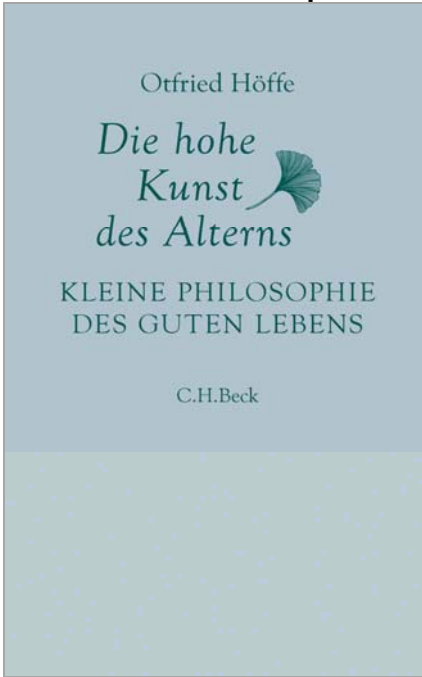


**Unverkäufliche Leseprobe**



**Otfried Höffe**

**Die hohe Kunst des Alterns**

Eine Philosophie des guten Lebens

2018. 187 S.,

ISBN 978-3-406-72747-4

Weitere Informationen finden Sie hier:

<https://www.chbeck.de/24533290>

OTFRIED HÖFFE  
Die hohe Kunst des Alterns

OTFRIED HÖFFE

# **Die hohe Kunst des Alterns**

Kleine Philosophie des guten Lebens

C.H.BECK

© Verlag C.H.Beck oHG, München 2018  
Satz: Fotosatz Amann, Memmingen  
Druck und Bindung: GGP Media GmbH, Pößneck  
Umschlaggestaltung: Konstanze Berner, München  
Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem Papier  
(hergestellt aus chlorfrei gebleichtem Zellstoff)  
Printed in Germany  
ISBN 978 3 406 72747 4

*www.chbeck.de*

*Für Evelyn,  
seit 50 Jahren mein Vorbild für Lebenskunst*

# Inhalt

<b>Vorwort</b>	II
<b>1. Erste Annäherung</b>	15
Das Thema wiedergewinnen	15
Gegen die Übermacht der Ökonomie	16
Drei philosophische Altersdiskurse	19
Arist-o-crates: Zur Kooperation von Philosophie und Medizin	22
Der Ruf nach medizinischer Ethik	25
Zur Gliederung	28
<b>2. Wider die Macht negativer Altersbilder</b>	31
Bilder statt Stereotype	31
Zwei Pole: Alterslob und Altersschelte	33
Frühgeschichte	35
Griechische Medizin	42
Von Francis Bacon zu Pablo Casals	43
Ein Blick in die Fremde	46
<b>3. «Alternde Gesellschaft» oder «gewonnene Jahre»?</b>	51
Zunehmende Lebenserwartung	53
Kalendarische Altersgrenzen sind fragwürdig	57
Bleibende Frische	59
Altersfreundliche Diskurse	62

<b>4. Gesellschaftspolitische Aufgaben</b>	65
Das sozialetische Leitgebot	65
Die Berufswelt ändern	66
Eine neue Bildungswelt	71
Altersfreundliche Lebensräume	71
<b>5. Vorbilder für eine Alterskunst</b>	75
Cicero: Eine frühe Altersstudie	75
Zwischenspiel: Shakespeare, Goethe und Hegel	79
Arthur Schopenhauer: Heiterkeit – in Grau	80
Jacob Grimm: Vom Glück des Älterwerdens	85
Ernst Bloch: Zeit der Ernte	87
Authentisch: Auch im Alter «Ich selbst sein»	89
<b>6. In Würde glücklich altern</b>	93
Altern will gelernt sein	93
Ratschläge der Lebensklugheit: «Die vier L»	95
Sozialetische Gebote	100
Die Goldene Regel der Altersethik	106
Weitere gerontologische Gebote	108
Muster eines Lernprozesses	109
<b>7. Hochbetagt: Alterskunst in der Geriatrie</b>	115
Selbstachtung, Selbstbestimmung und kreatives Altern	115
Facettenreiche Hilfe	118
Das Alter ist keine Krankheit, die Altersheilkunde eine Disziplin des Lebens	119
Wirtschaftlichkeit kontra Ethik	122

Ausbildung und Forschung	124
Krankenversorgung	126
Ein Nachwort zur Demenz	129
<b>8. Wenn es zum Sterben kommt 1:</b>	
<b>Das Lebensende planen?</b>	135
Die Sterblichkeit nicht verdrängen	135
Zum Beispiel Boëthius' <i>Trost der Philosophie</i>	137
Systematische Überlegungen	139
Sieben Strategien	141
Grundmuster des Sterbens	145
Der plötzliche Tod – Der angekündigte Tod –	
Der befürchtete und der zu erwartende Tod	
Zwei abschließende Bemerkungen	151
<b>9. Wenn es zum Sterben kommt 2:</b>	
<b>Um eine Kultur des Abschiednehmens bitten</b>	153
Die soziale Aufgabe	153
Vier Dimensionen	155
Medizin und mehr	158
Ein Blick auf die Religionen	159
Alterssuizid: Dürfen, sollen Ärzte helfen?	162
Sterben lassen	168
<b>10. Demokratische Aspekte der</b>	
<b>Lebens- und Alterskunst</b>	173
<b>Literatur</b>	179
<b>Personenregister</b>	185



## Vorwort

Lange Zeit fand das Thema des Alters und Alterns in der Öffentlichkeit kaum Aufmerksamkeit. Seit einiger Zeit hat sich die Situation geändert, häufig angestoßen durch den vorher verdrängten demographischen Wandel. Endlich, muss man sagen, stellen sich sowohl Fachbücher und Abhandlungen als auch Zeitungsessays und literarische Texte wieder der Aufgabe, über die hier einschlägige Beziehung der Generationen zueinander und über die dabei möglichen persönlichen, gesellschaftlichen und politischen Chancen, Gefahren und Konflikte nachzudenken. Die Philosophie meldet sich aber immer noch kaum zu Wort. In ihren vielbändigen Nachschlagewerken taucht das Stichwort «Alter», im Englischen «age», nicht einmal auf.

Philosophen besitzen hier zwar kein Sonderwissen, sondern bedienen sich lediglich der allen Menschen gemeinsamen Vernunft und der ebenfalls allen zugänglichen Erfahrung. Für beides bringen sie jedoch eine methodische Übung mit. Überdies können sie aus der an Begriffen, Argumenten und Problembewusstsein reichen Tradition schöpfen. Früher, insbesondere in der Antike, war nämlich das Themenfeld vom Alter und Altern ein respektabler Gegenstand. «Über das Alter», in der lange dominanten Philosophie-Sprache, dem Lateinischen, «De senectute», war ein klassischer Titel für philosophische oder der Philosophie nahe Überlegungen. Später jedoch

verdrängt die Philosophie dieses Thema, obwohl der lebensweltliche Anlass bleibt: Menschen altern und haben nicht selten Schwierigkeiten, sich mit dieser Phase ihres Lebens auseinanderzusetzen, vielleicht sogar anzufreunden.

Zu den Gründen des philosophischen Desinteresses gehört ein radikaler Perspektivenwechsel: Die Pflichtenethik, auch deontologische Ethik genannt, hat den Bereich der Philosophie, in dem die «Philosophie des Alters» vornehmlich behandelt wurde, die Philosophie als Lebenskunst, zunächst entmachtet, später vollständig beiseitegeschoben. Hinzu kommt eine Verengung vieler Debatten auf Begriffsklärung und Prinzipientheorie. Dabei scheut man den für eine Philosophie des Alters unabdingbaren Blick in die Erfahrung, sowohl in die Lebenserfahrung als auch in die einschlägigen Erfahrungswissenschaften. Mit dieser Studie versuche ich, die größere Themenweite wiederzugewinnen. Es versteht sich, dass dieser Versuch die professionellen Altersdiskurse zur Kenntnis nimmt. Da und dort kann sie diese aber um einige weniger behandelte Gesichtspunkte und Methoden erweitern oder die schon bekannten anders gewichten.

Erste Ansätze habe ich vor eineinhalb Jahrzehnten unter dem Titel «Gerontologische Ethik. Zwölf Bausteine für eine neue Disziplin» veröffentlicht. Bei der Mitarbeit in einer interdisziplinären Akademiengruppe «Altern in Deutschland» konnte ich mich in eine Fülle weiterer Erfahrungen einarbeiten. Nachdem ich in den letzten Jahren aus verschiedenen Anlässen zu Vorträgen oder Stellungnahmen gebeten wurde, entstand der Wunsch, die verschiedenen Überlegungen in einen sachlichen Zusam-

menhang zu bringen und wo erforderlich thematisch und methodisch abzurunden.

Meine Leitfrage lautet: Gibt es im Rahmen der Lebenskunst eine Kunst des Alters und Alterns? Hat diese Kunst, geht die Frage weiter, zwei Seiten, eine personale und eine soziale Seite, die freilich ineinander greifen dürften? Und hat diese Kunst nicht einzuschließen, womit alles Leben, auch das menschliche, endet: das Sterben mit- samt dem Tod? Gibt es also oder braucht es zumindest als Ergänzung eine Kunst oder Kultur des Sterbens, die, wo erforderlich, auch einschlägige Fragen einer Pflichten- ethik aufgreift?

Da wir alle, wenn wir nur offen durchs Leben gehen, vieles vom Alter und Altern kennen, darf niemand glauben, hier etwas grundsätzlich Neues vortragen zu können. Diese Studie sucht keine Neuentdeckungen, eher unternimmt sie eine phänomenale Erkundungsreise, die möglichst viele Aspekte in den Blick nimmt, da und dort freilich auch eigene Akzente setzt.

Wieder darf ich meinen vorbildlichen Mitarbeitern danken, dieses Mal besonders Dr. Moritz Hildt für kluge Kommentare und Peter Königs für Hilfe beim Literatur- verzeichnis, dem Personenregister und der Fahnenkor- rektur.

Tübingen, im Herbst 2017

Otfried Höffe

## 1. Erste Annäherung

### Das Thema wiedergewinnen

Zu jedem Lebewesen gehört das Altern, das schließlich ins Sterben mündet. Menschen machen hier keine Ausnahme, trotzdem nehmen sie in der Natur eine Sonderstellung ein. Denn sie wissen um das Altern, erleben es in der Jugend an Eltern, Lehrern und Großeltern, später an sich selbst, weshalb sie früher oder später darüber nachdenken.

Altern und Alter sind also für den Menschen biologische Phänomene, die zugleich erlebt und erlitten, bald beschleunigt, bald auch gebremst werden und in jedem Fall ein existentielles Gewicht haben. Da sie die Berufs- und Arbeitswelt mitbetreffen, haben sie ebenso eine wirtschaftliche, weil sie das Gesundheitswesen beeinflussen, sowohl eine politische als auch eine medizinische, pharmazeutische und medizintechnische Seite. Weil ältere Menschen altersgerecht wohnen und barrierefrei in Gebäude und Wohnungen gelangen wollen, hat das Thema zudem eine Architekturseite, schließlich, weil es den Menschen in seinen gesellschaftlichen Beziehungen beeinflusst, eine soziale Seite.

Für all diese Facetten ist eine hohe Kunst des Alters und Alterns, folglich auch eine Theorie der Alterskunst gefordert. Dabei meint «Kunst» keine künstlerische Tätigkeit, sondern ein Können, ein Know-how, das ein Kennen und Wissen, ein Know-that, einbezieht und sowohl

rechtliche als auch moralische Verbindlichkeiten nicht ausschließt. Hier wie andernorts beansprucht die Philosophie keine Sonderfähigkeit. Denn jedem Bürger zugänglich, ist sie ihrem Wesen nach ein demokratisches Unterfangen, das sich der allen Menschen gemeinsamen Vernunft bedient und auf eine ebenfalls allen zugängliche Erfahrung zurückgreift. Freilich bringt die Philosophie außer ihrer Fähigkeit zu methodischem Vorgehen auch die Kenntnisse einer an Begriffen, Argumenten und Problembewusstsein reichen Tradition mit. Gegenüber dem Alter reicht diese von Platon und Aristoteles über die Stoa, Cicero und die europäische Moralistik etwa mit Bacon und Schopenhauer bis zu modernen Autoren wie Ernst Bloch.

Es genügt freilich nicht, nur philosophische Zeugnisse zu Rate zu ziehen. Ebenso wichtig sind Texte der Medizingeschichte und Hinweise der religiösen und der säkularen Lebensweisheit. Schließlich darf man weder die bildende Kunst noch die große Literatur vergessen: Die einschlägige Tradition ist weit.

### **Gegen die Übermacht der Ökonomie**

Die zu erneuernde philosophische Alterskunst beginnt mit dem Veto gegen eine heute drohende Engführung: Gesellschaft und Politik überlegen, wie man die Älteren möglichst wirksam zunächst in die Berufs- und Sozialwelt, später in die Welt von Alten- und Pflegeheimen integriert. Oft stillschweigend, nicht selten ausdrücklich nehmen sie dann Nutzen-Kosten-Analysen vor, gerichtet auf die Berufswelt, das Gesundheitswesen, nicht zuletzt

die Rentenversicherung. Auf diese Weise wird das Themenfeld nur in funktionaler Hinsicht, zudem nicht selten in ökonomistischer Verkürzung erörtert: Wie bleiben die Menschen möglichst lange in das Erwerbsleben eingebunden? Und: Wie lassen sich die Kosten einer späteren Betreuung minimieren?

Der Einspruch gegen diese thematische Verkürzung setzt bei der Beobachtung eines zunehmend ökonomischen Denkens an, das sich auf eine sogar vierdimensionale Ökonomisierung beläuft:

Als erstes breiten sich ökonomische Absolventen in Tätigkeitsfelder aus, die bislang von Juristen oder einschlägigen Fachleuten geleitet wurden. Und in der Leitung von Pflegeheimen und Krankenhäusern erhalten kaufmännische Direktoren mehr und mehr Gewicht.

Weiterhin wächst die Macht der von Gefühlen entleerten ökonomischen Sprache, deren schlechtes Deutsch ihre Herkunft aus der anglophonen Management-Sprache verrät. Der Ausdruck «Effizienzpakt» steht schönfärberisch für «Kostenstopp» und «redundant machen» für «kündigen». Altersheime und Krankenhäuser gelten als Betriebe, die es nicht mehr mit Heimbewohnern oder Patienten, sondern mit Kunden zu tun haben. Die Angestellten schließlich zählen nicht mehr als (unentbehrliche) Mitarbeiter, sondern als ein so weit wie möglich einzusparender Kostenfaktor.

Noch gravierender als die, polemisch zugespitzt, «ökonomievergiftete» Sprache ist die zugrunde liegende Zunahme der BWL-Mentalität. Sie beginnt bei der Fragmentierung komplexer Aufgaben, setzt sich im Diktat des Rotstifts fort und endet nicht bei der Forderung, «genug

Geld einzuspielen» und die «Bettenrendite» zu erhöhen. Am zynischsten manifestiert sich diese Denkweise in der Rede vom «sozialverträglichen Frühableben». Die Folge war vorhersehbar: Der allgegenwärtige Spardruck verschlechtert, was in der Altersheilkunst, der Geriatrie, und in Altersheimen besonders wichtig ist: die persönliche Zuwendung.

Nicht zuletzt wird, viertens, eine so sensible Aufgabe wie die Betreuung von Pflegebedürftigen öffentlich ausgeschrieben, als ob es sich um ein Gewerk für den Bau einer Straße oder eines Bürogebäudes handle.

Diese Beobachtungen sollen keinesfalls Fragen der Wirtschaftlichkeit für belanglos erklären. In seiner meisterhaften Erzählung «Die Nase» lässt zwar der russische Schriftsteller Nikolai Wassiljewitsch Gogol einen Arzt mit Entrüstung sagen, er habe keine finanziellen Interessen. Richtig ist, dass dem Wesen ärztlicher und pflegerischer Tätigkeit, dem Helfen und Heilen, die dem Geld unterworfenen Wirtschaftlichkeit fremd ist. Trotzdem kann sich nur, wer gerbt oder glücklich spekuliert hat, die von Gogol erzählte Entrüstung leisten. Die gewöhnlichen Ärzte und Heimleitungen müssen ein Auskommen suchen; weder die geriatrische Abteilung einer Klinik noch ein Seniorenstift können sich auf Dauer rote Zahlen erlauben.

Schließlich dürfen die Gesamtkosten des Gesundheitswesens nicht beliebig steigen, so dass man eine Knappheit finanzieller und personeller Mittel nie ausschließen kann. Dass deshalb selbst in einem relativ großzügigen Gesundheitswesen wie dem von West- und Nordeuropa etliche Wünsche offen bleiben, erkennt eine philosophische Alterskunst schon wegen des anthropologischen Ge-

setzes der Knappheit – während die letzte Vorgabe aller Wirtschaft, die Erde, begrenzt ist, sind die menschlichen Begehrlichkeiten unbegrenzt – als unvermeidlich an:

Patienten wünschen sich sofortige Hilfe, müssen in Wirklichkeit aber warten: in der Sprechstunde, auf den Notarzt, auf ein Spenderorgan oder den Operationstermin. Und wenn ein Patient an der Reihe ist, drängt der nächste nach: Die Zuwendungszeit von Ärzten und Pflegepersonal ist in der Regel kürzer, als es sich der Patient, zumal der hochbetagte, wünscht.

Dass Fragen der Wirtschaftlichkeit notwendig sind, rechtfertigt aber nicht deren Übermacht. Gegen die skizzierte Ökonomisierung braucht es eine Gegenmacht, gegen die Kultur der Rentabilität eine Gegenkultur, die dem wirtschaftlichen Denken das Recht auf den Vorrang abstreitet.

### **Drei philosophische Altersdiskurse**

Unsere Gesellschaft gibt ihren Mitgliedern das Recht, in allen Phasen ihrer Biographie, folglich auch im Alter, sich zu entfalten und dabei ein gelungen-glückliches Leben zu suchen. Für dessen notfalls einklagbaren Rahmen hat sie sich sogar auf die Grund- und Menschenrechte und als deren Leitgedanken auf die Menschenwürde verpflichtet. Deshalb braucht man funktionale Betrachtungen – sie mögen im Fall einer gründlichen Erörterung «funktionale Altersdiskurse» heißen – nicht aufzugeben, vor allem nicht, wenn man deren Verkürzung auf das Erwerbsleben entkommt. Allerdings nehmen funktionale Altersdiskurse einen den Betroffenen weithin fremden Blick ein, den man genau deshalb, als Fremdblick, zu relativie-



ren hat. Öffnet man sich daher der Innenansicht der Betroffenen, dem Blickwinkel der Älteren selbst, so treten seitens der Philosophie normative Fragen in den Vordergrund, weshalb philosophische Altersdiskurse vornehmlich zur Ethik gehören.

Für sie hat die Philosophie im Lauf ihrer reichen Geschichte vier Grundmodelle entwickelt: eine Ethik des glücklich-gelungenen Lebens, eine Ethik moralischer Anforderungen, eine Ethik «kollektiven Wohls», nicht zuletzt die Moralkritik. Für jedes dieser Modelle gibt es eine herausragende Gestalt: Für das erste Muster, den Eudaimonismus («Glück» heißt im Griechischen «Eudaimonia»), ist Aristoteles mit seiner *Nikomachischen Ethik* maßgeblich. Für das zweite Modell, die Pflichtenethik, oft Deontologie, nämlich «Lehre des Schicklichen und Gesollten», genannt, gibt Immanuel Kant mit seiner *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten* das Vorbild ab. Für die Ethik des maximalen Gesamtwohls (Kollektivwohls), für das «größte Glück der größten Zahl», den Utilitarismus, hat John Stuart Mill mit seiner gleichnamigen Schrift den größten Einfluss entfaltet. Schließlich ist der bedeutendste Vertreter für die Moralkritik Friedrich Nietzsche, etwa mit der «Streitschrift» *Zur Genealogie der Moral*.

Eine Ethik des Alters und des Alterns – man mag sie eine gerontologische Ethik nennen – kann auf alle vier Modelle zurückgreifen. Gegen das dritte Muster, den Utilitarismus, tauchen zwar grundsätzliche Bedenken auf, denn das Prinzip des maximalen Gesamtwohls widerspricht der Innenansicht der Einzelnen und ihrer unveräußerlichen Rechte. Trotzdem kann es etwa bei Fragen

einer Impfpflicht von Bedeutung sein. Wichtiger sind aber die drei anderen Modelle:

Eine eudaimonistische Altersethik untersucht, wie man auf eine gute, glücklich-gelungene Weise altert. Dafür gibt es bedeutende historische Vorbilder. Ein erheblicher Teil der klassischen, insbesondere antiken Philosophie verstand sich nämlich als eine Lebenskunst. Gemeint ist nicht jene Fähigkeit raffinierter Egoisten, aus jeder Situation Vorteile für sich herauszuschlagen, sondern die Fähigkeit und wohleingeübte Bereitschaft, sein eigenes Wohl im Rahmen von Gerechtigkeit und Fairness zu suchen. Die dafür zuständigen Überlegungen erweitern die ökonomischen und sonstwie funktionalen Altersdiskurse um eine erste philosophische und insgesamt zweite Art, um einen eudaimonologischen bzw. eudaimonistischen Altersdiskurs mit der Frage: Gibt es im Rahmen der Lebenskunst eine vom Einzelnen zu entwickelnde, schließlich zu praktizierende Kunst, um mit dem Alter, selbst dem unvermeidbaren Sterben zurechtzukommen?

Das zweite philosophische Muster, die deontologische Altersethik, befasst sich mit der Frage, wie ältere Menschen von anderen behandelt werden sollen und wie eine dem Alter freundliche Gesellschaft und Politik aussieht.

Der eudaimonologische Altersdiskurs gehört zur personalen, der deontologische nicht ausschließlich, aber vornehmlich zur sozialen Ethik; dort werden Ratschläge für das eigene Wohl erteilt, hier Gebote und Verbote gegen andere aufgestellt. Der dritte philosophische Altersdiskurs, die Moralkritik, schließlich ist etwa bei der Kritik an primär negativen Altersbildern gefragt.

Für alle drei nicht mehr funktionalen Diskurse steuert

die Lebenserfahrung wesentliche Dinge bei. Aus diesem Grund benötigt man zwar für die Alterskunst qua Lebenskunst weder Philosophen noch Sozialwissenschaftler, schon gar nicht einen Guru, einen geistlichen Lehrer oder einen Zen-Meister, auch wenn keine von diesen Professionen und Personen schaden müssen. Sofern man sich aber kundig macht, empfiehlt es sich, sowohl philosophische Texte als auch Zeugnisse von der Lebensweisheit vieler Kulturen und Epochen, nicht zuletzt Beiträge der Literatur und bildenden Kunst zu Rate zu ziehen. Und um die Erfahrung zu erweitern, wo erforderlich auch zu korrigieren, blicke man in die professionelle Altersforschung, deren Vertreter, Psychologen und weitere Sozialwissenschaftler, ferner Mediziner, Medizintechniker und Fachleute der Pflege, aus stupender Gelehrsamkeit eine Überfülle von Material und Gesichtspunkten ausbreiten.

### **Arist-o-crates: Zur Kooperation von Philosophie und Medizin**

Für die nötige Erfahrung spielt die Medizin eine herausragende Rolle. Denn sie blickt auf eine besonders lange Tradition zurück, in der, noch ohne den Ausdruck zu verwenden, die Sache der Altersheilkunde, der Geriatrie, schon betrieben wird.

Werden die einschlägigen Kooperationsmöglichkeiten gründlich ausgelotet, so lassen sie sich unter einen Titel stellen, der beide Seiten, Philosophie und Medizin, als gleichrangig und gleichgewichtig miteinander verbindet: Arist-o-crates. Dieser rätselhafte Titel spricht sich gegen zwei andere Muster aus, bei denen jeweils nur die eine

Seite von der anderen lernt. «Arist-o-crates» nenne ich eine hierarchiefreie Zusammenarbeit, die beiden, der Philosophie und der Medizin, den erforderlichen wechselseitigen Respekt einräumt.

Der erste Teil des Titels, «Aristo», steht für Aristoteles, spielt also auf jenen «Meister aller Wissenden» an, der von der Antike bis etwa Charles Darwin wegen seiner wahrhaft enzyklopädisch weiten Forschung bewundert und gerühmt wird. Der zweite Teil «crates» meint keinen weiteren Philosophen, etwa Sokrates, sondern einen maßstabsetzenden Begründer der Heilkunst, den herausragenden Arzt des antiken Griechenlands Hippokrates. (Im Titel Arist-o-crates erscheint der Arzt in der lateinischen Schreibweise «Hippocrates», um bei den «Aristokratikern» nicht an «Aristokraten» erinnert zu werden). Das herausgehobene «o» hingegen steht, weil beiden Vorbildern gemeinsam, für deren Verbindung.

Für das gesuchte Muster der Wechselseitigkeit gibt es nun verschiedene Untermuster oder Modelle. Das erste Modell, die Personalunion, also die Doppelbegabung von Medizin und Philosophie, kommt überraschenderweise tatsächlich vor. In der Frühzeit unseres Kulturraums gibt ein brillanter Arzt und zugleich spekulativer Philosoph, Alkmaion von Kroton, ein Beispiel ab. Ein zweites Beispiel bietet Alkmaions Zeitgenosse, der Arzt und Philosoph Empedokles, auf den die Lehre der vier Urstoffe – Feuer, Luft, Erde und Wasser – zurückgeht.

Nun mag man einwenden, damals seien die Wissenschaften noch nicht so spezialisiert wie heute gewesen, so dass etwas, das in der Antike möglich war, bald unmöglich geworden sei. Wahr ist, dass es noch Jahrhunderte

später für die Personalunion prominente Beispiele gibt. Erwähnt seien sechs Personen; um allzu seltene Ausnahmen handelt es sich also nicht. Die ersten drei Beispiele stammen aus der islamischen Kultur des Mittelalters. Während im christlichen Westen die Philosophie nur mit der Theologie eine Personalunion eingeht, sind im islamischen Bereich die Aristokratiker fast die Regel:

Der persische Philosoph und welterfahrende Politiker Ibn Sina, latinisiert Avicenna, ist auch Arzt. Sein mehrbändiges Hauptwerk von 1027 trägt den Titel *Kitab asch-Schifa: Buch der Heilung der Seele vom Irrtum*. Das zweite Beispiel, der Erfinder von Robinsonromanen und Vorbild für Daniel Defoes *Robinson Crusoe*, der im 12. Jahrhundert lebende Abu Bakr Ibn Tufail, war Leibarzt des Kalifen Abu Yaqub Yusuf. Sein Nachfolger als Leibarzt, drittes Beispiel, ist der bedeutendste islamische Philosoph im Westen, Ibn Ruschd, latinisiert Averroës.

Im christlichen Westen taucht der erste bedeutende Aristokratiker erst im 13. Jahrhundert auf: Marsilius von Padua, ein bedeutender politischer Philosoph, praktiziert sowohl in Paris als auch am Königshof in München erfolgreich als Arzt. Das nächste Beispiel, der Schwabe Theophrastus Bombastus von Hohenheim, zeitweilig Stadtarzt in Basel, ist unter der latinisierten Form von Hohenheim, nämlich als Paracelsus, bekannt. Knapp 150 Jahre später findet sich trotz der weiter fortgeschrittenen Spezialisierung als weiteres Beispiel der englische Philosoph und Erzvater des Liberalismus: John Locke ist ein so herausragender Arzt, dass er im Jahr 1686 einem führenden Politiker, Lord Anthony Ashley Cooper, durch einen Leberzystenschnitt das Leben zu retten vermag.

## Der Ruf nach medizinischer Ethik

Der erste Titelauteur, Aristoteles, ist zwar selber kein Arzt, nur Sohn des makedonischen Leibarztes Nikomachos. Er bietet aber ein schönes Beispiel für wechselseitige Wertschätzung: Ein Naturphilosoph, erklärt er, müsse die Anfangsgründe, also Prinzipien, von Gesundheit und Krankheit in Betracht ziehen, weshalb die meisten Naturphilosophen letztlich zu medizinischen, mithin auch geriatrischen Fragen geführt würden. Diese Notwendigkeit führt zum zweiten Modell, nach der Personalunion zur fachlichen Kooperation.

Die Notwendigkeit einer Erfahrungsbasis ist noch kein zureichendes Argument für die gleichberechtigte Kooperation. Insbesondere fragt man sich, warum die Medizin mitsamt der Geriatrie der Philosophie bedarf. Warum genügt den Ärzten nicht ihr Ethos, das sich in den drei bekannten Maximen bündelt, die übrigens nicht medizinspezifisch, sondern für jedes Berufsethos gültig sind:

Ob Handwerker, Anwalt, Pflegeperson oder Arzt – man hat für das Wohlergehen (*salus*) seines Kunden, Klienten oder Patienten zu sorgen: *salus personae suprema lex*. Das einschlägige Minimum, zweite Maxime, besteht im Schädigungsverbot oder der Schadensminimierung: *nil nocere*. Schließlich müssen Kunden, Klienten oder Patienten der Arbeit zustimmen, die der zur Hilfe Gerufene vorzunehmen hat. Die ersten zwei als hippokratischer Eid bekannten Grundsätze, erweitert um das zunehmend wichtige Recht auf Selbstbestimmung, legen also weder dem Arzt noch dem Pflegepersonal für Ältere Sonderver-

pflichtungen auf. Sie sprechen lediglich für ihren eigenen Beruf aus, was jeder Beruf für sein Ethos fordert.

Im Fall der Medizin, etwa der Geriatrie, gehören zum Berufsethos all die Gewohnheiten, Sitten und Eigenschaften, die den guten Arzt bzw. die gute Pflegerin auszeichnen. Dazu zählt keine diagnostische und therapeutische Allwissenheit, wohl aber die Pflicht zur ständigen Fortbildung. Der Arzt muss nicht, wie Paracelsus behauptet, um den Patienten heilen zu können, ihn lieben. Unverzichtbar sind aber Verständnis und Einfühlungsvermögen, Gesprächsbereitschaft und Geduld, die Fähigkeit, zuzuhören und Mut zu machen, sowie die Bereitschaft, menschlich-seelische Probleme nicht bloß zu «somatisieren». Angst und Hoffnungslosigkeit verdienen mehr, als zu einer Depression etikettiert zu werden, die mit Psychopharmaka schon optimal behandelt werde. Schließlich darf der Arzt trotz des hohen Technisierungsgrads seiner Profession sich nicht zum Einsatzleiter von Apparaten degradieren lassen.

Mit diesem Berufsethos befasst sich nun der erfahrene Arzt, sinngemäß auch die Pflegerin und die Heimleiterin. Der Philosoph, ein Theoretiker, kann die Berufsprinzipien zwar aus grundsätzlicheren Prinzipien rechtfertigen. Für deren konkrete Anwendung sind jedoch die Berufspersonen selbst zuständig. Etwaige Verstöße werden von Seiten der Standesorganisationen, in gravierenden Fällen vom Strafrichter geahndet. Den Moralphilosophen braucht es jedenfalls erst dort, wo das überlieferte Ethos gültig bleibt, aber wegen neuartiger Fragen keine hinreichende Orientierungskraft mehr bietet.

Diese tentative Diagnose setzt sich gegen einen Moralis-

mus ab, der in unseren angeblich egoistischen Gesellschaften die Bereitschaft zur Moral schwinden sieht. Ebenso wenig folgt sie einem Skeptizismus, der den pluralistischen Gesellschaften die Fähigkeit abspricht, allgemeinverbindliche moralische Grundsätze aufzustellen und durchzusetzen. Denn in Wahrheit erweist sich nicht die Moral, wohl aber, freilich bloß in einem schmalen Bereich, das überlieferte Berufsethos als zu knapp. Erst wegen dieser Knappheit und auch lediglich bei den einschlägigen Fragen braucht die Medizin mitsamt der Geriatrie neuerdings die Kooperation mit einer vornehmlich philosophischen Ethik:

Die neuen Möglichkeiten etwa zum Verlängern und zum Ende menschlichen Lebens schaffen bislang unbekannte Entscheidungsaufgaben. Denn man darf weder unter Berufung auf das Selbstbestimmungsrecht der Patienten eine unbegrenzte Verfügung über menschliches Leben beanspruchen noch unter Hinweis auf die Unantastbarkeit menschlichen Lebens die neuen Möglichkeiten schlechthin verwerfen. Infolgedessen kann man nicht mehr umstandslos sagen, was das selbstverständliche Leitziel der Geriatrie und des Pflegepersonals, das Patientenwohl und der Patientenwille, verlangt.

Der gern zitierte Satz: «Man darf nicht alles, was man kann» ist deshalb richtig und trotzdem, weil offensichtlich unstrittig, «beside the point». Strittig ist erst die Frage, wie die moralischen Verbindlichkeiten näher zu bestimmen und auf die neuen Problemfelder anzuwenden sind. Die Tatsache, dass für die Moral die Philosophie eine Kompetenz besitzt, für die neuen Problemfelder aber die Medizin zuständig ist, fordert nun den Titel Aristoteles plus Hippocrates, eben Arist-o-crates, heraus.



## Zur Gliederung

Eine zeitgemäße Erneuerung der philosophischen Alterskunst weiß um die geistige Seite des Menschen. Ihretwegen setzt die Kunst des Alterns im Kopf, bei den Bildern an, die die Älteren von sich selbst und die die Mitmenschen von ihnen haben (*Kapitel 2*). Die Aufgabe, die sich dabei stellt, altersfreundliche Selbst- und Fremdbilder zu favorisieren, setzt sich in der Fähigkeit zur sachgerechten Grunddiagnose fort: Spricht die wachsende Zahl älterer Menschen für die verbreitete Behauptung, wir lebten in einer «alternden Gesellschaft», oder erweitert sich unsere Biographie nicht eher um «gewonnene Jahre» (*Kapitel 3*)? In jedem Fall sieht sich die Gesellschaftspolitik mit zahlreichen neuen Aufgaben konfrontiert (*Kapitel 4*).

Auf die gesellschaftliche Seite der Alterskunst folgt die personale, die bei bedeutenden «Vorbildern für eine Alterskunst» ansetzt (*Kapitel 5*) und systematische Überlegungen zur Aufgabe, in Würde glücklich zu altern, anschließt (*Kapitel 6*). Bei der auf das Alter spezialisierten Medizin, der Geriatrie, droht die generelle Gefahr, dass Fragen der Wirtschaftlichkeit überhandnehmen, in besonderem Maß (*Kapitel 7*).

Dass der Mensch nicht ewig lebt, ist ihm, obgleich er es gern verdrängt, im Prinzip bewusst. Spätestens im fortgeschrittenen Alter lässt sich die Frage nicht mehr verdrängen: Soll man, kann man überhaupt sein Lebensende planen? (*Kapitel 8*) In jedem Fall wird es zum Sterben kommen, so dass eine nüchterne Alterskunst der Aufgabe, sich mit dem Lebensende auseinanderzusetzen, nicht ausweicht (*Kapitel 9*). Obwohl eine Kunst des Ster-

bens, eine *ars moriendi*, nicht verdrängt werden darf, sollte eine Kunst des Alters mit ihr nicht enden. Besser, zugleich hoffnungsvoller, ist es, in einer Art Bilanz mit der Einsicht zu schließen, dass im Alter viele Dinge, die im vorangehenden Leben im Vordergrund standen, etwa das Verlangen nach Wohlstand, Macht und Ehre, im Blick auf ein gelungenes Altern erheblich an Gewicht verlieren. Aus genau diesem Grund gewinnt eine die Alterskunst einschließende Lebenskunst an demokratischem Wert (*Kapitel 10*).

[...]

---

Mehr Informationen zu [diesem](#) und vielen weiteren Büchern aus dem Verlag C.H.Beck finden Sie unter: [www.chbeck.de](http://www.chbeck.de)