Medizin und die Zeitstruktur guten Lebens

DFG FOR 5022

Von A bis Z

Medizin und die Zeitstruktur guten Lebens

Zum Kick-Off der zweiten Förderperiode der FOR 5022

im September 2025

Medizin und die Zeitstruktur guten Lebens
DFG FOR 5022

Die DFG-Forschungsgruppe „Medizin und die Zeitstruktur guten Lebens“

Geborenwerden und sterben, voraus- und zurückblicken, den Lebensverlauf erfahren und im Augenblick sein: Menschliches Leben ist wesentlich durch Zeitlichkeit gekennzeichnet. Was macht dabei ein gutes Leben aus und wie lässt es sich gestalten? Diese Frage hat besondere Aktualität in Anbetracht neuer medizinischer Möglichkeiten und ihres Einflusses auf ehemals starre zeitliche Ordnungen: Neue Gestaltungsräume eröffnen sich etwa im Bereich der Fortpflanzungsmedizin, der Behandlung von chronischen Krankheiten und der medizinischen Begleitung von Altern und Sterben.

Die interdisziplinäre Forschungsgruppe FOR 5022 untersucht diese Thematik im engen Austausch zwischen Philosophie, Medizin, Medizinethik, Sozial-, Kultur- und Gesundheitswissenschaften. In der ersten Förderperiode (Mai 2021 – April 2025) stand zunächst die biographische Zeitlichkeit des Individuums im Vordergrund. Anhand von drei Praxisfeldern haben wir das Zusammenspiel von Medizin und den zeitlichen Aspekten guten Lebens in verschiedenen Lebensphasen untersucht: erstens im Zusammenhang der Behandlung chronisch Herzkranker im jungen und mittleren Erwachsenenalter, zweitens im Kontext der Fortpflanzungsmedizin im mittleren Lebensalter und drittens im Bereich der Gesundheitsversorgung älterer Menschen.

In der zweiten Förderperiode (Mai 2025 – April 2029) erweitert sich die Forschungsfragestellung unserer Forschungsgruppe vom individuellen Lebenslauf hin zur Bezugnahme auf überindividuelle Zeitstrukturen. Mit dem Schwerpunkt der Generativität wird thematisiert, inwiefern es für ein gutes Leben relevant ist, sich auch über die eigene Lebenszeit hinaus zu orientieren, etwa mit Hinblick auf die eigenen Nachkommen oder Formen der Weitergabe an künftige Generationen im Allgemeinen.

Die vorliegende Sammlung greift einige Begriffe heraus, um blitzlichtartig kleine Einblicke in das Themengebiet unserer Forschung zu geben. Die Beiträge von Mitgliedern unserer Forschungsgruppe stellen keine erschöpfenden Abhandlungen über das jeweilige Thema dar, sondern geben einen persönlich gefärbten kurzen Impuls, der zum Weiterdenken oder zum Austausch mit anderen anregen soll. Die Auswahl der Begriffe ist weder vollständig noch abgeschlossen, sondern soll vielmehr durch ihre Vielfältigkeit einen Eindruck von der thematischen Bandbreite vermitteln, die beim Nachdenken über Zeit, Medizin und gutes Leben in den Blick rückt.

Medizin und die Zeitstruktur guten Lebens
DFG FOR 5022

A wie Altern 1
B wie Biografie 3
C wie Chronische Erkrankung 4
D wie Demenz 6
E wie Emotion(en) 8
F wie Fortpflanzung 10
G wie Gutes Leben 12
H wie Herz 14
I wie Insuffizienz 16
J wie Jetzt 18
K wie Kairos 20
K wie Kindheit 22
L wie Lebensqualität 23
M wie Medikalisierung 25
N wie Narrativität 27
N wie Notfallmedizin 28
O wie Optimierung 30
P wie Prävention 32
Q wie Queer Temporalities 34
R wie Reality TV 36
R wie Ressourcenverteilung 39
S wie Spiritual Care 41
S wie Sterben und Tod 43
T wie Timing 45
U wie Unzeitigkeit 47
V wie Vorausverfügung 49
W wie Wohlergehen 51
X wie X-Ray 52
Y wie Yes-Spende 54
Z wie Zeit 56

A wie Altern

Mark Schweda

„Wir finden die Zeit im *Altern*“, erklärt der österreichische Schriftsteller Jean Améry in seinem Essay *Über das Altern. Revolte und Revolution*. Einerseits wachse die Menge an gelebter Zeit hinter uns zusehends an und werde irgendwann schier übermächtig. Andererseits nehme die Menge an vor uns liegender Zeit zugleich zusehends ab und verrinne schließlich wie Sand in einem Stundenglas. Die Zeitlichkeit unserer Existenz trete so immer unabweisbarer zutage.

Mit diesen Erwägungen schließt sich eine erstaunliche Lücke in der zeitgenössischen Existenzphilosophie. Zwar hatte schon Martin Heidegger die Zeitlichkeit des Menschen als die grundlegende existenzielle Verfassung seines Daseins begriffen. Das Altern als Prozess oder das höhere Lebensalter als Phase findet dabei jedoch kaum Erwähnung. Die berüchtigte Rede vom „Vorlaufen zum Tode“ scheint über die konkrete Verlaufsstruktur und die verschiedenen Etappen und Biegungen der zurückzulegenden Strecke schlicht hinwegzugehen.

Dabei bildet das Altern zweifellos einen wesentlichen Zug unserer Existenz in der Zeit, vielleicht sogar die zentrale zeitliche Grundstruktur des menschlichen Lebens überhaupt. Schließlich prägt es unser gesamtes Dasein vom Anfang bis zum Ende. Ganz egal wer wir sind, wie wir leben, was wir tun: Wir alle werden älter und durchlaufen dabei gewisse unausweichliche und unumkehrbare Veränderungen unseres Körpers, unserer Persönlichkeit und Perspektive sowie unserer gesellschaftlichen Rolle und Stellung in der Welt. Leben bedeutet Altern.

Allerdings verläuft dieser Prozess individuell wie soziokulturell äußerst unterschiedlich, sodass sich kaum Allgemeines darüber sagen lässt. Traditionell wird das Altern oft nach dem Vorbild natürlicher Kreisläufe als ein Prozess des Wachstums und der Reifung gedeutet und mit Zugewinnen an Lebenserfahrung, Besonnenheit und Gelassenheit in Verbindung gebracht. Die Alten sind im goldenen Herbst des Lebens angelangt, sie fahren die Ernte eines langen Lebens ein, gelten als weise und abgeklärt. Zugleich fehlt es allerdings auch nicht an Stimmen, die die Zumutungen und Härten des Alterns herausstreichen: Die Zeit rinnt uns unwiederbringlich durch die Finger, das Leben nimmt eine feste, unabänderliche Gestalt an, Handlungsmöglichkeiten und Zukunftsaussichten schrumpfen, wir sehen uns mit Verlust, Vergänglichkeit und Endlichkeit konfrontiert. „Old age ain’t no place for sissies“, wie die Hollywood-Diva Bette Davis einst bemerkt haben soll – das Alter ist nichts für Weicheier.

Gegenwärtig scheint die moderne Medizin die Deutungshoheit über das Altern zu gewinnen. Sie bestimmt heute vielfach, was es heißt, alt zu werden und zu sein. Das führt zur einseitigen Fixierung aufs Körperliche und fördert ein Defizitmodell des Alters im Zeichen von Krankheit, Niedergang und Verfall. Gleichzeitig boomt das Angebot an medizinischen Lösungsansätzen. Botox, Filler, chemische Peelings und kosmetische Chirurgie versprechen, dem Älterwerden und damit der eigenen Zeitlichkeit nicht länger ins Gesicht blicken zu müssen. Die so genannte Anti-Aging-Medizin schreibt sich sogar explizit die Bekämpfung des Alterns auf die Fahne. Ziel ist es, den Alterungsprozess zu verlangsamen, aufzuhalten oder zurückzudrehen und das Leben radikal zu verlängern. Menschliche Zeitlichkeit scheint zu einem wissenschaftlich-technischen Problem zu werden. Das Spektrum reicht von diätetischen Ansätzen über Hormonpräparate und Antioxidantien bis hin zu gezielten Eingriffen in die molekularen Mechanismen biologischer Seneszenz. „Der erste Mensch, der 1.000 Jahre alt werden könnte, ist heute vielleicht schon 60“, verkündete der selbsterklärte Biogerontologe Aubrey de Grey vor einiger Zeit. Mit den technischen Visionen einer Kryokonservierung alternder Körper bzw. einer

Digitalisierung der derzeit noch an sie gefesselten Seelen – Stichwort „Mind Uploading“ – bläst die transhumanistische Bewegung schließlich sogar zum direkten und frontalen Angriff auf die menschliche Vergänglichkeit und Endlichkeit selbst. Der letzte Gegner ist der Tod (→ Sterben und Tod).

Was an diesem wissenschaftlich-technischen Kampf gegen das Altern direkt ins Auge sticht, ist der etwas beschränkte Individualismus und Materialismus, die Verkürzung und Fixierung auf den einzelnen alternden Körper und seine jeweilige „Restlaufzeit“. Mit dem Verblassen jenseitiger Erfüllungshorizonte scheint die biologische Existenz im Hier und Jetzt buchstäblich zur „letzten Gelegenheit“ (Marianne Gronemeyer) für Glück und Sinn zu werden, das verzweifelt-verbissene Festkrallen an einem winzigen Stück lebender Materie entsprechend zur einzigen verbleibenden Option. Allerdings mag die Weitung des Blicks für umfassendere Zeithorizonte hier möglicherweise noch immer alternative Perspektiven eröffnen. Das gilt vor allem für den Gedanken der Generativität, also der intergenerationellen Verbundenheit mit unseren Vorläufern und Nachfolgern und der daraus erwachsenden Sorge um und Verantwortung für junge und künftige Generationen. Die Vorstellung, eine Spur zu hinterlassen, positiv in die Zukunft hineinzuwirken und so gleichsam die Quintessenz der eigenen Existenz in Form eines Vermächtnisses an andere, Nachkommende weiterzugeben, stellt in Aussicht, in gewisser Weise über den Tod hinaus fortzuleben und damit die Schranken der begrenzten und fortwährend bereits ablaufenden individuellen Lebenszeit zu überwinden. Ein solches bewusstes Einrücken des alternden Individuums in übergreifende zeitliche Zusammenhänge wie die Abfolge der Generationen, aber etwa auch den gesellschaftlichen Fortschritt oder die nachhaltige Entwicklung der Zivilisation insgesamt und damit den Fortbestand des Planeten als solchen, kommt einer Zurücknahme und Überschreitung des endlichen Selbst im Laufe des Alterungsprozesses und zugleich einer Öffnung für etwas sehr viel Größeres, Umfassenderes, letztlich geradezu Kosmisches gleich. Darin mag ein entscheidendes Moment dessen anklingen, was in der philosophischen Überlieferung als die Weisheit des Alters galt, eine Einsicht, die der deutsch-amerikanische Psychologe Erik H. Erikson einmal in der Wendung „I am what survives me“ zum Ausdruck brachte: Ich bin das, was mich überdauert.

B wie Biografie

Claudia Wiesemann

In seinem autobiografischen Roman „In die Nacht“ schildert Rudolf von Waldenfels, wie sehr ihn eine medizinische Diagnose aus der Bahn wirft. Der Schauspieler und Schriftsteller ist gerade einmal Mitte vierzig, als man ihm eröffnet, er sei an einem unheilbaren Blasenkrebs erkrankt und habe nur noch ein Jahr zu leben. Die völlig überraschende Nachricht von seinem so bald bevorstehenden Tod erschüttert ihn zutiefst (→ Sterben und Tod). Doch nur wenige Wochen später, nach einer Operation wird die fatale Diagnose plötzlich revidiert. Der Krebs ist wider Erwarten heilbar, die Überlebenszeit nicht eingeschränkt. Es könnte also alles wieder gut sein? Nicht für Rudolf von Waldenfels. Denn das Leben, das für ihn vorher so selbstverständlich war, gibt es nicht mehr. Von einem Vierzigjährigen sagt man normalerweise, er stehe in der Mitte des Lebens, er habe noch alle Zeit der Welt vor sich. Doch dieser offene Zeithorizont des Lebens ist Waldenfels verloren gegangen. Er hatte den Tod vor Augen und kann den Blick in diesen Abgrund nicht mehr vergessen. Er fällt aus der Zeit, seinem alten Leben ganz und gar entfremdet.

Es ist diese – manchmal unheimliche – Fähigkeit der Medizin, die Biografien von Menschen zutiefst zu prägen, die sie zu einer großen Macht in unserem Leben hat werden lassen. Sie kann Krankheiten bändigen, die Zukunft vorhersagen, das Leben verlängern und den Tod bannen, aber sie tut das um einen Preis. Sie bestimmt mit, wie sich unser Leben gestaltet. Sie gibt Ziele wie Gesundheit oder langes Leben vor, zu denen wir uns verhalten müssen. Sie prägt unsere Vorstellungen von Wohlergehen und Lebensqualität. Sie lenkt unsere zeitlichen Erwartungen an ein als normal verstandenes Gutes Leben. Man spricht von der Medikalisierung des menschlichen Lebens. Unsere Lebensgeschichte ist von der Medizin geprägt, ob wir das wollen oder nicht, und insbesondere dann, wenn uns eine Krankheit aus der Bahn zu werfen droht.

Versteht man die Medizin nur als Reparaturbetrieb, gerät diese besondere, die Lebensgeschichten von Menschen prägende Macht aus dem Blick. Denn der Kranke ist mehr als nur Laborwerte und Organfunktionen. Er ist ein Mensch mit Geschichte und Zukunft, mit Freunden und Familie, mit Wünschen und Hoffnungen. Die Medizin kann ihre Fehler korrigieren, bessere Therapien entdecken, sich neuen Kranken zuwenden. Der Patient kann das nicht. Sein Leben ist nicht reversibel; es muss zu Ende gelebt werden, selbst wenn sich durch eine voreilige Todesnachricht alle vertrauten Gewissheiten in Luft aufgelöst haben.

In der Medizin hat sich mittlerweile durchgesetzt, dass man sich nicht nur mit Organfunktionen, sondern auch mit der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten befassen sollte. Das ist ein großer Schritt. Immerhin interessiert nun auch, wie die Kranken die Eingriffe der Medizin bewerteten, was also ein Eingriff im konkreten Leben eines einzelnen Menschen bewirkt. Doch auch Lebensqualität ist ein vielfach deutbarer Begriff: Von Wohlergehen über Zufriedenheit und Glück bis hin zu Sinn kann vieles darin enthalten sein. Manches davon ist in hohem Maße individuell und subjektiv, durch persönliche Lebensgeschichte und Lebenszeit geprägt. Das gilt umso mehr, je vielfältiger moderne Gesellschaften und damit auch berechtigte menschliche Erwartungen an ein gutes Leben werden. Es ist die große Herausforderung der Medizin der Zukunft, sich ihrer lebenszeit-bestimmenden Macht bewusst zu sein und nach Kräften all‘ diesen so unterschiedlichen Biografien gerecht zu werden.

C wie Chronische Erkrankung

Daniel Broschmann

Als „Männerschnupfen“ bezeichnet man langläufig, wenn das vermeintlich „starke Geschlecht“ sich in dramatischer Weise aufgrund einer Erkältung außer Gefecht gesetzt fühlt, dafür aber umso mehr auf Hilfe und Fürsorge anderer Personen angewiesen ist. Nicht nur Männer, alle Geschlechter – ob weiblich, männlich oder nonbinär – fühlen sich in ihren körperlichen Fähigkeiten eingeschränkt: Der Körper wird als schwer und schmerzend erlebt, die Nase läuft, der Kopf dröhnt. Jeder Schritt vom Sofa oder Bett wird als anstrengend erlebt, die Konzentration und Aufmerksamkeit ist stark eingeschränkt, es besteht ein hohes Maß an Erschöpfung und Müdigkeit. „Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“: Schopenhauers Aphorismus findet man als Motto fast jeder Apotheke. Aber was bedeuten Gesundheit und Krankheit? Was ist normal und woran bemisst sich das? Und: warum werfen wir nicht alle Pläne in unserem Leben um, wenn wir mal einen grippalen Infekt haben?

Das Kranksein (englisch: Illness) in akuten Krankheitsphasen zeigt uns, dass es eine stillschweigende enge Verwobenheit zwischen unserer personalen Selbstbestimmung sowie unserem Körpererleben gibt, die durch die „Krankheit“ (englisch: Disease) in Frage gestellt ist. Unser leibliches „Ich kann oder könnte“ (Husserl) ist gewissermaßen außer Kraft gesetzt und weicht beim Infekt einer vorübergehenden Insuffizienz. Gleichwohl gehört ein Infekt im Winterhalbjahr zur Normalität dazu – insbesondere, wenn man ein Kleinkind hat, das in die Kita geht. Belastend wird dieser körperliche Zustand erst, wenn ich weiß, dass er nicht in einer Woche vorüber geht, sondern, dass ich gar nicht mehr auf meinen Körper zählen kann. Wie im Chronometer ist Chronos der griechische Gott der objektiven Zeitrechnung – im Gegensatz zum Kairos, dem Gott des günstigen Augenblicks. „Chronisch“ ist etwas, was „objektiv“ lange andauert: so muss eine Schmerzstörung etwa 6 Monate durchgehend bestehen, eine Depression 2 Jahre, um als „chronisch“ bezeichnet werden zu können.

Durch das lange Andauern ändert sich jedoch etwas grundlegend im Krankheitserleben: Wenn ich weiß, dass meine Beschwerden nicht bald vorübergehen und ich meine Projekte wieder aufnehmen kann, dann kann ich mein Leben nicht mehr auf die Zukunft hin gestalten. Mein Zukunftshorizont wird unsicher und verengt sich. Eine chronisch progrediente neurologische Erkrankung wie ALS oder Morbus Parkinson ist durch einen chronischen Abbauprozess gekennzeichnet. Eine schwere Herzrhythmusstörung oder eine koronare Herzerkrankung kann dagegen lange Zeit stabil sein und mit einem Gefühl der Normalität einhergehen, jedoch jederzeit zu einer Reanimationspflichtigkeit oder einem plötzlichen Herzstillstand führen. Eine Erkrankung kann aber auch – wie etwa bei einer Schizophrenie oder Multiplen Sklerose – durch Schübe gekennzeichnet sein, d.h. mit einem Mal auftretende plötzliche Verschlechterung der Symptomatik. Je nachdem, welchen Verlauf eine Erkrankung nimmt und welchen Zukunftshorizont ich erwarte, ändert sich auch meine eigene Identität und mein Krankheitserleben. Es gibt auch chronische Erkrankungen, bei denen sich Betroffene nicht als chronisch krank erleben: Erwachsene mit angeborenem Herzfehler erleben die körperliche Einschränkung – bis zur Überschreitung körperlicher Grenzen – zumeist nicht als Verlust, sondern als Teil ihrer „Normalität“. Schließlich schließen sich Krankheit und Gesundheit nicht aus: bei nahezu allen Erkrankungen werden im Kranksein auch Phasen von Gesundsein erlebt, wie die Philosophin Havi Carel schreibt.

Im Gegensatz zur WHO, die Gesundheit nicht nur über den Ausschluss von Krankheit, sondern auch als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens“ bezeichnet, finden wir bei Friedrich Nietzsche, dem ewigen Hypochonder, einen anderen Gedanken. Der notorische Eigenbrötler bezeichnete Gesundheit als „dasjenige Maß an Krankheit, das es mir noch erlaubt, meinen wesentlichen Beschäftigungen nachzugehen“. Bin ich „gesund“, dann tritt der Körper in den Hintergrund, ich kann meine Lebenszeit gestalten und mich auf die Welt ausrichten. In der chronischen Erkrankung gelingt dies nicht mehr: Betroffene sind zu weiten Teilen von ihrem Kranksein und der körperlichen Insuffizienzerfahrung absorbiert; können nicht mehr mit dem eigenen Leib rechnen und die Zukunft planen. Auch wird diese bedrohlich und unsicher. In gewisser Weise „haben“ sie nicht nur eine Krankheit, sondern sie „sind“ ihr Kranksein und müssen damit umgehen lernen. Dies unterscheidet chronische Krankheit von einem saisonalen grippalen Infekt – selbst, wenn dieser von Männern durchgemacht werden muss.

D wie Demenz

Wenn das Ich sich auflöst

Eva Hummers

Demenz ist weit mehr als nur vergesslich zu sein. Sie ist ein Sammelbegriff für verschiedene Erkrankungsbilder, die eines gemeinsam haben: den fortschreitenden Verlust kognitiver Fähigkeiten. Eine Demenzerkrankung löscht nach und nach das aus, was einen Menschen ausmacht – Erinnerungen, Fähigkeiten, Persönlichkeitsmerkmale. Was bleibt, ist oft nur noch ein Schatten des früheren Selbst.

Die häufigste Form der Demenz ist die Alzheimer-Krankheit, benannt nach dem deutschen Psychiater Alois Alzheimer, der sie Anfang des 20. Jahrhunderts erstmals beschrieb. Sie macht etwa zwei Drittel aller Demenzfälle aus. Im Gehirn der Betroffenen sammeln sich winzige Eiweißablagerungen an, die wie mikroskopisch kleine Stolpersteine die Kommunikation zwischen den Nervenzellen stören. Nach und nach sterben diese Zellen ab – ein Prozess, der sich zunächst schleichend, dann immer rasanter vollzieht. Der Krankheitsverlauf folgt meist einem charakteristischen Muster: Zunächst sind es kleine Veränderungen im Kurzzeitgedächtnis. Der Schlüssel wird verlegt, Namen werden vergessen, Verabredungen entfallen. In dieser Phase können viele Betroffene ihre Defizite noch geschickt kaschieren. Mit der Zeit werden die Lücken jedoch größer. Das Langzeitgedächtnis bröckelt, die Orientierung schwindet, selbst alltägliche Handlungen werden zur Herausforderung. Im fortgeschrittenen Stadium ist oft eine vollständige Betreuung notwendig.

Es gibt noch andere Demenzerkrankungen, oft mit etwas anderen Symptomen in frühen Stadien, aber dann ähnlichen Verläufen.

Was Demenz so tückisch macht, ist ihre Unumkehrbarkeit. Bislang gibt es noch keine Heilung, und für die meisten Formen auch kein Medikament, das den Abbauprozess stoppt. Dies ist bisher nur in wenigen, spezifischen Fällen möglich, z.B. bei einer durch Alkohol ausgelösten toxischen Demenz. Hier kann ein kompletter Alkoholverzicht und Substitution von Vitamin B1 manchmal noch etwas Besserung bewirken. Neue Demenztherapeutika geben zwar Anlass zur Hoffnung bei Alzheimer-Demenz, erfordern aber noch weitere Forschung. Die bisher verfügbaren Medikamente (→ Medikalisierung) können bestenfalls die Symptome lindern und den Verlauf etwas verzögern. Umso wichtiger ist die Prävention: Ein aktiver Lebensstil mit viel Bewegung, geistiger Aktivität und sozialen Kontakten kann das Demenzrisiko deutlich senken.

Demenz ist nicht nur eine medizinische Diagnose – sie ist vor allem eine gesellschaftliche Herausforderung. In einer Welt, die auf Effizienz, Schnelligkeit und ständige Verfügbarkeit setzt, haben Menschen mit Demenz einen schweren Stand. Sie brauchen Zeit, Geduld und vor allem: menschliche Zuwendung. Eine demenzfreundliche Gesellschaft zu schaffen, in der auch Menschen mit kognitiven Einschränkungen würdevoll leben können, ist eine der großen Aufgaben unserer Zeit.

Dabei müssen wir uns von der Vorstellung verabschieden, dass ein Leben mit Demenz zwangsläufig ein Leben ohne Lebensqualität ist. Menschen mit Demenz können durchaus glückliche Momente erleben, auch wenn sie sich später nicht mehr daran erinnern. Sie nehmen Emotion(en) wahr, reagieren auf Musik, Berührungen und freundliche Zuwendung. Die Kunst im Umgang mit Demenzerkrankten liegt darin, sich auf ihre Realität einzulassen, statt sie ständig mit ihrer Vergesslichkeit zu konfrontieren.

Demenz konfrontiert uns letztlich mit grundlegenden Fragen: Was macht uns als Menschen aus? Wie definieren wir uns, wenn Erinnerungen und Fähigkeiten schwinden? Und wie gehen wir als Gesellschaft mit Menschen um, die nicht mehr dem Ideal des autonomen, leistungsfähigen Individuums entsprechen? Die Antworten auf diese Fragen werden mit darüber entscheiden, wie menschlich unsere Gesellschaft in Zukunft sein wird.

E wie Emotion(en)

Affektive Ordnungen zwischen Körper, Zeit und Generativität

Julia Demirdizen

Emotionen sind grundlegende Modi eines relationalen Erlebens, die die Wahrnehmung unserer Lebenswelten prägen. Sie verbinden körperliche Reaktionen mit kognitiven Bewertungen und beeinflussen unser Handeln in zentraler Weise. In der medizinethischen Diskussion stellt sich die Frage, wie *Emotionen* nicht nur das subjektive Erleben, sondern auch Vorstellungen von einem guten Leben (→ Gutes Leben), von Endlichkeit und Generativität beeinflussen. Hierfür muss zunächst die Vielschichtigkeit des Begriffs näher erläutert werden.

In den angrenzenden Feldern der Neurowissenschaften, Psychologie, Philosophie und Sozial- und Kulturwissenschaften gibt es unterschiedliche Akzentuierungen des Begriffs *Emotion* und der Verwendung dieses Konzepts. So beschreibt die Psychologie *Emotionen* beispielsweise als Muster aus Erleben, Körperreaktion, Ausdruck und Handlungsimpuls, während die Anthropologie ihre kulturelle Formung durch Sprache, Sozialisation und Normen betont. Zudem weisen neurowissenschaftliche Ansätze, wie jener von Lisa Feldman Barrett, darauf hin, dass *Emotionen* nicht universell gegeben sind, sondern dass sie sich aus grundlegenden Empfindungen erst kulturell herausbilden. In aktuellen emotionsphilosophischen Debatten wird besonders der Aspekt der Rationalität und Angemessenheit als eigene Form von Emotionen herausgestellt. Dieser verschränkt die Bedeutung der gesellschaftlichen Prägung des Individuums durch Wertevermittlung und -vorstellungen unserer Umwelt mit dem eigenen Verstehen und Umgang damit.

Emotionen bilden aufgrund der Überschneidung und Nähe zu den Kategorien Affekt, Gefühl und Stimmung sowie der herausgearbeiteten biologischen, psychologischen und sozio-kulturellen Dimensionen der einzelnen Felder ein fruchtbares Konzept für interdisziplinäre Forschungsvorhaben.

In neueren, interdisziplinär geprägten Konzepten wie dem Sonderforschungsbereich „Affective Societies“ werden *Emotionen* als relationale Phänomene verstanden. Sie entstehen demnach nicht allein in einem isolierten Subjekt, sondern im Zusammenspiel von Körpern, Dingen, Symbolen und sozialen Praktiken. Emotionen sind somit sowohl individuell verkörpert als auch kollektiv geteilt. Sie markieren, was für eine Gesellschaft wichtig ist, und wirken in Ordnungen von Zugehörigkeit, Macht und Ungleichheit.

Die genannten Ansätze sind für die bio- und medizinethische Praxis besonders hilfreich. Sie zeigen auf, dass Emotionen soziale wie kulturelle Konstruktionen sind. Das bedeutet, dass sie sowohl die Arzt-Patienten-Kommunikation als auch Entscheidungsprozesse prägen. Ob Patient:innen eine Therapie wünschen oder ablehnen, hängt nicht allein von rationalen Argumenten ab, sondern auch von Angst, Hoffnung und den Erwartungen ihres sozialen Umfelds. Mit Begriffen wie „moralischer Stress“ wurde bereits aufgezeigt, dass auch Gesundheitspersonal affektiv in seine Arbeit involviert ist (→ Spiritual Care). Denn Moralischer Stress entsteht, wenn eigene emotionale Bewertungen mit institutionellen Vorgaben kollidieren. Emotionen sind somit kein Nebenaspekt, sondern ein integraler Bestandteil medizinischer Praxis und deren Infrastruktur. Die Art und Weise, wie Gesundheitssysteme auf die Bedürfnisse von Patient:innen und Gesundheitspersonal einwirken, hat einen erheblichen Einfluss auf die Ausgestaltung von Präventionsmaßnahmen sowie Gesundheits- und Krankheitsmodelle.

Ein weiterer wichtiger Punkt im Zusammenhang mit Emotionen im bio-/medizinethischen Kontext sind Fragen zu Zeitlichkeit. Denn Emotionen strukturieren Zeit: Hoffnung richtet den Blick nach vorn, Angst verdichtet Gegenwart, Trauer verankert in der Vergangenheit. Im Kontext von Krankheit, Sterben (→ Sterben und Tod) und Generativität wird deutlich, dass Emotionen Endlichkeit erfahrbar machen und Lebenszeit mit Bedeutung aufladen. Für die Ethik des guten Lebens heißt das, dass Emotionen eine unverzichtbare Ressource im Umgang mit zeitlich gesetzten Grenzen darstellen. Zum anderen stellt Generativität, also das Bestreben, etwas Bleibendes an nachfolgende Generationen weiterzugeben, eine weitere temporale Ebene dar. Sie ist ohne *Emotionen* kaum denkbar. Liebe, Fürsorge, Stolz und Dankbarkeit sind emotionale Kräfte, die die Weitergabe intergenerational, synchron wie diachron, motivieren. Dabei zeigt sich, dass Generativität nicht nur biologisch, sondern auch sozio-kulturell vermittelt werden kann. Emotionen machen diese Weitergabe sichtbar, spürbar und erfahrbar – sei es in Familien, in Pflegebeziehungen oder in Werten und Traditionen.

Emotionen sind nicht Randphänomene medizinischer Praxis, sondern zentrale Orientierungsgrößen für das Verständnis von gutem Leben, Zeitlichkeit und Generativität. Sie strukturieren Erfahrungen und Erleben von Krankheit und Endlichkeit, indem sie Zeit sinnhaft machen. Zugleich prägen sie (Für-)Sorgebeziehungen und die Möglichkeit der generationalen Weitergabe bzw. Verweigerung dieser. In all diesen Dimensionen wirken *Emotionen* als relationale Phänomene, die leibliche Empfindungen, soziale Repertoires und kulturelle Normen miteinander verschränken. Eine Medizinethik, die dem Anspruch gerecht werden will, gute und gerechte Lebensweisen im Angesicht von Endlichkeit und Generativität zu reflektieren, muss *Emotionen* als unverzichtbare Kompassgrößen ernst nehmen: nicht als irrationales Beiwerk, sondern als affektive Ressourcen, die Orientierung geben, Verantwortung strukturieren und Sinn stiften.

F wie Fortpflanzung

Isabella Marcinski-Michel, Claudia Wiesemann

Wer von Fortpflanzung spricht, denkt wahrscheinlich zunächst an einen biologischen Vorgang. Doch Fortpflanzung ist auch ein eminent sozialer Akt, mit dem bedeutungsvolle, generationsübergreifende Beziehungen geschaffen werden. Kinder zu haben und eine Familie zu gründen stellt für viele Menschen einen wesentlichen Teil guten Lebens dar (→ Gutes Leben), den zu verfehlen als großer Verlust empfunden werden kann. An den zeitlichen Verlauf eines solchen ‚guten' Lebens knüpfen sich einflussreiche gesellschaftliche Erwartungen. Die sogenannte ‚Mitte des Lebens' ist geradezu gekennzeichnet durch die Erwartung, dass man sich mit Fragen der Familiengründung beschäftige, und sei es, dass man sich in dieser Phase reflektiert gegen ein Leben mit Kindern entscheidet. Immerhin erlauben es die modernen medizinischen Methoden der Empfängnisverhütung, den Zeitraum, zu dem man *noch* kein Kind oder kein Kind *mehr* bekommen will, mit einer gewissen Verlässlichkeit zu planen.

Damit beginnen aber auch die Probleme. Denn solche Erwartungen eines optimierten Timings können sich insbesondere im Leben von Frauen als schwer zu erfüllende Anforderung herausstellen. Das Zeitfenster für eine Familiengründung ist eng, den ‚richtigen' Zeitpunkt irgendwo zwischen Ausbildungsende auf der einen und dem Ende der Fortpflanzungsfähigkeit mit den Wechseljahren auf der anderen Seite nicht zu verpassen, wird durch vielerlei Widrigkeiten erschwert. Da gibt es gerade noch keine/n Partner/in, oder er/sie ist noch nicht bereit für ein Kind, die eigene Lebens- und Arbeitssituation ist prekär, die Gesellschaft wird von Krisen geschüttelt usw.

Abhilfe verspricht die Fortpflanzungsmedizin, indem sie es etwa ermöglicht, die eigenen Keimzellen vorsorglich für eine spätere Fortpflanzung einzufrieren, oder den Kinderwunsch mit Hilfe künstlicher Befruchtung auch im fortgeschrittenen Alter zu realisieren. Solche Optionen können mit hohen emotionalen (→ Emotion(en)) und nicht zuletzt finanziellen Kosten verbunden sein; unklar ist auch, ob den Kinderwunsch hinauszuschieben nicht bedeutet, ihn am Ende nicht zu realisieren. Frauen, die sich tatsächlich angesichts der vielen Zumutungen eines Berufslebens dazu entscheiden, erst spät im Leben, also jenseits der Vierziger oder Fünfziger ein Kind zu bekommen, werden ohnehin oft misstrauisch beäugt. Von der Medizin werden sie – im Gegensatz zu den oft noch sehr viel später im Leben ein Kind zeugenden Vätern – als „alte" Mütter eingestuft und von der Gesellschaft nicht selten des Egoismus verdächtigt.

Über all diese Planungs- und Optimierungsvorstellungen hinweg bleibt es eine Grunderfahrung des Menschen, dass sich fortzupflanzen ein fragiles Unterfangen ist. Disruptive Erfahrungen, die den vermeintlich normalen Verlauf des Lebens stören, wie etwa ungeplante Schwangerschaften, Fehlgeburten oder die Konfrontation mit der Diagnose ‚Infertilität', kommen nicht selten vor, werden aber wegen der damit verbundenen Stigmatisierung vorrangig im Privaten ausgemacht und sind insofern kaum in gesellschaftliche Erzählungen eingebettet (→ Narrativität). Gänzlich aus dem Rahmen normalistischer Erwartungen an Fortpflanzung, Zeit und Gutes Leben fallen queere Menschen (→ Queer Temporalities), denen das Recht auf einen Kinderwunsch immer noch nicht widerspruchslos zugestanden wird. Bei ihnen können zudem gerade jene herausfordernden, in der Regel im jungen und mittleren Lebensalter (→ Altern) angesiedelten Phasen der Identitätsfindung und -behauptung mit gesellschaftlichen Erwartungen an ein angemessenes – also möglichst nicht zu spätes – Alter für eine Familiengründung konkurrieren.

Für alle Beteiligten – nicht zuletzt die Expertinnen und Experten der Fortpflanzungsmedizin – besteht die spezifische Herausforderung darin, solche ambivalenten Ansprüche und Erwartungen an Zeitlichkeit und gutes Leben zu identifizieren, zu kritisieren und letztlich dazu eine reflektierte eigene Haltung zu finden.

G wie Gutes Leben

Holmer Steinfath

Längst ist die Rede vom „guten Leben“ in Werbung und Populärkultur angekommen. Sie ruft dort Bilder von einem Leben im Einklang mit der Welt und mit sich selbst hervor. Sie nähren den Traum von einem schönen Leben im Kreis der Familie und mit fröhlichen Freunden, in Frieden und versöhnt mit einer intakten Natur. Noch als Trugbilder und ideologischer Schein geben diese Bilder realen Sehnsüchten Ausdruck. Alle Menschen möchten ein gutes Leben führen. Nur sind sie sich nicht einig, worin ein solches Leben bestehen könnte und ob es überhaupt zu erreichen ist. Wie „Freiheit“ oder „Gerechtigkeit“ ist „gutes Leben“ ein Begriff, dessen Ausdeutung notwendig strittig bleibt, weil mit ihm je nach individueller und gesellschaftlicher Lage andere Schwierigkeiten mit und Hoffnungen für das eigene Leben und das der anderen artikuliert werden können.

In der antiken Philosophie wurde das gute Leben (*eu zen*) mit dem Glück (*eudaimonia*) gleichgesetzt. Nur meinte „Glück“ dabei nicht ein Hochgefühl oder eine positive emotionale Gestimmtheit (→ Emotion(en)), sondern ein im Ganzen gelungenes Leben. Ein solches Leben sollte ein Leben sein, dem nichts Wünschenswertes abgeht. Wer es führte, so die Idee, sollte nichts entbehren, dessen Besitz sein Leben noch besser machen würde. Kein Wunder, dass von Platon an viele gemeint haben, dass uns ein derart vollkommenes Leben, einem, dem wirklich nichts fehlen würde, unter irdischen Bedingungen notwendig verwehrt sei. Der Kirchenvater Augustinus war gar überzeugt, dass das Leben der Menschen im Diesseits „elendig“ (*miseri*) sei. Das wahre Glück wurde für ein Leben nach dem Tod versprochen.

Solche maximalistischen Forderungen sind uns heute eher fremd. Und doch treffen sie etwas Richtiges. Einmal nämlich wird jedem halbwegs nachdenklichen Menschen wenigstens irgendwann in seinem Leben dieses Leben zum Problem. Das Leben lebt sich nicht von selbst; wir müssen es führen und ihm eine Gestalt geben. Und weil das Leben für uns eine Aufgabe darstellt, hegen wir immer schon den Gedanken, dass es besser sein könnte. Wir tragen einen, wiewohl meist sehr verschwommenen, Maßstab des Gelingens und des Guten in uns. Andernfalls könnten wir gar kein Ungenügen an dem, was ist, empfinden. Dabei kommen zwei Seiten ins Spiel, die zueinander oft in Spannung stehen.

Zum einen geht es jedem bei der Suche nach dem guten Leben um sein eigenes Leben. Ich muss mich zu diesem einen Leben, dem einzigen, das ich habe, verhalten. Deswegen muss das gute Leben zu mir passen. Entscheidend ist am Ende nicht, was andere von mir wollen oder was in meiner Kultur für das Richtige gehalten wird. Entscheidend ist, dass ich mit diesem meinen Leben zurechtkomme. Ich muss es bejahen können. Es sollte mich erfüllen und, ja, auch, wenn irgend möglich, glücklich machen. Zum anderen steckt in der Idee des guten Lebens trotz aller Selbstbezogenheit ein Objektivitätsanspruch. Das Leben soll sich für mich nicht nur gut anfühlen. Behaglich kann sich jemand in seinem Leben auch einrichten, indem er sich etwas vormacht (wahrscheinlich sogar nur so). Viele wollen jedoch nicht in einer Scheinwelt leben. Sie möchten, dass das, was für sie zählt, wirklich zählt.

Für die subjektive Seite des guten Lebens steht manchmal ein entsprechend subjektivierter Begriff des Glücks; „Zufriedenheit“ oder „Selbstbejahung“ mögen ihn ergänzen oder an seine Stelle treten. Stärker objektive Konnotationen werden mit dem Begriff des Sinns verbunden. So wäre ein gutes Leben also ein glückliches oder wenigstens zufriedenes und zugleich sinnvolles Leben. Und wenn man einem Schurken nicht zugestehen möchte, ein

sinnvolles Leben führen zu können, wird man sich darüber hinaus wünschen, dass ein gutes Leben ein gerechtes oder doch kein ganz unmoralisches Leben ist.

Das ist immer noch sehr anspruchsvoll. Kann ein Leben nicht noch weiter vom vollkommenen Leben entfernt gedeihen? Wenn das gute Leben ein für mich gutes und zu mir passendes Leben sein soll, muss es mit dem vereinbar sein, was mein Leben in seiner Konkretion ausmacht. Vielleicht bin ich von einer Krankheit gezeichnet, vielleicht bin ich arm geboren. Das gehört dann zu dem für mich Gegebenen. Ich muss dann sehen, wie ich trotz Krankheit und Armut meinen Weg im Leben finde. Andere haben es leichter, aber auch sie sind als Menschen verletzlich, und sterblich sind wir alle. Wir mögen das Leben der Götter beneiden, aber ihr Leben könnte nicht unser sein. Wonach wir suchen, ist ein gutes menschliches Leben. Aber auch das, was unserem Leben einen objektiven Wert und Sinn verleihen mag, kann von Person zu Person variieren. Oft hilft es, von sich selbst abzusehen und sich für andere einzusetzen. Aber das kann vieles Verschiedenes bedeuten. Das Leben konfrontiert jeden mit anderen Herausforderungen. Um ihm einen Sinn zu geben, muss jeder seine Herausforderungen annehmen, als Mutter oder Vater beispielsweise, in einem Beruf, als Bürgerin oder Bürger oder gegenüber der Natur. Die Herausforderungen ändern sich auch mit dem Alter (→ Altern); sie sind für einen Jugendlichen andere als für einen alten Menschen. Ein gutes Leben ist an Zeit und Zeitlichkeit gebunden.

Dürfen wir also hoffen, je ein gutes Leben führen zu können? Nur wenn man das gute Leben nicht mit einem Zustand verwechselt, der – einmal erreicht – nichts mehr zu wünschen lässt. Ein gutes Leben zu führen, bleibt eine permanente Aufgabe, die wir im Lichte immer neuer Herausforderungen nur mehr oder minder gut zu meistern versuchen können. Dabei sind wir nicht auf uns allein gestellt. Gelingen kann das Leben nur mit anderen und in einer besser geordneten Welt, die besser nur im Zuge kollektiver Anstrengungen werden kann.

H wie Herz

Christoph Herrmann-Lingen

„Es schmilzt uns es blutet es lacht uns im Leibe“ – So beginnt Hans-Magnus Enzensbergers Gedicht „Innenleben“, in dem er verschiedenste alltagssprachliche Erscheinungsformen des Herzens aneinanderreiht: „Wir bringen etwas darüber und tragen etwas darunter, ... wir nehmen uns etwas dazu, wir haben etwas darauf“ und so weiter. Mit Enzensberger kann das Herz z.B. steinern oder weich, brennend, gut, leicht, schwer oder gebrochen sein. Bei so vielen bildhaften Zuschreibungen verwundert es nicht, dass Marcel Reich-Ranicki das Herz einmal als den „Joker der deutschen Dichtung“ bezeichnet hat.

Aber es kann auch ganz profan „erweitert, verfettet, gebraten“ oder in Aspik eingelegt daherkommen. Und es stellt für die Medizin natürlich diesen einzigartigen, kaum ein Pfund schweren Hohlmuskel dar, der mit seinen zwei Kammern, zwei Vorhöfen und vier Klappen unser Blut am Kreisen und so uns am Leben erhält. Dafür schlägt es – angeregt durch sein ausgeklügeltes elektrisches Reizbildungs- und Leitungssystem – im Laufe eines durchschnittlich langen Lebens einige Milliarden mal. Dabei wird es durch vegetative Nerven und Hormone von unserem Gehirn gesteuert. Aber das Herz ist nicht nur Empfänger von Nervensignalen; es produziert auch selbst Hormone, die u.a. auf das Gehirn zurückwirken können. Es hängt seinerseits an der Blutversorgung über drei wichtige, nur wenige Millimeter weite Kranzgefäße.

Wie gut es dem Herzen bei seiner lebenswichtigen Arbeit geht, hängt in hohem Maße davon ab, wie gut wir es pflegen: Halten wir es durch einen körperlich aktiven Lebensstil fit? Gönnen wir ihm die nötigen Ruhepausen? Oder belasten wir es durch Herzgifte wie Tabakrauch, Cholesterin oder negativen Stress?

Freilich kann das Herz auch bei bester Fürsorge erkranken oder sogar schon bei der Geburt erkrankt sein. Das Herzorgan muss dann evtl. repariert oder sogar ausgetauscht werden.

Jede Herzkrankheit hat ihrerseits entscheidende Bedeutung dafür, wie es uns in unserem Leben insgesamt geht. Müssen wir (wie bei einem angeborenen Herzfehler) von frühester Kindheit mit körperlichen Einschränkungen, medizinischen Eingriffen und einer ungewissen Lebensperspektive leben? Schleicht die Herzkrankheit sich lange Zeit unbemerkt in unser Leben hinein oder wirft sie uns urplötzlich wie ein Blitz aus der Bahn?

Mit seinem Rhythmus ist unser Herz spürbar in die zeitlichen Abläufe unseres Lebens eingebunden und jeder neue Herzschlag verbindet unsere Vergangenheit mit einer mehr oder weniger ungewissen Zukunft. Menschen können sich mit einer Herzkrankheit älter oder jünger fühlen als es ihrem kalendarischen Alter entspricht. Sie können ihre Vergangenheit durch die Brille der Herzkrankheit betrachten („was habe ich nur falsch gemacht?“, „Wie wäre mein bisheriges Leben ohne den Herzfehler verlaufen?“) oder ihre Zukunft durch die Erkrankung gefährdet, ggfs. verkürzt sehen: „Wie lange bleibt mir wohl noch?“

Tatsächlich kann das Herz plötzlich stehen bleiben und dann kann, wie manche Herzpatient*innen zurecht bemerken, „plötzlich alles vorbei“ sein (→ Sterben und Tod). Das kann Ängste auslösen, die bis hin zu behandlungsbedürftigen psychischen Störungen führen können. Der Herzinfarkt ist eben regelmäßig mehr als „nur“ der Untergang einiger Gramm Muskelgewebe. Der Amerikanische Psychosomatiker Ned Cassem sprach vom Herzinfarkt als „ego infarction“, also „Ich-Infarkt“ (psychotherapeutisch zutreffender wäre „Selbst-Infarkt“), da mit dem „Lebensmotor“ Herz auch immer etwas von unserem Bild von uns selbst und unserer Rolle

in der Welt beschädigt wird: War ich vorher klischeehaft „der Macher“ oder „die Mutter der Nation“, bin ich plötzlich mit Schwäche, Abhängigkeit und Vergänglichkeit konfrontiert.

Das Herz kann demgegenüber durchaus auch eine Quelle und ein Spiegel positiver Gefühle sein: Als Beziehungsorgan, das z.B. hüpfen kann, wenn wir uns verlieben, meldet es sich, wenn wir von Anderen innerlich berührt werden. Und für viele Menschen ist es der gefühlte Sitz der Seele, wenn zum Beispiel das Lachen von Herzen kommt.

Auch im Angesicht einer Herzkrankheit ist es wichtig, sich diesen Blick auf das Herz zu bewahren. Dann muss nicht jeder kleiner Hüpfer des Herzens zu Panik führen. Jeder Herzschlag ist vielmehr ein Beweis dafür, dass wir leben. Zugleich ist er eine Erinnerung daran, dass wir immer noch die Chance haben, mit uns und den Mitmenschen ins Reine zu kommen und in Zukunft bewusster – vielleicht sogar besser – zu leben.

I wie Insuffizienz

Wenn Organe ihre Kraft verlieren

Eva Hummers

Insuffizienz – aus dem Lateinischen "insufficientia" – bedeutet wörtlich übersetzt "Unzulänglichkeit" oder "Unvermögen". In der Medizin beschreibt dieser Begriff die verminderte oder unzureichende Leistungsfähigkeit eines Organs oder Organsystems, das seine normale Funktion nicht mehr vollständig erfüllen kann. Meist wird dabei zwischen akuter und chronischer Insuffizienz (→ Chronische Erkrankung) eines Organs unterschieden. Eine akute Insuffizienz beschreibt dabei eine plötzliche oder sich schnell entwickelnde erhebliche Leistungsminderung eines Organs. Eine chronische Insuffizienz kann als Folgeschaden nach einem akuten Ereignis zurückbleiben. Oft entsteht sie jedoch schleichend, ohne frühe Symptome. Wie eine ausgeleierte Maschine, deren Leistung kontinuierlich schlechter wird, verliert ein Organ oder Organsystem dabei die Fähigkeit, seine Aufgabe zu erfüllen. Was so nüchtern klingt, bedeutet für den menschlichen Organismus eine fundamentale Störung seiner fein austarierten Balance.

Deutlich wird dieses Versagen am Beispiel des Herzens. Das Herz pumpt wie ein zentraler Motor lebenslang Blut durch den Körper; eine Herzinsuffizienz ist definitionsgemäß eine Pumpschwäche, bei der weniger Blut aus dem Herz ins Gefäßsystem ausgeworfen wird. Diese kann verschiedene Ursachen haben: Bei hohem Blutdruck oder einer Aortenklappenstenose muss das Herz immer angestrengter arbeiten, um gegen den Widerstand der Blutgefäße zu pumpen. Bei einer Mitralklappeninsuffizienz ist die Klappe zwischen linkem Herzvorhof und Kammer undicht, und ein Teil des Bluts wird nur hin und her gepumpt, anstatt vom Herz in den Kreislauf zu fließen. Nach einem Herzinfarkt kann eine Narbe zurückbleiben, die sich nach außen beult, statt Teil der Muskelpumpe zu sein. Durch schlechte Durchblutung bei koronarer Herzkrankheit oder andere Erkrankungen, z. B. eine Herzmuskelentzündung im Rahmen einer Grippe, wird der Herzmuskel selbst schwächer. Doch wenn so eine Herzinsuffizienz entsteht, gerät in Folge das gesamte System aus dem Takt. Wie ein überlasteter Pumpenmotor beginnt das Herz womöglich zu stottern. Es kann das Blut nicht mehr effektiv durch den Kreislauf befördern, andere Organe leiden dann unter der Minderdurchblutung und entwickeln ihrerseits Schäden.

Insuffizienz kann auch andere Organe betreffen. So können die Nieren z.B. infolge von Entzündungen, Flüssigkeitsmangel, akuten oder schleichenden Vergiftungen zunehmend ihre Filterfunktion als körpereigene Kläranlage einbüßen. Bei einer Leberinsuffizienz kann dieses zentrale Stoffwechselorgan seine vielfältigen Aufgaben der Entgiftung und Produktion lebenswichtiger Substanzen nicht mehr bewältigen. Bei einer Schädigung der Lungen nimmt deren Fähigkeit zum Gasaustausch ab, als würde ein Filter zunehmend verstopfen und nichts mehr durchlassen, und eine respiratorische Insuffizienz entsteht, bei der Betroffene kurzatmig werden und letztlich unter den Folgen von zu wenig Sauerstoff und zu viel Kohlendioxid im Blut leiden.

Was alle diese Formen der Organinsuffizienz verbindet, ist ihre systemische Wirkung. Ein insuffizientes Organ zieht in seiner Schwäche andere Organsysteme in Mitleidenschaft. Wie in einem Dominoeffekt kann der Ausfall einer Funktion weitere Störungen nach sich ziehen. Eine Herzinsuffizienz belastet die Nieren, eine Niereninsuffizienz oder respiratorische Insuffizienz kann das Herz-Kreislauf-System beeinträchtigen – ein Teufelskreis beginnt.

Die moderne Medizin hat für viele Formen der Insuffizienz Behandlungsstrategien entwickelt. Medikamente (→ Medikalisierung) können die Herzleistung unterstützen, die Dialyse kann die Nierenfunktion ersetzen, und Beatmungsgeräte können eine insuffiziente Lunge unterstützen. Doch all diese Therapien können das ursprüngliche Problem meist nur lindern oder die Verschlechterung bremsen, aber nicht mehr wirklich heilen. Sie sind wie Stützen für ein baufälliges Gebäude – notwendig, aber kein dauerhafter Ersatz für die ursprüngliche Stabilität.

Die besondere Tücke der chronisch verlaufenden Insuffizienzen liegt in ihrer oft unbemerkt fortschreitenden Entwicklung. Irreversible Schäden können schleichend im Verborgenen entstehen, denn der Körper ist ein Meister der Kompensation. Lange Zeit kann er nachlassende Organfunktionen ausgleichen, kann Reserven mobilisieren und alternative Wege finden. Doch irgendwann geraten auch diese Mechanismen an ihre Grenzen. Dann kann eine kleine zusätzliche Belastung wie z.B. ein Infekt oder eine Hitzeperiode nicht mehr kompensiert werden. Das gesamte System „kippt“ in eine Abwärtsspirale, in der sich die Gesundheit der Betroffenen dann oft merklich und schnell verschlechtert.

Für die moderne Medizin bedeutet dies eine dreifache Herausforderung: Zum einen gilt es, beginnende Insuffizienzen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln, bevor sie ihre volle destruktive Wirkung entfalten können. Zum anderen müssen Strategien entwickelt werden, die nicht nur die Symptome eines Organs behandeln, sondern das gesamte System stützen und vor allem auch die zugrundeliegenden Ursachen angehen. Denn eine chronische Insuffizienz ist oft das Ende einer langen Kette von Ereignissen, bei der Lebensstil, genetische Faktoren und Umwelteinflüsse zusammenwirken.

In der medizinischen Beratung ist es jedoch wichtig, nicht nur organbezogene Insuffizienzen und sonstige Unzulänglichkeiten oder Störungen in den Fokus zu nehmen. Zwar sind deren Überwachung und Behandlung wichtig. Aber eine zu starke Betonung von Krankheit und Defiziten führt vor allem bei Menschen mit chronischen Krankheiten oft eher zu Hilflosigkeit und Resignation als zu aktivem Bemühen um die eigene Gesundheit. In der modernen Medizin soll daher in einem ressourcenbetonten Beratungsansatz (→ Ressourcenverteilung) der Blick auch auf die verbleibenden Möglichkeiten eines guten Lebens (→ Gutes Leben) und auf die individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten einer jeden Person gerichtet werden, um Motivation, Aktivität und letztlich Gesundheitskompetenz zu fördern.

J wie Jetzt

Sonja Deppe

Auf das Jetzt können wir nicht zeigen. Aber alles, auf das wir zeigen können, ist jetzt. Was jetzt ist, kommt uns auf einzigartige Weise nahe: Was wir wahrnehmen, ist jetzt. Handeln können und müssen wir jetzt. Das Jetzt ist konkret, bestimmt, unausweichlich, einfach da. Mal überwältigend und überraschend, mal bedrohlich und unbarmherzig, mal befreiend und beglückend. Wenn überhaupt etwas, dann müsste das Jetzt zum Greifen nahe sein. Warum nur bekommen wir es nie zu fassen? Anders als das Hier können wir nicht innehalten und es in Ruhe betrachten. Kaum habe ich „jetzt" gesagt, ist der Moment schon wieder vorbei, unwiederbringlich. Nicht nur das – es scheint, als läge es bei uns Menschen in der Art, uns vom Jetzt weg zu orientieren: Wir hängen Erinnerungen nach, wir bereuen oder haben Schuldgefühle, wir betrauern Verlust, wir sind dankbar, wir sorgen uns um die Zukunft, wir planen, wir hoffen und erleben Vorfreude. Wer sich in Meditationstechniken versucht, wird nicht selten damit konfrontiert, wie es uns geradezu aus dem Jetzt herausreißt.

Auch in der philosophischen Betrachtung sorgt das Jetzt für Kopfzerbrechen: Schon in der Antike begegnet uns die Konzeption des Jetzt als dimensionslos, als ein Zeitpunkt, der keine eigene Dauer besitzt. Und schon tauchen die ersten Probleme auf: Zenon von Elea überlegt, dass ein fliegender Pfeil sich in jedem Jetzt-Moment an einer festen Position befindet. Wann aber bewegt sich dann der Pfeil? Das Jetzt scheint wahrlich keinen Platz für Veränderung zu besitzen! Doch wann sollte Veränderung stattfinden, wenn nicht im Jetzt? Zenons Schlussfolgerung, dass Veränderung nicht wirklich ist, möchten die Wenigsten mitgehen. In Abgrenzung zu Zenon konzentriert sich Aristoteles bei seiner Analyse von Zeit auf dauerhafte Zeitabschnitte; das Jetzt kommt gleichsam nur noch als Grenze zwischen einer vergangenen und einer zukünftigen Dauer in Betracht. Aber ist dies nicht auch unbefriedigend angesichts der zentralen Bedeutung, die das Jetzt für unser Erleben und Handeln hat?

Für die gegenwärtige Zeitphilosophie stellt das Jetzt ebenfalls eine gewichtige Herausforderung dar. In einem kurzen aber wirkungsreichen Aufsatz von 1908 folgert John Ellis McTaggart aus der Tatsache, dass das Jetzt sich immer wieder erneuert, nicht weniger als die Unwirklichkeit der Zeit selbst. Die Theorien, die in Abgrenzung zu dieser Argumentation – sozusagen zur Rettung der Zeit – angetreten sind, scheinen teils kaum mehr mit unserer alltäglich-intuitiven Sicht auf das Jetzt vereinbar: Laut dem Eternalismus etwa gibt es das Jetzt objektiv betrachtet gar nicht. Man kann sich das so vorstellen, dass alle Zeitmomente gleichberechtigt in einem vierdimensionalen Universum ausgebreitet liegen (was übrigens sehr gut mit einer Physik der Relativitätstheorie zusammenpasst). Hiernach mag ich, die ich gerade diesen Text schreibe, zwar darauf beharren, dass dies *jetzt* geschieht, dabei handelt es sich jedoch um eine rein subjektiv-perspektivische Aussage – ebenso wie diejenige, dass Göttingen *hier* ist. Mit gleichem Fug und Recht kann die im antiken Griechenland praktizierende Ärztin Agnodike sagen, dass es *jetzt* sei, dass sie einer Geburt beiwohne. Ebenso richtig liegt eine Päpstin, die an anderer Zeitstelle sicher ist, gerade *jetzt* Urbi et Orbi den Segen zu spenden. Das Jetzt besitzt keine Allgemeingültigkeit und für eine umfassende Charakterisierung der zeitlichen Wirklichkeit ist es, so die These, überhaupt nicht relevant.

In dem Beitrag „Zeit" dieser Begriffssammlung lesen wir, dass die Zeit ein Rätsel sei. Das Jetzt, so scheint es, ist das Rätselhafteste an diesem Rätsel. Zugleich aber, das ist und bleibt trotz aller philosophischen Grübelei so, ist das Jetzt uns stets das Nächste und Klarste.

Wir haben nur das Jetzt – zum Riechen und Schmecken, zum Sprechen und Handeln und, ja, zum Genießen eines guten Lebens (→ Gutes Leben). Das Kopfzerbrechen über die Zeit der Marschallin in Richard Strauss' *Der Rosenkavalier* lässt sich ebenfalls im Zeit-Beitrag dieses Heftes nachlesen. An anderer Stelle des Librettos sagt die Marschallin zu ihrem Geliebten Octavian recht weise: „Philosophier Er nicht, Herr Schatz, und komm' Er her./ *Jetzt* wird gefrühstückt. Jedes Ding hat seine Zeit."

K wie Kairos

Claudia Stockinger

Jener seltene Augenblick, den man nutzen muss, will man es nicht lebenslang bereuen, eine, nein: die glücklich machende Entscheidung verpasst zu haben – das ist der Kairos. Wer an den Scheidewegen des Lebens zu lange zögert, ist schon verloren. Mit anderen Worten: Der Kairos setzt unter Druck. Davon berichtet ein Studienfreund, der in seiner Jugend als Anhalter unterwegs war und die schöne Frau im roten Porsche doch fahren ließ, weil sie nicht in seine Richtung wollte. Das leise, aber hörbar gesprochene Wort „Trottel“ der Fahrerin hallt bei meinem Freund bis heute nach.

Nur: Woran erkennt man diesen rechten Augenblick? Sicherlich daran, dass man ihn noch im Erleben auf Dauer stellen will. Als sich Jesus in Begleitung seiner Jünger Petrus, Jakobus und Johannes auf einem „hohen Berg“ mit den Propheten Mose und Elija unterhielt, erlebte Petrus die Begegnung als Augenblick der plötzlichen, ‚lichthaften‘ ‚Verwandlung‘ seines Herrn („sein Gesicht leuchtete wie die Sonne und seine Kleider wurden weiß wie das Licht“). Er war von dieser Situation selbst so geflasht, dass er gleich „drei Hütten“ errichten wollte. Die Immobilie galt offensichtlich schon zu Zeiten des Matthäus-Evangeliums als naheliegende Möglichkeit der Inbesitznahme. Aus diesen überaus menschlichen Plänen aber wurde nichts, Gott selbst intervenierte und leitete die Jünger auf andere Wege. Eine doch nicht verpasste Gelegenheit?

„Augenblick – verweile doch“ – so titelte 2003 eine (erste) Autobiographie (→ Biografie) des seinerzeit schon nicht mehr aktiven Tennisspielers Boris Becker. Das Buch bezieht sich damit auf die heute wohl bekannteste Quelle für den Kairos, auf Goethes Faust 1. Auch Goethes durchaus ambivalent gezeichnete Figur des Dr. Faustus wird maßgeblich von jenem Begehren umgetrieben, den Augenblick festzuhalten („Werd ich zum Augenblicke sagen: / Verweile doch! Du bist so schön!“). In der Folge zieht Faust aber ungleich radikalere Konsequenzen als man diese Petrus oder gar Becker zumuten möchte: „Dann magst du mich in Fesseln schlagen, / Dann will ich gern zugrunde gehn!“ – Festhalten um jeden Preis bedeutet demnach unweigerlich eben nicht Wohlergehen, sondern Sterben und Tod. In Nietzsches Die fröhliche Wissenschaft wird der Gedanke insofern ins Monströse hinein verlängert, als das Erleben eines solchen „ungeheuren Augenblick(s)“ ggf. ergeben könnte, „nach Nichts mehr zu verlangen, als nach dieser letzten ewigen Bestätigung und Besiegelung“. Um ein gutes, erfülltes, gelingendes Leben zu leben (Nietzsche spricht an dieser Stelle davon, „dir selber und dem Leben gut [zu] werden“), müsste die Quadratur des Kreises gelingen und die Lebensdauer mit dem rechten Augenblick in eins fallen.

Anders gesagt: Gutes Leben u.a. mit Blick auf den Tod, mithin zentrale Perspektivierungen der Forschungsgruppe „Medizin und die Zeitstruktur guten Lebens“ (FOR 5022), lassen sich mit dem Schlagwort des Kairos fassen. Nicht umsonst laufen viele der Stichpunkte unseres hier vorgelegten Glossars auf den Kairos zu: In so ziemlich allen Mythologien und Religionen wird vom ihm erzählt (→ Narrativität). Ja, recht eigentlich wird er erzählend allererst erzeugt. Mit der verweigerten Forderung, Hütten zu bauen, liefert das Christentum ein vergleichsweise harmloses Bild für den Kairos. Es kennt im Markus-Evangelium allerdings auch die Vorstellung, das Reich Gottes sei dann „nahe“, wenn „die Zeit“ (ὁ καιρὸς/der Kairos in der altgriechischen Fassung des Neuen Testaments) „erfüllt“ ist. Und die antike Mythologie erklärt den Kairos gar zu einem Gott. Dessen Allmacht wird dadurch zum Ausdruck gebracht, dass er sich

an den eigenen Haaren nicht aus dem Sumpf ziehen lässt, jedenfalls nicht von hinten. Will man ihn packen, erwischt man in der Regel lediglich seine kahle Rückseite.

Mit den zentralen Forschungsperspektiven der FOR 5022 lässt sich also fragen: Kann man den Kairos denn überhaupt optimieren (→ Optimierung), etwa, indem man sich ihn in ähnlicher oder neuer Weise immer wieder erzählt, oder stellt er sich nicht doch stets unzeitig ein (→ Unzeitigkeit), weil gerade er eben nicht planbar ist? Dann eignete er sich jedenfalls nicht als Modell für jene Vorausverfügungen, mit denen das moderne Sicherheitsbedürfnis das Unverfügbare zu organisieren versucht. Ist der Kairos unabdingbar auf absolute Gegenwärtigkeit, das Jetzt, abonniert, zumal man ihn nicht am sprichwörtlichen „Schopf packen“ kann und er stets „auf Messers Schneide“ steht? Stellt er sich überhaupt noch ein in Lebenssituationen, die wörtlich auf den Chronos (altgriech. ὁ χρόνος), den Ablauf der Zeit/die Lebenszeit selbst also, setzen, indem sie – wie im Wortsinn so manche Krankheit – ‚chronisch‘ geworden sind? (→ Chronische Erkrankung) Der chronisch Erkrankte könnte dann gerade nicht auf die Zeit als Augenblick/ὁ καιρὸς setzen, sondern dürfte auf die Zeit als Ewigkeit (altgriech. Äon/ὁ αἰών) wenigstens hoffen. Und für Menschen ohne stabile Jenseitserwartung bliebe dann immerhin noch die irdische Medizin als Hoffnungsträger. Garantien auf Heilung bietet aber auch sie nicht, bei allen Angeboten zu möglichst umfassender Prävention.

Ist der Kairos also doch ein Bild für die Vergeblichkeit des Timings, weil der Mensch es kaum selbst in der Hand und zu verantworten hat, die richtige Entscheidung im rechten, aber flüchtigen Augenblick zu treffen? Einen Ausweg aus den Sackgassen, die sich beim Nachdenken über den Kairos immer wieder neu aufzutun drohen, bietet Ignatius von Loyola mit seinem Vorschlag, auf erfüllende Augenblicke im Kleinen, im Alltäglichen zu achten und diese stets von Neuem produktiv werden zu lassen. Dass der Mitbegründer des Jesuitenordens im 16. Jahrhundert darin einen Weg erkannte, Gott „in allen Dingen“ zu „suchen“ und zu „finden“, muss man ja nicht teilen.

K wie Kindheit

Claudia Wiesemann

„Du sollst einmal ein gutes Leben haben!“ (→ Gutes Leben) Viele Eltern haben ihren Kindern diesen Satz mit auf den Weg gegeben. Nicht ohne Grund sorgen sie sich darum, ihren Sprösslingen einen guten Start in ein erfolgreiches und zufriedenstellendes Leben zu bieten. Dabei orientieren sie sich an verbreiteten Vorstellungen guten Lebens, die sich in der Erwachsenenwelt als sinnvoll und erstrebenswert herausgestellt haben: eine gute Arbeit zu haben, finanziell über die Runden zu kommen, Freunde zu finden und eine Familie zu gründen. Auch in der Medizin ist es ganz selbstverständlich, die Zukunft des Kindes in den Mittelpunkt zu stellen, wenn über Behandlungen entschieden wird. Wie kann man das Überleben des Kindes sichern? Wie kann man das Kind am besten vor zukünftigen Erkrankungen schützen? Es ist gleichermaßen Aufgabe und Privileg der Erwachsenen, ihre Lebenserfahrung zum Schutz und Gedeihen des Kindes einzusetzen.

Dabei gerät gelegentlich aus dem Blick, dass Kinder auch ein Recht auf ein gutes Leben *in der Kindheit* haben. Die berechtigten Sorgen über die *Zukunft* der Kinder dürfen nicht dazu führen, ihre *Gegenwart* außer Acht zu lassen. Leider bietet uns die Philosophie dafür wenig Hilfestellung. Sie hat sich nahezu ausschließlich mit Konzepten guten Lebens für Erwachsene befasst. Ein selbständiges Leben nach eigenen Maßstäben zu führen – so lautet üblicherweise der für Erwachsene entwickelte Grundgedanke. Für Kinder ist das nicht realisierbar. Fragt man sie selbst, was sie unter einem guten Leben verstehen, dann stehen Sicherheit und vertrauensvolle Beziehungen, Glück und Spaß, Spiel und Teilhabe sowie nicht zuletzt die Möglichkeit, eigenständig handeln und etwas bewirken zu können, im Vordergrund.

Kinder und Jugendliche sollten nicht nur Objekt wohlmeinender Erwachsenenentscheidungen sein, sie sollten auch als Akteure ihres eigenen Lebens verstanden werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn es in der Medizin um eingreifende Behandlungen und chronische Erkrankungen geht (→ Chronische Erkrankung). Ein Kind, das an Diabetes erkrankt ist, muss in die Behandlungsplanung einbezogen werden, weil es ohnehin große Selbstständigkeit im Umgang mit dieser seinen Alltag bestimmenden Krankheit zeigen muss. Die Vorstellungen des Kindes von seiner eigenen Gegenwart und Zukunft müssen gehört und berücksichtigt werden. Dies betont auch die Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen. Selbst ein gutes Sterben (→ Sterben und Tod) wäre in diesem Sinne ein wesentlicher Aspekt eines eigenen guten Lebens. Zum Glück ist die Medizin nicht oft damit konfrontiert, Kinder oder Jugendliche im Sterben zu begleiten. Aber die Forschung zeigt eindrücklich, dass es nicht nur den schwerkranken Kindern, sondern auch ihren Familien besser geht, wenn die Kinder frühzeitig (→ Zeit) in Entscheidungen über ihr Lebensende eingebunden werden.

L wie Lebensqualität

Lisa Nebel

Lebensqualität ist aus der Medizin längst nicht mehr fortzudenken – sie zählt, neben Mortalität und Morbidität, zu den entscheidenden patientenbezogenen Behandlungskriterien und ist seit 2017 im Sozialgesetzbuch V fest verankert. Eine Entwicklung, die die Perspektive der Patient*innen im medizinischen Diskurs festigt, denn Lebensqualität wird von der Weltgesundheitsorganisation definiert als das persönliche Urteil darüber, wie gut das eigene Leben mit individuellen Werten, Zielen und Präferenzen zusammenpasst. Das war nicht immer so: Die fragwürdige, oft vergessene Herkunft des Konzepts liegt in der eugenischen Debatte, in der Lebensqualität als Fremdurteil über den Wert eines individuellen menschlichen Lebens verwendet wurde. Nach einer kritischen Auseinandersetzung und Weiterentwicklung des Begriffs im sozialwissenschaftlichen Diskurs fand Lebensqualität als Indikator subjektiven Erlebens erneut Einzug in die Medizin. Der ursprünglich weit gefasste Begriff wurde allerdings schnell zugunsten einer effizienten Erfassung auf seine Bezüge zur Gesundheit reduziert. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität beschreibt das körperliche, psychische sowie soziale Funktionsniveau und Wohlbefinden von Patient*innen. Diese Fokussierung wirft jedoch einige Probleme auf, die es zu diskutieren gilt.

Die Problematik der medizinischen Konzeption von Lebensqualität wird am Beispiel der Geschichte von Stephen Hawking besonders eindrücklich: Nach der Diagnose einer neurodegenerativen Erkrankung wurde ihm eine kurze Lebenserwartung und eine dramatische Verschlechterung seines Gesundheitszustandes, die negative Auswirkungen für seine Lebensqualität mit sich ziehen würde, prognostiziert. Er wäre nicht mehr in der Lage, sich selbstständig fortzubewegen, geschweige denn sich anderen über das gesprochene Wort mitzuteilen. Trotz massiver körperlicher Einschränkungen entwickelte Hawking revolutionäre physikalische Theorien, reiste, hielt Vorträge und bezeichnete sein Leben als erfüllend.

Hawkings Biografie verdeutlicht folgende Probleme der medizinischen Konzeption von Lebensqualität: Zunächst handelt es sich bei Lebensqualitätsurteilen um Momentaufnahmen. Die individuelle Bewertung der eigenen Lebensqualität kann sich im Laufe des Lebens erheblich verändern (→ Altern). Eine Person, die heute ihre Lebensqualität als niedrig einschätzt, kann sie in einer späteren Lebensphase positiver bewerten und umgekehrt. Die zeitliche Varianz (→ Zeit) von Lebensqualitätsbewertungen kann auf verschiedene Ursachen zurückgeführt werden: Subjektive Urteile können emotionalen (→ Emotion(en)) und kognitiven Verzerrungen unterliegen und durch Anpassungsprozesse, neue Perspektiven oder aber veränderte Lebensbedingungen beeinflusst werden. Medizinische Entscheidungen, die sich stark auf aktuelle Lebensqualitätsbewertungen stützen, könnten daher langfristige Entwicklungen unzureichend berücksichtigen.

Die Fähigkeit zur Anpassung an bestimmte Gegebenheiten wird oft unterschätzt, wie das sogenannte Well-Being-Paradox verdeutlicht. Es beschreibt die Beobachtung, dass Menschen mit erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen ihr Wohlbefinden (→ Wohlergehen) oft *überraschend* hoch bewerten – höher als es ihr objektiver Gesundheitszustand vermuten ließe. Was können wir aus diesem Phänomen schließen? Lebensqualität ist weit mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit, Leid oder Schmerz.

Durch ihre Reduktion auf die Bezüge zur Gesundheit entsteht jedoch ein blinder Fleck, der essenzielle Aspekte eines erfüllten Lebens ausblendet. Das Erleben von Sinn, die Erfüllung von

Zielen oder die Realisierung persönlicher Präferenzen – all das beeinflusst, ob Menschen ihr Leben als gelungen empfinden. Während Hawkings Geschichte ebenso wie die Biografien von Frida Kahlo, Viktor Frankl oder Friedrich Nietzsche eindrucksvoll illustrieren, dass Leid, Verlust oder Krisen tiefere Sinnhaftigkeit stiften können, muss ein hohes Maß an gesundheitsbezogener Lebensqualität nicht zwingenderweise bedeuten, dass Menschen ihr Leben als sinnhaft empfinden.

Kurzum: Die Berücksichtigung der Lebensqualität hat dazu beigetragen, dass die subjektive Perspektive von Patient*innen stärker in den medizinischen Diskurs einbezogen wird. Sie ist ein wertvolles Instrument, um Behandlungserfolge nicht nur an objektiven Gesundheitsparametern zu messen. Dennoch sollten wir uns der Bedeutung der gängigen medizinischen Konzeption von Lebensqualität bewusst sein, um sie nicht fehlzuinterpretieren! Ein wirklich umfassendes Verständnis von Lebensqualität muss über Funktionalität und Wohlbefinden hinausgehen – hin zu einer tieferen Auseinandersetzung mit dem, was ein gutes Leben für die Betroffenen wirklich ausmacht (→ Gutes Leben).

M wie Medikalisierung

Laura Mohacsi

Die wissenschaftlichen und technologischen Entwicklungen der letzten Jahrhunderte haben dazu geführt, dass immer mehr medizinische Möglichkeiten mit steigenden Erfolgschancen verfügbar sind. Seit dem 19. Jahrhundert lässt sich eine Professionalisierung der Medizin beobachten, die weitreichende Medikalisierungsprozesse nach sich zieht. Medikalisierung bezeichnet gesellschaftliche Entwicklungen, durch die die Zuständigkeiten der Medizin auf Probleme ausgeweitet werden, die zuvor nicht als medizinisch galten. So wird beispielsweise Unfruchtbarkeit von der Weltgesundheitsorganisation inzwischen als Krankheit klassifiziert und kann auf verschiedenerlei Art und Weise medizinisch behandelt werden. In der Altersmedizin macht sich die Medikalisierung dadurch bemerkbar, dass Symptome, die einmal als „normale" Alterserscheinungen galten (→ Altern), heute vielfach als Krankheiten behandelt werden. Am Lebensende (→ Sterben und Tod) lässt sich das Phänomen der Medikalisierung auch durch einen Wechsel der zuständigen sozialen Rollen veranschaulichen: War früher ein Priester zuständig, Sterbende zu betreuen, so sind es heute mehrheitlich Ärztinnen und Ärzte, die den Sterbeprozess begleiten (→ Spiritual Care).

Im Zuge von Medikalisierungsprozessen werden nicht-medizinische Probleme unter Rückgriff auf neue Krankheitskonzepte zu medizinischen umgedeutet. Darin verbirgt sich eine Pathologisierung – die Erklärung von etwas als krankhaft –, die das Potenzial zur individuellen Entlastung beinhaltet: Abweichendes Verhalten, etwa bei Alkoholismus oder Spielsucht, muss nicht länger als moralisches Fehlverhalten gedeutet werden, sondern lässt sich als Krankheit verstehen. Andere Deutungsarten, etwa religiöse, werden darüber verdrängt und moralische Ansichten wandeln sich. Die Deutungsmacht über moralische Fragen verlagert sich zunehmend von anderen gesellschaftlichen Bereichen zur Medizin. Während es zum Beispiel lange Zeit fast ausschließlich der Kirche zustand, moralisch über Verhütungsmethoden oder Schwangerschaftsabbrüche zu urteilen, haben heute die Aussagen von Medizinethiker*innen große Wirkmacht, werden medial aufgegriffen und oft auch bei der Gesetzgebung berücksichtigt.

Deshalb wird neben einem Entlastungspotenzial oft ein großes Steuerungs- und Machtpotenzial in der Medikalisierung gesehen. Durch ihre Ausweitung in den Alltag wird die Medizin zur Institution der sozialen Kontrolle. Denn medizinische Diagnosen, Behandlungsmethoden und Gesundheitsnormen wirken nicht nur heilend, sondern regulieren gesellschaftliche Normen und Verhaltensweisen. Beispielsweise wird argumentiert, dass vermehrte Diagnosen von ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) und deren Behandlung mit Medikamenten wie Ritalin auch eine Disziplinierungsfunktion haben – etwa um impulsive oder „störende" Kinder an schulische Erwartungen anzupassen. Das gängige Bild von Medizin als rationale und objektive Naturwissenschaft verschleiert dabei solcherlei Kontrollausübung.

Zudem beinhaltet die Medikalisierung auch eine Tendenz, gesellschaftliche Probleme zu individualisieren und dadurch die Last der Problemlösung auf dem Rücken Einzelner abzuladen. Da Diagnostik und Therapie auf individuellem Level erfolgen, werden nicht-medizinische Interventionen (z.B. politische oder soziale) unwahrscheinlicher, sobald ein Problem einmal als medizinisch-individuelles klassifiziert wurde. Auf das ADHS-Beispiel bezogen bedeutet das, dass durch die Diagnose einzelner impulsiver Kinder mit ADHS die Notwendigkeit

geschmälert wird, das Schulsystem politisch und gesamtgesellschaftlich zu hinterfragen und besser an unterschiedliche Bedürfnisse von Kindern anzupassen (→ Kindheit).

Gleichzeitig mit der Medikalisierung bestimmter Phänomene kommt es immer auch zur De-Medikalisierung anderer Phänomene. Homosexualität beispielsweise wurde über Jahrzehnte hinweg immer weiter legalisiert und normalisiert, sodass sogenannte Konversionstherapien, die darauf abzielen, die sexuelle Orientierung einer Person zu verändern, in Deutschland heute verboten sind.

Im Kern von Medikalisierungsthesen steht die Idee, dass die medizinische Praxis und Autorität, aber auch die Gesetzeslage und Rechtsprechung bezüglich der Medizin zunehmend auf Aspekte des Alltags ausgeweitet werden. Das kann Einzelpersonen einerseits zwar von der Verantwortung für eigene Verhaltensweisen entlasten, bürdet ihnen andererseits aber auch Verantwortung für gesellschaftliche Probleme auf und verlagert einen Teil sozialer Kontrolle und gesellschaftlicher Deutungsmacht an die Medizin. Medikalisierungsprozesse stehen dabei nicht für sich, sondern finden in Wechselwirkung mit anderen gesellschaftlichen Veränderungen wie technologischem Fortschritt, Individualisierung oder Säkularisierung statt. Diese wechselseitigen Dynamiken zeigen, dass Gesundheit und Krankheit nicht nur biologische bzw. medizinische Kategorien sind, sondern auch soziale und kulturelle Dimensionen haben, die sich stets wandeln – und genau darin liegt die Herausforderung für Wissenschaft, Medizin und Gesellschaft.

N wie Narrativität

Christian Hißnauer

Wir sind alle ‚erzählende Affen' oder ‚Geschichten erzählende Tiere', um bekannte Beschreibungen des ‚*homo narrans*' aufzugreifen. Das bedeutet, dass *Erzählen* ein Grundbedürfnis des Menschen ist – und das auf verschiedene Weise: Narrative (also erzählende) Aspekte berühren unser Selbstbild genauso wie unsere Weltwahrnehmung, in der Wirtschaft zählt die Erfolgsgeschichte, in der Politik setzt man ‚Narrative' ein, der Journalismus lebt vom Storytelling, Historiker*innen *erzählen* Geschichte. Als *Narrative Medizin* hält das Erzählen sogar Einzug in das Gesundheitswesen. Was aber heißt ‚erzählen'? Was zeichnet also Narrativität aus?

Um diese Frage zu beantworten, hilft ein Blick in die Erzählforschung, die sog. Narratologie. Dort finden sich sog. Minimaldefinitionen, die versuchen, den *Kern* des Erzählens zu bestimmen. Wesentlich dabei ist, dass Narrativität vor allem über die *erzählende Form* bestimmt wird (und nicht über das Vorhandensein eines*einer Erzähler*in), um sie intermedial anschlussfähig zu machen. In einem sehr allgemeinen Sinne lässt sich *Erzählen* so als Darstellen eines Geschehens, einer Zustandsveränderung oder einer Verkettung von Ereignissen verstehen. Narrativität ist also dadurch geprägt, dass etwas passiert. Daher ist *Zeitlichkeit* eine grundlegende Eigenschaft des Erzählens.

Die Narratologie interessiert aber nicht nur, *was* erzählt wird, sondern auch, *wie* erzählt wird. Dabei spielt Zeitlichkeit ebenfalls eine große Rolle, denn eine wesentliche Funktion des Erzählens ist es, die Zeit der Ereignisse in eine andere Zeit – die der Erzählung – zu überführen. So können Geschehen gerafft (wenn bspw. die Ereignisse von Jahren oder gar Jahrzehnten auf wenigen Buchseiten abgehandelt werden), der Augenblick gedehnt (z.B. durch die filmische Zeitlupe) oder die zeitliche Abfolge des Dargestellten verändert werden (bspw. durch Rückblicke und Vorausdeutungen). Auf den Punkt gebracht wird das in der oft zitierten Aussage des französischen Filmregisseurs Jean-Luc Godard: „Jede Geschichte hat einen Anfang, eine Mitte und ein Ende, aber nicht unbedingt in dieser Reihenfolge." Diese *doppelte Zeitstruktur*, die sich als Verhältnis von *erzählter Zeit* zur *Erzählzeit* darstellen lässt, macht Narrativität im engeren Sinne aus.

Die *Narrative Medizin* interessiert sich in zweifacher Hinsicht für Erzählungen. Zum einen werden in der Mediziner*innenausbildung Romane, Filme und Serien o.ä. mit dem Ziel eingesetzt, angehende Ärztinnen und Ärzte zu einem (selbst-)kritischen Denken anzuregen (bspw. durch die Übernahme von Betroffenen- oder Angehörigenperspektiven). Zum anderen will die Narrative Medizin eine bessere Patient*innenversorgung in der Praxis erreichen, indem sie ihren Erzählungen mehr Gewicht beimisst.

N wie Notfallmedizin

Akutversorgung am Limit

Eva Hummers

Die Notfallmedizin ist ein Bereich der Medizin, der sich mit der eiligen Diagnose und ersten Behandlung akuter, potenziell lebensbedrohlicher Erkrankungen und Verletzungen befasst. In Deutschland gibt es anders als in manchen anderen Ländern keinen eigenständigen Facharzt für Notfallmedizin. Eine Qualifikation in der Notfallmedizin kann nur als sogenannte Zusatzbezeichnung, also zusätzlich zu einer anderen Facharztbezeichnung erworben werden und umfasst unter anderem spezialisierte Kurse sowie Erfahrung auf einer Intensivstation und bei Rettungseinsätzen.

Vordefinierte, strukturierte Herangehensweisen prägen jede notfallmedizinische Behandlung. Wie präzise Navigationssysteme führen Protokolle den Behandler, z.B. anhand des ABCDE-Schemas durch eine Ersteinschätzung: von der Sicherung der Atemwege (Airway) über die Beurteilung der Atmung (Breathing) und des Kreislaufs (Circulation) bis zur neurologischen Einschätzung (Disability) und Untersuchung äußerer Faktoren (Exposure/Environment). Diese systematische Vorgehensweise ermöglicht es, lebensbedrohliche Zustände binnen kürzester Zeit zu erkennen und zu behandeln.

In der präklinischen Notfallmedizin steht die Stabilisierung lebenswichtiger Körperfunktionen im Vordergrund. Moderne Rettungsmittel gleichen dabei mobilen Intensivstationen, ausgestattet mit Monitoring-Systemen, Beatmungsgeräten und Point-of-Care-Diagnostik. Notarzt und Rettungsdienst können somit die erste Phase der Akutversorgung direkt vor Ort leisten, sei es bei einem Herzinfarkt, Schlaganfall oder schweren Trauma.

Die klinische Notfallmedizin in den Notaufnahmen arbeitet nach dem Prinzip der Triage – Patienten werden anhand unterschiedlicher Kriterien hinsichtlich der Dringlichkeit ihrer Behandlung eingeteilt. Hier tragen verschiedene Fachdisziplinen zu einem integrierten Behandlungskonzept bei.

Besonders bei zeitkritischen Krankheitsbildern hat die Notfallmedizin standardisierte Behandlungspfade entwickelt. Jeder Handgriff sitzt, jede Minute zählt – wie bei einer gut geölten Maschine, bei der jedes Teil seine exakte Funktion hat.

Die neurologische Notfallmedizin demonstriert eindrücklich das Konzept der „Time is Brain“. Bei einem ischämischen Schlaganfall sterben pro Minute etwa 1,9 Millionen Nervenzellen ab. Die moderne Schlaganfallversorgung mit Bildgebung und ggf. systemischer Lyse gleicht einem Wettlauf gegen die Zeit, bei dem jede Verzögerung irreversible Schäden bedeuten kann.

Auch die Versorgung von Unfallopfern folgt präzisen Algorithmen. Das Advanced Trauma Life Support (ATLS) strukturiert die Versorgung Schwerverletzter. Von der initialen Stabilisierung bis zur definitiven Versorgung greift dabei ein Zahnrad ins andere – Notärzte, Unfallchirurgen, Anästhesisten und Pflegekräfte arbeiten eingespielt zusammen.

Die moderne Notfallmedizin nutzt zunehmend technologische Innovationen. Telemedizinische Systeme ermöglichen die Expertise von Spezialisten in Echtzeit, Point-of-Care-Testungen liefern kritische Laborwerte binnen Minuten, und digitale Entscheidungsunterstützungssysteme helfen bei der Diagnosestellung. Doch bei aller Technisierung bleibt die klinische Expertise der Behandelnden der entscheidende Faktor.

Die Zukunft der Notfallmedizin liegt in der weiteren Optimierung der Behandlungsketten und der Integration neuer Technologien. Wie ein lernendes System entwickelt sie sich ständig weiter, immer mit dem Ziel, das therapeutische Zeitfenster optimal zu nutzen. Denn in der Notfallmedizin gilt nach wie vor: Zeit ist der kritischste Faktor – und oft genug gleichbedeutend mit Überleben.

O wie Optimierung

Julia Schreiber

In einem allgemeinen Sinn kann Optimierung zunächst als Versuch verstanden werden, ein unter den gegebenen Bedingungen und mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen bestmögliches Ergebnis zu erzielen (→ Ressourcenverteilung). Insofern stellt sie ein genuin wirtschaftliches Handlungsprinzip dar – sind Unternehmen doch darauf angewiesen, schneller zu sein als andere, mehr Leistung zu erbringen, Effizienz zu steigern, um im Wettbewerb zu bestehen. Auch in Technologie und Naturwissenschaften spielt Optimierung eine zentrale Rolle und wird, nicht zuletzt angesichts ökologischer und gesellschaftlicher Krisen, zunehmend mit der Hoffnung verknüpft, Investitionen (etwa von natürlichen Rohstoffen) zu reduzieren und Verluste zu minimieren.

Optimierung ist aber auch zu einer Anforderung für marktferne Organisationen geworden und erstreckt sich bis in die Lebenswelt der Individuen hinein über fast alle Lebensbereiche und -phasen: Wichtiger geworden ist etwa die Förderung von Bildung und Entwicklung bereits ab dem frühen Kindesalter (→ Kindheit), um Heranwachsende möglichst optimal auf die zukünftige Arbeitswelt vorbereiten. Optimierungsanforderungen setzen sich dann im Berufsleben fort, wo nicht nur möglichst vielfältige Qualifikationen einzubringen, sondern permanent weitere Kompetenzen zu entwickeln sind. Es gilt, anpassungsbereit und leistungsfähig zu sein, Risiken präventiv auszuräumen (→ Prävention), überdies langfristig fit und gesund zu bleiben – und dies äußerlich auch zu repräsentieren. Aber auch soziale Beziehungen müssen zunehmend mit beruflichen Anforderungen in Einklang gebracht werden, insbesondere vor dem Hintergrund begrenzter zeitlicher Ressourcen (→ Zeit), was fortwährende Optimierung verlangt. Menschen stehen etwa vor der Herausforderung, das Elternwerden biografisch passend zu ‚timen' (→ Timing; Biografie), d.h. sozialen Ansprüche an Elternschaft gerecht zu werden (etwa durch berufliche und partnerschaftliche Stabilität), ohne zugleich das in biologischer Hinsicht bedeutsame Zeitfenster für Fortpflanzung zu verpassen. Für Eltern gilt es wiederum, berufliches Vorankommen und Familienleben zu vereinbaren.

Derartige Optimierungsbestrebungen gehen zurück auf einen Wandel von Arbeits- und Lebenswelten nach den politischen Umbrüchen der 1990er Jahre und wurden befeuert durch Globalisierung und Digitalisierung. Sie sind gleichzeitig verwoben mit kulturellen Leitvorstellungen des ‚guten Lebens' als eines, das an Autonomie und Selbstverwirklichung orientiert ist (→ Gutes Leben). Erfolg und Anerkennung, aber auch Wohlergehen und Zufriedenheit im Privaten werden zunehmend als Ergebnis einer gelungenen Lebensführung verstanden, für das jede und jeder selbst verantwortlich ist. Sich zu optimieren kann so in vielerlei Hinsicht subjektiv als erstrebenswert und nützlich erachtet, als sinnvoll und befriedigend erfahren werden. Ausbleibende Erfolge, Scheitern und Unzufriedenheit werden zugleich mehr und mehr auf mangelnden Willen oder eine unzureichende Optimierung zurückgeführt und können den Druck erhöhen, sich immer weiter zu verbessern.

Diese Dynamik gilt es zu berücksichtigen, wenn die Folgen von Steigerung in den Blick genommen werden. Nicht nur erscheint Optimierung prinzipiell unabschließbar – reicht es doch nicht, Fehler oder Makel auszubügeln. Vielmehr geht es darum, immerfort das Maximum aus sich herauszuholen, zumal es stets irgendwo irgendjemanden zu geben scheint, der schneller, besser oder effizienter ist. Die Angst, sich noch nicht hinreichend für sich selbst, für die eigene Leistung und den eigenen Erfolg engagiert zu haben, kann so Verbesserungsbestrebungen

vorantreiben und zu Überforderung und Erschöpfung führen. Versuche der Effizienzsteigerung und Reduktion zeitlicher Ressourcen können zudem – auch da, wo sie augenscheinlich funktionieren – problematische Folgen für Sorgebeziehungen haben, dies zeigt sich nicht nur in Familien, sondern etwa auch im Gesundheits- und Sozialwesen. Und sie scheinen mit Verschiebungen von Werten und Prioritäten, von individuellen und kollektiven Sichtweisen auf Verletzlichkeit und Angewiesenheit verbunden. Die ‚Kosten' dieser Entwicklungen für die nachfolgende Generation und den Fortbestand der Gesellschaft werden dann womöglich nur mittelbar und erst im zeitlichen Verlauf sichtbar. Dies sollte in die Reflexion von Optimierungsbestrebungen einbezogen werden.

P wie Prävention

Der Tanz mit der Zeit

Evelyn Kleinert

In der Medizin und im Bereich der öffentlichen Gesundheit (Public Health) ist Prävention der ambitionierte Versuch, die Zukunft zu gestalten, bevor sie zur Gegenwart wird. Es ist der Ansatz, Krankheiten den Wind aus den Segeln zu nehmen, noch bevor sie am Horizont erscheinen. Dabei agiert die Präventionsmedizin wie beim Schachspiel, wo Züge weit im Voraus geplant und potenzielle Gefahren antizipiert werden. Prävention operiert in einem Spannungsfeld zwischen dem Jetzt und einem imaginierten Später. In der Präventionsmedizin blickt man gewissermaßen durch ein Zeitfernrohr und versucht, die Konturen zukünftiger Gesundheitsrisiken zu erkennen. Dabei bewegt man sich auf einem schmalen Grat zwischen begründeter Vorsorge und übertriebener Sorge.

In diesem Tanz mit der Ungewissheit begegnen wir zwei Hauptakteuren: der Verhaltens- und der Verhältnisprävention. Die Verhaltensprävention richtet ihren Blick auf das Individuum und versucht, durch Aufklärung und Motivation gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu etablieren. Sie wirkt wie ein persönliches Training, das uns ermutigt, mehr Bewegung in unseren Alltag zu integrieren, auf Rauchen, Alkohol und Drogen zu verzichten oder unsere Ernährung umzustellen. Die Verhältnisprävention hingegen nimmt die Bühne selbst ins Visier - sie zielt darauf ab, die Lebensbedingungen und Umweltfaktoren so zu gestalten, dass sie der Gesundheit zuträglich sind. Sie gleicht der Architektur, die gesunde Arbeitsplätze entwirft, den Zuckergehalt in Lebensmitteln reguliert oder Gesetze für rauchfreie öffentliche Räume auf den Weg bringt. Darüber hinaus strebt die Verhältnisprävention danach, gesundheitliche Ungleichheiten in der Bevölkerung zu vermindern, indem sie Barrieren abbaut und Chancengleichheit im Zugang zu gesundheitsfördernden Ressourcen schafft (→ Ressourcenverteilung).

Ein anderer Ansatz in der Prävention ist das sogenannte Strukturmodell, wobei zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention unterschieden wird. Die primäre Prävention gleicht der Gartenarbeit, bei der der Boden bereitet und Samen gesät werden, bevor Unkraut Wurzeln schlagen kann. Sie zielt darauf ab, Krankheiten von vornherein zu verhindern, indem sie Risikofaktoren minimiert und gesunde Lebensweisen fördert. Die sekundäre Prävention ähnelt der Detektivarbeit, bei der nach ersten, kaum sichtbaren Spuren gesucht wird. Sie konzentriert sich auf die Früherkennung von Krankheiten, um sie im Keim zu ersticken. Die tertiäre Prävention schließlich ist wie eine Restaurierung, bei der bereits entstandene Schäden ausgebessert und weitere Verschlechterung verhindert werden. Sie richtet sich an Menschen mit bestehenden Erkrankungen, um Komplikationen zu vermeiden und die Lebensqualität zu erhalten.

Doch in diesem präventiven Schauspiel lauert eine paradoxe Wendung: das Präventionsparadox. Bei nicht-übertragbaren Krankheiten lehrt es uns, dass Maßnahmen, die für die Gesamtbevölkerung einen großen Nutzen bringen, dem Einzelnen oft nur wenig spürbaren Vorteil verschaffen. Es ist, als würde man ein großes Netz auswerfen, um viele kleine Fische zu fangen, anstatt gezielt nach dem großen Fang zu angeln. Bei übertragbaren Krankheiten und besonders beim bevölkerungsbezogenen Impfschutz zeigt sich das Präventionsparadox in einer anderen Form: Erfolgreiche Impfprogramme (z.B. gegen Masern oder Tuberkulose) verlieren im Zeitverlauf ihre Akzeptanz in der Bevölkerung und werden als weniger relevant wahrgenommen. Gerade der Erfolg der Programme trägt dazu bei, dass ihre Vorteile nicht mehr erkannt werden,

weil niemand mehr die Krankheitsverläufe der so verhinderten Erkrankungen kennt. Dies kann zu einer gefährlichen Unterschätzung der Bedeutung von Impfungen und anderen präventiven Maßnahmen führen.

Prävention fordert uns heraus, unser Verhältnis zur Zeit neu zu denken. Sie verlangt von uns, heute zu handeln für ein Morgen, das möglicherweise nie eintritt. Es ist ein Tanz mit der Ungewissheit, bei dem wir lernen müssen, die richtige Balance zu finden zwischen sorgfältiger Planung und der Akzeptanz des Unvorhersehbaren. Dabei geht es nicht nur um individuelle Gesundheitsvorsorge, sondern um ein gesamtgesellschaftliches Engagement für gesunde Lebensverhältnisse, auch und besonders für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen.

Q wie Queer Temporalities

Pauline Reichenberger

Zeit ist ein universelles Konzept, das oft als linear, konstant und unveränderlich betrachtet wird. Normative Zeitvorstellungen legen einen klaren, linearen Lebensentwurf nahe, der auf Reproduktion (→ Fortpflanzung), Familiengründung und eine Abfolge von Lebensphasen (Kindheit, Ausbildung, Heirat, Hauskauf, Elternschaft, Ruhestand) ausgelegt ist. Diese „heterosexuelle Zeitlinie“ gilt als der natürliche und einzig richtige Weg. Doch was geschieht, wenn Menschen diese klare, lineare Lebensweise durchbrechen? Was passiert, wenn diese Normen hinterfragt werden?

Hier kommt die Idee der Queeren Zeitlichkeit (*Queer Temporalities*) ins Spiel. Sie stellt normative, lineare Zeitstrukturen infrage und macht abweichende Lebenswege und Gegenentwürfe für das „gute Leben“ sichtbar (→ Gutes Leben). Queere Zeitlichkeit ist dabei nicht nur eine alternative Perspektive und ein Forschungsansatz, sondern auch eine Form des Widerstands.

Queere Lebenswirklichkeiten passen oft nicht in die starre Struktur normativer Temporalität. Ein Coming-out kann beispielsweise spät erfolgen oder queere Gemeinschaften bauen enge Bindungen jenseits biologischer Familienstrukturen auf. Queere Zeitlichkeit stellt Fragen wie: Was, wenn man sich gegen Ehe oder Kinder entscheidet? Was, wenn Lebensabschnitte wie Coming-out oder der Aufbau einer *Wahlfamilie* den Zeitplan verschieben?

Das Konzept der Queeren Zeitlichkeit geht über queere Identitäten hinaus und beschäftigt sich mit Menschen, deren Lebensentwürfe aus verschiedensten Gründen nicht dem normativen, linearen Zeitverständnis entsprechen. Dazu gehören Personen, die sich gegen Kinder oder romantische Beziehungen entschieden haben oder in Gemeinschaften leben, die auf gegenseitiger Unterstützung und *gewählten* Familienstrukturen basieren. Solche Lebensentscheidungen lösen sich von den normativen Fristen für Ehe und Elternschaft und betonen stattdessen die Bedeutung von Beziehungen und Verbindungen jenseits des traditionellen Lebenswegs. Auch Menschen mit chronischen oder psychischen Erkrankungen erfahren Zeit oft anders (→ Chronische Erkrankung). Möglicherweise können sie keiner geregelten Arbeit nachgehen, nicht an gesellschaftlichen Aktivitäten teilnehmen, oder keinem klassischen Lebensplan folgen. Zeit wird für sie zu einer Herausforderung, da sie aus den vorgegebenen Strukturen herausfallen.

Für trans* Personen stellen heteronormative Zeitvorstellungen eine besondere Hürde dar – sei es durch die Erwartung einer klaren, linearen Geschlechtsentwicklung oder durch bürokratische Hürden wie psychologische Gutachten und jahrelange Wartezeiten für geschlechtsangleichende Maßnahmen. Die Hormontherapie selbst bringt eine Art „zweite Pubertät“ mit sich und wer nicht früh genug „weiß“, trans* zu sein, läuft Gefahr, als unentschlossen oder problematisch zu gelten.

Die queere Bewegung hat wiederholt erfahren, dass Fortschritt nicht zwangsläufig linear ist und hart erkämpfte Rechte schnell wieder verloren gehen können. Soziale Akzeptanz erweist sich als fragil, was sich insbesondere in der aktuellen Debatte um trans* Personen zeigt. Auch die AIDS-Krise der 1980er und 1990er Jahre hat vielen queeren Menschen vermittelt, dass sie möglicherweise keinen linearen, normativen Zeitverlauf erleben können. Insbesondere schwule Männer erlebten durch die Bedrohung der Krankheit eine drastische Veränderung ihres Zeitempfindens: Die Zukunft erschien ihnen ungewiss oder verkürzt, was zu einem verstärkten Fokus auf die Gegenwart führte.

In einer Gesellschaft, die Jugend, Produktivität und Reproduktion idealisiert, wird Glück und das „gute Leben“ oft an die Erfüllung dieser Muster gebunden. Doch was, wenn das „gute Leben“ ganz anders aussieht? Queere Zeitlichkeit zeigt, dass Glück und Erfüllung nicht an normierte Abläufe und Lebensvorstellungen gebunden sind. Ein Leben kann genauso „gut“ sein, wenn es nicht in klassische, normative Phasen gegliedert werden kann. Liebe, Gemeinschaft und Sinn sind nicht auf die Ehe oder biologische Familie beschränkt. Queere Menschen schaffen oft eigene Netzwerke und Formen der Fürsorge, die sich nicht an das klassische Modell eines „guten Lebens“ halten – und trotzdem oder gerade deswegen erfüllend sind.

Queere Zeitlichkeit geht weit über ein rein theoretisches Konzept hinaus – sie ist auch eine Dimension des gesellschaftlichen und politischen Widerstands. Sie hinterfragt, wer darüber bestimmt, was als „normal“ gilt, und stellt die Erwartungen einer kapitalistischen, leistungsorientierten Gesellschaft infrage, die den Wert eines Lebens an Produktivität und Effizienz misst. Darüber hinaus deckt sie Machtdynamiken auf und verdeutlicht, dass Zeit nicht nur eine neutrale Größe ist, sondern auch ein Instrument der Kontrolle. Queere Zeitlichkeit bietet eine spezifische Perspektive auf historische und politische Prozesse und zeigt, dass gesellschaftliche Zeitmodelle keineswegs universell oder natürlich sind. Sie eröffnet die Möglichkeit, normative Erwartungen an einen linearen Lebenslauf aufzubrechen und stattdessen vielfältige Lebensentwürfe und Identitäten anzuerkennen, die diesen zeitlichen Rahmen sprengen.

R wie Reality TV

Christian Hißnauer

Auf die Frage, warum so viele Sendeanstalten allein schon den Begriff *Dokumentarfilm* vermeiden, soll Phyllis McGrady, seinerzeit Senior Vice President der ABC NEWS, 2002 geantwortet haben, dass viele Zuschauer*innen bereits von der Bezeichnung *Dokumentarfilm* erschrocken seien. Allein das Wort klänge zu sehr nach Altertümlich, Schwarz-Weiß und Langeweile. Das erinnert an ein Bonmot des Dokumentarfilmers Peter Krieg, der einmal etwas (selbst-)ironisch behauptete, der Dokumentarfilm sei das einzige Schlafmittel, das man mit den Augen einnehmen könne.

Warum aber beginnt ein Eintrag zu „Reality TV" mit einem Verweis auf den Dokumentarfilm? Das hängt vor allem mit der Herkunft des Begriffes und seiner Unschärfe zusammen. Die Bezeichnung *reality based television* kommt aus der US-amerikanischen Fernsehpraxis. Als eine der ersten Sendungen gilt die Doku-Soap AN AMERICAN FAMILY (1973). Diese 12-teilige Serie begleitet den Alltag einer siebenköpfigen kalifornischen Familie der Mittelklasse in Form einer sog. *Fly-on-the-Wall*-Dokumentation: Im Stile des damals revolutionären *direct cinema* wird auf Kommentare, Interviews oder Musik weitgehend verzichtet: Beobachtet und abgefilmt wird das ‚reale' Leben; das Drama ergibt sich aus dem Material – bspw. kann man mitverfolgen, wie die Ehe der Louds während der Dreharbeiten zerbricht – und folgt nicht einer vorab festgelegten Dramaturgie. Der zur Produktionszeit 20-jährige Sohn der Familie – Lance Loud – wurde zu einer Ikone der Schwulenbewegung: AN AMERICAN FAMILY gilt als erste serielle Fernsehsendung mit einem offen homosexuellen Charakter, der durchgängig präsent ist.

Neben dieser oftmals gezogenen Traditionslinie des Reality TV, die den Bezug zum Dokumentarfilm erklärt, gibt es noch zwei weitere Formate, die immer wieder als Ursprung des Reality TV genannt werden: CANDID CAMERA, die Mutter aller Versteckte-Kamera-Sendungen, die im US-Fernsehen zwischen 1948 und 2014 in unterschiedlichen Fassungen und auf verschiedenen Kanälen gezeigt wurde, und das bundesdeutsche Fahndungsformat AKTENZEICHEN XY … UNGELÖST, das seit 1967 ununterbrochen läuft.

Allein an diesen drei ‚Ur-Formaten' des Reality TV sieht man, wie schillernd der Begriff ist, der eher einen *umbrella term* als eine Gattungsbezeichnung darstellt, und wie wenig abgrenzbar er ist. In Deutschland wird er vor allem mit dem Aufstieg des Privatfernsehens in den frühen 1990er Jahren bekannt. Prägend waren bspw. Daily-Talk-Formate wie HANS MEISER (1992–2001) und *eyewitness programmes*, die Augenzeugen- bzw. Homevideos kompilieren (z.B. BITTE LÄCHELN 1990–1998) oder dramatische Ereignisse anhand von Zeugenaussagen nachstellen – zum Teil mit den Zeugen und/oder Betroffenen als Darsteller*innen ihrer selbst (z.B. NOTRUF 1992–2006). Es war dann aber insbesondere das Hybridformat BIG BROTHER (seit 1999) das dem *factual entertainment* zum Durchbruch verhalf.

Mit Blick auf Zeitlichkeitsfragen sind beim Reality TV mehrere Aspekte von Interesse. Die verschiedenen Formate haben eine je eigene zeitliche Orientierung. Homevideo-Shows reihen (mehr oder weniger beliebig) kurze Clips aneinander – die meisten sind nur ein paar Sekunden lang. Sendungen wie NOTRUF berichten pro Folge von mehreren abgeschlossenen Rettungseinsätzen. In einer Erzählzeit von wenigen Minuten werden Ereignisse, die vielleicht einige Stunden umfassen, narrativ verdichtet (→ Narrativität). In einem Epilog wird ggf. noch von den Nachwirkungen erzählt. BIG BROTHER hingegen ermöglichte erstmals via Livestream die 24h-Dauerbeobachtungen der Kandidat*innen in ihrem Container-‚Alltag' (im Fernsehen wurden

dann täglich lediglich dramaturgisch überformte Zusammenschnitte ausgestrahlt). DEUTSCHLAND SUCHT DEN SUPERSTAR (seit 2002) ist dabei ein gutes Beispiel dafür, wie verschiedene narrativ-zeitliche Strategien eingesetzt werden. Insbesondere verändert sich der vorherrschende serielle Erzählmodus von den ersten Castings (anthologische ‚Nummernrevue'), den Recall-Sendungen (kürzere Handlungsbögen) bis hin zu den *live* ausgestrahlten Mottoshows (längere Handlungsbögen). Zusammengebunden werden sie dabei durch den staffelübergreifenden *story arc* ‚Suche nach dem Superstar'.

Sendungen wie BIG BROTHER oder DEUTSCHLAND SUCHT DEN SUPERSTAR sind dabei *ereignisoffen*. Die Dramaturgie der Serie kann nicht rückwirkend aus dem Material erarbeitet werden, wie dies z.B. bei AN AMERICAN FAMILY (oder anderen Doku-Soaps) der Fall ist. So wird dort bereits in der ersten Folge angedeutet, dass die Familie auseinanderbrechen wird. Dies erzeugt nicht nur Spannung (in Form einer Rätselspannung: Warum zerbricht die Familie?). Vielmehr ergibt sich so ein Handlungsbogen, ein roter Faden für die gesamte Serie.

Durch seine serielle Form kann Reality TV aufgrund solcher Handlungsbögen in einigen Fällen seine eigenen medialen Bedingungen reflektieren. Bereits bei der 12-teiligen britischen Doku-Serie THE FAMILY (1974) fielen – im Unterschied zu AN AMERICAN FAMILY – Produktion und Rezeption zusammen. Die Ausstrahlung begann in der vierten Woche der Dreharbeiten, sodass in den späteren Folgen selbstreflexiv auf die Rezeption der Serie in der Tagespresse reagiert und eingegangen werden konnte. Die Serie führt also vor, dass und wie sich das Leben der portraitierten Wilkins durch ihre wachsende Prominenz verändert.

Reality TV ist Formatfernsehen, das bedeutet, dass es sich jeweils um serielle Produktionen handelt. Dabei unterscheiden sich diese Produktionen wesentlich von ‚klassischen' Fernsehserien. In der Serienforschung spricht man von einer doppelten Formstruktur, durch die sich Serien auszeichnen: Zum einen gibt es einen dramaturgischen Handlungsbogen für die einzelne Folge, zum anderen einen für die Staffel bzw. die Serie als Ganzes. Zwischen den Folgen (oder auch einzelnen Szenen) gibt es aber Lücken (was nicht im Drehbuch steht und nicht gefilmt wurde, ‚existiert' quasi nicht). Dies ist im Reality TV anders, da das Leben ja auch weiter geht, wenn die Kamera gerade nicht dabei ist: Bspw. passiert zwischen den Live-Sendungen von DEUTSCHLAND SUCHT DEN SUPERSTAR ja etwas. Dieses ‚Etwas' wird in begleitenden Magazinen, Internetauftritten, als kurze Clips in den Sendungen, in den sendereigenen Promimagazinen etc. erzählt. Sie verweisen somit als dritter Handlungsbogen auf die lebensweltliche Realität außerhalb der eigentlichen Sendung. Daher kann man hier von einer dreifachen Formstruktur sprechen. Als eine Art Metaerzählung kann dieser dritte Handlungsbogen auch verschiedenen Formate umfassen, wenn Protagonist*innen in weiteren Sendungen erscheinen. Dabei ist aber zu beachten: Der dritte Handlungsbogen verweist zwar auf die ‚lebensweltliche Realität' (und damit auch über das Mediale hinaus), doch ist selbst nur in Form *öffentlicher Inszenierungen* (Live-Konzerte, Auftritte etc.) und/oder seiner *Medialisierung* (Berichterstattung, neue Formate) wahrnehmbar. Die eigentliche lebensweltliche Realität jenseits von Medialisierung und öffentlicher Inszenierung wäre daher ein weiterer, aber medienwissenschaftlich nicht fassbarer, vierter Handlungsbogen).

Reality-TV löst die ‚klassischen' Grenzen zwischen Journalismus, Fernsehdokumentarismus, Entertainment und fiktionaler Unterhaltung auf. Bspw. lassen sich Infotainment-Sendungen wie NOTRUF und die Daily-Talk-Show als journalistische Formen diskutieren, die Real-Life-Soap à la BIG BROTHER als (im Kern) dokumentarische Form, Beziehungs-, Casting- und Gerichtsshows etc. als Entertainment oder *scripted documentaries* (z.B. K11 – KOMMISSARE IM EINSATZ 2003–2016) als fiktionale Unterhaltung. Viele dieser Sendungen sind

regelrechte Fließbandproduktionen, die kostengünstig und ohne großen Aufwand hergestellt werden. Entsprechend fragwürdig ist dann auch der vorgebliche Wirklichkeitsbezug.

Mit Blick auf Fragen des guten Lebens (→ Gutes Leben) sind vor allem die sog. Makeover-Formate und *personal-help*-Sendungen relevant. Makeover-Formate versuchen durch persönliches Umstyling (DEIN NEUER STYLE – ENTDECKE DEINE SCHÖNHEIT! 2015–2016) oder äußere Veränderungen im Wohnumfeld (ZUHAUSE IM GLÜCK – UNSER EINZUG IN EIN NEUES LEBEN 2005–2019), das Selbstwertgefühl oder die Lebenssituation der Teilnehmenden zu verbessern. In einigen Formaten wie THE SWAN – ENDLICH SCHÖN! (2004) oder EXTREM SCHÖN! – ENDLICH EIN NEUES LEBEN (2009–2017) geht dieses Umstyling bis hin zu körperlich-operativen Eingriffen. *Personal-help*-Formate wie DIE SUPER NANNY (2004–2011) oder RAUS AUS DEN SCHULDEN (2007–2019) setzen dagegen auf Coaching-Ansätze. Im Sinne einer Selbstführung und Selbstoptimierung (→ Optimierung) zielen sie auf Verhaltensveränderungen seitens der Kandidat*innen. Sie sollen lernen, dass und wie sie selbst für ein gutes Leben sorgen können.

Medizinische Aspekte spielen in unterschiedlichen Reality-TV-Formaten eine Rolle, so z.B. in Sendungen wie NOTRUF, in denen von dramatischen Rettungseinsätzen erzählt wird, in Doku-Soaps wie GEBURTSSTATION (2004) und OP – SCHICKSALE IM KRANKENHAUS (1998–1999) oder in sog. gescripteten Sendungen, die nach einer rudimentären Handlungsbeschreibung mit Laiendarsteller*innen und ohne den großen Aufwand klassischer Arzt- und Krankenhausserien gedreht werden (KLINIK AM SÜDRING 2016–2023), oder natürlich im Bereich der Makeover-Formate wie THE SWAN und EXTREM SCHÖN!. Für andere internationale Produktionen wie bspw. die US-amerikanische Dermatologie-Sendung DR. PIMPLE POPPER (seit 2018) oder die britische Variante THE BAD SKIN CLINIC/DR. EMMA – HAUTÄRZTIN AUS LEIDENSCHAFT (seit 2019) gibt es hingegen – vermutlich aufgrund der Unterschiede im jeweiligen Gesundheitssystem – keine vergleichbaren deutschen Entsprechungen.

R wie Ressourcenverteilung

Die stille Architektur des guten Lebens

Evelyn Kleinert

Ressourcenverteilung ist eines der grundlegenden Themen jeder Gesellschaft, da sie darüber entscheidet, wie Menschen ihr Leben gestalten können. Unter Ressourcen versteht man dabei nicht nur materielle Güter wie Nahrungsmittel, Energie oder Geld, sondern ebenso immaterielle Größen: Zeit, Aufmerksamkeit und Zugang zu sozialen wie kulturellen Angeboten. In einer idealen Welt geht es bei der Verteilung stets um Gerechtigkeit und um die Ermöglichung eines guten Lebens für möglichst viele (→ Gutes Leben). In der Realität sind Ressourcen jedoch immer begrenzt und damit entstehen unweigerlich Fragen nach Priorität, Effizienz und Fairness.

Das Spannungsverhältnis zwischen Knappheit und Bedürfnis wird in modernen Wohlfahrtsstaaten besonders sichtbar, da dort offiziell der Anspruch besteht, allen Menschen ein Mindestmaß an Sicherheit und Teilhabe zu garantieren. Die Verteilung von Ressourcen ist daher nie nur eine technische oder ökonomische Entscheidung, sondern immer auch eine normative und politisch-ethische: Was gilt als notwendig, was als entbehrlich? Welche Bereiche sollten bevorzugt werden, wenn die Mittel nicht für alles zugleich ausreichen?

Ein guter Indikator für diese gesellschaftlichen Aushandlungsprozesse ist der Bereich der Gesundheitsversorgung. Gesundheit gilt allgemein als hohes Gut, das nicht nur individuelles Wohlergehen, sondern auch kollektive Stabilität garantiert. Zugleich ist sie ein Bereich, in dem Knappheiten besonders deutlich spürbar werden: sei es in Form überfüllter Wartezimmer, fehlender Fachkräfte oder steigender Kosten für immer komplexere Technologien. Die Ressourcen, die hier verteilt werden müssen, sind vielfältig. Es geht um finanzielle Mittel, um qualifiziertes Personal, um Medikamente (→ Medikalisierung) und technische Ausstattung – aber eben auch um etwas so Unhintergehbares wie Zeit.

Gerade die Zeitdimension zeigt, wie vielschichtig Ressourcengerechtigkeit gedacht werden muss. Auf der einen Seite steht die Zeit der Patient*innen: lange Wartelisten, lange Wegezeiten oder überfüllte Notaufnahmen bedeuten verlorene Lebenszeit, mitunter sogar verschlechterte Heilungschancen. Auf der anderen Seite steht die Zeit der Ärzt*innen, Pflegenden und Therapeut*innen: begrenzte Stunden im Arbeitsalltag, die zwischen Versorgungsroutinen, Dokumentation und persönlicher Zuwendung verteilt werden müssen. Zeit ist also nicht bloß ein abstrakter Faktor, sondern eine entscheidende Qualität im Umgang mit Krankheit, Heilung und letztlich mit dem guten Leben. Denn ein Gesundheitssystem, das zwar technisch hochgerüstet ist, aber kaum Raum für menschliche Begegnung lässt, verfehlt in gewisser Weise das Ziel, umfassendes Wohlergehen zu ermöglichen (→ Spiritual Care).

In Deutschland zeigt sich diese Spannung besonders deutlich. Das Land verfügt über eines der leistungsfähigsten (und teuersten) Gesundheitssysteme weltweit und ist geprägt durch ein relativ breites Netz an Versorgungseinrichtungen. Zugleich steht die Finanzierung über das Prinzip der Sozialversicherung zunehmend unter Druck, was sich beispielsweise in deutlichen Beitragserhöhungen für gesetzlich Versicherte oder in weiter zunehmenden Klinikschließungen äußert. Die Frage lautet nicht mehr, ob ausreichend Geld in das System fließt, sondern ob es an der richtigen Stelle eingesetzt wird: Soll der Fokus auf High-Tech-Medizin liegen oder auf der Stärkung der Grundversorgung? Wie kann man Anreize und Strukturen schaffen, damit

ärztliche Versorgung nicht nur in Ballungszentren, sondern auch in ländlichen Regionen stattfinden kann?

Diese Fragen sind nicht nur technischer Natur, sondern berühren das Verständnis von einem „guten Leben“. Gesund zu sein bedeutet nicht allein die Abwesenheit von Krankheit, sondern auch die Möglichkeit, aktiv am sozialen und kulturellen Leben teilzunehmen. Eine gerechte Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen muss also berücksichtigen, wie Lebenszeit und Lebensqualität miteinander verschränkt sind. Damit wird deutlich: Ressourcenverteilung ist letztlich immer eine politische und kulturelle Aushandlung über Werte. Das Gesundheitswesen in Deutschland bietet ein eindrückliches Beispiel dafür, wie ökonomische, zeitliche und soziale Faktoren zusammenwirken. Es zeigt, dass es nicht nur um die Verfügbarkeit von Gütern, sondern um deren kluge und gerechte Allokation geht. Die zentrale Herausforderung besteht darin, auf die Dynamiken einer sich wandelnden Gesellschaft zu reagieren, ohne den Grundgedanken aus den Augen zu verlieren: dass Ressourcen nicht Selbstzweck sind, sondern Mittel für ein gutes Leben aller.

S wie Spiritual Care

Mathilda von Lingen

„Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“, so lautet die bekannte Präambel der Konstitution der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1946/8. Diese Definition wurde viel kritisiert, u.a. weil sie suggeriert, dass Gesundheit ein herstellbares Ziel und Kriterium eines gelingenden Lebens sei. Dennoch schließen hier bis heute holistisch orientierte medizinische Behandlungsansätze an, bei denen Ganzheitlichkeit zu einer handlungsleitenden Kategorie wird. Die Person wird in ihrer Gesamtheit betrachtet – als körperliches und geistiges Wesen. Ihr wird mit Respekt und unter Achtung ihres individuellen Werts begegnet.

In den weiteren Kontext dieser holistischen Behandlungsansätze lässt sich *Spiritual Care* einordnen. Hinter diesem Begriff steht nicht etwa die englischsprachige Version der Krankenhausseelsorge, sondern ein interprofessionelles Konzept mit Ursprung in den USA, das vom Gesundheitswesen selbst ausging und auf die englische Hospizbewegung zurückgeht. Im Mittelpunkt von *Spiritual Care* stehen die Bedürfnisse und Ängste kranker Menschen. Im Rahmen einer medizinischen Behandlung können diverse Fragen aufkommen: Werde ich wieder gesund? Welche Risiken gehe ich mit der empfohlenen Therapie ein? Wie werden die Entscheidungen über meine Behandlung getroffen? Wer steht mir bei? Wie geht es meinen Angehörigen mit meiner Erkrankung? Muss ich meine Sorgen verdrängen, um niemanden zu belasten?

Gerade im Krankenhaus erleben Menschen sich und ihre Welt in extremer Weise reduziert. Ihr (Er-)Leben wird durch die Institution bestimmt, die Prioritäten werden neu sortiert, der Kontakt zur Außenwelt beläuft sich auf Ausnahmen. Dies kann dazu führen, dass das Gefühl eigener Individualität und Würde nur noch eingeschränkt erlebt wird. Unabhängig von Weltanschauung oder religiöser Einstellung kommt in schwerer Krankheit und am Lebensende häufig die Suche nach Sinn auf. Die Hoffnung, dass nach dem Tod noch etwas kommt, kann einer Person am Lebensende Kraft geben. Patient*innen mit Gottesglauben zweifeln in ihrer Krankheit vielleicht an ihrem Gott oder aber fühlen sich in seinen Händen sicher geborgen. In einer pluralen Gesellschaft, die auch diverse Vorstellungen von einem guten Leben und einem guten Lebensende hervorbringt, kommt der spirituellen Begleitung eine immer wichtigere Rolle zu (→ Gutes Leben). Bei Patient*innen besteht vermehrt der Wunsch, mit dem medizinischen Personal über ihre spirituellen und existenziellen Bedürfnisse zu sprechen. Es stellt sich etwa die Frage, ob und wie unter den Umständen einer unheilbaren Krankheit oder des nahenden Todes Lebensqualität erreicht werden kann. Wie sieht ein gutes Leben aus, wenn klar ist, dass dieses in naher Zukunft endet?

Im Deutschen Ärzteblatt lesen wir 2023, dass die Berücksichtigung solcher Bedürfnisse für ein Gesundheitssystem unabdingbar sei, das einen umfassenden Versorgungsauftrag ernst nehmen möchte. Denn zu Ganzheitlichkeit gehöre auch Spiritualität. Die weltanschaulichen Ressourcen der Patient*innen sollen bei der Bewältigung einer Krankheit und bei Fragen am Lebensende genutzt werden. Das Konzept *Spiritual Care*, dem heute auch in Deutschland vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt wird, sieht vor, dass das Krankenhauspersonal derartige Fragen und spirituelle Bedürfnisse von Patient*innen im Rahmen multiprofessioneller Teams in der Behandlung berücksichtigt. Krankenhausseelsorger*innen können als Spezialist*innen für *Spiritual Care* zu Rate gezogen werden, doch auch in *Spiritual Care* fortgebildete Ärztinnen oder Pflegefachleute können die Ängste und Bedürfnisse der Patient*innen erfragen und diese

in die Behandlung einbeziehen. Dafür kann es hilfreich sein, wenn sich das Personal zuvor auch mit den eigenen spirituellen Bedürfnissen auseinandersetzt. Im Rahmen von *Spiritual Care* bieten die Fachkräfte den Patient*innen in der Behandlung dann einen sicheren Rahmen, hören genau hin und nehmen war, was sie umtreibt. Jede*r Patient*in ist durch die eigene Biografie vorgeprägt. Persönliche Faktoren wie etwa Herkunft, Kultur, Geschlechteridentität oder Gewalterfahrungen prägen die Patient*innen in spiritueller Hinsicht, können aber auch mit Ängsten verknüpft sein, die vielleicht eine Genesung erschweren. Von ihrer Biografie, ihren Ängsten und Bedürfnissen zu erzählen (→ Narrativität), kann den Patient*innen helfen, eine Distanz zu bedrängenden Erlebnissen aufzubauen und innere Ressourcen zu finden, die bei der Krankheitsbewältigung helfen können. Dabei ist zu beachten, dass spirituelle Bedürfnisse selten stabil sind. Besonders in Krankheitssituationen können sie verloren gehen, aber auch neu erschlossen werden. Eine sorgfältige Abklärung dieser Bedürfnisse und der Frage, ob sie in der Behandlung berücksichtigt werden sollen, hilft außerdem, die Autonomie der Patient*innen zu wahren. Zugleich kann der Austausch innerhalb des multiprofessionellen Teams dabei helfen, zu verstehen, was die Patient*innen belastet, mit was sie sich überfordert fühlen und was ihnen Kraft gibt. So können Stressoren vermindert und die Resilienz gefördert werden. Durch klare Absprachen im Team kann den Patient*innen Unterstützung angeboten werden, ohne sie ihnen aufzudrängen. Zugleich kann so gelingen, dass wichtige Informationen bei dem wechselnden Personal präsent sind und nicht wiederholt kommuniziert werden müssen. Durch gute Kommunikation kann auch das Vertrauensverhältnis zwischen Patient*in und Personal gefördert werden.

In der deutschen Palliativversorgung wird *Spiritual Care* zunehmend etabliert. So hatte etwa das Modellprojekt „SpECi – Spirituelle Begleitung am Lebensende“ (2020-2024) zum Ziel, ein Curriculum für die Schulung von Fachkräften aus dem Gesundheitswesen zu entwickeln und zu erproben. Durch die Schulungen, die seit Ende des Modellprojekts 2024 von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin angeboten werden, sollen die Fachkräfte aus Medizin, Pflege und Therapie befähigt werden, das spirituelle bzw. existenzielle Befinden schwerstkranker und alter Menschen in der letzten Lebensphase besser wahrzunehmen und professionell zu begleiten. Bereits 2010 veröffentlichte die Gesellschaft für Palliativmedizin eine „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“, die diesen Menschen das „Recht auf eine umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung und Begleitung“ zuspricht, die der individuellen Lebenssituation gerecht wird. Die Palliativmedizin und die Hospizbewegung, die mit unheilbaren und fortgeschrittenen Krankheiten konfrontiert sind, versuchen nicht, Krankheit und Sterben zu beseitigen, sondern gehen über subjektive Erfahrungen der Frage nach, was Wohlergehen im Fall chronischer Krankheiten oder im Kontext des Sterbens bedeutet (→ Chronische Erkrankung; Sterben und Tod). Im Vordergrund stehen hier insbesondere das Dasein, Zuhören und Besprechen der Fragen, die die Person mit ihrer individuellen Biografie in ihrer aktuellen Situation beschäftigen. Was gibt ihr Kraft? Wie kann sie mit ihren Ängsten umgehen? Wünscht sie sich, dass nach dem Tod noch etwas kommt? Mit welchen Gefühlen blickt sie auf ihr Leben zurück? (→ Emotion(en)) In welchem Verhältnis steht sie zu ihren Angehörigen? Wie möchte sie Abschied nehmen? Das Ziel der Behandlung ist in der Palliativmedizin und im Hospiz das Wohlbefinden – die im Gesundheitssystem sonst etablierte Unterscheidung krank/gesund ist in diesen Bereichen nicht mehr leitend. Während sich die Palliativmedizin also zunehmend mit der Etablierung von *Spiritual Care* auseinandersetzt, stehen die spirituellen Bedürfnisse von Patient*innen in den früheren Phasen chronischer Krankheiten noch deutlich weniger im Fokus. Doch auch hier stellen sich existenzielle Fragen, die durch *Spiritual Care* konstruktiv begleitet werden könnten.

S wie Sterben und Tod

Laura Mohacsi, Lena Stange

Seit jeher existieren gesellschaftliche und individuelle Vorstellungen darüber, was ein „gutes Sterben“ und einen „guten Tod“ ausmacht. Ob eine Sterbephase den eigenen Vorstellungen entsprechend gestaltet werden kann, ist abhängig von den Entscheidungen der Sterbenden, ihrer Angehörigen und auch von Behandelnden. Professionelle Begleitung und Expertise können bedeutsam für die Gestaltung des Lebensendes sein. In der Rettungsmedizin und Palliativversorgung beispielsweise sind Behandelnde regelmäßig mit Lebens- und Behandlungssituationen und -entscheidungen konfrontiert, die ethische Fragen aufwerfen. Oft geht es dabei darum, gemeinsam mit Patient*innen und deren Angehörigen Lebensverlängerung und Lebensqualität gegeneinander abzuwägen. Behandelnde müssen nicht nur medizinisch angemessen handeln, sondern auch die Wünsche der involvierten Personen respektieren, so ihnen diese bekannt sind. Aber auch Angehörige spielen bei der Versorgung von Sterbenden eine wichtige Rolle. Gerade dann, wenn eine Person ihre Wünsche nicht mehr selbst äußern kann, sind Angehörige als Fürsprecher*innen gefragt oder treffen stellvertretende Entscheidungen. In solchen Entscheidungssituationen am Lebensende kann eine Patientenverfügung eine hilfreiche Orientierung für Angehörige und Behandelnde sein (→ Vorausverfügung).

Der Umgang mit Sterben und Tod hat sich in modernen westlichen Gesellschaften deutlich gewandelt. Während er bis vor einigen Jahrzehnten stärker von religiösen oder spirituellen Überzeugungen geprägt war, beispielsweise das Sterben als Übergangsprozess in eine andere Existenzform oder der Tod als Ereignis vor einer Wiedergeburt betrachtend, zeigt sich heute eine zunehmende Tendenz zu einer rationaleren und individualistischeren Auseinandersetzung mit dem Ende des Lebens. So wird der Tod heute eher als endgültiger Zustand betrachtet, während das Sterben eine zum Leben gehörige Phase darstellt. Im Zuge gesellschaftlicher Säkularisierungs- und Rationalisierungsprozesse verloren religiöse Deutungsmuster und auch Rituale zunehmend an Bedeutung. Gleichzeitig kam es zu einer Professionalisierung der Medizin und das Sterben verlagerte sich aus dem familiären Umfeld heraus in Krankenhäuser. Das Sterben in medizinischen Einrichtungen empfanden viele Menschen als unpersönlich und unwürdig.

Als Reaktion darauf haben sich seit den 1960er Jahren zunächst in Großbritannien und später international die Hospiz- und die Palliativbewegung etabliert. Sie setzen einem eher rationalisierten medizinischen Umgang mit dem Sterben einen ganzheitlichen Ansatz entgegen. Hospize und palliative Versorgungsstrukturen fokussieren auf Lebensqualität und integrieren neben der medizinischen Versorgung auch psychosoziale, spirituelle und kulturelle Bedürfnisse Sterbender und ihrer Angehörigen (→ Spiritual Care). So konnten Schmerzlinderung und Symptomkontrolle insgesamt verbessert und die Wünsche und Bedürfnisse von Betroffenen in den Mittelpunkt gerückt werden. Dies hat dazu beigetragen, dass die Selbstbestimmung Sterbender mehr geachtet wird.

Sterben sollte in diesem Sinne als ein Teil eines guten Lebens verstanden werden können (→ Gutes Leben). Insbesondere medizinische Entscheidungen sollten gemäß den Vorstellungen und Wünschen der Patient*innen getroffen werden, um das Sterben so weit wie möglich selbstbestimmt gestalten zu können. Um selbstbestimmt sterben zu können, ist es aber auch notwendig, sich rechtzeitig mit dem eigenen Lebensende zu befassen. Die Auseinandersetzung mit dem Lebensende wird für viele Menschen jedoch als herausfordernd oder gar als etwas zu

Vermeidendes angesehen. Diese Vermeidungshaltung kann dazu führen, dass wichtige Gespräche über Wünsche für das Sterben oder den Tod zu spät oder gar nicht stattfinden, wodurch die Möglichkeit selbstbestimmter Entscheidungen verloren geht. Eine frühzeitige und offene Auseinandersetzung mit den eigenen Wünschen für das Lebensende kann hingegen nicht nur eigene Ängste reduzieren, sondern auch den Angehörigen in schwierigen Situationen Orientierung und Entlastung bieten. Zudem kann eine solche, im Idealfall frühzeitige, Auseinandersetzung das Bewusstsein für die Bedeutung von Lebensqualität, Lebenszeit (→ Zeit) und Sterbebegleitung schärfen.

T wie Timing

Aaron Thiesen

Timing ist ein zweischneidiges – nicht unbedingt Schwert, aber vielleicht Werkzeug. Mit seiner nützlichen Seite versucht sich der Mensch der Gegenwart einen eigenen Weg zu bahnen durch das Dickicht an Terminen, Fristen, Verabredungen, Verpflichtungen, die für jeden Einzelnen aus den unterschiedlichsten Ecken ranken: Erwartungen aus Familie, Freundeskreis, das soziale oder politische Engagement, die Zeit für sich – gerne mal missverstanden als Zeit zur Optimierung des Selbst – und nicht zuletzt die zeitlichen Anforderungen des Arbeitslebens.

Timing als ein Suchen und Bahnen eines Wegs ist also Teil dessen, was es heißt, heutzutage ein gutes Leben in der Zeit zu führen (→ Gutes Leben). Timing und das Führen eines guten Lebens ist ein aktives Selbstgestalten. Selbst im eigenen Leben zu entscheiden, wann der Weg welche Abzweigung nimmt und was dann geschieht, ist eine Idealvorstellung oder ein Wert, der auf breite Zustimmung vertrauen kann. In aller Kürze lässt er sich als Zeitsouveränität bezeichnen.

Technische und gesellschaftliche Entwicklungen ermöglichen an unterschiedlichsten Stellen im Leben heute eine größere Zeitsouveränität als noch vor einigen Jahrzehnten. Ein intuitives Beispiel ist das Home-Office. In immer mehr ‚Büro-Jobs' ist es seit der durch die Pandemie beschleunigten Digitalisierung zumindest teilweise möglich geworden. Pendelzeiten bleiben erspart und verschiedene kleinere Haushaltstätigkeiten lassen sich in Leerlauf- oder Pausenzeiten unterbringen, also gut Timen.

Aber auch bei den Entscheidungen, die die Biografie nachhaltiger prägen als die Frage, wann wir endlich die Wäsche machen (können), haben sich technische Möglichkeiten und gesellschaftliche Normen verändert. Eine der großen Entscheidungen im mittleren Lebensalter ist die der Fortpflanzung. Eltern-Werden ist zunehmend eine Frage des Wollens und nicht mehr zwangsläufiges Ergebnis einer Reihe von Übergängen in das Erwachsenenleben (Ausbildung, Beruf, feste Beziehung, Hochzeit und da Kind). Wenn die grundsätzliche Frage des ‚Ob', trotz der Unsicherheiten und Ängste, die mit einer so einschneidenden Veränderung einhergehen, grundsätzlich mit ‚Ja' beantwortet wird, ist das Eltern-Werden mit großen Hoffnungen verbunden und als Weg zur Elternschaft ist es ein Weg des Hoffens auf etwas, das nicht vollständig kontrollierbar ist. Eine Erfahrung von Unverfügbarkeit kann entstehen, wenn man nach der Entscheidung für das Eltern-Werden-Wollen versucht, den Kinderwunsch zu timen. Insbesondere für Frauen stellen sich nach wie vor biografische Vereinbarkeitsdilemmata und der Wunsch nach einer guten und sicheren Partnerschaft sowie ein Job mit ähnlichen Qualitäten werden oft als Voraussetzung für das Eltern-Werden empfunden, sodass der Kinderwunsch zunehmend aufgeschoben wird. Aber auch, wenn Paare schließlich versuchen ihren Kinderwunsch jetzt zu erfüllen, kann mit zunehmendem Alter die leibliche Bedingtheit einem optimalen Timing im Wege stehen (→ Jetzt; Altern). Am sogenannten ‚Reproduktiven Timing' werden dabei neuere Herausforderungen für ein gutes Leben in der Zeit deutlich. Angesichts von scheinbarer Zeitsouveränität steigen implizite Erwartungen, wie das eigene Reproduktive Timing gut zu gestalten ist und welche Voraussetzungen erfüllt sein sollten.

Die Reproduktionsmedizin scheint auf diese Herausforderungen zu antworten. Dabei steht der weibliche Körper deutlich im Fokus der Behandlungsaufmerksamkeit. So werden die technisch assistierten (‚künstlichen') Befruchtungen angeboten, wenn der Kinderwunsch sich nicht ‚natürlich' erfüllt. Die abnehmende weibliche Fertilität ab etwa 35 ist für das Reproduktive

Timing wichtig. Eingeschränkte männliche Fertilität ist auch ein häufiger Grund für unerfüllte Kinderwünsche, in den meisten Fällen sind jedoch andere Gründe relevanter als das biologische Alter.

Seit Anfang der 2010er Jahre erfährt auch das sogenannte ‚Social Freezing' als vorsorgliche Lösung für Herausforderungen des Reproduktiven Timings viel Aufmerksamkeit. Damit verschiebt sich die Frage zu: Wann ist der richtige Zeitpunkt für ‚Social Freezing'?

Die Frage nach dem Eltern-Werden macht deutlich, dass neben Timing zu einem guten Leben in der Zeit auch eine Offenheit für Kairos als den glücklichen Moment und die Gelegenheit für die glücklich machende Entscheidung gehört. Ein durch technische Möglichkeiten hochgerüstetes Timing birgt die Gefahr, immer energischer zu versuchen, den für sich ausgemachten und geplanten zeitlichen Pfad zu bahnen und sich dabei nicht nur völlig zu verausgaben, sondern sich metaphorisch mit der zugewandten Schneide im verbissenen Kampf durch das Dickicht selbst zu schaden.

U wie Unzeitigkeit

Matthias Rose

Unzeitigkeit ist ein seltsames Wort. Es klingt widersprüchlich – als ob die Zeit selbst aus dem Takt gerät: Unzeitigkeit beschreibt ein Gefühl, nicht in der Zeit zu stehen, die einem zugedacht ist. Es ist, als liefe das eigene Leben in einem anderen Rhythmus als der Rest der Welt.

Wir kennen dieses Gefühl aus biographischen Grenzerfahrungen: wenn ein Kind eine infauste Diagnose erhält, wenn jemand mitten im Berufsleben plötzlich pflegebedürftig wird oder wenn der Tod überraschend früh nahe kommt (→ Sterben und Tod). In allen Post-Intensiv-Care-Ambulanzen ist dies eines der zentralen Themen. Solche Ereignisse durchkreuzen die implizite Erzählung, dass das Leben einem linearen Plan folgt – Kindheit, Ausbildung, Beruf, Familie, Alter, Tod. In dem Moment, in dem dieser Plan zerreißt, entsteht Unzeitigkeit. Man fällt aus der geteilten Zeit, die einen mit anderen verbindet, und findet sich in einer Art Parallelwelt wieder.

Medizin kann solche Brüche nicht nur modulieren, sondern auch evozieren. Sie hat die Fähigkeit, Zeit zu verdichten und zu dehnen. Sie entdeckt Krankheitsrisiken, bevor sie klinisch sichtbar werden, und eröffnet einen neuen, vorverlagerten Zeithorizont. Menschen mit genetischen Risikofaktoren leben oft jahrelang mit dem Wissen, dass etwas in ihrem Körper lauert, das vielleicht eines Tages ausbricht. Sie werden zu „Prä-Patienten“, ihr Leben wird von Vorsorgeempfehlungen strukturiert. Zeit wird zur verbleibenden Zeit, verliert ihre Unbedachtheit – sie wird ein Gut, das verwaltet, geplant, überwacht werden muss.

Unzeitigkeit kann aber auch weniger biologisch imponieren: als das Gefühl, zu spät oder zu früh dran zu sein. Die Pubertät, die sich nicht einstellen will; oder zu früh, der Kinderwunsch, der biologisch „zu spät“ kommt (→ Timing); das Gefühl, dass die eigene Jugend „zu schnell“ vergangen ist oder der Ruhestand „zu früh“ beginnt. In all diesen Momenten spüren wir, dass unser Leben nicht mit dem von uns oder anderen erwarteten Takt übereinstimmt. Das macht Unzeitigkeit zu einem zutiefst sozialen Phänomen und ist eng mit dem Gefühl des Normalen verknüpft (→ Gutes Leben).

So gesehen steckt darin eine existentielle Erfahrung. Zeit ist nicht nur ein metrisches Maß, das sich aus den Schwingungen der Cäsium Atome an der Physikalisch Technischen Bundesanstalt ergibt und für uns Deutsche seit 1969 den gesetzlich fixierten Takt vorgibt („EinhZeitG“). Zeit ist ein gelebtes Erleben, sie hat eine subjektive Qualität. Wer unzeitig lebt, erlebt eine Verschiebung dieser subjektiven Zeit: Die Zukunft kann bedrohlich nahe rücken oder unendlich weit entfernt scheinen, die Gegenwart stillstehen oder rasen. Medizinische Diagnosen, wie im Fall von Rudolf von Waldenfels (→ Biografie), können dieses Zeitgefühl abrupt verändern – der Blick in den Abgrund des Todes lässt den Horizont schrumpfen, selbst wenn die Prognose sich später bessert.

Doch Unzeitigkeit ist nicht nur Bedrohung. Sie kann auch Vision bedeuten. König Friedrich II. galt als „seiner Zeit voraus“, ebenso wie Simone de Beauvoir, „Vordenkerin“ des Feminismus. „Unpünktlichkeit“ kann Widerstand in der Psychoanalyse sein, respektlos oder auch ein Versuch, sich dem Zeitdruck zu entziehen, den die Gesellschaft uns auferlegt. Wer sich gegen die Beschleunigung der Arbeitswelt stellt oder beschließt, die „Zeit an sich vorbeiziehen“ zu lassen, stellt sich außerhalb des Mainstreams. Hier wird Unzeitigkeit zu einem Akt der Selbstbehauptung, zu einer Kritik an der Taktung des Lebens nach ökonomischen oder sozialen Normen.

In einer Welt, die immer stärker durch Kalender und Deadlines bestimmt ist, bekommt Unzeitigkeit damit eine doppelte Bedeutung. Sie kann uns als Krise treffen – wenn der eigene Lebensplan kollabiert – oder als Chance dienen, einen eigenen Rhythmus zu finden. In beiden Fällen zwingt sie uns, unser Verhältnis zur Zeit neu zu denken: Was heißt ein „zeitgemäßes“ Leben? Wer bestimmt, wann etwas zu früh oder zu spät ist?

Unzeitigkeit ist also weniger ein Defizit als eine Einladung. Sie fordert uns heraus, unsere Zeitmaßstäbe zu reflektieren und unsere eigene Zeitlichkeit zu gestalten. Sie erinnert uns daran, dass das Leben nicht immer synchron mit den Erwartungen verlaufen muss – und dass darin auch eine Quelle von Unabhängigkeit oder Freiheit liegen kann.

V wie Vorausverfügung

Lena Stange

Eine Vorausverfügung ist ein Dokument, in dem Festlegungen für zukünftige Situationen getroffen werden können, in denen jemand nicht in der Lage ist, selbst zu entscheiden. In Bezug auf die gesundheitliche Versorgung und etwaige zukünftige Entscheidungen ist die bekannteste Vorausverfügung wohl die Patientenverfügung. Viele Menschen assoziieren mit einer Patientenverfügung die Möglichkeit, beispielsweise zu verhindern, ‚an Schläuchen zu hängen'.

Im Horizont medizinischer Fortschritte und neuer Behandlungsmöglichkeiten gewinnt die Frage nach der eigenen gegenwärtigen und zukünftigen Gesundheitsversorgung und den damit verbundenen Entscheidungen für viele Menschen zunehmend an Bedeutung. Eine Patientenverfügung ermöglicht es volljährigen Bürgerinnen und Bürgern, im Voraus festzulegen, welche medizinischen Maßnahmen sie im Falle einer schweren Erkrankung oder eines Unfalls wünschen oder ablehnen. Diese Entscheidungen können von der Behandlungsart bis hin zu spezifischen Eingriffen reichen, die in einer kritischen Situation möglicherweise notwendig werden. Selbst über das eigene Schicksal bestimmen zu können, gibt vielen Menschen ein Gefühl der Kontrolle und Sicherheit. Sofern damit nicht Dritte über die eigene medizinische Versorgung bestimmen, ist dies zudem ein wichtiger Aspekt der Autonomie.

Diese Autonomie in Bezug auf die Gestaltung des eigenen späteren Lebens – für eine Situation, in der man selbst nicht mehr entscheiden kann – bedeutet, selbstbestimmt Entscheidungen und Festlegungen zu treffen, die auf den eigenen, höchst individuellen Vorstellungen von Gesundheit, Lebensqualität und einem guten Leben fußen (→ Gutes Leben). Diese Vorstellungen können sich im Laufe der Zeit verändern, beispielsweise durch eigene Krankheitserfahrungen, medizinische Eingriffe bei Angehörigen oder das Miterleben eines lebensverändernden Unfalls.

Vor dem Hintergrund verschiedenster Unwägbarkeiten des Lebens, beispielsweise einer plötzlichen Erkrankung, kann das Erstellen einer Patientenverfügung einen Anlass darstellen, eigene Vorstellungen eines guten Lebens zu reflektieren und mit Nahestehenden über Wünsche und Ängste im Zusammenhang mit dem Lebensende zu sprechen. Und ebenso machen Unwägbarkeiten es erforderlich, Patientenverfügungen regelmäßig zu überprüfen und anzupassen, um sicherzustellen, dass sie den aktuellen Werten und Wünschen der verfügenden Person entsprechen.

Patientenverfügungen können aber auch an Grenzen stoßen. Die festgehaltenen Entscheidungen können zum Beispiel unklar oder gar widersprüchlich sein. Eine Formulierung wie ‚nicht an Schläuchen hängen' zu wollen ist ein Beispiel für einen unklar formulierten Wunsch der, je nach der individuellen Absicht einer solchen Äußerung, vielleicht die Ablehnung einer dauerhaften künstlichen Beatmung, aber vielleicht auch die einer vorübergehende Flüssigkeitsgabe über eine Infusion bedeuten kann. Behandelnde und Angehörige stehen dann vor der Herausforderung, die Wünsche der Patientin oder des Patienten herauszufinden, was in emotional ohnehin belastenden Situationen zu Konflikten führen kann (→ Emotion(en)). Das macht es besonders wichtig, Vorausverfügungen sehr klar und gegebenenfalls zum Beispiel in Rücksprache mit dem Hausarzt oder der Hausärztin zu formulieren, um medizinische Unsicherheiten auszuräumen. Zusammen mit Gesprächen mit nahestehenden Personen über die eigenen Vorstellungen und Wünsche kann auf diese Weise einer Fehlinterpretation der verfügten Entscheidungen vorgebeugt werden.

Patientenverfügungen sind, genauso wie Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen, rechtliche Dokumente und Instrumente der Selbstbestimmung. Sie bieten die Möglichkeit, die eigene Stimme in kritischen Lebenssituationen zu bewahren und Entscheidungen im Voraus zu treffen. Letztlich geht es bei Vorausverfügungen darum, die Wünsche der Verfügenden zu respektieren und sicherzustellen, dass Bürgerinnen und Bürger in Übereinstimmung mit ihren Werten und Überzeugungen leben können und behandelt werden.

W wie Wohlergehen

Holmer Steinfath

Im Alltag fragen wir „Wie geht es Dir?“ und erwarten im positiven Fall als Antwort „Mir geht es gut!“. Die Antwort „Mir ergeht es wohl!“ klingt dagegen leicht gekünstelt. Auch die Rede vom „Wohlergehen“ scheint mir keinen ganz festen Sitz in unserer Alltagssprache zu haben. Am ehesten reden wir von „Wohlergehen“ oder auch „Wohlbefinden“, wenn wir sagen wollen, dass es einer Person rundum – körperlich, seelisch und sozial – gutgeht. Das englische Äquivalent zu „Wohlergehen“ ist „well-being“, und dass dieser Ausdruck geläufiger ist, zeigt jeder Blick in die Selbsthilfe-Abteilung englischsprachiger Buchläden. Da kann man selbst etwas zu „financial well-being“ und „career well-being“ finden!

Ähnlich wie in Debatten zum guten Leben (→ Gutes Leben) versuchen philosophische Arbeiten, zum Wohlergehen in der Regel zwei Gesichtspunkten Rechnung zu tragen, die vielleicht gar nicht immer zusammenpassen. Einerseits geht es beim Wohlergehen einer Person um *deren* Leben; es soll *ihr* gut ergehen. Ein Mensch mag Großartiges leisten; er mag wichtig für die anderen oder die Gesellschaft sein. Viele mögen ihn bewundern. Und doch kann es ihm selbst dabei elendig gehen. Wohlergehen ist also eminent relativ auf eine Person (oder ggf. auch auf eine Gruppe, eine Möglichkeit, die hier ausgespart werden muss). Andererseits können wir zögern, die Beantwortung der Frage, ob es einer Person wirklich gut geht, ohne Weiteres allein ihr selbst zu überlassen. Was ist, wenn jemand sich mit und in seinem Leben wohlfühlt, weil er fälschlicherweise glaubt, von anderen geliebt und geschätzt zu werden? So etwas kennt jeder: Jemand ist glücklich in der Partnerschaft, wird aber hinter seinem Rücken von dem Partner oder der Partnerin betrogen. Was sollen wir in so einem Fall sagen?

Im Rückblick kann die betrogene Person schulterzuckend konstatieren: „Mein Partner war ein Schuft, aber immerhin hatten wir eine tolle Zeit!“. Für eine weniger robuste Person kann dagegen eine Welt zusammenbrechen. Ihr vergangenes Glück wird ihr wie Hohn vorkommen. In der Philosophie wird auf das Betrugsszenario meistens so reagiert, dass zugestanden wird, dass die betrogene Person früher glücklich war, dass dieses auf einem Schein beruhende Glück aber noch nicht echtes Wohlergehen sei. Zum Wohlergehen, so die Idee, gehöre beides: dass sich die Person gut fühlt und dass sie sich über wesentliche Belange ihres Lebens nicht täuscht. Was muss dann aber zum Sich-Wohlfühlen hinzukommen? Manche sagen „Autonomie“, andere „Authentizität“, wieder andere die Verwirklichung bestimmter Fähigkeiten oder auch die Realisierung von Werten.

Ist das wichtig? Ja, denn es geht nicht nur um gelungene oder verkorkste Partnerschaften. Wie steht es zum Beispiel um das Wohlergehen von Frauen in ausgeprägt patriarchalen Gesellschaften? Kann es einer Frau gutgehen, die ohne Murren ihrem Mann dient und nichts anderes kennt als die Sorge um Haushalt und Familie? Genügt für ihr Wohlergehen, dass sie sich fraglos in ihre Rolle findet, vielleicht sogar zufrieden mit ihr ist? Genügt es auch, wenn ihr wichtige Informationen und Optionen vorenthalten wurden und sie deswegen nie die Chance hatte, ein anderes Leben zu führen? Ähnliche Schwierigkeiten können sich in der Medizin stellen. Man denke etwa an das Verhältnis von Fürsorge und Autonomie. Ist die Selbstbestimmung von Patient:innen ein Teil ihres Wohlbefindens oder ein Prinzip, das es selbst dann zu achten gilt, wenn es das Wohl gefährdet?

X wie X-Ray

Mark Schweda

Man wisse nicht, ob man ein Fotoatelier, eine Dunkelkammer oder eine Hexenküche betrete, heißt es in jenem denkwürdigen Kapitel von Thomas Manns Roman *Der Zauberberg*, das im „Durchleuchtungslaboratorium“ der fiktiven Davoser Lungenheilanstalt Berghof spielt, in der Hans Castorp seinen an Tuberkulose erkrankten Vetter besucht. Einbestellt aufgrund hartnäckig erhöhter Temperatur, hat sich der junge Hamburger Ingenieur hier einer neuartigen apparativen Untersuchung zu unterziehen, deren physikalische Grundlagen Wilhelm Conrad Röntgen erst wenige Jahre zuvor entdeckt hatte. Seine geplante „Innenaufnahme“ ist Castorp denn auch keineswegs ganz geheuer, die Apparatur knattert und blitzt und zischt gewaltig, und er ist hinterher erleichtert, die Prozedur unversehrt überstanden zu haben.

Das Resultat mutet freilich zunächst ernüchternd an. Gemessen an Hans Castorps ehrfürchtiger Scheu, unerlaubt Einblick in eine Sphäre zu nehmen, die dem menschlichen Auge bis dahin stets verschlossen geblieben war, sozusagen in das Betriebsgeheimnis des Lebens selbst, erscheint der auf dem fluoreszierenden Schirm gebotene Anblick im Grunde banal und nichtssagend. Wie der Blick der ersten Kosmonauten in den Weltraum nirgendwo den lieben Gott zu erspähen vermochte, sondern nur mehr endlose Leere, ist auch hier nichts Wesentliches zu sehen. Das Innere erweist sich als durchaus äußerlich. Der vollständig durchschaute Mensch birgt kein Geheimnis. Tatsächlich tragen die Bewohner des Berghofs Abzüge ihrer radiographischen „Portraits“ wie Souvenirs in der Brieftasche mit sich herum und tauschen sich zur morbide-frivolen Unterhaltung darüber aus.

Von einer anderen Seite betrachtet gewinnt der Vorgang jedoch allemal eine gewisse Faszinationskraft. Denn der Blick ins Innere ist zugleich ein Blick in die Zukunft: Er vermag in den Tiefen des Körpers leise und verborgen ablaufende Vorgänge aufzudecken, die sich an der Oberfläche – für die Betroffenen selbst und ihr Umfeld – durch keinerlei äußere Anzeichen bemerkbar machen. Eine Krankheit, die es in ihrer Erfahrungswelt überhaupt noch nicht gibt. Entsprechend fühlt sich Hans Castorp beim Anblick seiner Innenaufnahme auch an eine entfernte Vorfahrin erinnert, der seherische Fähigkeiten nachgesagt wurden. Bis heute dient Bildgebung nicht nur der Diagnose, sondern auch der Prädiktion, Früherkennung und Prognose. Sie zeigt den beginnenden Schwund in der Großhirnrinde, der sich früher oder später in Form zunehmender Vergesslichkeit bemerkbar machen (→ Demenz), den winzigen Tumor in den Eingeweiden, der sich zur lebensbedrohlichen Krebserkrankung auswachsen kann, oder, in Castorps Fall eben: die „feuchten Stellen“ in der Lunge, die ihn von einem vorübergehenden Gast in einen dauerhaften Bewohner des Berghofs verwandeln werden.

Natürlich bleiben alle diese Zukünfte letztlich vage und spekulativ: ängstlich erahnte, schätzungsweise vermutete oder logisch erschlossene Szenarien, die man in ein noch laufendes und damit auch in viele Richtungen bewegliches und beeinflussbares Geschehen hineinprojiziert. Darüber hinaus gibt die Röntgenaufnahme Hans Castorp allerdings auch noch wie in einem unheimlichen Zeitraffer unversehens das Bild einer bereits ein für alle Mal unverrückbar feststehenden Zukunft: Als nähme die technische Apparatur den unaufhaltsamen Prozess des Verfalls, der Verwesung und Zersetzung alles Lebendigen schon einmal optisch vorweg, erblickt er durch die schemenhaft verschwebenden Schichten und Lagen der Gewebe und Organe hindurch sein eigenes, in der Dunkelheit leuchtendes Skelett. So gerät der technisch vermittelte Blick in die Zukunft schließlich gewissermaßen zum Blick in die Gruft. Er durchdringt den

Schleier des in Philosophie und Christentum seit jeher als heikel, trügerisch und in jedem Sinne verderblich beargwöhnten Fleisches und enthüllt dem jungen Mann so, was letzten Endes einmal von ihm übrigbleiben wird. Die Radiographie zeigt ein Vanitasmotiv, ihre entscheidende Botschaft ist ein Memento mori: Angesichts des geisterhaften Knochengerippes, das still und heimlich in seinem Körperinneren haust, begreift Hans Castorp zum ersten Mal in seinem Leben wahrhaftig, dass er sterben wird (→ Sterben und Tod).

Y wie Yes-Spende

Ines Pietschmann

Die Fortpflanzung ist ein komplexer biologischer Vorgang. Eine Grundvoraussetzung ist, dass es zwei unterschiedliche Keimzellen gibt: eine Samenzelle und eine Eizelle. Diese müssen miteinander verschmelzen und sich zu einem Embryo weiterentwickeln.

Eigene Kinder zu bekommen, ist für viele Menschen Teil eines guten Lebens (→ Gutes Leben). Die Aussicht, sich einen Kinderwunsch möglicherweise nicht erfüllen zu können, kann für Betroffene sehr belastend sein. Es gibt viele Gründe, weshalb Menschen bei der Fortpflanzung Unterstützung durch die Reproduktionsmedizin benötigen oder diese wünschen. Das kann medizinische Gründe haben, weil die Betroffenen keine funktionsfähigen Samenzellen oder Eizellen haben und es deshalb nicht auf „natürlichem" Weg zu einer Schwangerschaft kommen kann. Die Zeugungsfähigkeit (Fertilität) kann durch verschiedene Erkrankungen, Krebstherapien, das Alter (→ Altern) oder Umwelteinflüsse wie Ernährung, Rauchen, Alkohol und andere Faktoren eingeschränkt sein.

Aber auch soziale Faktoren können der Grund sein, weshalb die Fortpflanzung durch die Reproduktionsmedizin unterstützt werden soll. Gleichgeschlechtlichen Paaren fehlt es an den Keimzellen des anderen Geschlechts. Das Gleiche gilt für alleinstehende Menschen, die sich entscheiden, ohne Partner*in ein Kind zu bekommen.

Eine Möglichkeit, trotzdem ein Kind zu bekommen, ist die Samenspende oder Eizellspende. Diese wird auf unterschiedliche Weise praktiziert. Eine Form ist die sogenannte Yes-Spende. Dabei handelt es sich um eine Spende, die nicht anonym erfolgt. Die spendende Person stimmt in diesem Fall zu, dass ihre personenbezogenen Daten in einem Register gespeichert werden, damit Kinder, die aus dieser Spende entstehen, erfahren können, von wem sie abstammen. Aus diesem „Ja" zu diesen Bedingungen leitet sich der Name Yes-Spende ab.

In Deutschland gilt seit 2018 das Samenspenderregistergesetz (SaRegG). Es regelt, wie Kinder, die ab Inkrafttreten dieses Gesetzes durch eine Samenspende gezeugt werden, ihr Recht auf Kenntnis ihrer Abstammung praktisch umsetzen können. Sie können ab ihrem 16. Lebensjahr u.a. den Namen, Geburtsdatum und Anschrift der Samenspende-Person erfragen und versuchen, mit ihr in Kontakt zu treten. Die Spenderperson muss keine finanziellen oder sorgerechtlichen Pflichten übernehmen.

Warum wollen Kinder, die aus Samenspende entstanden sind, wissen, von wem sie genetisch abstammen? Die Gründe können vielfältig sein. So kann die Auseinandersetzung mit der eigenen Identität dazu führen, dass man sich fragt: Woher komme ich? Woher habe ich diese oder jene Eigenschaft? Sehe ich meinem Samenspender ähnlich? Auch genealogische Überlegungen über die eigene Abstammungsgeschichte und mögliche genetische Verwandtschaften können sich stellen. Schließlich kann es im Rahmen einer Erkrankung notwendig sein, genetische Faktoren zu erkunden. Diesen Fragen nachzugehen, muss nicht bedeuten, den sozialen Vater abzulehnen. Trotzdem müssen sich die sozialen Väter sowie die Mütter vor Inanspruchnahme einer Samenspende überlegen, wie sie damit umgehen können und wollen, dass die Spenderperson in der Zukunft möglicherweise keine anonyme Figur in ihrem Familienleben bleiben wird.

Nicht jedes Kind möchte mehr über seine Spenderperson wissen. Das Gesetz bietet ihnen aber die Möglichkeit, diese Entscheidung für sich selbst zu treffen.

In Deutschland ist die Samenspende erlaubt, die Eizellspende verboten. Bei einer Neuregelung der Eizellspende müsste darauf geachtet werden, dass auch hier das Recht auf Kenntnis der Abstammung gewahrt wird.

Z wie Zeit

Holmer Steinfath

Die Zeit ist ein Rätsel. Es gibt kaum ein Buch über die Zeit, in dem nicht der spätantike Philosoph und Kirchenvater Augustinus zitiert wird: „Was ist also die Zeit? Wenn mich niemand danach fragt, weiß ich es; will ich es einem Fragenden erklären, weiß ich es nicht." Rätsel faszinieren, aber Zeit fasziniert auch, weil über sie nachzudenken immer auch heißt, über uns selbst nachzudenken. Manche gehen so weit zu behaupten, dass wir selbst die Zeit sind und sie nichts ist ohne uns. Wie kann man auf so eine Idee, die sich schon bei Augustinus abzeichnet, kommen?

Ich sitze jetzt am Laptop (→ Jetzt) und versuche, einmal etwas lockerer als sonst über die Zeit zu schreiben (funktioniert natürlich nicht). Aber glücklicherweise bin ich nicht ein Bewusstsein, das jetzt auftaucht, um im nächsten Moment schon wieder verschwunden zu sein. Die Zeit zerfällt für mich nicht in unverbundene Jetzt-Punkte: und dann und dann und dann. Täte sie es, wäre ich kein Subjekt, das gestern das eine gemacht hat und morgen etwas anderes tun wird. Vielmehr gehen in die Gegenwart meines schreibenden Ichs all die Geschehnisse ein, die mich geprägt haben und mir teilweise im Gedächtnis geblieben sind. Ich könnte mir jetzt keine Gedanken über die Zeit machen – zumindest nicht *diese* –, hätte ich nicht vor ein paar Jahren Augustinus gelesen, ja, hätte ich nicht viel früher mit dem Lesen angefangen, bestimmte Erfahrungen gemacht usw. Ich bin, was ich geworden bin, und zwar nicht auf einen Schlag, sondern im Laufe einer jahrzehntelangen Entwicklung, die mein bisheriges Leben ist (→ Biografie). Zugleich antizipiere ich in jedem Moment, was als Nächstes kommen mag. Ich muss ja wissen, wie der angefangene Satz weitergehen soll, wie sich das Geschriebene in das Glossar unserer Forschungsgruppe fügen könnte, wie es mit der Gruppe weitergehen wird usw. Auch diese Ausgriffe in die Zukunft bestimmen, wer ich bin. Und mit jedem weiteren Schritt, den ich tue, mit jedem Gedanken und jeder Empfindung knüpfe ich das Band zwischen Vergangenheit und Zukunft aus einer je anderen Gegenwartssituation heraus neu. In diesem Sinn mache ich die Zeit und macht die Zeit mich. Zerfiele mein Webwerk, würde nicht nur die Zeit für mich zersplittern, wie es Menschen mit einer bipolaren Störung manchmal berichten und es in der Demenz auftreten kann, wo Ereignisse nicht mehr in eine zeitliche Ordnung gebracht werden können. Zersplittern würde vielmehr auch ich selbst. Wer nichts mehr erinnert und nichts zu antizipieren vermag, ist nicht mehr „jemand", jedenfalls nicht für ihn oder sie selbst.

Wie kommt es dann aber, dass wir uns auch danach sehnen können, ganz in der Gegenwart aufzugehen, ja selbst danach, dass die Zeit stillsteht? Zeit ist Leben (oder genauer: die Ordnung der Ereignisse, die das Leben ausmachen). Zeit ist aber auch Leiden (oder genauer: das Leiden am Vergehen der Ereignisse, die das Leben bedeutsam machen). Das ist die Lehre des Buddha. Und für viele ist dies die Erfahrung des Älterwerdens (→ Altern) und der damit einhergehenden Verluste. Die Marschallin in Richard Strauss' *Der Rosenkavalier* singt: „Die Zeit, die ist ein sonderbares Ding./ Wenn man so hinlebt, ist sie rein gar nichts./ Aber dann auf einmal, da spürt man nichts als sie:/ sie ist um uns herum, sie ist auch in uns drinnen. In den Gesichtern rieselt sie, im Spiegel da rieselt sie,/ in meinen Schläfen fließt sie./ Und zwischen mir und dir da fließt sie wieder./ Lautlos wie eine Sanduhr." Das ist die Klage darüber, dass alles, woran uns liegt, vorübergeht – und mit ihm unser Leben und wir selbst. So betrachtet, ist Zeit beides: der Bogen, der vergangene, gegenwärtige und zukünftige Ereignisse in der Perspektive eines Subjekts zusammenhält, und die Erosion, die allem Zeitlichen den Stempel der Vergänglichkeit aufdrückt.

Für uns Menschen – die „Sterblichen“, die „Tageswesen“ (Pindar) – erwächst daraus eine doppelte Aufgabe: wir müssen unserem Leben einen Zusammenhang in der Zeit (und damit ein eigenes zeitliches Gepräge, auch einen eigenen Rhythmus) geben und dennoch akzeptieren, vielleicht sogar begrüßen, dass wir „das Zeitliche segnen“ müssen und nichts so bleibt, wie es ist (→ Sterben und Tod).

Medizin und die Zeitstruktur guten Lebens
DFG FOR 5022

Interessiert an Veranstaltungen der DFG-Forschungsgruppe „Medizin und die Zeitstruktur guten Lebens“? Abonnieren Sie unseren E-Mail-Newsletter unter folgendem Link:

https://listserv.gwdg.de/mailman/listinfo/for5022

Besuchen Sie auch gerne unsere Webseite:

https://for5022.de/de/startseite/

GEORG-AUGUST-UNIVERSITÄT GÖTTINGEN IN PUBLICA COMMODA SEIT 1737

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN UMG

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

GOETHE UNIVERSITÄT FRANKFURT AM MAIN

CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

DFG Deutsche Forschungsgemeinschaft

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg