

Rehabilitation und Lebensgeschichte. Das »story«-Konzept in der Medizinethik

Von Wolfgang Lienemann

»Ein Arzt oder Gesundheitspolitiker, der selbst nicht weiß, worauf er hofft, kann auch keine echten medizinethischen Entscheidungen fällen.« In diesem Wort des Theologen und Psychotherapeuten Dietrich Ritschl¹ ist von der Einheit oder dem Übereinkommen von Wissen und Hoffen die Rede; es geht um die wissende Hoffnung, die *docta spes*. Die Hoffnung streckt sich nach der Zukunft aus; wer hofft, fragt nach der offenen Zukunft, seiner oder ihrer eigenen oder der der anvertrauten Menschen. Aber zu einer wissenden Hoffnung gehört auch die Erinnerung, die Fähigkeit des Eingedenkens, die Anamnese. Nur wenn ich genügend über den bisherigen Weg eines Menschen weiß, kann meine Phantasie zu einer begründeten Hoffnung gelangen, einer im Wissen um die prägende Herkunft eines Menschen verankerten Antizipation seiner künftigen Möglichkeiten und Grenzen. Die *docta spes*, die aufgrund von Erfahrungswissen realistisch urteilende Hoffnung ist zu Unterscheidungen zwischen Illusion und tatsächlich bestehender Chance, zwischen Wunschtraum und realistischen Aussichten fähig.

Rehabilitation, wie ich sie als Laie aufgrund von Lektüre und Beobachtungen verstehe, bedarf der wissenden Hoffnung, der begründeten Antizipation von Lebensmöglichkeiten, welche Einschränkungen zum Trotz gestützt und gefördert werden können. Ich möchte einleitend eine kleine, selbsterfundene *Typologie der Rehabilitation* zur Diskussion stellen (I), obwohl ich weiß, damit an dieser Stelle wahrscheinlich Eulen nach Athen zu tragen. Im zweiten Abschnitt will ich dann kurz erläutern, was ich unter dem »story«-Konzept verstehe (II), und im dritten Teil möchte ich auf dieser Basis einige mir wichtig erscheinende *Konsequenzen* hervorheben (III).

I

Unter Rehabilitation verstehe ich die Gesamtheit der Handlungen, Verhaltensweisen und Institutionen, die den Zweck haben, kranken oder behinderten Menschen die Erhaltung oder Wiedergewinnung einer objektiv erreichbaren und subjektiv als erstrebenswert empfundenen Lebensqualität nach einer empfindlichen und häufig teilweise irreversiblen Beeinträchtigung der Gesundheit zu ermöglichen². Dieses Verständnis von Rehabilitation ist mit Absicht sehr weit gefaßt, so daß es nahezu mit einem Verständnis von Heilung zusammenfällt, von dieser sich jedoch dadurch unterscheidet, daß es nicht um eine Wiederherstellung einer vordem bestehenden Situation des Wohlbefindens geht, sondern um die annähernde Wiedererlangung von Fähigkeiten in einem objektiv eingeschränkten Umfang. Rehabilitation hat ihren Ort im Spannungsfeld von Wirklichkeit und Möglichkeit; sie setzt einen eingeschränkten oder sich verengenden Möglichkeitshorizont des individuellen

Lebens voraus, verbunden mit der Absicht, den verbleibenden Spielraum der Gesundheit optimal wahrzunehmen. Dabei füge ich hinzu, daß ich im Anschluß an den Theologen Karl Barth Gesundheit als »Kraft zum Menschsein«³ verstehe, also als eine Kraft, eine *vis*, eine *δυνάμις*, welche menschliche Existenz und Tätigkeit im denkbar weitesten Sinne ermöglicht.

Typen von Rehabilitation kann man vielleicht entlang einer Skala anordnen, auf deren einer Seite eine mehr oder weniger vollständige Wiedergewinnung eines beeinträchtigten *status quo* erfolgt, während auf der anderen Seite lediglich die begleitende Stützung eines dem Sterben zueilenden Lebens steht.

a) Unproblematisch ist sicher jene Rehabilitation, bei der eine wesentlich mechanisch verursachte Beeinträchtigung durch geeignete Mittel überwunden wird (Arm- und Beinbruch). Hier geht es um eine *restitutio in integrum*.

b) Dominant dürften heute in modernen Industriegesellschaften jene Bereiche von Rehabilitation sein, in denen versucht wird, eingetretene Behinderungen in ihren Auswirkungen zu minimieren, Lebenserschwernisse abzubauen und die soziale und berufliche Integration zu fördern. Es dürfte sinnvoll sein, diese *linderungsfähigen Behinderungen* nach ihren Ursachen zu unterscheiden: nach (1) physischen Einwirkungen (Unfälle, physiologisch oder genetisch eindeutig kausal determinierte Erkrankungen etc.), (2) chronischen Erkrankungen (beruflich oder genetisch bedingt, Sinnesbehinderungen – Blindheit, Taubheit – oder multifaktorielle Syndrome etc.) und (3) psychosozialen Syndromen (Suchtkrankheiten, psychische Erkrankungen, psychosomatische Komplexe). Übergänge besonders zwischen (2) und (3) verstehen sich von selbst. In diesem breiten Feld gibt es die größte und kostenträchtigste Palette von Rehabilitationseinrichtungen; hierher gehören krankheitsspezifische (Paraplegiker- oder Schlaganfall-Rehabilitation⁴) und eher -unspezifische Einrichtungen (beschützende Werkstätten für mehrfach behinderte Menschen). In Deutschland gab es Mitte der 80er Jahre allein zum Zwecke der beruflichen Rehabilitation 42 Berufsbildungswerke (BBW), 21 Berufsförderungswerke (BFW) und circa 350 Werkstätten für Behinderte⁵. In diesen Umkreis fallen Einrichtungen wie die Rehabilitationszentren in Heidelberg, die Bodelschwingschen Anstalten in Bethel oder die Blindenstudienanstalt in Marburg.

c) Als dritte Form der Rehabilitation möchte ich die Erhaltung und Förderung der Lebensqualität bei insgesamt nachlassenden Lebenskräften ansehen. Ziel der Rehabilitation ist hier die *Aktivierung der abnehmenden Lebenskraft*; eigentlich kann dabei von Re-Habilitation nur insoweit die Rede sein, als es darum geht, im Prozess des seinem Ende entgegen-eilenden Lebens Hilfen zur Wahrnehmung gleichwohl bestehender Lebensmöglichkeiten wahrzunehmen. So hart es klingen mag: diese dritte Gestalt der Rehabilitation umfasst auch, soweit Menschen dies vermögen, die Einübung in die *ars moriendi*⁶.

Die beiden ersten Typen der Restitution und der Re-Integration umfassen vor allem medizinische, berufliche und schulische Rehabilitation; dazu lassen sich in der Regel präzise Konzepte und Trainingsprogramme entwickeln oder anwenden. Ethische Konflikte und Probleme sehe ich in dieser Hinsicht kaum; wenn medizinische und berufliche Restitution oder Rehabilitation tatsächlich möglich und wirtschaftlich finanzierbar sind und gewünscht werden, wird man entsprechende Mittel zur Verfügung stellen. Eine Herausfor-

derung besonderer Art bildet freilich der schreiende Gegensatz zwischen den Rehabilitationsmöglichkeiten in den Industrieländern und dem weitgehenden Fehlen selbst einer Basis-Rehabilitation in Ländern der Dritten Welt. Indes bilden die komplexesten Herausforderungen nach meiner Wahrnehmung die psychosozialen Syndrome des Typs (b) und die rehabilitierende Begleitung gegen Ende des Lebens (c).

II

Welche Art von Rehabilitation ist wann angezeigt? Es gibt dafür selbstverständlich Erfahrungsregeln und umfassende interdisziplinäre Konzepte, die auf die einzelnen Gruppen von Krankheiten und Behinderungen spezifisch zugeschnitten sind. Ich beschränke mich jetzt allein auf den Umgang mit Menschen, deren Leben entweder psychisch erheblich beeinträchtigt ist oder sich dem Ende zuneigt. Im Blick auf beide Arten denke ich, daß die Formen möglicher Rehabilitation und Begleitung daran orientiert werden sollten, wie sie zur Geschichte eines Menschen sich derart fügen, daß diese Geschichte »angenommen« werden kann.

Zur Reife eines Menschen gehört, daß jemand ihre oder seine »Geschichte« erzählen kann. Wenn jemand mitteilen will, was für ein Mensch er oder sie sei, ist es am besten, zu berichten, wie und wodurch jemand zu dem geworden ist, was er oder sie heute ist. Dabei ist nun eigentümlich, worauf Ritschl hingewiesen hat⁸, daß Menschen nicht nur ihre »story« als Geschichte ihres Gewordenseins bis heute kennen und erzählen können, sondern sich auch ständig vorstellen, wie die bisherige Geschichte weitergehen könnte oder sollte. Dem Eingedenken, was geschehen ist – der *retentio* –, korrespondiert mithin das Aussein auf das, was noch bevorsteht oder möglich ist – eine erfahrungsspezifische, biographiegeprägte⁹ *intentio*. Ritschl meint darüber hinaus, daß nur ganz junge Menschen denken, gleichsam alles noch vor sich zu haben (»vor ihnen lag die weite Welt« – Milton, *Paradise lost*), während Erwachsene sich auf sehr verschiedenen Altersstufen in gewisser Weise vorstellen, in der Mitte ihrer »story« zu sein. Das ist vermutlich auch gut erklärbar, solange nämlich ein Mensch besondere Aufgaben hat und insofern, allen Einschränkungen zum Trotz, über eine hinreichende »Kraft zum Menschsein« verfügt, das heißt, in der Lage und willens ist, sich altersspezifischen Herausforderungen und Aufgaben zu stellen. »Die meisten von uns«, sagt Ritschl, »leben in einer gerade uns entsprechenden ›Mitte‹ der Belastbarkeit, der Erfüllung des Potentials, einer Balance der Selbsteinschätzung«¹⁰. Was ein Mensch, der altert und alternd auch krank ist, als die ihm oder ihr angemessene Balance noch bestehender oder auch erneut anzustrebender Möglichkeiten wahrnimmt, ist wohl maßgeblich durch den jeweiligen Lebenslauf und dessen in die eigene Weltsicht integrierte Deutung bestimmt. Denn es geht nicht einfach um die äußeren Daten eines *curriculum vitae*, das in einer oberflächlichen Anamnese abgefragt werden kann, sondern um die subjektiv gedeutete, symbolisch verschlüsselte und sprachlich mitteilbare Sicht eines Lebens inmitten anderer Leben und Lebenserfahrungen und -entwürfe. Anders gesagt: Wenn ich meine »story« bin, dann bin ich das Ensemble der von mir als Sinneinheit bewußt *und* unbewußt integrierten Verhältnisse, durch die ich der geworden bin, der ich bin oder der zu werden ich (noch) hoffen kann¹¹.

Geht man von einer solchen Wahrnehmung des anderen Menschen (und seiner selbst) aus, dann ist man unweigerlich genötigt, jeden Menschen in Erfahrung und Erwartung seiner Geschichte als einmalige Person anzuerkennen. Wenn diese Behauptung Zustimmung findet, ergibt sich daraus wohl zwingend der Schluß, daß Rehabilitation und Begleitung in (psychischer) Krankheit und im Alter jedem Schematismus widerstehen muß. Es kommt vielmehr darauf an, einen jeden Menschen in der Besonderheit seiner ganz und gar einmaligen »story« sein zu lassen, anzuerkennen und zu ehren. Aus der Perspektive begleitender jüngerer oder gesünderer Personen ergibt sich daraus die Anforderung, durch Einsicht in die mitgeteilte oder erschlossene »story« herauszufinden, welche Fortsetzung und welches Ende dem bisherigen Weg eines Menschen entsprechen mögen.

Die alte *ars-moriendi*-Literatur war stark durch das Motiv geprägt, jedem Menschen auf dem Weg an sein Ende die Möglichkeit der Einsicht, der Rechenschaft, der Gutmachung und des bewußten Abschiedes zu erhalten – gleichsam die Lebenden verstanden als die Anwälte des Rechtes auf den eigenen Tod der ihnen anvertrauten Personen¹². Das gilt natürlich nur für Menschen, die ihr nahendes Ende bewußt wahrnehmen können. Aber auch Menschen, deren Abschied sich sehr lange hinzieht und die für uns oft wie hinter einem immer dichterem Vorhang verschwinden – also besonders sogenannte altersdemente Menschen –, auch diese sind und bleiben in gewisser Weise ihre Geschichte, und deshalb ist es wichtig, sie auch in dieser Hinsicht zu achten und auf ihre Äußerungen mit Sorgfalt achtzugeben. Karl Barth hat gelegentlich in einem Brief geschrieben, wie er im hohen Alter seine langjährige engste Mitarbeiterin und Vertraute in deren Pflegeheim regelmäßig am Sonntag besucht hat, und wie er der immer weiter Fortgehenden Verse und Lieder aufgesagt oder vorgesungen hat, die sie aus ihrer Jugend in sich trug. Auch auf diese Weise, so denke ich, findet stützende Begleitung eines Menschen als Teilnahme an einer unverwechselbar einmaligen, bis zum Tode unabgeschlossenen Geschichte statt.

III

Die Folgerungen, die sich aus der hier kurz skizzierten Wahrnehmungsart ergeben, brauche ich abschließend nur kurz anzudeuten. Ich kann mich dabei zur Unterstützung meiner Auffassung im übrigen auf eine vor kurzem an der Berner evangelisch-theologischen Fakultät verfaßte Akzess-Arbeit stützen, in der empirische, medizinethische, soziologische und theologische Aspekte der Altersdemenz untersucht worden sind¹³. Dabei konnten auch ausführliche Interviews im Berner Zieglerspital gemacht werden. Als drei wichtige Ergebnisse dieser Untersuchungen möchte ich nur hervorheben, wie wichtig das Zusammenwirken aller Beteiligten ist, wie notwendig eine hinreichende fachliche Vertrautheit etwa der Seelsorgerinnen mit den Erfahrungen der Gerontopsychiatrie ist, und wie ausschlaggebend die Ehrfurcht vor der Einmaligkeit eines altersdementen Patienten ist, auch und gerade dann, wenn nur noch winzige Kleinigkeiten das Leben punktuell etwas aufzuhellen vermögen. Auch das ist nach meinem Verständnis Rehabilitation, freilich an der äußersten Grenze. Dazu noch zwei abschließende Bemerkungen:

(1) Jede Rehabilitation ist ein Eingriff in die Lebens-»story« eines anderen Menschen und darum eine problematische und verantwortungsvolle Sache. Therapeuten wissen meistens aufgrund ihrer Erfahrungen intuitiv, wo sie von sich aus Grenzen ihrer möglichen Interventionen ziehen müssen. Dem beobachtenden Ethiker kommt dabei nach meiner Auffassung kein Recht zu, gleichsam von außen für praktische Einzelfälle Richtlinien und Regeln vorgeben zu wollen. Medizinethik soll weder kasuistisch noch normativ-präzeptorisch auftreten, sondern der Sensibilisierung der menschlichen Wahrnehmungsfähigkeit dienen. Dazu gehört schließlich auch, zu erkennen und anzuerkennen, wenn ein Mensch nicht mehr »rehabilitiert« werden kann oder will¹⁴. Auch die Unterlassung von Rehabilitationsbemühungen und der definitive Therapieverzicht¹⁵ sind Einwirkungen auf die »story« eines Menschen. An diesen Grenzen des Lebens kann es geschehen, daß Ärzte und Pflegekräfte für das Leben gegen den Willen eines Patienten¹⁶ entscheiden zu müssen überzeugt sein können, und ebenso, daß sie den Willen respektieren¹⁷.

(2) Ich möchte abschließend lediglich noch eine Frage aufwerfen, für die eigentlich der Seelsorge-Lehrer zuständig ist. Medizinische Rehabilitationsdefinitionen betonen immer irgendwie und meist zentral die Wiedergewinnung der Funktionsfähigkeit. Bei etlichen psychischen und altersbedingten Krankheiten und Behinderungen und insbesondere auf dem Wege des Sterbens ist das »Funktionieren« aber wohl nicht (mehr) primär wichtig. Wenn dann der Blick eines Menschen auf seine gelebte und gedeutete Geschichte zurücklenkt, erweist sich diese Geschichte zumeist als in sich gebrochen, häufig mit schweren Verletzungen, die vielleicht verdrängt oder vernarbt, aber selten ganz vergessen sind. Auch das Verhältnis zum Glauben und zur Religion kann an den Rändern des Lebens unverhofft neu aufbrechen. Die alte *ars moriendi* enthielt viele ganz praktische Hinweise auf diese letzte Phase der Lebensbegleitung, freilich auch viele ganz und gar unverantwortliche Vorschläge. Meine Frage ist, ob und wie diese verschütteten Einsichten nicht nur für die Seelsorge, sondern eventuell auch für die klinisch-therapeutische Praxis gerettet und wiedergewonnen werden können¹⁸.

Prof. Dr. Wolfgang Lienemann
Pilgerstraße 35
CH-4055 Basel

Abstract

The author explains various types of rehabilitation in medicaltherapeutic praxis. Therewith he underlines the importance of the individual story und narrative interpretation of personal biography, especially in case of psychical illness and old-age. For this the study gives references to the »ars-moriendi« literature and questions about her ethical implications for therapy.

Anmerkungen

- 1 Das »story«-Konzept in der medizinischen Ethik, in: *ders.*, Ökumene, Medizin, Ethik. Gesammelte Aufsätze, München: Kaiser 1986, 201–212 (210).
- 2 Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (SAR) geben folgende Definition: »Die Rehabilitation ist der kombinierte Einsatz medizinischer, sozialer, pädagogischer und technischer Maßnahmen zur Funktionsverbesserung, Schulung und Umschulung sowie zur Anpassung der Betroffenen und ihrer Umwelt im Hinblick auf die Erlangung der bestmöglichen Funktionsfähigkeit und eines angemessenen Platzes in der Gesellschaft.«
- 3 Vgl. seine »Kirchliche Dogmatik« (KD), Bd. III/4, § 55.1, 404–426.
- 4 Vgl. dazu *O. Brändli/U. Hürlimann/H. Walser*: Rehabilitation nach Schlaganfall, NZZ Nr. 272 v. 22. 11. 1995, 67. Hier findet man auch die oben erwähnte Definition der WHO bzw. SAR. Die Verfasser behandeln hauptsächlich die mutmaßliche (und von ihnen anscheinend für erstrebenswert gehaltene) Zukunft der Neurorehabilitation, u. a. die Aussicht auf Transplantation fetaler Nervenzellen in menschliche Gehirne oder gentechnische Veränderung von Hirnzellen plus deren Replantation zur Produktion von Neurotransmittern im Gehirn. Das Pathos der Verfasser zeigt deren anschließender Satz: »Diese Technik könnte, unter anderem, das Problem der Abstoßung von Zellen ein für allemal lösen.«
- 5 *Winfried Lotz/Uwe Koch*: Art. Rehabilitation, Lexikon Medizin, Ethik, Recht, eds. *Albin Eser u. a.*, Freiburg/Basel/Wien: Herder 1989 (= TB 1992), 895–900 (898).
- 6 Vgl. dazu: *Ars Moriendi*. Die Kunst, gut zu leben und gut zu sterben. Texte von Cicero bis Luther, hg. von *Jacques Laage*. Zürich: Manesse 1996.
- 7 Vgl. die Hinweise zum Zusammenwirken eines Rehabilitationsteams bei *Brändli/Hürlimann/Walser*, aaO.
- 8 AaO., 208.
- 9 Vgl. dazu die Beiträge zur Biographieforschung in der Praktischen Theologie; u. a. Religion und Biographie. Perspektiven zur gelebten Religion (FS *Gerd Otto*), hg. von *Albrecht Grözinger und Henning Luther*, Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus 1987.
- 10 AaO. 208.
- 11 Das »story«-Konzept, wie es Ritschl vertritt (vgl. *Dietrich Ritschl/Hugh O. Jones*: »Story« als Rohmaterial der Theologie, München: Kaiser 1976), berührt sich – wohl ohne ausdrückliche Kenntnis – mit dem Entwurf von *Wilhelm Schapp*: Philosophie der Geschichten, Leer: Verlag Gerhard Rautenberg 1959; den Zusammenhang mit der Phänomenologie erhellt *Hermann Lübbe*: Bewußtsein in Geschichten. Studien zur Phänomenologie der Subjektivität, Freiburg: Rombach 1972.
- 12 Vgl. dazu Vf.: Mitten im Leben vom Tod umfassen. Lebenskunst und Sterbenlernen in der christlichen Überlieferung, *Praktische Theologie* 31, 1996, 197–208.
- 13 *Claudia Graf*: Die Altersdemenz, Akzeßarbeit Bern 1997.
- 14 Ritschl meint, »daß Menschen, die wirklich *keine* »story« mehr haben, auch nicht künstlich am Leben erhalten werden müssen«, aber daß die »story« auch schon vor der Geburt beginnt und über den physischen Tod hinausreicht (aaO., 211). Aus dieser Überlegung ergeben sich natürlich kritische Anfragen zum Gehirntod-Kriterium und der Wunsch, daß auch der Prozeß des Sterbens bewußt als Teil der »story« eines Menschen und seiner Würde bis zuletzt geachtet werden soll.
- 15 Vgl. *Bettina Schöne-Seifert/Clemens Eickhoff*: Behandlungsverzicht bei Schwerstkranken: Wie würden Ärzte und Pflegekräfte entscheiden? Eine Vignetten-Studie, *Ethik Med* 8, 1996, 183–216; *Gerta Scharffenorth* (Hg.): Ethik in Medizin und Pflege am Beispiel von Therapie-Verzicht und Therapie-Abbruch, Heidelberg: FEST 1996.
- 16 Diese Überlegung begegnet in *Dietrich Bonhoeffers* Ethik (DBW 6), München: Kaiser 1992, 186.
- 17 Vgl. den Fallbericht: Behandlungsverzicht nach Suizidversuch, *Ethik Med* 8, 1996, 217–221.
- 18 Der Aufsatz beruht auf einem Referat anlässlich des Berner Geriatrietages 1996 im Ziegler-Spital Bern.