

Tim Gallusser

Desaströse Risikogruppe oder wunderliche Alte

Eine narratologische Zeitungsanalyse zum ›alten‹ Alter(n) im Altersheim während der Covid-19-Pandemie

Einleitung: Pandemie, Krisen und Risikogruppen

Die Covid-19-Pandemie ist eine Krise. In Schweizer Zeitungen und in der Fachliteratur wird von der «Corona-Krise» gesprochen oder über «verlängerte» Krisen, «public-health-Krisen», «humanitäre Krisen» und «Krisenzeiten» nachgedacht.¹ Aber diese Krise ist nicht nur medial, sondern auch persönlich zu erfahren gewesen, weil, wie die Journalistin Helena Schmid schreibt, die Pandemie «den Alltag der Menschen verändert» hat:² Lockdown und Social Distancing führten nicht zuletzt zu der persönlichen Erfahrung, sich einen Schritt von der gewohnten Welt und vom angewöhnten Umgang mit Anderen getrennt zu fühlen. Der eigene Alltag war nicht mehr zu erkennen, und man fühlte sich zuhause ein wenig wie Erving Goffmans Insassen, die von ihrer «home world» plötzlich abgetrennt sind und sich in einer abgeschlossenen Institution wiederfinden.³ Die ›Krise‹ der Pandemie ist so auch als Übergang

1 Schmid 2020. Vgl. ausserdem die Nachrichtenübersicht der Depeschagentur SDA vom 05. April 2020, SDA 2020. Zur «Public-health-Krise»: Ackermann et al. 2020, 844; zur «humanitären Krise»: NEK 2020, 5.

2 Vgl. Schmid 2020.

3 Vgl. Goffman 1991, 23.

von sozialer Stabilität zu sozialer Unsicherheit wahrgenommen worden,⁴ die sich im persönlichen Erleben äussert.

Aber nicht nur das, wie die Journalistin Dana Liechti anmerkte: «Das Coronavirus beeinflusst unseren Alltag, macht ihn einsamer, angstvoller, trister. Eine Bevölkerungsgruppe trifft die aktuelle Situation besonders hart: die Alten.»⁵ Im Mittelpunkt dieser Krisenoptik standen vor allem die als «Risikogruppe» eingestuften Menschen im hohen Alter, die im Altersheim wohnen. Sie galten als stärker gefährdet, einerseits am Virus zu sterben, andererseits sich im Heim kollektiv anzustecken. Deswegen war ihr Alltag stärker und länger durch Einschränkungen und Abschottungen geprägt.⁶ Ja, mehr noch: In medialen Darstellungen wurde die Pandemie als «older adult problem»⁷ behandelt, was mit dazu beigetragen hat, dass ungleiche und benachteiligende Behandlungen und Lebenseinschränkungen von alten Menschen möglich wurden.

Überdies hat die höhere Gefährdung alter Menschen paradoxerweise zu diskriminierenden Darstellungen in den Medien geführt: Die Alten und ihre höhere Gefährdung seien der eigentliche Grund für den Lockdown. Deswegen seien vor allem die Alten verantwortlich für Corona-bedingte Einschränkungen in Wirtschaft und Gesellschaft, wodurch sie die Zukunft insbesondere der jungen Generation gefährden würden.⁸ So wurden der Lockdown und die damit verbundenen Probleme dem Alter angelastet, und es wurde ein Bruch zwischen Jungen und Alten diagnostiziert.

Aus gerontologischer Perspektive ist diese Verhandlung der Krise, wie sie in den Medien weit verbreitet war, sogleich scharf kritisiert worden. Einem

4 Vgl. Beck/Knecht 2012, 64–65.

5 Liechti 2020.

6 Zu den weitreichenden Einschränkungen des Alltags von Heimbewohner*innen vgl. NEK 2020, 3–5.

7 Fraser et al. 2020, 693.

8 Vgl. Ayalon et al. 2020, 1–2.

dermassen stereotypisierenden und generalisierenden Erzählen über das Alter wurde entgegengehalten: Das hohe Alter mache keineswegs eine geschlossene «Risikogruppe» aus. Wer das behaupte, der reproduziere das längst überwunden geglaubte Bild und Vorurteil des hilflosen, wertlosen und kaum gesellschaftlichen Mehrwert produzierenden Alters. Zudem werde eine zutiefst problematische Unterscheidung vertieft: diejenige zwischen dem «jungen» Alter und dem «alten» Alter, zwischen drittem und viertem Alter.⁹ Wenn überdies davon die Rede sei, dass an Corona nicht *die* Alten, sondern vor allem die Bewohner*innen in Alters- und Pflegeheimen sterben würden, sei implizit die Unterscheidung zwischen «wertvollen» und rüstigen alten Menschen (drittes Alter) und anderen, eben weniger wertvollen alten Menschen (viertes Alter) leitend. So werde das vierte Alter als Ort der Betagtheit, Krankheit und Nutzlosigkeit imaginiert und die vielfältigen Lebenserfahrungen im «vierten Alter» würden negiert, wenn der Fokus vor allem auf das «dritte» oder rüstige Alter gelegt wird, die nicht zur «Risikogruppe» zugerechnet werden.¹⁰ Statt auf diese Weise zu generalisieren und zu stigmatisieren, müsse auf Diversität und Produktivität noch des hohen Alters hingewiesen werden.¹¹

Dieser Forderung möchte ich versuchen nachzukommen, indem ich untersuche, anhand welcher Erzählmuster und Erzählstrategien über das hohe Alter im Altersheim während des ersten Jahres der Covid-19-Pandemie in Schweizer Zeitungsmedien berichtet wurde. Dabei wird das Erzählen über das hohe Alter und über Altersheimbewohner*innen als «Risikogruppe» besonders bedacht, um dessen stereotypisierende und diskriminierende Implikationen aufzuzeigen. Mich leitete das Interesse, den paradoxen Umstand zu verstehen, warum die von Covid-19 besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen durch starke Diskriminierungen noch einmal mehr gefährdet wurden. Jedoch besteht mein Ziel nicht allein darin, an altersdis-

9 Vgl. Pichler 2020, 572–573, 577–578; Vgl. Higgs/Gilleard 2021, 1–4; Vgl. Schroeter/Seifert 2020, 7–8.

10 Vgl. Higgs/Gilleard 2021, 3.

11 Vgl. Ayalon et al. 2020, 1; Vgl. Fraser et al. 2020, 694.

kriminierenden Darstellungen Kritik zu üben, sondern auch darin, nach anderen, diverseren, abweichenden Möglichkeiten des Erzählens über das hohe Alter zu suchen.

Um mich diesen Zielen anzunähern, liess ich mich von den Worten der Rentnerin Zora Maag leiten. Sie erzählt in einem Beitrag von Dana Liechti über ihre Erfahrungen mit dem neuen Alltag der Einschränkungen während der Pandemie. Sie macht darauf aufmerksam, dass Krisen nicht nur aus einer negativen Perspektive betrachtet werden sollten. Die Rentnerin kommt auf Spaziergängen ins Grübeln, zum Beispiel bei der Beobachtung eines Löwenzahns, der sich durch den Asphalt einen Weg an die Sonne bahnt: «Diese Blume hat mir gezeigt: Auch in der Beschränkung kann etwas wachsen.»¹² Frau Maag sagt, dass Krisen Momente seien, die zwar den Alltag erschüttern und massgeblich einschränken oder verändern könnten, aber daraus würden sich auch Möglichkeiten eröffnen – wie das Wahrnehmen einer Pflanze am Strassenrand, die ihren Weg durch den Strassenbelag findet.¹³

Diese veränderte Perspektive auf Krisen half mir, den Diskurs über die Corona-Krise zu ordnen, und zwar in zweierlei Hinsicht: Krise als Möglichkeit für Neuorientierungen und Krise als alltägliche Erzählstrategie. – Erstens: Gerade weil in Krisen der Alltag erschüttert ist, wird möglicherweise der Blick für Anderes frei, nämlich dafür, dass während einer Krise über den verlorenen oder wiederzugewinnenden Alltag nachgedacht und erzählt wird. Dies erlaubt es, die alltäglichen Ordnungen neu in den Blick zu nehmen und erzählerisch wieder aufzubauen. Anders ausgedrückt: Ist der Weg zum gewohnten Alltagsleben versperrt, kann es gelingen, in solchen Momenten einen geschärften Blick auf die Vorstellungen des Alltags zu entwickeln.¹⁴

12 Liechti 2020.

13 Vgl. Beck/Knecht 2012, 67.

14 Vgl. Ebd., 69–70.

Zweitens: Die Krise selbst lässt sich als eine bestimmte Optik verstehen, nämlich als eine Erzählstrategie, durch die der Umgang mit sozialem Wandel gerahmt und reflektiert wird. Wenn von Krisen gesprochen wird, wird erzählerisch versucht, eruptive Veränderungen begreifbar zu machen, indem die aktuellen Ereignisse und neu eingetretenen Verhältnisse mit bekannten Erzählmustern verknüpft und geordnet werden. Von diesen beiden Konzepten – Krise als Möglichkeit für Neuorientierungen und Krise als alltägliche Erzählstrategie – ist die nachfolgende Darstellung geleitet.

Theorie und Methode: Alterswürdigung, Katastrophen und Narratologie

Während der Corona-Pandemie sind Menschen im hohen Alter immer wieder als «Risikogruppe» identifiziert worden. Dieses identifizierende Erzählen möchte ich im Folgenden anhand von zwei theoretischen Zugriffen und einer narratologischen Methode untersuchen.

Wie und was wird anlässlich der Pandemie in Zeitungen über Menschen im hohen Alter erzählt? Zur Beantwortung dieser Frage verwende ich zwei Konzeptpaare der gerontologischen Erzählforschung, die es erlauben, würdigendes und abschätziges Erzählen zu differenzieren. Mit Gerd Göckenjan unterscheide ich einerseits zwischen Alterslob und Altersschelte, andererseits zwischen Alterstrost und Altersklage.¹⁵ Dabei richte ich meinen besonderen Fokus zuerst auf die Altersschelte und die Altersklage, sodann auf das Alterslob und den Alterstrost. Insgesamt aber wird sich zeigen, dass in der Berichterstattung altersdiskriminierende Erzählmuster und Erzählstrategien überwiegen. Von Alterslob und Alterstrost kann nur in «Spuren» und «Spekulationen» die Rede sein.

Beide Konzeptpaare haben einen weiten historischen Hintergrund und sind antagonistisch angelegt. Bei Alterslob und Altersschelte geht es um die Regulierung bestimmter Verhaltensweisen und Aufgaben, die von einer bestimmten Altersgruppe erwartet werden. Dabei ruft das Alterslob die Weisheit, Autorität oder Macht des Alters in Erinnerung. Die Altersschelte

15 Vgl. Göckenjan 2020, 557.

hingegen stellt negative Altersbilder in den Vordergrund, zum Beispiel geiziges Verhalten, Boshaftigkeit, schlechte «Führung» oder, was während der Pandemie besonders hervortrat, «unvernünftiges und fatalistisches» Verhalten.¹⁶ Die zweite Erzählstrategie (Alterstrost und Altersklage) reguliert die Einstellung und Haltung hinsichtlich des Altwerdens. Während die Altersklage den Verfall und die Endlichkeit hervorhebt¹⁷, stützt der Alterstrost die Altersklage zurecht, indem er auf Chancen und Möglichkeiten im Alter hinweist, aber auch darauf, dass die Altersklage eher ein kulturelles Problem als ein Problem des Alterns ist.¹⁸ Dabei wird auch darauf hingewiesen, dass das Alter Orientierungs- und Ordnungsfunktionen hat. Während Alterslob und Alterstrost gesellschaftliche Kontinuität stiften können,¹⁹ verweisen Altersschelte und Altersklage auf Diskontinuitäten eines nach intergenerationalen Altersmustern geordneten Alltags.²⁰ Es ist dementsprechend nicht unbedeutend, dass die «Corona-Krise» mittels Erzählen über das hohe Alter und über das Verhältnis zwischen den Generationen aufgespannt wird.

Erzählstrategien des Alters werden also in zweifacher Hinsicht in der Pandemie verwendet: Erstens wird an der «Risikogruppe» hohes Alter das Erzählkonzept der Altersschelte und Altersklage aktualisiert, wenn Covid-19 zum «older adult problem» wird, das die Zukunft der Jüngeren bedrohen kann. Die «Risikogruppe» steht demnach generell für Schwäche, Krankheit und hohe Sterblichkeit, welche intergenerationale Beziehungen und gesellschaftliche Kontinuität zu zerstören drohen. So werden Massnahmen gegen die Pandemie vor allem auf die Anfälligkeit des Alters für Infektionen zurückgeführt, was zur Folge hat, dass das Alter per se für eine Überlastung des Gesundheitssystem verantwortlich gemacht und als

16 Vgl. Göckenjan 2020, 559–561: Die historischen Diskurse richten sich meistens an die jüngeren Generationen und werden auch von diesen geführt.

17 Vgl. Ayalon/Tesch-Römer 2018, 1.

18 Vgl. Göckenjan 2020, 561–562. Weitere (zumindest theoretische) Beispiele zum Ausgleich vgl. in: Pichler 2020, 581–582, Zimmermann 2016, 91.

19 Vgl. Göckenjan 2020, 559.

20 Vgl. Ebd., 562.

Gefahr für die ökonomische Stabilität im Ganzen angesehen wird. Zweitens möchte ich das Krisenkonzept narratologisch schärfen. Dafür werde ich Krise als Katastrophe verstehen. Die kulturwissenschaftlichen Disaster Studies unterscheiden zwischen natürlichem, materiellem Ereignis, das einen forcierten kulturellen Wandel hervorruft, und medialen Formen, die die Katastrophe vergrößern oder verkleinern können. Disaster oder Katastrophen sind demnach immer auch kulturell hergestellt, nämlich von medialen Formen bestimmt, die während oder nach dem eruptiven Ereignis mobilisiert werden, um Ordnung, Orientierung und Sinn wiederzustellen. Dieses Konzept erlaubt es, die Paradoxie zu erklären, dass das Erzählen vom «Disaster» der Pandemie und von der «Risikogruppe» eine ohnehin verletzte Personengruppe noch «vulnerabler» macht: hochbetagte Menschen in Altersheimen.

Ich konkretisiere: Eine Pandemie ist eine Naturkatastrophe oder -krise,²¹ die eine «Forcierung» des Wandels hervorruft: einen «hazard». Das Virus, bricht in eine Normalität ein, die je nach Regulierungsmöglichkeiten – Spitalbetten, Schutzkleidung, Beatmungsgeräten etc. – mehr oder weniger instabil ist.²² Krisen erlauben es aber auch, über Normalität nachzudenken und Vergangenheit neu zu bewerten.²³ Isak Winkel Holm weist darauf hin, dass Krisen sozio-kulturellen Wandel anstossen. Das geschieht nicht zuletzt mittels medialer Berichterstattungen, die das Geschehen ordnen und interpretieren, ja Katastrophen überhaupt erst als solche ausweisen:

«Disasters are media-borne because they are primetime news in the media but also, in a wider sense, because they are culturally mediated, filtered through society's collective repertoire of

21 Meiner und Veel definieren «Krise» noch auf eine weitere Art, indem sie mit der Zeitkategorie arbeiten: «Catastrophes and crises are exceptions, disruptions of order. Although they differ in temporality – a catastrophe typically connotes a sudden event, whereas a crisis stretches over a longer period of time – they both describe an uprooting of the existent.» Meiner/Veel 2012, 1.

22 Vgl. Winkel Holm 2012, 16.

23 Vgl. Meiner/Veel 2012, 1.

metaphors, images, narratives and concepts that governs how we make sense to senseless disasters.»²⁴

Berichtet und erzählt wird anhand bestimmter Erzählstrategien der Katastrophe. Es handelt sich dabei um eine Berichterstattung, die mit einem variablen Repertoire an Erzählmustern arbeitet, um einem diskontinuierlichen Geschehen (einer Krise oder Katastrophe) Sinn zu verleihen und es in eine kontinuierliche Ordnung zu übersetzen.²⁵ Jedoch gibt es immer eine Vielfalt von Erzählmustern, die miteinander konkurrieren und unterschiedliche Erzählstrategien sowie Sinngebungen zulassen.²⁶

In der medialen Berichterstattung zur Covid-19-Pandemie spielt meines Erachtens aber nur eine Erzählstrategie eine zentrale Rolle²⁷: diejenige des Risikos²⁸. Diese beruft sich auf das Katastrophale der Situation und behauptet, dass bestimmte Gruppen (in unserem Fall: hochbetagte Menschen) dabei höheren Risiken, einer grösseren Gefährdung, ausgesetzt sind als andere (in diesem Fall: jüngere Menschen) und die deshalb bedroht sind, Opfer einer noch bevorstehenden Katastrophe zu werden. Zugleich sind die Risikogruppen von Massnahmen stärker betroffen, die getroffen werden, um die Krise einzudämmen und ihre unübersehbaren Folgen zu minimieren.²⁹ Kurz gesagt: Die Erzählstrategie des Risikos hat zum Ziel zu rechtfertigen, dass hochbetagte Menschen grössere Einschränkungen hinnehmen müssen als andere.

Für meine Untersuchung wähle ich zwei narratologische Konzepte, um das Erzählen vom hohen Alter und von der Krise methodisch zu fassen. Ich

24 Winkel Holm 2012, 9–23

25 Zur narrativen Sinngebung und Strukturierung der Wirklichkeit vgl. Viehöver 2001, 178.

26 Vgl. Gilleard/Higgs 2017, 230.

27 Vgl. eine exemplarische Liste von Katastrophennarrativen in: Winkel Holm 2012, 24–27; vgl. zudem Gilleard/Higgs 2017, 230.

28 Vgl. dazu Beck 2009, 21–24, 37–38.

29 Vgl. Winkel Holm 2012, 25.

arbeite erstens mit dem Begriff «Erzählmuster», zweitens mit dem Begriff «Erzählstrategie». Unter Erzählmustern verstehe ich formale und repetitive Komponenten des Erzählens. Ein häufiges Erzählmuster ist beispielsweise «Woher das Virus kam, weiss niemand». Ein komplexer Zusammenhang wird in kurzer, verdichteter Form präsentiert und häufig wiederholt. Andere Erzählmuster sind Zuschreibungen von Eigenschaften oder auch Figuren und Praktiken. Der Begriff «Erzählmuster» soll also verständlich machen, wie und mit welchen Mitteln erzählt wird.

Unter «Erzählstrategie» verstehe ich eine Anordnung von Erzählmustern, um ein bestimmtes Ziel zu markieren oder eine Bedeutungsstruktur zu erzeugen. In diesem Beitrag wird im ersten Teil vor allem auf die Erzählstrategie des rigiden oder Risikos fokussiert, der im zweiten Teil die Erzählstrategie des relativen Risikos gegenübergestellt wird. Zu Beginn des Beitrags führe ich ausserdem in die Erzählstrategie des objektiven Sprechens ein, das Menschen im hohen Alter zu abstrakten, generalisierten Objekten degradiert.

Vier Thesen und viele Zeitungsseiten

Diesem Beitrag liegen vier Thesen zugrunde. Erstens: Über «Hochbetagte» beziehungsweise über Menschen, die im Altersheim leben, wird im Rahmen der Erzählstrategie des Risikos erzählt. Hochbetagte erscheinen dabei aus einer Perspektive von Dritten und werden als hochgradig defizitär («absoluten Risiko») gekennzeichnet. Es wird also das Konzept der Altersklage aktualisiert.

Zweitens: Das Risiko bezieht sich nicht nur auf das hohe Alter an sich, sondern geht im Laufe des Diskurses von den Betagten aus: Alte Menschen sind nicht allein durch das Virus gefährdet, sondern sie selbst sind ein hohes Risiko für das überlastete Gesundheitssystem und eine «jugendliche Gesellschaft». Dies gipfelt in der Forderung, alte Menschen von einer Behandlung gegen Covid-19 auszuschliessen und sie in den Heimen zu isolieren.

Drittens: Es gibt abweichende Erzählmuster, insbesondere solche der Beziehung. Hier wird Altersklage («Abhängigkeit») mit Alterstrost («Akteurhaftig-

keit») in Beziehung gesetzt. Weitere Beziehungen werden zwischen «Jungen» und «Alten» sowie zwischen Pflegepersonal und Heimbewohner*innen gesehen, wodurch eine Erzählstrategie des «relativen Risikos» entsteht. Unter relativem Risiko verstehe ich eine Erzählstrategie, die die Verantwortung für die Krise nicht einseitig alten Menschen zuschreibt, sondern junge einbezieht: Diese sind es, die insbesondere Hochbetagte folgenscherwern infizieren können.

Viertens: Alternative, «que(e)re» Erzählungen bedienen sich vor allem der Erzählmuster des Wunders und der Irritation, der Eigenverantwortung und des Testens. Sie werden gebündelt durch die Erzählstrategie des Sichtbarmachens, welche Vorstellungen von der Überlastung des Gesundheitssystems und der ökonomischen Belastung unterbricht.

Diese Thesen werden im Folgenden in zwei Teilen behandelt. Im ersten Teil wird das Verhältnis von «absolutem Risiko» und «Altersklage» ausgeführt. Zuerst wird das allgemeine Sprechen über Hochbetagte analysiert, sodann die Attribuierung der Risikogruppe näher bestimmt. Daran anschliessend wende ich mich der Verknüpfung von Schwäche, Multimorbidität, Alter und hoher Sterblichkeit zu, die insbesondere die Berichterstattung über Altersheime prägt. Am Ende des ersten Teils werden Schlussfolgerungen gezogen, die zeigen sollen, warum das diskriminierende Erzählen vom hohen Alter «desaströs» ist.

Im zweiten Teil gehe ich auf Spurensuche nach einem «anderen», einem «alterströstlichen» Erzählen. Hier wird gezeigt, wie das Risiko relativiert werden könnte, nämlich durch das In-Beziehung-Setzen von «Altersklage» und «Alterstrost», von «Jung» und «Alt». Dies gelingt nur in Ansätzen. Zuerst wird das Erzählmuster des «Wunders» als Möglichkeit untersucht, um die Erzählstrategie des «rigiden» Risikos loszuwerden und nach anderen, «que(e)ren» Erzählmustern und Erzählstrategien zu suchen. Dann folgt eine Fallstudie eines Kommentars von Simon Hehli aus der *NZZ*, der vielversprechend zu sein scheint, aber auch einen herben Rückschlag in die Gefilde der Altersschelte bereithält. Weiter wird insbesondere am Erzählen

über fehlerhafte Schutzmassnahmen das Erzählmuster des Testens untersucht, wobei zuerst ein Rückfall ins Erzählen vom absoluten Risiko und der Risikogruppe zu konstatieren ist. Im abschliessenden dritten Teil werde ich die verfolgten Spuren in einem spekulativen Versuch weiterspinnen.

Für diesen Beitrag wurden drei grosse Schweizer Tageszeitungen untersucht: *Blick*, *Neue Zürcher Zeitung (NZZ)*, *Tages-Anzeiger*, und zwar im Zeitraum vom 31. Januar 2020 bis zum 31. Januar 2021. Einbezogen wurden alle Texte (ausgenommen Leser*innen-Briefe oder Forum-Kommentare), die bei der Volltextsuche mit *Dow Jones Factiva* die Stichwortkombination «Corona und Altersheim» oder «Corona und Pflegeheim» herauskamen. Insgesamt habe ich 436 Quellen gesichtet.

Nach einer ersten Durchsicht, die nach generalisierenden, pejorativen und altersdiskriminierenden Erzählmustern Ausschau hielt, wurde in einem zweiten Schritt eine erzähltheoretische Justierung vorgenommen, und zwar anhand von vier Kategorien: Altersklage/viertes Alter, Alterstrost/drittes Alter, Alterslob/Altersschelte und «abweichende Darstellungen/Beziehungen/Rebellionen». Für beide Durchgänge habe ich ein analytisches Lektüreprotokoll verwendet, das ich von Sabine Eggmann übernommen, aber vereinfacht habe. Dieses Vorgehen wurde für diskursanalytische Projekte konzipiert und ist nach den einfachen Fragen «Was, Wie, Wer und Wo» gestaltet.³⁰ Hierfür wurden aus dem Sample pro Kategorie vier bis sechs Hauptquellen ausgewählt und ausgewertet. Konkret heisst das: Ich habe 20 Quellen ausgewählt, und zwar diejenigen Texte, die eine möglichst hohe Aussagekraft haben, also Erzählmuster und Erzählstrategien dicht zu beschreiben und zu untersuchen erlauben. Dabei liess ich mich auch von der Verwunderung leiten und setzte, wie von Eggmann vorgeschlagen³¹, beim Anstössigen an: Wie kann erklärt werden, dass eine Altersgruppe, die als besonders vulnerabel gilt, auch noch stereotyp und abwertend dargestellt wird? Diese Frage half mir, das Feld vom Rand, von den Verwerfungen her zu eröffnen.

30 Vgl. Eggmann 2013, 66–67.

31 Vgl. Ebd., 62–63.

Teil 1: Das desaströse Erzählen als moderne Form der Altersklage

Wie wird über das hohe Alter im Altersheim im Allgemeinen gesprochen? Mittels bestimmter Erzählmuster, die insgesamt ein desaströses Bild vom hohen Alter zeichnen und vermitteln: objektivierendes und generalisierendes Sprechen, distanzierendes Sprechen in der dritten Person, Einsatz von («kalten») Leitmotiven. Hinzu kommen bündelnde Erzählstrategien: das Sprechen über beziehungsweise für Menschen im hohen Alter, statt sie selbst zu Wort kommen zu lassen; von einer «Risikogruppe» sprechen, medizinische Behandlung als nicht lohnend erscheinen lassen, das Altersheim zum Sterbeort erklären. Diese Muster und Strategien können resümierend dem Konzept der Altersklage zugeordnet werden.

Objektivierendes und generalisierendes Sprechen von oben herab -
kalte Leitmotive

«Corona-Fälle Altersheim. Fast jedes dritte Tessiner Corona-Opfer lebte im Altersheim», titelte der *Blick* am 2. April 2020 und gab damit den Ton an, der nachfolgend in vielen Berichten anzutreffen war.³² Dabei blieben Heimbewohner*innen eine abstrakte Menge, und es wurde über sie in statistischer Form berichtet: «Elf der 24 Bewohner hatten sich angesteckt, drei starben an Covid-19.» Ebenso wird in einer Reportage der NZZ vor allem mit statistischen Daten argumentiert:

«Im Moment befinden sich 37 Patientinnen und Patienten mit Covid-19-Diagnose oder mit Verdacht auf eine Infektion in den städtischen Pflegezentren in Isolation. 9 Personen sind in den städtischen Pflegezentren bereits an Covid-19 gestorben.»³³

Diese objektivierende Strategie macht Menschen zu einer statistischen Grösse, generalisiert sie zu einem Kollektiv, über das dann von oben herab verfügt werden kann. Im Oktober 2020 berichtet der *Blick* über einen Covid-19-Ausbruch im St. Galler Altersheim Schäfliisberg, zuerst wieder anhand statistischer Daten: «13 Personen sind per Freitag mit

32 Vgl. Müller 2020.

33 Kälin 2020.

Corona infiziert. Ein Mann (+97) ist gestorben. 90 Bewohner befinden sich in Quarantäne. Weitere Testergebnisse stehen noch aus.»³⁴ Dann wird aus der Perspektive der Heimleitung (top down) über und für die Heimbewohner*innen gesprochen:

«Der alte Mensch ist da eher gelassen». Viele Bewohner würden Corona und die Infektionszahlen nicht so schlimm finden. «Sie seien schon alt und hätten keine Angst vor dem Sterben». Ähnlich sei es beim Toten gewesen, einem 97-jährigen Mann. Er sei schwer krank gewesen und habe schon seit längerer Zeit einen Todeswunsch geäußert. [Die Altersheimdirektorin Christina] Granwehr: «Er ist nicht wegen Corona gestorben. Das Virus hat das Ganze aber beschleunigt. Der Bewohner wünschte keine Spitaleinweisung.»³⁵

Über betagte Menschen wird hier distanzierend erzählt, in der dritten Person und überdies mit Hilfe von wiederkehrenden «Leitmotiven».³⁶ Demnach wollen Hochbetagte «auf keinen Fall ins Spital» und «schon gar nicht an ein Beatmungsgerät» angeschlossen werden. «Lieber starben sie, palliativ begleitet, in ihrem Zimmer.»³⁷ Diese Motive ergänzt der Ethikexperte und ehemaliger Leiter der Intensivstation des Kantonsspitals Basel, Daniel Scheidegger:

«Sie wollen oft gar nicht die super aufwendige Behandlung, nur damit sie danach noch ein paar Monate oder Jahre bei sehr eingeschränkter Lebensqualität in einem Pflegeheim verbringen können.»³⁸

Diese top-down-Haltung ist weit verbreitet und nicht unbedeutend für politische Entscheidungen. Christian Zürcher und Janine Hosp sprechen in einer Reportage über das Sterben im *Tages-Anzeiger* von einer «kühlen» (und «pragmatischen») Redeweise und illustrieren diese anhand eines

34 Vogt 2020.

35 Ebd.

36 Zum Leitmotiv vgl. Lorenz 2007, 399.

37 Wyss 2020.

38 Vgl. Schöpfer 2020.

Zitats von Bundesrat Alain Berset, der dem Eidgenössischen Department des Innern vorsteht und somit auch das Bundesamt für Gesundheit leitet:

«Der Tod war in seinen Ausführungen eine Tatsache, fast schon Teil des Plans. «Leute werden sterben, das wird bleiben.» Und: «Ältere Menschen sterben, das ist bekannt, auch mit der gewöhnlichen Grippe.»»

Hier werden gleich mehrere kalte Leitmotive aufgestellt und verstärkt, indem differenzierte Aussagen des Theologen, Ethikers und Gerontologen Heinz Rügger plakativ gewendet werden: Sterben als Normalfall im Alter, medizinische Machbarkeit, finanzielle und ökonomische Grenzen des Schutzes. Daraus ziehen Zürcher und Josp den kalten Schluss: «An irgendetwas müsse man einmal sterben. In anderen Jahren starben Hochbetagte während einer Grippewelle oder an der Hitze, jetzt an Covid.» Schliesslich wird das objektivierende Sprechen noch der leitenden Pfarrerin der Pflegezentren im Kanton Zürich, Marion Giglberger, in den Mund gelegt:

«In den Altersheimen habe sich eine gewisse Gelassenheit eingestellt. «Ich spüre weniger Angst bei den Senioren als noch in der ersten Welle», sagt sie. Als kürzlich in einem Heim Corona ausgebrochen sei, hätten sich viele überlegt, wie sie reagieren würden, falls es zu wenig Betten auf den Intensivstationen geben würde. Die Mehrheit würde ihr Bett frei machen. Für Jüngere.»³⁹

So wird von einer autorisierten Sprecher*innenposition aus – Philosoph*in, Ethiker*in, Heimleiter*in, Seelsorger*in, Beamt*in – über und für die Heimbewohner*innen verfügt, wobei man sich auf eine imaginierte Mehrheit der Betroffenen und ihre Aussagen beruft.⁴⁰ Dadurch wird von allen abweichenden Entscheidungen und individuellen Motiven abstrahiert. Die konkreten Lebensgeschichten werden zu einem statistischen, logistischen und bürokratischen Problem.⁴¹ Auf diese Weise wird von Menschen im hohen Alter erzählt, als seien sie abstrakte Probleme und Objekte.

39 Zürcher/Hosp 2020.

40 Für weitere Beispiele vgl. Arnet 2020.

41 Vgl. Zürcher/Hosp 2020.

Eine Risikogruppe zwischen Fügsamkeit und Renitenz

Diese Erzählmuster werden arrangiert und gebündelt durch eine Erzählstrategie, die alte Menschen und vor allem Altersheimbewohner*innen als «Risikogruppe» erscheinen lässt und sie entsprechend attribuiert. Diese Erzählstrategie des Risikos sieht betagte Menschen grundsätzlich als defizitär und morbide an.⁴²

Im Beitrag über das Altersheim Schäfliisberg in St. Gallen wird in exaltierter Art das chronologische Alter eines verstorbenen Heimbewohners angegeben: «Ein Mann (+97) ist gestorben.»⁴³ Hier geht es nicht nur um einen 97-jährigen Mann, der an einer Virusinfektion verstarb, sondern um einen über 97-jährigen. Noch deutlicher wird in einem Beitrag im *Blick* die schwache Verfassung und die «Passivität» hochbetagter Menschen ausbuchstabiert:

«Sie sind am gefährdetsten: Die Senioren. Ihr Immunsystem ist fragil. Oft haben sie Vorerkrankungen. Diabetes. Bluthochdruck. Krebs. Wenn sie dann noch in einem Altenpflegeheim hocken, sind sie dem Coronavirus geradezu ausgeliefert.»⁴⁴

Senior*innen, die im Altersheim «hocken» und die es zu «animieren» gilt,⁴⁵ sind «passiv» dem «aktiven» Coronavirus ausgeliefert. Neben der Passivität und der Multimorbidität kann der «Risikogruppe» ein unterwürfiges, potentiell unvernünftiges Verhalten oder eine geistige Schwäche zugeschrieben werden: Die alten Menschen seien gut diszipliniert, weil sie das Isolationsregime im Zweiten Weltkrieg eingeübt hätten, aber gewisse Bewohner*innen hielten

42 Vgl. Kälin 2020.

43 Vogt 2020.

44 Müller 2020.

45 Vgl. hierzu die Aussagen aus einem weiteren Beitrag, der diese «Animierung» darstellt: «Eine Aktivierungstherapeutin schaut bei den Bewohnern vorbei und schlägt ihnen beispielsweise vor, ein Kreuzworträtsel zu lösen. Viele würden aber vor allem Musik hören, lesen und fernsehen.» Vogt 2020. Vgl. auch Pichler 2020, 573–574.

sich dennoch nicht an die Regeln oder verstünden sie nicht mehr.⁴⁶ Fügsamkeit auf der einen Seite, Renitenz auf der anderen – das sind die Orientierungsrahmen des Massnahmeregimes, wie sie in vielen Artikeln zum Ausdruck kommen: «Die alten Leute machen erstaunlich gut mit», sagt Renato Marra, Heimleiter des Leimbacher Altersheims Ris in einem Beitrag des *Tages-Anzeiger* zu verschärften Massnahmen in Alters- und Pflegeheimen im Kanton Zürich im Herbst 2020. Dieses Zitat impliziert ein erwartetes, aber nicht eingetretenes renitentes Fehlverhalten. Was sonst würde das Adverb «erstaunlich» hier zum Ausdruck bringen? Man muss mit Renitenz rechnen, das wird im nächsten Absatz bestätigt, wenn über das Einführen einer Maskenpflicht in Winterthurer Altersheimen berichtet wird: Das habe «geharnischte Reaktionen ausgelöst.»

Die Auflehnung wird dann aber auf die verminderte Zurechnungsfähigkeit der hochbetagten Bewohner*innen und auf ihren allgemeinen Gesundheitszustand zurückgeführt: «Alte Menschen hätten oft Mühe mit Atmen, und schon die bisherigen Einschränkungen machten ihnen und ihren Angehörigen zu schaffen.»⁴⁷ Es handelt sich, mit Erving Goffman gesprochen, um «hostile stereotypes», wie sie für «totale Institutionen» kennzeichnend sind: Pfleger*innen stereotypisieren Bewohner*innen als unfähig, sich an Massnahmen zu halten, die ihr Überleben sichern sollen. Die Bewohner*innen werden so beschrieben, als könnten sie die Handlungen der Pflegenden nicht durchschauen oder nur als boshafte Herabwürdigungen empfinden.⁴⁸

Zusammenfassend: Um die Erzählstrategie «Risikogruppe» narrativ zu gestalten, werden Erzählmuster der Altersklage aktualisiert: Insbesondere Altenheimbewohner*innen werden als gefährdet, körperlich schwach und multimorbid attribuiert. Dieses extrem defizitäre Bild des hohen Alters wird gerahmt vom Bild des passiven und fügsamen oder unfreiwillig (aufgrund verminderter Zurechnungsfähigkeit) renitenten Verhaltens. Sei es Fügsamkeit, sei es unabsichtliche Renitenz – in beiden Fällen handelt es

46 Vgl. Vögeli/Hudec 2020.

47 Anderegg 2020.

48 Vgl. Goffman 1991, 18.

sich nicht zuletzt um Erzählmuster der Altersschelte, die einerseits blinden Gehorsam, andererseits blinde Widerständigkeit verächtlich machen.

Die Behandlung lohnt sich nicht

Die Erzählstrategie «Die Behandlung lohnt sich nicht» bildet einen weiteren Rahmen und Verstärker für die Erzählmuster vom defizitären und morbiden Dasein im Alter. Diese Erzählstrategie beruht auf einer Schlussfolgerung, die aus der Grundannahme resultiert, hohes Alter überlaste aufgrund seiner Morbidität ohnehin das Gesundheitssystem und tue dies in Zeiten der Pandemie umso mehr. Aufgrund dessen wird dann mehr oder weniger offen dafür plädiert, Menschen im hohen Alter im Falle einer Corona-Infektion nicht intensivmedizinisch zu behandeln. Sie seien ohnehin einem hohen Sterblichkeitsrisiko ausgesetzt. Diese kalte Argumentation, die den Tod betagter Menschen billigend in Kauf nimmt, entzieht sich der ethischen Anfechtbarkeit, indem sie das Sterben im Alter als etwas ganz Normales und Natürliches erscheinen lässt und damit das Leiden verharmlost.

In der Reportage von Helene Arnet im *Tages-Anzeiger* am 20. April 2020 wird dies offensichtlich. Arnet berichtet davon, «Wie Altersheime mit Corona-Patienten umgehen».⁴⁹ Anlass der Reportage ist ein Brief der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich an die Angehörigen von Menschen, die in Alters- und Pflegeheimen leben. Darin wurde vermeldet, dass an Covid-19 erkrankte Altersheimbewohner*innen in Pflegeeinrichtungen verblieben, also nicht ins Spital überwiesen wurden. Dies wird mit Richtlinien der *Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften* (SAMW) begründet, die u.a. vorschreiben: «Im Zusammenhang mit Covid-19 ist das Alter ein Risikofaktor für die Sterblichkeit und muss daher berücksichtigt werden.» Dies sieht die Fachgesellschaft *Palliative Geriatrie* genauso, präzisiert die Zürcher Stadtärztin Gaby Bieri⁵⁰:

49 Vgl. Arnet 2020.

50 Die ärztliche Direktorin der Stadtzürcher Alters- und Pflegezentren Gabriela Bieri Brüning wird in den Zeitungsmedien auch Gaby Bieri oder Gabriela Bieri genannt. Im Weiteren folgt die Schreibweise derjenigen der jeweils untersuchten Quelle.

«So heisst es in den Empfehlungen der Fachgesellschaft Palliative Geriatrie explizit, dass bei betagten Menschen, die an Covid-19 erkranken und daneben an anderen Krankheiten leiden, die Überlebenschancen trotz Hospitalisierung gering seien.»⁵¹

In diesen Zitaten wird Alter zum Risikofaktor, denn es gehe mit einer geschwächten Verfassung und Multimorbidität einher. Dies führe zu einer geringen Überlebenschance im Falle einer Covid-19-Infektion. Darum lohne sich die Behandlung im Spital nicht mehr.⁵² Diese Argumentation wird in der Reportage von Arnet mit einem Zitat der Zürcher Stadtärztin Gaby Bieri noch einmal zugespitzt:

«Jene Erkrankten, die wenig Symptome haben, müssen nicht ins Spital, auch wenn sie schon älter sind oder zu einer anderen Risikogruppe gehören.» Dann gebe es den schweren Verlauf, bei dem die Erkrankten innert weniger Tage sterben. «Hier macht eine Hospitalisierung auch wenig Sinn.» Zudem gebe es eine dritte Gruppe, bei der die Symptome zuerst relativ harmlos seien, der Gesundheitszustand sich aber nach einigen Tagen plötzlich verschlechtere. «Das ist für uns ein neues Phänomen, mit dem wir wenig Erfahrungen haben», sagt Bieri. [...] «In solchen Fällen kann eine Hospitalisierung in Erwägung gezogen werden», sagt Bieri. Allerdings rät sie auch hier zu Zurückhaltung.»

Die Stadtärztin sieht praktisch keinen Grund, hochbetagte Menschen ins Spital einzuliefern. Die Ressourcen seien knapp und besser für Jüngere vorzuhaltend. Um die Kliniken nicht zu überlasten und einen Ausnahmezustand zu verhindern, müssen alte Menschen zurückstehen. Damit wird zugleich eine Triage-Entscheidung vorgegeben: Wenn es in Ausnahmesituationen darum geht, wessen Leben erhaltenswert sei, ist das hohe Alter nicht mehr zu berücksichtigen. Durch die Erzählstrategie, «Die Behandlung lohnt sich

51 Arnet 2020.

52 Auch Higgs/Gilleard (2014, 14) weisen darauf hin, dass Betagtheit über «Agedness», «Co-Morbidity» und «Disability» bestimmt wird. Nicht zuletzt steigt mit der Diagnose Betagtheit das Mortalitätsrisiko.

nicht», wird nicht primär das hohe Risiko alter Menschen, an Covid-19 zu versterben, markiert, sondern viel mehr, dass Patient*innen, für die sich eine Spitalbehandlung nicht mehr «lohnt», die raren Intensivbetten besetzen könnten. Diese stünden dann für Patient*innen mit besseren Aussichten auf Heilung, also Jüngeren, nicht zur Verfügung.

Dass sich eine Behandlung nicht lohne – mit dieser Erzählstrategie entheben sich die Berichterstatter zugleich des damit verbundenen ethischen Problems. Wie man sich moralische Entlastung verschafft, das lässt sich an Aussagen des bereits zitierten Ethikexperten und ehemaligen Leiters der Intensivstation des Kantonsspitals Basel, Daniel Scheidegger, beispielhaft zeigen. Dieser dramatisiert im *NZZ*-Interview mit Linus Schöpfer eine Ressourcenknappheit, die zur Folge habe, dass in einer «Krise» immer Menschen sterben müssten. Dadurch erscheint das Ausklammern von alten Menschen aus der intensivmedizinischen Behandlung nicht mehr als ein ethisches Problem, sondern als ein ganz normales Vorgehen:

«Sie [die Gesellschaft] tut so, als sei es möglich, alle zu retten und allen immer alle möglichen Behandlungsmöglichkeiten anzubieten. Das ist bereits in normalen Zeiten unglaublich und umso mehr in der jetzigen Situation.»

Im Alter ist es demnach medizinisch nicht sinnvoll, alle Behandlungsmöglichkeiten auszunützen. Das sei schon «finanziell» nicht tragbar, und ältere Menschen wollten dies auch nicht. Scheidegger verweist darauf, dass es für Covid-19 keine medikamentöse Behandlung gäbe, so dass die Körper

der Patient*innen selbst die Infektion durchstehen müssten, auch auf die Gefahr hin, dass sie dies ohne klinische Behandlung nicht überlebten.⁵³

Weiter wird diese Normalisierung von Sterblichkeit und Nichtbehandlung aus einem Artikel in der *NZZ* ersichtlich, der auf das objektivierende

53 Vgl. Schöpfer 2020.

Sprechen und auf kalte Leitmotive zurückgreift. Die Journalistin Laurina Waltensperger berichtet davon, dass viele Altersheimbewohner*innen im Falle einer Covid-19-Erkrankung gar nicht ins Spital überstellt werden, sondern lieber im Heim sterben wollten. Ganze viermal wird dieses Leitmotiv wiederholt: «Eine Mehrheit der Senioren in Schweizer Pflegeeinrichtungen will bei einer Covid-19-Erkrankung im Heim bleiben».⁵⁴ Mehr noch: Das Sterben im Altersheim wird positiv dargestellt; denn diese Menschen könnten im «gewohnten Umfeld» aus dem Leben scheiden. Das Sterben im Spital hingegen, angeschlossen an Maschinen und Apparate, wird als ein Sterben «gegen die Natur» oder als künstliche Lebensverlängerung dargestellt. In diesem Sinne zitiert auch Waltensperger die Zürcher Kantonsärztin Gabriela Bieri:

«Die meisten dieser Patienten litten an zahlreichen Erkrankungen. Sie künstlich zu beatmen, bringe sie nicht mehr zurück ins Leben und sei nur eine lebenserhaltende Massnahme ohne Aussicht auf einen therapeutischen Erfolg.»

Sterblichkeit wird zu einem unhintergehbaren natürlichen Faktum erklärt, dessen natürlicher Determination man sich als Ärztin, Pflegepersonal oder Senior*in nicht in den Weg stellen darf. Es gilt, was die Heimbewohnerin Heidi Brügger sagt: «Wenn meine Zeit gekommen ist, dann ist sie gekommen». Zuletzt wird das Sterben an Corona als schnell und schmerzfrei dargestellt: Der Sterbeprozess sei wie der bei einer schweren Lungenentzündung. Um Leiden zu vermeiden, sei lediglich die Versorgung mit Sauerstoff und Morphium zu gewährleisten. Atemnot könne im hohen Alter quasi nicht eintreten, da der Körper einfach immer weniger Sauerstoff aufnehme, so die Palliativ-Pflegerin Irène Stuby.⁵⁵

54 Waltensperger 2020. Einmal erzählt als Ergebnisse einer Umfrage bei Pflegeeinrichtungen, *Spitex*-Diensten und den kantonalen Krisenstäben, dann als Zitat der Kantonsärztin Gabriela Bieri, dann wieder als Ergebnis einer Umfrage des Alters- und Pflegeheimunternehmens Tertianum, schliesslich berichtet als Fazit aus der Berufserfahrung der waadtländischen Palliativ-Pflegerin Irène Stuby.

55 Vgl. Waltensperger 2020.

Die Erzählstrategie, «Behandlung lohnt sich nicht», entlastet also von ethischen Bedenken, indem Zeitungsberichte Sterben im hohen Alter als etwas ganz Normales erscheinen lassen. Zudem wird berichtet, die meisten Heimbewohner*innen wollten keine Behandlungen im Krankenhaus. Das Sterben im Altersheim wird überdies als «natürliches» Sterben, frei von Schläuchen und Maschinen, beschönigt. Noch dazu betreffe es Menschen ab einem bestimmten Alter ohnehin natürlicherweise. Deshalb sei ein medizinisches Eingreifen weder zielführend noch passend. Schliesslich wird beruhigend eingewendet, dass das Sterben an Covid-19 für alte Menschen harmlos sei. Noch dazu ist diese Erzählstrategien ökonomisch motiviert und grundiert, wie schon die das Wort «lohnt nicht» zeigt.

Das Altersheim für Todgeweihte

Altersheime werden in Zeitungsberichten primär als Sterbeorte angesehen. Wiederum handelt es sich um eine Erzählstrategie, die darauf abzielt, das hohe Alter als «Risikogruppe» gebündelt sichtbar zu machen und es zugleich an den Rand des gesellschaftlichen Blickfelds zu schieben. Beispielhaft deutlich wird dies in der Reportage von Janine Hosp im *Tages-Anzeiger*. Darin wird die Leiterin Kommunikation des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt, Anne Tschudin, zitiert, die das Altersheim als Ort beschreibt, wo die «Vulnerabelsten» leben. Dies sei der Grund, warum dort am meisten Menschen sterben würden.⁵⁶

Hier erscheint das Altersheim vor allem als Sterbeort. Es handelt sich sogar um einen Ort des doppelten Sterbens, worauf die leitende Pfarrerin der Pflegezentren im Kanton Zürich, Marion Giglberger, in einem Artikel des *Tages-Anzeigers* von Zürcher und Hosp hinweist. Zum einen: «Im Altersheim ist Sterben Alltag.» Zum anderen ist das Altersheim aber auch der Ort des «langen, stillen Sterbens» in Einsamkeit.⁵⁷ Dieses Bild wird im Zeichen von Corona in besonderer Weise virulent: Keineswegs sei der biologisch-medizinische Prozess des Sterbens das Problem; denn an

⁵⁶ Vgl. Hosp 2021.

⁵⁷ Vgl. Zürcher/Hosp 2020.

Covid-19 zu sterben sei weder langwierig noch qualvoll. Viel schwieriger sei das Sterben in Einsamkeit, wovon die Palliativ-Pflegerin Irène Stuby in der Reportage von Waltensperger berichtet:

«Das Schwierigste für die Betroffenen ist, dass sie oft allein gehen müssen.» Mit dem Besuchsverbot in den Pflegeeinrichtungen werden bei Sterbenden höchstens eine bis zwei Personen ins Heim gelassen».⁵⁸

Altersheime werden also nicht nur als Sterbeorte abqualifiziert, sondern auch als Orte des sozialen Sterbens, der Einsamkeit und schliesslich des einsamen Todes – ganz abgesehen davon, dass es sich um Orte des Krankseins, der Schwäche und des Verfalls handelt. Wer irgend kann und noch halbwegs am Leben ist, kommt nur zu einer kurzen Erholung und Rehabilitation hierher, wie es Inge Ginsberg getan hat, um nach ihrer Covid-19-Erkrankung zu Kräften zu kommen und so schnell wie möglich wieder in die eigene Wohnung zurückzukehren.⁵⁹ Von der möglicherweise viel grösseren Einsamkeit im eigenen Zuhause wird dann allerdings geschwiegen.

In zahlreichen Berichten wird diese Sicht auf Altersheime permanent wiederholt. Sie erscheinen als Orte, an die man sich wendet, wenn man nicht «mehr frei über sein Leben bestimmen kann»⁶⁰ oder todkrank ist.⁶¹ Sie sind kaum mehr als der Ort, wo palliative Pflege angeboten wird.⁶² Diese Aufgabe kommt ihnen nun insbesondere in Corona-Zeiten zu: Für Bewohner*innen seien im Infektionsfall nicht die Spitäler zuständig, sondern die Alters- und Pflegeheime, heisst es im Artikel von Helene Arnet im *Tages-Anzeiger*.⁶³ Analog wird in einem Artikel der *NZZ* von Adi Kälin behauptet:

58 Waltensperger 2020.

59 Vgl. Bühler 2020.

60 Ernst 2020.

61 Vgl. Vögeli/Hudec 2020.

62 Vgl. Waltensperger 2020.

63 Vgl. Arnet 2020.

«Tatsächlich kommt vor allem den Stadtzürcher Pflegezentren eine sehr wichtige Funktion bei der Behandlung der an Covid-19 Erkrankten zu [...] Wer in einem der acht städtischen Pflegezentren von Zürich erkrankt, bleibt im Heim, wenn keine Verlegung ins Spital nötig wird – oder wenn sich die Person für eine palliative Behandlung entschieden hat, also lieber im Heim sterben möchte.»⁶⁴

Auch dieser Artikel verweist darauf, dass das Sterben schon zu normalen Zeiten zum Altersheim gehöre. Dafür werden die Mortalitätsraten vom Frühling 2020 mit nicht pandemischen Zeiten verglichen:

«Die Zahl relativiert sich etwas, wenn man weiss, dass die Pflegezentren [in der Stadt Zürich] gesamthaft rund 1600 Plätze haben und die Bewohner der höchsten Risikogruppe angehören (Vorerkrankungen, hohes Alter). Auch in normalen Zeiten sterben laut Auskunft des GUD [Gesundheits- und Umweltdepartement] 60 bis 70 Personen pro Monat in den städtischen Pflegezentren.»⁶⁵

Auf diese Weise werden Alters- und Pflegeheime in aller Offenheit zu «Wartezimmern des Todes» erklärt, wie es im Artikel von Zürcher und Hosp heisst.⁶⁶ Das bestätigt die pessimistischsten Einschätzungen der Forschung, wonach Altersheime medial zu «antechamber to the grave» gemacht werden.⁶⁷ Hier kommt man hin, wenn alle Massnahmen, die Betagtheit aufzuhalten, nicht gefruchtet haben:

«Confusion, incontinence, and immobility exemplified the chronic conditions affecting an increasing majority of nursing-home residents, as the nursing home became the endpoint when the drugs had failed, the day centres were no longer able to support the families, and no other sources of respite were left beyond that of the institution.»⁶⁸

64 Kälin 2020.

65 Ebd.

66 Vgl. Zürcher/Hosp 2020.

67 Vgl. Gilleard/Higgs 2017, 239.

68 Ebd., 234–235.

Betagtheit wird, noch dazu wenn sie mit Demenz einhergeht, zum «synonymous with being condemned to death». ⁶⁹ Wobei diese Todgeweihten aus dem gesellschaftlichen Blickfeld geschafft werden, indem man sie in Asyle verfrachtet, dort konzentriert und sie obendrein als «Fehler» oder «Störungen» einer jugendlichen, gesunden, aktiven Welt betrachtet. ⁷⁰

Zwischenfazit: Das Desaster der Erzählstrategie von der «Risikogruppe»

An diesem Punkt lässt sich nun zusammenfassend innehalten, um die desaströsen Auswirkungen der vorgestellten Erzählmuster und Erzählstrategien zu betrachten.

Erstens wird durch die Erzählstrategie des Risikos das «hohe Alter» negativ und defizitär bestimmt und von der Behandlung im Spital ausgeschlossen, weil diese ohnehin vergeblich sei. Betagte Menschen besitzen demnach eine «condition of half life», zeigen bereits eine «contamination of life by death» ⁷¹, als wären sie bereits mehr tot als lebendig. Dem «vierten Alters» wird zudem ein eingeschränktes Selbst zugesprochen, das die Stimme Dritter braucht und über die praktisch nur generalisiert, abstrahiert und statistisch gesprochen werden kann. Eine diverse, differenzierte oder lebensweltliche und lebensgeschichtliche Einbindung vorzunehmen, das steht dieser Form der Berichterstattung fern, ganz abgesehen davon, dass man die alten Menschen selbst kaum zu Wort kommen lässt, sondern von oben herab über sie verfügt. ⁷²

Zweitens werden aber dadurch betagte Menschen und ihre Körper nicht pauschal obsolet oder «funktionslos» ⁷³: «Selbst wenn die Ressourcen in den Intensivstationen knapp sind, darf das Alter allein kein Kriterium sein, das darüber entscheidet, ob jemand eine Behandlung bekommt oder nicht»,

69 Vgl. Ebd., 232.

70 Vgl. Pichler 2020, 577–578; ausserdem Gilleard/Higgs 2017, 234–235.

71 Lorenz 2007, 399; Higgs/Gilleard 2014, 15, 17.

72 Vgl. zum Konzept der «Nonperson» beziehungsweise eines eingeschränkten Personseins vgl. Leibing 2007, 248–249.

73 Göckenjan 2020, 568.

lautet eine Richtlinie der SAMW.⁷⁴ Es kommt auch auf den Grad der sozialen Eingebundenheit an.⁷⁵ Wenn Altersheimbewohner*innen an Corona erkranken, ist es nicht das Virus, das sie tötet, sondern ihr der Morbidität anheimgefallener Körper. Für eine Person, die bereits sozial ausgeschieden ist und im «stillen Sterben» liegt, sind dann weder aus biomedizinischen noch aus sozialen Gründen lebenserhaltende Massnahmen nötig, ja nicht einmal von ihnen selbst gewollt.

Drittens oszilliert die Darstellung der «Risikogruppe» zwischen zwei diametralen Risiken: Einerseits erscheinen Hochbetagte durch das Virus besonders gefährdet, weshalb sie zu ihrem Schutz räumlich und sozial zu isolieren sind. Diese kollektive «Quarantäne» wird nötigenfalls mit Zwang aufrechterhalten.⁷⁶ Andererseits wird durch dieses Risikomanagement ein «Social Distancing» betrieben, nämlich eine Kluft zwischen Jungen und Alten sowie zwischen drittem und viertem Lebensalter hergestellt.⁷⁷ Dadurch wird das vierte Alter in einer Weise diskriminiert und marginalisiert, dass es als beinahe tot erscheint.

Viertens wird die Vulnerabilität von hochbetagten Menschen zum Risikofaktor für das Gesundheitssystem sowie für Wirtschaft und Gesellschaft insgesamt erklärt, was vor allem die «Jungen» belasten werde. Deshalb sind betagte Menschen im Altersheim am besten aufgehoben. Dieser Ort minimiert also das Risiko, das von hochbetagten Menschen ausgeht, und macht es regulierbar. Zugleich sind diese am Rande des öffentlichen

74 Arnet 2020 Vgl. hierzu auch die Einschätzung der Medizinethiker*innen: Ackermann et al. 2020, 833–844.

75 Vgl. Göckenjan 2020, 562.

76 Vgl. Goffman 1991, 17, 22. Vgl. dazu NEK 2020, 3–4, insbesondere den Hinweis auf die Regelung im Kanton Zürich, die den Heimleitungen «weitgehende Befugnisse und Vollzugspflichten, die auch mit Polizeigewalt durchzusetzen waren», zuspricht.

77 Vgl. Goffman 1991, 79. Beziehungen in totalen Institutionen sind demnach darauf angelegt, dass das Personal den Insassen empathisch «nicht zu nahe» kommt.

Blickfelds abgelegt, ohne dass die Gesellschaft der «Jungen» zu grosse moralische Bedenken auf sich nehmen müsste.

Fünftens schliesslich hatte sich bis Herbst 2020 diese Argumentation so weit eingespielt, dass Schutzvorbereitungen für Altersheime nur mehr auf der Grundlage getroffen wurden, dass Heimbewohner*innen sterben, weil sie betagt sind: «In den Heimen leben die vulnerabelsten Personen. Es ist die traurige Wahrheit, dass auch dort am meisten Menschen sterben».⁷⁸ Entsprechend wird herausgestellt, dass «ein grosser Anteil aller an Covid-19 verstorbenen Menschen in den Industrieländern [...] Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen» waren.⁷⁹

Statt also auf gesundheitspolitische, ökonomische und andere Mängel in der Altenpflege zu verweisen (wie es die Ethikkommission der Humanwissenschaft und Medizinethiker*innen in der Schweizerischen Ärztezeitung im Frühling getan haben⁸⁰) erwähnt Anne Tschudin nur die Betagtheit. Ansonsten hätten die Behörden und Heime alles getan, um ihre Klienten zu schützen:

«Die Kantone haben Schutzkonzepte erarbeitet und sie von den Heimen an ihre Situation anpassen lassen, sie haben Schulungsvideos zur Hygiene erstellt und das Vorgehen im Ernstfall festgelegt.»⁸¹

Bei allen Altersstereotypen, die in solchen Aussagen zutage treten, wäre es dennoch unfair, den behördlich und institutionell Verantwortlichen vorzuwerfen, sie hätten den Tod von Altersheimbewohner*innen fahrlässig in Kauf genommen. Das haben sie nicht. Anzunehmen ist vielmehr, dass Behördenvertreter*innen und Heimleitungen oft durch ein Denken geprägt sind, das die «Vulnerabilität» der betagten Menschen nicht als Ergebnis

78 Hosp 2021, Aussage der Leiterin Kommunikation des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt, Anne Tschudin.

79 Vgl. NEK 2020, 6 und Hosp 2021.

80 Vgl. NEK 2020, 5–6 und Ackermann et al. 2020.

81 Ebd.

gesellschaftlicher und gesundheitspolitischer Bedingungen ansieht, die in der kurzen Zeit zwischen der ersten und der zweiten Welle der Pandemie (teilweise) hätten angepasst werden können, sondern als natürliche Tatsache auffasst.⁸² Insgesamt aber lässt sich von einem Desaster für Hochbetagte und insbesondere für Heimbewohner*innen sprechen, wie es aufgrund der Erzählstrategie von der Risikogruppe hervorgebracht wird.⁸³

Teil 2: Auswege aus dem Desaster – zwischen Altersklage und Alterstrost

Wie kommen wir aus dieser Erzählstruktur heraus? Nach Ayalon et al. gibt es einen Ausweg, der darin besteht, die stereotypen und diskriminierenden Bilder der Risikogruppe «hohes Alter» durch persönliche und unmittelbare Kontakte zwischen den Generationen zu relativieren. Da, wo regelmässige Begegnungen zwischen den Generationen stattfinden, können sich Vorurteile auflösen und «norms of solidarity and relatedness» einstellen.⁸⁴ Diese Form der Nähe kann medial vorweggenommen werden, wenn von wechselseitigen Beziehungen zwischen den Generationen positiv erzählt wird (statt von «sozialer Distanz»). Dafür kann wiederum die Erzählstrategie des Risikos dienen, die das zwar omnipräsente, aber auch umstrittene Leitmotiv des «We are all in this together» zumindest implizit neu zu denken erlaubt,⁸⁵ indem nun die Jungen selbst als Risikogruppe erscheinen. Dann steht «Risiko» quer zu den «desaströsen» Erzählmustern und Erzählstrategien der Altersklage, weil Junge plötzlich ein Risiko *für* alte Menschen sein können.

Überdies fordert Pichler, sich auch auf überlieferte Formen des Alterslobs zu besinnen, um der Altersklage entgegenzuwirken, wie sie in der Erzählstrategie des absoluten Risikos steckt und nach der hochbetagte Menschen als passive Objekte (‘meliorativ’) angesehen werden. Damit könnte der Blick dafür freierwerden, Hochbetagte als durchaus bewusste und selbstverantwortlich handelnde Akteure anzusehen und ernst zu nehmen. Zumindest

82 Vgl. Winkel Holm 2012, 18.

83 Vgl. Winkel Holm 2012, 16.

84 Vgl. Ayalon et al. 2020, 2–3, aber auch Göckenjan 2020, 557–558.

85 Vgl. Viner/Klein 2020.

aber kann sich die mediale Optik auf ein ‹Sowohl-als-Auch› (zwischen Potenzialen und Defiziten, Aktivität und Abhängigkeit) einstellen.⁸⁶

Es soll nun darum gehen, eine Spur des Erzählens aufzudecken, die das Bild vom abhängigen, defizitären und ‹sozial distanzieren» Alter mit dem Bild der Beziehung zwischen den Generationen und mit dem Bild aktiver Altersakteure kontert. Das Konzept der ‹Spur» soll den Blick hier auf eine Lesepraxis lenken, die quer zu den Erzählungen der Altersklage verläuft und Möglichkeiten rekonstruiert, die eine andere Form des Erzählens von betagten Menschen zumindest in Ansätzen eröffnen. Das tun die Erzählmuster des Wunderns und der Irritation, der Eigenverantwortung und des Testens sowie die Erzählstrategie des Sichtbarmachens.

Wundern, Irritation und ‹que(e)re» Alterswürdigung

Um in diese Spurensuche einzusteigen, brauchen wir eine Bewegung der Befreiung. Das Erzählmuster des Wunderns erlaubt dies; denn dort, wo dieses Erzählmuster anzutreffen ist, funktioniert das stereotypische Erzählen nicht mehr. In diesen Momenten können die beobachteten Ereignisse nicht mehr wie gewohnt geordnet werden. Das Wundern ermöglicht es, Beziehungen zwischen Alterslob und Altersklage, aber auch zwischen jungem Pflegepersonal und alten Heimbewohner*innen in den Vordergrund zu rücken.

Schon zu Beginn der Pandemie taucht das Erzählmuster des Wunderns auf. Der Ausnahmezustand blieb aus, die Intensivstationen waren nicht mit betagten Menschen überbelegt.⁸⁷ Dies liess den Journalisten Adi Kälin

86 Vgl. Pichler 2020, 581–582.

87 Vgl. das hypothetische Beispiel von Schöpfer 2020: ‹Ein 85-jähriger Mann wird mit einer Corona-Infektion und lebensgefährlicher Atemnot in den Notfall eingeliefert. Es gibt noch eine freie Beatmungsmaschine. Kurz darauf wird eine 25-jährige Sportlerin eingeliefert. Sie hatte einen schweren Sturz und muss nun künstlich beatmet werden. Noch ist der Mann nicht ans Beatmungsgerät angeschlossen. Soll das medizinische Personal umdisponieren und der Frau den Vorzug geben?›

anfangs April an einer Pressekonferenz «aufhorchen».⁸⁸ Ähnlich klingt es in einem Beitrag von Anian Heierli im *Blick*, der von einer «Corona-Tragödie» in einem Altersheim von Vétroz berichtet. Die Heimleiterin Patricia Pfammatter wird zitiert. In ihrem Altersheim habe das Virus einen «furchtbar [...] ungleichen Krieg» gegen die Belegschaft und die Bewohner*innen geführt. Ein Fünftel der Bewohner*innen sei gestorben. Einem anderen Heim im Wallis ging es nicht anders⁸⁹. Es war eben kein «Einzelfall». Pfammatter stellt weiter fest, dass die Belegschaft im «emotionalen Ausnahmezustand» sei. Sie brauche psychologische Betreuung. Die Heimleiterin ist erschüttert, jedoch weniger, weil das Virus mit aller Macht ins Heim eingefallen, sondern weil «unberechenbar» sei, wen das Virus verschone: «Hinzu kommen mehrere Fälle von genesenen Bewohnern, darunter auch Leute mit Vorerkrankungen.»⁹⁰

In einer Nachricht der Depeschenagentur *SDA* vom April 2020 drückt auch die ärztliche Direktorin der Städtzürcher Alters- und Pflegezentren, Gabriela Bieri-Brüning, ihre «Hilflosigkeit» angesichts der verheerenden Ausbreitung der Infektionen in Heimen aus. Man verwundert sich darüber, dass auch Hochbetagte asymptomatische Verläufe hätten. Bei einer Testserie von 500 Heimbewohner*innen in vier städtischen Pflegezentren hätten 40 Prozent der infizierten Personen keine Symptome gezeigt: «das Virus [verbreiteten sich] somit unbemerkt weiter.»⁹¹

Die unter der Erzählstrategie des Risikos gebildeten Vorstellungen haben sich also als unzutreffend erwiesen: Weder kam es zu Engpässen in den Spitälern, noch waren die hochbetagten Körper besonders gefährdet, im Gegenteil: Viele überlebten die Infektionen trotz Vorerkrankungen, ja viele zeigten nicht die geringsten Symptome. Die «rigiden Kategorien» des Risikos haben versagt. Körper stellten sich plötzlich «quer» zum erwar-

88 Vgl. Kälin 2020.

89 Vgl. Heierli 2020.

90 Ebd.

91 *SDA* 2020.

teten Geschehen.⁹² Diese Irritation erlaubt uns nun, die Erzählstrategie des Risikos aufzubrechen und an das Konzept des Alterslobs mitsamt Alterswürdigung anzuknüpfen:

«These epiphanic moments of wonder ignite an epistemological–ethical sense in which, suddenly, the world is not only more queer than one could have imagined, but more surprisingly itself, meaning that it confounds our categories and systems of understanding.»⁹³

«Jung» und «Alt» - Risiko und Eigenverantwortung

Erzählungen über verwunderliche Risikoschwankungen verkehren die Beziehungen zwischen Jung und Alt: Auf einmal sind es die jungen, die die alten Menschen gefährden. Damit wird zugleich die Altersklage relativiert zugunsten von Alterslob. Das gelingt über das Erzählmuster der Eigenverantwortung: Diese bindet nicht nur körperliche Integrität an Persönlichkeitsrechte – und somit Altersklage an Alterslob –, sondern auch das Risiko an junge Menschen (statt nur an alte). Indes wird durch das Erzählmuster der Eigenverantwortung auch Altersschelte durch die Hintertür wieder eingeführt.

Im Sommer 2020 gibt Simon Hehli in einem Kommentar für die *NZZ* Entwarnung: Der Lockdown ist vorbei, die Leute leben wieder, als wäre nichts passiert – und es ist ja auch nichts passiert:

«Es landen derzeit kaum Betroffene auf einer Intensivstation – oder sterben gar. Nur eine Minderheit kennt im nahen Umfeld jemanden, der an Covid-19 erkrankt ist. Das Leben fühlt sich fast wieder wie früher an.»⁹⁴

Und dennoch gibt Hehli zu bedenken, dass weiterhin Menschen in den Altersheimen sterben würden, wie ein «isolierter Ausbruch» in einem

92 Vgl. Alaimo 2016, 59.

93 Ebd., 60.

94 Hehli 2020.

Freiburger Altersheim belege.⁹⁵ Hier setzt Hehli an, um eine ‹positive› Bezogenheit zwischen Jung und Alt zu beschreiben. Es wird eine Differenz festgestellt,⁹⁶ wonach junge Erwachsene die hauptsächlichen Träger*innen des Virus seien, während hochbetagte Menschen das höchste Risiko trügen, am Virus zu sterben:

«Das Virus kursierte vor allem unter den Jungen. Und ihre Abwehrkräfte reichen in den allermeisten Fällen aus, um schwere Verläufe zu verhindern. Zudem hat die Medizin bei der Behandlung von Covid-19 Fortschritte gemacht, so dass die Wahrscheinlichkeit gestiegen ist, eine Infektion zu überleben.»⁹⁷

Hier tritt auch die Erzählstrategie des Risikos verändert auf: Risiko ist nicht mehr ein absoluter Wert (entweder betroffen oder nicht); vielmehr wird es nun relativiert: Es kommt auf den Grad des Risikos an, den die Gesellschaft oder eine Gruppe aushalten kann. Von diesem relativen Risiko erzählt Hehli mittels der Metapher der ‹Brenzligkeit›, mit der er ein ‹schwelendes› Risiko imaginiert. Richtig ‹brenzlich› wird demnach die Entwicklung der Fallzahlen unter den Jungen, wenn eine zweite Welle der Pandemie beginnen sollte und das Virus wieder auf die Heime übergreife. Dennoch befürwortet Hehli den ‹Mittelweg› der Schweizer Corona-Strategie zwischen Öffnung und Schutzmassnahmen. Dies liefere den ‹benötigten Sauerstoff›, um Gesellschaft und Wirtschaft ‹anzufachen›. Auch die Altersheime sollten wieder geöffnet werden:

«Gleichzeitig darf man es mit der Abschottung auch nicht übertreiben. Wenn Senioren verzweifeln, weil sie monatelang ihre Enkel nicht sehen dürfen, und in ihrer Isolation den Lebenswillen verlieren, ist nichts gewonnen.»

Es können bis hierhin also drei Erzählmuster der Beziehung festgestellt werden. Erstens macht Hehli im Sommer auf die grosse Normalität und

95 Vgl. Ebd.

96 Vgl. dazu Fraser et al. 2020, 693–694.

97 Hehli 2020.

die Freiheit der jüngeren Generationen im Kontrast zum Sterben in abgeschotteten Altersheimen aufmerksam. Zweitens bezieht er Junge auf Alte: Junge tragen das Virus und tragen Verantwortung für seine Ausbreitung, Alte hingegen leiden unter den Auswirkungen dieser Ausbreitung. Drittens relativiert er das Risiko, wodurch er wiederum für gesellschaftliche Öffnung und persönliche Freiheit votieren kann.

Mit der Forderung nach mehr Öffnung für Senior*innen reagiert Hehli auf einen Appell von Medizinethiker*innen in der Schweizerischen Ärztezeitung, die u.a. eine rigide Abschottung («räumliche und soziale Isolation») von Heimbewohner*innen heftig kritisiert hatten, da sie eine Verletzung der Persönlichkeitsrechte bedeute. Die Ethiker*innen hatten gefordert, dass die Spannung zwischen dem Recht auf körperliche Unversehrtheit und den persönlichen Freiheitsrechten ausgehalten werden müsste:

«Nicht absolut hingegen gilt das Gebot, Individuen vor Gesundheitsgefährdungen zu schützen – weder in der Pandemie noch ausserhalb von ihr. Dieses Gebot ist eingebettet in den Schutz der Persönlichkeit respektive der Werte und Interessen der Person, welche dieses Leben lebt und es als ihr eigenes Leben erfährt.»⁹⁸

Dieser Aufruf markiert aber auch jenen Ausgleich zwischen «Akteurhaftigkeit» und «Abhängigkeit», auf den es Pichler ankommt und der auf die Doppeldeutigkeit des Begriffs «Subjekt» verweist: Der Mensch ist einerseits als «frei, aktiv, produktiv und autonom», andererseits als abhängig, schutzbedürftig und eingebunden zu denken.⁹⁹ Aus dieser Doppeldeutigkeit des Subjekts aber resultiert, um auf Simon Hehli zurückzukommen, eine starke Bezogenheit zwischen Jung und Alt:

«Es braucht für den Winter besonderen Schutz in den Pflegeheimen. Die Pflegenden tragen eine grosse Verantwortung und sollten auch im Privatleben möglichst Situationen meiden, in denen es ein erhöhtes Ansteckungsrisiko gibt – etwa in Klubs. So sinkt die Gefahr, dass das Personal das Virus ins Heim ein-

98 Ackermann et al. 2020, 844.

99 Vgl. Pichler 2020, 581.

schleppt. [...] Nimmt eine Heimbewohnerin das Risiko einer Ansteckung in Kauf, weil sie in ihrer verbleibenden Zeit nicht auf soziale Kontakte verzichten möchte, ist das zu akzeptieren. Nur muss sie sich dann von den Mitbewohnern fernhalten, die ihren Fatalismus nicht teilen.»¹⁰⁰

Diese Bezogenheit wird über das Erzählmuster der Eigenverantwortung hergestellt: Beide, junge und alte Menschen, sind vom Risiko, das vom Virus ausgeht, betroffen; deshalb müssen sich jetzt beide zurückhalten. Eigenverantwortliches Handeln und Regulieren habe oberste Priorität, um einen ‹Flächenbrand› zu verhindern. Jede*r soll sich frei bewegen können, aber auch die Konsequenzen für ihr/sein Handeln tragen. Risikoabschätzung ist dabei zwar Privatsache, jedoch gibt es für Jugendliche eine mehr oder weniger klare Regulierungsgrenze: Hedonismus im Nachtleben wird strikt abgelehnt, denn damit gehe ein hohes Risiko einher.¹⁰¹

Für alte Menschen bleibt es vager: Sie dürfen nicht zu sehr abgeschottet werden, sollen soziale Kontakte haben, aber ‹Fatalismus› muss bestraft werden. Dieser bestehe darin, sich so zu verhalten, dass andere gefährdet werden. Der Autor argumentiert also zwischen Alterslob und Altersschelte. Während Altersheimbewohner*innen zwar eine Akteurhaftigkeit zugesprochen wird, soll deren Aktivierung auf die Umfriedung des Altersheims beschränkt sein. Der soziale Kontakt mit Angehörigen ausserhalb wird als fatal bezeichnet. Das passende Verhalten für Heimbewohner*innen sei weiterhin: Verzicht und Abschottung. Mehr noch: Für alle Generationen gilt ‹Zurückhaltung›: kein ‹unvernünftiges Handeln› und keine fatalistischen Vergnügungen – das ist das Gebot der Stunde, der Kategorische Imperativ in der Corona-Krise.¹⁰²

100 Hehli 2020.

101 Für eine journalistische Einschätzung der narrativen Strukturierung des Nachtlebens während der Corona-Pandemie inklusive einer empirisch kulturwissenschaftlichen Einschätzung durch Michel Massmünster vgl. die Reportage im Online-Magazin Republik: Beck 2020.

102 Vgl. Göckenjan 2020, 559–561.

So bilden zwar die Erzählmuster der Beziehung eine bemerkenswerte Spur, die quer läuft zum Erzählen von der Risikogruppe und zur Altersklage; jedoch fällt Simon Hehlis Skizze dann doch in die Altersklage zurück, wenn er die zuvor geforderte Akteurshaftigkeit zugunsten der Abhängigkeit wieder kassiert, indem über das Erzählmuster der Eigenverantwortung die Altersschelte des Verzichts einführt.

Pflegenotstand, Testverhalten und viraler Ausnahmezustand

Eine weitere Spur zeigt sich, wenn wir uns der Berichterstattung der gefürchteten und dann eingetretenen zweiten Welle im Herbst zuwenden. Zuvor muss allerdings die Erstarkung der rigiden Risikostrategie verfolgt werden.

Im Herbst stiegen die Ansteckungen enorm an, und die Katastrophenerzählungen wurden von der Ausnahme zur Regel. Die abwägende Haltung schien vergessen. Mit einer gewissen Dramatik formuliert dies Janine Hosp im *Tages-Anzeiger*, indem sie wiederum mit der Erzählstrategie des Risikos beginnt: «Wenn das Virus einmal in ein Altersheim eingeschleppt wurde, sind die Bewohnerinnen und Bewohner nicht mehr sicher.»¹⁰³ Sodann malt die Autorin ein Bild der Verwüstung aus,¹⁰⁴ schildert, wie die Bewohner*innen des Alterszentrum Sumiswald, die den Corona-Ausbruch überlebt haben, auf die leeren Plätze im Speisesaal schauen:

«Als die Bewohnerinnen und Bewohnern des Alterszentrum Sumiswald im Emmental nach ihrer Quarantäne erstmals wieder im Speisesaal essen durften, war die Stimmung bedrückt. Einzelne sassen plötzlich allein am Tisch, der Sitznachbar war nicht mehr da. Innert drei Wochen waren 25 der 130 Bewohner dem Coronavirus erlegen.»

103 Weitere Varianten dieses Leitmotivs sind: «Wenn das Virus einmal in ein Altersheim eingeschleppt wurde, sind die Bewohnerinnen und Bewohner nicht mehr sicher», «Wenn das Virus einmal im Heim ist, kann niemand sagen, was passiert», «In einem solchen Fall [, wenn das Virus unbemerkt ins Heim eindringt,] hat man schon verloren». Alle Beispiele aus: Hosp 2021.

104 Zur Erzählstrategie der Verwüstung bzw. des «Ausnahmezustands» vgl. Winkel Holm 2012, 24–25.

Der Fokus des Artikels liegt auf der Frage, warum diese verheerenden Ausbrüche geschehen konnten, obwohl Schutzkonzepte entwickelt und eingehalten wurden. Dies ist der fast schlimmere Umstand neben dem Sterben der Bewohner*innen: «Ein gutes Schutzkonzept ist wichtig», wird der Heimleiter des Alterszentrum Sumiswald, Patrick Walther, zitiert. Bis im Oktober habe er geglaubt, dass sich ein Covid-19-Ausbruch verhindern lasse. Diesen Glauben habe er mittlerweile verloren. Das Problem sei, dass die Schutzkonzepte nicht unbedingt eingehalten werden könnten:

«Die Pflegerinnen und Pfleger müssen vielen Bewohnern beim Waschen, Anziehen oder beim Essen helfen. «Das können sie nicht aus eineinhalb Metern Distanz tun», sagt der Heimleiter. Die Pflegenden tragen alle Maske und desinfizieren sich die Hände. Manche Bewohner aber können keine Maske tragen, weil sie Atemprobleme haben. Und wie will man einem dementen Menschen erklären, dass er jedes Mal, wenn er eine Türklinke angefasst hat, seine Hände 30 Sekunden lang waschen muss?»¹⁰⁵

Die Schutzkonzepte funktionieren auch darum nicht, weil die Infektionen mit Corona erst dann erkannt werden, «wenn das Virus [...] im Heim ist». Das heisst, wenn sich Symptome bei Bewohner*innen zeigen; und auch weil erst dann getestet werde, wenn sich Symptome zeigten, so Walther. Das entspricht einer Aussage der ärztlichen Direktorin der Stadtzürcher Alters- und Pflegeheime, Gabriela Bieri-Brüning, vom April 2020, wonach Schutz- und Isolationskonzepte nicht funktioniert hätten, weil die Hälfte der Infizierten aufgrund asymptomatischer Verläufe nicht erkannt worden sei. Das könne zu verheerenden Folgen führen, wurde damals befürchtet:

«Man müsse davon ausgehen, dass diese eine Person [die Symptome zeigt] bereits andere angesteckt habe. [...] Bisher wurden nur jene Bewohner und Mitarbeiter getestet, die etwa Fieber oder Husten hatten.»¹⁰⁶

105 SDA 2020.

106 SDA 2020.

Im Herbst wird dann in einem Artikel der *SonntagsZeitung* von Cyrill Pinto abermals berichtet, dass ein flächendeckendes Testen in den Heimen nicht durchgeführt werde. Das sei auch gar nicht unbedingt wünschenswert, da durch regelmässiges Testen die ohnehin «prekären Umstände» in den Heimen noch verschlimmert werden könnten. Dann nämlich würden auch die Ansteckungen ohne Symptome bekannt, worauf auch Pflegende in Quarantäne müssten, was die Personalknappheit übermässig erhöhen würde.¹⁰⁷

Es wird also nicht getestet, weil in Heimen Personalmangel besteht! Demnach hat jeder positive Test insofern verheerende Konsequenzen, als er einen Ausnahmezustand an Personalnot herbeiführt: «Wer pflegt dann die dementen Heimbewohner?», fasst Larissa Jerz, Supervisorin des Zürcher Contact-Tracings, dieses Dilemma der Pflegeheime in einer Frage zusammen.¹⁰⁸ Aus ökonomischen und pflegetechnischen Gründen wird erst dann getestet, wenn Symptome auffallen. Im Übrigen entspreche diese Praxis dem Testverhalten in der Gesamtbevölkerung, wie Pinto erläutert:

«Tatsächlich nahm in den letzten Tagen nicht nur die Zahl der Neuinfektionen ab, sondern auch jene der durchgeführten Tests – obwohl die Kapazitäten derzeit hoch wären und auch die neuen Schnelltests zur Verfügung stehen würden. Trotzdem ist die Zahl der durchgeführten Tests von 38'219 Anfang November auf 25'786 diesen Freitag gesunken. [...] Kein Wunder, ist der Anteil positiver Tests mit über 20 Prozent immer noch sehr hoch – laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein untrügliches Zeichen für einen hohen Anteil unentdeckter Infektionen. Der Verdacht liegt nahe, dass sich die Menschen bewusst nicht testen lassen, weil sie dann sich selber und alle ihre Kontaktpersonen in Quarantäne schicken müssten. Wie Recherchen zeigen, ist dies ausgerechnet in Altersheimen der Fall, wo das Virus derzeit besonders wütet und für Todesfälle sorgt.»¹⁰⁹

107 Vgl. Pinto 2020.

108 Vgl. Pinto 2020.

109 Pinto 2020.

Die Erzählstrategie, die dieses Testverhalten interpretiert und einbindet, lautet also: Es gibt ein Dilemma zwischen ökonomischen Bedingungen und Möglichkeiten des Personals auf der einen und optimalen Test- und Schutzkonzepten auf der anderen Seite. Deshalb schicken Heimleitungen ihr Personal erst dann zum Testen, wenn Symptome auftreten oder wenn sich das Virus bereits im Heim verbreitet hat. Überdies lassen einige Heimleitungen infizierte Mitarbeiter*innen wegen Personalengpässen sogar frühzeitig aus der Quarantäne zurückkehren. Wider besseren Wissens wird dann behauptet, es sei fraglich, wie es zu dem Ausbruch gekommen sei: «Woher das Virus kam, weiss niemand.»¹¹⁰

Auf diese Weise werden (aus ökonomischen, gesundheitspolitischen und pflegetechnischen Gründen) die Wege des Virus verschleiert, statt sie genau aufzuzeigen, um Heimbewohner*innen und Pflegepersonal besser schützen zu können. Mehr noch: Man nimmt Risiken bewusst in Kauf oder sieht sie lediglich als «latent side effects» an – nach dem Motto: Solange man die Risiken nicht erwähnt, sind sie nicht da. Das Virus kam aus dem Nirgendwo, aber jetzt muss es nach bestem Wissen und Gewissen bekämpft werden: «Unsere Erfahrung hat gezeigt, dass es erst Sinn macht, zu testen, wenn Symptome auftreten», wird Petra Knechtli vom Altersheim Sonnweid in Wetzikon von Pinto zitiert.¹¹¹

Mit dieser Praxis aber wird das Personal vor erhebliche ethische Herausforderungen gestellt: Wenn Heimleitungen keine prophylaktischen Tests durchführen, dann befinden sich die Mitarbeiter*innen, deren «grösste Sorge ist, dass sie das Virus einschleppen könnten», in einem ethischen Dilemma.¹¹² Denn sie arbeiten in nächster Nähe mit den Bewohner*innen und gefährden diese täglich.¹¹³ Sie sind es, die eigenverantwortlich das Risiko, sich selbst und dann andere anzustecken, aushalten müssen. Heimleitungen

110 Ebd.

111 Ebd; Zu den «latent side effects» vgl. Beck 2009, 34.

112 Pinto 2020.

113 Vgl. NEK 2020, 5–6.

verschieben dieses Problem gern auf die gesamtgesellschaftliche Situation, also auf allgemein hohe Infektionsraten. So erklärt die Sprecherin der *Stiftung Patientensicherheit*, Petra Seeburger:

«Das Hauptproblem sei jedoch, dass das Virus so stark in der Bevölkerung verbreitet sei. Deshalb müssten die Behörden vor allem Massnahmen ergreifen, welche die Infektionszahlen senkten».¹¹⁴

Obwohl man weiss: «Wenn das Virus einmal in ein Altersheim eingeschleppt wurde, sind die Bewohnerinnen und Bewohner nicht mehr sicher»¹¹⁵, wird ein gänzlich unverantwortliches Testverhalten gerechtfertigt: «Unsere Erfahrung hat gezeigt, dass es erst Sinn macht, zu testen, wenn Symptome auftreten»¹¹⁶. Während das Personal die Risikoabschätzung privat betreiben muss, übertragen Heimleitungen die Verantwortung auf die Gesellschaft.

Die Praxis der Heimleitungen und die Erzählstrategie des ökonomischen und pflegetechnischen Dilemmas inklusive der Strategie, Risiken unsichtbar zu machen, bewirken also, dass die von Hehli postulierte Eigenverantwortung zum Kollabieren der Beziehung zwischen Jung und Alt, insbesondere derjenigen zwischen jüngeren Pfleger*innen und älteren Heimbewohner*innen führt. Sie wandelt sich zu einer Beziehung des Dilemmas. Es bleibt den Heimbewohner*innen nichts anderes übrig, als sich zu isolieren und sich in Quarantäne zu begeben, während das Pflegepersonal hoffen kann, keine asymptomatischen Viren in sich zu tragen.

Spekulatives Erzählen vom Testen, Beziehungen und Risiken

Richten wir abschliessend den Blick auf eine andere Spur, nämlich auf das Erzählmuster des Testens, das es erlaubt, Alterswürdigung und Alterslob in den Vordergrund zu stellen. «Zwischen der Gesundheit und der Lebensqualität», wie es in einem Bericht des *Tages-Anzeigers* vom 1. Juni 2021 heisst, muss man immer wieder abwägen, sagt der Heimleiter des Alterszentrums

114 Hosp 2021.

115 Hosp 2021.

116 Vgl. Pinto 2020.

Sumiswald, Patrick Walther, und erläutert, dass eine völlige Isolation der Heimbewohner*innen absurd wäre:

«Es leben dort aber viele Hochbetagte mit Vorerkrankungen auf engem Raum zusammen. Es ist nicht immer möglich, die Schutzmassnahmen lückenlos einzuhalten.» Letztlich liesse sich ein Covid-Ausbruch nur verhindern, wenn niemand mehr Zutritt zu einem Heim hätte und niemand mehr hinaus dürfte. Die Bewohner brauchen aber das Personal, das sie versorgt, und viele leiden, wenn sie ihre Angehörigen nicht sehen können. Letztlich liesse sich ein Covid-Ausbruch nur verhindern, wenn niemand mehr Zutritt zu einem Heim hätte und niemand mehr hinaus dürfte.»¹¹⁷

Nicht nur nimmt Walther die Doppeldeutigkeit des Subjekts ernst, sondern er erkennt auch, dass die Abhängigkeit der Heimbewohner*innen vor allem in der Beziehung zu den Pflegenden begründet liegt. Um diese Abhängigkeit mildern zu können, braucht es Menschen von ausserhalb des Heimes. Um etwa Angehörigen diesen Zutritt zu ermöglichen, aber auch, um das ethische Dilemma des Pflegepersonals aufzulösen, zitiert Walter dann das Erzählmuster des Testens:

«Fächendeckende Schnelltests hätten auch im Alterszentrum Sumiswald geholfen, sagt Heimleiter Patrik Walther. Das Virus hätte schneller entdeckt werden können. Damit die Tests aber etwas brächten, müsste dreimal pro Woche getestet werden.»¹¹⁸

Zwar spricht auch Walther an, dass das nötige Personal für die flächendeckenden Schnelltests «andernorts wieder fehlen könnte», aber im Grunde bräuchte es nur drei Personen für die notwendigen die Schnelltests, um das Risiko in den Beziehungen zwischen Pfleger*innen und Heimbewohner*innen und das ethische Dilemma aufzulösen. Allein durch die Schnelltests werde das Risiko einschätzbar und relativiert. Hier ist an die Einschätzung vom Gerontologen Heinz Rügger in der Reportage des

117 Hosp 2021.

118 Ebd.

Tages-Anzeiger von Christian Zürcher und Janine Hosp zu erinnern. Er vertritt die Meinung, dass die Schweiz sich gut einen zweiten Lockdown leisten könne, um damit Menschenleben zu retten. Dies sei aber eine Frage des Abwägens:

«Die Frage sei, ob sie [die Schweiz] sich ihn leisten wolle. Hier würde zwischen den Extremen alles austariert. Zwischen so einschneidenden Massnahmen, dass möglichst niemand sterbe, und einem totalen Laisser-faire. In der liberalen Schweiz schlage das Pendel eher zugunsten des Geldes aus.»¹¹⁹

Ökonomische Bedingungen werden hier nicht als fundamentale Zustände erzählt, sondern als veränderbare Komponenten in Beziehungen. Man könnte den Lockdown auch durch Schnelltests ersetzen. Die Behörden, Wirtschaftsverbände, Heime und Schweizer*innen müssen sich diese nur leisten wollen.

Dies würde wahrscheinlich auch dadurch befördert, dass Spuren eines anderen Erzählens verstärkt würden. Die Sorge des Personals, Bewohner*innen anzustecken, könnte ernst genommen werden. Das Erzählmuster des Testens liesse es zu, die kaum tragbare Selbstverantwortung der Mitarbeiter*innen und die ethisch sowie rechtlich hochproblematische Einschränkung sozialer Kontakte zu mildern oder weitgehend aufzuheben. «Wenn wir testen, wissen wir, wo das Virus ist» oder «Wenn wir testen, sehen wir das Virus, noch bevor es zum Ausbruch kommt» könnten Leit motive alternativer Erzählungen sein. Aus «latent side effects» würden dann «visible primary effects», die kontrollierbar wären, bevor nur noch Schadenbegrenzung bliebe.¹²⁰ Die Leit motive, «Ist das Virus erst im Heim» oder «Testen erst bei Symptomen», verlören ihren erzählerischen Reiz und ihre Gültigkeit. Die «Eigenverantwortung» wäre auf den Bereich eingeschränkt, sich regelmässig testen zu lassen.

119 Hosp 2021.

120 Vgl. Beck 2009, 37.

Dafür müsste die Erzählstrategie des «Unsichtbarmachens» sich in eine Erzählstrategie des «Sichtbarmachens» verkehren: Altersheimbewohner*innen würden dann nicht mehr als «non-persons» an den Rand des öffentlichen Sichtfelds geschoben, sondern sie würden in ihrer Akteurshaftigkeit und in ihrer Abhängigkeit als vollwertige Subjekte gelten. Um sie zu schützen und ihnen ein möglichst uneingeschränktes Leben zu ermöglichen, müsste das «Virus» nur frühzeitig sichtbar werden, und zwar über das Erzählmuster des Testens. Das Leitmotiv hierzu wäre schlicht: «Mehr Handlungsmacht für Betagte, weniger für Viren.» Vielleicht kombiniert mit jenem «We are all in this together», wenn von den Beziehungen und vom Leben im Altersheim zwischen Pfleger*innen und Heimbewohner*innen gesprochen wird. Schliesslich wäre ein diverses und subjektives Sprechen *der* Heimbewohner*innen selbst und auch *des* Pflegepersonals anzustreben (bottom up), statt objektivierend und in statistischer Manier von oben herab (top down) *über* sie zu sprechen.

Teil 3: Fazit

Es wird wohl eine Enttäuschung sein, am Schluss dieses Beitrags feststellen zu müssen, dass kaum mehr als eine Spur von Alterswürdigung aus dem öffentlichen Diskurs zur «Corona-Krise» herauszuholen ist. Mit narratologischem Handwerkzeug wurde das Erzählen in der Pandemie vom hohen Alter in Schweizer Zeitungsmedien zwischen dem 31. Januar 2020 und dem 31. Januar 2021 untersucht. Mit den Begriffen «Erzählmuster» und «Erzählstrategie» ging ich, Göckenjan folgend, Grundaspekten des Erzählens über das Alter nach: vor allem der Altersklage und dem Alterstrost, weniger aber der Altersschelte und dem Alterslob. Diese Aspekte wurden im Rahmen des Erzählens von einer Krise oder einer Katastrophe ausgelotet. Dabei war vor allem eine Erzählstrategie bedeutend: die des Risikos. In den untersuchten Zeitungsmedien ist zuallererst ein objektivierendes Sprechen über Altersheimbewohner*innen festzustellen. Es besteht darin, keine komplexen Lebensrealitäten des Alters darzustellen, sondern ein stereotypisches und abstraktes Bild zu produzieren. Kaum eine Heimbewohner*in kommt selber zu Wort. Beinahe in jedem Beitrag wird aus der Sicht von Expert*innen über sie gesprochen. Damit verbunden werden fast nur Vorstellungen der Altersklage bedient: Die Risikogruppe ist alt, und

das heisst, gebrechlich, geschwächt, krank, passiv, fügsam oder renitent. Alter ist negativ, mehr noch: Es wird dermassen defizitär gezeichnet, dass Heimbewohner*innen bereits im Sterben zu liegen scheinen, auch wenn sie im Altersheim recht munter leben. Jedenfalls wird das Alter als Risiko angesehen, womit massive Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte der Betroffenen allemal gerechtfertigt erscheinen. Noch dazu werden hochbetagte Menschen als Risiko für ein Gesundheitssystem angesehen, dessen Lasten vor allem jüngere Menschen zu tragen hätten.

Statt pflegetechnische, gesundheitspolitische und ökonomische Mängel zu «sichten», werden Stereotypen in Stellung gebracht, die diese Bedingungen sowie die individuelle Vielfalt des Lebens im Altersheim ausblenden. Zwar wurden ökonomische Bedenken teilweise kritisch kommentiert, doch in der Hauptsache blieb es beim Erzählen über ein unüberwindbares Dilemma zwischen prekären Ressourcen (insbesondere Personalknappheit) auf der einen und Möglichkeiten, sowohl die Persönlichkeitsrechte als auch die Sicherheitsbedürfnisse der Altersheimbewohner*innen zu wahren, auf der anderen Seite. Eigenverantwortung, mangelndes Personal, verspätete Tests, unsichtbare Infektionswege, fehlende Intensivstationsbetten etc. sind gängige Erzählmuster gewesen, die nicht hinterfragt wurden, zumal nicht in Hinblick auf ökonomische und neoliberale Erzählstrategien, deren Leitmotiv wohl «Geld *über* (gutes) Leben» heissen müsste.

Gerade weil die defizitäre und diskriminierende Darstellung des hohen Alters in einem horrenden Masse überwogen hat, sind alternative Zugänge zum Erzählen des Alters aufzuzeigen. Es gibt indes auch in dieser Hinsicht keineswegs nur *ein* Erzählmuster oder nur *eine* Erzählstrategie. Der Beitrag hat versucht, diese Möglichkeiten aufzuzeigen und dafür beim Wundern über «que(e)re» Körper, die sich nicht an die ordnenden Erzählmuster halten wollen, angesetzt. Das Verwundertsein darüber, dass mit Covid-19 infizierte alte Menschen mitunter kaum Krankheitssymptome zeigen, kann die objektivierenden Erzählstrategien und ihre Muster ins Stottern bringen und die Aufmerksamkeit auf ein anderes Erzählen, auf abweichende materielle, soziale und persönliche Wirklichkeiten lenken.

Ein anderes Erzählen, so meine abschliessende Appellation, ist möglich und wichtig: Es kann für das (Über-)leben von vielen von Bedeutung sein, nicht zuletzt, weil sie dadurch nicht am Rand des Blickfelds von Viren dahingerafft werden. Statt nur *über* «die Alten», die «Risikogruppe», die «Heimbewohner*innen» oder erfolgreich gealterte «golden oldies» zu berichten, hätten die Journalisten verstärkt *mit* Heimbewohner*innen reden und diese für sich sprechen lassen können.¹²¹ Diese Herangehensweise hätte womöglich ganz andere Erzählungen hervorgebracht, wie nicht zuletzt die Beiträge in diesem Band belegen.

121 Vgl. dazu Zimmermann 2017; Grebe 2015b; Beard et al. 2009.

Quellen

- Arnet, Helene 2020: Wie Altersheime mit Corona-Patienten umgehen. Tages Anzeiger, 02.04.2020.
- Anderegg, Susanne 2020: Heimbewohner müssen Maske tragen. In: Tages Anzeiger, 04./05.11.2020, <https://www.tagesanzeiger.ch/nun-muessen-auch-heimbewohner-eine-maske-tragen-350982072517> (abgerufen 01.06.2021.)
- Bühler, Urs 2020: «Überleben ist das Allerwichtigste»: Inge Ginsberg hat schon vieles überstanden – einschliesslich Covid-19. Und vom Leben hat sie mit 98 Jahren keineswegs genug. In: NZZ, 03.11.2020, <https://www.nzz.ch/zuerich/die-98-jaehrige-inge-ginsberg-hat-vom-leben-laengst-nicht-genug-ld.1583505?reduced=true> (abgerufen 01.06.2021.)
- Ernst, Lea 2020: Ganz schön verstrickt. In: Sonntagsblick, 22.11.2020, <https://www.blick.ch/life/besuch-in-der-alters-wg-ganz-schoen-verstrickt-die-senioren-wg-id16205936.html> (abgerufen 01.06.2021.)
- Hehli, Simon 2020: Sieben Verstorbene als Mahnung; Covid-19 betrifft wieder stärker die gefährdeten Senioren. In: NZZ, 11.09.2020, <https://www.nzz.ch/meinung/das-corona-virus-ist-noch-da-und-es-kostet-leben-ld.1576047?reduced=true>, (abgerufen 01.06.2021.)
- Heierli, Anian 2020: Corona-Tragödien in Walliser Altersheimen; Dramatische Häufung von Infizierten und Todesfällen. In: Blick, 04.05.2020.
- Hosp, Janine 2021: Heimbewohner sollen regelmässig zum Testen. In: Tages Anzeiger, 09.01.2021, <https://www.tagesanzeiger.ch/schnelltests-sollen-corona-ausbrueche-verhindern-968870036847> (abgerufen 01.06.2021.)
- Kälin, Adi 2020: Viele sterben lieber im Pflegeheim als im Spital; Stadtzürcher Pflegezentren entlasten Krankenhäuser. In: NZZ, 02/03.04.2020, <https://www.nzz.ch/zuerich/coronavirus-in-zuerich-manche-patienten-sterben-im-pflegeheim-ld.1549918?reduced=true> (abgerufen 01.06.2021.)
- Liechti, Dana 2020: «Wir haben abgemacht, häufiger zu telefonieren»; Seniorinnen gegen die Einsamkeit. In: Sonntagsblick, 19.04.2020, <https://www.blick.ch/news/seniorinnen-gegen-einsamkeit-wir-haben-abgemacht-haeufiger-zu-telefonieren-id15851268.html> (abgerufen 01.06.2021.)
- Müller, Myrte 2020: Corona-Falle Altersheim; Fast jedes dritte Tessiner Corona-Opfer lebte im Altersheim. In: Blick Online, 02.04.2020, <https://www.blick.ch/schweiz/tessin/corona-falle-altersheim-jedes-dritte-tessiner-virus-opfer-lebte-im-altersheim-id15826842.html> (abgerufen 01.06.2021.)
- Pinto, Cyrill 2020: Aus Furcht vor Personalmangel wird zu wenig getestet. In: SonntagsZeitung, 22.11.2020, <https://www.bernerzeitung.ch/aus-furcht-vor-personalmangel-wird-zu-wenig-getestet-130951509298> (abgerufen 01.06.2021.)

- Schmid, Helena 2020: Vieles wird anders sein als vor der Krise; Blick in die Zukunft: Die Schweiz nach der Corona-Krise. In: Blick Online, 29.03.2020, <https://www.blick.ch/schweiz/vieles-wird-anders-sein-als-vor-der-krise-so-sieht-die-schweiz-nach-corona-aus-id15819912.html> (abgerufen 01.06.2021.)
- Schöpfer, Linus 2020: «Priorität hat, wer die besseren Überlebenschancen hat». In: Tages Anzeiger, 18.03.2020.
- SDA 2020: Sonntag 5. April 2020. In: sda Nachrichten, 05. April 2020.
- SDA 2020: Mehr als die Hälfte der Zürcher Corona-Todesfälle in Altersheimen. In: sda, 16.04.2020.
- Viner, Kathrine & Naomi Klein: 'We must not return to the pre-Covid status quo, only worse. In: The Guardian, 13.07.2020, <https://www.theguardian.com/books/2020/jul/13/naomi-klein-we-must-not-return-to-the-pre-covid-status-quo-only-worse> (abgerufen 02.08.2021.)
- Vögeli, Dorothee und Jan Hudec 2020: «Ich fühle mich wie eingemauert»: Bis ein Impfstoff gegen das Coronavirus bereitsteht, könnte es noch lange dauern. Wie gehen Menschen, die der Risikogruppe angehören, mit dieser düsteren Perspektive um? Wir haben einen Politiker mit Diabetes und eine Bewohnerin eines Altersheims getroffen. In: NZZ, 27.05.2020.
- Vogt, Fabian 2020: Todesfall, Besuchsverbot und Quarantäne für 90 Personen; Coronavirus: «Der alte Mensch ist eher gelassen». In: Blick Online, 16.10.2020, <https://www.blick.ch/schweiz/ostschweiz/todesfall-besuchsverbot-und-quarantaene-fuer-90-personen-altersheim-direktorin-sagt-sie-sind-alt-und-haben-keine-angst-vor-dem-sterben-id16147944.html> (abgerufen 01.06.2021.)
- Waltensperger, Laurina 2020: Betagte wollen nicht ins Spital; Corona-Patienten bleiben lieber im Heim. Viele Schwerkranke sterben dort. In: NZZ am Sonntag, 18./19.04.2020, Betagte wollen nicht ins Spital; Corona-Patienten bleiben lieber im Heim. Viele Schwerkranke sterben dort (abgerufen 01.06.2021.)
- Wyss, Rebecca 2020: «Wir Alten können uns selber helfen». In: Sonntagsblick, 31.05.2020, <https://www.blick.ch/sonntagsblick/philosoph-ludwig-hasler-75-wir-alten-koennen-uns-selber-helfen-id15913216.html> (abgerufen 01.06.2021.)
- Zürcher, Christian und Janine Hosp 2020: Das verdrängte Sterben. In: Tages Anzeiger, 21.11.2021, <https://www.tagesanzeiger.ch/wie-wir-schweizer-das-grosse-sterben-verdraengen-783340423031> (abgerufen 01.06.2021.)

Literatur

- Ackermann, Sibylle; Ruth Baumann Hölzle, Nikola Biller Andorno et al. 2020: Appell an die Verantwortungsträger aus Politik, Management, Pflege und Betreuung. Pandemie: Lebensschutz und Lebensqualität in der Langzeitpflege. In: Schweizerische Ärztezeitung 101 (27–28), S. 843–845.
- Alaimo, Stacy 2016: Exposed. Environmental Politics & Pleasures in Posthuman Times. Minneapolis und London: Minnesota University Press.
- Ayalon, Liat; Alison Chasteen, Manfred Diehl et al. 2020: Aging in Times of the COVID-19 Pandemic: Avoiding Ageism and Fostering Intergenerational Solidarity. In: Journal of Gerontology: Psychological Sciences XX, S. 1–4.
- Ayalon, Liat und Clemens Tesch-Römer 2018: Introduction to Section: Ageism–Concept and Origins. In: Dies. (Hrsg.): Contemporary Perspectives on Ageism. Cham: Springer, S. 1–10.
- Beard, L. Renée; Jenny Krauss und Don Moyer Don 2009: Managing disability and enjoying life: How we reframe dementia through personal narratives. In: Journal of Aging Studies 23, S. 227–235.
- Beck, Ulrich 2009: Risk Society. Towards a New Modernity. London: Sage.
- Beck, Ronja 2020: Ich will tanzen. Ist das schlimm? In: Republik, 06.11.2020, <https://www.republik.ch/2020/11/06/ich-will-tanzen-ist-das-schlimm> [abgerufen: 15.12.2020.]
- Beck, Stefan und Michi Knecht 2012: Jenseits des Dualismus von Wandel und Persistenz? Krisenbegriffe der Sozial- und Kulturanthropologie. In: Mergel, Thomas (Hrsg.): Krisen verstehen. Historische und kulturwissenschaftliche Annäherungen. Frankfurt a/M: Campus. S. 59–76.
- Eggmann, Sabine 2013: Diskursanalyse. Möglichkeiten für eine volkswundlich-ethnologische Kulturwissenschaft. In: Hess, Sabine; Johannes Moser und Maria Schwertl (Hrsg.): Europäisch-ethnologisches Forschen. Neue Methoden und Konzepte. Berlin: Reimer, S. 55–77.
- Fraser, Sarah; Martine Lagacé, Bienvenu Bongue et al. 2020: Ageism and COVID-19: what does our society's response say about us? In: Age and Ageing 49, S. 692–695.
- Gilleard, Chris und Paul Higgs 2017: An Enveloping Shadow? The Role of the Nursing Home in the Social Imaginary of the Fourth Age. In: Chivers, Sally und Ulla Kriiebernegg (Hrsg.): Care Home Stories. Aging, Disability, and Long-Term Residential Care. Bielefeld: Transcript, S. 229–246.
- Göckenjan, Gerd 2020: Altersbilder in der Geschichte. In: Auer, Kirsten und Ute Karl (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: Springer, S. 557–569.

- Goffman, Erving 1991: *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. London: Penguin.
- Grebe, Heinrich 2015b: «Ein gewisser Zustand des Glücks»: Wie Hochbetagte um sich selbst Sorge tragen. In: *ApuZ* 38–39, S. 10–17.
- Higgs, Paul und Chris Gilleard 2014: Frailty, Abjection and the «Othering» of the Fourth Age. In: *Health Sociology Review* 23(1), S. 10–19.
- Higgs, Paul und Chris Gilleard 2021: Fourth Ageism: Real and Imaginary Old Age. In: *Societies* 11(12), S. 1 S. 1–7.
- Leibing, Annette 2006: Divided Gazes: Alzheimer's Disease, the Person within, and Death in Life. In: Dies. und Lawrence Cohen (Hrsg.): *Thinking About Dementia. Culture, Loss, and the Anthropology of Senility*. New Jersey: Rutgers University Press, S. 240–268.
- Lorenz, Christoph F. 2007: Leitmotiv. In: Fricke, Harald (Hrsg.): *Reallexikon der deutschen Literaturwissenschaft*. Bd. 2. Berlin und New York: De Gruyter, S. 399–401.
- Meiner, Carsten und Kristin Veel 2012: Introduction. In: Dies. (Hrsg.): *The Cultural Life of Catastrophes and Crises*. Berlin und Boston: De Gruyter, S. 1–12.
- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK) 2020: Schutz der Persönlichkeit in Institutionen der Langzeitpflege. Ethische Erwägungen im Kontext der Corona-Pandemie. Stellungnahme Nr. 34. Bern.
- Pichler, Barbara 2020: Aktuelle Altersbilder – «junge Alte» und «alte Alte». In: Auer, Kirsten und Ute Karl (Hrsg.): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. Wiesbaden: Springer, S. 571–582.
- Schroeter, Klaus R.; Seifert, Alexander 2020: Das Alter im Schatten der Pandemie. In: *Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit* 27/1, S. 6–9.
- Viehöver, Willy 2001: Diskurse als Narrationen. In: Keller, Reiner; Andreas Hirsland, Werner Schneider et al. (Hrsg.): *Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse*. Bd. 1. Theorien und Methoden. Opladen: Leske + Budrich, S. 177–206.
- Winkel Holm, Isak 2012: The cultural Analysis of Disaster. In: Meiner, Carsten und Kristin Veel (Hrsg.): *The Cultural Life of Catastrophes and Crises*. Berlin und Boston: De Gruyter, S. 15–32.
- Zimmermann, Harm-Peer 2016: Alienation and Alterity: Age in the Existentialist Discourse on Others. In: *Journal of Aging Studies* 39, S. 83–95.
- Zimmermann, Harm-Peer 2017: Gutes Leben im Alterszentrum – ein studentisches Forschungsprojekt und seine zentralen Ergebnisse. Einleitung. In: Ders. (Hrsg.): *Gutes Leben im Alterszentrum. Gespräche in 19 Einrichtungen in der Schweiz*. Kromsdorf und Weimar: Jonas, S. 9–17.