belege dessen. Man denke an Martin Heideggers Auffassung von Technik als Weise des Entbergens, die selbst nichts Technisches ist und die die anthropologische Auffassung von Technik hinfällig werden lässt. Obwohl gelegentlich zur Fatalität neigend, ist auch Hans Jonas zu erwähnen, der gerade in der Medizin die Technologie als eine Macht ansieht, die die Verantwortung des Menschen herausfordert (Technik, Medizin, Ethik). Die Antithese wird als solche jedoch problematisch, wenn sie das letzte Wort in Sachen der Technik behalten sollte.

Eine weiterführende Stimme im Technikdiskurs stammt vom Marcel Mauss, der der Sache nach an der *Körpertechnik* ansetzt und damit das Wie des Tuns und des Handelns in den Mittelpunkt rückt. Mit dem Blick des Ethnologen entziffert Mauss so das Marschieren des Soldaten, die Schwimmtechnik des Sportlers, die Techniken des Ausruhens und der Leistung und viele Praxisformen mehr. Mauss erneuert auf diesem Wege das Verständnis des Habitus, der als Schlüsselbegriff später von Pierre Bourdieu übernommen worden ist (*Entwurf einer Theorie der Praxis*). Die Differenz zwischen Mensch und Technik ist in gewisser Hinsicht aufgehoben, der Mensch verleibt sich die Technik und bildet selbst Technik und Techniken aus, durch die hindurch er zu handeln vermag. Da Technik hier in die Erfahrung eingreift und ihr Sinnbildungen mitermöglicht, kann mit Gaston Bachelard auch von Phänomenotechnik gesprochen werden. Technik, die in Sinnbildungen hineinwirkt, ist damit nicht automatisch dasselbe wie Formalisierung oder gar Sinnentleerung, wie Husserl gelegentlich in der *Krisis* (dort § 9g) nahelegt. Technik und Humanität gehen eine gewisse Synthese ein. Sigmund Freud spricht bekanntlich davon, dass »der Mensch sozusagen eine Art Prothesengott ist« (Freud 1994, 57). Technik ist weder bloßes Instrument noch autonomes Schicksal, sondern Handlungsweise des Körpers oder Praxisform, die vom Leibkörper her gedacht werden muss (M. Mauss). E-Health steuert den Umgang des Menschen mit sich selbst und greift direkt in den Körper, in die Sinne und in den Geist ein. Die Techniken der Gesundheit werden nicht nur angewendet, sondern anverwandelt und einverleibt. Sie sind daher auch Technologie, da sich das Selbst nach ihrem Logos richtet. E-Health ist eine Form der Digitalisierung und tritt damit in den Prozess der Kulturbildung ein, den Ernst Cassirer als symbolische Formung beschreibt.

Die Kritik der Vernunft wird zur Kritik der Kultur. So lautet das zentrale Argument Cassirers. Der Begriff der Kultur bezeichnet dabei alle Arten des menschlichen Weltverstehens und -erschließens. Die Philosophie hat als Philosophie der Kultur nicht die primäre Aufgabe, einzelne kleine Lebenswelten, die im Konnex eine multikulturelle Welt bilden, zu betrachten, sondern die universelle, synthetische Anschauung, die alle individuellen Formen in sich begreift, kritisch zu begründen. Der Mensch lebt nicht in einer Unmittelbarkeit zur Welt, sondern in einer Vermittlung, da er zwischen sich und die Welt symbolische Formen bringt. Diese Vermittlung charakterisiert alles menschliche Erkennen, wie es auch für alles menschliche Wirken bezeichnend und typisch ist. Es sind mehrere Bestimmungen, die jene symbolischen Formen auszeichnen. Sie können zunächst allgemein bezeichnet werden als Reaktionen auf Eindrücke der Welt, die diese frei tätig durchdringen und umwandeln. Symbolische Formen schaffen je eine eigene Welt des Sinns und bilden somit Realität keineswegs nur ab. Als entsprechende symbolische Formen bezeichnet Cassirer: Mythos/Religion, Sprache, Kunst, Wissenschaft. Weil diese Liste nicht vollständig scheint und es auch nicht notwendig ist, die symbolischen Formen ausgerechnet auf diese vier zu beschränken, kann die Digitalisierung überhaupt als symbolische Form diskutiert werden. In jedem Falle gilt, dass für eine Mannigfaltigkeit von symbolischen Formen Kants transzendentaler Idealismus nicht aufkommen kann. Die genannten symbolischen Formen sind eigenständige, inkommensurable und aufeinander nicht reduzierbare Formen der Anschauung von der Welt.

Die einzelnen, historisch und systematisch, hinsichtlich Ausdruck, Darstellung und Bedeutung erschlossenen symbolischen Formen werden von Cassirer jeweils mit Bezug zu und Kenntnis der Wissenschaften vorgestellt. Mythologie und Religionswissenschaft, das Ich und Du der Sprachwissenschaften, die Kunstgeschichte, die Physik bis zur Feldtheorie und zu Einstein sind hier in beeindruckender Weise gegenwärtig.

Entscheidend ist, dass der Philosophie Cassirers (bis zum Eintritt ihres Autors ins Exil) als aufklärerischer Impuls die Ansicht inne wohnt, dass die Analyse der symbolischen Formen auch auf Symbolisierung und Formung und daher auf einen historischen Prozess verweist, in dem sich diese Formung vollzieht. Durch ihn entsteht die Kulturwelt, die eine menschliche Welt ist, da der Prozess der Erschaffung symbolischer Welten als ein Prozess der fortschreitenden Selbstbefreiung des Menschen und der Humanität angesehen werden kann. In diesem Sinne soll Symbolisierung der Welt eine Zivilisierung und Humanisierung der Kultur erwirken (eine detailliertere Auseinandersetzung mit Cassirer findet sich in: Schnell/Luft 2014).

Die Digitalisierung ist auch eine symbolische Formung. Sie erstreckt sich auf die Politik, die Wirtschaft, die Bildung und auf das Gesund-

heitswesen. Ihr Ziel ist im Hinblick auf E-Health die Formung des Quantified Self, das sich selbst mit Instrumenten vermisst, ausdrückt, bewertet und das die entsprechenden Daten anderen übermittelt. Es ist heute fraglich, ob sie ihrerseits zur Humanisierung beiträgt.

Digitalisierung ist, so die Definition für den Bereich der Gesundheit, die umfassende Speicherung und Verbreitung personenbezogener Daten besonderer Art, die freiwillig erfolgt und der sich dennoch niemand entziehen kann (vgl.: Jacob/Thiel 2016). Digitalisierung ist ein sozialer Prozess auf der Basis technischer Möglichkeiten.

In diesem Rahmen verspricht E-Health, Antworten auf drei existentielle Menschheitsfragen geben zu können: Wie ist ein Leben in Gesundheit möglich? Wie kann Autonomie auch im Alter noch realisiert werden? Was ist ein Sterben in Würde? Entsprechende Technologien werden entwickelt oder sind schon in der Anwendung: medizinische Behandlungs-Apps für das Smartphone und das Tablet, Vernetzungen von Patientendaten, telemedizinische Home-care, Self-Tracking Programme und eine künstliche Biologie gedruckter Ersatzorgane in 3-D.

Parteiläufer der Digitalisierung führen ins Feld, E-Health bewirke unter anderem:

- eine Steigerung der Selbsterkenntnis des Menschen durch Fakten auf der Basis von Messungen,
- die Autonomie von Patienten im Kontakt mit Institutionen der Gesundheitsversorgung,
- eine Kommunikation von Patienten mit Ärzten und Pflegenden ohne Zeit- und Informationsverlust,
- eine autonome Lebensführung im Alter (auch bei chronischer Erkrankung),
- eine Optimierung der Begleitung am Lebensende.

Demgegenüber stellen Analytiker der Biopolitik im Gefolge von Michel Foucault kritisch heraus, E-Health fördere unter anderem:

- die einseitige Wahrnehmung der eigenen Person als zu optimierende Maschine,
- eine Normierung der gesundheitsbezogenen Lebensführung,
- den Vorrang von kommunizierten Gesundheitsdaten gegenüber der Person eines Patienten,
- Überwachung und Kontrolle,
- die Verdrängung von Trauer und Abschied vor dem Tod.

Gesundheit, Altern und Sterben werden sich im Zeichen von E-Health verändern. In den Mittelpunkt treten: Optimierung, Quantifizierung, Technisierung, (Selbst-)Überwachung des Lebens. Weniger attraktiv

werden sein: Gebrechlichkeit, Endlichkeit, Abweichung von technischen Normen. Der Prozess der Digitalisierung ist ein umfassender Prozess, der die Realität als Welt von Signalen auffasst und der die Welt daher als Ganze strukturiert. Die Digitalisierung mündet in eine »umfassende Quantifizierung« (Rödter 2015, 38). Sie erfordert in Form von E-Health, dass sich der Bürger zum Quantified Self formt und formen lässt.

Eine Quantified Self kontrolliert sich selbst im Lichte der Messung des Lebens und kommuniziert entsprechende Daten öffentlich. Diese Entwicklung verändert die Selbstsorge.

Der Antrieb zur Leben ist dann nicht mehr die Selbstsorge in einer Balance zwischen Selbststeigerung und Anerkennung der eigenen Endlichkeit, sondern die einseitige Optimierung des Lebens und Verleugnung des Todes.

Vor Hintergrund der Perspektiven von Digitalisierung und Biopolitik erhebt sich die Frage, welche Ethik angemessen ist, um die erwähnten Prozesse bewerten zu können. Es geht darum, Autonomie, Fürsorge, Gerechtigkeit und andere Werte im Lichte dessen zu betrachten. Weiterhin ist in diesem Zusammenhang unter anderem zu untersuchen, wie sich eine *Ethik als Schutzbereich* aufstellen muss, um diese und weitere Entwicklung der Lebenswissenschaften bewerten zu können. Dazu bedarf es zunächst einer dichten Beschreibung der Technologien und ihrer lebensgenerierenden Potenzen. Diesen und anderen Herausforderung werden wir uns an anderer Stelle widmen.

### c. Der Gang zum Hausarzt

Die Selbstsorge ist, unterstützt durch die Fürsorge Anderer, auch ein Modus, um auf Störungen der Gesundheit und des »gewohnten Zustandes« (Montaigne) zu reagieren. Eigenkräfte und Hausmittel werden eingesetzt, um Störungen und Unpässlichkeiten überwinden zu können. Wir befinden uns hier noch vor der Unterscheidung von Krankheit (Medizin) und einem Umgang mit dem Kranksein (Krankenpflege). Diese Sachlage ändert sich, wenn ein Mensch krank wird. Ein Mensch kann krank und pflegebedürftig werden, weil er ein leibliches Lebewesen ist, das heißt endlich und hinfällig. Auch Krankheit ist insofern eine Andersheit als sie von der unthematischen Normalität der Gesundheit abweicht. Gleichwohl kann Krankheit in gewissem Sinne wiederum zur Normalität werden.

Die Rede von einer Andersheit gilt nicht abstrakt, sondern immer auch im Hinblick auf eine vorherrschende Ordnung und die Art, wie diese überschritten wird. In der Ordnung des Krankenhauses können

Mediziner mit chronisch Kranken und mit behinderten Patienten ›nichts anfangen‹ (Luhmann), weil diese Personen nicht heilbar sind und daher an ihnen gesundheitsökonomisch nichts abrechenbar ist. Diese harte Selektion ist in der Hausarztmedizin noch nicht gegeben. Der Allgemeinmediziner wird als ›niedergelassen‹ bezeichnet, weil seine Art des ärztlichen Handelns mit der Lebenswelt seiner Patienten korreliert und daher eine gewisse alltagsnahe Augenhöhe zwischen Hausarzt und Patienten besteht.

Erst wenn die Differenz gesund/krank eingeführt wird, gewinnt der Arzt und mit ihm die Medizin an Bedeutung. Das Leben beginnt ja nicht mit dem Auftreten des Arztes. Die Geburtshilfe ist im wissenschaftlichen Zeitalter zwar auch an die medizinische Gynäkologie gebunden. Aber die Geburt ist keine Krankheit, für die der Arzt zuständig ist. Der Arzt rückt in den Mittelpunkt, indem er von einem Menschen, der durch die Diagnose des Arztes und durch dessen Krankschreibung in den Status des Patienten übergeht, aufgesucht wird. Der ärztlichen Aktivität des Untersuchens, Diagnostizierens und Krankschreibens geht ein Dialog zwischen Arzt und Patient voraus, in den die Anamnese eingelassen ist. Diesem Dialog wiederum geht die Passivität des Zur-Hilfe-Gerufenwerdens des Arztes durch einen hilfebedürftigen Menschen und potentiellen Patienten voraus. Erst diese Passivität bringt den Arzt in unsere Systematik ein. Von der Passivität des Gerufenwerdens entwickelt Victor von Weizsäcker die ärztliche Tätigkeit. Klaus Dörner radikalisiert diesen Gedanken zu einer ethischen Grundhaltung, in der sich der Arzt als ein *Arzt vom Anderen her* verstehen soll (vgl.: Dörner 2002).

Wenn ein Mensch den Hausarzt aufsucht, überschreitet er eine Schwelle. Mit der Überschreitung wird unwiderruflich klar: Das System der Selbstsorge und der familialen Sorge ist nicht mehr ausreichend. Hilfe, die Anteil nimmt, aber auch Fachlichkeit und Distanz besitzt, soll mir und uns helfen. Der Hausarzt wird, durch seine Arbeit in der Praxis oder Hausbesuche, zur Hilfe gerufen. Der den Arzt rufende Mensch wird zum Patienten. Ein Hausarzt ist der Arzt, der, aus Sicht vieler Patienten, der alltäglichen Selbstsorge am nächsten ist. Anders gesagt: Patienten erwarten von einem guten Hausarzt, dass er an ihrem Alltagsleben und ihren -sorgen teilhat. Thorsten Langer spricht in seiner Untersuchung des Hausarztwesens von »privaten Begleitthemen« (Langer 2005, 152). Der Hausarzt erzählt davon, dass er während der Fußballweltmeisterschaft mit seiner Familie im Garten gegrillt hat. Der Patient kann sich damit spontan identifizieren. Ihm gilt ›sein Arzt‹ als Mensch. Vom Facharzt erwartet ein Patient in der Regel keine so große lebensweltliche Anteilnahme wie von seinem Hausarzt. Der Hausarzt soll dem Patienten ähnlich nah sein wie die Gemeindeschwester oder die Familiengesundheitspflege.

Wenn sich ein Patient für den Besuch beim Arzt entscheidet, hat er einen Abwägungsprozess auf mehreren Ebenen durchlaufen. Der Patient überlegt, ja, hört in sich hinein, ob die Beanspruchung des Arztes wirklich notwendig und er so hilfebedürftig ist, dass er ohne diese Hilfe nicht auskommen kann. Ein solcher Prozess verläuft durchaus nicht gradlinig. Morgens geht es dem Patienten besser, er ist hoffnungsfroh, nachmittags dann schlechter, aber er will noch warten oder vielleicht doch nicht? Was sagt die Frau? Was rät die Schwiegermutter am Telefon?

Der Hausarzt ist der Arzt, zu dem ein Patient, zumal ein chronisch kranker, eine echte, oft langjährige Beziehung aufgebaut hat. Die Beziehung selbst besteht in der Regel aus Arztbesuchen in kürzeren oder längeren Abständen und in Begegnungen, die oft nicht länger als 20 Minuten dauern. Aber das zählt für den Patienten. Vier Besuche mit einer Nettosprechzeit von 90 Minuten können als angebaute Beziehung zwischen Hausarzt und Patient gelten, denn vier Besuche heißt: dreimal ist der Patient wieder gekommen. Bei der Entscheidung, den Arzt aufzusuchen und die häusliche Selbstsorge für vorläufig beendet zu erklären, spielt neben der Einschätzung der eigenen Bedürftigkeit auch die vorausgehende Erwartung an den Arztbesuch eine wichtige Rolle. Wird er mir helfen können? Wie war es bisher? Kann ich erwarten, dass sich die Beziehung zum Arzt weiter so gestaltet wie bisher? Ein singulärer Arztbesuch gilt nichts, so lange er sich nicht kohärent in die Tradition anderer Besuche bei demselben Arzt einreihen lässt.

Eine als gut bewertete Beziehung zum Hausarzt umfasst, wie Thorsten Langer (2005) gezeigt hat, mehrere Dimensionen:

1. Der Patient erwartet, dass die je neu zu vollziehende Begegnung mit dem Arzt so sein wird, wie die anderen Begegnungen bisher verlaufen sind. Die Erwartung ist eine Nachbildung der Vergangenheitsvorstellung.
2. Der Patient hat entschieden, dass er Hilfe vom Arzt benötigt.
3. Der Besuch beim Hausarzt stützt die alltägliche Selbstsorge, die im Wesentlichen daheim stattfindet, indem der Arzt an der Normalität der Lebenswelt des Patienten teilnimmt.

Ein Gelingen des von Krankenkassen eingeführten Hausarztprogramms, das Patienten Bonuspunkte und geringere Beitragszahlungen gewährt, wenn sie lange zu ein und demselben Hausarzt gehen, setzt unter anderem voraus, dass in der Beziehung zwischen Arzt und Patient die Möglichkeit existiert, Kritik zu äußern. Patienten wären mit ihrem Arzt unzufrieden und könnten ihren Unmut äußern, so dass nach einer klärenden Aussprache eine Weiterführung der Beziehung möglich bleibt. Daran mangelt es aber oft. Wenn Patienten unerwartet die Praxis nicht wieder aufsuchen, wissen Ärzte in der Regel nicht, ob der Pati-



ent verstorben, unzufrieden oder verzogen ist. Trotz aller Reduktion des ärztlichen Paternalismus in den letzten Jahrzehnten existiert im Bereich einer kritischen Medizin vielfach noch Sprachlosigkeit.

#### d. Das Krankenhaus zwischen staatlicher Anstalt und privatem Betrieb

Der Gang ins Krankenhaus bestätigt, dass das System der familiären Selbstsorge des Patienten nicht mehr zureichend ist und fügt unserer Betrachtung eine neue Qualität hinzu, nämlich den Übergang von der ambulanten zur stationären Versorgung. Der performative Akt der Krankschreibung weist über die Hausarztbehandlung hinaus. Der Eintritt in das Krankenhaus erfolgt durch eine Überweisung des Haus- oder Facharztes, durch den Notarzt in der sogenannten Liegendanfahrt oder durch den aufrecht gehenden Menschen, der sich in die Notaufnahme der Ambulanz begibt. Die Erfahrungen, die der Patient beim Eintritt in das Krankenhaus macht, haben möglicherweise Auswirkungen auf die Frage, wie er sich im Krankenhaus zu Recht zu finden vermag. Von der anders gearteten Problematik des Einzugs älterer Menschen in ein Heim wissen wir, dass sich Heimbewohner aus ihrer Sicht und der ihrer Angehörigen tendenziell umso besser im Heim einleben, je autonomer sie bei der Entscheidung des Einzugs mitgewirkt haben (vgl.: Josat et al., 2006). Wer einfach abgeschoben wird und sich beim Erwachen unerwartet im Heim wiederfindet, kann sogar ein Trauma erleiden. Die sogenannte Einlieferung ins Krankenhaus wäre im Lichte dieser Erfahrung zu untersuchen.

Innerhalb des Krankenhauses erwartet den Patienten eine neue Welt mit eigenen Regeln und eigener Sprache. Das Krankenhaus ist ein Reich der Zeichen, das verschiedene Territorien voneinander unterscheidet. Es gibt dadurch einen öffentlichen Bereich und Sektoren begrenzter Zugänglichkeit wie die Intensivstation oder den Operationssaal (vgl.: Schnell/ Mitzkat 2005, 2006).

Die Geschichte des Krankenhauses beginnt mit dem Hospital. Begrifflich verweist das Hospital auf das lateinische Wort *Hospes*, das Gast oder Gastfreundschaft bedeutet und somit eine große Nähe des Hospitals zur alltäglichen Sorge des Menschen ausweist. Andererseits kann das Wort *Hospes* auch mit Fremder übersetzt werden, ja sogar mit Bezug auf den Begriff *Hostis*, der den Fremdling oder gar Feind bezeichnet. Diese Ambivalenz gehört zur Sache des Hospizes und der Kultur der Versorgung kranker Menschen. Das Hospital hat seit der Antike eine lange Geschichte der Transformationen hinter sich (vgl.: Jetter 1986). In ihr kommt der pflegerischen Versorgung eine große Bedeutung zu. Die *cura sui* wird von der christlichen Fürsorge her gedacht.

Als eine Antwort auf die Not und das Elend nach der Beendigung des hundertjährigen Krieges gründete Nicolas Rolin das *Hospiz Hôtel-Dieu* in Beaune (Burgund, Frankreich). In dem Armenspital herrscht seit den Anfängen im Jahre 1443 ein Geist der Pflege und der christlichen Fürsorge. Die medizinische Versorgung durch Ärzte ist, wie bis in das 19. Jahrhundert üblich, ein wichtiger, aber keinesfalls dominierender Teil der Betreuung von Kranken. Vom Mittelalter bis in die 70er Jahre des 20. Jahrhunderts haben die Schwestern des Hospizes in mehreren großen Sälen viele tausend kranke und sterbende Menschen versorgt und gepflegt. Der große Armensaal hat eine Dimension vom 50x14x16 Metern und enthält insgesamt 31 Betten, die bei großen Epidemien mit zwei Personen belegt wurden. Hinter den Betten befinden sich Truhen für die persönlichen Dinge der Patienten. In der Mitte des Saales ermöglichte eine Reihe von Tischen den Patienten gesellige Mahlzeiten außerhalb der Betten. Im Jahre 1645 entstand ein kleiner Saal für wohlhabende Patienten. Um die sechs Betten kümmerten sich zwei Schwestern, eine Expertin und eine Novizin. Ein weiterer Saal enthält zwölf Betten für Sterbende, die räumlich von den Kranken und Armen getrennt gepflegt worden sind. Die gesamte Anlage repräsentiert in optimaler Weise den institutionellen Sinn der Krankenversorgung im Mittelalter. Er liegt vor der Ausdifferenzierung der heilberuflichen Professionen und weit vor der Dominanz der naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise von Krankheit. Im Garten des Krankenhauses in Beaune wurden Pflanzen gezüchtet, die in der Apotheke als Heilkräuter verarbeitet wurden – zum Beispiel Kellerrasselpulver, Flusskrebsaugen, Brechnusspulver.

Das Hospital wandelt sich in Europa nach 1800 zum Krankenhaus. Florence Nightingale etabliert nach dem Vorbild der Kaiserswerther Diakonissen die, wie man heute sagen würde, Qualitätsentwicklung auf den Stationen. Das Krankenhaus wird aber vor allem vom Stand der Ärzte dominiert. Medizinische Fachgebiete verzweigen sich. Anhand der Verzweigungen (Innere Medizin, Pädiatrie, Neurologie usw.) werden Stationen ausgerichtet. Die Hygiene erobert die Krankenversorgung (vgl.: Hudemann-Simon 2000).

In seinem Buch *Die Geburt der Klinik* zeigt Michel Foucault, wie sich in dieser Zeit der ärztliche Blick verändert. Während die vormoderne Medizin an der Haut als einer Sichtbarkeitsgrenze den Blick anhielt, dringt die moderne Medizin in den Körper ein und macht ihn durchsichtig. Die »neue Empirie des Körperinneren« (Gehring 2004, 36) begünstigt das Auftreten einer naturwissenschaftlichen (Bio-)Medizin der Proben und Gewebe, die einen Gegensatz zur sprechenden Medizin bildet, wie in der Einleitung bereits hervorgehoben wurde.

Im 19. Jahrhundert gab es neben dem Allgemeinen Krankenhaus und der Irrenanstalt die Pest-Lazarette. Im preußischen Staat entsteht die Universitätsklinik. Universitäre Medizinausbildung, Forschung und

Krankenversorgung unterstehen dem Staat. Diese lange Zeit vorbildliche Einheit von Forschung, Lehre und Patientenversorgung ist heute, zu Beginn des 21. Jahrhunderts, zerbrochen. Der Patient, von dem wir hier ausgehen, ist zahlreichen Umorientierungen ausgesetzt.

Seit der Einführung der DRGs (Fallpauschalen) werden von den Krankenkassen feste Pauschalsätze für Krankheitsbilder bezahlt und nicht mehr für Liegezeiten. Die Krankenhausverweildauer von Patienten sinkt. Die medizinische Versorgung und die Pflege müssen innerhalb »weniger Tage als bisher erbracht werden. [...] Auf gewisse Arbeiten muss evtl. verzichtet werden.« (Fischer 2002, 17). Das Krankenhaus ist ein Reparaturbetrieb. Gesunden müssen Patienten daheim.

Die staatlichen Krankenhäuser geraten in eine Finanzierungskrise. Forschungsgebundene Drittmittel werden zur Aufrechterhaltung des Routinebetriebs verwendet, Ärzte und Personal sind Lohnkürzungen und verlängerten Arbeitszeiten ausgesetzt und die Patienten den daraus resultierenden Bedingungen. Das Leistungsspektrum eines Krankenhauses spezifiziert sich. Die Universitätsklinik behandelt hoch problematische und schwierige Krankheiten, sogenannte einfache Operationen am Blinddarm oder am Leistenbruch kommen faktisch nicht mehr vor. An ihnen kann der Student nicht mehr lernen und auch keine Erfahrungen machen, die Patienten zu Gute kommen.

Auf das Ende der *Klinik als staatlicher Anstalt* folgt seit einigen Jahren das Zeitalter der *Klinik als privater Betrieb*. Die Krankenhäuser gehören zu Konzerngruppen, die je eigene Ziele verfolgen mit Auswirkungen auf das Haftungsrecht, die medizinische Grundlagenforschung und die Patientenversorgung, das Angebot alternativer Heilmethoden und natürlich auf das Ökonomische, die Rechnungsart des Ganzen. Man könnte Krankheiten und entsprechende Diagnosemöglichkeiten erfinden und sich selbst als Hilfe anbieten. Lukrative Krankheiten würden sich von weniger lukrativen absondern, für deren Versorgung die Frau des Bundespräsidenten werben könnte.

Privatisierungen in allen Bereichen ehemals öffentlicher Versorgung verändern den Charakter einer Kommune. Energie, Wasser, Verkehr sind die bekanntesten Bereiche, die in den letzten Jahren großen Privatisierungen unterworfen worden sind. Kommunen haben im Ausgang vom Sozialstaatsprinzip des deutschen Grundgesetzes (GG Art. 20, Abs. 1) einen Auftrag zur Daseinsvorsorge, der hauptsächlich in der Schaffung von Infrastruktur besteht. Die Privatisierung von Infrastruktur entlastet öffentliche Haushalte. Sie verändert eine Kommune aber, sofern Daseinsvorsorge durch die Privatisierung an den Markt gebunden ist. Telefonzellen, Briefkästen, Bushaltestellen verschwinden aus dem öffentlichen Raum. Wie kann eine Gemeinwohlverpflichtung für die kommunale Krankenversorgung unter den Bedingungen des Marktes aussehen (vgl.: Fuchs 2005)?

Wem dient das Krankenhaus? In der staatlichen Universitätsklinik steht die Forschung an erster Stelle, der krankenhäusliche Privatbetrieb dient der Patientenversorgung. Beides kann zum Problem werden. Wem nützen glänzende Forschungen, wenn die Versorgung der Patienten nicht ausreichend ist? Umgekehrt würde die bloße Bevorzugung eines reinen Versorgungskrankenhauses die Grundlagenforschung in die Position versetzen, nachweisen zu müssen, dass sie lukrativ ist. Im Unterschied zur Anwendungsforschung im Krankenhaus dürfte das der Grundlagenforschung kaum gelingen. Oder: In Grundlagenforschung wird nur an den Stellen investiert, an denen Gewinne zu vermuten sind, weil die Pharmaindustrie, die Industrie der Medizintechnik und der Hilfsmittel ein Interesse an bestimmten Grundlagen anmeldet. Forschung wäre dann immer nur Auftragsforschung.

Das Krankenhaus als privater Betrieb dient offenbar dem Patienten. Er wird sogar empfangen.

»Guten Tag« stellt eine Begrüßung dar, die für Krankenhäuser eher untypisch ist. Das medizinische und pflegerische Personal ist nach einem Stellenschlüssel zusammengesetzt, der eine Konzentration auf das Wesentliche erlaubt, ohne Überstunden, ohne unproduktive Grundlagenforschung. Das Wesentliche ist der Patient. Der Patient wird als Kunde behandelt (vgl.: Schnell 1998). Im »neoliberalen Krankenhaus« (Haug 2004) wird die Patientenversorgung zur Dienstleistung. Deren Kern ist die sprechende Medizin ausgehend von dem Anderen. Mit dem Patienten wird plötzlich gesprochen. Seine Meinung zählt, im engsten Sinne des Wortes. »Der neue Patient wird Gast in einer Art Hotel, in dem ihm die vorherigen Überwacher ebenso zu Diensten sind, wie die allmächtigen Ärzte demütig auf seine Nachfrage nach ihnen zu hoffen scheinen.« (ebd., 10) Im neoliberalen Krankenhaus wird mit dem Patienten nicht nur gesprochen, er wird auch umsorgt und aufgebaut. Die dazu notwendige Gefühlsarbeit hat Arlie Russell Hochschild in ihrer Studie *Das gekaufte Herz über die Kommerzialisierung der Gefühle* dokumentiert (vgl.: Hochschild 2006).

Gefühlsarbeit ist demnach eine geschlechterspezifische, gezielte Dienstleistung, die eine gewünschte Wirkung im anderen Menschen erzeugt und zwar durch das Management eigener Gefühle. Das Management ist Gefühlen nicht nachträglich hinzugefügt, sondern geht bereits in ihre Artikulation ein. Ein Selbst bedarf immer einer Artikulation, die einem Management unterliegt. In diesem Sinne spricht Ervin Goffman von einer *Presentation of the Self in Everyday Life*. Als Vorbild für die neoliberale Gefühlsarbeit kann das Verhalten von Stewardessen gelten, wie Hochschild gezeigt hat. Bei Delta Airlines werden Kunden nicht befördert, sondern sie gleiten sicher dahin. Für die entsprechende Atmosphäre sorgen die Flugbegleiterinnen. In Schulungsprogrammen der Luftlinie haben sie gelernt, die Kabine als ihr privates Wohnzimmer zu

betrachten. Sie sollen sich vorstellen, sagt das Schulungsprogramm, dass der Fluggast sie an einen bekannten und geliebten Menschen erinnert. Die Stewardess bedient den kahlköpfigen Passagier nun ebenso wie sie ihren eigenen Onkel Fritz zu Hause umsorgen würde. Der Unterschied zwischen privatem und öffentlichem Verhalten verschwindet. Flugbegleiter und Passagier glauben an das, was sie spielen.

Im Krankenhaus war das Management von Gefühlen seit der Moderne immer schon zu finden. Die Tatsache, dass Studenten lernen müssen, die Autopsie gefühlsmäßig durchzustehen, zeigt, dass hier noch nicht die Perspektive der Dienstleistung dominiert. Zur ihrer Entfaltung ist es notwendig, dass der Arzt, die Schwester und der Pfleger auftreten wie eine Crew: als starkes und interprofessionelles Team. Gefühlsarbeit als Fürsorge und Empowerment.

Das private Krankenhaus der Zukunft konstituiert den neoliberalen Patienten, der Eigentümer seines Körpers ist und dem die Autonomie des Kunden zugemutet wird. »Welche Narkose hätten Sie gern?« Hier ist eine Geburtsstätte einer Gouvernamentalität, von der wir bereits gesprochen haben. Im Krankenhaus sind die körpernahen Unterstützungen von Patienten weiterhin notwendig, manchmal in geringerer Intensität, da moderne Operationstechniken immer weniger invasiv und organisch belastend, Narkosen kürzer und leichter sind, so dass Patienten eher und schneller wieder auf die Höhe ihrer eigenen Möglichkeiten gelangen können. Die Verkürzung der Liegezeiten und eine Zunahme an Multimorbidität bedingt andererseits aber auch, dass körpernahe Unterstützungen intensiver beansprucht wird, da Patienten nach schweren Operationen im Krankenhaus weniger Zeit zum Aufbau der Selbstpflege haben. Pflegehandeln wird mit der Patientenedukation eine neue Dimensionen erhalten: sie beinhaltet Moderation, Information, Beratung und Schulung von Patienten und deren Angehörigen, damit ein Patient außerhalb des Krankenhauses seinen Alltag zu realisieren vermag (vgl.: Segmüller 2015).

Mit dieser überraschenden Wende, die wir einer neuen Zeit in der Krankenversorgung quasi zu verdanken haben, schließt sich der Kreis unserer Systematik. Der Patient, der das Krankenhaus verlässt, tritt wieder in den Kontext der alltäglichen Selbstsorge mit Freunden und Familie ein. Er bedarf möglicherweise des persönlichen Budgets, geschulter Angehöriger, der sprechenden Hausarztmedizin und anderer Parameter, die wir schon beschrieben haben.

Wer aus dem Krankenhaus kommt, ist nicht mehr derselbe als der er es betreten hat. Wer zum Krankenhauspatienten wird, gerät in eine fremde Welt. Das Krankenhaus ist eine abgeschlossene und totalitäre Ordnung. Wer interessiert sich im Krankenhaus dafür, woher der Patient kommt, welche Sorgen er von zu Hause mit ins Krankenhaus bringt? Wer fragt, in welche Welt der Patient entlassen wird, wer sich

um ihn daheim kümmert? Wer koordiniert die stationären, ambulanten und familiären Hilfestellungen, damit für den Patienten keine Versorgungsbrüche entstehen? Die stationäre Lungenbehandlung der 84-jährigen Patientin war zwar erfolgreich, dafür leidet die Frau daheim nun unter Inkontinenz, da im Krankenhaus die regelmäßige Hilfestellung beim Toilettengang ausgeblieben ist. Der Patient hat überlebt, allerdings mit einer lang anhaltenden postoperativen Verwirrtheit. Aufwachen ist nicht identisch mit Realitätstraining.

Die Frage, ob das Krankenhaus eher als staatliche Anstalt oder eher als privater Betrieb Zukunft haben sollte, entscheidet sich nicht zuletzt in der Frage, ob und wie das Krankenhaus innovative Versorgungskonzepte hervorbringen und unterstützen kann, um auf die Andersheit von Gesundheit und Krankheit eingehen zu können. Gesundheitsversorgung der Zukunft wird Versorgungsformen innerhalb und zwischen einzelnen Bereichen (häusliches Umfeld, ambulanter Pflegedienst, Hausarzt, Heim, Krankenhaus) entwickeln müssen, deren Qualität in der Kooperation liegt (vgl.: Höhmann et al. 1999).

Krankenhäuser stehen vor der Umorientierung. Sie müssen mit dem ambulanten Versorgungssektor kooperieren. Das Krankenhaus muss sich plötzlich für die Welt außerhalb interessieren. Dieser Schritt bedeutet eine Revolution, da das Krankenhaus von sich aus die Existenz der Außenwelt nicht anzeigt. Eine Untersuchung von Zeichen im Krankenhaus (Schilder, Tafeln, Aufkleber, Bilder etc.) hat ergeben, dass von 400 Zeichen innerhalb eines Krankenhauses lediglich zehn, die Patienten und Besucher über das Vorhandensein einer Welt jenseits der Mauern informieren. Die anderen Schilder und Hinweise gelten ausschließlich der Orientierung innerhalb des Hauses und das noch in problematischer Art und Weise (vgl.: Schnell/Mitzkat 2006).

Krankenhäuser könnten in die Umorientierung die Angehörigen der Patienten einbeziehen. Angehörige stören eigentlich das Krankenhaus-system. Angehörige sind weder durch den Behandlungsvertrag noch durch die Arztethik mit dem Krankenhaus verbunden. Für Patienten sind die Angehörigen jedoch wichtig. Sie stellen deren Verbindung mit der Außenwelt dar und halten die Patienten am Leben. Genau die Verbindung zur Außenwelt fehlt dem Krankenhaus und muss von ihm erst hergestellt werden. Es wird zu Überschneidungen zwischen den stationären und den ambulanten Sektoren kommen. Konzeptionelle Kooperation, Kopplungen von Finanzierungsmodalitäten, verstärkte Ansiedlungen von Haus- und Fachärzten, sowie Rehabilitationseinrichtungen auf dem Gelände des Krankenhauses. Die Möglichkeiten einer integrierten Versorgung sind weiterhin noch auszuloten.

## e. Der Übergang ins Heim

Die Rückkehr aus dem Krankenhaus in den sogenannten ambulanten Sektor kann einerseits bedeuten, dass ein Patient ins Altenheim zurückkehrt. Alte Menschen sind aufgrund einer akuten Erkrankung in einem Krankenhaus behandelt worden. Nach Beendigung der Behandlung kehren sie in ihr Altenheim zurück. Zum Problem kann diese Rückkehr werden, wie bereits angedeutet, wenn im Krankenhaus keine Rücksicht auf die chronische Erkrankung einer älteren Person gelegt wird. Die akute Erkrankung wird behandelt, auf die chronische wird aber nicht eingegangen. Das gebrochene Bein ist auf dem Wege der Besserung, der Patient kehrt aber völlig verwirrt und orientierungslos ins Heim zurück, da im Krankenhaus niemand darauf geachtet hat, dass er genug Wasser und Tee zu sich nimmt, um nicht zu vertrocknen. Das Krankenhaus kann mit alten Menschen als Patienten nichts anfangen, da chronische Krankheiten nicht heilbar sind. Eine notwendige, kommunikative Begleitung älterer Menschen, damit sich diese im Krankenhaus orientieren können, unterbleibt, weil eine solche Kommunikation keine abrechenbare medizinische Leistung darstellt. Das Krankenhaus macht alten Menschen Angst und ist daher in bestimmter Hinsicht inhuman (vgl.: Schilling 2003). Alter ist eine Andersheit, die im Krankenhaus nicht geachtet wird. Während des Übergangs von der staatlichen Anstalt zum privaten Betrieb ist zahlreichen Gesundheitskonzernen diese Fehlleistung inzwischen zumindest aufgefallen. Nach der schmerzfreien Klinik wäre nun das *humane Krankenhaus* eine erstrebenswerte Vision! In diesem Sinne veröffentlichte der Deutsche Ethikrat 2016 eine Stellungnahme zum Thema »Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus«.

Die Rückkehr aus dem Krankenhaus in den sogenannten ambulanten Sektor kann andererseits aber auch bedeuten, dass jemand nicht wieder nach Hause zurückkehrt, sondern erstmalig in ein Altenheim einzieht. An diesem Übergang sind die Angehörigen fast immer maßgeblich beteiligt, in vielen Fällen auch der Hausarzt. Wenn ältere Menschen in ein Heim gehen, ist das sehr häufig ein Zeichen dafür, dass die häusliche familiäre Sorge an ein Ende gelangt ist. Die Ressourcen sind aufgebraucht, deutlicher gesagt: die Familie kann und will sich nicht mehr um ihren pflegebedürftigen Angehörigen kümmern. Oft dauert es sehr lange, etwa Jahre, bis diese meist schmerzliche Einsicht verbalisiert und realisiert wird.

Der alte Mensch möchte gut leben, darf aber oft über den Umzug in das Heim selbst nicht autonom und freiwillig entscheiden. Nachdem die Kinder ihren verwitweten Vater zunächst zu sich geholt hatten, stellt sie die sich verschlimmernde Situation nach zwei Jahren vor die Wahl: das eigene Leben in der Sorge um den Vater aufzugeben oder zu entscheiden, dass der Vater in ein Heim übersiedeln soll. Experten



wie Hausärzte, Pfarrer und Sozialstationen unterstützen die Familie in dieser Situation. Diverse Heime werden angesehen, dann fällt die Entscheidung, zu der auch der Vater befragt wird.

In ethischer Hinsicht gilt, dass die Inklusion des Menschen davon abhängig ist, ob er sich im Heim einlebt und dort als gut aufgehoben gelten kann. Wenn der betroffene alte Mensch an der Entscheidung über seinen Einzug ins Heim nicht aktiv mitzuwirken vermag oder nicht zugelassen wird, dass er aktiv mitwirkt, ist es wichtig, dass er zumindest nachträglich, also nach dem erfolgten Einzug zu erkennen gibt, ob er den Umzug rückwirkend gut heißt. Angehörige, besonders diejenigen, die in die Autonomie ihrer Angehörigen stark eingegriffen haben, sehen darin eine Legitimation, dass sie doch richtig gehandelt haben. Die Angehörigen sind zufrieden und fürchten kein schlechtes Gewissen. Angehörige machen es sich mit der Entscheidung, Vater oder Mutter ins Heim zu geben, nicht leicht. Es erweist sich, dass der Übergang ins Heim als Lebensform ethisch sehr bedeutsam ist (vgl.: Josat et al., 2006).

Das Heim selbst tritt in zwei Grundvarianten und entsprechenden Mischungsverhältnissen auf: als Heim im engeren Sinne oder als Hotel (vgl.: Gebert/Kneubühler 2006, 37ff, 263f). Verschiedene Effekte sind möglich. Die Betonung des Heimcharakters kann auf die Dominanz eines Pflegebereichs hindeuten, die Betonung des Hotelcharakters im Gegensatz dazu auf den gesonderten Wohnbereich als hauptsächliche Dienstleistung. Weiterhin sind zwei Varianten der Überkreuzung denkbar. Das Heim als Hotel tut so, als sei es ein Hotel und schließt im Extremfall aus, dass Schmerz und Tod angemessenen Platz haben. Das Hotel als Heim tritt im Extremfall als totale Institution auf, der alle Kundenorientierung völlig fehlt. Das Heim kann die Verbindung zur Außenwelt besser oder schlechter als das Krankenhaus realisieren. Schlechter, da es zur geschlossenen Gesellschaft mit faktisch verschlossenen Türen werden kann. Osterschmuck, der noch im Hochsommer im Tagesraum hängt, zeugt von einer Innenwelt, die das Außen nicht mehr interessiert (vgl.: Koch-Straube 1996). Und besser, da ein moderner Heimvertrag die Außenwelt in Gestalt der Angehörigen aktiv in das Leben und in einen Heimbeirat einbeziehen kann.

Alter ist eine Andersheit, aber, wie jede Andersheit, eine entstandene und veränderliche. Das gilt auch für viele Formen von Demenz (vgl.: Schnell/Mitzkat 2006b). Insofern könnten die Entartungen in der Mangelversorgung alter Menschen damit verhindert werden, dass das Alter einen anderen als den bisherigen Status erhält. Die Antipsychiatrie versuchte die Einsperrung der sogenannten Wahnsinnigen zu lockern mit dem Hinweis, dass der Wahn auch durch den Einschluss der Menschen als Patienten in das Irrenhaus mit hervorgebracht würde. Ähnlich, nicht identisch, könnte man die Sache des alten Menschen angehen. Für Alexander Mitscherlich tragen Altenheime zur Unwirtlichkeit

unserer Städte bei. Er bezeichnet das Altenheim deshalb als ›falschen Bauauftrag‹. Es komme auf eine ›Entideologisierung‹ dieses Auftrags an, so dass alte Menschen in die Gesellschaft integriert werden können und die Gesellschaft vom Zuwachs an Erfahrung profitiert (vgl.: Mitscherlich 1971). Klaus Dörner folgt dieser Linie in einem weiteren und politischen Sinne, wenn er »für die Auflösung der Heime« (vgl.: Dörner 2001) eintritt.

Ein abrupter und genereller Verzicht auf Heime ist vermutlich unsinnig und unmöglich. Gleichwohl könnte eine gemeindenähe und familienorientierte Versorgung, Betreuung und Pflege mithelfen, das Eingehen auf die Andersheit des Alters auf fürsorglichere Grundlagen zu stellen. Ein alter Mensch ist heutzutage ein hochaltriger Mensch.

## f. Hochaltrigkeit und Gebrechlichkeit

Wir knüpfen hier an die soeben und zuvor (in Kap. 2b) geäußerten Bemerkungen zur Andersheit des Alters an. Wenn heute vom Alter die Rede ist, dann ist nicht mehr der alte Mensch gemeint, den sich Hegel als Spitze der Alterspyramide vorstellte oder von dem Simone de Beauvoir sprach. Das Alter ist älter geworden, daher spricht man auch in der politischen Planung von Hochaltrigkeit. Damit verändert sich der ethische Status des alten Menschen. Für Hegel war das Alter normal, heute ist es ein Problem. Der hochaltrige Mensch wird nämlich durch Krankheit, Verfall sowie Gesundheitskosten definiert. Die Anzahl der kognitiv beeinträchtigten und mit Demenz lebenden Menschen, die als Patienten ins Krankenhaus kommen, steigt an. Das Krankenhaus behandelt die Eingangsdiagnose (zum Beispiel Beinbruch). Das Personal steht zugleich ratlos vor der Frage, wie es auf die ›nicht heilbaren‹ Verhaltensweisen des Patienten (Nahrungsverweigerung, nächtliche Unruhe, herausforderndes Verhalten, Verwirrtheit) eingehen soll (vgl. Schütz/Füsgen 2013). Die Ethik, die sich des hochaltrigen Menschen annimmt, ist jetzt eine Ethik der Heilberufe, denn der alte Mensch ist ein Fall für Pflege, Medizin und Rentenversicherung. Diese Veränderung bewirkt auch, dass Würde und Achtung des Alters vor einer Um- oder gar Entwertung stehen. Ist nicht am besten, wenn man verwirrte und im Krankenhaus umherirrende Patienten in ihren Betten angurtert? Die Herausforderung der Gegenwart liegt darin, die Ethik des Alters durch die heilberufliche Perspektive zu führen und als Weisheit des alten Menschen wieder in Kultur und Gesellschaft einzufügen. Die vorliegende Skizze beginnt mit historischen Streiflichtern.

Die Ehre des Alters. Max Weber definiert Honoratioren durch »eine spezifische soziale Ehre«. Träger dieser anerkannten Qualität ist »das Alter«. Es ist anerkannt wegen seines »Gutachtens, Weistums (und hin-

sichtlich seines) vorherigen Placet« (Weber 1980, 547). Die Weisheit des alten Menschen gilt als eine »als legitim anerkannte Form« von Kapital (Bourdieu 1985, 11). Die Achtung des alten Menschen ist in der Honoratiorenherrschaft ein relevanter Wert, der in der Gegenwart jedoch ungleich schwerer zu verwirklichen ist. In der Gegenwart gilt: Alte werden älter, Jüngere jünger! Dass alte Menschen älter werden, bedeutet, dass in den letzten 50 Jahren die Zahl der hochaltrigen Menschen, die über ihr 80. Lebensjahr hinaus noch erheblich lange leben, deutlich gestiegen ist (BMFSFJ, 2002). Das Jüngerwerden des jüngeren Alters besagt, dass von Menschen zu Beginn der ersten Lebensjahrzehnte relational hinsichtlich kompetenter Lebensführung, Bildung, Durchsetzungsvermögen, Ausdauer mehr erwartet wird als den von Vorgängergenerationen. Die Zeit hat sich beschleunigt (Rosa 2006). Umfassende Reformen müssen in kürzester Zeit erfolgreich abgeschlossen sein.

Eine Folge dieser markanten Veränderung ist, dass Erfahrung, die im klassischen Sinne zu machen Zeit erfordert, weniger wertgeschätzt ist. Diese Minderwertschätzung wirkt auf ihre Träger zurück. Alte Menschen, die Kraftwerke gemachter Erfahrungen sind, drohen aus dem Schutzbereich des Ethischen ausgeschlossen zu werden. Der jedermann zustehende Anspruch auf Achtung und Würde wird im Hinblick auf sie infrage gestellt. Gerechtigkeit zwischen den Generationen wird zum Problem, zusätzlich angeheizt von unbesonnenen Reden christlicher Jungpolitiker. Ein Grund für diese Tendenzen ist die Medikalisierung (Ivan Illich) der älteren Generation. Die Tatsache, dass die Epidemiologie des alten Menschen die Notwendigkeit der Entwicklung von Versorgungskonzepten belegt und damit legitimiert, dass der alte Mensch als Gegenstand pflegerischer Fürsorge betrachtet werden darf, bedingt eine »Medizinalisierung des Senilen.« (Müller-Hergl 2009, 259) Kurz: das Alter ist offenbar ein Problem!

Mit den nachfolgenden Ausführungen wird einigen Stichworten zur ethischen Bedrohung des alten Menschen nachgegangen, sodann werden Alternativen im Hinblick auf eine Inklusion skizziert, die einen positiven Umgang mit der Weisheit des alten Menschen ermöglicht. Das Ganze ist gleichwohl nicht mehr als eine Skizze, die weitere Theoriearbeit und empirische Forschung als Ausmessung ethischer Schutzbereiche des alten Menschen erfordert.

Der alte Mensch in der klassischen Ethik. Der alte Mensch hat, so lässt sich vorsichtig sagen, in der klassischen Ethik einen Platz. Nicht im Zentrum, aber in der Nähe. Seine Ehre ist die eines Honoratioren, wie Max Weber zeigte. Es können die im Folgenden beschriebenen drei typischen Weisen des Umgangs mit dem Alter voneinander unterschieden werden.

Das Alter als Lebensalter. Hegel geht in seiner Theorie der Lebensalter auf den Greis ein. Der Greis ist einerseits eine Art Höhepunkt der

Bildung und Erfahrung, andererseits eine Stufe des Verfalls. Der Greis ist über den erwachsenen Mann hinaus, denn er interessiert sich nicht mehr für Details des bürgerlichen Lebens, sondern für die Quintessenz. Der Greis bringt das Leben auf vereinfachende Formeln, die die Essenz des Weltlebens bedeuten sollen. Durch diese immer auch undifferenzierte Allgemeinheit gleicht sich der Greis dem Kind und der Weisheit der Kinderreime an. Vom Kind unterscheidet sich der Greis aber darin, dass er glaubt, dass nach ihm nur noch Verfall kommen wird und dass das Substanzielle entstanden ist, als er, der Greis, noch jung gewesen war.

Das Alter als Exzellenz. Gottfried Benn betrachtet den alten Menschen nicht wie Weber oder Hegel als Spezies, sondern als Verkörperung von Individualität. Im Alter ist man demnach ganz bei sich. Der Mensch wird, wie etwa Goethe, Tizian oder Fontane, im Alter wild, schöpferisch und zugleich sicher in seinen Gesten. Im Alter findet noch einmal eine qualitative Neuorientierung im Leben eines Menschen statt (Benn 1954).

Das Alter als Spekulation. Hans Jonas diskutiert in seiner Ethik die Frage, ob das Alter so wertvoll sei, dass es künstlich verlängert werden sollte. Die Sterblichkeit wäre dann herausgezögert; die Andersheit des Jugendalters würde möglicherweise an Gewicht verlieren. Fragen nach der Biologie sind mit Fragen nach einer Ethik identisch, da die Natur auf ein Gleichgewicht bezogen ist, das nicht nur natürlich genannt werden kann (vgl.: Ricoeur 1991).

Neben diesen drei Konzepten des Alters gibt es eine vierte Weise des Umgangs mit dem letzten Lebensalter. Von anderen unterscheidet sie sich dadurch, dass sie das Alter quasi deontologisiert. Es gibt das Altern, aber nicht schlechthin! Mit Simone de Beauvoir könnte man auch sagen, dass der Mensch nicht alt ist oder alt sein würde, sondern alt gemacht wird (vgl.: Beauvoir 1969).

Alexander Mitscherlich behandelt das Alter im Zusammenhang mit seinen umfassenden Überlegungen zur Urbanität. Das Altenheim ist ihm zufolge eine ideologische Bauaufgabe, die es zu entideologisieren gilt. Ideologie heißt, dass das Heim die Aufgabe hat, Menschen, die aus Altersgründen nicht mehr am Produktionsprozess teilnehmen können und auch keine sie umsorgende Familie haben, ein- beziehungsweise auszuschließen. Entideologisierung bedeutet demgegenüber, darüber aufzuklären, dass das Altsein kein Naturschicksal ist, sondern gesellschaftlich gemacht wird und deshalb auch verändert werden kann. Mitscherlich tritt ausdrücklich für eine gesellschaftliche Inklusion und Teilhabe des alten Menschen an der Gesellschaft ein (vgl.: Mitscherlich 1971). Die Weisheit des alten Menschen müsse und könne als Teil des Ganzen anerkannt werden!

Hochaltrigkeit. Die angeführten Positionen gehen davon aus, dass das Alter eine natürliche Entwicklungsstufe ist, die mit dem Tod der

Menschen ihren Abschluss findet. Die Auszeichnung des Alters, die Ehre, die Achtung der Weisheit, geschieht im Rahmen einer Alterspyramide. Dabei wird der alte Mensch nicht durch Krankheit und Hilfsbedürftigkeit definiert. Der alte Mensch gilt zwar als eingeschränkt, aber nicht aufgrund von Hochaltrigkeit und Multimorbidität, sondern weil er sich auf das Wesentliche beschränkt. Der junge Mensch reist durch die Welt; der alte Mensch denkt über seine Reisen nach! Dass es sich beim Alter nicht ausschließlich um ein natürliches Stadium handelt, wird im Lichte der Sozialpsychologie (Mitscherlich) deutlich. Das Altsein ist als Adressat für Wertschätzung eine Konstruktion! Der gegenwärtige Diskurs über das Alter ist durch die Stichworte Hochaltrigkeit (80plus), Multimorbidität und Demenz geprägt. Der alte Mensch erscheint als Objekt der Fürsorge. Die an das Alter adressierte Wertschätzung ändert sich. Der alte Mensch droht aus dem Schutzbereich von Achtung und Würde ausgeschlossen zu werden. Diese Gefahr ist neu, und ihre Bearbeitung geschieht nicht mehr mit den Mitteln der klassischen Ethik, sondern durch eine Ethik, die auch auf das Gesundheitswesen bezogen ist, da der alte Mensch durch die Parameter der Gesundheit und Krankheit definiert wird und nicht mehr durch die Genieästhetik der italienischen Renaissance. In der Gesundheitspolitik entsteht das Postulat einer Ethik der Solidarität mit Hochaltrigen (BMFSFJ 2002).

Das neurobiologische Paradigma. Der Sache nach gibt es keine direkte statthafte Verbindung zwischen Alter, Leistungsschwäche und mangelnder Wertschätzung. Etwa der Begriff der Demenz bezeichnet keineswegs nur – wie häufig angenommen wird – sogenannte Verfallsprozesse, sondern zunächst normale geistige und emotionale Umstrukturierungen im Alter (Schnell 2000b). Allerdings wird mit Demenz auch ein Prozess des geistigen Verfalls (*de mente*) gekennzeichnet. Das neurobiologische Paradigma versteht die Demenz als neurodegenerative Erkrankung, deren Ursachen möglicherweise in einem Absterben von Nervenzellen im Gehirn zu sehen sind oder in Eiweißablagerungen an den Synapsen und den Kontaktstellen von Zellen. Diese als Degeneration wirkenden Fakten führen zu Gedächtnisverlust oder auch Bewegungsstörungen, die denen der Parkinson-Krankheit ähnlich sind. Wenn schon keine Therapie, so besteht doch eine Möglichkeit zur Prävention. Diese liegt in der Aktivität. Man müsse sein Hirn benutzen und es arbeiten lassen. Das faule Gehirn ist anfällig für Demenz, das aktive angeblich nicht! Das neurobiologische Paradigma will die Medikalisierung, die Patienten zu passiven Empfängern degradieren könnte, eindämmen, indem es das Hirn zum Akteur macht. Dieses neurobiologische Paradigma, das auch auf den Bereich der sprechenden Medizin und der Pflege übergreift (Schnell 2013b), wird dabei aber selbst zum Problem!

*Exkurs:**Drei Dinge, die gegen die Hirnforschung sprechen*

1. Die Hirnforschung glaubt, dass es wichtig ist, sich mit der menschlichen Willensfreiheit zu befassen. Nicht anders ist es zu erklären, dass sie eine erhebliche Energie daran setzt, zu zeigen, dass der freie Wille eine Illusion sei. Dabei ist die Willensfreiheit keine wirklich wichtige Größe. Im Mittelpunkt der Genese von Sinn und Bedeutungen stehen viel mehr Leiblichkeit, Handlungen, Entscheidungen, Interaktionen, Erzählungen. Sie werden daraufhin befragt, ob sie ein Ziel realisieren, einer Regel folgen oder einer anderen Person entsprochen haben. Ob ein Wille dabei frei ist oder nicht, lässt sich nur beantworten, wenn ein Wille als solcher überhaupt thematisch werden kann. Paul Ricœur geht in seinen Aufweisungen über das Willentliche und das Unwillentliche von den Grenzen der Verfügungsmacht des Willens aus. Sofern man aber, wie Harry Frankfurt, die analytische Philosophie und die Hirnforschung, die Willensfreiheit als solche zu befragen versucht, dann ist allerdings unklar, um welchen Gegenstand es sich dabei handelt. Ist der Wille eine Handlung minus einer Körperbewegung? Schon Wittgenstein wies darauf hin, dass der menschliche Wille nicht plausibel aus den menschlichen Verhältnissen extrahiert werden könne. »Was ist das, was übrigbleibt, wenn ich von der Tatsache, daß ich meinen Arm hebe, die abziehe, daß mein Arm sich hebt?« (Wittgenstein 1977, Nr. 621)

2. Die Hirnforschung glaubt, mit dem Libet-Experiment nachweisen zu können, dass die Willensfreiheit eine Illusion sei. Demnach soll eine Versuchsperson in ruhiger Stellung befindlich, die Entscheidung treffen, eine Hand zu heben. Sie soll dabei eine Uhr im Blick behalten und den Zeitpunkt melden, an dem sie sich, wie gefordert, entschieden hat, die Hand zu heben. Dieser Zeitpunkt wird auf der Uhr festgehalten. Gleichzeitig werden die Gehirnströme des Probanden gemessen. Die Messung der Hirnströme wird mit der gemessenen Uhrzeit verglichen. Als Ergebnis zeige sich: Im Hirn wird ein Bereitschaftspotenzial zum Heben der Hand aktiviert und zwar ca. 0,3 Sekunden, bevor der Proband laut eigener Angabe die Entscheidung getroffen hat, seine Hand zu heben. Das Experiment zeige damit: Eine Körperbewegung wird nicht durch den freien Willen des Menschen initiiert, sondern durch ein dem Menschen selbst nicht steuerbares Hirnpotenzial, das schon am Werke ist, bevor der Mensch von sich aus etwas zu tun beabsichtigt.

Benjamin Libet selbst, der Erfinder des nach ihm benannten Experiments, folgert aus seinen Untersuchungen, dass es »also nicht die Rolle des bewussten freien Willens wäre, eine Willenshandlung einzuleiten,

sondern vielmehr zu kontrollieren, ob die Handlung stattfindet.« (Libet 1999, 282) Die Konsequenz wäre eine moderate Arbeitsteilung zwischen dem Gehirn und dem Willen.

Skeptischer schon macht die Versuchsanordnung als solche. Es ist ungeklärt, wie man die beiden Zeiten miteinander vergleichen kann: die phänomenal erlebte der Versuchsperson und die neuronal beobachtete auf dem Bildschirm! Der Proband sagt das Wort ›Jetzt‹ und meint damit den Zeitpunkt seiner Entscheidung, seine Hand heben zu wollen. Dieser Zeitpunkt wird durch eine Uhr gemessen und mit dem zeitlichen Auftreten des Bereitschaftspotenzials verglichen. Dass der ›Mensch‹ dabei im Vergleich zum ›Hirn‹ in zeitlicher Hinsicht zu spät kommt, verwundert nicht, da sich die Aussage ›Jetzt‹ immer nur auf eine erinnerte Zeit bezieht. Gemessen wird damit nicht der Augenblick der Entscheidung, sondern der des Sagens, dass man sich entschieden habe. Das Experiment misst somit nicht, was es angeblich messen soll!

3. Die Hirnforschung glaubt, dass das Gehirn ein lebensweltlicher Akteur sei. Durch den Leib ist der Mensch in der Welt und zur Welt. Was immer er tut, er realisiert es unter den Augen der Anderen. Die zentrale Aussage, deren Herleitung anderswo entfaltet ist (Schnell 1995, 123 ff.), besagt in diesem Zusammenhang: Ich bin mir selbst gegeben und zugleich den Anderen und den Dingen! Damit besteht eine Gleichzeitigkeit des Selbst-, Welt- und Fremdbezugs. Diese Gleichzeitigkeit wurde bereits mit Donald Davidson als dreibeiniges Stativ bezeichnet. Alle drei Beine – Selbst, Andere und Dinge – müssen zugleich vorhanden sein und miteinander zum Stand kommen. Es gibt somit keinen alleinigen und prinzipiellen Vorrang des Ego oder des Alter oder der Materie mehr!

Die Dreibeinigkeit kehrt im Verständnis der Person wieder. Ich bin ein Ich, das sich an ein Du wendet; indem ich von Anderen angesprochen werde, finde ich mich wiederum als ein Du vor; indem Dritte über mich sprechen, erscheine ich als Er (vgl.: Schnell 1999, 122). Hier wird der Unterschied zwischen Philosophie und Hirnforschung überdeutlich: Die Hirnforschung versucht alles aus der Perspektive der dritten Person Singular zu schöpfen, während die Philosophie mit der Leiblichkeit einen Ausgangspunkt hat, von dem aus von vornherein alle Aspekte von Personalität zwanglos zur Entfaltung gelangen können. Aufbau und Anordnung des Gegebenen erfolgen als Auslegung der personalistischen Einstellung, wie wir mit Edmund Husserl sagen können. Selbstbezug: Ich bin mir selbst gegeben. In diese Perspektive gehören Aufweisungen, die sich mit dem Dasein als Sorge/Selbstsorge befassen. Fremdbezug: Ich bin mir selbst gegeben und zugleich auf Andere bezogen. In diese Perspektive gehören Darlegungen, die sich mit der Interpersonalität



und Freundschaft auseinandersetzen. Weltbezug: Ich bin mir selbst gegeben, auf Andere bezogen und ich bin zugleich einer unter anderen. Die moderne Soziologie, die Ethnologie, die Sozialanthropologie zeigen in dieser Hinsicht auf, was es bedeutet, dass ich auch einer unter anderen bin, ohne in diesem Status jemand sein zu müssen.

Das Hirn ist ein Objekt, aber es ist kein lebensweltlicher Akteur! Das Hirn vermag keinen erfahrbaren Selbst- und keinen erfahrbaren Fremdbezug zu realisieren. Es tritt lediglich in der dritten Person Singular auf, nämlich als ein Objekt, über das wir sprechen und das wir beobachten und damit nicht als ein Gegenüber, mit dem wir in Kontakt treten. Durch bildgebende Verfahren kommt ein Modell des Hirns zur Ansicht, das dynamisch ist und Hirnaktivitäten plastisch anzeigt. Die großen Erfolge der neurologischen Rehabilitation von Patienten, die sich längere Zeit im Koma befanden, konnten dadurch verstehbar gemacht werden. Man kann nicht sagen ›Das Hirn will, dass ich den rechten Arm hebe‹ wie man sagt, ›Fritz trinkt mit seinen Freunden ein Pils‹. Die Behauptungen, dass das Hirn in der ersten Person Singular etwas an sich selbst erlebt oder sich in der zweiten Person Singular wendend an jemanden oder etwas richtet, sind irrig!

Die Hirnforschung rechnet nämlich mit der »Unvereinbarkeit (der) subjektiven Erste-Person-Perspektive« mit der »Dritte-Person-Perspektive der naturwissenschaftlichen Beschreibungsweise«. Für Letztere »existieren die Phänomene« des Ichs (der ersten Person) »nicht« (Wolf Singer 2003, 25). Die vermeintliche Allzuständigkeit der Hirnforschung entsteht dadurch, dass naturwissenschaftliche Ergebnisse unzulässiger Weise in die lebensweltliche Perspektive von Ich und Du übersetzt werden. Unzulässig ist dieser Schritt, da das Gehirn, welches durch die naturalistische Einstellung als Objekt wissenschaftlicher Beobachtungen konstituiert wird, nicht zugleich als Subjekt unter anderen Subjekten auftreten kann. Dieser Schritt macht die Hirnforschung zur Weltanschauung! Das Gehirn kann aber nicht ›handeln‹, ›entscheiden‹ oder ›befehlen‹. Oder vermag ein Gehirn etwa den Oberbefehl einer Armee inne zu haben?

Sofern die Hirnforschung die genannten drei Fehler vermeidet, ist sie eine wert- und sinnvolle Wissenschaft vom Besonderen. In diesem Sinne argumentieren die meisten Hirnforscher.

Wenn sie die Fehler jedoch begeht, dann spreizt sie sich zur Wissenschaft vom Allgemeinen auf, die glaubt überall mitreden zu müssen. Eine Folge dessen sind ethische Exklusionen.

Die Dritte-Person-Perspektive ist auch hier die maßgebliche. Niemand kann aus Freiheit eine Handlung unterlassen! »Epileptiker und Schizophrene«, aber auch Kriminelle sind »Opfer«, »die für ihre Handlungen nichts können« (Singer 2003, 33). Ein Verbrecher, der für die Gesellschaft »extrem Gefährlich« ist, muss behandelt werden. Die »At-

traktoren [sind] in seinem Gehirn zu stärken, die die fragliche Tötungsschwelle höher setzen würden« (ebd., 34).

Im Bereich des *Strafrechts* sollen die Begriffe der Verantwortung und der Schuld durch den der Gefährlichkeit ersetzt werden. Ein Täter konnte nicht anders handeln, denn er war krank.

Ulrike Meinhof wurde aufgrund eines Hirnschadens zur Terroristin. Einsicht und Rehabilitation aufseiten eines Täters sind unnötig, Behandlung tritt an ihre Stelle. Rechtswissenschaftler befürchten darin einen Angriff auf das demokratisch verfasste Recht.

Für die *Gesundheitsversorgung* ist die Behandlung und Begleitung von Menschen, die an einer demenziellen Erkrankung leiden, eine große Herausforderung. Demenz sei auf eine Erkrankung des Gehirns zurückführbar. Ein krankes Hirn bewirkt nämlich ein krankhaftes Verhalten. Das pathologische Amyloid-Beta-A4-Protein verursacht Depressionen, Fehlwahrnehmungen, Angst und Unruhe. Und nun? Was soll man mit einem alten Menschen, bei dem ein ›krankhaftes‹ Protein diagnostiziert wurde, tun? Singen, lachen und spazieren gehen scheiden aus, da es sich dabei um dialogische Prinzipien handelt, für die die dritte Person nicht aufkommen kann.

Die Hirnforschung hat die Perspektive der Dritten-Person-Singular zur Verfügung. Einige ihrer Vertreter überspielen diese Begrenzung und missverstehen das Hirn als lebensweltlichen Akteur. Der Hirnforschung fehlen dazu aber aus methodischen Gründen sowohl die Erste- als auch die Zweite-Person-Singular. Diese Engführung der lebensweltlichen Perspektive auf die Dritte-Person führt zwangsläufig zur Exklusion von Interpersonalität. Im Bereich des Strafrechts werden so Schuld und Verantwortung ausgeschlossen. In der Gesundheitsversorgung trifft es die Fürsorge um vulnerable Andere.

Die grundsätzliche Annahme, dass das Hirn etwas tut, macht, lenkt, bestimmt, entscheidet usw., ist problematisch, weil sie suggeriert, dass es nicht die Person des alten Menschen sei, die etwas tut, möglicherweise sogar etwas, das für sinnvoll gehalten werden könne. Und was ist, wenn das Getane sinnlos wird, weil es niemand versteht? Die Annahme ist zudem in logischer Hinsicht problematisch, weil widersprüchlich. Logischer Widerspruch besagt: Das Hirn, das nur in der Beobachtung erschlossen werden kann, vermag nicht auch als lebensweltlicher Akteur aufzutreten, der von sich aus etwas »tun« kann im Sinne einer in der Welt stattfindenden Handlung (eine detailliertere Auseinandersetzung mit Positionen der Hirnforschung findet sich in: Vogd 2010, Schnell 2013b). *Das Hirn denkt und Peter betätigt seinen Rollstuhl* sind kategorial verschiedene Beschreibungen, die in keine direkte Koppelung eintreten können. Paul Ricœur warnt vor einem »semantischen Amalgam«

(Ricoeur 2004, 645) und damit vor der unstatthaften Vermischung von Beschreibungen, die logisch unhaltbar sind, aber dennoch praktiziert werden und problematische Folgen für denjenigen haben, auf den sie angewendet werden.

Eine Alternative zur neurobiologischen Betrachtung bietet der Blick auf den alten Mensch im Licht einer Ethik als Schutzbereich. Der Protest gegen eine Entwertung des Alters im Sinne einer Aufklärung setzt mit Simone de Beauvoir bereits Ende der 60er Jahre ein und hält bis heute an (vgl.: Bovenschen 2006). Eine systematische Ethik hat gleichwohl noch weitere Komponenten zu bedenken. Ein Konzept, das auf einen Umgang mit hochaltrigen und verwirrten Menschen abzielt, das also praktisch ausgerichtet ist und die Idee eines Schutzbereiches für den alten Menschen beinhaltet, ist der von Tom Kitwood entwickelte personenzentrierte Ansatz.

Die Meisterschaft Kitwoods zeigt sich in drei Hinsichten: Kitwood stellt mit aller Klarheit die Gefahr der Exklusion des alten Menschen aus dem Schutzbereich des Ethischen heraus (a), er entwirft ein inklusives Gegenmodell (b) und zeigt, dass die Weisheit des alten Menschen im Durchgang durch eine Ethik der Heilberufe in die Gesellschaft integriert werden kann (c).

a) Der im Schnittpunkt von Ethik, Demenzpflege und Dialogphilosophie situierte Ansatz Kitwoods stellt, wie auch andere Entwürfe im Bereich der Heilberufe, die Frage, was es für einen Menschen bedeutet, eine Person zu sein. Es ist das Verständnis des Personseins, das die ethische Problematik hervorruft. Die Person, die seit Kant einen absoluten Wert hat, gilt es als Ansatzpunkt zu verteidigen. Doch, so lautet die Frage: »Wen schließt der Begriff ein?«. Es sind »fünf Kriterien« (Kitwood 2000, 27, 125), die Kitwood zu Beantwortung dieser Frage identifizieren kann. Demnach ist jemand dann eine schutzwürdige Person, wenn sie als Eigenschaften Bewusstsein, Rationalität, Handlungsfähigkeit, Moralität und Sozialität aufweist. Dieses anspruchsvolle Portfolio macht den absoluten Wert einer Person aus. Es hat aber zugleich den erheblichen Nachteil, dass »es eine perfekte Rechtfertigung dafür gibt, Menschen mit ernststen Behinderungen aus dem ›Club der Personen‹ auszuschließen« (ebd., 28). Es ist ein verhängnisvoller Fehler, Autonomie und Rationalität so sehr über zu betonen, weil dadurch die moralische Solidarität mit alten Menschen und die Einsicht, dass alle Menschen im selben Boot sitzen, gemindert werden.

b) Eine Alternative wird durch die Umstellung des Personbegriffs eingeleitet. Statt die Person, die absoluten Wert besitzt, über Eigenschaften zu definieren, ist sie über ihre Beziehungshaftigkeit zu bestimmen. Kitwood übernimmt den Personbegriff der Dialogphilosophie. »Alles wirkliche Leben ist Begegnung.« (Buber 1983, 18) Martin Buber zerlegt die Person in Ich und Du und macht sie für die Ansprache des

Anderen zugänglich. Ja, Person ist demnach nur der, der dem Anderen begegnet! »Eine Person zu sein, bedeutet, mit Du angesprochen zu werden.« (Kitwood 2000, 30) Die Dimension der interpersonalen Begegnung eröffnet der Person des alten und verwirrten Menschen neue Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe. »Wenn wir Demenz verstehen wollen, ist es [...] entscheidend, Personsein im Sinne von Beziehung zu sehen. Selbst bei sehr schwerer kognitiver Beeinträchtigung ist oft eine Ich-Du-Form der Begegnung und des In-Beziehung-Tretens möglich.« (ebd., 32) Ein Leben von und in Beziehungen kann für den alten Menschen Lebensqualität und einen Schutzbereich des Ethischen bedeuten, der Sorge und Fürsorge einen Platz gibt. »Die Hauptaufgabe der Demenzpflege, [...] besteht im Erhalt des Personseins angesichts versagender Geisteskräfte.« (125)

c) Die Person wird nicht mehr über die Was-Identität der personalen Eigenschaften identifiziert, da diese Konzeption ethisch exklusiv ist, wie Kitwood und die vorliegende Arbeit auch in Auseinandersetzungen mit der Bioethik gezeigt haben (Schnell 1999). Die Neuorientierung bezieht sich auf die Wer-Identität, die eine narrative Identität ist, die Menschenwürde im Sinne einer Beziehungshaftigkeit ermöglicht (ebd.). Narrativ ist eine Identität durch Verflechtung der eigenen Geschichte mit der Lebensgeschichte der anderen und der Dritten. »Die Identität eines Individuums oder einer Gemeinschaft angeben, heißt auf die Frage antworten: Wer hat diese Handlung ausgeführt, wer ist der Handelnde, der Urheber? [...] Die Antwort kann nur narrativ ausfallen. Auf die Frage wer? antworten, heißt, [...] die Geschichte eines Lebens erzählen. [...] Die Identität des Wer ist also selber eine narrative Identität« (Ricoeur 1992, 395). Diese allgemeine, für Personen schlechthin geltende Annahme bestätigt sich auch in der Begegnung mit dem alten Menschen. »Die Frage, ob ein Mensch eine Person/Subjekt sei und eine Identität besitze, ist demnach nicht nur bei der Person selbst, sondern nur im Kontext des sozialen Umfelds zu suchen: Zum einen erzählen Menschen mit Demenz Fragmente ihrer verinnerlichten Geschichten, zum anderen können andere diese Geschichten ergänzen in der Absicht, die Person im besten Licht erscheinen zu lassen. (Müller-Hergl 2009, 395) Ethische Aspekte einer sich damit anbahnenden Erzählungsbeziehung, die einen Schutzbereich in Form von »Principles of Charity«, um erneut ein Wort von Donald Davidson zu verwenden, ausmachen, bestehen darin, dass jemand dem alten Menschen:

- zuhört,
- auf ihn eingeht,
- seine Äußerungen in Allgemeinverständlichkeit übersetzt und
- ergänzt, was an ihnen fehlt (vgl.: Sachweh 2005).

Narrative Identität ist Grundlage für Validation und Biografiearbeit. »Selbst wenn jemand nicht in der Lage ist, an seiner narrativen Identität festzuhalten, so können dies andere immer noch tun« (Kitwood 200, 295). Durch die Zumutung der Begegnung mit dem Anderen und dem Geschehen von Erzählen und Hören fügt sich die Weisheit des alten Menschen in Kultur und Gesellschaft ein. Die Wege der Narration bewegen sich zwischen Nähe und Distanz. Die Erzählung ist Modus der Bearbeitung von Lebensgeschichten im Rahmen von Erinnerungsarbeit und Reminiszenztherapie (vgl.: Halek/Bartholomeyczik 2006). Wenn man das Erzählen nicht nur als mündliche Praktik versteht, sondern auch als durch Texte vermittelt, dann ist eine Distanz zum Erleben des Patienten zu berücksichtigen, die ein Text als solcher provoziert. Aus der Distanz führt ein Rückweg durch den Text zur Person und ermöglicht ein Verstehen des alten Menschen (vgl.: Schnell/Mitzkat 2006b). Bei all dem ist zu beachten, dass das Erleben des hochaltrigen Menschen durch Verwirrung gekennzeichnet sein kann, so dass die Frage, was das »Erzählen der Wahrheit« bedeuten mag, unklar zu werden scheint (Bush 2009). Genauso ist zu berücksichtigen, dass man den alten Menschen sehr einengte, würde man von ihm schlichte Tatsachenwahrheiten verlangen. Wann hat der Enkel Geburtstag, im März oder April? Es gehört zur Ethik der Heilberufe, auch die Grenzen der Wahrheit in der Auslotung durch die Erzählung mitzuberechnen (vgl.: Schnell 2009d). Den Überlegungen von Kitwood zu folgen, bedeutet in gewisser Hinsicht, eine praktizierte Ethnologie zu betreiben.

Ethnologen befassen sich mit dem Fremden. Das Ziel ihrer Bemühungen ist es, durch das Fremde das Eigene zu verändern. Es gilt somit, eine »erweiterte Erfahrung auszubilden« (Merleau-Ponty 2007, 171), und es besteht daraufhin die »Aufgabe, unsere Vernunft zu erweitern.« (ebd., 175) Der Umgang mit dem alten Menschen hat ein ähnliches Anliegen: Respekt vor dem Anderen, Einbeziehung seiner und Veränderung unserer eigenen Vernunft!

Ein Schutzbereich des Ethischen erschöpft sich, wie wir bereits gesehen haben, niemals in einer Interpersonalität. Im Hinblick auf den hochaltrigen Menschen sind weitergehende Überlegungen unerlässlich. Sie betreffen erstens gesellschaftlich-politische Fragen, wie die der Generationengerechtigkeit (Schnell 2010b) und zweitens eine genauere, auf Forschung basierende, Einsicht in die Lebenswelt hochaltriger Menschen (Schüsler/Schnell 2014). In deren Zentrum steht eine Besinnung auf die Vulnerabilität, die einen Leitfaden der gesamten, vorliegenden Untersuchung bildet.

Die Hochaltrigkeit ist ein Lebensalter, in dem sich die Vulnerabilität der leiblichen Person in Form chronischer Krankheiten äußern kann. Mit diesen nicht heilbaren Krankheiten gilt es zu leben. Dieser Umstand fordert uns auf, dem (in den Kapiteln 2 und 16a) bereits disku-

tierten Begriffen Gesundheit und Krankheit eine neue Dimension hinzuzufügen: die *Gebrechlichkeit*.

Gebrechlichkeit, die inzwischen auch vom Diskurs der Krankheitstheorien beachtet wird (vgl.: Schramme 2012), erinnert das Vernunftwesen daran, dass es auch ein hinfalliges Wesen ist. Sie bietet zudem den Vorteil, dass von der Vorstellung, dass ein Mensch entweder gesund oder krank ist, Abstand genommen werden kann. Die Gebrechlichkeit ist eine Übersetzung der Metapher des Schilfrohes, durch die Pascal den Menschen gekennzeichnet sieht.

## g. Die Angst vor den Folgen der Gebrechlichkeit

Die aus der Vulnerabilität resultierende Gebrechlichkeit und die Tatsache, dass Menschen in vielen Ländern der Welt immer älter werden, ist Anlass der Freude, aber auch ein Motiv für die Ausbildung von Angst. Was passiert, wenn ich eines Tages alt und chronisch krank sein sollte? Eine Folge der Gebrechlichkeit ist die Pflegebedürftigkeit. Vor ihr ängstigt man sich und zwar als noch gesunde und leistungsfähige Person!

Bis zum Jahr 2030 werden in Deutschland bis zu vier Millionen Menschen gemäß des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) pflegebedürftig und daher auf Hilfe in der Durchführung der Selbstsorge im Alltag angewiesen sein. Erwachsene Menschen im Alter von 50plus müssen damit rechnen, dass sie ihre eigenen hochaltrigen Eltern zu versorgen haben und irgendwann selbst pflegebedürftig werden.

Die Angst vor den Folgen der Gebrechlichkeit ist einerseits unsinnig, weil sie aus einer falschen Idealisierung von Leistungsfähigkeit und Jugend und einer Furcht vor dem Tod erwächst. Noch vor einigen Jahren las man in der Debatte um die Patientenverfügung, dass Menschen sterben wollten, wenn sie aufgrund einer Krankheit im Alter nicht mehr in der Lage sein sollten, Bergstrecken mit dem Mountainbike zu bewältigen. Kurios war, dass diese Sachlage die Debatte um Sterbehilfe befeuerte. Wer nicht mehr leistungsfähig ist und nur noch Kosten verursacht, wird Anderen zur Last fallen. Ein Ausweg wäre das »sozialverträgliche Frühableben«, wie der Ärztekammerpräsident Karsten Vilmar 1998 formulierte. Mittlerweile scheint sich die Einsicht durchzusetzen, dass ein Leben im Alter sinnvoll ist, wenn man sich andere und neue Ziele setzt, von denen die Jugend noch nichts weiß. Zudem gibt es manchmal auch Situationen, in denen sich eine alte Person in ihrer Situation wohlfühlt, auch wenn ihre Mobilität und die Kommunikationsfähigkeit stark eingeschränkt sind. Das Vergessen des Mountainbikes ist nicht nur ein Verlust, es kann auch heilsam sein.

Die Angst vor den Folgen der Gebrechlichkeit ist andererseits berechtigt, weil unabsehbare Interventionen mit ihr einhergehen können.

Nicht mehr ich tue etwas, denn plötzlich regiert jemand anderes in meine Handlung hinein. Der Helfer und mit ihm Regeln und Normen des Sozialgesetzbuches, der Pflegeheime und des Krankenhauses. Der Helfer geht durch mein Zimmer, er fasst meine Dinge an und bringt sie durcheinander. Und mit ihnen die ganze Welt! Diese Situation zu verteidigen hieße, für Unmündigkeit und Antiaufklärung einzutreten – wenn man argumentativ im klassischen Diskurs der philosophischen Ethik verbleibt. Die Eröffnung von Alternativen wurde erneut von den Wissenschaften und der Ethik der Heilberufe wahrgenommen. Es entstanden Begriffe und Konzepte wie Fürsorge, Verantwortung, Stellvertretung, Assistenz (vgl.: Schnell 2011c). Wenn die Struktur des »jemand-für-jemand-anderes-einem-Dritten-gegenüber« unvermeidbar sein sollten, dann müsste sie in der Lage sein, Autonomie und Heteronomie miteinander zu versöhnen und neu ausrichten (vgl.: Schnell 2016). Das erfordert ein Neudenken in Begriffen und in der Praxis.

In Deutschland trat ab dem Jahr 2017 eine reformierte Pflegeversicherung in Kraft, die flexibler als bislang auf Patient und Angehörige zugeschnitten ist. Zur Gewährleistung von Autonomie kann eine Pflegeverfügung beitragen, die nicht nur die Versorgung von sogenannten Grundbedürfnissen ermöglicht, sondern auch eine Ausrichtung des Alltags strukturiert (vgl.: Abt-Zegelin 2009).

## h. Behinderung

Die leibliche Geburt des endlichen Lebens ermöglicht eine Gestaltung des Lebens. Eine definitive Grenze dieser Bemühungen ist der Tod. Weil der Tod auch unliebsam ist, entsteht die Hoffnung auf Unsterblichkeit. Dieser wohl immer schon bestehenden Hoffnung wird auch heute noch mit Substanzen nachgeholfen. Bio-Enhancement bedeutet, dass gesunde Menschen pharmakologische Produkte zur Optimierung der Leistungsfähigkeit und zur Verlängerung des vitalen Lebens zu sich nehmen. Ein Problem entsteht durch die Behauptung, dass es Menschen gäbe, deren Existenz sich nicht optimieren lassen und jene daher weniger wertvoll sein würde. Diese, der Bioethik Peter Singers nachfolgende Sichtweise betrifft Menschen mit Behinderungen. Ihr treten die Parteigänger der Disability Studies entgegen (vgl.: Dederich 2007).

Die Andersheit des behinderten Menschen ist in gewisser Hinsicht Normalität. Der behinderte Mensch ist nur relevant für Heilberufe, wenn Behinderung zu Krankheit führt oder Krankheit zu Behinderung. Andersheit besteht darin, dass der behinderte Leib in keinem Anatomiebuch verzeichnet ist. Es ist außerdem wichtig zu beachten, worin und wie sich Behinderung äußert: als Behinderung des Sehens, Hörens, der Muskeln, von Geburt an oder als Erwerb? Behinderung ist als Be-



griff uneinheitlich und tritt in diversen Registern auf: Politik, Recht, Pädagogik, Kultur und, quer dazu, als subjektiver Begriff.

Der behinderte Mensch ist kein Kandidat für die Heilberufe, da er nicht krank oder pflegebedürftig sein muss, sondern »nur« behindert ist und Anerkennung verdient (vgl.: Dederich 2001). »Bei Behinderungen handelt es sich weder um kurierbare Krankheiten, noch um Abweichungen von einer fiktiven Norm, sondern um Erscheinungsformen des Menschlichen.« (Dederich 2000, 253)

Behinderung als Erscheinungsform des Menschlichen heißt, die Differenz von Selbsterfahrung und Fremdzuschreibung zu beachten. Ein blind geborener Mensch wird die Frage, ob es nicht traurig sei, dass er das bunte Tulpenfeld nicht sehen könne, als unsinnig und unverständlich zurückweisen. Auf gewisse Weise fehlt dem blinden Menschen nichts. Andererseits wird ihm von der Mitwelt gesagt, wer oder was er ist, nicht zuletzt in Abhängigkeit von den Fragen, wie stark Behinderung der Gesellschaft auffällt und ob sie von Geburt an besteht oder im Laufe des Lebens erworben worden ist. Der behinderte Mensch erfährt durch die Anderen, in welchem Verhältnis er zur Normalität steht, auch wenn er, der behinderte Mensch, sich selbst ganz anders erfahren würde, wenn man ihn nur ließe.

Das Phänomen von Behinderung ist im Hinblick auf unser Problem des Schutzbereiches interessant. Für Jürgen Link ist der Umgang mit Behinderung und möglicher Normalität ein wahrer Testfall der ethischen Inklusion (vgl.: Link 2004).

Bei der ethischen Integration von Menschen mit Behinderungen in die Gesellschaft wurde der Indienstnahme des Normalisierungsprinzips große Bedeutung verliehen. Normalisierung ist schrittweise Teilhabe am Alltag der Gesellschaft und Aufhebung einer gesonderten Existenzweise des behinderten Lebens, etwa in Heimen oder Stationen (vgl.: Grösche 2000). Allerdings hat die Normalisierung auch eine durchaus problematische Rückseite. Sie ist exklusiv. Seit Emile Durkheims Analyse der Normalität als Durchschnittstypus wird Normalität tendenziell zur Gleichmacherei und werden Individualität und Andersheit daraufhin zu problematischen Größen gestempelt.

Die Ausbildung allgemeiner Typiken in der Normalität lässt sich nicht verhindern, jedoch kann eine Normalität flexibel eingerichtet werden. Rein logisch kann die Subsumtion des Individuums unter das Allgemeine der Normalisierungstypik auch umgekehrt werden, so dass das Individuelle die Typik regiert. »Jeder Mensch besitzt seine eigene, ganz persönliche Normalität.« (Link 2004, 137) Diese These ist, wie Link auch zeigt, zwar nicht generell haltbar, sie kann aber ein Korrektiv gegen die Schattenseite der Normalisierung darstellen. Die Ansprüche eines modifizierten Normalisierungsprinzips sind mittlerweile in die Konzepte und Praktiken der Inklusion eingegangen.

Behinderung ist im Kontext von Normalisierung und Inklusion diskutierbar, weil sie kein medizinischer Begriff, sondern eine soziale Konstruktion ist, die sich auf die Teilhabe des Menschen am Leben der Gesellschaft bezieht. »Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.« (SGB IX, §2, 1) Ansatzpunkt für die Verbesserung des Lebens ist nicht die Biologie, sondern, so die Anwälte von Menschen mit Behinderungen, eine Inklusion. Auf Behinderung antwortet Inklusion. Inklusion ist ein grenzloser Anspruch. »Inklusion schließt dem Grundsatz nach niemanden aus.« (Dederich/Beck et al. 2016, 14) Die Unterzeichnerstaaten der UN-Behindertenrechtskonvention aus dem Jahre 2009 verpflichten sich, den gemeinsamen Unterricht von Schülern mit und ohne Behinderung zum Regelfall zu machen. Die Inklusion beendet damit einen langen Irrweg der Geistigbehindertenpädagogik. Jene verfolgte nach 1945 noch einen geisteswissenschaftlichen Bildungsbegriff und bezeichnete daher Menschen mit schweren geistigen Behinderungen als bildungsunfähig (vgl.: Stinkes 2008, 86f). Diese nominelle Exklusion ist auch, wie wir mit Foucault nachvollziehen können, einen räumliche. Bildungsunfähige Menschen gehören nicht in die Schule, sondern in die hinteren Räume eines Heimes. Grenzenlos ist demgegenüber der Anspruch der Inklusion, weil er besagt, dass es niemanden gibt, der nicht inkludierbar wäre. »Es gibt keinen Rest, der nicht inkludierbar ist.« (Jantzen 2014, 24) Der Sache nach soll Inklusion damit die Einlösung des Anspruchs auf Nichtexklusivität sein. Die Vertreter der Behindertenpädagogik unterscheiden zwischen folgenden Aspekten von Inklusion (vgl.: Dederich/Beck et al. 2016, 126ff):

1. gesellschaftliche Inklusion: Einbeziehung von Akteuren in soziale Funktionszusammenhänge.
2. pädagogische Inklusion: Teilhabe von Akteuren an Erziehung und Bildung.
3. didaktische Inklusion: gemeinsames Lernen einer heterogenen Schülerschaft.

Im Zentrum dieser technischen Aspekte der Inklusion steht der ethische Anspruch auf Grenzenlosigkeit. Inklusion berücksichtigt jeden Menschen!

Es ist an dieser Stelle geboten hervorzuheben, dass die von uns verfolgte Ethik als nichtexklusiver Schutzbereich und die Ethik der Inklusion

nicht dasselbe sind. Während die Ethik der Nichtexklusivität ethisch relevante Ausnahmen von der Regel und damit Überschreitungen des Schemas von Allgemeinem und Besonderem auslegt, wie etwa im Rahmen der Ausführungen zum Thema »Andersheit der Person« (siehe hier Kap. 15 a), geht es der Ethik der Inklusion darum, im Zeichen des Menschen mit Behinderung die Ausnahme zur Regel werden zu lassen (vgl.: Rödder 2015, 124ff). Die Frage ist, ob dadurch nicht wider Willen neue Exklusionen produziert werden?

Die Ausnahme wird zur Regel, wenn alle Menschen als behindert gelten können. Den Verteidigern von Menschen mit Behinderungen geht ihr Mandant verloren. Ein ähnliches Schicksal erlitt schon der Feminismus, der nicht mehr genau zu sagen weiß, was eigentlich eine Frau ist. Betrachten wir den Bereich der Schule. Seit es Konzepte der Inklusion gibt, ist die Anzahl der Kinder, die weiterhin auf Förderschulen unterrichtet werden und damit nicht inklusiv, nur unwesentlich gesunken. Seit 2014 ist nämlich die Anzahl der förderbedürftigen Kinder an allgemeinen Schulen so stark gestiegen, dass nicht mehr für jedes Kind einer Förderschule ein Inklusionsplatz zur Verfügung gestellt werden konnte. Es ist höchst lohnenswert, als Schulkind behindert zu sein, zumindest ein wenig. In vielen Bundesländern erhalten allgemeine Schulen, die Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf unterrichten, zusätzliche Gelder und Stellen. Deshalb wird bei Kindern, die bislang trotz einer leichten Leseschwäche als »normale« Schüler galten, ein ausdrücklicher Förderbedarf diagnostiziert. Weil die Förderung im Schwerpunkt Lesen von zusätzlichen Lehrkräften innerhalb der allgemeinen Schule erfolgt, können Eltern die Förderbedürftigkeit ihres Kindes leicht akzeptieren. Der diskriminierende Wechsel auf eine Behindertenschule, wie es früher hieß, entfällt. Das System der regelhaften Inklusion erzeugt Exklusionen, die zu Lasten von Kindern an Förderschulen gehen und zu Lasten der förderbedürftigen Kinder an allgemeinen Schulen, sofern diese sichtbar aus dem Klassenverband verstoßen werden.

## i. Das Lebensende und der Tod

Das Faktum der Gebürtlichkeit hat zwei Implikationen: Endlichkeit und Potentialität. Die Geburt ist ein Anfang, durch den etwas Neues in der Welt erscheint und realisiert werden kann, wie Hannah Arendt im Ausgang von Augustinus sagt (vgl.: Schnell 2004d). Durch die Selbstsorge (Cura sui) kann das Potential des endlichen Lebens gestaltet werden. Wenn das endliche Leben an sein Ende gekommen ist, ist das Potential der Selbstsorge aufgezehrt. Die Selbstsorge ist an ihr Ende gekommen. Endlichkeit und Potenz bilden ein Widerspiel. Im Unter-

schied zu Eros und Thanatos ist dieses nicht rein konservativ, da die Realisierung von Potenzen in einer Lebenskunst auch Überschreitungen, Exzentrizitäten und Künstlichkeiten beinhaltet.

Der Tod ist eine Andersheit, da er sich nicht normalisieren lässt. Er gehört nicht in das laufende Leben, sondern er beendet es. Dem Tod geht das Lebensende voraus, welches Gegenstand der Selbst- und Fürsorge ist.

Der Tod ist auch eine Grenzangelegenheit. Er gehört in einer Weise zum Leben und ist daher kein Betätigungsfeld für Experten, wie es etwa Ärzte sind. Andererseits kann er sehr wohl zum Thema der Palliativversorgung werden. Der Tod, der durch eine lebenslimitierende Krankheit, deren Symptome medizinisch zu kontrollieren sind, herbeigeführt wird, ist die Realisierung der Grenzangelegenheit. In diesem heutzutage sehr häufigen Fall muss es zu einer Koalition von Philosophie und den Wissenschaften der Heilberufe im Zeichen der Vulnerabilität kommen (vgl. dazu ausführlich: Schnell/Schulz 2014).

Dem Motiv des dreibeinigen Stativs soll auch am Ende der Betrachtungen treu geblieben werden. Der Tod ist für den Menschen (und nicht nur für ihn) unvermeidlich. Was ist der Tod? Wir folgen Vladimir Jankélévitch, der die dreibeinige Typologie ausgegeben hat und vom »Tod in der dritten, in der zweiten und in der ersten Person« (Jankélévitch 2005, 34) spricht.

*Der Tod in der dritten Person* ist der unpersönliche Tod.

Heidegger widmet dieser Perspektive die Aufweisungen der Macht des Man. Das Man regelt die Welt- und die Daseinsauslegung und damit auch, wie man sich zum Tod zu verhalten hat. Früher war der Tod ein öffentliches Tabu, heute ist es nicht mehr so. Man spricht über den Tod. Es gibt Experten, wie Politiker, Juristen, Theologen, Philosophen, Künstler, Journalisten, die über den Tod in unserer Gesellschaft sprechen und ihn dadurch (mit)definieren.

*Der Tod in der zweiten Person* ist der Tod des Anderen.

Heidegger sieht dafür die Perspektive der ehrenden Fürsorge vor. Levinas spricht von einer Verantwortung für den Tod des Anderen. Es gibt viele Begleiter, die Personen an deren Lebensende versorgen und die den Tod in gewissen Hinsichten diagnostizieren. Zu ihnen gehören Ärzte, Rettungsassistenten, Polizisten, Rechtsmediziner, Tatortreiniger und Bestatter.

*Der Tod in der ersten Person* ist der eigene Tod.

Heidegger spricht grundsätzlich von einem Sein zum Tode, das sich darin bemerkbar macht, dass der Tod das Dasein als einzelnes bean-

spricht und ihm seine Unvertretbarkeit vor Augen führt. Damit ist jeder von uns gemeint und an sich selbst verwiesen. Die Auslegungen des Man werden häufig vom Dasein durchbrochen, wenn es alt ist und als Patient lebt.

Nach diesem Vorspann soll nicht über den medizinischen und juristischen Begriff des Todes, nicht über die Todesstrafe und auch nicht über Sterbehilfe gesprochen, sondern, ausgehend vom Tod in der ersten Person, zwei Fragen in den Mittelpunkt gestellt werden: was ist der Tod? Welche Bedeutung hat der Tod für das noch lebende Leben?

#### 1. Frage: was ist der Tod?

Die Frage nach dem Wesen des Todes soll methodisch angegangen werden, indem gefragt wird, wie der Tod zugänglich ist. Dabei gilt, wie stets in der Phänomenologie, dass Zugangsart und Sachgehalt aufeinander bezogen sind.

Wenn vom Tod, der am Ende des Sterbens erfolgen soll, die Rede ist – wer spricht dann von wo aus? Wessen Tod ist gemeint? Heidegger sagt: »Das Sterben muss jedes Dasein jeweilig selbst auf sich nehmen«, denn – und jetzt folgt eine Erklärung: »Der Tod ist, sofern er ist, wesensmäßig je der meine.« (Heidegger 1979, 240) Der Tod wird von der Jemeinigkeit aus gedacht. Es kann den Tod nur als meinen Tod geben und es müsste somit meinen eigenen Tod für mich geben können. Die 1. Person Singular, das »Ich«, wäre damit die Instanz, von der aus vom Tod gesprochen werden kann. »Ist mein Tod möglich?« (Derrida 1998, 45) Wenn ich tot bin, ist mein Ich, dessen Tod mein Tod sein soll, nicht mehr. Wie kann für jemanden, der nicht ist, etwas sein? Derrida bezeichnet diese Perspektive als Aporie. Sie ist ein Thema in jeder Phänomenologie des Todes (Paul Ludwig Landsberg, Karl Jaspers, Eugen Fink, Vladimir Jankélévitch). Der Tod kann als Möglichkeit des Daseins nur »etwas« sein, dass dem Dasein Grenzen aufzeigt. »Der Tod ist die Möglichkeit der schlechthinnigen Daseinsunmöglichkeit.« (Heidegger 1979, 250) Mit Husserl kann der Tod auch als etwas genuin Fremdes bezeichnet werden. Fremdheit ist die »bewährbare Zugänglichkeit des original Unzugänglichen« (Husserl 1963, 117). Mein Tod ist mir als etwas zugänglich das mir unzugänglich ist. Diese Unzugänglichkeit ist mir wiederum zugänglich. Paul Landsberg, ein Schüler Husserls, bezeichnet den je eigenen Tod daher als »für uns anwesend in Abwesenheit.« (Landsberg 1973, 14)

Maurice Blanchot versuchte in immer neuen Anläufen die Urimpression, das Jetzt, den Augenblick des Todes zu denken. Mein gegenwärtiger Tod, der nicht erwartet und auch nicht erinnert wird, ist »das Unmögliche« (Derrida 2003, 14), weil er meine Möglichkeiten (meine Macht) begrenzt. Der Tod ist unzugänglich, weil er nicht wachen Auges von

mir durchlebt werden kann. Insofern gibt das Dasein sich im Tod. Derrida spricht im Dativ vom »den Tod geben (donner la mort).« (Derrida 1992) Wem gibt das Dasein sich im Tod? »Genau genommen handelt es sich um eine gewisse rätselhafte Beziehung zwischen sterben, bezeugen und überleben, der wir uns hier annähern.« (Derrida 1998, 56)

Das Geben ist immer auch ein sich den Anderen übergeben. Hier tritt die von Heidegger unterbestimmte, aber von Paul Landsberg, Levinas und Ricœur betonte Dimension der Sozialität in den Vordergrund (vgl.: Schnell 2014). Diese Sozialität konstituiert eine Wirklichkeit.

Wirklichkeit ist eine dreistellige Relation: wirklich ist, was durchlebt (1), artikuliert/reflektiert (2) und von anderen bezeugt (3) wird. Ich fühle die Kälte (ad 1), ich sage, dass mir kalt ist (ad 2) und mein Nebenmann gibt mir die Jacke (ad 3). In Grenzfällen kann Realität auch eine Zweistellige Relation sein. »Das Leben im KZ ist unwürdig.« Dieser Satz kann behauptet werden, auch ohne das KZ persönlich erlebt zu haben. »Hier stehe ich und kann nicht anders.« Luthers berühmter Satz über den notwendigen Augenblick hat Wirklichkeit, auch wenn diese nicht von Anderen bezeugt wird. An der Dreistelligen Relation kann das erste Relat (durchleben) oder das dritte (Bezeugung) fehlen. Das zweite (Artikulation/Reflexion) ist hingegen unverzichtbar. Der jemeinige Tod kann von mir nicht reflektiert werden. Er wird von mir durchlebt und von Anderen bezeugt. Der Tod ist insofern als Wirklichkeit ein Mysterium (vgl.: Schnell 2015).

## 2. Frage: welche Bedeutung hat der Tod für das noch lebende Leben?

Der Tod betrifft nicht nur den Menschen, sondern überhaupt alles Lebendige: Tier, Natur und in gewisser Hinsicht auch Institutionen (vgl.: Bihrer et al. 2015). Mensch und Tier sind vulnerable Personen, da sie als leibliche Wesen geboren worden sind. Der Tod des Menschen ist ein merkwürdig unvollkommen konstituiertes Ding. Er wird vom Bewusstsein untersucht, befragt, thematisiert. Die Konstitutionsleistung ist endlich, weil das Bewusstsein ein verkörpertes und damit ein endliches ist. Der Denker des Todes wird von seinem Denkhema unvermeidlich affiziert und überwältigt. Der Denker stirbt und gibt sich den Anderen. Unvollkommen konstituiert ist diese Sachlage, weil die konstituierende Instanz, das Ich, in der Konstitution selbst annulliert wird. Genau das ist in gewisser Hinsicht der Tod.

Im Leben ist der Tod Gegenstand einer Antizipation. Der Tod wird erhofft, gefürchtet, verdrängt, verteuelt, herbeigesehnt. Die Bedeutung des Todes für das Leben liegt in der Gestaltung der Erwartung. Wir können hier Kant zitieren: der Tod ist etwas, auf das es sich »vorzubereiten« gilt (*Mutmaßlichen Anfang der Menschengeschichte*, A 9). Die Vorbereitung betrifft keineswegs nur die Frage, wie ich sterben möchte und erschöpft sich daher nicht nur in der Abfassung von Testament

und Patientenverfügung. Die Vorbereitung gilt viel grundsätzlicher der Frage, wer mich überleben soll. Sie bezieht sich daher auf das zu lebende Leben. Denn es kommen nur jene Personen als Kandidaten für die Menschen, die mich überleben können, in Frage, mit denen ich zusammenlebe und ein gemeinsames Leben gestalte. Über Freundschaft, Familie und Gesellschaft ist in vorherigen Kapiteln bereits gesprochen worden.

Selbst wenn die Selbstsorge um den Tod von einer Macht veranlasst wird, die nicht von außen kommt, sondern die sich in unserem Selbstverhältnis unbemerkt festgesetzt hat und die uns an das glauben lässt, was wir glauben, beweist das nicht, dass das Konzept der Selbstsorge unsinnig ist, sondern nur, dass es ohne zureichenden Grund auskommt und auskommen muss. Es könnte auch anders sein. Es sind Lebensformen denkbar, die vom Tod nicht einen Gestaltungsauftrag des Daseins ableiten, sondern, wie der Buddhismus, das Leben in gewisser Hinsicht als endlos betrachten.

Dreißig erwachsene Menschen sprechen über den Tod ([www.30gedanken.zumtod.de](http://www.30gedanken.zumtod.de)). Auf die Frage »Was ist der Tod?«, geben sie Antworten, die auf das Leben bezogen sind. Eine Erfassung des Todes von der Gestaltung des Lebens her besagt:

- Der Tod veranlasst Erinnerung an das Leben.
- Der Tod ist nah am Leben.
- Der Tod rückt dem Leben immer näher.
- Der Tod ist ein Licht.
- Der Tod ist das Ende des Lebens.
- Der Tod gibt dem Leben Sinn.
- Der Tod ist Entspannung.
- Der Tod reist uns aus dem Leben.
- Der Tod ist für das Leben unkontrollierbar.
- Der Tod kann ein Freund des Lebens sein

(vgl. dazu: Schnell/Schulz 2016).

Die Erfassung des Todes von der Gestaltung des Lebens her impliziert auch, dass Selbstsorge und Selbsterhaltung wichtige Werte sind. Nicht zufällig haben wir Schwierigkeiten mit Selbstmördern und vor allem mit Selbstmordattentätern.

Eine Selbstvergewisserung im Zeichen der Endlichkeit könnte einem Dasein unvermeidlich sein, das niemals ist, sondern in der Zeit immer hinterherhinkt und daher immer auch ein Leben im Zeichen des Abschieds führt. Seit Diltheys Überlegungen zum Innwerden in Realität und Zeit kann diese Möglichkeit mehr als eine Konstruktion darstellen. »Gegenwart *ist* niemals; was wir als Gegenwart erleben, schließt immer



Erinnerung an das in sich, was eben gegenwärtig war.« (Dilthey 1981, 239)

Die Vorbereitung auf den Tod ist Teil der Selbstsorge im Durchgang durch Freundschaft, Familie und Gesellschaft. Mit dem Tod des Selbst endet das Leben als Sorge. Das Selbst zerteilt sich. Es selbst tritt in ein Mysterium ein und wird zugleich zum Subjekt des Andenkens und zum Objekt der Statistik ...