



BAND 9

STUDIEN DES AACHENER KOMPETENZZENTRUMS
FÜR WISSENSCHAFTSGESCHICHTE



Michael Rosentreter, Dominik Groß und Stephanie Kaiser (Hrsg.)

STERBEPROZESSE – ANNÄHERUNGEN AN DEN TOD

kassel
university



press

**Studien des Aachener Kompetenzzentrums
für Wissenschaftsgeschichte**

Band 9

Herausgegeben von
Dominik Groß

Michael Rosentreter, Dominik Groß und
Stephanie Kaiser (Hrsg.)

Sterbeprozesse – Annäherungen an den Tod

Schriftleitung: Stephanie Kaiser

Gefördert durch die
Fritz Thyssen Stiftung für Wissenschaftsförderung.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind
im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar

ISBN print: 978-3-89958-960-3

ISBN online: 978-3-89958-961-0

URN: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0002-9615>

© 2010, kassel university press GmbH, Kassel
www.upress.uni-kassel.de

Umschlaggestaltung: Jörg Batschi Grafik Design, Kassel
Printed in Germany

Inhalt

STEPHANIE KAISER, MICHAEL ROSENTRER UND DOMINIK GROB Sterbeprozesse – Annäherungen an den Tod <i>Eine thematische Einführung</i>	7
<u><i>I. Der Prozess des Sterbens: Einleitende Überlegungen</i></u>	
DOMINIK GROB, SABRINA KREUCHER UND JASMIN GRANDE Zwischen biologischer Erkenntnis und kultureller Setzung: Der Prozess des Sterbens und das Bild des Sterbenden	17
ANDREAS PRESCHER Naturwissenschaftliche Bemerkungen zum Sterbeprozess und zur Thanatologie	33
<u><i>II. Der Prozess des Sterbens: Die historische Perspektive</i></u>	
AUSTRA REINIS Die lutherische „ars moriendi“ im ausgehenden 16. Jahrhundert am Beispiel der Tätigkeit des Theologen und Pfarrers Ägidius Hunnius (1550-1603)	51
CHRISTOPH SCHWEIKARDT Welche Rolle soll dem Arzt bei der Sterbehilfe zukommen? Beispiele für kontroverse Positionen seit dem 19. Jahrhundert	65
STEFANIE WESTERMANN, DOMINIK GROB UND JENS LOHMEIER Überlegungen zum Sterben im Zweiten Weltkrieg im Spiegel von Feldpostbriefen	79
<u><i>III. Der Prozess des Sterbens: Die philosophische Perspektive</i></u>	
JULIA A. GLAHN Über Verantwortung – Für die Sterbenden und die Toten	93
JEAN-PIERRE WILS Moral und Ritualisierung. Anmerkungen über die neue „ars moriendi“	103

IV. Der Prozess des Sterbens: Die literarische Perspektive

GERTRUDE CEPL-KAUFMANN UND JASMIN GRANDE

„Mehr Licht.“

Sterbeprozesse in der Literatur 115

STEPHANIE KAISER

Der Ruf des Lebens und die Verfallenheit an den Tod:

Arthur Schnitzlers „Sterben“ 145

V. Der Prozess des Sterbens: Die soziologische Perspektive

JOCHEN GRÖTZBACH UND MICHAELA THÖNNES

Letzte Lebensphase. Sterbeprozesse aus der soziologischen Perspektive –
Die Grenzen der Individualisierung beim Sterben 169

MICHAEL ROSENTERETER

Der Sterbeprozess im Spannungsfeld von Kommunikation und Motivation 191

VASILJA SIMONOVIC UND KATSIARYNA LARYIONAVA

Das öffentliche Sterben in der Postmoderne 203

VI. Der Prozess des Sterbens: Die medizinische und rechtliche Perspektive

JAN C. JOERDEN

Sterben am Beginn des Lebens – juristische Schwierigkeiten 217

STEPHANIE STIEL UND LUKAS RADBRUCH

Die Angst vor Sterben und Tod in der Palliativmedizin 231

VII. Der Prozess des Sterbens: Eine Auswahlbibliographie

ANDREAS KOPYTTO UND MICHAELA THAL

Sterbeprozesse in den Human- und Geisteswissenschaften
Eine Auswahlbibliographie 243

Kurzbiographien der Autorinnen und Autoren 259

Sterbeprozesse – Annäherungen an den Tod

Eine thematische Einführung

Stephanie Kaiser, Michael Rosentreter und Dominik Groß

Zu allen Zeiten, in allen Kulturen und in allen soziopolitischen Systemen beschäftigten sich Menschen mit der treibenden, fundamentalen Kraft der menschlichen Existenz: *thanatos*. Der Tod stellt für viele die größte Kränkung dar, er ist eine Macht wie keine andere: unentrinnbar, unerfahrbar, unabdingbar, absolut – und ein Leben lang unmittelbar oder doch mittelbar präsent. Diese Wahrheit drückte Samuel Beckett so aus, dass das Leben des Menschen nichts anderes sei als der Geburtsschrei des Neugeborenen über dem offenen Grab. Das Leben ist von Vorläufigkeit bestimmt und nicht auf Dauer ausgelegt. Und zwischen dem letzten, höchst gewissen Übergang steht das *Sterben* als der Augenblick der endgültigen Trennung, die Ansicht der eigenen Vergänglichkeit. Diesen Prozess beschreibt der österreichische Schriftsteller Thomas Bernhard 1978 in seinem autobiographischen Werk „Der Atem“:

„Schließlich wird den wenigsten ein Tod ohne Sterben zuteil. Wir sterben von dem Augenblick an, in welchem wir geboren werden, aber wir sagen erst, wir sterben, wenn wir am Ende dieses Prozesses angekommen sind, und manchmal zieht sich dieses Ende noch eine fürchterlich lange Zeit hinaus. Wir bezeichnen als Sterben die Endphase unseres lebenslänglichen Sterbeprozesses.“¹

Sterben und *Tod* – diese beiden Begriffe rahmen eine existenzielle Daseinsveränderung ein: die des begrenzten menschlichen Lebens und die des „Danach“ – jener unfassbaren, da außerhalb aller Erfahrungswerte der Lebenden liegenden Ungewissheit im Anschluss an das Leben. Der Sterbeprozess fasst einen Zeitraum vor dem Tod zusammen, in dem sich der Mensch in vielen Fällen seiner nahenden Endlichkeit besonders bewusst wird. Wie bei kaum einem anderen Phänomen überlagern sich dabei biologische Erkenntnisse und kulturelle Konstrukte.

Der französische Historiker Philippe Ariès machte in seiner 1977 veröffentlichten, vielbeachteten „Geschichte des Todes“² deutlich, dass die europäische Kulturgeschichte höchst unterschiedliche Entwicklungen und Deutungsmuster im Umgang mit dem nahenden Tod verzeichnet. So schrieb zum Beispiel das Mittelalter für den Prozess des Sterbens umfangreiche Maßnahmen und Verhaltensweisen vor, die im Sinne der *Ars moriendi* – der Kunst vom guten Sterben – dem Sterbenden die „Aufnahme in den Himmel“ und den Trauernden den Abschied erleichtern sollten. Hatte Ariès den Tod noch als gesellschaftliches Tabu beschrieben und die Verlegung des Sterbens in die Krankenhäuser – und damit die Überantwortung des Sterbenden in „professionelle“ Kontexte – als Zeichen einer solchen Verdrängung entlarvt, so widmen sich heute die Palliativmedizin und die Hospizbewegung dem Sterbeprozess mit neuer Intensität. Psychologen und

¹ Bernhard (2004), S. 53.

² Ariès (1982).

Sterbebegleiter heben die besonderen Entwicklungen, die im sterbenden Menschen vorgehen, hervor, und den sogenannten „End of Life Decisions“ wird seit einigen Jahren insbesondere von Seiten der Klinischen Ethik, der Palliativmedizin und des Medizinrechts wachsende Aufmerksamkeit zuteil. Einige Experten sprechen bereits von einer Enttabuisierung von Sterben und Tod.³ In jedem Fall aber können die beschriebenen Entwicklungstendenzen als rezente Formen der Annäherung an den Tod verstanden werden; Patienten, die an ihrem Lebensende mit palliativmedizinischen oder hospizdienstlichen Versorgungsangeboten in Kontakt treten, gewinnen für sich neue Handlungsspielräume, indem sie sich individuell auf das eigene Sterben vorbereiten können bzw. auf dem Weg bis zum Tod bedarfsadaptierte Formen der Unterstützung jenseits der traditionell vornehmlich kurativ ausgerichteten Heilkunde erfahren.

Auch die Medien widmen sich vermehrt den Themenbereichen Sterben und Tod, und das in höchst verschiedenen Formen – seien es fiktionale TV-Serienformate wie „Six Feet Under. Gestorben wird immer“ oder die Pathologie- und Kriminalserien „CSI – Den Tätern auf der Spur“, „Crossing Jordan – Pathologin mit Profil“ und „Medical Detectives – Geheimnisse der Gerichtsmedizin“.⁴ Doch ebenso drängt sich das *reale* Sterben in die Öffentlichkeit. 2009 kursierten im Internet Videos der iranischen Studentin Neda Agha Soltan, die während der Proteste nach den iranischen Präsidentschaftswahlen von einem Pistolenschuss in den Kopf getroffen wurde und vor laufenden Kameras verstarb. Ein Jahr zuvor hatte sich der 19-jährige amerikanische Student Abraham Biggs vor eingeschalteter Webcam suizidiert. Er hatte eine Überdosis Medikamente eingenommen und die Zuschauer verfolgten live sein Sterben. In Form von Reality-TV wurde in Großbritannien die junge, krebserkrankte Jade Goody von den Medien bis zu ihrem Tod begleitet.⁵ In diesen Extremfällen gilt: Der Sterbende inszeniert sein Sterben.

Dieser neuartigen Sichtbarmachung von Sterben und Tod stehen Berichte von Amokläufen und Kriegen gegenüber, in denen der Tod zwar gern in Form des Bildes verifiziert wird, über die Nennung von Zahlen und den Schrecken hinaus jedoch nicht weiter behandelt wird. Die Totenzahlen lassen sich hier als stellvertretenden Ausdruck für unfassbares Grauen lesen. Doch die Furcht vor dem Tod – der per definitionem das Ende jeglicher teilbarer Erfahrung darstellt – ist eigentlich die Furcht vor dem Unvorstellbaren. Epikur beschrieb dies folgendermaßen:

„Das schauerlichste Übel also, der Tod, geht uns nichts an; denn solange wir existieren, ist der Tod nicht da, und wenn der Tod da ist, existieren wir nicht mehr. Er geht also weder die Lebenden an noch die Toten; denn die einen berührt er nicht und die anderen existieren nicht mehr.“⁶

³ Groß/Schweikardt (2010); Macho/Marek (2007); Nassehi (2004).

⁴ Weber (2010), S. 141; Weber (2007), S. 556.

⁵ Döring (2009).

⁶ Epikur (1949), S. 45.

Den Tod erlebt man nicht, aber mit ihm leben müssen alle Menschen. In seiner plötzlichen, unvorhergesehenen, aber omnipräsenten Form scheint er weniger greifbar zu sein, als in seiner Annäherung: im *Sterbeprozess*.

Vor diesem Hintergrund fand am 27. November 2009 am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der RWTH Aachen eine interdisziplinäre Experten-Tagung statt, die von Christoph Schweikardt (Federführung), Jasmin Grande und Dominik Groß initiiert und dankenswerterweise von der Fritz Thyssen Stiftung gefördert wurde.⁷ Die Mehrheit der hier vorgelegten Beiträge zum Thema „Sterbeprozesse“ entstand im Kontext ebendieser Veranstaltung. Von besonderem Interesse sind dabei die fachspezifisch divergenten Methoden und Deutungen von Sterbevorgängen.

So unterteilt beispielsweise die *Medizin* den unmittelbaren Sterbeprozess in mehrere Phasen:

„Zunächst wird die Wahrnehmung durch verringerte Hirnaktivität eingeschränkt; Seh- und Hörvermögen lassen nach bzw. erlöschen und die Atmung verflacht. Danach tritt der Herzstillstand ein, dem innerhalb weniger Minuten infolge des Funktionsverlusts der Hirnzellen der Hirntod folgt.“⁸

Die sogenannte *Sterbeforschung* fasst den Prozess in fünf Phasen – Nichtwahrhabenwollen und Isolierung, Zorn, Verhandeln, Depression, Akzeptanz⁹ – und damit nicht zuletzt in ein ganz anderes Zeitfenster, das vom individuellen Sterben abhängt. Die organisierte *Palliativmedizin* unterscheidet die Terminalphase, die sich meist über Wochen bis Monate hinzieht, von der Sterbephase (Finalphase), welche die letzten Stunden, selten Tage, des Lebens umfasst.¹⁰ Medizinethiker widmen sich insbesondere Fragen der Autonomie, der Lebensqualität, der Rolle der Spiritualität und den möglichen Copingstilen sterbender Menschen; Theologen und Klinikseelsorger u. a. der Vorbereitung auf das Leben nach dem Tod. Auch die Kunst und Literatur¹¹ halten Angebote bereit, mit denen der Sterbeprozess und die ihn begleitenden Merkmale wie Angst vor dem Tod oder unstillbare Schmerzen verarbeitet werden können.

In dem vorliegenden Themenband werden das Verständnis und die Geschichte der letzten Lebensphase als „Sterbeprozess“ aus historischer, philosophischer, literarischer, medizinischer und juristischer Perspektive untersucht. Unter dem Begriff „Annäherungen“ werden hierbei sowohl die zeitlichen Dimensionen verstanden als auch die unterschiedlichen Zugangsweisen und interdisziplinären Blickwinkel auf das Phänomen. Neben der Verknüpfung aktueller Auseinandersetzungen mit dem Sterben sollen auch Aussagen über den heutigen Umgang mit dem Tod ermöglicht und die bestehenden Positionen reflektiert werden.

⁷ Groß (2010), S. 139.

⁸ Groß/Grande (2010).

⁹ Kübler-Ross (1971).

¹⁰ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2003).

¹¹ Die gern als Krisenliteratur gekennzeichnete phantastische Literatur nutzt den Sterbeprozess als Übergangsmoment, um ihn mit grauenerregenden oder utopischen Elementen zu füllen: siehe z. B. Alexander Lernet-Holenia, *Der Graf Luna*, Wien/Hamburg 1955; Ders., *Der Baron Bagge*, Berlin 1936.

Einleitende Überlegungen zum Prozess des Sterbens liefert der Beitrag der Medizin- bzw. WissenschaftshistorikerInnen *Dominik Groß*, *Sabrina Kreucher* und *Jasmin Grande*, die sich in einer chronologischen Darstellung mit dem Sterbevorgang und seinem Endpunkt Tod als endgültigem und dauerhaftem Verlust aller wesentlichen Lebensfunktionen beschäftigen. Ziel der Autoren ist es hierbei, anhand eines medizinisch-biologischen Abrisses die Zeit- und Kontext-Abhängigkeit des Verständnisses von Sterben und Tod herauszuarbeiten.

Andreas Prescher macht es sich zur Aufgabe, das Themenfeld „Sterben und Tod“ auf ein naturwissenschaftlich-medizinisches Fundament zu stellen. Der Anatom beschreibt das Leben als biologisches, materielles Dasein, verdeutlicht durch eine ebenso anschauliche wie differenzierte Darstellung der physiologischen Vorgänge beim Sterbeprozess. Auch die sich anschließende postmortale Phase mit den natürlichen Veränderungen der Leiche erfährt eine kritische Würdigung.

Während die beiden erstgenannten Beiträge vor allem Grundlagenwissen bereit stellen, widmen sich die nachfolgenden Beiträge spezifischen Aspekten des Umgangs mit dem Sterben. Den Anfang macht hierbei die Religionswissenschaftlerin *Austra Reinis*. Sie referiert über die lutherische „ars moriendi“ im ausgehenden 16. Jahrhundert, wobei sie die Wirksamkeit des Theologen und Pfarrers Ägidius Hunnius in den Blick nimmt. Anhand ausgewählter Leichenpredigten bietet sie einen Zugang zur protestantischen Kunst des Sterbens an, wie sie von diesem leitenden Theologen der frühen lutherischen Orthodoxie verstanden und ins Leben umgesetzt wurde. Reinis verdeutlicht, dass die reformatorische Rechtfertigungslehre und Heilsgewissheit eine „Entdramatisierung“ und „Enritualisierung“ der Todesstunde nach sich zog, die auf der beruhigenden Annahme basierte, dass das – im katholischen Glauben stets ungewisse – Seelenheil bis zum Lebensende nicht mehr verloren werden konnte („Heilsgewissheit“).

Der Arzt und Medizinhistoriker *Christoph Schweikardt* untersucht in seinem Beitrag „Welche Rolle soll dem Arzt bei der Sterbehilfe zukommen?“ kontroverse Positionen in der traditionellen ärztlichen Ethik seit dem 19. Jahrhundert. Er zeichnet anhand einzelner prototypischer Beispiele den ärztlichen Diskurs über die Sterbehilfe nach. Zudem diskutiert er die gegenwärtige Straffreiheit ärztlicher aktiver Sterbehilfe in den Niederlanden; dabei reflektiert er zugleich die gesellschaftliche Rolle, die dem Ärztestand in der Frage der Sterbehilfe zugewiesen wird.

Einen weiteren Beitrag aus historischer Perspektive leisten die Medizinhistoriker und -ethiker *Stefanie Westermann*, *Dominik Groß* und *Jens Lohmeier*. Sie beleuchten das „Sterben im Zweiten Weltkrieg im Spiegel von Feldpostbriefen“. Das Bewusstsein um die eigene Endlichkeit war besonders den Soldaten präsent, die von 1939 bis 1945 mit dem allgegenwärtigen Tod konfrontiert und großer Gefahren für ihr eigenes Leben ausgesetzt waren. Deren Selbstzeugnisse werden auf Reflexionen über den nahenden Tod und auf Abbildungen von Sterbeprozessen untersucht.

Julia A. Glahn leitet mit ihrem Aufsatz „Über Verantwortung – Für die Sterbenden und die Toten“ zur Philosophie über. Im Umgang mit Sterbenden zeigen sich, so die Ethikerin, die übergeordneten Kriterien, die für einen würdigen Umgang von Menschen untereinander relevant seien. Hieran schließt Glahn die Überlegung an, dass diese Hand-

lungsweisungen des menschenwürdigen Umgangs über den Tod hinaus Gültigkeit behalten und folglich auch nach dem Tod den Umgang mit Verstorbenen bestimmen sollen.

Der belgische Theologe und Ethiker *Jean-Pierre Wils* macht sodann in seinem Beitrag „Anmerkungen über die neue ‚ars moriendi‘“ auf weitreichende Veränderungen im Umgang mit dem Tod aufmerksam. Auslösendes Moment hierfür sei der zunehmende Verbindlichkeitsverlust religiöser Traditionen in der heutigen Gesellschaft. Wils konstatiert einen Wandel in den Sterbe- und Begräbnisriten sowie eine Erosion traditioneller Moralvorstellungen. Gleichzeitig erhebt er die Forderung, den Zusammenhang zwischen Ästhetisierung von Riten und der zunehmenden Flexibilisierung traditioneller Moral weiter zu erforschen.

In ihrem Beitrag „Mehr Licht“ betonen die Literaturwissenschaftlerinnen *Gertrude Cegl-Kaufmann* und *Jasmin Grande*, dass sich Sterbeprozesse in der Literatur dadurch auszeichnen, dass sie Konstrukte seien. Ein Blick in die Literatur seit dem 20. Jahrhundert offenbare, dass der Tod nur ein möglicher Ausgang des Sterbens sei. Die Literatur erweise sich als kreatives Feld mit spezifischen Angeboten, die Eindeutigkeit der Realität mit einer Fülle von Möglichkeiten zu umgehen oder zu überschreiben. Überschreitungen im Sinne von Auferstehungen oder anderen bewussten Existenzformen und Transpositionierungen gehören hier ebenso zum Möglichen wie der plötzliche Abbruch des Bewusstseins. Die Literaturwissenschaft trage dazu bei, differenzierter zu fragen, welche Bedeutungsebenen in einem Sterbeprozess erkennbar seien.

Im Anschluss untersucht die Medizinhistorikerin *Stephanie Kaiser* Arthur Schnitzlers Novelle „Sterben“ auf die fundamentale Polarität der beiden Kräfte *eros* und *thanatos*, Liebe und Tod, die dem Werk zugrunde liegen. Sie zeichnet das Sterben des unheilbar kranken Protagonisten Felix nach und die Veränderungen, die sein Schicksal für die Liebesbeziehung zu Marie mit sich bringt. Dabei wird als Ersatz für die Unmöglichkeit der Erfahrung des Todes dessen Abwesenheit im Text mit der Anwesenheit des Sterbens kompensiert. Während dieses Prozesses demaskiere Schnitzler die menschliche Psyche und offenbare ihre Abgründe. Vielmehr als die Krankheit werde die Todesangst zur einzigen furchtbaren Gewissheit in Felix' zusammenbrechender Welt. Anfangs träumt die gesunde Geliebte noch von einem romantischen, gemeinsamen Liebestod, doch die Novelle endet mit der panischen Flucht Maries vor dem Geliebten – vor seinem Sterben. Die zentrale Problematik der Erzählung liegt in der Unmöglichkeit, Leben und Tod zu verbinden.

Die Soziologen *Jochen Grätzbach* und *Michaela Thönnies* führen anhand einer Analyse von Interviews mit Nahestehenden von Sterbenden aus, dass sich die Phänomene der Individualisierung und Pluralisierung gerade beim Sterben in besonderer Deutlichkeit nachweisen lassen. Die Zeit des Sterbens sei für alle Beteiligte eine Ausnahmesituation; es zeige sich eine Intensivierung sozialer Kontakte, aber auch eine Beschränkung auf wenige Personen. Soziale Erwartungen und die direkte Kommunikation mit dem Sterbenden seien, so die Autoren, im Sterbeprozess von übergeordneter Relevanz.

In seinem Aufsatz „Der Sterbeprozess im Spannungsfeld von Kommunikation und Motivation“ macht der Medizinsoziologe *Michael Rosentreter* die am Sterbeprozess teilhabenden Personen und die zeitlichen Phasen des Geschehens zum Gegenstand der Betrachtung. Er zeigt auf, dass die Kommunikation in Grenzsituationen, in denen das

Leben als solches bedroht ist, mit einem Mangel an geeigneten Deutungsmustern einhergehen kann. Für Sterbende und ihre Angehörigen erfordere diese belastende Situation Neuorientierung und Sinnsuche. Diese Aufgabe stellt diejenigen, die sich in ihrem beruflichen Umfeld mit Sterben beschäftigen, aber auch die spezialisierten Institutionen vor immer neue Herausforderungen.

Die Philosophin *Vasilija Simonovic* und die Sozialwissenschaftlerin *Katsiaryna Laryionava* machen es sich in ihrem Aufsatz „Das öffentliche Sterben in der Postmoderne“ zur Aufgabe, die letzte Lebensphase aus soziologischer Sicht zu beleuchten. Sie weisen nach, dass die Intim- und Privatsphäre – und damit auch das Sterben – in der Postmoderne eine neue Aufmerksamkeit erfahren hat und zusehends „öffentlich“ geworden ist. Säkularisierung und Individualisierung hätten dazu geführt, dass die tradierte Sterbekultur verloren gegangen sei. Als Beispiele für den neuen Umgang mit Sterben im öffentlichen Raum werden u. a. der „assistierte Suizid“ vor laufenden Fernsehkameras oder Gregor Schneiders Pläne zur Ausstellung von Sterbenden diskutiert.

Die Problematik der Spätabtreibung stellt der Jurist und Rechtsphilosoph *Jan C. Joerden* aus medizinisch-rechtlicher Sicht dar. Er fokussiert in seiner Analyse auf Tötungsakte, die Sterbeprozesse begründen, sowie auf das Unterlassen von ärztlichen Handlungen, welche derartige Sterbeprozesse aufhalten könnten. Zunächst skizziert er die Rechtslage, um dann an drei Fallbeispielen den bestehenden rechtlichen Klärungsbedarf aufzuzeigen. Insofern problematisiert der Beitrag den (unzureichenden) Bestand rechtlicher, aber auch ethischer Normen.

Die Psychologin *Stephanie Stiel* und der Palliativmediziner *Lukas Radbruch* leiten anhand mehrerer Fallbeispiele zum Thema „Die Angst vor Sterben und Tod in der Palliativmedizin“ über und untersuchen hierbei insbesondere die bestehenden Leidsbilder von Palliativpatienten. Trotz eines noch guten körperlichen Befindens bestehe bei manchen Patienten große Angst vor dem erwarteten Leiden, dem körperlichen Verfall sowie dem Verlust von Kontrolle und Autonomie. Diese Leidensvorstellungen können zum einen durch eigene Erfahrungen mit dem Tod von Angehörigen entstanden oder zum anderen durch Narrative oder Medien vermittelt worden sein. In derartigen Fällen sei es Aufgabe der Palliativmedizin, Behandlungsangebote zu offerieren. Im Zentrum stehen hierbei neben der Therapie der körperlichen Symptome an sozialen und psychischen Erfordernissen ausgerichtete Hilfsangebote.

Am Ende des Buches befindet sich eine umfangreiche Auswahlbibliographie der Diplom-Bibliothekare *Andreas Kopytto* und *Michaela Thal* zum transdisziplinären Themenfeld „Sterbeprozesse – Annäherungen an den Tod“.

Die vorgenannten Beiträge machen deutlich, welch vielfältige Definitionen, Kennzeichen, Deutungsmuster und Implikationen sich mit dem Begriff „Sterbeprozess“ verbinden, sie zeigen aber auch, wie lohnend es ist, dieses Thema interdisziplinär und epochenübergreifend zu bearbeiten.

Allen an diesem Werk beteiligten Autorinnen und Autoren sei daher an dieser Stelle herzlich gedankt.

Literatur

1. Ariès (1982): Philippe Ariès, Geschichte des Todes, München 1982.
2. Bernhard (2004): Thomas Bernhard, Der Atem. Eine Entscheidung, Salzburg/Wien 2004.
3. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2003): Definitionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (Stand: 31. Oktober 2003), <http://www.dgpalliativmedizin.de/sn/SN%20310%20DGP-Definitionen.pdf> (gesehen: 01.06.2010).
4. Döring (2009): Sebastian Döring, Jade Goodys Sterben. Vermarktung bis zum Tod, ZEITONLINE vom 23.03.2009, <http://www.zeit.de/online/2009/13/jade-goody-tod?page=all> (gesehen: 15.06.2010).
5. Epikur (1949): Epikur, Von der Überwindung der Furcht. Katechismus – Lehrbriefe – Spruchsammlung – Fragmente, Zürich 1949 (= Die Bibliothek der Alten Welt).
6. Groß (2010): Dominik Groß, Das Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der RWTH Aachen. Personen – Projekte – Perspektiven. Jahresbericht 2009, Aachen 2010.
7. Groß/Grande (2010), Dominik Groß, Jasmin Grande: Sterbeprozess (medizingeschichtlich – psychologisch) in: Héctor Wittwer, Andreas Frewer, Daniel Schäfer (Hrsg.), Handbuch Sterben und Tod, Stuttgart/Weimar 2010, S. 75-83.
8. Groß/Schweikardt (2010): Dominik Groß, Christoph Schweikardt (Hrsg.), Die Realität des Todes. Zum gegenwärtigen Wandel von Totenbildern und Erinnerungskulturen, Frankfurt a. M. 2010 (= Todesbilder. Studien zum gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod, 3).
9. Kübler-Ross (1971): Elisabeth Kübler-Ross, Interviews mit Sterbenden, Stuttgart/Berlin 1971.
10. Macho/Marek (2007): Thomas Macho, Kristin Marek (Hrsg.), Die neue Sichtbarkeit des Todes, München 2007.
11. Nassehi (2004): Armin Nassehi, „Worüber man nicht sprechen kann, darüber muß man schweigen“. Über die Geschwätzigkeit des Todes in unserer Zeit, in: Konrad Paul Liessmann (Hrsg.), Ruhm, Tod und Unsterblichkeit. Über den Umgang mit der Endlichkeit, Wien 2004 (= Philosophicum Lech, 7), S. 118-145.
12. Weber (2007): Tina Weber, Codierungen des Todes. Zur filmischen Darstellung von Toten in der amerikanischen Fernsehserie „Six Feet Under“, in: Thomas Macho, Kristin Marek (Hrsg.), Die neue Sichtbarkeit des Todes, München 2007, S. 541-557.
13. Weber (2010): Tina Weber, Die Darstellung von Toten in den Medien unter dem Vorwurf der Pornografie, in: Dominik Groß, Christoph Schweikardt (Hrsg.), Die Realität des Todes. Zum gegenwärtigen Wandel von Totenbildern und Erinnerungskulturen, Frankfurt a. M. 2010 (= Todesbilder. Studien zum gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod, 3), S. 141-152.

I. Der Prozess des Sterbens: Einleitende Überlegungen

Zwischen biologischer Erkenntnis und kultureller Setzung: Der Prozess des Sterbens und das Bild des Sterbenden¹

Dominik Groß, Sabrina Kreucher und Jasmin Grande

*„Vom ersten Augenblick an, da man sich im sterblichen Leibe befindet,
geht nämlich im Menschen stetig etwas vor, was zum Tode führt.“
Augustinus (354-430 n. Chr.)*

1. Einleitung

Wer sich mit dem Prozess des Sterbens wissenschaftlich auseinandersetzt, wird früher oder später zu der Feststellung gelangen, dass man es bei den verfügbaren Definitionsangeboten zuvorderst mit (z. T. höchst disparaten) Setzungen oder Konstrukten zu tun hat; die vorhandenen Beschreibungen sind weder reine Resultate biologisch-naturwissenschaftlicher Erkenntnisse noch sind sie frei von Wertvorstellungen und historischen bzw. soziokulturellen Einflüssen.² Mit anderen Worten: Was die Eckpunkte des Sterbeprozesses sind, wann das Sterben einsetzt, welches Kriterium den Todeszeitpunkt markiert und was wir demzufolge unter einem „Sterbenden“ verstehen, wird durch medizinisch-biologische Modelle, aber auch durch religiöse und ethische, gesellschaftliche und kulturelle, historische und rechtliche Konstruktionen und vielfältige Wechselwirkungen dieser Einflussgrößen (mit)bestimmt.

Im vorliegenden Beitrag soll der Versuch unternommen werden, die angesprochene Kontext-Abhängigkeit des Verständnisses von Sterben und Tod herauszuarbeiten. Am Anfang steht hierbei ein kurzer historischer Abriss des Verhältnisses von Sterben und Tod (Kapitel 2). Es folgt der Versuch einer Definition des Begriffs „Sterbeprozess“ aus biologischer und klinischer Sicht (Kapitel 3). Anschließend gilt es, den Blick auf den Sterbenden und den Prozess des Sterbens in verschiedenen Epochen einer (kursorischen) vergleichenden Betrachtung zu unterziehen, angefangen von Altertum und Mittelalter (Kapitel 4) über die Vormoderne (Kapitel 5) und die Moderne (Kapitel 6) bis hin zum Aufkommen des Hirntodkonzeptes in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts und dessen Rückwirkung auf das Bild des Sterbenden und die Interpretation des Sterbeprozesses (Kapitel 7).

¹ Der Beitrag wurde im Rahmen des von der VW-Stiftung geförderten Forschungsprojektes „Tod und toter Körper – Zur Veränderung des Umgangs mit dem Tod in der gegenwärtigen Gesellschaft“ im Teilprojekt III *Medizingeschichte & Medizinethik* (Leitung: Dominik Groß, Universitätsklinikum der RWTH Aachen) verfasst.

² Noack (2007), S. 76.

2. Das Verhältnis von Sterben und Tod im interkulturellen Vergleich

Seit Menschengedenken beschäftigen sich Ärzte, Philosophen und Theologen mit Sterben und Tod. Am Anfang dieser Reflexion steht die Erkenntnis der eigenen Sterblichkeit. So stellte Gilgamesh vor etwa 4000 Jahren in dem gleichnamigen babylonischen Epos im Angesicht des Todes seines Freundes Enkidu die geradezu zeitlos anmutende Frage:³ „Werde ich nicht auch sterben? Bin ich nicht wie Enkidu?“⁴

Der Glaube an die Unsterblichkeit, an ein Weiterleben nach dem Tod prägt in vielen Kulturen das Verständnis von Sterben und Tod. Der Mensch wird dabei im Leben auf sein Sterben vorbereitet. Im Unterschied zum medizinischen Verständnis des Sterbeprozesses, der eindeutig mit dem diagnostizierten Tod endet, dehnt sich dabei der Prozess des Sterbens oft über einen Zeitraum nach dem Tod aus, wenn z. B. die Hinterbliebenen durch Gebete und die Sorge um den Leichnam das weitere Schicksal der Seele über einen gewissen Zeitraum positiv zu beeinflussen suchen. In der germanischen Mythologie wandeln die Sterbenden auf dem *Helveggr*, bis sie über die goldene Brücke *Gjallarbru* in das Totenreich, *Hel*, gelangen.⁵ Die Hinterbliebenen statten sie im Grab dafür unter anderem mit dem Totenschuh (*helskór*) aus, der die Beschwerden des langen Weges erleichtern soll.⁶ Die Verknüpfung des Sterbeprozesses mit dem Motiv der Reise ist eine häufige Form der Verdeutlichung des Übergangs zwischen Leben und Tod, so z. B. im ägyptischen *Totenbuch*, das um 3500 vor Christus entstand: Hier wird die Reise der menschlichen Seele in die Ewigkeit als Faktum dargestellt.⁷ Der Buddhismus wiederum erlaubt die Aufbewahrung eines Leichnams für bis zu 49 Tage, um dem Verstorbenen das Erreichen des *Nirvana* zu ermöglichen.⁸

Derartige Bilder dienen zunächst der Annäherung an den Tod, dem Sich-Vertraut-Machen mit der größten Kränkung des Menschen: der eigenen Sterblichkeit. So zitiert z. B. der römische Philosoph und Politiker Marcus Tullius Cicero (106-43 v. Chr.) in seinen *Gesprächen in Tusculum* den griechischen Komödiendichter Epicharm (550-460 v. Chr.): „Sterben will ich nicht, aber tot zu sein achte ich für nichts.“⁹

Die Angst vor dem Sterben hat folglich Rückwirkungen auf die kulturellen und religiösen Traditionen und Praktiken im Umgang mit dem Tod. Der Beginn des Sterbens wird dabei je nach Kultur und Weltanschauung durchaus unterschiedlich definiert. Der Kirchenvater Augustinus (354-430 n. Chr.) prägte maßgeblich das christliche Bild des Sterbens. Im 5. nachchristlichen Jahrhundert interpretierte er das Leben als *cursus mortalitatis* und griff damit seinerseits auf antike Auffassungen (Neoplatonismus) zurück.¹⁰ Augustinus verstand das Leben somit als einen Prozess, der nicht nur auf den

³ Barloewen (1996), S. 14.

⁴ Gilgamesh (2001), S. 241.

⁵ Golther (2000), S. 374ff.

⁶ Ebd., S. 83f.

⁷ Baust (1992), S. 10.

⁸ Reubke (2008), S. 51.

⁹ Cicero (1997), S. 49.

¹⁰ Herkommer (2001), S. 2145.

Tod hinläuft, sondern den Tod a priori beinhaltet. Diese Vorstellung von der permanenten Anwesenheit des Todes veranschaulichte er in folgenden Zeilen:

„Vom ersten Augenblick an, da man sich im sterblichen Leibe befindet, geht nämlich im Menschen stetig etwas vor, was zum Tode führt. [...] Wenn man nun zu sterben, d. h. im Tode befindlich zu sein beginnt von dem Augenblick an, da in einem der Tod einsetzt, d[as] i[st] die Abnahme des Lebens [denn wenn das Leben durch fortwährende Abnahme sein Ende erreicht hat, befindet man sich nicht mehr im Tode, sondern schon nach dem Tode], so befindet man sich fürwahr im Tode vom ersten Augenblick an, da man sich im Leibe befindet. Dies und nichts anderes geht vor sich Tag für Tag, Stunde für Stunde und jeden einzelnen Augenblick, so lang, bis der Tod, der da vor sich ging, aufgezehrt ist und dadurch zum Abschluß kommt, und die Zeit, die während der Lebensabnahme eine Zeit im Tode war, nunmehr in die Zeit nach dem Tode übergeht.“¹¹

Der Einfluss der Lehren des Augustinus zeigt sich im mittelalterlichen *memento mori*, das den Menschen mahnt, auf den Tod als jederzeit mögliches Ereignis vorbereitet zu sein. Bis in die Gegenwart hinein griffen und greifen viele Theologen und Philosophen diese Sichtweise auf – so auch, besonders pointiert, Martin Heidegger (1889-1976): „Als geworfenes In-der-Welt-Sein ist das Dasein je schon seinem Tode überantwortet. Seiend zu seinem Tode, stirbt es faktisch, und zwar ständig.“¹²

Im Rahmen der *Ars moriendi* entstand zu Beginn des 15. Jahrhunderts die neue literarische Gattung der Sterbebüchlein und der Stundenbücher, die in Text und Bild fixierte Anweisungen zur Vorbereitung auf einen christlichen Tod darstellten und große Popularität erlangten. Der praktische Nutzen derartiger Werke für den mittelalterlichen Menschen lag auf der Hand, war doch jedes menschliche Leben stets unmittelbar vom Tod bedroht. Nur eine Minderheit der Zeitgenossen starb an ‚Altersschwäche‘. So heißt es bezeichnenderweise im Schlusskapitel *Adieu Welt* von Grimmelshausens 1688 erschienenem *Simplicissimus*: „Das Vieh verdirbt vor Alter, und der arme Mensch vor Krankheit.“¹³ War die Einübung in das Sterben schon in der Antike und im frühen Christentum als aktive Lebensaufgabe beschrieben worden, trat der Gedanke an Tod und Sterben nun – verstärkt durch die intensive Todeserfahrung spätmittelalterlicher Epidemien und später durch die Krise der Reformationszeit im 16. Jahrhundert – ganz in den Vordergrund.¹⁴

Eine besondere Sorge kam dem Sterbeprozess selbst zu. Ebenso wie sich heute die Palliativmedizin der Veränderungen in Stimmung und Persönlichkeit, die einen Sterbenden erfassen können, bewusst ist und diese durch Begleitung und Therapiemaßnahmen aufzufangen versucht,¹⁵ wusste man im Mittelalter um die Veränderungen des Sterbenden während des Prozesses und befürchtete eine Abkehr von Jesus Christus angesichts des Todes. Beistand in der schweren Stunde leisteten Verwandte und Nach-

¹¹ Augustinus (1911-1916), S. XIII/10.

¹² Heidegger (1927), S. 259.

¹³ Grimmelshausen (1985), V, 24.

¹⁴ Kellehear (2007), S. 138; Ohler (2003), S. 249.

¹⁵ Drolshagen (2003).

barn, die den Sterbenden mit Gebeten, Fürbitten etc. in der Festigkeit des Glaubens unterstützten.¹⁶ Der Sterbeprozess wird somit zu einer letzten Bewährungsprobe und nimmt in seinem Schrecken das Jüngste Gericht vorweg, indem das Verhalten des Sterbenden als Zeichen für seinen weiteren Weg verstanden wird, wie der französische Historiker Philippe Ariès (1914-1986) herausgestellt hat.¹⁷ Der Begriff des „seligen“ oder „guten“ Sterbens bezieht sich also im christlichen Verständnis auf einen vorbereiteten, nicht überraschenden Tod.

Bis ins 19. Jahrhundert hinein ist das Sterben ein öffentliches Ereignis; neben der Säkularisierung führt auch die zunehmende Dominanz der Medizin im 20. Jahrhundert zu einer viel benannten Verdrängung von Sterben und Tod, einer „Abwesenheit des Todes“ in der Gesellschaft. Hinzu treten im 20. Jahrhundert die unzähligen gewaltsam Sterbenden in der Shoah und die Opfer neuer Massenvernichtungswaffen etc., für die die überlieferten Sterbeprozesse ebenso wenig Handlungsanweisungen bereitstellen wie für das postmoderne ‚institutionalisierte Sterben‘ in Krankenhäusern und Pflegeheimen.

Das Aufgreifen dieses Themas durch die Palliativmedizin und die Hospizbewegung hat inzwischen zu einem neuen Begriff des ‚vorbereiteten‘, ‚weltlichen‘ Todes geführt – dem „sinnvollen“ Tod.¹⁸ Gemeinsam mit neuen Entwicklungen in der Palliativmedizin und der Hospizbewegung nimmt sich auch die Wissenschaft der Thematik nun verstärkt wieder an. An Epikur angelehnt, wird die Unmöglichkeit der Erfahrung des Todes als Grund für dessen Abwesenheit benannt und demgegenüber die Anwesenheit des Sterbens diskutiert.¹⁹

Aus den bisherigen Ausführungen wird deutlich, dass unter dem Vorgang bzw. dem Prozess des Sterbens – je nach Epoche, Kulturkreis und Weltanschauung – höchst unterschiedliche Zustände und Zeitspannen verstanden werden. Um so mehr stellt sich die Frage, wie der Sterbeprozess in biologischer bzw. klinischer Sicht definiert wird.

3. Der Sterbeprozess in biologischer und klinischer Sicht: Ein Definitionsversuch

Die Sterblichkeit gehört zu den Grundkonstituenten menschlichen Lebens. Der Sterbeprozess bezeichnet die letzte Phase des Lebens eines organischen Individuums, in der die Lebensfunktionen unumkehrbar zu einem Ende kommen; er kann sich allmählich oder als plötzliches Versagen lebenswichtiger Organsysteme vollziehen. Biologisch betrachtet ist das Sterben der Verlust von *immer mehr* Organfunktionen. Für jedes einzelne Organ gibt es hierbei einen individuellen Zeitraum, in dem bei nachlassender Funktionsfähigkeit ein Weiterleben möglich wäre, wenn die Versorgung mit Nährstoffen und Sauerstoff wieder aufgenommen wird. Nach Ablauf dieser spezifischen Zeitspanne

¹⁶ Kümmel (1997), S. 3f.

¹⁷ Ariès (2005), S. 136ff.

¹⁸ Josutti (1975); zum Zusammenhang zwischen Palliativmedizin und Sterbehilfedebatte vgl. Hahnen et al. (2009).

¹⁹ Epicurus (1991), S. 101; Nassehi/Saake (2005). Darüber hinaus stellen neuere Forschungen Zusammenhänge zwischen dem Rückgang der klinischen Sektion und dem Umgang mit Sterben und Tod in der gegenwärtigen Gesellschaft her, vgl. Groß et al. (2008).

stirbt das Organ endgültig ab. Der Sterbeprozess endet mithin unweigerlich mit dem Tod.

Der natürliche Sterbevorgang durchläuft mehrere Phasen: Zunächst wird die Wahrnehmung durch verringerte Hirnaktivität eingeschränkt; Seh- und Hörvermögen lassen nach bzw. erlöschen und die Atmung verflacht. Danach tritt der Herzstillstand ein, dem innerhalb weniger Minuten infolge des Funktionsverlusts der Hirnzellen der Hirntod folgt.

Aus klinischer Sicht sind im Wesentlichen zwei Phasen des Sterbeprozesses zu differenzieren: Der *klinische Tod* tritt ein, wenn Herzschlag und Atmung aussetzen; in dieser Phase kann der Mensch unter Umständen durch Herzmassage und künstliche Beatmung wiederbelebt werden. Bleibt diese Reanimation aus oder schlägt sie fehl, erleidet das Gehirn durch die fehlende Durchblutung irreparable Schäden, so dass der *Hirntod* eintritt, mit dem die zentralnervöse Steuerung elementarer Lebensfunktionen unwiederbringlich erlischt.

Ähnlich vielfältig wie die Positionen zum Sterbeprozess sind die Antworten auf die Frage nach dem Beginn des Sterbens. Die Medizin orientiert sich dabei weitestgehend am naturwissenschaftlichen Blick auf den Sterbeprozess. In den meisten Fällen bezeichnet der Begriff „Sterbender“ eine Person, die körperliche Zeichen eines rasch fortschreitenden Verfalls zeigt, deren Kräfte reduziert sind oder die sogar schon nicht mehr bei Bewusstsein ist.²⁰ Nach dieser Interpretation umfasst Sterben einen eng umschriebenen Zeitraum, da der vorangegangene Prozess der Auseinandersetzung mit dem Tod nicht einbezogen wird.

In der Palliativmedizin, die vorwiegend das Sterben bei Schwerkranken mit infauster Prognose begleitet, werden drei Phasen unterschieden, die sich an klinischen Aspekten orientieren: erstens die ‚Rehabilitationsphase‘, die Monate, selten Jahre umfassen kann und in der trotz der Krankheit ein größtenteils normales Leben möglich ist; zweitens die ‚Terminalphase‘, in der die Aktivität eingeschränkt ist und die drittens übergeht in die ‚Finalphase‘, die wenigstens die letzten 72 Stunden umfasst.²¹

4. Sterbender und Sterbeprozess in Altertum und Medium Ævum

In der griechischen Antike oblag dem Arzt die Heilung des Patienten. Bei einer infausten Prognose wurde die Behandlung dagegen verweigert oder abgebrochen; eine spätere Feststellung des Todes durch den Arzt erfolgte nicht.²² Im Corpus Hippocraticum (5.-2. Jhd. v. Chr.) wird auf menschliches Sterben vielfach eingegangen:²³ Es wird beschrieben als mögliche Folge der Verwundung eines lebenswichtigen Teils, der Unterbrechung des Atems, des Verlusts von Wärme und Blutbewegung oder der Austrocknung des Körpers. Die Feuchtigkeit als lebensstiftendes Element des Körpers verdunste, weil sie nicht mehr durch den Atem gekühlt werde. Daneben finden sich in

²⁰ Wittkowski/Schröder (2008), S. 3.

²¹ Ebd., S. 9; vgl. auch Drolshagen (2003).

²² Culmann (1986), S. 54; Mayer (1998), S. 1.

²³ Schadel (1975), S. 72; Potter (2005), S. 829.

hippokratischen Schriften konkrete Hinweise auf Zeichen des kommenden Todes, wie die bis heute zitierte *Facies hippocratica* – das Gesicht eines Sterbenden mit spitzer Nase, eingesunkenen Augen, eingefallenen Schläfen, bleicher oder schwärzlicher Hautfarbe etc. Derartige Zeichen sollten dem antiken Arzt dazu verhelfen, eine zutreffende Prognose über den weiteren Krankheitsverlauf zu stellen und so gegebenenfalls von einer Behandlung abzusehen.²⁴ Der griechische Arzt Aretaios (80/81-130/138) betonte, dass der Verlust der ‚eingeborenen Körperwärme‘ dessen Erstarrung und damit den Tod herbeiführe.²⁵ Galen (129?-216?) unterschied seinerseits am Beispiel des Fiebers drei Phasen einer Krise, die am Ende durch Auflösung der Lebenskraft zum Tod führen könne. Daneben differenzierte er drei Wege zum Tod, nämlich ausgehend vom Herzen, vom Gehirn und von den Lungen, wobei er die betreffenden Organe bezeichnenderweise *atria mortis* (Tore zum Tod) nannte.²⁶

Wie die Ärzte der Antike, so zählten auch die des Mittelalters bis weit in die Frühe Neuzeit hinein die Betreuung Todkranker und Sterbender nicht zu ihrem Aufgabengebiet.²⁷ Für sie endete der Heilauftrag, wenn sich die Erfolg- und Nutzlosigkeit ärztlicher Hilfe absehen ließ und der Sterbeprozess unmittelbar bevorstand bzw. bereits eingesetzt hatte. Damit wurde der explizite Therapieverzicht des Arztes zur äußeren Kennzeichnung eines Sterbenden. Für diese ärztliche Verhaltensweise lassen sich im Wesentlichen drei Gründe ausmachen: Zum ersten empfahl schon die hippokratische Schule dem Arzt, in hoffnungslosen Fällen von weiteren Maßnahmen abzusehen und sich zurückzuziehen, „denn wenn er den Patienten weiter behandle und dieser stirbt, könne das von anderen als Versagen des Arztes ausgelegt werden“.²⁸ Die Fortsetzung der Behandlung in Fällen mit infauster Prognose setzte den Arzt zum zweiten dem Verdacht der Geldgier oder der Anmaßung aus.²⁹ Da Leiden und Tod, insbesondere im Mittelalter, auch als göttliche Strafen oder Prüfungen aufgefasst wurden, erschien es zum dritten problematisch, am nahenden Ende eines Lebens der offensichtlichen Entscheidung Gottes entgegenzutreten. Kleriker-Ärzte mussten zudem seit dem Hochmittelalter damit rechnen, dass sie vom geistlichen Amt ausgeschlossen wurden, wenn ein Patient – tatsächlich oder auch nur dem Anschein nach – durch ihr Verschulden zu Tode kam.³⁰ Vor diesem Hintergrund erklärt sich auch die Abwesenheit des Arztes in den meisten überlieferten bildlichen Darstellungen von Sterbeszenen. Ausnahmen bildeten in der Regel die Leibärzte von hochgestellten Persönlichkeiten wie Kaisern, Königen und Päpsten; sie begleiteten das Sterben ihrer Herrscher und bezeugten insbesondere den Eintritt des Todes.

Obwohl sich auch die Medizin des Mittelalters auf die christliche *Caritas* berief, waren Ärzte in die eigentliche Versorgung und Begleitung gewöhnlicher Sterbender kaum eingebunden. Diese Aufgabe kam vielmehr Laien, Ordensmitgliedern und den im

²⁴ Steingießer (1936), S. 1.

²⁵ Potter (2005), S. 830.

²⁶ Schadel (1975), S. 72.

²⁷ Schäfer (2001), S. 107; Bergdolt (1999), S. 822.

²⁸ Baust (1992), S. 18.

²⁹ Schäfer (2001), S. 106.

³⁰ Ebd., S. 108.

Mittelalter aufkommenden Hospitälern zu, in denen Ärzte in der Regel eine marginale Rolle spielten. In ärztlichen Deontologien des 14. Jahrhunderts – etwa bei Johannes Jacobi – wurde jedoch z. B. ein kurzer prognostischer Blick auf Pestkranke empfohlen, um zu entscheiden, ob eine Behandlung möglich sei. Ansonsten bestand die ärztliche Aufgabe am Lebensende lediglich darin, den Patienten zur Beichte aufzufordern und einen Priester (oder gegebenenfalls einen Notar) rufen zu lassen.³¹ Dementsprechend waren es nicht Ärzte, sondern Priester, die im Verlaufe des Mittelalters eine *Ars moriendi* (Kunst des Sterbens) propagierten. Zuständig für die Sterbebegleitung war demnach nicht der Arzt des Leibes, sondern der Arzt der Seele.³²

5. Sterbender und Sterbeprozess in der Vormoderne

Erst im Verlaufe des 18. Jahrhunderts wurde dem Arzt – neben dem Geistlichen oder an dessen Stelle – die Zuständigkeit für das Sterben sowie für die objektive Feststellung des Todes übertragen. Grundlage hierfür war unter anderem eine neue, wissenschaftlich orientierte Forschung über das Wesen und die biologischen Grundlagen des Sterbens und des Todes. Sie führte zu der Erkenntnis, dass das Sterben als prozesshaftes Geschehen aufzufassen sei. So schreibt Friedrich Hildebrandt im *Lehrbuch der Physiologie*:

„Der letzte Athemzug endigt das Leben, in so fern nur ihm alle Empfindung und alle willkürliche Bewegung verschwindet. Doch im genauesten Sinne nicht ganz, es bleibt noch einige Zeit [...], einige Lebenskraft im Körper übrig, wie sich bey Versuchen an ähnlichen Tieren, vorzüglich bey der Reitzung des Herzens offenbart.“³³

Hildebrandt bezieht sich hier auf Beschreibungen über die postmortale Reizbarkeit muskulärer Strukturen, die sich ebenso bei Bruhier (1749), van Swieten (1773), Greve (1796) und Alexander von Humboldt (1797) finden.³⁴ Die Anwendung der elektrischen Reizung am Herzmuskel bei gerade Verstorbenen machte besonders deutlich, dass auch unmittelbar nach dem vermeintlichen Eintritt des Todes noch Bewegungen des Herzens auslösbar waren. Beachtung fanden auch die Ausführungen des französischen Anatomen Xavier Bichat (1771-1802), der zwischen den zellulären Eigenschaften mit Grundfunktionen zur Lebenserhaltung (organisches Leben) und dem Leben des Bewusstseins als Ausdruck einer Lebenskraft (animalisches Leben) unterschied. Demnach konnte der Mensch bereits tot sein, bevor alle Einzelkomponenten seines Organismus ihre Funktion eingestellt hatten.³⁵

Diese für die zeitgenössische Bevölkerung verstörenden Erkenntnisse, aber auch die im Zeitalter der Aufklärung schwindende Hoffnung auf ein Weiterleben nach dem Tod, führten zu einer neuen Form der Angst: der Furcht vor dem Scheintod (*vita reducta, vita minima*), das heißt vor einer vorzeitigen Todesfeststellung. Sie wurde im Ver-

³¹ Bergdolt (1999), S. 822.

³² Schäfer (2001), S. 108.

³³ Hildebrandt (1802), S. 284.

³⁴ Schellmann (2000), S. 27.

³⁵ Bichat (1800); Steingießer (1936), S. 6.

laufe des 18. und 19. Jahrhunderts zu einem Phänomen, das alle Bevölkerungsschichten erfasste.³⁶ Mit der Unterscheidung zwischen Scheintod und eigentlichem oder ‚wahrem‘ Tod erhielt die Diskussion um die Phasen des Sterbeprozesses neue Nahrung. 1783 verfasste Christoph Wilhelm Hufeland seine Inauguraldissertation über den *Medizinischen Nutzen der elektrischen Kraft beim Scheintod*, die auf Experimenten basierte.³⁷ Auch in den nachfolgenden Jahren beschäftigte er sich intensiv mit Sterben und Tod. Gleichzeitig stieg sein wissenschaftliches Interesse an der Untersuchung des Sterbeprozesses und der Todesfeststellung. Hufeland selbst unterschied drei verschiedene Grade des Todes. Ihm zufolge bot der erste – reversible – Grad des Todes die Möglichkeit einer „Wiedererweckung“. Auf sein Betreiben hin entstand 1792 in Weimar das erste Leichenschauhaus, und 1808 verfasste er eine Abhandlung mit dem Titel *Der Scheintod*, in der er sich darum bemühte, den Zustand der Bewusstlosigkeit und der Asphyxie anhand verschiedener Merkmale vom Tod abzugrenzen.³⁸ Mit Hufeland und den Ärzten seiner Zeit erfuhr der ärztliche Heilauftrag eine deutliche Erweiterung, indem nun auch der Sterbende bzw. der vermeintlich Tote zum Adressaten ärztlicher Tätigkeit wurde.

Mit der allgegenwärtigen Furcht vor dem Scheintod verband sich die Angst, lebendig begraben zu werden, im Grab aufzuwachen und einen angsterfüllten Erstickungstod sterben zu müssen.³⁹ Daher wurden ärztlicherseits Kriterien für Leichenschauer entwickelt, die eine Unterscheidung von echtem und Scheintod erleichtern sollten.⁴⁰ Des Weiteren gaben Amtsärzte Lehrbücher und Katechismen heraus, in denen konkrete medizinische Maßnahmen zur „Wiedererweckung“ beschrieben wurden.⁴¹ Flankiert wurden diese Vorschläge oft durch entsprechende rechtliche Bestimmungen. Aus der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts stammt etwa ein Erlass von Maria-Theresia (1717-1780), in dem gefordert wurde, Sterbende erst dann aufzugeben, wenn sie mit Tabakklistieren oder Tabakrauch nicht mehr erweckbar waren.⁴² In London und Amsterdam kam es in den 1770er Jahren zur Gründung der ersten Gesellschaften, die sich der „Lebensrettung“ verschrieben.⁴³ Findige Konstrukteure erdachten überdies spezielle Vorrichtungen, etwa mit Gas gefüllte oder offene Särge, die mit Erde zugeschüttet wurden, um einen schnellen Erstickungstod hervorzurufen, oder umgekehrt sogenannte „Rettungssärge“, die mit einer Glocke ausgestattet waren, mit der Scheintote nach dem Erwachen Hilfe holen sollten, oder die Leitern enthielten, welche die Möglichkeit bieten sollten, dem Grab zu entsteigen.⁴⁴

Letztlich wurden gerade die *Taphophobie*, d. h. die Furcht, lebendig begraben zu werden, und die damit verbundene Frage nach einer exakten und zuverlässigen Todesbestimmung zu einem wesentlichen Grund für das neue ärztliche Interesse an dem

³⁶ Schäfer (1994); Groß (1997).

³⁷ Hufeland (2006).

³⁸ Hufeland (1986).

³⁹ Groß (2002), S. 27.

⁴⁰ Groß (1997), S. 25.

⁴¹ Groß (1997), S. 27; Ders. (2002), S. 35.

⁴² Baust (1992), S. 20.

⁴³ Ebd.

⁴⁴ Bondeson (2002), S. 136.

sterbenden bzw. scheintoten Menschen und damit an einer näheren Beschäftigung mit dem Sterbeprozess.

6. Sterbender und Sterbeprozess in Moderne und Postmoderne

Wenngleich die Angst vor dem Scheintod spätestens an der Wende zum 20. Jahrhundert stark an Bedeutung verloren hatte, behielt die Medizin die Deutungsmacht über den Tod wie auch – zusammen mit der Pflege – die Zuständigkeit für den sterbenden Patienten. Allerdings zeichnete sich seit der Mitte des 20. Jahrhunderts eine neue Tendenz ab, die der überlieferten Praxis des Sterbens diametral entgegenstand:

Während die Menschen seit jeher im häuslichen Umfeld gestorben und hierbei von ihren engsten Vertrauten begleitet worden waren, stieg nunmehr in den Industrienationen die Zahl der Menschen, die in Einrichtungen des Gesundheitswesens und damit im unmittelbaren Einflussbereich der Ärzte starben, sukzessive an. Dieser Trend verstärkte die zunehmende Verdrängung von Sterben und Tod aus dem menschlichen Alltag – ein Sachverhalt, der auf psychologischer Ebene vielfach als Form der ‚Tabuisierung‘ beschrieben wurde.⁴⁵

Wie in der mittelalterlichen und vormodernen Welt die *Ars moriendi* gepflegt wurde, so brachte auch die Moderne Modelle hervor, die den Prozess des Sterbens in distinkte Phasen aufzuteilen suchten. Besondere Wirkmächtigkeit erlangte hierbei das Phasenmodell der Ärztin Elisabeth Kübler-Ross, das Anfang der 1970er Jahre bekannt wurde und einer neuen Betrachtung des Sterbens den Weg bereitete.⁴⁶ Dabei richtet sich der Blick auf die psychischen Befindlichkeiten, die der sterbende Mensch durchschreitet.

Nach Kübler-Ross vollzieht sich der Sterbeprozess aus psychischer Sicht idealtypisch in fünf Phasen: der ersten Phase der Verneinung und Isolierung, die das initiale Verleugnen des angekündigten Todes beinhaltet; der zweiten Phase des Zorns und der Auflehnung gegen das Schicksal, die sich unter anderem in aggressiven Verhaltensweisen gegenüber Angehörigen und Helfern manifestiert; der dritten Phase des Verhandels mit dem Schicksal, verbunden mit dem Versuch, dem drohenden Geschick zu enttrinnen; der vierten Phase der Depression, die durch Traurigkeit, dem Gefühl der Vereinsamung und dem Bedürfnis nach menschlicher Nähe charakterisiert ist, und der fünften Phase der Annahme des Todes, in der die unabwendbare Realität bejaht wird. Die beschriebenen Phasen werden modifiziert durch die Persönlichkeitsstruktur des Sterbenden, die Grunderkrankung und das soziale Umfeld.⁴⁷ Aufgabe des medizinischen Personals ist hierbei nach Kübler-Ross die Begleitung des Sterbenden, die Auseinandersetzung mit dessen Angst und Einsamkeit sowie die Behebung körperlicher Beschwerden wie Schmerz, Übelkeit, Atemnot. Die einzelnen Phasen sollten im Übrigen keine (bestimmten) Zeiträume beschreiben, sondern vielmehr eine Situation bzw. einen konkreten Weltbezug zum Tod. Paul Sporken stellte vor die Phaseneinteil-

⁴⁵ Ariès (2005); Elias (2002); Hahnen et al. (2010).

⁴⁶ Kübler-Ross (1971).

⁴⁷ Condrau (1991), S. 431.

lung von Kübler-Ross noch weitere Stadien; sie sollten die Phasen kennzeichnen, die Patienten mit infauster Prognose durchleben, bevor ihnen die „Wahrheit“ über ihren Zustand eröffnet wird.⁴⁸

Wenngleich die beschriebenen Konzepte nicht unwidersprochen blieben und bis auf den heutigen Tag kritisch diskutiert werden, gab insbesondere Kübler-Ross Ärzten, Pflegekräften, Seelsorgern und ehrenamtlichen Helfern entscheidende Impulse zu einer neuen begrifflichen Fassung des Sterbenden, aber auch zu einem offeneren Umgang mit sterbenden und trauernden Menschen. Nicht zuletzt dank dieser Impulse wird in der jüngsten Vergangenheit nach Jahren der ‚Tabuisierung‘ die allmähliche Wiederentdeckung einer „Kultur des Sterbens und des Todes“ festgestellt.⁴⁹ Als Kennzeichen hierfür werden eine neue Aufmerksamkeit für Patienten- und Vorsorgeverfügungen, eine zunehmende Qualifizierung des klinischen und seelsorglichen Personals in den Bereichen Schmerztherapie und Sterbebegleitung und der Ruf nach einem Ausbau der Hospizarbeit und palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen genannt.

Auch die naturwissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Sterbeprozess setzte sich im 20. Jahrhundert fort. Der Arzt Hermann Nothnagel (1841-1905) hielt es in gewisser Hinsicht für

„wissenschaftlich berechtigt, von einem Augenblick des Todes zu sprechen. Man will damit ausdrücken, daß der Organismus als Ganzes zu funktionieren aufgehört habe. – Aber tot ist der Körper erst dann, wenn die letzten Lebensäußerungen seiner Substanz aufgehört haben. Nicht alle Gewebe und Zellen des tierischen Organismus büßen gleich schnell die vitalen Eigenschaften ein; es gibt daher, welche noch eine gewisse Zeit nach dem Augenblick, den man herkömmlich als den letzten bezeichnet, auf entsprechende Reize reagieren. – In diesem Sinne stirbt der Organismus nicht auf einmal, sondern zellgruppenweise.“⁵⁰

Das von Nothnagel wie schon zuvor von Hildebrandt beschriebene Problem der Dissoziation des Todeseintritts stellte sich nach der Jahrhundertmitte durch die Möglichkeiten der (Intensiv-)Medizin auf eine neue und bis dahin ungeahnte Weise dar: Bis weit in die Neuzeit hinein galt der Atem- und Kreislaufstillstand als Endpunkt des Sterbeprozesses und damit als Zeichen des eingetretenen Todes. Seit ein kurzer Stillstand von Herzschlag und Atmung durch moderne Reanimationsmaßnahmen prinzipiell wieder rückgängig gemacht werden konnte, schien die Feststellung des ‚klinischen Todes‘ nicht mehr hinreichend für die Diagnose eines irreversiblen Ausfalls der vitalen Lebensfunktionen – unbeschadet der Tatsache, dass die Möglichkeit der Reanimation durch die Überlebenszeit des Gehirns auf wenige Minuten begrenzt blieb.

⁴⁸ Sporken (1981).

⁴⁹ Groß/Schweikardt (2010).

⁵⁰ Zit. nach Neuburger (1922), S. 279.

7. Das Ende eines überkommenen Todesbegriffs und seine Rückwirkung auf den Sterbeprozess

Im Jahre 1959 beschrieben die französischen Ärzte Mollaret und Goulon erstmals einen neuen medizinischen Zustand: Sie hatten Patienten beobachtet, deren Gehirn nach einem längeren Atemstillstand durch Sauerstoffmangel irreversibel zerstört war, während ihr Organismus durch künstliche Beatmung am Leben erhalten werden konnte. Diesen Zustand bezeichneten Mollaret und Goulon als *Coma dépassé* („überschrittenes Koma“).⁵¹ Der überkommene Todesbegriff, nach dem ein Mensch dann als tot galt, wenn sein Kreislauf zum Stillstand gekommen ist, erwies sich durch die Möglichkeit der Anwendung der Herz-Lungen-Maschine folglich als nicht mehr zeitgemäß, und die Grenzziehung zwischen Sterben und Tod geriet einmal mehr zur offenen Frage.

Beide Entwicklungen – die Reversibilität des klinischen Todes einerseits und die Möglichkeit der Aufrechterhaltung der Kreislauffunktionen trotz eines irreversibel zerstörten Gehirns andererseits – verwiesen letztlich auf die Notwendigkeit einer neuen Todesdefinition. Grundlage hierfür sollte der Hirntod werden. In den 1960er Jahren intensivierte sich die Diskussion um ein „Hirntodkriterium“, schließlich formulierte 1968 eine Ad-hoc-Kommission, die vornehmlich aus Medizinern der Harvard Medical School sowie aus je einem Juristen, Philosophen und Theologen bestand, die Forderung nach einem Hirntodkriterium. Sie war eigens zum Zweck der Erarbeitung eines neuen Todeskriteriums eingesetzt worden.⁵²

Wenngleich das Hirntodkriterium insbesondere in den ersten Jahren nach seiner Etablierung von Kritik begleitet war⁵³ und bis heute nicht unumstritten ist, gilt der irreversible Ausfall aller Hirnfunktionen derzeit als das maßgebliche diagnostische Zeichen des eingetretenen Todes und nicht als Teil des Sterbeprozesses im rechtlichen Sinn. Es wurde und wird sowohl von der Medizin als auch von den christlichen Kirchen getragen. So hieß es in der gemeinsamen Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland von 1990: „Der Hirntod bedeutet ebenso wie der Herztod den Tod des Menschen. Mit dem Hirntod fehlt dem Menschen die unersetzbare und nicht wieder zu erlangende körperliche Grundlage für sein geistiges Dasein in dieser Welt.“⁵⁴ Der Arbeitskreis des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer sah im Hirntod 1997 den „Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms. Dabei wird durch kontrollierte Beatmung die Herz- und Kreislauffunktion noch künstlich aufrechterhalten“.⁵⁵ In wissenschaftlichen Kreisen besteht breiter Konsens bezüglich der Auffassung, dass der biologische Tod dem Hirntod zeitlich nachfolgt: Er ist durch das sukzessive Absterben der Körperzellen (Intermediäres Leben)

⁵¹ Mollaret/Goulon (1959), S. 3.

⁵² A definition of irreversible coma (1968).

⁵³ Jonas (1990), S. 288.

⁵⁴ Organtransplantation (1990).

⁵⁵ Bundesärztekammer (1997).

charakterisiert, das in die postmortale Phase übergeht. Mit dieser (historisch allerdings seit langem diskutierten) Dissoziation des Todes spaltet sich auch der Begriff des Sterbens und des Sterbeprozesses selbst in biologischer Hinsicht weiter auf – von den fortwirkenden kulturell, religiös und weltanschaulich bedingten Überformungen ganz zu schweigen.

Literatur

1. A definition of irreversible coma (1968): Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death: A definition of irreversible coma, *Journal of the American Medical Association* 205 (1968), S. 337-340.
2. Ariès (2005): Philippe Ariès, *Geschichte des Todes*, München ¹¹2005.
3. Augustinus (1911-1916): Aurelius Augustinus, *Des heiligen Kirchenvaters Aurelius Augustinus zweiundzwanzig Bücher über den Gottesstaat*. Aus dem Lateinischen übers. von Alfred Schröder, Kempten/München 1911-1916 (= *Des heiligen Kirchenvaters Aurelius Augustinus ausgewählte Schriften* 1-3, Bibliothek der Kirchenväter, 1. Reihe).
4. Barloewen (1996): Constantin von Barloewen, *Der lange Schlaf. Der Tod als universelles Phänomen der Weltkulturen und Weltreligionen*, in: Constantin von Barloewen, *Der Tod in den Weltkulturen und Weltreligionen*, München 1996, S. 9-91.
5. Baust (1992): Günter Baust, *Sterben und Tod. Medizinische Aspekte*, Berlin 1992.
6. Bergdolt (1999): Klaus Bergdolt, *Tod, Sterben, I. Medizin*, in: *Lexikon des Mittelalters*. Band 8, München 1999, Sp. 822.
7. Bichat (1800): Marie François Xavier Bichat, *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, Paris 1800.
8. Bondeson (2002): Jan Bondeson, *Lebendig begraben. Geschichte einer Urangst*, Hamburg 2002.
9. Bundesärztekammer (1997): Bundesärztekammer, *Bekanntmachungen: Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer. Kriterien des Hirntodes. Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntodes*, *Deutsches Ärzteblatt* 94 (1997), 19, S. 1032-1039.
10. Cicero (1997): Marcus Tullius Cicero, *Tusculanae disputationes*. Gespräche in Tusculum, Stuttgart 1997.
11. Condrau (19919): Gion Condrau, *Der Mensch und sein Tod: certa moriendi condicio*, Zürich ²1991.
12. Culmann (1986): Hans-Martin Culmann, *Zur geschichtlichen Entwicklung der Todesauffassung des Arztes im europäischen Raum*. Diss. med., Freiburg i. Br. 1986.
13. Drolshagen (2003): Christoph Drolshagen, *Lexikon Hospiz*, Gütersloh 2003.
14. Elias (2002): Norbert Elias, *Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen*, Frankfurt a. M. 2002.

15. Epicurus (1991): Epicurus, Von der Überwindung der Furcht. Katechismus, Lehrbriefe, Spruchsammlung, Fragmente, München 1991.
16. Gilgamesh (2001): Gilgamesh. Epos. Hrsg. u. übers. v. Raoul Schrott, München/Wien 2001.
17. Golther (2000): Wolfgang Golther, Handbuch der germanischen Mythologie, Essen 2000.
18. Grimmelshausen (1985): Hans Jakob Christoffel von Grimmelshausen, Der abenteuerliche Simplicissimus [1668], München 1985.
19. Groß (1997): Dominik Groß, Die Behandlung des Scheintods in der Medizinalgesetzgebung des Königreichs Württemberg (1806-1918), Würzburger medizinhistorische Mitteilungen 16 (1997), S. 15-33.
20. Groß (2002): Dominik Groß, Die Entwicklung der inneren und äußeren Leichenschau in historischer und ethischer Sicht, Würzburg 2002.
21. Groß et al. (2008): Dominik Groß, Andrea Esser, Hubert Knoblauch, Brigitte Tag (Hrsg.), Tod und toter Körper. Der Umgang mit dem Tod und der menschlichen Leiche am Beispiel der klinischen Obduktion, Kassel 2008.
22. Groß/Schweikardt (2010): Dominik Groß, Christoph Schweikardt (Hrsg.), Die Realität des Todes. Zum gegenwärtigen Wandel von Totenbildern und Erinnerungskulturen, Frankfurt a. M. 2010 (= Todesbilder. Studien zum gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod, 3).
23. Hahnen et al. (2009): Marie-Christin Hahnen, Tania Pastrana, Stephanie Stiel, Arnd May, Dominik Groß, Lukas Radbruch, Die Sterbehilfedebatte und das Bild der Palliativmedizin in den deutschen Printmedien, Ethik in der Medizin 21 (2009), 4, S. 289-305.
24. Hahnen et al. (2010): Marie-Christin Hahnen, Julia Glahn, Lukas Radbruch, Dominik Groß, Zwischen Fehldeutung und Tabuisierung: Tod und Sterben im Printmediendiskurs, in: Dominik Groß, Christoph Schweikardt (Hrsg.), Die Realität des Todes. Zum gegenwärtigen Wandel von Totenbildern und Erinnerungskulturen, Frankfurt a. M. 2010 (= Todesbilder. Studien zum gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod, 3), S. 113-127.
25. Heidegger (1927): Martin Heidegger, Sein und Zeit, Tübingen 1927.
26. Herkommer (2001): Hubert Herkommer, Die alteuropäische „Ars moriendi“ (Kunst des Sterbens) als Herausforderung für unseren Umgang mit Sterben und Tod, Praxis: Schweizerische Rundschau für Medizin 90 (2001), 49, S. 2144-2151.
27. Hildebrandt (1802): Friedrich Hildebrandt, Lehrbuch der Physiologie, Wien 1802 (= Auserlesene medizinische Bibliothek, 34).
28. Hufeland (1986): Christoph Wilhelm von Hufeland, Der Scheintod oder Sammlung der wichtigen Thatsachen und Bemerkungen darüber, Bern 1986.
29. Hufeland (2006): Christoph Wilhelm von Hufeland, Inauguraldissertation über den medizinischen Nutzen der elektrischen Kraft beim Scheintod: mit Experimenten belegt, einer Hohen medizinischen Behörde eingereicht, um den Grad eines Doctors der Medizin und Chirurgie zu erhalten, am 24. Juli 1783 öffentlich verteidigt durch den Autor aus Sachsen-Weimar, Bad Langensalza 2006.

30. Jonas (1990): Hans Jonas, Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung, Frankfurt a. M. 1990.
31. Josutti (1976): Manfred Josutti, Das selige und das sinnvolle Sterben. Über Leitbilder kirchlicher Sterbebegleitung, Wissenschaft und Praxis in Kirche und Gesellschaft 65 (1976), S. 360-372.
32. Kellehear (2007): Allan Kellehear, A social history of dying, Cambridge u. a. 2007.
33. Kübler-Ross (1971): Elisabeth Kübler-Ross, Interviews mit Sterbenden, Stuttgart 1971.
34. Kümmel (1997): Werner Friedrich Kümmel, Der sanfte und selige Tod: Erklärung und Wirklichkeit des Sterbens im Spiegel lutherischer Leichenpredigten des 16. bis 18. Jahrhunderts, Mainz 1997 (= Beiträge zur Thanatologie, 6).
35. Mayer (1998): Johannes G. Mayer, Zeichen und Zeitpunkt des Todes – Ein medizinhistorischer Streifzug durch die einschlägige Literatur, in: Günter U. Höglinger, Stefan Kleinert (Hrsg.), Hirntod und Organtransplantation, Berlin/New York 1998, S. 1-17.
36. Mollaret/Goulon (1959): Pierre Mollaret, Maurice Goulon, Le coma dépassé, Revue Neurologique 101 (1959), S. 3-15.
37. Nassehi/Saake (2005): Armin Nassehi, Irmhild Saake, Kontexturen des Todes. Eine Neubestimmung soziologischer Thanatologie, in: Hubert Knoblauch, Arnold Zingerle (Hrsg.), Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens, Berlin 2005, S. 31-54.
38. Neuburger (1922): Max Neuburger, Hermann Nothnagel. Leben und Wirken eines deutschen Klinikers, Wien 1922.
39. Noack (2007): Thorsten Noack, Sterben und Tod, in: Thorsten Noack, Heiner Fangerau, Jörg Vögele (Hrsg.), Im Querschnitt: Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, München 2007, S. 67-78.
40. Ohler (2003): Norbert Ohler, Sterben und Tod im Mittelalter, Düsseldorf 2003.
41. Organtransplantation (1990): Organtransplantation, Gemeinsame Erklärung. Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland, Deutsche Bischofskonferenz Gemeinsame Texte 1, Hannover/Bonn 1990, http://www.ekd.de/EKD-Texte/organtransplantation_1990.html (gesehen: 15.06.2010).
42. Potter (2005): Paul Potter, Sterben, in: Karl-Heinz Leven (Hrsg.), Antike Medizin. Ein Lexikon, München 2005, Sp. 829-830.
43. Reubke (2008): Karl-Julius Reubke, Die fremden Gesichter des Todes. Sterben, Tod und ewiges Leben in den Weltkulturen und Weltreligionen, Stuttgart/Berlin 2008.
44. Schadel (1975): Helene Schadel, Θάνατος. Studien zu den Todesvorstellungen der antiken Philosophie und Medizin, Hannover [1975] (= Würzburger medizinhistorische Forschungen, 2).
45. Schäfer (2001): Daniel Schäfer, Tod und Todesfeststellung im Mittelalter, in: Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung, Frankfurt a. M. 2001 (= suhrkamp taschenbuch wissenschaft, 1525), S. 102-114.
46. Schäfer (1994): Steffen Schäfer, Scheintod: Auf den Spuren alter Ängste, Berlin 1994.

47. Schellmann (2000): Burghard Schellmann, Die Pathophysiologie des Sterbevorgangs: Überlebenszeit von Zellen und Geweben, in: Hans-Konrat Wellmer, Gisela Bockenheimer-Lucius (Hrsg.), Zum Umgang mit der Leiche in der Medizin. Handling of the human corpse in medicine, Lübeck 2000, S. 27-33.
48. Sporken (1981): Paul Sporken, Hast du denn bejaht, daß ich sterben muß? Eine Handreichung für den Umgang mit Sterbenden, Düsseldorf 1981.
49. Steingiesser (1938): Hildegard Steingiesser, Was die Ärzte aller Zeiten vom Sterben wussten, Greifswald 1938.
50. Wittkowski/Schröder (2008): Joachim Wittkowski, Christina Schröder (Hrsg.), Angemessene Betreuung am Ende des Lebens. Barrieren und Strategien zu ihrer Überwindung, Göttingen 2008.

Naturwissenschaftliche Bemerkungen zum Sterbeprozess und zur Thanatologie

Andreas Prescher

1. Einleitung

Nach Günter Baust ist ein zunehmendes Interesse am Phänomen Sterben und Tod festzustellen, wobei das Interesse nicht nur auf die Medizin und die Naturwissenschaften beschränkt bleibt, sondern sich auch generell ausbreitet.¹ Die historische, philosophische, ethische, theologische und juristische Beschäftigung mit dem Thema „Sterben und Tod“ bedarf jedoch eines naturwissenschaftlich-medizinischen Fundamentes, um substantielle, begründete Aussagen zu machen. In diesem Beitrag sollen die physiologischen Vorgänge beim Sterbeprozess dargestellt werden und auch die natürlichen Veränderungen der Leiche eine Würdigung erfahren. Die Kenntnis dieser Vorgänge ist für die vielseitigen interdisziplinären Betrachtungen von großer Wichtigkeit, da ansonsten falsche Vorstellungen entstehen können, die zu weitgehenden Fehlschlüssen führen können. Die physiologischen Vorgänge in der Endphase des Lebens und die Leichenveränderungen werden durch einen interdisziplinären Wissenschaftsbereich bearbeitet, der als physische Thanatologie die Rechtsmedizin, die Pathologie, die Anatomie, die Kriminalistik, die Anthropologie und die Archäologie umfasst. Dabei legen diese einzelnen Fächer durchaus unterschiedliche Schwerpunkte in ihrer Betrachtungsweise. So interessiert sich die forensische Thanatologie insbesondere für die Gesetzmäßigkeiten in den zeitlichen Abläufen, um z. B. etwas über die Liegezeit einer Leiche auszusagen.² Den Archäologen hingegen interessiert mehr die Abgrenzbarkeit von postmortalen Veränderungen am Skelettmaterial gegenüber vital entstandenen Besonderheiten, um etwas über die Lebensgeschichte eines Individuums oder einer Population zu erfahren.³ Der Pathologe und der Anatom müssen schließlich detaillierte Vorstellungen von den Leichenveränderungen haben, um bei ihren Untersuchungen nicht auf postmortale Veränderungen und Erscheinungen hereinzufallen. In diesem Zusammenhang bemerkt Otto Prokop: „Viele pathologisch-anatomische Arbeiten hätten nicht geschrieben zu werden brauchen, hätte der Autor Kenntnis von den Leichenerscheinungen und kadaverösen Veränderungen der Organe, sowohl was ihr makroskopisches als auch insbesondere ihr mikroskopisches Aussehen anbelangt, gehabt.“⁴ Diese Aussage erläutert Prokop eindrucksvoll anhand des Sektionsprotokolles von Friedrich Schiller.⁵

¹ Baust (1988), S. 21ff.

² Prokop/Göhler (1976); Brinkmann/Madea (2004); Forster/Ropohl (1986).

³ Czarnetzki (1996); Berg/Rolle/Seemann (1981); Berg (2004).

⁴ Prokop (1976), S. 49f.

⁵ Ebd.

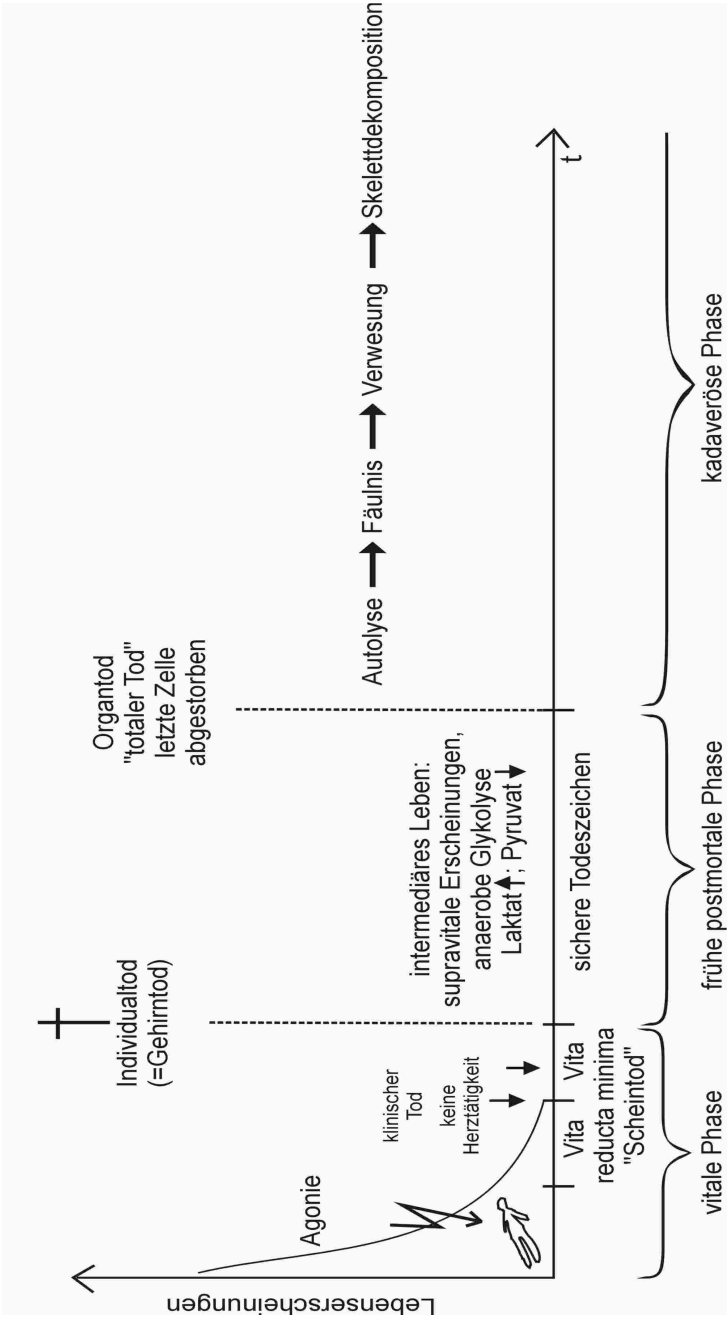


Abbildung 1: Schematische Darstellung der Abläufe in der letzten Lebensphase bzw. der postmortalen Vorgänge

Um in gedrängter Form eine Übersicht über das sehr komplizierte und interdisziplinär angelegte Thema zu geben, bietet es sich an, dem Diagramm der Abbildung 1 zu folgen. Es bleibt dabei nicht aus, dass einige Sachverhalte stark vereinfacht oder auch ganz vernachlässigt werden müssen. Auch kann der vorliegende Beitrag keine erschöpfende Übersicht über das sehr umfangreiche und verstreute Schrifttum geben, so dass im Wesentlichen große Standardwerke zitiert werden, mit denen es dem interessierten Leser leichter gelingt, einen Zugang zum Spezialschrifttum zu erlangen.

Der gesamte Ablauf der letzten Lebensphase und der sich anschließenden postmortalen Phase mit den Leichenerscheinungen lässt sich anhand des Diagramms der Abbildung 1 verdeutlichen, wobei auf der Ordinate die in der Agonie abnehmenden Lebenserscheinungen und auf der Abszisse die Zeit abgetragen werden.

2. Der Ablauf der letzten Lebensphase bzw. der postmortalen Vorgänge

Agonie

Wird ein Individuum von einer extrinsischen oder intrinsischen Schädigung betroffen, die so gravierend ist, dass die Lebensvorgänge stark beeinträchtigt werden, kann der Sterbeprozess einsetzen. Der zeitlich variable, allmähliche Übergang vom Leben zum Tode wird als Agonie (*Agone*), Todeskampf, bezeichnet und von Wolfgang Laves und Steffen Berg ausführlich dargestellt.⁶ Weiterhin kann die Agonie in vier Kategorien eingeteilt werden.⁷ Die Agonie kann bei massiven Körperzerstörungen fehlen, sie kann kurz sein, z. B. bei der Ruptur eines Aortenaneurysmas oder bei einem massiven Herzinfarkt. Eine lange Agonie kann bei der Pneumonie oder der Urämie verzeichnet werden. Wird die Absterbephase durch ärztliche Maßnahmen verzögert, beispielsweise durch Reanimationsmaßnahmen, so wird von einer verlängerten Agonie gesprochen. Die Agonie führt schließlich zu einem Zustand, der durch minimale Lebenserscheinungen gekennzeichnet ist, so dass der Patient für einen Beobachter wie eine Leiche erscheint. Lebenserscheinungen wie Atmung und Kreislauf-tätigkeit sind nur noch schwer nachweisbar. Dieser Zustand wird als *Vita reducta* bezeichnet.

Vita reducta und Vita minima

Die *Vita reducta* ist als ein akuter Krisenzustand definiert, von dem es keine spontane Erholung gibt, und der ohne medizinische Intervention zwangsläufig zum Tode des Individuums führt.⁸ An eine *Vita reducta* muss insbesondere bei folgenden schädigenden Ereignissen gedacht werden, die sich durch die Abfolge der Vokale (A-E-I-O-U) merken lassen: *A*: Alkohol, Anoxämie, Anämie; *E*: Elektrizität, Epilepsie; *I*: Injury (insbesondere Schädel-Hirntrauma); *O*: Opium, Barbiturate; *U*: Urämie.⁹ Allerdings können ärztliche Maßnahmen die *Vita reducta* umkehren und zu einer vollständigen Wiederherstellung der Gesundheit führen. Kommt es im Rahmen der *Vita reducta* zum Aussetzen

⁶ Laves/Berg (1965).

⁷ Friedrich (1986), S. 809.

⁸ Forster/Ropohl (1986), S. 11.

⁹ Bahrmann et al. (1968).

der Herztätigkeit, so schließt sich das zeitlich kurze Durchgangsstadium der *Vita minima* an.¹⁰ Die *Vita minima* wird auch als klinischer Tod bezeichnet. Es ist von Bedeutung, dass *Vita reducta* und *Vita minima* keine synonymen Begriffe sind, auch wenn heute von verschiedenen Autoren oftmals keine scharfe Trennung der Begriffe vorgenommen wird. Diese begriffliche Unschärfe ist sicherlich auch dadurch zu erklären, dass in der Praxis eine Unterscheidung ebenfalls oft schwierig, wenn nicht unmöglich ist.¹¹ Die Phase der *Vita reducta* und der *Vita minima* ist die Phase des Scheintodes. Das Individuum erscheint wie eine Leiche, aber die sicheren Todeszeichen sind noch nicht ausgebildet. Die *Vita minima* dauert ungefähr fünf bis sechs Minuten und endet mit dem Gehirntod. Der Begriff „Hirntod“ wurde bereits im Jahre 1800 von Franz Xavier Bichat eingeführt und stellt das unabänderliche Ende des Individuums dar.¹² Es wird deshalb auch vom Individualtod gesprochen. Die Bezeichnung „Individualtod“ ist ein sehr treffender Begriff, da die Funktion des Gehirns eine zentrale Stellung in der Definition des menschlichen Lebens einnimmt. So schreibt z. B. der Pathologe Willy Masshoff: „Das gewissermaßen das Ganze überkrönende Gehirn gewährleistet die geistigen Funktionen und verkörpert das mehr eigentlich Menschliche.“¹³

Trotzdem darf nicht übersehen werden, dass der Gehirntod ein Partialtod ist und dass es durchaus problematisch ist, diesen mit dem Tod des Individuums gleichzusetzen, worauf Joachim Gerlach ausdrücklich hingewiesen hat.¹⁴

Der Gehirntod ist durch den irreversiblen Ausfall des gesamten Gehirns, also auch des Stammhirns, gekennzeichnet. Dies äußert sich durch tiefes Koma ohne Reizantwort, Atonie der Muskulatur, Fehlen zentraler Reflexe, Weitstellung der Pupillen (Mydriasis), Fehlen der Atmung (Apnoe) und Null-Linie im EEG. In der Karotisangiographie wird der typische Abbruch der Kontrastmitteldarstellung der Gehirngefäße festgestellt. Es muss darauf hingewiesen werden, dass für eine sichere Hirntoddagnostik die Untersuchungsreihenfolge klinisches Bild – EEG – Angiographie eingehalten werden muss.¹⁵ Mit dem Gehirntod ist die Lebenszeit definitiv beendet und an die beendete vitale Phase schließt sich die frühe postmortale Phase an, die durch das intermediäre Leben bestimmt wird.

Frühe postmortale Phase

Das intermediäre Leben ist dadurch gekennzeichnet, dass noch nicht alle Zellen des Körpers abgestorben sind und sich noch eine zeitlang physiologische Abläufe und auch Reaktionen zeigen. Der Tod einer einzelnen Zelle tritt dann irreversibel ein, wenn die Adenosintriphosphatreserven unter anaeroben Bedingungen auf einen Wert absinken, der zur Aufrechterhaltung der Intaktheit der lamellären Strukturen der Mitochondrien nicht mehr ausreicht. Es konnte gezeigt werden, dass den Mitochondrien eine Schlüs-

¹⁰ Forster/Ropohl (1986), S. 11.

¹¹ Ebd.

¹² Bichat (1800), zit. nach Fritzsche (1973), S. 17.

¹³ Masshoff (1968), S. 2478.

¹⁴ Gerlach (1969).

¹⁵ Forster/Ropohl (1986), S. 9.

stellung beim Absterbeprozess zukommt.¹⁶ Damit kann das Todesgeschehen mittlerweile auch auf zellulärer und subzellulärer Ebene definiert werden. Nach dem Gehirntod überleben verschiedene Zellen und Zellkomplexe unterschiedlich lange. Es kann von folgenden Überlebenszeiten einzelner Organe ausgegangen werden: Gehirn 8-10 Minuten, Herz ca. 15-30 Minuten, Leber ~30-35 Minuten, Muskulatur ~2-8 Stunden, Spermien bis ~10-83 Stunden.¹⁷ Diese überlebenden Zellen und Organe sind in der Lage, „Lebensäußerungen“ zu erzeugen. So lässt sich durch einen Schlag auf die Streckermuskulatur des Oberschenkels eine Muskelkontraktion – der idiomuskuläre Wulst – hervorrufen. Eine Einspritzung von Atropin in die vordere Augenkammer führt zur Weitstellung der Pupille, die durch Eserin wieder rückgängig gemacht werden kann. Subkutane Injektion von Histaminchlorid erzeugt eine Kontraktion der kleinen glatten Mm. arrectores pilorum der Haut, was sich als „Gänsehautbildung“ beobachten lässt. Durch das Fortwirken der Stoffwechselvorgänge in den verschiedenen Geweben im Sinne der anaeroben Glykolyse kommt es zum Absinken der Pyruvatkonzentration und zum Ansteigen der Milchsäure. Dies führt zur „Versauerung“ der Gewebe. Durch die Bestimmung der Pyruvat- bzw. Lactatkonzentrationen im Blut und im Gehirn kann eine Aussage zur Agoniedauer gemacht werden und protrahiert verlaufende Todesfälle können von perakuten differenziert werden.¹⁸ In der frühen postmortalen Phase bilden sich die sicheren Todeszeichen aus. Als sichere Todeszeichen dürfen nur die Totenflecke (Livores), die Leichenstarre (Rigor mortis) und die späten Leichenerscheinungen (Fäulnis, Verwesung) angesehen werden. Den sicheren Todeszeichen stehen die unsicheren gegenüber: Pulslosigkeit, Bewusstlosigkeit, Abkühlung (Algor mortis), Muskeler schlaffung, Apnoe, Blässe, Vertrocknungen und das Fehlen zentraler Reflexe. Daraus folgt, dass der Tod nur bei untrüglichem Vorhandensein sicherer Todeszeichen oder mit dem Leben nicht vereinbarer Körperzerstörungen festgestellt werden darf. Wird dieser fundamentale Grundsatz nicht berücksichtigt, kann es zu folgenschweren Fehleinschätzungen kommen. Im Hinblick auf den Scheintod und seine Verknennung dichtete bereits Friederike Kempner (1836-1904), die sich in Schlesien für die Einrichtung von Leichenschauhäusern einsetzte: „Wir wollen nicht auf bloßen Schein besorgt und begraben sein.“¹⁹ Die Todesfeststellung anhand der sicheren Todeszeichen kann naturgemäß nicht für die Bedingungen bei der Reanimation und Intensivtherapie gelten. Nach internationaler Übereinstimmung werden folgende Kriterien anerkannt:²⁰ definitives Erlöschen des Bewusstseins (Koma), definitiver Ausfall der Spontanatmung (Apnoe), beiderseitige Mydriasis und fehlende Lichtreaktion, Fehlen zentralgesteuerter Reflexe (Areflexie im Bereich der Hirnnerven). Diese Symptome müssen unter bestimmten Bedingungen festgestellt werden, so darf z. B. keine Hypothermie unter 34°C bestehen und es darf keine medikamentös verursachte zentrale Depression oder Intoxikation vorliegen. Weiterhin müssen die angegebenen Erscheinungen in ihrer Gesamtheit

¹⁶ Merker/Wedell/Neubert (1964); Wedell/Merker/Neubert (1965).

¹⁷ Forster/Ropohl (1986), S. 11.

¹⁸ Friedrich (1986), S. 809.

¹⁹ Kempner (1903), Logik (o.S.).

²⁰ Fritzsche (1973), S. 25.

über einen längeren Zeitraum, der sogenannten Schwebzeit, fortbestehen. Die Dauer dieser Schwebzeit wird durchaus unterschiedlich angegeben (12-24 Stunden).²¹

Die Totenflecke (Abb. 2) treten ungefähr 30 Minuten nach Sistieren des Kreislaufes auf und entstehen dadurch, dass das Blut der Schwerkraft folgt und in die abhängigen Körperbezirke fließt. Das hier strotzend mit Blut gefüllte Gefäßbett markiert sich durch die charakteristische violette Hautverfärbung. Es handelt sich um hypostatische Totenflecke. An den Auflagestellen der Leiche wirkt Druck auf das Gewebe ein, so dass sich an diesen Stellen das Gefäßsystem nicht füllen kann und die Auflagepartien deshalb als weiße Areale innerhalb der Totenflecke ausgespart bleiben. Dies gilt auch für Körperpartien, die durch einschnürende Kleidung bedeckt sind. Im Falle einer Kohlenmonoxidvergiftung, einer Zyanidvergiftung und in der Kälte sind die Livores hellrot.

Die Totenflecke sind nach ihrem Auftreten bis maximal ~20 Stunden wegdrückbar, d. h. sie blassen auf Druck ab. Dies erklärt sich dadurch, dass die Blutsäule aus den Gefäßen herausgedrückt wird und dadurch die Druckstelle entfärbt wird. Nach längerer Zeit diffundiert der Blutfarbstoff aus den Gefäßen in die Umgebung und kann somit nicht mehr entfernt werden. Die Totenflecke sind stationär geworden und die hypostatischen Totenflecken sind zu Diffusionstotenflecken geworden.

Wird eine Leiche im Stadium der wegdrückbaren Totenflecke umgelagert, so verändern sich auch die Livores („Umlagerbarkeit der Totenflecke“) und passen sich der neuen Lage gemäß der Schwerkraft an. Erfolgt die Umlagerung der Leiche ca. sechs bis zwölf Stunden nach Todeseintritt, können Reste der Livores an der ursprünglichen Stelle erhalten bleiben. Es wird dann von „doppelten Totenflecken“ gesprochen, die für den Kriminalisten von Bedeutung sein können. Bei starkem Blutverlust oder Verblutungstod können die Totenflecke auch sehr spärlich ausgebildet sein oder sogar vollständig fehlen. Von erheblicher Bedeutung ist, dass die Totenflecke nicht nur im Bereich der Körperoberfläche in Erscheinung treten, sondern auch im Bereich der inneren Organe. Hier können tiefliegende Organe und Organpartien durch die Hypostase prall mit Blut gefüllt werden. Ein typisches Beispiel ist das in das kleine Becken hängende Dünndarmkonvolut, das durch die Hypostase so verändert werden kann, dass der unerfahrene Untersucher hier eine hämorrhagische Darminfarzierung durch Thrombose oder Embolie der Mesenterialgefäße annehmen könnte.²²

²¹ Ebd.

²² Merkel (1937), S. 21.



*Abbildung 2: Typisch ausgeprägte Leichenflecke (Livores).
Man beachte die Aussparungen an den Auflagestellen.*

Das zweite sichere Todeszeichen ist das Starrwerden der Muskulatur, der *Rigor mortis*. Durch Eintritt des Hirntodes entfallen jegliche elektrische Impulse für die Muskulatur, so dass keine physiologische Erregung mehr stattfindet. Dies hat zuerst eine Erschlaffung aller Muskeln des Körpers zur Folge. Aus diesem Grunde kann auch ein spezieller Gesichtsausdruck, der die Gemütslage beim Todeseintritt widerspiegelt (Erschrecken, Erstaunen, etc.), nicht erhalten bleiben. Aktiver Schluss der Augenlider kann beim Tod durch Apoplex oder bei Vergiftungen durch Narkotika gesehen werden.²³ Die Erschlaffung der Leiche dauert bei Zimmertemperatur etwa ein bis drei Stunden und wird dann von einer Erstarrung abgelöst. Das Starrwerden der Leiche wird als Leichenstarre oder Rigor mortis bezeichnet. Der Zyklus des elementaren Kontraktionsprozesses der Muskelfasern bleibt in der Phase 1 stehen. In dieser Phase ist das Myosin fest mit dem Aktinmolekül zum Actomyosin verbunden. Normalerweise wird diese Verbindung durch das im Zytosol vorhandene Adenosintriphosphat (ATP), dem Energieträger der Zelle, wieder gelöst. Fehlt dieses ATP, bleibt die feste Verbindung zwischen Myosin und Aktin erhalten, was sich als Rigor manifestiert. Somit ist der Rigor mortis eindeutig die Folge der postmortalen Adenosintriphosphatverarmung der Zelle. Hieraus folgt aber auch, dass der Rigor mortis besonders schnell und deutlich eintritt, wenn unmittelbar präfinal, beispielsweise durch körperliche Anstrengung, noch viel ATP verbraucht worden ist. Dies erklärt z. B. zwangsläufig das schnelle Starrwerden der unteren Extremitäten nach präfinaler Laufleistung, die sogenannte Läuferstarre. Die Leichenstarre tritt ca. 30 Minuten bis vier Stunden nach Todeseintritt auf und erreicht ihren Höhepunkt nach zwei bis acht Stunden. Eine Lösung erfolgt nach 50 bis 300

²³ Merkel/Walcher (1936), S. 14.

Stunden, was auch z. B. stark von der Umgebungstemperatur abhängig ist. Die im Schrifttum immer wieder erwähnte Nystensche Regel besagt, dass sich die Totenstarre zuerst in der Kiefermuskulatur ausbildet und dann nach kaudal fortschreitet. Es muss jedoch gesagt werden, dass es von dieser Regel sehr viele Ausnahmen gibt. Wird die ausgeprägte Totenstarre durch kräftige Durchbewegung eines Gelenkes gebrochen, so bildet sie sich anschließend wieder aus, wobei die neue Starre nicht die Stärke der ursprünglichen erreicht. Diese Wiederausbildung der Starre kann auch zur Bestimmung des Todeszeitpunktes verwendet werden, da sie sich nur zeigt, wenn die Brechung der Starre innerhalb von ca. acht Stunden post mortem erfolgt. Erklärt werden kann der Wiedereintritt der Starre dadurch, dass die Muskelfasern nicht alle gleichzeitig starr werden, sondern in unterschiedlichen Kontingenten. Bei der Brechung werden dann die starren Muskelfasern gelöst, aber anschließend werden neue Fasergruppen starr.²⁴

Als Sonderfall des Rigor mortis wird die kataleptische Totenstarre angesehen, bei der es mit dem Eintritt des Todes zur schlagartig einsetzenden Starre kommt, wobei die gerade eingenommene Körperhaltung erhalten bleiben soll. Dabei soll es auch zu Fällen „nicht unterstützter“ Haltung gekommen sein, bei der die Extremitäten eine der Schwerkraft entgegengesetzte Position einnehmen. Dieses Phänomen wurde besonders in Kriegszeiten bei massiven Schädel-Hirnverletzungen berichtet und als Enthirnungsstarre mit frühzeitig einsetzender Totenstarre angesehen.²⁵ Die Meinung der Literatur zu dem Phänomen „kataleptische Totenstarre“ ist nicht eindeutig. Wolfgang Laves etwa schreibt „Daß echte kataleptische Totenstarre vorkommt, kann nicht in Zweifel gezogen werden“;²⁶ wohingegen Claus Henssge und Burkhard Madea das Phänomen mit den Worten „es gibt bis heute keinen gesicherten Fall von kataleptischer Totenstarre und auch kein physiologisches Modell zur Erklärung von kataleptischer Totenstarre“²⁷ ablehnen.

Die frühe postmortale Phase endet mit dem Absterben der letzten vitalen Zelle. Dieser in der Praxis nicht feststellbare Zeitpunkt wird auch als Organtod, „totaler Tod“ oder „biologischer Tod“ bezeichnet, wobei es sich um einen akademischen Begriff handelt, der in der Praxis keine große Rolle spielt.²⁸ An die frühe postmortale Phase schließt sich die kadaveröse Phase an, die folgende Abschnitte umfasst: Autolyse, Fäulnis, Verwesung und Skelettdekomposition. Diese Vorgänge sind durch komplexe chemische Prozesse charakterisiert, die im Rahmen der Thanatochemie untersucht werden. Auch heute sind noch zahlreiche Fragen aus diesem Themenkomplex nicht abschließend beantwortet.²⁹

²⁴ Henssge/Madea (2004), S. 98f.

²⁵ Laves (1948/49), S. 195ff.

²⁶ Ebd.

²⁷ Henssge/Madea (2004), S. 99.

²⁸ Gerlach (1969), S. 736; Prokop/Göhler (1976), S. 28.

²⁹ Specht (1937).

Autolyse

Die Autolyse beruht nur auf der Freisetzung von zelleigenen Enzymen, die nach Wegfall der Schutzmechanismen ungehindert auf die Umgebungsgewebe einwirken und zu einer Gewebeerweichung und Verflüssigung ohne Gasbildung führen. Die freigesetzten Enzyme nehmen somit bei der Selbstauflösung der Zellstrukturen eine nicht zu unterschätzende Aufgabe wahr. Dieses ungehinderte Wirken der Enzyme wird auch als „Fermententgleisung“ bezeichnet. Solche Enzyme, die aus den Lysosomen der Zellen freigesetzt werden, sind z. B. Kollagenase, Kathepsin oder saure Phosphatase. Die Autolyse findet sich an der Bauchspeicheldrüse, im Nebennierenmark, an intrauterinen Früchten, im Magen und Oesophagus (Gastromalacia acida bzw. Oesophagomalacia acida) sowie in der Haut. Die autolytischen Veränderungen in der Haut sind von besonderer Bedeutung, da sie den Säureschutz unwirksam werden lassen, was letztendlich zur Einwanderung aerober Keime in tiefere Gewebepartien führt. Weiterhin wird eine Keimbefestigung der Leichenoberfläche ermöglicht. Medizinhistorisch ist die Autolyse des Nebennierenmarkes von besonderem Interesse. Hier führt die Autolyse zur Verflüssigung dieser Organpartie, so dass eine sackartige Struktur resultiert, die nur noch aus der resistenteren Nebennierenrinde besteht. Im Hohlraum befindet sich das verflüssigte, schwärzliche Nebennierenmark. Die genaue Beobachtung dieser Verhältnisse hat die alten Anatomen, z. B. Thomas Bartholin (1616-1680), dazu veranlasst, die Nebennieren als Hohlorgane anzusehen, in denen die schwarze Galle gespeichert wird.³⁰ Während die Autolyse nicht an die Mitwirkung von Bakterien gebunden ist, ist die nachfolgende Phase der Fäulnis in hohem Maße von den Bakterien abhängig.

Fäulnis

Bei der Fäulnis handelt es sich um einen größtenteils reduktiven und nur geringgradig oxidativen Prozess, bei dem die bakterielle Besiedlung des Gewebes eine große Rolle spielt. Streptokokken, Pneumokokken, *E. coli*, *Bacillus putrificus*, *Amylobacter* und *Clostridium Welchii* sind die am häufigsten auftretenden Keime. Die beginnende Fäulnis zeigt sich durch das sogenannte Durchschlagen des Venennetzes an, wodurch die subkutanen Venenverläufe an der Körperoberfläche sichtbar werden (Abb. 3).

³⁰ Voswinckel (1993), S. 34ff.



Abbildung 3: Durchschlagen des Venennetzes als Zeichen der beginnenden Fäulnis

Die Fäulnis ist mit einer erheblichen Gasbildung kombiniert, wobei insbesondere Methan, Ammoniak, Stickstoff und Schwefelwasserstoff freigesetzt werden. Die Gasbildung führt zu einer charakteristischen Auftreibung des Leichnams und einer knisternen Beschaffenheit des faulenden Gewebes. Durch den erheblichen Gasdruck werden die Augenlider polsterartig balloniert, die Zunge hervorgetrieben und die Extremitäten abgespreizt und angewinkelt. Vielfach kommt es zum Urin- und Kotabgang. Skrotum und Brüste können monströs balloniert sein, der Penis ist erigiert.³¹ Bei Schwangeren kann die Austreibung der Frucht festgestellt werden, die auch mit einer Eversion der Gebärmutter verbunden sein kann (sogenannte Sarggeburt).³² Das gesamte, äußerst typische Erscheinungsbild der hochgradig faulen Leiche ist auf diese Vorgänge zurückzuführen. Die Gasbildung findet auch an den inneren Organen statt, die von den Gasen blasenartig durchsetzt werden. Es bilden sich die charakteristischen Schaumorgane, insbesondere eine Schaumleber, aus (Abb. 4). Die typische Schaumleber ist vergrößert, grün-gelblich, manchmal mehr grau oder schwärzlich. Die Konsistenz ist trocken, steif-elastisch und das Organ schwimmt im Wasser.³³ Kurt Walcher verglich die Schaumleber mit einem Gummibadeschwamm – eine sehr treffende Beschreibung (Abb. 4).³⁴ Der Schwefelwasserstoff verbindet sich mit dem Blutfarbstoff, dem Hämoglobin, zu einem neuen Stoff, dem Sulfhämoglobin (auch Verdoglobulin S genannt). Dieses Sulfhämoglobin ist in schwacher Konzentration für die grünliche Verfärbung der Leiche verantwortlich, die in der Regel im rechten Unterbauch beginnt. Hier liegt der Blinddarm (Caecum) direkt der Bauchwand an, so dass der im Darm gebildete Schwefelwasserstoff unmittelbar in die Bauchwand diffundieren kann und hier Sulfhämoglobin bildet. Die zuerst grünliche Verfärbung geht schließlich in eine schwarze über, die durch hohe Konzentrationen von Sulfhämoglobin bedingt ist. Der gesamte Fäulnisprozess ist ein

³¹ Prokop/Radam (1987), S. 25ff.; Prokop/Göhler (1976), S. 51; Weimann/Prokop (1963), S. 8f.

³² Weinmann/Prokop (1963), S. 7f.; Jungmichel/Musick (1941).

³³ Walcher (1937), S. 77.

³⁴ Ebd.

sehr feuchter Vorgang, der zur Freisetzung großer Flüssigkeitsmengen führt, die sich zuerst unter der Oberhaut (Epidermis) ansammeln und diese blasenartig abheben. Auf diese Weise können große Flüssigkeitssäcke gebildet werden, die schließlich platzen und die missfarbene Fäulnisflüssigkeit in die Umgebung entlassen. Der starke Flüssigkeitsverlust während der Fäulnisphase führt zu einer zunehmenden Austrocknung der Leiche und die Fäulnis geht ohne scharfe zeitliche Grenze in die Verwesung über.



Abbildung 4: Von zahlreichen, durch Gasblasen verursachten Löchern durchsetzte menschliche Leber. Diese typische Fäulnisveränderung wird als Schaumleber bezeichnet.

Verwesung

Die Verwesung ist durch trockene, oxidative Prozesse gekennzeichnet und führt unter Mitwirkung einer Pilzbesiedlung zu einem zundrigen Zerfall der Weichteilreste.³⁵ Für den Historiker oder den Anthropologen ist der Pilzbefall von zu untersuchenden Gräften, Särgen und Leichen von großer Bedeutung, da sich hier auch sehr pathogene Schimmelpilze ansiedeln können. Ein typischer Vertreter ist *Aspergillus fumigatus*, dessen inhalierte Sporen zu einer Lungenaspergillose führen können. Diese schwer therapierbare Lungenaffektion kommt im Wesentlichen in zwei Formen vor: der Aspergilluspneumonie und dem Aspergillom. Beim Aspergillom handelt es sich um eine Lungenkaverne, die mit Gewebedetritus und Pilzmyzelien angefüllt ist. Diese typischen Aspergillome müssen chirurgisch durch Resektion behandelt werden.

Nachdem die verschiedenen Vorgänge relativ schematisch als Abfolge geschildert worden sind, muss aber darauf hingewiesen werden, dass die Prozesse sich deutlich überlappen und jederzeit einen anderen Verlauf nehmen können. Vielfach sind an einer Leiche unterschiedliche Dekompositionsstadien ausgebildet, so dass ein sehr buntes Bild entsteht. Zusätzlich ist der gesamte Prozess in erheblichem Maße von Umgebungsfaktoren wie Temperatur, Witterung, Bekleidung der Leiche und den Lagerungsbe-

³⁵ Henssge/Madea (2004), S. 157.

dingungen (trocken oder feucht) abhängig. Walter Specht ist sogar der Meinung, dass es bei der Unkontrollierbarkeit der Faktoren, die die Zersetzung bedingen, fraglich sei, ob man jemals völlige Klarheit und Gewissheit über den Ablauf der Vorgänge erlangen wird, die die Rückverwandlung der Körpersubstanzen in ihre Elemente bedingen.³⁶

Skelettdekomposition

Die Verwesung führt zur Auflösung der Weichteilreste, so dass ein von zundrigen, pulverigen Resten bedecktes Skelett zurückbleibt. Die Hartsubstanzen des Skeletts sind zwar sehr widerstandsfähig, unterliegen jedoch auch einem Abbauprozess, wobei drei unterschiedliche Faktoren eine Rolle spielen: physikalische Faktoren, chemische Faktoren und biologische Faktoren.³⁷ Physikalische Faktoren schädigen die Knochensubstanz durch mechanische und thermische Einflüsse. Durch diese Einwirkungen können Veränderungen entstehen, die von vital entstandenen Verletzungen oder von pathologischen Prozessen abgegrenzt werden müssen. So können Verwitterungserscheinungen beispielsweise Knochenveränderungen bei Syphilis imitieren.³⁸ Sie sind somit vor allem für die Rechtsmedizin und die Archäologie von Bedeutung. Bei den chemischen Faktoren muss die Schädigung durch Säuren erwähnt werden, die bei Moorleichen z. B. zur Auflösung des gesamten Skeletts führen können. Weiterhin finden aber auch chemische Umlagerungen in der Knochensubstanz selbst statt. Der Knochen besteht hauptsächlich aus Hydroxylapatit und einigen anderen Calciumverbindungen, wie dem Oktacalciumphosphat. Aus dem gelösten Hydroxylapatit wird durch chemische Umlagerungen dann ein neues Calciumphosphat gebildet: der Brushit (benannt nach dem amerikanischen Mineralogen G. J. Brush, 1831-1912). Die weißen Kristalle des Brushits sind deutlich größer als diejenigen des Hydroxylapatits, so dass es bei der Auskristallisierung zu mechanischen Destruktionen der Knochensubstanz kommt. Da Brushit wasserlöslich ist, wird es bei feuchter Lagerung abgeführt, so dass mit der Zeit das gesamte Skelett verschwindet. Es resultiert ein sogenannter Leichenschatten. Bakterien und Pilze können als biologische Faktoren ebenfalls zu einer Zerstörung der Knochensubstanz führen. Dabei ist die Besiedlung sowohl in trockener Umgebung (z. B. Gruftbestattung), als auch im feuchten Milieu bei einer Erdbestattung möglich. Auch das Einwachsen von Wurzeln in die Skelettreste kann als eine Form der biologischen Dekomposition angesehen werden, obwohl hier auch chemische und mechanische Einflüsse – die Wurzeln setzen Säuren frei und sprengen durch ihr Wachstum die Knochensubstanz – eine Rolle spielen.

Sonderfälle

In einigen Fällen kommen besondere späte Leichenveränderungen zur Beobachtung. Es handelt sich um die natürliche Mumifizierung und die Fettwachsbildung. An dieser Stelle müssen auch die seltenen Ereignisse der Moor- und Salzleichenbildung und die Konservierung im Permafrostboden benannt werden. In neuerer Zeit hat die Glet-

³⁶ Specht (1937), S. 180.

³⁷ Herrmann et al. (1990), S. 7ff.

³⁸ Berg (2004), S. 196.

schermumie vom Hauslabjoch (Mumie von Similaun), der sogenannte „Ötzi“, für Aufsehen gesorgt, der aus dem Endneolithikum stammt. Ölleichenbildungen sind nur in Einzelfällen mitgeteilt worden.³⁹

Bei der natürlichen Mumifizierung kommt es zur Austrocknung der Leiche, wobei die Weichteile, insbesondere die Haut, braun-schwarz und lederartig hart erhalten bleiben. Solche Mumifizierungen sind dem Rechtsmediziner wohl bekannt, da sie immer wieder auf Dachböden, in Kellern oder Wohnungen beobachtet werden.⁴⁰ Teilmumifizierungen, insbesondere bei längerer Liegezeit in Wohnungen, sind keine seltenen Ereignisse. Dem Historiker sind diese Mumifizierungen ebenfalls geläufig. Als klassische Beispiele seien die Katakomben von Palermo, die St. Michaelskirche in Wien, der Bleikeller des Bremer Doms, die Mumie des Cornetts Christian Friedrich von Kahlbutz in Kampehl (gestorben 1702) und die Mumie des Herzberger Kaufmanns Curd Schachtrup (gestorben 1677) genannt. Oftmals hat die Mumifizierung zur Mythen- und Legendenbildung geführt, wie es auch bei den beiden letztgenannten Fällen geschehen ist.⁴¹ Wird landläufig angenommen, dass die Ursache der Mumifizierung in der Austrocknung der Leiche zu suchen ist, äußert sich Strauch hierzu kritisch und vermutet noch andere, augenblicklich unbekannte Gründe.⁴² Dies scheint dahingehend geklärt zu sein, dass in der mumifizierenden Leiche ein erheblicher Substanzverlust, z. B. durch Fliegenmaden oder Fäulnisprozesse stattfindet.⁴³ Neuerdings wird auch eine Besiedlung der Leiche mit dem antibiotisch wirkenden Pilz *Hypha bombicina* diskutiert, der das gesamte Weichgewebe durchsetzt und zu einer schnellen Austrocknung der Leiche führt.⁴⁴

Bei der Bildung von Fettwachs (Leichenwachs, Adipocire) (Abb. 5) handelt es sich um ein Phänomen, das erstmalig durch Fourcroy und Thouret im Jahre 1786 und 1787 in Paris auf dem *Cimetière des Innocents* (Friedhof der Unschuldigen) entdeckt wurde. Die Autoren veröffentlichten ihre Beobachtung in deutscher Sprache 1792 in Crells chemischen Annalen. Bei der Fettwachsbildung kommt es im feuchten Liegemilieu zu einer charakteristischen Umwandlung des körpereigenen Fettes, insbesondere der subkutanen Fettschicht. Statt des Fettes findet sich eine trockene, gipsartige, weißlich-gräuliche Masse, die beim Anschlagen tönern klingt.

³⁹ Henssge/Madea (2004), S. 167.

⁴⁰ Prokop/Göhler (1976), S. 71f.; Henssge/Madea (2004), S. 159f.

⁴¹ Berg/Rolle/Seemann (1981), S. 110; Strauch (1928), S. 260.

⁴² Strauch (1928), S. 266ff.

⁴³ Henssge/Madea (2004), S. 159.

⁴⁴ Racek (1985), S. 44.



Abbildung 5: Adipocirebildung im Bereich des Oberarmes.

Man beachte, dass der Oberarmknochen lose in der zu Adipocire transformierten Schicht des subkutanen Fettgewebes liegt. Die Muskulatur hat sich nicht erhalten.

Dieses Material brennt mit bläulicher Flamme und ist im feuchten Zustand schmierig-weichlich. Es verbreitet einen ranzigen Geruch. Chemisch enthält das Fettwachs (Adipocire) Palmitin- und Stearinsäure, aber nur wenig Ölsäure. Die Adipocirebildung kann für den Rechtsmediziner sehr bedeutsam sein, da sich Verletzungsspuren und weitere Eigentümlichkeiten (z. B. eine Strangfurche am Hals) lange Zeit erhalten.⁴⁵ Beim Betrieb von Friedhöfen hingegen führt die Adipocirebildung zu erheblichen Schwierigkeiten, da es in den ausgewiesenen Ruhezeiten nicht zu der erwarteten Dekomposition des Leichnams kommt. In neuester Zeit hat eine Fettwachsleiche der rechtsmedizinischen Sammlung der Charité in Berlin für Aufsehen gesorgt, da sie als Leiche der Sozialistin Rosa Luxemburg (1871-1919) in Frage kommt.

Das spezielle Gebiet der Leichenfauna und ihrer Rolle bei der Leichendekomposition wurde in dieser Übersicht bewusst ausgespart. Es kommen sowohl Veränderungen durch Säugetiere (Hunde, Katzen, Schweine, Mäuse) vor, als auch durch Insekten.⁴⁶ Insbesondere den Insekten kommt durch die Besiedlung des Leichnams und die Entwicklung einer großen Anzahl von Maden eine erhebliche Bedeutung zu. Die Insektenfauna kann durch den Spezialisten u. a. auch zur Liegezeitbestimmung herangezogen werden.⁴⁷

Literatur

1. Bahrmann et al. (1968): Erich Bahrmann, Klaus Fahlisch, G. Grünwald et al., Zur Problematik der Toterklärung, Deutsches Gesundheitswesen 23 (1968), S. 2403-2407.
2. Baust (1988): Günter Baust, Sterben und Tod. Medizinische Aspekte, Berlin 1988.

⁴⁵ Prokop/Göhler (1976), S. 68.

⁴⁶ Pohl (1939).

⁴⁷ Benecke (1996a); Benecke (1996b); Benecke (2004).

3. Benecke (1996a): Markus Benecke, Forensische Zoologie: Fliegen, Algen und Schnecken als Hilfsmittel und Gegenstand kriminalistischer und gerichtsmedizinischer Untersuchungen, Kriminalistik 50 (1996), S. 55-57.
4. Benecke (1996b): Markus Benecke, Zur insektenkundlichen Begutachtung in Faulleichenfällen, Archiv für Kriminologie 198 (1996), S. 99-109.
5. Benecke (2004): Markus Benecke, Besiedlung durch Gliedertiere, in: Bernd Brinkmann, Burkhard Madea (Hrsg.), Handbuch gerichtliche Medizin. Band 1, Berlin/Heidelberg/New York 2004, S. 170-187.
6. Berg (2004): Steffen Berg, Todeszeitbestimmung in der spätpostmortalen Phase, in: Bernd Brinkmann, Burkhard Madea (Hrsg.), Handbuch gerichtliche Medizin, Band 1, Berlin/Heidelberg/New York 2004, S. 191-204.
7. Berg/Rolle/Seemann (1981): Steffen Berg, Renate Rolle, Henning Seemann, Der Archäologe und der Tod, München/Luzern 1981.
8. Bichat (1800): Francois Xavier Bichat, Recherches physiologiques sur la vie et la mort, Paris 1800.
9. Brinkmann/Madea (2004): Bernd Brinkmann, Burkhard Madea, Handbuch gerichtliche Medizin. Band 1, Berlin/Heidelberg/New York 2004.
10. Busse-Grawitz (1940): Paul Busse-Grawitz, Die Gewebe der ägyptischen Mumien leben!, Deutsche Medizinische Wochenschrift 66 (1940), S. 857-858.
11. Czarnetzki (1996): Alfred Czarnetzki, Stumme Zeugen ihrer Leiden, Tübingen 1996.
12. Forster/Ropohl (1986): Balduin Forster, Dirk Ropohl, Thanatologie, in: Balduin Forster (Hrsg.), Praxis der Rechtsmedizin, Stuttgart/New York/München 1986, S. 2-47.
13. Friedrich (1986): Gerhard Friedrich, Forensische postmortale Biochemie, in: Balduin Forster, Praxis der Rechtsmedizin, Stuttgart/New York/München 1986, S. 789-831.
14. Fritsche (1973): Paul Fritsche, Grenzbereich zwischen Leben und Tod, Stuttgart 1973.
15. Gerlach (1969): Joachim Gerlach, Gehirntod und totaler Tod, Münchner Medizinische Wochenschrift 111 (1969), S. 732-736.
16. Henssge/Madea (2004): Claus Henssge, Burkhard Madea, Leichenerscheinungen und Todeszeitbestimmung, in: Bernd Brinkmann, Burkhard Madea, Handbuch gerichtliche Medizin. Band 1. Berlin/Heidelberg/New York 2004, S. 79-150.
17. Herrmann et al. (1990): Bernd Herrmann, Gisela Grupe, Susanne Hummel, Hermann Piepenbrink, Holger Schutkowski, Prähistorische Anthropologie. Leitfaden der Feld- und Labormethoden, Berlin/Heidelberg 1990.
18. Jungmichel/Musick (1941): Gottfried Jungmichel, G. Musick, Über Sarggeburts, Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 34 (1941), S. 236-256.
19. Kempner (1903): Friederike Kempner, Logik. Gedichte – Ausgabe letzter Hand. München 1995. Nach der Ausgabe von Projekt Gutenberg-DE <<http://ngiyaw-ebooks.org/ngiyaw/kempner/gedichte/gedichte.htm>> [26.10.2010].
20. Laves/Berg (1965): Wolfgang Laves, Steffen Berg, Agonie. Physiologisch-chemische Untersuchungen bei gewaltsamen Todesarten, Lübeck 1965.
21. Laves (1948/49): Wolfgang Laves, Über die Totenstarre, Deutsche Zeitschrift für die gesamte Gerichtliche Medizin 39 (1948/49), S. 186-198.

22. Masshoff (1968): Willy Masshoff, Zum Problem des Todes, Münchner medizinische Wochenschrift 110 (1968), S. 2473-2482.
23. Merkel (1937): Hermann Merkel, Leichenerscheinungen, Ergebnisse der Allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Tiere 33 (1937), S. 1-54.
24. Merkel/Walcher (1936): Hermann Merkel, Kurt Walcher, Gerichtsärztliche Diagnostik und Technik, Leipzig 1936.
25. Merker/Wedell/Neubert (1964): Hans-Joachim Merker, Jürgen Wedell, Diether Neubert, Biochemische und strukturelle Veränderungen an den Zellorganellen der Leber nach vollständiger Kreislaufunterbrechung. Naunyn-Schmiedebergs Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie 249 (1964), S. 85-116.
26. Pohl (1939): Helmut Pohl, Leichenveränderungen durch Tier-, speziell Insektenbenagung und deren praktische Bedeutung. Diss., Würzburg 1939.
27. Ponsold (1950): Albert Ponsold, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, Stuttgart 1950.
28. Prokop/Göhler (1976): Otto Prokop, Werner Göhler, Forensische Medizin, Stuttgart/New York ³1976.
29. Prokop/Radam (1987): Otto Prokop, Georg Radam, Atlas der gerichtlichen Medizin, Basel ²1987.
30. Strauch (1928): Curt Strauch, Beiträge zur natürlichen Mumifikation menschlicher Leichen, Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 12 (1928), S. 259-269.
31. Racek (1985): Milan Racek, Die nicht zu Erde wurden. Hermann Böhlau Nachfolger, Wien/Köln/Graz 1985.
32. Specht (1937): Walter Specht, Chemische Abbaureaktionen bei der Leichenzersetzung, Ergebnisse der Allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Tiere 33 (1937), S. 138-180.
33. Voswinckel (1993): Peter Voswinckel, „Schwarzer Harn“ als Leitsymptom klassischer Krankheitsphänomene. 1. Hämolyse und paroxysmale Kältehämoglobinurie, Tägliche Praxis 34 (1993), S. 31-37.
34. Walcher (1937): Kurt Walcher, Die späteren Leichenveränderungen, Ergebnisse der Allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Tiere 33 (1937), S. 55-137.
35. Wedell/Merker/Neubert (1965): Jürgen Wedell, Hans-Joachim Merker, Diether Neubert, Mitochondrienstruktur und Atmungskettenphosphorylierung im Herzmuskel nach vollständiger Kreislaufunterbrechung, Virchows Archiv für pathologische Anatomie 338 (1965), S. 355-370.
36. Weimann/Prokop (1963): Waldemar Weimann, Otto Prokop, Atlas der gerichtlichen Medizin, Berlin 1963.

Abbildungen

Abbildungen 1, 2, 3, 4, 5 entstammen dem Bildarchiv des Verfassers.

II. Der Prozess des Sterbens: Die historische Perspektive

Die lutherische „ars moriendi“ im ausgehenden 16. Jahrhundert am Beispiel der Tätigkeit des Theologen und Pfarrers Ägidius Hunnius (1550-1603)

Austra Reinis

1. Einleitung

Meine Aufgabe ist es, das Thema Sterbekunst oder *ars moriendi* aus einer historischen Perspektive zu betrachten, nämlich aus dem Blickwinkel der Reformationszeit. Die lutherische Sterbekunst lässt sich anhand ausgewählter Leichenpredigten des Theologen und Pfarrers Ägidius Hunnius veranschaulichen, denn die in diesen Predigten enthaltenen Lebensläufe widmen den letzten Tagen und Stunden des sterbenden Menschen besondere Aufmerksamkeit. Vor allem zeigen diese Beschreibungen, dass die Sterbekunst versucht, dem natürlichen Geschehnis des menschlichen Sterbens Struktur und Bedeutung zu verleihen. Diese Bedeutung kommt durch lutherische Symbole zum Ausdruck.

2. Die „ars moriendi“ und die Leichenpredigt

Zur Bewältigung des Todes, wie auch des ganzen Lebens, bot die mittelalterliche Kirche in Europa die christliche Weltanschauung. Die Philosophin Susanne K. Langer schreibt, dass, im Unterschied zu Tieren, der Mensch „nicht nur an einem Ort, sondern im Universum [lebt]; nicht nur in der Gegenwart, sondern in der Weltgeschichte. Dementsprechend muss er eine Welt, ein Gesetz für diese Welt, ein Muster für sein Leben und eine Art den Tod zu meistern, entwerfen.“¹ An alles kann sich der Mensch gewöhnen, nur nicht an das Chaos. Um dieses zu bewältigen, schafft sich der Mensch Symbole zu seiner „allgemeinen Orientierung in der Natur, auf der Erde, in der Gesellschaft und in dem, was er tut“. Diese sind die „Symbole seiner Welt- und Lebensanschauung“.²

Laut christlicher Weltanschauung wurden Mensch und Welt durch einen allmächtigen Gott erschaffen. Aufgabe des Menschen ist es, im Einklang mit Gott und seinen Mitmenschen zu leben und mittels eines Gott wohlgefälligen Lebens und Glaubens an die Verdienste Christi am Kreuz das ewige Leben mit Gott zu erlangen. Hat man Gott und seinen Mitmenschen gegenüber Böses getan, kann man sich mittels der kirchlichen Sakramente wieder mit Gott versöhnen.

Im Mittelalter erhielten Sterbende drei Sakramente, die endgültige Versöhnung mit Gott und ewiges Leben versprochen. Diese drei Sakramente, entsprechend dem *Rituale* des Bischofs Heinrich I. von Breslau aus dem 14. Jahrhundert, waren die Beichte, die Eucharistie und die letzte Ölung.³ Im Laufe des Mittelalters gewann die Beichte zune-

¹ Langer (1957), S. 287.

² Ebd.

³ Franz (1912), S. 32-35; vgl. Ders. (1904), S. 71-86.

mend an Bedeutung. Die Kirche lehrte, dass nur derjenige, der vor seinem Tod seinem Priester jede einzelne von ihm begangene Todsünde gebeichtet hatte, auf das ewige Heil seiner Seele hoffen durfte. Darüber hinaus lehrten die Theologen, dass auch der Mensch, dem es gelungen war, sich alle seine Todsünden ins Gedächtnis zu rufen und zu beichten, nicht wissen konnte, ob Gott ihn in den Stand der Gnade erhoben hatte. Und selbst wenn er den Gnadenstand erlangt hatte, konnte er nicht sicher sein, ob es ihm gelingen würde, den dämonischen Anfechtungen der Todesstunde zu widerstehen und damit bis zum Tod in diesem Stand zu verharren.⁴ Nur derjenige, der diese Bedingungen auf seinem Sterbebett erfüllte, erlangte nach Reinigung seiner Seele im Fegefeuer das Seelenheil.

Da in der Sterbestunde die Seele des Menschen auf dem Spiel stand und mit priesterlicher Sterbegleitung nicht immer gerechnet werden konnte, entstand im Spätmittelalter die Literatur der *ars moriendi*. Mit Hilfe dieser Literatur konnten Laien sich selbst auf ihr Sterben vorbereiten sowie ihren Mitmenschen in Abwesenheit eines Priesters Sterbebeistand leisten. Als wegweisendes Beispiel dieser Gattung gilt *De arte moriendi* des *Opus Tripartitum* (um 1408) von Johannes Gerson.⁵ Darauf folgten zahllose weitere Traktate, darunter das *Speculum de artis bene moriendi* und die mit Holzschnitten versehene sogenannte ‚Bilder-Ars‘ (beide um 1450).⁶ Die *ars moriendi* oder Sterbekunst, wie sie in diesen Anleitungen gelehrt wurde, bestand aus folgenden variierbaren Elementen: Ermahnungen an Sterbende, sich Gott zu unterwerfen und ihm zu vertrauen, Fragen nach ihrem Glauben, Gebeten um die Vergebung ihrer Sünden, Aufforderungen zur Passionsmeditation und zur Nachahmung Christi am Sterbebett, Belehrungen, den teuflischen Anfechtungen in der Sterbestunde zu widerstehen, und Anweisungen für das Verhalten der Seelsorger am Sterbebett. Sämtlichen Unterweisungen lag der theologische Grundsatz zugrunde, dass der Sterbende selbst in seinen letzten Stunden zu seinem eigenen Seelenheil beitragen konnte und musste.

Dieser Grundsatz wurde zur Zeit der Reformation von Martin Luther und seinen Nachfolgern entschieden abgelehnt. Sie lehrten, dass der gläubige Christ seines Heils durchaus sicher sein könne, nämlich durch Glauben an den gnädigen Gott und seine Verheißung der Vergebung der Sünden. Die Reformatoren führten die Gattung der *ars moriendi* weiter. Die herkömmlichen Themen und Motive wurden weitgehend übernommen, aber der lutherischen Rechtfertigungslehre entsprechend umgestaltet. Die Basis der lutherischen *ars moriendi* legte Luther selbst mit seinem *Sermon von der Bereitung zum Sterben* (1519). In diesem Werk übernahm er die traditionellen Motive der Sterbesakramente, der Passionsmeditation und der dämonischen Anfechtungen; er lehnte jedoch die Lehre der Heilungsgewissheit radikal ab. Er riet Sterbende zum Sakramentsempfang und lehrte, dass die Sakramente ihnen helfen, die Anfechtungen zu überwinden, indem sie ihnen vergewissern, dass Christus dieselben Anfechtungen bereits

⁴ Grosse (1994), S. 35-39.

⁵ Gerson (1966), S. 404-407.

⁶ Der Text der ‚Bilder-Ars‘ ist mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Verkürzung des *Speculum*, vgl. O'Connor (1942), S. 7-9 u. 11-17. Für zugängliche Ausgaben dieser zwei Werke ist hinzuweisen auf Swanson (1993) und Weil (1922).

überwunden und damit das Heil gesichert hat.⁷ Aus dem 16. Jahrhundert sind über 100 weitere Sterbebücher anderer lutherischen Autoren überliefert.⁸

Doch Unterricht in der *ars moriendi* wurde nicht ausschließlich in Sterbebüchern unterbreitet; auch in Leichenpredigten begegnete man solcher Belehrung. In lutherischen Städten und Territorien ersetzte die kirchliche Beerdigung mit Leichenpredigt die herkömmliche Messe für den Verstorbenen. Die ersten erhaltenen reformatorischen Leichenpredigten waren die jeweils zwei Predigten Luthers für seine Landesfürsten Friedrich den Weisen (1525) und Johann den Beständigen (1532). In der ersten seiner zwei Predigten über Johann den Beständigen erklärte Luther, dass die Aufgabe der Leichenpredigt im Lob Gottes und der Besserung der Hinterbliebenen läge.⁹ Im Laufe des 16. Jahrhunderts wurden biographische Angaben in Leichenpredigten aufgenommen; zur Wende des 16. zum 17. Jahrhundert waren Predigt und Biographie zu getrennten Teilen der Leichenpredigt geworden. Unterricht in der Sterbekunst bot vor allem die Biographie; mitunter erhob der Prediger aber die Sterbekunst zum Hauptthema der Predigt selbst. Das Drucken der Leichenpredigten wurde im ausgehenden 16. Jahrhundert üblich. Die Drucke dienten vor allem der Repräsentation der vermögenden Familien, welche sie fertigen ließen. Die Veröffentlichungen wurden aber auch als Erbauungsliteratur geschätzt und gelesen.¹⁰

3. Ägidius Hunnius und seine Leichenpredigten

Ägidius Hunnius wirkte von 1576 bis 1592 in Marburg (Hessen) als Hofprediger Ludwigs des IV. (geb. 1537, reg. 1567-1604), als Theologieprofessor an der Marburger Universität und als Prediger in der Stadtkirche. 1592 wurde er von Friedrich Wilhelm I. von Sachsen-Weimar (geb. 1562, reg. 1573-1602) als Theologieprofessor nach Wittenberg berufen, wo er auch das Amt des Probstes übernahm.¹¹ Hunnius gilt als früher Vertreter der lutherischen Orthodoxie. Als Hofprediger in Marburg und Probst (später Superintendent) in Wittenberg schrieb Hunnius Leichenpredigten für Angehörige des Marburger Hofes, für Stadträte, Professoren, Studenten und deren Familienangehörige. Insgesamt erschienen 37 dieser Leichenpredigten zu Hunnius' Lebzeiten als Einzeldrucke; nach seinem Tod wurden sie in einem Sammelband veröffentlicht.¹²

Im Folgenden stelle ich die lutherische *ars moriendi* in Hunnius' Leichenpredigten dar. Ein Verweis auf die Leichenpredigt des Wittenberger Theologen Salomo Gesner (1559-1605) auf Hunnius zeigt, wie Hunnius die *ars moriendi* auch auf seinem eigenen

⁷ WA (1883-1999), Bd. 2, S. 685-697. Theologische Auslegungen des *Sermons* liefern Reinis (2007b), S. 47-82, und Hamm (2005), S. 311-362.

⁸ Eine ausführliche Bibliographie dieser Sterbeschriften bietet Klein (1958), S. 145-184.

⁹ WA (1883-1999), Bd. 36, S. 237.

¹⁰ Eine Übersicht über die Gattung der Leichenpredigt bietet Rudolf Lenz, Leichenpredigt, in: TRE, Bd. 20, S. 665-669; zur Funktion der Leichenpredigt als Erbauungsliteratur vgl. Niekus-Moore (1993), S. 9-18.

¹¹ William R. Russell, Hunnius, Aegidius, in: OER, Bd. 2, S. 276; zu Hunnius' Tätigkeit in Marburg vgl. Matthias (2004) und Rudersdorf (1991), S. 224-249.

¹² Hunnius (1605); die im Folgenden zitierten Leichenpredigten Hunnius' sind diesem Band entnommen.

Sterbepredigten praktizierte.¹³ Zum weiteren Vergleich dienen Einblicke in Leichenpredigten von Johann Gerhard (1582-1637). Im Laufe meiner Darstellung weise ich darauf hin, welche Motive der spätmittelalterlichen *ars moriendi* die lutherischen Theologen übernahmen und wie sie den sie bezeichnenden Verdienstgedanken verwarfen.

In mindestens zwei seiner Leichenpredigten nutzt Hunnius den gesamten Predigtteil dazu, die Hinterbliebenen in der lutherischen Sterbekunst zu unterrichten; diese Leichenpredigten sind auf zwei Studenten, Victor Steinbrecher (1602) und Johannes Canut (1596). In der Leichenpredigt auf Steinbrecher, Sohn eines ehemaligen Kurfürstlichen Brandenburgischen Rates, wird die *ars moriendi* aus dem Blickwinkel des noch entfernten Todes betrachtet. Hier nimmt die *ars moriendi* (Sterbekunst) die Gestalt einer *meditatio mortis* (Todesbetrachtung) bzw. einer *ars vivendi* (Lebenskunst) an. Der Predigttext aus dem 90. Psalm lautet: „HERR lehre vns bedencken / das wir sterben mu(e)ssen / auff das wir klug werden“ (Ps. 90[12]). Anhand des Textes lehrt Hunnius, dass es eines jeden Christen Wunsch sein soll, klug zu werden und so zu sterben, dass er „die ewige Seligkeit aus gnaden erlangen kan“. Aus der Betrachtung des eigenen zukünftigen Todes entspringt „ein ewiger vnaußprechlicher vnd vberschwenglicher Nutz“. Worin besteht dieser Nutzen? Der Mensch, welcher bedenkt, dass auch er einmal sterben muss, lernt, erstens, Gott zu fürchten, denn er weiß, dass er vor Gott Rechenschaft ablegen werden muss: Er „stellet [...] also sein leben an / das er weislich vnd klu(e)glich vorm HERRn wandle / vnd jhme das ziel ewiger Seligkeit nit durch den Teuffel verrucken laß“. Aus dem Vermeiden der Sünde lernt er, zweitens, „zu gleich verachten diese vergengliche Welt sampt jrer frewd vnd augenblicklichen wollust“. Zwei Bibelzitate belegen diese Einsicht, darunter 1. Johannesbrief:

„Habt nicht lieb die Welt noch was in der Welt ist / So jemand die Welt lieb hat / in dem ist nicht die liebe des Vaters / den(n) alles was in der Welt ist (nemlich des Fleisches lust / vnd der augenlust vnd hoffertiges leben) ist nicht vom Vater / sondern von der Welt vnd die Welt vergehet in jhrer lust / wer aber den Willen Gottes thut / der bleibet in ewigkeit.“ (1. Joh. 2[15-17])

Derjenige, welcher sich von der Sünde und dem Fleisch abkehrt, wendet sich dem künftigen himmlischen Leben zu und folgt der Ermahnung von Paulus: „Seit jhr mit Christo auferstanden / so suchet / was droben ist / da Christus ist / sitzend zur Rechten Gottes: Trachtet nach dem / das droben ist / nicht nach dem / das auf Erden ist.“ (Kol. 3[1-2]).¹⁴ Laut dieser Predigt besteht die Sterbekunst, welche zugleich eine Lebenskunst ist, darin, dass der Mensch aus Ehrfurcht vor Gott einen ethischen Lebenswandel führt und zugleich sich von irdischen und materiellen Beziehungen löst.¹⁵

Während in der Predigt über Steinbrecher der ethische Lebenswandel betont wird, steht in der Predigt über Johannes Canut, Sohn eines Pfarrers in Mühlstedt in Holstein, der christliche Glaube an die Heilstat Christi im Vordergrund. Am Anfang der Predigt sagt Hunnius:

¹³ Zu Salomon Gesner vgl. BBK.

¹⁴ Hunnius (1605), S. 594-596.

¹⁵ Verachtung der Welt und sittliches Streben sind als Themen bereits in der mittelalterlichen Erbauungsliteratur und *ars moriendi* vorhanden; vgl. Rudolf (1957), S. 11 u. 20.

„So wollen wir [...] aus Gottes wort ho(e)ren vnd vernemen / wie wir die rechte kunst zu sterben erlernen / vnd vns zum Tode ru(e)sten / schicken vnd gefast machen ko(e)nnen / damit der Todt von vns willig vnd mit freuden empfangen werde vnd ein Mensch lust habe auffgelo(e)set zu werden / vnd bey Christo zu sein.“¹⁶

Der Predigttext aus dem Philipperbrief dazu lautet:

„Christus ist mein leben / vnnd Sterben ist mein Gewin. Sintemal aber im Fleisch leben / dienet mehr Frucht zu schaffen: So weis ich nicht / welches ich erwelen sol / denn es ligt mir beides hart an / Jch habe lust abzuschneiden / vnd bey Christo zu sein / welches auch viel besser were: Aber es ist no(e)tlicher im Fleisch bleiben vmb ewren willen“ (Phil. 1[,21-23])¹⁷

Wenn St. Paulus behauptet, „Christus ist mein Leben“, dann ist darunter zu verstehen, dass der Apostel sich „seinen HErren Jesum Christum fu(e)rgebildet [hat] als den rechten Meister zu helffen / beyde vom zeitlichen vnd ewigem tode. Denn er ist das ewige Leben welcher den Tod in dem sieg verschlungen hat in Ewigkeit.“¹⁸ Somit ist für den Lutheraner Hunnius der Glaube an Christus und an seinen Sieg über den Tod die beste und einzig notwendige Vorbereitung auf den Tod. Ein solcher Glaube ist auch für den sterbenden Christen der wirksamste Trost:

„Derhalben wenn wir von hinnen sollen scheiden / vnd der tod kompt / vnd vns mit schweren gedanken anfichtet vnd besetzt / vns das schreckliche ansehen vnd bild des Grabs fu(e)rstellt / Wie sol man jm thun? wie sol man jm begegnen / vnnd sich wider das schrecken des Todes auffhalten? Also / lieben Christen / sollen wir vns darwider auffrichten / das wir / die wir Gottes Kinder sein / vnd Christum haben in vnserm Hertzen wonend / diesen hochseligen trost vns selber vorsprechen ko(e)nnen vnd sagen: Christus ist mein Leben / vnd sterben ist mein gewin.“¹⁹

Die spätmittelalterliche Vorstellung der dämonischen Anfechtung am Sterbebett, welche auch in Luthers *Sermon von der Bereitung zum Sterben* (1519) thematisiert wird, klingt hier an, doch in veränderter und abgeschwächter Form. Es ist nicht mehr der Teufel, der den Sterbenden anficht, sondern nur noch die Angst vor dem Sterben selbst.

Die reformatorische Rechtfertigungslehre und die mit ihr verwandte Heilsgewissheit liegen beiden Predigten zu Grunde. Es gilt nicht mehr zum eigenen Seelenheil beizutragen, sondern die einzig notwendige Vorbereitung auf den Tod – und gleichzeitig Garant für das ewige Seelenheil – sind Ehrfurcht vor Gott und der Glaube an die Erlösungstat Christi. Diese Lehre unterscheidet sich dramatisch vom spätmittelalterlichen Dogma, wonach das Heil ungewiss war und am Sterbebett noch verloren werden konnte, sogar im Augenblick des Todes.

Vom Lebenslauf des Verstorbenen Johannes Canut beschreibt etwa ein Drittel die Art und Weise seines Sterbens. Wenige Tage vor seinem Tod habe Gott ihn „auffs

¹⁶ Hunnius (1605), S. 258; zu dieser Leichenpredigt vgl. auch Reinis (2007a), S. 1005-1007.

¹⁷ Ebd., S. 257.

¹⁸ Ebd., S. 261.

¹⁹ Ebd., S. 264.

siechbette gelegt. Darauff er mit vbung seines glaubens vnd grosser Gedult sich Christlich vnd wol gehalten / vnd mit Spru(e)chen heiliger Schrifft / besonders mit abgelesenen vnd erklerten Worten des heiligen Apostels Pauli getro(e)stet.“²⁰ Wie bereits im Spätmittelalter wird Wert darauf gelegt, dass der Sterbende seine Krankheit und sein Leiden mit Geduld trägt. Doch im Spätmittelalter wurde Geduld am Sterbebett als verdienstlich gewertet. So schrieb zum Beispiel Johannes Gerson, dass derjenige, der geduldig sein Leiden trug, sich dadurch die Vergebung seiner lässlichen Sünden verdiente.²¹ Auch tröstet der sterbende Lutheraner sich mit Schriftworten, insbesondere mit Sprüchen von Paulus, in welchen Martin Luther die Rechtfertigungslehre entdeckt hatte, und welche den Reformator von der Heilsgewissheit überzeugt hatten. Dagegen empfehlen die mittelalterlichen Kirchenagenden und die ‚Bilder-Ars‘ das Lesen der Leidensgeschichte Christi und der sieben Bußpsalmen am Sterbebett.²²

Weiter berichtet Hunnius, dass der Sterbende „dem diener Go(e)ttliches Worts seine Su(e)nde hertzlich gebeichtet / darauff die tro(e)stliche Absolution mit gleubigem Hertzen angeho(e)ret / Vnd mit dem Hochwirdigen Abendmal des waren Leibes vnd Bluts Jesu Christi / als mit dem tewren Pfande des Newen Testaments versichert vnd versehen“ habe. Die Gegenwart eines Pfarrers ist am lutherischen Sterbebett nicht unumgänglich, jedoch sehr erwünscht. Der Pfarrer nimmt dem Sterbenden die Beichte ab und versichert ihm, dass Gott ihm seine Sünden vergeben hat. Daraufhin reicht er das Abendmahl, welches den Sterbenden seines Heils vergewissert. Im Unterschied zur spätmittelalterlichen Praxis ist eine vollständige Beichte nicht nötig; der Sterbende beichtet nur die Sünden, die ihn besonders belasten. Er empfängt im Abendmahl nicht nur den Leib Christi (das Brot), sondern auch das Blut (den Wein). Der Pfarrer spricht Deutsch, nicht Latein. Diese Handlungen dienen den Hinterbliebenen als Glaubenszeugnis: „Vnd ist also in wahrer erkenntnis Gottes vnd seines Erlo(e)sers vnd Heilands Christi Jesu / in rechtschaffener bestendigkeit / Hoffnung vnd Gedult von hinnen geschieden.“ Im Unterschied zum Spätmittelalter besteht für den Lutheraner Hunnius kein Zweifel, dass der im Glauben Verstorbene das Seelenheil erlangt hat.²³ Das herkömmliche Ritual der Krankensalbung entfällt; auch findet die feierliche Prozession des Priesters mit der Hostie von der Kirche zum Haus des Kranken nicht mehr statt, welche integraler Bestandteil des spätmittelalterlichen Sterberituals war.²⁴

Hunnius' Bericht über den Tod seiner Landesfürstin Hedwig, Landgräfin zu Hessen (1547-1590) und Gemahlin Ludwigs des IV., ist in vielerlei Hinsicht ähnlich zu Canuts Todesbeschreibung. Als Hofprediger kann Hunnius berichten, dass er im Laufe der letzten Jahre mehrmals seiner Fürstin die Beichte abgenommen und das Sakrament des Leibes und Blutes Jesu Christi gespendet hatte. Mehrmals versichert sie den

²⁰ Ebd., S. 270 u. 271.

²¹ Gerson (1966), S. 405.

²² Anweisungen zum Lesen der Leidensgeschichte Christi am Sterbebett finden sich in Weil (1922), S. b^r und in Franz (1904), S. 88. Das Kruzifix am Sterbebett findet man in Gerson (1966), S. 407.

²³ Hunnius (1605), S. 271.

²⁴ Franz (1904), S. 71-86. Stina Fallberg Sundmark weist darauf hin, dass das Aufheben der Prozession für Laien vielleicht die markanteste Veränderung am Sterberitual gewesen sei, vgl. Sundmark (2008), S. 92-98 u. 124-125.

Predigern Marburgs, sie habe sich „bey dem Christlichen Bekenntnis / in welchem sie erzogen / vnd von Kindheit an vntrrichtet / [...] / durch Gottes gnad bestendig bis ans ende zuverharren entschlossen“. Zweimal habe sie Hunnius gebeten, nach ihrem Tod von „solcher ihrer standhaftigkeit [...] in der Leichpredigt offentliches zeugnis [zu] geben“. Wie im Mittelalter blieb es auch im Luthertum wünschenswert, dass Sterbende bis zum Ende im Glauben verharren, doch bestand keine Gefahr mehr, das Seelenheil am Sterbebett zu verlieren. Als ihre „schwacheit [...] in den letzten tagen fast zuname“, habe die Fürstin dermaßen „grosse gedult vnd Kindliche[n] gehorsam gegen der Va(e)terlichen zu(e)chtigung des Herrn“ gezeigt, dass sie „jedermans verwunderung“ hervorrief. Etwa 12 oder 14 Stunden vor ihrem Tod habe die Fürstin „abermals / vnnd also zum letzten mahl / dieses thewren vnd wehrden Sacraments begert / vnd nach empfangung desselben gesprochen: Nun bin ich allerdings bereit.“ Danach habe sie sich eine Weile mit ihrem Gemahl unterhalten, von ihm Abschied genommen, und erklärt, nun „habe sie sich der Weltlichen sachen gantzlich entschlagen / vnd allerdings ergeben seliglich von hinnen zu scheiden“. Früh am nächsten Morgen habe sie „ihre Hende zusammen gelegt / Vnd ob wol die sprach nicht mehr so folgen wollen / jedoch im Hertzen (wie aus klaren Merckzeichen eigentlich zuvernehmen war) Gott jren einige(n) Allmechtigen Nothelfer hertzlich vnd inniglich angeruffen.“ Darauf wurden ihr „die tro(e)stliche verheissungen der Schrifft fu(e)rgehalten / da Gott vns zugesagt / in allen no(e)ten zu erho(e)ren“.²⁵ Schließlich sei sie „in seligem erkenntnis Gottes [...] durch einen stillen / sanfften Todt / ohn einige bewegniss / aus diesem tru(e)bseligen Jammerthal ins ewige leben ausgefu(e)hret“.²⁶ Abermals wird Geduld im Sterben als Tugend hervorgehoben. Auch bringt Hunnius seinen festen reformatorischen Glauben an das erlangte Seelenheil der Verstorbenen zum Ausdruck.

Wie aber ist Hunnius selbst gestorben? Darüber berichtet sein Amtskollege Salomo Gesner in seiner Leichenpredigt ausführlich. Gesner erzählt, dass Hunnius am 15. März 1603 „seine gewo(e)nliche Schwachheit / der Stein hat angegriffen vnnd zimlich lange torquiert“. Trotz seiner Schmerzen habe Hunnius seine geistige Arbeit fortgesetzt und „am Sontag Reminiscere hie in der Christlichen Versammlung mit einer vberaus scho(e)nen lehrhafften vnd trostreichen Predigt vom Cananeischen Weiblein Matth. 15[21-28], welches seine *Cygnaea Cantio* vnd *Concio* [Schwanengesang und -predigt] gewesen / fortgefahren“. Weiter erzählt Gesner von Hunnius, dass er „zu Hause in wehrender Schwachheit angefangen scho(e)ne Gebete in die Passion vnd Leiden vnsers HErrn vnd Heilandes Christi zu machen / deren er etliche im Siechbette sitzende / vnd sonderlich eines mit eigener Hand gantz aus verfertiget“.²⁷ Hier ist zu sehen wie im Luthertum die spätmittelalterliche Tradition der Passionsmeditation auf dem Sterbebett ihre Fortsetzung findet.²⁸ In den traditionellen liturgischen Handbüchern wurden Priester angewiesen, Sterbenden die Passionsgeschichte Jesu aus den Evangelien vorzulesen; auch in der ‚Bilder-Ars‘ wird der mit dämonischen Angriffen geplagte Sterbende ange-

²⁵ Vgl. Phil. 4,19.

²⁶ Hunnius (1605), S. 47.

²⁷ Ebd., S. 657.

²⁸ Zur Fortsetzung dieser Tradition in der Reformationszeit vgl. auch Kolb (1996), S. 267-293.

leitet, sich der Meditation der *Passio Christi* zu widmen, welche die Anfechtungen überwindet.²⁹ Im Schreiben seiner Gebete praktiziert Hunnius auch die im Mittelalter übliche *imitatio Christi* (Nachahmung Christi) am Sterbebett.³⁰ Wie Christus seinen Jüngern den Beistand des heiligen Geistes versprach, so bittet Hunnius in seinen schriftlich verfassten Gebeten um die Hilfe desselben Geistes in der Unterstützung der Gemeinde in Wittenberg. Gesner berichtet, dass Hunnius

„gar sehnlich vnd gar andechtlich aus der gnedigen versprechung des heiligen Geistes / welchen der Herr Christus in seiner letzten Predigt / Johan. 16[7-13] zugesaget / [...] [bittet] / das Gott diesen Himlischen Tro(e)ster / ja zu den jtzigen gefehrlichen letzten zeiten vnter den wu(e)ten vnd toben des teuffels / Welt / Bapst / Tyrannen vnd Sectirern nicht von vns nemen / sondern gnedig mit krefftigem Trost wolle beywonen vnd vns bestending im Glauben vnd gedu(e)ltig in aller Widerwertigkeit erhalten lassen.“³¹

Im Spätmittelalter jedoch war die Passionsmeditation und die *imitatio Christi* mit dem Verdienstgedanken verknüpft. Sie half dem Sterbenden, den dämonischen Anfechtungen am Sterbebett zu widerstehen; durch sie leistete der Sterbende seinen eigenen Beitrag zur Erlangung des Seelenheils. Dieser Verdienstgedanke entfällt am Sterbebett von Hunnius.

Als sich Hunnius' Gesundheitszustand verschlechtert und er nicht mehr lesen oder schreiben kann, lässt er sich, wie der Student Canut und die Fürstin Hedwig von Hessen, „die scho(e)nsten Spru(e)che / Psalmen / Historien vnd Predigten aus der Bibel vorlesen“. Am Morgen des 4. April besucht ihn sein Amtskollege Gesner. Gesner tröstet ihn mit „etlichen Trostspru(e)chen“ und erwähnt die „Gedult Job vnd Christi“. Daraufhin bittet Hunnius um „die heilige Communion des Leibes vnd Blutes Christi“.³² Es wird nach seinem „Beichtvater“ geschickt. Anwesend beim Abendmahl sind seine Kollegen, Ärzte und guten Freunde – auch im Spätmittelalter war es üblich, am Sterbebett von Familienangehörigen und Freunden umgeben zu sein. Nach alter Tradition wird Hunnius nach seinem Glauben gefragt. Gesner berichtet:

„Ehe er aber den Leib vnd Blut Christi empfangen / haben wir Jhn gefragt / wenn Gott vber jhn gebieten vnd von hinnen abfordern solt / ob er auch in der Lehre / so er bißhero gefu(e)hret / verteidiget / vnd getrieben / seeliglich abzusterven / vnd dieselbe fu(e)r dem Richterstuel Jesu Christi zubekennen gedechte / darauff er mit frewdigem Hertzen vnd Mund verstendiglich vnnd klar geantwortet / Ja.“

Gesner erzählt weiter, dass Hunnius nach dem Bekennen seines Glaubens sich „im Bett aufgesetzt / seine Hende zu Gott auffgehoben die vorgesprochenen Psalmen vnd andere Gebete andechtiglich im Hertzen nachgesprochen / vnd mit aller Reverentz das

²⁹ Vgl. Franz (1904), S. 88 und Weil (1922), S. a^v-b^r.

³⁰ Zur *compassio* und *imitatio* bei der Passionsbetrachtung vgl. Elze (1966), S. 128 u. 129 und Ruh (1950), S. 17-39.

³¹ Hunnius (1605), S. 657 u. 658.

³² Ebd., S. 658 u. 659.

hochwürdige Abendmal empfangen)“ habe.³³ Reverenz oder Andacht im Gebet und im Empfang des Abendmahls verband sich im Spätmittelalter mit dem Verdienstgedanken, welcher im Luthertum entfällt. Stephan von Landskron behauptet z. B., dass dem Christen je nach dem Maß seiner Andacht im Gebet Sünden vergeben wurden.³⁴

Nach einem kurzen Schlaf erwacht Hunnius wieder. Es werden ihm aus der Heiligen Schrift Psalmen vorgelesen, „neben andern Trostspru(e)chen vnd scho(e)nen Historien aus der schrift / auch Gebeten vnnd Christlichen Gesengen [...] daran er sein Hertenlust gehabt / die er auch mit worten vnnd andechtigen Geberden gnugsam zuuerstehen gegeben.“ Auch am spätmittelalterlichen Sterbebett wurden Psalmen gelesen, und zwar die sogenannten sieben Bußpsalmen (Ps. 6, 32, 38, 51, 102, 130, 143).³⁵ Drei dieser Psalmen – Psalm 6, 51, und 130 – befinden sich unter den zehn, die Hunnius vorgelesen wurden. Gesner berichtet weiter, dass am Abend,

„nach acht Vhren [Hunnius] gantz stille vnnd Sanffte in grosser gedult mitten vnterm Gebett / flehen vnnd Seufftzen vieler anwesenden vornehmen Leute eingeschlaffen [sei] / nach dem er zum o(e)fftern seine Seele mit David [Ps 31,5[6]] / Christo [Lk 23,46] vnd Stephano [Apg 7,59] in die gnedige Hende des Himlichen Vaters befohlen / vnd mit Simeon [Lk 2,29-32] vnnd Paulo [Phil 1,23] scheinlich gewu(e)ndschet hatte auffgelo(e)set vnd bey dem HERRn Christo zu sein.“

Indem Hunnius kurz vor seinem Tod seine Seele in die Hände Gottes befiehlt, folgt er einer langen Tradition, welche bis ins Alte Testament zurückreicht. Die Worte „In deine Hände befehle ich meinen Geist“ findet man im 31. Psalm; Christus spricht diese Worte kurz vor seinem Tod am Kreuz: „Vater, ich befehle meinen Geist in deine Hände.“ Seinen Sterbebericht über Hunnius beschließt Gesner mit dem Ausdruck der festen Überzeugung, dass Hunnius „auch gewißlich aus diesem jammerthal gefahren / vnd nun die vnuerwelkliche Krone des Lebens empfangen“ habe, mit anderen Worten, dass Hunnius ins ewige Leben eingetreten sei.³⁶

4. Die „ars moriendi“ in Leichenpredigten des 16. bis 18. Jahrhunderts

Zum Schluss stellt sich die Frage: Sind Hunnius' Leichenpredigten und Sterbeberichte (und Gesners Predigt und Sterbebericht über Hunnius) vergleichbar mit denen ihrer lutherischen Zeitgenossen? Die acht erhaltenen Leichenpredigten Johann Gerhards (1582-1637) stimmen im Wesentlichen mit Hunnius' Leichenpredigten überein. Gerhard war ein jüngerer Zeitgenosse Hunnius' und gilt als der „gelehrteste und bekannteste Vertreter der lutherischen Orthodoxie.“³⁷

³³ Ebd., S. 659.

³⁴ Stephan von Landskron (1979), S. Clir-Clir.

³⁵ Vgl. Franz (1912), S. 34 u. 37.

³⁶ Hunnius (1605), S. 659-660. Die „Krone des Lebens“ ist eine Anspielung auf Offenbarung 2,10, wo Christus dem Evangelisten Johannes befiehlt, an den Engel der Gemeinde in Smyrna zu schreiben: „Sei getreu bis an den Tod, so will ich dir die Krone des Lebens geben.“

³⁷ Vgl. Martin Honecker, Gerhard, Johann (1582-1637), in: TRE, Bd. 12, S. 448.

Das Thema der Todesbetrachtung (*meditatio mortis*) wird von Gerhard in seiner Leichenpredigt auf seinen Amtsvorgänger, den Generalsuperintendenten von Coburg, Melchior Bischoff (1547-1614), aufgenommen. Dieser Predigt liegt ein Text aus dem 2. Korintherbrief zugrunde: „WJR wissen aber / so vnser jrdisch Hauß dieser Hütten zerbrochen wird / daß wir einen Baw haben von GOtt erbawet / ein Hauß / nicht mit Händen gemacht / das ewig ist im Himmel“ (2. Kor. 5,1-10). Im ersten Teil dieser zweiteiligen Predigt lehrt Gerhard, dass den Menschen nach seinem Tod ein viel besseres Dasein erwartet: Gott „wirfft durch den Todt die jrdische Wohnung / vnnd die elende Hütten vnsers Leibes hernieder / gibt vns aber dafür eine Himlische / geraume / beständige Wohnung“. Im zweiten Teil lehrt er, „was für *affecten*, Sinn vnd Gedancken die innigliche gläubige betrachtung dieses Gegensatzes zwischen der jrdischen hütte vnd himlischen wohnung in den hertzen der waren Christen wirke“. Die Todesbetrachtung, laut Gerhard, erwecke im Christen erstens „ein sehnliches hertzliches verlangen nach solcher Himmlischen Wohnung“ und zweitens einen eifrigen „Fleiß zur wahren Gottseligkeit“. Durch Sünde möchte der Christ das künftige Leben nicht „verschertzen“, deswegen führt er ein Gott „wolgefälliges Leben“, hütet sich „für aller Befleckung durch Sünde“, lebt „im Kindlichen Gehorsam gegen Gott“ und bemüht sich „der Gerechtigkeit von hertzen befehligen“. ³⁸ Wie in Hunnius' Predigt über den Studenten Victor Steinbreicher, dient in dieser Predigt die *meditatio mortis* dazu, dass der Christ sich dem irdischen Leben abwendet, die Sünde vermeidet und nach dem künftigen Leben trachtet.

Die lutherische *ars moriendi* nimmt Gerhard zum Leitthema seiner Leichenpredigt über Kunigunde von Haßlach (1532-1616). ³⁹ Psalm 31,6 (Lk 23,46) dient als Predigttext: „In deine Hände befehl ich meinen Geist / du hast mich erlöst HERR du trewer GOtt.“ Der Kreuzestod Christi, so Gerhard, sei „ein schöner klarer Spiegel eines seligen Abschieds auß dieser Welt [...] in welchem wir sehen können / wie wir sanfft vnd selig auß dieser Pilgramschafft ins ewige Vatterland wandern können.“ Im Eingang seiner Predigt muntert Gerhard seine Zuhörer zur Nachahmung Christi (*imitatio Christi*) auf ihrem künftigen Sterbebett auf: Wie der sterbende Christus, sollen auch sie sich im Glauben zu Gott wenden, beten, ihrem Nächsten verzeihen, ein Testament machen, daran glauben, dass sie durch den Tod ins ewige Leben eingehen werden und schließlich ihre Seele in die Hände Gottes befehlen. ⁴⁰ Doch im Unterschied zum Mittelalter wird das Seelenheil durch diese Nachahmung nicht verdient. Die Worte, „du hast mich erlöst HERR du trewer GOtt“, legt Gerhard im Schluss seiner Predigt in drei Punkten aus: Seine Zuhörer sollen Gott vertrauen, dass Christus sie erlöst und erkauft hat; sie sollen sich auf Gottes Wahrheit und Treue verlassen; und sie sollen glauben, dass Christus am Kreuz mit seiner eigenen Seele auch die Seelen aller Gläubigen bereits in die Hände Gottes befohlen habe. ⁴¹ Somit können Sie, als lutherische Christen, bereits vor ihrem Tod ihres Seelenheils gewiss sein.

³⁸ Gerhard (2001), S. 143-144 u. 149-150.

³⁹ Eine eingehende Analyse dieser Leichenpredigt findet sich bei Reinis (2004), S. 24-45.

⁴⁰ Gerhard (2001), S. 195-196.

⁴¹ Ebd., S. 204-207.

Im biographischen Teil der Predigt wird der Tod der verstorbenen Kunigunde von Haßlach nur sehr kurz beschrieben:

„[...] denn da hat sie sich durch wahre Buß zum lieben GOTT in ihrer Krankheit gewendet / erst vor vier Wochen die tröstliche Absolution auß dem Munde ihres Seelsorgers angehört / auch mit gläubiger Niessung deß wahren Leibs vnnnd Bluts Christi / die Verheissung von gnädiger vergebung der Sünden jhr zugeeignet / darauff jhren Willen in GOTTes Willen ergeben / jhr Creutz mit Gedult ertragen / im Gebet ausgehalten / vnd endlich ihre Seele in die Hände Gottes befohlen / vnd also gleich in den Armen ihres vnd vnsers Erlösers Christi Jesu selig eingeschlaffen.“⁴²

Die wichtigsten Elemente des lutherischen Todes sind hier alle vorhanden: Beichte und Absolution, Abendmahl, Geduld im Leiden, Gebet, das Befehlen der Seele in die Hände Gottes und schließlich die Versicherung des Predigers, dass das Seelenheil der Verstorbenen gesichert ist.

Werner Friedrich Kümmel fasst den „idealtypische[n] Ablauf des Sterbens“, nach Untersuchung ausgewählter Leichenpredigten in der Herzog August Bibliothek in Wolfenbüttel, in einem Aufsatz mit dem Titel *Der sanfte und selige Tod: Verklärung und Wirklichkeit des Sterbens im Spiegel lutherischer Leichenpredigten des 16. bis 18. Jahrhunderts* folgendermaßen zusammen: Der Sterbende

„wendet sich von allen irdischen Dingen ab [...] und läßt den Pfarrer zu sich rufen. Er beichtet seine Sünden, erhält die Absolution, bekennt seinen Glauben und empfängt das Abendmahl. Er [...] verabschiedet sich von Angehörigen und Freunden [...]. Alle Schmerzen [...] erträgt er mit größter Geduld. [...] Tag und Nacht ist er von Bibelworten, Gebeten und Gesang umgeben, bis er schließlich stirbt, ohne eine Miene zu verziehen oder auch nur einen Finger zu bewegen.“⁴³

Hinzuzufügen wäre, dass der Sterbende, der Autor seiner Leichenpredigt, oder beide, die Überzeugung äußern, dass das Seelenheil gewiss sei. Lutherische Sterbeberichte folgten also einem bestimmten, jedoch variierbaren Muster. Dieses Muster unterschied sich von dem spätmittelalterlichen insofern, als dass der Sterbende kaum mehr von Teufeln angefochten wurde. Obwohl er seine Sünden beichtete und das Heilige Abendmahl empfing, entfiel das dritte Sakrament, die Krankensalbung. Im Unterschied zur mittelalterlichen Lehre stand das ewige Seelenheil in der Todesstunde nicht mehr auf dem Spiel; es konnte und musste nicht mehr durch frommes Verhalten am Sterbepett verdient werden.

Die protestantische Rechtfertigungslehre relativierte demnach die Bedeutung der Todesstunde; auch ist dem Urteil der Historikerin Claudia Resch zuzustimmen, dass im Laufe der Reformation sich eine bedingte „Entdramatisierung“ und „Entritualisierung“ der Todesstunde vollzog.⁴⁴ Zurecht stellt sich dennoch die Frage: Warum wurden Lebensläufe mit ausführlichen Todesschilderungen zum festen Bestandteil lutherischer

⁴² Ebd., S. 212-213.

⁴³ Kümmel (1984), S. 202.

⁴⁴ Resch (2006), S. 217-218.

Leichenpredigten? Auf diese Frage antwortet Hunnius in der Einleitung zu seiner Leichenpredigtensammlung: Leichenpredigten zeugen vom Glauben der Verstorbenen und regen zur Nachahmung an.⁴⁵ Hat die Philosophin Susanne Langer recht, ist noch ein weiterer Grund der den Sterbeberichten gewidmeten Achtung zu erkennen: Das geordnete Ritual des Sterbens verleiht dem Sterben des einzelnen Christen kosmische Bedeutung. Derselbe allmächtige Gott, der die Welt erschaffen hat, wartet darauf, die Seele jedes einzelnen Menschen in seine Hände aufzunehmen. Diese Versicherung gilt dem Sterbenden selbst ebenso wie den Anwesenden am Sterbebett, den Hinterbliebenen bei der Leichenpredigt und letztlich den Lesern der gedruckten Leichenpredigt. Der Sterbende findet seinen Platz in der Weltgeschichte und im Universum.

Literatur

1. BBK: Biographisch-Bibliographisches Kirchenlexikon, www.bautz.de (gesehen: 22.02.2010).
2. Elze (1966): Martin Elze, Das Verständnis der Passion Jesu im ausgehenden Mittelalter und bei Luther, in: Hans Liebig, Klaus Scholder (Hrsg.), Geist und Geschichte in der Reformation, Berlin 1966, S. 127-151.
3. Franz (1912): Adolf Franz (Hrsg.), Das Rituale des Bischofs Heinrich I. von Breslau, Freiburg i. Br. 1912.
4. Franz (1904): Adolph Franz (Hrsg.), Das Rituale von St. Florian aus dem zwölften Jahrhundert, Freiburg i. Br. 1904.
5. Gerhard (2001): Johann Gerhard, Sämtliche Leichenpredigten, Stuttgart-Bad Cannstatt 2001.
6. Gerson (1966): Jean Gerson, La médecine de l'ame, in: P. Glorieux (Hrsg.), Oeuvres Complètes, Band VII (1), L'oeuvre française, Paris 1966, S. 404-407.
7. Grosse (1994): Sven Grosse, Heilungswißheit und Scrupulositas im späten Mittelalter: Studien zu Johannes Gerson und Gattungen der Frömmigkeitstheologie seiner Zeit, Tübingen 1994.
8. Hamm (2005): Berndt Hamm, Luthers Anleitung zum seligen Sterben vor dem Hintergrund der spätmittelalterlichen *Ars moriendi*, in: Martin Ebner, Erich Zenger (Hrsg.), Leben trotz Tod, Neukirchen-Vluyn 2005, S. 311-362.
9. Hunnius (1605): Ägidius Hunnius, Acht vnd Dreissig Leychpredigten Bey o(e)ffentlichen Begengnu(e)ssen vnd Begra(e)bnu(e)ssen / etlicher Hohen Fu(e)rstlichen / auch sonst Herrn stands / so wol Adelichen vnd anderer Personen / gehalten theils zu Marpurg in Hessen / Theils allhier zu Wittemberg / Welche hievor jede fu(e)r sich besonders gedruckt / nun aber aus bewegenden Vrsachen in ein Buch zusammen gebracht / Durch den Autoren selbst / Aegidivm Hvnivm, Wittenberg 1605.
10. Klein (1958): Luise Klein, Die Bereitung zum Sterben: Studien zu den evangelischen Sterbebüchern des 16. Jahrhunderts, Theol. Diss., Göttingen 1958.

⁴⁵ Hunnius (1605), S. iij^v.

11. Kolb (1996): Robert Kolb, Passionsmeditation: Luthers und Melanchthons Schüler predigen und beten die Passion, in: Michael Beyer, Günther Wartenberg (Hrsg.), Humanismus und Wittenberger Reformation: Festgabe anlässlich des 500. Geburtstages des Praeceptor Germaniae, Philipp Melanchthon am 16. Februar 1997, Leipzig 1996, S. 267-293.
12. Kümmel (1984): Werner Friedrich Kümmel, Der sanfte und selige Tod: Verklärung und Wirklichkeit des Sterbens im Spiegel lutherischer Leichenpredigten des 16. bis 18. Jahrhunderts, in: Rudolf Lenz (Hrsg.), Leichenpredigten als Quelle Historischer Wissenschaften, Band III, Marburg an der Lahn 1984, S. 199-226.
13. Langer (1957): Susanne K. Langer, Philosophy in a New Key: A Study in the Symbolism of Reason, Rite and Art, Cambridge 1957.
14. Matthias (2004): Markus Matthias, Theologie und Konfession: Der Beitrag von Ägidius Hunnius (1550-1603) zur Entstehung einer lutherischen Religionskultur, Leipzig 2004.
15. Niekus-Moore (1993): Cornelia Niekus-Moore, Praeparatio ad mortem: Das Buch bei der Vorbereitung und Begleitung des Sterbens im protestantischen Deutschland des 16. und 17. Jahrhunderts, Pietismus und Neuzeit 19 (1993), S. 9-18.
16. O'Connor (1942): Mary Catharine O'Connor, The Art of Dying Well: The Development of the *Ars moriendi*, New York 1942.
17. OER (1996): Hans J. Hillerbrand (Hrsg.), The Oxford Encyclopedia of the Reformation, Band I-IV, New York/Oxford 1996.
18. Reinis (2004): Austra Reinis, How Protestants Face Death: Johann Gerhard's funeral sermon for Kunigunde Gotsmännin, widow of Hans Dietrich von Haßlach zu Stockheim (d. 1616), Theological Review 2 (2004), 1, pp. 24-45.
19. Reinis (2007a): Austra Reinis, „Admitted to the Heavenly School“: Consolation, Instruction, and Admonition in Aegidius Hunnius's Academic Funeral Sermons, Sixteenth Century Journal 38 (2007), 4, pp. 995-1012.
20. Reinis (2007b): Austra Reinis, Reforming the Art of Dying: The *Ars moriendi* in the German Reformation (1519-1528), Aldershot 2007.
21. Resch (2006): Claudia Resch, Trost im Angesicht des Todes: Frühe reformatorische Anleitungen zur Seelsorge an Kranken und Sterbenden, Tübingen/Basel 2006.
22. Rudolf (1957): Rainer Rudolf, *Ars moriendi*: Von der Kunst des heilsamen Lebens und Sterbens, Köln 1957.
23. Rudersdorf (1991): Manfred Rudersdorf, Ludwig IV. Landgraf von Hessen-Marburg (1537-1604): Landesteilung und Luthertum in Hessen, Mainz 1991.
24. Ruh (1950): Kurt Ruh, Zur Theologie des mittelalterlichen Passionstraktats, Theologische Zeitschrift 6 (1950), S. 17-39.
25. Stephan von Landskron (1979): Gerardus Johannes Jaspers (Hrsg.), Stephan von Landskron: Die Hymelstrasz. Mit einer Einleitung und vergleichenden Betrachtungen zum Sprachgebrauch in den Frühdrucken (Augsburg 1484, 1501 und 1510), Amsterdam 1979.
26. Sundmark (2008): Stina Fallberg Sundmark, Sjukbesök och dödsberedelse: Sockenbudet i svensk medeltida och reformatorisk tradition, Skellefteå 2008.

27. Swanson (1993): The Book of the Craft of Dying, in: Robert N. Swanson (Hrsg.), Catholic England: Faith, Religion and Observance before the Reformation, Manchester/New York 1993.
28. TRE (1993-2006): Gerhard Krause, Gerard Müller (Hrsg.), Theologische Realenzyklopädie. Studienausgabe, Bände I-XXXVI, Berlin/New York 1993-2006.
29. WA (1883-1999): Martin Luther, D. Martin Luthers Werke, Kritische Gesamtausgabe, Bände I-VXVIII, Weimar 1883-1999.
30. Weil (1922): Ernst Weil (Hrsg.), Die deutsche Übersetzung der *Ars moriendi* des Meisters Ludwig von Ulm um 1470, Faksimiledruck, München-Pasing 1922.

Welche Rolle soll dem Arzt bei der Sterbehilfe zukommen? Beispiele für kontroverse Positionen seit dem 19. Jahrhundert¹

Christoph Schweikardt

1. Einleitung

Die Frage, ob der Arzt zur Verkürzung des Lebens beitragen soll oder darf, wurde im Verlauf des 19. und 20. Jahrhunderts sehr unterschiedlich beantwortet und wird bis heute kontrovers diskutiert. Dies soll in einem Überblick an ausgewählten Beispielen verdeutlicht werden. Zunächst wird die Rolle des Arztes im Sterbeprozess in der traditionellen ärztlichen Ethik des 19. Jahrhunderts dargestellt, wie sie auch in entsprechende Lexika Eingang gefunden hat. Besagte Perspektive wird mit der Arztrolle bei der Beurteilung des sogenannten „Lebenswertes“ am Beispiel der Schriften „Das Recht auf den Tod“ von Adolf Jost aus dem Jahr 1895 und „Die Freigabe lebensunwerten Lebens“ von Karl Binding und Alfred Hoche, erstmals erschienen im Jahr 1920, kontrastiert. Beide Schriften beinhalten Gedankengut, das den Patientenmorden im Nationalsozialismus den Weg bereitet hat. Bis heute stellen diese Verbrechen ein Erbe dar, das als Mahnung im Hintergrund mitschwingt, im Gegensatz beispielsweise zu unseren niederländischen Nachbarn.

In einem weiteren Schritt geht es um Richtlinien der Bundesärztekammer für die deutsche Ärzteschaft seit 1979, welche auch in ihren jeweiligen Neufassungen die Ablehnung ärztlicher Beihilfe zur Selbsttötung oder Tötung auf Verlangen dokumentieren. Zwei Beispiele, die in Deutschland heftige Diskussionen auslösten, seien dieser Haltung gegenübergestellt: In den 1980er Jahren erregte Julius Hackethals Provokation der etablierten Ärzteschaft besonderes Aufsehen. In einem Fall der Beihilfe zur Selbsttötung brachte er gezielt die Sterbehilfe und sein Argument der „Mitleidstötung“ in die öffentliche Diskussion. Des Weiteren schuf die niederländische Gesetzgebung Freiräume zur straflosen Beendigung des Lebens eines Patienten durch den Arzt. Einer der zentralen Gesichtspunkte ist hierbei die Frage, wie viel Entscheidungsmacht dem Arzt bei der Beendigung des Lebens eines Patienten zukommen soll.

2. Sterbehilfe in Lexika des 19. Jahrhunderts

Auch wenn im Laufe des 19. Jahrhunderts die aktive Sterbehilfe von einzelnen Ärzten als Option propagiert wurde, wie neue Forschungen von Michael Stolberg zeigen,² so bleibt doch festzuhalten, dass die aktive Sterbehilfe in der Ärzteschaft auf breite Ablehnung stieß. Sterbebegleitung findet sich in Nachschlagewerken des 19. Jahrhunderts

¹ Der Beitrag wurde im Rahmen des von der VW-Stiftung geförderten Forschungsprojektes „Tod und toter Körper – Zur Veränderung des Umgangs mit dem Tod in der gegenwärtigen Gesellschaft“ im Teilprojekt III *Medizingeschichte & Medizinethik* (Leitung: Dominik Groß, Universitätsklinikum der RWTH Aachen) verfasst.

² Stolberg (2009), S. A1837; zur Einordnung siehe Benzenhöfer (2009), S. 69.

unter dem Begriff der „Euthanasie“, welcher der ursprünglichen Bedeutung „eu-tha-natos“, also „guter Tod“, noch nahekommt. In der „Allgemeinen Encyclopädie der Wissenschaften und Künste“ von 1843 wird unter Euthanasie „Todeslinderung“ verstanden. Dabei wird betont, der Arzt dürfe den Kranken nicht zu früh aufgeben und diesem nicht durch eine nachlassende Sorgfalt verraten, dass er aufgegeben sei. Dem Sterbenden sollen die letzten Stunden versüßt werden. Weiter heißt es:

„In keinem Falle darf der Arzt den Todeskampf durch Mittel (etwa durch große Gaben von Narcoticis) abzukürzen suchen. Ebenso muß er sich den noch immer verbreiteten Verfahrensweisen widersetzen, durch die man ebenfalls die Agonie abzukürzen sucht, dem Wegziehen des Kopfkissens, dem Bedecken des Gesichtes mit einem Tuche, dem Umlegen des Kranken aufs Gesicht, dem Zubinden oder sonstigen Verstopfen der Nase oder des Mundes ...“³

Auch in der „Real-Encyclopädie der Gesamten Heilkunde“ von 1883 wird ausgeführt, dass „auch der Arzt selbst bei allem Streben nach Euthanasie nicht berechtigt ist, das Geringste zu thun, was zur Verkürzung des Lebens beitragen kann [...]“.⁴ Der Wert des menschlichen Lebens wird in diesen Beiträgen vorausgesetzt und nicht diskutiert bzw. in Frage gestellt.

3. Adolf Josts „Das Recht auf den Tod“ von 1895

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts entstand ein relevanter öffentlicher Diskurs über Tötung auf Verlangen bzw. Beihilfe zum Suizid.⁵ Eine wichtige Programmschrift zugunsten der Tötung auf Verlangen wie auch der Tötung geistig unheilbar Kranker wurde 1895 veröffentlicht. Ihr Autor war Adolf Jost, zum Zeitpunkt der Veröffentlichung 20 oder 21 Jahre alt, Student der Philosophie, Mathematik und Physik in Göttingen.⁶

Jost setzte den Lebenswert des Individuums in Beziehung zum Nutzen für die Gesellschaft. In einer sehr starken Vereinfachung setzte er den Wert eines Menschenlebens aus zwei Faktoren zusammen. Der erste Faktor sei die Summe von Freude und Schmerz, die der Mensch selbst zu erleben habe. Der zweite Faktor sei die Summe von Nutzen oder Schaden, die das Individuum für seine Mitmenschen darstelle.⁷ Werden beide Faktoren negativ, so „hat niemand ein Interesse am Fortleben des Individuums, dann müssen wir alle, nicht bloß aus Mitleid, sondern auch aus Egoismus das Recht auf den Tod anerkennen, dann giebt es auch ein solches Recht“.⁸ Jost behauptete sodann ein solches Recht für die geistig unheilbar Kranken⁹ und fuhr fort: „In der Regel führen

³ Theile (1843), S. 208.

⁴ Samuel (1886), S. 640.

⁵ Fittkau/Gehring (2008).

⁶ Zum Lebensweg von Jost vgl. Benzenhöfer (1999), S. 93 und Benzenhöfer (2009), S. 82, Anm. 5.; zur deutschsprachigen Diskussion um den Lebenswert vgl. Benzenhöfer (2009), S. 81f.

⁷ Jost (1895), S. 13.

⁸ Ebd.

⁹ Ebd., S. 16.

Geisteskranke nicht nur ein nutzloses, sondern auch ein höchst qualvolles Leben“¹⁰, womit er den individuellen Faktor als negativ wertete. Im Hinblick auf Nutzen und Schaden für die Gesellschaft vertrat er eine Ökonomisierung des Wertes menschlichen Lebens, indem er argumentierte:

„Der Kranke konsumiert eine beträchtliche Menge materieller Werthe, mehr als der gesunde Mensch. Einer von ihnen, oder wenigstens mehrere zusammen absorbieren die Arbeitskraft mehrerer Leute, die sie zu pflegen und zu warten haben, sie verbrauchen Nahrung und Arzneien etc. Sie producieren in der Regel nichts ...“¹¹

Weitere Faktoren waren für Jost die Ansteckungsgefahr für die Umgebung und die negativen Auswirkungen des Kranken auf sein soziales Umfeld. So konstatierte Jost:

„[a]uch die psychischen Einflüsse, die jeder Kranke, insbesondere aber der unheilbare auf seine Umgebung ausübt, sind in der Regel unheilvolle. All dies hoffnungslose Elend und dieser nutzlose Schmerz, den der Kranke erduldet, wirken auf alle in seiner Nähe befindlichen Menschen im höchsten Grade deprimierend.“¹²

Jost postulierte in solchen Fällen nicht nur ein Recht auf den Tod, sondern ging einen Schritt weiter, indem er in solchen Fällen eine Pflicht, dieses Recht anzuerkennen, seitens der Gesellschaft forderte, und die moralische Pflicht des Betroffenen, sich nicht nur von seinen Qualen zu befreien, sondern die Gesellschaft von einer nutzlosen Last zu erlösen.¹³ Dies galt Jost zufolge auch für die Durchführung des Tötungsaktes: „Ebenso vollführt jeder, der ihm hiezu Beistand leistet, einen Akt der Humanität, und fördert damit auch indirekt den Fortschritt des menschlichen Geschlechtes überhaupt.“¹⁴

In seinem Gedankenspiel zur praktischen Umsetzung führte Jost als Möglichkeit eine zu schaffende gesetzliche Regelung des Tötens unheilbar Kranker an. Man könne, wenn man nicht jeden Selbstmord sanktionieren wolle, dieses Recht auf unheilbar Kranke beschränken. An dieser Stelle kam die Rolle des Arztes ins Spiel, der in Josts Gedankenspiel eine Schlüsselrolle einnahm:

„[...] oder man kann, wenn man nicht jeden Selbstmord sanktionieren will, dieses Recht auf unheilbar Kranke beschränken, also die Erlaubtheit der Tödtung von der Diagnose eines oder einiger Aerzte abhängig machen, andererseits von der Zustimmung des Patienten selbst. In Fällen geistiger Krankheit würde natürlich beiden Betrachtungsweisen nach die Diagnose allein entscheidend sein.“¹⁵

Jost sprach also geistig Kranken eine selbstbestimmte Entscheidung über die Beendigung ihres Lebens ab.

¹⁰ Ebd.

¹¹ Ebd., S. 17.

¹² Ebd.

¹³ Ebd., S. 37.

¹⁴ Ebd.

¹⁵ Ebd., S. 40.

Für die Entscheidung, ab wann eine Situation als hoffnungslos anzusehen sei, gab es für Jost zwei Lösungsmöglichkeiten. Die erste bezog den Arzt individuell ein:

„Wir könnten die Sache thatsächlich in jedem einzelnen Falle dem wissenschaftlichen Gewissen des Arztes anheimstellen und wenn er in einem bestimmten Zeitpunkte irgend eines Krankheitsfalles die Hoffnung aufgibt, das Recht auf den Tod in Kraft treten lassen. Wir würden damit ein Verfahren haben, welches dem analog wäre, das man heute bei lebensgefährlichen Operationen anwendet. Auch hier giebt es Fälle, in welchen man ohne Operation besser gefahren wäre. Trotzdem setzt man im Allgemeinen auf die Tüchtigkeit des Arztes so viel Vertrauen, daß man sein subjectives Ermessen für eine genügende Therapie ansieht.“¹⁶

Als zweite Möglichkeit führte Jost aus, das Vorliegen der Diagnose für bestimmte Krankheiten, die in der medizinischen Wissenschaft als unheilbar gelten, für die Tötungserlaubnis heranzuziehen.¹⁷ Dabei hatte er offensichtlich die geistig Kranken im Blick, bei denen nach dem damaligen Stand der Wissenschaft eine Diagnose ohne Hoffnung auf Besserung vorlag. In Josts Gedankenexperiment konnte deren Tötung vorgenommen werden, ohne dass noch individuell ein Arzt hätte hinzugezogen werden müssen. Allerdings hätten Ärzte beim Stellen einer entsprechenden Diagnose gewusst, dass diese gleichzeitig als mögliches Todesurteil zu werten gewesen wäre.

Jost bestritt eine spezifisch ärztliche Ethik und behauptete, Mitleid gegenüber dem unheilbar Kranken gelte auch für den Arzt:

„Man sagt da gerne, der Arzt sei da um das Leben zu erhalten, nicht um es zu vernichten, und es würde sich nie ein wirklich gewissenhafter Arzt dazu hergeben, gewissermaßen beim Selbstmorde Beistand zu leisten. Gegen diese, gewöhnlich in hohem Pathos vorgetragenen Phrasen habe ich nur zu erwidern, daß es eine spezifisch medizinische Ethik nicht giebt. Es giebt vielmehr nur eine allgemein menschliche Ethik, die uns gebietet, mit dem Leidenden Mitleid zu haben, und dieses Mitleid auch zu bethätigen. Diese Verpflichtung hat der Arzt eben in der vorliegenden Sache auch. Wenn er dem Unglücklichen auf dem Krankenbett das Leben nicht mehr erhalten kann, dann muß er doch die Verpflichtung fühlen, daß er den Betreffenden nicht einem langen zwecklosen Siechthum überlassen dürfe; und eben dieses Gefühl wird ihm auch sagen, daß es unter Umständen gerade so gewissenlos sein kann, einem vollständig Lebensunfähigen den Tod zu versagen, als einen Lebensfähigen zu Grunde gehen zu lassen.“¹⁸

Außer der Stoßrichtung, ein problematisches „Recht auf den Tod“ zu postulieren und die Tötung unheilbar Kranker legitimieren zu wollen,¹⁹ bestand ein weiteres Ziel also in der Umwidmung traditioneller ärztlicher Ethik vom Erhalt menschlichen Lebens hin

¹⁶ Ebd., S. 41.

¹⁷ Ebd.

¹⁸ Ebd., S. 41f.

¹⁹ Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 84.

zur Tötung aus „Mitleid“ und zur Entscheidung über eine möglicherweise zur Lebensbeendigung führenden Diagnose.

4. Die „Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ und die „Euthanasie“ im Nationalsozialismus

Nach dem Ersten Weltkrieg griffen Karl Binding (1841-1920), emeritierter Professor für Strafrecht, und der Psychiater Alfred Hoche (1865-1943) in ihrer Schrift „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ im Jahr 1920 Josts Anliegen der unverbottenen Sterbehilfe wieder auf.²⁰ Ihre Schrift gilt als geistiger Wegbereiter für die „Euthanasie“-Aktionen im Nationalsozialismus.²¹

Binding und Hoche stellten „zwei neue Arten unverbottener Tötungen Dritter“²² vor. Der erste Weg sei ein Antrag des tödlich Kranken selbst, ein vom Kranken mit der Antragstellung Betrauter oder seines Arztes an eine Staatsbehörde.²³ Deren erste Aufgabe bestehe in der Feststellung der Voraussetzungen zur Freigabe der Tötung, also die Feststellung unrettbarer Krankheit oder unheilbaren Blödsinns und eventuell die der Fähigkeit des Kranken zu beachtlicher Einwilligung in den Fällen der ersten Gruppe. Besetzt sollte diese sein mit einem Arzt für körperliche Krankheiten, einem Psychiater oder einem mit Geisteskranken vertrauten Arzt sowie einem Juristen. Als Einschränkung wurde genannt, der Antragsteller und der behandelnde Arzt des Kranken dürften als Mitglieder dem Ausschuss nicht angehören. In diesem Zusammenhang führten Binding und Hoche aus:

„Niemandem darf *ein Recht zur Tötung*, noch viel weniger jemandem eine *Pflicht zur Tötung* eingeräumt werden – auch dem Antragsteller nicht. *Die Ausführungstat muß Ausfluß freien Mitleids mit dem Kranken sein.* Der Kranke, der seine Einwilligung auf das Feierlichste erklärt hat, kann sie natürlich jeden Augenblick zurücknehmen, und dadurch die Voraussetzung der Freigabe und damit sie selbst nachträglich umstürzen.“²⁴

Allerdings öffneten Binding und Hoche mit dem zweiten Weg das Tor zum Missbrauch weit: Sie propagierten eine „Eigenmächtige Tötung eines Unheilbaren unter Annahme der Voraussetzungen freizugebender Tötung“, um den Unheilbaren nicht länger unerträglichen Qualen auszusetzen. Dem Täter solle für solche Fälle eine Anzeigepflicht auferlegt werden, und bei unverzeihlichem Irrtum greife die Strafe wegen fahrlässiger Tötung.²⁵ Ärzten konnte also als möglichen Antragstellern wie als Ausschussmitgliedern bei der Antragsbegutachtung eine Schlüsselrolle zukommen.

²⁰ Binding/Hoche (1920), S. 5, bezieht sich explizit auf Jost. Zur Wirkungsgeschichte siehe die Beiträge in Riha (2005).

²¹ Schumann (2005), S. 37 u. S. 64f.

²² Binding/Hoche (1920), S. 39.

²³ Ebd., S. 36.

²⁴ Ebd., S. 37.

²⁵ Binding/Hoche (1920), S. 38f.

Solches Gedankengut wurde im Nationalsozialismus in die Praxis umgesetzt.²⁶ Nachdem Adolf Hitler auf privatem Briefpapier, zurückdatiert auf den Kriegsbeginn am 1. September 1939, die „Euthanasie“ genannte Ermordung geistig Behinderter und psychiatrischer Patienten gutgeheißen hatte, während Patientenmord nach dem Buchstaben des Gesetzes strafbar blieb, hatten Ärzte und Juristen im Rahmen der „Kinder-euthanasie“ und der sogenannten „Aktion T4“, wie bei Binding und Hoche vorgesehen, eine Schlüsselstellung bei der Begutachtung gemeldeter Patienten und der Entscheidung über ihre Ermordung. Hinzu kam, dass es bei der sogenannten „dezentralen Euthanasie“ nach dem Abbruch der „Aktion T4“ im Jahr 1941 bis zum Kriegsende den Entscheidungsträgern vor Ort – in den Ausweichkrankenhäusern häufig wiederum Ärzten – oblag, inwieweit sie durch geistig Behinderte und psychiatrisch Kranke belegte Betten durch Vernachlässigung, Verhungernlassen oder tödliche Medikamente zur Aufnahme von Kriegsverwundeten frei machten. Im „Krieg gegen die psychisch Kranken“, so Heinz Faulstich, wurde – einschließlich der Opferzahlen in anderen europäischen Ländern – die Zahl von 300.000 Opfern überschritten.²⁷

5. Die Richtlinien der Bundesärztekammer seit 1979

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde in Deutschland die Debatte um die Sterbehilfe zunächst vom Thema „NS-Euthanasie“ bestimmt.²⁸ Bis Anfang der 1970er Jahre wurde kaum für „aktive Sterbehilfe“ argumentiert.²⁹ 1973 wurde in einem Prozess in den Niederlanden eine Ärztin symbolisch zu einer Woche Freiheitsentzug auf Bewährung verurteilt, nachdem sie ihre nach einem Schlaganfall teilweise gelähmte Mutter auf deren Bitte durch eine Morphininjektion getötet hatte.³⁰ Dies trug zu einer „Enttabuisierung“ des Themas in der öffentlichen Debatte bei.³¹ 1976 empfahl der Europarat, den Willen des kranken Menschen zu respektieren und national ärztliche Richtlinien für die Sterbehilfe auszuarbeiten,³² was drei Jahre später von der Bundesärztekammer umgesetzt wurde.

Die Bundesärztekammer blieb in ihren Richtlinien bzw. Grundsätzen von 1979, 1993, 1998 und 2004 bei einer ablehnenden Haltung zur aktiven Sterbehilfe. Der „Kommentar zu den Richtlinien für die Sterbehilfe“ des Vorstands der Bundesärztekammer von 1979 nannte als Pflichten gegenüber dem Sterbenden „Behandlung, Beistand und Pflege“³³ und betonte, aktive Sterbehilfe sei unzulässig und mit Strafe bedroht. Wichtig sei die Beachtung des Willens des Patienten bei der Behandlung, und es gebe keine Verpflichtung, alle der Lebensverlängerung dienenden Maßnahmen einzu-

²⁶ Zur „Euthanasie“ im Nationalsozialismus siehe z. B. Schmuhl (2001), S. 295-328, und Süß (2003), S. 127-150 u. S. 311-369.

²⁷ Faulstich (2000), S. 228.

²⁸ Benzenhöfer (2009), S. 118.

²⁹ Ebd., S. 125.

³⁰ Ebd., S. 126.

³¹ Vgl. ebd., S. 126-128.

³² Ebd., S. 129.

³³ Bundesärztekammer (1979), S. 957.

setzen. In den Richtlinien von 1993 warnte die Bundesärztekammer vor „Verunsicherungen, besonders, als auch in seriösen Publikationen die Meinung vertreten wurde, man dürfe todkranken und sterbenden Menschen nicht vorenthalten, was Tieren gewährt werde, die sogenannte Erlösung durch Einschläferung nämlich. Eine neue Eskalation dieser Auffassung beobachten wir derzeit in den Niederlanden und in einzelnen Staaten der USA.“³⁴ Sogenannte „Patiententestamente“, heute Patientenverfügungen genannt, sah die Bundesärztekammer damals noch kritisch:

„In Deutschland deutet sich ein Wandel bezüglich der Bedeutung sogenannter ‚Patiententestamente‘ an in dem Sinne, daß die behandelnden Ärztinnen und Ärzte den schriftlichen Niederlegungen ihrer Patienten für den Fall einer vermeintlich irreversiblen Erkrankung zu folgen hätten, obwohl diese Erklärungen zumeist an gesunden Tagen, unter Verdrängung der Sorge, wirklich einmal in eine derartige Situation geraten zu können, und nicht selten unter dem Eindruck des Miterlebens einer zum Tode führenden Erkrankung oder Verletzung eines nahestehenden Menschen entstanden sind. Solche Patiententestamente mögen im Einzelfall juristisch einfache Problemlösungen bedeuten; ethisch und ärztlich sind sie keine nennenswerte Erleichterung.“³⁵

Fünf Jahre später hatte sich diese Auffassung gewandelt. In der Neufassung im Jahr 1998 wurden Patientenverfügungen als wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes gewürdigt und als verbindlich deklariert, „sofern sie sich auf die konkrete Behandlungssituation beziehen und keine Umstände erkennbar sind, daß der Patient sie nicht mehr gelten lassen würde“.³⁶ 1993 wurde das Selbstbestimmungsrecht des Patienten unter dem Punkt „Behandlung“ aufgeführt.³⁷ Demgegenüber wurde 1998 das Selbstbestimmungsrecht des Patienten in der Präambel, also an prominenter Stelle platziert: „Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen.“ Mittlerweile hat der Gesetzgeber Patientenverfügungen für verbindlich erklärt.³⁸

6. Julius Hackethals Forderung einer „Mitleidstötung“

Zu den Verfechtern einer „Mitleidstötung“ gegen den Widerstand der etablierten Ärzteschaft gehörte der Chirurg und „Ärzterebell“ Julius Hackethal. Er erfuhr 1982 auf

³⁴ Bundesärztekammer (1993), S. B1971.

³⁵ Ebd.

³⁶ Bundesärztekammer (1998), S. A2367.

³⁷ Bundesärztekammer (1993), S. B1971.

³⁸ BGB, § 1901a Patientenverfügung: „Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen.“ Siehe Bürgerliches Gesetzbuch (2009).

einer Tagung der 1980 gegründeten „Deutsche[n] Gesellschaft für Humanes Sterben“ (DGHS), dass Beihilfe zum Selbstmord nicht strafbar sei.³⁹ 1984 starb in der Privatklinik von Julius Hackethal eine 69 Jahre alte, an Gesichtskrebs erkrankte Patientin, nachdem sie Zyankali genommen hatte. Hackethal hatte ihr den Giftbecher an das Bett gestellt.⁴⁰ Eine Nichte löste das Gift in einer Flüssigkeit auf. Sie reichte es ihrer Tante, die es selbst schluckte und starb. Hackethal nahm die Szene mit einer Videokamera auf. Der Film wurde wenig später gekürzt im Fernsehen gezeigt.⁴¹ Hackethal selbst beurteilte in einem Interview im selben Jahr das Echo aus der Bevölkerung als überwiegend positiv.⁴² Zu einer Verurteilung kam es nicht, da die Frau die Kapsel selbstständig geschluckt hatte. Innerhalb der in Deutschland durch das Strafrecht gezogenen Grenzen hatte Hackethal getan, was ihm möglich gewesen war, um dem Todeswunsch der Kranken zu entsprechen.

Hackethal plädierte für ein Mitleidstötungsrecht für Ärzte mit dem Ziel, ein „Menschenrecht auf Humanes Sterben“ zu verwirklichen. Hierzu nannte er sieben Gebote: erklärter fester Wille des Patienten, end- und hoffnungsloses, quälerisches Krankheitsleid, Mitleidstötung nur als letzter „Liebesdienst“, nachdem zuvor nach bestem Wissen und Gewissen versucht wurde, das Krankheitsleid zu bessern und Hilfen zum Weiterleben wollen zu geben, ausreichende Zeugenschaft, humaner Mitleidstötungsakt in würdigem Rahmen ohne jede Qual, keine Vergütung, und Meldung an die Behörde.⁴³ Dies, so Hackethal, sollte auch berufsrechtlich verankert werden: „Mein Ziel ist, daß in die Berufsordnung die Bestimmung kommt, daß in bestimmten, besonders gelagerten Fällen die aktive Sterbehilfe sogar eine ärztliche Pflicht wird – genau wie die, das Leben zu erhalten.“⁴⁴

In Deutschland blieb jedoch die aktive Sterbehilfe strafbar, während in den Niederlanden Ärzten Freiräume eröffnet wurden, unter bestimmten Bedingungen straffrei das Leben eines Menschen zu beenden.

7. Die Regelungen in den Niederlanden und ihre Rezeption in Deutschland

In den Niederlanden gab es während der deutschen Besatzung zwischen 1940 und 1945 kein vergleichbares „Euthanasie“-Programm wie in Deutschland.⁴⁵ Nach dem Prozess des Jahres 1973 entwickelte sich eine Diskussion, in deren Verlauf die Ärzteschaft sich nach anfänglicher Ablehnung zugunsten des medizinisch assistierten Sterbens aussprach.⁴⁶ Im Zeitraum von 1975 bis 1998 wuchs die Mehrheit der Niederländer, welche die Möglichkeit des assistierten Sterbens unterstützte, von 52,6% auf ca. 90%.⁴⁷ Zwei

³⁹ Hackethal (1984a), S. 8f.

⁴⁰ Atrott (1984), S. 6.

⁴¹ Hackethal (1984b).

⁴² Hackethal (1984a), S. 9f.

⁴³ Hackethal (1992), S. 258-260.

⁴⁴ Hackethal (1984a), S. 10.

⁴⁵ Kimsma/Van Leeuwen (2000), S. 277.

⁴⁶ Ebd., S. 284.

⁴⁷ Ebd., S. 286.

Entscheidungen des Obersten Gerichtshofs der Niederlande 1984 und 1994 gestalteten die rechtliche Weiterentwicklung mit.⁴⁸ Die Niederlande traten 1994 in die Phase einer gesetzlichen Regulierung ein,⁴⁹ nach der die Tötung auf Verlangen und die Beihilfe zum Suizid unter bestimmten Bedingungen straffrei bleiben. Dort ist heute das seit 2002 geltende „Gesetz zur Kontrolle von Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei Selbsttötung“ vom 12. April 2001 (Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding) zusammen mit den Artikeln 293 und 294 des Niederländischen Strafgesetzbuches maßgeblich.⁵⁰

Straffrei bleibt, wer als Arzt in Übereinstimmung mit den Sorgfaltskriterien handelt, die in Kapitel II, Artikel 2 des Gesetzes zur Kontrolle von Lebensbeendigung geregelt sind. Diese Sorgfaltskriterien beinhalten, dass der Arzt

- „a. die Überzeugung gewonnen hat, dass das Ersuchen des Patienten freiwillig und wohlerrungen war,
- b. die Überzeugung gewonnen hat, dass der Patient aussichtslos und unerträglich leidet,
- c. den Patienten über dessen Situation und Prognose aufgeklärt hat,
- d. mit dem Patienten zur Überzeugung gekommen ist, dass es aus der Situation, in der dieser sich befand, keinen anderen vernünftigen Ausweg gab,
- e. zumindest einen anderen, unabhängigen Arzt zu Rate gezogen hat, der den Patienten gesehen und schriftlich sein Urteil über die Sorgfaltskriterien niedergelegt hat, die in a bis einschließlich d formuliert sind und
- f. die Lebensbeendigung oder Hilfe zur Selbsttötung medizinisch sorgfältig ausgeführt hat.“⁵¹

Hierbei verbindet sich das Leitbild des mündigen Patienten mit einem des Patienten, der sich in soziale Verantwortungszusammenhänge eingebunden weiß und bereit ist, seine Überzeugungen im Gespräch mit den Nahestehenden und dem Arzt zu überprüfen und weiterzuentwickeln.⁵² Diese Regelung stellt außerordentliche Erwartungen an die Verantwortlichkeit, Dialogfähigkeit und Urteilskompetenz derjenigen Ärzte, die bereit sind, Sterbe- oder Suizidbeihilfe zu leisten.⁵³

In Deutschland führte die niederländische Gesetzgebung zu heftigen Diskussionen.⁵⁴ Die Kirchen, der Präsident der Bundesärztekammer und die Deutsche Hospiz Stiftung kritisierten die niederländische Regelung, während die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) sie begrüßte. Im Jahr 2004 nannte der Ethiker Dieter Birnbacher in einer von der DGHS veröffentlichten Stellungnahme aktive Sterbehilfe

⁴⁸ Ebd., S. 286-289.

⁴⁹ Wunder (2000), S. 261.

⁵⁰ Werner (2009), S. 392.

⁵¹ Ebd., S. 393.

⁵² Ebd., S. 397.

⁵³ Ebd., S. 400.

⁵⁴ Vgl. z. B. Ärzte und Kirche (2000); Nach Ja zu Sterbehilfe Debatte um „Selbstmordpille“ (2001).

auf ausdrückliches Verlangen eines urteilsfähigen und seine Situation erfassenden Patienten mit Einschränkungen akzeptabel. Birnbacher führte in diesem Zusammenhang mehr Wahlmöglichkeiten und aktive Sterbehilfe als Ultima Ratio der Leidensbegrenzung an. Vielfach könne auch eine optimale Schmerzbehandlung die Belastungen nur unwesentlich mildern, die die Hauptgründe für das Verlangen nach Sterbehilfe ausmachten, nämlich der irreversible Verlust von Autonomie, das Gefühl von Würdelosigkeit und das Empfinden, anderen zur Last zu fallen.⁵⁵ Birnbacher führte weiter aus:

„Meine Bedenken gegen die Praxis der aktiven Sterbehilfe sind pragmatischer Art und richten sich vor allem auf die begrenzte Kontrollierbarkeit einer solchen Praxis. Für den Arzt bedeutet die Erlaubtheit der aktiven Sterbehilfe nicht nur, dass er in verstärktem Maße mit Bitten um aktive Sterbehilfe konfrontiert wird und dass ihn die Erfüllung dieser Bitte im Regelfall psychisch erheblich belastet. Sie bedeutet auch, dass ihm ein erhebliches Quantum an Macht über den Patienten zuwächst. Diese Macht kann, da sie missbrauchbar ist, für den aktuellen und potentiellen Patienten gefährlich werden, insbesondere dadurch, dass die Erfordernis eines ausdrücklichen Sterbeverlangens nicht eingehalten und das Leben eines Patienten wenn nicht gegen, so doch ohne seinen erklärten Willen beendet wird.“⁵⁶

Im Ganzen beurteilte Birnbacher die niederländische Praxis gegenüber der deutschen als vorzugswürdig. Neben den größeren Wahlmöglichkeiten einschließlich der aktiven Sterbehilfe als Ultima Ratio seien die höhere Rechtssicherheit in den Niederlanden und die vielfach gestörte Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten, Pflegenden und Angehörigen am Lebensende in Deutschland zu nennen.⁵⁷ Für Birnbacher überwogen die Vorteile der niederländischen Praxis, auch wenn sie jährlich ungefähr 1.000 Fälle aktiver Sterbehilfe ohne ausdrückliches Verlangen eines unheilbar Kranken zu verzeichnen hatte.⁵⁸ Demgegenüber sprachen u. a. der Arzt und Medizinethiker Fuat S. Oduncu und der damalige Direktor des „Instituts für Rechtsmedizin“ der Universität München, Wolfgang Eisenmenger, diesbezüglich von einer „finsternen Praxis“ und „einem nicht mehr aufzuhaltenden Missbrauch“ trotz aller Kontrollmaßnahmen.⁵⁹ Da die Ärzte die maßgeblichen Träger des Verfahrens seien, sei eine funktionierende Kontrolle sehr von der Bereitschaft und Mitarbeit der involvierten Ärzte abhängig.⁶⁰

8. Schlussbemerkungen

Die Geschichte zeigt, dass neben dem Mitleid mit dem Kranken in aussichtsloser Situation auch der Nutzen für Dritte, wie die Angehörigen oder die Gesellschaft als Ganzes, in die Entscheidung des Arztes eingehen kann, wenn er in die Situation gestellt wird,

⁵⁵ Birnbacher (2004), S. 3f.

⁵⁶ Ebd., S. 4.

⁵⁷ Ebd., S. 6f.

⁵⁸ Vgl. ebd., S. 1 u. S. 6-8.

⁵⁹ Schmiedebach et al. (2006), S. 1132.

⁶⁰ Ebd., S. 1132.

über Leben und Tod am Lebensende – und wie die deutsche Geschichte zeigt, nicht nur am Lebensende – entscheiden zu müssen.

Wenn die Gesellschaft auf Dauer nicht die Ressourcen bereitstellen sollte, die für eine flächendeckende Sterbebegleitung durch Palliativmedizin und Hospizwesen notwendig sind, könnte sich der Ruf nach aktiver Sterbehilfe verstärken. In seinem Buch „Der moderne Tod. Vom Ende der Humanität“ skizzierte der schwedische Schriftsteller Carl-Henning Wijkmark bereits im Jahr 1978 eine Utopie, deren deutsche Übersetzung 2001 erschien. Nach dieser soll aufgrund der zunehmenden Überalterung ein gesellschaftliches Klima geschaffen werden, in der die Senioren selbst in der Altenzentrale anrufen und um ihre Tötung bitten sollen.⁶¹ Die Freigabe der aktiven Sterbehilfe trägt in sich das Potential, dass die Indikationen für die Freigabe von Tötungsaktionen weniger strikt werden, und auch Tötungsaktionen aufgrund des „mutmaßlichen Willens“ größere Akzeptanz finden werden. In der niederländischen Sterbehilfepraxis wird dem Arzt die Entscheidung darüber zugewiesen, ob er den Todeswunsch des Patienten als mit dem Gesetzestext vereinbar ansieht. Dies bedeutet, in einem Kontinuum von Situationen, an deren einem Ende die begonnene Sterbephase und am anderen der Todeswunsch aufgrund eines Überdresses am Leben steht, über Leben und Tod entscheiden zu müssen. Solche Entscheidungen treffen zu müssen, sollte dem Ärztestand nicht aufgebürdet werden.

Literatur

1. Ärzte und Kirche (2000): Ärzte und Kirche gegen holländisches Modell. Niederländische Sterbehilfe sorgt für heftige Diskussion, 29.11.2000, http://www.rp-online.de/politik/Niederlaendische-Sterbehilfe-sorgt-fuer-heftige-Diskussion_aid-_254309.html (gesehen: 04.02.2010).
2. Atrott (1984): Hans Henning Atrott: Vorwort, in: Hans Henning Atrott (Hrsg.), Sterbehilfe – Mitleid oder Mord?, Wiesbaden 1984, S. 6.
3. Benzenhöfer (1999): Udo Benzenhöfer, Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart, München 1999.
4. Benzenhöfer (2009): Udo Benzenhöfer, Der gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe, Göttingen 2009.
5. Binding/Hoche (1920): Karl Binding, Alfred Hoche, Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form, Leipzig 1920.
6. Birnbacher (2004): Dieter Birnbacher, Eine ethische Bewertung der Unterschiede in der Praxis der Sterbehilfe in den Niederlanden und in Deutschland, Forschungsgruppe Weltanschauungen in Deutschland, Textarchiv TA-2004-4, http://fowid.de/fileadmin/textarchiv/Sterbehilfe_NL_und_D_Dieter_Birnbacher_TA-2004-4.pdf (gesehen: 04.01.2010).
7. Bundesärztekammer (1993): Richtlinien der Bundesärztekammer für die ärztliche Sterbebegleitung, Deutsches Ärzteblatt 90 (1993), S. B1791f.

⁶¹ Wijkmark (2001), S. 39-41.

8. Bundesärztekammer (1998): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, Deutsches Ärzteblatt 95 (1998), S. A2366f.
9. Bundesärztekammer (1979): Bundesärztekammer, Richtlinien für die Sterbehilfe. Kommentar zu den Richtlinien der Sterbehilfe, Deutsches Ärzteblatt 76 (1979), S. 958-960.
10. Bürgerliches Gesetzbuch (2009): Bürgerliches Gesetzbuch, § 1901a Patientenverfügung, http://bundesrecht.juris.de/bgb/_1901a.html (gesehen: 02.12.2009).
11. Faulstich (2000): Heinz Faulstich, Die Zahl der „Euthanasie“-Opfer, in: Andreas Frewer, Clemens Eickhoff (Hrsg.), „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik, Frankfurt a. M./New York 2000, S. 218-234.
12. Fittkau/Gehring (2008): Ludger Fittkau, Peter Gehring, Zur Geschichte der Sterbehilfe, Aus Politik und Zeitgeschichte, Nr. 04 2008, 21.01.2008, <http://www.das-parlament.de/2008/04/Beilage/006.html> (gesehen: 04.02.2010).
13. Hackethal (1984a): „Schwerkranke haben das Recht auf einen würdigen Tod“. Professor Julius Hackethal über „seinen Fall“ in einem Spiegel-Interview, in: Hans Henning Atrott (Hrsg.), Sterbehilfe – Mitleid oder Mord?, Wiesbaden 1984, S. 7-11.
14. Hackethal (1984b): Der streitbare Mediziner Prof. Dr. Julius Hackethal. TV-Zuschauer sahen bei Sterbehilfe zu. Ein Film schockierte Deutschland, ja, die ganze Welt. Zum ersten Mal wurde im Fernsehen gezeigt, wie ein Arzt einer unheilbar kranken Frau Sterbehilfe leistet, sie dann sanft einschläft, BILD vom 14.05.2009, <http://www.bild.de/BILD/news/60-jahre-bundesrepublik-deutschland/60ereignisse/80er/1984/hackethal-sterbehilfe-im-tv.html> (gesehen: 01.02.2010).
15. Hackethal (1992): Hackethal, Julius: Der Meineid des Hippokrates. Von der Verschwörung der Ärzte zur Selbstbestimmung des Patienten, Bonn 1992.
16. Jost (1895): Adolf Jost, Das Recht auf den Tod. Sociale Studie, Göttingen 1895.
17. Nach Ja zu Sterbehilfe Debatte um „Selbstmordpille“ (2001): Nach Ja zu Sterbehilfe Debatte um „Selbstmordpille“, 16.04.2001, <http://www.news.at/articles/0116/10/12536/nach-ja-sterbehilfe-debatte-selbstmordpille> (gesehen: 04.02.2010).
18. Riha (2005): Ortrun Riha (Hrsg.), Die Freigabe der Vernichtung Lebensunwerten Lebens. Beiträge des Symposiums über Karl Binding und Alfred Hoche am 2. Dezember 2004 in Leipzig, Aachen 2005.
19. Samuel (1886): Samuel, Euthanasie (eu – thanatos, guter, leichter, schöner, ehrenvoller Tod), in: Albert Eulenburg (Hrsg.), Real-Encyklopädie der Gesamten Heilkunde. Medicinisch-chirurgisches Handwörterbuch für Praktische Ärzte. Sechster Band, Wien/Leipzig 1886, S. 640-641.
20. Schmiedebach/Woellert (2006): Peter Schmiedebach, Katharina Woellert, Sterbehilfe, Patientenautonomie und Palliativmedizin. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 49 (2006), S. 1132-1141.
21. Schmuhl (2001): Hans-Walter Schmuhl, Die Patientenmorde, in: Angelika Ebbinghaus (Hrsg.), Vernichten und Heilen, Berlin 2001, S. 295-328.
22. Stolberg (2009): Michael Stolberg, Aktive Sterbehilfe um 1800. „Seine unbeschreiblichen Leiden gemildert und sein Ende befördert“. Eine ärztliche Debatte und ihre Hintergründe, Deutsches Ärzteblatt 106 (2009), S. A1836-1838.

23. Süß (2003): Winfried Süß, Der „Volkskörper“ im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939–1945, München 2003.
24. Theile (1843): F. W. Theile, Euthanasia, in: Johann Samuel Ersch, Johann Gottfried Gruber (Hrsg), Allgemeine Encyclopädie der Wissenschaften und Künste. Erste Section, A-G. 39. Theil, Leipzig 1843, S. 207-209.
25. Werner (2009): Micha H. Werner, Assistierter Suizid in den Niederlanden, Zeitschrift für Medizinische Ethik 55 (2009), S. 392-401.
26. Wijkmark (2001): Carl-Henning Wijkmark, Der moderne Tod. Vom Ende der Humanität, Berlin 2001.
27. Wunder (2000): Michael Wunder, Medizin und Gewissen – Die neue Euthanasie-Debatte vor dem historischen und internationalen Hintergrund, in: Andreas Frewer, Clemens Eickhoff, „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik, Frankfurt a. M./New York 2000, S. 250-275.

Überlegungen zum Sterben im Zweiten Weltkrieg im Spiegel von Feldpostbriefen

Stefanie Westermann, Dominik Groß und Jens Lohmeier

*„Quem mihi dabis, qui aliquod pretium tempori ponat,
qui diem aestimet,
qui intellegat se cotidie mori?
In hoc enim fallimur, quod mortem prospicimus:
Magna pars eius iam praeterit;
quidquid aetatis retro est, mors tenet.”
Seneca (Epistel 1, Absatz 2) ¹*

*Zeige mir den, der wirklichen Wert auf die Zeit legt,
der den Tag zu schätzen weiß,
der ein Einsehn dafür hat, dass er täglich stirbt.
Das eben ist die große Selbsttäuschung,
dass wir den Tod in die Zukunft verlegen.
Zum großen Teil liegt er schon hinter uns,
alles vergangene Leben hält der Tod.*

1. Einleitung

Folgt man den Einsichten Senecas, so setzt der Vorgang des Sterbens bereits mit der Geburt des Menschen ein. Demnach wäre die Präsenz auf Erden zugleich als ein lebenslanges Sterben zu verstehen.² Das Bewusstsein der eigenen Endlichkeit – als ein häufig in Literatur, Philosophie und Theologie zu findender Appell – soll hierbei zu einer stärkeren Wahrnehmung und Konzentration auf das Lebendige und die Gegenwart beitragen. Dabei scheint die Verdrängung einer solchen Einsicht oftmals eine psychologische Notwendigkeit zu sein. Kurz gesagt: Um leben zu können, müssen wir den Tod zumindest zwischenzeitlich ausblenden können. Gleichwohl gibt es Lebenssituationen, in denen eine solche Ausblendung kaum möglich zu sein scheint – so bei Soldaten, die im Krieg einem omnipräsenten Tod und einer konkreten Lebensgefahr ausgesetzt sind.

Der Thanatopsychologe Joachim Wittkowski nennt Kriterien des Sterbens, die für den Soldaten im Krieg eine besondere Relevanz zu haben scheinen. So stellt er fest: „Aus psychologischer Sicht ist ein Mensch dann als Sterbender zu bezeichnen, wenn er objektiv vom Tod bedroht ist und sich dieser Todesbedrohung so weit bewußt ist, daß

¹ Vgl. Seneca (1996), S. 21.

² Vgl. auch Heidegger (1993), S. 247: „Sterben aber gelte als Titel für die *Seinsweise*, in der das Dasein zu seinem Tode *ist*.“

sie sein Erleben und Verhalten bestimmt.“³ Wenn also beide Aspekte – objektive *und* subjektive Todesbedrohung – zusammen kommen, sieht Wittkowski in einem Menschen einen Sterbenden.⁴ Eben diese Bedrohungen treffen auf einen Soldaten zu, der in den Krieg zieht. Der Grad, in dem der einzelne Soldat mit dem Phänomen des Sterbens konfrontiert wird, ist dabei abhängig von seiner Aufgabe, dem Einsatzgebiet und der Art des Krieges.

Im Zweiten Weltkrieg starben weltweit mehr als 55 Millionen Menschen, darunter eine Vielzahl Zivilisten und von den Nationalsozialisten ermordete. Der Fokus dieses Aufsatzes liegt auf den Wehrmachtssoldaten jenes Krieges. Von etwa 17,5 Millionen, die innerhalb der sechs Kriegsjahre in der Wehrmacht Dienst taten, wurden mehr als 5 Millionen getötet.⁵ Damit liegt die Todesquote bei etwa 28%.⁶ Sterben und Tod waren also im weitesten Sinne ein ständiger Begleiter der Wehrmachtssoldaten. Allerdings verteilen sich diese Todesfälle nicht gleichmäßig über die sechs Kriegsjahre und die eingezogenen Jahrgänge. Vielmehr stieg das „Todesrisiko“ für die früh eingezogenen Jahrgänge, also diejenigen, die bereits seit 1939/40 am Krieg teilnahmen, im Verlauf des Krieges langsam an, um dann in den Jahren 1943/44 den Höhepunkt zu erreichen.⁷ Auch bleibt, wie eingangs bereits angedeutet, der Umfang der Konfrontation des einzelnen Soldaten mit dem Sterben in all seinen Facetten, auch im Zweiten Weltkrieg, stark von Faktoren wie Einsatzort oder Waffengattung abhängig.⁸

Wenn wir uns mit dem millionenfachen Tod von Wehrmachtssoldaten beschäftigen, erwarten wir folglich, in den Selbstzeugnissen der Soldaten auf eine Thematisierung der eigenen Vergänglichkeit, auf Reflexionen über Leben und Tod, auf Abbildungen von Sterbeprozessen zu stoßen. Der vorliegende Beitrag wird zu zeigen versuchen, dass wir eben dieses zumeist *nicht* in den Quellen finden, dass – um es überspitzt zu formulieren – das eigene „Sterben“ in den Briefen der Soldaten kaum existent war. Es gab nur das Leben oder den – eher abstrakt bleibenden oder in der dritten Person auftretenden – Tod.

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit einigen wenigen Briefen von Wehrmachtssoldaten, in denen tatsächlich das Sterben thematisiert wird. Anschließend werden eine spezifische, weil nicht authentische Sammlung von Briefausschnitten, die „Letzten Briefe aus Stalingrad“, und ihre Rezeptionsgeschichte vorgestellt. Ihre Popularität nach 1945 erklärt sich möglicherweise aus der Tatsache, dass in ihnen tröstende Elemente auffindbar sind, die mit der Erzählung des Sterbens unmittelbar zusammenhängen.

³ Wittkowski (1990), S. 117.

⁴ Ebd., S. 118.

⁵ Vgl. Overmans (2004).

⁶ Vgl. auch zur historischen Entwicklung Remmers (1999), S. 159.

⁷ Vgl. Overmans (2004), S. 251f.; Kunz (2005), S. 152f.

⁸ Vgl. dazu: Rass (2003).

2. Soldatisches Sterben in Briefen?

Feldpostbriefe sind als Quellenbestand eines mentalitäts- und alltagsgeschichtlichen Ansatzes einer „Geschichte von unten“ etabliert.⁹ So wertvoll diese Quellen auch sind, gilt es gleichzeitig ihre Begrenztheit zu berücksichtigen: Zum einen bieten sie oftmals lediglich Ausschnitte aus dem Leben und den sozialen Beziehungen von Menschen, über die wir darüber hinausgehend kaum etwas wissen. Eine Kontextualisierung ist damit nur selten möglich.¹⁰ Zum anderen unterlagen die Feldpostbriefe eigenen Normierungen, offiziell vorgegebenen und von einer potentiellen Zensur „überwachen“ ebenso wie sozialen.¹¹ Die Soldaten sollten nichts schreiben über Angst, Verzweiflung und Todesangst, oftmals wollten sie dies auch nicht, um Angehörige nicht zusätzlich zu belasten; nicht selten konnten sie Erlebtes und Empfundenes nicht verbalisieren.¹² Diese Mechanismen, so lässt sich vermuten, sind wichtige Gründe dafür, warum wir in den Briefen kaum Abbildungen von „Sterbeprozessen“ finden: Es sollte und konnte diesen Raum oftmals nicht geben.

In Bezug auf die hier interessierende Fragestellung kommen weitere Einschränkungen hinzu. Sind angesichts der Individualität des Lebens und Sterbens des einzelnen Soldaten allgemeine Aussagen über „soldatische Sterbeprozesse“ überhaupt möglich? Stirbt nicht jeder „seinen eigenen Tod“, auch im Rahmen kriegserischer Auseinandersetzungen? Nicht zuletzt war und ist die Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben von vielen Faktoren abhängig: Familienstand, Persönlichkeit, Alter, Sozialisation, politische und religiöse Orientierung sowie der Gesundheitszustand spielten ebenso eine Rolle wie die militärische und versorgungstechnische Situation sowie nicht zuletzt der jeweilige Adressat des Briefes.

Bei den im Folgenden wiedergegebenen Zitaten handelt es sich um Schreiben, die der Sammlung „Feldpostbriefe“ des Kommunikationsmuseums Berlin entnommen wurden. Dort konnten seit dem Jahr 2000 über 100.000 Feldpostbriefe des Zweiten Weltkriegs archiviert werden, 1.200 von ihnen sind online einsehbar und anhand von Stichworten zu filtern.¹³ Unter dem Begriff „sterben“ finden sich insgesamt 30 Briefe, 28 davon von Soldaten an ihre Familien, Freunde oder Lebenspartnerinnen verfasst. Einschränkend gilt, dass zum einen nicht jeder der Briefe, in dem der Begriff vor-

⁹ Vgl. dazu: Latzel (1999). Zu methodischen Überlegungen vgl. auch Martin Humburg, Feldpostbriefe aus dem Zweiten Weltkrieg – Werkstattbericht zu einer Inhaltsanalyse, <http://hsozkult.geschichte.huberlin.de/beitrag/essays/feld.htm> (gesehen: 09.03.2010). Hierbei gilt es zu reflektieren, dass sich in diesen Quellen, die eine Identifikation mit dem Leben und Leiden des Autors nahelegen, nur eine bestimmte Seite des Kriegserlebens spiegelt, dass hierbei die Tatsache des Angriffskrieges und der von deutschen Soldaten verübten Verbrechen nicht mit einer Verwischung von Opfern und Tätern relativiert werden können. Vgl. hierzu Hettling (1995).

¹⁰ Zu grundsätzlichen Überlegungen vgl. auch Ebd.

¹¹ Vgl. hierzu auch Papadopoulos-Killius (1992), S. 148.

¹² Vgl. hierzu auch z. B. Latzel (1988), S. 94; Kilian (2002).

¹³ <http://www.feldpostsammlung.de/feldpost-d.html>.

kommt, tatsächlich das eigene mögliche Lebensende thematisiert;¹⁴ zum anderen findet sich unter der Rubrik „Tod“ eine Reihe weiterer Schreiben.¹⁵ Grundlage der folgenden Ausführungen sind diejenigen Briefe, in denen der Begriff „Sterben“ auftaucht und die sich tatsächlich hiermit beschäftigen.

Es fällt auf, dass eine konkrete Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod im Sinne eines bewussten Sterbeprozesses nur selten vorhanden ist. Wenn es in den Briefen um die eigene Todesbedrohung geht, werden Aussagen hierüber zudem oftmals von alltäglichen Dingen eingerahmt. Auch Rosemarie Papadopoulos-Killius kommt in ihrer Untersuchung über die Verarbeitung von Todesahnungen in 192 Briefen aus dem Stalingrader Kessel – also einem extremen Bedrohungsszenario – zu dem Ergebnis: „Viele Soldaten schrieben von Banalitäten, wenn sie Angst hatten, von der Todesangst zu schreiben.“¹⁶

Wichtig, wenngleich in unterschiedlicher Ausprägung und inhaltlicher Schwerpunktsetzung, war den hier untersuchten Briefschreibern eine – oftmals vage bleibende – Sinnstiftung des eigenen Sterbens: „[...] Ein Soldat vermag heroisch zu sterben, weil er sich einsetzen kann und einsetzt (und er hat es noch in diesem Kriege tausende Male getan!) – aber Frauen, Greise, Kinder? [...]“¹⁷ Gleichwohl findet man eher selten, wie im folgenden Brief von Hans Simon, Jahrgang 1920, eine nationalistisch-ideologisch geprägte Interpretation des Sterbens:

„[...] Wir standen beim Grab eines Kameraden und hielten Zwiesprache. Ja, man kann das. Sind die Gebeine auch schon vermodert, das sündige Fleisch ist hin und nur die reine Seele bleibt. Wer weiß, wann uns die Kugel trifft. Vielleicht ist uns dieser schöne Tod ein Grauen dies Krieges, des Völkermordes, oder der Zeit nachher nicht beschieden. Der Tod kennt keine Poesie. Kalt, nüchtern tritt er heran, wenn er uns bestimmt ist. Dann ist es schön zu sterben, denn man weiß doch, dass das Opfer, das höchste was man geben kann, nicht umsonst ist. Mit unseren Fahnen ist der Sieg. Das beseelt uns in diesen Tagen. Tod oder Sieg. In diesen Tagen denkt man oft an die Todesstunden der Kameraden. Wie manchen sah ich im Todeskampf. Nur sehr, sehr wenige kommen durch. Ach, erschrick nicht, liebe Mutti. Man muss auch einmal daran denken. Ohne Opfer kann man nichts erreichen. Sollte es mich treffen, dann war es Gottes Wille und dann sag Winfried, mein Wunsch ist es, dass er eins nicht kennt und das ist die Feigheit. Möge Gott mich weiterhin davor bewahren. Ach, könnte ich Winfried einmal den Schneid und das Heldentum vieler Kameraden vor Augen führen, die in ihrer Todesstunde noch von Deutschland sprechen und als das Herz stillstand,

¹⁴ So wird beispielweise auch das Sterben von Angehörigen thematisiert oder es findet sich der Hinweis, dass es an einem Aufenthaltsort „sterbenslangweilig“ sei.

¹⁵ Hier zeigt eine erste Durchsicht aber auch eine vielschichtige Verwendung des Begriffs, beispielsweise bei „Todesstrafe“ bzw. Berichte über den Tod Dritter.

¹⁶ Papadopoulos-Killius (1992), S. 148. „Das Bewusstsein konzentrierte sich auf das Konkrete, auf das Existentielle, auf das Unverzichtbare des täglichen Soldatenlebens im [Stalingrader, d. V.] Kessel: auf Essen, Wärme, Post.“ Ebd., S. 150.

¹⁷ Brief von Eugen Altrogge an Hans Albring am 20.7.1940, http://www.museumsstiftung.de/feldpost/brief.html?action=detail&what=letter&id=919&le_fulltext=sterben (gesehen: 10.03.2010). Eugen Altrogge, Jahrgang 1919, seit Januar 1943 vermisst.

leuchteten die Augen noch einmal und sehen den Sieg. Ihr Siegeswille und ihr Sterben ist wohl das Größte, was ich je sah [...].“¹⁸

Neben der sichtbar werdenden jugendlichen Begeisterung werden der Krieg und das Sterben in kriegesischen Auseinandersetzungen nahezu zu einem träumerischen Abenteuer, einem Spiel, bei welchem man unter Umständen ausscheidet. Zugleich kann die sichtbar werdende ideologische Überblendung, durch die nur an einigen Stellen das Bedrohliche des möglichen Sterbens – „Kalt, nüchtern tritt er heran“ – aufscheint, auch als Verdrängungsmechanismus interpretiert werden. Weitere Reflexionen erfolgen nicht. So heißt es einige Zeilen später bei der Beschreibung eines Einsatzes:

„[...] Dann kommen wir an den Feind. Verstaubt und schmutzig sind wir und ach, leuchten unsere Augen. Sie brennen vor Kampfesfreude, bis die ersten Toten und Verwundeten zurückkommen. Dann wird man still für einen Augenblick. Und weiter heulen die Motoren auf, und wieder geht es weiter. Neue springen in die Lücken ein. Und so führen wir unseren Lebenskampf. Für Deutschland, für Euch.“¹⁹

Abstumpfung, Resignation und Fatalismus hingegen kommen in den beiden folgenden Briefauszügen zum Ausdruck, wobei offen bleiben muss, inwieweit es sich hier um eine „authentische“ Sicht auf das tägliche und das mögliche eigene Sterben handelt. Der 1913 geborene Rudolf Kurth schrieb im Juli 1941 an seine Ehefrau:

„[...] Mache Dir um mir [sic] keine Sorgen, anscheinend sind wir jetzt Fernkampfverein geworden. D. h. seid [sic] Tagen haben wie keine Feindberührung mehr. Schade, dann [sic] ich war grade so in Fahrt gekommen. [...] Am 28/6. Sonnabend Nachmittag erlebte ich das heftigste Feuer. Da sind mir die Kugeln über den Kopf geflogen, eine Granate schlug etwa 2 - 3 m. neben mir ein, ich habe aber von dem Segen nichts abbekommen [...].“²⁰

1942 schreibt der Musiker Ludwig Sauter an seine Schwester:

„[...] Ja, Schwesterchen, ich habe es satt, und wir müssen alle damit rechnen, dass unsere Stunde früher o. später kommt. Die Zukunft ist für uns schwarz geworden und die Hoffnung schwindet dahin. Wir haben eben Osterfahrung und müssen hier sterben oder siegen. Damit haben wir uns alle schon abgefunden. Es geht um Leben oder Tod [...].“²¹

¹⁸ Brief von Hans Simon an seine Mutter am 18.03.1941, http://www.museumsstiftung.de/feldpost/brief.html?action=detail&what=letter&id=1082&le_fulltext=sterben (gesehen: 10.03.2010). Hans Simon gilt seit 1944 als vermisst.

¹⁹ Ebd.

²⁰ Brief von Rudolf Kurth an seine Ehefrau vom 06.07.1941, http://www.museumsstiftung.de/feldpost/brief.html?action=detail&what=letter&id=802&le_fulltext=sterben (gesehen: 10.03.2010). Rudolf Kurth fiel im September 1942 in Russland.

²¹ Brief von Ludwig Sauter an seine Schwester am 25.08.1942, http://www.museumsstiftung.de/feldpost/brief.html?action=detail&what=letter&id=262&le_fulltext=sterben (gesehen: 10.03.2010). Ludwig Sauter, 1911 geboren, war verheiratet und gilt seit 1944 als vermisst. Vgl. auch die Aussage eines 23jährigen Soldaten an seine Freundin in einem Brief vom 16. Dezember 1940: „Damals, als wir nach

Hiernach konnte das Sterben leichter erscheinen als das Weiterleben, zumal das Sterben in einer Gemeinschaft „erlebt“ werden konnte:

„[...] Du glaubst nicht, wieviele liebe Kameraden von mir ihr Leben gaben. Es ist gar nicht schwer zu sterben. Oftmals leichter als zu leben. Es klingt wahnsinnig, ist aber wirklich so [...].“²²

Eine im Bewusstsein vorhandene Bedrohung äußert der folgende Autor, wobei auch, im Unterschied zu einigen bereits zitierten Soldaten, der Lebenswille – und damit auch die Angst vor dem Sterben – explizit betont werden. Im Zentrum steht die Hoffnung auf ein gemeinsames Leben mit Familie und Freunden:

„[...] Jedenfalls werde ich danach trachten, meine Haut so heil wie möglich nach Hause zu kriegen, allerdings unter Erfüllung meiner Pflicht. Denn ja gerade dadurch diene ich dem Vaterland viel viel mehr. Ich bin noch jung u. will nicht sterben, denn es stirbt sich nicht so leicht. [...] Und so hoffe ich denn, in spätestens 3 Wochen bei Euch zu sein, vielleicht schon früher. Ich freue mich u. muss gestehen, dass mich schon jetzt vor dem Abschied graut, darum warte ich ganz gern u. lebe lieber in Hoffnung, denn was nachdem kommt, wissen die Götter. Aber ich sage mir immer, mein Weg ist mir vorgezeichnet u. was kommen muss, das kommt mit tödlicher Sicherheit [...].“²³

Ein möglicher weiterer Grund für die nur sehr selten deutlich artikulierte Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben wird in einem Brief des 1911 geborenen H. D. deutlich: Die vorhandene Diskrepanz zwischen der Situation in der Heimat – der Lebenswelt der meisten Adressaten der Schreiben – und der konkreten Kriegssituation. Silvester 1939 schreibt er an seine Freundin:

„[...] Das ist es, was jeder von uns, der aus dem Urlaub kommt, erzählt. Man feiert, man singt, man tanzt. Man tanzt – Herrgott die sollen hier raus + nach hier vorne zu uns kommen in den Dreck des Vorfeldes. [...] Sollen hierher kommen diese Tanzfasken, sollen sich ansehen, wie an dem 1. Weihnachtstage auf dem Friedhof eines schon ziemlich beschossenen Dorfes unmittelbar vor uns ein durch einen Schuss durch Schlagader + Luftröhre gefallenen [sic] Kamerad von der Infanterie beerdigt wurde. Der Kamerad fiel bei einem Spähtrupp. Da vergeht einem das Tanzen. Da nimmst Du nur Deinen Stahlhelm in die Hände, die Fäuste pressen sich um den Stahl, die Zähne beißt Du zusammen + denkst an den Toten: Du hast Deine Pflicht getan und in vollendeter Pflichterfüllung Dein

Frankreich führen, da war ich jeden Augenblick bereit zu sterben [...], ich war immer bereit, hatte wirklich abgeschlossen. Oh, es war nicht leicht; früher einmal und auch nachher wieder habe ich oft gesagt, dass ich ganz gern und leicht sterben würde; aber damals hab ich empfunden, wie leichtfertig dieses Geschwätz war; man stirbt nicht gern, wenn man 22 Jahre als ist. Aber ich war bereit [...].“, zitiert nach Kilian (2002).

²² Brief von Willi Winkler an seine Freundin am 19.05.1944, http://www.museumsstiftung.de/feldpost/brief.html?action=detail&what=letter&cid=884&le_fulltext=sterben (gesehen: 11.03.2010).

²³ Brief von Georg Splettstößer an seine Ehefrau und Kinder am 17.02.1943, http://www.Museumsstiftung.de/feldpost/brief.html?action=detail&what=letter&cid=642&le_fulltext=sterben (gesehen: 11.03.2010). Georg Splettstößer, Jahrgang 1908, starb im Juli 1943 in der Ukraine.

letztes geopfert + jeder von uns wird es Dir nachtuen, wenn es sein muss. Wir verbitten uns aber, dass die dann an uns denken, die getanzt haben, während wir hier vorne lagen [...]. Ich glaube, bei uns sind wenige, die jetzt in diesen Minuten (es ist ½ vor 24h) nicht daran denken + dem gütigen Geschick danken, dass nicht schon so manchen der kühle Rasen deckt. Wir stehen nun mal draußen + ganz vorne + das Pfeifen und Zischen der Granaten ist uns ein ziemlich vertrauter Laut. Da verliert auch der Gedanke an das Sterben zum großen Teil seinen bitteren Geschmack + er wird einem fast vertraut. Nichts hat das mit Kleinmut zu tun. Vielleicht lebt man dann erst gerade und mit [sic] seinem Schöpfer so ganz von Herzen dankbar für jede Minute, die er einem schenkt [...].“²⁴

Weil der Tod so allgegenwärtig, im Laufe des Krieges zur „Gewohnheit“ geworden war,²⁵ blieb vielen nur eine Mischung aus Ausblendung, Hoffnung und Resignation. Hinzu kommt, dass das eigentliche Sterben dann zumeist doch plötzlich passierte, also keinen prozesshaften Charakter hatte, und sich insofern kaum mehr als konkrete Erfahrung, sondern allenfalls in antizipatorischer Hinsicht in Briefen niederschlagen konnte. Auch Rosemarie Papadopoulos-Killius hält als Ergebnis ihrer Untersuchung fest: „Die Angst vor dem Tode und die Todesangst waren in Stalingrad ständig präsent. Um nicht ihrer Lähmung zu unterliegen und um handeln zu können im täglichen Überlebenskampf, musste man sie verdrängen [...].“²⁶ Gleichwohl findet sie in vielen der Briefe eine zumindest angedeutete oder assoziierte Todesbedrohung – und betont zugleich die Spezifik dieser Schreiben:

„Die Stimmungen und Befindlichkeiten der Soldaten im Todeskessel von Stalingrad unterscheiden sich im wesentlichen von denjenigen in den Briefen anderer Soldaten der Ostfront. Sie sind ehrlicher und direkter, auch ernster. In Stalingrad war alles konkreter geworden. Wirkliche Abschiedsbriefe aus der Hoffnungslosigkeit heraus haben nur wenige geschrieben.“²⁷

3. Die Sammlung „Letzte Briefe aus Stalingrad“

Eine in diesem Sinne besonders eindrucksvolle Quellensammlung, so scheint es, stellen die „Letzten Briefe aus Stalingrad“ dar. Laut Angabe des herausgebenden Bertelsmann-Verlages beschlagnahmte das Oberkommando des Heeres die mit dem letzten Flugzeug vor der Niederlage aus Stalingrad kommenden Briefe, um, einem Anliegen des Führerhauptquartiers entsprechend, ein Stimmungsbild zu eruieren. Die Briefe wurden geöffnet, Anschrift und Absender entfernt. Die Abschriften der Briefe wurden dem Heeresarchiv Potsdam übergeben.²⁸

²⁴ Brief von H. D. an seine Freundin am 31.12.1939, http://www.museumsstiftung.de/feldpost/brief.html?action=detail&what=letter&id=559&le_fulltext=sterben (gesehen: 11.03.2010). H. D. gilt seit 1943 als vermisst.

²⁵ Vgl. hierzu auch Irrgang (2007), S. 43.

²⁶ Papadopoulos-Killius (1992), S. 153.

²⁷ In diesen wenigen Briefen verweist sie hierbei auch auf Elemente der von Elisabeth Kübler-Ross analysierten Phasen des Sterbeprozesses. Ebd., Zitat S. 158.

²⁸ Vgl. Bertelsmann (1959), S. 67f.

Die Briefe wären damit in einer spezifischen Situation geschrieben: Im Kessel von Stalin-grad, umgeben von Gegnern und ohne Nahrung, den nahen Tod vor Augen, haben die Autoren die Möglichkeit einen letzten Brief zu verfassen, und den meisten, so wird deutlich, ist bewusst, dass dieser als Abschiedsbrief gedacht ist.

Die in der Sammlung ausschnittshaft präsentierten und, wie mittlerweile wiederholt festgestellt worden ist, manipulierten Briefe berichten vom verbliebenen soldatischen Alltag, vor allem aber vom baldigen Tod. Während einige die Todesbedrohung eher abstrakt wahrzunehmen scheinen, sind andere bei zum Teil durchaus artikulierter Angst von einem Überleben überzeugt, wieder andere beginnen mit Reflexionsprozessen über Leben und Tod sowie mit einem bewussten Abschiednehmen.

In den edierten Schriftstücken kommen die Schwierigkeiten zum Ausdruck, Angst und Trauer zu verbalisieren, es werden letzte Anweisungen gegeben und Wünsche geäußert, es finden sich Entschuldigungen und immer wieder Liebesbekundungen sowie Versuche, den eigenen nahenden Tod den Angehörigen „leicht“ zu machen, zu trösten. Die Autoren bilanzieren ihr Leben, geben ihm Sinn oder verneinen einen solchen, fragen nach Gott.

„[...] Du warst mein bester Freund, Monika. Du hast Dich nicht verlesen, Du warst es. Die Zeit ist zu ernst, um Scherze zu machen. [...] Monika, was ist unser Leben im Vergleich zu den Jahrmillionen des gestirnten Himmels! Über meinem Haupte stehen in dieser schönen Nacht Andromeda und Pegasus. Ich habe ihnen lange zugeschaut, bald werde ich ihnen sehr nahe sein. Meine Zufriedenheit und Ausgeglichenheit verdanke ich den Sternen, unter denen Du für mich der schönste bist. Die Sterne sind unsterblich, und des Menschen Leben ist wie ein Stäubchen im All. Ringsherum bricht alles zusammen, eine ganze Armee stirbt, der Tag und die Nacht brennen [...]. Ich hätte gern noch ein paar Jahrzehnte Sterne gezählt, aber damit wird es wohl nun nichts mehr werden.“²⁹

„[...] Was jetzt mit uns geschehen wird, weiß niemand, ich jedenfalls glaube, dass es zu Ende ist. Das sind harte Worte, aber Ihr müsst sie verstehen, wie sie gemeint sind. Es ist anders geworden seit dem Tage, an dem ich Abschied nahm und Soldat wurde. Damals lebten wir noch in der Vorstellung, die von tausend Hoffnungen und Erwartungen gespeist wurde, dass sicherlich einmal alles gut würde. Und doch verbarg sich schon eine lähmende Sorge hinter den Abschiedsworten, die unser zwei Monate langes Glück als Mann und Frau trösten sollten. [...]“³⁰

„[...] Hannes hat mich heute morgen auf dem Gefechtsstand dazu überredet, doch an Dich zu schreiben. Ich habe mich seit einer Woche um diesen Brief herumgedrückt und immer gedacht, dass die Ungewissheit zwar qualvoll sei, aber immer noch einen Hoffnungsschimmer enthalte. So dachte ich auch über den Ausgang meines eigenen Schicksals nach und nahm täglich die Ungewissheit unserer Lage, die zwischen Hilfe und Untergang schwebte, mit in den Schlaf. Und ich bemühte mich auch nicht, das Zweifelhafte endgültig zu klären. Vielleicht aus Feigheit. Ich hätte dreimal unter der Erde liegen können, aber das wäre dann

²⁹ Ebd., S. 5f.

³⁰ Ebd., S. 56f.

immer unvorbereitet gewesen, urplötzlich und überraschend. Jetzt ist es anders geworden, seit heute morgen weiß ich Bescheid, und weil mir so freier ist, sollst Du auch von der bangen Ungewissheit befreit sein. [...]“³¹

„[...] Du bist die Frau eines deutschen Offiziers, und darum wirst Du, was ich Dir zu sagen habe, aufrecht und standhaft hinnehmen, genau so aufrecht, wie Du an dem Tage auf dem Bahnsteig standest, an dem ich zum Osten fuhr. [...] Meine persönliche Schuld an den Dingen ist nicht abzuleugnen. Aber sie steht im Verhältnis wie 1 zu 70 Millionen, das Verhältnis ist klein, aber es ist da. Ich denke nicht daran, mich um die Verantwortung herumzudrücken, und ich argumentiere so, dass ich durch die Hingabe meines Lebens die Schuld beglichen habe. [...] Augusta, in der Stunde, in der Du stark sein musst, wirst Du es fühlen. Sei nicht verbittert und leide nicht zu sehr unter meiner Abwesenheit. [...] Vergiss mich nicht so schnell.“³²

„[...] So nun weißt Du es, dass ich nicht wiederkomme. Bringe es unseren Eltern schonend bei. [...] Mir kann man nicht einreden, dass die Kameraden mit dem Worte ‚Deutschland‘ oder ‚Heil Hitler‘ auf den Lippen starben. Gestorben wird, das lässt sich nicht leugnen; aber das letzte Wort gilt der Mutter oder dem Menschen, den man am liebsten hat, oder nur dem Ruf nach Hilfe. [...]“³³

„[...] Sechszwanzigmal habe ich Dir schon aus dieser verfluchten Stadt geschrieben, und Du hast mir mit sieben Briefen geantwortet. Nun schreibe ich noch einmal, und dann nicht mehr. So, da steht es, ich habe lange darüber nachgedacht, wie ich diesen inhaltsschweren Satz formulieren sollte, um alles in ihm zu sagen und doch nicht so weh zu tun. [...] Du wirst mich sehr vermissen, aber schließe Dich trotzdem nicht ab von den Menschen. Lass ein paar Monate dazwischen liegen, aber nicht länger. Denn Gertrud und Claus brauchen einen Vater. [...]“³⁴

„[...] Ich wollte Theologe werden und Vater wollte ein Haus haben und Hermann später Springbrunnen bauen. Das ist alles nicht eingetroffen. [...] Nein, das ist alles nicht eingetroffen, was wir in unseren Plänen ausgemalt haben. Die Eltern liegen unter den Trümmern ihres Hauses und wir, so hart das auch klingen mag, mit ein paar hundert und noch mehr in einer Schlucht im Süden des Kessels. Bald werden diese Schluchten voller Schnee sein.“³⁵

Bei diesen Schriftstücken handelt es sich, wie bemerkt, um keine Originaldokumente, sie sind, auf welche Art und Weise auch immer, gefälscht oder zumindest manipuliert.³⁶

³¹ Ebd., S. 12.

³² Ebd., S. 14-16.

³³ Ebd., S. 22f.

³⁴ Ebd., S. 36f.

³⁵ Ebd., S. 52f.

³⁶ Vgl. hierzu z. B. Ueberschär (1992), S. 194; Hettling (1995), S. 522; Ebert (2003), S. 349 u. 362ff. Dabei findet sich in diesen Briefen nahezu keine nationalistische oder nationalsozialistische Färbung. Aus den sehr persönlich gehaltenen Briefen spricht in ihrer übergroßen Mehrheit vielmehr eine deutliche Ablehnung des Krieges. Möglicherweise waren es insofern vor allem kommerzielle Interessen, die die Motivlage für Manipulationen bildeten.

Gleichwohl haben eben diese Briefe nach 1945 eine beachtliche Rezeption erfahren. Erstmals erschien ein schmaler Band dieser „Letzten Briefe aus Stalingrad“ 1950. Sie wurden ins Französische, Englische, Dänische, Schwedische, Finnische, Italienische, Spanische und Russische übersetzt, erlebten zum Teil mehrere Auflagen,³⁷ inspirierten zu Kompositionen und Rezitationen.³⁸ Noch 2002 sollten sie als zentraler Programmpunkt im Rahmen einer Gedenkfeier des Volksbundes Deutsche Kriegsgräberfürsorge im Deutschen Bundestag verwendet werden.³⁹

Die hohe Bekanntheit und Akzeptanz der Briefe könnte darin begründet sein, dass wir unsere eigenen Projektionen in ihnen wiederfinden. Wir stoßen in den Briefen auf das, was wir erwarten, wenn wir an das Sterben von Soldaten jenseits vom ideologisch überhöhten Heldentod denken.⁴⁰ Wir finden Abschiednehmen, Reflektionen über Sinnhaftigkeiten und Bewusstsein über das bevorstehende Sterben. Jenseits der Tatsache der Manipulation der Quellen sind sie allein aus diesen Gründen nicht „repräsentativ“ für mögliche, sich in Briefen abbildende „Sterbeprozesse“. Und dies aus mehreren Gründen: Zum einen sind Abschiedsbriefe dadurch gekennzeichnet, dass ihr Autor den nahen Tod vor Augen hat. Auch wenn es in der Situation kriegerischer Auseinandersetzungen eine objektiv vorhandene Todesbedrohung gab, war doch Hoffnung ein zentrales Element auch als Faktor der „Bewältigung“. Insofern finden wir selbst in den wenigen Briefen, die das Sterben thematisieren, mehr Hoffnung auf ein Überleben als eine Reflexion des Lebensendes. Wenn, dann waren es besondere Situationen wie Weihnachten oder der Jahreswechsel, die Raum für Reflexionen ließen. Darüber hinaus waren die Soldaten jahrelang vom Tod bedroht, überlebten sie die eine Auseinandersetzung, drohte die nächste sowie alle Gefahren dazwischen. Allein aus dem Grund konnte man seine Korrespondenz mit Familie und Freunden nicht als ein permanentes Abschiednehmen gestalten, wenngleich es wahrscheinlich oft mitschwang.

4. Schlussbemerkung

So überzeugend Senecas Mahnungen einer stetigen Vergegenwärtigung der Vergänglichkeit auch sein mögen, bereits im alltäglichen Leben funktionieren sie nur bedingt. Selbst in der Kriegssituation und damit einer objektiven wie subjektiven omnipräsenten Todesbedrohung tritt der Soldat zumeist nicht in einen „Sterbeprozess“ im eigentlichen Sinne. Hierbei dürfte auch von Bedeutung sein, dass dieser Prozess zeitlich ungewiss ist.

³⁷ Vgl. die entsprechenden Hinweise im Katalog der Deutschen Nationalbibliothek: <https://portal.dnb.de/opac.htm?method=showShortList¤tPosition=0> (gesehen: 12.03.2010) sowie bei Hettling (1995), S. 522.

³⁸ 2002 wurde beispielsweise vom Musikkorps der Bundeswehr eine CD eingespielt: Aubert Lemeland, „Letzte Briefe aus Stalingrad“ 10. Sinfonie mit Rezitationen von Senta Berger, <http://www.musikkorpsbw.de/details.php?id=8> (gesehen: 08.03.2010).

³⁹ Vgl. „Missklänge im Reichstag“, Der Spiegel 46/2002, S. 171, <http://wissen.spiegel.de/wissen/image/show.html?did=25662249&aref=image035/E0245/SCSP200204601710171.pdf&thumb=false> (gesehen: 08.03.2010).

⁴⁰ Eine solche Ideologisierung und nationalistische Einbettung findet sich demgegenüber beispielsweise in der 1955 im Verlag Hohe Warte herausgegebenen Briefsammlung „Ein Vermächtnis. Briefe und Gedichte gefallener Soldaten des 2. Weltkrieges“, Verlag Hohe Warte (1955).

Niemand konnte wissen, wie lange der Krieg und damit die Bedrohung andauern würde. Am ehesten repräsentativ – bei allen eingangs beschriebenen Einschränkungen – für den Umgang der Soldaten mit dem eigenen möglichen Sterben dürfte insofern die Aussage des zitierten Rudolf Kuth sein: „Aber ich habe auch im Feuer weniger an’s sterben gedacht, als daran mit Dir glücklich zu werden.“⁴¹

Literatur

1. Bertelsmann (1959): C. Bertelsmann, Letzte Briefe aus Stalingrad, Gütersloh 1959 (= Das kleine Buch, 60).
2. Ebert (2003): Jens Ebert, Feldpostbriefe aus Stalingrad, Göttingen 2003.
3. Heidegger (1993): Martin Heidegger, Sein und Zeit, Tübingen 1993.
4. Hettling (1995): Manfred Hettling, Täter und Opfer? Die deutschen Soldaten in Stalingrad, Archiv für Sozialgeschichte 35 (1995), S. 515-531.
5. Irrgang (2007): Astrid Irrgang, Feldpost eines Frontsoldaten, Aus Politik und Zeitgeschichte 14-15 (2007), S. 41-46.
6. Kilian (2002): Katrin Kilian, „Man stirbt nicht gern, wenn man 22 Jahre alt ist, aber ich war bereit...“ Der Krieg in Russland 1941 bis 1945 im Spiegel deutscher Feldpostbriefe, <http://www1.historisches-centrum.de/forum/kilian02-1.html> (gesehen: 23.02.2010).
7. Kunz (2005): Andreas Kunz, Wehrmacht und Niederlage, München 2005.
8. Latzel (1988): Klaus Latzel, Vom Sterben im Krieg. Wandlungen in der Einstellung zum Soldatentod vom Siebenjährigen Krieg bis zum II. Weltkrieg, Warendorf 1988.
9. Latzel (1999): Klaus Latzel, Wehrmachtssoldaten zwischen „Normalität“ und NS-Ideologie, oder: Was sucht die Forschung in der Feldpost?, in: Rolf-Dieter Müller, Hans-Erich Volkmann (Hrsg.), Die Wehrmacht. Mythos und Realität, München 1999, S. 573-588.
10. Overmans (2004): Rüdiger Overmans, Deutsche militärische Verluste im Zweiten Weltkrieg, München 2004.
11. Papadopoulos-Killius (1992): Rosemarie Papadopoulos-Killius, Die Verarbeitung von Todesahnungen, in: Wolfram Wette, Gerd R. Ueberschär (Hrsg.), Stalingrad. Mythos und Wirklichkeit einer Schlacht, Frankfurt a. M. 1992, S. 146-159.
12. Rass (2003): Christoph Rass, Menschenmaterial. Deutsche Soldaten an der Ostfront, Paderborn 2003.
13. Remmers (1999): Wolfgang Remmers, Deutsche Dienststelle (DDSt.) 1939-1999. 60 Jahre im Namen des Völkerrechts, Berlin 1999.
14. Seneca (1996): Seneca, Von der Kürze des Lebens, Stuttgart 1996.

⁴¹ Brief von Rudolf Kurth an seine Ehefrau vom 06.07.1941, http://www.museumsstiftung.de/feldpost/brief.html?action=detail&what=letter&id=802&le_fulltext=sterben (gesehen: 12.03.2010).

15. Ueberschär (1992): Gerd R. Ueberschär, Die Schlacht von Stalingrad in der deutschen Historiographie, in: Wolfram Wette, Gerd R. Ueberschär (Hrsg.), Stalingrad. Mythos und Wirklichkeit einer Schlacht, Frankfurt a. M. 1992, S. 192-204.
16. Verlag Hohe Warte (1955): Verlag Hohe Warte (Hrsg.), Ein Vermächtnis. Briefe und Gedichte gefallener Soldaten des 2. Weltkrieges, Pähl 1955.
17. Wittkowski (1990): Joachim Wittkowski, Psychologie des Todes, Darmstadt 1990.

III. Der Prozess des Sterbens: Die philosophische Perspektive

Über Verantwortung – Für die Sterbenden und die Toten¹

Julia A. Glahn

1. Einleitung

Ludwig Wittgenstein schrieb einst in seinem *Tractatus logico philosophicus*: „Der Tod ist kein Ereignis des Lebens. Den Tod erlebt man nicht.“² Diese Feststellung schließt durchaus an die epikureische Weisheit, nach der der Tod den Menschen gar nichts angehe, an. „Denn so lange wir sind, ist der Tod nicht da; und wenn der Tod da ist, sind wir nicht mehr.“³ Es gibt keinen Ort, an dem wir dem Tod begegnen können. Damit wird der Tod als eigentliches Scheinproblem deklassiert.⁴

Der Versuch jedoch, den Tod aus den Betrachtungen des Lebens auszuschließen, muss scheitern. Denn selbst der Ratschlag, nicht an den Tod zu denken, ihn auszugrenzen und auszuklammern, ist im Leben selbst angesiedelt. Gerade der Versuch, den Tod weit von sich zu weisen, ermöglicht erst seine Wiederkehr ins Leben.⁵ Vielmehr ist also „der Tod im weitesten Sinne [...] ein Phänomen des Lebens“⁶, um mit Martin Heidegger zu sprechen.

Es ist vielleicht auch nicht so sehr der Tod an sich, der den Menschen im Leben Angst und Probleme bereitet, sondern eher das Wissen um den Tod, das Wissen um die eigene Endlichkeit.⁷

Das Wissen um die eigene Sterblichkeit ist dem Menschen als einzigem unter allen Lebewesen eigen. In keiner anderen Lebenssituation wird diese Unausweichlichkeit dem Menschen so sehr vor Augen geführt wie im Prozess des Sterbens; zunächst in der Beobachtung des Sterbens Anderer und letztendlich in der Erfahrung des eigenen Sterbens. Allein durch die Wahrnehmung des Sterbens Anderer erlangen wir unser Wissen über den uns selbst bevorstehenden Tod. Gleichzeitig ist aber auch ein reflexives Wissen über die uns eigene Sterblichkeit notwendig, um den Tod Anderer überhaupt als das zu begreifen, was er ist. Also: Wenn ich andere Sterbende beobachte, erlange ich Wissen über das Sterben und den Tod. Damit dieses Wissen für mich Bedeutung haben kann, muss ich aber von mir selbst wissen oder zumindest annehmen, dass ich sterblich bin.

¹ Der Beitrag wurde im Rahmen des von der VW-Stiftung geförderten Forschungsprojektes „Tod und toter Körper – Zur Veränderung des Umgangs mit dem Tod in der gegenwärtigen Gesellschaft“ im Teilprojekt III *Medizingeschichte & Medizinethik* (Leitung: Dominik Groß, Universitätsklinikum der RWTH Aachen) verfasst.

² Wittgenstein (1989), S. 84.

³ Epikur (1949), S. 45.

⁴ Vgl. Schockenhoff (1991), S. 38.

⁵ Vgl. ebd., S. 39.

⁶ Heidegger (1976), § 49, S. 246.

⁷ Vgl. Elias (1982) S. 12.

Ohne einen Aufsatz über ein würdiges Sterben zu schreiben, möchte ich zunächst genau an dieser Stelle ansetzen, um zu der Frage zu gelangen, was einen würdigen Umgang mit Toten ausmacht. Dabei lautet die These, dass sich, im Hinblick auf einen würdigen Umgang, ein Sterbender nicht wesentlich von einem Toten unterscheidet. Denn beide stehen in einem Beziehungsverhältnis zu (lebenden) Anderen, das sich vor dem Tod nicht wesentlich anders konstituiert als nach dem Tod. Vielmehr ist für dieses Beziehungsverhältnis, das sich als eine Beziehung der Verantwortung für den Anderen beschreiben lässt, unabhängig von der Grenze zwischen biologischem Leben und Tod. Entscheidend ist viel mehr die soziale Rolle, die Sterbende und Tote im Geflecht des menschlichen Miteinanders spielen. Ich werde also über die Beschreibung des Sterbens des Anderen, aus dem wir Wissen über unseren eigenen Tod gewinnen können, die Abhängigkeitsverhältnisse skizzieren, in denen sich Sterbende ebenso wie Tote befinden. Diese Abhängigkeitsverhältnisse sind derart, dass sie Handlungen von Lebenden erfordern und nicht mit dem Tod des jeweiligen Individuums enden. Vielmehr besteht auch über den Tod hinaus, so der weitere Lauf der Argumentation, ein Verantwortungsverhältnis des Lebenden gegenüber dem Toten. Vielmehr stellen die Toten noch immer Mitglieder der menschlichen Gemeinschaft dar und sind eingebunden in ein komplexes soziales Umfeld.

2. Sterben in Würde und der Tod des Anderen

Es ist viel darüber diskutiert worden, wie gutes Sterben aussehen kann.⁸ Eine wesentliche Rolle spielt dabei fast immer der Begriff der Würde. Ohne an dieser Stelle ins Detail der Debatte um ein würdiges Sterben gehen zu können, möchte ich einige wenige Aspekte aufzählen, die meines Erachtens zentral für ein Sterben in Würde stehen. Das bedeutet vor allem, ohne Schmerzen, Atemnot, Hunger, Durst oder Angst zu sterben, keiner rein lebensverlängernden Behandlungsmaßnahme zu unterliegen und nicht in Einsamkeit zu sterben.⁹ Die unwürdigste Art, diese Welt verlassen zu müssen, ist in der Tat die frühzeitige Aussonderung der Sterbenden aus der Gemeinschaft der Lebenden, die nur in die Isolation und Einsamkeit führen kann. Denn die Anwesenheit Anderer wird im Prozess des Sterbens häufig als Trost und Hilfe empfunden.

Doch vielen fällt es schwer, mit Sterbenden konfrontiert zu sein, ihnen die nötige Hilfe zu leisten und durch ihre Anwesenheit Trost zu spenden. Diese nahezu unüberwindbare Schwierigkeit liegt nicht zuletzt auch darin begründet, dass eben der Sterbende selbst als „Mahnzeichen für den eigenen Tod“¹⁰ erscheint und uns in seinem Sterben unsere eigene Sterblichkeit so schmerzhaft vor Augen führt.

In dieser Hinsicht lässt sich also behaupten, dass uns der Tod zunächst in Gestalt des „fremden Todes“¹¹, nämlich als Tod eines Anderen, begegnet. Deswegen ist „der

⁸ Vgl. z. B. Beckmann (2004); Everding/Westrich (2000); Linke (1991).

⁹ Vgl. Schmitt-Mannhart (2001), S. 258; Jens/Küng (1995), S. 39f.

¹⁰ Elias (1982), S. 19.

¹¹ Schockenhoff (1991), S. 106.

Tod, der uns am meisten angeht, [...] der Tod der anderen, weil er allein unser Leben ärmer macht“¹².

Es ist also primär das Sterben der Anderen, das wir erfahren, und zwar immer aus der vermittelten Perspektive des Beobachters und des Handelnden. Denn die Sterbenden gehören aufgrund des sich im Schwinden begriffenen Lebens zu den schwächsten Mitgliedern der menschlichen Gemeinschaft. Sie können nur äußerst wenig bis gar nicht mehr Sorge für sich selbst tragen, sondern sind besonders auf den Schutz durch Stellvertreter angewiesen. Diese Verletzlichkeit und die daraus resultierende Abhängigkeit von Dritten öffnet die Tür für Würdeverletzungen, aber auch für besondere Formen der Würdeerweisung.

Für den würdigen Umgang mit Sterbenden steht neben den bereits erwähnten Aspekten vor allem die Dimension der Abhängigkeit im Vordergrund. Abhängig zu sein von Anderen wird von den meisten Menschen als unangenehm empfunden. Niemand möchte Angehörigen oder Pflegepersonal zur Last fallen, sondern bis zum Ende Sorge für sich selbst tragen. Dabei ist die Vorstellung des Menschen als ein vereinzelt Subjekt, das unabhängig und losgelöst von seiner Außenwelt existiert, irreführend. Konstitutiv für den Menschen ist doch vielmehr seine Eingebundenheit in ein soziales Miteinander und seine Abhängigkeit von ebendiesem. Unser „personales Dasein“¹³ ist mitnichten das „atomare Sein eines Einzeldings“¹⁴, sondern immer notwendigerweise ein „Mitsein mit dem Anderen“ (Heidegger) und konstituiert sich entsprechend immer „interpersonal“ und „interexistentiell“¹⁵.

Sich dieser notwendigen und unumgeharen Abhängigkeit bewusst zu werden und ihr im Umgang mit Sterbenden Rechnung zu tragen, macht den zentralen Kern eines würdigen Sterbens aus.

3. Der Sterbende so wie der Tote

Allerdings ist zu bemerken, dass diese Abhängigkeit nicht mit dem Tod endet. Vielmehr sind die Toten ebenso wenig in der Lage, selbst Sorge für sich zu tragen, sondern sind, um nicht der völligen Disponibilität anheim zu fallen, auf den Schutz von Stellvertretern angewiesen. Ebenso wie die Sterbenden gehören sie aufgrund ihrer eigenen Unfähigkeit, sich um sich selbst und ihre Bedürfnisse zu kümmern, und ihrer daraus resultierenden Abhängigkeit von Anderen zu den schwächsten Mitgliedern in der menschlichen Gemeinschaft. In dem respektvollen Umgang, den eine Gemeinschaft mit ihren Toten pflegt, lassen sich Parallelen zu dem Umgang mit Sterbenden erkennen. Mit Eintritt des Todes verschieben sich die Ziele der Sorge um den Anderen, und unser alltäglicher Umgang mit lebenden Menschen unterscheidet sich drastisch von dem mit Toten. Wir würden einem noch lebenden Menschen weder eine Bestattungsfeier ausrichten noch würden wir medizinische Untersuchungen an ihm durchführen, ohne vor-

¹² Ebd.

¹³ Rehbock (2005), S. 242.

¹⁴ Ebd.

¹⁵ Rentsch (1990), § 12.

her sein Einverständnis eingeholt zu haben, oder ihn ‚beseitigen‘, weil er eine Gefahr für andere Menschen darstellt.

Wir behandeln also Tote in signifikanter Weise anders als Lebende, wenn wir zwar ihre letzten Wünsche hinsichtlich ihrer letzten Ruhestätte respektieren, aber beispielsweise bei einer Unsicherheit bezüglich ihrer Todesursache auch gegen ihren ausdrücklichen Willen polizeilich eine Obduktion anordnen oder sie, weil sie gefährliche Seuchen übertragen können, möglichst schnell beerdigen.

Es kann also nicht sein, dass gerade der als der angemessene Umgang mit Toten beschrieben werden kann, den wir auch mit Lebenden pflegen. Vielmehr müssen wir mit Toten anders umgehen als mit Lebenden, weil sie ganz andere Bedürfnisse haben. Ihr Zustand erfordert von uns Lebenden Handlungen, die wir lebenden Menschen nicht antun dürften, wie zum Beispiel sie in einem Sarg zu beerdigen oder sie in einem Krematorium zu verbrennen. Solche Handlungen, bei lebenden Menschen moralisch absolut zu verurteilen, sind genau die, die Tote von uns erfordern. Um sie respektvoll und würdig zu behandeln, müssen wir genau diese Dinge tun. Im Hinblick darauf, dass würdig mit ihm umgegangen werden sollte, unterscheidet sich also ein Sterbender nicht wesentlich von einem Toten.

Diese vielleicht gewagt erscheinende These möchte ich im Folgenden erläutern: Schon Karl Jaspers hat neben dem Leiden, dem Kampf und der Schuld den Tod als die Grenzsituation des Menschen charakterisiert. Solche Grenzsituationen des menschlichen Daseins sind dadurch gekennzeichnet, dass sie unausweichlich und von existentieller Bedeutung sind.¹⁶ Wir müssen uns notgedrungen in irgendeiner Form zu ihnen verhalten. Wir können ihnen zwar „ausweichen, indem wir vor ihnen die Augen schließen, [...] aber es bleibt am Ende nichts, als uns zu ergeben“.¹⁷ In eben dieser Situation erfahren wir die elementaren existentiellen Bedingungen der Möglichkeiten unseres Lebens als unaufhebbare Grenzen eben dieser Möglichkeiten.¹⁸ Es bedarf nur wenig Phantasie, um Sterben und Tod nach dieser Beschreibung paradigmatisch als Grenzsituation zu begreifen. Im Sterben und im Totsein manifestiert sich die Endlichkeit des Menschen schließlich in ihrer radikalsten Form.

An biologisches Leben jedoch sind diese Möglichkeiten nicht gebunden. Aufgrund der Abhängigkeitsverhältnisse, in denen alle Menschen sich notwendigerweise zueinander befinden und der Eingebundenheit aller in soziale Interaktionen, erfahren wir uns selbst nie als „bloß vorhandenes“¹⁹, sondern als „personales Dasein“²⁰, „dem es als Inder-Welt-Sein um uns selbst geht“²¹. Wir verhalten uns notwendigerweise *sorgend* um uns selbst²², und, eben weil wir nicht das Sein eines atomaren Einzeldings führen, begegnet uns auch der Andere nicht als bloß vorhanden in der Welt, sondern als ein personales Gegenüber, dem wir denselben Anspruch an Achtung seiner Würde zu-

¹⁶ Vgl. Rehbock (2005), S. 37.

¹⁷ Jaspers (1932), S. 204.

¹⁸ Vgl. Rehbock (2005), S. 41.

¹⁹ Ebd., S. 242.

²⁰ Ebd.

²¹ Heidegger (1976), § 31, S. 143.

²² Rehbock (2005), S. 242.

kommen lassen müssen wie er uns selbst zusteht. Die personale Wahrnehmung des Anderen erfolgt unbedingt, das heißt, unabhängig davon, in welchem faktischen Zustand sich der Andere befindet. Egal, ob der Andere gesund, krank, sterbend oder tot ist, als Mensch komme ich nicht umhin, ihn ebenfalls als Mensch zu erkennen und als personales Gegenüber anzuerkennen und nicht als eine zu beliebigen Zwecken verwendbare Sache oder als nicht-personales Wesen mit einem moralischen Status „2. Klasse“.²³

4. Verantwortung für den Anderen

Um dies näher zu erläutern, möchte ich auf den Begriff der Ethik bei Emmanuel Lévinas zurückgreifen. Wesentlich begreift Lévinas Ethik als die Beziehung des Ichs zum anderen Menschen, die von meiner Verantwortlichkeit für den Anderen gekennzeichnet ist. Sie ist somit nicht eine Lehre vom guten und richtigen Handeln, sondern das ursprüngliche Verhältnis zu meinen Mitmenschen.²⁴ Fundament des Menschen ist also seine Beziehung zu Anderen, wobei diese Beziehung nicht dialogisch, sondern asymmetrisch verstanden werden muss, nämlich als Verantwortung für einen Anderen, als von mir aus auf einen Anderen gerichtet und nicht als dialogisch reziproke Gegenseitigkeit zwischen zwei Menschen.

Eben deshalb ist dieses Verständnis von Verantwortung so gut auf Sterbende und auch auf Tote übertragbar, weil es die Asymmetrie des Beziehungsverhältnisses anerkennt und gerade aufgrund dieser Asymmetrie eine besondere Verpflichtung formuliert. Gerade weil Sterbende nur eingeschränkt und Tote selbst gar nicht mehr handlungsfähig sind, sich selbst weder wehren noch schützen können, müssen andere diese Aufgabe für sie übernehmen. In dieser Hinsicht gehören beide Gruppen – Sterbende wie Tote – zu den schwachen – eigentlich den schwächsten – Mitgliedern in der menschlichen Gemeinschaft, denen, wenn wir ein solidarisches Miteinander anstreben wollen, besonderer Schutz zuteil werden muss. Es sind diese Schwächsten, an denen wir unsere Umgangsformen messen müssen.

Diese Verantwortung und die Sorge für den Anderen ist bei Lévinas keine freiwillig oder kontraktualistisch übernommene Verantwortung, sondern eine bedingungslose, zu der der Mensch als Mensch berufen ist. Es ist das Antlitz des Anderen, in der Begegnung mit ihm, das diese Verantwortung in mir erweckt. Das Wesen des Menschen wird also in seiner Menschlichkeit im Anderen verwirklicht. Ähnlich argumentiert auch Avishai Margalit, wenn er schreibt, dass wir als Menschen gar nicht anders können, als andere Menschen als Menschen wahrzunehmen. Ignorieren wir die Menschlichkeit im Anderen, behandeln wir ihn also, als ob er kein Mensch wäre, machen wir uns der „Menschenblindheit“ schuldig und schließen den Anderen aus der Gemeinschaft der Menschen aus.²⁵ Was sich also aus meinem Verantwortungsverhältnis gegenüber dem Anderen als

²³ Vgl. ebd., S. 243.

²⁴ Vgl. Klun (1998), S. 909.

²⁵ Vgl. Margalit (1997), S. 114-134, bes. S. 121ff.

Handlungspflicht ergibt, orientiert sich maßgeblich an Parametern, die wir auch im Umgang mit lebenden Menschen als zentral einstufen.

Bei Lévinas wird vor allem der leiblichen Erscheinung des Menschen ein besonderer Stellenwert zugewiesen, besonders gegenüber dem Denken. Lévinas' Mensch ist ein „inkarnierter“, also ein Mensch aus Fleisch und Blut.²⁶ Denn es ist die menschliche Leiblichkeit, durch die Menschen einander als solche erkennen und durch die sie die Verantwortung erkennen. Sie ist sozusagen die „anthropologische Vermittlungsfigur“²⁷. In der Verantwortung verortet Lévinas den Kern der menschlichen Subjektivität, wodurch der Andere und nicht ich zu meiner primären Realität werde.

Auf diese Weise wird dann auch der Tod des Anderen, wie bereits erwähnt, wichtiger als mein eigener, „weil er allein [mein] Leben ärmer macht“²⁸. Auf die extremste Weise stellt nämlich der Tod des Anderen den Misserfolg meiner Verantwortung dar, der sich im Prozess des Sterbens ankündigt, im Moment des Todes vollzieht und sich im Leichnam leiblich manifestiert.

Der Tod des Anderen kann sich jedoch nur als Misserfolg beschreiben lassen, wenn das Beziehungsverhältnis als eines zu einem Anderen weiterhin besteht. Und dieses Beziehungsverhältnis zwischen dem lebenden Ich und dem toten Anderen besteht deshalb noch, weil es einen Leichnam gibt, der mich durch seine Präsenz, durch seine gleichzeitige Anwesenheit und Abwesenheit dazu zwingt, aktiv zu handeln, also Verantwortung zu übernehmen. Diese Verantwortung besteht im Wesentlichen darin, das für den Toten zu übernehmen, was er selbst nicht mehr kann.

Genauso wie meine Verantwortung gegenüber dem Sterbenden darin besteht, für ihn das zu übernehmen, wofür er nicht mehr selbst Sorge tragen kann. Das bedeutet nicht, dass wir Sterbende und Tote auf die gleiche Weise behandeln sollten. Wir sollten sie jedoch gleich behandeln in der Hinsicht, dass wir Verantwortung für ihre Bedürfnisse übernehmen. Da sich diese Bedürfnisse von Sterbenden und Toten unterscheiden, unterscheidet sich auch ein verantwortungsvolles Handeln mit Sterbenden und Toten.

In dieser Hinsicht trifft auch die Behauptung zu, dass das Sterben und der Tod des Anderen mich mehr betrifft als mein eigener Tod. Es besteht also weiterhin ein Beziehungsverhältnis, in dem die Rede von Verantwortung für den Anderen sinnhaft ist. Das bedeutet nicht, dass die Grenze zwischen biologischem Leben und Tod irrelevant ist, aber es bedeutet, dass sie für das Verantwortungsverhältnis, indem ich zum sterbenden oder toten Anderen stehe, irrelevant ist. Mit dem Ende des biologischen Lebens ist eine Aufgabe der Verantwortung für den Anderen nicht gerechtfertigt, ja nicht einmal möglich.

5. Der soziale Tod

Der Mensch ist zu Lebzeiten eingebettet in ein komplexes Netz aus sozialen Beziehungen. Familie, Freunde, Arbeitskollegen, um nur einige zu benennen, bilden dieses sozi-

²⁶ Vgl. Klun (1998), S. 911.

²⁷ Mieth (2008), S. 44.

²⁸ Schockenhoff (1991), S. 106.

ale Netz, das zur Entstehung und Aufrechterhaltung unterschiedlicher Rollen, aber auch zur eigenen Identitätsbildung beiträgt. Wie in Kapitel 3 bereits ausgeführt, ist die Vorstellung des Menschen als ein vereinzelter Subjekt, das unabhängig und losgelöst von seiner Außenwelt existiert, irreführend. Konstitutiv für den Menschen ist vielmehr seine Einbindung in ein soziales Miteinander und seine gleichzeitige Abhängigkeit davon.

Diese Einbindung in ein soziales Netz endet nicht mit dem Tod. Neben denjenigen, die nach dem Tod eines Menschen den professionellen Umgang mit ihm übernehmen (medizinisches und Pflegepersonal sowie Bestatter), ist es auch das persönliche soziale Umfeld, sind es vor allem Familie und Freunde, die den Umgang mit dem Toten übernehmen.

Dass bereits in der Antike Vorstellungen über die Fortexistenz eines sozialen Umfelds vorhanden waren, zeigen archäologische Funde: Gegenstände wie Schmuck, Geld, Waffen, zuweilen sogar Tiere und andere Menschen wurden dem Verstorbenen als Grabbeigaben dazu gelegt. Der Tote selbst stellte dabei nur einen „Teil eines sozialen Ensembles“²⁹ dar.

Auch wenn diese Traditionen heutzutage zumindest im zentraleuropäischen Kulturraum verloren gegangen sind, so bleibt ihre Bedeutung auch weiterhin bestehen.

Tote werden nicht mehr mit Gegenständen für ihre Reise ins und ihr Leben im Jenseits gerüstet zu Grabe getragen, aber sie werden auch nicht achtlos und ohne Übergang aus der Gemeinschaft ausgeschlossen. Die Zugehörigkeit zu dieser Gemeinschaft, das Eingebettetsein in ein soziales Netz, ist also mit dem Tod selbst noch nicht beendet. Vielmehr trägt das soziale Umfeld die Sorge dafür, dass der Tote würdig als ein Mitglied aus der Gemeinschaft entlassen werden kann. Dies geschieht in den allermeisten Kulturen nicht unmittelbar nach dem Tod, sondern erst nachdem bestimmte Übergangsriten wie das Aufbahren des Leichnams, Abschiedsgebete und -zeremonien vollzogen wurden, die diesen prozesshaften Charakter des Ausscheidens aus der Gemeinschaft verdeutlichen.

Dieser angemessene, eben würdevolle Prozess des Ausscheidens kann jedoch empfindlich gestört werden, wenn die Akteure des sozialen Umfeldes ihre Verantwortung für den Anderen nicht anerkennen und wahrnehmen und so auch das Austreten aus der Gemeinschaft nicht würdig gestalten.

Tatsächlich ist es möglich, dass biologisches und soziales Sterben und damit auch der biologische und der soziale Tod auseinanderfallen. Der soziale Tod eines Menschen kann unabhängig von seinem biologischen Tod eintreten, nämlich dann, „wenn das betroffene Individuum von anderen nicht mehr als aktiv Handelnder anerkannt wird“³⁰. Das soziale Leben wie auch das Sterben und das Totsein werden durch die Einbindung in ein soziales Netz geprägt. Es ist sogar von der zwischenmenschlichen Anerkennung durch Andere abhängig.

Menschen, vor allem physisch Sterbende, Kranke und Komatöse, können bereits vor ihrem biologischen Tod wie „Quasi-Leichen“ behandelt werden, zum Beispiel wenn

²⁹ Feldmann (1998), S. 97.

³⁰ Ebd., S. 99, nach Mulkay (1991).

sie alleingelassen und vereinsamt sterben müssen, wenn Besuche am Krankenbett eingestellt werden oder wenn in ihrer Anwesenheit nur noch *von* ihnen und *über* sie anstatt *mit* ihnen gesprochen wird.³¹ „Soziales Leben und Sterben ist [...] primär von der Anerkennung durch andere bestimmt, somit nicht unbedingt von physischer Lebendigkeit abhängig.“³²

Ebenso wie es also möglich ist, noch lebende Menschen wie „Quasi-Leichen“ (als ob sie nicht mehr lebten) zu behandeln, so ist es auch möglich, bereits tote Menschen als „sozial lebende Leichen“³³ zu konstituieren und ihnen dadurch das „Privileg eines postmortalen Mitlebens in der Gemeinschaft“³⁴ zu geben – beispielsweise als Statuen, Gemälde, Photographien oder durch eine individuell und/oder kollektiv intensiv gepflegte Erinnerungskultur.³⁵ Das soll natürlich nicht bedeuten, dass sozial lebendige Leichen das gleiche sind wie lebendige Menschen oder gleiche Rechte besitzen und den gleichen Umgang verdienen. Es bedeutet jedoch, dass diese sozial lebendigen Leichen als Repräsentanten der ehemals auch physisch lebendigen Menschen fungieren, die vielleicht ihr biologisches Leben, nicht jedoch ihre soziale Rolle in der Gemeinschaft verloren haben und in manchen Fällen auch noch als moralische Instanz fungieren können. Diese Leichen besitzen eine soziale Lebendigkeit, die erst weitere soziale Eingriffe erfordert, um sie auch sozial zu töten – zum Beispiel, wenn Bilder oder Statuen entfernt werden, und sie zu Unpersonen erklärt werden.³⁶

6. Schluss

Im Hinblick auf einen würdigen Umgang unterscheidet sich also ein Sterbender nicht wesentlich von einem Toten. Beide stehen in einem Beziehungsverhältnis zu (anderen) Lebenden, das sich vor dem Tod nicht wesentlich anders konstituiert als nach dem Tod. Vielmehr ist dieses Beziehungsverhältnis, das sich als eine Beziehung der Verantwortung für den Anderen beschreiben lässt, unabhängig von der Grenze zwischen biologischem Leben und Tod. Entscheidend ist vielmehr die soziale Rolle, die Sterbende und Tote im Geflecht des menschlichen Miteinanders spielen.

Damit verliert nun der Tod als Endpunkt des Sterbeprozesses und Anfangspunkt des Totseins im Hinblick auf den würdigen Umgang unter Menschen seine Bedeutung als einschneidende Grenze und als entscheidendes Kriterium für den würdigen Umgang mit Menschen, weil sich die Maßstäbe menschlichen Miteinanders eben nicht nur am

³¹ Vgl. Feldmann (1998), S. 99. Feldmann nennt noch einige weitere Beispiele für „sozial Tote“: Sklaven (vgl. Patterson (1982)) oder Gefangene in „totalen Institutionen“ (vgl. Goffman (1974)). Auch die von Primo Levi (Levi (1961)) beschriebenen „Muselmänner“ oder Insassen von Konzentrationslagern können als Beispiel herangezogen werden. Vgl. dazu auch die Ausführungen von Giorgio Agamben (Agamben (2003), S. 36ff, 47 u. 62).

³² Feldmann (1998), S. 100.

³³ Ebd.

³⁴ Ebd.

³⁵ Zum Beispiel wenn die Erinnerung an verstorbene Personen als Namensgeber für bestimmte Einrichtungen aufrechterhalten wird.

³⁶ Vgl. Feldmann (1998), S. 99ff.

sterbenden – also noch lebenden – Menschen erlassen lassen, sondern vor allem auch an den toten, gestorbenen Menschen. Zentral ist nicht das biologische „am Leben sein“, sondern vielmehr sind es die Bedürfnisse, die Menschen in den unterschiedlichen Grenzsituationen ihres Daseins haben und direkt an Andere stellen. Diese Anderen sind es, die ihr Verantwortungsverhältnis sowohl den Sterbenden als auch den Toten gegenüber wahrnehmen und so den unterschiedlichen Bedürfnissen gleichermaßen gerecht werden müssen.

Literatur

1. Agamben (2003): Giorgio Agamben, Was von Auschwitz bleibt. Das Archiv und der Zeuge, Frankfurt a. M. 2003.
2. Beckmann (2004): Rainer Beckmann, Sterben in Würde, Beiträge zur Debatte über Sterbehilfe, Krefeld 2004.
3. Elias (1982): Norbert Elias, Über die Einsamkeit der Sterbenden, Frankfurt a. M. 1982.
4. Epikur (1949): Epikur, Von der Überwindung der Furcht, Zürich 1949.
5. Everding/Westrich (2000): Gustava Everding, Angelika Westrich, Würdig leben bis zum letzten Augenblick: Idee und Praxis der Hospiz-Bewegung, München 2000.
6. Feldmann (1998): Klaus Feldmann, Der soziale Tod und die sozialen Leichen, in: Norbert Stefenelli (Hrsg.), Körper ohne Leben. Begegnung und Umgang mit Toten, Wien 1998, S. 97-103.
7. Goffman (1974): Erving Goffman, Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Frankfurt a. M. 1974.
8. Heidegger (1976): Martin Heidegger, Sein und Zeit, Tübingen 1976 (1927).
9. Jaspers (1994): Karl Jaspers, Philosophie II. Existenzerhellung, München 1994 (1932).
10. Jens/Küng (1995): Walter Jens, Hans Küng, Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverwaltung, München 1995.
11. Klun (1998): Branko Klun, Beziehungen zum verstorbenen Anderen. Überlegungen im Anschluss an die Philosophie Emmanuel Lévinas, in: Norbert Stefenelli (Hrsg.), Körper ohne Leben. Begegnung und Umgang mit Toten, Wien 1998, S. 908-916.
12. Levi (1961): Primo Levi, Ist das ein Mensch? Ein autobiographischer Bericht, München 1961.
13. Linke (1991): Detlev Linke, In Würde altern und sterben: Zur Ethik der Medizin, Gütersloh 1991.
14. Margalit (1997): Avishai Margalit, Politik der Würde, Berlin 1997.
15. Mieth (2008): Dietmar Mieth, Grenzenlose Selbstbestimmung? Wille und Würde Sterbender, Düsseldorf 2008.
16. Mulkay (1991): Michael Mulkay, John Ernst, The changing profile of social death, Archives of European Sociology 32 (1991), pp. 172-196.
17. Patterson (1982): Orlando Patterson, Slavery and social death – a comparative study, Cambridge 1982.

18. Rehbock (2005): Theda Rehbock, *Personsein in Grenzsituationen*, Paderborn 2005.
19. Rentsch (1990): Thomas Rentsch, *Die Konstitution der Moralität. Transzendente Anthropologie und praktische Philosophie*, Frankfurt a. M. 1990.
20. Schmitt-Mannhart (2001): Regula Schmitt-Mannhart, *Altern und Sterben in Würde*, in: Matthias Mettner (Hrsg.), *Wie menschenwürdig sterben?*, Zürich 2001, S. 257-268.
21. Schockenhoff (1991): Eberhard Schockenhoff, *Sterbehilfe und Menschenwürde. Begleitung zu einem „eigenen Tod“*, Regensburg 1991.
22. Wittgenstein (1989): Ludwig Wittgenstein, *Tractato logico philosophicus*. Werkausgabe. Band 1, Frankfurt a. M. 1989.

Moral und Ritualisierung. Anmerkungen über die neue „ars moriendi“

Jean-Pierre Wils

1. Änderungen von Sinn und Bedeutung der „ars moriendi“ mit Blick auf die Riten

Über die Sterbehilfe wird seit Jahrzehnten heftig diskutiert. Periodisch wird die Ethik mobilisiert, damit je nach Standpunkt die Moral der Sterbehilfe gesichert oder liberalisiert werden soll. Argumentativ ist hier inzwischen wenig Neues zu erwarten. Die Gründe Pro und Contra einer Veränderung des jeweiligen Strafrechts, die historischen Rekonstruktionen, die uns über die Vergangenheit belehren sollten, die kulturpessimistischen Szenarien („Kultur des Todes“) und die pragmatischen Optimismen, die flankierend an die Seite ethischer Standpunkte rücken, sind sattem bekannt. Aufklärung über die Empirie gegenwärtiger Zahlen und Mutmaßungen tut zwar noch immer Not, aber es sind weder moralphilosophische noch gar theologische Positionen in Sicht, die grundlegend Anderes präsentieren würden als diejenigen Argumente und Theorien, über die wir seit geraumer Zeit bereits verfügen. Was die Haltung der Bevölkerung betrifft, sind auch hier die Prioritäten bekannt. Ein signifikant hoher Anteil der Bevölkerung nahezu aller europäischen Länder favorisiert eine Liberalisierung der Sterbehilfe. Diese Tatsache hat natürlich mehrere Ursachen. Im Folgenden sollen einige dieser Ursachen genannt werden.

Der zunehmende Verbindlichkeitsverlust *religiöser* Traditionen mit ihren fast ausnahmslos restriktiven Auffassungen über Sterbehilfe ist unübersehbar. In heiklen moralischen Angelegenheiten unterwerfen Bürger sich immer weniger einer religiös sanktionierten, autoritätshörigen Moral, sondern beharren auf das Recht eigenen Urteilens. Eine zweite Ursache hängt unmittelbar mit dieser Konstatierung zusammen: Der Bereich der Sterbehilfe wird als eine individuelle Angelegenheit betrachtet, als Teil eines privaten Lebensraums, der zunehmend auch als privater und intimer Sterberaum betrachtet wird. Die Sorge, die Menschen für ihr eigenes und das Leben Anderer tragen, hat sich zu einer *individuell* angeeigneten und gestalteten moralischen Lebenskunst ausgeweitet. Eine dritte Ursache, die wiederum unmittelbar an die soeben genannte anschließt, betrifft die *Existentialisierung* des Todes. Der Tod wird als der *eigene* empfunden und somit als ein singuläres Ereignis, das eben eigene Fürsorge und Haltung verlangt. Diese Existentialisierung ist (spätestens) seit dem 19. Jahrhundert im Gange und gemeint ist damit, dass weder abstrakte Weltbilder noch gesamtkulturelle Verbindlichkeiten und Interpretationsmonopole fraglos akzeptiert werden, es sei denn, sie sind durch das Nadelöhr der eigenen Existenz geschlüpft. Gesetzt den Fall, sie würden diesen existentiellen Test bestehen, wären Abstraktion und Monopol gleichwohl dahin. Zusammengefasst: Säkularisierung, Individualisierung und Existentialisierung haben die traditionelle Moral der Sterbehilfe in eine schwere Gewitterfront gerückt.

Häufig wird jedoch ein wichtiges Phänomen vergessen.¹ Dieses betrifft den Wandel der Sterbe- und Begräbnisriten. In diesem Falle haben wir es weniger mit einer Ursache der genannten Liberalisierung als vielmehr mit ihrer eindrucksvollen Expression zu tun. Säkularisierung, Individualisierung und Existentialisierung haben sich auch der Riten bemächtigt. In vielen Ländern Europas vollzieht sich mit unterschiedlichem Tempo und mit unterschiedlicher Radikalität ein tief schürfender Wandel der Sterbe- und Begräbnisriten. Richten wir das Augenmerk zunächst auf Beerdigungsbräuche. Da ist zunächst der enorme Zuwachs an Kremationen im Vergleich zu der klassischen Erdbestattung. Innerhalb von wenigen Jahren ist die randständige Kremation zu einer immer noch zunehmenden Basispraktik geworden. Die Emanzipation der Kremation hängt zweifelsohne mit dem Wegfall der verbindlichen Kraft religiöser Dogmatik und mit dem Verbindlichkeitssturz religiös sanktionierter Verhaltensweisen zusammen. Die Mutmaßung, der Einsturz des Glaubens an die Auferstehung sei mit jener Emanzipation der Kremation ursächlich verbunden, dürfte jedenfalls nicht falsch sein. Das Schicksal der Asche des Kremierten ist äußerst unterschiedlich. Sie wird zu Hause aufgebahrt – mit oder ohne Schrein oder Privataltar – oder im Garten verscharrt. Sie wird ausgestreut – ins Meer, auf einer eigens reservierten Wiese auf dem Friedhof oder gegebenenfalls auf einem Feuerwerkskörper in die Luft geschossen. Der letzte Aufenthaltsort des Verstorbenen bzw. seiner Asche reflektiert dessen eigenen Präferenzen oder die der Angehörigen. Die Asche ist Teil einer postmortalen Präsenz oder einer symbolischen Anwesenheit. Die Weltanschauung der Betroffenen wird materialisiert in der Asche, genauso wie einst der Umgang und der Aufenthaltsort des Leichnams es taten. Auch sie spiegeln weltanschauliche Annahmen wider.

Immer häufiger besitzen Angehörige Hausaltäre oder private altarähnliche Schreine, die der Erinnerung der Verstorbenen gewidmet sind. Diese Altäre können teils als Baukastenmodelle gekauft werden und werden in manchen Fällen mit äußerst kreativer Energie ausgeschmückt und gestaltet. Die Maxime der Wissenschaftstheorie Paul Feyerabends „Alles geht“ hat sich auch dieses Feldes bemächtigt. Die Beerdigungen selber sind inzwischen Gegenstand der Eigengestaltung von Moribundi und deren Angehörigen geworden. Während der Beerdigung spricht der Tote die digitalen Abschiedsworte, die er prä mortal formuliert hat. Der Ablauf dieser Beerdigungen ist höchst unterschiedlich – so unterschiedlich wie es die Toten sind, die beerdigt werden. Die Beerdigung wird manchmal zur Apotheose der Individualität des gelebten Lebens. Ihre Ästhetik und die darin sich zeigende Erinnerungskultur changieren zwischen höchst eindrucksvoller Ausstattung des neu erfundenen Ritus und plattester Peinlichkeit. Aber am Offensichtlichsten lässt sich die Veränderung auf den neu angelegten Friedhöfen beobachten. Hier sind der Phantasie kaum Grenzen gesetzt: Naturfriedhöfe, die auf den ersten Blick keinerlei Unterschied zu einer sonstigen Landschaft aufweisen, Lichtungen in Wäldern, die eine Art Naturmystik zu huldigen scheinen, demokratisierte und uniformisierte Friedhöfe, behaftet mit nahezu militärischer Strenge, multireligiöse Friedhöfe, private, städtische, kirchliche Friedhöfe alter und neuer Signatur. Die Landschafts- und Gartenarchitektur jedenfalls hat eine neue Aufgabe entdeckt.

¹ Vgl. Michaels (2008); Riesebrodt (2007).

Vieles von dem, was hier lediglich umrisshaft und unvollständig genannt worden ist, geschieht mit großem Ernst. Es gibt keinerlei Anlass, die Ernsthaftigkeit dieser Vorgänge grundsätzlich in Frage zu stellen und sie mit einer „goldenen“ Vergangenheit zu vergleichen, damit sie herabgestuft werden können. Dies gilt übrigens auch für die Sterbebegleitung. Dass Menschen in modernen Gesellschaften anonymisiert, einsam und verlassen, kaum umsorgt und ihrem Schicksal überlassen, sterben müssen, gehört zu den nicht überprüften Annahmen notorischer Kulturpessimisten, die übrigens ein kommerzielles Interesse daran haben, dass die Welt sich so verhält, wie sie ihnen missfällt. Kaum von der Hand zu weisen dürfte jedenfalls der Umstand sein, dass die Säkularisierung, Individualisierung und Existentialisierung sowohl auf der Seite der Auffassungen und der Moral als auch auf der Seite der Riten, der Praktiken, tiefe Spuren hinterlassen haben. Der Blick auf die Riten zeigt jedenfalls überdeutlich auf die Veränderungen, die im Bereich der Einstellungen und der Moral stattgefunden haben, also auf die Veränderungen der Bedeutung und des moralischen Sinns, wie auch umgekehrt letztere ihren Ausdruck in der radikalen Ritenkonstruktion der Gegenwart gefunden haben. Im Folgenden sollte dieser Prozess lediglich in theoretischer Perspektive etwas näher analysiert werden. Daraus wird sich ergeben, dass dieser Prozess sich gewissermaßen als die Einheit verschiedener Verschiebungen vollzieht. Dabei liegt das Augenmerk vor allem auf den Veränderungen im Bereich der Riten.

2. Riten als Formen kultureller Konnektivität

Was sind Riten? Obwohl religiöse Riten gleichsam das privilegierte Objekt von Ritualstudien sind, empfiehlt es sich, eine hinreichend formale Definition zu benutzen. Der bekannte Ritenspezialist Roy A. Rappaport fasst das Wesen von Riten folgendermaßen zusammen: Riten sind „the performance of more or less invariant sequences of formal acts and utterances not entirely encoded by the performers“.² Riten haben demnach einen performativen Charakter, sie sind darstellende Ereignisse. Sie weisen nicht nur auf Etwas hin, sondern lassen dieses Etwas stattfinden. Sie sind offenbar in hohem Maße invariant, was bedeutet, dass sie Wiederholungscharakter haben und somit der verbindlichen Maßgabe vergangener Performance weitgehend unterworfen sind. Sie besitzen eine erstaunliche Resistenz gegen Eingriffe in ihren Ablauf und in ihr szenisches Reservoir. Die Handlungen, die im Ritus vollzogen werden und die Ästhetik ihrer Darstellung sind formalisiert: Anlass, Zeitpunkt, Ort, Aussehen und Teilhabe sind in aller Regel genau festgelegt worden. Und diejenigen, die den Ritus vollziehen, haben ihn nur zu einem geringen Teil selber kodiert und festgelegt. Im Gegenteil – der Ritus lebt in hohem Maße davon, dass seine Subjekte den Zeitpunkt seiner Einsetzung, deren Motive und Anlässe meistens nicht kennen und auch keinerlei Bedürfnis verspüren, dies alles zu wissen.

Die Periodizität der rituellen Performance hat zur Folge, dass die Riten in der Wahrnehmung ihrer Teilnehmer als zeitlos anwesend und damit auch als zeitlos gültig erfahren werden. Einen Ritus fängt man nicht an, sondern man begeht und vollzieht

² Rappaport (1999), S. 24.

ihn. Die Anlässe für Riten können äußerst unterschiedlich sein, aber meistens handelt es sich um signifikante Erfahrungen, um ernste Gründe, die nicht bloß den Einzelnen als solchen, sondern als Teil eines größeren Ganzen, eines kulturellen Kollektivs, betreffen, das entweder die gleichen Erfahrungen gemacht hat oder von ihnen jedenfalls zumindest betroffen ist. Ein Privatritus, ein Ritus in eigener Hand, scheint demnach ein Widerspruch in sich zu sein. Riten sind nicht das Resultat einer Wahl oder Gegenstand einer andauernden Reflexion. Sie ersetzen diese vielmehr bis zu einem gewissen Grade. Vilém Flusser übertreibt lediglich, wenn er behauptet, Riten seien „konditionierte Reflexe“. Diese Konditionierung hat die Aufgabe, die Bedeutung der ihnen zugrunde liegenden Weltanschauung oder Religion *nicht* explizit zu machen. Die Riten erhalten – in Flussers Sprache – „die Unkenntnis des mythischen Charakters der Religion. Unkenntnis im Sinne von ‚ich weiß nichts‘, ‚ich will nicht wissen‘, ist Zeichen für die Authentizität des Glaubens.“³

Die Definition von Rappaport scheint allerdings unvollständig, denn sie dehnt den Bereich dessen, was Riten sein können, unzulässig weit aus. Darüber hinaus vergisst sie wesentliche Aspekte. Fassen wir den Bereich der Riten folgendermaßen zusammen: „Ein Ritus ist eine standardisierte symbolische Handlung. Sie beruht auf dem Unterschied zwischen dem Gewöhnlichen und dem Außergewöhnlichen. Der Ritus stabilisiert Lebensverhältnisse in Krisensituationen und hat eine Erinnerungsfunktion.“

Standardisiert bedeutet, dass Riten einem Handlungsmuster folgen, das kodiert und somit der Kreativität des Einzelnen ‚in actu‘ weitestgehend entzogen ist. Die Standards mit ihrer normativen Geltung sind kein Gegenstand ständiger Reflexion und kein Objekt permanenter Problematisierung oder Kritik. *Symbolisch* sind die rituellen Handlungen, weil sie auf etwas Anderes verweisen, indem sie dieses in expressiver Form vergegenwärtigen. Riten heben sich von Alltagshandlungen dadurch ab, dass sie mit Ereignissen befasst sind, in denen die Normalität des Alltags bedroht ist. Sie pflegen Umgang mit dem *Exzeptionellen* und dem *Existentiellen*. Die Eingriffe der Riten bezwecken die Wiederherstellung der Ordnung durch expressive *Krisenintervention*. Sie besitzen demnach eine „nomische Funktion“, weshalb in ihnen „jedes Ding an seinen rechten Platz rückt“.⁴ Auf der Zeitachse stellen Riten eine Verbindung mit der Vergangenheit wieder her – sie praktizieren Vergegenwärtigung durch *Erinnerung*.⁵ Diese Erinnerung betrifft nicht Dinge, sondern Bedeutungen.

„Riten gehören in den Bereich des kulturellen Gedächtnisses, weil sie eine Überlieferungs- und Vergegenwärtigungsform des kulturellen Sinnes darstellen. Das selbe gilt für Dinge, wenn sie nicht nur auf einen Zweck, sondern auf einen Sinn verweisen: Symbole, Ikonen, Repräsentationen wie etwa Denksteine, Grabmale [...] überschreiten den Horizont des Dinggedächtnisses.“⁶

³ Flusser (1996), S. 88ff.

⁴ Berger et al. (2007), S. 105.

⁵ Vgl. Assmann (1999).

⁶ Assmann (1997), S. 21.

Der Ritus stemmt sich gegen das Vergessen. Er widersetzt sich der „Aufmerksamkeitszerstörung“⁷, indem er die Zeit des Alltags verlässt, sie verlangsamt und mittels der Teilhabe Menschen dazu anhält, sich gegen „die Zerstörung der Sorge als Aufmerksamkeit, Achtsamkeit und Anerkennung“⁸ zu wehren. Man könnte dies auch die *implizite* Moral des Ritus nennen.

Menschliche Krisensituationen verlangen offenkundig nach solchen rituellen Praktiken. Krisensituationen können in diesem Zusammenhang als solche Situationen definiert werden, in denen *Situationsänderungen* durch Handlungen an Grenzen stoßen. Diese Situationen müssen eher bewältigt als verändert werden. Beerdigungsriten sind ein Beispiel ‚par excellence‘ für diese Beschreibung. Riten als *symbolische* Handlungen sind gewissermaßen ‚als ob‘-Handlungen. Sie symbolisieren Veränderungen eher, als dass sie diese bewerkstelligen. Erst recht bleibt angesichts des Unveränderlichen nur eine symbolische Praktik übrig. Arnold Gehlen hat in seiner Abhandlung über „Urmensch und Spätkultur“ genau erfasst, was hier anthropologisch vorgeht. Dort, wo der gestaltende Eingriff in die Wirklichkeit nicht gelingen kann, muss die Ordnung dennoch erhalten bzw. restauriert werden. Kontinuität und Invarianz des Verhaltens werden gesichert durch Darstellung. Dieses Verhalten, so Gehlen, „muss darstellend sein, weil kein praktisches sachveränderndes Handeln vorliegt, so dass also der Inhalt des Handelns zugleich seine Form, die Bestimmtheit des *Wie* sein muss: eben dies heißt nachahmendes, darstellendes Handeln“.⁹

Man kann diese Stabilisierungsfunktion kaum überschätzen. Riten sind demnach proto-institutionelle Praktiken, die angesichts der Unmöglichkeit von Realinterventionen in kulturellen und anthropologischen Krisen symbolische, also *stellvertretende* Interventionen ermöglichen. Die Performativität von Riten bedeutet überdies, dass in ihnen die Krise und deren symbolische Bewältigung veranschaulicht werden. Nicht die Reflexion, aber auch nicht die Umwandlung der Wirklichkeit steht hier im Vordergrund, sondern die darstellende Veranschaulichung.

„Der Ritus nämlich legt sozusagen Stabilisationskerne in die Wahrnehmung (als Darstellung, Bild), in das zugeordnete Verhalten (das zudem noch in der Gegenseitigkeit stereotypisiert wird), und in das Bewusstsein, und zwar derart, dass diese Stabilisationskerne zusammenfallen. Denn das rituelle Verhalten enthält das Appelldatum, von dem es provoziert wurde, selbst als Inhalt, sofern es nämlich ein mimisch-darstellendes Verhalten ist, dessen Form zugleich und unmittelbar als Inhalt erscheint, und es schaut denselben Inhalt in sich und außer sich an.“¹⁰

Sterbe- und Beerdigungsriten passen mühelos in das Riten-Schema, das hier entwickelt wurde. Auf sie trifft alles zu, was über die Riten im Allgemeinen ausgesagt worden ist. Nun zeichnet sich aber gerade in jenen Riten, wie anfangs gezeigt, eine Transformation ab, die scheinbar mit einer wesentlichen Grundannahme dieses Ritenkonzeptes bricht – mit der Standardisierung. Oder anders formuliert: Aus der Teilhabe an einem überindi-

⁷ Stiegler (2008), S. 41.

⁸ Ebd., S. 32.

⁹ Gehlen (1975), S. 155.

¹⁰ Ebd., S. 156.

viduellen Ereignis wird zunehmend die persönliche Investierung in die Ethik, in die Ästhetik und in die Interpretation des Sterbe- und Beerdigungsgeschehens. Bevor wir diesen Wandel seinerseits interpretieren, muss diese Transformation aus einer zivilisatorischen Perspektive genauer betrachtet werden. Nur so kann dem Eindruck entgegengetreten werden, es handle sich bei der Erfindung neuer Riten lediglich um ein modisches Übergangsphänomen.

3. Riten unter Druck

Standardisierungsverlust bzw. Individualisierung und Existentialisierung kennzeichnen die Ritentransformationen. Säkularisierung heißt in diesem Zusammenhang, dass die Autorität und Sanktionsgewalt religiöser Traditionen angesichts solcher Veränderungen immer schwächer werden. Die „nomische Funktion“ (Berger/Luckmann) von Riten nimmt dort ab, wo Realinterventionen in die Wirklichkeit zunehmen, moralische und juristische Normen Handlungsregulierungen ‚sui generis‘ werden, die Reflexion auf diese Normen auf Dauer gestellt wird und Riten ästhetisiert bzw. primär in ihrer ästhetischen Erscheinungsweise wahrgenommen werden. Habermas spricht in diesem Zusammenhang von der „kommunikativen Verflüssigung von Mythos und Magie, Religion und Kultus“¹¹ und meint mit letzterem natürlich auch den Ritus. An anderer Stelle ist von einer „fortschreitenden Dekontextualisierung und Objektivierung“ die Rede, von einem „Zug zur Abstraktion“.¹² Was in der Moderne nicht mehr möglich scheint, ist demnach nicht so sehr die symbolische Darstellung bzw. die Ritualisierung von Handlungen als vielmehr der Versuch, „normative Geltungsansprüche zu erzeugen und durch symbolische Gewalt, also begründungsfrei durchzusetzen“.¹³ Die Versuchung, dies dennoch zu tun, hängt vermutlich mit der Ermüdung zusammen, die das Leben in einer beschleunigten und in jeder Hinsicht pluriformisierten Gesellschaft verursacht. Angesichts des „erosionshaften Verschleißes von konservativen Reserven und der gleichzeitig spürbaren Erschlaffung synthetischer Möglichkeiten“¹⁴ sind solche Unternehmen immerhin verständlich.

Das allmähliche Verschwinden des Ritus im Laufe von Zivilisationsschüben, die durch Reflexionszugewinn und Intensivierung der Handlungsinterventionen gekennzeichnet sind, scheint auf den ersten Blick eine starke Plausibilität beanspruchen zu können. Mit dem Namen von Jan Assmann verbinden wir eine Diskussion, die diese These eindrucksvoll zu stützen versucht hat. Dabei stehen zunächst der Übergang von Ritus zur Schrift und seine Folgen für den Zusammenhalt einer Kultur im Vordergrund. Die Grundannahme lautet, dass jede Kultur mit dem Problem ihrer Kohärenz und dem Problem ihrer Permanenz konfrontiert wird. Assmann nennt diese Problem-bündel die Sorge um die „konnektive Struktur“ einer jeden Kultur. Diese Struktur umfasst im Grunde drei Aspekte: Kulturen müssen ihre Herkunft sichern durch einen

¹¹ Habermas (2001), S. 64.

¹² Habermas (1997), S. 30.

¹³ Habermas (2001), S. 66.

¹⁴ Claessens (1980), S. 317.

„Vergangenheitsbezug“ im Medium der „Erinnerung“. Sie müssen zweitens ihre aktuelle „Identität“ prägen durch „politische Imagination“ und sie sind – drittens – um ihre „Kontinuierung“ bemüht durch „Traditionsbildung“. All dies muss in zwei verschiedenen Dimensionen stattfinden – in der „Sozialdimension“ und in der „Zeitdimension“. Kulturen müssen ihren Habitanden einen sozial verträglichen Lebensraum bieten, indem sie normative „Weisungen“ erteilen, wie zu leben sei. Und in der Zeitdimension sollten die Bewohner eines kulturellen Feldes die Vergangenheit als anhaltend prägende Erfahrungszeit verstehen können, indem Formen der Erinnerung – die mythischen und historischen Narrative – zur Verfügung stehen. Das wichtigste Instrument der Konnektivität nennt Assmann allerdings die „Wiederholung“.

Was die Insassen einer Kultur auch tun, ihre „Handlungslinien“ dürfen sich nicht im Einmaligen verlieren bzw. nicht „im Unendlichen verlaufen“, sondern müssen ein Muster aufweisen. Es muss eine gewisse Regelmäßigkeit erkennbar sein, gewissermaßen ein Plan, der die einzelnen Handlungen zu einem sinnvollen, verständlichen und übersichtlichen Ganzen verwebt. In diesem Zusammenhang spricht Assmann von der „rituellen Kohärenz“. Sie beruht auf der (stilisierten) Wiederholung jener Ursprungserfahrungen, die der Identität einer jeweiligen Kultur zugrunde liegen. Diese frühen Erfahrungen haben samt und sonst ein anthropologisches Profil oder – in unserer Sprache ausgedrückt – ein *existentielles* Profil. Die Wiederholung der Urfahrungen ist aber Selbstzweck, sie dient der *Vergegenwärtigung*. Wiederholung und Vergegenwärtigung sind allerdings nicht auswechselbar. Während in der Wiederholung stärker auf die Prägekraft des Rituals geachtet wird, haben wir es in der „vergegenwärtigenden Erinnerung“ mit der „Deutung der Überlieferung“ zu tun.

„Alle Riten haben diesen Doppelaspekt der Wiederholung und der Vergegenwärtigung. Je strenger sie einer festgelegten Ordnung folgen, desto mehr überwiegt der Aspekt der Wiederholung. Je größere Freiheit sie der einzelnen Begehung einräumen, desto mehr steht der Aspekt der Vergegenwärtigung im Vordergrund. Mit diesen beiden Polen ist der Spielraum einer Dynamik umrissen, innerhalb dessen die Schrift für die konnektive Struktur von Kulturen bedeutsam wird. Im Zusammenhang mit dem Schriftlichwerden von Überlieferungen vollzieht sich ein allmählicher Übergang von der Dominanz der Wiederholung zur Dominanz der Vergegenwärtigung, von ‚ritueller‘ zu ‚textueller‘ Kohärenz. Damit ist eine neue konnektive Struktur entstanden. Ihre Bindekräfte heißen nicht Nachahmung und Bewährung, sondern Auslegung und Erinnerung. An die Stelle der Liturgie tritt die Hermeneutik.“¹⁵

Natürlich gibt es so etwas wie eine Kompromissformel zwischen der Dominanz des Ritus einerseits und der Vorherrschaft der Auslegung andererseits – nämlich die Ritualisierung des Schriftgebrauchs, wie wir sie aus den Liturgien der Hochreligionen kennen. Aber der Übergang kann nicht überschätzt werden. In diesem Zusammenhang sollte noch auf einen weiteren Begriff hingewiesen werden, der für unsere Zwecke wichtig ist – auf den Begriff des „Kanons“. Durch die Festlegung auf einen Kanon versucht eine Kultur, so Assmann, ihre konnektive Struktur „in Richtung Zeitresistenz und Invarianz“

¹⁵ Assmann (1997), S. 17f.

zu steigern. „Kanon ist die ‚*mémoire volontaire*‘ einer Gesellschaft, die geschuldete Erinnerung.“¹⁶ Oder anders formuliert: Der Kanon, auf den eine Gesellschaft ihre Erinnerungspraxis festlegt, stellt eine Verknappung von Erinnerungsmöglichkeiten dar, eine Limitierung der Erinnerungsvielfalt. Woran eine Kultur sich *kanonisch* erinnert, ist demnach nicht dem Belieben eines Individuums ausgeliefert, aber ebenso wenig auch der freien Wahl eines Kollektivs. Der Kanon, so müsste man schlussfolgern, stellt den Versuch dar, ein Höchstmaß an Wiederholung in die Auslegung zu verlagern. Der Kanon setzt der Auslegung (flexible) Grenzen. Die Vergegenwärtigung der Ursprünge wird zwar in der Auslegung inhaltlich variiert, aber der Kanon bindet diese Auslegung an einen knappen Textbestand und an normative Interpretationsregeln.

Auf diesem Hintergrund kann die Ansicht verteidigt werden, dass Kulturen im Laufe der Zeit ihre rituelle Kohärenz lockern (müssen), so dass sie zur textuellen Kohärenz übergehen und die freieren Methoden der Interpretation adaptieren. Anfangs überwiegt der feierliche und verbindliche Ritus eindeutig. Der Ritus ist die „primäre Organisationsform des kulturellen Gedächtnisses“. ¹⁷ Das Kollektiv gruppiert und definiert sich anhand der feierlichen und periodischen Begehung dieser Gedächtnisleistung. Mit der Phase der Verschriftlichung dieser Gedächtnisleistung entsteht aber ein anderes Gefüge. Es sei auf einige ganz wenige Aspekte dieser Verschiebung hingewiesen.

Der Ritus wird, periodisch festgelegt, begangen. Es ist immer ein Kollektiv, das an ihm partizipiert, obzwar er gegebenenfalls nur von einer einzigen Person ausgeführt wird. Die Wiederholung, die den Ritus auszeichnet, vermeidet – wenn möglich – jede gravierende Modifikation des Ablaufs und des Rhythmus. Riten sind also in hohem Maße veränderungsresistent. Wer sie zu sehr verändert, vernichtet sich am Ende.¹⁸ Ganz anders jedoch die Schrift (und somit die Auslegung und Vergegenwärtigung ihres Sinns). Sobald das kulturelle Gedächtnis eine schriftliche Gestalt angenommen hat, kann es prinzipiell von jedem zu jeder Zeit, nämlich durch die individuelle Lektüre und die eigene Auslegung, modifiziert werden. Die Art, wie die Schrift bzw. ihre Interpretation artikuliert werden, hat demnach eine individuelle Signatur, während beim Ritus genau diese Individualität keine signifikante Rolle spielt. Deshalb muss man folgende Frage Assmanns bezüglich des zentralen Gehaltes einer jeden kulturellen Gedächtnisleistung ohne Zögern positiv beantworten:

„Es fragt sich aber, ob dieser Sinn, auf dem die konnektive Struktur einer Gesellschaft basiert, in den Riten nicht ein wesentlich festeres, sichereres Gefäß hatte als in den Texten. [...] Die Texte sind nur eine riskantere Form der Sinn-Weitergabe, weil sie zugleich die Möglichkeit bereitstellen, den Sinn aus der Zirkulation und Kommunikation auszulagern, was mit den Riten nicht gegeben ist.“¹⁹

Die Kanonbildung kann diesen Prozess noch eine Weile aufhalten. Wie vorhin erläutert, hat der Kanon (auch) die Funktion, die Texte zu verknappen, die Interpretati-

¹⁶ Ebd., S. 18.

¹⁷ Ebd., S. 56.

¹⁸ Vgl. die zum Teil harsche Kritik von Martin Mosebach (2007) an jeglicher Modifikation des (römischen) Ritus.

¹⁹ Assmann (1997), S. 91.

onsregeln normativ zu formulieren und die Auslegung noch enger an die Wiederholung anzuschließen. Ritus- und kanonkonformes Handeln kennt noch wenige Variationen. Freie Auslegung jedoch vervielfältigt auf Dauer die Handlungsmöglichkeiten, weil die Auslegung – ganz anders als die Riten – eine reflexive und somit problematisierende Tätigkeit darstellt. „Wer sich einem Kanon unterwirft, verzichtet damit auf die kasuistische Flexibilität lavierenden Handelns zu verschiedenartigen Situationen.“²⁰ Spätestens hier wird der Zusammenhang mit Problemen der Moral deutlich. Es wurde bereits auf die „nomische Funktion“ der Riten hingewiesen und auf ihre implizite Moral. Im Kontext der Zivilisationsthese Assmanns kann diese Funktion folgendermaßen beschrieben werden. Zivilisationsgeschichtlich sind Riten *auch* proto-moralische Institutionen. Ihre Kompetenz in Angelegenheiten des Außergewöhnlichen befähigt sie gleichzeitig zu Ordnungsleistungen und Verhaltensimperativen im Alltäglichen. Diese Imperative stellen anfangs keinen gesonderten Bereich von Recht und Moral dar. Sie sind vielmehr *impliziert* in der Bewältigung der Krise, die vom Außergewöhnlichen ausgelöst wird. Sterbe- und Beerdigungsriten reflektieren die Sterbe- und Beerdigungsmoral. Mit der Schriftwerdung und der Ausbildung reflexiver und hermeneutischer Kompetenz wird im Laufe der Zivilisationsgeschichte das Gewicht der Riten geringer und es wächst die Bereitschaft zur reflexiven Hinterfragung ihrer faktischen „nomischen Funktion“. Wo der Druck der Riten der Reflexion weicht und auch der Kanon die Schrift nicht länger normativ einhegt, nimmt die „kasuistische Flexibilität lavierenden Handelns“ zu. Das ästhetische (und existentielle) Experiment, das momentan an den Beerdigungsriten vollzogen wird, signalisiert demnach das ethische Experiment, das in Fragen einer Moral der Sterbehilfe ebenfalls im Gange ist. Die Ästhetisierung der Riten – die kreativen ästhetischen Energien, die hier investiert werden – stellt die andere Seite einer Verflüssigung herkömmlicher und traditioneller Riten dar. Gleichzeitig bedeutet diese Verflüssigung auch eine Flexibilisierung der Moralvorstellungen, die in Sterbe- und Beerdigungssituationen wirksam werden. Über die Entsprechungen zwischen einer Ästhetisierung der Riten und der Problematisierung traditioneller Moral wissen wir allerdings noch viel zu wenig. Sowohl auf dem Niveau der Theorie als auch auf dem Niveau der Empirie sind die Desiderate groß – zu groß.

Literatur

1. Assmann (1999): Aleida Assmann, Erinnerungsräume. Formen und Wandlungen des kulturellen Gedächtnisses, München 1999.
2. Assmann (1997): Jan Assmann, Das kulturelle Gedächtnis. Schrift, Erinnerung und politische Identität in frühen Hochkulturen, München 1997.
3. Berger/Luckmann (2007): Peter L. Berger, Thomas Luckmann, Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie, Frankfurt a. M. 2007.

²⁰ Ebd., S. 126.

4. Claessens (1980): Dieter Claessens, Das Konkrete und das Abstrakte. Soziologische Skizzen zur Anthropologie, Frankfurt a. M. 1980.
5. Flusser (1996): Vilém Flusser, Judentum als Ritualisierung, in: Jude sein. Essays, Briefe, Fiktionen, Mannheim 1996.
6. Gehlen (1975): Arnold Gehlen, Urmensch und Spätkultur. Philosophische Ergebnisse und Aussagen, Frankfurt a. M. 1975.
7. Habermas (2001): Jürgen Habermas, Symbolischer Ausdruck und rituelles Verhalten. Ein Rückblick auf Ernst Cassirer und Arnold Gehlen, in: Jürgen Habermas, Zeit der Übergänge, Frankfurt a. M. 2001 (= Kleine Politische Schriften, IX), S. 63-82.
8. Habermas (1997): Jürgen Habermas, Vom sinnlichen Eindruck zum symbolischen Ausdruck, Frankfurt a. M. 1997.
9. Michaels (2008): Axel Michaels (Hrsg.), Die neue Kraft der Rituale, Heidelberg 2008.
10. Mosebach (2007): Martin Mosebach, Häresie der Formlosigkeit. Die römische Liturgie und ihre Feinde, München 2007.
11. Rappaport (1999): Roy A. Rappaport, Ritual and Religion in the Making of Humanity, Cambridge 1999 (= Cambridge Studies in Social and Cultural Anthropology).
12. Riesebrodt (2007): Martin Riesebrodt, Cultus und Heilsversprechen. Eine Theorie der Religionen, München 2007.
13. Stiegler (2008), Bernard Stiegler, Die Logik der Sorge. Verlust der Aufklärung durch Technik und Medien, Frankfurt a. M. 2008.
14. Venbrux (2008), Eric Venbrux, Rituele creativiteit. Actuele veranderingen in de uitvaart- en rouwcultuur in Nederland, Zoetermeer 2008.
15. Wils (2004): Jean-Pierre Wils, Vom Ritus zur Hermeneutik, in: Jean-Pierre Wils, Versuche über Ethik, Fribourg i. Ue./Freiburg i. Br. 2004 (= Studien zur theologischen Ethik, 108), S. 41-57.

IV. Der Prozess des Sterbens: Die literarische Perspektive

„Mehr Licht.“ Sterbeprozesse in der Literatur

Gertrude Cepl-Kaufmann und Jasmin Grande

1. Prozesse und Passagen. Über das Besondere des Sterbens

„Aus. Ende. Tot und weg und auf und davon. Punkt. Schluß.“¹ Schluss? Christian Hart Nibbrig hat ein ganzes Buch über „Die Ästhetik der letzten Dinge“ geschrieben, in dem es vor allem um Sterbeprozesse geht. Den Punkt hinter dem Schluss stellt er denn auch sogleich in Frage: Schluss? Was, wann oder wie endet oder beendet den Sterbeprozess: „Schluß. Nur: daß der Schlußpunkt nach dem Schluß steht, der ohne ihn kein Schluß ist und mit ihm auch nicht reicht.“²

Sterbeprozesse: Zerreißt man das Wort, wird erst klar, was seinen Reiz ausmacht.

Sterben: Das steht für eine Zeitspanne, in der das Leben sich verabschiedet, abgeschlossen durch den Tod. Schwer greifbar, so kennzeichnet es doch die Tatsache, dass am Ende etwas vorbei ist. Der Prozess jedoch steht für eine Entwicklung, die eben nicht durch Anfang oder Ende gekennzeichnet ist, sondern durch den Moment, den Verlauf. Ist das Sterben an sich schon zeitlich schwer zu fassen, so in Verbindung mit dem Prozess, in dem es verläuft, erst recht: Hier wird nun der Fokus ganz auf die zeitliche Spanne gelegt. Die Kombination von Sterben und Prozess legt nahe, dass es um etwas ganz anderes geht, weder der Tod noch das Leben stehen hier im Vordergrund. Es wird vielmehr ein Raum geöffnet, der zwischen all dem liegt. Kennzeichnet das Sterben die Überschreitung zweier Schwellen – der des Lebens und der des Todes –, so steht der Sterbeprozess nur für den Zeitraum dazwischen.

Räume, konventionelle, alternative, unbekannte, öffnet die Literatur. Hier, wie an keinem Ort sonst, besteht die Möglichkeit, Dinge sichtbar zu machen, die außerhalb aller Möglichkeiten liegen. Armin Nassehi wies zuletzt in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung auf die Fähigkeiten des Literaturraums hin.³ Auf die Finanzkrise Bezug nehmend, plädierte er für die kulturelle und literarische Schulung von Wirtschaftsleuten, Managern, um den Blick für die Fiktionalität der Realität zu öffnen. In der Literatur ist die Existenz differierender Realitäten Programm, ein Standpunkt, den sich, so Nassehi, professionelle Banker zunutze machen können, um Finanzkrisen wie die aktuelle zu verhindern.

Im Hamburger Pflegestudiengang bereitet Professor Wolfgang Schütte im Seminar „Sterben und Tod in der Belletristik“ Pflegekräfte auf den Umgang mit dem Tod vor. Das heißt, wie ein Blick in das Programm zeigt, dass vor allem der Prozess des Sterbens im Vordergrund steht. Aus der Perspektive der Begleitenden helfen zum Beispiel Erzählungen wie Leo Tolstois „Der Tod des Iwan Iljitsch“ und Romane wie Albert

¹ Hart Nibbrig (1989), S. 9.

² Ebd.

³ Nassehi (2009).

Camus' „Die Pest“ ebenso wie Georg Büchners Erzählfragment „Lenz“ bei der Annäherung an das Sterben, jedenfalls an den Teil des Lebensendes, der sich dem „Gegenüber“, der von außen betrachtet, vermittelt.

„Die Literatur bietet nun eine Fülle von Beispielen, in denen das Sterben im Mittelpunkt der menschlichen Selbstwerdung und Selbstvergewisserung steht, in denen der Tod als Katalysator für die existentiellen Fragen an das Leben fungiert. Daneben findet sich in der Belletristik eine Vielzahl von literarischen Berichten, in denen der eigene oder nahe Tod schreibend begleitet wird und so zur verallgemeinerungsfähigen Erfahrung gerät.“⁴

Dabei konzentrieren sich die Studierenden häufig auf Werke der klassischen Literatur, der Zugang zum Thema ‚Sterben‘ in jüngeren Romanen erscheint nicht so leicht, berichtet Wolfgang Schütte. Diese Vorliebe führt er auf eine Qualität der „Klassiker“ zurück – auf den großen Interpretationsraum, den diese anbieten.

In seiner „Ästhetik der letzten Dinge“ weist Hart Nibbrig auf den Tod als Herausforderer der Fiktion hin: „Noch war jemand da, schon ist er weg, und in seinem Wegsein da, ganz, wie sonst nie. Der Tod ist der Meißel der Totalität.“⁵ Der Satz „Und wenn sie nicht gestorben sind, dann leben sie noch heute“ beendet Märchen eigentlich nicht, denn er lädt eben zu dem ein, was der tote Körper verweigert: Die Fortführung der Fiktion. Erst wenn die Fiktion zu Ende ist, ist das Märchen vorbei.

Sterbeprozesse in der Literatur sind nun, trotz der folgenden Ausführungen, ein assoziiertes Thema, das bisher wenig bearbeitet wurde und insbesondere im interdisziplinären Kontext durch den Praxismangel einen schweren Stand hat. Sinn und Zweck eines Einbezugs der Literatur hat Wolfgang Schütte deutlich gemacht, Sinn und Zweck eines Diskurses zwischen den Lebens- und den Literaturwissenschaften geht noch über die Bereitstellung von Beispielsammlungen hinaus, denn spätestens seit 1968 betrachtet die Literaturwissenschaft nicht mehr kanonisches Wissen als sinnformendes Element, sondern den Umgang mit dem Medium Text. Die Psychologie hat schon 1969 durch Elisabeth Kübler-Ross übertragbare Aussagen zu den Charakteristika des Sterbeprozesses gemacht, deren Gültigkeit bis heute konstruktiv diskutiert wird. Auch für die klinische Medizin wurde der Verlauf des Sterbeprozesses definiert:

„Zunächst wird die Wahrnehmung durch verringerte Hirnaktivität eingeschränkt, die Atmung verflacht und Seh- und Hörvermögen lassen nach bzw. erlöschen. Danach tritt der Herzstillstand ein, dem innerhalb weniger Minuten infolge des Funktionsverlusts der Hirnzellen der Hirntod folgt.“⁶

Ein solcher Kriterienkatalog lässt sich für die Literaturwissenschaften natürlich nicht aufstellen, interessant ist jedoch ein Aspekt der in den Lebenswissenschaften vorhandenen Erklärungen: Der Fokus auf den prozessualen Charakter des Sterbens.

Vielfach hat sich die Literaturwissenschaft der literarischen Prozesse angenommen, besonders unter dem Modell der Passageriten, die der französische Ethnologe

⁴ Schütte (2001), S. 3.

⁵ Hart Nibbrig (1989), S. 10.

⁶ Groß/Grande (2010).

Arnold van Gennep 1909 veröffentlichte. Ursprünglich zur Erforschung verschiedener kultureller Rituale entwickelt, fasziniert ihre Umsetzung auf literarische Werke, da hier deutlich wird, wie stark Literatur von Prozessen geprägt ist und wie weitergehend sich unser christlich sozialisiertes Denken an Prozessen in heilsgeschichtlichen Kontexten orientiert. Diesem Prozess immanent ist der Augenblick, Kairos, der Moment, der alles verändert. Mit Hilfe von van Genneps Konzept ist es möglich, diese Entwicklungen mit ihren Augenblicken in der Literatur in Form von Schwellen und Riten deutlich zu machen. Sterbeprozesse in der Literatur lassen sich also zunächst einmal in freier Übertragung als Passageriten fassen: Trennungsriten und Schwellenriten kennzeichnen ihre Übergänge und erinnern dabei an die fünf Phasen im Sterbeprozess, die Elisabeth Kübler-Ross erarbeitet hat. Allein die letzte Phase der Integration dürfte bisweilen aufgrund des finalen Charakters von Sterbeprozessen problematisch in ihrer Übertragung sein. Aber auch hier bietet die Literatur eine Fülle an Alternativen an: Sei es die Schilderung einer Welt nach dem Sterben, wie sie z. B. in Astrid Lindgrens „Mio, mein Mio“ erzählt wird, sei es die Rückwendung des Prozesses wie z. B. in Ilse Aichingers „Spiegelgeschichte“ oder Thomas Bernhards Biographie „Atem“, oder der Beginn eines nächsten Sterbeprozesses wie im geschichtsphilosophischen Weltentwurf Alexander Lernet-Holenias, sei es die Option der Ewigkeit, wie sie im „bis heute“ des Märchens präsentiert wird. Die Möglichkeiten sind endlos! Selten jedoch endet der Sterbeprozess in der Literatur wie in der Realität mit einem tatsächlichen Ende. „Mehr Licht!“ soll die letzte Empfehlung Goethes an seine Umgebung gewesen sein, eine Äußerung von einem der bedeutendsten deutschsprachigen Literaten, die wohl als Aufforderung zum Schreiben gedeutet werden kann: Als Aufforderung, die Räume zu beleuchten, die im Dunklen, im Unerreichbaren liegen. Dieses Unbekannte *ist* die ‚Herausforderung der Fiktion‘.

Doch literarische Ambivalenz wohnt auch dieser Überlieferung inne, denn Thomas Bernhard ging z. B. von einem Missverständnis aus. Nicht „Mehr Licht!“ habe Goethe verlangt, sondern er habe vielmehr „Mehr nicht!“ gesagt und sei gestorben. Goethe hätte in diesem Sinne also seine letzte Passage anschaulich und offenbar augenblicklich erfolgreich für die Nachwelt literarisch dokumentiert.⁷

Bei der Frage nach dem prozessualen Gehalt literarischer Sterbeprozesse und ihren augenblicklichen Wendungen drängt sich eine weitere Parallele auf, die Walter Benjamin durch den Vergleich des fertigen Werkes mit der Totenmaske aufgegriffen hat. Auch in der Arbeit am Kunstwerk, am literarischen Werk lassen sich verschiedene Phasen ausmachen, die abgeschlossen werden durch die letzte Phase, in der der Künstler sein Werk in die Öffentlichkeit entlässt. Interpretationen, Variationen dieses Prozesses spielen in der Literaturgeschichte eine ebenso große Rolle wie Verweigerungen gegenüber der Endlichkeit des Prozesses, beispielsweise in Form von Fragmenten. Ende und Verlauf des Schreibprozesses sind, im Gegensatz zum Sterbeprozess, Teil der kreativen Reflektion. Doch inwiefern spiegeln produktionsästhetische Überlegungen die Existentialität des Sterbeprozesses wider? Im Zentrum steht auch hier die Auseinander-

⁷ Den Reiz der ‚letzten Worte‘ zeigt die im Deutschen Literaturarchiv in Marbach bewahrte „Sammlung letzter Worte“ von Ernst Jünger, vgl. Raulff/Seemann/Schmidt-Glintzer (2008).

setzung mit Funktionen und Figurationen von Sterbeprozessen in der Literatur, wie sie im Folgenden näher erläutert werden. Der Fokus liegt zunächst auf Fragen nach den Motivationen und Funktionen, die literarische Sterbeprozesse haben können. In einem weiteren Schritt lässt sich exemplarisch ein literarhistorisch relevantes Spektrum zeigen, das diese Funktionen historisch positioniert und die hier aufgeworfenen Fragen kontextualisiert.

2. Funktionen

2.1 Grundlage: Zur Poetik von Sterbeprozessen

*Weltende.*⁸

Es ist ein Weinen in der Welt,
als ob der liebe Gott gestorben wär,
und der bleierne Schatten, der niederfällt,
lastet grabesschwer.

Komm, wir wollen uns näher verbergen...
Das Leben liegt in aller Herzen
wie in Särgen.

Du, wir wollen uns tief küssen...
Es pocht eine Sehnsucht an die Welt,
an der wir sterben müssen.

„Weltende“ ist wohl eines der bekanntesten Gedichte Else Lasker-Schülers, stimmt es doch im Titel mit dem acht Jahre später, 1911, publizierten Gedicht von Jakob van Hoddis überein, einem Schlüsseltext des Expressionismus. In Else Lasker-Schülers Gedicht geht es jedoch zunächst um ein Zeitgefühl, das in seiner Anbindung an den Tod Gottes das Lebensgefühl der Decadence aufgreift. Allerdings setzt die Dichterin hier nicht den Tod als Zustand ein, sondern benutzt das Verb „sterben“. Das Potential des ‚Gestorben-Seins‘, das das Gedicht eingangs dem „lieben Gott“ zuweist, unterscheidet sich grundlegend von dem des ‚toten Gottes‘.

Beide Begriffe, tot und gestorben, stellen zwei Benennungen des Lebensendes dar. Im Gegensatz zum Sterben ist jedoch mit „tot“ der Moment etikettiert, der nur für diejenigen sagbar bleibt, der es nicht ist – „Der Tod kann nur fremdbeobachtet werden. Er ist ausschließlich *fremdreferentiell* appräsentiert.“⁹ Der Gestorbene erinnert in seiner Zustandsbeschreibung noch an den Lebenden, da der Vorgang den Lebenden vertraut ist, der als ‚tot‘ Bezeichnete fällt aus dieser Gemeinschaft heraus, ihn kennzeichnet die äußerste Form der Kommunikationsverweigerung. Es ist möglich zu sagen: „Ich sterbe!“ Darin kann sich etwa die Ansicht vom Leben als Sterben ausdrücken, der Sprecher wird in seiner Selbstdarstellung als Sterbender wörtlich genommen. Der Satz „Ich bin tot“ führt hingegen den Leser immer auf eine andere Ebene, folgt einer

⁸ Vietta (1999), S. 103f.

⁹ Fuchs (2007), S. 33f.

alternativen Logik. Er signalisiert, dass hier etwas passiert, das anders gedeutet werden muss. Teil dieser anderen Deutung ist die zeitliche Ebene, die beide Begriffe trennt: ‚Tot-Sein‘ charakterisiert einen Jetzt-Zustand, der sich jeder Vergangenheit entzieht und in der Unmöglichkeit einer weiteren Entwicklung die Ewigkeit in die Gegenwart verlegt. Sterben jedoch weist auf die Wahrscheinlichkeit einer Veränderung hin, meint: hier ereignet sich etwas. Else Lasker-Schüler hebt in ihrem Gedicht „Weltende“ also nicht das Ereignis – den Tod – hervor, sondern den Prozess und setzt damit, im Kontext einer Logik der Dichtung, den ‚gestorbenen Gott‘ in einen erfahrbaren Rahmen.

Auch wenn das Gedicht im weiteren Verlauf mit Formulierungen wie „grabeschwer“ und „wie in Särgen“ dem Bedeutungsfeld „Sterben“ verbunden ist, bleibt der Begriff des Todes ausgespart. Die unbekannte Größe „Tod“ verbleibt als drohendes Ende unbenannt.

Dem düsteren Bedeutungsfeld „Sterben“ wird ein weiteres gegenübergestellt – das der Nähe: „Komm, wir wollen uns näher verbergen ... [...] Du, wir wollen uns tief küssen...“ Nähe und Zwischenmenschlichkeit bietet Else Lasker-Schüler als Bewältigung der Einsamkeit an. Im Küssen – als poetologische Reflektion – verweist sie damit zugleich auf die innigste Form des Austauschs, nicht reduziert auf Mann-Frau-Ebene, sondern umfassend gedacht, auf den Generator der Worte, den Mund, bezogen. Er steht auf der menschlichen Ebene an der Stelle des Körpers, weil er eine besondere Möglichkeit des Ausdrucks bietet: der Ort, an dem Sprache und Körper zusammenkommen. Else Lasker-Schüler setzt der Bedrohung durch die äußerste Kommunikationsverweigerung – dem Tod – die innigste Nähebekundung als Form der Überwindung gegenüber: den Austausch von Gedanken über Körper und Sprache, die Überwindung des Anderen, Fremden, des Gegenübers.

Das Gedicht „Weltende“, 1903 erstmals veröffentlicht, ist eine Gemeinschafts-utopie, wie sie Künstler und Schriftsteller einige Jahre später aus verschiedenen Richtungen denken werden. Sterben/Tod und Aufwachen/Neuanfang, die Ambiguität des neuen Jahrhunderts wird der Expressionismus intensivieren, indem er den Ich-Zerfall zum Erneuerungsprozess erhebt: Nicht der Tod endet das Sterben, sondern der Neuanfang, in dessen Sinn die Gemeinschaftsutopie eine zukunftsweisende Funktion einnimmt.

2.2 Sterbeprozesse 1: Gesellschaftsreflektierend

Alfred Lichtenstein zeichnet im Gedicht „Die Siechenden“¹⁰ das lebensferne Bild des Sterbesaals im Krankenhaus nach. 1913 im Zyklus „Die Dämmerung“ veröffentlicht, malt es ebenfalls ein Weltende in verschiedenen Facetten. In „Die Siechenden“ nun ist ein Zustand beschrieben, der in einem grauen, dumpfen Ton den Sterbeprozess einer Gesellschaft vergegenwärtigt.

¹⁰ Vietta (1999), S. 76.

Die Stechenden

Verschüttet ist unser Sterbegeischt
Von Abend und Schmerzen und Lampenlicht.

Wir sitzen am Fenster und sinken hinaus,
Fern schielt noch Tag auf ein graues Haus.

Unser Leben spüren wir kaum...
Und die Welt ist ein Morphinumtraum...

Der Himmel senkt sich nebelblind.
Der Garten erlischt im dunklen Wind –

Kommen die Wächter herein,
Heben uns in die Betten hinein,

Stechen uns Gifte ein,
Töten den Lampenschein.

Hängen Gardinen vor die Nacht...
Sind verschwunden sanft und sacht ...

Manche stöhnen, doch keiner spricht,
Schlaf versorgt uns das Gesicht.

Präsent ist auch hier das Sterben, nicht der Tod. Es steht also nicht das Ende, sondern der Prozess im Vordergrund. Gezeigt wird eine Gruppe Sterbender, deren Dasein im Prozess verharret und über die getrübe Wahrnehmung, das Innehalten im Sterben, weder zum Tod noch zum Leben findet. Das „Sterbegeischt“ ist in der Alltäglichkeit unkenntlich geworden, gedämpft durch Elemente der Krankenhausszenarie wie den „Morphiumtraum“, die „Wächter“, die Tätigkeiten von Pflegern verrichten und den gleichmäßigen, von außen bestimmten Rhythmus wie das Aufziehen von Gardinen und die Verabreichung von Medikamenten. All dies ist durch die gedämpfte Wahrnehmung der Bewusstwerdung entzogen: Der Himmel „nebelblind“, die Gardinen zugezogen und „keiner spricht“. Auch hier wird der Tod übersprungen, denn es ist der Schlaf, der das Gesicht „versorgt“. Das hierin vermittelte Taubheitsgefühl bringt einen Mangel an Dasein zum Ausdruck, der sowohl das Leben als auch den Tod verwehrt, eine Empfindung, wie sie in der Literatur der Decadence behandelt wurde oder im Expressionismus. Die „Dämmerung“ kennzeichnet dabei den Augenblick des Vergehens, Lichtenstein beschreibt hier den Moment der Grenze, in dessen gegenwärtiger Ausweglosigkeit erst der Ausdruck des Äußersten vermittelt wird. 1914 wird diese Grenze in Deutschland für viele real überschritten: Intellektuelle, Künstler und Schriftsteller begrüßten den Kriegsbeginn und feierten ihn euphorisch als Untergang zur Neuerung. Die Konsequenz des Untergangs wurde hierin nicht mitbedacht. In ihrer Utopiesehnsucht hatten Autoren wie Lichtenstein nicht berücksichtigt, dass unsere Realität nach dem Tod nicht weitergeht. Der erst 25 Jahre alte Dichter fiel schon im September 1914 bei Reims.

2.3 Sterbeprozesse 2: Geschichtsphilosophisch

In außerordentlich gehäufte Form in gänzlich verändertem Kontext finden sich Sterbeprozesse im Werk des österreichischen Schriftstellers Alexander Lernet-Holenia, dem „Nekromant der österreichisch-ungarischen Monarchie“.¹¹ Wie ein roter Faden ziehen sich verschiedene Inszenierungen von Sterbeprozessen durch sein Werk. So zum Beispiel in dem Gedicht „Todesfahrt“, das in seinem wiesenden Tonfall repräsentativ für die Sterbeprozesse bei Lernet-Holenia ist.

*Todesfahrt*¹²

Was sie dir auch bestritten,
und daß es oben fast
keinen Himmel mehr gäbe inmitten:
wenn du nun ausgeglitten
und überstanden hast,
so mach du dich endlich mit den
zwei besten Knechten beritten
und einem kleinen, dritten
Tragpferd für die Last.

Auch für Lernet-Holenia stellte der Erste Weltkrieg einen Einschnitt dar, der sich so existentiell auswirkt, dass er ein generelles Sterben auslöst. Das Gedicht „Todesfahrt“ schildert den Helweg aus der nordischen Mythenwelt, der, über eine goldene Brücke, ins Reich der Göttin Hel führt. Die Protagonisten begegnen diesem Weg und begehen ihn auf verschiedene Arten. So beispielsweise der Baron Bagge in der gleichnamigen Novelle,¹³ der jedoch vor der Brücke umdreht und sich schwer verletzt auf dem Schlachtfeld wiederfindet, das er noch neun Tage zuvor erfolgreich eingenommen wähnte. Bagge kehrt ins Leben zurück und bleibt zugleich unter den Sterbenden, eine Empfindung, die Menis, Protagonist des Romans „Die Standarte“,¹⁴ mit ihm teilt. Er kommt zwar unverletzt aus dem Krieg und ist doch zugleich auf dem Schlachtfeld bei seinen Kameraden geblieben. Auch diese Sterbeprozesse sind also der Kreativität des Schreibens unterworfen, ähnlich der Hauptfigur des Romans „Mars im Widder“,¹⁵ Graf Wallmoden, der das Totenreich nach einem Granateneinschlag nur kurzfristig besucht. In der Erzählung „Strahlenheim“ fallen ein Ungewitter während eines Segelwettbewerbs und der Beginn des Ersten Weltkriegs zusammen. Alle teilnehmenden Boote kentern, es überleben allerdings alle bis auf einen älteren Offizier, Vertreter einer vergangenen Weltordnung, dessen Holzbein ihn in symbolischer Anspielung verkehrt herum unter Wasser drückt. Als die Geretteten heimkehren, liegt der Einberufungsbefehl für den jungen Offizier Strahlenheim schon vor. Die Bedeutung der Ereignisse

¹¹ Ruthner (2002), S. 2.

¹² Lernet-Holenia (1989), S. 340; vgl. hierzu: Ayren (1975), S. 170: „Eines der zentralen Motive im dichterischen Werk Alexander Lernet-Holenias ist der Tod, genauer gesagt das Sterben, noch genauer: die Spanne Zeit, die zwischen Beginn und Ende dieses Vorgangs liegt.“

¹³ Lernet-Holenia (1936).

¹⁴ Lernet-Holenia (1934).

¹⁵ Lernet-Holenia (1947).

fasst er zusammen und unschwer lässt sich der Bogen zum Ausgang des Ersten Weltkriegs schlagen:

„Das Gefüge, die großartige Organisation, die eine Welt gewesen, zerfiel, und es stellte sich heraus, daß diese Welt alles gewesen war, die Menschen nichts. Die Menschen hatten dagesessen und gewartet, daß das Gewitter vorübergehe, und als es vorübergegangen, starrten sie einander an und wußten nicht, was geschehen war.“¹⁶

Es ist die Rückkehr aus dem verlorenen Krieg, die das Sterben in der Wahrnehmung des Protagonisten sichtbar werden lässt. So schrumpfen die 20 Jahre zwischen den beiden Weltkriegen für Wallmoden in „Mars im Widder“ ohne Erinnerung zusammen, als er sich im Rahmen einer soldatischen Übung plötzlich mit dem Einfall der deutschen Truppen in Polen – dem Beginn des Zweiten Weltkriegs – konfrontiert sieht. Das Sterben im Werk Lernet-Holenias endet nicht mit dem Tod, sondern mit einem erneuten Sterben. An jeden Sterbeprozess knüpft sich der nächste. Ein Leben ohne Sterben, so das geschichtsphilosophische Konzept des Autors, gibt es im 20. Jahrhundert nicht mehr. Demgemäß erhebt sich der Graf Maltravers in der „Auferstehung des Maltravers“ nach seinem Tode, nur um wenige Zeit später erneut zu sterben, zwar geläutert, dafür endgültig und brutal dahingeschlachtet:

„Ein waagrechter Blitz, als käme er von den Scheiben der Drehtür, durch die Henrikstein und Lola gegangen waren und die noch immer schwang, fuhr durch die Halle, als der Engel, weit ausholend, das Schwert hob. Dann schlug er zu. Es klang sausend wie ein Sensenhieb in nassen Grasschwaden. Maltravers sank zuerst langsam in die Knie, brach dann plötzlich nieder, schlug auf den Boden hin und blieb liegen. Als die Leute, die ihn hatten stürzen sehen, herbeieilten und ihn aufheben wollten, sahen sie, daß er tot war.“¹⁷

Allein der Sterbeprozess selbst wird im Werk Lernet-Holenias individualisiert, so im Fall des Großindustriellen Branis in „Der Graf Luna“,¹⁸ einer strukturell an Hofmannsthals „Märchen der 672. Nacht“ angelehnte Geschichte. Der Protagonist fühlt sich nach 1945 für die Internierung eines Geschäftspartners durch die Nationalsozialisten verantwortlich. Den Tod des Grafen Luna im Lager ignorierend, wähnt Branis sich von diesem aus Rachegründen verfolgt und versucht, ihm zu entfliehen, doch die Flucht durch die Katakomben Roms führt nicht zur Täuschung des eingebildeten Verfolgers, sondern zu Branis Tod.

Lernet-Holenia, ein Vielschreiber, der aufgrund seiner Selbstinszenierung und der Lesbarkeit seiner Romane beständig unter Trivialitätsverdacht stand, gruppiert sein Werk um mögliche Formen von Sterbeprozessen, die er, vorwärts und rückwärts spulend, anhaltend und die Kassette wechselnd, dirigiert. Außerliterarisch strukturieren sein Werk die beiden Weltkriege, die er beide an der Front miterlebt, wenn auch den zwei-

¹⁶ Lernet-Holenia (1966), S. 76f.

¹⁷ Lernet-Holenia (1979), S. 263.

¹⁸ Lernet-Holenia (1955).

ten nur kurz während des Polenfeldzugs. Im Roman „Beide Sizilien“¹⁹ sind es schließlich die Reste eines Regiments, bestehend aus fünf Männern, die auf mysteriöse Art einer nach dem andern einige Jahre nach dem Krieg verschwinden, dahinsiechen oder umgebracht werden. Warum? Sie konnten ihr soldatisches Versprechen, das Sterben, nicht mehr einlösen; nicht, weil der Krieg vorbei gewesen wäre, sondern weil der Kaiser abgedankt hatte, für den sie zu sterben geschworen hatten.

2.4 Sterbeprozesse 3: Biographisch

Wieder anders und dennoch in vertrautem Kontext – dem Sterbezimmer des Krankenhauses – setzt Thomas Bernhard, ebenfalls ein Österreicher, allerdings um 30 Jahre jünger, den Sterbeprozess biographisch um. Was bei Lernet-Holenia noch idyllische Züge tragen kann – der letzte Moment einer Ordnung, die erhalten bleibt, indem sie sich wiederholt – wird bei Bernhard hässlich, einsam und bedrohlich.

„Atem“, ein Teil von Bernhards Autobiographie, zielt mitten ins Zentrum eines Sterbeprozesses – dem des Autors. Als 18-Jähriger erkrankt Bernhard lebensgefährlich an einer Lungenentzündung, die Ärzte haben ihn schon aufgegeben und er erwacht im Krankenhaus in einem „Altenzimmer“, das nichts anderes ist als ein Sterbezimmer. Hier konzentriert sich das Sterben: mit der Ankunft in diesem Raum beginnt es und das Verlassen konstatiert den Tod. Der Ich-Erzähler nimmt im eng gefüllten Zimmer die Sterbeprozesse wahr, und genau hier entscheidet er sich für das Leben. Schon im Sterben gefangen, mit reduzierter Wahrnehmung, ist es das Atmen, das zum letzten Lebenszeichen wird. Bernhard folgt dem realen Anreiz eines biographischen Schreibens und gewichtet den Realitätsbezug stärker als die bisher vorgestellten Sterbeprozesse. Er strukturiert Genesung und Beobachtung nach dem klinischen Muster des allmählichen Wahrnehmungsverlustes. Den Erzähler kennzeichnet dabei der Anachronismus seiner Entwicklung, denn während seine Zimmergenossen in zunehmend reduziertem Maße sehen, hören, sprechen, gewinnt er an Wahrnehmung hinzu. Was zunächst noch Schemen und seltsame, ängstigende Begegnungen aus einer unbekannten Welt waren, wird immer konkreter: Krankenschwestern werden erkannt, Laute zu Worten und ganzen Sätzen, Berührungen zu Handlungen, der Raum dehnt sich aus und gewinnt an Form, der Erzähler verortet sich zunehmend wieder in der Realität:

„Die Hände, die mich berührten, waren auf einmal die von Schwestern, die mir bis jetzt immer nur als große weiße Flecken vor meinen Augen erschienen waren, ein Gesicht, ein zweites Gesicht, hatte ich ganz klar gesehen. Aus den Betten meiner Mitpatienten waren nicht nur undeutliche Stimmen und Geräusche, sondern auf einmal tatsächlich vollkommen verständliche Wörter, ja ganze Sätze zu hören gewesen, als ob zwischen zwei Patienten eine Unterhaltung über mich stattgefunden hätte, war es mir vorgekommen, Anspielungen auf mein Bett und auf meine Person waren für mich ohne weiteres erkennbar. Jetzt hatte ich den Eindruck, daß mehrere Schwestern und Pfleger und ein Arzt im Krankenhaus mit einem Toten beschäftigt gewesen waren. [...] Offensichtlich hatten sich die Schwestern und Pfleger und der Arzt bereits von dem Toten wieder entfernt,

¹⁹ Lernet-Holenia (1942).

und die Schwestern waren darangegangen, die Patienten zu waschen. Am andern Ende des Krankensaales muß eine Wasserleitung, möglicherweise sogar ein Waschbecken an der Wand gewesen sein, an welchem die Schwestern Wasser holten.“²⁰

Doch die anfängliche Begeisterung über das Leben wird erneut zur Herausforderung – wie überleben angesichts des Sterbens, der Trostlosigkeit und Hässlichkeit um ihn herum? Und ebenso wie die wiederkehrende Wahrnehmung und die wiedererwachten Sinne Erleichterung im Abstand zum Tod waren, ebenso werden sie nun wiederum zur Last, die es zu bewältigen gilt:

„So war, wenn die Tagschwester auftauchten, das Sterbezimmer auf einmal eine einzige abstoßende Gestank- und Jammerstätte, in welcher die während der Nacht zugedeckten und niedergehaltenen Leichen plötzlich wieder in ihrer ganzen erschreckenden und böartigen Hässlichkeit und Rücksichtslosigkeit aufgedeckt und ans Licht gebracht waren. Allein diese Tatsache hätte genügt, um schon in aller Frühe wieder in tiefste Verzweiflung zu stürzen.“²¹

Dazu kommt sein Verbleiben auf der Sterbestation, entgegen seiner Genesung. Als sterbender Mensch von Schwestern und Ärzten ignoriert, wird er als ‚Auferstandener‘ zur Sensation der täglichen Visite, während sein Umfeld sich weiterhin dem mitmenschlichen Kontakt entzieht und dieser ihm entzogen wird. Doch zeichnen sich die Zuwendungen nicht durch Wärme aus, sondern durch die Lust an der Sensation, die Begeisterung knüpft sich nicht an das Kind als Menschen, sondern an den ‚Fall‘, der sich zunehmend angegriffen fühlt durch die bedrohlichen Erlebnisse im Sterbezimmer. Der Erzähler wehrt sich gegen die „Angriffe von außen“, indem er zum Beobachter des Geschehens wird, eine Distanz dazu einzieht, die nicht wertet, sondern ausschließlich wahrnimmt. Ganz deutlich tritt auch hier die Distanz hervor, die die Sterbenden von den Lebenden trennt:

„Da standen sie, die Bauern und Arbeiter, und stellten die Blumen und Getränke und gebackenen Mehlspeisen auf den verschiedenen Nachtkästchen ab, völlig sinnlos, wie ihnen sofort zu Bewußtsein gekommen sein mußte, weil die Beschenkten überhaupt nichts mehr damit anfangen konnten, denn diese konnten die Blumen nicht mehr sehen und die Getränke nicht mehr trinken und die Mehlspeisen nicht mehr essen. Sie konnten zu einem Großteil ihren Besuch überhaupt nicht mehr sehen. Wenn die Besucher etwas in die Betten und auf die in den Betten Liegenden einredeten, mußte es ungehört bleiben, wenn Fragen gestellt wurden, blieben sie beinahe immer ohne Antwort.“²²

Der Erzähler, dessen weitere Entwicklung diese Erfahrung initiativ beeinflusst, fällt seither aus dem gesellschaftlichen Gefüge hinaus. Das Sterben hat er überlebt und ist damit zum Außenseiter geworden, der selbst in der klassischen memento-mori-Situa-

²⁰ Bernhard (2009), S. 257.

²¹ Ebd., S. 257.

²² Ebd., S. 305.

tion, die in verschiedenen Sinnbildern gefasst die Gleichheit aller Menschen im Moment des Sterbens verdeutlichen soll, nicht gleich ist, sondern anders.

Die Motivationen zur literarischen Inszenierung von Sterbeprozessen, so hat der Blick auf die Autoren und die in ihren Texten an herausragender Stelle einbezogenen Sterbeprozesse gezeigt, können unterschiedliche Funktionen haben. Das Spektrum von exemplarischen Motivationen zwischen gesellschaftsreflektierender, geschichtsphilosophischer und biographischer Motivation gibt dem Sterbeprozess eine je eigene Bedeutung und Poetologie. Wie sehr zugleich literarhistorische Muster auf die Darstellung von Sterbeprozessen einwirken, zeigt der anschließende Blick auf Epochen der literarischen Moderne.

3. Literatur der Moderne. Ein Blick auf die Literaturgeschichte

1952 erhielt die aus Wien stammende Schriftstellerin Ilse Aichinger einen der ersten Preise, den die Gruppe 47 verliehen hat. Gerade begann der Siegeszug der wichtigsten deutschsprachigen Literatenvereinigung des 20. Jahrhunderts. Mit dieser Preisverleihung konnte die um Anerkennung ringende Gruppe ein ästhetisches Zeichen setzen. Aichingers „Spiegelgeschichte“, schon 1949 in der „Wiener Tageszeitung“ abgedruckt, erzählt den Lebenslauf der Protagonistin von der Friedhofsszene bis zur Geburt und lässt im Ausklang ihrer grotesken Umkehr erkennen, dass es nicht nur die Inszenierung einer rückläufigen Lebensgeschichte ist, die das Besondere des Textes ausmacht, sondern dass die Geschichte selbst im Bewusstsein der Protagonistin einzig aus dem Moment des Sterbens heraus entworfen wird. Wir haben es hier also mit einer mehrfach gebrochenen Zeitstruktur und Erzählhaltung einerseits, und, entsprechend erzähltextanalytischer Beschreibungskategorien, mit einer fiktionalen, zukunfts gewissen Vorausdeutung zu tun, durch die dem Sterbemoment eine Evidenz im Lebensvollzug zugewiesen wird, die ihm die Deutung des gesamten, literarisch inszenierten Lebens konzidiert. Sterben wird hier nicht nur zu einer Abrechnung mit einem falsch gelebten Leben, sondern zugleich wird ein immanenter Gegenentwurf offeriert. In der Metaphorik des „grünen Himmels“ erscheint ein gegen die Verheißungen eines „blauen“ Himmels gerichtetes alternatives Modell: Blau signalisiert den „normalen“, hoffnungstrunkenen und damit lügnerischen, falsch ausgerichteten bürgerlichen Lebensentwurf, einschließlich des eschatologischen Sinns eines, wenn auch schon längst obsolet gewordenen, himmlischen Heilszustandes. Blau war seit der mittelalterlichen allegoretischen Deutungspraxis fürs Himmlische festgelegt, und noch heute begegnet uns im blauen Kleid Mariens in der Kunst diese metaphysische Dimension. Hier werden diese Festlegungen aufgehoben, sowohl was das mit Maria signalisierte Frauenbild angeht, als auch hinsichtlich der Sinndeutungen des Lebens insgesamt. In Aichingers literarischem Sterbeprozess wird das Ringen mit dem Tod zum Ringen um ein authentisches Leben, das den Verlockungen eines weiblichen Rollenklischees entgeht. Sie gipfeln in den idyllisierenden Versprechungen des nun in Trauer versunkenen jungen Mannes, der, statt das vorgegaukelte Familienglück einzulösen, die schwangere Frau zu einer Engelmacherin drängt. Die intensiv erlebte Sterbephase, das Ringen der Frau, befreit sie von dieser Scheinhaftigkeit. Die Botschaft des Textes bedarf dieser verzögerten Todesstunde, weil

sie vom Leiden weg zu einem utopischen Auferstehen zielt, das wie eine Hoffnungs-idee gegen die zurückbleibende Welt den Ausgang der Geschichte markiert:

„Es ist der Tag deiner Geburt. Du kommst zur Welt und schlägst die Augen auf
und schließt sie wieder vor dem starken Licht. Das Licht wärmt dir die Glieder,
du regst dich in der Sonne, du bist da, du lebst. Dein Vater beugt sich über dich.
„Es ist zu Ende –“ sagen die hinter dir, „sie ist tot!“
Still! Laß sie reden!“²³

Am Ende hat sich die Protagonistin befreit: Zwischen sich und die Anderen hat das Sterben eine unaufhebbare Grenze gezogen; die „Anderen“ gehen sie nichts mehr an! Aichingers Geschichte abstrahiert mit diesem komprimierten, lebensumgreifenden Sterbevorgang von den biologischen Prozessen, die ein Sterbensablauf medizinisch mit sich bringt. Die Autorin nutzt die Möglichkeiten, die ihr die Literatur bietet, in einer außergewöhnlich radikalen, aber der ästhetischen Praxis immanenten Weise. Sie macht sich die Unabhängigkeit und freie Verfügbarkeit der Zeit zunutze, die im realen Sterben auf eine existentielle Weise präsent und unaufhebbar ist. Käte Hamburger hat die dichterische Freiheit in ihrem opus magnum über die „Logik der Dichtung“²⁴ etwa zur selben Zeit definiert und dabei Emil Staigers Betrachtungen in dessen „Grundbegriffen der Poetik“ über den Topos „Zeit“ als eigenwilligem Begleiter der „Einbildungskraft des Dichters“²⁵ für die Nachkriegsmoderne freigelegt.

Was hat die Autorin damit gewonnen, wenn sie gegen jede Logik und jedes Zeitkontinuum anschreibt? Sie motiviert, ja provoziert den Leser, über mehr nachzudenken als darüber, dass hier jemand die biologischen Tatsachen außer Kraft setzt, denn nur hier kann sie auf eben jenes Sterben hindeuten, dessen Sinn uns existentiell betrifft. Ihr Text ist Teil einer Ontologie und zugleich der Erkenntniskritik. Sie trägt zu beidem bei: Ist nicht das Sterben gerade dasjenige, das so gänzlich außerhalb jeder Norm liegt? Der Matrix des hier zu reflektierenden Themas ist das Prozesshafte immanent: ein Sterbeprozess garantiert einen Moment der Freiheit: nichts bindet mehr an die Welt der Lebenden, es bedarf keiner Bewährung und keines Beweises, keines Alltags und keines Sonntags. Die Ordnungskategorien von Raum und Zeit sind aufgehoben, ein Zeitgewinn, in den die Literatur sich einmischen kann. An diese quasi erkämpfte ästhetische, freigesetzte Stelle tritt ein eigenes, autonomes Moment der Bedeutungsfüllung. In Aichingers Spiegelgeschichte werden Erzählzeit und erzählte Zeit in ihren Möglichkeiten optimal genutzt, um eine exemplarische Vita ablesbar zu machen, die Parameter jeden Lebens zu ziehen, auch oder gerade des Leidens. Es wird hier in eine weitere Bedeutungstiefe erzählt: Leiden kann nach dieser Bilanz umgekehrt werden, gegen die Möglichkeiten des realen Lebens, und zugleich kritisch hinterfragt, als Begleiter des entfremdeten Lebens selbst erkannt werden. Sterben wird hier zum Absterben alles Menschlichen. Die Etappen dieses stereotypen weiblichen Lebens lassen statt des Verfalls im Sterbeprozess die Verfallsstufen der Lebenshoffnungen nachvollziehen. In diesem Sinne in-

²³ Aichinger (1967), S. 53.

²⁴ Hamburger (1952).

²⁵ Staiger (1939).

strumentalisiert Literatur das Sterben und den Sterbeprozess, um eine Botschaft ex negativo zu vermitteln: Ein gelebtes Leben bedarf des Momentes der Natur. Für sie spricht der grüne Himmel, der diese Qualität gegen das Blau als rein utopisch besetzten Symbolwert setzt. Dagegen steht das Motiv des blinden Spiegels, der die Erkenntnis des authentischen Seins behauptet, weil er nicht die Erwartungen an eine gelungene Selbstinszenierung auszudrücken vermag, die einem Spiegel seit Schneewittchens Märchenmoral anhaftet: Die Konkurrenz im Weiblichkeitsideal, die hier zwischen Stiefmutter und -tochter zu tödlichen Konflikten führt, implizierte immer auch die Anerkennung gegenüber der jeweiligen Welt, in die man hineingeboren worden war und die im Blick in den Spiegel um positive Antworten buhlte. Unsere Protagonistin hat auf diese Rückmeldung gänzlich verzichtet.

Literatur bietet eine Fülle an Möglichkeiten, im Sterbeprozess einen eigenen Sinn anzulegen. Können wir in Gegensatzpaaren und gegenläufigen Abstraktionsqualitäten Transformationsprozesse erkennen, an denen die Literatur reich ist, lassen sich die Formen der Instrumentalisierung von Sterbeprozessen in der Literatur auch historisch dimensionieren. Entlang geführt an markanten, exemplarischen Stationen der neueren Literaturepochen, lässt sich das Spektrum ansatzweise zeigen, mit dem die Metaphorisierung des Sterbens in Verbindung gebracht werden kann. So ergeben sich je eigene Vermittlungsinteressen und Variationen der literarischen Instrumentalisierung von Sterbeprozessen.

3.1 Wilhelm Busch: Biedermeier und Realismus und ihre groteske Aufhebung

Nirgendwo wird in Bild und Text so grenzenlos gestorben wie in Wilhelm Buschs Geschichten. Busch erweist sich geradezu als ein Henker, der die Negativ-Philosophie Schopenhauers im praktischen Strafvollzug umsetzt. Das Vergehen? Wir sehen durchweg in allen Text/Bildcollagen Buschs eine durch und durch verlogene Welt, die gerade in ihrer biedermeierlichen Idylle der Entlarvung dieser Scheinheiligkeit, ja, jeden bürgerlich Braven schlechthin bedarf. Schauen wir auf die Palette der Figuren in seinem Schreckenskabinett, so begegnen uns zwar Originale, die es an ausgeprägten Charaktereigenschaften und ihren optischen Pendants in Aussehen und Handlungen an nichts fehlen lassen, die sich aber zugleich in ihrer Tendenz als auffallend stereotyp erweisen. Auch die Institutionen, für die sie stehen, sind angekränkt, verseucht von einem Verfallsvirus, der die bürgerlichen Konzepte, die hinter ihnen stehen sollten, nur noch in Rudimenten erkennen lässt.

Kinder: Schon sie sind moralisch verdorben und sterben im Suff.

Männer: Sie sind lüstern, lieben das Nichtstun, Saufen und die Völlerei. Sie sind gänzlich ohne Moral. Abgehalfterte Ehemänner wie Tobias Knopp oder Herr Sauerbrot, der den freiheitsstiftenden Tod seiner Ehefrau genießt.

Frauen: Sie begegnen als biedere Mama oder alte, dem Suff anheimgefallene Jungfer wie die fromme Helene.

Familie: Sie kennzeichnet eine falsche Idylle, nachvollziehbar im Lebensmodell der Knopps mit seinem Familienoberhaupt Tobias, der properen Frau Knopp nebst draller Tochter, die schon bald das Familienprogramm fortsetzen wird.

Kirche: Institutionen wie sie sind voller Filous, Scheinheiligen wie Pater Filucius mit seinem sprechenden Namen.

Schule: Die Erziehungsinstanz wird geleitet von züchtigenden Lehrern, die allenfalls im Pfeifenrauchen noch ein privatistisches Glücks- und Erfüllungsmoment des Lebens sehen.

Tiere: Plisch und Plum und Hans Huckebein der Unglücksrabe ergänzen den Schauerkatalog, denn in der personalisierten Tierwelt potenziert sich die menschliche Schäbigkeit und Unmoral.

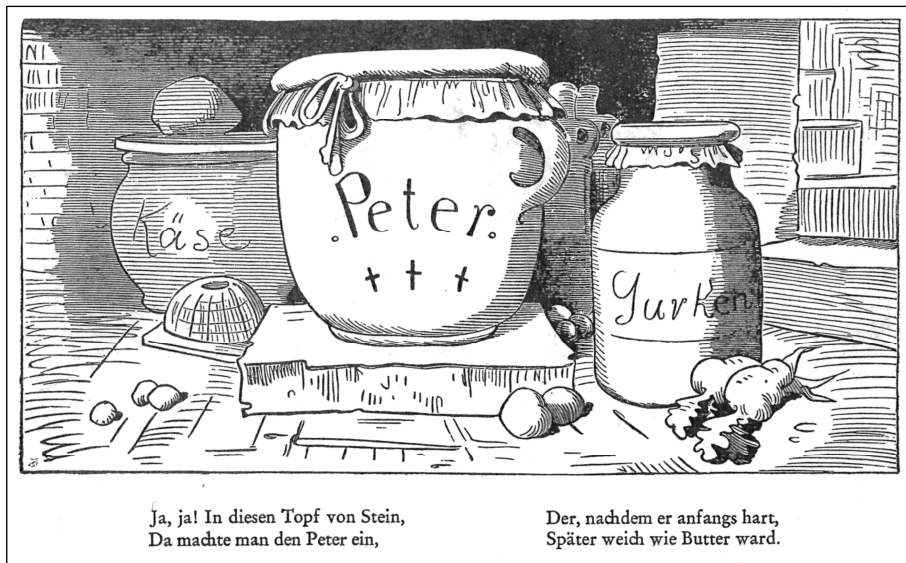


Abbildung 1: Der Eispeter

Schauen wir auf die skizzierten Handlungen, so erweitert sich das Gruselgenre: Was tun diese Wesen gerade? Sie sind in eine Schlägerei verzettelt und erfahren katastrophale Unglücke. Vor allem aber kommen sie zu Tode. Ihr Sterben bildet in vielen der Geschichten Höhe- und Endpunkt eines grotesken Lebens, den Busch genüsslich ausmalt und voyeuristisch betrachtbar macht. Ihr Sterben ist nur die letzte Sequenz des Niedergangs, denn sie stürzen von einem Malheur ins Nächste. Diese abschüssige Lebensbahn erlaubt dem Literaten und Künstler, dem Sterbeprozess eine eigene situative Katastrophentheorie zu unterlegen, denn nicht das Sterben des Einzelnen ist sein Thema, sondern die Dynamik eines die existentielle Gefährdung zur Auslöschung der Existenz vorantreibenden Zustands der Entwurzelung vom ‚normalen‘ Leben. So erleben wir in der Bildergeschichte „Die fromme Helene“ einen Unheil ankündigenden ‚Kaskadensturz‘, bei dem alles mitgerissen wird: „Die Liese rutscht, es rutscht die Hanne / Die

Tante trägt die Kaffeekanne.“²⁶ Und so entweicht Helenes Geist am Ende nach ihrem tödlichen Alkoholexzess wie der Geist aus der Flasche ins imaginäre Jenseits. In einem ‚Synchronsturz‘ erwischt es Herr und Hund gemeinsam, mitten in der Nacht. Sterbende verwandeln sich aus einem menschlichen Zustand in einen anderen: Der „Eispeter“ erstarrt zu Eis; wird gefroren ans Feuer gesetzt und zerrinnt zu Wasser. Endlich findet er seine letzte Ruhestätte, indem man ihn einmacht: „Hier wird in einen Topf gefüllt / Des Peters traurig Ebenbild.“²⁷ Seine letzte Ruhestätte findet er im Vorratskeller neben einem Gurkenfass. Busch schwelgt in Todesarten: „Die bösen Buben von Korinth / platt gewalzt wie Kuchen sind.“²⁸ oder „Und patsch! Der Räuber lebt nicht mehr / der Mühlstein drückt ihn gar zu sehr.“²⁹ In einem ‚letalen Dominoeffekt‘ findet er Formen eines Massenexitus oder er verzerrt die Dimensionen so, dass aus dem Sterben eines Menschen ein Scheitern an der Materialität wird, die dem Überleben keine Chance einräumt. Schneider Böckel stürzt in seine überdimensionale Schere und am Ende von Buschs bekanntester Geschichte erleben wir die erbarmungslose Verschrotung von Max und Moritz. Sie landen im Kropf des lieben Federviehs, das sie zuvor für ihre brutalen Späße instrumentalisiert hatten.

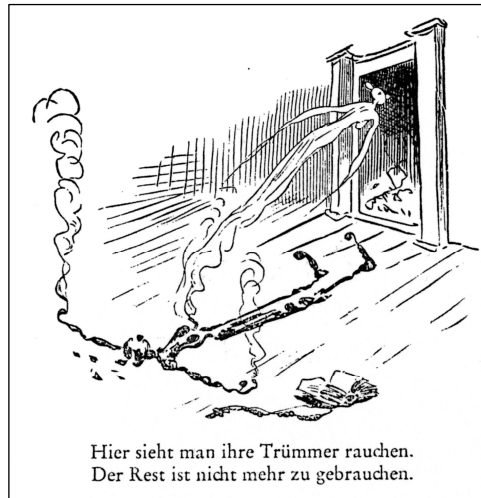


Abbildung 2: Die fromme Helene

Ob Buschs Bildergeschichten weniger als Kritik denn als „komisches, artistisches Spiel“³⁰, als Moritat zu lesen sind, ist zu bezweifeln, denn der Autor ist geprägt von Schopenhauers pessimistischer Philosophie. Blinder Wille bestimmt eine Welt des Leidens.

²⁶ Busch (o. J.), Bd. II, S. 221.

²⁷ Busch (o. J.), Bd. I, S. 302.

²⁸ Ebd., S. 162.

²⁹ Busch (o. J.), Bd. II, S. 538.

³⁰ Pape (1973), S. 24.

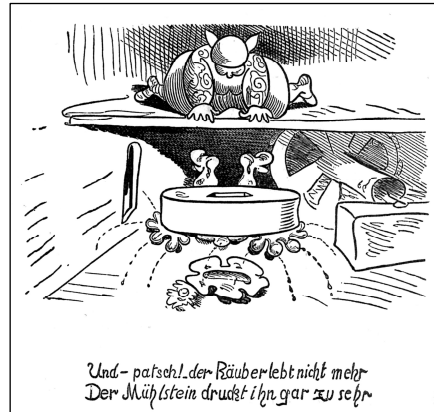


Abbildung 3: Die kühne Müllerstochter

Im Höchsthalle verspricht die Vorstellung von der Seelenwanderung dem Tod im Leben einen Sinn zu geben. Das Fatale aber ist, dass Busch auch diese Vorstellung durchbricht und ins Groteske umdeutet. Sterbeprozesse erhalten in Buschs Werk eine besondere Funktion, denn sie zeigen den Mangel an Einsicht und Einsichtsvermögen des Einzelnen in einer Welt, die er nicht zu steuern vermag und die ihm letztlich nur ein sinnloses Dahindriften erlaubt. Angesichts des herrschenden Biedermeier, in das Busch in seiner Zeit und auch mit seiner eigenen Lebensweise eng angebunden war, gerät er damit in einen Widerspruch, denn diese Biedermeiergesellschaft wollte nichts lieber als das heimische Glück, die nichtzuhinterfragende Harmonie des Tages in einer liebevoll inszenierten häuslichen Welt. Die war Schopenhauer obsolet und er lebte sie trotzdem, und Busch nicht minder. Hier aber holte ihn sein eigenes Werk ein, dem an keiner Stelle die Widerspiegelung des zeittypischen Harmonieideals gelang.



Abbildung 4: Die Ballade von den sieben Schneidern

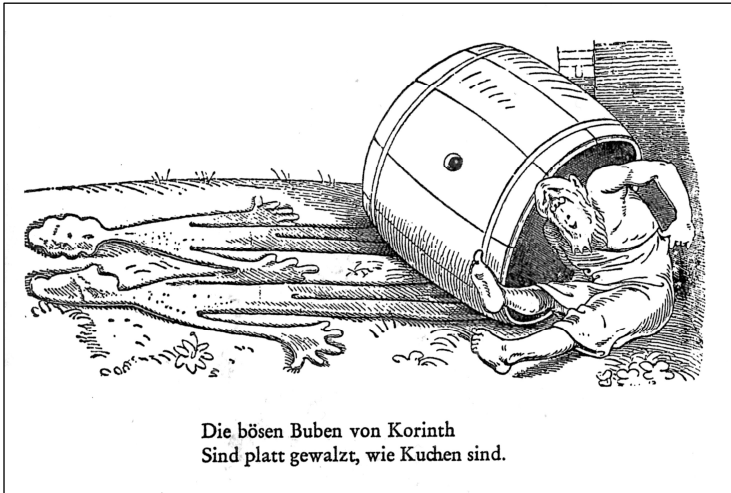


Abbildung 5: Diogenes und die bösen Buben von Korinth

Welche Erkenntnis erlaubt der Blick auf diese Busch'sche Freiheit, mit Sterbeprozessen umzugehen? Das aufklärerische Persönlichkeitsideal ist in seinen Todesfällen und -fällen aufgegeben. Busch vermittelt ein Menschenbild, das die Krone der Schöpfung in einer selbstverschuldeten Unmündigkeit, also geradezu in Umkehrung der Kant'schen Definition von Aufklärung erdichtet und ermalt, vorführt. Kaum ein Autor hat die Entfremdung der Moderne so vorweggenommen wie Wilhelm Busch. Busch kann seinen Figuren und Wesen keine Sterbeprozesse zuweisen, in denen sie angemessen mit dem Tod konfrontiert würden. Er setzt sie der entfremdeten Welt aus. Damit aber trifft in besonderer Weise Wolfgang Kayser's Definition des Grotesken – „Die Groteske *ist* die entfremdete Welt“³¹ zu. – Letztlich spiegeln sich nicht nur finsternes Biedermeier, heuchlerische Moral und scheinhaftes Leben in den vielen Toden, sondern im Sterbeprozess seiner Opfer nimmt Busch in überraschender Weise ästhetische Stile der zukünftigen Moderne obsessionistisch vorweg. Damit gewinnen seine Sterbeprozesse den Status von Paradigmen der Moderne!

³¹ Kayser (2004).



Abbildung 6: Der heilige Antonius von Padua

3.2 Arno Holz und Johannes Schlaf: Naturalismus und die Radikalität des Sterbens in Zeiten sozialer Not und des Determinismus

Geradezu banal dagegen gerät, verglichen mit den bedeutungsschweren Zuweisungen bei Aichinger und Busch, das Sterben im Drama „Die Familie Selicke“. Arno Holz und Johannes Schlaf hatten mit diesem Dreiakter im frühnaturalistisch gestimmten Berlin um 1890 Aufsehen erregt, nicht zuletzt durch einen Sterbeprozess von ganz ungewöhnlichem dramatischem Ausmaß.

Der sprechende Name „Selicke“ lässt etwas von der Heilsfixiertheit erkennen, die für die damalige Zeit noch weitgehend, zumindest verbal, galt. Im Drama wird sie durch den Theologiestudenten Gustav Wendt, Untermieter bei Familie Selicke, reprä-

sentiert. Dem ebenfalls sprechenden Namen gemäß ist der junge Mann Repräsentant einer kirchenkritischen „Wende“. Wendt ist als Idealist zugleich das Opfer seiner Zeit. Glaubenskrise und eine radikale Nihilismusposition, zu der er sich anlässlich seines Theologieexamens bekennt, entsprechen dem Großstadtmilieu entschieden besser als die Vorstellung einer pastoralen Idylle auf dem Lande! Alles Metaphysische ist in dieser Gesellschaft aufgehoben, und so dient das Sterben eines kleinen Mädchens, dem der Zuschauer erbarmungslos ausgesetzt wird, nicht für einen Diskurs um Wahrheiten oder die klassischen Fragen über die Freiheit des Willens, sondern nur als Mittel zur sozialen Anklage gegenüber einer Welt, die nach den Regeln des Determinismus funktioniert.

Soziolekt, Psycholekt und Dialekt verbinden sich in diesem Drama zu einer grenzwertigen Milieustudie. Der Ort: Berlin; die Zeit: Heiligabend; die Handlung: Eine heruntergekommene Berliner Kleinbürgerfamilie wartet auf den Alkoholiker-Vater. Zur Familie zählen: eine weinerliche Mutter, die opferwillige erwachsene Tochter, zwei Halbwüchsige und das kleine engelsgleiche Linchen, das am Ende des zweiten Aktes stirbt und die desolote Familiensituation nur noch verschlimmert. Nichts wird sich ändern! Der schmächliche Problemdiskurs beweist: Niemand kann aus seiner Determiniertheit heraus.

Der Sterbeprozess beherrscht das Stück, denn Linchens Bett ist mitten im Zimmer aufgebaut. Ihr Stottern, Husten, Fiebern und die zunehmende Unfähigkeit, sich überhaupt zu vermitteln, gaben dem sozial aus einer gehobenen Bürgerschicht Berlins stammenden Premierenpublikum des „Deutschen Theaters“ tatsächlich ausreichend Möglichkeit, die Opfer großstädtischer Armut und Determiniertheit zu besichtigen. Dennoch offeriert gerade das sterbende Linchen im Leiden die Sehnsüchte der Opfer proletarischer Großstadtextistenz: Land, Sonne, Idylle, Wärme, menschliches Miteinander. Alle Personen sind in je eigener Weise in diese Utopien einbezogen, wenn sie dem stotternden, schwindsüchtigen Linchen die Erfüllung seiner Träume versprechen:

(Linchens hustet)

Frau Selicke (*angstvoll*): Kind! Kind!

Linchen: Ach ... das ... schadet nichts ... Ma-mach'n! So'n – bisschen – Husten noch! ... Das – hört – morgen wieder auf – Nich? ... Sonntags in der Kirche ... ein blaues, ein – ganz – himmelblaues [Kleid] ... mit ... weißen Spitzen! ... Fein, Mamachen! ... Na ... aber auch alle, alle – haben – auf uns – gekuckt! ... (*Etwas ruhiger; nachdenklich*) Ach, wie hübsch – ist es da – Mamachen! ... Immer – so still! ... Aber – viel Fliegen! Nich wahr, Mamachen? ... wenn es – recht heiß is ... Onkel zankt nich'n – einziges Mal – mit Tante! ... Kein Schimpfwort! ... Und Anna und Otto – sind auch immer so artig!

Frau Selicke: Liebes Herzchen! Du wirst ja ganz heiser!

Linchen: Weißte ... sie wollten – mich dabehalten! ... Sie wollten mich – gar nich – wieder fortlassen! ... Tante sagte: ich sollte nu – ihre Tochter werden! ... Papa – soll sich's ... überlegen! ... (*nachdenklich*) Gut hätt' ich's da! ... Nich, Mamachen? ... (*Sehr lebhaft, sich steigernd*) Aber du – und Papa – sollen mich – dann immer – besuchen! ... Aber – ich ziehe nich hin, Mamachen! ... Nich? ... Ich ziehe nich hin! ... Ich bleibe – hier!

Frau Selicke: Uh! Dein Händchen brennt ja wie Feuer, mein liebes Puttchen! ... So! ... So! ... Nich wahr, mein Herzchen?

Linchen (*nach einer kleinen Pause*): Ach, Mamachen! Der schöne, schöne Mondschein!

Frau Selicke: Ja?

Linchen (*versucht zu singen*):

Wer hat die schönsten Schäfchen,

Die hat der gute Mond...

(*Sie bekommt einen Hustenanfall. Toni lässt ängstlich ihr Nähzeug sinken*)

Linchen: Ach! ... aah ... aah! ...

Frau Selicke: Mein armes Herzchen! Mein armes Herzchen!

(*Linchen liegt einen Augenblick still, von dem Anfall erschöpft*)³²

Linchen leidet an einer typischen Elendskrankheit. Das lungenkranke, ausgezehnte Kind muss die Erscheinungsformen dieser Krankheit und dieses Sterben minutiös und medizinisch korrekt durchleben. Die beiden Autoren hatten zuvor genaue Studien vorgenommen, und so wird Linchen als Prototyp empirisch-psychologischer Kausalität entwickelt. Die Exaktheit medizinischer Analyse allerdings ist vom Physiologischen auf das Psychologische verlegt. Die Fieberträume entsprechen den krankheitsbedingten Normen, erlauben aber in ihrer Poetizität, Linchens Wünsche und Hoffnungen in einer biedermeierlich-ländlichen Idylle des frühen 19. Jahrhunderts zu verorten und damit als Verlustsyndrom zu interpretieren.

Es wundert nicht, dass diese großstädtische, geradezu antibiedermeierliche Familienstudie für die Berliner Premierenbesucher eine Provokation bedeutete. Man spottete über die „Familie Rührselicke“ oder „Familie Heulecke“. Einzig Fontane konnte dem krassesten Stück des „konsequenten Naturalismus“ etwas abgewinnen, erkannte, dass es gerade der erbarmungslose Verzicht auf jede dramentechnische Möglichkeit des Botenberichtes oder der Teichoskopie war, die das 1890 uraufgeführte Drama „Die Familie Selicke“ als Grenzgänger zwischen Fiktion und Wirklichkeit auszeichnete und damit die Literatur selbst widerlegte.³³ Noch der Kontrahent von Arno Holz und Johannes Schlaf, Gerhart Hauptmann, hatte kurz zuvor in seinem Drama „Vor Sonnenaufgang“ auf eine Sterbeszene, die nicht minder provokativ hätte sein können, verzichtet. Bei ihm findet das Sterben eines Kindes, das, soeben geboren, bereits durch den Alkoholismus seiner Mutter vergiftet ist, noch hinter den Kulissen statt, bekannt gemacht durch einen klassischen Botenbericht. Fontane hat aber auch erkannt, dass das Elend nebst Sterben, dem Holz und Schlaf ihre Zuschauer aussetzen, für den Erfolg des Dramas kontraproduktiv war. Mit dieser Form der Radikalwirklichkeit war das realistische Potential gänzlich ausgereizt. Das Drama wird Höhepunkt und Ende einer ganzen Epoche, die sich der Wirklichkeit literarisch eins zu eins stellen wollte.

Holz und Schlaf haben mit der Instrumentalisierung ihres literarischen Sterbeprozesses ihr Ziel erreicht: Sie haben sich in die Verelendung der Großstadtgesellschaft eingemischt und den Alkoholismus als ihr dominantes Erscheinungsbild gezeigt. Ihr gänzlicher Verzicht auf eine vielschichtige Bedeutungsstruktur ihres Textes hatte einen hohen Preis: sie vermitteln nichts als die „Natur“, können die Aussagekraft eines Sterbeprozesses nur in einem sensus literalis nutzen. Die vielfältigen tieferen Bedeutungsschichten, zu denen zum Beispiel Aichinger und Busch beitrugen, bleiben ungenutzt.

³² Holz (1966), S. 40.

³³ Martini (1966), S. 67-85, hier: S. 77ff.

So ergibt sich mit Holz' und Schlafs Drama ex negativo ein Beleg für die Erkenntnis-kraft literarischer Sterbeprozesse.

3.3 Georg Heym: *Expressionismus als voyeuristischer Vitalismus*

Gerade einmal 24 Jahre alt war Georg Heym, als er im Januar 1912 mit seinem Freund Ernst Balcke beim Eislaufen auf der Havel ertrank! Ein Jurist mit so wenig Ehrgeiz, dass er die unerledigten Akten ins Klo entsorgte, beherrscht von Sehnsüchten, beispielsweise unbedingt Derwisch zu werden, jemand, der den Frieden so langweilig und öde fand wie „eine Leimpolitur auf alten Möbeln“, ergriffen vom Traum, dass endlich einmal „Barrikaden gebaut“ würden, um einen Krieg zu erleben, „er kann ungerecht sein“!³⁴ Leidend an seiner Zeit, die er, ganz im Sinne Nietzsches, vitalistisch und voluntaristisch überholen wollte! Ein Apokalyptiker, der sich seinen Krieg im Gedicht malte: aufbrechende Vulkane, Feuerbrände, die „unten auf Gomorrh“³⁵ träufen, auferstehende Dämonen bereichern seine Texte.

Die inszenierten Untergänge haben etwas Magisches, Rätselhaftes. Auch das Exotische wird inszeniert, so in der Erzählung „Das Schiff“³⁶. Auf einem Segelschiff stirbt die Mannschaft, observiert von einem unheimlichen Mond, Mann für Mann an der Pest.³⁶ Heym erfand aber nicht nur Südseefernen, sondern inszenierte den Schrecken auch gleich nebenan, so in den Erzählungen „Der Irre“³⁷, einem Amoklauf, der im Warenhaus mit dem Selbstmord des Protagonisten endet. Die Erzählungen „Die Sektion“³⁸ und „Jonathan“ konfrontieren den Leser unmittelbar mit dem Tod.

Der todkranke Jonathan erlebt die Welt des Sterbens um sich herum als Jemand, der den eigenen Tod nicht anzunehmen bereit ist. Vom eigenen Sterbezimmer erlebt er die nur in Ausschnitten einsehbaren übrigen Räume. Heym geht es um die Wahrnehmung von Sterberäumen. Der Blick ins Nachbarzimmer gibt Jonathan die scheinbare Gewissheit des eigenen Noch-Lebens, des Entrinnens. Doch zunehmend verdichtet sich der Raum, der Schrecken des Todes kommt näher. Letztlich ist es der Fieber-rausch, der die Verlassenheit im Angesicht des Todes zu einem kollektiven Todeserle-ben weiter schreibt:

„Wie der Tod über dem Haus raste. Jetzt stand er hoch oben auf dem Dache, und unter seinen riesigen knöchernen Füßen saßen in ihren Betten, in ihren großen Sälen, in ihren Kammern, überall saßen die Kranken in ihren weißen Hemden, in dem Licht der spärlichen Lampen wie Gespenster, und das Entsetzen flog wie ein riesiger weißer Vogel durch die Treppen und die Säle. Überall drang das entsetzliche Brüllen hin, überall weckte es die Schläfer aus ihrem kraftlosen Schlaf und überall weckte es ein schreckliches Echo, bei den Krebskranken, die kaum entschlafen waren, denen nun der weiße Eiter wieder in ihren Därmen zu rinnen begann, bei den Verdammten, denen die Knochen wegfaulten, langsam, Stück für Stück, und bei denen, denen auf dem Kopf ein furchtbares Sarkom

³⁴ Vgl. dazu die Tagebuchaufzeichnungen, bes. v. 06. 07. 1010, in: Heym (1984), S. 281.

³⁵ Heym (1948), S. 80ff.

³⁶ Ebd., S. 196-207.

³⁷ Ebd., S. 166-181.

³⁸ Ebd., S. 181-183.

wucherte, das von innen heraus ihre Nase, ihren Oberkiefer, ihre Augen wegfraß, ausfraß, austrank, und riesige stinkende Löcher, große Trichter voll gelber Jauche in ihrem weißen Gesicht aufgerissen hatte.“³⁹

Die Inszenierung des Schreckens und die Projektionen des Protagonisten folgen pathologischen Mustern. Heym hat in einer Fülle von Traumbildern erkennen lassen, dass es seine eigenen Untergangsvisionen sind, für die er literarische Nahrung braucht. Voyeurist, schafft er sich seine Apokalypsen und Ich-Spaltungen. So finden wir am Ende der Erzählung das gesplante Ich, das seinem eigenen Sterben fasziniert zuschaut und es in allen eklen und provokativen Möglichkeiten ausmalt. So endet die Geschichte auch in dieser magischen Anziehung und lakonischen Abwehr. Der Protagonist wird bedroht von der „knöchernen Faust“, die ihn zu rufen scheint: „Da kroch er von seiner Bahre herunter und schleppte sich über die Felder, über Wüsten, während das Gespenst ihm voranfloß, immer weiter durch Dunkel, durch schreckliches Dunkel.“⁴⁰

Welche Bereicherung bedeutet Georg Heym mit seiner differenzierten Prosa für den Diskurs über Sterbeprozesse in der Literatur? Hatten Aichinger und Busch, letztlich auch Holz und Schlaf mit ihren Texten exemplarisch für einen jeweilig kritischen Umgang mit der Gesellschaft gestanden und dafür unterschiedlich dargestellte Sterbeprozesse genutzt, fehlt Heyms erzählten Toden diese kritische Distanz. Sein Text *ist* Expression! Expression als Phänomen kann sich im Sterben epochal realisieren! Wie Ludwig Meidners „apokalyptische Landschaften“ und die Großstadtgedichte der Frühexpressionisten verkörpert das Sterben hier das „Weltende“, ein kollektives und persönliches Ereignis zugleich. Dies konnte der Blick auf die Gedichte von Jakob van Hoddis und Else Lasker-Schüler bereits zeigen. Literarhistorische und transhistorische Aspekte begegnen sich.

3.4 Alfred Döblin: Berlin Alexanderplatz. Neue Sachlichkeit und ihr naturphilosophischer Gegenentwurf
Folgte Georg Heym ganz einer expressionistischen Ästhetik der *l'art pour l'art*, findet Alfred Döblin am Ende der 1920er Jahre, als rechts und links die Ästhetik der Neuen Sachlichkeit Phantasien der Kälte anbot, zu einer bewusst moralisierenden Instrumentalisierung der Todeserfahrung. Franz Biberkopfs Sterben im Roman „Berlin Alexanderplatz“ wird vom Autor als Prozess der Erkenntnis angelegt.

Dreimal „fährt das Schicksal gegen Franz Biberkopf“⁴¹, so der vorangestellte Bänkelsang als literarische und moralische Matrix des in der Blütezeit der Weimarer Republik erschienenen Romans. Franz Biberkopf, Transportarbeiter, mit Beginn der Romanhandlung aus dem Tegeler Gefängnis in die „Riesenstadt“ Berlin entlassen, beschließt zwar, „anständig zu bleiben“⁴², doch er ist nicht bereit, sich in die Welt, unter deren Bedingungen er lebt, hineinzufinden, sie zu erkennen. Im Sinne der naturphilosophischen Fundierung, die Döblin in diesem Roman gegen die Ästhetik der Kälte, die seine Zeit bestimmt, setzt, behauptet er seine Großmannssucht im Berliner Jargon: „mir

³⁹ Ebd., S. 191f.

⁴⁰ Ebd., S. 195.

⁴¹ Döblin (1978), S. 7.

⁴² Ebd.

kann keener'. Sein Ich kommt dem Tode näher: Er wird zunehmend demontiert, verliert seinen rechten Arm, doch erst der Mord an seiner Freundin Mieke, von ihm angeberisch selbst provoziert, bringt ihn an die Grenze seines Seins.

Das Sterben, dem der Autor seinen Protagonisten aussetzt, bedeutet zugleich Wandlung. Das Sterben Biberkopfs wird zur Neugeburt, nicht von ungefähr inszeniert Döblin den Niedergang seines Helden in neun Büchern, denn hier vollzieht sich mit dem Sterbeprozess eine Metamorphose in Analogie zur Geburt. In gewisser Weise haben wir es mit einem Pendant zu Aichingers Umkehrung des Lebensprozesses zu tun. Im letzten, neunten Buch finden wir Biberkopf in der Irrenanstalt. Seine „Plautze“ wird wie ein Schweineflomen ausgelassen, die Elemente der Natur, Wind, Korn und Baum, rufen ihn ins Gericht. Die Begegnung mit dem Tod, die sich über Tage hinziehende Abwehr und schließliche Annahme, der Eingang in ein universales Beziehungsgefüge, in dem Tod und Leben der Gesetzmäßigkeit einer eigenen Philosophie des „Daseins“⁴³ folgen, in dem das „Ich über der Natur“⁴⁴ aufgehen muss, lässt ihn geläutert an den Ort zurückkehren, den ihm die Natur seiner Zeit, die Großstadt mit ihrem eigenwilligen Organismus, zgedacht hat:

„Die Stimme des Todes, die Stimme des Todes, die Stimme des Todes:
Was nützt alle Stärke, was nützt alles Anständigsein, o ja, o ja, blick hin auf sie.
Erkenne, bereue. Was Franz hat, wirft sich hin. Er hält nichts zurück. [...] Hier ist zu beschreiben, was der Schmerz mit Franz Biberkopf tut. Franz hält nicht stand, er gibt sich hin, er wirft sich zum Opfer hin an den Schmerz. In die brennende Flamme legt er sich hinein, damit er getötet, vernichtet und eingeäschert wird. Hier ist zu feiern, was der Schmerz mit Franz Biberkopf tut. Hier ist zu sprechen, von der Vernichtung, die der Schmerz vollbringt. Abbrechen, niederkappen, niederwerfen, auflösen, das tut er.
Jegliches hat seine Zeit: Wirken und heilen, brechen und bauen, weinen und lachen, klagen und tanzen, suchen und verlieren, zerreißen und zumachen. Es ist die Zeit zum Würgen, Klagen, Suchen und Zerreißen. [...] Gestorben ist in dieser Abendstunde Franz Biberkopf, ehemals Transportarbeiter, Einbrecher, Ludwig, Totschläger. Ein anderer ist in dem Bett gelegen, der andere hat dieselben Papiere wie Franz, sieht aus wie Franz, aber in einer anderen Welt trägt er einen neuen Namen.“⁴⁵

Döblin hatte zu dieser Zeit seine universalistische Vorstellung, der Mensch sei im monistischen Sinne Teil des Kosmos und sein Dasein habe darin zu bestehen, sich einzufügen in seine Natur, nicht zu widerstreben, bereits weit entwickelt. Die Metamorphose macht ihn frei von seinem selbststüchtigen, nur scheinbar autonomen Ich. Döblin hat diesen Todeskampf als Prozess der Erkenntnis inszeniert, zwischen dem realen Sterben und dem Sterben der Hülle des Seins wird die Kraft der Natur freigesetzt, für die der Sterbeprozess des Einzelnen letztlich bedeutungslos ist. Biberkopf hat sein Ich als Teil der Natur, die dem Dasein immanent ist, angenommen. Wir erleben ihn am Ende des

⁴³ Döblin (1933).

⁴⁴ Döblin (1928).

⁴⁵ Döblin (1978), S. 398f.

Romans abgespeckt von seinen verstiegenen Großmannssehnsüchten, in gelassener Heiterkeit. Er hat seinen Ort im Organismus Stadt gefunden. Als Hilfsportier am Alexanderplatz wird er als Teil des Ganzen der Welt zukünftig kritisch begegnen. Biberkopf vermag mit dieser erkennenden Gelassenheit dem Krieg, der ihm in der Schlusssequenz mit abenteuerversprechendem Liedgeklänge – und mit der für die deutsche Tradition typischen Todesverstiegenheit – verführerisch begegnet, zu trotzen:

„Wenn Krieg ist, und sie ziehen mich ein, und ich weiß nicht warum, so bin ich schuld, und mir geschieht recht. Wach sein, wach sein, man ist nicht allein [...]. Das muss man nicht als Schicksal verehren, man muss es ansehen, anfassen und zerstören. Wach sein, Augen auf, aufgepasst, tausend gehören zusammen [...]. Marschieren, marschieren [...], Morgenrot, Abendrot, leuchtet uns zum frühen Tod [...]. Wir wissen, was wir wissen, wir habens teuer bezahlen müssen.“⁴⁶

Analog zum Konversionserlebnis Biberkopfs ließe sich das „Schnee“-Kapitel in Thomas Manns ebenfalls in den zwanziger Jahren erschienenen Roman „Der Zauberberg“ lesen. Hier führt die akute Todesgefahr, in die der Held Hans Castorp bei einem Ausflug in die Davoser Bergwelt geraten ist, und das lockend verführerische Spiel mit ihr, den Helden zu einer träumerisch antizipierten Vision vom gelungenen Leben, einem Arkadien, das konträr zum „Berghof“ – dem Davoser Lungensanatorium, dessen Bewohner geradezu definitorisch mit dem Tod umgehen – als Gegenort erscheint. Er gelangt mit der Überwindung der Todesfixiertheit auch über die ihm vom Autor zur Seite gestellten Gesprächspartner zur Erkenntnis jener menschenbildenden Kraft, die den barbarischen „Obskurantismus“ eines Naphta nicht weniger überbietet als die nüchtern oberflächliche und wenig sinnenfreudige Vernünftelei eines Aufklärers vom Schlage Settembrinis: der Liebe. Der vielzitierte, kursiv gesetzte Satz, der des Helden neu gewonnenes Ethos vermerkt, lautet: *„Der Mensch soll um der Güte und Liebe willen dem Tod keine Herrschaft einräumen über seine Gedanken.“*⁴⁷ Doch bleibt diese vom Autor zweifellos mitgetragene Botschaft innerhalb des Romangeschehens ein bloßes Postulat, denn das beglückende Wiedererinnern des paradiesischen Menschheitstraumes wird Castorp keineswegs zum pädagogischen Impuls seines noch fünf Jahre andauernden Berghof-Aufenthaltes. Zwar wird er die imaginierten Glücksbilder Arkadiens schon deshalb kaum endgültig vergessen, weil sie als zeitlos mythische Substanz dem anthropologischen Gedächtnis eingeschrieben sind, doch zum Leitstern einer künftigen Arbeit am Alltäglichen geraten sie dem Helden dennoch nicht. So heißt es am Ende des „Schnee“-Kapitels: „Was er geträumt, war im Verbleichen begriffen. Was er gedacht, verstand er schon diesen Abend nicht mehr so recht.“⁴⁸ Die Begegnung mit dem Tod, das Durchleben eines, wenn auch nicht vollendeten, Sterbeprozesses, hat Castorp keine Erkenntnis vermittelt oder ihn gar auf die gegenwärtigen Probleme vorbereitet. Der Erzähler entlässt am Ende Castorp in das Schlachtgetümmel des Ersten Weltkrieges, setzt ihn einem zufälligen und ungewissen Schicksal aus, das zu meistern Döblin seinen Helden Biberkopf gelehrt hatte.

⁴⁶ Ebd., S. 410.

⁴⁷ Mann (1960), S. 686.

⁴⁸ Ebd., S. 688.

„Fahr wohl – du lebest nun oder bleibest! Deine Aussichten sind schlecht; das arge Tanzvergnügen, worin du gerissen bist, dauert manches Sündenjährcchen, und wir möchten nicht hoch wetten, dass du davon kommst. Ehrlich gestanden, lassen wir ziemlich unbekümmert die Frage offen.“⁴⁹

Nicht von ungefähr erinnert der Erzähler am Schluss des Romans noch einmal an Castorps Todeserlebnis in den Bergen: Der im Schneeeignis evozierte Traum von Liebe als gesellschaftsbildender Kraft bleibt gerade vom Schluss her scheinbar gebunden an Zufall und Schicksal, nichts als eine mehr als vage Hoffnung auf die Zukunft:

„Augenblicke kamen, wo dir aus Tod und Körperunzucht ahnungsvoll und regierungsweise ein Traum von Liebe erwuchs. Wird auch aus diesem Weltfest des Todes, auch aus der schlimmen Fieberbrunst, die rings den regnerischen Abendhimmel entzündet, einmal die Liebe steigen?“⁵⁰

Die Metamorphose Sterbender zum Erkenntniszweck, die Döblin seinen Helden über den Tod hinaus gestattete, steht in Thomas Manns „Zauberberg“ mit dem Protagonisten Hans Castorp, der die Todeserfahrung der Schweizer Berge durchstehen ließ, ein Utopieziel gegenüber. Beide erzählte Todeserfahrungen sind, im Sinne erzähltheoretischer Möglichkeiten, Formen fiktionaler Sterbeprozesse.

3.5 Günter Grass: Nachkriegsliteratur und die literarische Nachlese eines Jahrhunderts des Sterbens
Sterben bestimmt Grass' Werk: Agnes Matzerath im Roman „Die Blechtrommel“, die sich an Aalen krank ekelt und mit dem nicht endenwollenden, heißhungrigen Verzehr von Ölsardinen ihren Sterbeprozess einleitet; die Todesarten im Roman „Der Butt“ – von der hochmittelalterlichen Dorothea von Montau, die eingemauert und verödet der Jesusminne frönt, bis zum Gegenstück, dem sterbenden polnischen Werftarbeiter während der Solidarność-Bewegung, dem ein Gericht Speckbohnen aus dem von einer Gewehrsalve aufgerissenen Bauch quillt –; der literarisch inszenierte Weltuntergang in der Apokalypse des Romans „Die Rättin“, in der der hundertjährige Oskar Matzerath zum Wurm schrumpelt und dennoch unter die rettenden Röcke der Großmutter, Synonym für das Aufgehobensein in einer zeitlosen Hülle der Liebe, fliehen kann; sie alle hätten es verdient, in ihrem Sterben hier wahrgenommen zu werden.

Aus der Fülle der erkenntnisträchtig inszenierten Tode, die wir im Werk von Grass finden, sei ein Beispiel von besonderer Instrumentalisierung ausgewählt: Das Kapitel „Das Kartenhaus“ in der „Blechtrommel“. Wir können es zunächst als Teil einer politischen Kritik lesen.

Ein markantes Datum: Hitlers Überfall auf die Polnische Post im September 1939. Er markierte den Beginn des Zweiten Weltkrieges. Wir erleben Oskar Matzerath, der auf der Suche nach einer heilgebliebenen Blechtrommel, deren Nachschub mit dem Tod des jüdischen Spielzeughändlers Sigismund Markus in der „Reichskristallnacht“ ins Stocken geraten war, in die Abwehrkämpfe der Polen im Postgebäude am Helveliusplatz gerät. Den Hausmeister Kobylek hat es erwischt, als er eine heile Trommel aus

⁴⁹ Ebd., S. 994.

⁵⁰ Ebd.

dem Besitz der Postdirektorskinder aus dem Regal im Kinderzimmer zu angeln versuchte. Nun ist er mit allen weiteren Verwundeten im Brieflager zum Sterben deponiert, in prallvollen Briefkörben, festgezurret mit seinen Hosenträgern an einen dieser Körbe. Eine groteske Ansammlung, darunter der feige Jan Bronski, der sich mit Oskar ebenfalls hier verschanzt hat. Das absurde Skatspiel endet, als Kobyllas massiger Körper die 32 Karten im Sterben unter sich begräbt. Doch der feinsinnige Jan wälzt ihn beiseite, einzig um die Spielkarten zu einem Kartenhaus aufzubauen:

„[Er begann] mit vorsichtigen ausgewogenen Bewegungen unter angehaltenem Atem ein hochempfindliches Kartenhaus zu bauen: Da gaben Pique Sieben und Kreuz Dame das Fundament ab. Die beiden deckte Karo, der König. Da gründete er aus Herz Neun und Pique As, mit Kreuz Acht als Deckel drauf, das zweite, neben dem ersten ruhenden Fundament. Da verband er die beiden Grundlagen mit weiteren hochkant gestellten Zehnen und Buben, mit quergelegten Damen und Assen, daß sich alles gegenseitig stützte. Da beschloß er, dem zweiten Stockwerk ein drittes draufzusetzen, und tat das mit beschwörenden Händen, die, ähnlichen Zeremonien gehorchend, meine arme Mama gekannt haben mußte. Und als er Herz Dame so gegen den König mit dem roten Herzen lehnte, fiel das Gebäude nicht etwa zusammen; nein, luftig stand es, empfindsam, leicht atmend in jenem Raum voller atemloser Toter und Lebendiger, die den Atem anhielten, und erlaubte uns, die Hände zusammenzulegen, ließ den skeptischen Oskar, der ja das Kartenhaus nach allen Regeln durchschaute, den beizenden Qualm und Gestank vergessen, der sparsam und gewunden durch die Türritzen des Briefraumes schlich und den Eindruck erweckte: Das Kämmerlein mit dem Kartenhaus drin grenzt direkt und Tür an Tür an die Hölle.“⁵¹

Kobyllas Sterben symbolisiert das tatsächliche Ende Polens, das Kartenhaus steht für die Fragilität dieser Nation, die immer wieder von ihren mächtigen Nachbarn unter sich verteilt wurde, der Untergang des Kartenhauses stellt diesem historischen und aktuellen Sterbeprozess eine groteske Repräsentanz gegenüber, denn nur in der Groteske ist dieses Schicksal tragbar. In diesem Kapitel „Das Kartenhaus“ erleben wir im Sterben Polens – einem Untergang, der politisch-historische Tradition hat – die Metamorphose, eine Art Auffahrt in einen Himmel der Errettung des Polnischen aus dem Geiste des Widerstands. Untergänge provozieren zu diesem Widerstand, auch wenn Grass hier die Absurdität eines Kartenhauses zur Metapher wählt. Jan wird, wie es das Grass-Gedicht „Polnische Fahne“ und „Pan Kiehot“ nahe legen, zu einem ins Sterben vernarrten polnischen Don Quijote. Das Kartenhaus angesichts des sich vollziehenden Untergangs ist die fragile Gegenwelt, das Haus des Humanen, wie es die Spiele zwischen den politischen Symbolgrößen Kaschuben, Polen und Reichsdeutschen im ersten Teil des Romans, in dem sich die kaschubische Agnes, der polnische Vetter Jan und der reichsdeutsche Matzerath zum Skat um den Familientisch versammelten, immer gewesen sind.

⁵¹ Grass (1997), S. 182.

4. Fazit

Fassen wir die Erkenntnis aus der Fülle der Beispiele zusammen: Goethes letzte Worte „Mehr Licht“ bedeuten mehr als ein anekdotisch zu verortendes Bonmot, das einer hagiographischen Geschichtsschreibung zuarbeitet. Es motiviert zur verstärkten Wahrnehmung des Lebens und des Todes, bezogen auf den Prozess, der beide in phänomenaler Weise trennt. Hier liegt die Möglichkeit von Literatur, die mehr kann als ein mimetisches Widerspiegeln dessen, was wir wissen. Die Fülle der literarischen Texte, in denen Sterbeprozesse eine Rolle spielen, wurde im vorgestellten Diskurs exemplarisch reduziert. Doch schon hier zeigt sich die Bedeutungsvielfalt, die diesem Thema und Topos zugewiesen werden kann. In diesem Sinne gibt uns Goethes letztes Votum einiges auf: Neben dem Interesse an der Realität von Sterbeprozessen auch die menschlichen Eigenschaften einzubeziehen, die nur in der Literatur auszuleben sind: die nicht gelebten Wünsche und Utopien wie die Differenziertheit von Wahrnehmung. Sie werden in einem fiktionalen Text und unter den Bedingungen einer Poetologie der Sterbeprozesse nachvollziehbar.

Literatur

1. Aichinger (1967): Ilse Aichinger, Spiegelgeschichte, in: *Der Gefesselte*, Frankfurt a. M. 1967, S. 44-53.
2. Ayren (1975): Armin Ayren, *Der Helweg*. Zu einem zentralen Motiv im erzählerischen Werk Alexander Lernet-Holenias. Nachwort zu: Alexander Lernet-Holenia, *Der Mann im Hut*. Phantastischer Roman, München 1975, S. 170-177.
3. Bernhard (2009): Thomas Bernhard, *Die Autobiographie*, St. Pölten u. a. 2009.
4. Busch (o. J.): Wilhelm Busch, *Die fromme Helene*, in: Friedrich Bohne (Hrsg.), *Gesamtausgabe in vier Bänden*, Wiesbaden o. J., S. 203-293.
5. Döblin (1928): Alfred Döblin, *Das Ich über der Natur*, Berlin 1928.
6. Döblin (1933): Alfred Döblin, *Unser Dasein*, Berlin 1933.
7. Döblin (1978): Alfred Döblin, *Berlin Alexanderplatz*, München 1978.
8. Fuchs (2007): Peter Fuchs: „Media vita in morte sumus“. Zur Funktion des Todes in der Hochmoderne – systemtheoretisch beobachtet, in: Petra Gehring, Marc Rölli, Maxine Saborowski, *Ambivalenzen des Todes. Wirklichkeit des Sterbens und Todestheorien heute*, Darmstadt 2007, S. 31-50.
9. Grass (1997): Günter Grass, *Die Blechtrommel*, München 1997.
10. Groß/Grande (2010), Dominik Groß, Jasmin Grande: Sterbeprozess (medizinisch – psychologisch) in: Héctor Wittwer, Andreas Frewer, Daniel Schäfer (Hrsg.), *Handbuch Sterben und Tod*, Stuttgart/Weimar 2010, S. 75-83.
11. Hamburger (1952): Käte Hamburger, *Die Logik der Dichtung*, Stuttgart 1952.
12. Hart Nibbrig (1989): Christian Hart Nibbrig, *Ästhetik der letzten Dinge*, Frankfurt a. M. 1989.
13. Heym (1984): Georg Heym, *Lesebuch. Gedichte, Prosa, Träume, Tagebücher*, München 1984.

14. Holz/Schlaf (1966): Arno Holz, Johannes Schlaf, Die Familie Selicke. Drama in drei Aufzügen, Stuttgart 1966.
15. Kayser (2004): Wolfgang Kayser, Das Grotteske. Seine Gestaltung in Malerei und Literatur, Tübingen 2004.
16. Lernet-Holenia (1934): Alexander Lernet-Holenia, Die Standarte, Berlin 1934.
17. Lernet-Holenia (1936): Alexander Lernet-Holenia, Der Baron Bagge, Berlin 1936.
18. Lernet-Holenia (1943): Alexander Lernet-Holenia, Beide Sizilien, Berlin 1942.
19. Lernet-Holenia (1947): Alexander Lernet-Holenia, Mars im Widder, Stockholm 1947.
20. Lernet-Holenia (1955): Alexander Lernet-Holenia, Der Graf Luna, Wien/Hamburg 1955.
21. Lernet-Holenia (1966): Alexander Lernet-Holenia, Zwei Reiterromane. Strahlenheim. Ljubas Zobel, München/Zürich 1966.
22. Lernet-Holenia (1979): Alexander Lernet-Holenia, Die Auferstehung des Maltravers, Frankfurt a. M. 1979.
23. Lernet-Holenia (1989): Alexander Lernet-Holenia, Das lyrische Gesamtwerk mit Vorwort und Erläuterungen, Wien/Darmstadt 1989.
24. Mann (1960): Thomas Mann, Der Zauberberg, Gesammelte Werke in dreizehn Bänden, Band III, Frankfurt a. M. 1960.
25. Martini (1966): Fritz Martini, Nachwort, in: Arno Holz, Johannes Schlaf, Die Familie Selicke. Drama in drei Aufzügen, Stuttgart 1966, S. 67-85.
26. Nassehi (2009): Armin Nassehi, Neue Manager fürs Land. Mit ästhetischer Erziehung aus der Finanzkrise?, Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 26.11.2009.
27. Pape (1973): Walter Pape, Wilhelm Busch, Stuttgart 1973.
28. Raulff/Seemann/Schmidt-Glintzer (2008): Ulrich Raulff, Hellmut Th. Seemann, Helwig Schmidt-Glintzer (Hrsg.), Letzte Worte, Zeitschrift für Ideengeschichte 2 (2008).
29. Ruthner (2002): Clemens Ruthner, Fatale Geschichte(n) im „Zwischenreich“. Zur postkakanischen Fantastik Alexander Lernet-Holenias. <http://www.kakanien.ac.at/beitr/fallstudie/CRuthner2.pdf> (gesehen: 05.03.2010).
30. Schütte (2001): Wolfgang Schütte, Sterben und Tod in der Belletristik. Ein Literatur-Colloquium im Hamburger Pflegestudiengang, PflegeImpuls. Zeitschrift für Management der Gesundheits- und Krankenpflege 10 (2001), S. 1-9, http://www.sp.hawhamburg.de/sp/pflege/news/pdf/WS/Sterben_und_Tod.pdf (gesehen: 02.03.2010).
31. Staiger (1939): Emil Staiger, Die Zeit als Einbildungskraft des Dichters. Grundbegriffe der Poetik, Zürich 1939.
32. Vietta (1999): Silvio Vietta (Hrsg.), Lyrik des Expressionismus, Tübingen 1999 (= Deutsche Texte, 37).

Abbildungen

Abbildung 1: Der Eispeter, in: Wilhelm Busch, Gesamtausgabe in vier Bänden. Band I. Hrsg. von Friedrich Böhne, Wiesbaden o. J., S. 288-303, hier: S. 303.

Abbildung 2: Die fromme Helene, in: Wilhelm Busch, Gesamtausgabe in vier Bänden. Band II. Hrsg. von Friedrich Böhne, Wiesbaden o. J., S. 203-293, hier: S. 287.

Abbildung 3: Die kühne Müllerstochter, in: Wilhelm Busch, Gesamtausgabe in vier Bänden. Band I. Hrsg. von Friedrich Böhne, Wiesbaden o. J., S. 534-541, hier: S. 538.

Abbildung 4: Die Ballade von den sieben Schneidern, in: Wilhelm Busch, Gesamtausgabe in vier Bänden. Band I. Hrsg. von Friedrich Böhne, Wiesbaden o. J., S. 109-112, hier: S. 110.

Abbildung 5: Diogenes und die bösen Buben von Korinth, in: Wilhelm Busch, Gesamtausgabe in vier Bänden. Band I. Hrsg. von Friedrich Böhne, Wiesbaden o. J., S. 157-163, hier: S. 163.

Abbildung 6: Der heilige Antonius von Padua, in: Wilhelm Busch, Gesamtausgabe in vier Bänden. Band II. Hrsg. von Friedrich Böhne, Wiesbaden o. J., S. 75-136, hier: S. 101.

Der Ruf des Lebens und die Verfallenheit an den Tod: Arthur Schnitzlers „Sterben“¹

Stephanie Kaiser

1. Einführung

Die erste große Erzählung des österreichischen Schriftstellers und Arztes Arthur Schnitzler (1862-1931) entstand im Jahre 1892. Es handelt sich um die Novelle „Sterben“, die zuerst 1894 in der Zeitschrift „Neue Deutsche Rundschau“ erschien, bevor das vom Publikum sehr positiv aufgenommene Werk 1895 in Buchform veröffentlicht wurde.² Darin schildert Schnitzler das Liebesverhältnis der beiden Hauptfiguren – Felix und Marie – unter der Bedingung des Todes. Doch sein Interesse gilt weit mehr dem Sterben als dem Tod. Denn nicht der Tod, sondern das allmähliche und peinigende Zutreiben Felix’ auf den Tod wird dargestellt. Das Sterben ist der „status finalis, der Endzustand ohne dessen eigentliches Ende, den Tod.“³ Denn an dessen Wesen rührt der Autor mit keiner einzigen Überlegung.

Der Sterbeprozess seines Hauptprotagonisten Felix evoziert die psychologische Grundfrage: Wie verhält sich der Mensch (wissend) dem bevorstehenden Tod gegenüber? „Sterben“ ist der unverklärte Versuch, sich den Tod zu vergegenwärtigen, währenddessen sich der Mensch langsam, aber unaufhaltsam körperlich, geistig und seelisch verändert. Man kann beinahe von dem klinischen „Psychogramm“ eines Sterbenden sprechen, das Arthur Schnitzler hier nachzeichnet. Doch dass Felix sterben muss, ist die Grundlage dafür, dass die Geschichte seiner letzten Lebensmonate überhaupt aufzeichnenswert ist und künstlerisch gestaltet werden kann.

Als Vorbedingung einer Interpretation von „Sterben“ ist es notwendig, sich mit Schnitzlers „Todesbefangenheit“ auseinanderzusetzen und auf die Problematik hinzuweisen, die bei der unerbittlichen Schilderung zum Todesmoment hin entsteht (Kapitel 2). Das Ereignis „Tod“ kennzeichnet die Grenze menschlichen Begreifens, an welcher alle Fragen zwingend in eine hypothetische Leere laufen. Die Kapitel 3 und 4 weisen auf die Grundstrukturen der Erzählung hin. Das Hauptaugenmerk dieses Beitrages liegt auf den kontrapunktischen Entwicklungsprozessen von Marie (Kapitel 5) und Felix (Kapitel 6). Abschließend werden in den Kapiteln 7 und 8 die Ergebnisse zusammengeführt.

Es wird zu zeigen sein, wie der Vorgang des Sterbens die menschliche Persönlichkeit zuerst demaskiert und dann allmählich zerstört, und wie sich Freundschaft und

¹ Der Beitrag wurde im Rahmen des von der VW-Stiftung geförderten Forschungsprojektes „Tod und toter Körper – Zur Veränderung des Umgangs mit dem Tod in der gegenwärtigen Gesellschaft“ im Teilprojekt III *Medizingeschichte & Medizinethik* (Leitung: Dominik Groß, Universitätsklinikum der RWTH Aachen) verfasst.

² Vgl. Weiss (1966), S. 4.

³ Fritsche (1974), S. 219.

Liebe in Entfremdung und schließlich in Hass verwandeln. Es ist der „Prozeß des Untergangs selbst“⁴ – so definiert Marcel Reich-Ranicki die Novelle.

Die zentrale Problematik der Erzählung wird deutlich: Es öffnet sich eine unüberbrückbare Kluft zwischen den beiden Liebenden, zwischen dem Leben und der Verfallenheit an den Tod, zwischen Sein und Nichtsein.

2. Arthur Schnitzler und der Tod: Die Problematik, den Tod darzustellen

Arthur Schnitzler wird von William M. Johnston als der „berühmteste [...] Dichter des Todes“⁵ bezeichnet und er zollt Schnitzlers lebenslanger literarischer Beschäftigung mit dem Tod Tribut. Denn tatsächlich lässt jener nur selten alle seine „literarischen Kinder“ das Textende überleben.⁶ In „Sterben“ hat es geradezu den Anschein, als hätte der Protagonist Felix nur als Sterbender, als zum Tode Verurteilter, literarische Lebensberechtigung. So erhob der Revolutionär Trotzki gegen den Wiener Autor Anklage: „Die Angst vor dem Tode durchzieht das ganze Werk Schnitzlers wie ein Ätherhauch. [...] Nichts kann von der Todesangst heilen: weder die Philosophie, noch die Qualen des Lebens, noch die Liebe.“⁷ Dass sich diese Anschuldigung als geradezu programmatisch für „Sterben“ erweisen sollte, wird im Laufe der Arbeit aufgezeigt.

Schnitzlers Texte stehen im Spannungsfeld zwischen Sterben als einzig möglicher literarischer Lebensform und der absoluten Präsenz des Todes als letztlich unmöglichem literarischem Erlebnis.⁸ Der Einblick in die unaufhebbare menschliche Sterblichkeit und die Einsamkeit eines Menschen während des letzten Schrittes in seinem Leben, gehören zu den Grunderfahrungen Arthur Schnitzlers als Arzt.⁹ Der Schriftsteller scheint sich auch persönlich in seine Erzählung hineingeschrieben zu haben – als Alfred, der es nicht wagt, sich die Tatsache des Todes von Felix einzugestehen, denn als Mediziner besteht seine Aufgabe in der Rettung menschlichen Lebens.

Schnitzlers Hinwendung zum alles beherrschenden Sterbezustand kann nur eine Ursache haben: Die Unmöglichkeit, den Tod darzustellen. Denn „das Sterben als zu Ende gehen [sic] des Lebens lässt sich darstellen, nicht der Tod als Ende selbst. Tod ist kein Inhalt: Blackout.“¹⁰ Niemand weiß, wie es ist, wenn der letzte Augenblick kommt, keiner kann sagen, welche Räume wir betreten, wenn wir die Welt verlassen oder wie sich das Jenseits anfühlt. Wir besitzen keine Erfahrungswerte, an denen wir Darstellungen messen könnten. Folglich ist Authentizität ein ungültiges Kriterium. Selbst wenn wir uns Vorstellungen vom Tod machen, gründen sich doch diese auf Einsichten aus dem Leben und entspringen dem Geist eines „Lebewesens“. Die Frage nach dem Tod ist so unsinnig wie die Frage nach der Definition der Ewigkeit oder nach Gott. Der

⁴ Reich-Ranicki (2004), S. 22.

⁵ Johnston (1974), S. 181.

⁶ Vgl. Weinzierl (1994), S. 187.

⁷ Trockij (1973), S. 71 u. 74.

⁸ Vgl. Matthias (1999), S. 13.

⁹ Vgl. Ohl (1989), S. 564.

¹⁰ Nibbrig (1989), S. 9.

Tod steht außerhalb des Lebens und seine einzigen wirklichen Zeugen sind die Toten selbst. Aber Tote sprechen nicht mehr.

3. „Sterben“ – ein Experiment

„Sterben“ in seiner Struktur ist eine Experimentalanordnung. Der eigentliche Versuch besteht in der gezielten Konfrontation der beiden Mächte Liebe und Tod. In das Leben eines Liebespaares bricht etwas Unvorgesehenes ein – die Gewissheit der tödlichen Krankheit Felix', die ihm nur noch ein Jahr zu leben erlaubt. Das eigentliche Thema der Erzählung ist also die Frage, wie eine Person unmittelbar (Felix) und mittelbar (Marie), die vor die Prüfsituation „Todesdrohung“ gestellt ist, reagiert. Diese Konstellation macht deutlich: „Die Liebe steht hier auf dem Prüfstand, der Tod ist der Prüfer.“¹¹

Der Vorgang wird von Schnitzler naturwissenschaftlich bearbeitet. Das Experiment ist auf wenige Personen begrenzt, die Handlung spielt nur an wenigen Orten. Die Hauptfiguren weisen keine sozialen oder personalen Bezüge auf, materielle Bedingungen sind unerheblich. Diese Typisierung hilft dabei, den Test in seiner Allgemeingültigkeit darzustellen. Damit die Ergebnisse nicht beeinträchtigt werden, wird die Außenwelt vom Geschehen ausgeschlossen.

Die passive, drohende Allgegenwart des Todes durch das Sterben zieht sich durch die gesamte Erzählung. Der Tod stellt als Übergang von einem erinnerbaren und fassbaren Leben zu einem ungreifbaren Nicht-mehr-Leben menschliche Beziehungen vor ihr unwiderrufliches Ende.¹² „Als solch endgültig trennendes Moment gewinnt er eine besondere Bedrohlichkeit; speziell in der idealisierten Liebesbeziehung realisiert er die Auslöschung einer unauflöslich imaginierten Dualität.“¹³

Wenn Schnitzlers Novelle auch eindeutig mit traditionellen Motiven und Symbolen arbeitet, die teilweise fast zu Stereotypen reduziert sind, lässt sich bereits erkennen, dass der Autor erst am Beginn seiner Bemühungen steht, den Tod und seine Darstellung miteinander zu vereinbaren.¹⁴ Dieses Problem wird ihn sein Leben lang beschäftigen, und er wird immer wieder mit der Spannung zwischen jenen beiden vermeintlich unvereinbaren Größen experimentieren.¹⁵

4. Das Sterben der Kommunikation

„Sterben“ legt, in Ermangelung äußerer Geschehnisse, den Schwerpunkt auf die Gedanken- und Gefühlswelt der Protagonisten. Während Felix' Krankheit verändert sich die Kommunikation zwischen den beiden Liebenden. Es beginnt mit einem „nervöse[n] Bedürfnis, viel miteinander zu sprechen“ und die „alltäglichsten Dinge mit großer Weit-

¹¹ Riedel (1996), S. 245.

¹² Vgl. Surmann (2002), S. 7.

¹³ Ebd.

¹⁴ Vgl. Matthias (1999), S. 79.

¹⁵ Vgl. Weinzierl (1994), S. 185.

schweifigkeit“ zu behandeln.¹⁶ Die Kommunikation wird oberflächlich und beschränkt sich auf Belanglosigkeiten. Im Verlauf der Erzählung nimmt dadurch die Verinnerlichung beider Charaktere immer weiter zu, und Schnitzler nutzt die Stilmittel des inneren Monologs und der erlebten Rede, um die Innenperspektiven und das Seelenleben darzustellen. Die Figuren sind unfähig, ihre Ängste und Emotionen mitzuteilen, und ziehen sich voneinander zurück. Die Rücknahme der Dialogpartien unterstützt diese Betrachtung. Der Raum des Nichtgesagten, der Anteil des Unausgesprochenen zwischen Felix und Marie wird größer und dominiert letztlich den ganzen Text.

Solange das Paar sich noch unterhält,¹⁷ auch wenn Felix „ein harmloses Gespräch so recht absichtlich mit einem bösen Wort zerschnitt“¹⁸, besteht das Bedürfnis, sich mitzuteilen und den Partner an den eigenen Gedanken, Hoffnungen und Befürchtungen teilhaben zu lassen. Erst als sie zu schweigen beginnen, Marie in ihren Tagträumen und Felix in seinen Mordphantasien versinkt, erweist sich die Entzweiung als irreversibel. Diese Gedankenberichte deuten auf jenen Zustand in einer Liebesbeziehung hin, den Schnitzler als das dritte Stadium bezeichnet, „in dem das Schweigen, gleichsam Gestalt geworden, zwischen den Liebenden steht, wie ein boshafter Feind“¹⁹. Zwischen Kranken und Gesunden kann es keine Verständigung geben.²⁰

5. Maries Entwicklungsprozess

5.1 *Der romantische Liebestod*

Felix ist das Gewisse, Marie das Fragliche. Um sie geht es in diesem Experiment, „um das Gespinnst der Vorstellungen, die um den Begriff der Liebe sich ranken, und um die experimentelle Abscheidung dieser Vorstellungen von der Realität“²¹. Die erste Reaktion der beiden Liebenden steht gleichsam im Licht der idealtypischen Liebe, wenn Marie, nachdem Felix ihr von der ärztlichen Diagnose berichtet hat, flüstert: „Ich will mit dir sterben.“²² Ihr Partner wiederum glaubt nicht, das Recht zu haben, dieses Opfer annehmen zu dürfen: „Ich muss gehen, und du musst bleiben.“²³ Es handelt sich hier also um zwei Liebesversprechen im Angesicht des nahenden Todes. Ihre gemeinsame Idee ist die Selbstlosigkeit, welche die Menschen als das Idealbild der Liebe ansehen. Marie erklärt sich bereit, auf ihr höchstes Gut, das Leben, zu verzichten.²⁴ Aus dem Wunsch, mit dem Geliebten sterben zu wollen, spricht die Unbedingtheit von Maries Liebe, denn sie glaubt, ihr Leben allein dem Geliebten zu verdanken.²⁵ Doch auch die Macht Felix' über seine Geliebte scheint sie zu dieser Unterwerfung zu drängen. Noch

¹⁶ Schnitzler (1961), S. 123.

¹⁷ Ebd., S. 123: „Es wurde ihnen immer ängstlicher, wenn sie zu reden aufhörten.“

¹⁸ Ebd., S. 127.

¹⁹ Schnitzler (1967), S. 66; vgl. Günther (1981), S. 107 u. 108.

²⁰ Vgl. Poser (1980), S. 251.

²¹ Riedel (1996), S. 245 u. 246.

²² Schnitzler (1961), S. 104.

²³ Ebd., S. 105.

²⁴ Vgl. Riedel (1996), S. 246.

²⁵ Vgl. Ohl (1989), S. 566; vgl. Schnitzler (1961), S. 104: „Ich kann ohne dich nicht sein.“

ahnt sie nicht, dass ihr Lebenswille sich am Ende stärker als ihr Gelübde erweisen wird. Felix seinerseits möchte die Geliebte freigeben und entsagt somit dem „zweithöchsten Gut (das Höchste steht für ihn nicht zur Disposition), das heißt, im Namen der Liebe auf die Liebe zu verzichten, zumal angesichts des ihm bevorstehenden Leidens“²⁶.

Marie befindet sich in der ersten Phase der Verarbeitung. Sie will nicht wahrhaben, dass sie Felix verlieren soll. Als Reaktion auf den ersten Schock folgt die Verleugnung: Sie „überkam ein Gefühl unendlicher Angst. Nein, sie wollte ihn nicht verlieren. Nie! Nie, nie! Es war auch nicht wahr. Es war gar nicht möglich.“²⁷ Denn mit Felix droht sich Maries Lebensinhalt, ihr zentraler Orientierungspunkt, aufzulösen.²⁸ Ihre Abhängigkeit von Felix ist so groß, dass sie sich entscheidet, ihr Schicksal mit dem seinen zu identifizieren, und ihr Leben mit seinem als beendet ansieht.²⁹ Marie beschwört die Idealität ihrer Liebe, indem sie von Alfred – Felix’ Freund und Arzt – Gift verlangt und damit implizit auf den romantischen Liebestod von *Romeo und Julia* hinweist: „Geben sie mir Gift. [...] Gift! Ich will nicht eine Sekunde länger leben als er, und er soll es glauben. Er will es mir nicht glauben. Warum denn nicht? Warum denn nicht?“³⁰

Hier zeigt sich, dass der moderne Mensch das Phänomen des Todes nicht mehr begreifen kann.³¹ Nur deshalb ist es Marie auch möglich, ihm dieses Versprechen zu geben. In ihrer anfänglichen Naivität weiß sie nicht, was die Todesgewissheit für Felix bedeuten muss. Felix stellt diese Tatsache später selbst fest: „Du weißt es ja nicht. [...] Du kannst es ja nicht wissen, du musst ja nicht Abschied davon nehmen.“³² Brigitta Schader äußert allerdings die Vermutung, dass sich Maries Liebesversprechen auf der Gewissheit gründet, es niemals einlösen zu müssen.³³ So sagt das Mädchen etwa: „Du wirst nicht sterben, nein, nein“ und „Du gehörst zu denen, die gesund werden.“³⁴ Solange wie sich Marie selbst täuschen kann, Felix würde wieder genesen, scheint ihre Liebe grenzenlos zu sein. Auch für das Paar ist die Liebe solange möglich, wie es die Illusion aufrecht erhalten kann, dass es noch Hoffnung für den Kranken gibt.³⁵ Als die Hoffnung auf Genesung aber immer zaghafter flackert und Felix’ Schrecken vor dem Tode zunimmt, erlischt schließlich mit der Hoffnung auch ihre Liebe „and their relationship becomes strained to the point at which it ultimately breaks“³⁶.

²⁶ Riedel (1996), S. 246.

²⁷ Schnitzler (1961), S. 104.

²⁸ Vgl. Surmann (2002), S. 68.

²⁹ Vgl. Low (1974), p. 130; vgl. Schnitzler (1961), S. 118: „Und ihr ganzes Leben war er, nur er.“

³⁰ Schnitzler (1961), S. 108; vgl. Shakespeare (2003), S. 196: „Poison, I see, hath been his timeless end. O churl! Drunk all, and left no friendly drop to help me after? I will kiss thy lips. Haply some poison yet doth hang on them to make me die with a restorative.“

³¹ Vgl. Poser (1980), S. 249.

³² Schnitzler (1961), S. 114.

³³ Vgl. Schader (1987), S. 63.

³⁴ Schnitzler (1961), S. 113.

³⁵ Vgl. Berlin (1974), p. 42.

³⁶ Reid (1969), S. 62.

5.2 *Von Mitleid zu Misstrauen*

Während ihres Aufenthalts an dem Gebirgssee schenken Hoffnung und eine neu entflammte Leidenschaft dem Liebespaar „sorglose, lachende Nächte“ und „müde, zärtliche Tage“.³⁷ Als Felix Fieber bekommt, lässt der Erzähler Marie aus dem Krankenzimmer gehen und die Erkenntnis durchzuckt sie: „Sie war gern von seiner Seite aufgestanden, gern war sie da, gern allein!“³⁸ Die seelische Trennung der Liebenden ist unabwendbar, allein durch die Tatsache, dass Felix sterben muss und Marie weiterleben wird. Aber noch spiegelt sich Felix' lebensverzehrende und mortifizierte Wirkung auf Marie an der „besonderen Blässe“³⁹ auf ihrem Gesicht wider: „Von Felix überträgt sich das Stigma des Todes auf Marie.“⁴⁰ Ihr Wohlergehen entgeht Felix, der in seinem Egoismus nur auf sich selbst fixiert ist. Erst durch Alfred wird er auf ihre Veränderung aufmerksam gemacht. Seine weltliche Abwendung flößt er Marie ebenfalls so nachhaltig ein, dass sie bei einem Spaziergang durch Salzburg wie ein neugieriges und staunendes Kind die Welt erst wieder erkunden muss. Eine individuelle Differenzierung zwischen dem Begehren Felix' und Maries ist kaum noch möglich. Denn als er erklärt: „Wir gehören nicht dorthin“, folgt sogleich Maries Bestätigung: „Und wir *beide* gehören nicht hierher.“⁴¹ Eine Befreiung von Felix' Einfluss scheint unmöglich und ihre Tötung damit unvermeidlich.

Doch zunächst zieht sich Marie immer weiter zurück. In der Erzählung geschieht dies sowohl psychisch als auch räumlich: Das Mädchen eilt morgens ins Freie, „nur um möglichst rasch von ihm wegzukommen“ oder sie rückt ihren Stuhl immer weiter von dem „Sterbebett“ weg.⁴² Wenn also Marie morgens alleine auf den See hinausrudert und den Blick junger Männer auf sich lenkt, deutet Schnitzler an, dass sie den Todkranken bereits innerlich verlassen und sich unbewusst längst für das Leben entschieden hat. Die „Lust“ an der Bewegung, ihre Vitalität, steht hier diametral zu dem kontinuierlichen körperlichen Verfall Felix'. In ihrem uneingestandenem Interesse an den „zwei junge[n] Herren“⁴³ offenbart sich nach Schader ein von dem Todgeweihten abgewendetes, auf andere, gesunde Männer gerichtetes erotisches Begehren.⁴⁴ Doch die Loslösung von Felix steht noch aus, denn sie eilt „verwirrt, als wäre sie sich einer Schuld bewusst“⁴⁵ zu ihrem Geliebten zurück. Misstrauisch stellt er sie zur Rede, und Marie versucht ihn mit der Beteuerung: „Ich bleibe bei dir, ewig“⁴⁶, zu beschwichtigen. Doch die Kahnfahrt hat die zukünftigen Ereignisse antizipiert. Hier setzt der Prozess der Entfremdung zwischen den beiden Protagonisten bereits ein.⁴⁷

³⁷ Schnitzler (1961), S. 117.

³⁸ Ebd., S. 119.

³⁹ Ebd., S. 146.

⁴⁰ Surmann (2002), S. 68.

⁴¹ Schnitzler (1961), S. 130.

⁴² Ebd., S. 125 u. 141.

⁴³ Ebd., S. 120.

⁴⁴ Vgl. Schader (1987), S. 75.

⁴⁵ Schnitzler (1961), S. 121.

⁴⁶ Ebd., S. 122.

⁴⁷ Vgl. ebd., S. 123: „Von dieser Stunde an war etwas Fremdes zwischen sie gekommen.“

Eine Relativierung erfährt der romantische Liebestod ebenfalls, wenn sich in dieses Ideal die Vision von einem Leben mischt, das von der Last des Todgeweihten befreit ist: „Sie gehört der Freude, dem Leben, sie darf wieder jung sein.“⁴⁸ Ihre immer noch existente Abhängigkeit von Felix zeigt sich in ihren Gewissensbissen, die sie dadurch zu bekämpfen sucht, indem sie sich selbst erneut zum Liebestod verurteilt.⁴⁹ Aber nach den letzten Tagen der Intimität im Haus am See erlischt das erotische Liebesverhältnis der beiden. Die Todesaura wird zur Abstoßung. An die Stelle von Marias Liebe tritt die „Zärtlichkeit des Mitleids“⁵⁰ für den Geliebten und es ist Pflichtgefühl, das sie an seinem Krankenbett hält. Sie übernimmt fortan die Rolle der aufopferungsvollen Krankenpflegerin. Der Widerwille gegen jede Berührung von Felix zeigt sich im Verhalten des Mädchens. Es scheint die instinktive Abwehr des Gesunden gegen die Krankheit und eine Ansteckung zu sein: „Wie hässlich das Kranksein ist!“⁵¹

Langsam folgt die Erkenntnis Marias, dass Felix die Ich-Perspektive absolut setzt. Für ihn war es von Anfang an nicht die Idee eines gemeinsamen Todes aus Liebe, die ihn getrieben hat, sondern die furchtbare Angst, alleine zu sterben. In ihren Gedanken stellt er sich nicht länger als „zärtlicher Jüngling, der sie an seiner Seite betten möchte für die Ewigkeit“ dar, sondern es kommt ihr vor, „als risse er sie zu sich nieder, eigensinnig, neidisch, weil sie nun einmal ihm gehörte“.⁵² Der Autor markiert dieses Erkennen im weiteren Verlauf dadurch, dass Marie Felix' Begehren abwehrt, indem sie seine Unmündigkeit feststellt.⁵³ Die anfänglich vorgestellte Rollenverteilung kippt, die Macht- und Kräfteverhältnisse innerhalb der Erzählung ändern sich.

Marias Mitleid beginnt allmählich zu erlöschen, es wird zu einer „nervöse[n] Überreizung und ihr Schmerz ein Gemisch aus Angst und Gleichgültigkeit“.⁵⁴ Die Pflege erfolgt mehr „mechanisch“ als gefühlvoll. Auffällig selten apostrophiert sie den Geliebten nach der Rückkehr aus Salzburg nach Wien noch als Felix', sondern es überwiegt die Bezeichnung „der Kranke“.⁵⁵ Ihre zunehmende Entfremdung und Distanzierung von Felix, dem Mann, dessen Schicksal ihr eigenes sein sollte, wird auch deutlich, wenn sie den „heuchlerischen“ Wunsch hegt: „Wenn's nur vorüber wäre! [...] Wäre er doch erlöst!“⁵⁶ Sie gibt zu, sich nach dem Gefühl der Erleichterung und Freiheit zu sehnen, das sie erfüllen würde, wenn sie aus dem Sterbezimmer fortgehen würde. Diese Gedanken lösen kein schlechtes Gewissen mehr aus. Ihre Ablösung von Felix wird noch verstärkt durch die Reduzierung seines Todes auf ein bloßes physisches Phänomen. Der Tod, weil kein Ereignis des Lebens, ist für die Lebenden die grenzenlose Unbegreiflichkeit des Nichtseins: „Aber dann wird er starr daliegen, tot, man wird ihn be-

⁴⁸ Ebd., S. 125.

⁴⁹ Vgl. ebd., S. 126: „Sie will mehr für ihn tun, das Beste, das Höchste. [...] Mit ihm, nein – vor ihm will sie sterben.“

⁵⁰ Ebd., S. 130.

⁵¹ Schnitzler (1961), S. 150; vgl. Bauer (1996), S. 34.

⁵² Schnitzler (1961), S. 149.

⁵³ Vgl. ebd., S. 154: „Schlaf, Felix!‘ so wie man ein unruhiges Kind beschwichtigt.“

⁵⁴ Ebd., S. 145.

⁵⁵ Vgl. Matthias (1999), S. 69.

⁵⁶ Schnitzler (1961), S. 170.

graben, und er wird tief in der Erde ruhen auf einem stillen Friedhof, über den die Tage gleichförmig hinziehen werden, während er vermodert. [...] – er! den sie geliebt hat!“⁵⁷ Marie bezieht Felix’ Tod nur auf die eigene Person. Sie sieht sich bereits als Trauernde und lenkt sich somit von der noch vor ihr liegenden Todesstunde ab. Den eigentlichen Todesmoment schließt sie aus ihren Gedankengängen aus und tabuisiert ihn.⁵⁸

Der endgültige Bruch im Liebesverhältnis folgt während der nächtlichen Zugfahrt nach Meran, als Felix Marie fast brutal an ihr anfänglich gegebenes Versprechen erinnert. In einer aggressiven Wendung gegen Marie verpflichtet er sie auf ihren Schwur: „Bist du bereit? [...] Nun geht es zu Ende, und wir müssen davon, Marie; unsere Zeit ist um.“⁵⁹ Durch die Bedrohung reißt das Band der Versprechungen. Marie schreit panisch: „Laß mich, laß mich“ und nimmt sich vor, zukünftig „auf ihrer Hut zu sein“.⁶⁰ Ein beiderseitiges Misstrauen beginnt die ehemalige Liebesbeziehung zu bestimmen. Jeder hat Angst, von dem anderen getäuscht zu werden. Felix fürchtet, Marie verlasse ihn,⁶¹ Marie ihrerseits argwöhnt, dass er sie ermorde.⁶²

Aus den Liebenden sind Feinde geworden, die sich gegenseitig belauern und zu überlisten versuchen. In einem Aphorismus deutet Schnitzler selbst diese Umkehrung einer Liebe: „War in ihr nicht auch ein wenig Mitleid, vielleicht sogar etwas Widerwillen, war nicht am Ende in dieser Liebe etwas vorhanden, das dem Grauen verwandt ist?“⁶³

5.3 *Der Rauf des Lebens*

Maries Entwicklung zeigt auf, dass sich ihr natürlicher Lebenswunsch und ihr wiedererwachter Lebenstrieb allmählich gegen die stilisierte Sehnsucht nach einem gemeinsamen Liebestod durchsetzen. Die „Dumpfheit der Krankenstube“ und die Aussicht ihres Freitodes stoßen sie zunehmend ab, „while the attractions of life appear ever more seductive“⁶⁴. Die Eindrücke Maries in der modernen Stadt, in der Ausgangsszene Wien, weisen daraufhin, dass hier das Leben liegt: „Um sie herum lauter Menschen, die gingen und sprachen und lachten und lebten und an den Tod nicht dachten.“⁶⁵ Der Aufenthalt an dem Gebirgssee macht deutlich, dass in ihren Augen die Natur für nichts als Indifferenz, Einsamkeit und Ewigkeit steht, wenn sie als „Kette starrer Felsen, über deren Höhe der kalte Glanz des schweigenden Himmels ruhte“⁶⁶ beschrieben wird. Während

⁵⁷ Ebd., S. 171: Die Vergangenheitsform, in der Marie spricht, ist hier ausschlaggebend; vgl. Körner (1921), S. 148.

⁵⁸ Vgl. Grote (1996), S. 71.

⁵⁹ Schnitzler (1961), S. 163.

⁶⁰ Ebd., S. 162 u. 164.

⁶¹ Vgl. ebd., S. 151: „Am Ende ist sie auf und davon! Sie will ihn allein lassen, für immer allein. Sie trägt das Leben an seiner Seite nicht mehr.“

⁶² Vgl. ebd., S. 168: „Vielleicht wird er auch nur einen Augenblick benützen, in dem sie schläft, um sie zu erwürgen. [...] Oh, sie wird heute Nacht nicht schlafen.“

⁶³ Schnitzler (1967), S. 55.

⁶⁴ Schnitzler (1961), S. 144; Low (1974), p. 127.

⁶⁵ Schnitzler (1961), S. 109.

⁶⁶ Ebd., S. 109.

ihres Salzburgaufenthalts beneidet Marie „alle Menschen, alle waren glücklicher als sie“⁶⁷. Die modernen Städte werden für sie zum Symbol des Lebens und im gleichen Maße wie ihr Sehnen nach dieser Welt zunimmt, lässt die Bindung an Felix, ohne den ihr Leben zu Beginn der Erzählung sinnlos gewesen wäre und das sie keinen Tag über seinen Tod fortsetzen wollte, langsam nach. Sie muss immer öfter an den Tag seines Endes denken, und es ist für Marie ein „Sommermorgen [...], glänzend in tausend erwachenden Freuden“⁶⁸. Der unwiderstehliche Gedanke an das befreiende Gefühl, dem Leben wiedergegeben zu sein, straft ihre gleich darauf folgenden Beteuerungen Lügen.⁶⁹

An der Figur der Marie führt Schnitzler vor, dass man nicht leben wollen kann, sondern dass „leben wollen“ ein Müssen ist.⁷⁰ Sie ist bereit, Felix *im Leben* überall hin zu folgen und hofft bis fast zuletzt noch auf seine Genesung. Was ihre Liebe aber schließlich in Misstrauen und eine wachsende Todesangst verwandelt und sie dadurch auch zerstört, ist, „dass Felix ihr im Namen seines drohenden Todes das Recht auf ein eigenes Leben abspricht“⁷¹. Mit dem Aufbrechen von Maries verklärter Todessehnsucht zeigt sich ihr die reale und tödliche Bedrohung, die von Felix ausgeht. Maries Entwicklung zielt auf den Punkt hinaus, an dem sie im Angesicht des Todes von einem alles überwältigenden Lebenswillen ergriffen wird. Das Leben wird als totaler Wert gesetzt, und für die Lebenden gibt es kein anderes Kriterium als das, an ihm Anteil zu haben oder nicht.⁷² Da ihr Liebesgelübde aber die Bejahung des Todes verlangt, erweist sich der Drang zum Leben, gegen den sie nichts ausrichten kann und will, mächtiger als ihre Liebe zu Felix und ihre damit einhergehende Selbstaufgabe. Maries Liebe enthüllt sich als bloße irdische und somit endliche Liebe. Als Felix versucht, sie zu erwürgen und mit sich zu ziehen, befreit sie sich und überlebt. Wie umfassend Felix' Macht und sein Einfluss auf Marie sind, wird besonders deutlich in der körperlichen Kraftanstrengung, mit welcher sie sich aus „der Umklammerung seiner beiden Hände“⁷³ lösen muss. „Der Ruf des Lebens übertönt die Todesbereitschaft aus Liebe.“⁷⁴ Marie gibt ihre Schwellenposition zwischen Tod und Leben auf. Ihre Entscheidung fällt unumkehrbar für das Leben, gegen den Tod und gegen Felix.

Dies alles gilt freilich nur für Marie. Die gegenläufige Entwicklung von Felix ist der ihren kontrapunktisch zugeordnet.

⁶⁷ Ebd., S. 145.

⁶⁸ Ebd., S. 127.

⁶⁹ Ebd., S. 126: „Wenn er die Frage an sie richten wird, so wird sie die Kraft haben, zu sagen: ‚Machen wir der Pein ein Ende! Sterben wir zusammen, und sterben wir gleich!‘“

⁷⁰ Vgl. Riedel (1996), S. 249.

⁷¹ Ohl (1989), S. 566.

⁷² Vgl. Körner (1921), S. 155.

⁷³ Schnitzler (1961), S. 173.

⁷⁴ Betz (1937), S. 114.

6. Die Entwicklung Felix'

6.1 *Tod als Machtmittel*

Schnitzlers Erzählung ist eine Kritik am Herrschaftsanspruch des Mannes über die Frau. In „Sterben“ wird die Figur des Felix benutzt, um diesen nach und nach zu entblößen. Je näher Felix' Ende rückt, umso mehr schlägt seine Liebe zum erbarmungslosen Besitzanspruch und zur Verfügbarkeit über Maries Leben um. In „lauen, lüsternen Nächten“ nimmt er ihren Körper in Besitz und sieht für sich nun das Recht auf eine Einverleibung Maries eröffnet.⁷⁵ Wenn er das Mädchen betrachtet, ist ihm, „als hielte er seine schlafende Sklavin in den Armen“⁷⁶. Sie wird auf eine bloße Körperlichkeit funktionalisiert, was Felix mit der Aussage über sein „so stolzes Gefühl des Besitzes“⁷⁷ quittiert. Für den Kranken verliert die Geliebte ihren individuellen Eigenwert und wird austauschbar: „Irgend eine andere wäre ihm nun vielleicht geradeso lieb gewesen“ und „Ihre Persönlichkeit war ihm beinahe gleichgültig. Sie floß mit allen anderen zusammen.“⁷⁸ Indem er sie zu einem bloßen Konsumgut und zu einem Gegenstand seiner Umwelt reduziert, kann Felix seine Unfähigkeit allein zu sein, verdrängen.⁷⁹ Sobald er allerdings bemerkt, wie sich Marie von ihm entfernt und sich wieder dem Leben zuwenden will, sinniert er nur noch über einen gemeinsamen Tod, den er sogar kraft eines Mordes an Marie zu realisieren gedenkt. Der junge Mann, der seiner Partnerin vormals aus Liebe den Anblick seines Todes ersparen wollte, bezeichnet seine unmoralischen Gedanken jedoch nicht als Verbrechen. Sein Gefühl der Machtvollkommenheit, das es ihm sogar erlaubt, über das Leben eines anderen Menschen zu verfügen, wird in aller egoistischen Brutalität deutlich.⁸⁰ Mit der sich selbst zugesprochenen Verfügungsgewalt über Marie, die das Mädchen verpflichtet, „mit ihm zu leiden, mit ihm zu sterben“⁸¹, kann er seine Todesimagination auf sie projizieren. Dabei lässt ihn der Machtrausch über den beschlossenen Tod Maries die Faktizität seines eigenen Todes für kurze Zeit verdrängen. Aber die qualvolle Unruhe, die sich seiner bemächtigt, als er sich von Marie verlassen glaubt, gelingt es ihm nicht zu verbergen. Seine fiebernden Gedanken kreisen nur um die Frage: „Wo ist sie, wo ist sie?“⁸² Wie Hubert Ohl vermutet, scheint allein sein Wille zur Herrschaft über ihr Leben Felix selbst noch am Leben zu halten.⁸³ Trotz des vermeintlichen Anrechts auf Marie muss er seine Angewiesenheit auf sie erkennen: „Darum muss sie immer bei ihm sein, denn er hat Angst, wenn er ohne sie ist.“⁸⁴ Er muss erkennen, dass er sie nicht entbehren kann.

⁷⁵ Vgl. Surmann (2002), S. 78.

⁷⁶ Schnitzler (1961), S. 135.

⁷⁷ Ebd., S. 135.

⁷⁸ Ebd., S. 132 u. 133.

⁷⁹ Vgl. Stamon (1975), p. 272.

⁸⁰ Vgl. Allerdisen (1985), S. 174.

⁸¹ Schnitzler (1961), S. 147.

⁸² Ebd., S. 151.

⁸³ Vgl. Ohl (1989), S. 561.

⁸⁴ Schnitzler (1961), S. 151.

Im Laufe der Novelle löst sich seine Machtposition auf und endet darin, dass der Schwerkranke alleine sterben muss. Er sieht Marie zwar noch als eine „weibliche Gestalt“, die „flog“ und „schwebte“, ihm aber nicht näher kam.⁸⁵ Marie hat ihn in seiner Todesstunde verlassen und ist in Alfreds Arme geflüchtet. Felix erkennt den Freund nicht, er sieht nur einen „Mann mit Marie“.⁸⁶ In ihm vermutet er einen potentiellen Nachfolger, was Felix die Ersetzbarkeit der eigenen Person bescheinigt.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass sich Felix' einstige Liebe, angesichts der realen und unkontrollierbaren Todesdrohung und einem steigenden Neid auf die lebensfrische Geliebte, in tödlichen Hass und egoistisches Besitzergreifen verkehrt. Darin liegt auch der entscheidende Punkt, an dem das Selbstlosigkeitsideal des romantischen Liebestodes zu schaden geht.⁸⁷ Schnitzler formuliert es selbst wie folgt: „Wahrhaft ungütig sind wir nur gegen Menschen, von denen wir wissen, dass sie uns niemals verloren gehen können.“⁸⁸ Dass es sich hierbei um eine Fehleinschätzung Felix' handelt, wird am Ende ersichtlich. Felix' stetiger Versuch, Macht über Marie und ihr Schicksal auszuüben, scheitert.

6.2 Die verschiedenen Stadien der seelischen Verarbeitung

6.2.1 Verleugnung und Illusionen

Als Felix seiner Geliebten Marie sein Todesurteil offenbart, trägt er es zunächst, im Gegenteil zu ihr, mit erstaunlicher Fassung und möchte sich als ein Mann erweisen, der lächelnd von dieser Welt scheidet.⁸⁹ Er steigert sich in die überlegene Position desjenigen hinein, der bald „daliegen [wird], kalt, vielleicht schon vermodert“⁹⁰ und auf das junge Leben Maries aus der weisen Distanz des Alters blickt: „Siehst du, Kind, ich habe so fürchterlich gelitten die letzten Wochen unter der Ungewissheit. Nun ist's besser.“⁹¹ In diese „Lust am stolzen Abschied“, wie Felix seine gekünstelte stoische Haltung zu einem späteren Zeitpunkt umschreibt, fügt sich oberflächlich auch die am Abschied von Marie, wenn er ihr Angebot, die Idee eines gemeinsamen Todes, großmütig von sich weist. So kann er sich selbst erheben und sich seiner Geliebten gegenüber als autonom zeigen. Diese Erhabenheit, die Felix für sich beansprucht, ist jedoch nichts weiter als Überheblichkeit.⁹² Er glaubt innerlich immer noch an die Hoffnung auf Genesung, und die schreckliche Angst vor dem Tod hat ihn noch nicht gepackt. Ihm geht es im Grunde nur darum, rhetorisch eine Größe zu postulieren, die ihm autosuggestiv helfen soll, die „Wahrheit“ zu ertragen.⁹³

Während ihres Aufenthalts in dem Haus am See versucht sich Felix zu einer völligen Lebens- und Todesverachtung durchzuringen. Durch diese Haltung und die Idee, seinen

⁸⁵ Vgl. ebd., S. 174.

⁸⁶ Ebd.

⁸⁷ Vgl. Riedel (1996), S. 248.

⁸⁸ Schnitzler (1967), S. 128.

⁸⁹ Vgl. Schnitzler (1961), S. 116.

⁹⁰ Ebd., S. 103.

⁹¹ Ebd., S. 102.

⁹² Vgl. Surmann (2002), S. 70.

⁹³ Vgl. Matthias (1999), S. 66.

letzten Willen aufzuzeichnen, glaubt er die „Angst des Todes“⁹⁴ überwunden zu haben. Bei einem Waldspaziergang fühlt er, dass er eine Reife erlangt hat, die es ihm ermöglicht, dem Tod mit Würde und innerer Stärke gegenüberzutreten. „Heute konnte es geschehen. Er atmete tief auf, es war ihm so leicht, so frei.“⁹⁵ Denn durch seine irrationale Hoffnung und Lebensgier glaubt er das Ereignis „Tod“ in die Ferne gerückt zu haben.⁹⁶ Diese Selbsttäuschung geht soweit, dass er seinen Tod ganz verdrängt und durch eine ungestüm aufbrechende Lebensfreude kompensiert.⁹⁷ Er gibt sich nun rückhaltlos dem Ruf des Lebens hin, den seine Geliebte für ihn verkörpert. Damit erreicht er aber nur augenblickliche und vergängliche Glückszustände, die im Vergessen der Todesdrohung wurzeln und deren Fragilität sich bald erweisen soll.

Ebenso bedeuten die Unrast und Ortlosigkeit der Figuren, die sich in den Schauplätzen (Hotels, Eisenbahnwaggons oder Gasthöfe) widerspiegeln, eine Flucht vor dem Tod und die Jagd nach dem Leben.⁹⁸ Felix ist ein Leidender, der versucht, vor sich selbst zu fliehen und doch immer wieder vom Tod eingeholt wird. Sein Selbstbetrug wird von dem Rezipienten von Anfang an entlarvt, denn der Tod ist als unabänderliche Gewissheit in den Titel und in den Text selbst hineingeschrieben. Alle Fluchtbewegungen sind sinnlos, kleine Hoffnungsschimmer im Verlauf der Krankheit, die eine Heilung denkbar erscheinen lassen, entpuppen sich als Illusionen.

Felix hält der medizinischen Prognose, die seinen Tod zu einer zeitlich greifbaren Gewissheit macht, nicht stand.

6.2.2 Desillusion und egoistischer Lebenshass

Die Gegensätzlichkeit und Entfremdung zwischen Marie und Felix nimmt zu. Marie gehört zum „sonnigen, lachenden und für ihn verlorenen Leben“⁹⁹, nicht zu ihm. Felix' allmähliche Abkehr vom Leben findet ihren Ausdruck während des gemeinsamen Aufenthalts in Salzburg, nicht nur in dem Widerwillen gegen die Unbekümmertheit und Gesundheit der Menschenmenge, sondern auch in zunehmenden aggressiven Gefühlen gegen Marie:

„Hier vor ihm schritt, was er am tödlichsten hasste. Ein Stück von dem, was noch hier sein wird, wenn *er* nicht mehr ist, etwas, das noch jung und lebendig sein und lachen wird, wenn er nicht mehr lachen und weinen kann.“¹⁰⁰

Ihr Leben, ihre Jugend und ihre Gesundheit sind ihm ein stetiger Vorwurf. Er betrachtet die Welt in egozentrischer und egoistischer Selbstüberschätzung. „Daher müsste die Welt mit ihm untergehen, und dies ist das Unerträgliche und am meisten Quälende, dass sie es

⁹⁴ Schnitzler (1961), S. 116.

⁹⁵ Ebd., S. 116.

⁹⁶ Ebd., S. 137: „Und eigentlich war es ihm nie so fern erschienen.“

⁹⁷ Ebd., S. 116: „Nicht die Lust am Leben hatte er überwunden, nur die Angst des Todes hatte ihn verlassen, weil er an den Tod nicht mehr glaubte.“

⁹⁸ Vgl. Gunia (2002), S. 433.

⁹⁹ Schnitzler (1961), S. 124.

¹⁰⁰ Ebd., S. 131.

eben nicht tun wird.“¹⁰¹ Das unkontrollierbare Lebendige existiert unabhängig von ihm. So führt ihm die unbegrenzte Macht des Todes und die Unaufhaltsamkeit des Sterbeprozesses seine menschliche Ohnmacht und Kleinheit vor Augen.¹⁰² Das Ende aller Illusionen folgt durch Alfreds Flüstern: „Mein armer Freund.“¹⁰³ Der Zustand des Todgeweihten ist hoffnungslos.

Zurück in Wien beginnt Felix' Herabentwicklung. Mit dem Fortschreiten der Krankheit wächst seine physische Entstellung und psychische Verzerrung. Ihn erfüllt zunehmend der Hass des Kranken gegen den Gesunden. Seine Liebe zu Marie beginnt sich ins Gegenteil umzukehren:

„Eine verbissene Wut wühlte in ihm. [...] Hatte sie vielleicht die Absicht, rote Wangen und glühende Augen zu behalten, während er seinem Ende zueilte? Und glaubt Alfred wirklich, dass dieses Weib, welches seine Geliebte ist, das Recht hat, über die Stunde hinauszudenken, die seine letzte sein wird?“¹⁰⁴

Wenn er das Leben nicht verdient hat, dann gönnt er es auch niemandem sonst. Von dem anfänglichen Freigeben ist keine Rede mehr. Für sich findet er keinen erlösenden Gedanken, die Religion bietet ihm keinen Trost und gegen die Ergebung an den Tod stellt sich sein unbedingtes Lebensverlangen. In dieser Situation erweist sich die Liebe zwischen Marie und Felix als fragil, sie kann gegen den drohenden Schatten des Todes nichts ausrichten. Für den Lebenden war Maries Liebe beglückend, den Sterbenden aber macht sie unruhig und argwöhnisch. „Die Kraft und die seelische Tiefe, ihn mit der beruhigenden Gewissheit dauernder Liebe zu umhüllen, fehlen [Marie].“¹⁰⁵ Er betrachtet sie nicht länger als ein Objekt seiner Liebe, vielmehr als ein Symbol des Lebens und das neidet er ihr. Die Liebe ist nur eine der Sinne, in ihr findet Felix keinen Halt, keine Ruhe. Der Tod ist das Unheimliche, vor dem jeder Mensch hilflos und alleine steht, den man nicht erfassen oder aufklären kann. Er stellt die „äußerste Grausamkeit des blinden Schicksals [dar]; denn er ist ja das Ende von *allem*“¹⁰⁶. Von der furchtbaren Angst vor der Auslöschung getrieben, evoziert Felix einen Hass auf die Welt und gegen das Leben.

6.2.3 Suizid- und Mordgedanken

Die tiefste Qual eines Sterbenden ist es, auf den unerbittlich sich nähernden Tag zu warten, der kommen muss. Die eigene Hilflosigkeit macht Felix zornig und ein Gedanke beginnt in seinem Kopf Gestalt anzunehmen:

„Es [gibt] nur einen Ausweg und eine Rettung für ihn. [...] Nicht mehr warten, keine Stunde, keine Sekunde mehr, selber ein Ende machen. [...] Und es war ja

¹⁰¹ Betz (1937), S. 113.

¹⁰² Vgl. Schweikardt/Groß (2010), S. 10.

¹⁰³ Schnitzler (1961), S. 139.

¹⁰⁴ Ebd., S. 147.

¹⁰⁵ Betz (1937), S. 114.

¹⁰⁶ Ebd., S. 113.

fast ein Trost, dass es keinen Zwang gab, zu warten. In jedem Augenblicke, wenn er nur wollte, konnte er ein Ende machen.“¹⁰⁷

Die Selbstmordphantasie wird als befreiend empfunden. Ein selbst gewählter Tod erscheint ihm als ein Akt der menschlichen Willensfreiheit und erlaubt Felix, sich der Illusion hinzugeben, er hätte die Kontrolle über sein Schicksal. In dieser Imagination sieht er sich über den Tod erhaben und feiert seinen Abschied von der Welt als „stolz und königlich“.¹⁰⁸ Aber seine Unfähigkeit, alleine zu sterben, kann er sich erst eingestehen, als er beginnt, den Mord an Marie zu planen:

„In irgendeiner Stunde wird sie in seinen Armen eingeschlafen sein wie jetzt – und nicht mehr erwachen. Und wenn er ganz sicher sein wird, – ja, dann kann er auch davon. Aber er wird ihr nichts sagen, sie lebt zu gerne! Sie bekäme Angst vor ihm, und er muss am Ende allein – Entsetzlich! Das Beste wäre, jetzt gleich – Sie schläft so gut! Ein fester Druck hier am Halse, und es ist geschehen.“¹⁰⁹

In dieser Situation hat Felix den Bezug zur Realität vollständig verloren, der höchste Punkt seiner Verinnerlichung ist nun aufgezeigt.¹¹⁰ Marie erhält für ihn den Reiz einer verfügbaren Toten. Die äußerste Steigerung des Hasses des Moribunden gegenüber der zum Leben Bestimmten mündet letzten Endes in einen Mordversuch.

6.2.4 Felix' Demaskierung: Todesangst als Ausdruck ungestillter Lebensgier

Für Arthur Schnitzler ist eine todbringende Krankheit „entwürdigend und vereinsamend. Anfangs ein Fremdes, dann besitzergreifend, umschließend“.¹¹¹ Felix ist ein Mensch in der höchsten existenziellen Bedrohung, die zu seiner Demaskierung führt. „Die vorgezogene Agonie lässt ihn alle Masken seiner bisherigen Existenz abstreifen und enthüllt die verborgensten Züge seiner Seele.“¹¹² Mit der zunehmenden Gewissheit seines unwiderruflichen Endes in Wien steigern sich seine Lebensgier und Todesangst. Denn Schnitzler erklärt, das, „was am tiefsten in der menschlichen Natur steckt, ist doch die Angst vor der Vernichtung. Und so bedeutet unser ehrfürchtiger Schauer vor dem tapfersten Helden oft nichts anderes als unsere scheue Bewunderung für den geschicktesten Komödianten“.¹¹³

Die Lektüre der zeitgenössischen Philosophen, wie Schopenhauer oder Nietzsche, bietet Felix keine Hilfe gegen die „alle Wertvorstellungen und jede Contenance zerstörende Todesangst“.¹¹⁴ Wenn man ein natürlicher Mensch ist, hat man vor dem Unausweichlichen und dem

¹⁰⁷ Schnitzler (1961), S. 124.

¹⁰⁸ Ebd., S. 133.

¹⁰⁹ Ebd., S. 135.

¹¹⁰ Vgl. Grote (1996), S. 68.

¹¹¹ Schnitzler (1967), S. 267.

¹¹² Allerdissen (1985), S. 161.

¹¹³ Schnitzler (1967), S. 47.

¹¹⁴ Bauer (1996), S. 35.

„Unbekannten Angst; bestenfalls kann man sie verbergen. [...] Man fälscht die Psychologie der Sterbenden, weil sich alle weltgeschichtlichen Größen, deren Tod man kennt, verpflichtet gefühlt haben, für die Nachwelt eine Komödie aufzuführen. [...] Auch ich fühle mich verpflichtet, mich zu verstellen, und in Wirklichkeit hab' ich doch eine grenzenlose wütende Angst, von der sich gesunde Menschen keinen Begriff machen können, und Angst haben sie alle, auch die Helden auch die Philosophen, nur dass sie eben die besten Komödianten sind.“¹¹⁵

Sie alle erscheinen dem Todgeweihten als elende Poseure und Heuchler.¹¹⁶ Er erlebt ja täglich selbst den Zerfall seines Lebens und kann es unter dem Einfluss der Krankheit nicht steuern. Schnitzler übt hier Kritik an der Idee des „seligen Todes“, die in der deutschen Literatur in Mode gekommen war: „Das Leben verachten, wenn man gesund ist wie ein Gott, und dem Tod ruhig ins Auge schauen [...], das nenn' ich ganz einfach Pose.“¹¹⁷ In Wahrheit empfindet der mit dem Tod bedrohte Mensch nur eine überwältigende, kreatürliche Angst. Denn was die zeitgenössische Literatur mit ihrer Ästhetisierung des Todes nicht erkannt hat, ist, dass es in dem Menschen nur den Willen zum Leben gibt – und nichts außerdem. Das Leben wird als der alleinige Wert gesetzt und von diesem Gesichtspunkt aus wird der Tod zum absolut Negativen. Für Felix ist deshalb eine Entwicklung zum Tode hin unmöglich. Er kämpft die ganze Erzählung über gegen den Tod an, ohne ihn innerlich überwinden zu können. Eine verzweifelte Reise in den Süden soll ihn wieder gesund machen. Das Imaginäre seiner Lebensträume wird offenbar in der Reaktion des Kutschers und der Nachbarn: „Der Kutscher des Wagens nahm den Hut ab, als er den Kranken erblickte. [...] Als der Wagen davon fuhr, warfen sich der Hausmeister und die mitleidigen Frauen verständnisvolle, gerührte Blicke zu.“¹¹⁸ Felix' heftig aufbrechender Lebenswille schlägt in blinde Aggressivität um und erreicht in dem Meran-Kapitel seine äußerste Zuspitzung.

„Der in ihm manifestierende Lebenswille wird verbrecherisch, weil er sich absolut setzt und sich damit gegen ein anderes Leben richtet. Wer seinen Tod nicht anzunehmen vermag, muss letztlich das Leben selbst verneinen, – auch das Leben dessen, der ihm der Nächste ist.“¹¹⁹

Felix kennt schließlich nur noch ein Ziel: Marie in der Stunde des Todes mit sich zu nehmen. Alle moralischen Werte sind angesichts des Todes hinfällig geworden. Die Angst hat Felix die Maske vom Gesicht gerissen und mancher Zug seines Charakters erscheint in brutaler Nacktheit. Seine Gedanken kreisen nur noch um den Tod und für ihn kann es keinen Frieden *mit* dem Tod geben. Seine Angst begründet sich unter anderem in der Vorstellung, dass seine menschliche Existenz nach dem Hinscheiden aus-

¹¹⁵ Schnitzler (1961), S. 143.

¹¹⁶ Ebd., S. 144: „Sie alle heucheln, ich weiß es, – und ihre Fassung, ihr Lächeln ist Pose, denn sie alle haben Angst, grässliche Angst vor dem Tode; die ist so natürlich wie das Sterben selbst!“

¹¹⁷ Ebd., S. 143.

¹¹⁸ Ebd., S. 160.

¹¹⁹ Ohl (1989), S. 566.

gelöscht ist. Nichts bleibt zurück, nur ein verwesender Leichnam.¹²⁰ Die Angst vor dem Tod führt zu einem verzweiferten und gewaltsamen Ansiehreißen des Lebens, das Marie für ihn repräsentiert. Der nackte Instinkt herrscht nun. Panisch will er sie mit sich nehmen und verlangt die Realisierung ihres Versprechens: „Ich will nicht allein weg. Ich liebe dich und laß dich nicht da! [...] Ich habe auch Furcht allein zu sterben.“¹²¹ Hier enthüllt der Wille zum Leben sein eigentliches Gesicht: Er ist am Machtvollsten als *horror mortis*.¹²² Er ist der Affekt, der Marie und Felix noch im Augenblick ihrer größten Entzweiung gemeinsam ist, und der sie eint, indem er sie entzweit.¹²³

Felix' Angst, alleine zu sterben, muss als „Ausdruck ungestillter Lebensgier“ gedeutet werden, der „Widerstreit von Nichtgelebtem und dem immanentem Tod“.¹²⁴ Sein Verhalten ist das eines Lebensschwächlings, der nicht begriffen hat, dass es ohne den Tod kein Leben geben kann, weil er nicht die Tiefen des eigenen Lebens ausgekostet hat und das Leben erst in dem Moment zu schätzen weiß, in dem er es verliert. Diese Lebensgier ist aber keine Entscheidung für das Leben, sondern nur gegen den Tod. Sie ist eine Reaktion auf die existenzielle Angst, ist eine Flucht in das Leben hinein. Felix' Gier wird vom Erzähler unterstrichen, wenn sie ihm im Augenblick seines Todes die Kraft verleiht, sich zum geöffneten Fenster zu schleppen und nach Luft zu schnappen: „Diese Luft, diese Luft!“¹²⁵

Der Übergang vom Leben zum Tod bleibt eine offene Textstelle, die nur mit einem Gedankenstrich gekennzeichnet ist: „Und es wurde dunkel.“¹²⁶ Der „trügerische Mondglanz“, der Felix' totem Gesicht Leben einzuhauchen scheint, ist ein letztes Sinnbild für Felix' Wesen. Das Leuchten des Mondes ist kein eigenes Strahlen, sondern nur eine schwache Reflektion der Sonne. Felix leuchtet nicht wie Marie mit dem strahlenden Licht des Lebens, sondern mit einem bleichen Feuer. Das Mondlicht ist in seiner hybriden Kälte nicht in der Lage zu beleben.¹²⁷ Felix' Lebenslicht, das immer wieder aufflackerte, indem er sich an das Leben klammerte, ist endgültig ausgegangen.

7. Felix' Sterben und das Sterben der Liebe

Von Anfang an ist Felix' Tod als einzige und furchtbare Gewissheit in die Erzählung „Sterben“ eingeschrieben.¹²⁸ Schnitzler nimmt eine Desillusionierung des Bildes des „interessante[n] Kranke[n]“¹²⁹ und zugleich der romantischen Liebenden vor. Bereits Sigmund Freud schrieb über das Haften von Schnitzlers Gedanken an diese Thematik

¹²⁰ Vgl. Schnitzler (1961), S. 103.

¹²¹ Ebd., S. 173.

¹²² Vgl. Riedel (1996), S. 249.

¹²³ Vgl. ebd., S. 250.

¹²⁴ Fritsche (1974), S. 224.

¹²⁵ Schnitzler (1961), S. 174.

¹²⁶ Ebd., S. 175.

¹²⁷ Vgl. Scheible (1996), S. 86.

¹²⁸ Vgl. Farese (1982), S. 30.

¹²⁹ Schnitzler (1961), S. 122.

von einer „Polarität von Lieben und Sterben“.¹³⁰ Es gehört zu den Besonderheiten und innovativen Zügen des österreichischen Autors, dass er sich von der Besänftigungsstrategie und dem *happy ending* des Unterhaltungstheaters abwendet.¹³¹

So ist die Geschichte von Felix' Sterben auch die Geschichte vom Sterben einer Liebe, die daran zerbricht, dass der Todkranke nicht bereit ist, seine Geliebte freizugeben. Er vermag den eigenen Tod nicht zu akzeptieren, sondern will sie mit sich in den Abgrund reißen. Maries Hinwendung zum Leben bedeutet indessen nichts anderes als Abwendung vom Tode.

Das Ende negiert den Anfang der Erzählung. Beide Liebenden verweigern die Einlösung ihrer Versprechen. Unter der Belastungsprobe des Todes tritt eine Triebrealität hervor: Der sich absolut setzende Wille zum Leben. Marie, die dem Leben angehört, hat keine Vorstellung vom Tod. Felix, der zum Tode verurteilt ist, hat keinen Begriff vom Leben. Aus seiner Liebe wird zuerst Neid, dann Hass, Hass auf Marie, der Gesundheit und Jugend eine beruhigende Distanz bis zum Ende ihres Lebens sichern.¹³² Und exakt in diesem Sinne scheint sich Schnitzlers Erzählung an Friedrich Nietzsche zu orientieren:

„Was alles Liebe genannt wird. – Habsucht und Liebe: wie verschieden empfinden wir bei jedem dieser Worte! – und doch könnte es derselbe Trieb sein, zweimal benannt, das eine Mal verunglimpft vom Standpunkt der bereits Habenden aus, [...] und die nun für ihre ‚Habe‘ fürchten. [...] Am deutlichsten verrät sich die Liebe der Geschlechter als Drang nach Eigentum: der Liebende will den unbedingten Alleinbesitz der von ihm ersehnten Person, er will eine ebenso unbedingte Macht über ihre Seele wie ihren Leib, er will allein geliebt sein und als das Höchste und Begehrenswerteste in der anderen Seele wohnen und herrschen. [...] So wundert man sich in der Tat, dass diese wilde Habsucht und Ungerechtigkeit der Geschlechterliebe dermaßen verherrlicht und vergöttlicht worden ist, wie zu allen Zeiten geschehen, ja dass man aus dieser Liebe den Gegensatz des Egoismus hergenommen hat, während sie vielleicht gerade der unbefangenste Ausdruck des Egoismus ist.“¹³³

Dass Schnitzler dieses Werk Nietzsches gekannt hat, ist wahrscheinlich. Denn er beschreibt, wie sich Felix' Liebesversprechen durch die Rückführung auf den „Willen der Macht“ (denn ihn meint Nietzsche mit jener „Habsucht“) langsam auflöst und Maries Gelöbnis durch die Rückführung auf den „Willen zum Leben“ demontiert wird.¹³⁴ Die Wege von Marie und Felix laufen kontinuierlich auseinander. Während seine Verfallenheit an den Tod größer wird, vernimmt Marie den Ruf des Lebens immer lauter und verlockender.

Die Begriffe Liebe, Treue und Dankbarkeit sind unter der Belastungsprobe des Todes für das Paar unhaltbar und untragbar geworden. Das Zerbrechen ihrer Bezie-

¹³⁰ Freud (1955), S. 97.

¹³¹ Bachleitner (2008), S. 97.

¹³² Vgl. Reik (1913), S. 47.

¹³³ Nietzsche (1976), S. 45-47.

¹³⁴ Vgl. Riedel (1996), S. 249.

hung spiegelt die Unvereinbarkeit des Todes mit dem Leben wider.¹³⁵ Die anfänglich beschworenen Liebesideale können sich gegen die Realität nicht mehr behaupten. Wenn am Ende der Sieg des Lebens über Liebe und Tod gefeiert wird, wird klar, dass Felix und Marie die Prüfung nicht bestanden haben. Im Gegensatz zu den berühmtesten Liebespaaren der Literatur wie Tristan und Isolde oder Romeo und Julia, reichte ihre Liebe nicht über den Tod hinaus. Das unerlässliche und größte Opfer dafür – ihr Leben – konnte Marie Felix nicht geben. Die romantische Vorstellung einer Überhöhung der Liebe in einer gemeinsam ersehnten ewigen Verbindung, die den Tod überdauert, ist hier völlig pervertiert und zur Phrase geworden.¹³⁶

Felix stirbt völlig alleine. Die Relation von Liebe und Tod ist gescheitert. Denn wie formulierte es Arthur Schnitzler so treffend: „Kein Gespenst überfällt uns in vielfältigeren Verkleidungen als die Einsamkeit, und eine ihrer undurchschaubarsten Masken heißt Liebe.“¹³⁷

8. Fazit: Arzt und Schriftsteller – Arthur Schnitzlers Bild vom Sterben

Seit jeher gibt es in der Weltliteratur Motive des Todes, des Sterbens, der Krankheiten, aber in der klassischen Literatur haben sie oft nur Rand- oder Finalcharakter. Als die Moderne zu Beginn des 19. Jahrhunderts einen Umbruch in allen Lebensbereichen gegenüber der Tradition einläutete, wurde unter dem Einfluss der *Décadence* das Krankhafte als Gegenstand der schönen Literatur entdeckt und vielfach im Sinne Nietzsches als „Stimulans des Lebens“ verwendet.¹³⁸ In dem Werk Arthur Schnitzlers gibt es eine beständige Beschäftigung mit Krankheit und Tod, Arzttum und Medizin.¹³⁹ Georg Brandes schrieb jenem – der zu den bedeutendsten Vertretern der Wiener Moderne zählt – am 11. März 1906: „Sie sind ein Grübler über den Tod, wie schon Ihr *Sterben* zeigte.“¹⁴⁰ In dieser Novelle findet sich Schnitzlers Beruf des Arztes und des Schriftstellers in seiner deutlichsten Verbindung. Fast scheint es, als wolle der Autor die Figur des Alfred benutzen, um die Unvereinbarkeit zu offenbaren, gleichzeitig Freund bzw. Mensch und Arzt zu sein. Die Diagnose über den todkranken Felix stellt ein anderer: „Dem Alfred habe ich schon lange nicht mehr geglaubt. [...] Ich war beim Professor Bernhard, der hat mir wenigstens die Wahrheit gesagt.“¹⁴¹ Als Marie daraufhin dennoch Alfreds Meinung einholen geht, antwortet dieser mit verbrauchten und ausweichenden Floskeln. Die menschliche Illusion auf Genesung, die Alfred vor sich

¹³⁵ Vgl. Allerdisen (1985), S. 167.

¹³⁶ Vgl. Surmann (2002), S. 78.

¹³⁷ Schnitzler (1967), S. 66.

¹³⁸ Vgl. Müller-Seidel (1985), S. 60; Grätz (2006), S. 223.

¹³⁹ Vgl. Rieder (1973), S. 32; Müller-Seidel (1985), S. 61: In Schnitzlers Familie und Verwandtschaft gab eine Häufung medizinischer Tätigkeiten. Sein Vater war Laryngologe, sein Großvater ein angesehener Arzt, der Bruder Chirurg und die Schwester mit einem Arzt verheiratet.

¹⁴⁰ Le Rider (2007), S. 83.

¹⁴¹ Schnitzler (1961), S. 102.

selbst und vor Felix durch beschönigende Rücksichtnahme aufrechterhält, zerbricht an der bedingungslosen Wahrheit Professor Bernhards.¹⁴²

Schnitzlers Bild vom Sterben ist das eines Arztes. Mit desillusionierender und schonungsloser Genauigkeit, die ihm seine medizinische Ausbildung und seine Erfahrung vermittelt haben, nutzt er die Literatur als Medium, um den medizinisch-pathologischen Inhalt seiner Novelle darzustellen.¹⁴³ Die unaufhaltbare Tuberkulose, an der der Protagonist Felix zu Grunde geht, war an der Wende des 19. zum 20. Jahrhundert gerade in Wien, dem Hauptschauplatz von „Sterben“, die häufigste Todesursache, so dass man sie sogar zum „Morbus Vindobonensis“ deklariert hatte.¹⁴⁴ Gerade auf den *Prozess*-Charakter des schleichenden Verfalls von Felix (gleichzeitig mit dem psychischen Verfall der Liebesbeziehung) legt Schnitzler das Hauptaugenmerk: Per Definitionem ist Sterben der „Vorgang des Erlöschens der Lebensfunktionen; am Ende steht der Tod als Zusammenbruch integrierender Organsysteme“.¹⁴⁵ Dieser „Vorgang“ erfährt durch Schnitzler eine Enttabuisierung und ist die einzige Möglichkeit zur Annäherung an den Tod bzw. Weg in den Tod – Sterben ist die *mitteilbare* Erfahrung, Tod die unteilbare. Schnitzler schließt sich damit der Weisheit Senecas an:

„Ich habe [den Tod] lange erprobt. [...] Sogar bevor ich geboren wurde. Tod ist, nicht zu existieren. Wie das ist, weiß ich bereits: das wird nach mir sein, was vor mir gewesen ist. [...] Was immer vor uns war, ist der Tod: was nämlich macht es aus, ob du nicht beginnst oder aufhörst, da doch von beidem das Ergebnis ist, nicht zu existieren?“¹⁴⁶

Mit seiner pedantischen Darstellung des Sterbeprozesses entmythisiert Schnitzler das zeitgenössische Bild des ätherischen, blassen Kranken, wie es Byron oder Nietzsche geprägt haben, und befreit es von seinen idealisierenden Überformungen.¹⁴⁷ Jene Stilisierungen lässt Schnitzler seinen Protagonisten Felix ironisch aufgreifen:

„Die erbärmlichste Zeit bricht an. Bis jetzt war ich der interessante Kranke. Ein bißchen blaß, ein bißchen hüstelnd, ein bißchen melancholisch. Das kann ja

¹⁴² Vgl. Müller-Seidel (1985), S. 64; Schnitzler (1961), S. 106 u. 107: „Es hat sich schon mancher Professor geirrt. [...] In diesen Dingen gibt es keine absolute Wahrheit.“ [...] „Laß die Phrasen, mein lieber Alfred“, erwidert Felix, „ich danke dir herzlich für deinen guten Willen, du hast als Freund gehandelt, du hast dich famos benommen.“

¹⁴³ Vgl. Grätz (2006), S. 222 u. 223.

¹⁴⁴ Vgl. Grätz (2006), S. 224. Die Tuberkulose galt als „Volksseuche“, als „die verheerendste Krankheit des Menschengeschlechtes“ und in der österreichischen Hauptstadt verursachte sie die Hälfte aller Todesfälle in der Arbeiterschicht.

¹⁴⁵ Pschyrembel (2004), S. 1731. Grätz (2006), S. 229, vermutet, dass Schnitzler deshalb den ursprünglich vorgesehenen Titel „Naher Tod“ fallen ließ, weil dieser das Zuständliche und nicht das Prozesshafte betone.

¹⁴⁶ Seneca (1974), S. 435 u. 437.

¹⁴⁷ Vgl. Grätz (2006), S. 225 u. 239; Sontag (1981), S. 39 u. 40: In Nietzsches *Der Wille der Macht* werden die Menschen nur als Kranke „interessant“, denn die Krankheit gehöre zur Individualisierung. Byron beobachtet sich im Spiegel: „Ich sehe blass aus. [...] Ich würde gern an einer Schwindsucht sterben. [...], weil die Damen sagen würden ‚Seht doch den armen Byron, wie interessant sieht er als Sterbender aus‘.“

einem Weibe noch so ziemlich gefallen. Was aber nun kommt, mein Kind, erspare dir lieber! Es könnte deine Erinnerung an mich vergiften.“¹⁴⁸

Damit durchbricht der Autor den dekadenten Kult um das Krankhafte und die Faszination am Tod, die sich im *Fin de Siècle* ausgebreitet haben; in seiner Funktion als schreibender Arzt entlarvt Schnitzler (genauso wie Marie) das Sterben als „häßlich“.¹⁴⁹ Es ist nichts Erhabenes oder Schönes am Tod. Die Realität des Sterbeprozesses und Maries Ekel vor dem Moribunden dringen in die Liebesbeziehung ein und brechen das poetische Bild vom gemeinsamen Liebestod unwiderruflich auf. So offenbart sich am Ende, dass die Novelle „Sterben“ vom Tod einer für ewig gehaltenen Liebe berichtet und vom Triumph des Lebens über den Tod.

Literatur

1. Allerdissen (1985): Rolf Allerdissen, Arthur Schnitzler. Impressionistisches Rollenspiel und skeptischer Moralismus in seinen Erzählungen, Bonn 1985.
2. Bachleitner (2008): Norbert Bachleitner, Vorwort, in: Norbert Bachleitner, Christian Begemann, Walter Erhart, Gangolf Hübinger (Hrsg.), Internationales Archiv für Sozialgeschichte der deutschen Literatur. 33. Band. Heft 1, Tübingen 2008, S. 94-100.
3. Bauer (1996): Werner M. Bauer, Ein ungeistlicher Tod. Arthur Schnitzlers Novelle *Sterben* und die Erzählprosa der katholischen Restauration, in: Joseph P. Stelka (Hrsg.), Die Seele ... ist ein weites Land. Kritische Beiträge zum Werk Arthur Schnitzlers, Paris/Wien/Berlin u. a. 1996, S. 29-42.
4. Berlin (1974): Jeffrey B. Berlin: The Element of ‚Hope‘ in Arthur Schnitzler’s *Sterben*, *A Journal of Germanic Studies* 10 (1974), 1, pp. 38-49.
5. Betz (1937): Irene Betz, Der Tod in der deutschen Dichtung des Impressionismus, Würzburg 1937.
6. Farese (1982): Guiseppe Farese, Untergang des Ich und Bewusstsein des Endes bei Arthur Schnitzler, *Literatur und Kritik* 161/162 (1982), S. 25-51.
7. *Fin de Siècle* (2010): *Fin de Siècle*, <http://www.ids-mannheim.de/lexik/fremdwort/artikel/Findesiecle.pdf>, S. 1-3 (gesehen: 11.03.2010).
8. Freud (1955): Sigmund Freud, Briefe an Arthur Schnitzler, *Neue Rundschau* LXVI (1955), S. 95-97.
9. Fritsche (1974): Alfred Fritsche, Dekadenz im Werk Arthur Schnitzlers, Bern/Frankfurt a. M. 1974.
10. Grätz (2006): Kathrina Grätz, Der hässliche Tod. Arthur Schnitzlers *Sterben* im diskursiven Feld von Medizin, Psychologie und Philosophie, *Sprachkunst* 37 (2006), 2, S. 221-240, http://hw.oeaw.ac.at/0xc1aa500d_0x0015cc01 (gesehen: 10.03.2010).

¹⁴⁸ Schnitzler (1961), S. 122.

¹⁴⁹ Ebd., S. 150; vgl. *Fin de Siècle* (2010), S. 1.

11. Grote (1996): Katja Grote, Der Tod in der Literatur der Jahrhundertwende. Der Wandel der Todesthematik in den Werken von Arthur Schnitzler, Thomas Mann und Rainer Maria Rilke, Frankfurt a. M. 1996.
12. Günther (1981): Klaus Günther, „Es ist wirklich, wie wenn die Leute wahnsinnig wären.“ Bemerkungen zu Arthur Schnitzler und Ernst Mach, in: Hartmut Scheible (Hrsg.), Arthur Schnitzler in neuer Sicht, München 1981, S. 99-116.
13. Gunia (2002): Jürgen Gunia, Das Fenster, der Tod und die Schrift. Arthur Schnitzlers Novelle *Sterben* – gelesen als Allegorie des Lesens, in: Peter Wiesinger, Hans Derkits (Hrsg.), Akten des X. Internationalen Germanistenkongresses Wien 2000. Zeitwende – Die Germanisten auf dem Weg vom 20. ins 21. Jahrhundert. Band 6: Epochenbegriffe: Grenzen und Möglichkeiten. Aufklärung – Klassik – Romantik. Die Wiener Moderne, Berlin/Brüssel u. a. 2002, S. 433-438.
14. Johnston (1974): William M. Johnston, Österreichische Kultur- und Geistesgeschichte. Gesellschaft und Ideen im Donauraum 1848 bis 1938, Wien/Köln/Graz 1974.
15. Körner (1921): Josef Körner, Arthur Schnitzlers Probleme und Gestalten, Zürich/Leipzig/Wien 1921.
16. Le Rider (2007): Jacques le Rider, Arthur Schnitzler oder Die Wiener Belle Époque. Aus dem Französischen von Christian Winterhalter, Wien 2007.
17. Low (1974): D. S. Low, Schnitzler's *Sterben*. A technique of Narrative Perspective, in: Hinrich Stiefken, Alan Robinson (Hrsg.), Erfahrung und Überlieferung. Festschrift von C. P. Magill, Cardiff 1974, pp. 126-135.
18. Matthias (1999): Bettina Matthias, Masken des Lebens – Gesichter des Todes. Zum Verhältnis von Tod und Darstellung im erzählerischen Werk Arthur Schnitzlers, Würzburg 1999.
19. Müller-Seidel (1985): Walter Müller-Seidel, Moderne Literatur und Medizin zum literarischen Werk Arthur Schnitzlers, in: Guiseppe Farese (Hrsg.), Akten des Internationalen Symposiums „Arthur Schnitzler und seine Zeit“, Bern/Frankfurt a. M./New York 1985 (= Jahrbuch für Germanistik. Reihe A – Kongressberichte, 13), S. 60-92.
20. Nibbrig (1989): Christiaan L. Hart Nibbrig, Ästhetik der letzten Dinge, Frankfurt a. M. 1989.
21. Nietzsche (1976): Friedrich Nietzsche, Die fröhliche Wissenschaft, Stuttgart 1976.
22. Ohl (1989): Hubert Ohl, Décadence und Barbarei. Arthur Schnitzlers Erzählung *Sterben*, Zeitschrift für Deutsche Philologie 108 (1989), S. 551-567.
23. Poser (1980): Hans Poser, Sterben – eine Diagnose ohne Therapie, Literatur für Leser (1980), S. 248-253.
24. Pschyrembel (2004): Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch, Berlin/New York 260 2004.
25. Reich-Ranicki (2004): Marcel Reich-Ranicki, Sieben Wegbreiter. Schriftsteller des zwanzigsten Jahrhunderts. Arthur Schnitzler – Thomas Mann – Alfred Döblin – Robert Musil – Franz Kafka – Kurt Tucholsky – Bertolt Brecht, Stuttgart/München 2002.

26. Reid (1969): Marie Reid, Aspects of Theme and Technique in Arthur Schnitzler's Shorter Prose Fiction, Dissertation, University of California 1969.
27. Reik (1913): Theodor Reik, Arthur Schnitzler als Psychologe, Minden 1913.
28. Riedel (1996): Wolfgang Riedel, Homo Natura. Literarische Anthropologie um 1900, Berlin/New York 1996.
29. Rieder (1973): Heinz Rieder, Arthur Schnitzler. Das dramatische Werk, Wien 1973.
30. Schader (1987): Brigitta Schader, Schwindsucht – Zur Darstellung einer tödlichen Krankheit in der deutschen Literatur vom poetischen Realismus bis zur Moderne, Frankfurt a. M./Bern/New York u. a. 1987.
31. Scheible (1996): Hartmut Scheible, Liebe und Liberalismus. Über Arthur Schnitzler, Bielefeld 1996.
32. Schnitzler (1961): Arthur Schnitzler, Gesammelte Werke. Die Erzählenden Schriften. Erster Band, Frankfurt a. M. 1961.
33. Schnitzler (1967): Arthur Schnitzler, Gesammelte Werke. Aphorismen und Betrachtungen, Frankfurt a. M. 1967.
34. Schweikardt/Groß (2010): Christoph Schweikardt, Dominik Groß, Die „Realität des Todes“ – eine thematische Einführung, in: Dominik Groß, Christoph Schweikardt (Hrsg.), Die Realität des Todes. Zum gegenwärtigen Wandel von Totenbildern und Erinnerungskulturen, Frankfurt a. M./New York 2010 (= Todesbilder. Studien zum gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod, 3), S. 9-15.
35. Seneca (1974): L. Annaeus Seneca, Philosophische Schriften. Lateinisch und Deutsch. Dritter Band. An Lucilius. Briefe 1-69, Darmstadt 1974.
36. Shakespeare (2003): William Shakespeare, Romeo and Juliet, Stuttgart 2003.
37. Sontag (1981): Susan Sontag, Krankheit als Metapher. Frankfurt a. M. 1981.
38. Stamon (1975): Peggy Stamon, Richard H. Lawson, Love – Death Structure in the Works of Arthur Schnitzler, Modern Austrian Literature, Journal of International Arthur Schnitzler Research Association 8 (1975), pp. 266-281.
39. Surmann (2002): Elke Surmann, Ein dichtes Gitter dunkler Herzen. Tod und Liebe bei Richard Beer-Hoffmann und Arthur Schnitzler. Untersuchung zur Geschlechterdifferenz und der Mortifikation der ‚Anderen‘, Paderborn 2002.
40. Trockij (1973): Lev Trockij, Über Arthur Schnitzler, in: Lev Trockij, Literaturtheorie und Literaturkritik. Ausgewählte Aufsätze zur Literatur, München 1973, S. 62-74.
41. Weinzierl (1994): Ulrich Weinzierl, Arthur Schnitzler. Lieben. Träumen. Sterben, Frankfurt a. M. 1994.
42. Weiss (1966): Robert O. Weiss, Arthur Schnitzler's Life and Works: A survey, in: Richard H. Allen, An annotated Arthur Schnitzler Bibliography. Editions and Criticism in German, French, and English 1879-1965, Chapel Hill 1966 (= University of North Carolina. Studies in the Germanic Languages and Literatures, 56), S. 1-8.

**V. Der Prozess des Sterbens:
Die soziologische Perspektive**

Letzte Lebensphase. Sterbeprozesse aus der soziologischen Perspektive – Die Grenzen der Individualisierung beim Sterben

Jochen Grötzbach und Michaela Thönnies

„Nicht die Begleitenden, sondern der sterbende Mensch gestaltet den Tod.“¹

1. Einleitung

Das einführende Zitat von Franco Rest kann einerseits als Zielvorgabe für Sterbebegleiter verstanden werden, die individuelle Würde des sterbenden Menschen soweit wie möglich zu berücksichtigen, andererseits aber auch als provokante These, dass Menschen alleine sterben und dabei völlig autonom ihren Tod gestalten. Dies ist insbesondere für Soziologen schwer zu akzeptieren, da gerade sie Menschen als soziale Wesen begreifen, die je nach Theorie und in unterschiedlichem Grad von Mitmenschen und Gesellschaft abhängig sind. Diese Abhängigkeit wird in den meisten Fällen freiwillig gewählt, da sie durch Routinen und Strukturen hinsichtlich Kommunikation und Verhalten Orientierung und Sicherheit bietet. Weil eine Soziologie des Sterbens im deutschsprachigen Raum bisher eine eher untergeordnete Rolle spielt und viele Bereiche noch unerforscht sind, war es für uns im Rahmen des Workshops „Sterbeprozesse“ vor allem interessant, inwieweit der maßgebliche Trend der Modernisierung – die Individualisierung – sich auch beim Sterben niederschlägt.

Der Prozess des Sterbens nimmt in vielfacher Weise eine Sonderstellung im Leben von Menschen ein, egal, ob man ihn am eigenen Leib erfährt oder bei anderen Menschen beobachtet. Die besondere Emotionalität, die Erfahrung von Begrenztheit und Schwäche, die Bedeutung von sozialen Interaktionen und die intensivierte Suche nach dem Sinn von Leben, welches unausweichlich mit dem Tod abschließt, weist auf die soziale Bedeutung der Sterbephase hin und lässt zugleich erahnen, dass Individualität und Werteorientierung hier von anderen Lebensphasen – insbesondere von frühen Lebensphasen – deutlich abweichen. Individualität besteht aus bewusster Unterscheidung und bewusster Annäherung. Dabei ist die Wahlfreiheit für moderne Menschen im Vergleich zu früheren Zeiten stark gestiegen, z. B. was Beruf, soziale Interaktionspartner, Ort und Lebensstil angeht. Gleichzeitig steigt die Anzahl von Rollen, die Menschen in ihrem Alltag je nach Situation und Interaktionspartner spielen müssen. Beim Sterben jedoch reduzieren sich Wünsche und Möglichkeiten bezüglich Unterscheidung, Flexibilität, Mobilität und der Anzahl von Interaktionspartnern, und die Rollenwahl wird stark eingegrenzt. Dennoch ist der Wunsch nach Autonomie und individueller Selbstbestimmung auch bei Sterbenden größer, als dies noch zu Zeiten war, als die Institutionen Großfamilie und Kirche die letzte Lebensphase maßgeblich prägten.

¹ Rest (2006), S. 24.

2. Individualisierung als maßgeblicher makrosoziologischer Trend der Modernisierung

Individualisierung wurde als typischer sozialer Trend moderner Gesellschaften schon sehr früh von klassischen Soziologen wie z. B. von Georg Simmel 1890 in seinem Werk „Über soziale Differenzierung“² oder von Émile Durkheim 1893 in dessen Buch „Über soziale Arbeitsteilung“³ beschrieben. Durkheim stellte hierbei vor allem Bevölkerungswachstum und soziale Konkurrenz als Triebkraft für soziale Arbeitsteilung, veränderte Berufswahl, Technisierung und neue Formen der menschlichen Kommunikation heraus, Simmel betonte u. a. die Ausweitung der sozialen Kreise, wodurch Menschen mit einer größeren Anzahl von Mitmenschen unterschiedlichster Herkunft und über weitere Strecken hinweg in Kontakt kommen und somit anders kommunizieren müssen als in traditionellen Gesellschaften. Die soziale Arbeitsteilung ist somit auch eng mit der Geldwirtschaft verbunden, welche traditionelle Tauschgeschäfte abgelöst und individuelle Freiheiten ungemein erhöht hat. Mit der Ablösung alter Abhängigkeiten von Zunft, Familie und Kirche wuchsen aber zugleich neue Abhängigkeiten heran, welche sich meist auf höheren staatlichen Ebenen abspielen. Die Individualisierung wird daher immer von einer Standardisierung begleitet, welche sich z. B. in einer Vereinheitlichung von Gesetzen, Steuern, Warenangebot und Verhaltenserwartungen zeigt. Norbert Elias weist zudem darauf hin, dass die Individualisierung von einer Zivilisierung menschlicher Triebe und Routinen ergänzt wird, sowohl in psychischer als auch in sozialer Hinsicht.⁴ Nur so konnte sich unser modernes Raum-Zeit-Denken entwickeln, und es lässt sich hierbei kritisch hinterfragen, inwieweit sekundengenaue Uhren, Fahrpläne und Zeitmanagement wirklich ein Zeichen von individueller Freiheit sind. Die Menschen der Moderne können sich diesen Entwicklungen hin zu Beschleunigung, Arbeitsteilung, Flexibilität und Mobilität kaum widersetzen. Wachsende Freiheiten werden flankiert von wachsenden Abhängigkeiten, örtliche Grenzen verlieren zwangsweise an Bedeutung und moderne Kommunikationsformen ermöglichen immer mehr soziale Kontakte über weite Strecken und weniger bekannte Kulturkreise hinweg. Kommunikation wird dadurch oberflächlicher als zuvor und auch Wertvorstellungen ändern sich gravierend, wobei Moral und Ethik auf einer höheren Ebene an Bedeutung gewinnen und eine größere Zahl an Menschen betreffen. Es gilt näher zu untersuchen, ob in der letzten Lebensphase eine andere Form von Individualisierung an Bedeutung gewinnt, welche den Bedürfnissen von Sterbenden eher entspricht, als die Individualität in früheren, „aktiveren“ Lebensphasen.

3. Individualisierung aus der mikrosoziologischen Perspektive: Die Rollentheorie Erwing Goffmans

Die Rollentheorie des amerikanischen Soziologen Erwing Goffman eignet sich gut, um mikrosoziologische Individualisierungstendenzen moderner Gesellschaften sowie die Bil-

² Vgl. hierzu Dahme (2001).

³ Durkheim (1992).

⁴ Elias (1997).

derung und Veränderung von Identitäten darzustellen. Goffman verwendet das Bild eines Theaters, um zu zeigen, wie Menschen durch das Spielen verschiedener Rollen Routinen erwerben, sich von anderen abgrenzen, Werte und Normen internalisieren und in komplexen Situationen durch die Anlehnung an die erlernten Rollen Sicherheit gewinnen und Komplexität reduzieren.⁵ Die Gesellschaft dient hierbei als Publikum, an dem sich die Individuen in ihrem Verhalten ausrichten und kontrollieren, wobei in der Realität Werte und Normen in der Regel auch dann eingehalten werden, wenn kein Beobachter und kein Publikum vorhanden sind. Das Spielen einer Rolle ist somit eine ernste Angelegenheit und bedarf unterschiedlicher Requisiten, Bühnen, Fassaden und gegebenenfalls auch Masken und Täuschungen. Bezüglich der Sterbeprozesse ist interessant, dass Goffman explizit Krankenhäuser als Beispiel für „totale Institutionen“ heranzieht.⁶ Allerdings waren die Machtverhältnisse zwischen medizinischem Personal und Patienten zu Goffmans Zeiten (1961 bzw. 1971) anders als heute, und es wird einerseits diskutiert, ob auch Hospize „totale Institutionen“ sind, und andererseits, ob dies für moderne Krankenhäuser noch zutrifft.⁷ Totale Institutionen sind laut Goffman dadurch gekennzeichnet, dass dort Identität und Autonomie von Individuen so eingeschränkt werden, dass durch eine massive Einengung der Rollenvorgabe deren Identität zerstört werden kann. Die Kriterien für totale Institutionen (fundamentale Trennung von Patienten und Personal, alle Alltagsbereiche werden an einem Ort von einer Autorität bestimmt, eingeschränkter Kontakt zur Außenwelt bei Patienten, Gleichschaltung und Gleichbehandlung der Patienten, Prozesse der Demütigung)⁸ werden heutzutage selten in vollem Umfang zu finden sein, und so besteht viel Interpretationsspielraum, was eine totale Institution definiert. Hospize schränken unter Umständen den Handlungsspielraum von Sterbenden dadurch ein, dass durch emotionale Nähe und „Overprotecting“ Abhängigkeiten geschaffen werden.⁹ Sterbende sind jedenfalls eindeutig in ihrer Rollenwahl eingeschränkt, meist an einen Ort gebunden und in ihrem Handlungsspielraum sowie in ihren Kontakten zur Außenwelt begrenzt. Dies muss keine Bedrohung für deren Identität sein, widerspricht aber der modernen Auffassung von Individualität, welche sich durch ein hohes Maß an Flexibilität, Kommunikationsfähigkeit mit vielen Menschen, Mobilität und die Ausübung möglichst vieler Rollen auszeichnet. Während junge gesunde Menschen ihre Identität also durch die jeweilige Kombination möglichst vieler Rollen wählen und verändern, dürften Sterbende bewusst nur wenige Rollen für die letzte Phase ihrer Identität auswählen. Manche werden ihnen teilweise durch die jeweiligen Umstände vorgegeben, andere sind ihnen besonders wichtig. Das lässt erwarten, dass die Wertvorstellungen am Ende des Lebens besonders bedeutend sind und sich von denen früherer Lebensphasen unterscheiden.

⁵ Goffmann (2003).

⁶ Goffmann (1973), S. 16 u. 330.

⁷ Hoffmann (2009), S. 562.

⁸ Goffmann (1973), S. 17ff.

⁹ Schiefer (2007), S. 297.

4. Werte und Einstellungen bezüglich Tod und Sterben

Der Tod scheint für viele Menschen und Wissenschaftler faszinierender zu sein als das Sterben. Zumindest gibt es deutlich mehr empirische Untersuchungen über die Angst der Menschen vor dem Tod als über deren Angst vor dem Sterben.¹⁰ Dabei hat sich in den (in den folgenden Kapiteln dargestellten) Interviews mit Sterbebegleitern herausgestellt, dass die Angst vor dem Sterben dort weitaus größer war als die vor dem Tod. So kann an dieser Stelle wenig über die Angst vor dem Sterben gesagt werden, es ist aber anzunehmen, dass sich diese in mancher Hinsicht nicht mit der vor dem Tod deckt. Der Tod wird umso mehr gefürchtet, je jünger die Menschen allgemein und je kränker ältere Menschen sind,¹¹ je geringer die Religiosität der Menschen und je geringer deren Lebenszufriedenheit ist¹² sowie je geringer die Ich-Identität von Individuen ist.¹³ Die Akzeptanz des Todes verläuft in verschiedenen Abstufungen zwischen der Vermeidung einer Auseinandersetzung mit dem kommenden Tod, über Annäherungen bis hin zur positiven Bejahung, wobei diese Stufen individuell sehr unterschiedlich erlebt und selten alle davon durchlebt werden. Da sich Soziologen im Sinne Max Webers immer fragen, was der subjektive Sinn sozialen Handelns von Menschen ist, stellt sich hier auch die Frage, welchen (sozialen oder individuellen) Sinn der Tod für Menschen haben kann, wenn sie ihn positiv bejahen, aber keinen Suizid begehen. Irgendwo zwischen Realität und Transzendenz kann somit auch heutzutage der Sterbeprozess eine als sozial positiv empfundene Funktion einnehmen.

5. Interviews mit Sterbebegleitern

5.1 Hintergrund und Methode

Die vorliegenden Interview-Ausschnitte sind den Analysen der Magisterarbeit „Die Einstellung zum Sterbeort unter soziologischer Perspektive“ von Michaela Thönnies entnommen. Die Erarbeitung dieser auf den Sterbeort bezogenen Sterbeperspektive bezweckt die Herausarbeitung der daran gekoppelten Unterschiede, wie Menschen das Sterben Nahestehender an den jeweils verschiedenen Sterbeorten bewältigen. Wie sind diese Unterschiede soziologisch zu begründen? Auch im Verlauf des Sterbens bleibt der Einzelne ein unteilbares Grundelement des Sozialen. Zwar werden Sterbende aufgrund der Verschlechterung ihres Allgemeinzustands trotz all ihrer Besonderheiten und Einzigartigkeiten in eine Rolle gelenkt, die sie in eine sehr persönliche Abhängigkeit und somit in eine asymmetrische Beziehung bringt. Dennoch bleiben sie als Personen und Rollenträger mit verschiedenen Handlungsoptionen ausgestattet. Sterbende werden den Erwartungen der sie umgebenden Menschen gerecht oder verweigern diese, und alle sie umgebenden Menschen wiederum erfüllen und verweigern soziale Erwartungen.¹⁴ Das Forschungsinteresse gilt den Fragen, ob und wie Individuen im Sterbeprozess als Ver-

¹⁰ Wittkowski et al. (2008), S. 30ff.

¹¹ Neimeyer/Moser/Wittkowski (2003), S. 111.

¹² Maiello (2007), S. 58ff.

¹³ Neimeyer/Moser/Wittkowski (2003), S. 111.

¹⁴ Glaser/Strauss (1974), S. 32-112; Glaser/Strauss (2007), S. 6.

sterbende, als begleitende Verwandte, Freunde, medizinisches und pflegerisches Personal bei der Wahl des Sterbeortes norm- und wertorientiert handeln bzw. inwiefern sie sich in strukturalisierte Rollen drängen lassen. Zudem ist zu klären, ob und wie Menschen in dieser Situation soziale Netzwerke wie Freundeskreis, Familienstruktur und ehrenamtliche sowie professionelle Einrichtungen nutzen und inwiefern dadurch die Entscheidung und Umsetzung von Entscheidungen zum Sterbeort beeinflusst werden oder nicht.

Die Magisterarbeit bedient sich der Methode der qualitativen Sozialforschung. Im Kern werden Interviews mit Angehörigen, die selbst Sterbende begleitet hatten, analysiert. Diese Interviews sind leitfadengestützte „problemzentrierte Interviews“.¹⁵ Aufgrund der besonderen Emotionalität des Befragungsszenarios werden ebenso Maßgaben des „narrativen Interviews“ berücksichtigt.¹⁶ Vorbereitet und begleitet werden die mit bisher sieben Befragten durchgeführten Interviews von Fallbeispielen anderer Sterbefälle in verschiedenen Fachbereichen eines Allgemeinkrankenhauses. Die Interviews werden durch informierende Ad-hoc-Gespräche mit pflegerischem und medizinischem Personal, das in seiner Tätigkeit mit dem Sterben im Krankenhaus besonders vertraut ist, ergänzt. Im Rahmen der Vorbereitungen zu den Interviews wurde ein Experteninterview mit einer Bestattungsunternehmerin einer mittelgroßen Stadt in Nordrhein-Westfalen geführt. Die Befragten wurden im Schneeball-Verfahren rekrutiert. Es handelt sich um vier Männer und vier Frauen im Alter von 24 bis 70 Jahren. Die Befragten leben in Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und der Schweiz. Die Verstorbenen (zwei Männer zwischen 33 und 45 Jahren alt, sechs Frauen zwischen 69 und 96 Jahren alt) verstarben in Krankenhäusern, Altenheimen oder Zuhause in mittelgroßen Städten oder in kleinen Gemeinden. Sie wurden von Verwandten, Pflegepersonal wie auch in Mischformen begleitet und versorgt.

Die Wahl der Untersuchungsmethode wird bestimmt durch das besondere Themengebiet des Sterbeortes und der Einstellung der Einzelnen hierzu. Sie richtet sich nach der Frage, wie sich die in der Gesellschaft vorliegenden individuellen Erlebnisse und Erfahrungen mit dem Sterbeort in untereinander vergleichbaren und sich wiederholenden Einstellungen zum Sterbeort auswirken. Gleichzeitig wird an die zu wählende Methode die Anforderung gestellt, soziale Strukturen zu beleuchten, welche durch individuell unterschiedliche Biographien gesamtgesellschaftlich bestehen. Ein weiteres Kriterium der Entscheidung für die gewählte Erhebungsform ist es, am Alltagswissen der Befragten ansetzen zu können, welches selbst in einer nicht alltäglichen Situation den Einzelnen in die Lage versetzt, das eigene Leben anhand sozialer Standards zu ordnen und damit gewonnene Erkenntnisse auch der Forschung zur Verfügung zu stellen.¹⁷

Besonders die Determinante der Gegenstandsangemessenheit einer Erhebungsform entschied über die Wahl des Erhebungsinstrumentes („problemzentriertes Interview“), welche im Zusammenhang mit Sterbeprozessen die Konstruktionsweise gesell-

¹⁵ Witzler (1982).

¹⁶ Schütze (1983).

¹⁷ Winkel (2003), S. 3.

schaftlicher Wirklichkeit aus der Perspektive der Handelnden erschließen kann. Gegenstandsangemessenheit soll in diesem Zusammenhang dem Zweck dienen, Forschende in die Lage zu bringen, Aussagen über die Realitätsangemessenheit der Bewertungsmaßstäbe, die in den Orientierungsmustern und Handlungsweisen der Akteure zum Ausdruck kommen, zu entdecken.¹⁸ Über die Phase der Exploration und Inspektion hinaus werden anhand der Interviews zunächst vorläufige Konzepte einer Wahl des Sterbeortes entwickelt, die dann nach Regeln der „Grounded Theory“ zu einer Formulierung einer gegenstandsbezogenen Theorie führen sollen.¹⁹ Mit dem „problemzentrierten Interview“ und dessen Bestandteilen des Leitfaden-Interviews, der Tonaufzeichnung, eines Kurzfragebogens und des Postskriptums (zur Erfassung von nonverbalen Besonderheiten der Erhebungssituation und des Befragtenverhaltens) entwickelt Witzel eine gegenstandsorientierte Methodologie und hebt ihre Vorteile bezüglich einer sozialstrukturellen Einbettung des Untersuchungsbereiches und der Einbeziehung von jeweiligen Formen der Sinnkonstruktionen der Befragten heraus. Die Befragten bekommen durch thematisch interessiertes Fragen der Interviewenden die Gelegenheit zur Selbst- und Verhältnisreflexion, und die Interviewenden können sich schrittweise ein adäquates Verständnis über die Problemsicht des Befragten entwickeln.²⁰ Angelehnt an die theoriegenerierende Methode der „Grounded Theory“ bildet das „problemzentrierte Interview“ ein theoriegenerierendes Verfahren, das den vermeintlichen Gegensatz zwischen einer Theorieentwicklung und Offenheit gegenüber dem Untersuchungsfeld dadurch aufheben kann, dass in der Anwendung ein Erkenntnisgewinn als induktiv-deduktives Wechselspiel angelegt wird.²¹

Aufgrund der besonderen emotionalen Tiefe des zu erinnernden Sachverhaltes gilt es im Besonderen, die Befragung unter die Maxime wissenschaftsethischen Vorgehens zu stellen und sich über Grenzen der Gesprächsführung im Klaren zu sein. Gespräche über Verstorbene können in der Spannbreite des heilsamen Gesprächs bis zur Auslösung einer akuten Lebenskrise Konsequenzen bewirken, über die sich Forscherinnen und Forscher bewusst sein müssen. Es ist also absolut notwendig, den Befragten dies im Vorfeld ebenso wie im Verlauf des Gesprächs nochmals besonders klar zu machen, sich im Antwortverhalten jederzeit an ihrer eigenen Befindlichkeit zu orientieren und den Schutz der Intimsphäre der Befragten als maßgebliches Kriterium der Gesprächsführung zu gewährleisten. Die Forscherin und der Forscher stehen also in einer besonderen Verantwortung, Extremsituationen im Gesprächsverlauf zu kontrollieren und zu entspannen und die Befragten aus dieser Belastung herauszuführen.²²

5.2 Einstellungen bezüglich Tod und Sterben in den Interviews

Als ein besonders deutliches Ergebnis der Befragung stellte sich heraus, dass es allen Befragten (wie wohl auch den begleiteten Verstorbenen) gleichermaßen Mühe bereitete,

¹⁸ Witzel (1982), S. 70f; Witzel (2000).

¹⁹ Glaser/Strauss (2005), S. 11 u. 58f; Strauss/Corbin (1996), S. 39-94ff.

²⁰ Walter (1982), S. 8.

²¹ Strauss/Corbin (1996), S. IX.

²² Rosenthal (2002), S. 8ff, 13ff, 18 u. 22.

über das konkrete Sterben und über den gewünschten Sterbeort zu sprechen. Vor den jeweiligen Gesprächsterminen wurden die Interviewpartnerinnen und -partner über das Thema des Interviews schriftlich oder telefonisch genau informiert. Es wurde ihnen mitgeteilt, es handele sich um eine Untersuchung bezüglich der eigenen Erfahrungen mit dem Sterben von Verwandten unter besonderer Berücksichtigung des Ortes, wo diese bis zu dem Zeitpunkt des Versterbens betreut wurden. So war durch die im Vorfeld ausgehändigten Kurzfragebogen und die unter anderem darin gestellte Frage nach dem Ort, wo die Verwandten verstorben sind, davon auszugehen, dieses Themenfeld würde im Gesprächsverlauf einfach zu erschließen sein. Dies hat sich im Verlauf der Interviews als zu optimistisch gedacht herausgestellt:

Frage: „... und von daher ist vermutlich auch mal über den Sterbeort gesprochen worden?“

2: „Überhaupt nicht. [...] vielleicht in dem Zusammenhang, muss ich schon sagen. Sie selbst hatte mit ihrer Schwester, die ja ein paar Jahre jünger war, und die auch früher starb, [...] alles bis ins Kleinste vorbereitet. Ich habe die Unterlagen noch da – sowohl die Beerdigung ihrer Schwester als auch ihre eigene, – [alles] bis ins Kleinste vorgeschrieben: Was zu tun sei, wer zu benachrichtigen sei, [sic] hatte alles vorfinanziert, alles inklusive Beerdigungskaffee, und inklusive dreißig Jahre Grabpflege. Da gehen wir jetzt hin, [mit] ein paar Blümchen. Ist aber alles von ihr klug organisiert [...] Was wollte ich sagen, inklusive? Jetzt fällt mir nichts mehr ein ...“

Frage: „Wir waren über den Sterbeort auf die genauen Vorbereitungen gekommen und für ihre Schwester und sich hat sie sich bis ins Detail genau ...“

2: „... ja ...“

Frage: „... überlegt, was gemacht werden würde?“

2: „... das hab ich erzählt bis zum Beerdigungskaffee, ...“ [...] „Was meinen sie mit Sterbeort jetzt?“

Frage: „Hatte sie schon mal einen Wunsch geäußert, wo sie denn gerne sterben würde oder wie sie sterben würde?“

2: „Nein, mir gegenüber nicht, [...] ich weiß nicht, was sie meiner Frau gesagt hat. Nein, darüber haben wir nie gesprochen. Wir haben überhaupt nie über das Sterben gesprochen. Also wir zwei nicht.“ (Interview 2)

In diesem Beispiel wurde deutlich, dass der Sterbeort wie auch das konkrete Sterben selbst kaum thematisiert werden, während die Folgen, wie z. B. die Beerdigung, Grabpflege und eventuelle finanzielle Belastungen für die Angehörigen, oft sehr präzise geplant und organisiert werden. Das Sterben bzw. der Tod, das Leben danach und die Trauer werden durchaus in abstrakteren Zusammenhängen diskutiert, es ist aber sehr häufig eine Tabuisierung festzustellen, wenn es konkreter wird:

Frage: „Hast Du schon einmal mit anderen Leuten darüber gesprochen, allgemein über das Sterben oder den Sterbeort, wie Du dir das vorstellst?“

7: „Wir hatten, wenn ich drei, vier Jahre zurückdenke, in der Studentenzeit, solche Sachen schon mal. Da ging es auch um Konzepte wie: gibt es ein Leben nach dem Tod oder was ist, wenn, ja? Physiker, Germanisten und was weiß ich alles; ich fand es sehr lustig, das mit denen zu diskutieren.“

Frage: „Und dann geht es mehr um das Sein oder Nichtsein nach dem Tod, aber so über das Sterben, da schon einmal anzuknüpfen oder das Sterben in unserer Gesellschaft ...?“

7: „Über das Sterben in unserer Gesellschaft haben wir nicht gesprochen. Wir haben darüber gesprochen, wie Leben funktioniert zum Beispiel, oder wie Leben nach dem Tod aussieht. Auch hat einer aus der Gruppe, der total keinen Bezug zur Religiosität hat oder zu Sachen wie Leben nach dem Tod, der hat aus dem Erlebnis, dass sein Vater gestorben ist, so für sich eine Situation erfahren, in der er dann gesagt hat: ‚Da hätte ich schwören können, er ist da. Ich weiß, er ist tot, aber ich hätte gerade schwören können, dass er bei uns ist.‘ Solche Sachen wurden dann thematisiert.“ (Interview 7)

Die Frage nach dem Sterbeort bewirkt eine Antwort zum Tod oder vielmehr zu dem Zeitraum nach dem Tod. Die Verstorbenen selbst haben mit den Verwandten, die interviewt wurden, im Vorfeld nicht über das Sterben gesprochen, außer in einem Fall, in dem der Verstorbene durch eine chronische kardiale Erkrankung immer damit rechnete, dass sich der schon einmal eingetretene Herzstillstand jederzeit wiederholen könnte (Bewusstseinsbildung, kognitive Erweiterung und habituelles Wissen durch das persönliche/primäre Erlebnis des defizitären Körpers). Allen anderen, selbst denjenigen, die nun als Befragte selbst sich auf ihren eigenen Sterbeort beziehen sollten, gelang keine direkte Antwort. Alle antworteten auf die Frage nach dem Sterbeort unverzüglich mit einer Vorstellung eines Seins oder Nichtseins nach dem Tod, befassten sich also weniger mit der realen Wirklichkeit vor dem Tod als vielmehr mit der Vorstellung von Transzendenz nach dem Tod und beschrieben, wie mit ihrer Leiche verfahren werden sollte und wie die Hinterbliebenen die Beerdigung gestalten könnten (Bewusstseinsdefizit, keine kognitive Erweiterung trotz des persönlichen/sekundären Erlebnisses des defizitären Körpers). Erst in einem zweiten Versuch war es den Befragten möglich, auf die Situation des Sterbens zu antworten, und es zeigten sich dann wiederum in ihren Antworten, wie schwer es ihnen fiel sich vorzustellen, darauf einen Einfluss haben zu können. Es ging den Befragten im Wesentlichen darum, dass sie sich das Sterben sehr leidvoll vorstellten und sie es als Schicksal empfanden, wie sie versterben würden, was schließlich auch den Sterbeort eher als Schicksal denn als autonome Wahl kennzeichnet. Wenn der konkrete Vorgang des Sterbens angesprochen wurde, dann kurz und in der Weise, welche die Angst vor dem Leiden verdeutlicht, über die man aber nicht ausführlicher reden möchte:

„Möglichst schnell und schmerzlos, Ratzfatz, umfallen und weg.“ (Interview 3)

Der Wunsch nach einem schnellen und schmerzlosen Sterben wurde immer wieder geäußert:

„Mein Vater hatte in der Zeit wohl auch kurz einen Herzstillstand. Das war für ihn ein Erlebnis; ein schreckliches Erlebnis, als er danach gesagt bekommen hat,

dass er kurz weg war. Der hat immer noch gesagt: „Nein, besser ich sterbe sofort – besser, man ist sofort weg, als dass man wochenlang oder monatelang oder jahrelang noch da liegt.““ (Interview 6)

5.3 Individualisierungstendenzen in den Interviews

5.3.1 Patientenverfügungen als Möglichkeit zur Individualisierung des Sterbens

Die Interviews geben mehrere Hinweise auf Individualisierung hinsichtlich möglicher Sterbeprozesse oder Sterbeorte. Die Befragten nannten alle die Patientenverfügung, wenn sie darüber nachdachten, wie sie sich vorstellen könnten, auf ihr eigenes Sterben oder den Sterbeort Einfluss zu nehmen. Der Wunsch nach individuellen Lösungen war mit dieser formalrechtlichen Möglichkeit ausgedrückt und wurde auch unabhängig davon geäußert, ob die Befragten darüber berichteten, wie sie auf Wünsche der betreuten Verstorbenen eingehen konnten oder diese nicht umgesetzt werden konnten. Dass der eigene Einfluss auf Sterbeprozesse überhaupt stärker von den Befragten wahrgenommen wird, hängt im Wesentlichen mit der zunehmenden Präsenz der verschiedensten Einrichtungen zusammen, die sich für eine allgemeine Bewusstwerdung des Sterbens in unserer Gesellschaft einsetzen. Mit der Pluralisierung der Sterbeorte, u. a. durch die Initiative der Hospizbewegung seit den 1980er Jahren, soll die Individualität der Sterbenden in unserer Gesellschaft bewahrt bzw. ausgeweitet werden und so auch der individuelle Umgang mit Sterbenden in Form von verschiedensten stationären oder ambulanten Einrichtungen der Palliativpflege oder der Hospizbegleitung („Institutionalisierte Individualisierung“). Zwar ist eine tatsächliche Kenntnis hierüber bei vielen Befragten mangelhaft, doch faktisch nehmen diese Einrichtungen zu und werden zunehmend nachgefragt und genutzt. Technische Möglichkeiten, die es z. B. Sterbenden ermöglichen, ortsunabhängig Schmerzmedikamente über einen Perfusor permanent intravenös zu erhalten, wurden zwar genannt, blieben jedoch ein untergeordnetes Thema. In allen Gesprächen war die Frage, ob man den Versterbenden gerecht werden konnte, direkt oder indirekt zum Ausdruck gekommen und mit dem Begriff „Würde“ umschrieben. Alle Befragten kannten die Patientenverfügung²³ und sahen in ihr ein formaljuristisches Instrument zum Schutz ihrer Persönlichkeit. Auf die Frage des eigenen Einflusses auf Sterbeort oder Sterbeprozess nannten alle Befragte zu Beginn ihrer Antwort die Patientenverfügung als Mittel, um ein unnötig

²³ § 1901a Absatz 1 des BGB: „In einer Patientenverfügung können Sie [...] im Voraus festlegen, ob und wie Sie in bestimmten Situationen ärztlich behandelt werden möchten. Das Gesetz definiert die Patientenverfügung als schriftliche Festlegung einer volljährigen Person, ob sie ‚in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen ihres Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt.‘ [...] Auf diese Weise können Sie Einfluss auf eine spätere ärztliche Behandlung nehmen und damit Ihr Selbstbestimmungsrecht wahren, auch wenn Sie zum Zeitpunkt der Behandlung nicht mehr ansprechbar sind. Die Patientenverfügung richtet sich in erster Linie an die Ärztin oder den Arzt und das Behandlungsteam. Sie kann sich zusätzlich an eine bevollmächtigte oder gesetzliche Vertreterin oder einen Bevollmächtigten oder gesetzlichen Vertreter richten und Anweisungen oder Bitten zur Auslegung und Durchsetzung der Patientenverfügung enthalten.“ BMJ (2009).

leidvolles Sterben durch medizinische Maßnahmen zu verhindern und alle Verantwortlichen über ihre Wünsche zu informieren:

Frage: „Und wenn du jetzt daran denkst, an deinen eigenen Sterbeort? Es geht darum, sich vorzustellen, wo man gerne versterben möchte? Hast du etwas aus dieser Erfahrung gelernt, das dir vielleicht weiterhilft in deiner Entscheidung? Oder spielen deine Erfahrungen überhaupt keine Rolle?“

6: „Ja, ich habe mir überlegt, nach dem Tod meines Vaters, diese, diese Patienten ...“

Frage: „... Verfügung?“

6: „... Patientenverfügung zu machen. So etwas zu schreiben, damit die Familie erst gar nicht in den Konflikt kommt wegen der lebensverlängernden Maßnahmen.“ (Interview 6)

Andererseits wurde nur bei zwei Befragten eine Patientenverfügung wirklich verfasst,²⁴ obwohl diese bekannt war und die Erlebnisse mit den Verstorbenen konkrete Vorstellungen vorangetrieben haben, was sie sich bezüglich des eigenen Sterbens *nicht* wünschen und verhindern wollen. Ein Grund für die Skepsis könnte sein, dass die Patientenverfügung aus der Sicht der Befragten oft missachtet wird bzw. manche Ärzte den Eindruck erwecken, sie müssten sie nicht beachten:

Frage: „Und warum ist Ihnen das so wichtig, dass Sie das machen?“

4: „Ich möchte nicht wie meine Schwiegermutter zum Beispiel ...“

Interviewer/in: „Nein, bitte!“

4: „Ich möchte nicht, dass es mir so geht wie meiner Schwiegermutter. Die lag, eigentlich schon tot, fast tot. Und dann kamen wir hin. Der eine Arzt sagt, sie sollte noch etwas trinken für irgendeine Untersuchung. Da haben wir zur Schwester gesagt: ‚Wie soll sie das trinken?‘ – ‚Kein Problem, da nehmen wir einen Schlauch.‘ Sie schüttet es hinein. ‚So, jetzt hat sie's.‘ [Die Schwiegermutter] hat überall Schläuche gehabt; das will ich damit sagen. Sie selbst konnte gar nichts mehr machen. Sie haben ihr etwas eingeflüßt, um den Darm zu entleeren, und sie wollten noch in den Darm gucken. Da habe ich gesagt: ‚Warum eigentlich noch, sie ist doch mehr tot als lebendig?‘ Ja, wir möchten sehen, ob noch alles in Ordnung ist.‘ Und dann haben wir gesagt: ‚Wenn wir jetzt eine Patientenverfügung hätten und sagen würden, wir wollen das nicht mehr?‘ Dann hat der

²⁴ Lang/Wagner (2007): „Informationen zur Verbreitung von Patientenverfügungen in der Gesamtbevölkerung beruhen in Deutschland meist auf nicht-repräsentativen kleinen klinischen Stichproben und anekdotischer Evidenz. [...] In vier Erhebungen ergeben sich ähnliche Größenordnungen von rund 10% (Bereich: 7-14%) der Erwachsenen, die eine Patientenverfügung hinterlegt haben. Die aktuellste Erhebung ist eine Sondererhebung der Längsschnittstudie ‚Sozio-ökonomisches Panel‘ (SOEP) bei 1000 Erwachsenen im Jahr 2007. Danach hat nur jeder zehnte Erwachsene eine Patientenverfügung erstellt. [...] In einer SOEP-Sondererhebung im Sommer 2006 gaben etwa 11% von 400 Befragten an, eine Patientenverfügung erstellt zu haben. In einer Umfrage der Infratest-Finanzforschung im Auftrag der Deutschen Hospizstiftung gaben dies Ende 2005 14% an.“

Arzt gesagt: ‚Das ist mir egal, ich hätte es trotzdem gemacht.‘ – Was nützt da eine Patientenverfügung?“ (Interview 4)

5.3.2 Institutionelle Unterstützung für individuelle Lösungen

Anhand der Interviews zeigen sich verschiedene Möglichkeiten, auf die individuellen Bedürfnisse der Versterbenden einzugehen und hier individuelle Lösungen tatsächlich zu finden oder zu planen. Diese Wünsche richten sich als erstes an das Bedürfnis, nicht allein unter Fremden zu versterben und im optimalen Fall in einer Umgebung, die dem Sterbenden Sicherheit gewährt. Diese Sicherheit stellt sich anhand der Interviews so dar, dass sie einerseits durch die gewohnte Umgebung und die vertrauten Personen zustande kommt. Auf der anderen Seite werden auch Möglichkeiten befürwortet, die Nahestehende entlasten, indem z. B. eine vertraute, wohnortnahe Institution wie ein Krankenhaus oder ein Hospiz neben der Fürsorge der Nahestehenden zur Verfügung steht. Ein Befragter sah im Krankenhaus auch eine Möglichkeit, sich vor Angehörigen zu schützen. Somit ist das individuelle Sterben nicht unbedingt an das Zuhause und die gewohnte Umgebung gekoppelt. Es hängt im Wesentlichen von der Beziehung der Verstorbenen zu den Nahestehenden ab und wie beide Seiten die Beziehung nutzen wollen oder können, um den Sterbenden und deren Wünschen gerecht zu werden. Hinzu kommt, dass individuelle Möglichkeiten erst als Lösung in Betracht kommen können, wenn sie als solche erkannt werden. Das Sterben der Mutter zu organisieren und umzusetzen, erfordert Kenntnis und Erfahrung mit den zuständigen Institutionen und einen starken Willen zur Verfolgung der gewünschten Ziele, was angesichts der emotionalen Situation und der drängenden Zeit nicht einfach ist. Diese Faktoren wurden im folgenden Interview begünstigt durch die langjährige Erfahrung einer Tochter als Sozialarbeiterin, welche den Wunsch der sterbenden Mutter, die letzten Stunden noch zuhause zu verbringen, realisieren konnte. Das mit dieser Familie bekannte Beerdigungsinstitut beschreibt in einem Experteninterview dieses Beispiel:

1: Die [Tochter der Verstorbenen] sagte: ‚Was sind wir froh, dass H. [das ambulante Palliativ-Pflegeteam] hier war. Wir haben die Mutter vor zwei Tagen aus dem Krankenhaus geholt, und die [vom ambulanten Palliativ-Pflegeteam] haben direkt alles besorgt. Sie waren da und die [Mutter] wollte doch nach Hause.‘ Die Familienangehörigen hatten das im aktuellen Fall auch geschafft, [...], und die Mutter [...] war glücklich, dass sie nach Hause kam, [...]. [Denn] sie wusste, dass es dem Ende zugeht und in all dem Trubel zwischen den Büchern, der Unordnung und den Windeln – es stand alles herum – aber es spielte überhaupt keine Rolle, [denn] sie war zuhause. Der Garten im Hintergrund und der Hund. Das ist doch schön, wenn das so geht. Aber die [Familienangehörigen] konnten das nur durch die Entlastung; mit H. hatten die auch jetzt nicht das Gefühl ‚Wir sind total überfordert‘, sondern ‚Die helfen uns, wir sind jetzt nicht alleine bei der Entscheidung mit dem Anästhesieplan, den Schmerzmitteln [...]‘.“ (Interview 1)

Folgendes Beispiel ist allerdings bezeichnend dafür, wie viele Schwierigkeiten Nahestehende schon in der Entscheidungsphase mit dem medizinischen Personal eines Krankenhauses haben können, wenn der individuelle Wunsch des Sterbenden formuliert wird und weitere Maßnahmen seitens der Institutionen und der Verwandten ergriffen werden müssen, um die Interessen des Sterbenden umzusetzen:

6: „Dann haben die Ärzte versucht, uns davon zu überzeugen, dass wir meinen Vater doch ins Pflegeheim geben sollten. [...] Es war einfach so die Art, wie der Arzt mit uns geredet hat. Davon einmal abgesehen, dass der sowieso die Hälfte der Zeit so geredet hat, als wären wir wirklich dumme Leute vom Dorf, die auch nichts verstehen. Ich werde nie vergessen, als er sagte: ‚Der bekommt doch nichts mehr mit. Der weiß das doch nicht. Da brauchen Sie sich doch kein schlechtes Gewissen zu machen.‘ [...] Man kam sich irgendwie nicht verstanden vor. Und meine Mutter hat dann wirklich darauf bestanden, und da hat der Arzt ihr gesagt, welche die nächsten Schritte sind.“ (Interview 6)

Neben Interessenkonflikten mit manchen Ärzten werden die Autonomie und die Verwirklichung individueller Wünsche der Sterbenden auch durch ein begrenztes Angebot an Palliativpflegedienstleistungen eingeschränkt.

6: „Dass es in D. zum Beispiel nur einen einzigen Palliativpflegedienst gibt, finde ich, ist kein gutes Zeichen. Das nehmen so wenige in Anspruch, dass man wirklich mit einem einzigen Dienst dort auskommt. Wenn man mal überlegt, wie viele normale Pflegedienste es da gibt, und dann nur einen einzigen, der wirklich dazu bereit ist, sich um sterbende Menschen zu kümmern.“ (Interview 6)

Vorliegende Blockaden zur Realisierung individueller Wünsche sind ebenso in den Beziehungsstrukturen um die Sterbenden selbst auszumachen. Im Vorfeld (über den Zeitraum eines Jahres) wurde dem Befragten weder von der Mutter noch von anderen Angehörigen, die über den Krankheitszustand der Sterbenden informiert waren, mitgeteilt, dass die Mutter in absehbarer Zeit versterben würde. Warum die Mutter oder die Angehörigen dies nicht taten, konnte sich der Befragte nicht erklären. Der Befragte musste sich gegen die Ängste und Vorbehalte des Bruders und des Vaters durchsetzen, eine Sterbende zuhause zu versorgen. Informationen, wie die Heimkehr der Mutter organisationstechnisch umzusetzen sei, erhielt der Befragte von einer befreundeten Pflegerin.

7: „Das habe ich mit den [Kranken]Schwestern abgesprochen und nachher mit dem Arzt. Und die fanden es O.K., es ist kein Problem. Und dann habe ich auch etwas organisiert, bei uns zuhause. Das hat dann wieder ein bisschen gedauert – weil ein Bett organisiert werden musste. Man traf sich also freitags, [...]. – Jetzt ist mir alles egal, wir besorgen jetzt dieses Bett, und dann kommt sie nachhause.“ Und jetzt war es nicht möglich, das am Wochenende zu machen – so sagte man mir, sondern es ginge erst am Montag. Dann wurde noch von meinem Vater und meinem Bruder verlangt, dass wir das meiner Mutter noch nicht sagen. Nun war ich aber an dem Samstag noch bei ihr, und sie war so traurig, dann habe ich ihr das erzählt. Ich habe gesagt, ich würde jetzt dafür sorgen, dass sie nach Hause kommt. Mein Gott, hat sie sich gefreut (weint). Und, sie ist, ..., ja, ... in der Nacht gestorben. Und das nehme ich denen todesübel.“ (Interview 7)

Die sich in den Interviews heraus kristallisierende Eigenheit des Sterbens in einer Institution, vorrangig in einem Krankenhaus, wenn keine Alternative vorstellbar ist, schränkt die Individualität der Sterbenden bislang sehr stark ein. Zwei der Befragten erklärten diese Zurückhaltung gegenüber Alternativen zum Sterben im Krankenhaus mit

gesellschaftlichen Normen bzw. der Angst vor neuen Situationen und der Schwierigkeit, erlerntes Rollenverhalten schnell zu verändern.

8: „Was ich erlebt habe, wenn ich sagte: ‚Entschuldigung, ich bin im Augenblick wenig in der Buchhandlung, meine Mutter liegt im Sterben‘, dann waren es relativ viele, die sich schwer vorstellen konnten [...] dass ich immer wieder dahin fahre, um sie zu begleiten. Sie fanden: ‚Ist sie denn nicht gut betreut?‘ ‚Doch natürlich ist sie gut betreut. Es ist mir ein Bedürfnis.‘ Und im Krankenhaus meinte eine Pflegerin, dass viele der alten Leute überhaupt keinen Besuch bekommen, [...].“

Frage: „Und wenn du daran denkst, warst Du eigentlich gut vorbereitet darauf? So mit dem, was Du in deinem Leben schon erlebt hast?“

8: „Nein. Nein, ich war überhaupt nicht darauf vorbereitet. Das einzige war, dass K. mir sehr viel von ihrem Beruf erzählt hat, von den Nachtdiensten und dass sie als Onkologie-Ärztin die einzige war, die bei der Patientin am Bett gesessen hat und diese Dinge, die häufig passiert sind. [Dinge] die wesentlich auch mein Verhalten beeinflusst haben, dass ich dann gesagt habe, [...], das darf auf gar keinen Fall passieren, dass Mutter sich dort so einsam fühlt. Davor hätte ich eigentlich schon einmal die Gelegenheit gehabt, einen sterbenden Menschen zu begleiten, nämlich meinen alten Chef, der ein halbes Jahr im Koma gelegen hat, und dahin habe ich mich nicht getraut. [...] Ich hatte Angst ins Krankenhaus oder ins Pflegeheim zu gehen, in dem er lag, und habe mir auch ein ganz perfektes Erklärungsgebäude zusammengebastelt. [...] Ich hatte Angst, ihn sterben zu sehen. Es passte nicht in die Rolle, dass mein Chef, plötzlich da liegt und sich nicht äußern kann oder sich so gut wie nicht äußern kann, (überlegt) er war im apallischen Syndrom, das heißt Gemütsäußerungen konnte er schon von sich geben oder Musik hören konnte er, also Musik hat er wahrgenommen und genossen – hat mir sein Freund erzählt. Das wollte ich alles, alles nicht sehen, weil ich Angst davor hatte ...“

Frage: Was denkst du, wo die Angst herkam?“

8: „Ich fürchte, [...] das war so ein ganz, ganz naives ‚gibt es nicht‘, wenn ich nicht hinschaue, wenn ich es nicht wahrnehme, wenn ich so tue, als wäre es nicht da, dann gibt es das auch nicht.“ (Interview 8)

Sterbebegleiter sind, zumindest, wenn sie diese Funktion nicht regelmäßig ausüben, in der Regel überfordert und emotional aufgewühlt. In dieser Situation suchen sie oft nach gesellschaftlichen Regeln und Orientierungen, welche den individuellen Interessen der Sterbenden entgegen stehen können. So bleibt das Sterben im Krankenhaus der Standard, da der Verlauf einer Krankheit dies erfordert bzw. die konstruierte Normalität der Behandlung von Kranken und Sterbenden in Krankenhäusern auch dann nur in wenigen Fällen aufgebrochen werden kann, wenn ein schmerzloses Sterben auch zuhause möglich wäre.

7: „[...] Sie sollen ja wählen, das ist ja O.K. Jeder der sagt, ich kann das nicht, ich bin überfordert, – das ist eine andere Nummer. [Aber] dass man [mal] sagt: ‚Ich gehe davon aus, dass Sie einen sterbenden Patienten mit nach Hause nehmen.‘ und, dass der dann da stirbt, das [wäre Standard]. Und wenn Sie mir sagen, das

geht überhaupt nicht, ich kann das nicht, aus diesen oder jenen Gründen, Sie müssen es noch nicht einmal begründen – wenn man mir in die Augen schaut und sagt, ich will das nicht – ja, das würde bedeuten, dass meiner Meinung nach viel mehr Leute mit dem Sterben bewusster umgehen würden. So wird einem das ja sofort abgenommen. Wir sind im Krankenhaus, jemand kommt ins Krankenhaus mit dieser oder jener Krankheit und derjenige bleibt im Krankenhaus. Und [dann] mir wird diese Entscheidung total abgenommen. [...]. Natürlich bin ich bequem und ändere das nicht. Ich glaube, wenn man im Zuge einer Diagnose feststellen würde, dass ein Mensch in einem absehbaren Zeitraum stirbt, [...], dann müsste man standardmäßig klar davon ausgehen, dass Sie den jetzt mit nachhause nehmen. So muss das laufen. Die Sache ist, dass dann jemand aktiv sagen kann, wenn er es eigentlich nicht will. Aber man sollte, meiner Meinung nach, eher so auftreten und sagen: ‚Das ist aber Standard.‘ [...]“ (Interview 7)

Die im Verlauf der Interviews genannten und wahrgenommenen Formen und Orte der Sterbebegleitungen unterscheiden sich in Bezug auf ihren Institutionalisierungsgrad und im Zusammenhang mit der durch sie bedienten Zielgruppe:

Krankenhaus	Krankenhaus Intensivabteilung
	Christliche Seelsorge in den Krankenhäusern
Hospiz	Kinderhospizstelle
Ehrenamtlicher Hospizdienst	
Netzwerk „A“ ²⁵	
Zuhause ohne ambulantes Palliativteam	Zuhause mit ambulantem Palliativteam
Zuhause ohne Pflegedienst	Zuhause mit Pflegedienst
Altenheim	Pflegeheim
Betreutes Wohnen	
Palliativstation ohne Betreuung durch Verwandte/Freunde	Palliativstation mit Betreuung durch Verwandte/Freunde

Die den Sterbenden zur Verfügung stehenden Institutionen und Möglichkeiten sind größeren Teilen der Bevölkerung nicht bekannt, was sich auch in den Antworten der Befragten bestätigt, die Sterbende betreut hatten und trotzdem nicht wussten, ob und

²⁵ Ziel des Netzwerkes ist die Förderung der ambulanten Palliativversorgung in der entsprechenden Region durch ein Team aus Ärzten, Pflegekräften, Koordinatoren und Sozialarbeitern und die enge Zusammenarbeit mit Hausärzten, onkologischen Praxen, Palliativstationen, dem stationären Hospiz, ambulanten Hospizdiensten und vielen weiteren Institutionen.

welche Einrichtungen in ihrer Umgebung vorhanden sind, durch die sie Unterstützung erhalten könnten.²⁶

1: „Ich weiß wohl, dass viele das Wort ‚Hospiz‘ oder ‚palliativ‘ gar nicht kennen, [...]. Gibt es doch Menschen, für die das ein Fremdwort ist. Die haben noch nie erlebt, dass jemand in eine Sterbeeinrichtung geht. Die denken, das passiert zuhause oder im Krankenhaus, dann kommst du halt nicht mehr raus. [...] Im Jahr 1999/2000 vielleicht, [...] wurde der Lehrstuhl geplant in [Stadt A]²⁷ und dann befasst man sich eher damit. Und so hängen ja einige Städte noch total hinten an. Wo würde man denn in der Stadt so etwas lernen?“ (Interview 1)

Auch wenn derzeit der Zugang zu manchen Institutionen je nach Situation, Wohnort und sozialem Netzwerk eingeschränkt ist, erscheint es als wahrscheinlich, dass die demographische Entwicklung und die wachsende Konkurrenz auch hinsichtlich der Sterbebegleitung eine stärkere Verbreitung, Pluralisierung und Individualisierung der institutionellen Angebote bewirken.

5.3.3 Individualisierungstendenzen durch Medien und Kunst

Die Auseinandersetzung mit dem Tod und dem Sterben ist in den unterschiedlichsten kulturellen Bereichen der Bildenden Kunst, der Literatur, des Theaters, der Oper oder im Film schon immer ein wesentlich präzenteres Thema als dies vergleichsweise in den Sozialwissenschaften der Fall wäre. Dass die von Literaten und Künstlern intendierte Botschaft, sich mit dem Inhalt des Dargebotenen persönlich auseinanderzusetzen und neue Vorstellungen über das Sterben und die individuellen Möglichkeiten diesbezüglich zu entwickeln, ankommt, zeigt folgendes Beispiel.

7: „...ich habe darüber einmal [nachgedacht]. Da gab es so einen komischen französischen Film, wo der Eine todeskrank war und sich im Kreise seiner Freunde verabschiedet hat und sich nachher mit der Waffe aus dem Leben geschossen hat, [...] – das fand ich eine höchst angenehme Vorstellung. Man freut sich, und verabschiedet sich. Wirklich bewusst zu sagen, das ist jetzt O.K., ich werde sowieso sterben und dann gehe ich jetzt mit Würde ab. Ich sehe euch alle noch einmal, Ihr wart mir wichtig aus diesen und jenen Gründen, die Bäume sind schön, – doof, vielleicht romantisch, aber ich bekomme das mit und gestalte es [selbst]. Nicht diese Vorstellungen: ich liege in einem Krankbett und bin in den nächsten zwölf Stunden alleine bis ich wieder Besuch kriege, und wenn ich Pech habe, sterbe ich in diesen zwölf Stunden. Das will ich nicht. Wirklich auch dieses ‚sich verabschieden können‘. [...], ganz klar zu sagen, ‚War schön mit Dir und was wollte ich Dir noch sagen?‘ – einfach noch einmal zehn Minuten Zeit, [um zu sagen,] was mir an Deiner Person wichtig war; und dann auch gehen zu können. Das finde ich gut.“ (Interview 7)

Hier geht es dem Befragten konkret nicht nur um sich selbst, sondern auch um die Beziehung zu anderen, über die er sich im Verlauf des Sterbeprozesses aussprechen möchte. Das Sterben wird nicht über die Möglichkeit von Kontrolle des „Wann und Wie“

²⁶ Gommel et al. (2009); Dreßel et al. (2001), S. 4f.

²⁷ Dieses Wort im Interview wurde anonymisiert.

definiert und bereichert, es werden auch noch weitere Menschen in den eigenen Sterbeprozess mit einbezogen, wodurch sich auch nochmals deutlich machen lässt, dass das Sterben zwar eine individuelle Angelegenheit ist, diese Individualität jedoch noch durch den Einbezug Anderer, besonders von Freunden und anderen wichtigen Menschen, beeinflusst und verstärkt wird.

5.3.4 Technische Möglichkeiten

Die Befragten sprechen in Bezug auf das Sterben sehr wenig über technische Hilfsmittel. Die Dinge, die sie nutzten, werden nur genannt. In Bezug auf neue Kommunikationsmittel wurde kein Bedarf oder Interesse angegeben, außer der Unterhaltung durch das Telefon, das Fernsehen und das Radio. Aus Sicht der Befragten und der Verstorbenen stand der persönliche Kontakt und Austausch miteinander im Vordergrund. Benötigt wurden zur Erleichterung der Sterbesituation pflegetechnische Hilfsmittel, wie z. B. ein Patientenbett in der Privatwohnung oder ein Rollstuhl. Zudem wurden selbstgebastelte Hilfsmittel zum Telefonieren bei Lähmung der Arme verwendet und ein Notfallknopf des ambulanten Pflegedienstes sowie das Pumpensystem zur Ernährung Sterbender über Magensonde.

5.3.5 Würde

Der Begriff der Würde ist neben dem Begriff der Autonomie die anthropologische Grundlage und gleichzeitig ein Prinzip der Medizinethik demokratischer Staaten. Parallel zur politischen Vorgabe der Vereinten Nationen, seit 1948 die Menschenwürde unter einen besonderen Schutz zu stellen, dient die Wahrung der Menschenwürde ebenso als grundlegender Maßstab zur ethischen Bewertung der modernen Medizin.²⁸ Der Begriff der Würde ist wie im Allgemeinen²⁹ auch im Zusammenhang mit dem würdevollen Sterben nicht klar definiert. Im Wesentlichen sollen dabei doch vor allem das persönliche Freiheits- und Integritätsrecht, das soziale Anspruchsrecht und ein Partizipationsrecht geschützt sein. Die damit zu verwirklichende Autonomie als grundlegende Verfasstheit des Menschen bedeutet im Zusammenhang mit dem Sterben für die Sterbenden selbst wie auch für alle anderen in den Prozess involvierten Personen, dass die Fürsorgepflicht in der Hauptsache dazu dient, die Sterbenden nicht zu entmündigen, sondern den Patientenwillen als Vorgabe der zu treffenden Entscheidungen und durchzuführenden Handlungen zu verwirklichen.³⁰ Dies findet auf formaler Ebene statt, wenn Sterbende aufgeklärt und um ihre Einwilligung zu weiteren medizinischen oder pflegerischen und anderen therapeutischen Maßnahmen gebeten werden, und wird darüber hinaus praktisch umgesetzt, wenn die Sterbenden sicher sein können, dass sich diejenigen, denen sie anvertraut sind, um und für ihr körperliches und psychisches Wohl sorgen, ohne die Versterbenden alleine zu lassen oder vor anderen bloßzustellen. Die Befragten brachten den Begriff der ‚Würde‘ sehr individuell vor und verbanden ihn mit den unterschiedlichsten Wünschen, wie z. B., dass den Sterbenden als Person mit

²⁸ Hagedorn/Otten (2005).

²⁹ Wetz (1998).

³⁰ Hagedorn/Otten (2005).

all den üblichen Umgangsformen begegnet würde; anderen wiederum war es wichtig, solange sie noch autonom handeln konnten, sich auf gewünschte Art und Weise verabschieden zu können. Die Zuwendung durch das Gespräch und die damit verbundene Bewusstmachung der Persönlichkeit der Gesprächspartner, also der Sterbenden, sahen alle als ein wesentliches Element, wodurch das würdevolle Sterben gekennzeichnet ist.

2: „Sie fühlte sich da wohl, sie wurde beachtet, immer super gekleidet, darauf legten sie und wir Wert. Das Zimmer war immer mit Blumen versehen.“
(Interview 2)

6: „[...] und haben immer vorher gesagt, was sie machen: Jetzt werde ich Ihnen das Tracheostoma wechseln, das dauert nicht lange, danach wenden wir Sie und [so weiter].“ Das hat mir gut gefallen. Und sie haben sich auch noch verabschiedet von ihm, [denn es ist nicht] egal, wenn man weiß, der bekommt das jetzt sowieso nicht mit, sondern da ist jemand, der zeigt meinem Vater gegenüber einfach Respekt – und das ist einem irgendwie wichtig.“ (Interview 6)

Die Würde der Verstorbenen wird aber auch durch die verschiedensten Handlungen Anderer missachtet. Zwei der Interviewpartner sprachen offen und ungefragt über das Problem von Diebstahl in Alten- oder Pflegeheimen.

Das folgende Beispiel steht für die Entmündigung alter Menschen, die einer neuen Lebenssituation ausgesetzt werden, ohne dass dies mit ihnen im Vorfeld besprochen wurde. Die Verlegung der Patientin vom Krankenhaus in ein Pflegeheim fand zu einem Zeitpunkt statt, in der ihre Erkrankung Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) so weit vorangeschritten war, dass sie nicht mehr alleine zuhause wohnen konnte, jedoch mental umfassend in der Lage gewesen wäre, die Pläne des Umzugs auf einer offenen Kommunikationsebene zu verfolgen und zu bestimmen.

4: „[...] Mein Bruder ist den Weg gegangen. Ich bin sehr empfindlich, ich hätte es so nicht machen können. Der ist eher von der radikalen [Sorte]. Und der hat das, sagen wir einmal, zu neunzig Prozent hat er das gemacht. [...] Ich bin dafür nicht geeignet. [...] Sie hat es geahnt. Eigentlich wusste sie es bis zuletzt nicht. Nur als sie dann mit dem Krankenwagen ins Pflegeheim gebracht wurde, und kam in die Wohnung rein, und [da hat] man es hat gesehen. Sie wusste dann, – das war ja klar, weil sie im Kopf noch vollkommen klar war, (muss sich räuspern) – hier ist das Pflegeheim, ...“ (Interview 4)

5.4 Hinweise auf Grenzen der Individualisierung in den Interviews

Die in den Interviews auszumachenden Einschränkungen von Individualität berühren unterschiedliche Dimensionen des Sterbeprozesses. Dies sind in der Hauptsache die Dimensionen Zeit, die eigene Persönlichkeit, die Beziehungen zu anderen Menschen und andere, die die Formate darstellen, deren Entwicklungszustände und -potentiale die Individualität des Sterbens entscheiden. In den Interviews stellen sich diese Grenzen der Individualisierungen durch folgende Sachverhalte dar.

- a) Das Problem der Definition von Sterbephasen
- b) Informationsdefizite und Zeitmangel
- c) Soziale Netzwerke
- d) Ökonomisierungsdruck
- e) Fehlende individuelle Vorbereitung
- f) Fehlende Kommunikation
- g) Fehlende Angebote und Hilfestellungen

Zu einem gewissen Grad hängen die hier aufgeführten Problemfelder zusammen und beeinflussen oder verstärken sich gegenseitig. Zum Beispiel ist ein entscheidender Anlass, dass die Bedürfnisse von Sterbenden nicht ausreichend berücksichtigt werden können, im Problem der Definition von Sterbephasen begründet. Bis zum Eintritt des Todes durchlaufen Sterbende verschiedene körperliche Verfallsphasen, die bei jedem Menschen in unterschiedlicher Weise ausgeprägt sind und unterschiedlich lange andauern. Eingeleitet werden diese Sterbephasen durch eine objektiv und subjektiv eingetretene Erkrankung, wahrscheinlich im Zusammenhang mit einer medizinischen und technischen Befunderhebung, welchen alle Betroffenen mit Besorgnis und Unsicherheit begegnen. Die Fähigkeit, Sterbephasen einzuschätzen und aus dieser Erkenntnis Konsequenzen für das eigene Handeln zu ziehen, setzt einen hohen Grad an Bewusstheit für den Sterbenden und der ihn umgebenden Situation voraus. Liegt dieses Bewusstsein in den Menschen nicht vor, so ergibt sich die Schwierigkeit, den Zustand der Sterbenden nicht oder falsch einzuschätzen, und es entsteht das Problem, Sterbenden nur in eingeschränktem Umfang gerecht zu werden.

Im Workshop „Sterbeprozesse“ wurde intensiv diskutiert, dass der Beginn eines Sterbeprozesses ungemein schwer zu definieren ist. Wird eine Sterbephase nicht erkannt bzw. eine Diagnose nicht kommuniziert, kann dies gravierende Folgen für den Verlauf und die Planbarkeit der Sterbephasen für die Betroffenen haben, sofern die Individualität der Sterbenden beachtet werden soll. Als einleitende Phase des Sterbens wird allgemein die Diagnose und Prognose des kommenden Todes angesehen³¹ und die Patienten sollten hierüber informiert werden. Sind sie es nicht oder nur unvollständig, vielleicht aus Zeitmangel oder um sie zu schonen, so besteht die Gefahr, dass ein Zeitmanagement zur adäquaten Bewusstwerdung und Bewältigung der darauf folgenden Phasen und des eigenen Sterbens nur unvollständig geleistet werden kann. Sterbende befinden sich hier in einer Übergangsphase zwischen dem Kranksein als Lebende und der Sicherheit, in absehbarer Zeit tot zu sein. Sterbende, wie auch die sie umgebenden Menschen, müssen sich in neue Rollen einfinden und entscheiden, ob und wie sie bestimmten Erwartungen gerecht werden können und wollen. Mit der daran anschließenden Phase beginnt die eigentliche Sterbephase, in denen Sterbende Bewältigungsstrategien entwickeln und unter einer zunehmenden Allgemeinzustandsverschlechterung zu leiden haben. In der vor dem tatsächlichen Tod eintretenden Phase beginnt ein nicht abzuwendender physischer und psychischer Zerfall, der mit dem Eintritt des Todes endet. Wittkowski und Schröder versuchen durch diese soziologische bzw.

³¹ Wittkowski/Schröder (2008), S. 11ff.

psychologische Herangehensweise den Sterbeprozess alternativ zu biophysikalischen oder biochemischen Zerfallsbeschreibungen des Herzkreislaufsystems darzustellen. Dabei bleibt die zeitliche und analytische Abgrenzung der einzelnen Sterbephasen gezwungenermaßen vage und unscharf.³²

6. Fazit

Unser Beitrag befasste sich mit den Grenzen der Individualisierung beim Sterben. Als methodische Unterstützung wurden Interviews mit Sterbebegleitern herangezogen, welche in den meisten Fällen (ein Interview wurde mit einer professionellen Hospizpflegedienstleisterin geführt) die Sicht von „normalen“ Angehörigen und Nahestehenden Sterbender darstellt. Damit konnten natürlich, wie im Workshop diskutiert, nur Ausschnitte der Empfindungen und Bedürfnisse Sterbender aufgegriffen werden. Dennoch sind diese Erkenntnisse für die Soziologie von Bedeutung: Sie könnten durch den Vergleich mit schon gesammelten Materialien aus anderen Disziplinen der Wissenschaft zum Thema Sterben und durch weitere qualitative bzw. quantitative Befragungen von professionellen Sterbebegleitern (sowie eventuell auch mit Sterbenden selbst) ergänzt und vervollständigt werden, wobei solche Befragungen nur äußerst sensibel durchgeführt werden können. Aus soziologischer Sicht bestätigt sich bei langfristiger Betrachtung der Trend zur Individualisierung auch beim Sterben, allerdings mit Einschränkungen und Grenzen. So relativieren sich einige Merkmale der Individualisierung, z. B. die Ausweitung sozialer Kontakte und die Technisierung der Kommunikation. Soziale Kontakte werden in der Sterbephase besonders wichtig und intensiv, beschränken sich aber in der Regel auf wenige Personen. Der Wunsch nach direkter menschlicher Kommunikation dominiert über andere Kommunikationsformen. Zwar wird gerne und häufig telefoniert, im Vordergrund stehen aber die persönliche Kommunikation und die physische Nähe zu Menschen. Ebenso verliert die hohe Flexibilitäts- und Mobilitätsbereitschaft an Bedeutung. Stattdessen wird die Vertrautheit des Sterbeortes wichtiger, soweit dies die eingespielten und standardisierten Strukturen unseres Gesundheitssystems zulassen. Der Sterbeort ist ein wichtiger Bestandteil des Sicherheitsbedürfnisses von Sterbenden und eng mit deren sozialen Identität verbunden, allerdings ist vielen Menschen der eigene, wenn auch begrenzte Einfluss auf Sterbeort und Sterbeprozess kaum bewusst. Dies ist sicherlich ein Aspekt, welcher die Sterbephase von anderen Lebensphasen unterscheidet. Für die Sterbenden spielen soziale Erwartungen, Normen und Werte eine entscheidende Rolle und dominieren über kurzfristige individuelle Bedürfnisse. Sie möchten sich von Freunden und Angehörigen positiv verabschieden und nehmen viel Rücksicht auf deren Situation und deren Verlustängste. Dies hält sie aber nicht mehr, wie zu früheren Zeiten, davon ab, autonom ihre (sozial beeinflussten) individuellen Bedürfnisse stärker zu artikulieren und einzufordern. So gab es in den Interviews Beispiele für sinkende Bindungskraft von gesellschaftlichen Institutionen (wie z. B. der Kirche) und für die zunehmende Bereitschaft, individuelle Wünsche auch in Patientenverfügungen nieder zu schreiben.

³² Ebd.

Vorhandene Strukturen und Routinen in Krankenhäusern, Hospizen und Pflegediensten bremsen den Individualisierungstrend, dennoch ist auch hier eine Pluralisierung von Angeboten und eine zunehmende Servicementalität festzustellen. So wachsen prinzipiell individuelle Möglichkeiten bei der Sterbebegleitung; sie sind aber wegen ebenfalls ansteigender Zwänge und Standardisierungen im Gesundheitsbereich sowie veränderter sozialer Netzwerke oft nur für eine Minderheit erreichbar. Da das Sterben gerade in unseren modernen Zeiten wenn nicht tabuisiert, so doch zumindest wenig thematisiert und sichtbar wird, werden Informationsdefizite bezüglich vorhandener Mängel aber auch hinsichtlich schon bestehender Möglichkeiten nur sehr langsam abgebaut. Diese Nichtthematisierung des Sterbens führt auch dazu, dass alternative Rollen von Sterbenden sowie deren professionellen und nicht-professionellen Begleitern nur selten durchdacht und entwickelt werden können und so auf weniger geeignete vorhandene Strukturen und Rollenmuster zurückgegriffen werden muss. Alle beteiligten Akteure müssten zukünftig besser vernetzt sein und effektiver zusammenarbeiten. So steht eine noch unzureichende Planung und Organisation der Sterbephase auf Seiten der Sterbenden, deren Angehörigen sowie der medizinischen und sozialen Dienste einer weiterreichenden Individualisierung, welche auch beim Sterben die Würde der Menschen gewährleistet, entgegen.

Literatur

1. Bednarz (2003): Anja Bednarz, Den Tod überleben. Deuten und Handeln im Hinblick auf das Sterben eines Anderen, Wiesbaden 2003.
2. BMJ (2009): Bundesministerium für Justiz, Patientenverfügung. Leiden, Krankheit, Sterben, Berlin, http://www.bmj.bund.de/files/87a6d4128d84a6a556a342b3b60ddd03/3903/Patientenverfuegung_Broschuere_August%20200.pdf (gesehen: 06.01.2010).
3. Dahme (2001): Heinz-Jürgen Dahme (Hrsg.), Gesamtausgabe Georg Simmel 2: Aufsätze 1887 bis 1890, Frankfurt a. M. 2001.
4. Dreßel et al. (2001): Gudrun Dreßel, Bernadett Erdmann, Christopher Hausmann, Bruno Hildenbrand, Birgitt van Oorschot, Sterben und Tod in Thüringen. Ergebnisse einer sozialwissenschaftlichen Repräsentativbefragung. Friedrich-Schiller-Universität Jena, http://www.hospiz-jena.de/pdf/sterben_und_tod.pdf (gesehen: 18.02.2010).
5. Durkheim (1992): Émile Durkheim, Über soziale Arbeitsteilung. Studie über die Organisation höherer Gesellschaften, Frankfurt a. M. 1992.
6. Elias (1997): Norbert Elias, Über den Prozeß der Zivilisation: Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen, Frankfurt a. M. 1997.
7. Glaser/Strauss (1974): Barney G. Glaser, Anselm L. Strauss, Interaktion mit Sterbenden, Göttingen 1974.
8. Glaser/Strauss (2005): Barney G. Glaser, Anselm L. Strauss, Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung, Bern 2005.
9. Glaser/Strauss (2007): Barney G. Glaser, Anselm L. Strauss, Time for dying, New Brunswick/London 2007.

10. Goffman (2003): Erwing Goffman, *Wir alle spielen Theater: Die Selbstdarstellung im Alltag*. München 2003.
11. Goffman (1973): Erwing Goffman, *Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*, Frankfurt a. M. 1973.
12. Gommel et al. (2009): Michael Gommel, Elfriede Dehlinger, Ursula Köber, Brigitte Dippel, Heinz Fischer, Ursula Vollmer, Ursula Köber, Ingeborg Bauser, *Der Bekanntheitsgrad von Hospiz und Sitzwache Ulm – Vorurteile gegenüber der Hospizarbeit – Ergebnisse von sechs Befragungen*, <http://www.uni-ulm.de/uni/fak/zawiv/fohu/index.php?hospiz.de> (gesehen: 21.12.2009).
13. Hagedorn/Otten (2005): Hans-Bernd Hagedorn, Thomas Otten, *Anthropologische Grundlagen und Prinzipien in der Medizinethik*, in: Regina Bannert, Ulrich Fink, Günter Heimermann, Gabi Lätzsch (Hrsg.), *Werkbuch Medizinethik I*, Münster 2005, S. 3-30.
14. Hildenbrand (2008): Bruno Hildenbrand, *Mediating Structure and Interaction in Grounded Theory*, in: Antony Bryant, Cathy Charmaz (Hrsg.), *The SAGE handbook of grounded theory*, London 2008, pp. 539–563.
15. Hoffmann (2009): Mathias Hoffmann, *Artifizielle Natürlichkeit*, in: Herbert Willems (Hrsg.), *Theatralisierungen der Gesellschaft 1: Soziologische Theorie und Zeitdiagnose*. Wiesbaden 2009, S. 549-572.
16. Lang/Wagner (2007): Frieder R. Lang, Gert G. Wagner, *Patientenverfügung in Deutschland: Empirische Evidenz für die Jahre 2005 bis 2007*, SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research, Nr. 71, http://www.diw.de/documents/publikationen/73/76512/diw_sp0071.pdf (gesehen: 21.12.2009).
17. Maiello (2007): Carmine Maiello, *Messung und Korrelate von Religiosität: Beziehungen zwischen Glaubensintensität und psychologisch, pädagogisch, soziologisch sowie medizinisch relevanten Variablen*, Münster 2007.
18. Neimeyer/Moser/Wittkowski (2003): Robert A. Neimeyer, Richard P Moser, Joachim Wittkowski, *Psychologische Forschung zu Einstellungen gegenüber Sterben und Tod*, in: Joachim Wittkowski (Hrsg.): *Sterben, Tod und Trauer*, Stuttgart 2003, S. 52-83.
19. Rest (2006): Franco Rest, *Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbebegleitung*, Handbuch für den stationären und ambulanten Bereich, Stuttgart 2006.
20. Rosenthal (2002): Gabriele Rosenthal, *Biographisch-narrative Gesprächsführung: Zu den Bedingungen heilsamen Erzählens im Forschungs- und Beratungskontext, Psychotherapie und Sozialwissenschaften*, *Zeitschrift für qualitative Forschung* 4 (2002), S. 204-227.
21. Scheer (2003): Albert Scheer, *Individuum/Person*, in: Bernhard Schäfers (Hrsg.), *Grundbegriffe der Soziologie*, Opladen 2003, S. 134-140.
22. Schiefer (2007), Frank Schiefer, *Die vielen Tode – Individualisierung und Privatisierung im Kontext von Sterben, Tod und Trauer in der Moderne*, *Studien zur interdisziplinären Thanatologie*, Band 9, Berlin 2007.
23. Schütze (1983): Fritz Schütze, *Biographieforschung und Narratives Interview*, *Neue Praxis* 13 (1983), 3, S. 283-293.

24. Strauss/Corbin (1996): Anselm Strauss, Juliet Corbin, Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung, Weinheim 1996.
25. Walter. (1982): R. Heinz Walter, Vorwort, in: Andreas Witzel, Verfahren der qualitativen Sozialforschung – Überblick und Alternativen, Frankfurt/New York 1982, S. 7-9.
26. Wetz (1998): Franz Josef Wetz, Die Würde der Menschen ist antastbar. Eine Provokation, Stuttgart 1998.
27. Winkel (2002): Heidemarie Winkel, Trauer ist doch ein großes Gefühl, Konstanz 2002.
28. Wittkowski (2003): Joachim Wittkowski (Hrsg.), Sterben, Tod und Trauer, Stuttgart 2003.
29. Wittkowski/Schröder (2008): Joachim Wittkowski, Christina Schröder, Angemessene Betreuung am Lebensende: Strukturierung des Merkmalbereichs und ausgewählte empirische Befunde, in: Jochim Wittkowski, Christina Schröder (Hrsg.), Angemessene Betreuung am Ende des Lebens. Barrieren und Strategien zu ihrer Überwindung, Göttingen 2008, S. 1-51.
30. Witzel (1982): Andreas Witzel, Verfahren der qualitativen Sozialforschung – Überblick und Alternativen, Frankfurt a. M./New York 1982.
31. Witzel (2000): Andreas Witzel, Das problemzentrierte Interview, Forum: Qualitative Social Research – Sozialforschung 1 (2000), 1, Art. 22, <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519> (gesehen: 22.09.2009).

Die Interviews mit Sterbebegleitern sind in anonymisierter Form ab März 2010 auf Anfrage bei Michaela Thönnnes erhältlich: michaelathoennes@hotmail.de.

Der Sterbeprozess im Spannungsfeld von Kommunikation und Motivation

Michael Rosentreter

1. Gegenstand und Definition

Bei der sozialen Handlung der Kommunikation geht es um die Verschlüsselung und Entschlüsselung einer Nachricht, die über einen Informationskanal von einer Informationsquelle an einen Empfänger gesendet wird. Dieses Modell nach Shannon und Weaver wurde zur einer der Grundlagen moderner Kommunikationstheorien.¹ Die Autoren, beide Mathematiker, einer außerdem Elektrotechniker, entwickelten dieses Modell zur Identifikation von Fehlerquellen in der elektrischen Informationsübermittlung. Seitdem sind viele Kommunikations- und Sprachtheorien entwickelt worden, die für die vorliegende Erörterung den Hintergrund bilden und dort auch bleiben.² Im Vordergrund dieser Betrachtung stehen die Motive der am Sterbeprozess Beteiligten. Der Grad der Komplexität in diesem Prozess ist dadurch gekennzeichnet, dass die Interaktion selten eine dyadische ist, sondern dabei stets mehrere Personen miteinander kommunizieren, und seine finale Dynamik ihm den Charakter einer Grenzsituation verleiht.

Der Umstand, dass Moribunde nicht selten eine Vorahnung ihres bevorstehenden Todes haben, oftmals lange bevor ihnen ein Arzt die Diagnose eröffnet, und der Aspekt der Kommunikation legen eine kognitionspsychologisch ausgerichtete Definition nahe: Als Sterbeprozess soll im Weiteren die Lebensphase bezeichnet werden, die mit dem Zeitpunkt beginnt, in dem ein Mensch aufgrund der Verschlechterung seines Gesundheitszustands seinen bevorstehenden Tod unmittelbar wahrnimmt. Die Schwäche dieser Erklärung liegt darin, dass der Sterbeprozess empirisch in dieser Weise nicht fassbar ist. Umgekehrt greifen die geläufigen biologischen und medizinischen Definitionen zu kurz, bezogen auf die Besonderheit der Situation und der Kommunikation in dieser Lebensphase. So hat diese Konzeption lediglich einen heuristischen Wert, und damit genügt sie den weiteren Ausführungen.

2. Zivilisation und Sterbeprozess

Eine selbst erlebte Szene im Krankenhaus: Eine ältere Patientin, bei der in einem sehr frühen Stadium Krebs diagnostiziert worden war, fragte den Chefarzt, ob man den Zeitpunkt seines Todes selbst bestimmen könne. In der Frage „Werde ich sterben?“,

¹ Shannon/Weaver (1949).

² Hier insbesondere das Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation nach Schulz von Thun mit den vier Aspekten einer Botschaft (1981), die grundlegenden Axiome der Kommunikation nach Watzlawik/Beavin/Jackson (1996) sowie die Defizithypothese des schichtspezifischen Sprachgebrauchs nach Bernstein (1971).

die sie dem verantwortlichen Professor stellte, lag mehr Hoffnung als Hoffnungslosigkeit. Entsprechend resigniert reagierte sie auf seine aufrichtigen und aufmunternd gemeinten Worte, dass sie noch lange leben werde.³

Inzwischen ist fast ein Vierteljahrhundert vergangen, in dem sich das Wissen und Vermögen der Medizin grundlegend gewandelt haben, so dass man mit dem Aphoristiker Hanns-Hermann Kersten konstatieren könnte: „Die Fortschritte der Medizin sind ungeheuer. Man kann sich seines eigenen Todes nicht mehr sicher sein.“⁴

Bei allen medizinisch-technischen Errungenschaften scheint eine Kontinuität fortzubestehen, die spätestens seit Hufelands berühmtem Ausspruch „Den Tod verkünden heißt den Tod geben“ eher noch zementiert wird: Es geht im wörtlichen Sinne um das zur Sprache bringen des Todes und des Sterbens am Krankenbett.⁵ Der Philosoph und Soziologe Norbert Elias widmet sich in seiner Schrift „Über die Einsamkeit der Sterbenden“ diesem Umstand der Sprachlosigkeit angesichts des Todes, obwohl Sterbende gerade in dieser Phase ihres Lebens soziale Zuwendung am Dringendsten nötig haben.⁶ Elias sieht darin eine Folge des abendländischen Zivilisationsprozesses, in dem technischer Fortschritt und gesellschaftliche Differenzierung eine kontinuierlich zunehmende Dichte der sozialen Interdependenzgeflechte bedingen. Unter den Bedingungen des so erhöhten Konkurrenzdrucks einerseits und verstärkter sozialer Abhängigkeiten andererseits, lassen sich gesellschaftliche Reibungen nur durch Selbstkontrolle und bewusste Selbstregulierung von trieb- und affektbedingten Verhaltensimpulsen – d. h. von allem, was den Bereich Tod und Sterben berühren könnte – vermeiden.⁷ Wichtigste Eigenschaften zum Bestehen in einer so zivilisierten Gesellschaft sind die Fähigkeit zur Empathie und Psychologisierung sowie zur Rationalisierung, um sich einerseits in sein Gegenüber hineinzuversetzen und dessen Verhalten zu deuten, und um andererseits Folgen eigener Handlungen über längere Kausalketten abschätzen zu können.⁸

Neben diesem gesamtgesellschaftlichen Erklärungsansatz drängt sich die Frage auf, ob speziell die Medizin ihr eigenes Problem mit der Sterblichkeit hat. Erzeugen nicht gerade die Möglichkeiten des medizinisch-technischen Fortschritts ihren Ansprüchen widersprechende Gefühle von Ohnmacht, Versagen oder Unvollkommenheit angesichts des natürlichen Phänomens Sterben und Tod? Trotz aller Spezialisierung, Professionalisierung und allem medizinisch-technischen Fortschritts weist der Neurologe und Medizinphilosoph Klaus Reichert auf eine weitere Kontinuität hin: Fast archaisch zu nennen, bestehe die Suggestibilität des ärztlichen Wortes fort. Besonders empfänglich für dieses Wort sei der Mensch in einer Grenzsituation wie der des Sterbeprozesses – einer Situation, in der die bisher geübte Lebenspraxis nicht mehr greift, und in der das Gelingen der Neuorientierung durch die zeitliche Terminierung, wie das Leben selbst, in Frage

³ In den folgenden Tagen regelte diese Patientin ihre persönlichen Angelegenheiten und entschlief nach zehn Tagen friedlich, entgegen jeglichen Prognosen und medizinischen Erklärungsversuchen.

⁴ Hanns-Hermann Kersten (1928-1986), Redakteur der Fachzeitschrift „Buch und Bibliothek“.

⁵ Das vollständige Zitat Hufelands (1842) lautet: „Den Tod verkünden heißt den Tod geben, und das kann niemals ärztliche Aufgabe sein.“

⁶ Elias (1984), S. 84f.

⁷ Elias (1997), Bd. II, S. 327f.

⁸ Ebd., S. 342f.

gestellt ist.⁹ So wie es im Zitat Hufelands deutlich wird, wohnt dieser Suggestibilität des ärztlichen Wortes ein sowohl kreatives als auch destruktives Potential für den Umgang mit Kranken inne.

3. Kommunikation in Grenzsituationen und insbesondere im Sterbeprozess

Die folgenden Überlegungen zur Kommunikation in Grenzsituationen basieren im Wesentlichen auf den aktuellen Darlegungen des Philosophen Lars Leeten.

Die Grundlage für das Gelingen von Kommunikation ist ein Schatz gemeinsam geteilten Wissens, das im alltäglichen Verkehr in der Regel nicht in Frage gestellt wird. In Ausnahmefällen können hergebrachte Deutungsmuster unter Umständen nicht mehr greifen und bewährte Wertemuster keine Orientierung mehr geben. Die erfahrene Desorientierung durch die Irritation des geteilten Verständnisses hemmt die Handlungsfähigkeit. Der gemeinsame Weltbezug muss erneut hergestellt werden, indem Begriffe erklärt und neue Definitionen formuliert werden, um erneut die konsensuelle Basis für die Kommunikation bereitzustellen. Die Rückkehr in die alltagsweltliche Lebenspraxis setzt voraus, dass neue Regeln der Situationsdeutung gesucht, erarbeitet und verhandelt werden, was sowohl durch Selbstreflexion als auch im interpersonalen Diskurs erfolgen kann. Mit der Festlegung auf neue sprachliche Formen wird das Verstehen wieder an alltägliche Bezüge gebunden, wodurch die Handlungssicherheit wieder hergestellt wird und man mit dem „Business as usual“ fortfahren kann.

Der Sterbeprozess ist jedoch auch für die mehr und mehr professionalisierten Angehörigen der Heilberufe alles andere als ein alltägliches Geschäft. Und für die Betroffenen – die Patienten nebst ihrer Angehörigen – stellt der Sterbeprozess eine hochgradig belastende Grenzsituation dar, weil für die einen die Fortführung ihrer Lebenspraxis, für die anderen ihr Leben schlechthin und unmittelbar bedroht ist.

In der Grenzsituation des Sterbeprozesses geht es nicht mehr um die Probleme des Lebens, sondern das Leben selbst ist in Frage gestellt – und das im doppelten Sinne. Die Überforderung des mit der Endlichkeit des eigenen Lebens konfrontierten Menschen besteht nicht nur im Mangel an bewährten Deutungsmustern, sondern darin, dass die vorzunehmende Verortung eines neuen Standpunktes zur Totalität der Welt unter Umständen gar nicht mehr abgeschlossen werden kann. Der Sinnverlust, der durch die lebensbedrohliche Situation und nahe Terminierung des Lebens eingetreten ist, lässt sich unter Umständen nicht mehr dauerhaft aufheben.¹⁰ Man könnte nun einwenden, dass diese Tragödie doch eher Teil des vorzeitigen Todes ist, der deutlich vor dem statistisch erwarteten Lebensende eintritt – der Alterstod habe genug „Lebenszeit“ zur Erarbeitung übergreifender Deutungsmuster eingeräumt. Doch wann ist der Tod angesichts steigender Lebenserwartung und medizin-wissenschaftlicher Prophezeiungen der Lebensverlängerung nicht vorzeitig?

Elisabeth Kübler-Ross deutet die Überlieferungen der Kulturen dahingehend, dass der Mensch den Tod des Anderen seit jeher akzeptieren konnte, den eigenen Tod

⁹ Reichert (2006), S. 84f.

¹⁰ Leeten (2009), passim.

jedoch stets als unnatürlich, durch äußere Ursachen hervorgerufen, auffasst. Auf die empfundene Ungerechtigkeit und das Gefühl von Ohnmacht reagiert er mit Empörung, Zorn und Wut, aber auch mit Reue und Schuldgefühlen.¹¹ Wie dem auch sei, die konkrete Kommunikationssituation wird durch ihre Terminierung erschwert und einseitig. Alle bisher bewährten Interpretationen haben ihre Gültigkeit verloren und somit auch alle bisher als selbstverständlich erachteten Grundlagen der Kommunikation. Unter dem gewichtigen neuen Vorzeichen müssen Begriffe neu gefunden, Definitionen umformuliert, gesicherte Wissensbestände hinterfragt werden. Zu der von Reichert erwähnten höheren Suggestibilität von Menschen in Grenzsituationen kommt eine ebenso gesteigerte Sensibilität, mit der selbst die geläufigen Sprachzeichen genauestens interpretiert werden.

4. Zwei Theorien individueller Dissonanz und sozialer Balance

Im Folgenden werden zwei psychologische Theorien erläutert, um die strukturelle Komplexität der Kommunikationssituation mit Sterbenden verdeutlichen zu können, und daraus mögliche Lösungsansätze zu erarbeiten.

Als „kognitive Dissonanz“ wird in der Psychologie ein Zustand des Unbehagens bezeichnet, der durch Kognitionen verursacht wird, die dem eigenen, üblicherweise positiven Selbstbild zuwiderlaufen. Unter Kognitionen fasst der Begründer der Dissonanztheorie, Leon Festinger, alle Aussagen in Form von Gedanken, Vorstellungen oder Einstellungen zusammen. Man kann sie quasi als Meinungen auffassen, zwischen denen Relationen bestehen, die je nach Übereinstimmung kongruent oder dissonant sein können. Damit die als unangenehm empfundene Spannung durch Dissonanz abgebaut wird, muss die Übereinstimmung von Selbstkonzept und Verhalten erneut hergestellt werden. Dazu kann man einerseits sein Verhalten oder seine Meinung ändern oder andererseits dem Meinungsgefüge eine weitere Kognition hinzufügen, die Kongruenz von Selbstbild und Verhalten herstellt.¹² Ein viel zitiertes Beispiel sind die Raucher, die ihr gesundheitsschädigendes Verhalten rationalisieren oder die absehbaren Risiken relativieren.

Im Gegensatz zu Festinger bezeichnet Fritz Heider mit Kognitionen einzelne identifizierbare und von anderen unterscheidbare potentielle und tatsächliche Einstellungsobjekte, die in sachlichen und emotionalen Relationen zueinander stehen. Positive Relationen umfassen Attribute wie Zusammengehörigkeit, Ähnlichkeit, Wertschätzung, Sympathie; negative Relationen entsprechend das Gegenteil.

Für das Thema der Kommunikation eignet sich die Balancetheorie, weil sich mit ihr die Kommunikationssituationen und -konstellationen abbilden und analysieren lassen. Die Großbuchstaben zur Bezeichnung der kognitiven Elemente in der Graphik müssen nur durch Kürzel für den Sender (S), den Empfänger (E) und den Inhalt einer Mitteilung bzw. das Einstellungsobjekt (EO) ausgetauscht werden. Diese Platzhalter können beliebig durch die Handelnden in einer Kommunikationssituation durch die

¹¹ Kübler-Ross (1990), S. 10ff.

¹² Festinger (1985), Kap. 1.

Bezeichnungen „Arzt – Pflegende – sterbender Patient oder Angehöriger“ ausgetauscht werden. Eine solche Struktur aus drei Elementen gilt als balanciert, wenn entweder keine oder zwei negative Relationen vorhanden sind. Sie ist nicht balanciert, wenn eine oder drei negative Relationen vorhanden sind.¹³

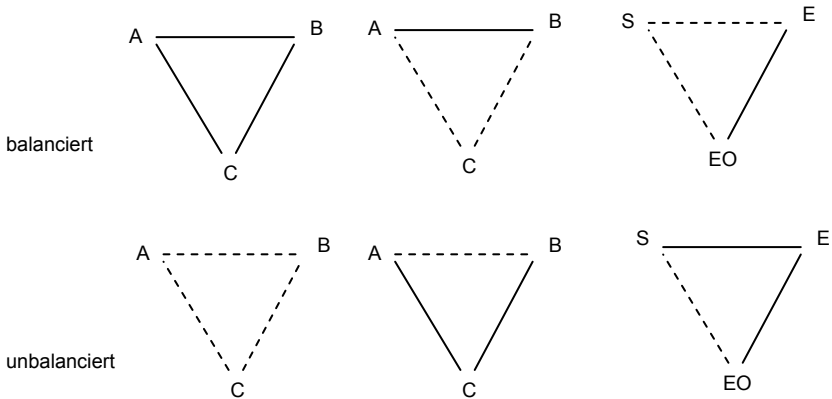


Abbildung 1: Balancierte und unbalancierte Beziehungen gem. der Balancetheorie nach Heider. Balancierte (kongruente) Strukturen weisen keine oder zwei negative Relationen (---) auf; unbalancierte (dissonante) Strukturen hingegen eine ungerade Anzahl negativer Relationen.

5. Dimensionen der Kommunikation hinsichtlich der am Sterbeprozess Beteiligten

Die Mehrdimensionalität der Kommunikation im Sterbeprozess umfasst sowohl zeitliche Aspekte als auch die Struktur der daran beteiligten Personengruppen, die nun auf Basis der zuvor gemachten theoretischen Aussagen auf Quellen der Imbalance betrachtet werden soll. Selbst wenn man zu heuristischen Zwecken eine vorläufige Unterscheidung von Laien und sogenannten „Professionellen“ trifft, wird man innerhalb dieser Gruppierungen mitunter wenig Homogenität feststellen können. Diesen Quellen von Inkongruenz oder Imbalance wohnen de facto Potentiale inne, die für den Sterbeprozess und die darin notwendige Kommunikation nutzbar gemacht werden können. Zunächst sollen die Vertreter der Gesundheitsberufler Gegenstand der Betrachtung werden, bevor die Perspektive der Laien ins Auge gefasst werden.

5.1 Die Dimension der Gesundheitsberufe

Aus psychologischer Perspektive ist der Begriff „Berufswahlmotivation“ nicht ganz zutreffend, weil darin eher langfristig wirkende Motive zum Tragen kommen. Der Terminus „Motivation“ ist zeitlich enger gefasst und bezeichnet die aktivierende Ausrichtung von Handlungen auf einen erwünschten Zielzustand. Doch sind es die Motive, die langfristig das Verhalten und die Entscheidungen von Personen beeinflussen.

¹³ Heider (1978); Herkner (2001), S. 251-260.

Zu den Motiven der Berufswahl von Ärzten und Pflegenden liegt wissenschaftliche Literatur in höchst unterschiedlichem Umfang vor. Dennoch sollen entsprechende Aussagen an dieser Stelle vermieden werden, da Überschneidungen und Gemeinsamkeiten eher wahrscheinlich sind und eine konkrete Zuordnung für die jeweilige Berufsgruppe nicht getroffen werden kann. Als Motive für soziale und helfende Berufe werden häufig genannt: „Menschen helfen wollen“ und „Umgang mit Menschen“, aber auch „sichere Anstellung und Einkommen“ oder „Karriere und Selbstständigkeit“. Daneben können Interesse an einer wissenschaftlichen Tätigkeit oder narzisstische Motive nach Anerkennung und Status in die Überlegungen zur Berufswahl einfließen.¹⁴ Die Kombinationsmöglichkeiten der wenigen aufgeführten Beispiele bieten jedoch genügend Variation, um sich nicht ausgewogene Kommunikationssituationen angesichts des sterbenden Patienten vorstellen zu können.

Es ist davon auszugehen, dass die aktuellen Einstellungen und Meinungen wesentlich stärker durch die berufliche Ausbildung als durch die in der frühen Sozialisation erworbenen Motivlagen beeinflusst werden. Nachweislich greifen im Verlauf der sogenannten sekundären Sozialisation andere Lernmechanismen, und die Bedeutung der Familie tritt zurück hinter andere Bezugsgruppen, durch die ein Spektrum alternativer Weltanschauungen vermittelt wird.¹⁵ Im Laufe der beruflichen Sozialisation werden anfänglich ähnliche Motive für einen Beruf in der Gesundheitsversorgung, z. B. hinsichtlich anthropologischer Grundsetzungen wie Leben und Sterben, ethischer Vorstellungen oder Therapie- und Handlungsziele, zunehmend divergent bzw. bestehende Unterschiede werden verstärkt. Auch der tradierte Umgang mit diesen Unterschieden wird in der beruflichen Sozialisation erlernt. Schließlich geht es auch darum, seinen Gruppenstatus durch Identifizierung und Abgrenzung zu manifestieren.

Die Ergebnisse dieses Prozesses betreffen auch das Handeln im Umgang mit Sterbenden und den Sprechakt als soziale Handlung im Besonderen. Möglicherweise tradierte und desintegrative Formen des Umgangs miteinander sind in der Situation des Sterbeprozesses kontraproduktiv. Nicht nur in Anbetracht der gesteigerten Sensibilität und Suggestibilität von Menschen, die sich, durch lebensbedrohliche Krankheit oder Sterbeprozess bedingt, in einer Grenzsituation befinden, ist ein balanciertes Verhältnis der Berufsgruppen mit den häufigsten Patientenkontakten anzustreben.

Die Dissonanztheorie mit ihren Möglichkeiten zur Erzeugung kongruenter Zustände verweist auf mögliche Lösungsansätze. Das Ändern von Meinungen oder gar Vorurteilen erfordert Aufwand sowie Zeit für Informationssuche und interpersonalen Diskurs. Seitens der Organisationen sollte ein hohes Interesse an der Förderung dieser Art von Kommunikation bestehen und entsprechende Bedingungen (Raum, Zeit, Atmosphäre) sollten institutionell implementiert werden. Schließlich geht es nicht unbedingt um die Minimierung von Reibungsverlusten, sondern um die Nutzung von Synergieeffekten.

¹⁴ Schmidbauer (1990), S. 56ff.

¹⁵ Berger/Luckmann (2007), S. 149 u. S. 151ff.

5.2 Die Laien-Dimension: sterbende Patienten und deren Angehörige

Auch wenn die Bezeichnung „Krankenhaus“ nahelegt, dass an diesem Ort nur bestimmte Leute anzutreffen sind, so findet sich dort ein Mikrokosmos, der einen Querschnitt der Gesellschaft im weiteren Sinne darstellt. Wie sich die Einstellung der Patienten und ihrer Angehörigen zum bevorstehendem Tod und Abschied darstellt, ist den Mitarbeitern des therapeutischen Teams zunächst fremd und ist in seiner ganzen Komplexität wahrscheinlich kaum zu erfassen. Selbst wenn man zum Zwecke der Vereinfachung annimmt, dass bei Patienten und Angehörigen eine homogene Einstellung zum Tod vorliegt, so hat man es dennoch mit einer großen Heterogenität zugrundeliegender Faktoren zu tun. Diese können bei aller Varianz einerseits in ganz unterschiedlicher Weise zu einer äußerlich übereinstimmenden Haltung der Betroffenen führen, und andererseits hinsichtlich der Modalitäten im Sterbeprozess völlige Gegensätze erzeugen. An solchen zugrunde liegenden Faktoren seien hier nur beispielhaft genannt:

- Normen und Werte
- Weltbild und religiöse Vorstellungen
- Biographische Verbundenheit (Familie, Freundschaft)
- Empathie und Akzeptanz
- Bildung, Position und Status

Bewusst wurden in dieser Aufzählung materielle Motive oder finanzielle Sachzwänge ausgelassen, die der Kooperationsbereitschaft von Angehörigen durchaus Grenzen auflegen können.

5.3 Zeitliche Dimensionen

Man kann kaum über Motive und die Kommunikation der am Sterbeprozess Beteiligten sprechen, ohne auf die Arbeit von Elisabeth Kübler-Ross zu rekurrieren. Erstmalig definierte sie die weithin bekannten fünf Phasen des Sterbens in ihrem 1969 erschienenen Buch „On Death and Dying“.¹⁶ Diese Phasen beschreiben den Vorgang, in dem Sterbende den Abschied von ihrem Leben psychisch verarbeiten. Dabei handelt es sich um unbewusste Bewältigungsstrategien, die in ihrem Ablauf nicht linear aufeinander folgen: Im Gegenteil können einzelne Schritte wiederholt durchlebt werden oder ausbleiben. Auf die Phasen soll hier nicht im Einzelnen eingegangen werden. Ihre Bezeichnungen sind nahezu selbsterklärend für das Handeln und Empfinden der Patienten in ihrem Sterbeprozess: den Phasen des Nicht-wahrhaben-wollens und der Isolierung, des Zorns gegen die Weiterlebenden, des Verhandels mit höheren Mächten, der Depression und schließlich der Zustimmung zum Unvermeidlichen.¹⁷ Eine effektive Unterstützung der Sterbenden fordert ihrer Umwelt eine nahezu unmenschliche Flexibilität und Bereitschaft ab, sich in die einzelnen Wechsellagen einzufühlen und die Fähigkeit, entgegengebrachten Zorn, Neid oder depressives Verhalten nicht auf sich persönlich zu beziehen. Dabei ist es wesentlich, inwieweit Angehörige bereit und fähig

¹⁶ Deutscher Titel: Über den Tod und das Leben danach, Güllenheim 1989.

¹⁷ Kübler-Ross (1990), Kap. II-VII.

sind, sich mit dem Tod als solchem und dem Sterben einer nahestehenden Person im Besonderen auseinanderzusetzen.¹⁸ In der therapeutischen Situation, und gerade, wenn diese im medizinischen Sinn aussichtslos ist, stehen Ärzte und Pflegende meistens in einer intensiven Kommunikation mit den Patienten und deren Angehörigen. Für die letztgenannten stellt der Sterbeprozess eine Grenzsituation dar, der eine Neuorientierung erfordert, begleitet von Informations- und Sinnsuche.

Die Wesenszustände der Sterbenden und die Reihenfolge der Sterbephasen nach Kübler-Ross erinnern unweigerlich an die Bewältigung von Trauer. In Anlehnung an Sigmund Freud definiert der Psychoanalytiker Jiřy Bojanovsky Trauer als eine Reaktion auf den schmerzhaften Verlust einer Bindung, die deutliche, wenn auch meistens vorübergehende Störungen des biologischen, psychischen und sozialen Gleichgewichts des Menschen darstellen.¹⁹ Die Phasen des Trauerns, welche die Psychologin Verena Kast 1999 in Anlehnung an John Bowlby herausgearbeitet hat, haben teilweise ihre Entsprechung in den Sterbephasen nach Kübler-Ross, sowohl was die Bezeichnungen als auch die seelischen Befindlichkeiten der Betroffenen anbelangt:²⁰

Phasen des Sterbens (Kübler-Ross, 1969/1990)	Phasen des Trauerns (Kast, 1999)
1. Nicht-wahrhaben-Wollen und Isolierung	1. Nicht-wahrhaben-Wollen
2. Zorn	2. Aufbrechende Emotionen
3. Verhandeln	
4. Depression	
	3. Suchen und Sich-Trennen
5. Zustimmung	4. Neuer Selbst- und Weltbezug

Zieht man die Erkenntnisse der modernen Thanatologie und der Psychologie der Trauer heran, so kann man davon ausgehen, dass der Prozess des Trauerns deutlich vor dem eigentlichen Tod der nahestehenden Person einsetzen kann, wenn sich dieser abzeichnet. In der konkreten Kommunikationssituation treffen die Angehörigen des therapeutischen Teams also nicht nur die Patienten in einer der Sterbephasen an, sondern deren einzelnen Angehörigen in ihrer jeweiligen Phase der Trauer. Als sei dieser Umstand nicht bereits verkomplizierend genug, können einander entsprechende Phasen der beiden Prozesse zeitlich verschoben zueinander auftreten.

Bei aller Plausibilität solcher Entwicklungs- oder Phasenmodelle sollte man sich bewusst sein, dass diese nicht prädiktiv und nicht teleologisch aufzufassen sind – sie haben

¹⁸ Kübler-Ross (1990), S. 13; Elias (1984), S. 88.

¹⁹ Bojanovsky (1982), S. 330.

²⁰ Kast (1999), S. 67-90.

lediglich beschreibenden Charakter und können so als heuristische Hilfsmittel dienen. Kennzeichnend für alle Entwicklungsmodelle ist, dass die Phasenverläufe und –abfolgen je nach Individuum sehr unterschiedlich ausgeprägt sein können.

6. Probleme und Lösungsansätze

Der Sterbeprozess als Grenzerfahrung von Patienten und Angehörigen sowie die daraus resultierenden Erfordernisse für eine gelungene Kommunikation verleihen der gesamten Situation eine Komplexität, die kaum aufzulösen ist.

Doch jede unüberschaubare Situation verlangt nach Reduktion ihrer Komplexität, damit die Handlungsfähigkeit aller Beteiligten erhalten bleibt. Während die Patientenrolle eine zugestandene Auszeit vorsieht, sind die professionellen Heilkundigen und ihre Mitarbeiter von Berufs wegen geradezu verpflichtet, immer auf höchstem Niveau handlungsfähig zu sein. Denn die Rolle der Patienten erfordert, dass man sich in die unbekannte Situation einfindet und individuelle Lösungsstrategien entwickelt, während die Rolle der Heilberufe ihnen vorschreibt, beste medizinische Praxis auszuüben. Gerade das macht ihren professionellen Status aus, auch wenn es häufig den Vorwurf mangelnder Empathie nach sich zieht. Inwieweit hier Selbstschutz durch Verdrängung, eine professionelle Haltung zum Erhalt der Handlungsfähigkeit oder schlichtweg Gewöhnung durch Routine eine Rolle spielen, sei dahingestellt.

Die Situation, in der Kommunikation stattfindet, ist insbesondere im Sterbeprozess zu keinem Zeitpunkt stabil oder klar strukturiert. Doch Kommunikation ist hier nicht nur eine Notwendigkeit im Sinne eines therapeutischen Gesprächs oder einer patientenzugewandten Bekundung von Solidarität. Quasi quer zu den üblichen Kommunikationspfaden „Arzt – Patient“ und „Pfleger – Patient“ sollten auch bereits besprochene Themen wiederholt Gegenstand von Gesprächen sein. Auf diese Weise wird es den professionellen Helfern ermöglicht, sich einerseits der Befindlichkeit ihrer Patienten zu versichern, und andererseits deren Position in den jeweiligen Phasen des Sterbeprozesses zu verorten. Diese Positionsfindung ist die unumgängliche Grundlage für eine objektive Beurteilung der Kommunikationssituation. Anhand des einfachen Schemas un/balancierter Situationen könnten Störungen einfacher identifiziert werden und die Wertigkeit einzelner Relationen geändert werden, um einen balancierten Zustand zu erzielen. Wie in den Ausführungen zur Dissonanztheorie dargelegt, sind es einzelne Einstellungen, Wertungen, Meinungen oder Eindrücke, die einen dissonanten Zustand erzeugen. Letztlich beruhen alle diese Urteile auf Wahrnehmung, und es ist zu hinterfragen, ob nicht Wahrnehmungsverzerrungen unter Umständen zu Fehlurteilen führen. Die notwendige Änderung einer Kognition in diesem Sinne kann mittels der eingeübten Praktiken – Meinung oder Verhalten ändern oder neue Meinung hinzufügen – erfolgen, aber auch durch eine Abklärung im Gespräch innerhalb des Behandlungsteams oder mit den Betroffenen.

Für solch einen „Neustart“ können die von dem Psychoanalytiker Carl R. Rogers formulierten Grundsätze seiner Klientenorientierten Gesprächstherapie hilfreich sein: Die Bereitschaft, Argumente des Anderen zu verstehen (Empathie), die Bereitschaft, Argumente des Anderen zu übernehmen und eigene Standpunkte zurückzustellen

(Akzeptanz) sowie Echtheit und Ehrlichkeit in den eigenen Äußerungen (Kongruenz) zu zulassen.²¹

Für das Verhältnis der Ärzte und Pflegenden zu den Patienten und deren Angehörigen gilt, dass im Grunde nichts vorausgesetzt werden kann, was die zu kommunizierenden Inhalte angeht. Abgesehen davon, dass im Sterbeprozess ein erhöhter Informationsbedarf seitens der Patienten und ihrer Angehörigen besteht, sollten die Mitarbeiter des therapeutischen Teams stets das Informationsgefälle zwischen sich und den medizinischen Laien berücksichtigen. Als professionelle und mit dem klinischen Umfeld vertraute Akteure sollten sie auch darauf achten, dass institutionelle Gegebenheiten wie tradierte Krankenhausroutinen oder festgefügte Arzt-Patientenrollen für die jeweilige Kommunikationssituation keine Hindernisse darstellen. Der Sterbeprozess bedeutet für die Todgeweihten und ihr nahes soziales Umfeld eine außerordentliche und belastende Situation, die Neuorientierung und Sinnsuche erfordert. Diese Bedürfnisse des Einen sollte den Anderen, die sich berufsmäßig mit Grenzsituationen des Lebens befassen, Anlass sein, sich und ihre Institution immer wieder aufs Neue zu reflektieren.

Literatur

1. Berger/Luckmann (2007): Peter L. Berger, Thomas Luckmann, Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit, Frankfurt a. M. 2007.
2. Bernstein (1971): Basil Bernstein, Soziale Struktur, Sozialisation und Sprachverhalten. Aufsätze 1958-1970, Amsterdam 1971.
3. Bojanovsky (1982): Jiřy Bojanovsky, Einführung in die Problematik und einige Ergebnisse zum Forschungsbereich Trauer, in: Jürgen Howe (Hrsg.), Tod, Sterben, Trauer. Tagung zur Thanato-Psychologie, Frankfurt a. M. 1982, S. 330-337.
4. Elias (1984): Norbert Elias, Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen, Frankfurt a. M. 1984.
5. Elias (1997): Norbert Elias, Über den Prozess der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. Band. II. Wandlungen der Gesellschaft. Entwurf zu einer Theorie der Zivilisation, Frankfurt a. M. 1997.
6. Festinger (1985): Leon Festinger, A Theory of Cognitive Dissonance, Stanford 1985.
7. Heider (1978): Fritz Heider, Über Balance und Attribution, in: Dietmar Görlitz, Wulf U. Meyer, Bernard Weiner (Hrsg.), Bielefelder Symposium über Attribution, Stuttgart 1978, S. 19-47.
8. Herkner (2001): Werner Herkner, Lehrbuch Sozialpsychologie, Bern 2001.
9. Hufeland (1842): Christian Hufeland, Makrobiotik oder die Kunst, das Leben zu verlängern, Berlin 1842.
10. Kast (1999): Verena Kast, Trauern, Phasen und Chancen des psychischen Prozesses, Zürich 1999.

²¹ Rogers (1983), Kap. II: Die Einstellung und Orientierung des Beraters.

11. Kübler-Ross (1987): Elisabeth Kübler-Ross, Verstehen, was Sterbende sagen wollen, Stuttgart 1987.
12. Kübler-Ross (1990): Elisabeth Kübler-Ross, Interviews mit Sterbenden, Berlin 1990.
13. Leeten (2009): Lars Leeten, Die Bewältigungskapazität von Sprache und ihre Grenzen, in: Hans Werner Ingensiep, Theda Rehbock, „Die rechten Worte finden ...“. Sprache und Sinn in Grenzsituationen des Lebens, Würzburg 2009, S. 81-94.
14. Reichert (2006): Klaus Reichert, Mythos und Sprache am Krankenbett, in: Christian Hoffstadt, Franz Peschke, Andreas Schulz-Buchta (Hrsg.), Wir, die Mechaniker von Leib und Seele, Gesammelte medizin-philosophische Schriften Klaus Reicherts, Bochum/Freiburg i. Br. 2006, S. 81-89.
15. Rogers (1983): Carl R. Rogers: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt a. M. 1983.
16. Schmidbauer (1990): Wolfgang Schmidbauer, Die hilflosen Helfer, Über die seelische Problematik der helfenden Berufe, Reinbek 1990.
17. Schulz von Thun (1981): Friedemann Schulz von Thun: Miteinander reden 1 – Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation, Reinbek 1981.
18. Shannon/Weaver (1949): Claude E. Shannon, Warren Weaver, A mathematical theory of communication, Illinois 1949.
19. Watzlawick/Beavin/Jackson (1996): Paul Watzlawick, Janet H. Beavin, Don D. Jackson, Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien, Bern u. a. 1996.

Abbildung

Abbildung 1: Eigene Darstellung nach Herkner (2001), S. 254.

Das öffentliche Sterben in der Postmoderne

Vasilija Simonovic und Katsiaryna Laryionava

1. Einleitung

In der Postmoderne unterliegen Privatheit und Intimsphäre einem Paradigmenwechsel, der zu einer Neudefinition der Grenzen führt. In der Öffentlichkeit wird frei über Sexualität, persönliche Gebrechen und Alltagssorgen gesprochen. Was früher ein Ereignis der Intimsphäre war, ist in den vergangenen Jahrzehnten zunehmend öffentlich geworden. Das Private, das Intime rückte ins Zentrum der Aufmerksamkeit und wurde zu einem kontroversen Thema in der heutigen Gesellschaft.

Sterben und Tod gehören zu solchen intimen Momenten unseres Lebens. Die Aufklärung, die Säkularisierung und die Individualisierung der Menschen in den westlichen Ländern hatten zu Folge, dass die tradierte Sterbekultur an Bedeutung verloren hat.¹ Während das Sterben und der Tod aus der alltäglichen Realität verdrängt zu werden scheinen – für Sterbende gibt es heute spezielle, von dem öffentlichen Raum weitgehend ausgegrenzte Anstalten (z. B. Hospize und Palliativstationen²) – sind diese seit langem in den Medien präsent. Bilder von realen Toten in Berichten über Kriege, Umweltkatastrophen und Gewalttaten oder von Todesfällen unter Prominenten überfluten die Medienlandschaft. So wurde zum Beispiel der Sterbeprozess von Papst Johannes Paul II., der sich über nahezu zwei Monate hinzog, zu einem medialen Ereignis. Sein Sterben wurde von Milliarden Zuschauern verfolgt.³ Ebenso beherrschte der tödliche Unfall Prinzessin Dianas monatelang die Schlagzeilen aller Medien. Auch der reale tote Körper ist Gegenstand der öffentlichen Wahrnehmung geworden. Dafür ist der enorme Erfolg der Ausstellung von Gunther von Hagens' „Körperwelten“ ein Zeugnis. Aber nicht nur der Tod und der tote Körper, sondern auch das Sterben tritt aus dem privaten Bereich in die Öffentlichkeit. Das öffentliche Sterben setzt neue Maßstäbe, die über dessen mediale Thematisierung weit hinausreichen.

Im Folgenden werden einige Beispiele des Sterbens als Prozess in den neuen Medien und in der Kunst vorgestellt und analysiert, um dies zu verdeutlichen. Folgenden Fragen wird dabei nachgegangen: Welche Formen nimmt das Sterben darin an? Wo lassen sich historische Kontinuitäten oder Brüche verfolgen? Welche neuen Aspekte bekommt das Sterben, wenn es in der Öffentlichkeit gezeigt wird? Wie wird mit dem in der Öffentlichkeit „real“ gezeigten Sterben umgegangen? Abschließend werden die Überlegungen zum Phänomen des Sterbens in der Öffentlichkeit zusammengeführt.

¹ Vgl. Oduco (2007), S. 157; Groß/Grande (2010); sowie Groß/Schweikardt (2010).

² Vgl. Hahnen et al. (2009), S. 289-305; Hahnen et al. (2010), S. 113-127.

³ Vgl. Olariu (2007), S. 59.

2. Das „narrative Sterben“ im Internet

Der kulturelle und soziale Wandel der Grenzen zwischen Privatheit und Öffentlichkeit wird am deutlichsten im Internet sichtbar. Die „Netzwelt“ bietet eine perfekte Plattform für die öffentliche Wahrnehmbarkeit von Menschen in ihrer Intimsphäre. Intime Momente können z. B. über private Homepages für die Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Auch der tote Körper findet Eingang in das Netz. Eine solche Seite ist „rotten.com“, auf der von Autounfällen und Gewalttaten verwüstete Leichen abgebildet werden.

Ein in diesem Zusammenhang ebenfalls beachtenswertes Internetphänomen ist das Weblog, das seit Mitte der 1990er Jahre in Erscheinung getreten ist. Dabei handelt es sich – in seiner Urform – um ein Onlinetagebuch, in dem der Benutzer, der sogenannte „Blogger“, verschiedene Aspekte des eigenen Lebens darstellt. Seine Gedanken, Gefühle und Erfahrungen können von Menschen weltweit verfolgt werden: „In websites and weblogs people have found a platform to address delicate issues concerning death and dying and an appreciated means of personal expression.“⁴

Der russische Schriftsteller und Poet Igorj Alekseev hat ein Jahr lang ein Blog auf der Webseite „BBCRussian.com“ über sein eigenes Sterben geführt. Alekseev und die BBC hatten einen Vertrag abgeschlossen. Demgemäß sollte der Schriftsteller jede Woche über den Verlauf seiner unheilbaren Krebserkrankung, d. h. über sein Sterben, im Detail berichten. In einem Interview rechtfertigte er dieses Vorgehen mit der Notwendigkeit, seine Familie zu versorgen und die Kosten für Medikamente zu decken, die er während seiner Erkrankung benötigte. Offenbar verstand er sein Engagement auch als Teil der Arbeit, die seinem Leben Sinn gab: „Was kann ich jetzt noch als Kranker machen? Mir bleibt nur übrig zu schreiben.“⁵ Der ganze Prozess fand in Form sowohl einer Narration als auch einer Kommunikation statt. Die Leser konnten mit ihm einen Dialog führen und Kommentare schreiben.

Das autobiografische Berichten über eigenes Unglück oder Krankheit ist kein neues Phänomen. In der Literatur findet oft Auseinandersetzung mit dem eigenen Leiden statt, dem seelischen und dem körperlichen. Das Tagebuch als literarische Darstellungsform entstand im Europa der Renaissance mit dem wachsenden Ich-Bewusstsein des Menschen. Seit dem 19. Jahrhundert wurden derartige Tagebücher populärer und dienten unter anderem zur Verarbeitung der eigenen Leiden.

Man kann auch Alekseevs Blog als eine Art Verarbeitung der Krankheit und dem sich nähernden Tod sehen. Er bemüht sich dadurch um die Findung einer neuen Identität: „Ja, das hilft wirklich, mit der Krankheit zurecht zu kommen.“⁶

Schwere anhaltende Erkrankungen und Schmerzen verursachen eine Zäsur in der Kontinuität unserer Biografie. Das Narrative wird dabei zum Therapeutischen. Durch

⁴ Altena/Venbrux (2010), S. 131.

⁵ Vgl. den Film „Der Blutverkäufer“ von Elena Pogrebizskaja und Michail Solovjev aus dem Jahre 2008.

⁶ Ebd.

die Narration sind die Menschen in der Lage, die eigene Biografie zu organisieren und ihr eine Struktur zu geben:

„In solchen Narrationen finden wir Halt, denn sie machen unser Leben zu einer Einheit, indem sie eine gewisse Überschaubarkeit schaffen. Wenn Schmerzen eine starke Bedrohung und manchmal sogar die zeitweilige Aufhebung unserer Lebenskontinuität bewerkstelligen, benötigen wir erst recht eine narrative Rekonstruktion dieser Kontinuität, [...]“⁷

Durch das Aussprechen, das Erzählen, ist dem Menschen die Möglichkeit gegeben, von sich selbst zu abstrahieren. Durch diese Distanz werden neue Horizonte der Selbsterkennung geöffnet. Darüber hinaus besteht eine Möglichkeit des Austauschs mit ebenfalls Betroffenen, wobei der Austausch als eine moralische Unterstützung dienen kann: „[...] a major attraction of [...] websites is the opportunity to contact fellow patient and others who understand the experiences of the protagonists.“⁸ Aber nicht nur der Erzähler, sondern auch der Zuhörer bzw. der Leser zieht hieraus einen Gewinn: Die Aufmerksamkeit des Lesers wird auf das Sterben gerichtet. Dadurch ist ihm die Möglichkeit gegeben, das eigene Sterben zu reflektieren. Leser, die selbst an einer schweren Erkrankung leiden, könnten sich mit dem Blogger über die eigenen Erfahrungen und den Umgang mit der Krankheit austauschen.

Andererseits findet eine Kommerzialisierung des Sterbens statt, das heißt der Körper und sein Sterben werden an die neugierige Öffentlichkeit als eine Art „reales Abenteuer“ verkauft. Und dieses zu verfolgen, könnte viel spannender sein als ein Buch zu lesen oder einen Spielfilm zu sehen. Bei einem Spielfilm ist es nicht möglich, mit dem Darsteller in einen Dialog zu treten, nachzufragen, wie es ihm nach der Bestrahlung oder Chemotherapie geht. Der Spielfilm ist nie real. Im Weblog hingegen geht es um den realen Körper, um das reale Sterben. Alekseevs Blog ist in diesem Sinne eine Art „Reality-Show“⁹.

Sind der Tod und das Sterben in der jüngeren Vergangenheit aus der Gesellschaft verdrängt worden, so kehren sie jetzt gewissermaßen in einer neuen Form des Erzählens zurück. Die Motive der im Weblog Beteiligten sind nicht im Einzelnen ersichtlich. Ist es Anteilnahme, ist es Neugier, Sensationslust oder purer Voyeurismus? Die Antwort auf diese Frage ist zwiespältig. Zum einen ist es eine Möglichkeit, den Sterbeprozess in die eigene Biographie einzuordnen und ihn besser zu verstehen. Zum anderen wird der sterbende Mensch dadurch zu einem Objekt des Voyeurismus degradiert und somit instrumentalisiert.

3. Das „Reality-Sterben“ im TV

Auch Jade Goody, die 27 Jahre alt wurde und ein britischer Reality-TV-Star war, ließ die Öffentlichkeit an ihrem Sterben teilhaben. Sie wurde durch die Reality-Show „Big

⁷ Wils (2007), S. 62.

⁸ Altena/Venbrux (2010), S. 136.

⁹ Mit „Reality-Show“ ist ein Fernsehformat gemeint, welches die Wirklichkeit wiedergeben soll.

Brother“ bekannt. Dort erhielt sie vor Millionen von Zuschauern die Diagnose *unheilbarer Gebärmutterhalskrebs* und traf nachfolgend die Entscheidung, ihr Leiden und Sterben vor der Kamera zu erfahren: „Ich habe mein Leben vor der Kamera gelebt. Und vielleicht werde ich auch vor der Kamera sterben.“¹⁰ Zahlreiche Zuschauer konnten ihr Sterben und Leiden live miterleben. Sie nutzte ihre öffentliche Prominenz, um die Versorgung ihrer Kinder nach ihrem Tod sicherzustellen. Ein anderes Motiv war, die Menschen auf das Thema Gebärmutterkrebs aufmerksam zu machen.

In den Niederlanden gab es sogar im Jahre 2006 und 2008 eine Dokusoap „Over My Dead Body“, die von der unabhängigen Produktionsfirma Skyhigh TV produziert wurde. In dieser Sendung wurden fünf todkranke, an Krebs leidende junge Personen mit der Kamera begleitet.¹¹ Die Sendung war so konzipiert, dass jede Folge 30 Minuten dauerte, jeweils mit einem Rückblick über die letzten Geschehnisse begann und mit einem Ausblick auf die kommende Sendung endete. In der Sendung hatten die Protagonisten Gelegenheit, mit den Zuschauern detaillierte Informationen über ihre Diagnosen, die Behandlung, die Entwicklung vom Krebs, die Hoffnungen und Enttäuschungen zu teilen, wobei ein Moderator ihnen Fragen dazu stellte.¹²

Ein weiteres Beispiel ist das öffentliche Sterben des 59-jährigen Craig Ewert. Der ehemalige Informatikprofessor starb im September 2006 vor laufender Kamera und einem Millionenpublikum. Ewert hatte *Amyotrophe Lateralsklerose* (kurz: ALS), eine unheilbare Nerven- und Muskelkrankheit, die zu einer tödlichen Muskellähmung führt. Seine Ärzte prognostizierten ihm, dass er in zwei bis fünf Jahren vollständig gelähmt sein würde. Die Krankheit nahm einen schnellen Verlauf, so dass er bald auf ein Beatmungsgerät angewiesen war. Sein Sterben und sein Tod wurden von dem britischen TV-Kanal „Sky Real Lives“ ausgestrahlt. Zum ersten Mal war eine Selbsttötung im Fernsehen zu sehen. Dabei ging es um einen „assistierten Suizid“ – um ein geplantes, inszeniertes Sterben. Die Schweizer Sterbehilfeorganisation *Dignitas* in Zürich hatte Ewert dabei geholfen. Mit Hilfe eines Strohhalms trank er einen Cocktail mit einer tödlichen Dosis Schlafmittel, während Beethovens Neunte Sinfonie („Ode an die Freude“) lief. Da seine Arme bereits gelähmt waren, hat er mit dem Mund eine Zeitschaltuhr so eingestellt, dass in 45 Minuten sein Beatmungsgerät abgeschaltet wurde. Während er starb, lief die Kamera weiter.¹³ Man konnte zuvor Folgendes genau beobachten: das letzte Gespräch mit seiner Frau, den Moment des letzten Atemzuges und das Schließen der Augen. Der Dokumentarfilmemacher und Oscar-Preisträger John Zaritsky nahm zeitgleich mit der Kamera die letzten Stunden und das Sterben von Ewert auf. Seine Frau war mit den Videoaufnahmen einverstanden und sagte später in einem Interview: „Ich bedaure überhaupt nicht, meine Zustimmung gegeben zu haben, dass die Kamera lief, als Ewert starb. Wir wollten das beide.“¹⁴

¹⁰ Vgl. Döring (2009).

¹¹ Vgl. Altena/Venbrux (2010), S. 131.

¹² Vgl. ebd., S. 135.

¹³ Vgl. dpa (2008).

¹⁴ Vgl. Bähler (2009).

Der amerikanische Medienwissenschaftler Neil Postman kritisierte 1985 in seinem Buch „Wir amüsieren uns zu Tode“ das Fernsehen als Medium der totalen Enthüllung.¹⁵ Nach Postman ist Fernsehen so konzipiert, dass es, unabhängig von dem Thema, allein das ausstrahlt, das der Unterhaltung dient:

„Gleichgültig, was gezeigt wird und aus welchem Blickwinkel – die Grundannahme ist stets, dass es zu unserer Unterhaltung und unserem Vergnügen gezeigt wird.“¹⁶

Auch in diesem Fall lässt sich *eine* historische Kontinuität nachweisen. In früheren Zeiten war das Sterben auch ohne das Phänomen der Massenmedien der Unterhaltung dienlich. Dies belegt – beispielhaft – der folgende Vorfall aus dem Mittelalter:

„Die spanische Inquisition, die Tausende lebendig verbrennen ließ, veranstaltete so genannte Autodafés. Zu diesem Anlass ließ man eine größere Gruppe Verurteilter zusammenkommen. Auf einem repräsentativen, zentralen Platz wurden dann mächtige Scheiterhaufen aufgebaut, umgeben von Tribünen für Adelige, Herrscher, Kirchenfürsten und den Großinquisitor.“¹⁷

Einige Menschen wurden lebendig verbrannt, manchen wurde die zweifelhafte Gnade gewährt, vor der Verbrennung erdrosselt zu werden. Anderen wiederum wurde ins Herz gestoßen, um ihr Leiden während der Verbrennung zu verkürzen. Das Publikum zeigte, wie Lars Richter ausführt, eine besondere Faszination, wenn die Menschen beim lebendigen Leib verbrannt wurden.¹⁸

Das Neuartige am öffentlichen Sterben des 21. Jahrhunderts ist vor allem, dass es nunmehr um die *freiwillige Inszenierung des eigenen Sterbens* geht: „[...] it is their choice of how it is performed – making them ‚creative consultants‘ or maybe even ‚producers‘.“¹⁹ Früher wurde ausschließlich das Sterben Dritter beobachtet. Heute wird der Sterbende gleichzeitig zum Subjekt und Objekt des Geschehens. Diese neuen Aspekte lösten öffentliche Diskussionen aus.

Auf der einen Seite wurde das im Fernsehen gezeigte reale Sterben heftig kritisiert. Der Präsident der Bundesärztekammer, Jörg Hoppe, sagte über die TV-Dokumentation, in der der assistierte Suizid von Ewert gezeigt wurde:

„Wenn das Sterben öffentlich inszeniert wird, verliert der Sterbende seine Würde. Auch eine TV-Dokumentation muss da ihre Grenzen finden, wo die Individualität des Sterbens beginnt.“²⁰

Er warnte zudem davor, Selbsttötung medial darzustellen, als sei diese ein vermeintlich leichter Weg zu sterben, da diese Form der Darstellung unverantwortliche Konsequenzen nach sich ziehen würde. Vor allem labile Menschen würden sich dann schneller für

¹⁵ Vgl. Postman (2008).

¹⁶ Ebd., S. 110.

¹⁷ Richter (2001), S. 92.

¹⁸ Vgl. Ebd., S. 93.

¹⁹ Altena/Venbrux (2010), S. 136.

²⁰ Zitiert nach Anonymus (2008).

die Selbsttötung entscheiden. Sowohl Hoppe als auch der Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Theodor Windhorst, fordern eine Verbesserung der Sterbebegleitung; zudem sieht Windhorst die Notwendigkeit eines ausgewogenen gesellschaftlichen Diskurses über Sterbebegleitung.²¹

Auf der anderen Seite wird das reale Sterben in der Öffentlichkeit nicht nur zu Zwecken der Unterhaltung gezeigt. In den öffentlichen Diskussionen wird das Phänomen teilweise durchaus positiv kommentiert, in dem Sinne, dass es zur Aufklärung der Gesellschaft beitrage. Goody etwa wurde wegen ihres öffentlichen Umgangs mit ihrer Krankheit und dem Sterben nicht nur kritisiert. Der britische Premierminister Gordon Brown betonte zugleich ihr Verdienst für die Krebsfürsorge, und Mediziner erklärten, dass seit dem „Fall Goody“ kurzfristig 20 Prozent mehr junge Frauen zu Vorsorgeuntersuchungen gehen würden.²²

4. Das Sterben als Kunstwerk

Tod und Sterben waren schon immer Themen der Kunst. Im Barock weisen unzählige Gemälde auf die Vergänglichkeit des Irdischen hin. Es existieren viele Abbildungen des gekreuzigten, sterbenden oder toten Jesus. Die Maler Edvard Munch, Egon Schiele, Ferdinand Hodler, Dante Gabriel Rossetti und viele andere haben ihre Frauen, Geliebten oder Familienangehörigen auf dem Sterbebett gemalt.²³ Diese Darstellungen sind eine vermittelte Realität – und zwar so, wie der Künstler sie interpretiert.

Heute bringen Künstler das reale Sterben ins Zentrum der öffentlichen Aufmerksamkeit. Die französische Installations- und Konzeptkünstlerin Sophie Calle hat in ihrem Werk „Pas pu saisir la mort“ („Couldn't Capture Death“, 2007) mit der Videokamera das Sterben ihrer Mutter dokumentiert und als ein Kunstwerk ausgestellt. Ihre Mutter hatte die Einwilligung dazu gegeben, dass ihre letzten Tage von der Tochter gefilmt und während der Kunst-Biennale in Venedig gezeigt werden dürfen.²⁴ Die Besucher konnten diesem intimen Moment des Sterbens in den Ausstellungsräumen zusehen.

Noch weiter ging ein deutscher Installationskünstler, Gregor Schneider, der sich in seinen Werken mit *Räumen* auseinandersetzt. Er will das Sterben zur einer „Live-Erfahrung“ machen. Schneider hat einen sogenannten „Sterberaum“ konzipiert, der in den Medien kritische Reaktionen auslöste. Die Idee, die hinter diesem Konzept steht, ist ein Raum im Museum, um ihn Sterbenden zur Verfügung zu stellen. Sie sollen in einem Kunstwerk „schön“ sterben:²⁵

²¹ Vgl. Ebd.

²² Vgl. Anonymus (2009).

²³ Vgl. Tilmann (2009).

²⁴ Storr (2007), S. 54.

²⁵ Vgl. Jocks (2008), S. 239.

„Ich möchte eine Person zeigen, welche eines natürlichen Todes stirbt oder gerade eines natürlichen Todes gestorben ist. Dabei ist mein Ziel, die Schönheit des Todes zu zeigen.“²⁶

Der öffentliche Sterberaum soll dazu beitragen, Sterben zu enttabuisieren und zu einem positiven Ereignis – vergleichbar mit der Geburt – zu erheben. Der Künstler provoziert: „Warum können wir den Tod nicht aus der Tabuzone herausreißen und wie eine Geburt feiern und ein Kunstwerk schaffen, in dem Sterbende zum Tod begleitet werden?“²⁷ Für Schneider zählt das Sterben zu einer elementaren existenziellen Erfahrung. Der beste Ort sei der inmitten der Kunst, weil Kunst etwas Besonderes sei, die dem Moment des Sterbens eine besondere Bedeutung, eine Sensibilität geben kann, um das Sterben in wahrstem Sinne des Wortes zu einem Kunstwerk zu machen. Schneider meint, in unserer Gesellschaft habe der Mensch oft nicht die Wahl, seinen Sterbeort selbst zu bestimmen. Der Sterberaum solle dagegen ermöglichen, das Sterben nach eigenem Plan und in eigener Regie zu gestalten, zu einem ritualisierten Akt zu machen: „Wieso kann der Sterbende nicht selbst sagen, wie er in welchem Raum in welchem Zusammenhang sterben möchte?“²⁸ Die Motive für öffentliches Sterben im Museum können seiner Meinung nach sehr unterschiedlich sein:

„Ein Grund dafür könnte sein, dass jemand möchte, dass sein Sterben dokumentiert oder plastisch verbildlicht wird. Es wäre auch möglich, dass Menschen dagegen aufbegehren, den zweiten Tod zu sterben, der mit dem absoluten Vergessen eintritt. Es kann auch pure Not sein. Die Angst vor dem Tod, vor Einsamkeit oder vor medizinischer Überversorgung.“²⁹

Schneider legt Wert auf die Verwendung des Raumes:

„Im Unterschied zu einem Bild, das nur angeschaut wird, ist ein Raum zum Betreten da. [...] Ein Sterberaum, der eben nicht nur ein Bild zur Anschauung, sondern dreidimensional und konkret erlebbar ist, ist ein Angebot und nicht nutzlos. Erst die plastische Darstellung schafft den Zugang zur Realität und reflektiert darüber.“³⁰

Hier geht der Künstler noch einen Schritt weiter als beim „Sterben im Internetblog“ oder im Reality-TV: Museumsbesucher könnten so nicht nur das Sterben unmittelbar erleben. Der sonst passive Zuschauer erhalte Zugang zur Realität des Sterbenden. Nichts trennt sie voneinander, keine Dramaturgie des Fernsehens: „Das würde der Dämonisierung des Todes entgegenwirken“³¹ als auch der Aufklärung dienen. Schneider sagt diesbezüglich:

„Es gibt [...] Mediziner, für die Sterben eine Krankheit ist. Nach ihrer Vorstellung sind genetisch unaufgeräumte Winkel die Todesursache und wir potentiell

²⁶ Ebd.

²⁷ Ebd., S. 240.

²⁸ Hohmann/Fuchs (2008), S. 58.

²⁹ Jocks (2008), S. 240.

³⁰ Ebd., S. 241.

³¹ Ebd.

unsterblich. Da die Fragen nach Leben und Sterben jeden von uns betreffen, ist eine öffentliche Diskussion notwendig, die nichts unausgesprochen lässt. Ich trete für mehr Aufklärung ein und wende mich gegen irrationale und apokalyptische Vorstellungen. Dabei hilft die Darstellung.“³²

Auf die Frage, warum ein so intimer und persönlicher Vorgang wie das Sterben öffentlich gemacht werden solle, antwortet Schneider:

„Etwa 50 Prozent aller Menschen sterben öffentlich, umgeben von Fremden in den Krankenhäusern, ohne den Raum und die Umgebung selber bestimmen zu können. [...] Wenn ich die vielen Reaktionen auf meinen Sterberaum Revue passieren lasse, so zeigt sich, dass es einen Bedarf nach Sterberäumen gibt. In den Briefen, die ich erhielt, ist die Rede von den Ängsten vor dem Tod. Beim Sterben allein gelassen zu werden, das Leid und die Schmerzen nicht mehr aushalten zu können und sich ausgeliefert zu fühlen, gehören zu den Befürchtungen.“³³

Ebenfalls betont er:

„Für mich hat das reale Leben seinen Platz in der Kunst, und das schließt weder das Erleben noch den Ausdruck von existentiellen Gefühlen aus. Die Kunst kann dieser Sensibilität einen Ort geben. Der Prozess der gedanklichen Auseinandersetzung mit der Wirklichkeit des Verlustes rückt dann mitten ins gesellschaftliche Bewusstsein. Das stärkt den Trauerprozess, nach dessen Gelingen der Mensch lebensbejahend in die Zukunft blicken kann.“³⁴

Hiermit wird das Sterben zu einem ritualisierten Akt gemacht. In der heutigen Gesellschaft, in der tradierte Sterberituale weggefallen sind, scheint der Mensch nach neuen Orientierungen zu suchen. Die Menschen brauchen neue Sterberituale, die es ihnen ermöglichen, sich mit der Realität des Sterbens auseinanderzusetzen und das Sterben in das Leben zu integrieren.

In der Vergangenheit gab es schon Versuche, den Menschen durch ein Medium, wie z. B. durch die Kunst, eine Orientierung für das Sterben zu vermitteln.

Im 15. Jahrhundert entstand ein Werk „ars moriendi“ – die Kunst des Sterbens. Es handelt sich um elf Bilder und jeweils dazugehörigem Text, die den Sterbenden und den Begleitern des Sterbenden, die nicht zu dem Priesterstand gehörten, praktische Anweisungen zum Sterben leisteten.³⁵ Es wird angenommen, dass die häufigen Pestepidemien zur damaligen Zeit das Bedürfnis nach einer praktischen Anweisung für die Hilfe in *hora mortis* weckten. Aber nicht nur die äußeren Notstände führten zu diesem Bedürfnis, viele Reformkreise sahen eine Notwendigkeit, Laien Anweisungen zum Sterben zu geben, um sie zu größerer Verantwortung zu bewegen³⁶, denn:

³² Ebd., S. 242.

³³ Ebd., S. 242 u. 243.

³⁴ Ebd., S. 243.

³⁵ Laager (1996), S. 178.

³⁶ Ebd.

„Das Vorwort zur *Bilder-Ars* beklagt, nur wenige Menschen würden während ihres Lebens an den Tod denken und beizeiten Vorsorge treffen.“³⁷

Der Sterberaum und der Sterbende könnten daher als Orientierung für das Sterben in der heutigen Zeit dienen. Schneider hat vor, ein schönes und ritualisiertes Sterben zu zeigen, das für jeden zugänglich ist. Ein Sterben, das zum Leben gehört, und eben nicht ein anonymes Sterben, umgeben von Fremden im Krankenhaus. Dieses öffentliche Sterben könnte das Bewusstsein für das Sterben neu erwecken.

5. Schlussbemerkung

Die Grenze zwischen den intimsten Momenten des menschlichen Lebens und den öffentlich wahrnehmbaren Augenblicken scheint sich zunehmend zu verwischen, wie die oben genannten Beispiele zeigen. Die neuen Medien und die Kunst demonstrieren dies eindrucksvoll und erschließen somit andere Sichtweisen und geben neue Denkanstöße.

Es lassen sich gewisse Kontinuitäten zwischen der Geschichte und dem heutigen, postmodernen Phänomen des öffentlichen Sterbens herstellen. Die eine Kontinuität ist: Schon immer hatten die Menschen das Bedürfnis, das Sterben darzustellen, dem Sterbenden zuzusehen – sei es zu Zwecken der Unterhaltung, sei es zur Suche nach Orientierungspunkten für den Umgang mit dem eigenen Ableben und für die Gestaltung von diesem. Die andere ist: Zu jeder Zeit und an jedem Ort gab und wird es unterschiedliche Annahmen über den Umgang mit dem Sterben geben. Diese Annahmen sind durch die jeweilige Kultur, Religion und Sozialisation bedingt und unterliegen einem fortlaufenden – und damit letztendlich beständigen – Wandel. Das Neue an der derzeitigen Entwicklung ist, dass das *eigene* Sterben zur Schau gestellt wird. Dabei kommt es zugleich zu dessen Kommerzialisierung und „Inszenierung“. Der Mensch könnte selbst zum Regisseur des eigenen Sterbens werden und bestimmen, wie – d. h. mit welchen dramaturgischen Mitteln, – und wo er stirbt: vor laufender Kamera, via Internet/Blog oder sogar in einem Museum.

Dieses neue Phänomen zieht zum Teil kontroverse öffentliche Diskussion nach sich. Einerseits wird im öffentlichen Sterben eine Verletzung der Menschenwürde gesehen. Andererseits sehen einige im öffentlichen Sterben neue Orientierungsmöglichkeiten für die Menschen in einer Gesellschaft, in der das Sterben aus dem „realen“ Leben verdrängt wird. Zugleich bietet die bewusste Gestaltung bzw. Inszenierung des eigenen Sterbens eine Möglichkeit, den persönlichen Aktionsradius in den peri- und postmortalen Bereich auszudehnen.³⁸

³⁷ Ebd.

³⁸ Vgl. hierzu auch Groß/Ziefle (2010).

Literatur

1. Anonymus (2008): Anonymus, Scharfe Kritik an britischer Dokusoap zum Freitod, Aerzteblatt vom 11.12.2008, <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/34748/> (gesehen: 23.02.2010).
2. Anonymus (2009): Anonymus, Britische Big-Brother-Kandidatin Jade Goody an Krebs gestorben, Aerzteblatt vom 23.3.2009, <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/35903/> (gesehen: 23.02.2010).
3. Altena/Venbrux (2010): Marga Altena, Eric Venbrux, Television Shows and Weblogs as New Death Rituals: Celebrating Life in the Dutch Production *Over My Dead Body*, in: Dominik Groß, Christoph Schweikardt (Hrsg.), Die Realität des Todes. Zum gegenwärtigen Wandel von Totenbildern und Erinnerungskulturen, Frankfurt a. M. 2010 (= Todesbilder. Studien zum gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod, 3), S. 129-140.
4. Bähler (2009): Regula Bähler, Sterben vor laufender Kamera. Eine Frage der menschlichen Würde, http://www.medienheft.ch/kritik/bibliothek/k09_Baehler_Regula_01.html (gesehen: 09.03.2010).
5. Döring (2009): Sebastian Döring, Jade Goodys Sterben. Vermarktung bis zum Tod, ZEITONLINE vom 23.03.2009, <http://www.zeit.de/online/2009/13/jade-goody-tod?page=all> (gesehen: 09.03.2010).
6. dpa (2008): dpa, Sterbehilfe. TV-Sender zeigt Selbstmord eines Todkranken, WELT-ONLINE vom 10.12.2008, <http://www.welt.de/vermishtes/article2856355/TV-Sender-zeigt-Selbstmord-eines-Todkranken.html> (gesehen: 09.03.2010).
7. Groß/Grande (2010): Dominik Groß, Jasmin Grande (Hrsg.), Objekt Leiche: Technisierung, Ökonomisierung und Inszenierung toter Körper, Frankfurt a. M. 2010 (= Todesbilder. Studien zum gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod, 1).
8. Groß/Schweikardt (2010): Dominik Groß, Christoph Schweikardt (Hrsg.), Die Realität des Todes. Zum gegenwärtigen Wandel von Totenbildern und Erinnerungskulturen, Frankfurt a. M. 2010 (= Todesbilder. Studien zum gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod, 3).
9. Groß/Ziefle (2010): Dominik Groß, Martina Ziefle, Im Dienst der Unsterblichkeit? Der eigene Leichnam als technische Ressource, in: Dominik Groß, Jasmin Grande (Hrsg.), Objekt Leiche: Technisierung, Ökonomisierung und Inszenierung toter Körper, Frankfurt a. M. 2010 (= Todesbilder. Studien zum gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod, 1), S. 545-582.
10. Hahnen et al. (2009): Marie-Christin Hahnen, Tania Pastrana, Stephanie Stiel, Arnd May, Dominik Groß, Lukas Radbruch, Die Sterbehilfedebatte und das Bild der Palliativmedizin in den deutschen Printmedien, Ethik in der Medizin 21 (2009), 4, S. 289-305.
11. Hahnen et al. (2010): Marie-Christin Hahnen, Julia Glahn, Lukas Radbruch, Dominik Groß, Zwischen Fehldeutung und Tabuisierung: Tod und Sterben im Printmediendiskurs, in: Dominik Groß, Christoph Schweikardt (Hrsg.), Die Realität des Todes. Zum gegenwärtigen Wandel von Totenbildern und Erinnerungskul-

- turen, Frankfurt a. M. 2010 (= Todesbilder. Studien zum gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod, 3), S. 113-127.
12. Jocks (2008): Heinz-Norbert Jocks, Das Sterben als Kunstwerk? Kunstforum International 192 (2008), Themenband Schönheit II, S. 239-245.
 13. Hohmann/Fuchs (2008): Silke Hohmann, Albrecht Fuchs, Das Sterben ist etwas anderes als der Tod, Monopol 6 (2008), S. 48-58.
 14. Laager (1996): Jacques Laager, *Ars Moriendi. Die Kunst gut zu Leben und gut zu Sterben*, Zürich 1996.
 15. Oduncu (2007): Fuat S. Oduncu, In Würde Sterben: Medizinische, ethische und rechtliche Aspekte der Sterbehilfe, Sterbebegleitung und Patientenverfügung, Göttingen 2007.
 16. Olariu (2007): Dominic Olariu, Johannes Paul Supertod. Ikone eines neuen Todesverständnisses, in: Thomas Macho, Kristin Marek (Hrsg.), *Die neue Sichtbarkeit des Todes*, Paderborn 2007, S. 59-78.
 17. Postman (2008): Neil Postman, Wir amüsieren uns zu Tode. Urteilsbildung im Zeitalter der Unterhaltungsindustrie, Frankfurt a. M. 182008.
 18. Richter (2001): Lars Richter, *Die Geschichte der Folter und Hinrichtung. Vom Altertum bis zur Jetztzeit*, Wien 2001.
 19. Storr (2007): Robert Storr (Hrsg.), *Think with the Senses feel with the Mind in the Present Tense: La Biennale di Venezia (International Exhibition of Visual Arts)*, Venedig 2007.
 20. Tilmann (2009): Christina Tilmann, Sterben in der Kunst. Der Tod als Medium, *TAGESSPIEGEL* vom 23.04.2009, <http://www.tagesspiegel.de/kultur/Tod-Kunst;art772,2780070> (gesehen: 28.01.2010).
 21. Wils (2007): Jean-Pierre Wils, *Ars Moriendi. Über das Sterben*, Frankfurt a. M. 2007.

**VI. Der Prozess des Sterbens:
Die medizinische und rechtliche Perspektive**

Sterben am Beginn des Lebens – juristische Schwierigkeiten

Jan C. Joerden

1. Zur Begriffsverwendung

Zunächst bedarf es einer Eingrenzung des Themas. Die folgenden Ausführungen werden sich auf die Phase unmittelbar vor und unmittelbar nach der Geburt konzentrieren. Zudem geht es primär um Tötungsakte, die Sterbeprozesse eingeleitet haben, sowie um Unterlassungen von Handlungen, die dem Ablauf von Sterbeprozessen hätten Einhalt gebieten können. Bevor jedoch anhand von drei Beispielen gezeigt werden kann, wie schwer sich die Jurisprudenz tut, gerade auch am Lebensbeginn zu klaren rechtlichen Regelungen hinsichtlich von Verhaltensweisen zu kommen, die zu Tötungen führen, bedarf es einiger begrifflicher Klärungen. Dies umso mehr als in einem interdisziplinären Diskurs nicht alle einschlägigen juristischen Differenzierungen als bekannt vorausgesetzt werden können.

1.1 Leibesfrucht – Mensch

Das Recht differenziert bekanntlich zwischen verschiedenen Stadien der Menschwerdung. Dabei ist der Lebensrechtsschutz in diesen Stadien unterschiedlich ausgestaltet. Von wesentlicher Bedeutung ist hier die Differenz zwischen dem Stadium der Leibesfrucht, auf das die §§ 218 ff. StGB, also die Vorschriften über den Schwangerschaftsabbruch, anzuwenden sind, einerseits und dem anschließenden Stadium andererseits, in dem der Mensch vom Strafrecht durch die Tötungstatbestände der §§ 211 ff. StGB geschützt wird. Die juristische Grenze des Übergangs zwischen diesen beiden Stadien wurde früher durch § 217 StGB a.F. gezogen, der den Fall der Kindstötung erfasste.¹ Da § 217 StGB a.F. seine Anwendbarkeit auf den Zeitraum „in oder gleich nach der Geburt“ erstreckte, war klar, dass die zeitliche Reichweite der Tötungsdelikte mit der Zäsur „in der Geburt“ begann, da § 217 StGB a.F. ja ein Tötungsdelikt repräsentierte.

Es kam dann zu einer Aufhebung von § 217 StGB a.F., womit die Frage entstand, ob dadurch nicht eventuell auch die zeitliche Abgrenzung zwischen Schwangerschaftsabbruch und Tötungsdelikt verändert wurde. So gibt es Stimmen in der juristischen Literatur², die dafür plädieren, dass sich mit der Aufhebung von § 217 StGB a.F. der Anwendungsbereich der Tötungsdelikte zeitlich nach vorne in den bisher den Regeln über den Schwangerschaftsabbruch vorbehaltenen Zeitraum hinein verschoben habe. Viele der Handlungen, die bisher als Spätabtreibung klassifiziert wurden, wären damit zu Tötungsdelikten geworden, mit erheblichen rechtlichen Konsequenzen. Denn während die Spätabtreibung unter bestimmten, noch näher zu betrachtenden Voraussetzungen ge-

¹ § 217 StGB a.F. hatte folgenden Wortlaut: „*Kindstötung*. (1) Eine Mutter, welche ihr nichteheliches Kind in oder gleich nach der Geburt tötet, wird mit Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren bestraft. (2) In minder schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren.“

² Vgl. etwa Gropp (2000), 1ff.; kritisch dazu aber auch Küper (2001), 515ff.

rechtfertigt und damit straflos sein kann (vgl. § 218a Abs. 2 StGB), käme – wenn überhaupt – die Rechtfertigung eines Tötungsdelikts nach den §§ 211 ff. StGB nur unter sehr eingeschränkten Bedingungen in Betracht.

Natürlich wäre zu fragen, wie weit nach vorne die zeitliche Erstreckung der Tötungsdelikte durch die Streichung von § 217 StGB a.F. gerückt sein sollte. Eine Antwort darauf lautet: auf den Zeitpunkt, zu dem das werdende Kind auch außerhalb des Mutterleibes lebensfähig gewesen wäre.³ Allerdings hat sich diese Position (zumindest bisher) in Rechtsprechung und Lehre nicht durchgesetzt; vielmehr geht man überwiegend davon aus, dass trotz der Aufhebung von § 217 StGB a.F. dieser hinsichtlich der Abgrenzung von Schwangerschaftsabbruch und Mord bzw. Totschlag weiterhin Gültigkeit hat. Damit bleibt der Zeitpunkt „in der Geburt“ im Sinne von § 217 StGB a.F. auch weiterhin rechtlich maßgeblich, der schon während der Geltung von § 217 StGB a.F. und demnach auch heute noch überwiegend mit dem Zeitpunkt des Einsetzens der sogenannten Eröffnungswehen identifiziert wird.⁴ Dies ist in strafrechtlicher Hinsicht mithin der maßgebliche Zeitpunkt, in dem die Leibesfrucht zum Menschen wird.

1.2 Handeln – Unterlassen

Eine weitere Unterscheidung, deren Erläuterung in ihrer rechtlichen Bedeutung hier in gebotener Kürze erforderlich ist, ist die Differenzierung zwischen *Handeln* (oder wie es auch oft heißt: *Begehen*) und *Unterlassen*. Genauer geht es um den Unterschied zwischen der Vornahme einer Handlung einerseits und der Unterlassung einer Handlung andererseits. Auf die Tötung eines Menschen bezogen: Wer einen Menschen durch aktives Handeln, also durch Begehen, tötet, z. B. indem er ihn erschießt, ist stets wegen eines Tötungsdelikts strafbar, sofern nicht ausnahmsweise Rechtfertigungs- oder Entschuldigungsgründe (oder auch Strafausschließungsgründe) eingreifen.

Wer dagegen einen Menschen durch Unterlassen tötet, etwa indem er eine Person, die sich in Lebensgefahr befindet, nicht rettet, also die Rettungshandlung unterlässt, obwohl er diese hätte vornehmen können, wird nicht in jedem Fall wegen eines Tötungsdelikts bestraft. Eine solche Strafbarkeit wegen „Tötung durch Unterlassen“ ist vielmehr allenfalls dann gegeben, wenn eine sogenannte Garantenpflicht des Unterlassenden gemäß § 13 StGB⁵ vorliegt. Nach § 13 StGB ist derjenige, der es unterlässt, z. B. einen Tötungserfolg (Juristen sprechen hier tatsächlich von „Erfolg“) abzuwenden, wenn er rechtlich dafür einzustehen hat, dass der Erfolg nicht eintritt, und wenn das Unterlassen der Verwirklichung des gesetzlichen Tatbestandes durch ein Tun entspricht, wegen eines sogenannten unechten⁶ Unterlassungsdelikts strafbar. Liegt dem-

³ Vgl. Gropp (2000), S. 14ff. u. S. 17f.

⁴ Vgl. etwa Eser (2006), Vorbemerkung §§ 211ff., Randnummer 13, mit weiteren Nachweisen auch zu abweichenden Auffassungen.

⁵ § 13 StGB lautet: „*Begehen durch Unterlassen*. (1) Wer es unterläßt, einen Erfolg abzuwenden, der zum Tatbestand eines Strafgesetzes gehört, ist nach diesem Gesetz nur dann strafbar, wenn er rechtlich dafür einzustehen hat, daß der Erfolg nicht eintritt, und wenn das Unterlassen der Verwirklichung des gesetzlichen Tatbestandes durch ein Tun entspricht. (2) [...]“

⁶ Die Differenzierung zwischen „echtem“ und „unechtem“ Unterlassen ergibt sich daraus, dass das Gesetz teilweise ein Unterlassen direkt unter Strafe stellt (sog. echtes Unterlassungsdelikt), es teilweise

gegenüber eine solche Garantenstellung nicht vor, kann insofern allenfalls eine Strafbarkeit aus § 323c StGB wegen unterlassener Hilfeleistung gegeben sein: ein sogenanntes echtes⁷ Unterlassungsdelikt. Im Arzt-Patienten-Verhältnis ist in den meisten Fällen von einer Garantenpflicht des Arztes zugunsten des Patienten auszugehen, allerdings nur dann, wenn ein Behandlungsvertrag vorliegt oder zumindest eine tatsächliche Übernahme der Behandlung, also ein faktischer Behandlungsbeginn, erfolgt ist. Das Gegebensein einer Garantenstellung soll in den nachfolgend noch zu besprechenden Fallkonstellationen jeweils vorausgesetzt werden.

Die Unterscheidung zwischen Handeln und Unterlassen ist nun für das Recht – abgesehen vom Erfordernis einer Garantenstellung bei Letzterem – vor allem deshalb von Bedeutung, weil die *Handlung*, durch die ein Mensch zu Tode gebracht wird, rechtlich tendenziell schwerer (wenn auch nicht viel schwerer; vgl. § 13 Abs. 2 StGB) bewertet wird als eine *Unterlassung*, die zum Tod eines Menschen geführt hat. Dies ist oft für Philosophen und Ethiker insbesondere utilitaristischer Provenienz schwer einzusehen, indem sie vor allem auf das Ergebnis schauen und hervorheben, dass doch in beiden Fällen ein Mensch zu Tode kommt.

Dass es indes zumindest in der rechtlichen Bewertung ein Ungleichgewicht von Handeln und Unterlassen geben muss, erkennt man leicht, wenn es um die Frage geht, ob man eine Person retten darf, indem man eine andere Person tötet. Wer diese Frage verneint, hat sich bereits auf eine Position begeben, die bei gleichen Rechtsgütern (hier: dem Leben) in einer Kollisionslage die Erfüllung der Unterlassungspflicht der Erfüllung der Handlungspflicht vorzieht. Der normative Grund dafür liegt letztlich darin, dass zumindest das Recht den *status quo* einer bestehenden Rechtsposition begünstigt und demgegenüber die Chancen auf Erreichen einer noch nicht gesicherten Rechtsposition geringer veranschlagt. Indirekter Ausdruck dessen ist übrigens auch jener alte Rechtsgrundsatz *casum sentit dominus*⁸, wonach der Zufall, d. h. die Gefahr eines zufälligen Untergangs einer im Eigentum einer Person stehenden Sache, den Rechteinhaber selbst trifft und regelmäßig nicht auf andere Personen abgewälzt werden darf. Denn diese Regel kann sinnvollerweise nur dann gelten, wenn grundsätzlich der Rechteinhaber den (rechtlichen) Vorzug vor anderen hat, die lediglich das Erreichen einer Rechtsposition erwarten.

1.3 Aktive, passive und indirekte Sterbehilfe

Diese Differenzierung zwischen Handeln und Unterlassen und deren unterschiedliche rechtliche Bewertung liegt auch den juristischen Differenzierungen zwischen verschiedenen Formen der Sterbehilfe zugrunde. Augenfällig ist dies bei der Unterscheidung

aber einer Anwendung von § 13 StGB bedarf, um von der Strafbarkeit wegen eines Begehungsdelikts zur Strafbarkeit auch des entsprechenden Unterlassungsdelikts zu gelangen (sog. unechtes Unterlassungsdelikt). Die Formulierung „unecht“ deutet zudem darauf hin, dass man ein solches Unterlassungsverhalten strafrechtlich dem Begehungsdelikt an die Seite stellt (deshalb auch bei § 13 StGB die merkwürdig formulierte Überschrift „Begehen durch Unterlassen“), und zwar weitgehend auch hinsichtlich der Strafandrohung (abgesehen von einer fakultativen Strafmilderung gem. § 13 Abs. 2 StGB).

⁷ Vgl. Fußnote 6.

⁸ Vgl. dazu Liebs (2007).

von *aktiver* und *passiver Sterbehilfe*. Derjenige, der aktiv Sterbehilfe leistet, ist rechtlich in einer ungleich schlechteren Position als derjenige, der sogenannte passive Sterbehilfe leistet. Der Erste tötet aktiv (etwa durch eine Injektion), während der Zweite passiv mit ansieht, wie ein anderer stirbt, und dabei keine Hilfe zum Sterben leistet, sondern allenfalls Hilfe beim Sterben, etwa durch Zuspruch oder durch Gabe schmerzlindernder Medikamente. Letzteres ist zwar auch aktives Tun, aber kein Tötungshandeln, wenn man hier einmal voraussetzt, dass die Gabe dieser Schmerzmittel den Todeseintritt nicht beschleunigt. Wer aktive Sterbehilfe leistet, ist nach deutschem Recht grundsätzlich wegen eines Tötungsdelikts strafbar, allerdings, soweit ein ernstliches und zurechenbares Sterbeverlangen des Opfers bzw. des Patienten vorliegt, nur nach der (gegenüber den allgemeinen Tötungsdelikten) den Täter privilegierenden Strafnorm des § 216 StGB⁹ (sogenannte Tötung auf Verlangen).

Wer es dagegen bei Passivität belässt, ist nur dann wegen eines Tötungsdelikts nach §§ 211 ff. in Verbindung mit § 13 StGB strafbar, wenn er Garant im oben bezeichneten Sinne ist und zudem eine Möglichkeit hatte, durch geeignete Maßnahmen den Tod des betreffenden Patienten abzuwenden. Sofern demnach der behandelnde Arzt eine realistische Möglichkeit hat, den Tod des Patienten, etwa durch eine Operation oder die Verabreichung von Medikamenten, abzuwenden, muss er das tun, wenn er sich nicht gemäß §§ 212, 13 StGB strafbar machen will. Jeder Patient kann indes jederzeit die Behandlung ablehnen, mit der rechtlichen Folge, dass dann jede gleichwohl und gegen den Patientenwillen durchgeführte Behandlung strafbare Körperverletzung bzw. Nötigung wäre. Erforderlich ist für die rechtliche Wirksamkeit eines solchen Behandlungsverzichts allerdings eine frei verantwortliche (zurechenbare) Entscheidung des Patienten. Es ist in der juristischen Literatur allgemein anerkannt, dass in einem solchen Fall selbst bei Vorliegen einer Garantenstellung keine strafbare Tötung auf Verlangen durch Unterlassen vorliegt, sondern vielmehr der Patientenwille Vorrang hat, freilich unter der genannten Voraussetzung, dass der Patient angemessen über die Folgen seiner Behandlungsverweigerung aufgeklärt wurde und dann frei über den Verzicht entschieden hat. Die Strafbarkeit des Arztes wegen Tötung durch Unterlassen scheitert im Falle passiver Sterbehilfe daher trotz seiner Garantenstellung oftmals entweder faktisch am Fehlen einer Möglichkeit, den Todeserfolg abzuwenden, oder rechtlich an dem ausdrücklichen Behandlungsverzicht des Patienten.¹⁰

Eine gewisse Sonderrolle spielt die sogenannte *indirekte Sterbehilfe*. In den durch diese Formulierung gekennzeichneten Fällen wird dem Patienten mit dessen Einverständnis ein Medikament (oftmals ist es Morphinum) verabreicht, um seine Schmerzen zu lindern. Allerdings ist diese Medikamentengabe mit dem Risiko einer Beschleuni-

⁹ § 216 lautet: „*Tötung auf Verlangen*. (1) Ist jemand durch das ausdrückliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen. (2) Der Versuch ist strafbar.“

¹⁰ Offen bleiben muss hier die rechtlich problematische Frage, ob eine zunächst mit tatsächlicher oder mutmaßlicher Einwilligung eines Patienten eingeleitete andauernde lebenserhaltende medizintechnische Maßnahme (etwa der Anschluss an eine Herz-Lungen-Maschine) ohne Strafbarkeitsrisiko für den Arzt wieder abgebrochen werden kann, wenn z. B. eine diesem Verfahren entgegenstehende Patientenverfügung aufgefunden wird.

gung des Todeseintritts verbunden. Da Tötung stets Lebenszeitverkürzung ist, ist auch die indirekte Sterbehilfe ein Tötungshandeln, trotz der eher euphemistischen Bezeichnung „indirekte Sterbehilfe“. Obwohl es hier also um ein Tötungshandeln geht, ist unter Juristen im Ergebnis unstrittig, dass bei Einwilligung des Patienten in solchen Fällen kein Delikt gemäß § 216 StGB verwirklicht wird. Sehr umstritten sind allerdings die Begründungsversuche für dieses Ergebnis.

Traditionell wird die sogenannte *duplex effectus*-Lehre herangezogen, die auf Überlegungen von Thomas von Aquin (allerdings zur Notwehr) zurückgeht.¹¹ Nach dieser Lehre kann eine Handlung neben einer Hauptwirkung gleichsam auch eine Nebenwirkung haben, deren rechtliche bzw. moralische Beurteilung von der Beurteilung der Hauptwirkung beeinflusst wird. Im Falle der indirekten Sterbehilfe soll dabei die Schmerzlinderung die Hauptwirkung sein, weil auf die Bewirkung dieser Folge die Absicht des Arztes gerichtet ist. Der relativ frühzeitige Todeseintritt dagegen soll die Nebenwirkung sein, weil der Arzt diese nicht herbeiführen will, sondern sie lediglich um der Schmerzlinderung willen in Kauf nimmt. Obwohl diese Lehre den Satz „der Zweck heiligt die Mittel“ strikt von sich weisen würde, ist sie gleichwohl bereit, die Handlung, insofern als sie den vorzeitigen Tod des Patienten (Nebenwirkung) herbeiführt, wegen der bewirkten Schmerzlinderung (Hauptwirkung) zu akzeptieren. Anders soll dies nur dann sein, wenn der Arzt gerade darauf abgezielt hat, den vorzeitigen Tod herbeizuführen, etwa um schneller an ein ihm vom Patienten in Aussicht gestelltes Legat zu kommen.

Gegen diese Argumentation wird mit einigem Recht eingewandt, dass die Frage der Strafbarkeit nicht allein nach Maßgabe der Absichten des Täters beurteilt werden und die bloße Aufspaltung in zwei unterschiedliche Folgen einer Handlung nichts zu ihrer rechtlichen Beurteilung beitragen könne. Ansichten, die diese oder eine ähnliche Kritik äußern, suchen den Weg zur Straflosigkeit der indirekten Sterbehilfe bei den sogenannten Rechtfertigungsgründen (vgl. zum Begriff noch nachfolgend), insbesondere bei § 34 StGB¹², dessen Anwendbarkeit in diesen Fällen allerdings im Hinblick auf seine Interessenabwägungsklausel auch durchaus problematisch ist. Die juristische Argumentation zur indirekten Sterbehilfe kann hier indes nicht weiter vertieft werden. Zumindest sollte deutlich geworden sein, welche Fallgruppe man mit diesem Begriff zu erfassen sucht.

1.4 Rechtfertigung – Entschuldigung

Der Ausdruck „Rechtfertigung“ führt noch auf eine weitere rechtliche Unterscheidung, die kurz erläutert werden muss, bevor auf die angekündigten Beispiele eingegangen werden kann, und zwar die Differenz zwischen *Rechtfertigung* und *Entschuldigung*. Recht-

¹¹ Näher dazu Joerden (2007), 238ff. mit weiteren Nachweisen.

¹² § 34 StGB lautet: „Rechtfertigender Notstand. Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte Interesse wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.“

fertigungsgründe bilden Ausnahmen zu Verboten und Geboten mit der Konsequenz, dass derjenige, der in einer Rechtfertigungslage (z. B. in Notwehr) ein Delikt wie etwa eine Tötung begeht, nicht rechtswidrig und damit auch nicht strafbar handelt. Der vorhin schon kurz erwähnte § 218a Abs. 2 StGB¹³ ist ein solcher Rechtfertigungsgrund.

Greift ein solcher Rechtfertigungsgrund nicht ein, ist das (tatbestandsmäßige) Verhalten rechtswidrig; es kann aber gleichwohl noch entschuldigt und damit letztlich auch straflos sein, wenn ein sogenannter Entschuldigungsgrund gegeben ist. Die im vorliegenden Kontext wichtigsten gesetzlich anerkannten Entschuldigungsgründe beruhen dabei auf dem Gedanken, dass es in schweren psychologisch wirksamen Drucksituationen, etwa dann, wenn in einer akuten Gefahrenlage das eigene Leben auf dem Spiel steht, unter Umständen sehr schwierig sein kann, sich gleichsam unter Verleugnung der eigenen Interessen rechtmäßig zu verhalten. Für solche Sonderkonstellationen gewährt das Gesetz daher einen Dispens von der eigentlich verwirkten Strafbarkeit der rechtswidrigen Tat. Obwohl es nicht dasselbe ist, hat dieser Dispens etwas von einer Einstellung, die ausnahmsweise „Gnade vor Recht ergehen“ lässt.

Das Eingreifen (nur) eines Entschuldigungsgrundes hat allerdings im Vergleich zu dem Eingreifen eines Rechtfertigungsgrundes eine wesentlich andere rechtliche Konsequenz. Wer eine *gerechtfertigte* Handlung vornimmt, darf daran von niemandem gehindert werden. Wer dagegen eine lediglich entschuldigte Handlung vornimmt, handelt *per definitionem* rechtswidrig und darf daher (grundsätzlich) auch (unter dem Gesichtspunkt der Notwehr) an der Vornahme einer solchen Handlung von jedermann gehindert werden.

2. Drei problematische Fallkonstellationen

Nachdem nunmehr die hier einschlägigen rechtlichen Begrifflichkeiten relativ klar zu Tage liegen, wird sich im Folgenden zeigen, dass trotz dieser Klarheit der Begriffe die

¹³ § 218a StGB lautet insgesamt: „*Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs.* (1) Der Tatbestand des § 218 ist nicht verwirklicht, wenn 1. die Schwangere den Schwangerschaftsabbruch verlangt und dem Arzt durch eine Bescheinigung nach § 219 Abs. 2 Satz 2 nachgewiesen hat, daß sie sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff hat beraten lassen, 2. der Schwangerschaftsabbruch von einem Arzt vorgenommen wird und 3. seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind. (2) Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann. (3) Die Voraussetzungen des Absatzes 2 gelten bei einem Schwangerschaftsabbruch, der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommen wird, auch als erfüllt, wenn nach ärztlicher Erkenntnis an der Schwangeren eine rechtswidrige Tat nach den §§ 176 bis 179 des Strafgesetzbuches begangen worden ist, dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß die Schwangerschaft auf der Tat beruht, und seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind. (4) Die Schwangere ist nicht nach § 218 strafbar, wenn der Schwangerschaftsabbruch nach Beratung (§ 219) von einem Arzt vorgenommen worden ist und seit der Empfängnis nicht mehr als zweiundzwanzig Wochen verstrichen sind. Das Gericht kann von Strafe nach § 218 absehen, wenn die Schwangere sich zur Zeit des Eingriffs in besonderer Bedrängnis befunden hat.“

juristische Beurteilung der drei hier näher zu betrachtenden Fallkonstellationen alles andere als klar ist. Dabei geht es um Fallkonstellationen, die im ersten Fall kurz vor der Geburt ihren zeitlichen Ausgangspunkt haben, im zweiten Fall während der Geburt und im dritten Fall kurz nach der Geburt.

2.1 („Misslungene“) Spätabtreibung

Die erste Fallkonstellation ist besonders dadurch gekennzeichnet, dass die fragliche Handlung, die vor der Geburt vorgenommen wurde, Auswirkungen auch noch nach der Geburt hatte. Denn es soll im vorliegenden Kontext nicht allgemein die Problematik der Spätabtreibung erörtert werden – zweifellos ein Thema mit eigenständiger Brisanz –, sondern es geht hier zunächst um den Fall einer sogenannten *misslungenen Spätabtreibung*. Kurz zusammengefasst liegt diesem Fall folgender Sachverhalt zugrunde:¹⁴

¹⁴ Eine ausführlichere Fallschilderung (allerdings auch in einer gekürzten Zusammenfassung) sei im Interesse der Lesbarkeit des Haupttextes nur in dieser Fußnote wiedergegeben: In der Nacht vom 5.7. auf den 6.7.1997 wurde um 1.05 Uhr in einer Gynäkologisch-Geburtshilflichen Station der Städtischen Kliniken in Oldenburg ein männliches Kind geboren. Das Kind war am Beginn der 26. Schwangerschaftswoche aus Beckenendlage mit Handgriff Veit-Smellie entwickelt worden und hatte dabei ein Gewicht von 690 g, eine Körpergröße von 32 cm und einen Kopfumfang von 20,5 cm. In einem von der Staatsanwaltschaft in Auftrag gegebenen Gutachten heißt es zu dem Fall, in dem es um die eventuelle Strafbarkeit des behandelnden Gynäkologen ging: „Es habe sich unzweifelhaft um eine med. Indikation zu einem späten Schwangerschaftsabbruch auf der Basis der genetischen Diagnose einer fetalen Erkrankung durch Trisomie 21, entsprechend eines Down-Syndroms, gehandelt. Der Eingriff sollte zur Abwendung einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des seelischen Gesundheitszustandes der Mutter – einer psychischen Notfallsituation der Mutter – durchgeführt werden. Die Indikation und der Abbruch selbst stimmten mit der Vorschrift des § 218a II StGB i.d.F. des Schwangeren-Familienhilfe-Gesetzes vom 21.8.1995 überein. – Das in den ärztlichen Dokumentationen dargestellte Vorgehen durch lokale, später auch systemisch durch intravenöse Prostglandinbehandlung habe dem derzeitigen Standard der Durchführung später Schwangerschaftsabbrüche entsprochen. Auch die Entwicklung des Neugeborenen und die Nachcuretage sei nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt. – Die Wahrscheinlichkeit des Absterbens eines unreifen Feten in der 24. bis 26. Schwangerschaftswoche durch die mechanische Belastung einer natürlichen Geburt (im Gegensatz zur Schnittentbindung), durch die toxische Wirkung der applizierten Prostglandine und in diesem Fall durch die besonders belastende Beckenendlage sei sehr hoch. Gleichwohl könne die Geburt eines lebenden Feten nach Schwangerschaftsabbruch ab etwa einer Zeitspanne von 24 abgeschlossenen Schwangerschaftswochen nicht ausgeschlossen werden. – Im Nachhinein müsse aufgrund des unwiderlegbar geschilderten Zustandes des Feten unmittelbar nach der Geburt festgestellt werden, dass es zu diesem Zeitpunkt in hohem Maße wahrscheinlich gewesen sei, dass zunächst existierende Lebenszeichen aufgrund der Unreife des Feten sehr bald erlöschen würden. – Etwa eine Stunde nach der Geburt müsse der Zustand des Feten als präfinal bewertet werden.“ – Der behandelnde Gynäkologe hat zum Ablauf nach der Geburt des Kindes in einem Gedächtnisprotokoll festgehalten: „Nach Geburt ist Fet schlapp, zyanotisch, insgesamt dunkel-violettes Hautkolorit, Glutäalhämatom, Schnappatmung, Herzaktion sporadisch [...] Das Kind wird in ein warmes Tuch gewickelt in den Kreissaal genommen [...] Seit der Geburt wurde das Kind mit kurzen Unterbrechungen im Arm der Nachtschwester gehalten [...]“ [Es folgt die Darstellung von drei „Inspektionen“ des Kindes bis um 10 Uhr Folgendes festgestellt wird:] „Kind rosig, regelmäßige Atmung, Herzfrequenz 120/min, Puls Oxymetrie 90 % O₂ Sättigung, gute Saugreflexe. Nach Rücksprache mit Pädiatern...Verlegung des Kindes zur Neonatologie.“ Das Kind hat überlebt. Die Staatsanwaltschaft stellte das später gegen den Gynäkologen eingeleitete Strafver-

Eine Frau war am Beginn der 26. Schwangerschaftswoche schwanger mit einem Kind, von dem vorgeburtlich festgestellt worden war, dass es an Trisomie 21, also dem Down-Syndrom, litt. Der behandelnde Arzt hatte unter Gabe der üblichen Medikamente eine Abtreibung eingeleitet. Das Kind war jedoch wider Erwarten lebend geboren worden; ein seltener, aber nicht völlig ausgeschlossener Fall. In den allermeisten Fällen bei dieser Art des Vorgehens kommt die Leibesfrucht tot zur Welt. Die Ärzte hatten nunmehr zwar nicht auf den Tod des Kindes hingewirkt, der auch nicht eintrat; sie hatten aber auch zunächst keine gezielten Anstrengungen unternommen, das Leben des Kindes zu fördern und ihm jedenfalls nicht die lebenserhaltenden Maßnahmen angedeihen lassen, die einem Frühgeborenen sonst zweifellos zugutegekommen wären. Den Hintergrund für dieses Verhalten bildete eindeutig die Tatsache, dass dieses Kind ja gerade nicht hatte lebend zur Welt kommen sollen.

Gegen dieses Verhalten, das im Rahmen eines Einstellungsbeschlusses der damit befassten Staatsanwaltschaft bekannt geworden war, ist von Juristen vorgebracht worden, dass mit dem Zeitpunkt der Geburt, also spätestens mit dem Verlassen des Mutterleibes, wenn nicht (vgl. § 217 StGB a.F.) sogar schon etwas früher, aus der Leibesfrucht ein Mensch im strafrechtlichen Sinne geworden war, dem die üblichen lebensfördernden und lebenserhaltenden Maßnahmen hätten zugutekommen müssen. Es stand mit anderen Worten die Strafbarkeit des zuständigen Arztes nach §§ 212, 13, 22 StGB wegen versuchten Totschlags durch Unterlassen, zumindest aber nach §§ 223, 13 StGB wegen vollendeter Körperverletzung durch Unterlassen im Hinblick auf das Unterbleiben einer angemessenen Erstversorgung im Raum.

Die Frage, die dabei entsteht, ist allerdings, weshalb es eigentlich rechtswidrig sein sollte, einen Todeserfolg nicht zu verhindern, obwohl man eben diesen Erfolg Minuten zuvor noch durch aktives Handeln rechtmäßiger Weise herbeiführen durfte. Denn es kann nach dem Gesetzeswortlaut von § 218a Abs. 2 StGB¹⁵ keinem Zweifel unterliegen, dass der Arzt bei Vorliegen einer Situation, die man vor der letzten Reform der §§ 218 ff. StGB noch als Fall einer „embryopathischen“ Indikation bezeichnet hätte, während die Vorschrift heute eher als medizinisch-soziale Indikation im Hinblick auf eine Gefährdung der Mutter ausgelegt wird, und die hier unstrittig gegeben war, *berechtigt* war (mit der vorliegenden Einwilligung der Schwangeren) den Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen, und zwar gerade mit dem Ziel, die Leibesfrucht zu Tode zu bringen. Weshalb sollte derselbe Arzt nunmehr verpflichtet gewesen sein, das ursprüngliche rechtmäßige Ziel seines Handelns wieder zurückzunehmen, es gleichsam wieder rückgängig zu machen? Und dies sogar dann, wenn durch die (erlaubte) Prozedur der Spätabtreibung noch eine zusätzliche Schädigung des Kindes eingetreten sein sollte?

Hiergegen wird eingewendet, dass eben mit der Geburt eine wesentliche Änderung der Rechtslage eingetreten sei und daraus folge, dass das gleichsam entgegen dem Abtreibungsplan nun doch zur Welt gekommene Kind mit eben diesem Zur-Welt-Kom-

fahren durch Verfügung vom 3.5.1999 ein. Vgl. zum Fall und seiner Darstellung in noch ausführlicherer Form: StA Oldenburg, NStZ, Neue Zeitschrift für Strafrecht 19 (1999), S. 461-462; vgl. zu diesem Fall auch die sich der Fallschilderung anschließende kritische Anmerkung von Tröndle (1999).

¹⁵ Vgl. Fußnote 13.

men einen anderen rechtlichen Status erlangt habe. Denn die Anwendbarkeit des Rechtfertigungsgrundes des § 218a Abs. 2 StGB ende gerade mit der Geburt des Kindes, und nach der Geburt dürfe ein behindertes Kind ebenso wenig ums Leben gebracht werden, und zwar auch nicht durch Unterlassen, wie sonst ein behindert oder nicht behindert zur Welt gekommenes Kind – einen § 218a Abs. 2 StGB entsprechenden Rechtfertigungsgrund für die Tötung eines Menschen im Sinne von §§ 211 ff. StGB gibt es nicht.

Und doch will nicht recht einleuchten, wie aus einem an sich rechtmäßigen Vorgang (der Einleitung der Spätabtreibung mit dem Ziel der Tötung der Leibesfrucht) durch ein „Misslingen“ des ärztlichen Vorgehens eine Lage entstehen kann, die zu einer diametral entgegengesetzten Handlungsweise verpflichten könnte. Wesentlich einleuchtender wäre die rechtliche Lage dann, wenn man § 218a Abs. 2 StGB nicht als Rechtfertigungsgrund, sondern – wie dies vor der Implementierung der jetzigen Fassung auch schon vereinzelt vorgeschlagen wurde¹⁶ – als Entschuldigungsgrund konzipiert hätte. Denn dann bliebe die Rechtswidrigkeit des ursprünglichen Verhaltens bestehen; und dass ein Entschuldigungsgrund in seiner Reichweite eingegrenzt wird, erscheint wesentlich plausibler als die „Umwandlung“ einer an sich und in ihrem Ursprung rechtmäßigen Zielverfolgung in eine rechtswidrige.

Immerhin denkbar wäre allerdings auch eine These, wonach es bei dieser „Vorgeschichte“ eines legalen Tötungsaktes hätte auch erlaubt sein müssen, das lebend geborene Kind zumindest durch Unterlassen seiner weiteren Behandlung zu töten. Vor dem Hintergrund der geltenden Rechtslage ließe sich dafür zwar nicht eintreten, aber es wäre gar nicht so unproblematisch, einem Arzt, der das „Misslingen“ der Spätabtreibung vor Augen unmittelbar nach der Geburt den Tod des Kindes herbeiführt, um die bei § 218a Abs. 2 StGB ja gerade vorausgesetzte und andauernde Gefahr für die seelische Konstitution der Mutter zu bannen, einen *auch moralischen* Vorwurf zu machen. Dies insbesondere dann, wenn man einmal annimmt, die ungewollte Lebendgeburt beruhe ihrerseits auf einem ärztlichen Kunstfehler, etwa weil die Dosis des betreffenden Medikaments fehlerhaft bestimmt wurde. Zwar ist moralisches Unbehagen per se noch kein guter Grund, rechtliche Regelungen außer Kraft zu setzen, aber zumindest Anlass dafür, über Modifikationen der Rechtslage nachzudenken. Wobei diese Modifikationen hier durchaus auch darauf hinauslaufen könnten, das Recht zur Spätabtreibung zeitlich einzuschränken, um so zu vermeiden, dass eine legal abgetriebene Leibesfrucht unter Umständen lebensfähig geboren wird.

2.2 Perforation

In ähnliche Probleme für die juristische Argumentation führt die Fallkonstellation der sogenannten Perforation. Dabei kommt es in der Geburt, also zu einem Zeitpunkt, zu dem gemäß § 217 StGB a.F. nicht mehr nur eine Leibesfrucht, sondern bereits ein Mensch im Sinne der Tötungsdelikte gegeben ist, zu einem in der Regel durch Wasser-

¹⁶ Nachweise zur diesbezüglichen juristischen Diskussion, auch zu der These, § 218a Abs. 2 StGB sei nicht verfassungsgemäß, vgl. Eser (2006), § 218a, Randnummer 21f.

köpfung des Kindes verursachten Steckenbleiben im Geburtskanal.¹⁷ Sofern im Einzelfall nicht durch Kaiserschnitt geholfen werden kann, muss in aller Regel das Kind getötet und entfernt werden, um das Leben der Mutter zu retten. Aber wie sollte es gerechtfertigt werden können, einen Menschen zu töten, um einen anderen zu retten?

Die obigen Darlegungen zur Differenz zwischen Handeln und Unterlassen haben diese Möglichkeit gerade ausgeschlossen. Immerhin mag man sich einmal den einzigen hier ernstlich in Betracht kommenden Rechtfertigungsgrund im Strafgesetzbuch dazu etwas näher ansehen, und zwar § 34 StGB (sogenannter rechtfertigender Notstand).¹⁸ Der hier kritische Punkt dieser Vorschrift, die grundsätzlich den Eingriff in fremde Rechtsgüter gestatten kann, um andere Rechtsgüter aus einer Gefahr zu retten, ist jedoch die sogenannte *Interessenabwägungsklausel*. Danach ist ein Eingriff in die Rechte einer Person zur Gefahrabwendung nur dann zulässig, wenn das zunächst gefährdete und dann durch den Eingriff geschützte Interesse das beeinträchtigte Interesse *wesentlich überwiegt*.

Unter der Voraussetzung, die aus rechtlicher Perspektive nicht ernsthaft in Frage zu stellen ist, dass das Kind in der Geburt bereits denselben Schutz aus §§ 211 ff. StGB genießt wie auch die Mutter, kann jedenfalls keine Rede davon sein, dass die Interessen der Mutter an ihrem Leben die Interessen des Kindes an seinem Leben wesentlich überwiegen. Die hier einmal ausnahmsweise einander entgegengesetzten Lebensinteressen von Mutter und Kind sind vielmehr vor dem Gesetz gleich. Eine Rechtfertigung der Perforation ist daher aus § 34 StGB in direkter Anwendung der Vorschrift jedenfalls nicht herleitbar.

Um doch noch zu einer Rechtfertigung zu gelangen, wird dafür plädiert, den an sich nur aus dem Zivilrecht bekannten Rechtfertigungsgrund des Defensivnotstands gemäß § 228 BGB¹⁹ analog heranzuziehen. Danach kann – wenn man den Grundgedanken der Vorschrift verallgemeinert – eine Handlung, die in die Interessen einer anderen Person eingreift, auch dann rechtmäßiger Weise vorgenommen werden, wenn die betreffenden Interessen, die kollidieren, gleich gewichtig sind;²⁰ dies gilt allerdings nur dann, wenn die Gefahr für das geschützte Rechtsgut gerade aus der Sphäre desjenigen herrührt, in dessen Interessen zur Gefahrabwendung eingegriffen wird. Auf den Fall der Perforation bezogen: Man könnte die These vertreten, dass hier die Gefahr für die Mutter gerade von dem Kind ausgeht, weshalb nach den Grundsätzen des Defensivnotstands das Kind gleichsam als Quelle der Gefahr getötet werden dürfe, obwohl das

¹⁷ Vgl. Eser (2006), Vorbemerkung §§ 218ff., Randnummer 41.

¹⁸ Vgl. Fußnote 12.

¹⁹ § 228 BGB hat folgenden Wortlaut: „*Notstand*. Wer eine fremde Sache beschädigt oder zerstört, um eine durch sie drohende Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht widerrechtlich, wenn die Beschädigung oder die Zerstörung zur Abwendung der Gefahr erforderlich ist und der Schaden nicht außer Verhältnis zu der Gefahr steht. Hat der Handelnde die Gefahr verschuldet, so ist er zum Schadensersatz verpflichtet.“

²⁰ Die Interessenabwägungsklausel des § 228 BGB steht einer Rechtfertigung der Gefahrabwendung nur dann entgegen, wenn das durch die Abwendungshandlung beeinträchtigte Interesse das geschützte Interesse wesentlich überwiegt – oder in den Worten des § 228 BGB: „wenn der Schaden [...] außer Verhältnis zu der Gefahr“ steht; vgl. Fußnote 19.

Lebensinteresse der Mutter rechtlich betrachtet das Interesse des Kindes nicht wesentlich überwiegt, sondern vielmehr mit diesem verglichen gleich wichtig ist.

Gegen eine solche Argumentation ist indes mit einigem Recht vorgebracht worden, dass man auch die These verfechten könnte, dass die Gefahrenlage gerade durch den zu engen Geburtskanal entstanden sei, also aus der Rechtssphäre der Mutter herühre, weshalb auch sie als „Gefahrenquelle“ gelten könne. Daraus ließe sich dann das allerdings stark kontraintuitive Ergebnis ableiten, dass es unter Umständen erlaubt sein könnte, die Mutter zu töten, falls dies das einzige Mittel darstellen sollte, das Kind zu retten. Das Argument, das Kind verdanke sein Leben doch der Mutter, weshalb deren Leben im Zweifel den Vorzug verdiene, ist zwar auf den ersten Blick durchaus einleuchtend, vermag aber wohl nicht das Argument der Gleichwertigkeit beider hier in Rede stehender Leben zu entkräften. Denn auch bei einem bereits etwas älteren Kind würde man im Falle der Kollision seines Lebensinteresses mit dem Lebensinteresse der Mutter schwerlich in jedem Fall den Interessen der Mutter deshalb den Vorzug geben, weil das Kind doch der Mutter sein Leben verdanke.

Einiges spricht hier daher dafür, den Arzt, der das Kind im Falle einer Perforationslage tötet, allenfalls zu entschuldigen. Dabei ist der allein als Entschuldigungsgrund in Betracht kommende Tatbestand des § 35 StGB²¹ (sogenannter entschuldigender Notstand) allerdings schon deshalb in aller Regel unanwendbar, weil dort aus guten, hier nicht zu vertiefenden Gründen, vorausgesetzt wird, dass der Täter die Gefahr von sich oder einer anderen ihm nahestehenden Person abwendet. Der Arzt befindet sich indes regelmäßig gerade *nicht* in einem solchen Näheverhältnis zu der Mutter des Kindes. Deshalb wird für Fälle dieser Art oft ein sogenannter übergesetzlicher entschuldigender Notstand reklamiert, eine Denkfigur indes, die schon in ihrem Namen andeutet, dass sie eigentlich keine Rechtsfigur ist, sondern Ausdruck der Hilflosigkeit eines Juristen, der ein insofern wohl unvollständiges Gesetz und dessen Konsequenzen vor Augen hat. Es käme das Problem hinzu, dass bei bloßer Entschuldigung der Tat grundsätzlich jedermann den Arzt an der betreffenden Handlung hindern könnte, eben weil sie zwar entschuldigt wäre, aber doch rechtswidrig bliebe.

2.3 Frühenthanasie

Schließlich sei noch kurz auf eine dritte Fallkonstellation, die sogenannte *Frühenthanasie*, eingegangen, die wiederum ähnliche rechtliche Probleme aufwirft. Bekanntlich geht es dabei um Fälle, in denen ein bereits geborenes Kind durch eine schwere Erbkrankheit so erheblich geschädigt ist, dass es nur noch ein Leben unter Qualen bis zu einem relativ bald eintretenden Tod vor sich hat. Die Frage, die sich hier stellt, ist, ob nicht in solchen Fällen unter bestimmten Voraussetzungen aktive Sterbehilfe geleistet werden darf

²¹ § 35 StGB lautet: „*Entschuldigender Notstand.* (1) Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib oder Freiheit eine rechtswidrige Tat begeht, um die Gefahr von sich, einem Angehörigen oder einer anderen ihm nahestehenden Person abzuwenden, handelt ohne Schuld. Dies gilt nicht, soweit dem Täter nach den Umständen, namentlich weil er die Gefahr selbst verursacht hat oder weil er in einem besonderen Rechtsverhältnis stand, zugemutet werden konnte, die Gefahr hinzunehmen; jedoch kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden, wenn der Täter nicht mit Rücksicht auf ein besonderes Rechtsverhältnis die Gefahr hinzunehmen hatte. (2) [...]“

– allerdings mit der Besonderheit gegenüber der aktiven Sterbehilfe auf Verlangen eines Patienten, dass hier das Kind nicht einmal als Einwilligender in Betracht käme, sondern nur die Eltern bzw. das Familiengericht.

In der Zeit kurz nach der politischen Wende wurde in der Presse vielfach die sogenannte *Erfurter Wassereimermethode* kritisiert, die nach ernst zu nehmenden Berichten darin bestanden hatte, die Kinder, denen ein solches furchtbares Leben bevorstand, hätte, in einem Wassereimer zu ertränken. Zwar war die Empörung im Westen allenthalben groß, doch musste man einräumen, dass man in Fällen dieser Art im Westen vielfach die Methode des bloßen Liegenlassens des Kindes praktiziert hatte, wobei das betreffende Kind dann durch Verhungern oder Verdursten ums Leben gekommen war, also eine Art von passiver Sterbehilfe, allerdings bei grundsätzlicher Pflicht des Arztes gemäß § 13 StGB, das Leben des Kindes zu erhalten. Obwohl einige Autoren im juristischen Schrifttum²² mit auf den ersten Blick durchaus plausiblen Gründen annehmen, dass in solchen Fällen der Rechtfertigungsgrund des § 34 StGB eingreift, weil – vereinfacht formuliert – das Interesse des Kindes, die Schmerzen zu meiden, hier selbst sein Lebensinteresse überwiegen würde, scheint dies doch eine zumindest mit dem Wortlaut von § 34 StGB angesichts seiner Interessenabwägungsklausel²³ schwerlich in Einklang zu bringende These zu sein. Denn wie sollte das Interesse an der Abwendung von Schmerzen das beeinträchtigte und grundsätzlich unabwägbare Rechtsgut Leben *wesentlich überwiegen* können?

Aber auch der Rückgriff auf § 35 StGB führt in Fällen wie diesem in parallele Schwierigkeiten wie schon bei der Fallkonstellation der Perforation. Man wird daher nur hoffen können, dass wenigstens im Einzelfall eine Möglichkeit besteht, im Wege ja allgemein als zulässig erachteter indirekter Sterbehilfe (vgl. oben) in diesen Fallkonstellationen Leiden zu mindern. Es bleibt allerdings grundsätzlich das hier nicht weiter zu vertiefende zusätzliche Problem, festzustellen, wann man von kurativem ärztlichen Handeln zu nur noch palliativem Handeln übergehen darf und inwieweit diese Entscheidung auf einer rechtlich und moralisch noch akzeptablen Bewertung der Qualität des betreffenden menschlichen Lebens beruhen kann.

3. Aufgaben für die Gesetzgebung

Die drei Fallkonstellationen haben deutlich werden lassen, dass trotz aller juristisch-begrifflichen Klarheit im Allgemeinen in diesen Fällen doch noch erheblicher Klärungsbedarf besteht. Der Gesetzgeber könnte hier durch entsprechende Vorgaben, etwa indem er im Hinblick auf die Zulässigkeit der Spätabtreibung die gesetzlichen Voraussetzungen ändert²⁴ und für die Fälle der Perforation und der Früheuthanasie Son-

²² Vgl. Merkel (2001).

²³ Vgl. Fußnote 12.

²⁴ Wobei es weder hinreichend erscheint, die gegenwärtige Praxis eines aktiv bewirkten Fetozids vor der Geburt in Fällen der Spätabtreibung gesetzlich zu sanktionieren, noch sich mit dem kaum substantiell etwas ändernden, unlängst beschlossenen Gesetz vom 13.5.2009 zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes zu begnügen; zu dieser zuletzt genannten Gesetzesänderung vgl. näher auch Czerner (2009).

derregeln bereitstellt, zu mehr Klarheit und damit auch zu mehr Rechtssicherheit beitragen.

Literatur

1. Czerner (2009): Frank Czerner, Reform der Reform: Wiedereinführung der embryopathischen Indikation bei Spätabtreibungen?, Zeitschrift für Rechtspolitik 42 (2009), S. 233-236.
2. Eser (2006): Albin Eser, Diverse Gesetzeskommentierungen, in: Adolf Schönke, Horst Schröder (Hrsg.), Strafgesetzbuch. Kommentar, München ²⁷2006.
3. Gropp (2000): Walter Gropp, Der Embryo als Mensch: Überlegungen zum pränatalen Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit, Goldammer's Archiv für Strafrecht 147 (2000), S. 1-18.
4. Joerden (2007): Jan C. Joerden, Spuren der duplex-effectus-Lehre im aktuellen Strafrechtsdenken, in: Michael Pawlik, Rainer Zaczyk (Hrsg.), Festschrift für Günther Jakobs, Köln/Berlin/München 2007, S. 235-257.
5. Küper (2001): Wilfried Küper, Mensch oder Embryo? Der Anfang des „Menschseins“ nach neuem Strafrecht, Goldammer's Archiv für Strafrecht 148 (2001), S. 515-537.
6. Liebs (2007): Detlef Liebs, Lateinische Rechtsregeln und Rechtssprichwörter, München ⁷2007.
7. Merkel (2001): Reinhard Merkel, Früheuthanasie, Baden-Baden 2001.
8. Tröndle (1999): Herbert Tröndle, Anmerkung zu StA Oldenburg, NStZ 1999, Neue Zeitschrift für Strafrecht 19 (1999), S. 462-464.

Die Angst vor Sterben und Tod in der Palliativmedizin

Stephanie Stiel und Lukas Radbruch

Unheilbar erkrankte Patienten leiden oftmals unter vielen Symptomen und Problemen gleichzeitig, und dementsprechend komplex gestalten sich auch die Behandlungsmaßnahmen. Ein besonderes Augenmerk liegt hierbei neben körperlichen und pflegerischen Symptomen auf den sozialen und psychischen Problemen.

Im Folgenden werden Sterbebilder im Kontext allgemeiner medizinischer Entwicklungen besprochen. Im Speziellen werden die Bedeutung und Behandlung von Ängsten vor dem Sterben und Tod in der Palliativmedizin fokussiert.

1. Sterbebilder in der modernen Medizin

Mit der Entwicklung der Medizin insbesondere in den letzten 150 Jahren wurde es immer häufiger möglich, Krankheiten, die bis dahin sicher zu Siechtum oder Tod geführt hatten, zu heilen oder zumindest weitgehend zu lindern. Die Intensivmedizin zielt beispielsweise auf den Erhalt von Körperfunktionen, die der Mensch nicht mehr autoregularisch aufrechterhalten kann. Analog zu stetigen Fortschritten in der vor allem technisierten Medizin stieg die durchschnittliche Lebenserwartung der Bevölkerung in Deutschland im Zeitraum zwischen 1990 und 2004 um ca. fünf Jahre.¹

Im Selbstbild der Ärzteschaft und in der Entwicklung von Zielsetzungen medizinischer Behandlungen wurde der Tod damit zu einer „vermeidbaren“ Komplikation. Im Gesundheitssystem insgesamt wurde das Thema Sterben und Tod weitgehend verdrängt. Ärzte retten Leben, sind Heiler und kämpfen um das Überleben der Menschen – der sterbende Patient ist damit ein verlorener Fall. Dies stimmt mit der Verdrängung des Sterbens in der Gesellschaft überein, in welcher der Tod zwar täglich in den Medien präsent, das Sterben aber aus dem privaten Umfeld des Einzelnen verbannt ist.

Gerade durch die zunehmende Apparatemedizin und die scheinbar unbegrenzten Möglichkeiten der Lebensverlängerung nahm die Bevölkerung jedoch neue Problemfelder wahr. Furcht vor einer Lebens- oder gar Sterbensverlängerung, einem entwürdigenden Sterbeprozess und das Gefühl des Ausgeliefertseins bzw. einer reinen Fremdbestimmung, bewegen zunehmend mehr Menschen dazu, Gebrauch von ihrem Selbstbestimmungsrecht zu machen und eigene Sterbe- und Todesbilder auszugestalten. Diese Prozesse werden vor allem in der öffentlichen Diskussion um Patientenverfügungen sichtbar. Der Versuch der Absicherung des persönlichen Rechts auf die Gestaltung eines „eigenen Sterbens“ scheint inzwischen für viele Menschen in den Vordergrund zu rücken.²

Mit der Etablierung der modernen Palliativmedizin und Hospizarbeit zeichnet sich eine gegenläufige Entwicklung zur Verdrängung des Sterbens und des Todes ab. Neben

¹ Vgl. Gibson et al. (2006).

² Vgl. Pautex/Herrmann/Zulian (2008).

der Symptomkontrolle und der Behandlung psychosozialer Probleme stellt die Kommunikation mit dem Patienten und dessen Familie einen zentralen Pfeiler in der Palliativversorgung dar. Die offene Aussprache über die Diagnose, aber auch der ehrliche Austausch bezüglich einer gegebenenfalls sehr geringen Lebenserwartung, oder ein Gespräch über das Fortschreiten der Erkrankung und den bevorstehenden Tod empfinden viele Patienten als entlastend oder sogar befreiend. Die aus der offenen Kommunikation resultierende Chance, eigene Gedanken, Gefühle und Pläne im Sinne von Zielen für die verbleibende Lebenszeit zu formulieren, wird als positiv empfunden und dankbar angenommen. Nicht selten werden solche Informationen sogar von Patienten und Angehörigen erfragt.³

2. Sterbebilder in der Palliativmedizin

Palliativmedizin und Hospizbegleitung wurden zu einem Antidot gegen die Angst vor Tod und Sterben hoch stilisiert. Mit den Möglichkeiten der Schmerz- und Symptomlinderung und mit der einfühlsamen Betreuung in der Palliativversorgung brauche niemand mehr Angst vor einem qualvollen Tod zu haben. Dieser Anspruch scheitert aber an der Realität. Auch bei einer optimalen palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgung ist nicht immer ein „guter Tod“ gewährleistet. Bei einem – allerdings nur sehr kleinen – Teil der Patienten lassen sich die körperlichen Symptome nicht ausreichend oder nicht schnell genug lindern. Auch können beispielsweise entstellende Wunden oder Gerüche Patienten und Angehörige belasten.

Leidensbilder können zum einen durch eigene Erfahrungen mit dem Tod von Angehörigen entstanden sein („Mein Vater hatte Lungenkrebs und ist qualvoll erstickt“), oder durch Erzählungen oder Medien vermittelt worden sein (z. B. durch einen Fernsehbericht über aktive Sterbehilfe in den Niederlanden). Dabei ist auffällig, dass trotz eines guten Befindens bei manchen Patienten eine große Angst vor dem erwarteten Leiden besteht. Die Patienten leben dabei oft mehr in der Zukunft als in der Gegenwart.

Während viele Patienten sich vor dem körperlichen Verfall ängstigen, ist bei anderen die Angst vor dem Verlust von Kontrolle und Autonomie übermächtig. Auch hier ist es oft die Erwartung von Leid und nicht der aktuelle Zustand, der Angst auslöst.

Wenn mit Fortschreiten der Erkrankung Kontrolle und Autonomie tatsächlich eingeschränkt werden, stellen die Patienten manchmal fest, dass sie sich besser als erwartet mit dem Verlust abfinden können.

Von der Angst vor dem Sterben klar getrennt ist die Angst vor dem Tod. In einer von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten qualitativen Interviewstudie zu Patientenmotivationen und Erwartungen im Kontext eines Sterbewunsches sagte ein 59-jähriger Patient mit Morbus Crohn und einem Lungen-Karzinom dazu:

„Ich habe auch keine Angst vor dem Tod. Ich habe nur die Angst qualvoll zu sterben. Über einen viel zu langen Zeitraum. Aber auch ein, zwei Stunden können lange sein.“

³ Vgl. Valchon (2004).

Mit der zunehmenden Säkularisierung der Gesellschaft sind religiöse Vorstellungen für viele Patienten nicht mehr hilfreich. Sicherlich ist auch die Erwartung unzutreffend, dass die Patienten durch Palliativversorgung nach dem Modell der Krankheitsverarbeitung von Kübler-Ross zum Stadium der Akzeptanz geleitet werden und dann ohne Angst vor dem Tod sterben können. Selbst in spezialisierten Zentren ist bei manchen Patienten eine große Angst vor dem Tod festzustellen. In diesen Fällen ist es die Aufgabe der Palliativversorgung, eine Behandlung der Angst mit Medikamenten und Gesprächen einzuleiten und den Patienten mit seiner Angst nicht alleine zu lassen.

3. Ideale Sterbe- und vorherrschende Schreckensbilder von Patienten mit dem Wunsch nach einem vorzeitigen Lebensende

In der allgemeinen Fachliteratur wird vielfach ein direkter Zusammenhang des Sterbewunsches von Patienten mit Depression, Angst und Hoffnungslosigkeit hergestellt.⁴ Erfahrungen aus Gesprächen mit Palliativpatienten, die einen Wunsch nach einem vorzeitigen Tod äußern und/oder um aktive Sterbehilfe bitten, zeigen, dass Patienten unterschiedliche Einstellungen zum Leben und zum Tod haben, jedoch bestimmte Schreckens- und Leidensbilder vom Sterben teilen.⁵

Bei der Wiedergabe von Vorstellungen über das Leben lassen sich drei verschiedene Einschätzungen differenzieren: Erstens der Rückblick auf das eigene Leben mit einer Grundzufriedenheit über den Verlauf dieser Lebenszeit (z. B. angesichts einer guten Ehe, geliebter Kinder/Enkelkinder, Urlaubsreisen, erfüllender beruflicher Tätigkeiten etc.); zweitens der Lebensrückblick mit einer grundsätzlichen Frustration über das menschliche Dasein (z. B. das Leben als etwas nicht Erstrebenswertes, das Leben als nur etwas scheinbar Schönes etc.) und drittens das Leben als ein sich veränderndes Fließgleichgewicht von Lebenswert und Lebensunmut. Eine 64-jährige Patientin mit einer weit fortgeschrittenen Tumorerkrankung erklärte wenige Tage vor ihrem Tod:

„Ich lebe gerne. Ich lebe im Grunde genommen sehr gerne. Ich finde alles, was zum Leben gehört, ist etwas Wunderbares und man sollte es achten. Deswegen – wenn ich soweit bin, dass ich sage: ‚Ich will nicht mehr‘, dann bin ich weit genug. Dann ist bei mir wirklich der Moment da, wo ich nicht mehr kann. Aber so gesehen – ich lebe eigentlich furchtbar gerne.“

Einstellungen und weltanschauliche Vorstellungen über den Tod bzw. das Sterben sind durch die Form und das Ausmaß der Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben und Tod gekennzeichnet, so dass zwei Aspekte untergeordnet wurden: Die „fehlende Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben und Tod“ in früheren Lebenszeiten einerseits und die „stattgefundene Auseinandersetzung“ damit andererseits. Die fehlende Auseinandersetzung war geprägt durch Ideen wie „in jungen Jahren denkt man da nicht dran“, „da hat man nur gelebt, da war das kein Thema“ oder „da war man dankbar für Gesundheit“. Studienteilnehmer, die sich bereits in früheren Lebzeiten mit dem Thema

⁴ Vgl. Mystakidou et al. (2005).

⁵ Vgl. Radbruch et al. (2008).

beschäftigt hatten, konnten über Ideen wie ein Leben nach dem Tod, Wiedergeburt oder die Chance auf Verbesserung der persönlichen Situation durch den Tod sowie das Sterben und den Tod als einen natürlichen Bestandteil des Lebens verfügen. Ein 56-jähriger Patient, der in der Palliativmedizin um aktive Sterbehilfe bat, weil er sich durch Schmerzen zu massiv in seinem Leben beeinträchtigt fühlte, befand:

„Ja, aufgrund dessen sehe ich einen Zusammenhang, wo ich sage: So ist das Leben für mich wirklich nicht tragbar. Und das andere Leben, das danach kommen könnte, wäre dann ein Prozess, der wieder ertragbar wäre – dass ich sage: Ja, es kann nur besser werden!“

Die Motivationen für den Sterbewunsch beruhten letztlich u. a. auf der Antizipation und den Erfahrungen mit Leid und bestehenden Sterbebildern. Von besonderer Bedeutung ist hier die angstbesetzte Wahrnehmung der Zukunft der Patienten.

Vielschichtige leidvolle Erlebnisse und die Antizipation von weiterem Leid in der Zukunft haben die Studienteilnehmer in den projektgebundenen Interviews als zentrale Gründe für ihren Sterbewunsch angeführt. Frühere Erfahrungen von Leid wurden als Episoden geringer Lebensqualität, großer Schmerzen, als Kumulation von verschiedenen Formen des Leidens und als Gefühl des zum-Leben-gezwungen-seins beschrieben. Eine 64-jährige Patientin brachte ihr Leid im Verlauf der Erkrankung zum Ausdruck:

„[...] am Anfang war der Schmerz, der sich dann im Laufe der Zeit immer mehr steigerte, und dann war irgendwie der Punkt erreicht, wo ich gesagt habe: Jetzt ist Schluss und Feierabend, ich kann einfach nicht mehr. Und ich will nicht mehr.“ Und deswegen habe ich auch gesagt: „Ich will, dass man mir eine Spritze gibt, ich hab die Nase bis oben voll. Ich will nicht mehr.“

Diesen Erfahrungen entsprechend entstand bei allen Studienteilnehmern die Motivation, weiteres Leid, welches sie für sich in der Zukunft voraussehen, zu vermeiden. Hier standen Aspekte wie „sich etwas ersparen wollen“, „so nicht enden wollen“, „sich nicht quälen wollen“, „etwas nicht erleben/mitmachen wollen“, „sich etwas nicht antun wollen“, „etwas nicht möchten“, „etwas kann/muss nicht sein“ – auch für Außenstehende – im Vordergrund. Ein 66-jähriger Patient empfand beispielsweise die Verlegung in ein Pflegeheim als unzumutbar:

„Gut, es wird ein Zustand eintreten, wo ich gar nicht anders kann, aber ... ich werde mich auf manches nicht freiwillig einlassen. Und das versuche ich auf Biegen und Brechen zu vermeiden.“

Diese Antizipation von Leid wurde befördert durch vorherrschende Leidens- und Schreckensbilder, welche die Patienten vorrangig aus den Medien oder aus indirekten persönlichen Erfahrungen bezogen haben. Schreckensbilder, die es für die eigene Lebensrealität der Teilnehmer zu vermeiden galt, waren unter anderem durch Vorstellungen von einer unangenehmen Versorgungssituation, Apathie, Schwäche, Kommunikations- und Kontaktunfähigkeit und Qual geprägt. Ein 58-jähriger Patient mit einem Nierenzell-Karzinom hatte durch einen Fernsehbericht Eindrücke dazu gewinnen können:

„Und dann habe ich im Fernsehen immer schlimme, furchtbare Bilder aus Alten- und Pflegeheimen gesehen. Und da wuchs in mir der Wunsch, dort niemals hinzugehen und so was mitzumachen. Ich sah, dass die Leute offene Stellen hatten, dass Knochen freilagen vor lauter Wundtheit.“

Ein weiteres Charakteristikum der Patientenbeschreibungen von Leid war die Antizipation einer zeitlichen Perspektive im Sinne von „lange auf den Tod warten“ und „das Sterben dauert lange“.

Das zweite Konzept der Sterbebilder der Teilnehmer setzt sich aus Ideen zu idealen Sterbebildern in Abgrenzung von befürchteten Sterbeprozessen zusammen. Ideale und somit erwünschte Sterbeprozesse wurden als „human“, „würdig“, „schnell“, „schmerzfrei“, „ruhig im Schlaf“, „natürlich“ und „angenehm für Hinterbliebene“ beschrieben. Ein solches Sterbeideal motivierte schließlich einen Teilnehmer zum Wunsch nach aktiver Sterbehilfe. Ein 73-jähriger, bettlägeriger Patient mit einem metastasierten Prostata-Karzinom beschrieb sein persönliches Sterbeideal:

„Der Idealfall wäre natürlich ein natürlicher Tod. Wenn ich jetzt ’nen Wunsch äußern könnte, würde ich sagen: ‚Ich gehe heute Abend zu Bett und werde nicht mehr wach.‘ Das ist mein derzeitiger Wunsch, aber das kann man ja nun leider nicht bestimmen.“

Ideale Sterbebilder von Patienten in der Palliativmedizin sind folglich durch vermeidende Tendenzen von negativen, von Angst besetzten Ereignissen einerseits und dem Streben nach wünschenswerten Sterbeprozessen andererseits geprägt.

4. Der Umgang mit Angst vor Sterben und Tod in der Palliativmedizin

Die Angst vor Sterben und Tod erscheint bei Palliativpatienten und deren Angehörigen zunächst einmal völlig angemessen angesichts der lebensbedrohlichen Situation einer unheilbaren und fortschreitenden Erkrankung. Die eigene Krankheit, unbekannte Behandlungsmethoden, wechselnde Versorgungsformen, aber auch schwer kalkulierbare Zukunftsperspektiven können verständlicherweise Angst auslösen und Patienten an die Grenzen ihrer Ressourcen bringen, so dass sie sich der Herausforderung der Erkrankung nicht mehr gewachsen fühlen.⁶

Da Krebserkrankungen häufig mit lang anhaltendem Leid, quälendem Siechtum, unerträglichen Schmerzen und dem Tod in Zusammenhang gebracht werden, erzeugen genau diese Assoziationen Angst vor dem Erleben der Krankheit und folglich im Besonderen vor dem Sterben als zeitlichem Prozess.⁷ Eine 38-jährige Patientin mit einem malignen Melanom fürchtete sich im Besonderen vor dem möglichen Verlust ihrer Kommunikationsfähigkeit:

„Dass ich da so liege – brachliege. Und nach achtwöchigem Liegen zu Hause im Bett, nur Fernsehen, ab und zu mal so’n bisschen aufwachen oder nur vor sich hindümpeln ...“

⁶ Vgl. Kissane (2000).

⁷ Vgl. Davison/Neale (2002).

Neben der tatsächlichen Lebensbedrohung sind oftmals das lähmende Gefühl der Kontroll- und Hilflosigkeit, das passive Ausgeliefertsein, Machtlosigkeit und zunehmende Abhängigkeit von anderen mögliche Gründe für das Entstehen von Angst. Ein 58-jähriger Patient, der seine Privatwohnung aufgeben musste, um eine ausreichende Versorgung in einem Hospiz zu erhalten, sagte:

„Ja, der wichtigste Grund ist, da so machtlos ausgeliefert zu sein. Da wird man in ein Zimmerchen mit mehreren Personen zusammengepfercht; einige sind noch klar im Kopf, die anderen weniger. Und es kümmert sich keiner richtig um einen.“

Aber nicht nur diese Ich-bezogenen Ängste können das Empfinden von Palliativpatienten überlagern, sondern auch auf die Umwelt und andere Personen gerichtete Befürchtungen vor beispielsweise gesellschaftlicher Etikettierung und Stigmatisierung oder sozialem und beruflichem Abstieg.⁸ Eine 40-jährige Patientin mit chronischen Schmerzen beschrieb ihre gesellschaftlichen Probleme im Zuge der Entwicklung ihres Sterbewunsches:

„Ich möchte meine Hobbys ausleben, sei es jetzt Schwimmen gehen, Spazieren gehen – Hobbys, die auch so ein bisschen körperliche Kraft brauchen. Und körperliche Kraft braucht man eigentlich schon alleine, wenn man einfach nur eine Stunde mit dem Mann spazieren gehen oder mal das Normalste von der Welt – mal schön essen gehen – möchte. Auf dem Hochzeitstag, bei Familienfeiern mit Familie, mit Freunden – alles das geht nicht mehr, weil ich einfach nicht mehr Schlucken kann, nicht mehr essen kann. Ich falle überall auf, vor allem dort, wo nicht nur die Familie da ist oder Freunde, sondern wo vielleicht auch fremde Leute sind – bei einer größeren Party oder bei irgendeinem Event. Dass dann wirklich auch gesagt wird: ‚Warum isst du denn nichts, du bist doch eh‘ schon so dünn.‘ Und man möchte auch nicht einfach immer jedem erzählen, was man hat und wie krank man ist, sondern man möchte auch gerade, wenn man mal ausgeht, das als Auszeit nutzen und nicht über seine Krankheit reden. Das gehört für mich zu einem lebenswerten Leben.“

Das Ausmaß der Angst ist von Patient zu Patient verschieden, unterliegt normalen Schwankungen und muss nicht zwangsläufig im Verhältnis mit der Schwere der Erkrankung korrelieren. Tendenziell nimmt aber die Angst vor Sterben und Tod im Verlauf der Krankheit zu. Es kann jedoch nicht grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass jeder Palliativpatient durch seine Betroffenheit (Todes-) Angst empfindet oder darunter leidet. Die folgenden Aussagen verdeutlichen die Varianz der Ängste vor dem Tod:

„Der Tod gehörte für mich eigentlich immer zum Leben. Also nie, nie <dachte ich>, dass es nur ein Leben gibt, und ich hatte auch nie Angst vorm Tod. Wenn der Zeitpunkt mal gekommen wäre – okay, dann wäre er da.“

„Dass ich da über Stunden ..., Es gibt, es gab Leute, die haben drei Tage im Koma gelegen, die haben geschrien: ‚Ich verbrenne.‘ Ein Beispiel habe ich in

⁸ Vgl. Chochinov et al. (2002).

einem Artikel aus DER WELT gelesen, wo die wirklich unter grausamsten Umständen elendig gestorben sind. Davor habe ich Angst.“

Trotz alters- und kulturabhängiger Unterschiede in der Qualität der Ängste (z. B. vor Naturkatastrophen, Flugzeugabstürze etc.) ist allen Angst besetzten Phantasien die Angst vor Sterben und Tod gemeinsam. Ängste von Palliativpatienten im Bezug auf das Lebensende, Sterben und Tod beinhalten hier auch generelle Sorgen, allgemeine Befürchtungen, Unsicherheiten und innere Spannungen sowie die reine Vorstellung dieser Aspekte.⁹

Ängste finden in ganz unterschiedlichen Formen Ausdruck und haben nicht nur Einfluss auf das Denken, sondern auch auf das Fühlen und Handeln der Menschen. Zu den eher offensichtlichen Anzeichen von Angst zählen Gesichtsausdruck, Stimme, Atemmuster und Körperhaltung, was von sensiblen Beobachtern registriert werden kann. Auch paradoxe Beobachtungen wie Aggression, sozialer Rückzug oder Flucht und Vermeidung können Formen des Ausdrucks von Angst sein. In diesen Fällen sind auch Angehörige der Patienten von diesem Phänomen betroffen und bedürfen besonderer Betreuung.

Ängste vor Sterben und Tod von Palliativpatienten sind vornehmlich real, reaktiv im Kontext der Erkrankung entstanden und somit situationsbedingt auf die Krankheit bezogen. Sie werden daher nicht psychopathologisch als generelle Angststörung betrachtet. In der Regel erreichen Ängste von Palliativpatienten kein inadäquates Ausmaß und beruhen nicht auf irrationalen Gründen. Angst wird deshalb hier als psychisches Symptom durch die Erkrankung verstanden. Andere Ursachen für Angst wie Nebenwirkungen von Medikamenten etc. werden im Einzelfall in Betracht gezogen.

Wie in jeder anderen medizinischen Fachdisziplin auch, ist die Angst hier mittels passender Interventionen zu bewältigen. Angst zu behandeln setzt zwar die Akzeptanz und Annahme der Angst durch den Patienten voraus, hat aber durch den Stellenwert einer Primäremotion eine natürliche Aktivierung im Sinne des Handlungsimpulses auf die Wahrnehmung von Angst zum Vorteil. Wenn wir uns der Angst stellen und zu neuen Schritten bereit sind, können wir unsere persönlichen Grenzen erweitern und durch Übung, Erfahrung oder auch Gewöhnung an neue Verhältnisse Sicherheit wiedergewinnen.¹⁰

Problematisch ist jedoch die Tatsache, dass wahrgenommene Ängste von Patienten andere Symptome verstärken oder hervorrufen können. So ist es bei Patienten in der Palliativmedizin nicht unüblich, dass Angst ihnen sprichwörtlich „die Luft nimmt“ und „Beklemmungen“ hervorruft, so dass Atemnot, Unruhe und Schmerzen entstehen oder in ihrer Intensität zunehmen. Innerhalb eines Teufelskreises provoziert die Angst vor Ersticken dann wiederum Todesangst, was zu einer „Aufschaukelung“ der Problematik führen kann.¹¹

Neben den üblichen pharmakologischen Therapieoptionen werden vor allem unterstützende Gespräche zur emotionalen Stabilisierung und zur Verbesserung der Infor-

⁹ Vgl. Anderson et al. (2008).

¹⁰ Vgl. Echtdel et al. (2004).

¹¹ Vgl. Ratsak (2007).

mation und Aufklärung genutzt. Diese dienen der Förderung der Krankheitseinsicht und Krankheitsakzeptanz und können durch weitere psychologische Interventionen wie Entspannungsverfahren ergänzt werden. Erst durch die genaue Besprechung der Angst, die Klärung von Visionen und vagen Vermutungen können Angst auslösende Faktoren eingegrenzt und auf ein realitätsnahes Niveau transferiert werden. Nicht weniger bedeutsam ist hier auch die Umformulierung von Ängsten in eine realitätsnahe Sprache.¹²

Aus der klinischen Erfahrung wird deutlich, dass Patienten nicht nur von emotional unterstützenden Interventionen, sondern auch von kognitiv, wissensbasierten Gesprächen zu ihren Ängsten profitieren können. Patienten können ihre Ängste durch klarere Vorstellungen über Sterben und Tod, Bilder über mögliche Verlaufsformen des Lebensendes und vermehrtes Wissen über die Behandlungsmöglichkeiten genau dieser Angst einflößenden Probleme abbauen.

Dennoch müssen gut erprobte und biografisch verankerte Strategien und Selbstbilder zum Umgang mit Angst – wie z. B. „Ich bin kein Angsthase“ – von Patienten berücksichtigt werden, da Gesprächsangebote solche Strategien auch in Frage stellen und fälschlicherweise weitreichenden Unterstützungsbedarf im Umgang mit Angst unterstellen könnten.

Literatur

1. Anderson et al. (2008): Wendy Anderson, Stewart Alexander, Keri Rodriguez et al., „What concerns me is...“ Expression of emotion by advanced cancer patients during outpatient visits, *Support Care Cancer* 16 (2008), 7, pp. 803-811.
2. Chochinov et al. (2002): Harvey Chochinov, Thomas Hack, Thomas Hassard et al., Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study, *Lancet* 360 (2002), 9350, pp. 2026-2030.
3. Davison/Neale (2002): Gerald Davison, John Neale, Psychische Störungen im Alter, in: John Neale, Gerald Davison (Hrsg.), *Klinische Psychologie*, Weinheim 2002, S. 582-632.
4. Echteld et al. (2004): Michael Echteld, Luc Deliens, Gerrit van der Wal et al., Palliative care units in the Netherlands: changes in patients' functional status and symptoms, *Journal of Pain and Symptom Management* 28 (2004), 3, pp. 233-243.
5. Gibson et al. (2006): Cheryl Gibson, Wendy Lichtenthal, Amy Berg et al., Psychologic issues in palliative care, *Anesthesiology Clinics* 24 (2006), 1, pp. 61-80.
6. Kissane (2000): David Kissane, Psychospiritual and existential distress. The challenge for palliative care, *Australian Family Physician* 29 (2000), 11, pp. 1022-1025.
7. Miller et al. (2005): Douglas Miller, John Chibnall, Susan Videen et al., Supportive-affective group experience for persons with life-threatening illness: reducing spiritual, psychological, and death-related distress in dying patients, *Journal of Palliative Medicine* 8 (2005), 2, pp. 333-343.

¹² Vgl. Miller et al. (2005); Weis (2003).

8. Mystakidou et al. (2005): Kyriaki Mystakidou, Barry Rosenfeld, Efi Parpa et al., Desire for death near the end of life: the role of depression, anxiety and pain, *General Hospital Psychiatry* 27 (2005), 4, pp. 258-262.
9. Pautex/Herrmann/Zulian (2008): Sophie Pautex, Francois Herrmann, Gilbert Zulian, Role of advance directives in palliative care units: a prospective study, *Palliative Medicine* 22 (2008), 7, pp. 835-841.
10. Radbruch et al. (2008): Lukas Radbruch, Stephanie Stiel, Friedemann Nauck et al., Das Lebensende gestalten, *Zeitschrift für Palliativmedizin* 9 (2008), 1, S. 27-32.
11. Ratsak (2007): Gerda Ratsak, Angst und Angstbewältigung, in: Eberhard Aulbert, Friedemann Nauck, Lukas Radbruch (Hrsg.), *Lehrbuch der Palliativmedizin*, Stuttgart 2007, S. 1090-1108.
12. Vachon (2004): Mary Vachon, The emotional problems of the patient in palliative medicine, in: Geoffrey Hanks, Derek Doyle, Nathan Cherny, Kenneth Calman (Hrsg.), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, New York 2004, pp. 959-985.
13. Weis (2003): Joachim Weis, Support groups for cancer patients, *Support Care Cancer* 11 (2003), 12, pp. 763-768.

VII. Der Prozess des Sterbens: Eine Auswahlbibliographie

Sterbeprozesse in den Human- und Geisteswissenschaften

Eine Auswahlbibliographie

Andreas Kopytto und Michaela Thal

1. Michael Anderheiden (Hrsg.), *Ambulante Palliativmedizin als Bedingung einer ars moriendi*, Tübingen 2008.
2. Nora Appenzeller (Bearb.), *Sterben, Tod und Trauer*. Buchausstellung vom 1.9.2000 – 31.1.2001 in der Deutschen Zentralbibliothek der Medizin, Köln 2000.
3. Miriam Arens, *Übergabe im Hospiz. Ich begleite Sterbende und deren Angehörige*, Köln 1998.
4. Philippe Ariès, *Geschichte des Todes*, München 1982.
5. Silke Arnold, *Sterben in Selbstverantwortung und mit Würde. Ansichten der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben, Die Schwester/Der Pfleger* 32 (1993), S. 231-235.
6. Armin Assehi (Hrsg.), *Sterben und Tod. Probleme und Perspektiven der Organisation von Sterbebegleitung*, Münster 1992.
7. Jan Assmann, *Der Tod als Thema der Kulturtheorie*, Frankfurt a. M. 2000.
8. Jan Assmann, *Tod, Jenseits und Identität*, Freiburg i. Br. u. a. 2002 (= Veröffentlichungen des Instituts für Historische Anthropologie, 7).
9. Hans Henning Atrott (Hrsg.), *Sterbehilfe – Mitleid oder Mord?*, Wiesbaden 1984.
10. Eberhard Aulbert, Eberhard Klaschik, Heinz Pichlmaier (Hrsg.), *Palliativmedizin – Ein ganzheitliches Konzept*, Stuttgart 1998 (= Beiträge zur Palliativmedizin, 1).
11. Eberhard Aulbert, Eberhard Klaschik, Heinz Pichlmaier (Hrsg.), *Palliativmedizin – Die Alternative zur aktiven Sterbehilfe*, Stuttgart 1998 (= Beiträge zur Palliativmedizin, 2).
12. Robert M. Baird, Stuart E. Rosenbaum (eds.), *Caring for the dying: Critical issues at the edge of life*, Amherst/New York 2003.
13. Ingo Bauerfeind (Hrsg.), *Über das Sterben. Entscheiden und Handeln am Ende des Lebens*, München 2005.
14. Zygmunt Baumann, *Tod, Unsterblichkeit und andere Lebensstrategien*, Frankfurt a. M. 1994.
15. Günter Baust, *Sterben und Tod. Medizinische Aspekte*, Berlin 1992.
16. Kerstin Beck, *Pflegerische Praxis in Hospizen und auf Palliativstationen*, Hamburg 2007 (= Schriftenreihe Socialia, 83).
17. Paul Becker (Hrsg.), *Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden*, Mainz 1984.
18. Ulrich Becker (Hrsg.), *Sterben und Tod in Europa*, Neukirchen-Vlyn 1998.
19. Anja Bednarz, *Den Tod überleben, Deuten und Handeln im Hinblick auf das Sterben eines Anderen*, Wiesbaden 2003.
20. Udo Benzenhöfer, *Der gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe*, Göttingen 2009.
21. Klaus Bergdolt, *Ärzte, Literaten, Philosophen. Selbstmord und assistierter Suizid in der frühen römischen Kaiserzeit*, *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 55 (2009), S. 289-302.

22. Anna Bergmann, *Der entseelte Patient. Die moderne Medizin und der Tod*, Berlin 2004.
23. Irene Betz, *Der Tod in der deutschen Dichtung des Impressionismus*, Würzburg 1937.
24. Helmuth Beutel, Daniela Tausch, *Sterben – eine Zeit des Lebens. Ein Handbuch der Hospizbewegung*, Stuttgart 1993.
25. Sigrid Beyer, *Sterbeprozesse von Frauen*, Diss., Klagenfurt 2008.
26. Karl Binding, Albert Hoche, *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form*, Leipzig 1920.
27. Dieter Bingmann, *Hirntod. Die Bedeutung des Hirntods für den Sterbeprozess*, *Unikate* 35 (2009), S. 31-37.
28. László Bitó, *Die Kunst des schönen Sterbens*, Leipzig 2008.
29. Ann G. Blues, *Hospice and palliative nursing care*, Orlando u. a. 1984.
30. Mechthild Blum (Hrsg.), *Tabu Tod*, Freiburg i. Br. 1997.
31. Wolfgang Böhme, *Der Arzt und das Sterben*, Karlsruhe 1981.
32. Ruedi Boeni, *Leiden und Sterben: Der grosse Zwiespalt – menschlich, medizinisch, gesellschaftlich. Gedanken zur Hospizbewegung – aus ärztlicher Sicht*, *Schweizerische Ärztezeitung* 74 (1993), S. 1169-1171.
33. Georg Bönisch, *Das Geschäft mit der Sterbehilfe*, Göttingen 1993.
34. Johannes Bonelli, Enrique H. Prat (Hrsg.), *Leben, Sterben, Euthanasie?*, Wien u. a. 2000.
35. Gian Domenico Borasio, *Wie, wo und wann dürfen wir sterben? Das ärztliche Menschenbild am Lebensende zwischen Autonomie und Fürsorge*, in: Wilhelm Vossenkuhl (Hrsg.), *Ecce Homo!*, Stuttgart 2009 (= *Ethik im Diskurs*, 1), S. 106-120.
36. Franz-Josef Bormann, *Ein natürlicher Tod – was ist das? Ethische Überlegungen zur aktiven Sterbehilfe*, *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 48 (2002), S. 29-38.
37. Uta Both, *Vorbereitung von Ehrenamtlichen auf die Begleitung Sterbender*, in: Ulf Liedke, Frank Oehmichen (Hrsg.), *Sterben: Natürlicher Prozess und professionelle Herausforderung*, Leipzig 2008 (= *Akzente der Entwicklung sozialer Arbeit in Gesellschaft und Kirche*, 12), S. 87-101.
38. Sylvia Brathuhn, *Lernen, mit dem Tod zu leben. Menschenwürdiges Sterben – Möglichkeiten der Sterbebegleitung – Hospizbewegung*, Osnabrück 1999.
39. Susanne Brüggén, *Letzte Ratschläge: Der Tod als Problem für Soziologie, Ratgeberliteratur und Expertenwissen*, Wiesbaden 2005.
40. Clifton D. Bryant (ed.), *Handbook of death & dying*, vol. 1-2, Thousand Oaks u. a. 2003.
41. Robert Buckingham, *Mit Liebe begleiten. Die Pflege sterbender Kinder*, München 1984.
42. Robert Buckmann, *Was wir für Sterbende tun können*, Zürich 1990.
43. Werner Burgheim (Hrsg.), *Die Rechte der Sterbenden: Zwischen Euthanasie und Lebensverlängerung um jeden Preis*, Merching 2006.

44. Moira Cairns, Marney Thompson, Wendy Wainwright, *Transitions in dying and bereavement: A psychosocial guide for hospice and palliative care*, Baltimore, Md. 2003.
45. Arthur L. Caplan, James J. McCartney, Dominic A. Sisti (eds.), *The case of Terri Schiavo. Ethics at the end of life*, Amherst/New York 2006.
46. Anne Carol, *Les médecins et la mort. XIXe – XXe siècle*, Paris 2004.
47. Harald Christa, *Qualitätsmanagement in der Sterbebegleitung*, in: Ulf Liedke, Frank Oehmichen (Hrsg.), *Sterben. Natürlicher Prozess und professionelle Herausforderung*, Leipzig 2008 (= *Akzente der Entwicklung sozialer Arbeit in Gesellschaft und Kirche*, 12), S. 103-125.
48. David Clark (ed.), *The sociology of death. Theory, culture, practice*, Oxford 1996.
49. Gion Condrau, *Der Mensch und sein Tod. Certa moriendi condicio*, Zürich 1991.
50. Stephen R. Connor, *Hospice and palliative care. The essential guide*, New York 2009.
51. Matthias Conradi, *Der Arzt an den Grenzen seines Behandlungsauftrages. Eine Untersuchung zu Fragen der Sterbehilfe im Zeitalter der Intensivmedizin*, Frankfurt a. M. u. a. 2002 (= *Europäische Hochschulschriften: Reihe 2, Rechtswissenschaft*, 3448).
52. Inge B. Corless, *Dying, death, and bereavement*, Boston 1994.
53. Hans-Martin Culmann, *Zur geschichtlichen Entwicklung der Todesauffassung des Arztes im europäischen Raum. Diss. med.*, Freiburg i. Br. 1986.
54. Frank Czerter, *Das Euthanasie-Tabu. Vom Sterbehilfe-Diskurs zur Novellierung des § 216 StGB*, Dortmund 2004 (= *Berliner Medizinethische Schriften*, 50/51).
55. Andreas Dally, Martin Ostertag, Ellen Ueberschär, *Vom Sterben sprechen. Beiträge der Hospiztagungen 2001 bis 2005 an der Evangelischen Akademie Loccum, Rehburg-Loccum 2006* (= *Loccumer Protokolle*, 05,10).
56. Edgar Daum (Bearb.), *Leben – Sterben – Tod*, Göttingen 1993.
57. John Davy, Susan Ellis, Marcus Feuz, *Palliativ pflegen. Sterbende verstehen, beraten und begleiten*, Bern 2007.
58. Lynne Ann DeSpelder, *The last dance. Encountering death and dying*, New York 2009.
59. Donna Dickenson (ed.), *Death, dying and bereavement*, London 2000.
60. Eberhard Döring, *Sinn des Lebens – Sinn des Todes*, Düsseldorf 1994 (= *Schriften der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben*, 2).
61. Stefan Dreßke, *Interaktionen zum Tode. Wie Sterben im Hospiz orchestriert wird*, in: Petra Gehring, Marc Rölli, Maxine Saborowski (Hrsg.), *Ambivalenzen des Todes. Wirklichkeit des Sterbens und Todestheorien heute*, Darmstadt 2007, S. 77-101.
62. Christoph Drolshagen, *Lexikon Hospiz*, Gütersloh 2003.
63. Edith Droste, *Kinderhospizarbeit in Deutschland*, *Geistige Behinderung* 45 (2006), S. 213-220.
64. Gunnar Duttge, *Der assistierte Suizid aus rechtlicher Sicht. „Menschenwürdiges Sterben“ zwischen Patientenautonomie, ärztlichem Selbstverständnis und Kommerzialisierung*, *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 55 (2009), S. 257-270.

65. Wolfgang U. Eckart, Auch Sterben ist Leben: Hospiz- und Palliativmedizin damals und heute, in: Michael Anderheiden (Hrsg.), Ambulante Palliativmedizin als Bedingung einer *ars moriendi*, Tübingen 2008, S. 43-52.
66. Patrice van Eersel, Sterben – der Weg in ein neues Leben. Auf der Suche nach der jenseitigen Welt. [Der umfassende Wissenschaftsreport über den heutigen Stand der Todesforschung], München 1991 (= Knaur, 3977).
67. Thomas Eich, Fragen des Lebensendes, in: Thomas Eich (Hrsg.), Moderne Medizin und Islamische Ethik, Freiburg i. Br. 2008 (= Buchreihe der Georges-Anawati-Stiftung Religion und Gesellschaft, 2), S. 202-212.
68. Norbert Elias, Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen, Frankfurt a. M. 2002.
69. Christoph Elsas (Hrsg.), Sterben, Tod und Trauer in den Religionen und Kulturen der Welt. Gemeinsamkeiten und Besonderheiten in Theorie und Praxis, Hamburg 2008.
70. Peter Fässler-Weibel, Sterbende verstehen lernen, Freiburg i. Br. 1997.
71. Klaus Feldmann, Der Tod ist ein Problem der Lebenden, Frankfurt a. M. 1995 (= Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 1214).
72. Klaus Feldmann, Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick, Wiesbaden 2010.
73. Asmus Finzen, Das Sterben der Anderen. Sterbehilfe in der Diskussion, Bonn 2009.
74. Johannes Fischer, Warum überhaupt ist Suizid ein ethisches Problem? Über Suizid und Suizidbeihilfe, Zeitschrift für Medizinische Ethik 55 (2009), S. 243-256.
75. James Flory, Ezekiel J. Emanuel, Recent history of end-of-life care and implications for the future, in: Arthur W. Galston, Christiana Z. Peppard (eds.), Expanding horizons in bioethics, Dordrecht u. a. 2005, pp. 161-182.
76. Andreas Frewer, Clemens Eickhoff, „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik, Frankfurt a. M./New York 2000.
77. Paul Fritsche, Grenzbereich zwischen Leben und Tod, Stuttgart 1979.
78. James A. Fruehling (ed.), Sourcebook on death and dying, Chicago, Ill. 1982.
79. Michael Fuchs, Sterbehilfe und selbstbestimmtes Sterben. Zur Diskussion in Mittel- und Westeuropa, den USA und Australien, Sankt Augustin u. a. 2006 (= Zukunftsforum Politik, 79).
80. Albert Gasser, Tod als Grenze zu neuem Leben. Fragen nach den letzten Dingen, Zürich 1993.
81. Petra Gehring, Marc Rölli, Maxine Saborowski, Ambivalenzen des Todes. Wirklichkeit des Sterbens und Todestheorien heute, Darmstadt 2007.
82. Linus S. Geisler, Sterben gläubige Menschen leichter? Spiritualität im Sterbeprozess. Vortrag vom 28. Februar 2009 anlässlich des 16. Solinger Hospiztages, Solingen 2009.
83. Johanna Geyer-Kordesch (Hrsg.), Leiden, Sterben und Tod, Münster 1986.
84. Christopher A. Gibson, Wendy Lichtenthal, Amy Berg et al., Psychologic issues in palliative care, Anesthesiology Clinics 24 (2006), 1, pp. 61-80.

85. Constanze Giese, Christian Koch, Dietmar Siewert, Pflege und Sterbehilfe. Zur Problematik eines (un-)erwünschten Diskurses, Frankfurt a. M. 2006.
86. Dieter Giesen, Ethische und rechtliche Probleme am Ende des Lebens, Juristen-Zeitung 45 (1990), S. 929-943.
87. Barney G. Glaser, Anselm L. Strauss, Interaktion mit Sterbenden, Göttingen 1974.
88. Barney G. Glaser, Anselm L. Strauss, Time for dying, New Brunswick/London 2007.
89. Gerd Göckenjan, Stefan Dreßke, Wandlungen des Sterbens im Krankenhaus und die Konflikte zwischen Krankenrolle und Sterberolle, Österreichische Zeitschrift für Soziologie 27 (2002), S. 80-96.
90. Friedrich W. Graf, Heinrich Meier, Der Tod im Leben, München 2004 (= Serie Piper, 4271).
91. Gerda Graf, „Hospiz“: Eine neue Kultur vom Sterben als Teil des Lebens setzt sich durch, Theorie und Praxis der sozialen Arbeit 60 (2009), 1, S. 14-20.
92. Gerda Graf, Michael Spohr, Wieviel Tod verträgt der Mensch? Die Begleitung der Begleiter/innen, Die Hospiz-Zeitschrift 2 (2000), S. 3-7.
93. Carlo Grimm, Ingo Hillebrand, Sterbehilfe: Rechtliche und ethische Aspekte, Freiburg i. Br. 2009 (= Ethik in den Biowissenschaften – Sachstandsberichte des DRZE, 8).
94. Stanislav Grof, Joan Halifax, Die Begegnung mit dem Tod, Stuttgart 2000.
95. Reimer Gronemeyer (Hrsg.), Wohin mit den Sterbenden? Hospize in Europa, Ansätze zu einem Vergleich, Münster 2002 (= Forum „Hospiz“, 3).
96. Reimer Gronemeyer, Sterben in Deutschland: Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können, Frankfurt a. M. 2007.
97. Reimer Gronemeyer, Michaela Fink, Marcel Globisch, Helping people at the end of their lives, Berlin 2005 (= Soziologie: Forschung und Wissenschaft, 19).
98. Dominik Groß, Die Behandlung des Scheintods in der Medizinalgesetzgebung des Königreichs Württemberg (1806-1918), Würzburger Medizinhistorische Mitteilungen 16 (1997), S. 15-33.
99. Dominik Groß, Andrea Esser, Hubert Knoblauch, Brigitte Tag (Hrsg.), Tod und toter Körper. Der Umgang mit dem Tod und der menschlichen Leiche am Beispiel der klinischen Obduktion, Kassel 2008.
100. Dominik Groß, Andrea Esser, Hubert Knoblauch, Brigitte Tag, Todesbilder. Studien zum gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod, in: Dominik Groß, Jasmin Grande (Hrsg.), Objekt Leiche. Technisierung, Ökonomisierung und Inszenierung toter Körper, Frankfurt a. M. 2010 (= Todesbilder. Studien zum gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod, 1), S. 9-13.
101. Dominik Groß, Julia Glahn, Brigitte Tag (Hrsg.), Die Leiche als Memento mori. Interdisziplinäre Perspektiven auf das Verhältnis von Tod und totem Körper, Frankfurt a. M. 2010 (= Todesbilder. Studien zum gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod, 2).
102. Dominik Groß, Jasmin Grande (Hrsg.), Objekt Leiche. Technisierung, Ökonomisierung und Inszenierung toter Körper, Frankfurt a. M. 2010 (= Todesbilder. Studien zum gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod, 1).

103. Groß/Große (2010), Dominik Groß, Jasmin Große: Sterbeprozess (medizinisch – psychologisch) in: Héctor Wittwer, Andreas Frewer, Daniel Schäfer (Hrsg.), Handbuch Sterben und Tod, Stuttgart/Weimar 2010, S. 75-83.
104. Dominik Groß, Richard Kühl, Die Aneignung des menschlichen Leichnams. Facetten eines wenig beleuchteten Phänomens, in: Dominik Groß, Jasmin Große (Hrsg.), Objekt Leiche. Technisierung, Ökonomisierung und Inszenierung toter Körper, Frankfurt a. M. 2010 (= Todesbilder. Studien zum gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod, 1), S. 17-36.
105. Dominik Groß, Christoph Schweikardt (Hrsg.), Die Realität des Todes, Frankfurt a. M. 2010 (= Todesbilder. Studien zum gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod, 3).
106. Dominik Groß, Martina Ziefle, Im Dienst der Unsterblichkeit? Der eigene Leichnam als technische Ressource, in: Dominik Groß, Jasmin Große (Hrsg.), Objekt Leiche: Technisierung, Ökonomisierung und Inszenierung toter Körper, Frankfurt a. M. 2010 (= Todesbilder. Studien zum gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod, 1), S. 545-582.
107. Katja Grote, Der Tod in der Literatur der Jahrhundertwende. Der Wandel der Todesthematik in den Werken von Arthur Schnitzler, Thomas Mann und Rainer Maria Rilke, Frankfurt a. M. 1996.
108. Marie-Christin Hahnen, Autonomie, Würde, Patientenverfügung. Die Medizin am Lebensende im Spiegel der Gesellschaft, Wuppertal 2009 (= Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband/Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Beirats im DHPV, 1).
109. Marie-Christin Hahnen, Die Sterbehilfedebatte und das Bild der Palliativmedizin. Qualitative Inhaltsanalyse der Debatte um Sterbebegleitung und Sterbehilfe in deutschen Zeitungen in den Jahren 2006 und 2007. Diss. med., Aachen 2009.
110. Marie-Christin Hahnen, Tania Pastrana, Stephanie Stiel, Arnd May, Dominik Groß, Lukas Radbruch, Die Sterbehilfedebatte und das Bild der Palliativmedizin in deutschen Printmedien, Ethik in der Medizin 21 (2009), S. 289-305.
111. James Haley (ed.), Death and dying, Farmington Hills, MI u. a. 2003.
112. Christina Hallwirth-Spörk (Hrsg.), Hospizkultur & Mäeutik. Offen sein für Leben und Sterben, Freiburg i. Br. 2009.
113. Berndt Hamm, Luthers Anleitung zum seligen Sterben vor dem Hintergrund der spätmittelalterlichen *Ars moriendi*, in: Martin Ebner, Erich Zenger (Hrsg.), Leben trotz Tod, Neukirchen-Vluyn 2005, S. 311-362.
114. Geoffrey Hanks, Nathan J. Cherry, Nicholas A. Christakis et al. (ed.), Oxford textbook of palliative medicine, Oxford u. a. 2010.
115. Christian Hart Nibbrig, Ästhetik der letzten Dinge, Frankfurt a. M. 1989.
116. Andreas Heller, Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können, Freiburg i. Br. 1999.
117. Michael Herbst (Hrsg.), Der Mensch und sein Tod. Grundsätze der ärztlichen Sterbebegleitung, Frankfurt a. M. 2001 (= Greifswalder theologische Forschungen, 3).
118. Hubert Herkommer, Die alteuropäische „*Ars moriendi*“ (Kunst des Sterbens) als Herausforderung für unseren Umgang mit Sterben und Tod, Praxis: Schweizerische Rundschau für Medizin 90 (2001), S. 2144-2151.

119. Paul Herrlein, Handbuch Netzwerk und Vernetzung in der Hospiz- und Palliativversorgung – Theorien, Strategien, Beratungs-Wissen. Wie spezialisierte und nicht-spezialisierte Leistungserbringer gemeinsam Schwerkranke und Sterbende versorgen, Wuppertal 2009.
120. Christine Hiller, Der Sterbeprozess, dargelegt an den Sterbephasen von E. Kübler-Ross. Sterbebegleitung anhand eigener Erfahrungen und am Beispiel Hospizverein Regensburg, Regensburg 1997.
121. Ernst M. H. Hirsch Ballin, Sterben und Tod. Medizinischer Fortschritt, ethische Fragen und rechtliche Aspekte der Sterbebegleitung, Sankt Augustin 1997 (= Interne Studien/Konrad-Adenauer-Stiftung, 141).
122. Sabine Höfer, Sterben in Deutschland. Die Hospizbewegung, betrachtet im Rahmen des gesellschaftlichen Umgangs mit Sterben, Leid und Tod, Köln 1996 (= Thema/Kuratorium Deutsche Altershilfe, 116).
123. Adrian Holderegger (Hrsg.), Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, juristischer und theologischer Sicht, Freiburg i. Br. 1999.
124. Martin Honecker, Dorothea Ludewig-Thaut, Eberhard Klaschik, Humane Sterbebegleitung, Sankt Augustin 2001 (= Zukunftsforum Politik, 34).
125. Jörg-Dietrich Hoppe, Marlis Hübner, Der ärztlich assistierte Suizid aus medizin-ethischer und aus juristischer Perspektive, Zeitschrift für Medizinische Ethik 55 (2009), S. 303-317.
126. Peter Houghton, An der Schwelle des Todes. Was im Sterbeprozess passiert – Erfahrungen eines Überlebenden, Freiburg i. Br. 2003 (= Herder-Spektrum, 5320).
127. Jürgen Howe, Das Sterben als Gegenstand psychosozialer Altersforschung, Stuttgart ²1989.
128. Andrew Hoy, Lernen wie man sterben lassen kann. Ärztliche Erfahrungen mit Palliativmedizin in der Sterbeklinik, in: Heinz Behnken (Hrsg.), Arztrolle und Arztsein. Wandlungsprozesse im Umgang mit Krankheit und Gesundheit, Rehbürg-Loccum 1991 (= Loccumer Protokolle, 90,7), S. 114-135.
129. Peter Hucklenbroich (Hrsg.), Tod und Sterben. Medizinische Perspektiven, Münster 2001 (= Naturwissenschaft – Philosophie – Geschichte, 10).
130. Christoph Wilhelm von Hufeland, Der Scheintod oder Sammlung der wichtigen Thatsachen und Bemerkungen darüber, Bern 1986 (Faks. d. Ausg. Berlin 1808, hrsg. und eingel. von Gerhard Köpf).
131. Christoph Wilhelm von Hufeland, Inauguraldissertation über den medizinischen Nutzen der elektrischen Kraft beim Scheintod. Mit Experimenten belegt, einer Hohen medizinischen Behörde eingereicht, um den Grad eines Doctors der Medizin und Chirurgie zu erhalten, am 24. Juli 1783 öffentlich verteidigt durch den Autor aus Sachsen-Weimar, Bad Langensalza 2006.
132. Friedrich Husemann, Vom Bild und Sinn des Todes. Entwurf einer geisteswissenschaftlich orientierten Geschichte, Physiologie und Psychologie des Todesproblems, Stuttgart ³1977.
133. Arthur E. Imhof, Ars moriendi. Die Kunst des Sterbens einst und jetzt, Wien 1991.

134. Thomas Jablowsky, *Zeit haben für Sterbende. Zum Miteinander von Hospizverein und pfarrlicher Seelsorge*, München 2009.
135. Bernard Jakoby, *Auch du lebst ewig. Die Ergebnisse der modernen Sterbeforschung*, Reinbek bei Hamburg 2002 (= Rororo, 61597: Sachbuch).
136. Bernhard Jakoby, *Wir sterben nie. Vortrag über Sterbeforschung und Nahtoderfahrungen*, Wangen 2008.
137. Bernard Jakoby, *Geheimnis Sterben. Was wir heute über den Sterbeprozess wissen*, Reinbek bei Hamburg 2009 (= Rororo, 62067, 3: rororo-sachbuch).
138. Vladimir Jankelevitch, *Kann man den Tod denken?*, Wien 2003.
139. Vladimir Jankelevitch, *Der Tod*, Frankfurt a. M. 2005.
140. Isabella Jordan, *Menschliches Sterben im Wandel? Debatten um eine präventive Medikalisierung des Todes*, in: Daniel Schäfer, Andreas Frewer, Eberhard Schockenhoff (Hrsg.), *Gesundheitskonzepte im Wandel. Geschichte, Ethik und Gesellschaft*, Stuttgart 2008 (= *Geschichte und Philosophie der Medizin*, 6), S. 243-276.
141. Manfred Josutti, *Das selige und das sinnvolle Sterben. Über Leitbilder kirchlicher Sterbebegleitung, Wissenschaft und Praxis in Kirche und Gesellschaft* 65 (1976), S. 360-372.
142. Mathias Jung, *Verweigertes Leben, verweigerter Tod. Die moralischen Konflikte der Medizin an den Grenzen des Lebens*, Erlangen 1995.
143. Roland Jung (Hrsg.), *Tabuthema Tod? Sterbebegleitung, Trauerseelsorge und Sterbehilfe aus evangelischer Sicht*, Bonn 2003 (= *Idea-Dokumentation*, 2004, 9).
144. Helge Käsler-Heide, *Diagnose: Tod und Sterben. Gespräche mit unheilbar Kranken*, Berlin 1999.
145. Elftraud von Kalckreuth, *Auf dem Weg mit Sterbenden. Alles hat seine Zeit*, Mainz 2001.
146. Ludwig Kasteel, *Der verfrühte Tod. Das krebskranke Kind – Betreuung und Begleitung*, Berlin 1986.
147. Robert Kastenbaum (ed.), *Macmillan encyclopedia of death and dying*, New York 2003.
148. Jeanne Samson Katz (ed.), *End of life in care homes*, Oxford 2004.
149. Rudolf Kautzky (Hrsg.), *Sterben im Krankenhaus*, Freiburg i. Br. 1978 (= *Herderbücherei*, 561).
150. Allan Kellehear, *A social history of dying*, Cambridge u. a. 2007.
151. Allan Kellehear, *On dying and human suffering*, *Palliative Medicine* 23 (2009), 5, pp. 388–397.
152. André Klarsfeld, Frédéric Revah, *The biology of death. Origins of mortality*, Ithaca/New York 2004.
153. Luise Klein, *Die Bereitung zum Sterben. Studien zu den evangelischen Sterbebüchern des 16. Jahrhunderts*. Diss. theol., Göttingen 1958.
154. Cornelia Klinger (Hrsg.), *Perspektiven des Todes in der modernen Gesellschaft*, Wien 2009 (= *Wiener Reihe*, 15).
155. Andreas Klug, *Einstellung zu Sterben, Tod und Danach*, Aachen 1997.

156. Hubert Knoblauch, Todesnähe. Wissenschaftliche Zugänge zu einem außergewöhnlichen Phänomen, Konstanz 1999 (= Passagen & Transendenzen, 8).
157. Hubert Knoblauch (Hrsg.), Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens, Berlin 2005.
158. Bernhard Knupp (Hrsg.), Sterben und Tod in der Medizin, Stuttgart 1996.
159. Thorsten Korsikowski, Peter Leppin, Überlegungen zu einer neuen Berufsrolle. Soziale Arbeit mit Sterbenskranken, in: Martin Hörning, Peter Leppin (Hrsg.), Der Tod gehört zum Leben, Münster 2005 (= Ethik interdisziplinär, 7), S. 181-202.
160. Susanne Kränzle, Ulrike Schmid, Christa Seeger, Palliative care, Berlin ³2010.
161. Torsten Kruse (Hrsg.), Sterbende brauchen Solidarität, München 1986.
162. Elisabeth Kübler-Ross, On death and dying, New York 1969.
163. Elisabeth Kübler-Ross, Interviews mit Sterbenden, Stuttgart 1971.
164. Elisabeth Kübler-Ross, Reif werden zum Tode, Stuttgart ⁴1978 (= Maßstäbe des Menschlichen, 9).
165. Elisabeth Kübler-Ross, Was können wir noch tun? Antworten auf Fragen nach Sterben und Tod, Gütersloh 1990 (= Gütersloher Taschenbücher Siebenstern, 963).
166. Elisabeth Kübler-Ross, Erfülltes Leben – würdiges Sterben, Gütersloh 1993.
167. Elisabeth Kübler-Ross, Verstehen, was Sterbende sagen wollen, Gütersloh ⁴1995.
168. Werner Friedrich Kümmel, Der sanfte und selige Tod. Verklärung und Wirklichkeit des Sterbens im Spiegel lutherischer Leichenpredigten des 16. bis 18. Jahrhunderts, Mainz 1997 (= Beiträge zur Thanatologie, 6).
169. Claudio Kürten (Hrsg.), Erfolgreich behandeln – armselig sterben, Gütersloh 1993.
170. Kim-Nicola Kuhlmann, Systemische Intervention bei Sterbenden, Saarbrücken 2007.
171. Roland Kunz, Lebensende – zur Ethik des Sterbens, in: Christof Arn, Tatjana Weidmann-Hügler (Hrsg.), Ethikwissen für Fachpersonen, Basel 2009 (= Handbuch Ethik im Gesundheitswesen, 2).
172. Jari Kylmä, Wendy Duggleby, Dan Cooper et al., Hope in palliative care: An integrative review, Palliative & Supportive Care 7 (2009), 3, S. 365–377.
173. Jacques Laager, Ars moriendi. Die Kunst, gut zu leben und gut zu sterben. Texte von Cicero bis Luther, Zürich 1996.
174. Katharina Lacina, Tod, Wien 2009 (= Uni-Taschenbücher, 3237).
175. Ida Lamp (Hrsg.), Umsorgt sterben, Stuttgart 2010.
176. Ephrem E. Lau, Tod im Krankenhaus. Soziologische Aspekte des Sterbens in Institutionen, Köln 1975 (= Soziologische Studien, 5).
177. Sebastian Leutert, Geschichten vom Tod. Tod und Sterben in deutschschweizer und oberdeutschen Selbstzeugnissen des 16. und 17. Jahrhunderts, Basel 2007 (= Basler Beiträge zur Geschichtswissenschaft, 178).
178. Stephen Levine, Who dies? An investigation of conscious living and conscious dying, New York 1982.
179. Milton J. Lewis, Medicine and care of the dying. A modern history, Oxford 2007.

180. Ulf Liedke, Frank Oehmichen (Hrsg.), *Sterben. Natürlicher Prozess und professionelle Herausforderung*, Leipzig 2008 (= Akzente der Entwicklung sozialer Arbeit in Gesellschaft und Kirche, 12).
181. Ulrich Lilie, Eduard Zwierlein (Hrsg.), *Handbuch integrierte Sterbebegleitung*, Gütersloh 2004.
182. Kurt Lückel, *Begegnung mit Sterbenden. „Gestaltseelsorge“ in der Begleitung sterbender Menschen*, München ³1990 (= Kaiser-Taschenbücher, 82).
183. Joanne Lynn, *Sick to death and not going to take it anymore! Reforming health care for the last years of life*, Berkeley, Calif. u. a. 2004 (= California Milbank books on health and the public, 10).
184. Thomas Macho (Hrsg.), *Die neue Sichtbarkeit des Todes*, München 2007.
185. Roger S. Magnusson, *Angels of death. Exploring the euthanasia underground*, Melbourne 2002.
186. Bettina Majercak-Rüegg, Nicole Wilken, *Den natürlichen Sterbeprozess zulassen, Krankenpflege – Soins infirmiers – Cure infirmieristiche* 95 (2002), 11, S. 12-15.
187. Elfi Makowka, *Humanes Sterben im Krankenhaus. Möglichkeiten und Grenzen einer patientenzentrierten Begleitung*, Münster 1998 (= Reflexion und Praxis, 1).
188. Odo Marquard, Hansjürgen Staudinger, *Anfang und Ende des menschlichen Lebens. Medizinethische Probleme*, München 1987 (= Ethik der Wissenschaften, 4).
189. Diana Meier-Allmendinger, Ruth Baumann-Hölzle (Hrsg.), *Der sterbende Patient. Verschiedene Perspektiven zum selbstbestimmten Sterben*, Basel 2009 (= Handbuch Ethik im Gesundheitswesen, 1).
190. Christian Metz, Monika Wild, Andreas Heller (Hrsg.), *Balsam für Leib und Seele. Pflegen in Hospiz- und Palliativer Betreuung*, Freiburg i. Br. 2002.
191. Joachim-Ernst Meyer, *Todesangst und das Todesbewußtsein der Gegenwart*, Berlin ²1982.
192. Leonie Mielke, *Sterben und Tod im modernen Wohlfahrtsstaat. Dargestellt an der deutschen Hospizbewegung*. Diss., Berlin 2006.
193. Arnold Mindell, *Schlüssel zum Erwachen. Sterbeerlebnisse und Beistand im Koma*, Olten 1989.
194. Tina Moller, Bernd Grabensse, Helmut Frister, *Passive euthanasia in clinical practice*, Deutsche Medizinische Wochenschau 133 (2008), S. 1059-1063.
195. Christopher M. Moreman, *Teaching death and dying*, Oxford 2008.
196. Elfriede Mosenthin, *Nachtschwester auf der Endstation*, Rosenheim 1988.
197. Márcia E. Moser, Maud E. Sieprath (Hrsg.), *Zwischen Leben und Tod. Religionswissenschaftliche Perspektiven auf Sterben und Sterbehilfe*, Berlin 2008 (= Religionswissenschaft, 16).
198. Hartmut Mühlen, *Die Sorgen der sterbenden Patienten*, Diss., Zürich 1987.
199. Monika Müller (Hrsg.), *Kooperation(s)vereinbarungen zwischen stationären und ambulanten Hospizen*, Bonn 2005.
200. Tanja Müller, *Begleitetes Sterben als gesellschaftliches Phänomen. Der Sterbeprozess und moderne Sterbebegleitung – Aspekte ambulanter Hospizarbeit*, Marburg 2005.

201. Frank Nager, Menschlich sterben. Arzt – Ethos – Sterben – Tod, Schweizerische Rundschau für Medizin 87 (1998), 1-2, S. 38-44.
202. Armin Nassehi, Sterben und Tod in der Moderne zwischen gesellschaftlicher Verdrängung und professioneller Bewältigung, in: Armin Nassehi, Reinhard Pohlmann (Hrsg.), Sterben und Tod. Probleme und Perspektiven der Organisation von Sterbebegleitung, Münster/Hamburg 1992, S. 11-27.
203. Armin Nassehi, Susanne Brüggen, Irmhild Saake, Beratung zum Tode. Eine neue ars moriendi?, Berliner Journal für Soziologie 12 (2002), 1, S. 63-85.
204. Armin Nassehi, Irmhild Saake, Kontexturen des Todes. Eine Neubestimmung soziologischer Thanatologie, in: Hubert Knoblauch, Arnold Zingerle (Hrsg.), Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens, Berlin 2005, S. 31-54.
205. Nationaler Ethikrat (Hrsg.), Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende, Berlin 2006.
206. Julia Neuberger, Sterbende unterschiedlicher Glaubensrichtungen pflegen, Bern 2009.
207. Ludwig Nieder (Hrsg.), Die Grenzen des menschlichen Lebens. Lebensbeginn und Lebensende aus sozial- und kulturwissenschaftlicher Sicht, Hamburg 2007 (= Studien zur interdisziplinären Thanatologie, 10).
208. Cornelia Niekus-Moore, Praeparatio ad mortem. Das Buch bei der Vorbereitung und Begleitung des Sterbens im protestantischen Deutschland des 16. und 17. Jahrhunderts, Pietismus und Neuzeit 19 (1993), S. 9-18.
209. Thorsten Noack, Sterben und Tod, in: Thorsten Noack, Heiner Fangerau, Jörg Vögele (Hrsg.), Im Querschnitt: Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, München 2007, S. 67-78.
210. Heike Nordmann, Wolfgang Schuldzinski, Patientenverfügung. Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung [mit den gesetzlichen Regelungen ab 1.9.2009], Düsseldorf 2009.
211. Randolph Ochsmann (Hrsg.), Über Tod und Sterben in Kultur und Gesellschaft, Heidelberg 1991.
212. Randolph Ochsmann, Angst vor Tod und Sterben. Beiträge zur Thanato-Psychologie, Göttingen 1993.
213. Randolph Ochsmann, Sterbephasen, in: Johann-Christoph Student (Hrsg.), Sterben, Tod und Trauer. Handbuch für Begleitende, Freiburg i. Br. u. a. 32008, S. 217-220.
214. Mary Catharine O'Connor, The Art of Dying Well. The Development of the Ars moriendi, New York, NY 1942.
215. Doreen Oelmann, Das Fünf-Phasen-Modell zum Sterbeprozess nach Kübler-Ross, München 2008.
216. Norbert Ohler, Sterben und Tod im Mittelalter, Düsseldorf 2003.
217. Tomasz R. Okon, „Nobody understands”: On a cardinal phenomenon of palliative care, The Journal of Medicine and Philosophy 31 (2006), 1, pp. 13-46.
218. Gert Olthuis, Carlo Leget, Wim Dekkers, Why hospice nurses need high self-esteem, Nursing Ethics 14 (2007), pp. 62-71.

219. Christoph Ostgathe, Raymond Voltz, Friedemann Nauck et al., Undergraduate training in palliative medicine in Germany. What effect does a curriculum without compulsory palliative care have on medical students' knowledge, skills and attitudes?, *Palliative Medicine* 21 (2007), 2, pp. 155-156.
220. Ute K. Papkalla, Pflegende sind in Schmerztherapie und Sterbebegleitung gefordert. Erste konzentrierte Aktion der Hospizbewegung, *Pflegezeitschrift* 51 (1998), 12, S. 914-916.
221. Günther Patzig, Ist Lebensverlängerung ein höchstes Gut? Aktive und passive Sterbehilfe, München 2005.
222. Shlomit Pery, Simon Wein, The dying patient. The right to know versus the duty to be aware, *Palliative and Supportive Care* 6 (2008), pp. 397-401.
223. Helmut Pillau, Was der Arzt über das Sterben wissen sollte. Individualität statt Ritual, *Münchener Medizinische Wochenschrift* 138 (1996), 8, S. 62.
224. Hans-Christoph Piper, Gespräche mit Sterbenden, Göttingen 1990.
225. Hans Poser, Sterben – eine Diagnose ohne Therapie, *Literatur für Leser* (1980), S. 248-253.
226. Gerhard Pott, Ethik am Lebensende. Intuitive Ethik, *Sorge* um einen guten Tod, Patientenautonomie, Sterbehilfen, Stuttgart 2007.
227. Paul Potter, Sterben, in: Karl-Heinz Leven (Hrsg.), *Antike Medizin. Ein Lexikon*, München 2005, Sp. 829-830.
228. Lukas Radbruch, Stephanie Stiel, F. Nauck et al., Das Lebensende gestalten, *Zeitschrift für Palliativmedizin* 9 (2008), 1, S. 27-32.
229. Stefan Rehder, Die Todesengel. Euthanasie auf dem Vormarsch, Augsburg 2009.
230. Tom Reimer, Psychische und Psychosoziale Probleme im Sterbeprozess bei Krebspatienten, München 2008.
231. Austra Reinis, Reforming the Art of Dying. The ars moriendi in the German Reformation (1519-1528), Aldershot, GB 2007.
232. Elisabeth Reitingner, Leitkategorie Menschenwürde. Zum Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen, Freiburg i. Br. 2004 (= *Palliative Care und OrganisationsEthik*, 9).
233. Matthias Remenyi, Selbstbestimmtes Sterben und medizinische Entscheidungen am Lebensende – eine ethische Problemexposition, *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 54 (2008), S. 115-134.
234. Monika Renz, Zeugnisse Sterbender. Todesnähe als Wandlung und letzte Reifung, mit Ideenkarteien für Betreuer und Angehörige sowie den 10 häufigsten Fragen zum Thema. [Ratgeber im Verstehen der Innenwelt von Sterbenden], Paderborn 2008.
235. Claudia Resch, Trost im Angesicht des Todes. Frühe reformatorische Anleitungen zur Seelsorge an Kranken und Sterbenden, Tübingen/Basel 2006.
236. Franco Rest, Den Sterbenden beistehen. Ein Wegweiser für die Lebenden, Wiesbaden 1998.
237. Franco Rest, Wenn ich dich bitte „Töte mich“, dann rette mich! Der Hospizgedanke als Euthanasieprophylaxe, *Ethica* 9 (2001), S. 245-265.

238. Franco Rest, Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit. Handbuch für den stationären und ambulanten Bereich, Stuttgart 2006.
239. Franco Rest, Tötungsheilbehandlung aufgrund mutmasslicher Zustimmung, *Ethica* 15 (2007), 3, S. 281-287.
240. Franco Rest, Zurück zur Hospizlichkeit! Was wir wollten, was geworden ist, worauf wir nicht verzichten sollten, *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit* 61 (2010), S. 51-58.
241. Franco Rest, Gerlinde Dingerkus, Gesellschaftlicher Umgang mit Sterben, Tod und Trauer. Bedeutung für die soziale Arbeit, *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit* 50 (1999), 10, S. 377-383.
242. Franco Rest, Sigrid Michel, Sterben zu Hause? Möglichkeiten und Grenzen der Arbeit der ambulanten Hospizdienste, Düsseldorf 1997.
243. Karl-Julius Reubke, Die fremden Gesichter des Todes. Sterben, Tod und ewiges Leben in den Weltkulturen und Weltreligionen, Stuttgart, Berlin 2008.
244. Uwe Reuter (Hrsg.), Palliative Geriatrie – würdevoll sterben, Norderstedt 2007.
245. Michael de Ridder, Wie wollen wir sterben? Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin, München 2010.
246. Ortrun Riha, Arzt und Tod, Aachen 1998 (= Schriftenreihe des Instituts für Ethik in der Medizin Leipzig, 2).
247. Mariele Ritter-Gekeler, Lebens- und Sterbekrisen. Untersuchungen zur Entwicklung der Bewältigungskonzepte in Psychologie und Sterbeforschung, Weinheim u. a. 1992.
248. Margaret Robbins (ed.), Needs assessment for hospice and specialist palliative care services, London 1993 (= Occasional paper/National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, 4).
249. Caroline Y. Robertson-von Trotha (Hrsg.), Tod und Sterben in der Gegenwartsgesellschaft. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung, Baden-Baden 2008.
250. Keri L. Rodriguez, Amber E. Barnato, Robert M. Arnold, Perceptions and utilization of palliative care services in acute care hospitals, *Journal of Palliative Medicine* 10 (2007), 1, pp. 99–110.
251. Josef Römelt, Autonomie und Sterben. Reicht eine Ethik der Selbstbestimmung zur Humanisierung des Todes?, *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 48 (2002), S. 3-14.
252. Rainer Rudolf, *Ars moriendi*. Von der Kunst des heilsamen Lebens und Sterbens, Köln 1957.
253. Eva Sabine Saalfrank, Innehalten ist Zeitgewinn. Praxishilfe zu einer achtsamen Sterbekultur, Freiburg i. Br. 2009 (= Palliative care und OrganisationsEthik, 18).
254. Diradur Sadaryan, Euthanasie aus Sicht der orthodoxen Theologie, *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 54 (2008), S. 180-188.
255. Seymour B. Sarason, *Centers for Ending: The Coming Crisis in the Care of Aged People*, New York, NY 2010.
256. Rita-Martina Sauer, Tod – Jenseitsvorstellungen – Sterbeprozess und ihre Berücksichtigung in der Praxis der sozialen Arbeit, Wiesbaden 2000.

257. Daniel Schäfer, Tod und Todesfeststellung im Mittelalter, in: Thomas Schlich (Hrsg.), *Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung*, Frankfurt a. M. 2001 (= *suhrkamp taschenbuch wissenschaft*, 1525), S. 102-114.
258. Rainer Schäfer, Günter Schuhmann (Hrsg.), *Sterben Gläubige leichter? Zur Bedeutung von Religion und Weltanschauung im Sterbeprozess*, Würzburg 2009 (= *Palliativmedizin und Hospizarbeit*, 3).
259. Andrea Schaeffer, *Menschenwürdiges Sterben – funktional differenzierte Todesbilder. Vergleichende Diskursanalyse zu den Bedingungen einer neuen Kultur des Sterbens*, Berlin 2008 (= *Studien der Moralthologie*, 39).
260. Stefanie Schardien, *Sterbehilfe als Herausforderung für die Kirchen. Eine ökumenisch-ethische Untersuchung konfessioneller Positionen*, Gütersloh 2007 (= *Öffentliche Theologie*, 21).
261. Burghard Schellmann, Die Pathophysiologie des Sterbevorgangs. Überlebenszeit von Zellen und Geweben, in: Hans-Konrat Wellmer, Gisela Bockenheimer-Lucius (Hrsg.), *Zum Umgang mit der Leiche in der Medizin. Handling of the human corpse in medicine*, Lübeck 2000, S. 27-33.
262. Frank Schiefer, *Die vielen Tode – Individualisierung und Privatisierung im Kontext von Sterben, Tod und Trauer in der Moderne*, Berlin 2007 (= *Studien zur interdisziplinären Thanatologie*, 9).
263. Jan Schildmann (Hrsg.), *Entscheidungen am Lebensende in der modernen Medizin. Ethik, Recht, Ökonomie und Klinik*, Berlin 2006 (= *Ethik in der Praxis: Kontroversen*, 24).
264. Hans-Walter Schmuhl, Die Patientenmorde, in: Angelika Ebbinghaus (Hrsg.), *Vernichten und Heilen*, Berlin 2001, S. 295-328.
265. Heinz Schöch, Torsten Verrel, Britta Bannenberg et al., Alternativ-Entwurf Sterbegleitung (AE-StB), *Goldammer's Archiv für Strafrecht* 10 (2005), S. 553-586.
266. Elke Schölper, *Sterbende begleiten lernen: Das Celler Modell zur Vorbereitung Ehrenamtlicher in der Sterbegleitung*, Gütersloh 2007.
267. Wolfgang Schreiber, Krankheitsbewältigung und Sterbeprozess, *Medizinische Klinik* 97 (2002), 8, S. 495-498.
268. Wolfgang Schütte, Sterben und Tod in der Belletristik. Ein Literatur-Colloquium im Hamburger Pflegestudiengang, *PflegeImpuls. Zeitschrift für Management der Gesundheits- und Krankenpflege* 3 (2001), 10.
269. Johannes Schwartländer (Hrsg.), *Der Mensch und sein Tod*, Göttingen 1976 (= *Kleine Vandenhoeck-Reihe*, 1426).
270. Georg Schwikart, *Der Tod ist ein Teil des Lebens*, Düsseldorf 2003.
271. Christian Sellenthin, *Integration eines palliativmedizinischen Netzwerkes in die Versorgungsstruktur eines ländlichen Raumes*. Diss., Ulm 2008.
272. Virginia F. Sendor, Patrice M. O'Connor, *Hospice and palliative care: Questions and answers*, Lanham, Md. 1997.
273. Carmel Shalev, Reclaiming the patient's voice and spirit in dying: An insight from Israel, *Bioethics* 24 (2010), 3, pp. 134-144.
274. Heidi Silbernagl, Helge Strätling-Tölle, *Den Lebensweg zu Ende gehen*, München 1995.

275. Michael A. Simpson, Dying, death and grief. A critically annotated bibliography and source book of thanatology and terminal care, New York u. a. 1979.
276. Lois Snyder (ed.), Physician's guide to end of life care, Philadelphia 2001.
277. Claire M. Spettell, Wayne S. Rawlins, Randall Krakauer et al., A comprehensive case management program to improve palliative care, *Journal of Palliative Medicine* 12 (2009), 9, pp. 827–832.
278. Hans Spiecker, Neben Sterben und Tod. Zu Fragen am Ende des Lebens, Mainz 1994.
279. Kyrilla Spiecker, Leben und Sterben. Über den rechten Umgang mit Sterbenden, Würzburg 1989.
280. Johann F. Spittler, Sterbeprozess und Todeszeitpunkt, Bochum 1996 (= Medizinethische Materialien, 112).
281. Jörg Splett, Auf ein Wort: Recht auf den Tod?, *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 42 (1996), S. 57–61.
282. Paul Sporken, Hast du denn bejaht, daß ich sterben muß? Eine Handreichung für den Umgang mit Sterbenden, Düsseldorf 1981.
283. Hildegard Steingieser, Was die Ärzte aller Zeiten vom Sterben wussten, Greifswald 1938.
284. Karen E. Steinauer, Elisabeth C. Clipp, James A. Tulsky, Evolution in measuring the quality of dying, *Journal of Palliative Medicine* 5 (2002), 3, pp. 407–414.
285. Walter Stolle, Der Tod. Zur Geschichte des Umgangs mit Sterben und Trauer, Darmstadt 2001.
286. Ursula Strecken, Die Medizin und der Tod. Über berufliche Strategien zwischen Klinik und Pathologie, Opladen 2001.
287. Johann-Christoph Student (Hrsg.), Sterben, Tod und Trauer. Handbuch für Begleitende, Freiburg i. Br. u. a. 32008.
288. Anne-Marie Tausch, Reinhard Tausch, Sanftes Sterben. Was der Tod für das Leben bedeutet, Reinbek bei Hamburg 1990.
289. Daniela Tausch, Sterbenden nahe sein. Was können wir noch tun?, Freiburg i. Br. 2004.
290. Daniela Tausch, Sterbeprozess, in: Johann-Christoph Student (Hrsg.), Sterben, Tod und Trauer. Handbuch für Begleitende, Freiburg i. Br. u. a. 32008.
291. Werner Thiede, Die mit dem Tod spielen: Okkultismus – Reinkarnation – Sterbeforschung, Gütersloh 1994.
292. Helmut Thielicke, Wer darf sterben? Grenzfragen der modernen Medizin, Freiburg i. Br. 1979.
293. Kevin Thornton, Christine B. Phillips, Performing the good death: The medieval *Ars moriendi* and contemporary doctors, *Medical Humanities* 35 (2009), pp. 94–97.
294. Katharina Tobler, Ursula Scholian, Wunschvorstellungen vom Lebensende. Ergebnisse einer Befragung von Pflegepersonen und Menschen in Pensionsvorbereitung zu ihren Präferenzen für bestimmte „dying trajectories“, *Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin* 98 (2009), 2, S. 71–76.
295. Oliver Tolmein, Keiner stirbt für sich allein. Sterbehilfe, Pflegenotstand und das Recht auf Selbstbestimmung, München 2007 (= Goldmann Taschenbuch, 15453).

296. Thomas Trück, *Mutmaßliche Einwilligung und passive Sterbehilfe durch den Arzt*. Diss., Tübingen 1999.
297. Beatrix Varga-Otterhall, Sterbephasen-Modelle, *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 40 (1994), S. 249-255.
298. Rose Virani, Pam Malloy, Betty R. Ferrell et al., Statewide efforts in promoting palliative care, *Journal of Palliative Medicine* 11 (2008), 7, pp. 991–996.
299. Günter Virt, *Leben bis zum Ende. Zur Ethik des Sterbens und des Todes*, Innsbruck 1998.
300. Deborah P. Waldrop, Abbie M. Kirkendall, Comfort measures: A qualitative study of nursing home-based end-of-life care, *Journal of Palliative Medicine* 12 (2009), 8, pp. 719–724.
301. Tony Walter, *The revival of death*, London 2001.
302. Friedrich Weber, *Beim Sterben helfen*, Hannover 2006.
303. Brigitta Weltermann, Raymond Voltz, S. Zierz, Attitudes toward patient care at the end of life, *Nervenarzt* 75 (2006), S. 1187-1193.
304. Claudia Wenzel, Sabine Pleschberger, Der Sterbeprozess – theoretische Konzepte und ihr Nutzen für die Praxis, *Pflegewissenschaft* 11 (2009), 10, S. 532-536.
305. Micha H. Werner, Assistierter Suizid in den Niederlanden, *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 55 (2009), S. 392-401.
306. Albrecht Wienke, Hans-Dieter Lippert, *Der Wille des Menschen zwischen Leben und Sterben. Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht*, Berlin 2001.
307. Carl-Henning Wijkmark, *Der moderne Tod. Vom Ende der Humanität*, Berlin 2001.
308. Jean-Pierre Wils, *Ars moriendi. Über das Sterben*, Frankfurt a. M. 2007.
309. Rolf Winau (Hrsg.), *Tod und Sterben*, Berlin 1984.
310. Rolf Winau, Der eigene und fremde Tod. Wandlungen der Einstellung zu Tod und Sterben in der europäischen Geschichte, *Forum Public Health* 12 (2004), S. 4-6.
311. Joachim Wittkowski, *Psychologie des Todes*, Darmstadt 1990.
312. Joachim Wittkowski (Hrsg.), *Sterben, Tod und Trauer*, Stuttgart 2003.
313. Joachim Wittkowski, Christina Schröder (Hrsg.), *Angemessene Betreuung am Ende des Lebens. Barrieren und Strategien zu ihrer Überwindung*, Göttingen 2008.
314. Hans-Bernhard Wuermeling, Der Richtlinienentwurf der Bundesärztekammer zu ärztlicher Sterbebegleitung und den Grenzen zumutbarer Behandlung, *Ethik in der Medizin* 9 (1997), 2, S. 91-99.
315. Camilla Zimmermann, Death denial: Obstacle or instrument for palliative care? An analysis of clinical literature, *Sociology of Health & Illness* 29 (2007), 2, pp. 297–314.
316. Markus Zimmermann-Acklin, Dem Sterben zuvorkommen? Ethische Überlegungen zur Beihilfe zum Suizid, *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 55 (2009), S. 221-233.
317. Christoph Zimmermann-Wolf, Der Seelsorger als Consiliarius bei Krebskranken, *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 42 (1996), S. 29-37.
318. Paul M. Zulehner, *Jedem seinen eigenen Tod. Für die Freiheit des Sterbens*, Ostfildern 2001.
319. Paul M. Zulehner, Paul Becker, Günter Virt, *Sterben und sterben lassen*, Düsseldorf 1991 (= Perspektiven der Pastoral, 1).

Kurzbiographien der Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. Gertrude Cepl-Kaufmann, Professorin für Neuere Deutsche Literaturwissenschaft i. R., Leiterin des Instituts „Moderne im Rheinland“ an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf; *kulturbistorische Ausstellungen*: L’Autre Allemagne: Rêver la Paix (1914 – 1924), Historial des la Grande Guerre, Peronne, 2008; „Christus an Rhein und Ruhr. Zur Wiederentdeckung des Sakralen in der Moderne“ (beide mit Jasmin Grande), August-Macke-Haus 2009.

Forschungsschwerpunkte: Literatur vom Naturalismus bis zur Gegenwart, Probleme der Literatursoziologie, vor allem der literarischen Gruppenbildung und einer regionalhistorischen, interdisziplinären und komparatistischen Kulturwissenschaft unter Aspekten einer „Rhetorik der Region“.

Julia A. Glahn, M.A., geboren 1981 in Paderborn; Studium der Philosophie, Germanistik und Romanistik an der Universität Potsdam (Magisterprüfung 2008); von 1/2009 bis 6/2010 wissenschaftliche Mitarbeiterin im VolkswagenStiftung-Forschungsprojekt „Tod und toter Körper. Zur Veränderung des Umgangs mit dem Tod in der gegenwärtigen Gesellschaft“ am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der RWTH Aachen.

Forschungsschwerpunkte: Tod und Sterben, Menschenwürde.

Jasmin Grande, M.A., geboren in Bremen; Studium der Germanistik und Anglistik in Düsseldorf und Cambridge; Promotionsprojekt über den Theorie-Diskurs zur phantastischen Literatur; Ausstellungsmacherin; wissenschaftliche Mitarbeiterin und Lehrbeauftragte an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

Forschungsschwerpunkte: Theorie-Diskurse in der Literaturwissenschaft, Literaturgeschichtsschreibung, Literatur und Kultur im Rheinland und im Ruhrgebiet, Phantastische Literatur vom 19. bis zum 21. Jahrhundert, Arbeiten zu Tod und Sterben sowie zum Totentanz in der Literatur.

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. phil. Dominik Groß, geboren in St. Wendel; Studium der Geschichte, Philosophie und Klassischen Archäologie (1990 Magisterprüfung, 1993 Promotion in Saarbrücken), der Zahnheilkunde (1989 Zahnärztliche Prüfung, 1991 Promotion in Homburg) und der Humanmedizin (2000 Ärztliche Prüfung, 2001 Promotion in Ulm), 1998 Habilitation in Würzburg; seit 2005 Lehrstuhlinhaber und geschäftsführender Direktor des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der RWTH Aachen, seit 2006 Sprecher des Aachener Kompetenzzentrums für Wissenschaftsgeschichte, seit 2008 Vorsitzender des Klinischen Ethik-Komitees des Universitätsklinikums Aachen, seit 2009 Vorsitzender der Medizinischen Gesellschaft Aachen.

Forschungsschwerpunkte: neuzeitliche und frühneuzeitliche Medizingeschichte (insbesondere Professionalisierungsforschung), angewandte Medizinethik, Thanatologie.

Dipl.-Soz. Jochen Grötzbach, geboren in Würzburg; Studium der Soziologie an der Otto Friedrich-Universität in Bamberg (2000 Diplomprüfung); seit 2008 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Soziologie (Fachbereich Gender and Lifecourse Research) an der RWTH Aachen.

Forschungsschwerpunkte: Umweltsoziologie, Modernisierung, Gender, Soziologie des Sterbens.

Prof. Dr. jur. Jan C. Joerden, geboren in Essen; Studium der Rechtswissenschaften und der Philosophie an den Universitäten Hamburg und Erlangen-Nürnberg (1978 Erste Juristische Staatsprüfung, 1980 Zweite Juristische Staatsprüfung, Hanseatisches Oberlandesgericht Hamburg), 1985 Promotion, 1987 Habilitation, Universität Erlangen-Nürnberg; Vertretungsprofessuren an den Universitäten Berlin (FU), Erlangen, Jena und Trier; seit 1993 Lehrstuhl für Strafrecht, insbesondere Internationales Strafrecht und Strafrechtsvergleichung, Rechtsphilosophie an der Europa-Universität Frankfurt (Oder); seit 2009 Leiter (federführend) einer Forschungsgruppe am Zentrum für interdisziplinäre Forschung (ZiF) der Universität Bielefeld.

Forschungsschwerpunkte: Strafrecht, Strafrechtsvergleichung, Rechtsphilosophie, Medizinethik.

Stephanie Kaiser, M.A., geboren in Heilbronn-Neckargartach; Studium der Mittleren und Neueren Geschichte und der Allgemeinen und Vergleichenden Literaturwissenschaft an der Johannes Gutenberg-Universität zu Mainz (2009 Masterprüfung); seit 2009 Projektstelle am VolkswagenStiftung-Forschungsvorhaben „Tod und toter Körper. Zur Veränderung des Umgangs mit dem Tod in der gegenwärtigen Gesellschaft“ an der RWTH Aachen.

Forschungsschwerpunkte: Der Umgang mit dem Tod in der Literatur, Klinische Sektion.

Dipl.-Bibl. Andreas Kopytto, geboren in Königshütte; Studium des Bibliothekswesens und der wissenschaftlichen Information an der schlesischen Universität in Kattowitz (1979 Masterprüfung); 1990 in Deutschland anerkannter Abschluss als Diplom-Bibliothekar; seit 1993 Bibliothekar am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der RWTH Aachen.

Dipl.-Soz.-Wiss. Katsiaryna Laryionava, geboren in Weißrussland; Studium der Geschichte, Pädagogik und englischen Sprache an der Pädagogischen Universität in Minsk und der Sozialwissenschaften an der Justus-Liebig Universität Gießen (2009 Diplomprüfung); seit 2009 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt „Gender-related Acceptance, Usability and Ethics in New (Medical) Technologies“ am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der RWTH Aachen.

Forschungsschwerpunkte: Medizin und Technik, Wissenschaft in der Postmoderne, Das Körperbild im Wandel der Zeit.

Jens Lohmeier, M.A., geboren in Hannover; Studium der Geschichte, Politischen Wissenschaften und Wirtschafts- und Sozialgeschichte an der RTWH Aachen (2008 Masterprüfung); seit September 2009 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt

„Gender-related Acceptance, Usability and Ethics“ und seit Juli 2009 im VolkswagenStiftung-Forschungsprojekt „Tod und toter Körper. Zur Veränderung des Umgangs mit dem Tod in der gegenwärtigen Gesellschaft“ am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der RWTH Aachen.

Forschungsschwerpunkte: Militärgeschichte der Neuzeit, insbesondere Schlachtfeldforschung.

Prof. Dr. med. Andreas Prescher, Studium der Medizin in Bochum und Aachen; Approbation als Arzt 1985, Promotion 1986, 1997 Habilitation für Anatomie und Vergleichende Entwicklungsgeschichte, Facharzt für Anatomie seit 1995, 2003 außerplanmäßige Professur in der medizinischen Fakultät der RWTH Aachen, Weiterbildungsermächtigung für den Facharzt für Anatomie seit 2004; seit 1990 Leitung der Anatomischen Prosektur in Aachen.

Forschungsschwerpunkte: klinische Anatomie, insbesondere mit chirurgischen und radiologischen Fachdisziplinen.

Prof. Dr. med. Lukas Radbruch, geboren in Bevensen/Uelzen; Studium der Humanmedizin an der Universität zu Bonn (1987 Promotion), 2000 Habilitation für das Fach Anästhesiologie und Palliativmedizin an der Universität zu Köln; seit 2003 Professur für Palliativmedizin an der RWTH Aachen, Direktor der Klinik für Palliativmedizin, seit 2007 Präsident der European Association for Palliative Care.

Forschungsschwerpunkte: Tumorschmerztherapie.

Dr. Austra Reinis, Ph.D., geboren in Inglewood, Kalifornien, USA; Studium der Betriebswirtschaft an der University of California, Berkeley (1980 B. S. Business Administration) sowie der Lettischen Sprache an der Stockholms Universitet (1984 M.A. Latvian Language and Linguistics), Studium der Theologie am Princeton Theological Seminary und Pacific Lutheran Theological Seminary (1990 Master of Divinity) und 2003 Ph.D., History of Christianity am Princeton Theological Seminary; seit 2004 Assistant Professor, zurzeit Associate Professor, History of Christianity, and der Missouri State University, Springfield, Missouri, USA.

Forschungsschwerpunkte: Die „ars moriendi“ im Spätmittelalter und in der Reformationszeit, Ägidius Hunnius (1550-1603) als Prediger und Seelsorger.

Michael Rosentreter, M.A., geboren in Mönchengladbach; Studium der Soziologie, Pädagogik, Psychologie sowie Mittleren und Neuen Geschichte an der Universität zu Köln (2006 Magisterprüfung); seit 2008 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der RWTH Aachen und Dozent für Patientensicherheit in der medizinischen Lehre.

Forschungsschwerpunkte: Patientensicherheit und Patientenrechte.

PD Dr. med. Christoph Schweikardt, MA, geboren in Wasserburg am Inn; Studium der Medizin und der Geschichte, 1994 medizinisches Staatsexamen, 1996 Dr. med., 1997 MA in Geschichte, 2006 Habilitation für das Fach „Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin“ an der Ruhr-Universität Bochum; seit 2009 Mitarbeiter im VW-For-

schungsprojekt „Tod und toter Körper. Zur Veränderung des Umgangs mit dem Tod in der gegenwärtigen Gesellschaft“ am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der RWTH Aachen.

Forschungsschwerpunkte: Geschichte des Todes am Beispiel der klinischen Sektion, Historische Pflegeforschung, Professionalisierung der Krankenpflege, Geschichte des Gesundheitswesens, Akzeptanzforschung.

Vasilija Simonovic, M.A., geboren in Tübingen; Studium der Philosophie, Psychologie und Soziologie an der RWTH Aachen (2008 Magisterprüfung); seit 2009 am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin beschäftigt.

Forschungsschwerpunkte: Technikakzeptanz in der Medizin, Stigmatisierung von Anorexie-Patienten.

Dipl.-Psychologin Stephanie Stiel, geboren in Aachen; Studium der Psychologie an der Universität zu Bielefeld (2006 Diplomprüfung); seit 2007 wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Klinik für Palliativmedizin an der RWTH Aachen.

Forschungsschwerpunkte: Der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe bei Palliativpatienten, Erfassung von Lebensqualität, Prognose von Überlebenszeit.

Dipl.-Bibl. Michaela Thal, geboren in Aachen; Studium an der Fachhochschule für Bibliotheks- und Dokumentationswesen in Köln (1984 Diplomprüfung); seit 1984 Bibliothekarin im Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der RWTH Aachen.

Michaela Thönnies, M.A., geboren in Mainz, Krankenschwester; Studium der Soziologie, Betriebspädagogik, Internationale Technische und Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Politische Wissenschaft an der RWTH Aachen (2009 Magisterprüfung), Magisterarbeit „Die Einstellung zum Sterbeort unter Soziologischer Perspektive“, Februar 2010 bei Frau Prof. Ph.D. Heather Hofmeister.

Dr. phil. Stefanie Westermann, geboren in Lünen/Westfalen; Studium der Geschichte und Politikwissenschaft in Osnabrück (2005 Magisterprüfung), Promotion 2009; seit März 2009 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der RWTH Aachen, Geschäftsführung des AKWG.

Forschungsschwerpunkte: Ideengeschichte von Eugenik und »Euthanasie«, Medizin im Nationalsozialismus, die innermedizinische Vergangenheitsaufarbeitung nach 1945, Medizingeschichte im 20. Jahrhundert.

Prof. Dr. Jean-Pierre Wils, Studien der Philosophie und Theologie in Leuven (Belgien) und Tübingen; Ordinarius für „Kulturtheorie der Moral unter besonderer Berücksichtigung der Religion“ an der Radboud Universiteit Nijmegen (NL), Dekan der Fakultät der Religionswissenschaften.

Forschungsschwerpunkte: Ethik, Kulturphilosophie und Religionstheorie.

Der Sterbeprozess fasst einen Zeitraum vor dem Tod zusammen, in dem sich der Mensch in vielen Fällen seiner nahenden Endlichkeit besonders bewusst wird. Wie bei kaum einem anderen Phänomen überlagern sich dabei biologische Erkenntnisse und kulturelle Setzungen.

Die vielfältigen Definitionen, Kennzeichen, Deutungsmuster und Implikationen, die mit dem Sterben und dem Sterbeprozess verbunden sind, werden im vorliegenden Themenband interdisziplinär und epochenübergreifend untersucht.

ISBN 978-3-89958-960-3