

Ökonomien des Sterbens – Tagungsdokumentation



OMEGA – Mit dem Sterben leben e.V.

Bundesgeschäftsstelle
Dickampstr. 12 · 45879 Gelsenkirchen
Tel.: 0209 – 91 328 22/21
info@omega-ev.de · www.omega-ev.de

Mitglied im:



BioSkop e.V.

Bochumer Landstr. 144a · 45276 Essen
Tel.: 0201 – 53 66 706
info@bioskop-forum.de
www.bioskop-forum.de

Inhalt

Ökonomien des Sterbens – Tagung 15.11.2014	4
Programm	5
Begrüßung und Einleitung Erika Feyerabend.....	6
„Autonomie am Lebensende?“ Spurensuche zum kulturprägenden Ideal.....	10
Diskussion zum Vortrag von Stefanie Gräfe mit Erika Feyerabend.....	19
„Die Bedeutung von Selbsttötungen in der deutschen Altenhilfe“	24
Diskussion zum Vortrag mit Bodo de Vries	37
„Was brauchen Menschen in ihrer letzten Lebensphase?“	41
Diskussion über den Vortrag mit Andreas Heller	53
Neoliberalismus und die Reorganisation der Care-Ökonomie, Mascha Madörin	56

Ökonomien des Sterbens – Tagung 15.11.2014

Sterben ist heutzutage ein öffentliches und ein politisches Thema. Allerdings nicht nur in der Weise, wie es sich die Hospizbewegung seit Jahrzehnten wünscht: Wie können schwerstkranke und sterbende Menschen, ihre Angehörigen und ihr Freundeskreis gut begleitet werden? Welcher gesellschaftlichen Anstrengungen bedarf es, um Sterben unabhängig von Herkunft, sozialer Stellung und Geldbeutel erträglich zu gestalten?

Ähnlich wie in anderen Lebensbereichen auch, sollen Vorsorge, Planung, Dienstleistung die allzu menschlichen Befürchtungen zähmen. Der Wunsch, den eigenen Körper kontrollieren, den Alltag mit schwerer Pflegebedürftigkeit vermeiden oder im Griff behalten zu können, wird zumindest in den durch Medien vermittelten Expertengesprächen und politischen Debatten auf gefährliche Bahnen gelenkt. Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung und der tödliche Behandlungsabbruch via Patientenverfügung oder die „aktive Sterbehilfe“ als nachfragbare Dienstleistung stehen auf der Agenda.

„Selbstbestimmung bis zuletzt“ lautet das Versprechen. Viel wird auch über eine „Apparatemedizin“ gesprochen, die das Sterben nicht mehr zulassen könne. Sehr wenig über soziale Sicherungssysteme, die immer mehr Menschen im Alter und Krankheit unzureichend absichert. Kranksein macht arm, es gefährdet das kleine Erbe für die Angehörigen, überfordert Familien – vor allem Frauen –, die sich gute Pflegebedingungen nicht leisten können und ist mit der Perspektive auf spärliche Renten sehr

beängstigend. Diese materiellen Lebens- und Sterbebedingungen gelten nicht selten als „unabänderlich“, obwohl sie politisch und gesellschaftlich zu verändern wären. All das sind wenig beachtete Motive, die verschiedene Dienstleistungsangebote, die das „schnelle Sterben“ unter Vermeidung von langer Pflegebedürftigkeit als eine Art privater Lösung plausibel machen. Die gesundheits- und sozialpolitischen Unverantwortlichkeiten bleiben unberücksichtigt.

Das wollen wir im Rahmen dieser Veranstaltung ändern und die „Ökonomien des Sterbens“ zum Thema machen. Wie wird öffentlich über die verschiedenen Varianten der Sterbehilfe gesprochen? Und was wird verschwiegen? Wie denken Ökonomen über die Pflege nach? Und wie kann die Versorgung Schwerstkranker und Sterbender unter passablen Arbeits- und Lebensbedingungen organisiert und bezahlt werden? Was brauchen Menschen an Zuspruch und sozialer Absicherung am Lebensende?

Ort:

UNESCO Welterbe Zollverein, Gelsenkirchener Str. 181, 45309 Essen Zollverein

Eine gemeinsame Veranstaltung von:

OMEGA – Mit dem Sterben leben e.V., Gelsenkirchen

BioSkop – Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften, Essen

Bildungswerk der Humanistischen Union NRW e.V., Essen

Programm

9.30 Uhr Begrüßung und Vorstellung des Programms

10.00 Uhr „Autonomie am Lebensende?“ Spurensuche zum kulturprägenden Sterbeideal

Die Soziologin *Stefanie Graefe* (Universität Jena) beschäftigt sich mit der Diskursökonomie des Sterbens, also der Art und Weise, wie über das Lebensende verhandelt wird

11.45 Uhr „Die Bedeutung von Selbsttötungen in der deutschen Altenhilfe“

Daten, Fakten und Schlussfolgerungen aus der Versorgungspraxis in Altenheimen. *Bodo de Vries*, Sozialwissenschaftler und Vorstand im Ev. Johanneswerk

14.30 Uhr „Was brauchen Menschen in ihrer letzten Lebensphase?“

Andreas Heller, Professor für Palliative Care und Organisationsethik an der IFF

Fakultät der Universität Klagenfurt in Wien und mit Reimer Gronemeyer Autor des Buches „In Ruhe sterben. Was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann“

16.30 Uhr „Finanzierung der Pflege – Herausforderungen für das ökonomische Denken“

Mascha Madörin, feministische Wirtschaftswissenschaftlerin aus Basel, erklärt, wie Ökonomen Pflege denken, wie Tarife und Versicherungssysteme heute die Pflegeprozesse strukturieren und welche Debatten zur Finanzierung von Pflege dringend neu geführt werden müssten

Moderation: Erika Feyerabend

(Sozialwissenschaftlerin, BioSkop e.V.)

18.30 Uhr Führung durch das Weltkulturerbe Zeche Zollverein



Begrüßung und Einleitung Erika Feyerabend

Wir sind sehr erfreut, dass Sie in so großer Zahl gekommen sind und begrüßen Sie herzlich.

So aktuell wie heute waren wir mit unseren bisher gemeinsam veranstalteten Tagungen noch nie. Am 13.11.2014 wurden im Deutschen Bundestag so genannte Orientierungsgespräche zum Thema „Sterbehilfe“ geführt. Im Herbst nächsten Jahres ist ein Gesetz geplant, dass die ärztliche, organisierte, gewerbliche Beihilfe zum Suizid regeln soll. Wir haben also Zeit, uns Gedanken zu machen, Positionen zu beziehen und die öffentliche Diskussion mitzugestalten. Leider gibt es auch eine unerwartete, persönliche Aktualität. Der Bruder von Stefanie Gräfe ist heute Nacht gestorben. Ich werde deshalb den Vortrag von Stefanie Gräfe stellvertretend vortragen. Für heute haben wir uns vorgenommen, die sozialpolitischen Freistellen in dieser Diskussion zum Thema zu machen. In den meisten Debatten spielt genau das nur eine sehr untergeordnete Rolle.

Anlass – nicht Ursache – der beginnenden parlamentarischen Debatte dürften zum einen die Aktivitäten von Roger Kusch (Ex-Justizsenator in Hamburg) sein. Er bot eine Art gewerblicher Beihilfe zum Suizid mit seinem Verein SterbeHilfeDeutschland e.V an und hält sich derzeit in der Schweiz auf. Kusch nahm in einigen Fällen persönlich Honorare von bis zu 6.500 Euro für seine Dienste entgegen.

Es gibt einen breiten Konsens, dass diese gewerbliche Suizidbeihilfe verboten werden soll. Tatsache ist aber auch, dass es

einen Sterbehilfetourismus in die Schweiz gibt, organisiert über die Schweizer Vereinigung Dignitas. Eine deutsche Dependence gibt es in Hannover. Dieser spezielle Grenzverkehr hat sich laut einer britischen Studie zwischen 2008-2012 verdoppelt. 268 deutsche Bürgerinnen sollen in diesem Zeitraum die Dienste von Dignitas in Anspruch genommen haben. Ob eine so „organisierte Sterbehilfe“ in Deutschland ausdrücklich erlaubt oder verboten werden soll, ist umstritten. Renate Künast von der Partei Bündnis 90/Die Grünen favorisiert ein solches Angebot. Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) hat sich für ein Verbot der gewerblichen wie auch einer organisierten Sterbehilfe nach dem Schweizer Modell ausgesprochen. Der SPD-Abgeordnete Karl Lauterbach hält – wie sein CDU-Kollege Peter Hintze – ein striktes Verbot der Sterbehilfe für nicht mehr zeitgemäß. Sie und weitere Abgeordnete sprechen sich ausschließlich für die ärztliche Beihilfe zum Suizid aus – und gegen Sterbehilfeverbände. Angekündigt sind vier Gesetzesentwürfe, die noch nicht vorliegen, aber in diesem Spektrum zu verorten sein dürften.

Einen außerparlamentarischen Vorschlag gibt es schon von dem Palliativmediziner Gian Domenico Borasio, den Medizinethikern Ralf Jox und Urban Wiesing sowie dem Medizinrechtler Jochen Taupitz. Danach soll die Beihilfe verboten werden, um organisierte und gewerbliche Initiativen zu vermeiden. In Ausnahmefällen – ein recht interpretationsoffener Begriff – soll Beihilfe nach notgedrungenen vagen medizinischen Kriterien

und vernünftig begründeter Nachfrage von Sterbewilligen aber exklusiv für Ärzte eindeutig straffrei sein. Das würde bedeuten: Ärztliche Beihilfe wird zu einer Dienstleistung, die auch in der Gebührenordnung berücksichtigt werden müsste. Sozialpolitische Bedenken, schlechte Pflegebedingungen, Ökonomisierung des Gesundheitswesens und die Rede von Ressourcenknappheit finden hier keine Erwähnung. Ob es dafür parlamentarische Mehrheiten gibt ist unklar. Was derzeit parlamentarisch niemand will und auch unter der geltenden Gesetzgebung nicht möglich ist, das ist die strafrechtliche Verfolgung Beihilfe leistender Ärzte. Denn: Diese Beihilfe ist auch heute strafrechtlich nicht verboten. Aber: Sie ist nicht die Regel sondern die Ausnahme. Es gibt Unsicherheiten, ob ein Arzt bei diesen Handlungen mit dem Arzneimittelrecht in Konflikt gerät und seine „Garantenpflicht“ verletzt. Ich meine, diese verbliebenen Unsicherheiten sind eine Art „Garant“ dafür, dass es wirklich Ausnahmen bleiben. Denn der oder die Handelnde muss sich u.U. persönlich verantworten und überlegt genau, was vertretbar ist. Berufsethisch ist die „Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe“. Berufsrrechtlich ist das in einigen Bundesländern ebenso bewertet – in anderen nicht. Auch der drohende Entzug der Approbation ist unwahrscheinlich. Prinzipiell ist ein solcher Entzug als härteste Sanktion wegen Verstößen gegen ärztliche Berufspflichten möglich. Aber nicht die Ärztekammer sondern nur die zuständige Gesundheitsbehörde kann das machen und dafür bedarf es eines Verstoßes gegen strafrechtliche Vorschriften. Da aber auch der ärztliche assistierte Suizid nicht strafbar ist, ist auch diese Sanktion nicht möglich. Und berufsrrechtlich wurde bislang wegen einer solchen Beihilfe

nur in einem einzigen Fall eine Geldbuße verhängt. Die Frage ist berechtigt, warum so viel Aufregung um die wenige Ausnahmehandlungen am Lebensende erzeugt wird. Ich befürchte, dass es eben keine Ausnahme sondern eine Regel, eine nachfragbare Dienstleistung von Ärzten werden soll. Ob sich das juristisch umsetzt ist fraglich. Aber das wird sich auch in den Debatten der nächsten Monate entscheiden.

Diese Auseinandersetzungen werden nicht unerheblich in den Medien geführt und sie werden von einer relativ kleinen Gruppe in nicht unerheblichem Maße geprägt. Es gibt Umfragen, deren konkrete Umstände in der Regel keine Erwähnung finden, in denen sich aber Mehrheiten innerhalb der Bevölkerung für eine solche Dienstleistung abbilden würden – dargeboten als eine Möglichkeit bei schwerer und aussichtsloser Krankheit „selbstbestimmt“ und „würdig“ sterben zu können. Sicher denken viele Bürger/innen so. Sie werden in den gerade laufenden öffentlichen Unterhaltungen bestärkt und medizinethisch unterfüttert von einigen Medizinethiker/innen (wie die Professorin Bettina Schöne-Seifert beispielsweise), den erwähnten Autoren des außerparlamentarischen Gesetzentwurfes sowie weiteren Medizinjuristen, Sterbehilfeverbänden wie der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben oder dem Humanistischen Verband Deutschlands. Auch Mediziner wie Michael de Ridder oder Uwe Christian Arnold bestärken diese Haltung mit der Autorität ihres Berufsstandes. Letzterer hat öffentlich erklärt, 200 Menschen Beihilfe geleistet zu haben und sucht per Anzeige in der Ärztezeitung gerade Kollegen, die es ihm gleich tun. Juristische Konsequenzen sind nicht zu beobachten. Arnold ist

2. Vorsitzender von Dignitate, einer Tochterorganisation der Schweizer Dignitas, die „Freitodbeihilfe“ anbietet.

Mittlerweile gibt es in den Medien auch Stimmen, die sich offensiv für die „aktive Sterbehilfe“ durch Gift und die Hand des Arztes aussprechen. Das wird sich gesetzlich aller Voraussicht nach nicht niederschlagen, aber sich ins öffentliche Bewusstsein einschreiben. So werden die Sagbarkeitsgrenzen peu à peu verschoben. Genau das ist auf lange Sicht gefährlich – für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf. Wir beobachten in der Debatte um Patientenverfügungen seit Jahren, wie der Begriff des „würdigen und selbstbestimmten Sterbens“ verengt wird auf die Entscheidung gegen medizinische Behandlungen. Ein sozial gestaltetes Lebensende mit ausreichender und guter pflegerischer Versorgung auch für Menschen mit schmalem Geldbeutel und wenig Möglichkeiten, sich erleichternde therapeutische Hilfen und Begleitungen privat hinzu kaufen zu können, kommt in den Formularen und der begleitenden Ratgeberliteratur nicht vor. Das schnelle Sterben unter Vermeidung langer Pflegezeiten gilt als „würdig“ – wenn man die erwähnten Texte studiert auch als „mutig“. Wir beobachten in den Niederlanden oder Belgien, wie sich nach der Legalisierung der so genannten „Tötung auf Verlangen“ – also vernunftbegabter, äusserungsfähiger Kranker – die schiefe Ebene in Richtung „Tötung ohne Verlangen“ geneigt hat. Patienten im Koma, dementiell veränderte Menschen, schwer behinderte Neugeborene, Psychiatriepatienten, auch sie werden zunehmend straffrei getötet. In den Niederlanden fordert die Niederländische Vereinigung für freiwilliges Leben, alte, lebensmüde Menschen auf Wunsch bei einem Suizid zu

unterstützen, die weder unerträglich leiden noch aussichtslos krank sind. Das wäre der vorläufige Endpunkt einer Entwicklung, in der Begriffe wie „Würde“ und „Selbstbestimmung“ nur noch in Bezug auf sich selbst und eine vermeintlich unabhängige Selbst- bzw. entwertung verstanden wird. Diese Entwertungsbereitschaft folgt aber ganz und gar den gesellschaftlichen Normen, die nichtproduktive und hilfebedürftige Lebensverläufe auf vielerlei Weise diskreditieren.

Es ist weder leicht zu sterben, noch sich mit der konkreten (und nicht allgemein an irgendeinem Sankt Nimmerleinstag eintretenden) Sterblichkeit zu arrangieren. Kontrollverluste über den eigenen Körper sind schmerzlich und schwer auszuhalten. Besonders in einer Gesellschaft, die unter ständigem Selbstoptimierungsdruck, Produktivitäts- und Leistungswahn steht, in der weder Unverfügbares zulassen werden kann, noch die Erfahrung des Nicht-Verstehens oder Nicht-Wissens, gibt es keine positive Vorstellung oder Landkarte für so etwas wie Langeweile, Stille, Loslassen, Sein-Lassen, zögern, warten, schlafen, faul sein und auch sterben – der ewige Schlaf eben. Insofern sind Angebote, auch das Sterben oder schwer kranksein zu optimieren, mit anerkannten Sinnkategorien zu belegen, äußerst attraktiv. Das kann ich sehr gut verstehen – mir geht es oft ebenso.

Aber ist das auch wünschenswert? Uns geht es heute nicht um moralische Bewertungen, einfache, machbare Lösungen. Wir möchten uns lieber mal gemeinsam mit anderen in einen Denk-Raum begeben oder wie der wunderbare Philosoph Roland Barthes mal schrieb, uns „marinieren“ im Nicht-Verstehen, um mal andere, ungewohnte Blicke zu

zulassen und zu ermöglichen.

- Zum Beispiel auf die Art und Weise wie über Sterben, vor allem über „Autonomie am Lebensende“ gesprochen wird. Dabei werden uns die Überlegungen der Soziologin Stefanie Graefe von der Universität Jena hilfreich sein.

Das schöne Bild vom marinierenden Nicht-Verstehen bedeutet nicht, sich von jeder Realität fern zu halten. Es lädt nur mal ein, sich dessen „Wert“ zu überlegen. Was das eigene Sterben anbelangt, kann das ja auch sehr entlastend sein. Es lädt dazu ein, sich von den gewohnten, stereotypen Trampelpfaden der Beschreibung gesellschaftlicher Wirklichkeit zu entfernen. In unserem Fall aus einer anderen Perspektive die Zeit vor dem Sterben im Alter und Pflegebedürftigkeit genauer unter die Lupe zu nehmen.

- Zum Beispiel die Verhältnisse und das Verhalten von alten Menschen in Einrichtungen der Altenhilfe anzusehen. Der Sozialwissenschaftler Bodo de Vries ist in seiner Funktion als Vorstand im Ev. Johanneswerk und mit seinen wissenschaftlichen Arbeiten zum Suizid dafür prädestiniert. Ich habe neulich während eines Vortrages einen Satz aufgeschnappt, der mir zu denken gibt. „Ich fordere nicht, die Müdigkeit abzuschaffen. Ich möchte dorthin, wo Müdigkeit möglich ist“ (von Maurice Blanchot, einem gescheiterten Journalisten und Philosophen, der vielleicht das Glück hatte 95 Jahre alt zu werden und 2003 gestorben ist). Dieses „dorthin“ gibt es nicht. Wir müssen es erfinden und politisch durchsetzen.
- Andreas Heller beschäftigt sich mit Orten, an denen Sterben möglich ist bzw. werden

soll, als Professor für Palliative Care und Organisationsethik an der Universität Klagenfurt. Kritische Seitenblicke auch auf die Hospizbewegung und die Palliativversorgung sind dabei unvermeidlich.

Es wird gerade enorm viel über ambulante Hospizversorgung, Palliativpflege und Palliativmedizin gesprochen. Viele meinen, wenn diese Strukturen weiter gefördert und ausgebaut werden, würde sich das Verlangen nach Sterbehilfe von alleine legen. Ich halte das für einen Trugschluss, weil wir es bei diesem Verlangen auch mit den Wirkungen der vorhin erwähnten Gesellschaft des Optimierens, des Selbstbestimmungs- und Produktivitätswahns zu tun haben, der Kaufbarkeit und Verdienstleistung von allem und jedem, auch von Lösungen für Lebenskrisen. Und, weil dieses Verlangen sich nicht nur aus der Angst vorm Sterben speist, sondern berechtigterweise vor Altersarmut, vor schlechten Pflegebedingungen, vor übergriffigen Institutionen, vor einer Pflegeökonomie, die nach dem Modell der Güterproduktion entworfen ist.

- Mascha Madörin aus Basel ist Ökonomin und schaut ganz anders auf die Organisation von Pflege und die ökonomischen Denkmodelle der dominierenden Wirtschaftswissenschaftler. Sie hat eine sehr lesenswerte Studie zur „Ökonomisierung des Gesundheitswesens -Erkundungen aus Sicht der Pflege“ geschrieben, die kostenlos im Internet nachzulesen ist. Auch in diesem Fall müssen wir uns vom üblichen Denken und von den vorherrschenden ökonomischen Erklärungsmodellen entfernen. Einfache Lösungen sind hier nicht in Sicht.
- Aber wir können uns auf den Weg machen.

„Autonomie am Lebensende?“ Spurensuche zum kulturprägenden Ideal – Stefanie Graefe

Meine Überlegungen nehmen ihren Ausgangspunkt in einer mehrfachen und wiederholten Irritation.

Laut Wikipedia handelt es sich bei einer Irritation um „einen Reiz oder eine Erregung, die meist von negativer Bedeutung sind“. In offenkundiger klanglicher Nähe zu den Wörtern „irr“ und „irren“ versteht man unter „Irritation“ seit dem 19. Jahrhundert die subjektive Erfahrung der Ablenkung, Verunsicherung, Störung oder Verwirrung. Darin ist auch enthalten, dass, wer irritiert ist, nicht gewiss ist über das, was sich ihm oder ihr als Realität präsentiert. Irritation im Sinne einer vorübergehenden oder dauerhaften Ungewissheit tritt deshalb nicht zufällig gerade dort auf, wo Gewissheiten präsentiert werden, wo Dinge scheinbar klar liegen und der so genannte gesunde Menschenverstand genau weiß, was zu tun ist.

Es sind eben jene scheinbar einfachen Gewissheiten, die mich im Zusammenhang mit der „Autonomie am Lebensende“ irritieren. Es irritiert mich, wenn in schöner Regelmäßigkeit hochklassige Filmproduktionen Geschichten präsentieren, die alle einem ähnlichen Muster folgen – etwa in Michael Hanekes „Liebe“, Amenábars „Das Meer in mir“ oder Taddickens „Emmas Glück“. Einmal ein jüngeres, einmal ein älteres oder bereits hochbetagtes Paar sieht sich vor die Situation gestellt, dass einen der beiden Partner ein unheilbares Leiden ereilt, meist Krebs oder Demenz.

Nach langer Auseinandersetzung und persönlichem Ringen entschließt sich der jeweils andere Partner, dem oder der Geliebten den letzten Wunsch zu erfüllen und hilft ihm/ihr beim Sterben. In Hanekes Film wird uns schon im Titel erklärt, wie wir Zuschauer diesen Tötungsakt interpretieren sollten: eben als Liebe. Gerade dass es sich bei diesen Filmen nicht um billige Schnulzen handelt, provoziert meine Fragen: Was wird als Problem präsentiert, wer ist dafür verantwortlich, es zu lösen – und wie wird es schließlich gelöst? Nicht, dass diese Fragen mit filmischen Mitteln gestellt werden, irritiert mich, sondern die Einhelligkeit der Antwort. Der Topos vom Tötungs- als Liebesakt gerinnt durch seine immer ähnliche Präsentation zu einer selbstverständlichen und letztlich eben auch konstruktiven Weise (das Problem wird jeweils gelöst), über Krankheit, Alter und Tod zu erzählen.

Irritation erlebe ich jedoch nicht nur im Fiktionalen. Auch die Realität hat davon einiges zu bieten. Wenn etwa das „Bündnis für Selbstbestimmung bis zum Lebensende“ mit einer Kampagne „Mein Ende gehört mir“ (<http://www.mein-ende-gehört-mir.de/>) für die Freigabe der ärztlichen Beihilfe zum Suizid mobilisiert, so irritiert mich dies in zweifacher Weise. Zum einen frage ich mich, wem das eigene „Ende“ denn sonst gehören soll, wenn nicht mir selbst. Zum anderen (und nicht in Widerspruch dazu) frage ich mich, wie mir mein Ende denn wohl „gehören“

kann. Festzustellen, dass meinen eigenen Tod nur ich selbst erleben kann, ist banal. Zugleich scheint es mir absurd, einen Anspruch auf Eigentum am eigenen Tod zu formulieren. Vor allem aber frage ich mich, was eigentlich Selbstbestimmung im Zusammenhang mit dem Sterben bedeuten kann.

Und schließlich irritiert mich bereits seit einiger Zeit die auf vielfache Weise kolportierte Rede von der „Autonomie am Lebensende“. Mich interessiert, wo sie herkommt, wie sie begründet wird und auf welches Problem sie sich als Antwort versteht. Ich verstehe sie – wie bereits im Titel des Vortrags angezeigt – als eine Art Spur, als kulturelles Artefakt. Dass „Autonomie am Lebensende“ gerade jetzt und gerade hier, in den nach wie vor im Weltvergleich unermesslich reichen, zugleich in vielfacher Weise krisengeschüttelten Gesellschaften des globalen Nordens zum Gegenstand wissenschaftlicher, medialer und nicht zuletzt persönlicher Besorgnis wird, ist m.E. zunächst mal interessant und bemerkenswert. Und es ist, wie ich nun entlang von vier Thesen zeigen möchte, kein Zufall:

1. Die Rede von der „Autonomie (oder Selbstbestimmung) am Lebensende“ verhüllt mehr als sie erklärt.

Das möchte ich an einem prominenten Beispiel zeigen: der Patientenverfügung.

Unter der Überschrift „Patientenautonomie am Lebensende“ hatte die damalige Justizministerin Brigitte Zypries im Jahr 2003 eine Sachverständigenkommission eingesetzt, die Vorschläge zur gesetzlichen

Regelung so genannter „Patientenverfügungen“ erarbeiten sollte. Der Gesetzgebungsprozess zog sich dann noch eine ganze Weile hin, aber in 2009 wurde schließlich das Betreuungsrecht geändert und die so genannte Patientenverfügung umfassend legalisiert. Demnach sind gesetzliche Betreuer/innen dazu verpflichtet, dafür zu sorgen, dass der in der Patientenverfügung artikulierte Wille einer Patientin befolgt wird, sofern diese ihren Willen nicht selbst artikulieren und durchsetzen kann. Dies gilt auch ausdrücklich dann, wenn sich Patienten (noch) nicht im Sterbeprozess befinden. Und es gilt auch dann, wenn gar keine Patientenverfügung vorliegt. In diesem Fall muss die Betreuerin gemäß des „mutmaßlichen“ Willens des Betreuten entscheiden. Auf diese Weise soll die Patientenverfügung die Selbstbestimmung bzw. Autonomie des Patienten „am Lebensende“ sichern. Vor allem soll sie Patienten schützen – vor einer „nicht mehr loslassenden Medizin“, wie es im Bericht der Sachverständigenkommission hieß. Eine Patientenverfügung ermöglicht jedoch vor allem die Abwahl medizinischer Behandlung. Sie dokumentiert die Einwilligung in den Therapieabbruch auch für den Fall, dass ich diese Einwilligung in der gegebenen Situation selbst nicht mehr teilen kann. Jeder kann, so das mit der Patientenverfügung verbundene Versprechen, seine je eigenen Vorstellungen vom Sterben verwirklichen, indem er noch in gesunden Tagen festlegt, welche Behandlungen er im Falle einer späteren „Nichteinwilligungsfähigkeit“ ablehnt: Reanimation oder lieber nicht? Künstliche Beatmung oder lieber nicht? Ernährungssonde oder lieber nicht? Flüssigkeitszufuhr

oder lieber nicht? Patientenverfügungen versprechen die Machbarkeit des selbstbestimmten Sterbens durch die Möglichkeit der vorausschauenden Abwahl lebenserhaltender Versorgung und Behandlung.

Wie autonom ich sterbe, scheint im Umkehrschluss also vor allem davon abzuhängen, wie gut ich bei der Abfassung meiner Patientenverfügung juristisch beraten worden bin. Autonomie wird hier konzipiert als vertragliche Beziehung zwischen Individuum und Staat. Grundlage der Patientenverfügung ist das Idealbild vom Menschen als rationaler Entscheidungsakteur, der aus verschiedenen Optionen die für sich passenden auswählt. Es ist letztlich der Mensch als Kunde, der hier beschworen wird.

Auf gesellschaftlicher Ebene lenkt die Debatte um „Autonomie am Lebensende“ die öffentliche Aufmerksamkeit für das Themenfeld Sterben auf das Problem juristisch-formaler Regelungen und ihrer Umsetzung. Ausgeblendet bleibt dabei, dass Rationalisierungs- und Ökonomisierungsprozesse im Gesundheitswesen längst regelmäßig zu Phänomenen der Unterversorgung bzw. Rationierung medizinischer Dienstleistungen – nicht nur, aber vor allem eben auch bei alten Menschen – führen.

Die – auf den ersten Blick so eingängige – Gegenüberstellung „Apparatemedizin“ versus „Patientenautonomie“ blendet aus, dass betriebswirtschaftliche Handlungszwänge seitens der Professionellen in Krankenhäusern und Pflegeheimen den Spielraum für individuelle Autonomie wünsche von Patienten (aber auch von

Pflegenden) faktisch stark einschränken. Wie autonom wir als chronisch Kranke, Pflegebedürftige oder Sterbende sind, erscheint als Frage der individuellen Wahl – und nicht als gesellschaftlicher Prozess der Aushandlung über die Gestaltung von Gesundheit und Pflege.

Die Frage nach Autonomie berührt darüber hinaus eine Grundangst des modernen Menschen: beherrscht und unterworfen zu werden, unfreiwillig von anderen abhängig zu sein.

Das ist natürlich gerade im Zusammenhang mit Alter, Pflegebedürftigkeit und Sterben relevant: Kaum eine Situation im menschlichen Lebensverlauf scheint so prädestiniert dafür wie das hohe, pflegebedürftige Alter, Autonomieverluste zu produzieren. Weil nun aber Autonomie in unserer Gegenwartsgesellschaft gleichbedeutend ist mit Glück, erscheint ihr Verlust als Inbegriff menschlichen Unglücks.

Eben weil Autonomie ein derart hoch besetzter Wert ist, ist ihre (Be-)Deutung gesellschaftlich umkämpft. Die Frage lautet also nicht nur: Wer ist unter welchen Umständen wie autonom, sondern zugleich: Wer definiert, was als Autonomie gilt und was nicht? Und weiter: Welche Bedingungen brauchen wir, um uns autonom zu fühlen, wie sehr sind wir dabei von Kontexten, Beziehungen, Stimmungslagen abhängig? Wer sagt uns, dass wir das, was wir heute als unerträgliche Beschneidung unserer Autonomie verstehen, im Prozess des Sterbens auch genauso erleben? Möglicherweise liegen unsere Bedürfnisse dann ganz anders. Möglicherweise geht es uns dann auch gar nicht mehr an erster

Stelle um Autonomie. Sondern darum, gehalten, begleitet, berührt zu werden. Und darum, Zeit zu haben.

Genau diese Fragen aber werden in der Behauptung, Autonomie am Lebensende ließe sich durch das Instrument der Patientenverfügung erreichen und garantieren, verschleiert.

Noch eine Nebenbemerkung: Durch die unbeschränkte Reichweite der Patientenverfügung geht keineswegs nur ums „Lebensende“. Auch für Lebenssituationen wie etwa Demenz oder Wachkoma werden Patientenverfügungen als Problemlösung verstanden. Weil aber nichtsdestotrotz der öffentliche Diskurs um die Figur der „Autonomie am Lebensende“ kreist, werden Wachkoma oder Demenz indirekt als vorgezogene Formen des Sterbens definiert.

2. Der Tod ist in modernen Gesellschaften kein Tabu. Er wird kommerzialisiert, fiktionalisiert und individualisiert.

Die Rede vom tabuisierten Tod hat derzeit – auch im Zusammenhang mit der Debatte um ärztlich assistierten Suizid – wieder Konjunktur. Ein gängiges Argumentationsmuster der Befürworter geht in etwa folgendermaßen: Weil der Tod in unserer Gesellschaft tabuisiert und verdrängt wird, deshalb darf über humane Formen des Sterbens nicht gesprochen werden. In einer etwas anderen Variation geht dasselbe Argument so: Weil der Tod so sehr verdrängt wird, deshalb kennt die Medizin keine Grenzen und hält Leute, die praktisch schon tot sind, unendlich lange und gnadenlos mit allem, was die Appa-

ratemedizin anzubieten hat, am Leben.

Dieses letztgenannte Argument ist, ebenso wie die Tabuisierungsthese nicht grundsätzlich falsch. Wenn man im ganz großen historischen Maßstab guckt, wird man feststellen, dass es im Übergang zur Moderne zu einer Privatisierung von Sterberiten kommt, die nicht zufällig parallel zum Aufstieg der modernen Biomedizin geschieht. Es wird nicht mehr öffentlich hingerichtet, gestorben wird vor allem im Krankenhaus, und die Erfolge in der Herauszögerung des Todes sind ziemlich beeindruckend (Verlängerung der durchschnittlichen Lebenserwartungen in einem Jahrhundert um mehr als dreißig Jahre). Stellt man die historische Linse jedoch etwas schärfer, wird man schnell feststellen, dass die Sache mit dem verdrängten Tod trotzdem so eindeutig nicht ist. Der Soziologe Alois Hahn etwa verweist auf die alltägliche exzessive mediale Inszenierung des Todes. Wenn auch richtig sei, dass es keine verbindlichen Sinngebungen bezogen auf den Tod mehr gebe, so sei damit doch keine Verdrängung oder Tabuisierung bewiesen: Sinngebungen religiöser und therapeutischer Art gebe es in modernen Gesellschaften vielmehr in großer Fülle. Man denke etwa an die so genannten alternativen Bestattungsunternehmen, die zumindest in Städten wie Hamburg und Berlin inzwischen einen beachtlichen Marktanteil am Bestattungswesen haben und damit werben, ein ganz und gar individuelles Begräbnis anbieten zu können. Der Tod wird dabei zum letzten Akt in der Inszenierung der eigenen Biographie – und damit zu einem Element dessen, was Soziologen als Individualisierung bezeichnen. Er findet

also keineswegs außerhalb der gängigen gesellschaftlichen Verkehrsformen statt, sondern mittendrin. Ebenso zeigen gerade Debatten wie die um Patientenverfügung und Sterbehilfe deutlich an, dass das Sterben längst ein neuralgischer Punkt sozialer und politischer Auseinandersetzung geworden ist. Hahn resümiert: „... was ein Thementabu zu sein scheint, (ist) lediglich eine eigentümliche Diskursform“. Und mit dieser Diskursform wird eben auch Geld verdient. Zumindest was die Kulturindustrie angeht, lässt sich wohl eindeutig feststellen: Death sells – mindestens genauso wie Sex. Und nicht zuletzt Sterbehilfevereine wie Dignitas oder Exit in der Schweiz verdienen natürlich auch an den von ihnen angebotenen Dienstleistungen. In einer Gesellschaft, die darüber debattiert, ob „selbstbestimmtes Sterben“ (was auch immer jeweils darunter verstanden wird) nicht nur einklagbar, sondern auch käuflich zu erwerben sein soll, kann das Tabu (es darf nicht benannt und nicht berührt werden), kurz gesagt, nicht besonders groß sein.

Die These von der Tabuisierung des Todes, die dann in die endlose Lebensverlängerung seitens der Apparatedizin münde, scheint mir aber auch noch aus einem anderen Grund nicht mehr ganz zeitgemäß. Die Behauptung einer gefährlichen, paternalistischen Überversorgung im und durchs Gesundheitssystem blendet aus, dass sich eben dieses Gesundheitssystem in den letzten zwei Jahrzehnten systematisch gewandelt hat. Das wäre jetzt ein Thema für einen eigenen Vortrag, aber kurz gefasst regiert – vermittelt durch Budgetierung und Privatisierung – in Krankenhäusern und Pflegeheimen

neben der medizinischen längst die betriebswirtschaftliche Vernunft. Und dabei handelt es sich nicht um ein harmonisches Nebeneinander. Oft gerät die eine zur anderen Logik in Widerspruch. Was medizinisch oder pflegerisch geboten ist, kann buchhalterisch zum Problem werden. Das kann durchaus auch zu Problemen der Überversorgung oder Übertherapierung führen. Genauso aber – und die Frage wäre, ob das nicht inzwischen das größere Problem ist – führt es zum Phänomen der Unterversorgung und unzureichenden Versorgung von Pflegebedürftigen und Kranken. Und dann kann wiederum eine Patientenverfügung, in der erklärt wird, man wolle keine „lebensverlängernden Maßnahmen“, dazu beitragen, diesen – gesellschaftlich produzierten Widerspruch zu entschärfen und die Entscheidung für das kostengünstigere Sterbenlassen zu erleichtern. Erst recht gilt dies wenn – wie in den Niederlanden und wie es hierzulande eben auch immer öfter gefordert wird – die so genannte Tötung auf Verlangen zur kassenfinanzierten medizinischen Behandlung wird.

3. Sterben und Tod werden, wie andere Lebensbereiche auch, dem doppelten Diktat von Effizienz und Eigenverantwortung unterworfen. Verheißung (auf Selbstbestimmung) und Drohung (mit Ausschluss) greifen dabei ineinander. Den Hintergrund dafür bilden der „demographische Wandel“, neue Altersdiskurse und verschärfte soziale Problemlagen.

Die Sorge um die Patientenautonomie am Lebensende vollzieht sich historisch nicht im luftleeren Raum. Sie ist zu sehen, wie

bereits erwähnt, vor dem Hintergrund der neoliberalen Umstrukturierung von Gesundheitsversorgung und Pflege, der Entsicherung von Alter und Krankheit – und begleitet von der beständigen Aufforderung, für sich selbst zu sorgen, Kosten einzusparen und der Gesellschaft nicht zur Last zu werden. Auch die Verantwortung für den Umgang mit Alter, Demenz, Gebrechlichkeit, Sterben und Tod wird der „vorausschauenden Vernunft“ der Einzelnen aufgebürdet. Die Debatte um die Situation in der Pflege wird davon weitgehend losgelöst geführt. Dabei hängt das doch eng zusammen.

Denn: Die strukturelle Unterversorgung in der Pflege samt der, durch die Einführung von Wettbewerbsprinzipien im Pflegesektor verursachten entgrenzten und prekären Arbeitsbedingungen von Pflegekräften (der Krankenstand in der Altenpflege liegt um 20 % höher als im Durchschnitt der Bevölkerung), verändert auch die individuellen Vorstellungen davon, was uns am Lebensende blüht – oder droht. Wer sich – aus gutem Grund – ausrechnet, im Pflegefall auf keine hochwertige, d.h. auch: gut bezahlte und abgesicherte Pflegeleistung zählen zu können, dem erscheint die Möglichkeit, für den Fall schwerer Pflegebedürftigkeit und/oder Demenz das eigene Ableben qua präventiver Verfügung oder ärztlicher bzw. kommerzieller Sterbehilfedienstleistung zu beschleunigen, womöglich recht attraktiv. Umgekehrt erscheint das „selbstbestimmte Sterben“ als letzter Akt des autonomen Subjekts, das sich gegen Gesellschaft, Staat und Biomedizin behauptet.

Parallel wird die eigentlich erfreuliche Tatsache der gestiegenen absoluten und

gesunden Lebenserwartungen schon seit längerem in doppelter Weise diskutiert: als Bedrohung und als Chance. Bedrohungsszenarien finden in Schlagwörtern wie „Vergreisung“ oder „Altenrepublik“ ihren Niederschlag. Von Chancen spricht andererseits die Bundesregierung unter dem Schlagwort „Wirtschaftsfaktor Alter“. Hier bemüht man sich zugleich um die Verbesserung von gesellschaftlichen Altersbildern: Vorstellungen vom Leben im Alter sollen erneuert und „ältere Menschen ermutigt werden, ihre Fähigkeiten selbstbestimmt in die Gesellschaft einzubringen“ (BMFSJ 2010) – etwa in Form ehrenamtlichen Engagements, beispielsweise im Pflegebereich, aber auch in Form aktiver lebenslanger Gesundheitsprävention etc.

Demgegenüber scheinen die pflegebedürftigen, institutionalisiert wohnenden und/oder demenzkranken Hochaltrigen einer gänzlich anderen Gruppe von Alten anzugehören. Unter der Hand wird so die Gruppe der Älteren zweigeteilt: in die, die (noch) aktiviert werden können, und die, die (nur noch) versorgt werden müssen. Eben diese schematische Zweiteilung finden wir in qualitativen Studien auch in subjektiven Ängsten und Altersbildern wieder.

Die Bedrohung durch den demographischen Wandel – so die Botschaft – kann durch das Engagement der jetzigen und zukünftigen Alten wenn schon nicht beseitigt, dann doch zumindest abgemildert werden. Dabei wird, je nachdem, wer gerade spricht, stärker die Freiwilligkeit oder stärker die Verpflichtung der Älteren beschworen, aktiv zu werden. Idealerweise

se wollen die Alten selbst, was sie wollen sollen: Sie bringen sich eigenverantwortlich dafür ein, die Folgekosten des demographischen Wandels abzumildern.

Unter den Tisch fällt dabei meist die Frage nach unterschiedlichen Lebensbedingungen älterer Menschen. Dies betrifft zum einen finanzielle, räumliche, gesundheitliche, soziale Ressourcen. Es betrifft aber auch zum anderen ganz schlicht die Frage, wer eigentlich überhaupt wie alt wird. Dass sozialer Status und Lebenserwartung miteinander korrelieren, ist längst bekannt. Auch in Deutschland liegen zwischen den höchsten und niedrigsten Einkommensgruppen eine Differenz von immerhin fast zehn Jahren durchschnittlicher Lebenserwartung – was nichts anderes bedeutet, als dass die Bezieher niedriger Einkommen den Reicherer die Rente finanzieren. Kurz gesagt: Die Bedingungen für „Autonomie“, „Eigenverantwortung“, „Engagement“ etc. sind sehr ungleich verteilt. Damit bin ich bei meiner letzten These angelangt.

4. Der Verweis auf „Wert“ oder „Würde“ des Lebens/der Alten/Verwirrten/Sterbenden hilft nicht wirklich weiter. Es geht darum, wie wir leben wollen – in allen Lebensphasen.

Zum Schluss möchte ich kurz noch auf einen Aspekt eingehen, der mir besonders wichtig ist: Politik wird nicht nur mit Negativbildern betrieben. Auch ausdrücklich positive Bezugnahmen, etwa auf alte und sterbende Menschen, sollte man kritisch hinterfragen. Der von der Bundesregierung 2010 veröffentlichte sechste Altenbericht etwa hat sich ganz ausdrücklich mit dem Thema gesellschaftliche Altersbilder

befasst. Der Bericht reflektiert den Diskurswandel hin zu einem positiveren Bild insbesondere der so genannten „jungen Alten“. Von der Altenberichtscommission selbst vorangetrieben, wird deren gesellschaftliche Produktivität und Nützlichkeit betont. Das aber könne dazu beitragen, die gesellschaftliche Sicht auf die nicht mehr jungen und ggf. auch nicht mehr produktiven Alten noch weiter zu verschlechtern. Aber auch Hochbetagte und Pflegebedürftige sollen positiv gesehen werden. Wer sollte etwas dagegen haben? Wörtlich heißt es im Bericht, es komme darauf an, „das aktive und produktive Alter auf eine Weise zu interpretieren, die den gesellschaftlichen Wert von Hochaltrigkeit zentral berücksichtigt“ (BMFSFJ 2010: 128). So allgemein der Satz formuliert ist, so sehr sollte man ihn zweimal lesen: Es geht darum, den gesellschaftlichen Wert von Hochaltrigkeit zu erkennen. Hochaltrige, Pflegebedürftige und auch Sterbende, heißt es weiter, müssten als Menschen wahrgenommen werden, „die uns etwas zu bieten haben“ (125.). Bemerkenswert ist, dass hier nicht etwa vom Umgang mit Pflegebedürftigkeit als gesellschaftliche Aufgabe die Rede ist, sondern vom gesellschaftlichen (ideellen? wirtschaftlichen?) „Wert“ der letzten Lebensphase. Offen bleibt, wie ein solcher „Wert“ zu bestimmen, was eigentlich sein Maßstab wäre – und wer darüber bestimmt, wie „wertvoll“ ein Leben z.B. mit Demenz ist.

Übrigens geht es den Autoren des Berichtes ausdrücklich nicht darum, Sterbehilfe zu propagieren. Im Gegenteil, es wird sogar in recht drastischen Worten vor der Gefahr einer – qua Patientenverfügung und Sterbehilfedebatte vermittelten –

wachsenden „Bereitschaft zum Lebensverzicht und zum ‚sozialverträglichen Frühableben‘“ gewarnt (129). Daraus lässt sich schlussfolgern: Mit „Wert“ soll hier gerade nicht „Lebenswert“ im biopolitischen Sinn (vgl. Graefe 2007) gemeint sein. Dennoch bleibt in dem Bericht unklar, wie das Leitbild des aktiven Alters zu interpretieren wäre, damit es den „Wert“ von Situationen wie Pflegebedürftigkeit, Demenz oder Sterben tatsächlich umfasst. Begriffe wie „würdig“, „neue Wertschätzung des Alters“ oder die Pflege als „öffentlich bedeutsame Angelegenheit“ fungieren hier als Platzhalter für fehlenden Inhalt. Die Leserin erfährt lediglich, wem die Verantwortung dafür obliegt, diese vagen Begriffe mit Leben zu füllen, etwa der „Zivilgesellschaft“, in der konkreten Gestalt ehrenamtlich, d.h. unbezahlt Engagierter in der Pflege.

Wie so oft im bürgerschaftlich-aktivierten Argumentationsuniversum verwandeln sich auch hier relativ schwierige Situationen kurzerhand in wunderbare Gelegenheiten. Die strukturelle Unterversorgung in der Pflege, die durch die Einführung von Wettbewerbsprinzipien im Pflegesektor verursachte Personalknappheit, entgrenzte und prekäre Arbeitsbedingungen von Pflegekräften, daraus resultierende belastende ethische Konflikte, oder auch die chronische faktische und moralische Überforderung des zentralen Pflegesystems Familie erscheinen in weich gezeichnetem Licht als Quelle von „Würde“, „Wertschätzung“ und „neuer Alterskultur“.

Statt solche gut gemeinten Leerformeln zu ventilieren, wäre es aus meiner Sicht sinnvoller, über die konkreten Bedingun-

gen zu sprechen, unter denen alte, pflegebedürftige und demenziell veränderte Menschen in dieser Gesellschaft leben. Und über die Bedingungen, unter denen diejenigen, die diese Menschen pflegen, arbeiten. Und wenn wir dafür einen normativen Zielbegriff brauchen, dann denke ich, sollte es eher aufgrund der zahllosen problematischen Implikationen (ich habe nur einen Bruchteil hier genannt) eher nicht „Autonomie“ sein. Aber auch nicht „Wert“ oder „Würde“. Wenn wir einen Begriff brauchen, würde ich den der Teilhabe vorschlagen (Graefe 2012).

Der konzeptionell entscheidende Vorteil der Teilhabe gegenüber der Autonomie im Zusammenhang mit dem Lebensende liegt auf der Hand: Denn während Autonomie – ob nun als Eigenverantwortung, Selbstbestimmung oder Unabhängigkeit gefasst – immer einen rationalen, entscheidungsfähigen Akteur voraussetzt (und damit all jene, deren Entscheidungsfähigkeit fraglich geworden ist, logisch ausschließt), lässt der Begriff der Teilhabe offen, wie jemand beschaffen sein muss, damit er oder sie teilhaben kann. Bezogen zum Beispiel auf verwirrte Alte eröffnet er somit die Möglichkeit, ihre alltäglichen Teilhabeformen (Kommunikation, Bedürfnisse, Aktivitäten) im Rahmen ihrer jeweiligen Lebensbedingungen zu untersuchen und zu erweitern – ganz unabhängig davon, ob die Betroffenen noch in der Lage sind, über sich und ihren Alltag zu „bestimmen“. Ausgehend vom Konzept der Teilhabe lässt sich zu guter Letzt auch die Frage nach der „Autonomie am Lebensende“ umformulieren. Nicht mehr um die Frage: Was will ich (ab-)wählen, um „autonom“ sterben zu können und

wie wird mein „Wille“ auch im Fall meiner Nichtentscheidungsfähigkeit durchgesetzt? geht es dann, sondern um folgende Frage: Welche Infrastruktur, Mittel und Versorgungssysteme brauchen wir, damit auch in einer älter werdenden Gesellschaft möglichst alle Menschen möglichst lange und möglichst umfassend am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können?

Zurück zum Anfang: Ich glaube, die Irritation, die die aktuelle Debatte um Autonomie am Lebensende, Sterbehilfe und ärztlich assistierten Suizid nicht nur bei mir auslöst, ist die Ablenkung von genau diesen Fragen und ihre Überführung in eine Frage individueller Entscheidungsoptionen und ärztlicher oder kommerzieller Dienstleistungen, oder kurz: von Angebot und Nachfrage.

Literatur:

Graefe, Stefanie (2007):

Autonomie am Lebensende?

Biopolitik, Ökonomisierung und die Debatte um Sterbehilfe, Frankfurt/M. (Campus).

Graefe, Stefanie (2012):

Autonomie und Teilhabe. Eckpunkte emanzipatorischer Altersforschung, in:

Susanne Kümpers, Josefine Heusinger (Hrsg.),

Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf? Altern unter Bedingungen von Marginalisierung

Bern 2012 (Huber), S. 249-260.

Hahn, Alois (1991):

Rede- und Schweigeverbote, in:
Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 43. Jahrgang 1991, S. 86–105.

Diskussion zum Vortrag von Stefanie Gräfe mit Erika Feyeraabend

Ich finde die „Würde“ im Sterben ist ein großes Problem.

Mein Mann hatte Krebs und lag auf der Urologie. Ich habe es geschafft einen Platz im Hospiz zu bekommen. Dort hat mein Mann noch 10 Tage gelebt. Ich muss sagen in Würde gelebt und dann in Würde im Kreise der Familie gestorben.

ERIKA FEYERABEND: In einem sozialen Nahverhältnis und einer so konkreten, existentiellen Situation, will ich dieses Gefühl der „Würde“ auch niemanden streitig machen. Es geht im Vortrag eher um den sehr inflationären Gebrauch dieses Begriffs, der gar keinen Bezug zu einer konkreten Situation mehr hat. „Würde“ ist ein Emblem, eine Art Container, nutzbar sowohl für jene, die Sterben begleiten möchten als auch für jene, die der aktiven Tötung das Wort reden. Die Frage, die sich Stefanie Gräfe gestellt hat: Wie wird der Begriff „Würde“ im öffentlichen Raum, in welchem Zusammenhang und mit welcher Interessenlage genutzt und auch ausgenutzt?

PUBLIKUM: Mich hat der Begriff „Teilhabe“ in diesem Kontext sehr erfreut. Da öffnet sich eine Tür für mich, für den einzelnen Menschen und seine Umgebung. Der Autonomie-Begriff ist sehr abgegrenzt und orientiert stark in die Richtung: Ich setze meinen Willen durch, egal in welcher Situation und welcher Umgebung.

ERIKA FEYERABEND: So ist das von Stefanie Gräfe auch angedacht. Das ist vielleicht eine Möglichkeit, sich dieser Aufteilung in Menschen, die noch aktiv und entscheidungsfähig sind und jenen, die das nicht mehr sind, anders zu nähern. „Teilhabe“ kann auch ermöglicht werden, wenn die Anforderungen aktiv und „autonom“ zu sein, nicht mehr erfüllt werden können. Zumindest gedanklich. Die praktische Umsetzung, auch deren Bedürfnisse, Kapazitäten, Mitteilungsversuche wahrzunehmen, dürfte noch einige Schwierigkeiten machen. Aber als Vehikel, sich von der stetig wiederholten Rede der „Autonomie am Lebensende“ zu entfernen, ist der Begriff vielleicht anregend. Es geht auch anders. Bislang wird nur in den Kategorien „geäußerter Wille“ oder „schriftlich fixierter Wille“ gedacht und gesprochen. Andere Gefühls- und Lebenslagen – situative, wechselnde, nicht willensbezogene – kommen schlicht nicht vor.

PUBLIKUM: Sicher gibt es eine Inflation, sowohl beim Begriff der „Würde“, aber auch der „Sterbehilfe“, der mal gemeint ist als „Hilfe zum Sterben“ und mal eher als „Sterbenachhilfe“. Aber sollten wir nicht versuchen, die positiven Bedeutungen zurück zu erobern? Oder die Begriffe deutlicher zu erklären? Oder nicht einfach hinnehmen, dass sie entwertet werden? Das betrifft auch Hospize, an sich eine wunderbare Sache. Mittlerweile bieten aber auch Sterbehilfe-Verbände Hospize an. Nicht überall, wo Hospiz draufsteht,

ist auch Hospiz drin. Oder auch den sehr positiv belegten Begriff „palliativ“, der in der Praxis sehr „pluralistisch“ gehandhabt wird und nicht immer abgrenzbar ist, beispielsweise von einer Sterbehilfe-Praxis.

ERIKA FEYERABEND: Der Gedanke, den Inhalt eines Begriffs zurück zu erobern ist attraktiv – aber schwer. Die damit verbundenen Machtbeziehungen sind für Kritiker/innen im Sterbehilfe- und Autonomie-Diskurs ungünstig. Wir sehen es schon beim Begriff „Sterbehilfe“, der bei mir immer mit großen Anführungszeichen gedacht werden sollte, weil er hoch problematisch ist. Oft kann man sich aber gar nicht mehr anders verständlich machen, wenn man nicht gleich viele Erklärungen abgeben kann, denn der Begriff ist mit bestimmten Inhalten schon sehr durchgesetzt. Alle meinen zu wissen, was er bedeutet und welche gesellschaftlichen Folgen zu erwarten sind. Es scheint mehr oder weniger selbstverständlich, dass der Humanistische Verband oder andere Sterbehilfeorganisationen alles Mögliche im Angebot haben: Von der Beihilfe zum Suizid, bzw. der Forderung danach oder nach aktiver Sterbehilfe, bis hin zur palliativen und hospizlichen Begleitung. Der Humanistische Verband unterhält eigene Hospizdienste. „Sterbehilfe“ oder „Hospiz“, alles passt sich schmiegsam in das Modell der „Dienstleistungen“ am Lebensende, der Optionen, der Brauchbarkeiten. Suchen Sie sich etwas aus! Es ist alles eine Frage von Angebot und Nachfrage. Es geht mir nicht darum, professionelle Pflegedienste in Frage zu stellen. Wir sollten aber jenseits der Verdienstleistungen in den Blick nehmen, welche sozialen und gesell-

schaftlichen Veränderungen nötig sind, um schwer kranken und pflegebedürftige Menschen ein erträgliches Leben und Sterben zu ermöglichen. Dazu bedarf es mehr als der Option oder Wahl zwischen den Angeboten x oder y.

PUBLIKUM: Mich hat der Schluss des Referates, das Resümee beeindruckt: In der ganzen Debatte wird viel verschleiert, insbesondere was die Grundlage dessen angeht, worüber wir miteinander reden sollen. Drei Dinge sind mir dabei wichtig. Das eine: Es wird immer mehr im Muster von Angebot, Nachfrage, also Dienstleistung gesprochen, egal ob es um hospizliche Begleitung, palliative Versorgung oder eben auch Sterbehilfe geht. Ich kann auswählen. Ich sehe mit Sorge wie auch schon die Palliativmedizin in der hospizlichen Begleitung in dieser Hinsicht Raum gegriffen hat. Die hospizliche Begleitung ist früher mal angetreten, den Menschen „ganzheitlich“ zu sehen, in den vielen Aspekten seiner Lebens- und auch Sterbebedingungen. Die Palliativmedizin ist ohne Zweifel ein Segen, aber sie hat eben einen medizinischen Fokus. Es ist nur ein kleiner Schritt – bei dem Palliativmediziner Gian Domenico Borasio, der ja gleichzeitig die ärztliche Suizidbeihilfe gesetzlich einfordert ist das schon zu erkennen – wenn der hilfreiche Palliativmediziner in Konfliktsituationen dann entscheidet, wann es Zeit ist, verantwortlich abzutreten. Vielleicht auch sozialverträglich. Zum anderen: Der FAZ-Journalist Frank Schirmacher schrieb vor Jahren das Buch über den Methusalem-Komplot. Dort sagte er den „Krieg“ zwischen den Jungen und den Alten voraus, als eine neue gesellschaftliche Herausforderung. Später nahm er diese These

zurück: Die Herausforderung wäre nicht der demografische Wandel, sondern der „Krieg“ zwischen jenen, die immer mehr und jenen, die immer weniger besitzen. Das hatte er in seinem neuen Buch deutlich gemacht. Meine dritte Anmerkung: Der Medizinethiker Giovanni Maio hat, wie ich finde, einen wunderbaren Sammelband „Die Abschaffung des Schicksals“ geschrieben. Dort wird eine Dimension deutlich, die in der Debatte oft ganz fehlt. Mit welchem Lebensbild, in einem vielleicht philosophischen Sinne, und welchem Sterbebild das daraus abzuleiten ist, gehen wir um? Autonomie kann von da aus anders gesehen werden. Wer ist denn noch bereit, in seinem Leben so etwas wie „Schicksal“ anzunehmen und sich damit auseinander zu setzen? Wer denkt noch in Kategorien der Wiederfahrnis? Das heißt nicht schicksalsergeben zu sein und alles zu erdulden. Aber wenn ich diese Dimension völlig ausschließe und alles nur für machbar erkläre, dann habe ich auch gar keine Gelegenheit mehr, mich in meinen, z.T. gegebenen Lebensverhältnissen „selbstbestimmt“ dazu zu stellen und zu verhalten.

PUBLIKUM: Wie sieht die Palliativversorgung im Altenheim aus? Soweit ich weiß, gibt es dort gar keine besondere Betreuung Sterbender. Angeblich können die Fachkräfte auch das. Zweitens hat mich gestern ein Bericht im Deutschlandfunk erschüttert. Es ging um Fixierung von Menschen in Altenheimen und Kliniken. Das ist für mich ein Exzess, eine Beraubung jeglicher Autonomie und steht im völligen Gegensatz zu den politischen Forderungen, die in der Sterbehilfedebatte laut werden. Mit dem üblichen Pflege-schlüssel kann man ganz und gar nicht

gewährleisten, dass Bewohner/innen gut versorgt werden. In dem Beitrag wurde berichtet, dass eine Nachtschwester für 50 PatientInnen zuständig ist. Deshalb wird ruhiggestellt, mit Psychopharmaka, Neuroleptika in den Heimen aber auch Krankenhäusern. Das ist Freiheitsberaubung. Stellen sich die ganzen Experten und Politiker/innen, die darüber „Autonomie am Lebensende“ reden diesem Problem?

ERIKA FEYERABEND: Das ist ein Thema, aber in der Sterbehilfe-Debatte wird das Problem entweder nicht erwähnt, oder als Begründung angeführt, warum sich Menschen ihren Tod herbeisehnen, der ihnen eben auch gesetzlich abgesichert gewährt werden sollte. Dazu werden wir aber gleich von Bodo de Vries und Andreas Heller mehr hören können.

PUBLIKUM: Ich setze mich persönlich schon lange mit diesen Problemen auseinander. Ich habe drei Töchter und Angst vor Demenz. Eine meiner Töchter würde mir beim Sterben helfen. Ich stelle mir das so vor: Sie kocht mir eine Suppe und sagt: Mama, iss. Man könnte sagen, sie hat ihre Mutter getötet. Ich würde sie aber von diesem Vorwurf entbinden. Und ich frage mich, wenn der ehemalige Ratsvorsitzende der evangelischen Kirche, Nikolaus Schneider, seine krebskranke Frau begleiten will bis in den Tod: Muss dann die ganze Familie in die Schweiz fahren, damit sie in Würde sterben kann? Das ist mir unbegreiflich.

ERIKA FEYERABEND: Es gibt einen großen Unterschied zwischen dem, was ich im privaten Raum tue und persönlich verantworte und dem, was ich öffentlich ausspreche, politisch und vom Gesetzge-

ber einfordere. Abgesehen davon, dass es sicher keine Kleinigkeit ist, die Tötungsbeihilfe als Tochter selbst zu verantworten und es auch keine Kleinigkeit ist, dass andere Familienmitglieder mit dem Wissen um diese Handlungen weiterleben müssen: Diese persönliche Handlung im privaten Raum setzt erst einmal niemanden sonst unter Druck, ihn ähnlicher Lage sein Weiterleben rechtfertigen zu müssen. Wenn ich öffentlich darüber spreche ist das anders. Dass Herr Schneider seine Frau unter Umständen in die Schweiz begleiten würde, das soll ihm unbenommen sein. Aber als Ratsherr sich öffentlich zu erklären, ist etwas anderes. Damit legt er auch anderen diese Frage vor: Würde auch ich aus diesem edlen Motiv der Liebe meine Nächsten begleiten? Es ist etwas anderes, Sterbehilfe oder Tötungsbeihilfe als Sterbegestaltung, als einforderbare Dienstleistung innerhalb dieser Gesellschaft etablieren zu wollen. Dann würde sich die persönliche Verantwortung der Handelnden, als der Tötenden oder Beihilfeleistenden, verringern. Die möglichen Dilemmata oder Ausweglosigkeiten, vor denen Angehörige oder auch Ärzte am Lebensende tatsächlich stehen können, würden aufgelöst, durch eine von vielen Optionen: weiter pflegen, aushalten, Beihilfe leisten, Töten.- Das ist keine rein private Angelegenheit mehr, keine rein persönlich zu verantwortenden Tat mehr. Das ist ein Recht oder zumindest ein mögliche Dienstleistung, die gesellschafts- und kulturprägend wird. Ihre Sorgen sind berechtigt und nachvollziehbar. Aber wir sollten uns dennoch fragen: Wie weitreichend sind die sozialen Konsequenzen meines Wunsches? Das ist eben nicht nur meine, höchst persönliche Angelegenheit.

PUBLIKUM: Ich möchte zu einem der vielen Widersprüche kommen, die das Thema „Selbstbestimmung“ betreffen. Ich lebe seit vielen Jahren mit Schmerzen und habe schon oft erlebt, dass ich mit diesen Schmerzmitteln nicht mehr selbstbestimmt bin. Je nach Dosis bin ich benommen oder sediert. Das müssen die Menschen, mit denen ich lebe, die mich unterstützen, auch alle verkraften.

ERIKA FEYERABEND.: Das ist wirklich nicht einfach. Wie anfangs gesagt: Es gibt nicht für alles Lösungen und einfache schon gar nicht. Aus der Ferne kann ich gar nicht beurteilen, ob Sie oder jemand anderes unter Bedingungen, die ich gar nicht kenne, seinen Alltag als „selbstbestimmt“ erfahren kann oder nicht. Deshalb geht es in dem Referat auch um eine allgemeine Problematisierung dieses Begriffs, der mittlerweile schon zum Selbstläufer geworden ist. Ich würde sagen, zum diffusen Kennzeichen des Menschseins an sich. Es herrscht eine gesellschaftliche Stimmung, es gibt eine bestimmte Art und Weise die „Selbstbestimmung“ zu adressieren, die dazu führt, das ich geneigt bin mich selbst zu entwerten, wenn ich krank und pflegebedürftig bin. Diese Selbstentwertungen – z.B. von alten Menschen, die sagen, dass sie anderen nicht mehr zur Last fallen wollen – ist eine komplizierte Sache. Sie ist immer persönlich erfahren, gleichzeitig aber auch politisch und sozial geformt. Was Stefanie Gräfe – und ich auch – immer wieder betonen möchten: Wir können und sollten diese gesellschaftlichen Dimensionen des Problems nicht völlig ausblenden.

PUBLIKUM: Gerade das wollte ich betonen. Man ist nicht immer selbstbestimmt.

Da spielt der Faktor eine Rolle: „Fühl ich mich noch produktiv“ oder „Stell ich überhaupt noch einen Wert dar, mit dem was ich noch erbringen kann“. Das ist bei mir persönlich problematisch. Aber wird mir nicht durch die Krankenkassen oder die gesellschaftliche Stimmung nahegelegt: Du hättest ja auch ein bisschen mehr Morphium nehmen können. Ich merke, dass ich mit weniger Medikamenten viel mehr bestimmen kann. Das ist zwar nicht immer würdig, aber es kommt mir besser vor.

PUBLIKUM: Der Begriff „Würde“ wird oft missbraucht. Man muss also vorsichtig sein. Aber aus seiner eigenen Biografie, seinem Umfeld, lässt sich doch erklären, was meine „Würde“ ist und womit ich leben kann. Ich möchte noch Bezugnehmen auf die Vorrednerin mit ihren drei Töchtern. Wie leben denn die beiden anderen Töchter möglicherweise mit der Entscheidung weiter? Was ist mit deren „Würde“?

ERIKA FEYERABEND: Ich würde hier teilweise einen Widerspruch wagen und sagen: Wenn überhaupt, dann ist dieser Begriff nicht rein individuell zu definieren, und schon gar nicht als eine Art Selbstbe- oder entwertung. „Würde“ realisiert sich in Beziehungen zu anderen. In dieser Auseinandersetzung zeigen sich für mich die extremen Individualisierungstendenzen der modernen Gesellschaft. Was wird betont? Die Selbstdefinitionen oder die sozialen Dimensionen?

PUBLIKUM: Das Wort „Dilemma“ ist häufiger aufgetaucht. Wir begegnen einer ganzen Reihe von Dilemmata in unserem Leben. Ich meine wir sind besonders dann aufgefordert, in Kontakt zu treten,

in Beziehung zu sein. Das läuft dieser Individualisierung und dem dazugehörigen Begriff wie „Autonomie“ entgegen. Es erscheint schwieriger und weniger aussichtsreich zu sein, diese angesprochenen, existentiellen Probleme in Beziehung zu denken und zu leben. Viele Menschen sagen ja: Bloß nicht ins Altenheim. Wir in der Hospizbewegung versuchen aber genau das. Wir gehen in Kontakt und das müssen wir auch propagieren, auch in den Altenheimen.

ERIKA FEYERABEND: Es gibt eine berechtigte Kritik an Institutionen, beispielsweise den Altenheimen. Im Bild dieser Institution kulminieren aber die Ängste vor übergriffigen Heimen, vor dem Altwerden überhaupt, vor den rein betriebswirtschaftlichen und ökonomischen Logiken, die wir allerorten spüren. Auch darüber könnten wir noch länger nachdenken und sprechen – aber erst nach der Pause.

„Die Bedeutung von Selbsttötungen in der deutschen Altenhilfe“ – Bodo de Vries

Der Suizid bzw. die Selbsttötung ist seit Jahrtausenden Gegenstand von philosophischen Deutungen, steht im Zentrum wissenschaftlicher Forschungen unterschiedlichster Fakultäten und hat verschiedene gesellschaftliche Deutungsformen und Umgangsmuster hervorgebracht.

Als Erscheinung ist er wahrnehmbar in seinem Ergebnis, der Tötungshandlung, seine Begründungszusammenhänge jedoch übersteigen in seiner Mannigfaltigkeit das subjektive Wahrnehmungsvermögen, was durch die unterschiedlichen Deutungen belegt wird.

Bereits die vielfältige Terminologie mit der wir das Phänomen des Suizids umschreiben, verweist auf spezifische Aspekte, abweichende Bewertungen der Handlung, unterschiedliche Epochen der Entstehung dieser Terminologie. Ein alternativer Titel meines Vortrages hätte auch „Selbstmord“ oder „Freitod“ oder „Suizid“ in höherem Lebensalter lauten können. Die Begriffe verweisen auf jeweils unterschiedliche Problemstellungen und Deutungen. „Selbstmord“: Wer ist bei einer solchen Schwerpunktsetzung der Mörder? Das „Selbst“ oder das Gegenüber des „Selbst“ (Gesellschaft, Partner oder sogar ein Objektbereich wie Krankheit, Geldmangel oder Abhängigkeit jeglicher Art?). „Freitod“: Gibt es eine freie Entscheidung zur Selbsttötung? Gibt es das freie Individuum mit einem Recht auf Selbsttötung? Oder muss man immer

von motivationalen Beiträgen Anderer ausgehen (z. B. der Gesellschaft), die variieren können, veränderbar, gestaltbar oder sogar therapierbar sind? „Suizid“: Suizid beschreibt von der Wortherkunft „das Töten seiner selbst“. Der Suizid entspricht damit der Beschreibung der Selbsttötung.

Ich rede vor allen Dingen über den Suizid, über einen quasi wertneutralen wissenschaftlichen Begriff. In dieser Perspektive möchte ich mit Ihnen über diese Thematik ins Gespräch kommen. Neu ist diese Thematik nicht. Sie ist über Jahrtausende Gegenstand von philosophischen und wissenschaftlichen Betrachtungen, mit jeweils unterschiedlichen Deutungsangeboten. Die Probleme und auch Erklärungsansätze, vor denen wir stehen, sind also gar nicht so neu. Das hilft vielleicht, heute mit dem Thema umzugehen.

Aus soziologischer Perspektive ist der Suizid und der Suizidversuch eine Handlung, die in einem kurzen Zeitraum auf eine absichtliche Selbstschädigung zielt, bei der die Betroffenen nicht davon ausgehen können, diese überleben zu können. Bei dieser Definition bleibt aber viel unerklärt: Was ist hier die motivationale Grundlage? Entstand die lebensverneinende Haltung über einen längeren Zeitraum? Oder haben wir es eher mit einer kurzfristigen Einstellung zu tun? Ist diese Haltung eine Krankheit, so wie es die Psychologie uns nahe bringen will? Das Deutungsmuster, das ich Ihnen anbiete: Ich stelle den Suizid

in einen Zusammenhang mit der „Lebensphase Alter“. Es gibt bestimmte und typische Merkmale lebensverneinender Haltungen bei alten Menschen, die etwas mit „der Erfindung“ dieser Lebensphase zu tun haben, die menschheitsgeschichtlich einmalig ist. Mein Fokus richtet sich auf die Rahmenbedingungen, in denen diese Menschen leben. Ich denke, diese Perspektive bietet viele Ansätze für die Suizidprophylaxe und könnte auch zu einer etwas anderen Sicht auf lebensverneinende Haltungen im Alter anregen. Wir haben die „Kindheit“ erfunden, indem wir Kinder entpflichtet haben zu arbeiten und sie nicht mehr als kleine Erwachsene behandeln. Wir haben übrigens auch einen „Garten“ für Kinder geschaffen und über Bildung weitere Freiräume. Auch die „Lebensphase Alter“ ist durch die Entpflichtung von Arbeit und Familienarbeit entstanden, die es gesellschaftlich und individuell zu gestalten gilt.

Ich gehe davon aus, dass der unzureichende gesellschaftliche Umgang mit dieser Erfindung des Alters eine Ursache dafür ist, dass der Suizid in dieser Lebensphase häufig vorkommt. Die meisten Menschen, die sich das Leben nehmen, sind nicht alt. Aber gemessen an den Suizidhäufigkeiten in allen Altersklassen ist die Suizidrate im Alter höher, als in den jüngeren Altersklassen. Geht man davon aus, dass Menschen sich das Leben als Reaktion auf die Lebensverhältnisse nehmen, dann muss etwas mit diesen Verhältnissen nicht in Ordnung sein. Vor diesem Hintergrund gehe ich davon aus, dass im Kontext des demografischen Wandels auch die Suizide im Alter zunehmen werden. Das heißt, wenn die Anzahl alter Menschen in der

Bevölkerung zunehmen wird, nehmen auch die Suizide im Alter zu und damit auch die Suizidhäufigkeit in den Einrichtungen der Altenhilfe. Wir werden es in diesen Institutionen mit einem größeren Anteil von Menschen zu tun bekommen, die Probleme haben und die zum Teil darauf mit Suizidalität reagieren. Der diskutierte gesetzlich verankerte Suizid wird in diesem Zusammenhang keine Problemlösung darstellen, sondern die individuellen, sozialen und institutionellen Probleme eher ignorieren.

Historische Deutungsangebote

In der Antike haben sich Plato und Aristoteles gegen Selbsttötungen ausgesprochen. Dies galt vor allem für Selbsttötungen ohne Erlaubnis der Götter und was noch interessanter ist, ohne Beschluss der Polis, das heißt ohne Beschluss des Staates. In der Antike ist der Suizid ohne Beschluss der Götter oder ohne Richterpruch eine „feige“ Handlung. Der Leiche konnte die Hand abgeschlagen, sie konnte misshandelt und bestraft werden.

Anders Seneca. Er beschreibt in einem Brief bereits eine andere Perspektive des Suizids, der diesen als freie Entscheidung und Rechtsanspruch des Individuums versteht: „Nichts Besseres hat das ewige Gesetz geleistet, als dass es uns einen einzigen Eingang in das Leben gegeben, Ausgänge aber viele. Ich soll warten auf einer Krankheit Grausamkeit oder eines Menschen, obwohl ich in der Lage bin, mitten durch die Qualen ins Freie zu gehen und Widerwärtiges beiseite zu stoßen? Das ist das einzige, weswegen wir über das Leben nicht klagen können: niemand

hält es.“ (Seneca, Epistulae morales ad Lucilium, Liber VIII Ep. 70; ca. 62-65 n.Chr.) Im Mittelalter bezieht Augustinus (354-430) das 5. Gebot ausdrücklich auf den Suizid: „Denn wer sich selbst tötet, tötet auch einen Menschen.“ (De civitate Dei (Vom Gottesstaat), Buch 1). Heute sind wir weit davon entfernt einen Suizidenten als „Mörder“ zu bezeichnen und entsprechend strafrechtlich zu verfolgen. Wichtige Philosophen der Aufklärung wie Hobbes, Descartes, Spinoza stellen den Suizid als einen Akt der Unfreiheit dar, da es dem Menschen fundamental um Selbsterhaltung gehe. Das Gesetz der Natur verbiete es dem Menschen nach Hobbes, etwas zu tun, „was sein Leben vernichten oder ihn der Mittel zu seiner Erhaltung berauben kann.“ (Hobbes, Leviathan; XIV. Kapitel 1651)

Sie sehen an diesen wenigen Beispielen, dass die Deutungen des Suizids keineswegs einheitlich waren und je nach Epoche, zum Teil auch je nach politischem Raum, unterschiedlich ausfielen. Ich möchte noch eine weitere Deutung vorstellen, die ich im Zusammenhang mit der „Lebensphase Alter“ für wichtig halte und die von dem französischen Soziologen Émile Durkheim 1897 stammt. Durkheim hat in einer Studie Begründungszusammenhänge erstmalig empirisch – also mit Daten – hinterlegt und unterschiedliche Typen von Suiziden definiert. Für ihn gab es den egoistischen, den altruistischen und den anomischen Suizid. Interessant für meine Hypothesen ist der anomische Suizid. Bereits Anfang des letzten Jahrhunderts schrieb er, dass dieser Typus, diese handlungsmotivationale Art der Selbsttötung, in unserer

Gesellschaft große Bedeutung bekommen wird. Heutige Suizidforscher geben ihm im Wesentlichen Recht. Durkheim sagte, dass diese Suizidform durch Regellosigkeit entsteht. Verlässliche Verhaltenserwartungen stünden gesellschaftlich nicht mehr zur Verfügung, Handlungssicherheiten existieren nicht mehr und führen zur „Anomie“ bzw. Regellosigkeit und zum Suizid. Anfang des Jahrhunderts stellte er fest, dass zum Beispiel Kriege oder Krisen keinen Zustand der Regellosigkeit bedeuten. Man könnte meinen, in solchen Zeiten ist die Not groß und die Suizidrate steigt. Aber genau das Gegenteil ist der Fall. In Zeiten von Armut, Abhängigkeiten, viel Entbehrungen nimmt die Suizidneigung ab. Durkheim hatte seine Forschungen und Daten übrigens damals auf Deutschland bezogen, ein Land das schon im 19. Jahrhundert die Daten – in Preußen und in Bezug auf Soldaten – parat hatte. (Durkheim; Der Selbstmord; 1983)

Wenig später, 1895 kam jemand anderes, nämlich Sigmund Freud. Freud haben wir zu verdanken, dass wir nicht mehr von Verboten, Gesetzen oder Regellosigkeiten reden, sondern von Suizid als einer Krankheit. Suizidalität ist hier der Endpunkt einer depressiven, im Ergebnis autoaggressiven Entwicklung. Die Aggressivität kann nicht mehr in der Umwelt abgebaut werden, sondern wird auf sich selbst gerichtet. (Freud; Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse; 1917) Die Psychoanalyse hat dieses Erklärungsmodell weiterentwickelt. Erwin Ringel, ein großer Suizidforscher, entwickelte ein drei-Stufen-Modell, um diesen Krankheitsprozess zu beschreiben. Es kommt in einer ersten Stufe zu einer situativen

Einengung, im Weiteren zu einer dynamischen Einengung. Zwischenmenschliche Beziehungen werden problematisch, Isolierung, Einsamkeit entsteht. Es kommt zu einer Einengung der Wertewelt, also aus eigener Kraft können Werteorientierung nicht mehr verwirklicht werden. In einer zweiten Stufe kommt es zu Aggressionen gegen die eigene Person. Das aggressive Potential ist als eine individuelle Hemmung zu verstehen, so Ringel. Diese Hemmung ist insofern krankhaft, als sie auf der Unfähigkeit beruht, Aggressionen in der Umwelt abzubauen. In der dritten Phase entstehen Suizidphantasien, Vorstellung tot zu sein, letztlich Überlegungen, Hand an sich zu legen. (Erwin Ringel; Der Selbstmord – Appell an die anderen; 1974)

Sie haben jetzt vielleicht ein Gespür dafür, warum ich bei der Definition von Suizidhandlungen nach einer spontanen, nach einer stabilen Haltung oder nach einem Syndrom gefragt habe. Die psychoanalytischen Erklärungen sind schon früh kritisiert worden. Vielleicht kennen Sie den Autor Jean Améry. Sein Buch „Hand an sich legen“ durfte ich als Student nur unter Bewachung in der Bibliothek lesen. Améry stellte verschiedene Suizidmethoden in ihrer Wirksamkeit und als eine Art Anleitungstabelle vor. Er kritisierte die gesamten psychoanalytischen, psychiatrischen Betrachtungen suizidaler Handlungen. Die ganze Brutalität und Gewalt der Gesellschaft werde hier auf den Einzelnen gerichtet, der durch seine Handlung doch sehr deutlich mache, was er eigentlich möchte. Diese Brutalität basiere auf einer Ideologie, die totalitär auf Rettung von Menschenleben eingestellt sei. Man

scheue sich nicht den Sterbenden, so Améry, der sterben will, ins Leben zurückzuführen, obwohl er das eigentlich belegbar nicht möchte. (Amery, J.; Hand an sich legen – Diskurs über den Freitod, 1976)

Empirische Fakten

Wir sollten uns auch mit Zahlen beschäftigen. Auch das kann Klarheit schaffen. Aktuell und offiziell gibt es unter 10.000 Suizide pro Jahr in Deutschland. Wir sind also mit einer Todesursache konfrontiert, die zahlenmäßig weit über der von Verkehrsunfällen, Mord und Totschlag liegt. Ich rede hier aber von Suiziden, die in der Gesellschaft erkannt werden: Jemand findet einen Toten, die Polizei kommt und deutet das Sterbeereignis als Suizid. Die Polizei prüft, ob es sich um einen natürlichen oder nicht natürlichen Tod handelt. Beim nicht natürlichen Tod ist die wesentliche Frage: Ist das eine Selbsttötung oder ein, durch Dritte verschuldetes Ableben. Polizei und Staatsanwaltschaft haben in diesem Zusammenhang die Deutungshoheit.

Die Suizidformen – und auch ihre Erkennbarkeit – unterscheiden sich je nach gesellschaftlicher Epoche und Interpretation. Sie kennen vielleicht noch aus Romanen den Satz: „Wenn das so ist, dann gehe ich ins Wasser.“ Tod durch Ertränken können Sie seit den 1950er Jahren als Suizidmethode weitgehend ausschließen, weil es seitdem das Schulschwimmen in Deutschland gibt und Ertrinken für Schwimmer in Deutschland schwierig geworden ist. Heute gibt es auch Methoden, die schlecht zu erkennen sind, zum Beispiel den Suizid mit dem Auto. Wir haben die Vermutung,

dass hinter vielen Unfällen eigentlich suizidale Absichten stecken. Das sage ich in Hinblick auf die vorhin erwähnten rund 10.000 erfassten Selbsttötungen, die es pro Jahr in diesem Land gibt und lediglich die als Suizide erkannten Selbsttötungen darstellen.

Einige Merkmale zur Häufigkeit schlussfolgere ich aus meiner alten Studie von 1996 (de Vries, B.: Suizidales Verhalten alter Menschen; Hamburg 1996), weil es meiner Ansicht nach keine neueren Untersuchungen gibt. Im Bergischen Land waren die meisten Suizidenten in absoluten Häufigkeiten nicht alt. Aber der Anteil der 90-94jährigen an der lebenden Altersklasse war bei den Suizidenten sehr viel höher. Mit steigendem Lebensalter steigt die Suizidrate. Und: Der Suizid war und ist vor allen Dingen eine lebensverneinende Haltung von Männern. Sie liegt um ein Mehrfaches höher als bei alten Frauen. Die Suizidrate ist viel aussagekräftiger als die absoluten Zahlen, besonders wenn wir davon ausgehen, dass Menschen mit dieser Handlung auf ihre Lebensumstände reagieren. Schaut man sich die Suizidrate aller Menschen an, unabhängig vom Alter, erkennt man ein erstaunliches Phänomen, das auch schon Durkheim sah: Der Suizid als die individuellste Handlung, die man sich vorstellen kann, weist eine große Konstanz auf der Zeitschiene auf. Sie können für die nächsten Jahre sehr genau vorausberechnen, wie viele Menschen sich töten werden. Neben der individuellen Entscheidung zum Suizid scheint es also auch noch überindividuelle Ursachen zu geben. Auf diese Ursachen möchte ich mich konzentrieren, wenn ich mich mit dem Suizid im höheren Lebensalter beschäftige.

Verabschieden sie sich von allen romantisierenden Vorstellungen, dass Suizidenten einsam, unverheiratet sind und sich durch traurige Verstimmungen in den Herbstmonaten umbringen. Das sind eindimensionale Bilder, die wenig hilfreich sind und die Pluralität von Handlungsmotiven auch älterer Menschen außer Acht lassen. In meiner Studie waren von den über 65jährigen Suizidenten 42 Prozent verwitwet, 43 Prozent waren verheiratet. Aus dem Familienstand kann Isolation und Einsamkeit nicht abgeleitet werden. Aus der Studie lässt sich auch nicht ableiten, dass besonders die Herbstmonate gefährdend sind. Über einen Zeitraum von zehn Jahren ließ sich auch das für längere Perioden nicht belegen. Diese romantisierenden Vorstellungen können sogar gefährlich sein, weil Sie möglicherweise den Hilfebedarf bei Ihrem Nachbarn nicht erkennen, wenn Sie mit einseitigen oder begrenzten Kategorien von Suizidmotiven ausgestattet sind. Die häufigste Suizidmethode ist das Erhängen. Die meisten Menschen, die sich das Leben nehmen sind Männer und sie erhängen sich überproportional häufig. Vergiftung ist eine typische Methode von Frauen. Die Methoden sind also geschlechtsspezifisch, sie haben etwas mit der gesellschaftlichen Epoche zu tun, und mit der Verfügbarkeit. „Sturz aus hoher Höhe“ ist eine Methode, die ich bereits 1996 in meiner Studie als eine besondere Methode von alten Menschen erkannt habe und die offensichtlich als Suizidmethode an Bedeutung gewonnen hat. Und ich kann Ihnen heute sagen: Sie ist in der stationären Altenpflege von herausragender Bedeutung.

Chancen und Risiken der Lebensphase Alter

Abschiedsbriefe gibt es in ungefähr 30 Prozent der Suizide. Ein Gesamtbild über die Motivlage lässt sich so nicht herstellen, wenn man diese aus niedergeschriebenen Dokumenten der Suizidenten ableiten will. Die Forschung diskutiert Motivgrundlagen der Alterssuizide wie das Alter selbst, verlorene Freiheit, Angst vor Krankheit, Tod eines nahestehenden Menschen oder Armut. Sozioökonomische Bedingungen, die etwas mit Bildung und Einkommen zu tun haben und auch ansonsten mit sozialer Benachteiligung assoziiert werden.

Peter Laslett (Das dritte Alter, Historische Soziologie des Alterns, Weinheim; München. Juventa 1995) hat die Lebensphase „Alter“ in verschiedene Phasen differenziert und zwischen einer dritten Lebensphase „als Zeit der persönlichen Erfüllung“ und einer vierten Phase als „Zeit der unabänderlichen Abhängigkeit, der Altersschwäche und des Todes“ unterschieden. Wir wissen heute in der Altenhilfe und Hospizarbeit, dass eine derartige Differenzierung falsch ist. Wir wissen, dass Entfaltungspotentiale sich bis in die letzten Lebensstunden darstellen können. Richtig an seinem Modell sind die vorhin schon erwähnten Erfindungen der Lebensphasen, der Kindheit und der Erwerbs- und Familienarbeit und das Alter. Mit dem dritten Lebensabschnitt, dem Alter, müssen wir lernen umzugehen, womit sich auch die Suizidalität im Alter reduzieren könnte. Ich hebe das deshalb hervor, weil anders als man meinen könnte, das Alter nicht mit dem 19.

Jahrhundert und dem ersten Rentensystem entstand. Die heutige „Lebensphase Alter“ kommt erst mit der Kopplung von Lohnentwicklung und Renten zustande, also in den 1950er Jahren. Ab da haben Arbeiter und Angestellte die Chance eine Rente zu bekommen, die es ermöglicht den eigenen Lebensstil fortzuführen. Das war vorher völlig anders. Die meisten haben die Rentenphase gar nicht als Zeit der Entpflichtung von Arbeit erlebt oder sie mussten trotz Rente arbeiten. Auch wenn die Politik heute das Renteneintrittsalter verschiebt und die Renten kürzt – bislang kann individuell der Lebensstil des Einzelnen auch nach der Erwerbsarbeit, wenn auch zum Teil beeinträchtigt, fortgeführt werden. Der Arbeiter erhält eine Arbeiterrente, der Angestellte eine Angestelltenrente.

In dieser Lebensphase „Alter“ haben wir es mit besonderen Risiken zu tun: Verlust von Arbeit, der zum Verlust von sozialen Beziehungen im Alltag führt; Verlust von Einkommen; Verlust von Angehörigen, vom Partner und mögliche Verwitwung; Einschränkung und Verlust von Mobilität; veränderte Wohnsituation, der für die meisten alten Menschen als Lebensraum an Bedeutung im Alter gewinnt; körperliche, psychische oder soziale Kompetenzeinbußen; möglicher Umzug in eine Pflegeeinrichtung. All das sind Risiken und Herausforderungen aller Menschen, die mit dem Alter verbunden sind. Neben diesen Verlustsituationen, gibt es auch Chancen und Entwicklungsräume in der Lebensphase „Alter“, die sich durch die Entpflichtung von Erwerbs- und Familienarbeit ableiten lassen. Es geht darum, diese Entfaltungspotentiale für sich

selbst zu entwickeln, als gesellschaftliche Forderung zu manifestieren, sozialpolitisch abzusichern. Und auch das sei noch einmal gesagt: Der demografische Wandel ist keine Bedrohung. Der demografische Wandel besteht zunächst nur aus Zahlen. Es geht darum, was wir aus den gesellschaftlichen Entwicklungen machen, die hinter diesen Zahlen stehen, wie wir mit zurückgehenden Geburten, längerer Lebenserwartung, weniger jüngeren und mehr alten Menschen in der Gesamtbevölkerung umgehen.

Das ist der wesentliche Aspekt auf den ich zu sprechen kommen will: Die Beziehungen wandeln sich. Es findet eine Transformation innerhalb der Gesellschaft statt, ohne dass der einzelne das bemerkt. Konkret heißt das: Nimmt die Zahl der Kinder und Enkel bei den nachwachsenden Generationen ab, fallen auch Kontakte weg, wechselseitige Handlungsorientierungen und Hilfen. Nimmt der Anteil der Hochaltrigen zu, dann ist damit auch ein häufigerer Hilfebedarf verbunden. Dies führt zu erhöhten Ansprüchen auf Leistungen an die nachfolgenden Generationen. Wächst die Zahl der Alten und reduziert sich die Zahl der Jungen, dann bleibt eine zunehmende Zahl alter Menschen unter sich. Das sind völlig andere gesellschaftliche Zustände. Nehmen die Solidaritäten ab, die über die Generationen hinweg, aber auch in den Generationen gelebt wurden, dann müssen wir völlig andere Formen von Solidaritäten aufbauen. Es ist naiv zu glauben, mögen einem die Altenheime passen oder nicht, dass wir parallel zum demografischen Wandel Altenheime bauen werden. Wer soll diese finanzieren? Wer soll denn da pflegen? Ob

uns das gefällt oder nicht, wir müssen uns mit der Frage beschäftigen, aus welchen Beziehungen leiten wir in dieser transformierten Gesellschaft, Liebe, Trost, Identität, Bindung, Einbeziehung, Teilhabe und Beschäftigung für ältere Menschen bzw. die Lebensphase „Alter“ ab?

Herausforderungen der stationären Altenhilfe

Die stationäre Versorgung in Deutschland steht vor drei fachlichen Herausforderungen:

Weiterentwicklung der Palliativversorgung:
Wo und wie wird in den Einrichtungen gestorben?

Weiterentwicklung der Gendersensibilität:
Wie gehen wir mit dem schleichenden Wandel der Geschlechterverhältnisse unserer Bewohner um?

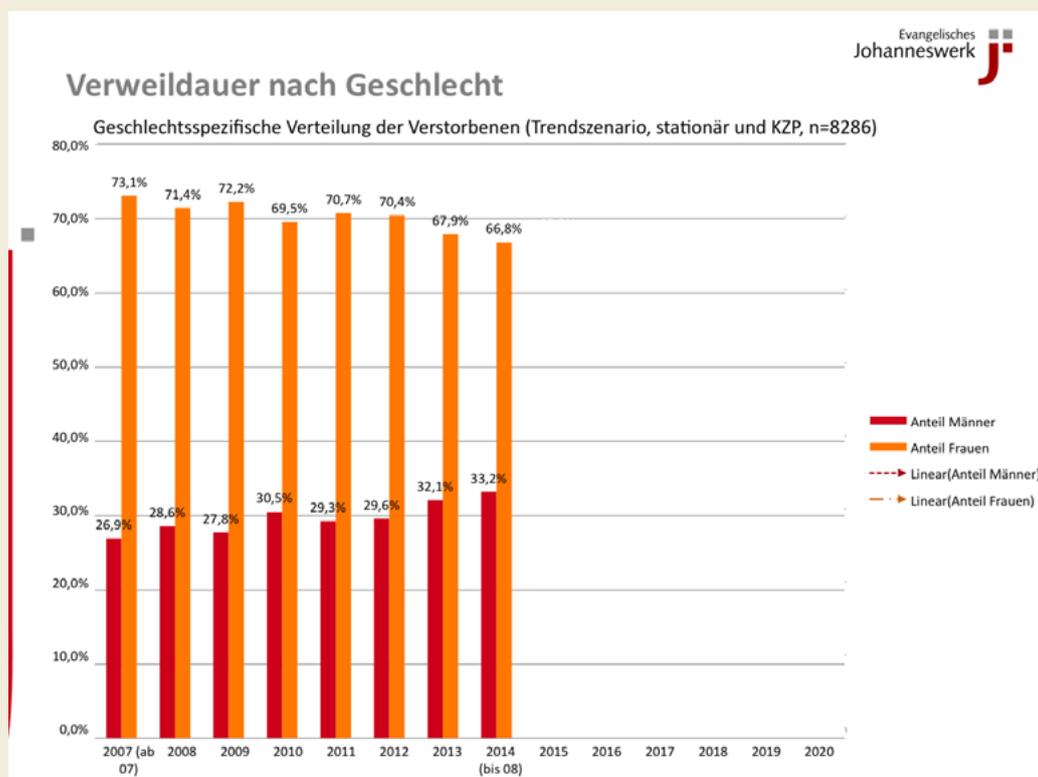
Weiterentwicklung der Pflege von Menschen mit Demenz: Wie sichern wir nachhaltig eine lebensstilorientierte Pflege von Menschen mit Demenz?

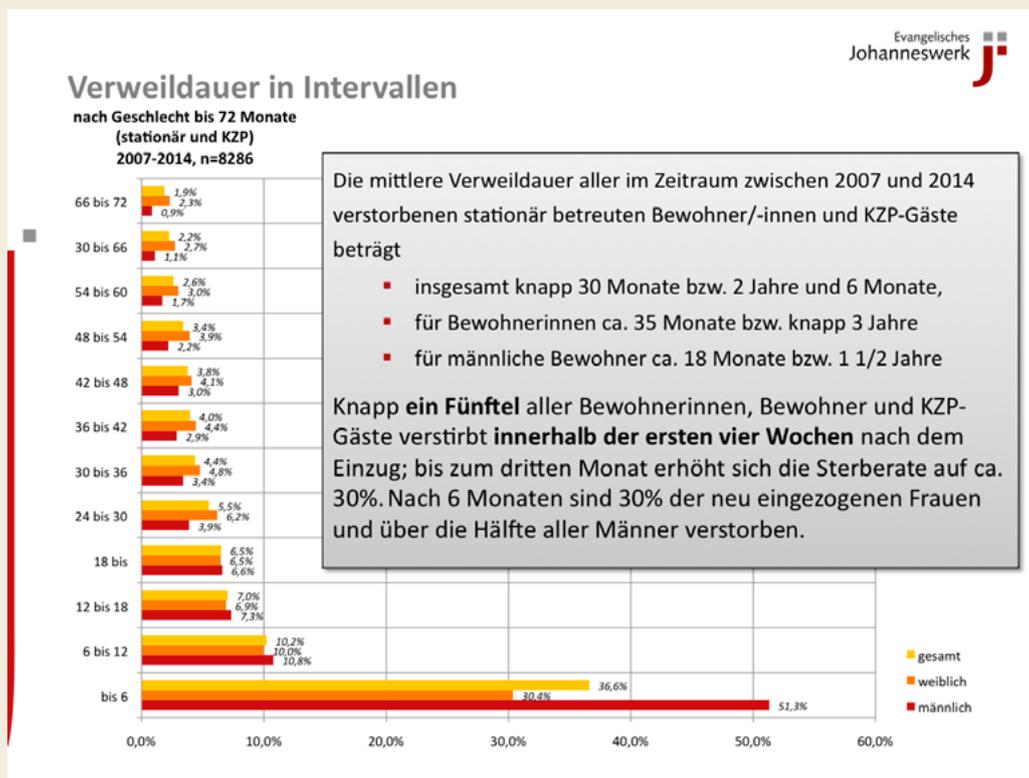
Diese Fragestellungen lassen sich aus den Ergebnissen des fachlichen Controllings des Ev. Johanneswerks ableiten, welches die Darstellung der aktuellen Belegungssituation von ca. 3300 Bewohnern in einem mehrjährigen Vergleich ermöglicht. Diese Betrachtung ist geeignet, den Wandel bzw. die konkrete Funktion und den gesellschaftlichen Beitrag der stationären Altenpflege zu umreißen, da die Belegungssituation sich auf 33 Einrichtungen bezieht, die weitgehend flächendeckend in Nordrhein-Westfalen verteilt sind.

Weiterentwicklung der Palliativversorgung:
Wo und wie wird in den Einrichtungen gestorben?

1994 war die Verweildauer in deutschen „pflegeorientierten Einrichtungen“ der Altenhilfe 36 Monate. 18% der Bewohner lebten 5 Jahre und länger in der Einrichtung.

2010 war die Verweildauer im Ev. Johanneswerk im Durchschnitt 31,3 Monate (Frauen: 36 Monate; Männer: 18 Monate). 20% aller Bewohner verstarben im Ev. Johanneswerk innerhalb der ersten vier Wochen nach dem Einzug; bis zum dritten Monat erhöhte sich die Mortalitätsrate auf 30%. Nach einem Jahr ist knapp die Hälfte (47,5%) der Bewohner verstorben; nach drei Jahren mehr als zwei Drittel.





Diese Zahlen belegen, dass die durchschnittliche Verweildauer völlig unzureichend über die Versorgungsdauer in den Einrichtungen informiert. Die wahrscheinlich und zunehmend durch Menschen mit Demenz entstehende hohe Lebenszeit in den Einrichtungen, verspermt durch die Betrachtung des arithmetischen Mittels den Blick auf eine weitere Gruppe von Bewohnern. Eben diese zeichnet sich durch eine sehr geringe Verweildauer aus und nutzt die Einrichtung zur palliativpflegerischen Versorgung.

Weiterentwicklung der Gendersensibilität:

Männer stellen ca. 20% der Bewohner stationärer Einrichtungen dar. Im Ev. Johanneswerk steigt der Anteil der Männer an den Bewohnern stationärer Altenpflegeeinrichtungen langsam aber kontinuierlich.

Männer haben einen Anteil von ca. 30% an der Mortalitätsrate pro Jahr. Der geringere Anteil männlicher Bewohner verweist einerseits auf ein wahrscheinlich funktionierendes soziales Netzwerk, dass die Versorgung an anderen Örtlichkeiten absichert und eine Heimunterbringung reduziert; andererseits prägt sich bei den Bewohnern der stationären Versorgung die unterschiedliche Lebenserwartung aus, die bei Frauen und Männern zwar steigt, jedoch insbesondere bei Frauen über 80 zu größeren Populationen führt, als dies bei Männern gleichen Alters der Fall ist.

Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die Geburtsjahrgänge ab 1930 wieder weitgehend paritätisch von Männern und Frauen besetzt sind. Dies wird trotz geringerer

Lebenserwartung und besserer sozialer Netzwerke der Männer zu steigenden Anteilen männlicher Bewohner in den Einrichtungen führen ohne, dass aus o.g. Gründen eine paritätische bzw. gleichgewichtige Geschlechterverteilung entstehen wird.

Die Herausforderung besteht darin, eine geschlechtersensible Altenpflege zu profilieren, die geschlechtsspezifische Handlungserwartungen, Versorgungsbedarfe und Lebensstile in der Lebenswelt „Heim“ etabliert. Dies gilt sowohl für einen geschlechtersensiblen Umgang mit dem sog. „Normalitätsprinzip“ in den Hausgemeinschaften, als auch für die Herausforderung des „Lebens in Privatheit“, das von in der Regel weiblichen Pflegekräften profiliert werden muss.

Weiterentwicklung der Pflege von Menschen mit Demenz: Wie sichern wir nachhaltig eine lebensstilorientierte Pflege von Menschen mit Demenz?

Neben der palliativpflegerischen Versorgung ist die Pflege von Menschen mit Demenz die größte Herausforderung für die stationäre Altenpflege in Deutschland. Keine Erkrankung kommt in stationären Einrichtungen häufiger vor, als die Demenzerkrankung. Diese Menschen stellen ca. 60 Prozent der Bewohnerschaft, ihr Anteil ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen.

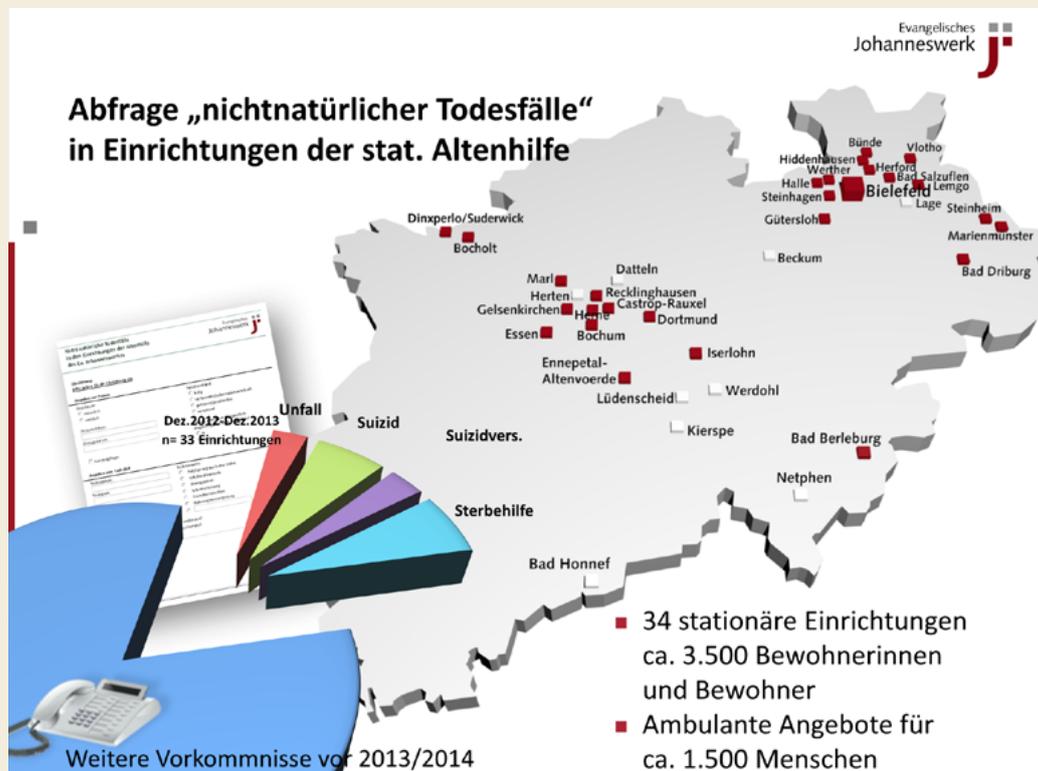
Die in der Pflege existierenden objektivierenden Tendenzen (Pflegestandards, Verrichtungen) stellen mit den fachlichen und staatlichen Kontrollen und zeitlichen Ressourcen (der Pflegeschlüssel außer bei besonderen Betreuungskräften seit 1995 nicht verändert) einen Widerspruch dar,

der die Ausrichtung der pflegerischen Professionalität an den Bedürfnissen und Bedarfen von erschwert. Wir müssen heute nach mehreren Jahrzehnten der stationären Versorgung von Menschen mit Demenz feststellen, dass wir nach wie vor keine hinreichenden pflegerischen Rahmenbedingungen geschaffen haben, die die Bedarfe und Bedürfnisse von räumlich und zeitlich desorientierten alten Menschen förderlich absichern. Die Tatsache, dass auch in häuslichen Versorgungssituationen prekäre Rahmenbedingungen existieren, ist in diesem Zusammenhang wenig tröstlich.

Suizid im Altenheim

Der demografische Wandel lässt vermuten, dass die Anzahl der Alterssuizide erheblich ansteigen wird und parallel zur Ausweitung der Anzahl alter Menschen zunehmen wird.

In den Einrichtungen der Altenhilfe ist mit einer Zunahme der Alterssuizidalität zu rechnen, die über die demografisch bedingte Steigerung hinaus zusätzliche Selbsttötungen hervorbringen wird: Suizide von Bewohnerinnen und Bewohnern finden häufig in zeitlichem Zusammenhang zum Einzug in die stationäre Einrichtung statt, der als besondere biografische Herausforderung bzw. Belastung für ältere Menschen erlebt wird. Aber auch Menschen, die zur Kurzzeit- oder Tagespflege kommen, nehmen sich häufiger bereits in den ersten Tagen nach ihrem Einzug das Leben. Hier gibt es offensichtlich bereits eine Vorgeschichte: Die Angehörigen aber auch Krankenhäu-



ser wissen: Wir haben ein Problem und deshalb bemühen sie sich um die Obhut der Institution, wie die Erfahrungen im Ev. Johanneswerk belegen.

Laut einer Erhebung in den 34 Einrichtungen des Ev. Johanneswerkes hat es von Dezember 2012 bis Dezember 2013 zwei Fälle erfolgreichen Suizids durch Sturz aus hoher Höhe gegeben wie auch weitere Suizidversuche. In zwei weiteren Einrichtungen gab es Fälle von organisierter Sterbehilfe durch Fahrten in die Schweiz. Wir können nicht ausschließen, dass weitere Suizide als Ergebnis von lebensverneinenden Haltungen bei unseren ca. 3500 Bewohnerinnen und Bewohnern in diesem Zeitraum entstanden sind. So könnte insbesondere bei orientierten Pflegebedürftigen die Missachtung ärztlicher

und ... weitere Suizide bewirkt haben. Jeder versuchte oder vollendete Suizid in einer stationären Einrichtung ist auch ein großes Problem für die Mitarbeitenden, bitte machen Sie sich klar, was dies für ein Pflegeteam bedeutet:

- Schuld, Angst versagt zu haben, Fehler, Fehlentscheidung bzw. Fehlbewertung getroffen zu haben: „Warum bin ich nicht gut genug als Pflegekraft, begleitet von der Frage, was habe ich falsch gemacht?“
- Ängste vor Vorhaltungen innerhalb der Einrichtung und/oder außerhalb (Diagnostik, Dokumentation, Vorhaltungen von Leitung, Angehörigen u.a.m.),
- Gefühle von Ärger, von Kränkung, sich hintergangen, getäuscht, angelogen zu

Nicht natürliche Todesfälle Dez. 2012-Dez. 2013

Einrichtung Monat	Todesursache	Beh. Erm.		Geb./ Alter	Soz. Umfeld	Verw./KZP Mon.
Haus A März 2013	Sturz (im Garten) Unfall	✓	♂	1926 86	Verheiratet Besuch	1,1/- März
Haus B Nov. 2013	Sterbehilfe Suizid m. T.		♂	1944 69	Getr./Gesch. Freund	0,5/- Nov.
Haus C April 2013	Fall-/Sprung Suizid m. T.	✓	♀	1924 88	Verw. Besuch	7 Tage/KZP April
Haus D Dez. 2013	Fall-/Sprung Suizid m. T.	✓	♀	1923 90	Verw. Besuch	1,9/- Dez.
Haus E Dez. 2012	Sterbehilfe Suizid m. T.		♂	1919 93	Verw. Tochter	3,6/- Dez.
Haus F Dez. 2012	Fall-/Sprung Suizid o. T.	✓	♀	1928 84	Verw. Besuch	2 Tage/KZP Dez.

fühlen, was zum Teil auch zu aggressiven Reaktionen führen kann: „Das kann doch nicht sein, dass er es sich so einfach macht.“

- depressive Gefühle, Ängste, einhergehend mit eigener Instabilität und Selbstvorwürfen,
- Infragestellung des eigenen Selbstverständnisses als Altenpfleger/in.

Alle Fragestellungen, die jede/r Hinterbliebene eines Suizidenten hat, wirken sich hier im Beruf der Altenpflege in gleicher Weise aus. Zusätzlich sind u. a. auch juristische, seelsorgerische, organisatorische wie kommunikative Aspekte zu beachten.

Wir haben bei unseren Mitarbeitenden gefragt, was sie sich in solchen Situationen

wünschen. Die Antworten bezogen sich sehr auf Handlungsabfolgen: Wen rufe ich an? Wen darf ich überhaupt anrufen? Wie kommuniziere ich mit Angehörigen. Was passiert bei einer polizeilichen Ermittlung, die erst einmal klären muss, ob Fremdverschulden, natürlicher Tod oder sogar Mord vorliegt. Wie ist der Umgang mit einem „Tatort“, welche Unterlagen sind zur Verfügung zu stellen. Welche rechtlichen Folgen können für die Einrichtung und einzelne Mitarbeitende aus dem Geschehen resultieren und wie kann hier eine anwaltliche Unterstützung aussehen? Was kann Entlastung bringen für die direkt am Geschehen beteiligten Mitarbeitenden, die beispielsweise die Leiche zuerst gefunden haben.: Gehen diese danach (allein) nach Hause? Machen sie Urlaub? Ist das hilfreich? Oder ist das Gegenteil besser?

Was ist mit Mitarbeitenden, die indirekt betroffen sind, z. B. ein Hausmeister, der die Abschlussreinigung übernimmt, was ist mit den anderen Bewohnerinnen und Bewohnern der Einrichtung? Wie kann seelsorgerische Begleitung und Nachsorge durch die Einrichtung, den Träger oder Externe aussehen?

Wie sollte das Geschehen in Dienstgesprächen angesprochen werden: Wer hat denn tatsächlich zuletzt ins Zimmer gesehen? Wer hätte denn nachschauen sollen? Waren wir tatsächlich in der notwendigen Häufigkeit und Reihenfolge da? Hätten wir irgendetwas erkennen können, müssen oder sollen?

Wie bereits aufgeführt, ist die im Alter häufig vorkommende und mögliche Suizidmethode ist vor allem der „Sturz aus hoher Höhe“. Was bedeutet das konkret? Könnten wir architektonisch in den Einrichtungen etwas ändern? Sollen wir Fenster vergittern oder die Zugänge anders gestalten?

Eine Entwicklung von Bewältigungsstrategien ist daher fachlich, rechtlich, ethisch und auch theologisch geboten und auch für das Ev. Johanneswerk eine große Herausforderung.

Fazit

Allein diese Betrachtungen und Erfahrungen haben mich überzeugt, dass die Favorisierung eines ärztlich begleiteten Suizids nicht weiterhilft. Die aktuelle Diskussion betont einseitig Autonomie, Autarkie, Selbstbestimmung. Diese Einseitigkeit fördert ein Menschenbild in der Gesellschaft, das nahelegt, wir könnten ohne Abhängigkeit, ohne Pflege, ohne Betreuung alt werden. Eine Gesellschaft mit diesen Attributen wollen wir weder für kleine Kinder, noch für Menschen mit Behinderungen und für alte Menschen mit Pflegebedarf. Deshalb erinnere ich hier an Dietrich Bonhoeffer: „Den Verzweifelten rettet kein Gesetz, das an die eigene Kraft appelliert, es treibt ihn nur noch hoffnungsloser in Verzweiflung; den am Leben Verzweifelnden trifft nur die rettende Tat eines anderen, das Angebot eines neuen Lebens, das nicht aus eigener Kraft, sondern aus Gottes Gnade gelebt wird“ (Dietrich Bonhoeffer: Die Freiheit zum Tode; 1966)

„Gottes Gnade“ verstehe ich als etwas, das über dem Gesetz steht. Und über dem Gesetz stehen Hilfe, Therapie, Seelsorge, auch um die Suizidrate im Alter zu reduzieren. Und wir brauchen politisch, gesellschaftlich ergänzende Merkmale und Anreize, um die „Lebensphase Alter“ positiv zu gestalten.

Diskussion zum Vortrag mit Bodo de Vries

PUBLIKUM: Ich möchte noch einmal auf Emil Durkheim zurückkommen. Mir ist eine Parallele aufgefallen.

Durkheim hat seine Thesen zum Suizid Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts entwickelt. Das war eine Zeit, in der die Industrialisierung ihre Hochzeit hatte, große Städte entstanden, alte Regeln keinen Bestand mehr hatten, die ständische Ordnung zerfallen war. Wenn ich heute sehe, wie der daraus entwickelte Sozialstaat abgebaut wird, Liberalisierungen und Deregulierungen dominieren und wie die Debatte um Beihilfe zum Suizid Fahrt aufnimmt, dann würde ich sagen: Durkheims Thesen haben auch in der heutigen Zeit Bestand.

BODO DE VRIES: Ich kann das nur unterstützen. Zugespißt würde ich sagen: Das Alter ist eine Erfindung, eine Sinnproduktion in dieser neuen Epoche und seit Jahrzehnten gesellschaftlich erstmals vorgegeben. Das heißt auch: Es hat etwas mit eigenen Kompetenzen zu tun, das Alter als eine Lebensphase mit Sinn zu erfüllen. Das was ich von meinem Alter will, ist idealerweise nicht staatlich implementiert. Diesen Freiraum tatsächlich zu nutzen, ist eigentlich etwas einzigartiges, was wir in Mitteleuropa haben und dieses Potential zu nutzen, ist eine gesellschaftliche und persönliche Aufgabe.

PUBLIKUM: Gibt es Untersuchungen über die Suizidraten in anderen Kulturen, z.B. in Afrika oder Japan?

BODO DE VRIES: Wir haben die Vorstellung, dass die Suizidraten für Gesellschaften spezifisch sind. Sie müssten sich also begründet unterscheiden oder analog sein. Vielleicht kann man über die gesellschaftlichen Zustände Deutungsmuster ableiten, wie Zufriedenheit oder Sinn hergestellt werden kann. Vielleicht könnte man sogar die Suizidhäufigkeiten reduzieren. Außer Hypothesen ist mir aber kein Zahlenmaterial bekannt. Selbst das Material in Deutschland ist hochgradig problematisch. Wenn Sie sich an die deutlich zurückgehende Häufigkeit erinnern, die ist vor allem um 1990 zu verzeichnen – das Jahr der Wiedervereinigung. In den Statistiken werden die Zahlen von ganz Deutschland aufgenommen. Offensichtlich sind aber die Deutungen von Suizidraten in der ehemaligen DDR und der BRD unterschiedlich gewesen. Das müsste man sich genauer ansehen.

PUBLIKUM: Wie gehen Sie damit um, wenn ein alter Mensch aufhört zu essen und zu trinken? Das ist ja auch eine Möglichkeit aus dem Leben zu scheiden.

BODO DE VRIES: Ich kann Ihnen sagen, das ist sehr problematisch, weil sie in der Öffentlichkeit stehen, weil sie diffamiert werden. Wir hatten vor drei Jahren einen Fall, der auch durch die Bildzeitung ging. Das Altenheim wurde zum „Monsterhaus“. Hier starb ein alter Mensch, letztlich – wie ich meine – an einer suizidalen Handlung. Das habe ich in der Öffentlichkeit aber nicht so zu vertreten, weil

es neben rechtlichen Fragestellungen auch um die Achtung der Würde des Suizidenten und dessen Familie geht. Ich hatte nicht einmal die Deutungshoheit. Dafür ist die Polizei zuständig. Ich rede von einer 55jährigen Frau, die orientiert war, in unserer Einrichtung lebte und zu ihrem Sohn nach Hause wollte. Das aber wollte ihr Sohn nicht. Diese Frau hat medizinische Therapien abgelehnt und einfach pflegerische und ärztliche Anordnungen missachtet. Sie hat zu wenig getrunken. Von dem – uns gegenüber – sehr aggressiv auftretenden Sohn, ist sie ins Krankenhaus eingewiesen worden. Das Krankenhaus kritisierte die „schlechte Pflege“. Wir haben alle Vorgänge aber sauber dokumentiert. Unser pastoraler Dienst hat mit der Dame permanent gesprochen. Es ist nichts passiert, was diese Frau nicht selbst verantworten und vorhersehen konnte. Monate später, auch in Folge einer Obduktion, wurde unserer Perspektive und unseren Dokumentationen von Seiten des Gerichts entsprochen. Hier ging es auch um Absicherungen. Unter welchen Bedingungen können wir die Verantwortung tragen? Das ist eine Frage, die uns immer beschäftigt. Das müssen Sie als Träger aushalten. Für mich als Chef ist das noch einfach. Aber gehen Sie mal in die Wohnbereiche, da sieht das ganz anders aus.

PUBLIKUM: Ich habe eine Anmerkung und eine Frage. Über Gespräche mit Altenpfleger/innen habe ich den Eindruck gewonnen, dass diese nicht unterscheiden können zwischen Situationen wie „Ich möchte nicht mehr essen oder trinken, weil ich sterben will“ und „Ich bin verzweifelt und man soll mir helfen“. Das Personal ist verunsichert, zum einen

weil die Beziehungen sehr verrechtlicht sind und weil sie über die Medien mit den verschiedenen gesellschaftlichen Bildern der Altenpflege konfrontiert sind. Nehmen wir das Beispiel Patientenverfügung. Einerseits soll darüber die Sondenernährung, die als Zwangsernährung kommuniziert wird, verhindert werden. Andererseits wird gesagt, es muss auch aus rechtlichen und auch ethischen Gründen weiter ernährt werden. Und auch die Pflegenden sind von diesem Diskurs um Patientenverfügungen und dem viel diskutierten Ernährungsabbruch beeinflusst: Ich will in so einer Lage auch nicht mehr leben wollen. Die angesprochene Intuition zwischen dem „Hilferuf“ und dem „Ich will sterben“ und esse deshalb nicht mehr, die gibt es möglicherweise nicht mehr auf diesem Hintergrund. Meine Frage: Was Sie dargestellt haben, die Menschen, die sich jetzt im Altenheim suizidieren, sind das eher spontane Verzweiflungstaten, so wie viele Selbsttötungen? Oder sind das rationale Entscheidungen am Lebensende, also das, was häufig als „Bilanzsuizid“ kommuniziert wird? Sind das die Menschen, die auch in die Schweiz fahren würden, statt sich aus „hoher Höhe“ zu stürzen?

BODO DE VRIES: Genau das meinte ich vorhin, als ich die Suizidhandlungen definierte. Ist das ein „Bilanzsuizid“ oder eine spontane Handlung. Bei uns kommt alles vor. Unsere Mitarbeiter sind weniger durch Verrechtlichung belastet, sondern mehr durch die Angst vor Sanktionen und davor haftbar gemacht zu werden: Habe ich alles richtig gemacht? Eine Pflegekraft bekommt es heute zwei Mal im Jahr mit dem Medizinischen Dienst und einmal mit der Heimaufsicht zu tun. Es wird

unangemeldet in die Bewohnerakten geschaut. Könnte da ein Fehler gemacht worden sein? Das ist ein großes Problem. Wir haben folgendes Konzept entwickelt: Es geht darum die Verantwortung gemeinsam zu tragen und das müssen Mitarbeiter/innen erleben können. Das heißt: Wir machen ethische Fallbesprechungen mit Angehörigen, mit Pflegekräften und mit unseren professionellen Mitarbeiter/innen vom pastoralen und psychologischen Dienst sowie dem Hausarzt. Das führt nicht dazu, dass bei uns die Bewohner/innen verhungern dürfen. Das führt dazu, dass wir gemeinsam Verantwortung tragen können. Das betrifft vor allem die „passive Sterbehilfe“, bei der sie wissen, dass die Interventionen den Körper schädigen und dass sie durchaus als „aktiv“ angesehen werden können. Das geht nur in geteilter Verantwortung. Die Mitarbeiter/innen sind hier völlig überfordert. Wenn ich Ihnen hier von unseren Konzepten und Besprechungen erzähle, die wir machen, kann ich Ihnen auch gleich sagen: Wir machen das sicher nicht gut genug. Ich möchte nicht wissen, wie viele Mitarbeiter mit ihren Fragen herumlaufen und wie oft es nicht die Möglichkeit gibt, sie im laufenden Betrieb zu besprechen. Ich hatte ihnen die Zahlen gezeigt: Wir haben Langzeitbewohner. Die leben länger als ein halbes Jahr bei uns. Diese Menschen sind nicht suizidal, aber sie haben auch depressive Verstimmungen, das Bedürfnis über ihre Ängste, über Tod und Sterben zu reden. Sie haben zu wenig Gelegenheit zum Gespräch. Aber an die Suizidenten kommen wir gar nicht heran. Ein Beispiel: Eine Angehörige berichtet ihrer Verwandten, die seit drei Tagen in der Kurzzeitpflege bei uns ist, von dem

Tod eines früheren Partners. Sie verlässt den Raum, sagt den Mitarbeiterinnen im Vorbeigehen, dass sie eine schlechte Nachricht überbracht hat. Wenig später geht eine Pflegekraft zu der Frau, die aber schon aus dem Fenster gesprungen ist. Die Angehörige ist aggressiv und klagt, dass wir keine Hilfe geleistet haben. Es ist auch zu einem Verfahren gekommen, das sich über ein ¾ Jahr hinzog. Wir haben es mit der Seite der Mitarbeiter/innen zu tun, die gar keine Chance hatten. Wir müssten in einer ganz anderen Qualität diese vielen Menschen betreuen können. Das Haus hat immerhin 80 Plätze. Wir müssten schauen, wer kommt da eigentlich? Welche Leistungen müssen und können wir erbringen mit unseren geringen Ressourcen?

PUBLIKUM: Altenheime im 20. Jahrhundert sind kein Sanatorium. In einer von mir vorhin angesprochenen Sendung, wurde berichtet, dass ein Teil der Suizide durch Medikamente verursacht würde, die in Altenheimen in großen Mengen gegeben werden und die Lebenszeit der älteren Menschen ohnehin verkürzen und die Sturzgefahr erhöhen. Ein weiteres Problem sind die Zwangsfixierungen, besonders die Ruhigstellung durch Psychopharmaka. Im Gegensatz zur Fixierung, die richterlich angeordnet werden muss, reicht schon die ärztliche Verschreibung aus. Wie stellen sich diese Probleme für Sie dar und was wünschen Sie sich für eine Politik?

BODO DE VRIES: Ich habe vor zwei Tagen mit dem pflegpolitischen Sprecher der CDU sprechen dürfen, der mir erzählte wie undankbar ich bin, wie schlecht ich die Altenpflege reden würde

und im Übrigen selbst schuld wäre, dass niemand mehr dort arbeiten möchte. Die Politik habe so viel für die Altenpflege getan, gerade in den letzten Monaten. Das ist die politische Situation. Ich hatte vorhin schon gesagt, wir arbeiten mit dem Personalschlüssel von 1995. Sie haben mit den angesprochenen Missständen völlig Recht. Medikamente wirken problematisch, Ärzte erkennen die Wechselwirkungen nicht. Wir versuchen das, wie andere Einrichtungen auch, darüber zu vermeiden, dass die Medikamente über Apotheken bestellt werden und zwar mit Hinweisen, wie sie wirken. Als Träger können wir nicht anfangen, darüber zu entscheiden, welche Medikamente nötig sind. Bei den angesprochenen Stürzen haben wir sicher eine Suizidrate, die wir nicht erkennen. Stellen Sie sich vor, jemand stürzt die Treppe herunter und stirbt aber erst nach zehn Tagen. Der Sturz war in suizidaler Absicht, das werden Sie aber nicht erkennen. Das wird ein Unfall bleiben. Im Altenheim haben sie schlechte Chancen sich durch Medikamente das Leben zu nehmen. Sie haben ebenso schlechte Chancen durch Verhungern zu sterben. Das fällt schnell auf. Der Sturz aus hoher Höhe, das ist das Betrachtungsmerkmal Nummer 1 beim Suizid im Altenheim. Die meisten Selbsttötungen sind aber gar nicht im Heim. 1/3 der Pflegebedürftigen leben dort, zwei Drittel sind zu Hause untergebracht. Dort ist das Gewaltpotential groß, gerade im familiären Kontext.

MODERATION: Die Personalknappheit ließe sich sicher ändern. Grundsätzlich müssten aber die stationäre und ambulante Versorgungslandschaft anders werden. Die mangelnde Demokratie in den Insti-

tutionen ließe sich sicher auch verändern. Wie viele Altenpfleger/innen trauen sich nicht, Dienstanweisungen zu widersprechen, die persönlich nicht zu verantworten sind? Bei den Medikamenten für alte Menschen hat sich mittlerweile etwas getan und das Problembewusstsein ist gestiegen. Die Pharmakologin Petra Thürmann von der Universität in Wuppertal hat eine Liste mit vielen Medikamenten und ihren Wechselwirkungen erstellt. Diese Liste wird immer bekannter in der hausärztlichen Versorgung und hoffentlich auch der ärztlichen Versorgung in den Altenheimen. Damit sind schon sehr viele Leben gerettet worden.

„Was brauchen Menschen in ihrer letzten Lebensphase?“

– *Andreas Heller*

Sie haben mir ein Thema gestellt, das ich noch nie besprochen habe. Das ist eine kleine Herausforderung für mich gewesen.

Ich versuche das auf dem Hintergrund der Debatte in Deutschland zu tun, auch wenn ich aus Österreich komme. Ich bin relativ oft in Deutschland, u.a. über den wissenschaftlichen Beirat des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes und die Robert Bosch Stiftung, die viel Geld in die Hand genommen hat, um die Situation älterer Menschen am Lebensende zu verbessern. Sie hat das größte Förderprogramm aufgelegt, das es bislang in Deutschland gibt. Land auf, Land ab, von Flensburg bis Lindau, von Görlitz bis Aachen beginnt eine Entwicklung, die sehr tief die Kultur, die Mentalität und auch die Kompetenzen in Einrichtungen verändert.

Wir forschen über die Frage: Was brauchen Menschen am Lebensende? Denn wir sind der Auffassung: Das System ist falsch gebaut. Wir müssten ernst nehmen, was Rechtslage in Deutschland ist. Sie ist so einfach und sie wird stetig ignoriert. Am Lebensende entscheidet kein Arzt über Behandlungen, die Sie wollen oder nicht. Der Arzt macht Behandlungsvorschläge auf der Basis einer medizinischen Indikation und im Idealfall kann er mit den Betroffenen diese Behandlung umsetzen. Von daher ist es sonnenklar, dass niemand gegen den eigenen Willen gezwungen werden kann zu essen und

zu trinken. Das wäre kriminell und ist anzeigepflichtig beim Staatsanwalt. Man kann lange darüber nachdenken, ob es die Nachwirkungen des Wilhelminismus sind, die eine gewisse Unterwerfungsbereitschaft gegenüber Figuren mit schwarzem oder weißem Kittel erzeugte. Bei der ersten Fraktion hat man sich weitgehend emanzipiert, aber bei der Weißen- Kittel-Fraktion ist das noch nicht ganz gelungen. Davon wird jetzt im Folgenden die Rede sein.

Problematische Entwicklungen

Was brauchen alte Menschen? Wir haben in Deutschland vielfältige Debatten über Sterben, Tod und Trauer. Das ist durchaus eine große Errungenschaft und war nicht immer so in diesem Land. Aber wir haben auch einen sehr ökonomischen und betriebswirtschaftlichen, einen verbetriebswirtschaftlichen Diskurs, der Sterbende sehr schnell als „Kunden“ apostrophiert: Der Kunde ist der König. Die Kundin ist die Königin und wir müssen die Bedürfnisse der Sterbenden bedienen. In Anlehnung an die Worte, die der jüngst verstorbene Siegfried Lenz zur Literatur geprägte hat – die Literatur ist nicht die Oberkellnerin der Gesellschaft – könnte man sagen: Die Hospiz- und Palliativbewegung ist nicht die Oberkellnerin der Gesellschaft, um radikal alle Bedürfnisse, die Menschen am Lebensende haben, zu bedienen und zu befriedigen. Mich irritiert besonders eine Entwicklung, die

Kinder und Jugendliche mit einer absehbaren Lebenszeit betrifft. Mittlerweile gibt es elf stationäre Kinder-Hospize in Deutschland. Alle stationären Kindereinrichtungen schwimmen in Geld. Es wird dort überlegt, wie man das Geld noch sinnvoll anlegen kann, was ohnehin nicht mehr geht. Auf der anderen Seite wird überlegt, wie viel Quadratmeter Handtuch für ältere Menschen noch finanzierbar sind. All das passiert im selben Träger, in derselben Stadt und zwar Land auf Land ab. Ich frage bewusst: Müssen hier alle konsumistischen Bedürfnisse von Kindern bedient werden, möglicherweise auch, um sich zu entlasten, um eigene Schuldgefühle auf diese Art und Weise materiell zu kompensieren? Und was brauchen Kinder denn am Lebensende?

Wenn wir die Geschichte der deutschen Hospizbewegung und Palliativmedizin ein bisschen rekonstruieren: Die Palliativmedizin war keine Bewegung, sondern eher ein Institutionalisierungs- und Professionalisierungsprogramm der Medizin. Beide Impulsgeber begannen zunächst, sich vor allem um Tumorerkrankte zu kümmern, was aus der Genese der Hospizbewegung verständlich ist. Doch nur 25 Prozent der Menschen sterben in Deutschland an einer Tumorerkrankung. In den letzten Jahren hat man begonnen, immer neue Adressaten zu finden, um Hospiz- und Palliativbedürftigkeit zu identifizieren und in aufwändigen Partizipations- und Inklusionsprogramme zu integrieren. Ich finde, das ist eine problematische Entwicklung. Heute gibt es nicht mehr nur tumorerkrankte Menschen sondern auch neurologisch Erkrankte, die nicht zufällig von neurologisch orientierten

Palliativmediziner entdeckt wurden. Dann haben wir gesagt: Das eigentliche Problem sind die älteren Menschen. Also wurde ein neues Fach kreiert, die „palliative Geriatrie“. Das ist alles verdienstvoll. Aber dann haben wir gesagt: Alle Menschen ab einem bestimmten Alter – und erst recht, wenn sie dementiell verändert sind – sind palliativbedürftig. Schon gab es neue Programme, um die Wohltaten der Palliativversorgung bis hin zu den SAPV-Diensten (spezielle ambulante Palliativversorgung) in Anspruch nehmen zu dürfen. Im Augenblick sind die Wohnsitzlosen, die Strafgefangenen, die Menschen mit Migrationshintergrund im Fokus. Ich glaube, das teilt die Gesellschaft, das zersplittert die Gesellschaft. Wir brauchen immer mehr Inklusionsgruppen, dabei werden wir immer mehr aussondern. Das ist eigentlich nicht die Kernidee der Hospizbewegung.

Vollendungsprojekt „Sterben“

In der Retrospektive auf Ebene der internationalen Forschung können wir ein paar Mythen relativieren. Es gibt zum Beispiel das Vorurteil, wir sind alle Menschen und wir haben alle dieselben Bedürfnisse. Wir sollten aber differenzieren lernen. Es gibt Männer und Frauen, mittlerweile auch Männer, die sich als Frauen fühlen und umgekehrt. Es gibt Kinder und Jugendliche unterschiedlichen Geschlechts. Im letzten Vortrag war ja schon von zwei Wienern die Rede, von Sigmund Freud und Erwin Ringel, dem großen Psychoanalytiker der neueren Generation die Rede. Es gibt noch einen dritten Wiener, den Medizinethiker Erich Loewy, der 1938

aus Deutschland fliehen musste, weil er Jude war. Er sagte: Mit den Bedürfnissen ist das relativ einfach. Wir können eher sagen, was wir nicht brauchen als das, was wir brauchen. Wir wollen nicht hungern, nicht frieren, nicht Durst haben und vielleicht wollen wir nicht alleine sein. Aber schon da bin ich mir nicht so ganz sicher. Über alles andere, was wir brauchen, müssen wir reden und uns verständigen.

In der Fachliteratur gibt es eine Fraktion, die das Sterben sozusagen als das letzte Entwicklungs- und Vollendungsprojekt ansieht. Man muss in der modernen Gesellschaft nicht nur sein Leben hinkriegen, gelingend machen, produzieren, das Leben als Projekt begreifen oder wie der Thomas Luckmann das so schön gesagt hat: Leben ist heute in der Moderne, in der postmodernen Gesellschaft nicht mehr ein Großunternehmen in öffentlicher Hand, sondern ein Kleinunternehmen in privater Hand. Ich muss mir als Bürger, als Bürgerin immer einen Reim auf alles machen. Wie will ich leben? Wie will ich lieben und in welchen Partnerschaften? Wie will ich arbeiten? Wie will ich wohnen? Wie will ich mich kleiden? Wir müssen uns vergegenwärtigen, dass dieses Diktat, dieser Imperativ der Moderne, du musst dein Leben selbst gestalten, auch das Lebensende umfasst. Als Bürger /in habe ich zu überlegen, wie ich vorsorge. Soll ich mit Patientenverfügungen über mein Leben urteilen und Situationen vorwegnehmen? Wie will ich sterben? Wo will ich sterben? Zu Hause, im Krankenhaus, im Pflegeheim? Zwischendurch oder gar nicht? Eigentlich wollen wir alle nicht sterben – es sterben ja immer die anderen. Will ich hospizlich

begleitet oder intensivmedizinisch unterstützt sterben? Mit assistiertem Suizid in der Schweiz oder lieber im Ruhrgebiet? Warum geht das hier nicht? Wir haben ein „Multioptionsdilemma des Lebens und des Sterbens“. Und das auch noch über das Sterben hinaus, weil wir ja die Zumutungen der Gesellschaft spüren und auch für unsere Bestattung sorgen. Feuer, See, Erde, Luft, Diamanten gibt es auch. Man kann sich verbrennen lassen und in Graubünden als Diamant pressen lassen. Das gibt es alles. Aus dieser Wahl und Autonomie-Zumutung resultiert auch eine gewisse Freiheit, weil wir uns von niemandem mehr vorschreiben lassen möchten, wie wir zu leben und zu sterben haben. Auf der anderen Seite wissen wir, dass uns Entscheidungen, Überlegungen, was unsere eigene Existenz angeht, immer wieder auch überfordern. An dieser Stelle ist sehr deutlich zu spüren, dass wir auf andere angewiesen und verwiesen sind und möglicherweise diese Diktatur „des gelingenden Lebens und Sterbens“ etwas ist, dem man sich verweigern sollte.

Wissenschaftliche Mythen

Über diesen letzten Anspruch einer neoliberalen Gesellschaft, über solche Gelingens- und Vollendungsphantasien werden wir noch länger reden müssen. Ebenso über den Mythos, dass alle Menschen spirituelle Bedürfnisse haben. Wenn sie dies nicht wissen, müssten sie es von spirituell Besessenen beigebracht bekommen. Wir fragen so lange, bis irgendeine Sinnfrage zu Tage tritt. Meine lieben Kollegen in München haben zum Beispiel einen Fragebogen herausgege-

ben – doppelt evaluiert und randomisiert und internationalisiert. Mit vier Fragen soll der spirituelle Status der Patientin auf der Palliativstation ermittelt werden. Mir graust vor solchen Dingen. Ich halte mich lieber an die guten Krankenhausseelsorgerinnen aus beiden großen Kirchen: Vielleicht ist Schweigen am Lebensende oft die Antwort. Wo die Menschen am Lebensende stehen, wer weiß es? Sollen wir es aus ihnen herauspressen? Wir haben eine lange religionssoziologische Debatte dazu. Es gibt eben auch Menschen, die dezidiert sagen: Ich habe mit dem Zeug nichts am Hut. Lasst mich in Ruhe. Ich verstehe mich anders. Ich definiere mich nicht religiös, nicht spirituell. Aber die Fragebögen werden etabliert, implementiert. Man darf nicht eher sterben bis man sie ausgefüllt hat.

Mit einem anderen Mythos ist mittlerweile gründlich aufgeräumt worden: Alle Menschen machen dieselben „Phasen“ durch. Das sind klassische Modelle aus den 70er und 80er Jahren, die wissenschaftlich völlig überholt sind. Wir haben in der Wissenschaft dieser Zeit alles in aufsteigenden Phasen gedacht, in der Entwicklungspsychologie, bei den Pädagogen, und auch mit Elisabeth Kübler-Ross: Phase 1 Verweigerung, Phase 5 Akzeptanz des Sterbens. Das war, wenn sie so wollen, die Brille mit der Wissenschaft auf Menschen, auf Wissensmodelle geschaut hat. Heute ist die Brille eine andere und Morgen wird sie wieder anders sein. Heute heißt die Brille systemisch und zirkulär. Die Zeit der Brillen, die Kausalzusammenhänge von Ursache und Wirkung sehen ist vorbei. So denkt man fast nur noch in der Medizin. Heute sagen wir, es gibt verschiedene Ur-

sachen. Der Kontext ist wichtig: Die Veranstaltung ist anders, wenn sie in der Zeche Zollverein stattfindet und nicht im Werdeener Dom. Es würde anders gesprochen, es kämen andere Leute. Der Kontext beeinflusst zum Beispiel, auch was ich sage. Wie schauen mich die Leute an? Lachen sie oder haben sie Distanz? Dennoch hält sich in den Hospizen zum Teil immer noch das Phasenmodell von Kübler-Ross. Eine engagierte Pflegekraft sagt zuweilen: Ich habe heute wieder mit dem Gast gesprochen, der kann noch nicht loslassen. 5. Stufe, Akzeptanz. Sterben können die Menschen erst, wenn sie loslassen. Widerstand, Ergebung, Aggression, Depression. Ja, das sind Momente und Gefühlsaufnahmen, die sind möglicherweise in gleicher Weise präsent, drücken sich vielleicht unterschiedlich aus. Mal ist diese Stimmung im Vordergrund, mal eine andere, aber bitte nicht im Sinne von linearen Ablaufprozessen und Modellen. Das haben wir hinter uns.

Ambivalente Hospizkulturen

Dank der Hospizbewegung haben wir in Deutschland eine andere Diskussionskultur, eine Kommunikationskultur über Sterben und Trauer. Auch die Medienberichterstattung ist differenziert – nicht nur zu Höhepunkten wie am 1. November oder in der Karwoche sondern ganzjährig. Das Thema ist nicht mehr tabuisiert. Sonst säßen Sie auch nicht hier. Sie wollen etwas wissen, erfahren, Sie haben sich eine Meinung gebildet, Sie beobachten in ihren Familien und in Nachbarschaften, wie das geht mit dem Sterben. Wie hilflos oder möglicherweise auch kompetent das gehen kann. Gleichzeitig gibt es aber auch

eine „Überredseligkeit“, wie es die Palliativpflegerin Martina Kern ausdrückte.

Wir reden zu viel. Wir quatschen zu viel über das Sterben und verlieren dabei die Sterbenden aus dem Blick. Mein Soziologenkollege Armin Nassehi aus München nennt das „Sterbegeschwätzigkeit“. Andererseits: Mich erschreckt ein wenig, wie über den Suizid geredet wird. Jeder, der in der Familie, im Freundeskreis, im weiteren Umfeld erlebt hat, dass ein Mensch sich suizidierte, weiß, das löst in der Regel einen Schock aus, irritiert, verstört, traumatisiert. Das setzt sich über Jahre, Jahrzehnte, manchmal über Generationen in den Familien fort. Ich glaube, wir haben mittlerweile in Deutschland eine Art „Sterbe-Plastiksprache“ entwickelt. Aber über das, was Sterbende brauchen, lässt sich nicht allein im Jargon der Rationalität und der Forschung sprechen. Es braucht unsere Anteilnahme, Mitgefühl, Empathie. Wir sind alle herausgefordert zu überlegen: Was braucht derjenige, dessen Leben absehbar zu Ende ist, der mit einer tödlichen Prognose konfrontiert ist? Wer das einmal erlebt hat, weiß, dass einem zunächst mal die Worte im Munde stecken bleiben, oder man etwas sagt, was man im nächsten Moment bereut. Schnelle Aufmunterungen helfen nicht weiter, Zuversicht zu verbreiten, eine Hospizoptierung jemandem anzudichten, das ist alles unangemessen. Man kann vielleicht weinen, man kann schweigen. Das sind die angemessenen Reaktionen. Man ist gebremst, man weiß selber nicht weiter. Das ist aber die Chance, hilfreich zu sein, herauszufinden, was brauchst du und was brauche ich.

Neoliberale Verhältnisse

Ich denke wir müssen heute auch über das Gesundheitssystem sprechen. Dazu nur zwei Stichworte. Hagen Kühn vom Wissenschaftszentrum in Berlin hat eine radikale Verbetriebswirtschaftlichung diagnostiziert. Erstmals in der Geschichte Deutschlands seit dem Krieg werden Patienten und Patientinnen zum Mittel der Ertragssteigerung instrumentalisiert. Auch wenn in den Leitbildern der Krankenhäuser die Patienten im Mittelpunkt stehen: Faktisch ist klar, dass Sie als Patientin nicht interessant sind, sondern nur ihre Diagnose und der Gewinn, den dieses Krankenhaus mit dieser Diagnose macht. Die Krankenhäuser bekommen heute eine Pauschale für ihre Diagnose und wenn sie es schaffen, die Pauschale nicht ganz auszugeben, dann machen sie einen Gewinn. Wenn sie es nicht schaffen, machen sie einen Verlust. Neulich erzählte ein Unfallchirurg in seinem Vortrag: Wenn bei uns ein Anruf kommt, dass ein „Polytrauma“ im Wagen liegt, dann sage ich als diensthabender Arzt, wir sind ausgebucht. An einem „Polytrauma“ kann in Deutschland niemand verdienen. Wenn aber ein Mann in meinem Alter mit einem Lungenkarzinom ins Krankenhaus kommt, weiß der Onkologe gleich, dass die Behandlung einen Umsatz von 160.000 Euro bedeuten kann. Sein Controller legt ihm jeden Tag die Zahlen auf den Tisch. Er weiß, was er machen muss, was wie teuer ist, in welcher Art und Weise er Patienten binden muss, damit das Krankenhaus nicht in die roten Zahlen rutscht. Das führt zu Kliniken, die zum Beispiel auf Herzbehandlungen spezialisiert sind und ihre Prozesse entsprechend optimiert haben. Kranken-

häuser der Grundversorgung haben es immer schwerer auf dem Markt zu bestehen. Das ist politisch gewollt und Teil einer neoliberalen Gesellschaftsentwicklung. Das kann politisch verändert werden – mit Bürger/innen, die sich auskennen und diese Entwicklung nicht wollen. Sie können sich vorstellen, dass mittlerweile auch die Palliativ-Medizin nach diesem DRG-Abrechnungssystem funktioniert. Sterben ist eine Diagnose geworden und abzurechnen über die Krankenkasse. Das wird als große Errungenschaft gefeiert. Ich denke, es sollte vielmehr darum gehen, Menschen, die sterbend sind, unter uns wahrzunehmen, ihre Perspektive zu denken und zu fühlen versuchen – und, dass wir das nicht alleine tun.

Literarische Perspektiven

Forschung darüber, was Sterbende in ihrer letzten Lebensphase brauchen, gibt es wenig. Aber es gibt literarische Beispiele. Das schönste ist der Tod des Iwan Illjitsch von Leo Tolstoi, erstmals 1918 auf Deutsch in Leipzig erschienen. Tolstoi versucht radikal aus der Perspektive eines Sterbenden zu erzählen, wie sterben sich vollzieht und es ist eine immer noch aktuelle, brillante Kritik am deutschen Gesundheitswesen. Die Schlusszene geht so: Es ist die Geschichte von einem russischen Beamten, der stirbt und der in Petersburg sieht, wie seine Frau und seine Töchter weiter zum Ball gehen. Sie haben nichts anderes im Kopf als ihre Kleider und mit welcher Kutsche sie in die Ballsäle gefahren werden. Ivan Illjitsch liegt in seinem Zimmer und weiß, er stirbt. Der Arzt kommt herein, mit federndem Schritt, rotwangig

Optimismus verbreitend. Illjitsch sagt, hau ab. Du weißt gar nichts von mir. Und er sinniert über sich und sagt: Ja, was wäre eigentlich, wenn ich das ganze Leben, das ich geführt habe, verfehlt habe? Er empfindet das als den tiefsten Schmerz, ich würde fast sagen, den tiefsten spirituellen Schmerz. In der Schlussequenz schreit er drei Tage unerträglich, lasst mich in Ruh'. Tolstoi schreibt dessen letzte Silbe: Huuh. Er klang so, dass keiner ihn mehr hören konnte, sich die Ohren zuschloss und die Tür. Was brauchen Menschen im Sterben? Eigentlich ihre Ruhe und möglicherweise werden sie daran gehindert oder sie werden zur Ruhe gebracht.

Ein Dokument der neueren Zeit ist von Herrn Brodsky, der an Aids erkrankt war und als Autor versucht hat praktisch bis zum Schluss sein Sterben zu verschriftlichen. Ich lese Ihnen das vor, weil daraus eine ganz wichtige Einsicht resultiert: Es gibt keine Verallgemeinerung, keine Generalisierung im Sterben. Im O-Ton: „Den Tod erfährt man als einzelner. Er ist nur zu erfahren als der einer Person, für jeden von uns. All unsere Gegebenheiten rühren daher. Er ist in solchem Maße nicht allgemein, obwohl tausende zur gleichen Zeit sterben, dass man über ihn als allgemeine Sache nichts in Erfahrung bringen kann. Das ist die wichtigste und kaum beachtete moralische Tatsache und die vielleicht wichtigste Erklärung dafür, dass Generalisierungen so anziehend wirken, denn mit ihnen schiebt man die einzigartige Besonderheit des eigenen Todes wie im Kreis vor sich her, so dass man sie als Theorie empfindet und nicht als den Pfiff, das Flüstern, den Kuss, nicht die Schubkraft des Unvermeidlichen der eigentlichen Lebensminuten.“

Ich finde das so großartig, weil das im gegenwärtigen Versorgungssystem in Deutschland völlig verloren geht. Wir haben standardisierte Behandlungsmuster am Lebensende. Wir haben bestimmte Behandlungsschemata. Die ganze Evaluations- und Evidenzbasierung läuft darauf hinaus, von der onkologischen Behandlung bis ins Sterben hinein, uns standardisierte Behandlungsparadigmen zukommen zu lassen. Das ist genau das Gegenteil von dem, was der Sterbende braucht, nämlich Individualisierung, Anerkennen der Person, Anerkennen der eigenen Biografie, das Ahnen davon, dass hier ein individueller Mensch mit einer eigenen Geschichte und eigenem Schicksal lebt und stirbt.

Existenzielle Dimensionen

In einem verbetriebswirtschaftlichten Gesundheitssystem kann man sich diese Art der Individualisierung nicht mehr leisten. Deshalb haben solche Bücher Konjunktur wie das von Bronni Ware, einer australischen Palliativmedizinerin. Sie hat Sterbende gefragt: Bedauern Sie angesichts der Tatsache, dass Sie sterben müssen, im Rückblick ihr Leben? Sie hat das im Englischen Titel sehr schön formuliert: „The Top Five Regrets of the Dying“. Was bedauern Sterbende am meisten? Da ist dann nichts mehr zu retten. Das ist die Botschaft an uns. Was brauchen Sterbende? Sie brauchen nicht mehr so viel Symptomkontrolle, auch nicht mehr so viel Medikamente. Auch der aufgeklärten Seite der Palliativmedizin ist mittlerweile klar: 50-70 Prozent der Probleme am Lebensende sind psycho-

soziale Probleme. Die werden in diesem Buch angesprochen. Etwa die schmerzhafteste Einsicht, nicht das eigene Leben gelebt zu haben, sondern das Leben, das andere einem zugeschrieben haben. Das ist die Generation unserer Eltern. Ich bin wie viele hier im Raum ein Babyboomer, d.h. in den 1960er Jahren geboren und habe Eltern, die in den 1920 und 1930er Jahren geboren wurden. Für die meisten Frauen war damals mehr oder weniger klar, dass sie nicht das Leben leben, das sie wollten. Es gab wenig Bildungskarrieren. Erst als in den 1960er Jahren Mädchen en général das Gymnasium besuchen konnten ändert sich das – vor gerade mal 50 Jahren. Es ist eine große Errungenschaft, diese und weitere Möglichkeiten zumindest zu haben, um sein eigenes Leben führen zu können.

Andererseits ist es gar nicht so einfach immer zu wissen, was das eigene Leben ist oder sein soll. Alle bedauern, dass sie zu viel gearbeitet haben. Niemand, dass er zu wenig gearbeitet hat. Das kann man sich merken. Die meisten Leute sagen auch, sie wären glücklichere Menschen gewesen, wenn sie ihre Gefühle mehr zum Ausdruck gebracht hätten. Das ist ein schweres Programm. Man braucht dafür keine Psychotherapie oder Psychoanalyse. Aber wir kommen aus einer Kultur, der eine Disziplinargesellschaft preußisch-nationalistischer Prägung zugrunde liegt. Dort hatte man die Gefühle unter Kontrolle, thematisierte sich nicht selbst, sondern kontrolliert und disziplinierte sich. Wer das nicht schaffte – das habe ich selbst noch erlebt – wurde geschlagen. Die Prügelstrafe in Deutschland, in Familie und Schule, war völlig normal. Das hat sich gründlich geändert. Gewalt wird nicht

toleriert. Aber in dieser Tradition unserer Eltern und Großeltern war das nicht so, deshalb ist die Fähigkeit, sich in Gefühlen auszudrücken oder Gedanken zu fühlen und Gefühle zu denken unterentwickelt.

Jetzt soll demnächst eine andere Generation die Altersheime, in die niemand hinein will. Diese Menschen sagen, was sie wollen und fühlen und sie akzeptieren die Versorgungskontexte nicht mehr, das Leben und das Sterben, das einem vorschwebt nicht ermöglicht. Das kann man, glaube ich, ziemlich pauschal sagen. Ich war neulich auf einem Kongress in der Schweiz. Dort sagte der oberste Geriater: Meine Damen und Herren, jetzt kommen die 68er in die Pflegeheime. Die wissen, was sie wollen, oder? Darauf sind wir überhaupt nicht vorbereitet.

Es gibt heute schon Regionen, wo die Pflegeheime leer stehen. Und wir wissen, dass in Deutschland ein Altenheim 25 Jahre voll belegt sein muss, damit es sich wirtschaftlich amortisiert. Das heißt: Wir müssten die Pflegeheime zurückbauen wie auch die Städte im Osten Deutschlands zum Teil zurückgebaut werden. Dort niemand von uns sein Leben beenden. Eine Umfrage des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes ergibt, dass ein Prozent der Deutschen dort sterben möchte. Wir müssen also andere Orte, andere Lebenszusammenhänge, andere soziale Räume entwickelt. Zu den „top regrets“ der Sterbenden gehört auch: Ich hätte mir gewünscht mit Freunden und Freundinnen in tiefer Berührung zu bleiben. Das ist das, was Sterbende brauchen können. Die Fähigkeit und Bereitschaft, nicht in Gedanken sozusagen das Leben

zu bilanzieren, sondern auch in Gefühlen mitzuteilen, in Beziehung zu sein, in denen ich anerkannt bin. Vielleicht kann man es ganz einfach sagen, in denen ich angenommen und geliebt bin.

Aktuelle Suizid-Debatten

Die Debatte in Deutschland ist anders. Sie haben vielleicht die Geschichte von Wolfgang Herrndorf mitbekommen. Ein erfolgloser Schriftsteller, der einen wunderbaren Sommerroman schrieb, zum Millionär wurde, sich zum ersten Mal eine Wohnung leisten und nach Fuerteventura fahren konnte und unglücklicherweise mit der Diagnose Hirntumor konfrontiert wurde. Die Frage, die ihn beschäftigte: Was ist, wenn es soweit ist? Dann brauche ich eine „Exit-Strategie“. Wer kann mir dann helfen? Was die Hospizler, die Palliativmediziner ihm anzubieten hatten, ist unbefriedigend. Herrndorf entschied, sich im letzten August mit einem Revolver ins Stammhirn zu schießen. Den Prozess dieser Auseinandersetzung hat er in einem eigenen blogg dokumentiert, der dann auch als Buch erschienen ist. Er hat in gewisser Weise auch die Debatte im Bundestag über Suizidbeihilfe befeuert. Sein Suizid war der Suizid eines Menschen, der unheilbar erkrankt ist, dessen Ärzte ihm prognostizierten, dass er auf keinen Fall länger als 24 Monate zu leben hat. Das wird auch in den Feuilletons aufgegriffen. Fritz Raddatz, Feuilleton-Chef Der Zeit, erklärte in einem Interview mit der Süddeutschen Zeitung: Ich habe meine Exit-Strategie gefunden. Ich werde in die Schweiz fahren und nicht, wörtlich, einer „Combo von Ärzten eine Sterbeerlaubnis

abtrotzen“. Mittlerweile hat sich Raddatz suizidiert. Sie haben die Geschichte von Nikolaus Schneider, Ratsvorsitzender der evangelischen Kirche verfolgt. Die evangelische und die katholische Kirche hatten sich auf die Position geeinigt, das Sterben nicht aktiv zu beschleunigen. Dann erkrankte seine Frau an Brustkrebs und sie gibt an sehr prominenter Stelle – im Stern und in Der Zeit – ein Interview. Frau Schneider erklärt, dass sie hofft, ihr Mann würde sie in die Schweiz begleiten und ihre Hand halten, wenn sie das Gift trinkt. Nikolaus Schneider erklärt, auch wenn es seiner theologisch-ethischen Überzeugung nicht entspricht, seine Frau aus Liebe zu begleiten. Die Positionen, die Reaktionen reichen von „So einen toleranten Ehemann hätte ich auch gerne, der mich begleitet bis das der Tod uns scheidet“, über das evangelikale Urteil „Das grenzt an Amtsmissbrauch, weil dies gegen die ethischen Positionen der evangelischen Kirche verstößt“, bis zur Theologen-Fraktion „Das ist ein eigenartiges Verständnis, wenn am Lebensende die Liebe gegen das Gewissen steht“. Dann gab es eine kleine Fraktion, wahrscheinlich Familientherapeuten, die haben gesagt: Was ist das für ein Verständnis von Beziehung, in der man in die Situation gerät „aus Liebe“ zum Assistenten eines Suizids zu werden und damit weiterleben zu müssen?

Die Debatte ist eröffnet – auch wenn es im Fall des Ehepaars Schneiders bislang nur eine Diagnose gibt und die therapeutischen Aussichten unbestimmt sind. Ich danke hier Frau Feyerabend und Herrn Görlitzer, dass sie im Fluss dieses Mainstreams immer wieder versuchen, Inseln zu bauen oder kleine Fährboote,

die andere Positionen ermöglichen und denken lassen. Zum Beispiel der Kritik an einer radikalen Individualisierung, die den gesellschaftlichen Hintergrund und die sozialen Folgen außer Acht lässt. Es gibt einige wenige Studien, etwas vom Institut für Psychiatrie in Zürich, die Familienmitglieder befragt haben, in denen ein Familienmitglied über Suizidassistenten oder Euthanasie sich getötet hat oder töten ließ. Die Schweizer Kollegen haben festgestellt, dass 1/3 der Bezugspersonen schwer traumatisiert waren, also fachliche, psychiatrische, medikamentöse Unterstützung brauchen oder brauchten, um ein normales Leben zu führen. Das ist ein Aspekt, der in der gesamten Debatte nicht vorkommt. Die traumatisierenden Folgen für die, die überleben, die weiterleben müssen, sind ein riesiges Problem. Es ist eben nicht so: Mein Leben gehört mir, mein Tod gehört mir. Wir sind bis zum letzten Atemzug soziale Lebewesen und auch anderen verpflichtet.

Gegenbilder des Sterbens

Noch ein weiterer kritischer Aspekt. Bei allen Wohltaten moderner Palliativmedizin ist es gelungen, ein bestimmtes Schreckensbild des Sterbens in die Köpfe zu pflanzen. Seit den 1970er Jahren herrscht ein Bild aus den Anfängen der Intensivmedizin und Transplantationschirurgie: Eine euphorische Erwartung an die moderne Medizin und gleichzeitig ein Entsetzen über den damit verbundenen humanitären Preis. Menschen sterben in einem großen Apparatesystem, komatös an Schläuchen liegend. Das ist eines der Schreckensbilder seit den 1970er Jahren.

Die Palliativmedizin hat ein zweites hinzugefügt: Sterben ist immer schmerzhaft. Die erste Generation der Palliativmediziner waren vor allem Anästhesisten. Sie saßen auf Lehrstühlen, die von der Pharmaindustrie gestiftet waren, in Aachen von der Firma Grünenthal, in Bonn von Mundipharma. Seit ihrem Bestehen, seit 20 Jahren war das Thema Schmerzen die Nummer Eins der Palliativmedizin. Sicher will niemand schmerzverkrümmt im Bett liegen. Aber dieses Bild wird instrumentalisiert, um die palliative Sedierung oder die Beihilfe zum Suizid möglich zu machen.

Ich glaube es ist an der Zeit, Gegenbilder des Sterbens sammeln und erzählen. Eine Sozialarbeiterin aus der Schweiz erzählte mir eine schöne Geschichte. Ihre Mutter war schwer krank und sprach schon monatelang nicht. In der ersten Nacht, die sie nach Familiendoktrin bei ihrer Mutter zu bleiben hatte, bäumte sich die Mutter im Bett auf, sagte „eije, eije, eije“, fiel zurück und starb. Ich fragte die ehemalige Studentin von mir: Was glaubst du, was die Mutter sagte und was hast du dabei gedacht? Sie sagte: „Eijei, eijei, eijei, da kommt der Tod herbei. Ist alles nicht so schwer, wie ich es mir gedacht habe.“ Sterben ist manchmal auch fürchterlich banal. Sie brauchen gar nichts beim Sterben. Sie drehen sich um und am nächsten Morgen liegen Sie mit entspannten Zügen im Bett. Oder am Abend hat man noch ein Glas Rotwein getrunken und am nächsten Morgen liegt der Partner tot neben Ihnen. Eine Palliativpflegekraft hat mir neulich aus der Hauspflege erzählt, wie ein schon sehr geschwächter Mann in seiner sehr kleinen, labyrinthischen Wohnung, kurz vor seinem Tod noch einmal aufs Klo

wollte. Der Mann war noch völlig orientiert und sagte: Verdammt noch mal, ich will noch einmal scheißen. Irgendwie haben sie es aufs Klo geschafft. Der Mann hat sie angelacht und ist gestorben. Ohne Suizidassistenten. Was wir brauchen sind Geschichten von einem anderen Sterben, auch einem Sterben, das wir einander ermöglichen ohne es gewaltsam zu beschleunigen.

Ich erinnere an eine wunderbare Schrift von *Carl-Henning Wijkmark* „*Der Moderne Tod. Vom Ende der Humanität*“. Die schwedische Regierung stellt fest, dass die Alten noch älter werden. Der demografische Wandel droht. Aber die Alten wollen sich nicht alle suizidieren. Ein großes Problem. Die Regierung lädt Experten auf ein Symposium ein. Als erster meldet sich der Historiker zu Wort: Aus der Geschichte kann man eines lernen. Wir dürfen als Staat, als schwedischer Staat nicht so dumm sein wie die deutschen Nationalsozialisten und Menschen ohne Einwilligung umbringen. Was wir schaffen müssen, ist eine Abschaffungsbereitschaft in die Köpfe der Leute zu setzen. Man muss ihnen nahe legen, dass sie eine Last sind, ihr Leben eigentlich kein Leben mehr ist.

Denken sie an Udo Reiter, Rollstuhlfahrer, früherer Intendant des MDR. Er erklärte öffentlich: Wenn ich als sabbernder Greis da bin, das ist für mich kein Leben. Dann erschieße ich mich. Das hat er im Oktober auch gemacht. In den Niederlanden gibt es ein Sterbezimmer im Pflegeheim, oder am Rande der Stadt ein Haus für den Lebensabend, wo „Ihnen geholfen wird.“ Wir haben eine größere Untersuchung gemacht in einem Dortmunder Pflegeheim.

Die große und bittere Erkenntnis war, dass die Bewohner/innen alle gesagt haben: Ich möchte keinem zur Last fallen. Ich sehe das bei meinen Kindern. Bevor ich hier das ganze Geld für Pflegeheim und Krankenversicherung ausbebe, will ich lieber sterben. Im schwedischen Theaterstück gibt es eine Sequenz, in der es darum geht, den Leuten tragfähige Motivationen zu vermitteln für die Bereitschaft zu sterben. Eine historische ist – wenn ich daran erinnern darf – sich als ganze Generation 1939 für Führer, Volk und Vaterland zu opfern. Heute könnte man erwarten von den Älteren, dass sie sich für die Jungen opfern und ihre Lebensansprüche auf null reduzieren, um den Kindern und Enkelkindern ein angenehmes Leben zu ermöglichen. Ich denke es gibt Diskurse, die sich in der Logik dieses Theaterstücks bewegen.

Hinzu kommt, wie belastend es ist, die dementiell veränderte Mutter oder den Vater im Haushalt zu versorgen, die einen jede Nacht aufrütteln um zu sagen, dass das Essen fertig ist, oder dessen Portemonnaie man regelmäßig sucht und es im Kühlschrank findet. Sie kennen diese Situationen. Wir können diese Eltern nicht mehr in die Zuständigkeit der Töchter und Schwiegertöchter geben. Wir brauchen eine andere Solidarität. Reimer Gronemeyer hatte über die Robert Bosch Stiftung das Projekt „Demenzfreundliche Kommunen“ gestartet. Was muss sich in einer Stadt wie Essen ändern, damit Menschen, die anders sind als wir, dort weiterleben können und nicht institutionalisiert in entsprechenden Entsorgungsräumen ruhig gestellt, fixiert, oder medikamentös fixiert werden? Was brauchen Sterbende? Bei dieser Frage geht es um die Sozialität

unseres Lebens und Sterbens. Wie können hilfe- und sorgebedürftige Menschen einen Platz in unserer Mitte behalten? Wie können wir an ihnen lernen, dass Angewiesensein Teil des eigenen Lebens ist? Wie können wir erfahren, dass dies kein Stigma ist, sondern konstitutiv zum menschlichen, weiblichen, männlichen Leben dazugehört? Wir brauchen ein gesamtgesellschaftliches Programm: In welcher Gesellschaft wollen wir leben? Die Hospizbewegung hat gravierende Beiträge dazu geleistet. Sie müsste es heute noch intensiver tun und sich weniger mit sich selbst beschäftigen.

„Die Unfähigkeit zu trauern“

Für mich ist Hospizarbeit Friedensarbeit. Wir hatten im Rahmen eines schönen Projektes etwa siebzig Menschen in Deutschland befragt, Pioniere der Hospizarbeit wie Inga Herrmann zum Beispiel. Ihr Mann ist in den 1980er Jahren der Friedensbewegung evangelischer Pfarrer gewesen. Ich stelle mir die Szene zu Hause am Küchentisch so vor: Der Pfarrer kommt aus Mutlangen zurück von der Demonstration gegen den NATO-Doppelbeschluss. Inger Herrmann sitzt zu Hause mit ihren Kindern und er fragt sie: „Wenn du auf dein Leben zurückblickst, wirst du es dann nicht bedauern, dass du nicht mehr für die Friedensarbeit getan hast? Und ich denke immer noch, dass Sterbebegleitung intensive Friedensarbeit ist. Nirgendwo sonst wird so bewusst, wie kostbar jedes Leben ist. Jeder, der sich mit Sterben und Tod auseinander gesetzt hat und Sterben begleitet, kann gar nicht anders als behutsam und liebevoll mit

Menschen umgehen. Ohne Ideologie. Ich denke das ist intensive Friedensarbeit.“ Die Hospizarbeit entsteht in Deutschland erst Ende der 1980er Jahre, zwanzig Jahre später als in England. Warum hat es so lange gedauert, bis wir über Sterben und Tod reden konnten? Man könnte das länger ausführen. Ich denke, das hat auch mit den traumatischen und kollektiven Folgen der Vernichtung jüdischer Gemeinden, Teilen der Bevölkerung und des Krieges insgesamt zu tun. Margarete Mitscherlich hat psychoanalytisch mit ihrem Mann sehr früh auf diesen Zusammenhang aufmerksam gemacht. Sie sagte, dass man sich mit diesen Schreckenserfahrungen, sowohl an der – von den Nazis – als Heimatfront bezeichneten Leben in Städten wie Mainz, Würzburg, Dresden oder Hamburg oder Köln nicht auseinander gesetzt hat, ebenso wenig wie mit den Erschütterungen an der Front. Nach dem Krieg war eisernes Schweigen. Adenauerzeit, biedermeierliche Verpuppung. Die Folge, sagte Margarete Mitscherlich, war seelische Leere, verdrängter Selbsthass und die Unfähigkeit zu trauern und damit auch die Fähigkeit zu verlieren, sich mit den Opfern zu identifizieren, sich in die Lage anderer hineinzuversetzen. Man verstand sich selbst ja nicht. Die Babyboomer Generation ist die erste, die lernt sich anders mitzuteilen, anders zu kommunizieren. Unseren Eltern oder Großeltern gelang das erst am Ende ihres Lebens oder auch gar nicht. Vorher war es nicht möglich offen über Sterben und Tod zu reden.

Ich habe sehr viel gelernt über eine Debatte mit *Leopold Rosenmayr*, dem großen Gerontologen, der 1925 geboren wurde. Der Hintergrund: Es gibt eine Kritik

an der Gerontologie, dass sie das Alter behübscht, als produktiv und erfolgreich darstellt. Altern ist nicht nur hübsch, produktiv und erfolgreich, sondern es ist mindestens ambivalent, es hat auch mit Einschränkungen zu tun und mit sterben. Ich hatte das recht vollmundig formuliert. Rosenmayr antwortete: Ja Kollege, Sie dürfen eins nicht vergessen, wir kamen aus dem Krieg. Wir konnten von Sterben und Tod nichts mehr hören. Wir wollten den alten Menschen im Blick haben, ihm eine andere Zukunft ermöglichen als das, was wir selbst oder unsere Eltern erlebt und erlitten haben. Da dachte ich: Andreas, hättest du besser den Mund gehalten. Seitdem ist mir das ein Schlüssel, um zu verstehen, was diese Generation bestimmt. Was hat es geheißen 1939 in Essen geboren zu sein? Sechs Jahre des Krieges hier erlebt und erlitten zu haben als kleines Kind? Wehrlos gegen alle Angst, Verzweiflung und Not. Die heutige Sterbehilfedebatte ist eine Chance miteinander darüber zu reden, was uns wichtig ist, was wir und was die anderen brauchen. Es geht darum eine Kultur zu entwickeln, in der diese Sozialität miteinander geteilt wird. Das wäre ein Gegenprogramm zur radikalen Individualisierung, die augenblicklich die Debatten beherrscht. Wir haben mit viel Resonanz, mit Volkshochschulen und Hospizvereinen ausprobiert, wie ein „Letzte-Hilfe-Programm“ aussehen könnte. Das ist keine Rezeptologie für den schnelle Suizid, sondern gemeinsames sprechen über das Sterben: Worauf muss ich achten und was brauchen Menschen, die sterben? Was ist Sterben überhaupt? Woran erkennt man das? Wo ist der nächste Hospizdienst? Wie kann ich hilfreich sein?

Diskussion über den Vortrag mit Andreas Heller

PUBLIKUM: Vielen Dank. Mir ist nochmal klar geworden, wie individuell das Erleben des Sterbens wohl ist und wie sehr gerade in der Medizin versucht wird, zu operationalisieren, zu quantifizieren.

Ihre Stabilität und Identität ist so gesichert – und über Verträge und Verbetriebswirtschaftlichung. Die Hospizbewegung ist als Bürgerinnen- und Protestbewegung entstanden. Sie will nicht operationalisieren, nicht quantifizieren, sondern etwas tun, was schlecht in Worte zu fassen ist. Wie kann diese Bewegung Identität und Stabilität erlangen?

ANDREAS HELLER: Das beschäftigt die Hospizbewegung. Wie positioniert sie sich im Verhältnis zur Medizin? Aber auch zur Bevölkerung. Es gibt 80 Millionen Deutsche, seit Jahren aber nur 100.000 Menschen, die im Hospizbereich engagiert sind. Jeder und jede, die nicht über Euthanasie und Suizidbeihilfe aus dem Leben scheiden will, müsste eigentlich mitmachen. Wir müssen Wahlverwandtschaften oder neue Freundschaften eingehen, uns organisieren.

PUBLIKUM: Die ganze Patientenverfügungsdebatte wirft die Leute auf die erwähnte Individualisierung zurück, statt zu sagen: Gibt es Menschen in deinem Leben, denen du vertraust auch wenn du selber nicht mehr artikulationsfähig bist? Es muss ja nicht der oder die eigene Partner/in sein. Aber auch diese Person kann alleine

überfordert sein. Wir sind dringend auf eine Freundschaftskultur angewiesen. Im Hospizgedanken steckt ja diese Idee der Freundschaft. Das heißt, nicht nur gleichgesinnt zu sein, sondern auch Bedingungen zu schaffen, unter denen man mit anderen Menschen Freund werden kann. Ivan Illich sagte: Natürlich braucht es Rotwein und Spagetti, wenigstens. Menschen um einen Tisch versammeln und Sorgegespräche führen. Das ist eine großartige Idee. Wir versuchen das gerade in der Grafschaft Bentheim. Mit dem Hospizverein laden wir Bürger/innen ein, die jemanden zu Hause pflegen. In der ersten Runde kommen „Sorgen auf den Tisch“. Was beschäftigt Euch, welche Sorgen habt Ihr? Ich dachte, am ersten Abend kommen so fünfzehn oder zwanzig Leute. Es waren 100. An acht Tischen haben die Leute erzählt. Es gab nur zwei oder drei Impulsfragen, keine Moderation, keine Ethik- oder Fallbesprechung. Es kommen Themen zur Sprache, die in der Palliativmedizin nicht vorkommen: Zum Beispiel Schuldgefühle angesichts des Lebensendes? Was schulde ich meiner Mutter? Wir haben immer wieder die Erfahrung gemacht, wenn Töchter, Söhne oder Angehörige im Pflegeheim nicht häufig zu Besuch kommen, dass die Pflegekraft sie mit den Worten empfängt: Ja, sind sie auch schon wieder da? Und ich habe als alleinerziehende Mutter zwei Kinder untergebracht, habe den Einkauf besorgt, komme von der Arbeit, bin müde und schleppe mich zu meiner Mutter ins Pflegeheim und da kommt diese Frau

daher und macht mir ein schlechtes Gewissen. Das ist der Normalfall. Wie gehe ich damit um? Angehörige zusammen zu bringen, die ähnliche oder andere Erfahrungen haben. Ich brauche Menschen, die mich verstehen und zurückhaltend sind mit Rezepten wie: Du musst dich abgrenzen. Genau geht ja nicht, sonst hätte man kein schlechtes Gewissen oder würde die Mutter nicht zu Hause versorgen.

Ich erinnere mich an eine schöne Geschichte: Da haben wir Töchter zusammengebracht, deren Mütter in andere Welten entweichen. Eine von ihnen erzählte, dass sie einmal die Woche ihre Mutter aus dem Pflegeheim holt und mit ihr ins Kaffeehaus geht: Kännchen Kaffee und Sahnetorte. Aber: Die Mutter erbricht sich danach regelmäßig und das wiederholt sich über Wochen. Die anderen Töchter erschlossen dieser Dame auf wundersame Weise, dass möglicherweise der Appetit auf ein Stück Sahnekuchen bei der Tochter größer war als bei der Mutter. Das haben sie ohne Therapie herausgefunden. Am Ende eines einstündigen Gespräches fragt die Tochter: Ja meint Ihr, ich soll am Ende alleine das Stückchen Sahnekuchen essen? Ja, genau. Geh alleine und nehme die Mutter nicht mit. Das sind Erfahrungen und Erkenntnisse, die wir brauchen. Wir brauchen nicht immer Experten, die eine Schuldberatung anfangen und eine Therapieempfehlung aussprechen.

Aber die Solidarität untereinander, das ist wichtig. Ich würde mir wünschen, dass diese Sterbehilfedebatte ein Motor dafür ist. Die Hospizbewegung steht vor der großen Aufgabe, jüngere Menschen zu gewinnen. Sie steht vor der großen Aufgabe,

multikultureller zu werden. Wir haben in Deutschland 16,6 Mio mit so genanntem Migrationshintergrund. Da sehe ich in der Hospizbewegung relativ wenige. Es muss bunter, schriller, es muss farbiger werden. Das Land muss sich darin wiedererkennen. In der Hospizbewegung sollten wir uns auch verabschieden von der Idee, sich auf Dauer verpflichten zu müssen. Das macht die nächste Generation nicht mit. Die jungen Leute sind flexibel, sie wollen etwas ausprobieren und das ist auch gut so. Dafür müssen wir Formen entwickeln.

PUBLIKUM: Ich arbeite auf der Intensivstation. Wir bekommen Reanimationen als Notfall aus Altenheimen. Niemand hat darüber nachgedacht, was werden soll, wenn es ans Sterben geht. Aus meiner Erfahrung werden Menschen, die nicht vorgesorgt haben, wirklich zum weiterleben gezwungen. Das ist mir bisher zu kurz gekommen.

ANDREAS HELLER: Das ist eines der schwierigsten Kapitel. Der Sachverständigenrat im deutschen Gesundheitswesen berichtet der Bundesregierung regelmäßig, was falsch läuft im Staate Deutschland. Seit Jahren berichten sie zu Über-, Unter- und Fehlversorgung. Sie haben gerade den klassischen Fall der Überversorgung angesprochen. Es wird geschätzt, dass über 300 Millionen Euro durch sinnlose Behandlung ausgegeben werden, die keiner will. Wir haben aber auch eine medizinische Unterversorgung in Altenheimen. Wir haben auch ein Hausarztssystem, das bei der Komplexität der Erkrankungen, die viele ältere Menschen haben, nicht funktioniert. Immer älter, immer kränker, immer sterbender kommen sie ins Pflegeheim. Pflegeheime

sind Sterbeheime geworden. Wir hatten mit der Diakonie Düsseldorf ein Projekt mit 56 Hausärzten, die in den Pflegeheimen ein- und ausgingen. Das gibt es auch andernorts. Es gibt aber auch viele Hausärzte, die nur in die Krankenakte schauen und dann wieder gehen. Hier brauchen wir strukturell andere Lösungen. Man kann es nicht der Pflegehilfskraft zumuten, keinen Notarzt zu rufen. In zwei Drittel der Fälle werden die Notärzte in Palliativ-Situationen gerufen. Sie sind aber nicht in der Lage, eine Notsituation von einer Palliativsituation zu unterscheiden und überweisen ins Krankenhaus. Ich kann auch nicht mehr hören, wenn auf jedem Medizinkongress Ärzte klagen, dass sie mit einem Fuß im Gefängnis stehen. In den letzten dreißig Jahren ist dafür kein Arzt verurteilt worden. Es geht um eine radikale „Demokratisierung der Sorge“. Schluss mit dem Paternalismus. Ärzte haben sich an dem zu orientieren, was die Betroffenen wollen. Können sie nicht mehr entscheiden, dann liegt die Verantwortung bei jenen, die die Betreuung übernommen haben. Sicher sind wir in Krisensituationen des eigenen Lebens hilflos, ängstlich, unsicher. Wir sind überfordert und brauchen Unterstützung. Wir brauchen eine „Sorge-Revolution“.

Neoliberalismus und die Reorganisation der Care-Ökonomie

– Mascha Madörin

Die Schweizer Ökonomin beschäftigt sich seit Jahren mit der Care-Ökonomie – beispielsweise mit der bezahlten wie unbezahlten Betreuung von Kindern und Pflegebedürftigen. Sie hat uns diese leicht veränderte Forschungsskizze zur Verfügung gestellt.

In der heutigen gesellschaftskritischen Analyse fehlt ein wichtiges Thema weitgehend: die Zukunft der Care-Ökonomie. Meine erste These, die ich hier ökonomisch begründen möchte, geht davon aus, dass einer der zentralen großen Umbrüche, mit denen wir heute konfrontiert sind, bei den Entwicklungen in der bezahlten und unbezahlten Care-Ökonomie und der damit verbundenen ökonomischen Dynamik zu suchen ist. Eine zweite These lautet, dass wir uns diesem Umbruch und den sich stellenden neuen wirtschafts- und gesellschaftspolitischen Fragen mit kritischen oder Staat-versus-Markt-Ansätzen nicht genügend annähern können. Es braucht eine zusätzliche Diskussion, weil sich die neue Kontrolle der Gesellschaft über die Individuen und die Vergesellschaftung der menschlichen Körper von der Güterproduktion unterscheidet:

Und dies sowohl hinsichtlich der Produktiv- und Arbeitskraft (Michel Foucault, zit. in Lemke, 2007) als auch der Vergesellschaftung und Kontrolle der Pflege, Ernährung und Unterstützung bedürftiger menschlicher Körper und Individuen.

Diese zwei Seiten des Care-Arbeits- und Austauschprozesses sind noch kaum thematisiert, es sei denn von feministischen Ökonominen, die von einer zeitweiligen Abhängigkeit von anderen und Verantwortlichkeit für andere reden.

Im ersten Teil will ich begründen, weshalb ich der Ansicht bin, dass die ökonomische Dynamik Fragen, welche die Frauenbewegung vor mehr als 30 Jahren zu diskutieren begonnen hat, zu neuer gesellschaftspolitischer Brisanz verhelfen wird. Im zweiten Teil zur politischen Ökonomie der Biopolitik will ich am Beispiel des Gesundheitswesens skizzieren, weshalb die Arbeits- und Austauschprozesse in der Care-Ökonomie schon immer spezielle Praktiken der ›Regierung der Individuen‹ voraussetzten, die in ihrer modernen Form sehr viel gemeinsam haben mit dem, was Foucault als wesentliches Charakteristikum des Neoliberalismus ansieht. Vor allem in der Gesundheitspolitik und der im Gesundheitswesen entstehenden Praktiken wird vorexerziert, wie es weitergehen könnte, respektive weiter geht, mit der ›Regierung der Individuen‹

Kurze Bemerkungen zum Begriff Care-Ökonomie

Die neueren aktuellen Analysen und Forschungen zur Care-Ökonomie haben ihre Wurzeln in der Debatte der neuen Frauenbewegung zur Haus- und Bezie-

hungsarbeit, in dem also, was als feministische Ökonomiedebatte der neuen Frauenbewegung begann. Das analytische Problem, mit dem sich Theoretiker und Theoretikerinnen der neuen Frauenbewegung intensiv befasst haben, liegt einerseits in der ökonomischen Bedeutung der unbezahlten Arbeit, zum anderen im Begriff ›Dienstleistung‹ und dessen, was eine personenbezogene Dienstleistung ökonomisch charakterisiert. Nicht alle Dienstleistungen sind gleich: es gibt personenbezogene Dienstleistungen und andere. Und es gibt unterschiedlich stark personenbezogene Dienstleistungen wie auch solche, bei denen starke persönliche Abhängigkeitsverhältnisse bestehen. Ein wichtiges Merkmal aller personenbezogenen Dienstleistungen ist erstens, dass – im Unterschied zur Güterproduktion und zu nicht personenbezogenen Dienstleistungen – Produktions- und Konsumtionsprozesse nicht getrennt sind und nicht getrennt werden können. Zweitens sind zwischenmenschliche Beziehungen und damit gegenseitige Emotionen Teil des Arbeitsprozesses und des wirtschaftlichen Austauschs. Die Arbeitszeit, die aufgewendet wird, ist Teil der Leistung (Hochschild, 1990; Jochimsen 2003; Himmelweit, 1995). Zweitens sind Care-Tätigkeiten wie die Pflege von Kranken oder die Betreuung von Kindern durch ein Machtgefälle zwischen Dienstleistenden und Klienten charakterisiert, durch ein Verantwortlichkeits- und Abhängigkeitsverhältnis zwischen den BetreuerInnen und Betreuten während des Arbeitsprozesses (Jochimsen, 2003).

Zwar sind die Konturen von Care-Tätigkeiten einigermaßen umschrieben,

nämlich unbezahlte und bezahlte personenbezogene Dienstleistungen, die wichtig sind für das Überleben und das tägliche Wohlbefinden von Menschen. Unklar ist aber, was genau dazu zu zählen ist. Geht es um Care-Tätigkeiten für alle Menschen oder nur für Abhängige, die gewisse gesellschaftliche Standards der Selbstversorgung mit Geld und ›Eigenarbeit‹ nicht erfüllen können? Sind nur Mahlzeiten, die zu Hause gekocht werden, Teil der Care-Ökonomie, oder zählt auch die Produktion von Fertigmahlzeiten durch die Nahrungsmittelindustrie dazu? Was ist der Unterschied zwischen ›Caring labor‹ und personenbezogenen Dienstleistungen? Wird in der Care-Ökonomie nur ›Caring labor‹ geleistet oder auch andere? Die Definition von Care-Ökonomie hängt also wesentlich vom Erkenntnisinteresse der jeweiligen AutorInnen ab (Madörin, 2006).

Zunehmend frage ich mich, ob es nicht wichtig wäre, zu unterscheiden zwischen den bezahlten und unbezahlten Care-Tätigkeiten für Menschen, die selbst nicht in der Lage sind, für sich selbst finanziell und durch unbezahlte Arbeit teilweise oder ganz zu sorgen (Kinder, gebrechliche und kranke Erwachsene), und den Care-Tätigkeiten, die für alle wichtig sind. Die geplätteten Unterhosen für den voll arbeitsfähigen Ehepartner wegzuräumen, ist ökonomisch gesehen nicht dasselbe, wie die Wäsche für das kleine Kind wegzuräumen oder für eine gehbehinderte erwachsene Person einkaufen zu gehen. Das explizite oder implizite Tauschverhältnis ist ein anderes. In meinen Ausführungen werde ich mich vor allem auf den engeren Begriff der Care-Ökonomie beschränken – außer am Anfang des ersten Teils der folgenden Ausführungen.

Ökonomische Größenordnungen und Dynamiken der Care-Ökonomie

Die folgende Tabelle zeigt, wie wichtig die unbezahlte Arbeit ist – als Teil der Tätigkeiten, die der gesellschaftlichen Versorgung und der Sorge für Menschen dienen und wichtig für unser Wohlbefinden sind.

Die Größenordnungen sprechen für sich. Wir wissen es eigentlich schon: Es

sind vor allem die Frauen, welche die große Last der unbezahlten Arbeit tragen. Und es sind vor allem Frauen, die Care-Arbeiten verrichten, ob bezahlt oder unbezahlt. Was vielleicht weniger klar ist: Die unbezahlte Arbeit ist in der gesamten Volkswirtschaft ein ins Gewicht fallender ökonomischer Faktor. Weniger Arbeit im unbezahlten Sektor – beispielsweise, weil Frauen wegen der Erhöhung des Pensionsalters vermehrt länger erwerbstätig sind und weniger Pflegearbeit leisten

Zeitvolumen für unbezahlte Arbeit				
2010, in Mio. Stunden, ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren				T20.4.3.1
	Total	Frauen	Männer	Anteil F an Total
				in %
Total	8.234,9	5.202,8	3.032,1	63,2
Hausarbeiten total	6.286,5	4.046,1	2.240,4	64,4
Mahlzeiten	1.732,9	1.219,6	513,3	70,4
Abwaschen	720,8	455,3	265,5	63,2
Einkaufen	734,5	439,2	295,3	59,8
Putzen	1.060,1	791,0	269,1	74,6
Wäsche	490,8	407,7	83,1	83,1
Handwerkliche Tätigkeiten	452,5	153,7	298,8	34,0
Gartenarbeit / Haustiere	683,1	391,9	291,2	57,4
Administrative Arbeiten	411,8	187,7	224,1	45,6
Kinderbetreuung / Pflege total	1.308,3	807,6	500,7	61,7
Kleinkinder Essen geben, waschen	297,4	200,5	96,9	67,4
Mit Kindern spielen, Hausaufgaben ma	866,9	517,5	349,3	59,7
Kinder begleiten	116,0	71,1	44,9	61,3
Betreuung, Pflege von Erwachsenen	28,1	18,5	9,5	66,0
Freiwilligenarbeit total	640,1	349,1	291,0	54,5
Institutionalisierte Freiwilligenarbeit	319,7	115,9	203,8	36,2
Informelle Freiwilligenarbeit	320,4	233,2	87,2	72,8

Bundesamt für Statistik, Schweizerische Arbeitskräfteerhebung, Modul "Unbezahlte Arbeit"

© BFS - Statistisches Lexikon der Schweiz

können – hat große Auswirkungen, aus dem einfachen Grund, weil es sich um sehr viel Arbeit handelt. Allein das Zubereiten von Mahlzeiten zu Hause ist, was das Arbeitsvolumen anbelangt, die größte Wirtschaftsbranche (verglichen mit NO-GA-Wirtschaftsabteilungen) überhaupt! Sollen Frauen substantiell von unbezahlter Arbeit entlastet werden, bräuchte es Veränderungen, die Verschiebungen in der Wirtschaftsstruktur, wie wir sie in den letzten zwei Jahrzehnten erlebt haben, relativ bescheiden aussehen ließen. Zur Illustration der Größenordnungen weitere Zahlen: Fürs Jahr 2000 wurde zum ersten Mal in der Geschichte der Schweiz ein erweitertes Bruttoinlandprodukt berechnet, das den Wert der unbezahlten Produktion und Dienstleistungen der Haushalte einschloss. Die folgenden groben Zahlenvergleiche eröffnen eine

überraschende Perspektive auf die wirtschaftlichen Verhältnisse in der Schweiz. Wohlfahrtsökonomisch gesehen gibt es neben staatlichen und parastaatlichen Institutionen und der Privatwirtschaft einen dritten großen Sektor, der produziert und Dienste leistet: den Haushaltssektor. Die Größenordnungen können nicht genug betont werden; nur ihre Kenntnisnahme erlaubt eine realistische Debatte über zukünftige Szenarien der Organisation der Wirtschaft, falls beispielsweise ernsthaft angestrebt werden sollte, Frauen signifikant von unbezahlter Arbeit zu entlasten. Würden Frauen ihre unbezahlte Arbeit nur um 15 Prozent kürzen, entspräche dies – was das Arbeitsvolumen anbelangt – der Schliessung sämtlicher Einrichtungen des bezahlten Gesundheits- und Sozialwesens.

**Bruttowertschöpfung der erweiterten Wirtschaft
100 Prozent (BIP + ca. 70%) im Jahr 2000**

Zusammensetzung des erweiterten BIP in Prozent	
Unbezahlter Sektor	41%
Bezahlter Sektor	59%
Vergleich Anteile am erweiterten BIP in %	
Unbezahlte Frauenarbeit	30%
Staatsquote	21%
Sozialausgabenquote	16%
Hausarbeit	29%
Betreuung/Pflege im Haushalten	8%
Freiwilligen Arbeit/ Nachbarschaftshilfe etc.	4%
Banken und Versicherungen	9%
Industrie, Gewerbe	11%

Grobe Schätzung von M. Madörin aufgrund diverser Daten des Bundesamtes für Statistik (insbesondere BFS 2004)

Dabei ist die Menge der unbezahlten Hausarbeit durchaus nicht unveränderlich – sie hat sich im Verlauf der Geschichte stark verändert, auch die Zusammensetzung der Tätigkeiten. Die technische Entwicklung hat etliche Hausarbeiten wesentlich erleichtert (Gershuny, 2000), beispielsweise die Waschmaschine, neue Textilien, Wohnungseinrichtungen. Das Bedürfnis nach einer Verkürzung der Hausarbeitszeit ist ein wesentlicher Motor der technischen Entwicklung mindestens seit dem zweiten Weltkrieg, man denke nur an die Fertigmahlzeiten und an Fast Food, die den Markt heute erobern und die Techniken der landwirtschaftlichen Produktion und Nahrungsmittelverarbeitung beeinflussen.

Aber: Man kann vielleicht schneller waschen, schneller kochen und essen, schneller Autos produzieren oder dank Computern schneller Artikel aus alten Texten zusammenstückeln (was ich hier gerade tue). Aber kann man auch schneller Kinder aufziehen, schneller Kranke pflegen oder ärztlich behandeln, ohne dass damit die Leistung abnimmt? Die Produktivitätsfortschritte haben Grenzen. Um dieser Frage nachzugehen, sollen die personenbezogenen Dienstleistungen genauer unter die Lupe genommen werden.

Es ist sehr schwierig, Daten zu personenbezogenen Dienstleistungen in der Schweiz zusammenzustellen, was zeigt, wie unwichtig dieses Thema aus der Sicht von Fachpersonen und der Politik nach wie vor ist. In der Schweiz wissen wir nicht, wie viele Leute solche Arbeiten verrichten. Eine Berechnung zum Jahr 2004 hat ergeben: »Für Betreuungsaufgaben im

Haushalt und informelle Pflege werden (...) insgesamt pro Jahr rund 62 Millionen Stunden unbezahlt gearbeitet; nimmt man die informellen Dienstleistungen für andere Haushalte dazu, sind es rund 134 Millionen Stunden pro Jahr. Ausgedrückt als Geldwert, entspräche dies 4,3 Milliarden Franken. Zum Vergleich dazu: (...) die Kosten der Krankenkassen für Spitex-Leistungen betragen 282 Millionen Franken.« (Schön-Bühlmann, 2005). Die Summe von 4,3 Milliarden Franken liegt ungefähr eine Milliarde Franken höher als die Lohnsumme, die im Jahr 2004 an das Pflegepersonal aller Krankenhäuser und Spezialkliniken ausbezahlt wurde .

Bezahlte personenbezogene Dienstleistungen: Dynamiken

1990 machten in den USA die persönlichen Dienstleistungen, zu denen insbesondere die Pflege und medizinische Versorgung gehören, 30 Prozent aller Arbeitsstellen aus. In einer einzigen Kette von privaten Pflegeheimen, der Beverly Enterprises, waren beispielsweise mehr Leute angestellt als beim Autokonzern Chrysler. Und doch, so schreibt Robert B. Reich, der frühere Arbeitsminister der Regierung von Bill Clinton, wissen die AmerikanerInnen sehr viel mehr über die Ökonomie von Chrysler als über wirtschaftliche Probleme von und über Arbeit in Pflegeheimen (Reich, 1992). Seit 2001 bis Mitte 2006 sind in den USA im Gesundheitswesen 1,7 Millionen neue Jobs geschaffen worden, die Zunahme der Arbeitsstellen in der Pharma- und Krankenversicherungsindustrie nicht eingerechnet (Business Week online, 25. 9. 2006). Die

Arbeitsstellen in der Privatwirtschaft – Jobs der Gesundheitsindustrie ausgenommen – haben im gleichen Zeitraum stagniert. Die IT-Industrie hat sogar mehr als 1,1 Millionen Jobs verloren, trotz riesigen Wachstums des Internets. Entsprechende Tendenzen lassen sich für die letzten 15 Jahre in der Schweiz ansatzweise feststellen. Von 1991 bis 1995 und von 2000 bis 2005 ist das Arbeitsvolumen des Gesundheits- und Sozialwesens verglichen mit allen andern Wirtschaftsbereichen am absolut meisten gestiegen. Nur in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre war das absolute Wachstum der Arbeitsplätze im Wirtschaftszweig Informatik und Dienstleistungen für Unternehmen bedeutend grösser als dasjenige des Gesundheits- und Sozialwesens. Natürlich besteht das Gesundheitswesen nicht ausschließlich aus Pflegepersonal, aber ein beträchtlicher Teil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind Pflegendе, PhysiotherapeutInnen, ÄrztInnen etc., also Leute, die klassische Care-Tätigkeiten verrichten.

Schon 1967 hat der bekannte Wirtschaftstheoretiker und Wohlfahrtsökonom William Baumol mit grosser Weitsicht diese Verschiebung der Erwerbsarbeiten zu den persönlichen Dienstleistungen vorausgesehen. Er hat vom ›Cost disease‹ (Kostenkrankheit) dieser Art von Tätigkeiten gesprochen. Aufgrund seiner Analysen kam er zum Schluss, dass persönliche Dienstleistungen und beispielsweise auch künstlerische Tätigkeiten angesichts des technischen Fortschritts in den anderen Sektoren relativ gesehen immer teurer würden (Donath, 2000). Die Steigerung der Arbeitsproduktivität in der Güterproduktion führt dazu, dass für immer

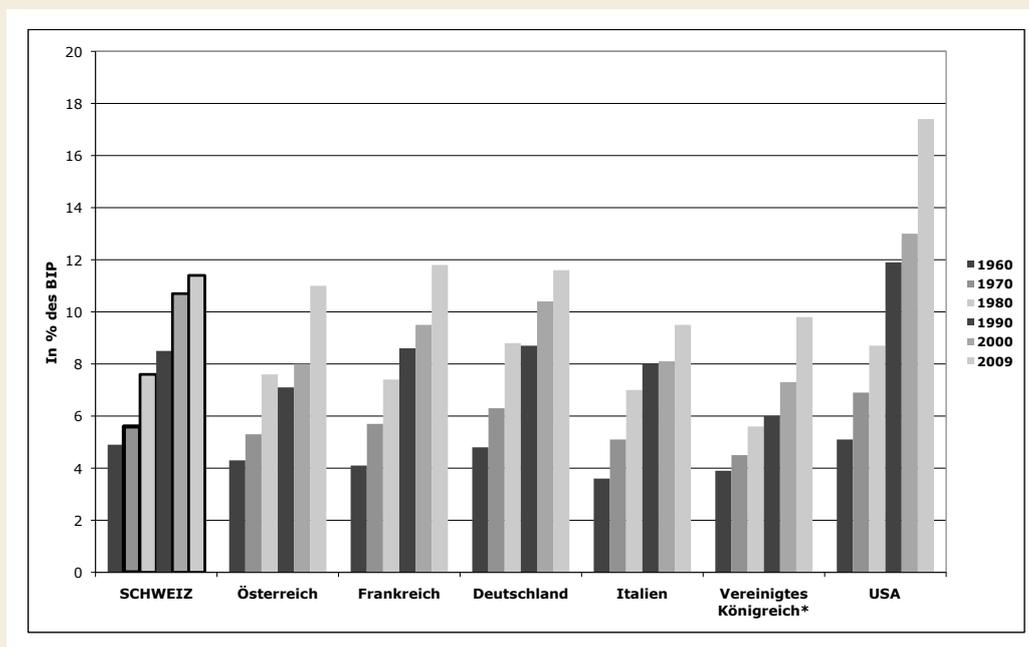
mehr Güter immer weniger Arbeitskräfte gebraucht werden und dass der Anteil der Arbeitskräfte in jenen Bereichen steigt, in denen sich die Arbeitsproduktivität wenig erhöhen lässt und in denen nicht aufs Ausland ausgewichen werden kann. Dies trifft vor allem für persönliche Dienstleistungen zu, weil sie ortsgebunden respektive an sich am Ort aufhaltende Menschen gebunden sind (Reich, 1992). Im Sinne Baumols lässt sich deshalb die so genannte Kostenexplosion im Gesundheitswesen mindestens zum Teil auf ein Wahrnehmungs- respektive ein Preisstrukturproblem zurückführen. Die Kosten des Gesundheitswesens werden relativ immer höher, wenn man sie mit anderen Wirtschaftsbereichen vergleicht, in denen es rasante technische Fortschritte gegeben hat und die Stückkosten stark gesunken sind. Es sei denn, die Löhne sinken.

Die Kosten solcher ›cost-disease‹-Bereiche steigen unter anderem deswegen, weil die Arbeitszeit nicht sinkt, sondern mit zunehmenden Leistungen steigt. Es ist also nicht nur der technische Fortschritt und die ›Anspruchsinflation‹ im Gesundheitswesen, die zur Kostensteigerung des Gesundheitswesens beigetragen hat, sondern vor allem der technische Fortschritt außerhalb des Gesundheitswesens. Die Erwerbsarbeitszeit, die wir aufwenden müssen, um ein Auto kaufen zu können, ist in den letzten Jahrzehnten bedeutend kürzer geworden; das ist aber weit weniger der Fall für Operationen oder Aufenthalte in Spitälern und Pflegeheimen. Baumol selbst war optimistisch bezüglich der Konsequenzen der von ihm analysierten unvermeidlichen ökonomischen Dynamik, die durch den technischen Fort-

schritt in der Güterproduktion verursacht wird. Er hoffte, dass der Lebensstandard trotzdem generell steigen werde. Da die Leute bedeutend weniger für Autos und Ähnliches bezahlen (respektive arbeiten) müssten, könnten sie mehr für ihre Gesundheit ausgeben oder generell für Dienstleistungen und Güter, die von der Kostenkrankheit befallen sind. Der Mann hat nicht mit dem Akkumulationsbedürfnis der Kapitalisten gerechnet, auch nicht mit der ungleichen Einkommensverteilung. Und nicht damit, dass durch die Emanzipation der Frauen ein Teil der bisher unbezahlt geleisteten Dienstleistungen in den Erwerbssektor verschoben und damit noch mehr Arbeitsplätze von der

Kostenkrankheit befallen würden.

Zwischen 1960 und 2000 haben sich in der Schweiz, zu konstanten Preisen gerechnet, die Kosten des Gesundheitswesens pro EinwohnerIn vervierfacht. 1960 machten sie 4,9 Prozent des Bruttoinlandprodukts aus, im Jahr 2000 10,7 Prozent. Verglichen mit anderen Ländern, ist dieser Anteil am Bruttoinlandprodukt hoch (Bundesamt für Statistik, 2003). Untersuchungen zu dieser Frage über Jahrzehnte in über 100 Ländern haben gezeigt, dass die Ausgaben für das Gesundheitswesen praktisch jedes Jahr weiterhin in jedem untersuchten Land stärker wachsen als das Bruttoinlandsprodukt. (Baumol 2012, S. 94 ff.)



Quelle: Bundesamt für Statistik BFS, Gesundheitskosten in der Schweiz: Entwicklung von 1960 bis 2000, BFS aktuell Juni 2003, Tab. T6 S. 23 (Jahre 1960 - 2000), Deutschland 2000: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 7.1.2, 1995 - 2011, Tab 6 S. 35; für 2009 OECD Total expenditure on health as a percentage of gross domestic product: Key tables from OECD Health Statistics, OECD - ISSN 2075-8480 - © OECD 2011 (retrieved May 7, 2012 from www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-key-tables-from-oecd_20758480).

* 2009 lt. OECD Statistiken Vereinigtes Königreich, die anderen Jahren lt. BFS: Grossbritannien Zusammenstellung: M. Madörin

Diese Zahlen werden – nebst den steigenden Krankenkassenprämien – immer wieder als Beweis angeführt, wie problematisch die so genannte Kostenexplosion sei. Ökonomen sehen sie heute im Wesentlichen als eine dem Gesundheitssystem innewohnende Problematik der irrationalen Verwendung ökonomischer Ressourcen, der irrationalen Entscheidungsprozesse und der uferlosen Nachfrage nach Dienstleistungen des Gesundheitswesens. Ich will nicht behaupten, dass solche Irrationalitäten und Ressourcenverschwendungen nicht vorkommen. Außerdem denke ich, dass sich die Leistungen des Gesundheitswesens in den letzten Jahrzehnten erfreulicherweise stark verbessert haben und einem breiten Teil der Bevölkerung zugänglich geworden sind. Aber wer den Diskurs zur ›Kostenexplosion im Gesundheitswesen‹ mitmacht und den Eindruck vermitteln will, dass man es nur besser organisieren muss und es dann bedeutend billiger sein wird, spielt das politische Spiel des Neoliberalismus. Mit der Häufigkeit der kostspieligen Magnetresonanztomographien, den Medikamentenpreisen und der Operationswut der Ärzte lässt sich diese Entwicklung nicht erklären, ebenso wenig mit der verzweifelten Hoffnung Todkranker auf noch teurere Technik. Die Überlegungen Baumols betreffen auch andere Bereiche der Ökonomie, beispielsweise die Landwirtschaft, den Erziehungssektor, Reinigungsdienstleistungen und die Gastronomie. Auch modernste Forschungs- und Finanzzentren brauchen Dienstpersonal, das für Sauberkeit im Computerpark und für die Ernährung der WissensarbeiterInnen sorgt. Auch diese Tätigkeiten lassen sich nicht so einfach „produktiver“ gestalten, es sei

denn, die Löhne werden gesenkt – ein wesentlicher ökonomischer Grund für die Barbarisierung der Migrationspolitik und eine Entwicklung, die gegenwärtig von vielen Regierungen Westeuropas sinnloserweise angestrebt wird. Kurzum: Der technische Fortschritt in einem Teil der Wirtschaft, vor allem in der Güterproduktion, hat ein neues ökonomisches Problem geschaffen. Die Arbeitsproduktivitäten in den verschiedenen Sektoren driften rasant auseinander und mit ihnen die Höhe der Arbeitseinkommen (werden sie dem Marktmechanismus überlassen) und die Profitraten von Investitionen. Mit der Verteidigung der Vollerwerbstätigkeit als Ziel linker Wirtschaftspolitik lässt sich dieses Problem nicht lösen, auch nicht mit dem Ausbau der Bildung. Auch die bestens qualifizierte Ärztin kann keine gute Ärztin mehr sein, wenn sie nicht genügend Zeit hat für ihre PatientInnen.

Eine meiner Thesen lautet, dass heute im Gesundheitswesen eine zentrale Auseinandersetzung darüber geführt wird, wie in unserer Gesellschaft in Zukunft Care, die Sorge für andere, organisiert wird. Dass viele Angestellte im Gesundheitssektor über die Entwicklungen im Gesundheitswesen beunruhigt sind und sich für menschenwürdige Arbeitsplätze – menschenwürdig sowohl für sie selbst als auch für die PatientInnen – einsetzen, ist von strategischer Bedeutung für die Zukunft.

Es geht auch um die Zukunft der gesellschaftlichen Organisation der Care-Tätigkeiten und damit der Care-Beziehungen, die wir alle brauchen, um gut aufzuwachen, leben und in Würde sterben zu können. Tätigkeiten, die – wenn wir die

Zeit betrachten, die dafür bezahlt und unbezahlt aufgewendet wird – eine große ökonomische Bedeutung haben. Leider denken die Gesundheitsökonominnen (auch solche, die ›sozial‹ denken) nicht über das Neue dieser ökonomischen Entwicklung nach, sondern operieren mit Denkmolemodellen, die aus der Zeit stammen, als die Industrie der zentrale Arbeitsmarkt und Wirtschaftswachstumsfaktor war und als die Massenproduktion von Dingen (Fordismus) einen historischen Fortschritt darstellte, den wir alle nicht missen möchten. In Zukunft werden aber bezahlte Care-Tätigkeiten als ›Massendienstleistung‹ ökonomisch immer wichtiger.

Notizen zur politischen Ökonomie der Biopolitik – Care und die Regierung der Individuen

Als feministische Ökonomin und Linke bin ich überzeugt, dass zum ABC gesellschaftstheoretischer Überlegungen die Analyse von Arbeits- und Austauschprozessen gehört. Die neue Frauenbewegung hat eine Debatte über diesen Teil des Arbeitens begonnen: Was ist eigentlich Care-Ökonomie, was bedeutet in diesem Zusammenhang Ausbeutung? Wie prägen die Care-Tätigkeiten die Menschen im Unterschied zu den ArbeiterInnen in Fabrikhallen, zu den BankerInnen und den WissensarbeiterInnen in den Labors, Büros und Hinterzimmern? Hier sollen ein paar Aspekte am Beispiel der Pflege durchbuchstabiert werden. Pflege ist besonders interessant, weil sie den wohl ältesten formalen Sektor für Care-Arbeit (und Berufsarbeit von Frauen) darstellt und eine lange Tradition der Diskussion darüber existiert, was gute Pflege ist.

Alle personenbezogenen Dienstleistungen – ob nun einer Ärztin, einer Reiseführerin, eines Pflegers, einer Lehrerin oder eines Kleinkindererziehers – setzen unvermeidlich zwischenmenschliche Beziehungen voraus, also Subjekt-Subjekt-Beziehungen und nicht Subjekt-Objekt-Beziehungen wie bei der Güterproduktion. Neben fachlicher Kompetenz spielen die Beziehungskompetenz, die gegenseitigen Gefühle, die Kommunikation und die Qualität der Beziehung eine wichtige Rolle. Sie sind – das ist zentral – Teil der Leistung und Teil der Qualität der Leistung. Die detaillierten Pflegeleistungslisten, die es heute für Spitäler gibt, können diesen Teil der Leistung nicht messen. Leistungsmessungen und ihre Standardisierung haben bei Care-Tätigkeiten enge Grenzen.

Die Personen, die im Gesundheitswesen am intensivsten an dieser Subjekt-Subjekt-Beziehung beteiligt sind und über die Qualität der Pflege und die Auswirkungen medizinischer Behandlung am ehesten Bescheid wissen können, sind von der ökonomischen Entscheidungsfindung darüber, was eine gute und effektive Leistung darstellt, in der Regel ausgeschlossen.

Ältere Untersuchungen (in England) haben gezeigt, dass etwa 85 Prozent der Informationen für medizinische Diagnosen aus Gesprächen mit den PatientInnen stammten, etwa 7 Prozent von physischen Untersuchungen und etwa 7 Prozent von technischen Diagnoseverfahren (Hart, 2006). Die Tendenz ist sehr stark, die Zeit für Gespräche zu reduzieren, nicht nur bei ärztlichen Konsultationen, sondern auch in der Pflege.

Bei der heutigen Organisation der Care-Tätigkeiten im formellen Sektor geht es um eine andere Art von Entfremdung, als sie Marx für den Kapitalismus beschrieben hat. In seiner kritischen Analyse des Kapitalismus beschrieb er eindrücklich, wie entfremdet und sinnentleert die Organisation der Lohnarbeit ist. Der wichtigste Herrschafts- und Ausbeutungsmechanismus des industriellen Kapitalismus liegt im Zugang zu Produktionsmitteln und zu Geld, das man zum Leben braucht. Was produziert wird, darüber entscheiden die Arbeiterinnen und Arbeiter nicht, auch bei besten Arbeitsbedingungen nicht. Meine Freiheit besteht in der freien Wahl der Konsumgüter und, wenn ich Glück habe, des Arbeitsplatzes.

Bei der Behandlung eines Patienten und in der Pflege sieht die Sache anders aus: Der Empfänger meiner Leistung sitzt/liegt mir gegenüber. Das, was ich mache, macht für mich unmittelbar Sinn, auch für meinen Patienten sollte es Sinn machen. Der Kontakt zwischen ProduzentIn und KonsumentIn ist durch den Arbeitsprozess gegeben und muss nicht über den Markt hergestellt werden. Die Entfremdungsfrage stellt sich anders: Einerseits muss ich, um gut behandeln und pflegen zu können, dazu motiviert sein und überzeugt sein, dass mein Handeln richtig ist (wie heute übrigens bei vielen qualifizierten Arbeiten). Ebenso muss der Patient von meinem Handeln überzeugt sein. Gleichzeitig aber muss ich gegenüber dieser Person Behandlungen vertreten, über die andere beschlossen haben und die heutzutage geprägt sind vom Spardruck und einem medizinischen Konzept, das den ›Grassroot-BehandlerInnen‹ oft nicht einleuchtet.

Man rede mal mit PhysiotherapeutInnen und Pflegepersonal. Damit dies alles funktioniert, braucht es entweder eine akzeptierte und durchgesetzte Entscheidungshierarchie, wie sie traditionell in Spitälern oder in der Hausarztmedizin existiert (hat), oder dann gibt es, was dem fortgeschrittenen neoliberalen Stadium des Gesundheitswesens entspricht, standardisierte Leistungen und standardisierte Erfolgsmessungen (Professionalisierung!), gepaart mit einem Diskurs der Selbstverantwortung – sprich: Selbstanpassung an die Standards – für die PatientInnen. Thomas Lemke macht Michel Foucaults Unterscheidung zwischen altem Liberalismus und Neoliberalismus an zwei Punkten fest: 1. An der Neudefinition des Verhältnisses von Staat und Ökonomie und 2. an der Differenz der Grundlage des Regierens (Lemke, 1997). Meistens wird in der Argumentation nur der erste Punkt gesehen und die Veränderung der Grundlage des Regierens nicht wirklich untersucht. Der zweite Punkt ist aber für meine Argumentation entscheidend, weil bei den Care-Tätigkeiten die Arbeits- und Austauschprozesse anders sind als in der Güterproduktion. Meine Argumentation läuft darauf hinaus, dass Care-Tätigkeiten wegen des Subjekt-Subjekt-Verhältnisses eine andere Form des Handelns und Austausches zwischen den Individuen voraussetzen; sie sind eben nicht frei und autonom im Sinne des Homo Oeconomicus. Die Ausdehnung und der Eintritt der Care-Ökonomie in die Wirtschaft, so meine These, hat wesentlich zur Veränderung des Regierens beigetragen.

Wie sieht kritische Gesellschaftspolitik aus, wenn wir davon ausgehen, dass

Care-Tätigkeiten eine zentrale Grundlage der heutigen Wohlfahrt und damit des Regierens darstellen? Das Gesundheitswesen, der größte und modernste Sektor der Care-Ökonomie und der älteste Bereich der Sozialpolitik, ist der Ort, wo Formen der Verinnerlichung von selbstverantwortlichem intersubjektiven Aushandeln im Rahmen allgemeiner Regeln längst erprobt sind, immer wieder neu praktiziert und propagiert werden, und zwar für beide Seiten des intersubjektiven Austauschprozesses: zwischen Behandelnden/Pflegenden und PatientInnen. Was gibt es Überzeugenderes als die Professionalisierung der Pflege und evidence-based medicine und was biopolitisch und individuell Wirksameres als die Propagierung eines gesunden Körpermass-Indexes und Cholesterinwertes, der für die ganze Welt (inkl. China!) als Indikator der gesunden Lebensführung des Individuums gilt.

Ein Machtgefälle – was heißt in diesem Fall Demokratisierung und Freiheit?

Wir können es drehen und wenden wie wir wollen: Bei persönlichen Dienstleistungen wie Pflege oder Unterstützung betreuungsbedürftiger erwachsener Personen und von Kindern ist ein Machtgefälle zwischen den Dienstleistenden und den KlientInnen integraler Teil des Arbeits-, Beziehungs- und Austauschprozesses. Dabei geht es hier um eine andere Hierarchie als diejenige innerhalb eines Betriebes zwischen Chef/Chefin und Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern. Wir alle werden als Abhängige geboren und im Lauf, spätestens am Ende unseres Lebens abhängig von der Unterstützung anderer – ein Wi-

derspruch zu allen Freiheitstheorien und ein peinliches Thema auch für die Linke. Vielleicht kommt uns deshalb das Reden über Mütter (und damit über Geschlechterdifferenz) so unsympathisch biologisch und unsäglich weiblich vor, weil die biologischen Bedingungen des Menschseins der Abstraktion von Autonomie und Freiheit, wie sie in unserer Gesellschaft verstanden werden, mindestens zeitweise zuwiderlaufen. Alle, die persönliche Dienstleistungen erbringen, haben Macht über die unterstützte Person, die sie als ProduzentInnen von Dingen nicht hätten, selbst wenn sie letztlich der Autorität des Arztes, des Spitalmanagements, von Santésuisse und des Bundesamts für Gesundheit unterworfen sind. Bei allen Tätigkeiten der Care-Ökonomie, in denen es um die Sorge für Abhängige und um personennahe Dienstleistungen geht, welche die Intimsphäre stark tangieren, wird die Frage des Machtgefälles wichtig. Wenn wir uns die Wirtschaftsgeschichte ansehen, dann wurden die personenbezogenen Arbeiten meistens von SklavInnen, Leibeigenen oder von Frauen erbracht, von Leuten ohne Macht und mit einem niedrigen sozialen Status vorwiegend für Leute mit Macht und einem höheren sozialen Status. Das Machtgefälle wurde für die pflegebedürftigen Privilegierten sozusagen umgedreht oder verkleinert. Wenn ich für meine Pflege eine Sans-Papiers anheuere, dann wird sie mich gut behandeln müssen, weil sie davon abhängig ist, dass ich zufrieden mit ihr bin. Dadurch wird meine Abhängigkeit von intimsten Pflegediensten einfacher und das Bedürfnis nach häufigen kleinen Handreichungen ist leichter zu befriedigen. Der dafür notwendige Zeitaufwand ist so auch für Leute bezahl-

bar, die wenig Geld haben. Ich stelle durch den Kauf der Verfügungsgewalt über die Person, die eine Verfügungsgewalt über meinen Körper und damit über mich hat, wieder eine verlorene Verfügungsgewalt über meinen Körper her.

Eine ähnliche Logik dürfte einer der Gründe sein, weshalb die Honorare für unternehmensbezogene Dienstleistungen (beispielsweise von JuristInnen oder TopsekretärInnen) so viel höher sind als die genau gleiche kompetente Arbeit fürs breite Volk. Die Qualität von Beziehungsarbeit kann ich mir kaufen und steht mir mehr zu, wenn mein sozialer Status hoch genug ist, wenn ich genügend Geld oder aus irgendwelchen Gründen einen Machtvorteil besitze. Heute werden solche Machtvorteile u.a. durch restriktive Immigrationsgesetze geschaffen. Die Frage, wie denn menschenwürdige und partnerschaftliche Care-Arbeiten für alle durchgesetzt werden könnten, welche ökonomischen Voraussetzungen, Organisationsformen und Entscheidungs- und Informationsabläufe es dazu braucht, ist historisch gesehen eine relativ neue Frage, die zuerst von den sozialistischen (soziale Frage, Grundrechte) und religiös-karitativen Bewegungen (Ethik des Dienstes am anderen) aufgeworfen wurde. Die mit Care verbundene Demokratie- und Freiheitsfrage wurde jedoch erst von der neuen Frauenbewegung aufgeworfen.

Die Verobjektivierung von Subjekt-Subjekt-Beziehungen

Die liberale Markttheorie nimmt an, dass das, was ich kaufe, ein Produkt mit

eindeutigen Eigenschaften ist. Es gibt ein Effizienzproblem für die- jenigen, die produzieren und Leistungen erbringen, nämlich die Frage, wie viel die Produktion eines Salates kostet und wie viel ich dafür bekomme. Die Frage der Effektivität (Wirkung) und des Nutzens betrifft mich als Konsumentin. Mich interessiert als Salatkäuferin, für welchen Preis ich einen Salat ohne allzuviel chemische Rückstände kaufen kann. Der Markt, so die Theorie, vermittelt nicht nur zwischen anonymen (freien) ProduzentInnen und KonsumentInnen, sondern dank Wahlfreiheit mit seinem Preisgefüge auch zwischen (Kosten-)Effizienz für die Unternehmer/ProduzentInnen und Effektivität/Nutzen für die KonsumentInnen. Der freie Markt vermittelt zwischen frei entscheidenden, von einander isolierten Individuen einerseits und führt zu technisch und ökonomisch optimierter Produktion von Gütern andererseits. So jedenfalls sieht es die Mainstream-Ökonomie.

Bei der Behandlung von Kranken ist dieser Austauschprozess wesentlich komplizierter. Um zu erklären, was ich mit der Unterscheidung zwischen Effizienz und Effektivität meine, gebe ich folgendes Beispiel: Ein erfahrener indischer Homöopath, der seinen Lebensunterhalt als Atomphysiker bestreitet und seit Jahren Homöopathie praktiziert, hat mir erzählt, dass es für ihn unvorstellbar sei, für eine homöopathische Behandlung vor deren Abschluss Geld zu verlangen. Es sei unethisch, Geld zu verlangen für eine Behandlung, die nichts bringt oder gar alles noch schlimmer macht. Seine PatientInnen würden ihn am Ende der Behandlung bezahlen, je nachdem, ob seine

Bemühungen erfolgreich waren und wie sie eingeschätzt werden. Die Leute bezahlen also für die von ihnen gespürte Wirkung der Behandlung und die von ihnen wahrgenommenen ernsthaften Bemühungen des Homöopathen, sowie abhängig von den ihnen verfügbaren Geldmitteln. Effizient ist die Arbeit des Homöopathen aus seiner Sicht nur, wenn er Erfolg hat – und zwar aus der Sicht des Patienten. Das ist anders in unserem System. Eine Arztkonsultation oder Pflegeleistung wird bezahlt, ob sie Erfolg hat oder nicht und für den Patienten gut gewesen ist oder nicht. Natürlich finde ich eine adäquate Bezahlung der medizinischen Dienstleistungen wichtig, aber es ist nicht unproblematisch, wenn dieses Prinzip mit dem Argument der Kostenersparnis noch verstärkt wird. Die Frage nach der Effizienz im Gesundheitswesen ist nicht dasselbe wie die Frage der Effektivität. Für die Wirtschaftstheorie, die sich unter anderem mit dem rationalen Einsatz knapper ökonomischer Ressourcen befasst, ist diese für das Gesundheitswesen (und alle Care-Leistungen) notwendige Unterscheidung zwischen Effizienz und Effektivität ein schwieriges, ungewohntes Problem. Auch die Fallentschädigung ändert nichts an diesem Problem, ganz im Gegenteil. In den Jahrzehnten der Entstehung der modernen Datenverarbeitungs- und Informationstechnologien ist die evidence-based medicine entstanden, die es erlaubt, Informationen zur medizinischen Behandlung von Hunderttausenden von Menschen zu speichern (Hart, 2006). Sie bietet die (scheinbare) Möglichkeit, eine abstrakte Verbindung zwischen Effektivität und Effizienz von Behandlungen herzustellen, das heißt, das Subjekt-Subjekt-Verhältnis

des Behandlungsprozesses zu verobjektivieren. Verbunden mit der Fallpauschale, braucht es nicht mehr die paternalistische Autorität des Arztes, um die Regierung des Individuums im Gesundheitswesen durchzusetzen. Vielmehr unterwirft sich ein Behandlungsteam einer standardisierten Vorgehensweise, die sozusagen von der Forschung als erfolgreichste und vergleichsweise günstigste Behandlungsform bezeichnet wird.

Bei der evidence-based medicine gibt es drei grundlegende Probleme, die sich bei der Kontroverse um die Komplementärmedizin besonders deutlich gezeigt haben:

1. Zu welchem Zeitpunkt wird der Erfolg einer Behandlung gemessen? Im Denkmodell der Wirtschaftstheorie kaufe ich ein Produkt, wenn es da ist. Was ich damit mache, interessiert nicht. Die Tatsache, dass ich es gekauft habe, ist der Evidenzbeweis. Aber wie steht es mit medizinischen Behandlungen oder Pflegeleistungen? Ihre Wirkungen, ob positiv oder negativ, dauern oft lange an, manchmal lebenslänglich. Welcher Zeitpunkt der Messung soll entscheidend sein?
2. Die evidence-based medicine geht von objektivier- und messbaren Kriterien aus, letztlich von einem Subjekt-Objekt-Verhältnis zwischen behandelnden Personen und PatientInnen. Der Behandlungserfolg wird vorwiegend unabhängig von den Behandelten und deren Selbstwahrnehmungen gemessen – oder dann mit fragwürdig standardisierten Fragebogen, die mit seltsamen, etwas

lächerlichen Befindlichkeitsfragen aufwarten. Ein seit wenigen Jahren dauerndes britisches Programm, in dem eine evidence-based medicine entwickelt wird, die auch das Wissen und die Erfahrung von PatientInnen miteinbezieht, stößt auf etlichen Widerstand seitens der ÄrztInnen, des Pflegepersonals und der ApothekerInnen. Ihre Sorge ist, dass sie der Miteinbezug der PatientInnen in die Informationensammlung zu viel Zeit kostet! (Hart, 2006)

3. Die Individualität, die Eigendynamik und die Komplexität der Krankheiten jeder Person bleiben auf der Strecke. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass viele der Forschungen in der Prävention und der evidence-based medicine wie in der Mainstream-Ökonomie mit statistischen Korrelationsuntersuchungen arbeiten. Diese können zwar wichtige Verfahren darstellen, um Medikamente auf schädliche Auswirkungen für eine signifikante Zahl von PatientInnen zu untersuchen. Dagegen ist nicht unbedingt etwas einzuwenden. Die Frage, ob die Wirkung der Medikamente auch zu einem individuellen Heilungsprozess führt, ist aber mit solchen Korrelationsverfahren wesentlich schwieriger zu beantworten. Dies ist im Fall von chronischen Krankheiten besonders augenfällig und hat mit der Komplexität des menschlichen Körpers und der menschlichen Psyche zu tun. Wer wirklich alternativ-medizinisch argumentieren will, muss mit der Komplexität der Behandlung einer Krankheit argumentieren. Trotz aller schönen Absichtserklärungen ist der Zweck jeglicher Standardisierung, auch wenn sie unter

dem Etikett ›Qualitätsmanagement‹ daherkommt, vorwiegend Zeit- und damit Kostenersparnis sowie die Möglichkeit, die Produktion maschinell zu organisieren und die Entscheidungs- und Austauschverhältnisse zu kontrollieren.

Wie wichtig die „Interaktion“ - jenseits standardisierter Intervention – in der Pflege ist, habe ich beim Besuch meiner gebrechlichen Mutter im Pflegeheim erfahren, als sie sagte: «Gestern haben sie mich abgespritzt.» «Meinst du geduscht?» fragte ich sie. «Ja klar, geduscht» sagte sie, «aber es war ein regelrechtes Abspritzen.» Im Pflegeinterventionskatalog kommt die Kategorie «Abspritzen» nicht vor. Der Unterschied zwischen Duschen und Abspritzen wird nicht als Problem unterschiedlicher Leistungen angesehen, sondern als eine Frage der Moral im Umgang mit Patienten. Aber es gibt dabei verschiedene ökonomische Aspekte: Wie viel Zeit braucht es, dass anstatt Abspritzen Duschen möglich ist? Wie müssen die Arbeitsbedingungen gestaltet sein, dass Pflegende bei ihren Interaktionen mit Patienten diese nicht abfertigend behandeln? Um diese Frage zu beantworten, müsste zwischen der Zeitökonomie der Intervention und der Interaktion selbst unterschieden werden. (Madörin 2015, Teil 3)

Zentrale Zukunftsfragen

Was meinen jetzigen Überlegungsstand anbelangt, so halte ich die Debatten über das Gesundheitswesen und die damit verbundenen Sozialversicherungen für eine gesellschaftspolitisch strategische Frage, die weit über traditionelle sozialpolitische Fragen hinausgeht.

Aufgrund des rasanten technischen Fortschritts stellen sich heute andere wirtschaftspolitische Fragen in Sachen Care-Ökonomie als vor 50 Jahren. Die zentrale Frage lautet: Wie organisiert eine Gesellschaft die notwendige Care-Arbeit in Zukunft? Wie garantiert sie allen Menschen den Zugang zum Gesundheitswesen, zur Bildung und andern wichtigen personenbezogenen Dienstleistungen? Wie garantiert sie gleichzeitig ein „anständiges“ finanzielles Auskommen für diejenigen, die Care-Arbeit leisten? Diese Frage ist für Frauen von zentraler Bedeutung.

Seit Jahrzehnten hören wir, dass das Gesundheitswesen zu teuer sei und effizienter werden müsse, und dass durch eine Reorganisation der Finanzierungs- und Abgeltungssysteme das Gesundheitswesen bei gleicher Qualität billiger werden könne. Neuregulierungen der Finanzierung und neue Tarifsysteme – beispielsweise die Fall- respektive DRG-Pauschalen – sollen den Wettbewerb stärken und damit die Effizienz erhöhen. Tarifsysteme sollen nicht mehr auf tatsächlich getaner Arbeit beruhen, sondern auf der Abgeltung von Leistungen, von denen niemand so genau sagen kann, worin sie bestehen (Madörin 2015, Teil 2).

Hinter dem Leistungskonzept und den damit verbundenen Tarifsystemen steckt die Vorstellung, dass die Zeit bei medizinischer Behandlung oder bei der Pflege in Interventionsschritten, in einzelne „Handlungen“ zerstückelt und mit einer anderen Organisation der Arbeit Zeit gespart werden könnte. Durch die Zeitersparnis, eine stärkere Arbeitsteilung und die Hierarchisierung der Arbeit sollen Lohnkosten gespart werden. Nur funktioniert das nicht oder eben schlecht, weil diese scheinbar effiziente Arbeitsorganisation nicht der tatsächlichen Logik von Pflege und medizinischer Behandlung entspricht. Bei medizinischer Behandlung und Pflege geht es ja nicht nur um die Zeitlogik derer, die pflegen oder behandeln, sondern auch um die Zeiten der PatientInnen. Eine schier undenkbbare Komplikation für BetriebswirtschaftlerInnen, die gerne linear in Minute und Euro rechnen.

Kurzum: Die heutigen Tarifsysteme im Gesundheitswesen, die von einem straff organisierten industriellen Arbeitsprozess ausgehen, sind dysfunktional und blockieren gutes Arbeiten. Und trotzdem kostet das Gesundheitswesen keinen Euro oder Franken weniger.

Es gibt also noch eine zweite dringend zu führende Debatte: über adäquate Tarifsysteme beispielsweise im Gesundheitswesen. Sie müssen den realen Arbeitsprozessen, den Zeitökonomien der Pflegenden und Gepflegten angepasst werden und nicht Effizienzvorstellungen, die aus der Industrie stammen und die prägend sind für die Vorstellungen der Wirtschaftswissenschaften über Marktmechanismen, Produktivität und Effi-

zienz (Madörin 2015, Teil 2 und Teil 3). Diese Debatte wird kaum geführt, weil es weitgehend an substanziellen Analysen zu den Besonderheiten der Care-Arbeitsprozesse fehlt. Und falls es sie gibt, haben sie noch kaum Eingang gefunden in die Arbeits- und Betriebswissenschaften und werden vorwiegend als „ethische Frage“ diskutiert. Mit den Argumentenjokern „Kosten des Gesundheitswesens eindämmen“ oder „Das Gesundheitswesen muss wirtschaftlicher werden“ werden heute dysfunktionale Tarifsysteme legitimiert und durchgesetzt, die die Räume für gute medizinische Behandlung und Pflege zunehmend einschränken.

Es gibt das Sprichwort: „Man soll den Generälen nicht Kriegsentscheide überlassen.“ Ähnlich ließe sich sagen, dass den ÖkonomInnen, BetriebswirtInnen und WirtschaftsingenieurInnen die Definitionsmacht über die Organisation von Institutionen des Gesundheitswesens nicht überlassen werden darf. Aber ob dies der Fall ist, hängt wesentlich davon ab, welche wirtschaftspolitische Definitionsmacht diejenigen beanspruchen und durchsetzen, die im Gesundheitswesen arbeiten. Es geht darum, Theorien der ökonomischen Regulierung und der Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen aus Sicht der Pflege zu entwickeln.

Literatur

Baumol, J. W.: **The Cost Disease. Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't.** New Haven & London: Yale University Press (2012)

Donath, Susan (2000). **The Other Economy. A suggestion for a Distinctively Feminist Economics.** In: *Feminist Economics*, Jg. 6, H. 1.

Hart, Julian Tudor (2006). **The political economy of health care. A clinical perspective.** Bristol.

Himmelweit, Susan (1995). **The Discovery of ›Unpaid Work‹: The social Consequences of the Hochschild**

Arlie Russell (2003). **The Commercialization of Intimate Life. Notes From Home and Work.** Berkeley, Los Angeles, London.

Hochschild, Arlie Russell (1990). **Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle.** Frankfurt/New York.

Jochimsen, Maren A. (2003). **Careful Economics. Integrating Caring Activities and Economic**

Lemke, Thomas (2007). **Gouvernementalität und Biopolitik.** Wiesbaden.

Lemke Thomas (1997). **Eine Kritik der politischen Vernunft – Foucaults Analyse der modernen Gouvernementalität.** Berlin, Hamburg.

Madörin, Mascha (2006). **Plädoyer für eine eigenständige Theorie der Care-Ökonomie.** In: Niechoj T., Tullney M. (Hrsg.): *Geschlechterverhältnisse in der Ökonomie.* Marburg.

Person, Ian (2005). www.cnn.com/2005/TECH/05/12/visionary.pearson.

Madörin, M.: **Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Erkundungen aus der Sicht der Pflege.** Hrsg. vom Institut für Pflege, ZHAW: Winterthur. ISBN 978-3-9524121-2-1. www.project.zhaw.ch/de/gesundheit/pf-zur-sache (2015)

Reich, Robert B. (1992). **The Work of Nations. Preparing Ourselves for 21st-Century Capitalism.** New York.

Schön-Bühlmann, Jacqueline (2005). **Unbezahlte Pflegeleistungen von Privatpersonen und -haushalten.** In: *Soziale Sicherheit* CHSS 5/2005.

Zum Titelbild:

Banksy, Straßenkünstler London

Because I'm worthless

They exist without permission. They are hated, hunted and persecuted. They live in quiet desperation amongst the filth. And yet they are capable of bringing entire civilizations to their knees.

If you are dirty, insignificant und unloved, then rats are the ultimate role models.

Weil ich wertlos bin

Sie existieren ohne Erlaubnis. Sie werden gehasst, gejagt und verfolgt. Sie leben in stiller Verzweiflung im Dreck. Und doch sind sie in der Lage, ganze Zivilisationen in die Knie zu zwingen.

Wenn du dreckig, unwichtig und ungeliebt bist, dann sind Ratten das ultimative Erfolgsmodell.