

Alltag und Krankheit

Thomas Reuster

Held sein, eine Minute, eine Stunde lang, das ist leichter,
als in stillem Heroismus den Alltag zu tragen.

F.M. Dostojewski

Alltag

Alltag schwingt zwischen den Polen *Fest* und *Katastrophe* als ein temporal und modal aufgespanntes Netz. In seinen Maschen sind zeitliche und Handlungs-Strukturen zu wiederholen und (wieder)erkennbaren Mustern verknüpft. Die Regelmäßigkeit dominiert; wo sie endet, wird sie nur unterbrochen. Das Netz soll seiner Funktion wegen regelmäßig geknüpft sein: es soll tragen und nicht verunsichern.

Diese Metapher mag als vorläufiger Bezugspunkt für unsere weiteren Gedanken genügen; sie umkreisen die Frage, wodurch Krankheit in das vorgestellte Netz *Alltag* Löcher reißt – welche Löcher das sind und wie sie sich wieder schließen.

Krankheit und Kranker

Die Wirkung von Krankheit auf etwas wie Alltag ist grundsätzlich durch das Subjekt vermittelt. Krankheit bedeutet in den meisten Fällen bereits durch ihren Eintritt eine *Veränderung des Subjekts* und seiner Möglichkeiten, sein Leben – also (auch) seinen Alltag – zu gestalten. Abgesehen von den seltenen Fällen subjektiven Wohlbefindens, aber fehlenden Krank-

heitszeichen bei objektivem Krankheitsbefall – z.B. einer unbemerkten Tumorerkrankung oder bei reduzierter Krankheitswahrnehmung (Anosognosie) tritt Krankheit als erlebte *Störung* in den gewohnten Lebensvollzug. Bereits eine banale Migräne kann zeigen, wie folgenreich Schmerzen innerhalb eines menschlichen Kopfes sind, wie weit die Abweichung vom Gewohnten / Erwarteten reicht und wie prompt sie eintritt. Zur Illustration vergegenwärtige man sich folgende Szene:

Alles läuft verquer: Die Mutter steht verspätet auf, das Frühstück hastig, die Milch kocht über, die Kinder sind ob Mutters schlechter Laune verstört. Sie kommen zu spät zur Schule, die Mutter hat einen wichtigen Termin, sie sieht dabei buchstäblich alt aus, sie spürt es und erkennt: sie hätte zu Hause bleiben sollen. Am Abend bricht sie eine Diskussion mit ihrem Ehemann über die ihrer Meinung nach ungerechte Verteilung von Familienaufgaben vom Zaun – die unerquicklich endet. Er übernachtet bei einem Freund, die Kinder sitzen bis Ultimo vor den Bildschirmen...Es dauert zwei Tage, bis sich alles wieder geordnet und der Alltag wieder seine vertraute Form angenommen hat.

So oder ähnlich also die *Störung* – nicht nur des unmittelbar von Krankheit Betroffenen, sondern auch des sozialen (Mikro-)Systems, an dem er teilhat und dessen Erschütterung eine eigene Dynamik entwickelt. Durch Krankheit in seiner Gestaltungskraft ohnehin eingeschränkt, ist er noch dazu dieser Dynamik ausgesetzt und in sie involviert.

Krankheit ist freilich zuallererst eine *subjektive* Last. Erst über die Änderung des mit anderen verknüpften Subjekts wird sie zum sozialen Phänomen. Sie begegnet in der Lebenswelt nicht als Krankheit, sondern in Gestalt eines kranken Menschen, und dies in einem immens vieldeutigen Sinn. Zunächst ist dabei die Frage entscheidend, *in welcher Weise* ein Kranker die ihn betreffende Krankheitslast zu tragen in der Lage ist. Im Sinne der medizinischen Anthropologie Viktor von Weizsäckers¹ kommt ihm die Aufgabe des Umgangs mit seiner Krankheit explizit als einem *Subjekt* zu, das zwar wie in der neuzeitlichen Philosophie Handlungs-subjekt ist, zudem aber als pathisches Subjekt sich zu seiner physischen und psychischen Bedingtheit und somit gegebenenfalls auch Krankheit zu verhalten hat. Insofern wird an ein in diesem Sinne verantwortliches Subjekt anhand der Aufgabe einer Krankheits-»Verarbeitung« die anthropologische Kardinalfrage, an der sich Mensch-Sein entscheidet,

¹ von
Weizsäcker
1973

dringlicher gestellt: Freiheit versus Unfreiheit im Sinne biologischer und psychosozialer (In-)Determination. Es war übrigens dieses Motiv, das den Bahnbrecher der deutschen Psychosomatik, Alexander Mitscherlich, seine Grundlegung einer psychosomatischen Medizin *Freiheit und Unfreiheit in der Krankheit*² betiteln ließ.

² Mitscherlich
1977

Der Kliniker hat stets Anlass zu fragen: Welche Erschwernis erfährt ein Mensch mit einer diagnostizierten Krankheit *wirklich*? Die Frage ist im klassischen Arzt-Patient-Verhältnis Gegenstand einer ärztlichen Hermeneutik, die im Umgang miteinander zur Klärung führt.³ Im Einzelfall kann sie freilich – zwischen Simulation, Übertreibung, aber auch Untertreibung – unlösbar sein; dann wird sie, nötigenfalls richterlich (z.B. in Entschädigungsprozessen) mittels einer Begutachtung *entschieden*. Der forensisch-medizinischen Beurteilung liegt dabei das Wissen zugrunde, dass sich Einschränkung durch Krankheit aus der Summe des objektiven (medizinische Krankheit) und des subjektiven (Krankheitsverarbeitung) Faktors ergibt. Man kann, um das obige Beispiel noch einmal zu benutzen, mit stärkerer Migräne eine Aufgabe meistern, man kann sich aber *mit gutem Grund* auch von ihr dispensieren lassen. Das zu prüfende motivationale und intentionale Problem ist, jedenfalls im Kern, nicht zu objektivieren, schon gar nicht mechanisch messbar: Zwar kann z.B. die körperliche Leistungsfähigkeit in Watt gemessen werden, entscheidend aber ist zunächst, welche Leistung jemand bei der Messung *abgibt* und dann, was er mit einer Höchstleistung von x Watt oder einer verminderten Leistung von x' Watt *anfängt*.⁴ Schwierig ist allemal die von Krankheit oktroyierte Umstellung nach unten; sie ist eine häufig unterschätzte Leistung. Der notorische Gipfelstürmer wird eher depressiv als zu lernen, Befriedigung aus kürzeren Wanderungen im Mittelgebirge oder im Stadtpark zu ziehen. An der Bewältigung subjektiver Zumutung entscheidet sich das Moralische: »Im Feuer werden die Herzen geprüft«.⁵ Hier bleibt dem Kranken eine gewisse Wahl hinsichtlich seiner Rolle: *des mehr oder weniger Kranken oder des mehr oder weniger Gesunden*. Krank zu sein hat enorme Konsequenzen, die von medizinsoziologischer Seite u.a. rollentheoretisch beschrieben wurden.⁶ Dabei wird Rolle analog den Rollen im Drama nach Vorschriften definiert. Sie *ist da*, bevor sie gespielt wird, andererseits ändert sie sich unter dem Einfluss gesellschaftlichen Wandels, der neue Rollenmuster generiert. Der typische Herzinfarkt-Patient hat heute eine andere Krankenrolle zu übernehmen als etwa vor 30

³ Hartmann
1984

⁴ von
Weizsäcker
1986

⁵ Ernst Jünger,
zitiert nach
Kahre / Felber
2001, 9

⁶ Siegrist 2005;
Parsons 1951

Jahren. Er absolviert ein weit differenzierteres und aktiveres Programm: Rehabilitation, Wiedereingliederung, Rezidivprophylaxe; er übt sich in Entspannung, gibt das Rauchen auf und geht dreimal wöchentlich zum Herz-Sport, macht eine Psychotherapie. Durch diese Maßnahmen wird er nicht zuletzt auch aus der Vereinsamung, in die Krankheit oder Behinderung tendenziell führen, herausgeleitet. Und in Bezug auf Menschen, die an einer Krebserkrankung – traditionell einer erschreckenden Krankheit – leiden, denen aber mit modernsten Mitteln besser denn je geholfen werden kann, stößt man jetzt auf die Parole: *Leben mit Krebs*; sie soll ermutigen, aber sie schreibt auch die Rolle zu. Nicht mehr nahes Sterben, sondern (möglichst langes) Weiterleben wird vom Krebskranken erwartet. Spirituelle Bußrituale und Todesvorbereitungen sind säkularen Rollenanweisungen gewichen, die ein optimales Leben bei eingeschränkter Prognose anzielen: vom Ausnahmezustand wieder zum alltäglich geregelten Leben, einem Alltag eben.

Alltag und Krankheit

Der Gesundheitsmarkt mit seinem Kern medizinischer Leistungen produziert nicht nur mehr Heilung, sondern auch längere und damit mehr chronische Krankheit: Degenerative Leiden, chronisch-entzündliche Leiden, chronisch substituierbare Leiden wie Diabetes mellitus und andere Stoffwechsel- und hormonelle Störungen, Zustände nach schweren plötzlichen Durchblutungsstörungen am Herzen oder Gehirn (Herz- und Hirninfarkte) oder maligne Krankheiten, die sich über Dezennien hinziehen. Die medizinischen Begriffe solcher Zustände zwischen eindeutiger Krankheit und voller Gesundheit lauten *Teilremission*, *chronisches Leiden* oder *bedingte Heilung* bzw. *bedingte Gesundheit*.⁷ Die Gesundheitsindustrie bevorzugt andere Etiketten:

⁷ Hartmann
2003

⁸ Alle
Werbeslogans
aus *Der
Nervenarzt*
2006 und
Nervenheilkunde
2006

Wieder stark im Leben – Cipralex®.

Ebixa® – Alltag bei Alzheimer.

Der Regisseur bin ich – mehr Integrationsfähigkeit mit Zeldox®.

Er hat seit 27 Jahren eine Dauerkarte – auch noch mit Parkinson; Cabergolin Sandoz®.

Cymbalta® – für eine rasche Rückkehr ins Alltagsleben.⁸

Gemeinsam ist diesen Euphemismen, dass die Bilder erfüllter Wunschträume sich an einem Begriff von Alltag und Wiedergewinn alltäglicher Kompetenz und vor allem Teilnahme am gemeinsamen Leben orientieren. Nicht ausgeschlossen zu sein ist ein hohes Gut für die überwältigende Mehrheit der Menschen. Durch Krankheit droht Isolation. Und es stimmt: »Die wirklich Leidenden rotten sich nicht zusammen [...] Wer leidet, leidet allein.«⁹ Gewünschtes Behandlungsziel ist also Wieder-Teilnahme am gesellschaftlichen Leben; dieses ist aber vom Alltag bestimmt. Teilnahme am alltäglich-normalen Leben ist in vielen Fällen chronischen Krankseins ein realistisches Ziel. In der Regel entspricht es zuvorderst dem subjektiven Wunsch des Patienten; es ist ein hartes Kriterium von Lebensqualität. Aber auch die Einrichtungen der sozialen Sicherung sind an möglichst weitgehender Funktionsfähigkeit des Kranken interessiert. Die Rehabilitationsmedizin dient diesem Zweck. Sie diagnostiziert vorliegende Leiden und Störungen (aus rein pragmatischen Gründen) nicht nur anhand des klassischen pathozentrisch-medizinischen Vokabulars, sondern sie beurteilt explizit Fähigkeiten und Fähigkeitsstörungen in verschiedenen, vor allem alltags- und berufsrelevanten Dimensionen nach standardisierten Manualen. Sie geht (zu Recht) davon aus, dass Gesundheit und Krankheit Pole eines Kontinuums sind, das bei bestimmter Funktionsfähigkeit unterschiedlich gemischte Elemente des einen wie des andern Pols enthält. In Bezug auf den psychiatrischen Bereich ist allerdings der Hinweis interessant, dass die Frage, wie viel von welcher Hilfe zu welchem Zeitpunkt zur Erreichung genau welcher Ziele welcher Patient braucht, vor allem bei chronisch psychisch Kranken differenziert schwer zu beantworten ist, weil eine zuverlässige Bedarfsermittlung oft kompliziert und (derzeit noch) wenig praktikabel ist.¹⁰ Die Frage ist jedoch nicht nur methodisch schwer zu beantworten, sie wird nach diesen Autoren auch häufig gar nicht gestellt. Doch ist das generelle Ziel *Wiederteilnahme am Alltag* in der medizinischen und psychiatrischen Praxis unbestritten. Schließlich war selbstverständliche Teilnahme am Alltag der Zustand, aus dem der Kranke durch den Eintritt der Krankheit herausgeglitten ist; er bleibt die prinzipielle Messlatte von Heilung (*status quo ante*). Arzt und Patient sind sich an dieser Stelle meist einig. Umgekehrt erfolgt das Eingeständnis: »Es geht (krankheitsbedingt) nicht mehr alleine« oder »Ich kann meine gewohnte Leistung nicht mehr erbringen«, oft (zu) spät und wird vom unverdrängbaren Griff der Krankheit erzwungen.

⁹ Pessoa 2003, 169

¹⁰ Kallert / Becker 2001

Dieser Punkt bedeutet den gefürchteten Übergang von der Alltagstauglichkeit zur Alltagsuntauglichkeit, zum (mehr oder weniger partiellen) Herausfallen aus seinen Routinen und zum Verlust der Orientierungen, welche sie geben. Doch ist Alltag nicht starr, sondern nur *relativ stabil*. Nicht täglich zwar ändert sich Alltag – das wäre ein Widerspruch in sich selbst – aber er *ändert sich* und *kann sich ändern*. Sein Problem ist die *rasche* Integration von Abweichungen und Abweichenden, von Nicht-dazu-Passendem und Fremdem; er reagiert *prompt* mit Abstoßung und Aussonderung, aber *verzögert* (und manchmal *zäh*) eben doch mit Integration. Vom gestaltenden Einzelnen her bedeutet dies: Aufgaben werden je nach Art und Anforderung delegiert, relativiert oder eliminiert. Dadurch und in der Folge organisiert Alltag sich neu, und zwar auf der Ebene des Individuums wie auf der Ebene von sozialen Einheiten und Zusammenhängen. Ein neuer, ein anderer Alltag entsteht. Man denke an den Fall eines plötzlich pflegebedürftigen Familienmitgliedes. Dieser gefürchtete Ernstfall relativiert sich dadurch, dass er die Welt eben nicht aus den Angeln hebt, sondern »nur« einen neuen Alltag zu organisieren verlangt, der Anpassung im Sinne eines kreativen Umgangs mit der Situation erfordert. Mit Hölderlin lässt sich sagen: »Wo aber Gefahr ist, wächst das Rettende auch.«¹¹ Gleiches gilt – nach entsprechender pränataler Diagnosestellung – für das elterliche Perhorreszieren einer Perspektive mit behindertem Kind, weshalb die meisten betroffenen Elternpaare eine Spätabtreibung durchzusetzen versuchen. Nach der einschlägigen Erfahrung des Autors verheddern sich die elterlichen Imaginationen einer Zukunft mit behindertem Kind im Schrecken eines gestörten, d.h. veränderten Alltags, dessen *wahres Äquivalent realer Erfahrung* im Akt des (vorwegnehmenden) Perhorreszierens eben vollständig ausgeschlossen ist. Die wirklichen Erfahrungen von Eltern, die ein behindertes Kind trotz ambivalenter Einstellung bekommen haben, unterscheiden sich auch empirisch erheblich von den imaginierten (Horror-)Szenarien.¹² Dem Faktischen eignet *normative*, dem Noch-nicht-Faktischen aber *präskriptive* Macht. Zu den Konstitutionsbedingungen des Alltags gehören auch Befürchtungen und Unterlassungen. Unterlassungen sind Handlungen, die Alltag (mit)konstituieren. Mögliche Erfahrungen finden in der Folge nicht statt.

¹¹ Hölderlin
1953, 173

¹² Vgl. z.B.
Hinze 1999

Alltag und Kranker

Alltag widersetzt sich keinesfalls der Prägung und Organisation durch krankheitsbedingte Einschränkungen seiner in ihm lebenden Subjekte. Dreimal wöchentlich geht der Dialysepatient eben nicht ins Fitnesscenter, sondern zur Dialyse. Die Aufgaben in der Familie oder am Arbeitsplatz haben sich für den rollstuhlfahrenden Familienvater geändert, aber nicht aufgelöst, und die frühberentete Rheumatikerin lebt selbstverständlich – auch nach ihrer Berentung – einen Alltag in bestimmtem Rahmen, der regelmäßige Physiotherapie, Arztbesuche, Selbsthilfegruppe, regelmäßige Bewegung etc. einschließt. Wenn man will, kann man sagen, das ökologische Prinzip des Alltag weist auch dem veränderten oder behinderten oder kranken Akteur eine irgend sinnvolle Rolle zu bzw. unterstützt die Wahl einer solchen. So leichthin sich dies sagen lässt, so schwer ist indessen für viele Kranke eine Anpassung unter veränderten gesundheitlichen Voraussetzungen. Folgt man dem Arthur Schopenhauer zugeschriebenen Aphorismus, so ist bekanntlich »Gesundheit nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts«. Die bisherige Argumentation lehrt freilich, dem Satz nur eingeschränkt zu folgen. Es scheint, Schopenhauers Credo sei das eines starren Querulanten, der entweder ganz hat, was er will (Gesundheit), oder aber seinen (daran gemessen) suboptimalen Zustand vermaledeit. Es kommt hingegen darauf an, über die Kunst zu verfügen, einen Alltag trotz (gradueller) Krankheit, Schmerzen, motorischer und kognitiver Einschränkungen zu gestalten. Alltage fügen sich und wandeln sich, nur brauchen sie dazu Zeit.

Alltäglichkeit der Krankheit

Folgt man der Definition von Gesundheit der WHO, so ist nur gesund, ¹³ WHO wer überhaupt kein Zipperlein kennt.¹³ Die eher Befindlichkeitsstö- 1984, 1 rungen entsprechenden *Alltags-Krankheiten* (sic!) Schnupfen, Husten, Heiserkeit, Kopfschmerzen, Gelenkbeschwerden, Rückenschmerzen, Zahnschmerzen, depressive Verstimmung, Maßlosigkeit von Arbeit und Genüssen jeder Art – sie alle bedeuten im WHO-Sinne Krankheit. Diese Definition liefert nominal die Grundlage, Alltag von vornherein schon als einen Alltag von Kranken zu verstehen. Gesundheit ist die Ausnahme,

und nähme sie überhand, käme es wahrscheinlich einer Kulturrevolution gleich, Konterrevolution des arbeitslos werdenden Therapeuten-Heeres eingeschlossen. Die WHO- Definition mag normativ sein – realistisch ist sie (noch lange) nicht. Sie ist es insbesondere nicht unter Beachtung der größer werdenden Gruppe alter Menschen. Alter labilisiert und benötigt zum Ausgleich der auftretenden Schwächen und Einschränkungen Ressourcen, die verhindern, dass das Alter als Leiden erlebt wird. Nicht jeder alte Mensch verfügt in diesem Stadium noch darüber. Die moderne Medizin kann den Dekompensationszeitpunkt statistisch zwar auf ein höheres Alter verschieben – eliminieren aber kann sie ihn nicht.

Komplementär zu den alltagsfüllenden Alltags-Krankheiten existiert auch ein Angebot an alltäglichen Hilfen und alltäglichen Helfern. Der Sozialpädagoge Nestmann hat diesen offiziell unbetitelten und auch in
¹⁴ Nestmann 1988 der Forschung eher randständigen Sektor ausführlich untersucht.¹⁴ Alltägliche Helfer und Helferinnen sind demnach eine wichtige Ressource von Gesundheitsförderung und Belastungsbewältigung. Dabei zeigt sich eine große Palette alltäglicher Hilfsquellen, noch dazu, wenn man über den primären und traditionellen Bereich der Familie und Verwandtschaft hinaus Freundschaften, Nachbarschaften, Kollegenkreise und insbesondere rollen- und berufsrollenspezifische informelle Helfergruppen betrachtet. Namentlich Taxifahrer/innen, Kosmetiker/innen oder Friseurinnen und Friseure spielen eine besondere Rolle. Sie hören zu und geben kostenlosen Rat. Er ist unverbindlich und wird daher mit einer ebenso unverbindlichen Mischung aus Indifferenz und Interesse angehört, und genau diese Konstellation macht dem Ich bedarfsweise die Verwendung und Befolgung leicht. Solche Hilfeleistungen in den jeweils spezifischen sozialökologischen Kontexten werden in keiner Statistik geführt, sind aber, wie Nestmanns Analyse zeigt, von hoher Relevanz.

Alltag als Therapie

Eine Pointe ist die Frage, ob und wie Alltag und Alltäglichkeit auf bestehende Krankheit therapeutisch zu wirken vermögen. Sie scheint zwar paradox, da Erkrankung ja gewöhnlich im Alltag auftritt. Doch ist sie nur auf den ersten Blick abwegig. Der Soziologe Bruno Hildenbrand ging dem therapeutischen Einfluss von Alltag in seinem Buch *Alltag als Thera-*

pie nach.¹⁵ Im *speziellen Fall* von an Schizophrenie erkrankten Menschen konnte er verdeutlichen, inwiefern klare, überschaubare Strukturen eines geregelten Alltags – zum Beispiel in einer Betreuungsfamilie oder einem Übergangswohnheim – bei der Wiederherstellung von innerer (kognitiver) Ordnung, also der Fähigkeit zur sinnvollen Integration des Wirklichkeits-Puzzles, von Nutzen ist. Empirisch belegt ist auch die Wirkung von *geregelter Arbeit* (Arbeitstherapie) auf den Rehabilitationsprozess mancher psychisch Kranker.¹⁶ Und auch klinische Beschäftigungstherapie, die sehr wesentlich einen Klinikalltag für psychisch Kranke strukturiert, scheint den Heilungsprozess zu fördern.¹⁷ Der Psychiater Hermann Simon revolutionierte in den 20er und 30er Jahren des letzten Jahrhunderts die damalige psychiatrische Anstaltsbehandlung durch die allgemeine Verordnung angemessener und regelmäßiger praktischer alltagsnaher Tätigkeiten.¹⁸ Regelmäßigkeit, Gemeinschaft, Selbstwirksamkeit, Erfolgserlebnis, Freude sind wesentliche Ingredienzien menschlichen Lebensvollzugs. Ihr Fehlen wird meist als Mangel empfunden und belastet das Erleben – auch das des Kranken, wobei es auf die Beurteilung im Einzelfall ankommt.

¹⁵ Hildenbrand 1991

¹⁶ Reker 1998

¹⁷ Reuster 2006

¹⁸ Simon 1986

Therapie als Alltag I

Alltag als Therapie ist freilich nicht zu verwechseln mit Therapie als Alltag. Wird im ersten Fall Alltag in seiner gewissermaßen essentiellen Form als Hilfe zur Heilung oder dieser zumindest als förderlich verstanden und benutzt, so versteckt sich hinter der andern Parole ein groteskes Fehlverständnis, das in bestimmten Therapieauffassungen der letzten 20 Jahre zu finden war und dessen soziologische Fehlschlüssigkeit aus einer soziologischen Perspektive Oevermann¹⁹ und Brücher²⁰ aufdeckten: Therapeuten, im Alltag einer Wohn- oder Übergangseinrichtung tätig, waren ubiquitär aktiv und deckten im banalen Alltagshandeln (z.B. Kaffeekochen) der Patienten/Klienten ihrer Meinung nach pathologische Handlungsabläufe oder Verhaltensweisen auf, um sie ihnen dann in aufklärerischer Absicht vorzuhalten. »Was du da gerade (in aller Unschuld) tust, wie du es tust, ist krank.« Damit aber halfen sie nicht, sondern stifteten Verwirrung, weil sie zwischen »Alltag« und »Therapie« nicht mehr deutlich unterschieden und die naive Alltagseinstellung des Patienten aushebelten.

¹⁹ Oevermann 1986

²⁰ Brücher 2005

Darin bestand das Problem: dass sie nicht in der *Therapiestunde*, sondern im sichernden Lebensfeld *Alltag* die Therapiesprache benutzten und damit ein Rahmungsproblem erzeugten. Therapie als Alltag entpuppte sich derart als ein paternalistisches therapeutisches Totalprogramm, das Patienten überfordert, verwirrt und auf ihre Kosten (Sozial-)Therapeuten in (getarnte) Alltags-Sheriffs verwandelt.

Therapie als Alltag II

Auch die einschneidende Problematik des nicht nur kurzfristig medizinisch und pflegerisch vollständig und umfassend zu versorgenden Patienten ist mit diesem Titel zu bezeichnen. Längerfristig auf einer Intensivstation behandelte, solche mit fortgeschrittener Demenz oder schwer und multimorbid erkrankte Menschen müssen sich damit arrangieren, dass die Inanspruchnahme therapeutischer Maßnahmen ihren Tageslauf bestimmt. Alternativlos werden die gegebenen Tage so zum Alltag – für den Betreffenden und seine Angehörigen. Dies festzustellen ist nicht zynisch, sondern entspricht der (nicht nur, aber vorzugsweise) ärztlichen Beobachtung, welche immer wieder eine (alte) Erfahrung bestätigt: dass Menschen es leisten, sich in ein unerwartetes und ungünstiges Schicksal hineinzufinden, sich diesem zu fügen, d.h. es als All-Tag hinnehmen – was nur deshalb eigens zu sagen ist, weil es den modern-hohen Anspruch an Selbstverfügbarkeit und Selbst-Herrschaft und die diesen Anspruch tragende Autonomie konterkariert und daher für die Betroffenen eine noch größere Leistung ist. Es ist aus klinischer Sicht freilich auch klar, dass die Leistung nicht immer komplikationslos gelingt, was sich bevorzugt an Depressionen zeigt, die sich in solchen Fällen häufig hinzugesellen. Sie sind übrigens auch eine häufige Komplikation in der Medizin alter Menschen. Ihren Alltag strukturiert die zeitaufwendige Pflege des Körpers durch eigene oder fremde Hand. Der Körper, der früher Medium eines nach außen gewendeten selbstbestimmten Handelns gewesen war, ist jetzt bereits schon das Ziel, in dem sich ein Handeln erschöpft, das den Alltag bestimmt.

Schlussbemerkung

Alltag – so will es nach dem Gesagten scheinen – ist, was von den Beteiligten so verstanden und mit-gemacht wird. Krankheit tritt als seine Bedrohung und graduelle Störung auf. Gesund und krank erscheinen im konkreten Leben als Relativa; es sind entgegengesetzte Kräfte, die sich gegenseitig schwächen und vom Subjekt tagtäglich auszugleichen sind. Diese Aufgabe lässt Spielraum, der erst in der Bewusstlosigkeit ganz verschwindet. Aber zwischen *bedingt gesund* und *schwer krank* liegt ein weites Feld: der teilweisen oder kompletten Trennung vom gewohnten Alltag geht ein eingeschränkter oder modifizierter Alltag voran, dem krank auf sich ganz Zurückgeworfenen wird der Kranken-Tag zum Alltag. Der Alltag des Kranken ist ein anderer als der des Gesunden; *ein anderer*, nicht notwendig sein Anderes.

Literatur

- Brücher, Klaus: *Therapeutische Räume*. Heidelberg 2005.
- Der Nervenarzt* 77:7 (2006)
- Hartmann, Fritz: *Patient, Arzt und Medizin. Beiträge zur ärztlichen Anthropologie*. Göttingen 1984.
- Hartmann, Fritz: Kranke als Gehilfen ihrer Ärzte. [*Medizinethische Materialien* 145] 2. Auflage 2003.
- Hildenbrand, Bruno: *Alltag als Therapie. Ablöseprozesse Schizophrener in der psychiatrischen Übergangseinrichtung*. Bern / Stuttgart / Toronto 1991.
- Hinze, Dieter: *Väter und Mütter behinderter Kinder. Der Prozess der Auseinandersetzung im Vergleich*. Heidelberg 1999.
- Hölderlin, Friedrich: Patmos. In: Hölderlin, Friedrich: *Sämtliche Werke*. 6 Bände. Band 2., Stuttgart 1953, 172-180.
- Kahre, Olf / Felber, Werner: *Krisis. Konzeptgeschichtliche Betrachtungen zu einem psychiatrischen Schlüsselbegriff*. Regensburg 2001.
- Kallert, Thomas / Becker, Thomas (Hg.): *Basisdokumentation in der Gemeindepsychiatrie – Entwicklung und Erprobung eines Instrumentes für den komplementären Versorgungsbereich*. Bonn 2001.

- Mitscherlich, Alexander: *Freiheit und Unfreiheit in der Krankheit. Studien zur psychosomatischen Medizin 3*. Frankfurt a. M. 1977.
- Nestmann, Frank: *Die alltäglichen Helfer. Theorien sozialer Unterstützung und eine Untersuchung alltäglicher Helfer aus vier Dienstleistungsberufen*. Berlin / New York 1988.
- Nervenheilkunde. Zeitschrift für interdisziplinäre Fortbildung* 25 (2006).
- Overmann, Ulrich: Kontroversen über sinnverstehende Soziologie. Einige wiederkehrende Probleme und Mißverständnisse in der Rezeption der »objektiven Hermeneutik«. In: Aufenanger S. / Lenssen, M. (Hg.): *Handlung und Sinnstruktur. Bedeutung und Anwendung der objektiven Hermeneutik*. München 1986, 19-83.
- Parsons, Talcott: *The Social System*. New York 1951.
- Pessoa, Fernando: *Das Buch der Unruhe*. Zürich 2003.
- Reker, Thomas: *Arbeitsrehabilitation in der Psychiatrie*. Darmstadt 1998.
- Reuster, Thomas: *Effektivität der Ergotherapie im psychiatrischen Krankenhaus*. Darmstadt 2006.
- Simon, Hermann: *Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt*. Nachdruck aus dem Jahre 1929. Bonn 1986.
- Siegrist, Johannes: *Medizinische Soziologie*. München / Jena 2005.
- von Weizsäcker, Viktor: *Der Gestaltkreis*. Frankfurt a. M. 1973.
- von Weizsäcker, Viktor: Zum Begriffe der Arbeit. In: von Weizsäcker, Viktor: *Gesammelte Schriften*. Bd.8. Frankfurt a. M. 1986.
- WHO: *The WHO-Constitution*. Geneva 1984.