

Positionen zur Auseinandersetzung um den ärztlichen Bewahrungsauftrag gegenüber menschlichen Lebens. VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin 1983. Reihe Weltanschauung heute, Band 40.

## **I. Erscheinungsformen und Ursachen der aktuellen Debatte um Sterben und Tod**

Seit etwa 20 Jahren wird in vielen Ländern der Welt sehr intensiv und in verschiedenen Formen sowohl innerhalb der Medizin als auch in der Öffentlichkeit über problematisch erscheinende Folgen des wissenschaftlich-technischen Fortschrittes und neuartiger sozialer Lebensformen für die humane Qualität der medizinischen Betreuung diskutiert. Einen zentralen Punkt dieser Debatten bilden die spezifischen Probleme der Betreuung Schwerstkranker und Sterbender und die Frage nach der Legitimität der traditionell gewachsenen Vorstellung von einer unbedingten Verpflichtung der Medizin zur Lebenserhaltung. Die vorrangige Zuwendung zu diesen Fragen läßt sich daraus erklären, daß sie die derzeit anstehenden ethischen Entscheidungsprobleme in besonders konzentrierter Form zum Ausdruck bringen und existentielle Interessen und Befürchtungen der Menschen berühren.

In der bisherigen Geschichte der Medizin hat es solche Phasen einer besonders lebhaften Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen bereits öfter gegeben. In der neueren Entwicklung treten sie in deutlichem Zusammenhang mit Perioden der tiefgreifenden sozial determinierten Wandlung der ärztlichen Tätigkeitsformen auf, etwa in der Zeit der vollen Ausprägung kapitalistischer Produktionsverhältnisse zwischen 1760 und 1850 in England, Frankreich und anderen Ländern – oder im Gefolge einer Vertiefung und Zuspitzung sozialer Interessengegensätze und einer zunehmend krisenhaften Entwicklung – etwa in Deutschland in der Zeit der Weimarer Republik. Ein charakteristisches Merkmal solcher ethischen Reflexionen in Zeiten von Übergängen und Krisen besteht darin, daß die dann vertretenen Positionen kontroverse Inhalte annehmen, bis dahin anerkannte Denk- und Verhaltensweisen grundsätzlich in Frage gestellt werden und extreme Standpunkte die Aufmerksamkeit auf sich lenken. In der letztgenannten Phase der Entwicklung, in der biologistische Interpretationen des menschlichen Lebens in der Medizin eine dominierende Rolle spielten, äußerte sich dies z. B. darin, daß im breiten Umfang auch die [7] Forderung der Zulassung einer aktiven Tötung unheilbar Kranker und angeblich die Gesellschaft „belastender minderwertiger Existenzen“ vertreten wurde. Welche unheilvollen Konsequenzen eine unzureichende Zurückweisung derartiger Auffassungen unter den Bedingungen reaktionärer politischer Herrschaftsverhältnisse notwendig haben mußte, ist dann leider in der Zeit der faschistischen Diktatur offensichtlich geworden, u. a. durch die von 1939 an durchgeführte Massenmordaktion an körperlich und geistig schwer geschädigten Kindern und Jugendlichen sowie an psychisch Kranken mit insgesamt etwa 100.000 Opfern.<sup>1</sup>

Da klare Standpunkte der Medizin zur ethischen Verpflichtung gegenüber den fundamentalen Lebensinteressen der Menschen eine maßgebliche Bedeutung für das Vertrauensverhältnis zu den Ärzten besitzen, sind prinzipielle Positionen zur Lebensbewahrung und zum Sterben natürlich auch außerhalb solcher Umbruchperioden immer wieder begründet worden. In der Form von unmittelbaren Verhaltensanweisungen – z. B. der in der altägyptischen und später auch in der antiken griechischen Heilkunde üblichen Forderung, bei als unheilbar angesehenen Kranken eine ärztliche Behandlung abzulehnen – und in der Gestalt von explizit moralische Normen ausdrückenden Dokumenten – wie dem hippokratischen Eid mit der bedeutsamen Forderung, einem Patienten durch die ärztliche Behandlung keinen Schaden zuzufügen – sind uns vielfältige Zeugnisse derartiger ethischer Standpunktbildung überliefert. Zu den spezifischen Quellen und Inhalten solcher in der Geschichte aufgetretenen Äußerungsformen ethischen Selbstbewußtseins der Medizin liegen ebenso wie zu deren schwer zu überschauenden realen Wirkungen inzwischen viele interessante Untersuchungen vor.<sup>2</sup> Wandlungen dieser ethischen Grundauffassungen und der ihnen entsprechenden Gebote und Verbote für das

<sup>1</sup> Vgl. Der Krieg gegen die psychisch Kranken – Nach „Holocaust“: Erkennen, Trauern, Begegnen, hrsg. v. K. Dörner u. a., Rehbun/Loccum 1980; H. Späte/A. Thom, Psychiatrie im Faschismus – Bilanz der historischen Analyse, in: Zeitschrift für die gesamte Hygiene, Heft 8, 1980, S. 553.

<sup>2</sup> Vgl. G. Harig/J. Kollesch, Der hippokratische Eid – Zur Entstehung der antiken medizinischen Deontologie, in: Philologus, Heft 2, 1978, S. 157; Zur gesellschaftlichen Bedingtheit der Medizin in der Geschichte, hrsg. v. D. Tutzke u. a., Jena 1981; S. Huhn, Schwerpunkte ethischer Diskussionsentwicklung um die Tuberkulose-Bekämpfung in fachwissenschaftlichen Veröffentlichungen von 1900 bis 1932, in: Z. ges. Hyg., Heft 3, 1982, S. 193.

ärztliche Handeln erweisen sich bei näherer Prüfung als unumgängliche Folge sowohl des wissenschaftlichen und technischen Fortschritts als auch der sozialen und weltanschaulichen Kontextbedingungen ärztlichen Wirkens.

Betrachten wir die in der Gegenwart stattfindenden Auseinandersetzungen und Sachdiskussionen um solche fundamentalen Fragen zum lebensbewahrenden Auftrag der Medizin, so zeigen sie in Form und Inhalt Besonderheiten, auf die etwas näher eingegangen werden muß. Die Debatte tritt in überaus vielfältigen Ausdrucksformen in Erscheinung, darunter leider auch in solchen, die dem Gegenstand nicht angemessen sind. In einer Reihe entwickelter kapitalistischer Länder, so in den USA, in Großbritannien, [8] Frankreich und in der BRD, wurden derartige Fragen vielfach in den Massenmedien (Illustrierten, Fernsehsendungen u. a.) aufgegriffen und in einer ersten Phase der Diskussion oft vordergründig und einseitig behandelt. In der Öffentlichkeit zeichnet sich dabei ein erschreckend wirkendes Zerrbild der modernen Medizin vor allem der Intensivmedizin – dahingehend ab, daß ihre Anwendung mit menschenwürdigem Dasein praktisch kaum vereinbar sei und man daher recht daran tue, sich möglichst beizeiten und engagiert vor ihr zu schützen.<sup>3</sup> Durchaus berechtigte und notwendige Kritik an den wirklich problematischen Formen des Umgangs mit Schwerkranken und Sterbenden in medizinischen Einrichtungen, die ihre Tätigkeit weitgehend nach den Gesetzen der kapitalistischen Marktwirtschaft organisieren, konnte auf diese Weise weder deutlich artikuliert, noch auf die entscheidenden Ursachen solcher Entwicklungen bezogen werden. Erschwert und zum Teil unmöglich gemacht wurde durch dieses Herangehen auch das Verständnis für die positive Bedeutung des raschen Fortschritts der wissenschaftlichen und technischen Handlungsvoraussetzungen der modernen Medizin, deren wesentliche Potenzen für die Befriedigung entscheidender menschlicher Bedürfnisse in unserem Verständnis vorrangig zu sehen sind.

Neben diesen verschiedenen Formen unseriöser Reaktionen auf komplizierte Probleme hat sich jedoch inzwischen auch in der medizinisch-wissenschaftlichen Diskussion in den entwickelten kapitalistischen Ländern eine Hinwendung zu sachlichen Analysen dieser neuen Problemsituationen ärztlicher Entscheidung vollzogen, in deren Ergebnis viele Fragen klarer gestellt und differenzierter beurteilt werden können. Auch diese Entwicklung hat verschiedene Ausdrucksformen gefunden, zu deren wichtigsten gehören: die eingehende Beratung konkreter Probleme noch unzureichender sozialer Qualitätsmerkmale der medizinischen Betreuung Schwerkranker und Sterbender auf medizinisch-wissenschaftlichen Tagungen im nationalen und internationalen Maßstab – zu verweisen ist hier auf eine 1974 in Paris veranstaltete internationale Tagung zum Thema „Biologie und die Zukunft des Menschen“, auf die auch in der Literatur der DDR rasch und eingehend reagiert worden ist;<sup>4</sup> die breite Behandlung derartiger Themen in fachwissenschaftlichen Publikationen bis zu inzwischen vorgelegten Versuchen, lehrbuchartige Darstellungen zu schaffen, die in der Aus- und Weiterbildung wirksam werden<sup>5</sup>; schließlich eine zunehmende Zahl von normativ gestalteten Dokumenten zur ärztlichen Handlungsorientierung, von denen als Beispiele die noch später zu besprechenden „Richtlinien“ für die Sterbehilfe genannt werden können, die inzwischen in der Schweiz und auch in der BRD vorgelegt worden sind. Da viele der entstandenen Wertungen und Perspektivvorstellungen in dem angedeuteten Prozeß der Zuwendung zur wissenschaftlichen Behandlung dieser ethischen Fragen in den entwickelten kapitalistischen Ländern von den dort dominierenden weltanschaulichen Denkvoraussetzungen und sozialpolitischen Gegebenheiten geprägt sind und sich auf die dort vorherrschenden organisatorischen Strukturen und juristischen Regelungen des ärztlichen Handelns beziehen, können sie nicht ohne kritische Prüfung und Korrekturen bzw. Modifikationen übernommen werden. Der kritischen Darstellung solcher Wertungen ist deshalb ein eigenes Kapitel dieses Buches gewidmet, mit dessen Hilfe natürlich auch die Breite und Heterogenität der Auffassungen zu vielen wichtigen Fragen verdeutlicht werden soll.

---

<sup>3</sup> Vgl. J. F. V. Deneke, Der Tod als medizinische Sensation in der Tagebuchpublizistik, in: Therapiewoche, Karlsruhe, Heft 42, 1977, S. 7343.

<sup>4</sup> Vgl. H. Hörz, Mensch contra Materie? Standpunkte des dialektischen Materialismus zur Bedeutung naturwissenschaftlicher Erkenntnisse für den Menschen, Berlin 1976, Kapitel II und VII.

<sup>5</sup> Vgl. Bioethics and human rights – A Reader for Health Professionals, ed. by E. L. Bandman/B. Bandman, Boston 1978.

Der Umstand, daß es in unserer jüngsten Entwicklungsgeschichte der Medizin in der DDR und den anderen sozialistischen Staaten weniger in der breiten Öffentlichkeit wirksam gewordene und auch weniger konfrontative Debatten um Grenzfragen ethisch begründeter Entscheidungen in der Medizin gegeben hat, wird gelegentlich oberflächlich als Ausdruck mangelnden Interesses der Ärzte oder unzureichenden Problembewußtseins unserer Gesellschaft angesehen. Gegenüber solchen Wertungen muß ausdrücklich betont werden, daß die deutliche Zurückhaltung in bezug auf sensationell wirkende und Verunsichernde Formen der Diskussion und die ausdrückliche Orientierung auf, zunächst innerhalb der Wissenschaft selbst erfolgende Problemanalysen Ausdruck eines hohen Verantwortungsbewußtseins ist und wesentlich dazu beigetragen hat, vorschnelle Urteilsbildungen zu vermeiden. Seit Beginn der sechziger Jahre hat es jedoch innerhalb der Medizin und Philosophie in der DDR einen kontinuierlichen Prozeß der Beschäftigung mit diesen ethischen Fragestellungen gegeben. Seine Ergebnisse haben nicht nur in einer beträchtlichen Zahl fachwissenschaftlicher Publikationen ihren Niederschlag gefunden, sondern bewirkten auch, daß wir gegenwärtig ein hohes Maß an Übereinstimmung im Problemverständnis und in der Aufgabenbeurteilung verzeichnen können, von dem aus nun auch versucht werden kann, in größerem Umfang die konstruktive Mitarbeit einer breiten Öffentlichkeit an der Lösung neu entstehender Fragen zu stimulieren. Die Entwicklungsgeschichte dieser Diskussion in unserer Medizin zu umreißen kann nicht die Aufgabe dieser Arbeit sein, interessierte Leser können dazu auf eine inzwischen publizierte Über-[10]sichtsdarstellung verwiesen werden, die auch die relevante Literatur im Detail ausweist.<sup>6</sup> Auf eine Reihe u. E. besonders wichtiger Beiträge aus dieser bisherigen Reflexion<sup>7</sup> wird natürlich auch bei der Erörterung von Sachfragen in den folgenden Kapiteln eingegangen. Entsprechende Entwicklungen lassen sich auch, in anderen sozialistischen Ländern nachweisen.<sup>8</sup>

In den letzten Jahren – als Ausdruck einer neuen Qualität der Klärung – entstandene neuartige Formen der Beschäftigung mit den moralischen Dimensionen ärztlichen Handelns in unserem Land sind: a) die Aufnahme derartiger Themen in die wissenschaftlichen Programme der Arbeit vieler unserer medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften; b) die Schaffung von auf diesem Gebiet langfristige Forschungsarbeit betreibenden Gruppen (z. T. an der Akademie für ärztliche Fortbildung, z. T. im Rahmen größerer Forschungsprojekte des Ministeriums für Gesundheitswesen); c) die intensive Behandlung auch sehr spezieller ethischer Entscheidungssituationen im System der medizinischen Ausbildung, u. a. im Rahmen eines eigenen Kurses innerhalb des medizinischen Fachstudiums.

Die inhaltlichen Positionen der bei uns inzwischen erarbeiteten Standpunkte zu den Problemen der Lebensbewahrung und des Sterbens müssen im systematischen Zusammenhang dargestellt werden und bilden den zentralen Gegenstand der nachfolgenden Kapitel dieses Buches. Die dabei für die Entstehung neuer Problemsituationen maßgeblichen Bedingungen bedürfen jedoch noch einer knappen Kennzeichnung – zumal sie in ihrer Gesamtheit die Vielschichtigkeit der Probleme verdeutlichen, die einer Lösung zugeführt werden müssen. Deshalb wenden wir uns zunächst der Frage zu, welche neu entstandenen Voraussetzungen der Medizin den ärztlichen Bewahrungsauftrag gegenüber menschlichem Leben abermals zu durchdenken zwingen und traditionell geformte Einstellungen zum Sterben und zum Tode heute problematisch erscheinen lassen.

An erster Stelle sind dabei jene neuartigen wissenschaftlichen und technischen Entwicklungen zu sehen, die die Menschen gegenwärtig in die Lage versetzen, auch erheblich geschädigtes menschliches Leben zu erhalten. Dabei müssen jedoch oft von den unmittelbar Betroffenen, deren Bezugspersonen und der Gesellschaft einschneidende Beschränkungen des weiteren Lebensvollzuges in Kauf genommen werden, darunter auch solche, die subjektiv schwer zu ertragen sind und einen hohen Aufwand an sozialen Hilfestellungen fordern.

<sup>6</sup> S. Hahn/U. Körner/A. Thom, Zur Entwicklungsgeschichte und den bisherigen Ergebnissen der Debatte um die ärztliche Bewahrungspflicht im Prozeß der Entwicklung unseres sozialistischen Gesundheitswesens, in: Z. ges. Hyg., Heft 4, 1981, S. 296.

<sup>7</sup> Grenzsituationen ärztlichen Handelns, hrsg. v. U. Körner/K. Seidel/A. Thom, Jena 1981; Betreuung Sterbender, hrsg. v. K. Blumenthal-Barby, Berlin 1982.

<sup>8</sup> Vgl. Ethisch-psychologische Probleme der Medizin (russ.), hrsg. v. G. I. Zaregorodzew, Moskau 1978; M. E. Tele-schewskaja/N. I. Pogibko, Fragen der ärztlichen Deontologie (russ.), Leningrad 1978.

[11] Gegenüber früheren Zeiten, in denen natürlich mit hohem Einsatz ärztlichen Könnens und unter günstigen Umständen auch immer wieder die Rettung des Lebens bereits schwer Geschädigter gelang, sind heute derartige Hilfeleistungen nicht nur ungleich häufiger, sondern auch bei solchen Krankheiten realisierbar geworden, die noch vor wenigen Jahrzehnten mit Sicherheit zum Tode führen mußten. Wie schnell dabei die Entwicklung relevanter wissenschaftlicher Einsichten und wirksamer Methoden etwa auf dem Gebiet der Reanimation (Wiederbelebung) vor sich gegangen ist, wird an einer chronologischen Übersicht der entsprechenden Innovationen deutlich, die vor kurzem veröffentlicht worden ist.<sup>9</sup> Besonders eindrucksvoll zeigen sich diese neuen Potenzen ärztlichen Handelns auch im raschen Ausbau von Intensivtherapieeinrichtungen und spezialisierten Systemen der Notfallhilfe, deren weitere Förderung in der DDR einen wesentlichen Schwerpunkt der planmäßigen Gestaltung einer hochqualifizierten medizinischen Versorgung bildet.<sup>10</sup> Weiterhin zu nennen wären im Rahmen dieses generellen Trends die Schaffung von Kompensationshilfen bei bereits vital bedrohlichen Beeinträchtigungen organismischer Lebensvollzüge, wie etwa der Dialyse bei Patienten mit Nierenversagen, und schließlich auch vielfach gewachsene Chancen für komplizierte operative Eingriffe, u. a. bei Organtransplantationen, in der Kinder-, Neuro- und Herzchirurgie und in anderen Bereichen. Die immer wieder aufgeworfene Frage, ob dieser hohe Einsatz sich sozial gesehen lohne und für die betroffenen Menschen stets wünschenswert sei, kann natürlich nicht ohne ausdrückliche Beachtung des Umstandes diskutiert werden, daß die angeführten neuen Möglichkeiten lebenserhaltender Eingriffe in der Mehrzahl der Fälle zu sozial und individuell befriedigenden Resultaten in dem Sinne führen, daß die betroffenen Menschen vollständig oder weitgehend ihre Leistungsfähigkeit wiedererlangen und eine erhebliche Verlängerung ihrer Lebenszeit bei angemessener sozialer Integration erleben. Sofern diese Fragen ausdrücklich auf jene Patienten bezogen bleiben, bei denen trotz aller medizinischer Bemühungen die erwähnte Beeinträchtigung von Lebensvollzügen nicht zu vermeiden ist, wird tatsächlich eine neuartige Entscheidungssituation auch im unmittelbar ärztlichen Handlungsfeld angesprochen. Die dabei jedoch in der Regel wirklich problematischen Aspekte für Entscheidungen über einen als sinnvoll und human anzusehenden Einsatz entsprechender Möglichkeiten zur Lebenserhaltung ergeben sich bei näherer Untersuchung allerdings hauptsächlich aus dem sozialen Bezugsfeld, da in diesem Ansprü-[12]che an die Qualität von menschlichen Lebensvollzügen ihre wesentliche Prägung erfahren und in diesem auch die entscheidenden Mittel für Hilfen bei der Bewältigung besonders komplizierter Formen der Lebensgestaltung zu finden sind. Damit ist ein zweiter bedeutsamer Komplex von Bedingungen genannt, in dem ebenfalls Wandlungen erheblichen Ausmaßes vor sich gegangen sind. Diese Veränderungen betreffen zunächst die durchschnittlich wirksam werdenden subjektiven Ansprüche an eine als befriedigend und sinnvoll angesehene Lebensgestaltung der Individuen. Sie werden in wachsendem Maße von der Hochschätzung aktiver Teilnahme am sozialen Leben, der eigenen Entscheidung über die Lebensform, der Selbständigkeit und Unabhängigkeit sowie des körperlichen Wohlbefindens bestimmt. Die maßgebliche Basis derartiger Wertungen bilden die sozialökonomischen Bedingungen der sozialistischen Gesellschaft, die sowohl die Voraussetzungen als auch die Notwendigkeit solcher und anderer wichtiger Einstellungen entwickelter Persönlichkeiten hervorbringen. Im Rahmen dieser Prozesse der Formierung neuer Wertmaßstäbe für die Gestaltung individuellen Lebens werden solche Ereignisse, wie das Auftreten einer langdauernden und schweren Erkrankung, der vollständige Verlust der Arbeitsfähigkeit, die unmittelbare Konfrontation mit der Notwendigkeit baldigen Sterbens u. a., zu nicht einfach zu bewältigenden existentiellen Krisen und menschlichen Bewährungsproben. Das Problem besteht dabei darin, daß die berechtigten hohen Ansprüche an ein sinnvolles und gesundes Leben auf einem komplizierten Weg der Reflexion und Lebenserfahrung mit dem nach wie vor unumgänglichen Erlebnis von eigenem und fremdem Leid und des schließlich unabwendbaren Sterbens in Beziehung gesetzt werden müssen.

<sup>9</sup> G. Habel, Wiederbelebung – Historische, theoretisch-experimentelle und klinische Aspekte (Unter Berücksichtigung des Kindesalters), Supplementband 4 zur Zeitschrift Anästhesiologie und Reanimation, Berlin 1980, S. 11–20.

<sup>10</sup> Vgl. die Materialien des 8. Kongresses der sozialistischen Länder für Rettungsmedizin – Ärztliches Handeln unter Ausnahmehinbedingungen –, Berlin Oktober 1979, Kongreßbericht, Manuskriptdruck, Berlin 1980; Das Gesundheits- und Sozialwesen der DDR, Kontinuität und Dynamik, Materialien der Konferenz zu den nächsten und perspektivischen Aufgaben des Gesundheits- und Sozialwesens. Neubrandenburg, September 1979, Ministerium für Gesundheitswesen, Berlin 1980.

Fragen des Verständnisses der Dialektik zwischen Werten, nach denen wir unser und anderer Menschen Leben beurteilen und emotional verarbeiten, bedürfen deshalb gezielter Überlegungen und einer differenzierteren Analyse.

Ebenfalls im Bereich der Sozialbeziehungen vor sich gehende Veränderungen objektiver Art, die erheblichen Einfluß auf die persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten schwerer Krankheit und endlich auch des Sterbens besitzen, sind weiterhin durch die Herausbildung solcher neuen Momente der Lebensgestaltung gegeben, wie die Dominanz der Kleinfamilie mit fast durchgängiger Berufstätigkeit aller ihrer arbeitsfähigen Mitglieder, die damit verbundene Verlagerung von Betreuungsaufgaben auf medizinische und soziale Institutionen und die zunehmenden Risiken der Verein-[13]zelung und partiellen sozialen Isolierung schwerer geschädigter und chronisch kranker Menschen. In dem überaus vielgestaltigen und komplizierten Geflecht sozialer Beziehungen und Trends der sich entwickelnden sozialistischen Gesellschaft gewinnt das Problem der Sicherung der sozialen Integration des einzelnen als höchst bedeutsamen Aspekt der optimalen Persönlichkeitsentwicklung neue Dimensionen, deren konkrete Aufhellung und theoretische Analyse im Rahmen der marxistisch-leninistischen Soziologie inzwischen auch bereits in Angriff genommen worden ist.<sup>11</sup> Risikofolle Trends dieser sozialen Entwicklung, die die spezifische Lage der Geschädigten, der Schwerkranken und der Sterbenden auch in der DDR durchaus erschweren können, werden dabei durch soziale Prozesse ergänzt, die neuartige Potenzen zur Bewältigung dieser Problemsituationen beinhalten und die solidarische Zuwendung zu in Krisen geratenen Persönlichkeiten im Sinne des sozialistischen Humanismus ausdrücklich befördern. Ob und in welcher Weise die Folgewirkungen der gegenwärtig im Hinblick auf die soziale Integration problematisch erscheinenden sozialen Lebensbedingungen gezielt beeinflußt werden können und welche objektiven und subjektiven Entwicklungen dazu erforderlich sind, wird im einzelnen und an Hand von besonders problematischen Situationen geprüft werden. Daß angesichts der Komplexität der hierbei in der Regel zusammenwirkenden Faktoren dabei zunächst weder vollständige noch abgeschlossene Positionen vorgestellt werden können, soll ausdrücklich betont werden. Es kommt darauf an, die der sozialistischen Gesellschaft eigenen vielfältigen Möglichkeiten sozialer und mitmenschlicher Hilfeleistung klar herauszuarbeiten und praktisch zu nutzen, um auch in jenen Fällen sinnvolles und ertragbares Leben zu garantieren, in denen die medizinische Hilfe zwar Lebenserhaltung zu sichern vermag, jedoch zugleich Bedingungen für den individuellen Lebensvollzug setzt, die gerade im Hinblick auf neue und hohe Wertmaßstäbe bzw. Lebensansprüche besonders gravierend als negativ und belastend erlebt werden.

Ein drittes wesentlich neues Moment der gegenwärtigen Entwicklung glauben wir schließlich darin sehen zu können, daß eine traditionell gewachsene weitgehende Differenz zwischen der medizinischen Behandlung und der sozialen Betreuung zunehmend aufgehoben und durch eine sukzessive Erweiterung des Funktionsraumes des ärztlichen Handelns bzw. der ärztlichen Verantwortung abgelöst wird. Davon ausgehend entstehen Voraussetzungen auch und gerade für eine angemessene humane Lebensgestaltung für Schwerkranke und Sterbende. Die genannte Differenz war zwar [14] insofern nie absolut und total, als jede ärztliche Behandlung eines Menschen immer Folgewirkungen für dessen soziale Existenz hat und notwendig mit mehr oder weniger gut gelungenen Formen personalen Begegnung von Arzt und Patient verkoppelt ist, die über eine Beschränkung ärztlichen Tuns auf die Ausübung technischer Leistungen weit hinausreicht. Typisch für die Situation in der Vergangenheit und für die vorherrschenden Strukturen der medizinischen Versorgung auch in allen entwickelten kapitalistischen Ländern der Gegenwart ist jedoch diese Differenz insofern, als im Spielraum ärztlichen Handelns kaum Voraussetzungen für eine gezielte Einflußnahme auf das soziale Schicksal der behandelten Patienten gegeben sind. Deshalb fand oder findet notwendigerweise sowohl in den Erwartungshaltungen gegenüber der Medizin als auch als Reaktion darauf im Selbstverständnis ihrer Vertreter die Dimension eines spezifischen Anspruchs an die soziale Qualität der Betreuung von Patienten in existentiellen Notsituationen keine oder nur geringe Aufmerksamkeit. Bezogen auf die uns hier interessierende Thematik drückte sich das darin aus, daß beispielsweise der Betreuungsauftrag gegenüber den in medizinischen Einrichtungen Sterbenden auf die Sicherung der krankenschwangerischen Grundversorgung und,

---

<sup>11</sup> G. Aßmann/R. Stollberg, Grundlagen der marxistisch-leninistischen Soziologie, Berlin 1977.

soweit erforderlich, die Schmerzlinderung beschränkt blieb, wohingegen die Zuwendung zu diesen Menschen als Personen mit einer besonderen Bedürfnisstruktur als Aufgabe alleine der Angehörigen oder der Vertreter seelsorgerischer Einrichtungen angesehen worden ist. Die gerade in der neueren Debatte dieser Probleme auch in den kapitalistischen Ländern vielfach geäußerte Unzufriedenheit mit einer solchen Tätigkeits- und Verantwortungsbegrenzung ist ein klarer Beweis für deren reale Wirkung. Nichts kann darüber hinwegtäuschen, daß zur Lösung dieses Problems über Versuche der Einstellungsänderung hinaus noch keine wirklichen Voraussetzungen geschaffen worden sind. Für die Entwicklung in der DDR hat diese traditionell entstandene „Pflichtenteilung“ ein nicht unerhebliches Erbe dargestellt, dessen Überwindung weit mehr als nur moralische Appelle und theoretische Reflexionen erforderte und auch künftig notwendig macht. Das betrifft vor allem die Integration von nur noch bedingt „klinischen Betreuungsaufgaben in das Versorgungssystem, wie etwa den große materielle und personelle Aufwendungen erfordernden Ausbau der rehabilitativen Aktivitäten und Institutionen, die gerade die Sicherung von Aktivitäts- und Selbstverwirklichungsmöglichkeiten auch bei bereits geschädigtem Leben anstreben,<sup>12</sup> oder die allmähliche Entwicklung psychotherapeutischer Komponenten in [15] der ärztlichen Tätigkeit, die die Einflußnahme auf die subjektive Verarbeitung von Krankheiten und dauerhaften Leidenszuständen mit ermöglichen und auch notwendig beinhalten.<sup>13</sup>

Die als Beispiele angeführten und weitere Ausdrucksformen diesen dem Sozialismus eigenen ständigen Erweiterung des Funktions- und Wirkungsraumes der Medizin und der ärztlichen Tätigkeit haben ihre entscheidende Basis darin; daß wir Medizin heute nicht mehr nur als Institution zur unmittelbaren Krankheitsbehandlung ansehen, sondern als im weitesten Sinne der Gesundheitsfürsorge verpflichtet betrachten. Dies auch deshalb mit Recht, weil die Erhaltung menschlicher Gesundheit in allen ihren Komponenten (die Nutzung von bei geschädigtem Leben noch erhalten bleibenden Leistungspotenzen mit eingeschlossen) ein grundlegendes Ziel der sozialistischen Gesellschaft ist, das von ihr auf einem je gegebenen Niveau der materiellen Entwicklung auch realisiert werden kann. Diese neue Stellung der Medizin hat ihren Ausdruck in den letzten Jahren auch darin gefunden, daß die im ärztlichen Betreuungsverhältnis zu beachtenden fundamentalen menschlichen Bedürfnisse viel komplexer gesehen werden.<sup>14</sup> Ebenso kann diese neue Haltung der Medizin auch darin erblickt werden, daß sie sich selbstkritisch mit dem Ausprägungsgrad dieser neu geforderten Einstellungen und Handlungsverpflichtungen auseinanderzusetzen beginnt,<sup>15</sup> wobei solche wissenschaftlichen Disziplinen, wie die Sozialhygiene, die medizinische Soziologie und die medizinische Psychologie, eine ganz spezifische und wichtige Rolle spielen – die Entwicklung der beiden letztgenannten Forschungs- und Lehrbereiche sogar ganz eindeutig an die Herausbildung dieser neuen Position zum umfassenden sozialen Auftrag der Medizin gebunden ist.

Das Problem besteht bei diesen Entwicklungen allerdings darin, daß die praktisch wesentlichen Voraussetzungen für die Wahrnehmung einer komplex verstandenen Betreuungspflicht gegenüber Kranken, Geschädigten und auch Sterbenden ebenso erst allmählich heranwachsen bzw. ausgebildet werden können, wie die erforderlichen Einstellungsänderungen wirksam werden und auch ausreichende wissenschaftliche Einsichten in die konkrete Gestaltung von Handlungsfolgen bzw. organisatorischen Strukturen entstehen. Viele praktische Probleme eines solchen Überganges zur nahtlosen Verbindung zwischen einer qualifizierten Behandlung im engeren Sinne und einer qualitativ hochstehenden sozialen Betreuung besonders bei bestimmten Problemgruppen von Patienten werden so nicht sofort

---

<sup>12</sup> Vgl. K. Renker/W. Presber, Die WHO-Definition der Gesundheit und die Rehabilitation Geschädigter, in: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, Heft 24, 1980, S. 1137; K. Renker, Die medizinische und soziale Rehabilitation in der DDR, in: Heilberufe, Heft 1, 1981, Beilage; Sozialistischer Humanismus und Betreuung Geschädigter, hrsg. v. W. Presber/R. Löther, Jena 1981.

<sup>13</sup> Vgl. A. Katzenstein/H. Starke/A. Thom, Überlegungen zur Stellung und Funktion der Psychotherapie in der Medizin der entwickelten sozialistischen Gesellschaft, in: Theoretische Probleme der Psychotherapie in der sozialistischen Gesellschaft, hrsg. v. A. Katzenstein/A. Thom, Jena 1981.

<sup>14</sup> Vgl. H. Hüttner, Zur Soziologie des Gesundheitsverhaltens, Berlin 1977; ders. u. a., Der Patient im Krankenhaus, Berlin 1979; E. und J. Glomb, Bewertung sozialer Patientenbedürfnisse. Eine Grundlage für die Gestaltung der Betreuungsumwelt von Patienten in einem Allgemeinen Krankenhaus, Dissertation B, Leipzig 1981.

<sup>15</sup> Vgl. S. Hahn/B. Rieske, Das Arzt-Schwester-Patient-Verhältnis im Gesundheitswesen der DDR, Jena 1980.

lösbar und stellen sich heute oft erst noch in der [16] Form eines auf neuen Wegen zu bewältigenden Auftrages dar. Aus unserer Sicht kann die bereits begonnene Entwicklung in dieser Richtung jedoch durchaus optimistisch beurteilt werden, zumal sie in entscheidender Weise auch in den gesundheitspolitischen Zielsetzungen Förderung erfährt sowie den Interessen der Menschen in der DDR entspricht und deshalb deren Unterstützung sicher sein kann.

Aus den inhaltlichen Charakteristika und den Zusammenhängen dieser drei neuartigen Bedingungsfelder ärztlichen Handelns zur Lebensbewahrung – dem qualitativen Sprung in den unmittelbaren wissenschaftlichen und technischen Möglichkeiten zur Erhaltung bereits schwer geschädigten Lebens; der Herausbildung neuer sozialer Voraussetzungen für die Sicherung sinnvoller und akzeptablen Lebensbedingungen auch bei schwerwiegenden Beeinträchtigungen der Gesundheit und der Erweiterung des Handlungsprogramms und der Verantwortung der Medizin zur umfassenden Betreuung von Menschen in gravierenden Notsituationen – ergibt sich für uns auch die überschaubare Richtung zur Lösung der schwierigen Fragen ethischer Art für die Lebensbewahrung mit problematischen Folgen und das Verhältnis zum sterbenden Menschen. Diese Richtung sehen wir nicht in einer Begrenzung des lebensbewahrenden Auftrages der Medizin, sondern in dessen Ergänzung um die Pflicht, mit Hilfe aller von der Gesellschaft gebotenen Möglichkeiten humane Bedingungen für das Dasein Kranker, Geschädigter und Sterbender zu sichern. Dieser Intention folgt die Klärung aller Einzelfragen, auf die im Rahmen dieser Arbeit eingegangen werden kann, und diese Intention erhoffen wir uns auch für die Diskussion, die dadurch eventuell ausgelöst werden wird.

[17]

## II. Leben – ein fundamentaler Wert

Wie bereits dargestellt wurde, beruht das gegenwärtig besonders rege Interesse an der präzisierenden Bestimmung moralischer Verhaltensnormen zu den mit dem medizinischen Bewahrungsauftrag verbundenen Entscheidungsfragen auf einer Vielzahl neuartiger Bedingungen des sozialen Lebens und der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisentwicklung. Die dabei in der DDR unternommenen Bemühungen um die umfassende praktische Nutzung der heute existierenden Möglichkeiten zur Erhaltung ernsthaft gefährdeten menschlichen Lebens (zu denen u. a. der rasche Ausbau der Dringlichen Medizinischen Hilfe, die Schaffung einer wachsenden Zahl von Spezialeinrichtungen zur Reanimation, zur Dialyse, zur Organtransplantation und vieles andere mehr gehören) sowie zur qualitativen Verbesserung der medizinischen und sozialen Betreuung Geschädigter, Schwerstkranker und Sterbender bezeugen dabei in der Praxis, welche hohe Wertschätzung des individuellen menschlichen Lebens der Sozial- und Gesundheitspolitik zugrunde liegt. Kritische Stellungnahmen zu derzeit noch vorhandenen Lücken im System der medizinischen Versorgung und noch unzureichenden Formen des Umgangs mit Menschen in unseren medizinischen und sozialen Betreuungseinrichtungen können wir dabei als Ausdrucksformen der breiten Durchsetzung eines hohen Anspruchsniveaus und neuartiger Wertmaßstäbe auffassen, die aus dem Gesamtprozeß der Entwicklung der sozialistischen Gesellschaft erwachsen und in der Regel eine gleiche Position der Werthätzung des Lebens beinhalten. Unsicherheiten und Komplikationen bei der Beurteilung von Handlungsformen und -gewohnheiten sowie bei der Formulierung konkreter handlungsorientierender Normen für die Bewahrung menschlichen Lebens durch die Medizin treten dennoch auf und erfordern weitergehende Überlegungen zu jenen Wertmaßstäben, die insbesondere in problematischen Entscheidungssituationen und bei besonders gravierenden Belastungen menschlichen Lebens durch Krankheiten und Leidenszustände zu beachten sind. Diese aus unserer Weltanschauung und den heute [18] gegebenen sozialen Bedingungen der entwickelten sozialistischen Gesellschaft abzuleitenden grundlegenden Wertbestimmungen menschlichen Lebens müssen dabei in erster Linie unter dem Aspekt durchdacht werden, welche Folgerungen sich aus ihnen für unser Verhältnis zu den mannigfaltigen Formen geschädigten Lebens und schließlich auch zum Sterben ergeben. Dies wiederum erfordert zunächst die Klärung der Frage, welche Wertbestimmungen menschlichem Leben zukommen, d. h. eine Erörterung wenigstens einiger philosophischer Aspekte dieser sehr komplexen Frage, der wir uns im folgenden zuwenden wollen.

Ausgehen können wir zunächst davon, daß Werturteile zum menschlichen Leben oder zu einzelnen seiner Merkmale ebenso wie solche zu anderen Gegebenheiten oder Verhältnissen ein unter den konkreten historischen Bedingungen der sozialistischen Gesellschaft, existierendes Interessenverhältnis ausdrücken und jene sozialen Bedeutungen hervorheben, die derartige wertend zu beurteilende Phänomene für sie besitzen. Diese dem historischen Materialismus verpflichtete Auffassung zur Wertproblematik unterscheidet sich grundlegend von anderen Ansätzen, bei denen Werte als ewig gleich existierende und den zu bewertenden Gegebenheiten gleichsam von vornherein innewohnende Qualitätsbestimmungen betrachtet werden. Obwohl Werte zunächst in der Form von Werturteilen und Idealen existieren, aus denen die Menschen Verhaltensnormen und -gebote ableiten, sind sie nicht willkürlich zu wählen, sondern objektiv bestimmt in dem Sinne, daß sie auf real existierenden Verhältnissen zwischen den bewerteten Objekten und den wertenden Subjekten beruhen.<sup>1</sup> Soziale Beziehungen, wie z. B. Solidarität, Gerechtigkeit oder Gleichberechtigung in bezug auf Rechte und Pflichten, oder für Menschen bedeutsame Zustände des Lebens, wie z. B. Gesundheit oder soziale Integration, werden zu sozial wirksamen Werten dann, wenn sie als menschlichen Interessen entsprechend beurteilt und unter gegebenen sozialökonomischen Bedingungen von größeren sozialen Gemeinschaften (z. B. Klassen oder Schichten) als erstrebenswert und im Prinzip realisierbar angesehen werden. Wettsysteme, die von sozialen Klassen mit entgegengesetzten oder wesentlich unterschiedlichen Interessen und Lebensbedingungen vertreten werden, unterscheiden sich notwendig erheblich voneinander, und auch historisch unterschiedliche Voraussetzungen des sozialen Lebens führen zu deutlichen Unterschieden in den wertenden Aussagen über wesentliche soziale Beziehungen. Aus

<sup>1</sup> E. Hahn, Ideologie – Wert – Wissenschaft, in: Deutsche Zeitschrift für Philosophie, Heft 6, 1978, S. 677.



diesen Bedingungen und auch aus der Vielschichtigkeit wertender Urteilsbildung in der Gesellschaft, die sich auf viele ver-[19]schiedene Gegebenheiten und Verhältnisse bezieht und ganze komplexe Wertsysteme hervorbringt, ergeben sich sehr komplizierte Fragen für eine marxistisch-leninistische Theorie der Werte und der auf ihnen beruhenden Moralnormen), auf die in der gegenwärtigen Fachliteratur genauer eingegangen wird.<sup>2</sup>

Das Interesse am Leben als einem wertvollen Gut scheint dabei auf den ersten Blick evident und selbstverständlich, insbesondere unter den Bedingungen der sozialistischen Gesellschaft, die in wachsendem Maße soziale Sicherheit, breiteste Möglichkeiten zur befriedigenden und sinnvollen Lebensgestaltung und vielfältige Unterstützung und Hilfe in schwierigen Situationen der persönlichen Lebensgestaltung bietet. Gründliches Nachdenken über jene Bedingungen, die das Leben für den einzelnen lebenswert erscheinen lassen und über jene Fälle, in denen einzelne Menschen ihr Leben nicht mehr als lebenswert ansehen, es z. B. in Form des Selbstmordes aufgeben oder unter der Bedingung schwerer Erkrankung aufgeben wollen, lassen jedoch bald erkennen, daß „Leben“ durchaus verschiedene Dimensionen aufweist und daß deren Bedeutungen für uns gesondert erfaßt werden müssen. Als die für unser Problem vor allem wichtigen Dimensionen von „Leben“ können dabei unterschieden werden: a) das Leben als ein spezifischer Zustand unseres organismischen Daseins mit solchen wichtigen Eigenschaften wie der Fähigkeit zur bewußten Wahrnehmung der Umwelt, den Leistungspotenzen zur aktiven Gestaltung der eigenen Lebensbedingungen und einer dies alles ermöglichenden stabilen inneren Organisation der organismischen Prozesse – kurz, das Leben als biologisches Dasein und Voraussetzung unserer persönlichen Entwicklung – und b) das Leben als erfülltes Dasein einer Persönlichkeit mit einer Vielzahl von sozialen Beziehungen und Aktivitäten, von denen es wesentlich mit abhängt, welches Maß an Sinnerfüllung, Glück und Befriedigung menschlicher Bedürfnisse wir erreichen oder doch als erreichbar ansehen. Zwischen diesen beiden Dimensionen menschlichen Lebens, die in unserem Dasein immer eng miteinander verbunden existieren, bestehen vielfältige und z. T. auch widerspruchsvolle Beziehungen, die für die Werturteilsbildung von Bedeutung sind. Bereits unter den heute gegebenen Normalbedingungen menschlichen Lebensvollzuges (d. h. beim Fehlen von Krankheiten oder anlagebedingten bzw. erworbenen Beeinträchtigungen der physischen Organisation und Leistung) wird die Bedeutung der biologischen Existenzbedingungen für unsere Befindlichkeit daraus ersichtlich, daß eine unzureichende Befriedigung bestimmter an unsere Körperlichkeit gebundener [20] Bedürfnisse (z. B. nach Nahrung, Schlaf oder befriedigenden sexuellen Erlebnissen) zu verschiedensten lästigen Empfindungen, zu Unwohlsein und in extremen Fällen zu ausgesprochenen Leidenszuständen führen kann. Derartige Bedürfnisse, wie auch die Formen ihrer Befriedigung, sind zwar im Laufe der Sozialgeschichte der Menschheit vielfach modifiziert worden und können deshalb nicht mehr einfach als „naturhaft“ qualifiziert werden; ihre direkte Bindung an den physischen Organismus bleibt jedoch trotz aller Formwandlungen bestehen und spürbar. Gravierender noch sind die Auswirkungen von ernsthaften Störungen unseres biologischen Daseins auf unsere soziale Existenz als Person, die in Gestalt von längerdauernden und ernsthaften Erkrankungen, angeborenen und erworbenen Schädigungen oder schwerwiegenderen Verletzungen mit radikalen Beeinträchtigungen der gewohnten Eigenverfügung über unseren Körper auftreten. Die Folgen derartiger Bedingungen und Prozesse sind dabei im Einzelfall immer sehr verschiedenartig und in ihren Ausmaßen sowohl von der Art der Schädigung als auch von den Reaktionen der Mitmenschen abhängig, haben jedoch im Prinzip immer die gleiche Wirkungsrichtung, die in einer Einschränkung aktiver Handlungsmöglichkeiten, in der Einengung der sozialen Kommunikation und in einer starken Abhängigkeit von anderen Menschen besteht. Die in solchen Fällen auftretenden Schwierigkeiten für die Weiterführung eines als sinnerfüllt erlebten Lebens verweisen darauf, daß das biologische Leben des Menschen nicht nur eine fundamental notwendige Voraussetzung für alle anderen spezifisch menschlichen Lebenstätigkeiten ist, sondern auch darauf, daß die qualitative Bestimmtheit dieses

<sup>2</sup> Vgl. W. Lange/E. Luther, Ethik und Werte in der Klassenauseinandersetzung zwischen Sozialismus und Imperialismus, in DZfPh, Heft 8, 1977, S. 949; Marxistisch-leninistische Ethik, hrsg. v. A. I. Titarenko, Berlin 1979; E. Luther, Möglichkeiten und Grenzen der ethischen Bewertung für die Theorie und Praxis der Medizin, in: Martin-Luther-Universität – Wissenschaftliche Beiträge 1980 / 30 (A 52), Halle (5), S. 4; W. Weiler, Moral und Recht in der sozialistischen Gesellschaft, in: Staat und Recht, Heft 12, 1981, S. 1118.

organismischen Daseins (als voll entwickelt oder nur noch partiell funktionsfähig, als nur teilweise ausgebildet oder bereits weitgehend geschädigt) einen wesentlichen Einfluß auf unser Leben als Persönlichkeit ausübt und deshalb für uns sehr bedeutsam wird. Auf diesem Umstand beruht letztlich auch die hohe Wertschätzung von Gesundheit und die ihr entsprechende Beurteilung von Krankheiten und Leidenszuständen als „Unwert“, die in vielen Kulturen und weltanschaulichen Systemen, wie auch im heutigen Alltagsverständnis dominiert, und ebenso auch die hohe Wertschätzung der Medizin und der ärztlichen Tätigkeit, deren entscheidende soziale Funktion zunächst immer darin gesehen wird, Erkrankungen vorzubeugen, Krankheiten zu heilen und Kranken Hilfe zu erweisen, soweit das nur immer möglich ist. In verallgemeinerter Form kann aus den hier nur angedeuteten Zusammenhängen die Aussage abgeleitet werden, daß das organismische Da-[21]sein eines Menschen als eine wichtige Dimension seines Lebens deshalb einen Wert darstellt, weil es die fundamentale Voraussetzung für den Vollzug aller menschlichen Lebenstätigkeiten bildet und weil jede ernsthafte Form seiner Beeinträchtigung den personalen Lebensprozeß des Menschen innerhalb der Gesellschaft erschwert. Diese Wertbestimmung bringt den im Regelfall vorliegenden Interessenstandpunkt der einzelnen Individuen zum Ausdruck. Dieser Standpunkt wird in der sozialistischen Gesellschaft auch als Wertposition der Gesellschaft angenommen, da sie eine solche Organisation der sozialen Gemeinschaft darstellt, in der die wesentlichen Interessen und Bedürfnisse der Entwicklung des einzelnen zum Maßstab des gesamtgesellschaftlichen Handelns werden. Neu und im historischen Kontext an die Voraussetzung der Existenz gesellschaftlichen Eigentums an den Produktionsmitteln gebunden ist dabei die konsequente und durchgängige Erhebung des individuellen organismischen Lebens des Menschen zu einem von der ganzen Gesellschaft zu schützenden und zu erhaltenden Gut und die Übernahme der Verantwortung für die Schaffung angemessener und menschlich befriedigender Lebensbedingungen durch die Gesellschaft auch für alle jene ihrer Mitglieder, deren biologische Existenzbedingungen spürbare Einschränkungen aufweisen. Wichtige Ausdrucksformen für die praktisch wirksame Wertposition dieser Gesellschaft gibt es viele, die bedeutsamsten dürften in der von vornherein die Förderung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit anzielenden Sozialpolitik, in der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens, in der sukzessiven Ausdehnung des Funktionsraumes der Medizin auf Prävention, Früherkennung von Krankheiten, Dispensairebetreuung und schließlich in der Bereitstellung wachsender Mittel für die medizinische und soziale Betreuung der Bevölkerung gesehen werden. Diese Lebensbedingungen sind inzwischen so selbstverständlich geworden, daß sie keiner ausführlichen Darstellung bedürfen. Daß sie in entwickelter Form nur dem realen Sozialismus eigen und selbst in hochentwickelten kapitalistischen Staaten nicht gegeben sind, sollte über dieser „Selbstverständlichkeit“ nicht vergessen werden.

Da die oben erwähnte Übernahme der umfassenden Verantwortung für die Schaffung angemessener und menschlich befriedigender Lebensbedingungen durch die Gesellschaft auch für alle Bürger mit ernsthaften Beeinträchtigungen der organismischen Existenzbedingungen ein besonders wichtiger Aspekt des realen sozialistischen Humanismus ist, soll auf einige damit verbundene Probleme noch etwas ausführlicher eingegangen werden. Auszugehen [22] ist hier davon, daß es in erster Linie soziale Bedingungen sind, die darüber entscheiden, ob ein Leben mit schwereren körperlichen oder geistigen Behinderungen als sinnvoll und erträglich empfunden werden kann. Dazu gehören: Möglichkeiten zur Teilnahme am gesellschaftlichen Lebensprozeß, Kommunikation mit anderen Menschen, integrative Bindung an soziale Kollektive (die Familie, eine Interessengemeinschaft oder andere) und die Möglichkeiten zur Teilhabe an wesentlichen kulturellen Leistungen der Menschheit im Sinne der Aneignung und Nutzung der persönlich als bedeutsam angesehenen kulturellen Güter. Diese Bedingungen können für eine beträchtliche Zahl von Menschen mit Leistungsbeeinträchtigungen der verschiedensten Art (geistig Behinderte, physisch Behinderte, chronisch Kranke usw.) nur unter Einsatz gezielter und z. T. aufwendiger Hilfsmaßnahmen geschaffen werden, zu denen medizinische Aktivitäten (z. B. systematisch durchgeführte Rehabilitationsprogramme), sozialpolitische Maßnahmen (z. B. die Bereitstellung ausreichender Subsistenzmittel, geeigneten Wohnraumes usw.) und vor allem auch eine entsprechende menschliche Zuwendung von seiten der Angehörigen und Betreuungspersonen gehören. In diesem Sinne bedingt die Übernahme der Verantwortung durch die Gesellschaft vor allem auch einen höheren Anspruch an jedes einzelne ihrer Mitglieder und

keineswegs deren Entlastung von einer persönlichen Teilnahme an der Sicherung der genannten Voraussetzungen für die zu schaffenden Lebensbedingungen. Gerade in den letzten Jahren sind dabei im Rahmen der generellen sozialpolitischen Orientierungen viele Erfolge erreicht worden. Neben dem Ausbau der Rehabilitation als medizinischem Arbeitsbereich (Bereitstellung besserer technischer Kompensationsmittel für Körperbehinderte, Schaffung von geschützten Werkstätten und Wohnheimen) sind dabei vor allem die Erweiterung der Sozialeinrichtungen für ältere Menschen und eine Vielzahl von großzügigen rehabilitationsfördernden Gesetzesbestimmungen zu nennen, die auch ein früher nicht gekanntes Maß an sozialer Sicherheit gewähren.

Wenn dennoch bisher nicht für alle der hier bestehenden konkreten Probleme vollauf befriedigende Lösungen erreicht werden konnten (z. B. für die soziale Wiedereingliederung geistig Geschädigter, für die personale Betreuung infaust Kranker usw.), so liegt das nur zum Teil an den noch begrenzten Möglichkeiten zur Bereitstellung weiterer materieller Mittel. Hauptsächlich ist es dadurch bedingt, daß eine Reihe sozialer Gegebenheiten und traditionell gewachsener Einstellungen wirksam sind, die die Durch-[23]setzung der angestrebten Ziele erschweren. Zu solchen sozialen Gegebenheiten gehören z. B. die heute üblichen Formen der Berufstätigkeit fast aller arbeitsfähigen Menschen, die in vielen Fällen die angemessene Betreuung von Geschädigten, pflegebedürftig Kranken oder älteren Menschen im Rahmen der Familien komplizieren, ebenso die mit wachsendem Niveau der technischen und organisatorischen Gestaltung von modernen Produktionsprozessen größer werdenden Schwierigkeiten zur Eingliederung von Geschädigten in anspruchsvolle Arbeitstätigkeiten. In den durchschnittlich wirksam werdenden Einstellungen gegenüber diesen Personengruppen scheint nicht selten auch eine mit den vielfachen Beanspruchungen der Menschen im Arbeitsprozeß erklärbare Tendenz der Delegation von Verantwortung auf entsprechende soziale Institutionen (von der Volkssolidarität bis zu den Krankenhäusern) starken Einfluß zu haben. Schließlich lassen sich in glücklicherweise seltener werdenden Fällen auch direkte Abwehrpositionen beobachten, die auf diffusen Ängsten und Unsicherheiten beruhen, gelegentlich auch direkt auf einseitigen Wertkriterien aus der Vergangenheit aufbauen, z. B. auf rein vom „Nutzen“ eines Lebens ausgehenden Betrachtungen. Es ist ein sehr interessantes und wichtiges Phänomen, daß die inzwischen auch in der belletristischen Literatur begonnene Auseinandersetzung mit solchen Einstellungen und Verhaltensweisen lebhaft Diskussionen und positive Resonanzen ausgelöst hat. Als Beispiel sei hier auf den Roman von Roswitha Geppert<sup>3</sup> verwiesen, in dem die Schwierigkeiten einer Mutter bei der Betreuung ihres infolge einer Stoffwechselerkrankung geistig behinderten Kindes, das trotz aller Bemühungen förderungsunfähig bleibt, sehr offen dargestellt werden und auch viele Reaktionen von Mitmenschen eine kritische Bewertung erfahren, soweit sie diese ablehnenden und den Geschädigten an den Rand der Gesellschaft drängenden Tendenzen verkörpern.

Da bislang leider noch zuverlässige Angaben aus empirischen Untersuchungen über derzeit verbreitete Einstellungen und die sie tragenden Überzeugungen und Werturteile gegenüber Geschädigten, chronisch Kranken oder Schwerkranken fehlen, sind wir in der Beurteilung derartiger Einstellungen weitgehend auf Vermutungen angewiesen. Eine solche Vermutung besteht in der Annahme, daß möglicherweise neben den Auswirkungen der oben genannten sozialen Gegebenheiten auch mitunter spontan auftretende einseitige Orientierungen am allgemeinen Persönlichkeitsideal der sozialistischen Gesellschaft gelegentlich Barrieren für eine ausreichend verständnisvolle Haltung hervorrufen und un-[24]durchdachte Abwehrhaltungen bedingen können. Dieses Persönlichkeitsideal hebt bekanntlich solche Eigenschaften und Merkmale hervor, die zentrale Bedeutung für die weitere progressive Entwicklung der Gesellschaft besitzen und die zugleich den in ihr erreichten historisch möglichen Grad der Ausprägung wichtiger Entfaltungsmöglichkeiten für die Individuen kennzeichnen. In inhaltlicher Hinsicht geht es dabei vor allem um die Merkmale der Bewußtheit (aufgefaßt als Vermögen zur Erkenntnis gesellschaftlicher Gesetzmäßigkeiten und der in ihnen liegenden konstruktiven Möglichkeiten zur aktiven Gestaltung sozialer Bedingungen), der Aktivität (im Sinne der möglichst vielseitigen Teilnahme am gesellschaftlichen Produktions- und Lebensprozeß), der Kollektivität (insbesondere der Einstellung auf Kooperation in der Tätigkeit und der Wahrnehmung von

---

<sup>3</sup> R. Geppert, Die Last, die du nicht trägst, Halle/Leipzig 1978.

gesellschaftlicher Verantwortung) und schließlich der Parteilichkeit (sowohl im engeren Sinne der direkten Entscheidung für die im Interesse der revolutionären Arbeiterbewegung zu lösenden Aufgaben als auch im weiteren Sinne des persönlichen Engagements für das als sozial bedeutsam Erkannte), die dieses Persönlichkeitsideal in ersten Linie kennzeichnen. Die Zielvorstellungen dieses Persönlichkeitsbildes haben eine wichtige sozial-orientierende Funktion, indem sie auf vornehmlich zu fördernde Haltungen verweisen und kritische Maßstäbe gegenüber dem nur partiell Entsprechenden oder gar alternativ Ausgeprägten schaffen. Im Zusammenhang mit solche Wertungen ausdrückenden Idealbildungen entstehen nun Umformungen der Idealansprüche in normative Wertmaßstäbe gegenüber Einzelpersonen, die unumgänglich und produktiv sind, sofern sie Impulse, für Entwicklungen auszulösen vermögen (indem sie z. B. auf noch unzureichende Ausformungen der als wesentlich und sozial bedeutsam angesehenen Eigenschaften verweisen), andererseits aber auch die Gefahr einer unzulässigen Abwertung jener Menschen in sich bergen können, die ohne eigenes Verschulden nicht über die Voraussetzungen verfügen, derartigen Erwartungen vollständig oder weitgehend gerecht zu werden. Auf diese Problematik ist auch mit Recht in der psychologischen Literatur der DDR aufmerksam gemacht worden,<sup>4</sup> um die Komplikationen einer zu einfachen normativen Umsetzung dieser Idealansprüche gegenüber Individuen zu verdeutlichen. Ähnlich und u. E. berechtigt argumentiert in einer neueren Untersuchung zur Rolle biologischer Bedingungen für die Persönlichkeitsentwicklung Irene Dölling: „Die soziale Zielstellung der sozialistischen Gesellschaft, alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens so zu organisieren, daß die Persönlichkeitsentwicklung ge-[25]fördert wird, schließt deshalb die Berücksichtigung der psychophysischen Konstitution und ihrer historisch-konkreten Maßverhältnisse ein ... Das Ideal der allseitig entwickelten sozialistischen Persönlichkeit ist keine abstrakte Summierung aller denkbaren positiven Verhaltensweisen, wonach die wirklichen Menschen sich um jeden Preis zu richten haben. Es ist vielmehr umgekehrt; unter Berücksichtigung der Bedingungen und Gesetzmäßigkeiten der individuellen Entwicklung, zu denen auch die ‚körperliche Organisation‘ der Individuen in ihrer historischen Konkretheit gehört, werden im Persönlichkeitsideal soziale Bedingungen und Prozesse daraufhin bewertet, wie sie die Ausbildung des ‚subjektiven Vermögens‘ der Individuen fördern.“<sup>5</sup>

Wir ziehen aus diesen Überlegungen den Schluß, daß sich die Antwort auf die eingangs gestellte Frage nach den Maßstäben oder Kriterien für den Wert des Lebens der Menschen auf der Ebene seines personalen Daseins wohl nicht ohne weiteres aus dem Maß der Realisierung solcher im Persönlichkeitsideal fixierten Merkmale oder dem Grade ihrer individuellen Repräsentation herleiten läßt. Wollten wir von einem solchen Maßstab ausgehen, müßten wir notgedrungen dem Leben von Geschädigten oder chronisch Kranken einen geringen Wert zusprechen, was offensichtlich allen praktischen Bemühungen um deren Lebenserhaltung und Förderung widerspricht. Um zu einer richtigen Lösung der anstehenden Fragen zu gelangen, müssen hier offensichtlich sowohl verschiedene Bezugssysteme voneinander abgehoben werden, in deren Rahmen Wertbestimmungen bedeutsam weiden, als auch verschiedene Bedingungen in Rechnung gestellt werden, die bei solchen Wertungen von vornherein zu beachten sind. Die Wertbestimmungen der genannten Komponenten des Persönlichkeitsideals der sozialistischen Gesellschaft beziehen sich dabei zunächst auf deren Bedeutung für die Gesellschaft als Ganzes und deren Progreß. In diesem Bezugssystem sind Bewußtheit, Aktivität und andere der genannten Eigenschaften von entwickelten Persönlichkeiten Werte von hohem Rang, da die auf ihnen beruhenden Leistungen maßgebliche Bedeutung für den gesellschaftlichen Lebensprozeß haben und dessen Inhalt und Entwicklung mitbestimmen.

In diesem Sinne kann von einer spezifisch sozialen Bedeutsamkeit der Lebenstätigkeit von Personen gesprochen werden, und dieser Aspekt den Wertbestimmung tritt in jenen Thesen in den Vordergrund, in denen es um die ausdrückliche Würdigung solcher persönlicher Beiträge einzelner Menschen zur Förderung der gesellschaftlichen Weiterentwicklung geht, wie z. B. in einem prononciert-[26]ten Satz von Stiehler ausgedrückt: „Die gesellschaftliche Bedeutsamkeit des Lebens eines Individuums ergibt sich aus dem Maß, in dem der einzelne an dem Prozeß der Durchsetzung des

<sup>4</sup> Vgl. H.-D. Schmidt, Allgemeine Entwicklungspsychologie, Berlin 1977.

<sup>5</sup> I. Dölling, Naturwesen, Individuum, Persönlichkeit, Berlin 1979, S. 132.

Humanismus, des Friedens, des gesellschaftlichen Fortschrittes teilnimmt.“<sup>6</sup> Vorauszusetzen ist dabei jedoch, daß dieses „Maß“ nicht abstrakt gefaßt werden kann; es ist historisch geprägt durch den jeweils erreichten Reifegrad der gesellschaftlichen Lebensbedingungen selbst (wozu z. B. die verfügbaren Mittel zur Arbeit ebenso gehören wie die Strukturen der Organisation des sozialen Lebens), und es ist abhängig von den individuellen Voraussetzungen des Vollzuges von Lebenstätigkeiten (die physische und psychische Leistungspotenzen einschließen). Sozial bedeutsam für die gesellschaftliche Entwicklung sind deshalb nach unserem Verständnis sowohl jene Leistungen von Personen, die ein Maximum an Kräfteentfaltung, an gegebenen Voraussetzungen physischer und psychischer Art repräsentieren, als auch jene, die unter z. T. wenig günstigen, eingeschränkten Ausgangsbedingungen eine maximale Verwirklichung des individuell Möglichen darstellen, auch wenn sie im Detail nur recht bescheidene Leistungen zu erbringen vermögen. Darüber hinaus ist zu beachten, daß sich auch in bezug auf das gesellschaftliche Ganze die Wertbestimmung menschlichen Lebens generell nicht auf die Bedeutung von bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen und persönlichen Leistungen für die Gesellschaft reduzieren läßt. Das Leben des einzelnen Menschen als Einheit von organismischen Lebensprozessen und den von ihnen ermöglichten sozialen Lebensäußerungen ist schon deshalb immer ein positiv zu bestimmender Wert für eine sozialistische Gesellschaft, weil dieses Leben auf jeder Stufe seiner Entwicklung Potenzen für eine aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Prozeß in sich birgt (wobei diese, selbst in minimaler Form vorhanden, als Kriterien der Existenz menschlichen Lebens aufgefaßt werden müssen) und weil mit seiner Stellung im Wertsystem dieser Gesellschaft ihr Verhältnis zu den sie letztlich bildenden und tragenden Individuen unmittelbar verkörpert wird. Aus der im Persönlichkeitsideal der sozialistischen Gesellschaft besonders akzentuierten Hervorhebung bereits ein hohes Anspruchsniveau repräsentierenden Merkmale von Persönlichkeiten ist deshalb wohl in erster Linie abzuleiten, daß die Gesellschaft die Verpflichtung trägt, allen ihren Mitgliedern möglichst günstige Bedingungen für die ihnen jeweils mögliche Ausprägung und Entfaltung derartiger Eigenschaften zu schaffen, nicht jedoch, daß eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten des Geschädigten, chronisch kranken oder alten Menschen eine Minderung der sozialen Bedeutung ihres Lebens für die Gesellschaft bedeuten und ihre Lebensrechte in der sozialen Gemeinschaft beschränken könnten.

Bestimmte Eigenschaften der Persönlichkeit, Bedingungen des organismischen Lebens und eine aktive und vielseitige soziale Lebenstätigkeit bilden aber nicht nur für die Gesellschaft, sondern auch für die Individuen bedeutsame positiv gewertete Gegebenheiten, woraus sich ein anderes, zweites Bezugssystem ergibt, innerhalb dessen nach den Bedeutungen dieser Seiten menschlichen Daseins für eine bestimmte Person gefragt wird. Die besprochenen Merkmale des sozialistischen Persönlichkeitsideals können dabei deshalb den Rang von bedeutsamen Werten für ein Individuum erlangen, weil sie unter solchen Bedingungen eine befriedigende und erfüllte Lebensgestaltung ermöglichen, in der das Wissen um die Nützlichkeit des eigenen Tuns für andere Menschen, die Freude an der Entwicklung und Bestätigung eigener Leistungspotenzen, die gewonnene soziale Anerkennung und vieles andere mehr dem eigenen Dasein Sinn und Bedeutsamkeit verleihen. Ob und in welcher Weise diese Einstellungen bei den einzelnen Personen erwachsen und persönliche Relevanz im Sinne von Überzeugungen erlangen, hängt natürlich von vielen Bedingungen ab, unter denen praktische Erfahrungen und Formen der Erziehung sicher eine große Rolle spielen, worauf hier jedoch nicht eingegangen werden kann. Im Regel- oder Normalfall ergibt sich für den Menschen die positive Wertschätzung des organismischen Daseins als wichtige Basis für soziale Lebenstätigkeit gleichsam selbstverständlich schon aus der Erfahrung und dem Wissen, daß jede Form der Störung oder Beeinträchtigung dieses leiblichen Daseins zu Komplikationen und Erschwernissen in der Lebensgestaltung führt. Im Rahmen individueller Wertgebung können jedoch hier unter Umständen auch erhebliche Diskrepanzen zu diesem dominierenden sozialen Wertgefüge und dessen Positionen entstehen. Das ist z. B. dann möglich, wenn die individuelle Lebensäußerung – bestimmte Tätigkeits- und Aktivitätsformen des Menschen und seine Beziehungen zu anderen Menschen – aus unterschiedlichen Gründen subjektiv nicht mehr als wertvoll betrachtet und empfunden werden kann. Damit sinkt dann

---

<sup>6</sup> G. Stiehler, Über den Wert der Individualität im Sozialismus, Berlin 1978, S. 152 f.

auch die Wertschätzung für die existentielle Grundlage dieser Lebenstätigkeit, das biologische Dasein, oder sie verliert ganz an Bedeutung. Schädigende Einflüsse auf den Körper werden dann nicht mehr abgewehrt oder sogar bewußt eingesetzt. Derartige psychophysische Mechanismen werden z. B. für verschiedene Formen von Gewöhnung an Genußmittel, Niko-[28]tin oder Alkohol, aber auch für die Übergewichtigkeit, die ja statistisch gesichert die Lebenserwartung senkt, diskutiert und ergeben Ansatzpunkte für psycho- und soziotherapeutische Beeinflussung solcher Verhaltensweisen.<sup>7</sup> Auch bei der Entstehung des als Anorexia nervosa oder mentalis (psychisch bedingte Appetitlosigkeit) bezeichneten und bei jüngeren Mädchen und Frauen beobachteten Krankheitsbildes spielt der Wertverlust für die körperliche Existenz als Folge einer als sinnlos erlebten personalen Daseinsweise eine Rolle: Die Patientinnen verweigern jegliche Nahrung und können so abmagern, daß der Tod eintritt. Bei Kranken, die auf strenge Lebenshaltung und Diät angewiesen sind, z. B. insulinspritzende Diabetiker oder Patienten mit chronischem Nierenversagen im Dialyseprogramm, können solche subjektiven Wertverschiebungen zur therapeutischen Undiszipliniertheit führen und Lebensgefahr bedeuten.<sup>8</sup> Am extremsten kommt diese Verschiebung des subjektiven Wertgefüges im Suizid, dem Selbstmord, als der absichtlichen Zerstörung des eigenen Lebens überhaupt zum Ausdruck. Ähnliche Entwicklungen liegen vor, wenn auf Grund spezifischer Einschränkungen der organismischen Leistungspotenzen Personen die Verwirklichung als wertvoll erachteter Formen der sozialen Lebensäußerung nur noch bedingt oder unter ständigen Komplikationen gelingt, z. B. dann, wenn angestrebte menschliche Kontakte wegen physischer Schädigungen nicht zustande kommen, wie das u. a. für kehlkopflose oder schwerhörige Patienten, schwer Bewegungsbehinderte und Menschen mit äußeren Veränderungen, die das ästhetische Empfinden der Umwelt negativ berühren, nachgewiesen ist.<sup>9</sup> Nicht selten tritt dann Resignation ein, und der Sinn der weiteren Erhaltung der eigenen physischen Existenz erscheint in Frage gestellt.<sup>10</sup> Derartige – nicht nur, aber besonders häufig bei schwer Geschädigten, langdauernd chronisch Kranken und (in bestimmte Formen personaler Isolierung geratenen) alten Menschen auftretende – Erscheinungen des subjektiv empfundenen Sinnverlustes fordern in jedem Falle aktive Bemühungen der Gesellschaft heraus, über die Herstellung bzw. Wiederherstellung von sozialer Integration auch die positive Wertschätzung des Lebens an sich zu fördern. Sie werfen aber auch die Frage auf, unter welchen Bedingungen durchdachte Entscheidungen eines Verzichtes auf weiteres Leben von einzelnen akzeptiert und hingenommen werden könnten. Da letztlich jedem Menschen die Hauptverantwortung für die Gestaltung seines eigenen Lebens zukommt und komplizierte Situationen bei aller eventuell möglichen Hilfe und Unterstützung durch die Mitmenschen und die Gesellschaft von je-[29]dem selbst „ertragen“ und „durchgestanden“ werden müssen, halten wir ein respektierendes Verständnis der zu solchen Entscheidungen führenden Überlegungen und subjektiven Bedingungen für angebracht. Zuweilen noch anzutreffende moralisierende Verurteilungen derartiger Entscheidungen in Form von negativen Einstellungen gegenüber Menschen, die einen Selbstmordversuch unternommen haben oder ihrem Leben selbst ein Ende setzten, verändern die Situation dieser Menschen höchstens zum Negativen und müssen daher überwunden werden. Das von uns geforderte respektierende Verständnis gegenüber diesen Menschen bedeutet allerdings nicht

<sup>7</sup> Vgl. G. Klumbies, Psychotherapie in der Inneren und Allgemeinmedizin, Leipzig 1974; G. M. Krüskemper, Psychologische Probleme bei Übergewichtigen, in: Medizinische Klinik, München, Heft 7, 1977, S. 247; H. Walther, Klinische Pharmakologie, Berlin 1979; ders., Sozialpharmakologische Aspekte der Klinischen Pharmakologie, in: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, Heft 23, 1980, S. 1089.

<sup>8</sup> Vgl. R. Lohmann, Persönlichkeitsbild und soziales Verhalten des erwachsenen Diabetikers, in: Medizinische Welt, Stuttgart, Heft 42, 1976, S. 1997; H. Freyberger, Psychosomatik, Rehabilitation, in: Praxis der Dialysebehandlung, hrsg. v. H. E. Franz, Stuttgart 1973, S. 293.

<sup>9</sup> Vgl. P. Funke u. a., Zur sozialen Rehabilitation schwerbehinderter Rheumatiker – Probleme, Lösungen und Perspektiven, in: Zeitschrift für die gesamte Hygiene, Heft 2, 1978, S. 137; G. B. Glasenapp/W. Schmidt, Zur Rehabilitation von kehlkopflosen Patienten, in: Deutsches Gesundheitswesen, Heft 12, 1976, S. 535; M. Wochnik, Psychologische Erhebungen bei Kehlkopfexstirpierten im Vergleich zu Normalpersonen und schwerhörigen Lehrern, in: Z. ärztl. Fortbild., Heft 23, 1976, S. 1213; S. Hahn/H. Müller, Ein psychosozio-metrisches Verfahren zur Objektivierung des Grades der sozialen Integration psychisch Kranker, in: Psychiatrie, Neurologie, medizinische Psychologie, Heft 1, 1974, S. 14.

<sup>10</sup> Vgl. W. Thom, Rückkehr ins Leben, Berlin 1979; H. Schulz/U. Strahl/U. Körner/F. Mayer, Probleme der Lebensbewältigung bei extremer psychischer Schädigung, in: Grenzsituationen ärztlichen Handelns, hrsg. v. U. Körner/K. Seidel/A. Thom, Jena 1981, S. 166.

einfach die Hinnahme oder gar die direkte Unterstützung von Sterbebegehren, da zumeist die problematischen Lebensbedingungen veränderbar sind und die einmal vollzogene Entscheidung in ihren Konsequenzen derart radikal und tiefgreifend ist, daß sie ab einem bestimmten Moment nicht mehr korrigiert werden kann. Da hier außerdem besondere psychische Bedingungen eine Rolle spielen, die ein völlig zutreffendes Urteil über den Ernst und die Nachhaltigkeit solcher Positionen des Verzichts auf das Leben ungemein erschweren – worauf noch an anderer Stelle einzugehen sein wird – bleibt für uns andere immer nur die Alternative offen, uns für die Änderung jener Bedingungen einzusetzen, die einer Person ihr Leben problematisch werden lassen, bzw. solche Bedingungen zu schaffen, die eine mögliche Lebenshilfe in problematisch gewordenen Situationen fördern: Aufgaben, die oft weit- aus schwerer zu lösen sind, als auf den ersten Blick angenommen wird.<sup>11</sup> Besonders schwierig stellen sich derartige Entscheidungsfragen allerdings dann, wenn eine wesentliche Änderung derartiger Bedingungen nach menschlichem Ermessen nicht mehr gelingen kann, weil z. B. die Voraussetzungen für die Wiederherstellung eines lebensnotwendigen Minimums an organismischer Leistungspotenz nicht mehr vorliegen oder andere zusätzliche Komplikationen gegeben sind, auf deren Beurteilung jedoch im folgenden Abschnitt zur ärztlichen Bewahrungspflicht eingegangen werden wird.

Mit Bezug auf die hier besprochenen Fragen der Wertgebung des Lebens aus der Perspektive der Individuen bzw. im Bereich der personalen Entscheidungen kann aber unabhängig von einigen Sonderfragen generalisierend festgestellt werden, daß

- a) unter den Bedingungen der sozialistischen Gesellschaft von einer im Prinzip dominierenden Übereinstimmung der Wertgebung des Lebens durch einzelne Personen und die Gesellschaft als Ganzes ausgegangen werden kann, [30]
- b) unter bestimmten Bedingungen auftretende Diskrepanzen in dieser Wertbestimmung im Sinne der bei einzelnen auftretenden Positionen des Lebensverzichts vor allem einen Anspruch an die Gesellschaft begründen, die dafür maßgeblichen Bedingungen der Lebenstätigkeit verändernd zu beeinflussen und
- c) derartig durchdachte individuelle Entscheidungen respektierendes Verständnis, jedoch nicht einfach Hinnahme oder gar aktive Unterstützung erfordern.

Obwohl in dieser einführenden Erörterung sicher eine Reihe der angedeuteten Fragen nur unvollständig oder überhaupt nicht besprochen werden konnte, beispielsweise die Problematik des Wertkonfliktes bei Todesstrafe, menschlichen Opfern im Rahmen von Arbeits- und Forschungsaufgaben, Verteidigungshandlungen oder Notwehr, wollen wir jetzt versuchen, die Ergebnisse der bisherigen Überlegungen zur Wertbestimmung menschlichen Lebens in allgemeiner Form zu charakterisieren, um die Ausgangspositionen für die weitere Erörterung spezieller Fragestellungen zu fixieren. Dabei ist die *erste* wichtige Feststellung die, daß sich Wertbestimmungen des Lebens immer auf mehrere eng miteinander verbundene und dennoch unterscheidbare Dimensionen menschlichen Daseins beziehen, u. a. auf die organismischen Existenzbedingungen des Individuums einerseits, auf die aktive soziale Lebensgestaltung andererseits. Im Regelfall sind beide als bedeutsame Güter anzusehen, deren Schutz und Förderung sowohl im Interesse der einzelnen Individuen als auch der Gesellschaft liegen. *Zweitens* ist die Feststellung wichtig, daß insbesondere auch das organismische Dasein der Individuen einen fundamentalen Wert für die betreffenden Menschen und für die sozialistische Gesellschaft darstellt, weil es die unumgängliche Basis für einen sinnvollen personalen Lebensvollzug bildet und weil seine Beeinträchtigungen stets belastende Erschwernisse für den sozialen Lebensprozeß von Personen bewirken. Auf dieser Wertbestimmung beruht die der sozialistischen Gesellschaft eigene Position der umfassenden Fürsorge für die Erhaltung der Gesundheit ihrer Bürger und der Unterstützung gerade auch jener ihrer Mitglieder, die unter den Folgen organischer Schädigungen leiden. *Drittens* ist aus unserer Sicht zu betonen, daß die in der Persönlichkeitsvorstellung dieser Gesellschaft als besonders bedeutsam hervorgehobenen und positiv bewerteten Eigenschaften der Bewußtheit, Aktivität,

---

<sup>11</sup> R. Löther/H. Späte, Suizid und Ideologie – philosophische und psychiatrische Gesichtspunkte, in: Grenzsituationen ärztlichen Handelns, S. 175.

Kollektivität und Parteilichkeit wichtige sozial-organisierende Funktionen für die Persönlichkeitsentwicklung von Individuen ausüben und auch zur bewertenden Beurteilung von Personen herangezogen werden [31] müssen, jedoch nicht dazu berechtigen, Menschen mit Behinderungen hinsichtlich ihrer persönlichen Entwicklungs- und Leistungspotenzen zu diskriminieren oder bezüglich ihrer Lebensrechte als weniger sozial bedeutsam einzuordnen. Dieses Persönlichkeitsideal ist vielmehr in erster Linie als Verpflichtung anzusehen, auch Geschädigten und chronisch Kranken optimale Bedingungen des Lebens und der Lebensäußerung als Person zu schaffen, wozu neben gesellschaftlichen Förderungsmaßnahmen auch ein hohes Maß an persönlicher Zuwendung von seiten aller gesunden und leistungsfähigen Bürger erforderlich ist. *Viertens* bedingt die Tatsache, daß das Leben einer Person sowohl als physische Existenz als auch als System sozialer Lebensäußerungen auch für sie selbst und im ganz individuellen Werturteil unter bestimmten Bedingungen als Last und unbefriedigend oder sinnlos erlebt werden kann, daß zwischen den gesellschaftlichen Werturteilen und denen des einzelnen erhebliche Diskrepanzen bis zu direkten offenen Widersprüchen auftreten können. Da das Leben auch immer einen Prozeß sehr individueller Lebensgestaltung darstellt, können derartige Positionen nicht einfach moralisierend verurteilt werden, sondern erfordern vielmehr eine verständnisvolle Zuwendung und den Versuch einer Veränderung jener Bedingungen, die derartige Haltungen hervorrufen.

Von diesen Positionen aus kann nun versucht werden, die in der Medizin der sozialistischen Gesellschaft historisch gewachsenen Auffassungen zu den wesentlichen Inhalten des medizinischen Bewahrungsauftrages differenzierter darzustellen und zu werten. Dies soll im nächsten Abschnitt zunächst bezüglich der Lebensbewahrung bei geschädigtem organismischen Leben versucht werden.

[32]



### **III. Der Bewahrungsauftrag der Medizin gegenüber menschlichem Leben**

Wird die im vorigen Abschnitt gegebene Wertbestimmung menschlichen Lebens anerkannt, so ist damit die Basis geschaffen aus der nun wichtige Konsequenzen für die praktische Handhabung der medizinischen Bewahrungspflicht überhaupt und spezielle Handlungsorientierungen für moralische Problemsituationen bei der Erfüllung dieser Pflicht ableitbar sind. Diese durch die einleitend ausführlicher beschriebenen neuen Entwicklungsbedingungen in Medizin und Gesellschaft aufgetretenen Problemsituationen lassen sich unter pragmatischen Aspekten in drei Fragekomplexen charakterisieren:

1. Soll die Medizin alle ihr im Prinzip verfügbaren Mittel zur Erhaltung bedrohten und bereits weitgehend geschädigten menschlichen Lebens einsetzen unabhängig davon, welche sozialen Qualitätsmerkmale das Leben der betroffenen Menschen noch besitzt und welche Lebensperspektiven ihnen aus dieser Lebensbewahrung erwachsen?
2. Können Medizin und Gesellschaft angemessen dafür sorgen, daß auch Menschen mit schwerwiegenden Schädigungen und stark eingeeengten Lebensmöglichkeiten ihr Dasein bewältigen und erträgliche oder befriedigende Lebensformen zu realisieren vermögen?
3. Können Medizin und Gesellschaft auch in solchen Fällen Hilfe erweisen, in denen unabänderliches, auch mit modernen Mitteln der Medizin nicht mehr abwendbares Sterben schwer zu bewältigende und mit Leiden verbundene Situationen schafft?

#### **Konsequenzen der Wertbestimmung menschlichen Lebens für die praktische Erfüllung des Bewahrungsauftrages in problematischen Entscheidungssituationen**

Die folgenden Überlegungen, die auf eine Beantwortung dieser die derzeitigen moralischen Entscheidungssituationen kennzeichnenden Fragen hinzielen, ergeben für das konkrete Verständnis des Bewahrungsauftrages der Medizin gegenüber menschlichem Leben in erster Linie, daß die Pflicht zur Lebensbewahrung unabhängig davon gilt, wie weit sich ein Individuum zur Persönlichkeit entwickelt hat und sein Leben für wertvoll hält. Zusätzlich zu den für eine solche Forderung bereits vorstehend gegebenen allgemeinen Begründungen wird sie durch verschiedene medizinische Aspekte in ihrer Notwendigkeit vertieft. So zeigt es sich sowohl in der Geschichte als auch in der Gegenwart, daß es kein objektives Kriterium gibt, als Außenstehender den Wert eines Menschen angemessen zu bestimmen. Jeder in dieser Richtung unternommene Versuch (z. B. die zeitlose Konstatierung einer infau- sten Krankheitsprognose, die Nützlichkeit eines Menschen für andere, die Festlegung eines bestimmten Intelligenzquotienten u. a. m.) schuf eine Reihe von „Grenzfällen“, die die eindeutige Handhabung von Handlungsorientierungen unmöglich machten und u. a. den Weg für die Massenvernichtungsaktionen an geistig Kranken und Behinderten in der Zeit des Faschismus ebneten.<sup>1</sup> In noch stärkerem Maße gilt das für subjektive Wertbestimmungen des Lebens anderer, wie sie beispielsweise in der Kategorie des „Mitleids“ zum Ausdruck kommen.

Subjektive Wertschätzungen des eigenen Lebens eines Menschen müssen – wie das prononciert bereits für die Situation des Selbstmordes und -versuches gefordert wurde – zwar als vorhanden akzeptiert und selbst in ihren schwerwiegenden Folgen u. U. als wohldurchdachte Überlegung eines Menschen respektiert werden, können jedoch ebenso kein Kriterium für das Unterlassen lebenserhaltender medizinischer Maßnahmen sein. Abgesehen davon, daß in den meisten Fällen für solche Menschen eine wirksame Änderung der objektiven Lebensbedingungen und/oder der subjektiven Lebenseinstellung erreicht werden kann, ist ja die medizinische Situation bei Selbstmordversuchen meist durch Bewußtlosigkeit und akute Lebensgefahr des Patienten charakterisiert, die ein ausführliches Prüfen aller Lebensumstände seiner Persönlichkeitsentwicklung und den Ausschluß eventuell zugrunde liegender psychischer Erkrankungen nicht gestatten. Solange daher nicht von einem juristisch entscheidungsfähigen Patienten in der aktuellen Situation einer ernsthaften Bedrohung seiner Gesundheit oder gar des Lebens und im vollen Wissen um die Folgen des Verzichtes auf bestimmte

---

<sup>1</sup> Vgl. F. K. Kaul, Nazimordaktion T 4, Berlin 1973; A. Mitscherlich/F. Mielke, Medizin ohne Menschlichkeit, Frankfurt a. M./Hamburg 1960; A. Platen-Hallermund, Die Tötung Geisteskranker – Aus der Deutschen Ärztekommision beim Amerikanischen Militärgerichtshof, Frankfurt a. M. 1949.

Therapiemaßnahmen – für deren Vermittlung der Arzt die Verantwortung trägt – eine gezielte Verweigerung bestimmter therapeutischer Eingriffe erfolgt, verlangt der Bewahrungsauftrag [34] immer ein Handeln im Interesse der Erhaltung des Lebens in der Annahme, damit auch den Interessen des Patienten und der Gesellschaft gerecht zu werden. Die Gesetzgebung in der DDR anerkennt in diesem Sinne ausdrücklich das Recht des Patienten auf Therapieverweigerung; sie schützt aber auch den Arzt, der ohne Einwilligung des Patienten bzw. seines gesetzlichen Vertreters lebenserhaltende Maßnahmen in akuten Situationen vornimmt, indem sie prinzipiell jeden notwendigen und sachgerecht ausgeführten medizinischen Eingriff als Heilbehandlung interpretiert (im Gegensatz zur Gesetzgebung in vielen kapitalistischen Staaten, z. B. der BRD und den USA, wo ein solcher Eingriff als Tatbestand der vorsätzlichen Körperverletzung gilt, sofern keine Einwilligung des Patienten erlangt werden kann).<sup>2</sup> Die Auffassung, daß die Pflicht der Medizin zur Lebensbewahrung unabhängig davon zu gelten hat, wie weit sich ein Individuum zur Persönlichkeit entwickelt hat und sein Leben für wertvoll hält, bildet damit auch eine wichtige Grundlage für die Sicherung des Vertrauensverhältnisses zwischen Bevölkerung und Gesundheitswesen. Gelegentlich auftretende Sorgen von Bürgern, daß damit letztlich dem Recht auf Therapieverweigerung de facto spätestens ab dem Augenblick nicht mehr entsprochen wird, in dem durch Bewußtseinsverlust die juristische Entscheidungsfähigkeit eines Patienten verlorengeht, sind damit jedoch noch nicht aufgehoben. Die zur Lösung dieses Problems in vielen kapitalistischen Ländern verbreiteten Bestrebungen, bereits zu Zeiten von Gesundheit und Leistungsfähigkeit Tötungsverlangen oder Verweigerung medizinischer Behandlung für den Eventualfall einer schweren Erkrankung oder eines Unfalls juristisch zu fixieren (siehe Kapitel V), können für die sozialistische Gesellschaft und im Rahmen ihrer ethischen Positionen nicht anerkannt werden. Bereits pragmatisch bestehen Einwände dahingehend, daß die zur Absicherung gegen Mißbrauch und zur Bekundung der Willensstetigkeit des Patienten notwendigen juristischen Formalitäten die eigentliche Absicht dieser Willenserklärung, in Ruhe und Frieden sterben zu können, in Frage stellen.<sup>3</sup> Solche Entscheidungen lassen weiterhin außer acht, daß im realen Fall der Schädigung die individuelle Auffassung völlig anders sein kann, die von außen sichtbaren Symptome einer Schädigung keine zuverlässigen Aussagen über das Maß der möglichen medizinischen Hilfe erlauben und auch bei schwerwiegenden Folgen medizinische und soziale Kompensationsmöglichkeiten weitere sinnvolle Lebensgestaltung gestatten können.

Unsere Vorstellungen gehen dahin, diesen bisweilen auftretenden Widerspruch zwischen den Interessen des einzelnen Patienten einerseits und der Behandlungsverpflichtung der medizinischen Mitarbeiter andererseits durch Konkretisierung des Bewahrungsauftrages entsprechend den jeweiligen medizinisch-wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklungsbedingungen möglichst klein zu halten. Dabei spielt eine Positionsbestimmung zu der Frage, ob die Medizin alle ihr im Prinzip zur Verfügung stehenden Mittel zur Erhaltung gefährdeten und bereits weitgehend geschädigten Lebens unabhängig davon einsetzen soll, welche sozialen Qualitätsmerkmale die betroffenen Menschen noch besitzen und welche Lebensperspektiven ihnen aus dieser Lebensbewahrung erwachsen, eine wichtige Rolle. Das damit als Pendant zum Recht des Patienten auf Therapieverweigerung angesprochene Problem des Therapieabbruches bzw. -verzichtes seitens der Medizin stellt sich uns in zwei Erscheinungsformen. Die erste bezieht sich auf Situationen besonders in der Intensivmedizin. Sie mündet in der Frage, ob überhaupt, wie lange und mit welchem Ziel die künstliche Aufrechterhaltung vitaler Funktionen eines Patienten erfolgen soll, wenn die Wiedererlangung eines bewußten Lebensvollzuges mit Sicherheit nicht mehr erwartet werden kann und eine Existenz als geistig schwergeschädigtes oder bewußtloses Wesen droht.

Die Diskussionen über diese Fragen führen derzeit zu der dominierend gewordenen Auffassung, daß bei Patienten, bei denen ein irreversibler Ausfall der gesamten Großhirnfunktionen und damit

<sup>2</sup> G. Becker/M. Mühlmann, Die Rechte und Pflichten im medizinischen Betreuungsverhältnis, in: Rechtsprinzipien im Gesundheitswesen, hrsg. v. R. Gürtler/J. Mandel/J. Rothe, Berlin 1980, S. 180; H. Hinderer, Grenzprobleme des Lebens – unter Berücksichtigung juristischer Aspekte, in: Grenzsituationen ärztlichen Handelns, hrsg. v. U. Körner/K. Seidel/ A. Thom, Jena 1981, S. 42.

<sup>3</sup> Vgl. Ehrhard, zit. bei E. W. Hanack, Euthanasie aus strafrechtlicher Sicht, in: Euthanasie, Probleme der Sterbehilfe, hrsg. v. H. D. Hiersche, München 1975, S. 121; A. Eser, Der manipulierte Tod? Möglichkeiten und Grenzen der Sterbehilfe aus rechtlicher Sicht, in: Der Mensch und sein Tod, hrsg. v. J. Schwartländer, Göttingen 1976, S. 61.

jeglicher Form von Bewußtseinstätigkeit mit Sicherheit nachgewiesen werden kann, trotz des noch ausstehenden biologischen Todes des Organismus ein Abbruch therapeutischer und erst recht intensivtherapeutischer Bemühungen legitimiert werden kann.<sup>4</sup> Für diese Patienten müssen jedoch ebenso wie für alle anderen Sterbenden oder Patienten im Endstadium infauster Erkrankung – eine ausreichende körperliche Pflege, Ernährung und Versorgung mit Atemluft erfolgen. Auch für diese Patienten gilt ausdrücklich das noch zu besprechende Tötungsverbot. Voraussetzungen für solche Entscheidungen mit der Konsequenz der Nichteinleitung oder Beendigung intensivtherapeutischer Bemühungen sind hier sichere Kriterien für die Feststellung der Irreversibilität des Funktionsausfalls der Großhirnrinde und zuverlässige diagnostische Verfahren für die entsprechende klinische Zustandsbeurteilung. Solange jedoch solche präzisen und handhabbaren Kriterien für den irreversiblen Verlust dieser Bewußtseinsfunktionen in Grenzfällen nicht vorliegen, ist das Ende der Behandlungsverpflichtung gemäß dem Bewahrungsauftrag erst mit der nach definierten Regeln erfolgten [36] Feststellung des eingetretenen Todes gesetzt bzw. mit der regelhaften Feststellung des Hirntodes gegeben, sofern eine Organentnahme zu Transplantationszwecken erfolgen soll.

Die zweite Erscheinungsform des Problems lautet, ob diagnostische oder therapeutische Möglichkeiten bei einem Patienten auch dann eingesetzt werden sollen, wenn sein Sterben aufgrund einer chronisch fortschreitenden oder unheilbaren Krankheit mit Sicherheit in kurzer Frist unabwendbar und die Verlängerung des gegebenen Zustandes mit Leiden verbunden ist. Übereinstimmung besteht hier bereits in Form der weitgehend anerkannten Indikations- und Kontraindikationslisten bezüglich des Einsatzes intensivtherapeutischer Möglichkeiten dahingehend, daß Maßnahmen zur Aufrechterhaltung lebenswichtiger Funktionen nicht eingeleitet werden, wenn es sich um einen sicher erkannten Endzustand einer chronisch progredienten Erkrankung, einer Krankheit mit infauster Prognose oder um einen natürlichen Vorgang des Sterbens im hohen Alter handelt. Im Falle bereits begonnener intensivtherapeutischer Maßnahmen, die in Unkenntnis des Vorliegens eines solchen nicht mehr aufhaltbaren Geschehens eingeleitet wurden, kann die Einstellung dieser Maßnahmen als moralisch legitim gelten, da ihre Weiterführung keinen therapeutischen Zweck zu erfüllen vermag. Unter diesen Voraussetzungen kann die Absetzung intensivtherapeutischer Maßnahmen auch nicht als medizinischer Eingriff mit Tötungscharakter oder als unterlassene Hilfeleistung angesehen werden, da das Sterben als Folge eines gegebenen organismischen Zustandes eintritt, für den Hilfsmöglichkeiten im Sinne von Wiederherstellung eigenständiger und stabiler Lebensfunktionen nicht mehr existieren.

Das gilt auch für andere eingreifende und den Patienten belastende, aber aufgrund der vorliegenden medizinischen Bedingungen mit Sicherheit infausten Erkrankungen. Die konkrete Entscheidung dazu am Krankenbett erweist sich jedoch mitunter schwierig vor allem deswegen, weil bei vielen Patienten unklar ist, wie sich in ihrem Fall die Krankheit entwickeln wird. In solchen unsicheren Fällen gilt es; sich im Sinne des uneingeschränkten Bekenntnisses zum Bewahrungsauftrag für einen Therapieversuch zu entscheiden. Außerdem gilt es zu beachten, daß ein Teil der Medikamente seine Wirkung vorwiegend durch Linderung der Beschwerden des Patienten entfaltet, auch das muß selbstverständlich beibehalten werden. Und nicht selten besteht auch eine nicht unwesentliche psychisch positive Beeinflussung durch eine bestimmte Therapie, deren Absetzen mit dem Gefühl des „Aufgegeben[37]enseins“ verknüpft werden könnte. Als Voraussetzung für solche Entscheidungsfindungen gemäß dieser Auffassungen ist die weitere Erarbeitung wissenschaftlich begründeter Kriterien über die Besserungschancen bei schweren Erkrankungen besonders wichtig, weil erst diese im Einzelfall das moralisch legitime und juristisch unanfechtbare Verhalten fundieren können.

In all den Fällen, in denen beim Entwicklungsstand der heutigen wissenschaftlichen Erkenntnis und der gegebenen realen Handlungsmöglichkeiten der Medizin eine erfolgreiche Therapie von lebensbedrohlichen Krankheiten nicht mehr möglich ist oder der unabwendbare Sterbevorgang bereits

---

<sup>4</sup> Vgl. U. Körner, Grenzbereiche des Lebens – erkenntnistheoretische und ethische Probleme ärztlicher Entscheidung, in: Medizin, Menschenbild und sozialbiologisches Problem, hrsg. v. R. Löther, Berlin 1974, S. 121; ders., Philosophisch-ethische Aspekte ärztlichen Handelns in Grenzsituationen, in: Deutsches Gesundheitswesen, Heft 33, 1978, S. 1537; L. Engelmann/U. Körner/D. Schneider/A. Thom, Bewahrungsauftrag und Intensivmedizin, in: Grenzsituationen ärztlichen Handelns, S. 119.

begonnen hat, sollte der Bewahrungsauftrag dahingehend verstanden werden, ein ausreichendes Maß an personaler Zuwendung zu Patienten mit erhaltenem Bewußtsein zu gewähren und für alle Patienten Bedingungen zu schaffen, die ein menschenwürdiges Sterben erlauben.

Abzutrennen von diesen Fragen des Therapieverzichtes seitens der Mediziner und dem zu respektierenden Recht des Patienten auf Therapieverweigerung ist das Tötungsbegehren von Patienten oder gar deren Angehörigen. Die Wertbestimmung menschlichen Lebens in der entwickelten sozialistischen Gesellschaft verbietet mit der Bejahung der Bewahrungspflicht konsequenterweise auch generell die Tötung kranker, geschädigter oder alter Menschen sowohl durch medizinische Mitarbeiter als auch jegliche andere Personen. Derartige Handlungen sind durch § 112 (Mord) und § 113 (Totschlag) des Strafgesetzbuches der DDR ausdrücklich auch von juristischer Seite unter Strafe gestellt.

Neben der Begründung eines solchen ethischen und juristischen Tötungsverbotes durch die eingangs gegebene Wertbestimmung menschlichen Lebens ist hier weiter in Betracht zu ziehen, daß die Zulassung von Tötungshandlungen das Vertrauensverhältnis zur Medizin radikal erschüttern würde. Eine mißbräuchliche Anwendung eines irgendwie gearteten Tötungsrechtes angesichts der Komplexität der für die Beurteilung von Lebensmöglichkeiten von Menschen in Betracht zu ziehenden Zusammenhänge könnte nicht ausgeschlossen werden. Schließlich erscheinen Tötungshandlungen für jedweden medizinischen Mitarbeiter unzumutbar, denn er müßte schließlich die schwerwiegende persönliche Verantwortung für die entsprechende Entscheidung bei höchst unsicheren Kriterien der Entscheidungsfindung tragen. Dieses Tötungsverbot gilt auch dann, wenn Patienten oder deren Angehörige ein direktes Tötungsbegehren zum Ausdruck bringen, wobei zu berücksichtigen ist, daß derartige Wünsche unter höchst belastenden Ausnahmebedingungen [38] auftreten, in der Regel nicht dauerhaft existieren und durch psychische Zuwendung sowie medizinische und soziale Hilfe beeinflußt werden können. Sofern Todeswünsche an den Arzt oder die Schwester herangetragen werden, sollten sie bei voller Achtung des sie äßernden Menschen vor allem als Anlaß vermehrter Zuwendung und Hilfeleistung gelten.

Mit Steußloff möchten wir uns damit gleichzeitig von dem Begriff „Euthanasie“, der durch die Faschisten für ihre antihumanen Zwecke mißbraucht worden ist und der auch in der heutigen bürgerlichen Literatur mit sehr unterschiedlichen Intentionen belegt wird, „im Interesse einer völligen Eindeutigkeit und einer klaren Abgrenzung der humanistischen Aufgabe des Arztes“ distanzieren. „Das, was im Begriff Euthanasie ursprünglich rechtens enthalten war, nämlich die Pflicht des Arztes, einem Kranken das Leiden zu erleichtern ohne das Leben zu verkürzen, das braucht nicht unter dem Namen Euthanasie gefordert zu werden, weil es sich aus der allgemeinen Bestimmung und Aufgabe des Arztes ... selbstverständlich ergibt.“<sup>5</sup>

Eine letzte Konsequenz aus der Wertauffassung der sozialistischen Gesellschaft zum menschlichen Leben besteht in der Ausdehnung des Funktionsraumes der Medizin insgesamt auf prophylaktische und rehabilitative Aufgaben. Damit muß sich auch das Verständnis des Bewahrungsauftrages um eine unmittelbare soziale und psychologische Dimension der Teilnahme an der Schaffung angemessener Lebensbedingungen für chronisch Kranke, Leistungsbeeinträchtigte und nur begrenzte Entwicklungsmöglichkeiten aufweisende Personen erweitern. Alle Bemühungen um die Bewahrung menschlichen Lebens dürfen sich deshalb nicht allein auf die Gewährleistung organischer Lebensfunktionen beschränken, sondern schließen auch die Nutzung gesellschaftlicher Möglichkeiten zur Hilfe und Betreuung im Falle eingeschränkter Lebensmöglichkeiten durch die Medizin ein. Materielle und personelle Potenzen, die in diesem Sinne für eine intensive Zuwendung zu den betreffenden Personen, die Schaffung angemessener Bedingungen für ihre Lebensgestaltung und für die Erfüllung wichtiger sozialer Grundbedürfnisse eingesetzt werden müssen, können dabei nur allmählich und im Rahmen des komplexen Prozesses der Höherentwicklung der gesellschaftlichen Verhältnisse bereitgestellt werden. Die Schaffung des jeweils Möglichen und dessen sinnvolle Nutzung durch die Medizin ist ein Gebot der in unserer Gesellschaft geltenden Prinzipien der Solidarität und gegenseitigen Unterstützung.

---

<sup>5</sup> H. Steußloff, Sozialismus und hippokratische Tradition in der Bewahrungspflicht, in: Wissenschaftliche Zeitschrift der Karl-Marx-Universität, Mathematisch-naturwissenschaftliche Reihe, Sonderband IV, Leipzig 1964, S. 56.

[39] Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß die Positionen der Medizin in der DDR zu konkreten Handlungsorientierungen in der praktischen Erfüllung des Bewahrungsauftrages gegenüber menschlichem Leben mit den Positionen der entwickelten sozialistischen Gesellschaft zum Wert des menschlichen Lebens grundlegend übereinstimmen. Das medizinische Verständnis des Bewahrungsauftrages stellt eine Konkretisierung der allgemeinen Wertauffassung vom menschlichen Leben in der sozialistischen Gesellschaft dar. Dabei beziehen sich diese Konkretisierungen auf eine Reihe zusätzlicher durch die spezifisch medizinische Problemsicht gegebener Aspekte (z. B. Zeitdruck für Entscheidungen in medizinischen Notfallsituationen, Unsicherheitsfaktoren in der Prognose einer Erkrankung). Sie schließen vor allem eine Suche nach wissenschaftlich begründeten und objektiven Kriterien eines spezifisch *menschlichen* Lebensvollzuges ein, die sich in ihren Voraussetzungen und ihren Anwendungsfolgen in Übereinstimmung mit den Wertorientierungen der sozialistischen Gesellschaft befinden.

Eine den gegenwärtigen Erkenntnisstand in dieser Frage berücksichtigende zusammenfassende Bestimmung des Bewahrungsauftrages der Medizin der entwickelten sozialistischen Gesellschaft gegenüber menschlichem Leben könnte daher lauten:

Jedes der menschlichen Gattung angehörende und zum biologischen Leben befähigte Lebewesen hat das Recht auf den Schutz seines Lebens und seiner Gesundheit auch dann, wenn es auch nur mit Hilfe der Gesellschaft zu einem bewußten Lebensvollzug in minimalsten Grenzen geführt werden kann, und es hat Anspruch auf Förderung und Nutzung der gesellschaftlichen Errungenschaften und Möglichkeiten des medizinischen Fortschrittes.<sup>6</sup>

### **Ansprüche der sozialistischen Gesellschaft an Ärzte, Schwestern und andere im Gesundheitswesen Tätige zur humanen Betreuung unheilbar Kranker und Sterbender**

Bei der Klärung der Frage, welche Verhaltensweisen notwendig sind, um ein der Würde der menschlichen Persönlichkeit entsprechendes Sterben solcher Patienten zu gewährleisten, bei denen keine therapeutischen Maßnahmen mehr imstande sind, den letalen Ausgang zu verhindern, soll betont werden, daß unter dem Begriff „menschenswürdiges Sterben“ nicht ein Katalog von Anforderungen [40] an den Kranken, insbesondere an seine Selbstbeherrschung und Gelassenheit, verstanden werden kann, die die im Gesundheitswesen Tätigen der Anstrengung persönlicher Zuwendung entheben. Ein derartiges Verhältnis gegenüber Kranken und Sterbenden, „im Rahmen dessen die Diskretion als die moderne Gestalt von Würde auftritt“,<sup>7</sup> wird von Ariès als typisch für die moderne bürgerliche Gesellschaft angesehen. Menschenwürdiges Sterben beinhaltet dort, „nicht mehr dem Kranken, sondern der Gesellschaft, der Umgebung selbst die Belastung zu ersparen, wie sie die Widerwärtigkeit des Todeskampfes und die einfache Präsenz des Todes inmitten des vollen Lebens mit sich bringt, denn man hält es jetzt für ausgemacht, daß das Leben glücklich ist oder wenigstens den Anschein haben soll“.<sup>8</sup> Es sei eine „moralische Schuldigkeit und gesellschaftliche Verpflichtung, zum kollektiven Glück dadurch beizutragen, daß man jeden Anlaß zu Trübsinn oder Unannehmlichkeiten aus dem Weg räumt und sich stets den Anschein von Wohlbefinden gibt, selbst wenn man in tiefster Schwermut versinkt“.<sup>9</sup> Für uns bedeutet im Gegensatz dazu „menschenswürdiges Sterben“ die Beachtung bedeutsamer sozialer Grundbedürfnisse, die in der Situation des Sterbenden zu erwarten sind sowie die Sicherung von solchen Existenzbedingungen für den Patienten, die eine individuelle Bewältigung des bevorstehenden Sterbens, ein angemessenes Abschiednehmen von Angehörigen und Freunden und die befriedigende Regelung der letzten Sorgen und Wünsche ermöglichen.<sup>10</sup> Was dabei

---

<sup>6</sup> Vgl. Verfassung der DDR, Berlin 1968, Artikel 35, Absatz 1; Vgl. H. Hinderer/J. Mandel, Sozialistisches Recht und medizinischer Fortschritt, in: Rechtsprinzipien im Gesundheitswesen, S. 59; U. Körner/K. Seidel/A. Thom, Sozialistischer Humanismus und die ärztliche Pflicht zur Bewahrung menschlichen Lebens, in: Grenzsituationen ärztlichen Handelns, S. 15.

<sup>7</sup> P. Ariès, Studien zur Geschichte des Todes im Abendland, München/Wien .1976, S. 166.

<sup>8</sup> Ebenda, S. 58.

<sup>9</sup> Ebenda, S. 62.

<sup>10</sup> Vgl. E. Kunzendorff, Sterben und Tod – soziologisch-psychologische Überlegungen über ein zu Unrecht vernachlässigtes Problem, in: Dt. Gesundh.-Wesen, Heft 12, 1978, S. 570; K. Seidel/U. Körner/J. Ott/R. Schirmer, Die Betreuung

der Patient in dieser letzten Lebensphase für sich als wichtig empfindet, was er noch regeln möchte, ist individuell sehr verschieden und vom bisherigen Leben des Patienten abhängig. Auch bei scheinbarer Banalität oder Sinnlosigkeit solcher letzten Bestrebungen darf das wiederum kein Anlaß für irgendeine Abwertung des Patienten, seiner Anliegen und Bedürfnisse sein.

Bei allen derzeit noch vorhandenen Unsicherheiten unseres Wissens und trotz der vielen Fragen, die einschlägige Untersuchungen und Interpretationen offen lassen, kann davon ausgegangen werden, daß die psychologische Reaktionsweise und die Anforderungen an die Betreuung des sterbenden Patienten von folgenden wichtigen und unbedingt zu beachtenden Grundbedürfnissen geprägt sind: dem Bedürfnis nach ausreichender körperlicher Pflege und hygienischen Lebensbedingungen; dem Bedürfnis, keine Schmerzen erdulden zu müssen; dem Bedürfnis nach Kommunikation mit nahestehenden oder fürsorgenden Menschen; dem Bedürfnis nach Wissen um die eigene Lebensperspektive; dem Bedürfnis nach äußerer Ruhe und Harmonie und dem Bedürfnis, auch in dieser [41] letzten Phase des Lebens als Persönlichkeit geachtet zu werden und sich als solche realisieren zu können.

Die medizinischen Mitarbeiter, im weiteren Sinne jeder, der infaust Kranke und Sterbende betreut, letztlich die Gesellschaft als Ganzes, werden ihrer Verantwortung solchen Patientengruppen gegenüber dann gerecht, wenn sie diesen Bedürfnissen Rechnung tragen und um ihre Erfüllung bemüht sind. Daraus ergeben sich eine Reihe konkreter Handlungsorientierungen für die Arbeit am Krankenbett, auf die wir im folgenden ausführlicher eingehen wollen.

*a) Das Bedürfnis nach ausreichender körperlicher Pflege und hygienischen Lebensbedingungen*

Ganz allgemein kann man sicher davon ausgehen, daß der Pflegeaufwand, den infaust Kranke und Sterbende benötigen, mit dem herannahenden Tod ansteigt. Vorwiegend wird es sich hierbei um Aufgaben im Rahmen der *Grundkrankenpflege* handeln (allgemeine und besondere Körperpflege, prophylaktische Maßnahmen, wie Vorbeugung von Lungenentzündungen, Wundliegen, psychische Zuwendung). Weiterhin wird in diesem Zusammenhang von den Betreuungspersonen eine exakte *Krankenbeobachtung* erfolgen müssen, die es gestattet, durch Erfassung des physischen und psychischen Zustandes des Patienten wichtige Informationen für den Arzt und dessen Entscheidungen zu geben, aber es auch dem Betreuenden selbst ermöglicht, Hinweise für die psychische Führung des Patienten und damit im Zusammenhang stehende Aufgaben zu gewinnen. Auch die Durchführung einer guten *Behandlungspflege* (z. B. Wundversorgungen, Regelung der Ausscheidungsfunktionen des Patienten), die von den Betreuungspersonen, insbesondere der Schwester, in Absprache mit dem Arzt und/oder in ärztlicher Anordnung ausgeführt werden, gehört zur Erfüllung dieses Patientenbedürfnisses. Sauberkeit und Freundlichkeit der Krankenumgebung sind dafür ebenso selbstverständlich wie appetitlich angerichtetes Essen. Damit werden insgesamt jedoch nicht nur körperliche Bedürfnisse eines Patienten und Aufgaben im Rahmen der Krankenhaushygiene erfüllt. Die körperliche Pflege und eine saubere, freundliche Umgebung erhöhen auch sein psychisches Wohlbefinden und machen ihn so – auch aus ästhetischen Gesichtspunkten – kommunikationsfähiger; es werden auf diese Weise Basisbedingungen für die psychosoziale Betreuung geschaffen. [42]

*b) Das Bedürfnis, keine Schmerzen erdulden zu müssen*

Schmerzen treten im Zusammenhang mit der zum Tod führenden Krankheit häufiger auf, und zwar nicht nur bei Geschwulstleiden. Das bewußte Erleben von Schmerzen bedingt oft eine depressive Stimmungslage des Patienten und ist der häufigste Anlaß, einen Arzt an das Krankenbett zu bitten.

Sicher können Schmerzen und andere körperliche Qualen dazu legitimieren, bei Bedarf schmerz- und leidensmildernde Medikamente auch dann einzusetzen, wenn sie als Nebenfolge Beeinträchtigung vitaler Funktionen bewirken, sofern eine Leidmilderung auf anderen Wegen nicht möglich ist und direkte Tötung ausgeschlossen bleibt. Derartige Entscheidungen sind nicht durch strenge Vorschriften regelbar, liegen in der persönlichen Verantwortung des Arztes und bedürfen einer sorgfältigen

---

zum Tode Kranker und Sterbender, in: Grenzsituationen ärztlichen Handelns, S. 233; H. Brandt/S. Hahn/A. Thom, Probleme und Aufgaben der Betreuung Sterbender durch den Hausarzt, in: Grenzsituationen ärztlichen Handelns, S. 211; H. Breidenbach/B. Schneeweiß, Das unheilbar kranke Kind, in: Grenzsituationen ärztlichen Handelns, S. 199.

Beachtung aller Umstände, vor allem eines gesicherten Wissens um die aktuelle Unmöglichkeit zu kausal therapeutisch wirksamen Maßnahmen. Zum Teil in den Gesundheitseinrichtungen noch geübte Zurückhaltung bei der Gabe von rauschgiftartigen Schmerzmitteln für solche Patienten mit dem Argument, sie könnten süchtig werden, erachten wir angesichts der nur noch kurzen Lebensspanne des Patienten für abwegig. Auch die Erfüllung dieses Bedürfnisses stabilisiert das psychophysische Befinden des Patienten und stellt eine Basisbedingung der Sterbebetreuung dar. Beobachtungen zeigen, daß andererseits eine gute psychische Führung des Patienten geeignet ist, seinen Schmerzmittelbedarf zu senken, weil seine Ängste und Unruhen dann auf anderen Wegen abgebaut werden können; sie werden nicht mehr in Form von Schmerzen als Appell an die Umwelt herangetragen.

*c) Das Bedürfnis nach Kommunikation mit nahestehenden oder fürsorgenden Menschen*

Das Kommunikationsbedürfnis muß zwar nicht in jedem Fall mit dem Wunsch nach Anwesenheit von Bezugspersonen in der unmittelbaren Sterbephase verbunden sein, sondern ist in umfassender Weise vor allem in der gesamten Zeit der Hilflosigkeit und Unsicherheit ausgeprägt. Es ist sicher auch nicht so zu interpretieren, daß der Patient sich laufend unterhalten möchte oder von den Betreuungspersonen und Angehörigen ständig erwartet, daß etwas gesagt wird. Vielmehr muß angenommen werden, daß das Gefühl des Verlassenseins in der Situation des Überwältigtwerdens durch [43] den Tod für viele Patienten eine enorme Belastung darstellt, die den Vorgang des Sterbens außerordentlich kompliziert und psychisch erschwert.

Mehr und mehr setzt es sich in den Krankenhäusern der DDR durch (gefördert durch die Rahmenkrankenhausordnung 1980), bei infaust Kranken und Sterbenden freie Besuchszeiten zu gestatten. Mitunter muß man sicher auch die Angehörigen zu verstärkten Besuchen anregen, da sie entweder den bevorstehenden Todeseintritt nicht als reale Möglichkeit in ihr Denken und Handeln einbeziehen oder Unsicherheiten im interpersonalen Verhalten zu infaust Kranken und Sterbenden unterliegen. Der wünschenswerte verstärkte Kontakt zwischen dem Patienten und seinen Angehörigen würde auf jeden Fall nicht nur stationstechnische Probleme mit sich bringen (Sauberkeit, hygienische Vorschriften, Verständnis der Mitpatienten usw.), sondern als Konsequenz auch eine verstärkte Zuwendung von Ärzten und Schwestern zu den Angehörigen erfordern.

Eine weitere wichtige Möglichkeit, dieses Gefühl des Verlassenseins beim Patienten nicht ausgeprägt aufkommen zu lassen, besteht in der Einbeziehung der Mitpatienten. Oft kann ja ein Sterbender gerade deswegen nicht in dem ihm vertrauten Milieu belassen, sondern muß „rausgeschoben“ werden, weil man um die psychische Belastung der Mitpatienten besorgt ist. Beispiele aus verschiedenen Einrichtungen, gerade solchen mit langer Verweildauer der Patienten, zeigen aber, daß Patienten durchaus in die Lage versetzt werden können bzw. sich dazu imstande fühlen und bewußt den Wunsch äußern, dem sterbenden Mitpatienten das vertraute Milieu und ihre menschliche Nähe zu gewähren. Auf weitere Probleme der Kommunikation mit Sterbenden wird in Kapitel IV eingegangen werden.

*d) Das Bedürfnis nach Wissen um die eigene Lebensperspektive*

Untersuchungen verschiedener Autoren,<sup>11</sup> insbesondere die Beobachtungen von Strahlentherapeuten,<sup>12</sup> lassen darauf schließen, daß dieses Bedürfnis tatsächlich in einem hohen Maß vorhanden ist, auch bei solchen Patienten, die von vornherein eine eingeschränkte Lebensperspektive zu erwarten haben. Damit ist die Frage angesprochen, ob und in welcher Form ein infaust Kranker oder sterbender Patient über die Art seines Leidens und das bevorstehende Sterben aufgeklärt werden soll.<sup>13</sup> Diese

---

<sup>11</sup> Vgl. H. H. Raspe, Informationsbedürfnisse von Patienten, in: Medizinische Welt, Stuttgart, Heft 49, 1977, S. 1990; E. und J. Glomb, Bewertung sozialer Patientenbedürfnisse. Eine Grundlage für die Gestaltung der Betreuungsumwelt von Patienten in einem Allgemeinen Krankenhaus, Dissertation B, Leipzig 1981; D. Feldes/U. Feldes/S. Hahn, Erfüllen Ärzte die Erwartungen ihrer Patienten? (Eine empirische Untersuchung aus der Sicht der Betroffenen), Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, Heft 7, 1982, S. 308.

<sup>12</sup> Vgl. H. W. Becker/H. L. Kölling, Schonendes Betrügen?, in: Nova Acta Leopoldina, Nr. 168, Band 28, 1964; F. H. Glaser, Der Patient in der Strahlentherapie – psychologische Probleme im Umgang mit Geschwulstkranken, in: Z. ärztl. Fortbild., Heft 19, 1978, S. 914; R. Jacob, Erfahrungen und Probleme zur psychischen Führung Krebskranker, in: Grenzsituationen ärztlichen Handelns, S. 257.

<sup>13</sup> G. Binder, Zu einigen Fragen der ärztlichen Aufklärungspflicht, in: Dt. Gesundh.-Wesen, Heft 20, 1979, S. 957.

Frage löst derzeit unter den Ärzten unseres Gesundheitswesens immer lebhaftere und durch [44] unterschiedliche Standpunkte gekennzeichnete Debatten aus, so daß wir dieses Problem etwas ausführlicher beleuchten wollen.

Die Auffassungen zu Problemen der Aufklärungspflicht unterliegen einem interessanten historischen Wandel. Die Aufklärungspflicht erweist sich dabei als keine der althergebrachten traditionellen Pflichten des Arztes – im Gegensatz zur Behandlungs-, Sorgfalts- oder Bereitschaftspflicht. So ist sie auch nicht im Hippokratischen Eid verankert und wird in anderen Schriften des Corpus hippocraticum ausdrücklich abgelehnt. Ursprünglich waren die Gründe dieser Ablehnung einer Aufklärung des Patienten in der Sorge um das psychische Wohlbefinden des Kranken, aber auch in einem sich profilierenden Standesbewußtsein zu sehen, aus dem heraus gefürchtet wurde, durch eine umfassende Aufklärung die Wissensschranken zwischen den Ärzten und den Laien zu verwischen.<sup>14</sup>

In der stark durch die katholische Lehre beeinflussten Medizin des späten Mittelalters wurde die Aufklärungspflicht des Arztes über das bevorstehende Sterben ausdrücklich gefordert, damit der Patient rechtzeitig die Sakramente erhalten konnte. So galt es als beichtpflichtige Sünde, wenn der Arzt den Patienten nicht entsprechend unterrichtet hatte.<sup>15</sup>

Bis in das 19. Jahrhundert hinein scheinen jedoch Diskussionen um die Aufklärungspflicht keine wesentliche Rolle gespielt zu haben, weil die Kranken im allgemeinen spürten, wenn es schlecht um sie stand, die medizinischen Handlungsmöglichkeiten begrenzt waren und der Sterbevorgang in das Familienleben eingebettet war.

Gerade aber diese Einbettung des Sterbeprozesses in das gewohnte soziale Milieu und die „Vertrautheit mit dem Tod“ beginnt sich aus verschiedenen gesellschaftlichen und sozialkulturellen Entwicklungen heraus seit Mitte des vergangenen Jahrhunderts aufzulösen. Das ist nach Meinung des französischen Historikers P. Ariès eine wesentliche Ursache für die Verdrängung allen mit Sterben und Tod zusammenhängenden Denkens und Handelns aus dem gesellschaftlichen Lebensprozeß. In den Diskussionen der letzten Jahre werden eine Reihe von gesellschaftlichen und sozialpsychologischen Phänomenen deutlich, die die Schwierigkeiten der Ärzte bei der Wahrnehmung der Aufklärungspflicht gegenüber Sterbenden offensichtlich werden lassen bzw. erklären. Dabei wäre es wichtig, die Wirkung und Bedeutung dieser oder auch anderer Faktoren unter den Bedingungen des sozialistischen Gesundheitswesens zu ergründen. Ariès interpretiert die Untersuchungen amerikanischer Soziologen<sup>16</sup> zur psychischen Betreuungssituation von [45] Sterbenden dahingehend, daß sich das medizinische Personal unbewußt gegen eine Aufklärung des Patienten sträube „aus Angst, in eine Kette sentimentaler Reaktionen verstrickt zu werden, die sie ebenso wie die Kranken oder die Familie in Gefahr brächten, ihre Selbstkontrolle zu verlieren“.<sup>17</sup> Die Nichtaufklärung des Patienten sei somit ein Verhalten, das Verzweiflungskrisen und andere lärmenden oder ergreifenden Äußerungen der Kranken, die den Frieden im Krankenhaus stören könnten, vermeide. Um einer Art des Sterbens eines Patienten zuvorzukommen, das die Angehörigen in Verlegenheit bringt, entscheidet man sich dafür, dem Kranken nichts zu sagen.

Ein anderer denkbarer Grund für das Schweigen der Ärzte wäre „dagegen die Scheu, anderen weh zu tun, eine Scheu, die zu den in vielen Lebenslagen erwarteten Grundauffassungen unserer Ethik gehört“.<sup>18</sup> Weiterhin „sichert sich der Arzt durch sein Schweigen gegen die möglicherweise für ihn höchst unangenehmen Folgen einer Fehldiagnose. Außerdem bestünde die Möglichkeit, daß die Angehörigen des Sterbenden die Verschlimmerung seines Zustandes zumindest teilweise auf die Prognose des Arztes zurückführen würden und unter Umständen gerichtliche Maßnahmen gegen ihn ergreifen würden“.<sup>19</sup>

<sup>14</sup> Vgl. H. Greiner/G. Huppmann, Medizinsoziologische Aspekte im Werk des Hippokrates, in: Medizinische Klinik, München, Heft 41, 1977, S. 1703 und Heft 42, 1977, S. 1780.

<sup>15</sup> Vgl. P. Diepgen, Ein mittelalterliches Traktat über die Gewissenspflichten des Arztes und Fragen für seine Beichte, in: Med. Klin., München, Heft 50, 1920.

<sup>16</sup> B. G. Glaser/A. L. Strauss, Interaktion mit Sterbenden, Göttingen 1974.

<sup>17</sup> P. Ariès, Studien zur Geschichte des Todes im Abendland, S. 167.

<sup>18</sup> A. Hahn, Einstellungen zum Tod und ihre soziale Bedingtheit, Stuttgart 1968, S. 46.

<sup>19</sup> Ebenda, S. 45.



Schließlich besteht auch die Möglichkeit, daß das Schweigen der Ärzte aus einer relativen Geringschätzung psychischer Mechanismen und damit der Bedeutung des Wissens oder Nichtwissens des Patienten um seine Diagnose und Lebenserwartung bei Überbewertung der naturwissenschaftlichen Möglichkeiten der Medizin resultiert oder dem Unvermögen und der Angst der Ärzte entspringt, Patienten nach erfolgter Aufklärung die erforderliche psychologische Hilfe bei der bewußten Bewältigung ihrer Situation zu leisten.

Für die konkrete Handhabung der Aufklärungspflicht unter sozialistischen Bedingungen sind die grundlegenden Prinzipien in der Approbationsordnung für Ärzte<sup>20</sup> und in der Rahmenkrankenhausordnung<sup>21</sup> festgelegt. Die Aufklärung dient hier gegenüber der bereits beschriebenen Auffassung der bürgerlichen Rechtsprechung einem anderen Ziel:

„Das vertrauensvolle Gespräch zwischen Arzt und Patient schließt den Anspruch des Bürgers ein, über seinen Gesundheitszustand, Anlaß und Ziel vorgesehener medizinischer Maßnahmen in angemessener Weise informiert zu werden. Das ist eine wichtige Voraussetzung für das aktive Mitwirken des Patienten am Genesungsprozeß.“<sup>22</sup>

[46] Bei der Konkretisierung dessen, was für einen Patienten „angemessen“ ist, gibt es kein Rezept. Sicher kann man davon ausgehen, daß viele Patienten aufgrund ihrer medizinischen Allgemeinbildung und eines sowohl historisch belegbaren als auch heute noch zu beobachtenden natürlichen Empfindens die Art ihres Leidens und die Schwere ihres Zustandes ahnen und fühlen (siehe Kapitel IV). Mitunter ist sogar anzunehmen, daß die Patienten gerade dieses Empfinden mit der Hoffnung paaren, es möge durch bestimmte Informationen der medizinischen Mitarbeiter zerstreut werden, sich als unbegründet erweisen.

Es geht also bei der Wahrnehmung der Aufklärungspflicht gar nicht darum, dem Patienten ein schonungsloses „Urteil“ mit vielleicht gar noch einer exakten Zeitangabe seiner Vollstreckung mitzuteilen; das könnte tatsächlich zu den existentiellen psychischen Krisen führen, die als Gegenargument bei der Diskussion um die Aufklärung immer wieder herangezogen werden. Vielmehr kommt es darauf an, dem Patienten offen und ehrlich zu begegnen? Im Einzelfall werden sich diese Begegnungen sehr unterschiedlich gestalten. Vom aufklärenden Arzt und er Schwester wird auch hier der ganze Einsatz ihrer Persönlichkeit gefordert, sie müssen sich als echter Partner der Patienten bewähren. Es lassen sich jedoch aus unserer Sicht einige im Regelfall zu beachtende Verhaltensorientierungen angeben:

Äußerungen des Patienten, die darauf hindeuten, daß er die Schwere des Krankheitsbildes und das bevorstehende Sterben empfindet, sollten nicht durch Vorspiegelung falscher Tatsachen, abwehrendes oder nichtbeachtendes Verhalten seitens der medizinischen Mitarbeiter beantwortet werden, da dies den Zugang zu einer wirklichen psychischen Hilfe für den Patienten in der letzten Phase des Lebens verbaut. Nur die Achtung seiner Persönlichkeit, und nicht ein Unmündigerklären, ermöglicht das Verständnis für seine Entscheidungen im Sinne des „letzten Willens“ und verhindert das Auftreten einer Diskrepanz zum sonstigen Verhältnis zwischen Ärzten, Schwestern und Patienten und damit einen schwerwiegenden Vertrauensbruch (beispielsweise anläßlich eines Testamentsabschlusses, eines eventuell auftretenden Bedürfnisses nach religiösen Handlungen, beim Wunsch, Angehörige zu sehen usw.). Alle existierenden Formen von echter Lebenshoffnung sollten nicht durch ärztliche Urteile oder Andeutungen von Prognosen zerstört, sondern bewußt therapeutisch – und sei es nur als Faktor eines gewissen physischen und psychischen Wohlbefindens – genutzt und bei den Patienten, die „bis zum letzten Atemzug auf Gene-[47]sung hoffen“, als Ausdruck einer legitimen individuellen Selbsthilfe beim Ertragen des Sterbeprozesses gewertet werden.

Im allgemeinen gehören aufklärende Gespräche mit dem Patienten in solchen grundsätzlichen Fragen wie Therapiezustimmungen oder zu Problemen der Lebensperspektive zum Verantwortungsbereich

---

<sup>20</sup> Approbationsordnung für Ärzte vom 13.1.1977, Gesetzblatt 1, Nr. 5, S. 30.

<sup>21</sup> Rahmenkrankenhausordnung, in: *humanitas*, Nr. 4, 1980; GBI der DDR, Sonderdruck Nr. 1032.

<sup>22</sup> Ebenda, Abschnitt A. 7.

des Arztes. Wir meinen aber, daß die Schwester und andere Betreuungspersonen auch in dieser Frage wesentliche Aufgaben haben. Durch die genaue Beobachtung des physischen und psychischen Zustandes des Patienten können sie dem Arzt wertvolle Informationen liefern, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form eine Aufklärung günstig wäre. Weiterhin können sie in der Folgezeit dem Patienten für weitere Fragen zur Verfügung stehen und bei der psychischen Bewältigung des Erfahrenen Beistand leisten. Und in Einzelfällen ist es denkbar, daß die Betreuungspersonal in Absprache mit dem Arzt ein aufklärendes Gespräch mit dem Patienten führt, nämlich dann, wenn sie eindeutig die Bezugsperson des Patienten ist.

*e) Das Bedürfnis nach äußerer Ruhe und Harmonie sowie das Bedürfnis, auch in dieser letzte, ? Phase des Lebens als Persönlichkeit geachtet zu werden und sich als solche realisieren zu können*

Dieses Problem wird in den letzten Jahren sehr häufig in der bürgerlichen Literatur besonders im Zusammenhang mit intensivtherapeutischen Behandlungsformen diskutiert (siehe Kapitel V). Die in der entwickelten sozialistischen Gesellschaft von Philosophen und Mediziner in gemeinsamer Diskussion zu erarbeitenden Handlungsorientierungen zielen darauf ab, die Errungenschaften der modernen Medizin zum Wohl des Patienten zu gestalten, so daß prinzipiell im sozialistischen Gesundheitswesen keine Notwendigkeit besteht, daß sich Menschen bereits zu Zeiten der Gesundheit vor eventuellen medizinischen Eingriffen verwahren. Jeder geschäftsfähige Patient oder sein gesetzlicher Vertreter hat jedoch das Recht, bestimmte medizinische Maßnahmen für sich abzulehnen. Konsequenterweise setzt dieses Recht des Patienten als Pendant die Pflicht einer sorgfältigen Aufklärung des Arztes voraus. Nach unseren bisherigen Beobachtungen hat die Mehrzahl der infaust Kranken und sterbenden Patienten – vorausgesetzt, man hat mit ihnen ehrlich über die Erfolgsaussichten und die Risiken möglicher medizinischer Eingriffe gesprochen und den Patienten überhaupt um seine Meinung gefragt (leider ist das zuweilen noch nicht der Fall) – tatsächlich das Bedürfnis, in Ruhe zu sterben, allerdings nicht mit dem Gefühl, im Stich gelassen zu werden. Ein Teil der sterbenden Patienten interessiert sich deshalb weder für diagnostische noch für therapeutische Maßnahmen. Die Beachtung dieses Bedürfnisses des Patienten darf allerdings nicht zu einem therapeutischen Nihilismus führen, da ja oft bis wenige Stunden vor dem Tod nicht oder vielfach erst mit ihm entscheidbar ist, welche Prognose das beim Patienten vorliegende Krankheitsbild hat und ob nicht doch ein therapeutischer Versuch mit hohem Einsatz gerechtfertigt ist bzw. war. Besonders schwierig ist diese Entscheidung zwischen eventuell noch einsetzbaren medizinischen Behandlungsmöglichkeiten und der Respektierung des Bedürfnisses nach Ruhe beim alten Menschen. Zur Erfüllung dieses Bedürfnisses gehören weiterhin die Respektierung bestimmter Wünsche des Patienten, z. B. nach religiösem Beistand, nach juristischer Beratung, die Angehörigen zu sehen, und die Schaffung von Bedingungen durch die medizinischen Mitarbeiter, die die Realisierung dieser Wünsche gewährleisten. Auf weitere mit der Erfüllung dieses Bedürfnisses verbundene Probleme wird im nächsten Kapitel eingegangen werden.

Um der Verantwortung der medizinischen Mitarbeiter und anderer Betreuungspersonen gegenüber infaust Kranken und Sterbenden gerecht werden zu können, bedarf es weiterer wesentlicher Voraussetzungen: einer geeigneten Organisation des Betreuungsprozesses für diese Patienten und der Herausbildung eines neuen beruflichen Selbstverständnisses von Ärzten und Schwestern mit einer angemessenen eigenen Haltung gegenüber Tod und Sterben.

*f) Organisation des Betreuungsprozesses*

Erschwert wird die weitgehende Realisierung der sittlichen Ansprüche an das Verhalten gegenüber infaust Kranken und Sterbenden gegenwärtig beispielsweise dadurch, daß die Betreuungsmöglichkeiten im stationären und ambulanten Sektor des Gesundheitswesens in der DDR noch nicht immer ausreichen, in nächster Zukunft aber wahrscheinlich auch nicht wesentlich erweitert werden können. Die häufige Berufstätigkeit beider Ehepartner in der Familie, der Umstand, daß ältere Bürger oft allein und getrennt von ihren Familienangehörigen leben und andere soziale Bedingungen komplizieren die Aufgabe der Betreuung jener Patientengruppe, und diese Schwierigkeiten können momentan auch noch nicht vollständig durch gesellschaftliche Einrichtungen und Organisationen (z. B. Volkssolidarität) kompensiert werden. Konnten die Lebens-[49]bedingungen für die Bürger in den Feierabend-

und Pflegeheimen während der letzten Jahre spürbar verbessert werden, so können auch die Einrichtungen und Ausstattungen in Krankenhäusern durch Um-, Aus- und Neubau schrittweise den Erfordernissen gerade auch dieser Patienten (kleinere Zimmer, die nicht das Hinausschieben eines sterbenden Patienten aus dem Krankensaal in Labor, Korridor, Stationszimmer oder Bad erfordern) entsprechend gestaltet werden. Dabei scheint es wichtig, perspektivisch die Frage zu klären, welchen Anteil das Krankenhaus als Sterbeort in Zukunft haben wird<sup>23</sup> und ob nicht noch andere Wege bei der Betreuung sterbender und infaust kranker Patienten beschritten werden sollten, wenn die Prognose sicher ist und keine therapeutischen Möglichkeiten mehr zur Diskussion stehen. Denkbar wären dann auch die verstärkte Orientierung auf Heimaufnahmen und die Schaffung dazu erforderlicher Kapazitäten oder die verstärkte Betreuung dieser Patienten zu Hause durch ihre Angehörigen mit Unterstützung durch das ambulante Gesundheitswesen, wobei in diesem Falle bestimmte sozialpolitische Maßnahmen für die Angehörigen erforderlich wären. Ein solches Vorgehen entspräche – so weisen es die Untersuchungen von Brandt u. a.<sup>24</sup> im ambulanten Gesundheitswesen aus – dem von den meisten sterbenden Patienten geäußerten Wunsch (von 85,5 % der untersuchten Patienten vorgebracht), zu Hause sterben zu können und nicht ins Krankenhaus zu müssen.

So dürfte u. E. die Frage der Krankenhauseinweisung bei einem Patienten, bei dem der Todeseintritt zu befürchten ist, *idealerweise* also gleich gute physische und psychische Betreuung unter Beachtung der genannten Patientenbedürfnisse sowohl zu Hause als auch im Krankenhaus vorausgesetzt – allein eine Frage der medizinischen Indikation sein. Aber selbst hierbei treten Schwierigkeiten auf, da sich die Prognose nicht immer zweifelsfrei feststellen läßt und zuweilen Fälle auftreten, wo der Verlauf einer Krankheit auch erfahrene Ärzte zum Positiven oder Negativen hin überrascht. Des öfteren müssen aber auch aus sozialer Dringlichkeit Krankenhauseinweisungen für sterbende Patienten erfolgen, nämlich dann, wenn den Angehörigen die Betreuung aufgrund des Zustandes des Patienten nicht zugemutet werden kann, wenn die notwendige Leidensmilderung einen durch das ambulante Gesundheitswesen nicht mehr zu tragenden medizinischen Aufwand erfordert oder der Patient keine Angehörigen hat und sich im Zustand sozialer Isolierung befindet. [50]

*g) Das berufliche Selbstverständnis von Ärzten und Schwestern und ihre Haltung zu Sterben und Tod*

Die eigene Haltung von Ärzten und Schwestern zu Tod und Sterben und das damit verknüpfte berufliche Selbstverständnis prägen wesentlich das Verhalten zum sterbenden Patienten. Obwohl im Gesundheitswesen der DDR praktisch noch kaum untersucht, weisen doch verschiedene Erscheinungen darauf hin. (z. B. Fluktuationen der Mitarbeiter, ungenügende psychische Zuwendung zum Patienten), daß bei Ärzten und Schwestern auf Krankenhausstationen mit hoher Sterblichkeit der Patienten erhebliche psychische Probleme auftreten (darüber hinaus ist die Betreuung Schwerstkranker und Sterbender auch eine immense körperliche Belastung!). Genauere Beobachtungen, die allerdings nicht ohne weiteres auch auf die Verhältnisse in anderen Gesundheitseinrichtungen übertragen werden können, weil sich hier neue Beziehungen zwischen Ärzten, Schwestern und Patienten herausbilden und es Anzeichen dafür gibt, daß sie die psychischen Bewältigungsmechanismen beeinflussen könnten, liegen zum Beispiel für Ärzte und Schwestern in Dialyseabteilungen oder Intensivtherapiestationen vor.<sup>25</sup>

Ansätze aus unserer Literatur machen darauf aufmerksam, daß sich die medizinischen Mitarbeiter oft nur als „Lebenshelfer“, d. h. als mit ihren spezifischen Mitteln das Leben fördernd, verstehen und die

<sup>23</sup> Vgl. K. Blumenthal-Barby, Sterbeort Krankenhaus, in: Zeitschrift für die gesamte Hygiene, Heft 2, 1978, S. 131.

<sup>24</sup> H. Brandt/H. Knoblauch, Möglichkeiten und Grenzen von Untersuchungen über die hausärztliche Betreuung infaust Kranker am Beispiel einer Analyse von 303 Todesfällen, in: Dt. Gesundh.-Wesen, Heft 12, 1978, S. 559; vgl. weitere Arbeiten zum Thema md diesem Heft.

<sup>25</sup> Vgl. H. Freyberger, Das Berufsbild der Dialyseschwester und des Dialysepflegers, in: Praxis der Dialysebehandlung, hrsg. v. E. Franz, S. 151; H. Sarre, Nierenkrankheiten, Stuttgart 1976; P. Lawin, Praxis der Intensivbehandlung, Stuttgart 1975; K. Ibe, Die Organisation der Intensivmedizin aus ärztlicher Sicht, in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift, Stuttgart, Heft 8, 1979, S. 382; B. Schemmel, Die Organisation der Intensivmedizin aus pflegerischer Sicht, in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift, Stuttgart, Heft 8, 1979, S. 388; S. Hahn/B. Rieste, Das Arzt-Schwester-Patient-Verhältnis im Gesundheitswesen der DDR, Jena 1980, S. 104 ff.

Beschäftigung mit Sterbenden nicht im unmittelbaren Einklang mit dieser Berufung empfinden. Dieser Konflikt ist nur lösbar, wenn Leben und Sterben als dialektische Einheit betrachtet werden und beachtet wird, daß der Sterbende als noch Lebender unserer Zuwendung bedarf, wobei ein großer Teil dieser Patienten die unmittelbare Zeit vor dem eigentlichen Todeseintritt bewußt „erlebt“ und damit eine der schwierigsten psychischen Krisen „durchlebt“.<sup>26</sup>

Ein weiteres Moment, auf das sich die Verunsicherung der Ärzte und anderer Mitarbeiter angesichts sterbender Patienten gründet, besteht darin, daß sich in keiner anderen Situation der medizinischen Praxis ein derart deutlicher Widerspruch zwischen ihren intensiven (allerdings vorwiegend naturwissenschaftlich orientierten und damit auf somatische Belange des Patienten gerichteten) Bemühungen und der „Erfolglosigkeit“ dieser Bemühungen auftut, daß sich also in der Situation des Sterbens natürliche Gesetzmäßigkeiten offenbaren, die der Medizin die jeweils historisch gesetzten Grenzen ihres Handlungsvermögens verdeutlichen. Das Nichtbegreifen dieser Tatsache führt zuweilen bei Mitarbeitern des [51] Gesundheitswesens, zum Teil auch bei Angehörigen und in der Bevölkerung zum Suchen einer Schuld, eines Versagens, das zum Todeseintritt geführt hat.<sup>27</sup>

Das anzustrebende berufliche Selbstverständnis sollte also vor allem die Erkenntnis einschließen, daß die Betreuung des Sterbenden eine spezifische Form der Lebenshilfe darstellt und somit der Berufung von Arzt und Schwester als Lebenshelfer nicht widerspricht. Dieses Selbstverständnis sollte außerdem nicht dadurch geprägt sein, daß Ärzte und Schwestern „machtlos“, sind „nichts mehr tun können“, sondern daß für den sterbenden Patienten – ausgehend von einer Weltanschauung, die den Menschen in der Einheit seines physischen, psychischen und sozial-gesellschaftlichen Bedingungsgefüges erfaßt – eine spezifische sozialpsychologische Betreuungsqualität erforderlich ist, deren Realisierung eine ebensolche berufliche Befriedigung bieten kann wie andere Aufgaben ihres Faches. Trotzdem ist und bleibt die Betreuung infaust Kranker und Sterbender eine schwere Aufgabe und den Mitarbeitern des Gesundheitswesens, die sich dieser Pflicht widmen, gebührt die besondere Anerkennung und Achtung der Gesellschaft.

Erste Ansätze zur Einbeziehung der Probleme der Betreuung infaust Kranker und Sterbender in die Aus- und Weiterbildung sind gelungen; die Überwindung der aufgezeigten Schwierigkeiten wird zunehmend Gegenstand auch der Bemühungen um Kollektivbildungen in den medizinischen Einrichtungen und der dort tätigen gesellschaftlichen Organisationen. Zunehmend rücken diese Fragen in den Blickpunkt des Interesses medizinisch-wissenschaftlicher Gesellschaften und interdisziplinärer Forschung.

Die hohen Ansprüche der sozialistischen Gesellschaft in der Erfüllung der medizinischen Bewahrungspflicht bedingen darüber hinaus auch hohe Forderungen an die menschliche Reife, an die Einsatzbereitschaft und das medizinische psychologische und ethische Urteilsvermögen von Ärzten und Schwestern. Es ist deswegen ihre Aufgabe, sich auch zu den Fragen der Betreuung infaust Kranker und Sterbender weiterzubilden, und es obliegt ihrer Verantwortung, den medizinischen Nachwuchs für diese Aufgaben zu rüsten. Weiterhin gehört dazu das Bemühen, die eigene Tätigkeit und die seines Arbeitskollektivs stets im Hinblick auf die sozialen Anforderungen kritisch zu beurteilen, und eine tiefe Liebe zum Beruf und zu den Menschen, die medizinische Hilfe in Anspruch nehmen müssen. Es ist ein Vorzug des sozialistischen Gesundheitswesens, daß es die Ausprägung derartiger Ansprüche bewußt und ausdrücklich zur Forderung an alle seine Mitarbeiter erhebt.

[52]

---

<sup>26</sup> K. Seidel/J. Ott, Der sterbende Patient – ein medizinisch-psychologisches Problem, in: *humanitas*, Nr. 19, 1977, S. 9.

<sup>27</sup> Vgl. H. Hinderer, Grundsätze und Grenzen der Verantwortlichkeit nach dem Strafrecht der DDR wegen Fehlern, die bei der Ausübung der medizinischen Tätigkeit aufgetreten sind, in: *Dt. Gesundh.-Wesen*, Heft 14, 1975, S. 625 und Heft 15, 1975, S. 673.

#### IV. Dem Sterbenden als Lebendem menschliche Zuwendung

Wenn auch die Geschichte der Medizin und die Menschheitsgeschichte überhaupt reich an verschiedenartigen Wunschvorstellungen ist, Wissenschaftler aller Zeiten praktische Versuche unternommen haben oder anlässlich bestimmter Entdeckungen und neuer gesellschaftlicher Entwicklungen glaubten, den Tod prinzipiell zu besiegen,<sup>1</sup> so zeigt sich, daß die Erfolge im Kampf gegen den Tod immer Erfolge im Kampf gegen den *vorzeitigen* Tod einzelner Individuen – gemessen an der dem Menschen biologisch prinzipiell möglichen Lebensspanne – gewesen sind. Die dem Menschen eigentümliche biologische Lebensspanne konnte jedoch bisher kaum beeinflußt werden. So haben die rasch fortschreitenden medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse und die Möglichkeiten sozialhygienischer Maßnahmen in Verbindung mit den gesellschaftlichen Entwicklungen der letzten hundert Jahre von einer mittleren Lebenserwartung zwischen 35 und 38 Jahren im Deutschen Reich zu einer von 70 bis 75 Jahren in der DDR geführt. Diese Erhöhung beruht in erster Linie auf einer Senkung der Säuglingssterblichkeit und einer Senkung der Morbidität und Letalität an infektiösen Erkrankungen und Komplikationen. Nach wie vor jedoch sind über Hundertjährige eine Einzelercheinung geblieben.

Obwohl auch diese den Menschen eigene Lebensspanne partiell durch die soziale Daseinsweise der Menschen – wie sie etwa in Form der Akzeleration im Jugendalter bekannt ist – beeinflusbar ist, muß doch für die gegenwärtigen und die vorstellbaren zukünftigen Zeiträume die Auseinandersetzung mit den Problemen um Sterben und Tod als reales Problem der Menschheit insgesamt und auch der individuellen Lebensbewältigung angesehen werden. Die dabei produzierten Vorstellungen, was der Tod ist und wie man sich in der Situation von Sterben und Tod zu verhalten hat, widerspiegeln ein konkret-historisches Bedingungsgefüge sozialer und ökonomischer, weltanschaulicher, wissenschaftlich-technischer und kultureller Faktoren (siehe Kapitel I).

Wenn nun zuweilen behauptet wird, der Marxismus-Leninismus [53] und die sozialistische Gesellschaftsordnung hätten auf dem Gebiet des Philosophierens über die Bedeutung und die Bewältigung des Todesproblems für die Gesellschaft und den einzelnen nichts getan, so ist dieser Vorwurf insofern einseitig, als er von eben diesem komplexen Bedingungsgefüge der Vorstellungen über Sterben und Tod abstrahiert und eine von den sonstigen Existenzbedingungen des einzelnen in der Gesellschaft zu trennende Individual-Todesphilosophie erwartet. Gerade durch die grundlegende Änderung des gesamten Bedingungsgefüges sind wesentliche Voraussetzungen für ein materialistisch-dialektisches Reflektieren über Sterben und Tod in der sozialistischen Gesellschaft geschaffen worden, die den Rahmen, in dem sich die psychische Bewältigung des eigenen Sterbenmüssens und des Sterbens anderer Menschen vollzieht, abstecken. Damit wird gleichzeitig die der marxistisch-leninistischen Weltanschauung innewohnende neue Qualität bezogen auf das Denken und Handeln der Menschen auch über Sterben und Tod sichtbar. Als solche Rahmenbedingungen müßten folgende charakterisiert werden (wobei die Bedeutung dieser einzelnen Faktoren mitunter erst aus den späteren Erörterungen ablesbar sein wird):

1. Die materialistisch-dialektische Weltanschauung mißt – wie im Kapitel II explizit begründet – menschlichem Leben prinzipiell einen positiven Wert bei.
2. Sie faßt Leben und Tod als dialektische Gegebenheiten und Bestandteil der objektiven Realität: „Schon jetzt gilt keine Physiologie für wissenschaftlich, die nicht den Tod als wesentliches Element des Lebens auffaßt, die Negation des Lebens ist als wesentlich im Leben selbst enthalten, so daß Leben stets gedacht wird mit Beziehung auf sein notwendiges Resultat, das stets im Keim in ihm liegt, den Tod. Weiter ist die dialektische Auffassung des Lebens nichts. Aber wer dies einmal verstanden, für den ist alles Gerede von der Unsterblichkeit der Seele beseitigt. Der Tod ist entweder Auflösung des organischen Körpers, der nichts zurückläßt als die chemischen Bestandteile, die seine

---

<sup>1</sup> Vgl. A. Weismann, Über die Dauer des Lebens, Jena 1882; E. Metschnikoff, Studien über die Natur des Menschen – Eine optimistische Philosophie, Leipzig 1910; C. L. Schleich, Das Problem des Todes, Berlin 1921; M. Kedrow, bedanken zu den Aufgaben der Medizin in der kommunistischen Gesellschaft, in: Arzt und Philosophie – Humanismus, Erkenntnis, Praxis, hrsg. v. F. Jung u. a., Berlin 1961, S. 56.

Substanz bildeten, oder er hinterläßt ein Lebensprinzip, mehr oder weniger Seele, das *alle* lebenden Organismen überdauert, nicht bloß den Menschen. Hier ist also einfaches Sichklarwerden vermittels der Dialektik über die Natur von Leben und Tod hinreichend, einen uralten Aberglauben zu beseitigen, Leben heißt Sterben.“<sup>2</sup>

3. Die marxistisch-leninistische Weltanschauung verneint einen dem Leben, der Krankheit, dem Leiden oder dem Tod a priori innewohnenden oder von außen eingegebenen Sinn.

Seinen Sinn erhält das menschliche Leben erst durch, das gesell-[54]schaftliche Tätigwerden der Menschen in Erfüllung der objektiven Gesetze der ständigen Höherentwicklung der Menschheit. Für den einzelnen ist die Sinnerfüllung seines Lebens im Prinzip dann möglich, wenn er seine eigenen Entwicklungs- und Wirkungsmöglichkeiten in die gesamte Gesellschaftsentwicklung optimal (d. h. sich wechselseitig fördernd) einbringt. In welchem Ausmaß der einzelne tatsächlich den gesellschaftlichen Entwicklungsprozeß zu beeinflussen vermag und ob er damit sein Leben als sinnerfüllt empfindet, ist für ihn von einem komplexen Bedingungsgefüge objektiver und subjektiver Faktoren abhängig (siehe Kapitel II). Auch Krankheit, Leid und Sterben entbehren an sich jeglichen Sinns und haben auch nicht solche Funktionen, wie etwa Strafe, Mahnung der Umwelt zur Solidarität und Nächstenliebe, Mahnung, über den Sinn des Lebens nachzudenken, individueller Rückzug aus der Gesellschaft, natürliche Selektion der Lebenstauglichen, Reduzierung der Weltbevölkerung, damit Ernährungs- und Lebensraum gesichert sind, wie die Ideologen verschiedener Richtungen in imperialistischen Klassengesellschaften ihnen zuschreiben.

Die Erziehung zu solidarischem Verhalten, die Sinnfindung für das eigene Leben im Rahmen der gesellschaftlichen Entwicklung, ja das gesellschaftliche Leben überhaupt sind sehr gut vorstellbar und realisierbar auch ohne Krankheit, Leid und vorzeitigen Tod, wobei nicht abgestritten werden soll, daß mitunter diese Zustände für den einzelnen ein Anlaß zum Nachdenken und zu Verhaltensänderungen sein können. Gerade die spontane oder bewußte Einsicht der Menschen, daß die Gesellschaft und der einzelne Mensch Krankheit, Leid und vorzeitigen Tod nicht als unbedingten Faktor in ihrer Entwicklung benötigen, sie im Gegenteil dieser Entwicklung hinderlich sind, ist von jeher ein Stimulus und die Quelle des unermüdlichen Forschens und Ringens der Menschen gegen Krankheit, Leiden und vorzeitigen Tod gewesen.

4. Die sozialistische Gesellschaft fördert ausdrücklich die Persönlichkeitsentwicklung des einzelnen und wertet solche Verhaltensweisen wie Solidarität, Hilfsbereitschaft, Achtung vor den anderen positiv und fördert sie.

5. Die staatliche Organisation und prophylaktische Orientierung des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung und das hohe Niveau der medizinischen Betreuung setzten die Gefahr eines vorzeitigen Todes auf einigen wichtigen Gebieten (z. B. Säuglings- und Müttersterblichkeit, Sterblichkeit an einer Reihe von Erkrankungen) wirksam herab.

6. Es ist neben der Gewährleistung einer kostenlosen medizini-[55]schen Betreuung gelungen, die materiell-finanzielle Situation der wegen Krankheit oder Alter nicht mehr arbeitsfähigen Menschen und ihrer Angehörigen und die Betreuungskapazität und -qualität für diese Bürger zunehmend zu verbessern.

### **Vorbemerkungen zum Wesen von Angstmechanismen und ihrer Bedeutung im menschlichen Lebensprozeß**

Diese vorstehend skizzierten grundlegend neuen Bedingungen des Denkens und Handelns in bezug auf Sterben und Tod versetzen jedoch den einzelnen nicht automatisch und spontan in die Lage, daraus eine Hilfe für die psychische Bewältigung der mit dem eigenen Sterben und Tod verbundenen Ängste und Probleme zu gewinnen oder Verhaltensweisen gegenüber Sterbenden zu erlernen bzw. zu ändern. Vertreter der marxistisch-leninistischen Philosophie sind dabei bisher häufig davon ausgegangen, daß die dialektisch-materialistische Weltanschauung mit der Anerkennung von Leben und

---

<sup>2</sup> F. Engels, Dialektik der Natur, in: K. Marx/F. Engels, Werke, Bd. 20, S. 554.

Tod als natürlichen Gegebenheiten konsequenterweise eine angstfreie Einstellung zu Sterben und Tod impliziere.<sup>3</sup>

Neuere Arbeiten erkennen zwar an, daß Ängste in bezug auf Sterben und Tod ein häufiges Phänomen sind, zielen aber letztlich auch darauf hin, daß die marxistisch-leninistische Weltanschauung Zur Angstfreiheit führen muß und kann.<sup>4</sup>

Von den praktischen Erfahrungen der Sterbebetreuung ausgehend ist jedoch festzustellen, daß für eine Reihe von Menschen, die der marxistisch-leninistischen Weltanschauung verpflichtet sind, diese Angstlosigkeit angesichts von Sterben und Tod nicht ohne weiteres oder überhaupt nicht nachvollziehbar zu sein scheint. Damit ergibt sich die Frage, ob die Angstfreiheit vor dem Tod Kriterium einer der marxistisch-leninistischen Weltanschauung zuzuordnenden Einstellung zu Sterben und Tod sein kann und soll und ob es subjektive Haltungen und Verhaltensweisen der Menschen angesichts von Sterben und Tod gibt, die als dieser Weltanschauung gemäß und in der sozialistischen Gesellschaft als würdig zu bezeichnen wären. Dazu muß in den Betrachtungen etwas weiter ausgeholt werden.

Tatsächlich gibt es eine Reihe Zeugnisse von Persönlichkeiten aus Geschichte und Gegenwart, die annehmen lassen, daß Menschen angstfrei in bezug auf Sterben und Tod leben und ohne Angst sterben können. Einige Beispiele, die auch den sozialen [56] Kontext veranschaulichen, in dem sich in vergangenen Jahrhunderten das menschliche Sterben vollzog, sollen angeführt werden.

So beschreibt Romain Rolland das Sterben *Michelangelos folgendermaßen*: „Am 12. Februar 1564 arbeitete er den ganzen Tag stehend an seiner Pietà. Am 14. bekam er Fieber ... Erst zwei Tage vor seinem Tode willigte er ein, sich ins Bett zu legen. Bei vollem Bewußtsein diktierte er sein Testament im Kreise seiner Freunde und seiner Angehörigen. Er vermachte seine Seele Gott und seinen Leib der Erde. Er bat darum, wenigstens tot in sein liebes Florenz zurückzukehren. Dann ging er hinüber ... Es war an einem Freitag im Februar gegen fünf Uhr nachmittags.“ (Freitag, den 18.2.1564)<sup>5</sup>

Über *Lessings* Sterben am 15.2.1781 ist folgendes geschrieben: „Der fünfzehnte Februar ließ noch einmal einen schwachen Strahl der Hoffnung aufleuchten, indem sich gerade an diesem Tage der Kranke bedeutend erleichtert fühlte und heiter an seinem Schmerzenslager die Besuche teilnehmender Freunde annahm. Ja mitunter scherzte er sogar mit dem Hofmedikus Brückmann, mit Angott und Daveson. Aber dieses Lebensfeuer war nur das letzte Aufflackern eines erlöschenden Lichtes. Am Abend dieses verhängnisvollen Tages saß nun die bekümmerte Tochter vor der Schwelle des Krankenzimmers, um vor des geliebten Vaters Augen die Tränen zu verbergen, durch welche sie nur ihrem angstgepreßten Herzen Luft zu schaffen vermochte. Man hatte dem Kranken gemeldet, daß im Vorzimmer Freunde zu Besuch seien. Da öffnete sich die Tür, und Lessing tritt herein, ein Bild des herzschneidenden Anblicks! Das edle Antlitz schon durch hypokratische Züge markiert und vom kalten Todesschweiß bedeckt, leuchtet von himmlischer Verklärung. Stumm, und unter einem unaussprechlich seelenvollen Blicke, drückt er seiner Tochter Hand. Darauf neigt er sich freundlich gegen die übrigen Anwesenden, und mit so entsetzlicher Anstrengung es auch geschieht, nimmt er ehrerbietig seine Mütze vom Haupte. Aber die Füße versagen den Dienst, er wird zum Lager geführt, und ein Schlagfluß endete, auch die ängstlichsten Besorgnisse überraschend, das teure Leben!“<sup>6</sup>

Auch *Goethe* muß beispielsweise das Herannahen seines Todes gefühlt haben: „Im Gefühl, daß er sich der dem Menschenleben gesetzten Grenze raschen Schrittes näherte, bestellte er auch äußerlich sein Haus; seine ‚Testamentssorgen‘ ziehen durch manche seiner Briefe ... der Tod konnte kommen. Und er kam zur rechten Zeit, ehe das Alter, das freilich auch an ihm nicht ganz spurlos vorübergegangen war, den kräftigen Körper zermürbte und den [57] sieghaften Geist zerstörte. In den rauen

<sup>3</sup> Vgl. H. Steußloff, Zur Kritik der ideologisch-theoretischen Verschleierung des Todesproblems in der modernen christlichen Theologie, Dissertation, Jena 1967, These 11, S. V; K. Zechmeister, Arzt und Weltanschauung, Berlin 1972, S. 243.

<sup>4</sup> Vgl. H. Krumpel, Lebensprozeß und Moral, Berlin 1977; H. E. Hörz, Blickpunkt Persönlichkeit, Berlin 1975; U. Körner/J. Ott/R. Schirmer, Philosophisch-ethische Aspekte der ärztlichen Konfrontation mit Sterben und Tod, in: Deutsches Gesundheitswesen, Heft 17, 1979, S. 811.

<sup>5</sup> R. Rolland, Das Leben Michelangelos, Berlin 1968, S. 189–191.

<sup>6</sup> K. G. W. Schiller nach Amalie König, in: G. E. Lessing, Werke, Bd. 3, Leipzig 1956, S. 169 f.

Märztagen des Jahres 1832 erkältete er sich; am 16. mußte er sich legen ... Um 1/2 12 Uhr mittags – es war am 22. März 1832 – ,drückte sich der Sterbende bequem in die linke Ecke des Lehnstuhls und es währte lange, ehe den Umstehenden einleuchten wollte, daß Goethe ihnen entrissen sei. So machte ein ungemein sanfter Tod das Glücksmaß ein es reich begabten Daseins voll – mit diesen Worten schließt sein Arzt den Bericht über die letzte Krankheit Goethes.“<sup>7</sup>

Weitere entsprechende Zeugnisse sind z. B. von Epikur, Engels, Luxemburg, Brecht oder auch zahlreichen Widerstandskämpfern aus der Zeit des Faschismus bekannt – Menschen zu verschiedenen Zeiten mit ganz unterschiedlichen weltanschaulichen Haltungen und Stellungen in der Gesellschaft.<sup>8</sup> Nun wird sicher niemand geneigt sein, diesen Menschen Leichtfertigkeit im Umgang mit ihrem Leben zu unterstellen und die erwähnte angstfreie Einstellung zum Tod etwa im Sinne von Sorglosigkeit interpretieren wollen. Eine sorgfältigere Analyse ihrer Anschauungen in bezug auf Sterben und Tod zeigt im Gegenteil auf, aus welcher enger Verknüpfung mit anderen Grundeinstellungen des Lebens und aus welcher tiefer Verwurzelung auch in der praktischen Lebenstätigkeit die Einstellung dieser Menschen zu Sterben und Tod resultiert. So kann der Satz Epikurs – „Mit dem Tod hat es nichts auf sich, denn er ist die Aufhebung aller Empfindung. Er kann also nur einen eingebildeten Schmerz verursachen, denn solange wir noch da sind, ist der Tod nicht da; stellt sich aber der Tod ein, so sind wir nicht mehr da.“<sup>9</sup> – durchaus nicht als Scheinlösung oder ein Sich-Herumdrücken um das Problem aufgefaßt werden, wie das zuweilen gemeint wird,<sup>10</sup> sondern entspricht seiner sensualistischen Erkenntnistheorie: „Erkenntnisquellen der Wirklichkeit und für Epikur zugleich Kriterien der Wahrheit sind Wahrnehmungen, Prolepsen und Gefühle, die sich alle im wesentlichen auf das Kardinalkriterium der sinnlichen Wahrnehmung reduzieren lassen.“<sup>11</sup> Es zeige sich, „wie sehr die ganze Philosophie Epikurs an der Praxis und auf die Praxis hin orientiert ist, indem Wahrheit und Irrtümlichkeit einer Meinung an ihren praktischen Folgen gemessen, umgekehrt aber die Wahrheit wesentlich deshalb gesucht wird, weil sie für das praktische Verhalten der Menschen von grundlegender Wichtigkeit ist“.<sup>12</sup>

Als weiteres Beispiel dieser untrennbaren Verbundenheit der Einstellungen zum Tod mit den Lebenshaltungen, -eindrücken, -hoffnungen und -ansichten sei aus dem Abschiedsbrief von Erika von Brockdorff, Sozialreferentin aus Berlin, zitiert, die am 13. Mai [58] 1943 im Alter von 31 Jahren hingerichtet wurde: „Noch mein letzter Atemzug wird ein Dank an das Schicksal sein, daß ich Dich lieben und mit Dir sieben Jahre leben durfte. Ich hätte Dich so gern noch einmal gesehen, aber da ich keinerlei Vergünstigungen haben soll, bin ich zu stolz, eine vergebliche Bitte zu tun, ebenso, wie ich auch kein Gnadengesuch geschrieben habe, weil mein Tod ja beschlossene Sache ist. Ich halte mit Dir Zwiesprache, mein Liebes. Eben habe ich mir von Dir das Versprechen geben lassen, daß Du nicht lange traurig sein wirst, denn Du würdest mir die Ruhe für die letzten Tage rauben, die ich doch brauche, wenn ich durch das dunkle Tor gehe. Niemand soll sagen können von mir, ohne zu lügen, ich hätte geweint und am Leben gehangen und darum gezittert. Lachend will ich mein Leben beschließen, so wie ich das Leben lachend am meisten liebte und noch liebe. Mein lieber Cay, nun will ich mich von Dir verabschieden. In dieser Not blieb uns kein Freund als Mut und schneller Tod. Sei mir zum letzten Mal begrüßt, mein Liebes. Was ich Dir schon einmal sagen konnte, muß ich Dir auch in dieser Stunde sagen: Mein Leben war ohne Dich nichts, es hat durch Dich erst Sinn und Inhalt bekommen. Das bewährt sich jetzt. Denke ab und zu an mich, aber sei nicht traurig. Ich bin gefaßt und sehr ruhig. Es tröstet mich die Einsicht in die Notwendigkeit.“<sup>13</sup>

<sup>7</sup> A. Bielschowsky, Goethe., München 1911, Bd. 2, S. 678–681.

<sup>8</sup> Vgl. B. Gloger, Wir heißen euch hoffen, Berlin 1980; Ihr Gewissen gebot es, hrsg. v. K. Drobisch/G. Fischer, Berlin 1980.

<sup>9</sup> Aus einem Brief Epikurs an Menoikeus, abgedruckt in: Griechische Atomisten – Texte und Kommentare zum materialistischen Denken in der Antike, hrsg. v. F. Jürss/R. Müller/E. G. Schmidt, Leipzig 1973, S. 267 f.

<sup>10</sup> Z. B. bei K. R. Eissler, Der sterbende Patient – Zur Psychologie des Todes, Stuttgart/Bad Cannstadt 1978.

<sup>11</sup> Griechische Atomisten, S. 92.

<sup>12</sup> K. v. Fritz, zit. ebenda, S. 91 f.

<sup>13</sup> ... besonders jetzt tu Deine Pflicht! – Briefe von Antifaschisten, geschrieben vor ihrer Hinrichtung, Berlin/Potsdam 1949, S. 77.



Diese angstfreie Einstellung zu Sterben und Tod ist zweifellos keine anlagemäßig vorhandene Eigenschaft, keine einfache Reaktion auf eine momentane Situation, sondern sie entsteht in einem komplizierten und aktiven Prozeß des Ringens mit sich selbst und den in dieser Situation nicht zu ändernden Umständen. So geht zum Beispiel aus einem Vers Brechts, den er kurz vor seinem Tod schrieb, hervor, daß die Angstfreiheit vor dem Tod eine erst „seit geraumer Zeit“ bestehende Errungenschaft ist:

*„Als ich im weißen Krankenzimmer der Charité  
Aufwachte gegen Morgen zu  
Und die Amsel hörte, wußte ich  
Es besser. Schon seit geraumer Zeit  
Hatte ich keine Todesfurcht mehr. Da ja nichts  
Mir je fehlen kann, vorausgesetzt -  
Ich selber fehle. Jetzt  
Gelang es mir, mich zu freuen  
Allen Amselgesanges nach mir auch.“<sup>14</sup>*

[59] Die rationale Erkenntnis, daß alle Empfindungen mit dem Tod erlöschen werden, die er hier als Begründung für seine Angstfreiheit angibt und die uns an Epikur erinnert, dürfte dem Schöpfer des „Lobes der Dialektik“ jedoch weit eher als „geraume Zeit“ vor dem Tode gekommen sein, so daß diese Zeilen als Beschreibung des Vorgangs der *emotionalen* Bewältigung der Todesfurcht bei Brecht interpretiert werden können.

Aufgrund dieser sich durch die Geschichte der Menschheit hindurchziehenden Erfahrungen kann man folgern, daß keine weltanschauliche Haltung für sich in Anspruch nehmen kann, ein ohne weiteres von jedem Individuum praktizierbares Rezept gegen die Todesangst zu besitzen. Vielmehr ist anzunehmen, daß zunächst die überwiegende Mehrzahl der in ihrer Persönlichkeitsentwicklung hinreichend differenzierten Menschen mehr oder weniger angstbesetzte Affekte in der Konfrontation mit Sterben und Tod entwickelt und die unterschiedlichen Weltanschauungen mit den ihnen jeweils spezifischen Mitteln Möglichkeiten und Hilfestellungen zum Abbau der negativen Komponenten und Wirkungen dieser Affekte geben. Wenn überhaupt, geschieht eine Erklärung dessen, woraus diese Angst resultiert, im Rahmen des jeweiligen Gedanken- und Aussagesystems dieser Weltanschauung.

So muß beispielsweise das Hilfsangebot, das die christliche Religion für die subjektive Bewältigung der Todesproblematik bereit hält, u. a. in folgenden Punkten gesehen werden:

- Garantie einer ewigen Fortexistenz des Lebens – zumindest aber der dem Menschen wichtigsten Werte – nach dem Tod (darauf wird später noch einmal zurückzukommen sein) zum Lohn für den nach christlichem Glauben als sinnvoll geltenden Lebensvollzug;
- damit gleichzeitig verbindliche Handlungsorientierungen für die selbst und von anderen als sinnvoll bewertete Gestaltung der irdischen Existenz;
- Vertrautwerden und persönliche Auseinandersetzung mit der Problematik eigenen Sterbenmüssens bereits als jüngerer Mensch;
- Gewährung einer sozialen Gemeinschaft (in Form der Kirchengemeinde);
- feststehender, feierlicher Ritus für den Vorgang des Sterbens, des Begräbnisses und des Gedenkens an die Toten (z. B. Totensonntag), der dem einzelnen die Gewißheit gibt, sich auch in der Situation des Sterbens richtig zu verhalten und auch nach dem Tod von den Lebenden nicht vergessen zu werden.

Die Ergebnisse psychologischer Untersuchungen zu der Frage, ob [60] die christliche Religion die Angst vor Sterben und Tod tatsächlich zu mindern geeignet ist, sind widersprüchlich vor allem deswegen, weil der Parameter „religiös“ selbst schwer erfaßbar ist. Die bewerteten äußeren Kennzeichen, wie z. B. häufiger Kirchenbesuch oder Beten, korrelieren nicht streng mit religiöser Gesinnung und sind daher ebenso fragwürdig wie subjektive Einschätzungen der Probanden hinsichtlich ihrer Religiosität. Zum anderen werden mit dem Parameter „religiös“ auch eine Reihe von Variablen erfaßt,

---

<sup>14</sup> B. Brecht, Gesammelte Werke, Bd. 10, Frankfurt a. M. 1967, S. 1031.

wie z. B. „soziale Integration“, die höchstens indirekten Zusammenhang zur Religion erkennen lassen. Wenn man dem strenggläubigen Christen eine Angst angesichts von Sterben und Tod zusprechen will, könnte diese eigentlich nur als Bestrafungsangst (der ewigen Fortexistenz wegen sündiger Lebensweise nicht teilhaftig zu werden) interpretiert werden. In diesem Sinne folgert A. Hahn<sup>15</sup> aus den unterschiedlichen Befunden, die Religiosität in bezug auf Angst vor dem Tode bietet, daß Religiosität zunächst die Angst vor dem Tod verstärkt. Das erklärt er damit, daß der einzelne durch die Religion mit dem Problem Sterben und Tod überhaupt erst einmal konfrontiert wird und sich auseinandersetzen muß (der Nichtreligiöse erlebt ja diese Konfrontation heute meist erst aus dem akuten Anlaß eigener schwerer Krankheit oder des Sterbens Angehöriger). Nach dieser und infolge dieser bereits rechtzeitig stattfindenden Auseinandersetzung könne die Religion tatsächlich gegenüber Atheisten den Vorteil einer solchen Angstfreiheit in bezug auf den Tod ermöglichen. Ob diese Sicherheit, die die christlichen Religionen nach diesen Auffassungen zu vermitteln vermögen, auch heute noch ein derartiges Ausmaß erreicht, wie es z. B. der 1609 in Jena entstandene Text

*Christus, der ist mein Leben,  
Sterben ist mein Gewinn,  
ihm will ich mich ergeben,  
mit Frieden fahr ich hin.*<sup>16</sup>

glaubhaft machen will, ist angesichts unserer praktischen Erfahrungen und der zahlreichen Bemühungen christlicher Autoren um effektive Formen und Inhalte der Sterbebetreuung fraglich.

Die Beantwortung der Frage, inwieweit angstfreie Einstellungen zum Sterben grundsätzlich möglich sind und aus dem spezifischen Charakter des menschlichen Lebensprozesses heraus entstehen können, erfordert eine genaue Analyse der verschiedenen mit Krankheit und Tod verbundenen psychischen Prozesse. Gegenwärtig existieren auch bereits eine Reihe einzelwissenschaftlicher Ansätze zur Klärung dessen, was diese Angst in bezug auf Sterben und Tod ausmacht und wie sie einflußbar ist.

In der Psychoanalyse wird die Angst primär als Trennungsangst, Angst vor Objektverlust, aufgefaßt, für die der Geburtsvorgang als erste Angsterfahrung Modellcharakter hat. Dieses psychische Trauma durch die Trennung von der Mutter während der Geburt berge in sich das Bedürfnis nach Wiedervereinigung mit der Mutter. Selbst durch die im Laufe der Individualentwicklung erfolgende Verselbständigung der Persönlichkeit werde diese Angst nicht überwunden, sondern verinnerlicht und zur Gewissensangst, Schuldangst oder sozialen Angst.<sup>17</sup>

Von verhaltensphysiologischer Seite sind die Theorien Pawlows interessant. Fast jeder beliebige Reiz kann über klassisches Konditionieren angstausslösend wirken. Dieser theoretische Ansatz muß jedoch selbst in seiner durch Anochin begründeten Erweiterung als zu eng und der relativen Eigenständigkeit der komplizierten psychischen Vorgänge der Angst nicht genügend Rechnung tragend angesehen werden.<sup>18</sup> Selbst neuere neurochemische, neurophysiologische und neurokybernetische Ansätze können diesen Mangel nicht prinzipiell überwinden, sondern dürfen lediglich als einzelwissenschaftlicher Beitrag zur Klärung dieser Fragen angesehen werden.<sup>19</sup>

Aus persönlichkeits-theoretischer Sicht gibt Eysenck<sup>20</sup> mit der Erfassung der Persönlichkeitsdimension „emotionale Erregbarkeit“ insofern wichtige Impulse für die Angstforschung, als er damit eine genetisch fixierte Disposition zur Ausbildung bedingter Furchtreaktionen postuliert. Auch andere Persönlichkeitsfragebogen enthalten Skalen, die von einer solchen quantifizierbaren Angstdisposition

---

<sup>15</sup> A. Hahn, *Einstellungen zum Tod und ihre soziale Bedingtheit*, Stuttgart 1968.

<sup>16</sup> Nr. 587 des Gesangbuches der Evangelischen Gemeinschaft, Stuttgart/ Berlin 1959, S. 517 f.

<sup>17</sup> Vgl. J. Wittkowski, *Tod und Sterben – Ergebnisse der Thanatopsychologie*, Heidelberg 1978.

<sup>18</sup> P. K. Anochin, *Beiträge zur allgemeinen Theorie des funktionellen Systems*, Jena 1978; Vgl. W. Hofmann, *Verhalten – Psychisches – Bewußtsein*, in: *Deutsche Zeitschrift für Philosophie*, Heft 10, 1969, S. 1210; E. W. Schorochowa, *Zur Psychologie der Persönlichkeit*, Berlin 1976.

<sup>19</sup> H.-J. Matthies, *Neurobiologie*, Jena 1977.

<sup>20</sup> H. J. Eysenck, *Persönlichkeitstheorie und psychodiagnostische Tests*, in: *diagnostica*, Heft 1, 1965, S. 3.

der Persönlichkeit ausgehen, z. B. der MMPI-Saarbrücken<sup>21</sup> die Skala „Psychasthenie“ oder der FPI (Freiburger Persönlichkeitsinventar) die Skala „emotionale Labilität“<sup>22</sup>. I. Frohburg berichtet von zwei MMPI-Zusatzskalen nach Welsh, „Angst und Fehlanpassung und „Verdrängung“. Erstere umfaßt „1. gedankliche Abläufe (Konzentrationsfähigkeit Arbeits- und Denkt tempo, Entscheidungssicherheit). 2. Emotionen (insbesondere Angst und Verwirrtheit, Schuldgefühle, Gefühl der Einsamkeit und des Unglücklichseins); 3. Antriebserleben (insbesondere Bewältigung von Schwierigkeiten, Mobilisierung von Leistungsreserven, Energie, Optimismus vs. Pessimismus); 4. Sensivität und Rigidität im sozialen Kontakt; 5. Realitätsbezug.“ Die Skala „Verdrängung“ beinhaltet „1. Gesundheit bzw. körperliche Krankheitssymptome ... 2. Emotionalität und Aggressivität ... 3. introvertierte soziale Ein-[62]stellung, Mangel an Durchsetzungsvermögen, geringer sozialer Geltungsanspruch; 4. persönliche und berufliche Interessenbreite.“<sup>23</sup> Diesen sicher unvollständigen Überblick zusammenfassend, muß jedoch eingeschätzt werden, daß eine den unterschiedlichen einzelwissenschaftlichen Erkenntnissen gerecht werdende und sie integrierende Theorie der Angst bisher erst in Ansätzen vorliegt.

### **Spezielle Formen der Angst im Verhältnis zu Sterben und Tod**

Interessante neue Aspekte zu einer differenzierteren psychologischen Betrachtung und Untersuchungsmethodik der Angst gehen von der Unterscheidung zwischen normaler und pathologischer Angst sowie zwischen Angst als Disposition und Angst als Zustand aus. Weiterhin gehen die Bemühungen dahin, verschiedene Formen und Komponenten menschlicher Ängste voneinander abzuheben. Als wichtige Angstfaktoren werden z. B. die Angst vor physischen und psychischen Verletzungen und die Angst vor sozialer Bewährung gefunden – Ergebnisse, die sich auch für die Ängste in bezug auf Sterben und Tod konkretisieren lassen.<sup>24</sup> So ist zu unterscheiden:

- die Todesangst als Vernichtungsgefühl im Augenblick der akuten organismischen Lebensbedrohung;
- die Angst vor dem eigenen Tod;
- die Angst vor dem Sterbevorgang, den man einst durchmachen wird;
- die Angst vor dem Tod anderer, insbesondere dem von Bezugspersonen;
- die Angst, das Sterben anderer zu erleben;
- die Angst vor Toten.

Ehe wir nun im folgenden ausführlicher auf diese einzelnen Komponenten eingehen wollen, müssen noch weitere Vorbemerkungen zur Angst überhaupt gemacht werden.

Auch bei Tieren gibt es bestimmte, auf Sterben und Tod bezogene Reaktionsformen, z. B. den Totstellreflex, Fluchtreaktionen, verzweifelt ankämpfendes gegen eine äußere oder innere Bedrohung des eigenen Lebens oder gegen eine Gefahr für die Nachkommen, Freßunlust bei Verlust des Partners oder der Nachkommen u. a. Diese Reaktionsformen sind als Instinkte zur Sicherung solcher Existenzbedingungen, die möglichst eigenes Überleben und das der Nachkommen garantieren und ein Verhalten mit großen Überlebenschancen in bedrohlichen Situationen gewährleisten, genetisch fixiert. Das Tier reagiert jedoch auf die drohende Gefahr erst, wenn es sie wahrgenommen hat bzw. sich diese Gefahr zum Beispiel in Form eines Signals in einem vorher ausgebildeten bedingten Reflex ankündigt. Das Tier kann sich die augenblicklich nicht vorhandene Gefahr nicht vorstellen und erst recht nicht auf eine solche Vorstellung von Gefahr hin bereits so reagieren, als wäre die Gefahr da.

Im Unterschied dazu setzt die an das menschliche Bewußtsein (einschließlich des Unbewußten) geknüpfte und damit dem Menschen eigentümliche Angst als unlustbetonter, unangenehmer,

<sup>21</sup> MMPI-Saarbrücken-Handbuch, hrsg. v. E. Boesch, Stuttgart 1963.

<sup>22</sup> J. Fahrenberg/H. Selg, Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)-Handanweisung für die Durchführung und Auswertung, Göttingen 1971.

<sup>23</sup> I. Frohburg, Zur Anwendbarkeit einiger MMPI-Zusatzskalen, in: Neurosendiagnostik, hrsg. v. J. Helm/E. Kasielke/I. Mehl, Berlin 1974, S. 110.

<sup>24</sup> Vgl. J. Wittkowski, Tod und Sterben – Ergebnisse der Thanatopsychologie; P. Becker, Studien zur Psychologie der Angst, ein interaktionistischer Ansatz zur Messung und Erklärung normaler und pathologischer Angst, Weinheim/Basel 1980; J.-E. Meyer, Todesangst und das Todesbewußtsein der Gegenwart, Berlin – Heidelberg – New York 1982.

bedrückender, negativer Affektzustand diese Bedrohung oder Gefahr nicht im Augenblick als real existent voraus, sondern kann auch bereits aus der Erwartung dieser Gefahr resultieren; das Bedrohliche wird vorwegempfunden, das eigentlich erst zukünftige Übel wird antizipiert. Diese Psychodynamik der Angst hat praktisch positive und negative Aspekte.

Eine günstige Folge von Angst ist sicher die, daß im Hinblick auf die drohende Gefahr bereits Reaktionsweisen und Handlungsabfolgen geplant und geistig trainiert oder Maßnahmen zur Abwendung dieser Gefahr getroffen werden können.<sup>25</sup> Nicht immer jedoch wird diese Form der Angstbewältigung ausgelöst, die drohende, antizipierte Gefahr nicht in ihren physischen und psychischen Folgen für das Subjekt gemindert. Der Angstmechanismus ist von dieser günstigen Funktion entkoppelt, läuft leer und verselbständigt sich. Die psychischen Folgen, mit denen Angst verbunden ist, wie akute Handlungsunfähigkeit Rückzugstendenzen von der vermeintlichen Gefahr, Abwehr- und Angriffshaltungen, aber auch die psychophysischen Angstsymptome, wie Magen-Darmfunktionsstörungen, Herzbeschwerden, Globusgefühle, Erschwerung der Atmung u. a. m. bleiben dabei erhalten und können sich chronifizierend bis hin zu Neurosen oder psychosomatischen Erkrankungen steigern.<sup>26</sup> Im einzelnen wird auf diese Probleme noch bei der Besprechung der Bewältigungsmöglichkeiten der Todesangst eingegangen.

*Die Todesangst als Vernichtungsgefühl im Augenblick der akuten Bedrohung* ist vor allem bei Patienten mit plötzlichem Herztod oder mit akuter massiver Blutung im Gehirn anzunehmen. Patienten, die einen schweren Herzinfarkt überstanden haben, schildern dieses Empfinden als furchtbar erlebte Mischung von Schreck, Handlungsunfähigkeit und wahnsinnigen Schmerzen. Während bei den überlebenden Patienten diese Symptome länger anhalten und deswegen die medizinische Erstversorgung bei Patienten mit akutem Herzinfarkt gerade auch spezielle Maßnahmen zur Bekämp-[64]fung dieses Schmerzes mit all seinen negativen psychophysischen Begleitreaktionen in das Handlungsprogramm einschließt, ist bei den Patienten, die auf diese Weise den Tod erleiden, anzunehmen, daß die Symptome nur Sekunden bestehen, etwa so lang, wie man ein eventuelles Sich-Aufbäumen im Bett oder ein Zusammenbrechen, ein Niedergeschmettert-Werden des Sterbenden beobachten kann. Im Volksmund ist aufgrund dieser Beobachtung die verbale Charakterisierung dieser Todesart als „Herzschlag“ oder „Hirnschlag“ erfolgt; den Patienten hat „der Schlag getroffen“.

*Die Angst vor dem eigenen Tod* bezieht sich zunächst auf solche naheliegenden Sorgen, wie liebgewordene Menschen nicht mehr um sich zu haben und Dingen, die man gern tut, einst nicht mehr nachgehen zu können. Eine besondere Rolle spielt weiterhin die Sorge um die hinterbleibenden Nachkommen, die solche Vorsorgemöglichkeiten, wie Testament oder Lebensversicherung, geschaffen hat.

Wäre die Angst vor dem eigenen Tod dadurch bereits hinreichend erklärt, dürfte sie sich jedoch kaum von dem Gefühl beim Schlafengehen, Verreisen oder Arbeits- und Wohnungswechsel unterscheiden; die Sorge für die Hinterbliebenen ist heute weitgehend auch durch verschiedene gesellschaftliche Hilfsmöglichkeiten, wie z. B. Hinterbliebenenrente, Heimunterbringung für unmündige Kinder u. a. m., gesichert.

Die Angst vor dem eigenen Tod konstituiert sich wahrscheinlich aus weit tiefgreifenderen Mechanismen. Bringen – wie im Kapitel II aufgezeigt – bereits geringe Beeinträchtigungen und erst recht größere Schädigungen der organismischen Ebene unseres Daseins eine Gefahr für die Selbstverwirklichung des Menschen in seinen sozialen Beziehungen mit sich, so entzieht der Tod endgültig jede Möglichkeit, menschliche Werte zu realisieren. Dieses Gefühl der absoluten Zerstörung der organismischen und damit der sozialen Existenz wird in der Angst vor dem eigenen Tod antizipiert. Die dem

---

<sup>25</sup> Vgl. H. F. Späte, Zur Rolle der Angst in menschlichen Konfliktsituationen, in: Wissenschaftliche Zeitschrift der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Mathematisch-naturwissenschaftliche Reihe, Heft 2, 1979, S. 101. Durch unkritische Anlehnung an einen Vertreter der medizinischen Anthropologie, V. E. Gebattel, teleologisiert und mystifiziert Späte jedoch diesen positiven Aspekt.

<sup>26</sup> G. E. Kühne/J.-U. Grünes, Korrelative Merkmaluntersuchungen bei Angstsyndromen, in: Wiss. Zschr. d. MLU, Math.-nat. Reihe, Heft 2, 1979, S. 90; K. D. Waldmann/J. Gregor, Angstsyndrome aus differentialdiagnostischer Sicht, ebenda, S. 97.

Menschen eigenen Bedürfnisse nach Sicherung seiner natürlichen und sozialen Existenz und nach Realisierung möglichst vieler als wertvoll erkannter und empfundener Ziele durch sein schöpferisches Tätigwerden in der sozialen Gemeinschaft mit anderen brachten und bringen als positives Moment der rationalen und gefühlsmäßigen Antizipation des Todes u. a. auf verschiedensten Wegen auch große Erfolge im Kampf gegen den vorzeitigen Tod von Menschen mit sich.

Diese Anerkennung einer Angst vor dem Tod als ein dem menschlichen Dasein zugehöriger Affektzustand impliziert, daß [65] allein das verstandesmäßige Wissen, daß der Mensch sterblich ist, noch keine emotionale Bewältigung der Problematik nach sich zu ziehen braucht. Das *allgemeine Wissen* um das Sterbenmüssen der Menschen, das *konkrete Wissen*, daß man selbst nur noch eine kurze Frist zu leben haben wird, und das bedrohliche Gefühl angesichts des Todes allgemein oder konkret auf sich bezogen bringen jeweils andere Saiten der menschlichen Emotionalität zum Schwingen und müssen – um im Bilde zu bleiben – erst zu einem Akkord vereinigt werden.

Diese Anerkennung einer Angst vor dem Tod als dem menschlichen Dasein im allgemeinen zugehörig erklärt nicht nur alle Versuche für illusorisch, sondern macht sie völlig überflüssig, die Angst vor dem Tod dadurch aus der Welt schaffen zu wollen, daß man den Tod aus der Welt schafft. Der Tod an sich als eine mit dem Leben dialektisch verknüpfte Naturnotwendigkeit kann nicht, ohne das Leben an sich zu beseitigen, besiegt werden.

Diese Anerkennung einer Angst vor dem Tod wendet sich jedoch auch gegen solche Auffassungen, wie sie beispielsweise von der Existenzphilosophie geäußert werden, daß die Angst vor dem Tod die Haupttriebkraft menschlicher Tätigkeit sei. Die Angst vor dem Tod als Antizipation des Gefühls der absoluten Zerstörung der organismischen und sozialen Existenz des Menschen bringt in ihren positiven Effekten lediglich die Möglichkeit mit sich, die nun einmal nicht prinzipiell aus der Welt schaffbare Gefahr möglichst weit hinauszuschieben und sich auf sie einzustellen, erklärt aber nicht, warum Menschen Flugzeuge erfinden und bauen, Bücher schreiben, Musik hören, Kinder zeugen oder in den Krieg ziehen, um ihr Vaterland zu verteidigen. In ihren negativen Folgen gar birgt sie überhaupt keine produktiven Potenzen in sich, sondern macht den betroffenen Menschen eher denk- und handlungsunfähig.

Das Verständnis der zentralen Bedeutung des Wertverlustes in der Antizipation des Gefühls der Daseinszerstörung durch den Tod ermöglicht den Zugang zum Verständnis weiterer Vorgänge in bezug auf die Angst vor dem eigenen Tod. Das ist einmal die Beobachtung, daß die psychophysische Befindlichkeit, insbesondere Schmerzen, die Intensität der Angst vor dem eigenen Tod beeinflusst; Wittkowski<sup>27</sup> gibt direkt einen *Circulus vitiosus* an: herabgesetztes psychophysisches Wohlbefinden, insbesondere Schmerzen – verminderte geistige und körperliche Leistungsfähigkeit – die Möglichkeiten, die Umwelt aktiv nach seinen eigenen Vorstellungen zu gestalten, sinken – die Umwelt kann nur noch passiv angenommen werden – Angst vor Sterben und Tod nimmt zu [66] – Rigidität in Anpassungssituationen – psychophysisches Allgemeinbefinden verschlechtert sich. Auch aus dieser Sicht kann daher die Wichtigkeit, die im Kapitel III ausführlicher besprochenen grundlegenden Bedürfnisse des Patienten zu erfüllen, nur noch einmal betont werden.

Zum anderen erwächst hier auch das Verständnis für die Rolle, die die Angst vor dem Vergessenwerden als Komponente der Angst vor dem eigenen Tod spielen könnte. Das Vergessenwerden macht die Zerstörung aller gelebten Werte des Individuums noch unumstößlicher, während die Erinnerung in den anderen, das „Weiterleben“ in ihnen, einen Teil dieser Werte doch irgendwie bewahren würde.

An diesem Punkt – der Angst der Menschen vor dem absoluten Ende – setzt ein wesentlicher Trostmechanismus an, den das Christentum mit dem Glauben an das Weiterleben nach dem Tode anbietet: Die echten menschlichen Werte werden nicht zugrunde gehen, sondern weiterleben. „Selig sind die Toten, die in dem Herrn sterben, von nun an. Ja, der Geist spricht, daß sie ruhen von ihrer Arbeit; denn ihre Werke folgen ihnen nach.“<sup>28</sup> In der konkreten Fassung dieses Glaubens sind jedoch historisch entscheidende Veränderungen vorgegangen. Während in der Bibel noch ausdrücklich von einer

---

<sup>27</sup> J. Wittkowski, Tod und Sterben – Ergebnisse der Thanatopsychologie.

<sup>28</sup> Neues Testament, Offenbarung des Johannes 14, 13.

Auferstehung des ganzen Menschen mit *Leib und Seele* die Rede ist,<sup>29</sup> vertritt heute eine Reihe von Christen eine weit weniger vorstellbare Auffassung, die der katholische Moraltheologe Paul Sporken (siehe V. Kapitel) als „Weiterleben nach dem Tod als eine Fortsetzung unserer Glückserfahrung im Glücklichmachen des anderen“ charakterisiert. Der Tod am Ende des irdischen Lebens besaß daher in den Anfängen des Christentums nur die Wirkung eines Tores, das man durchschreiten mußte. Die Rechenschaftslegung des einzelnen vor Gott, die über den endgültigen Erhalt des ewigen Lebens oder der Verdammnis entscheidet, wurde zunächst in Form des „Jüngsten Gerichtes“ am „Ende der Tage“ der Welt, d. h. zum Zeitpunkt des Weltunterganges, angesetzt. Diese Rechenschaftslegung wurde seit der Renaissance an das Ende der irdischen Tage, in den Sterbeprozess verlegt.<sup>30</sup> Heute hängt die Erlangung des neuen Lebens nach dem Tod nicht mehr von Sterbesitten (z. B. letzte Ölung), Bestattungsriten oder der sozialen Position des Toten ab, sondern vom Verhältnis des Sterbenden zu seinem Gott, das gut ist, wenn er in der Welt Gutes getan hat.<sup>31</sup>

Die Auffassung der marxistisch-leninistischen Weltanschauung vom menschlichen Dasein lehnt eine solche Illusion der Hinüber-[67]rettung menschlicher Werte in eine transzendente Welt ab. Allerdings ist dieser mit dem Tod des einzelnen befürchtete Wertverlust auch bei Anerkennung des diesseitigen Lebens nicht absolut: Ein Überdauern von menschlichen Werten überhaupt und auch von für den einzelnen als wertvoll Erlebtem ist über die Lebensspanne und den Tod des Individuums hinaus real gegeben. In diesem Sinne sind die kurz vor dem Tod geschriebenen Zeilen Bertolt Brechts zu verstehen:

*„Ich benötige keinen Grabstein, aber  
Wenn ihr einen für mich benötigt,  
Wünschte ich, es stünde darauf:  
Er hat Vorschläge gemacht. Wir  
Haben sie angenommen  
Durch eine solche Inschrift wären  
Wir alle geehrt.“<sup>32</sup>*

Er vollzieht hier einen Gedanken des fast 2.000 Jahre vor ihm lebenden Horaz nach, den dieser an die Muse des Trauerspiels, Melpomene, richtet:

*„Längerer Dauer, als Erz, schuf ich ein Ehrenmal,  
Über Königspalast und Pyramid' erhöht,  
Das kein Zehrender Guß, kein unbezähmter Nord  
Auszutilgen vermag, nicht ungezählte  
Jahresreihen und nicht rollender Zeiten Flucht.  
Nicht ganz werd ich vergehn, und in erklecklich Teil  
Meiner meidet die Gruft! Herrlich bei Enkeln einst  
Wächst mein Name, so lang, als mit der schweigenden  
Jungfrau zum Kapital steigt der Pontifex.  
Einst wohl rühmt man, wo wild brauset der Aufidus,  
Und wo, mangelnd der Flut, Daunus den ländlichen  
Völkerschaften gebot, daß ich, gehoben aus  
Niederm Stande, zuerst Aeolergeist gehaucht  
Ins italienische Lied. – Eigne den Stolz Dir an,  
Den Verdienst Dir erwarb, und mit dem delphischen  
Lorbeer kränze mein Haar freundlich, Melpomene.“<sup>33</sup>*

<sup>29</sup> Z. B. „Ich habe den Herrn allezeit vor Augen, denn er ist mir zur Rechten, so werde ich fest bleiben. Darum .freuet sich mein Herz, auch meine Ehre ist fröhlich; auch mein Fleisch wird sicher liegen. Denn du wirst meine Seele nicht in der Hölle lassen und nicht zugeben, daß dein Heiliger verwese. Du tust mir kund den Weg zum Leben.“ (Psalm 16, 8–11).

<sup>30</sup> Vgl. P. Ariès, Studien zur Geschichte des Todes im Abendland, Wien 1976.

<sup>31</sup> Vgl. W. Fuchs, Todesbilder in der modernen Gesellschaft, Frankfurt a. M. 1969.

<sup>32</sup> B. Brecht, Gesammelte Werke, Bd. 10, S. 1029.

<sup>33</sup> Horaz, An Melpomene, in Langenscheidtsche Bibliothek sämtlicher griechischer und römischer Klassiker, Berlin/Stuttgart 1855–1882, Bd. 62, S. 127.

Dieses Wissen um das „Aufgehobensein“ des einzelnen in Form vergegenständlichter Arbeit, in Form progressiven Gedankengutes und in Gestalt der leiblichen Nachkommen orientiert in erster Linie darauf, während des Lebens die subjektiven Möglichkeiten im [68] Sinne einer solchen Realisierung positiver Werte einzubringen, kann aber auch in der Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterbenmüssen eine reale Hilfestellung leisten.<sup>34</sup>

So richtig diese Auffassung prinzipiell ist, sind damit jedoch die Probleme des einzelnen noch nicht automatisch gelöst. Wir wiesen bereits im II. Kapitel darauf hin, daß selbst über historische Zeiträume nachweisbare Vergegenständlichungen menschlicher Individualität und damit ihr Fortbestehen für die Nachwelt (z. B. in Form von Dichtungen, Kompositionen, Bauwerken, wissenschaftlichen Leistungen u. a. m.) nicht immer und unbedingt ein positives subjektives, Wertgefühl der sie schaffenden Persönlichkeit erzeugen und auch die Angst vor dem Tod nicht notwendigerweise mindern.

Zum anderen haben sich aus dieser zunächst richtigen Auffassung vom Aufgehobensein des einzelnen in, der Nachwelt auch Meinungen elitären Charakters dahingehend entwickelt, daß diese relative „Unsterblichkeit“ im wesentlichen nur Menschen erreichen, die Kunstwerke oder große historische Taten hervorgebracht haben. Den anderen, z. B. den im Produktionsprozeß stehenden Arbeitern, sei diese Anerkennung der Nachwelt eigentlich versagt. Ebenso wenig können wir die auch von E. Bloch geäußerte Ansicht teilen, daß die Angst vor dem Sterben deswegen zugenommen habe, weil es dem Menschen aufgrund des zunehmenden Wissenspotentials und der gewachsenen Möglichkeiten der Eindrucks- und Erlebnisgewinnung (z. B. durch Bücher, Massenmedien, Reisen u. a. m.) relativ weniger gelänge, die bisherigen historischen und gegenwärtigen Erfahrungen der Menschheit in sich aufzunehmen, woraus ein Gefühl resultiere, nicht alles prinzipiell eigentlich Mögliche erfahren zu haben. Wenn Bloch als Beispiele Universalgelehrte nennt, die das wesentliche bisherige und gegenwärtige Wissen der Menschen in sich vereinigten und das Erlebenswerte in der Welt ihrer Zeit gesehen hatten, so sind das Ausnahmen. Die große Masse der Menschen mußte in weit schwerwiegenderem Umfang als heute auf die Teilnahme an den bisherigen Leistungen der Menschen verzichten. Erst im Rahmen der gewaltigen sozialen Revolutionen, insbesondere der sozialistischen, werden für die Mehrheit der Menschen entsprechende Möglichkeiten freigesetzt und weiter eröffnet werden können. Gerade aber bei der arbeitenden Bevölkerung früherer Jahrhunderte, Handwerkern, Bauern, Proletariern, muß diese relative Vertrautheit und damit Angstfreiheit gegenüber dem Tod aufgrund der oben genannten sozialen Gegebenheiten angenommen werden.<sup>35</sup> Auch die vor allem von Psychoanalytikern ver-[69]tretene Auffassung, daß Menschen Kunstwerke und andere historisch überdauernde Taten in erster Linie aus der Motivation heraus schaffen, unsterblichen Ruhm erlangen zu wollen, kann von uns nicht akzeptiert werden.<sup>36</sup>

Eine dem Marxismus-Leninismus verpflichtete und dieses Problem des einzelnen in der Gesellschaft und historischen Entwicklung zusammenfassende Darstellung gibt Krumpel:

„Der Tod führt zwar zur Vernichtung der Individualität des Menschen, aber sein vergegenständlichtes Wesen bleibt als Fundament zurück, an das die künftige Generation anknüpft: Der Mensch erfüllt den Sinn seines Lebens letztlich in und durch seine Tätigkeit ... Der schöpferisch tätige Mensch hat den Nachkommen immer materielle und geistige Werte hinterlassen, und indem er als aktives Subjekt der Erkenntnis und der Arbeit auftrat, erlangte er Unsterblichkeit deren ideelle Existenzform sich als reale Kraft der gesellschaftlichen Entwicklung erweist. Es war Marx, der zeigte, daß die menschliche Individualität unter Klassenbedingungen primär gesellschaftliches Klassenwesen ist. Unter diesem Gesichtspunkt objektivieren die Individuen über ihren individuellen Tod hinaus nicht nur im geschaffenen Werk ihre gesellschaftliche Wesenskraft für folgende Generationen, sondern objektivieren auch ihr individuelles Aufgehobensein im Kampf der Klassen ihrer Zeit und somit die historische Rolle

---

<sup>34</sup> H. Steußloff, Zur Kritik der ideologisch-theoretischen Verschleierung des Todesproblems in der modernen christlichen Theologie.

<sup>35</sup> E. Bloch, Prinzip Hoffnung, Bd. 3, Berlin 1959.

<sup>36</sup> Vgl. K. R. Eissler, Der sterbende Patient – Zur Psychologie des Todes; R. Fine, A History of Psychoanalysis, New York 1979, S. 273 f.

und Funktion ihrer personifizierten gesellschaftlichen Wesenskraft. Diese Form der objektiven Vergegenständlichung menschlicher Wesenskraft drückte sich unter Klassenbedingungen immer in den Leistungen der progressiven Kraft der aufsteigenden Klasse und somit im historischen gesellschaftlichen Fortschritt aus.“<sup>37</sup>

*Die Angst vor dem Sterbevorgang, den man einst durchmachen müssen wird*, scheint in unserer Zeit zugenommen zu haben. Diese These vertretende Soziologen und Kulturhistoriker<sup>38</sup> führen das darauf zurück, daß die Menschen heute im Vergleich zum Beginn unseres Jahrhunderts viel seltener das Sterben ihrer Angehörigen oder anderweitig nahestehender Menschen erleben und somit keine Verhaltensmuster für diese Situation, als selbstverständlich in ihre Erziehung eingebaut, mehr erlernen.

Die Ursache dafür liegt in einer Senkung der Sterbefälle pro Einwohnerzahl, vor allem in jüngeren Jahrgängen und damit in einer Erhöhung der mittleren Lebenserwartung der Menschen. Die heute den Menschen widerfahrenden Sterbefälle in ihrer Umgebung erleben sie oft nicht einmal direkt, weil der Patient im Krankenhaus allein verstirbt, oder mit geringerer Relevanz für das ei-[70]gene persönliche Leben, weil – im Gegensatz zu den früher durch Wohnung, gemeinsame Arbeit oder familiäres Aufeinanderangewiesensein verknüpften Großfamilien – bereits mit dem Erwachsenwerden eine räumliche, finanzielle, tätigkeitsbezogene und auch emotionale Trennung von den Angehörigen eintritt. Residuen einer solchen „Vertrautheit mit dem Tod“ in der Bevölkerung sind jedoch noch in abgelegeneren ländlichen Gegenden zu beobachten, wo sich alle Bewohner des Dorfes untereinander gut kennen, durch gemeinsame Arbeit, verwandtschaftliche Beziehungen und ein bestimmtes Aufeinanderangewiesensein miteinander verflochten sind und dann auch beim Sterben eines Menschen aus ihrer Mitte Anteil nehmen, den Trauernden beistehen oder zumindest beim Begräbnis dabei sind.

Nach unserer Auffassung spielen neben Unsicherheiten, die sich aus dem Nichtwissen der Sterbestunde, des Sterbeortes und der Todesart ergeben, bei der Konstituierung dieser Angst vor dem Sterben vor allem vier Gesichtspunkte eine Rolle.

*Erstens* wissen viele Menschen nicht, wie man sich in der Situation des herannahenden Todes verhalten soll, worin die eigenen Rechte und Pflichten bestehen, welche Ansprüche man an seine Mitmenschen und Pflegepersonen stellen darf und was diese von einem erwarten. Es ist zu hoffen, daß die diesbezüglichen Festlegungen beispielsweise in der Rahmenkrankenhausordnung<sup>39</sup> und weitere Aufklärungsarbeit<sup>40</sup> dazu beitragen werden, derartige Unsicherheiten bei Patienten, ihren Angehörigen, in der Bevölkerung und unter den medizinischen Mitarbeitern abzubauen.

*Zweitens* wird befürchtet, allein, irgendwo hingeschoben, verlassen von den Angehörigen und bar ausreichender menschlicher Zuwendung die letzten Stunden des Daseins erleben zu müssen. Nicht zuletzt wegen dieser besonders beim Sterben im Krankenhaus befürchteten Situation besteht der Wunsch der großen Mehrheit der Patienten, bei gesicherten Betreuungsverhältnissen zu Hause sterben zu dürfen. Ein *drittes* Problem betrifft die Schmerzen infolge der zum Tod führenden Krankheit. Tatsächlich stirbt ein Teil der Patienten unter Schmerzen und erlebt diese auch bewußt. Diesbezüglich sehr spärliche und zum Teil auch widersprüchliche historische Kenntnisse lassen leider die Frage nicht diskutieren, welchen quantitativen und qualitativen Stellenwert der Schmerz in den Sterbevorgängen früherer Generationen eingenommen hat und ob heute eine zahlenmäßige Zunahme der Erkrankungen mit subjektiven Schmerzzuständen vorliegt, unsere Empfindlichkeit gegenüber Schmerzen stärker ist oder einfach die umfangreichen [71] Möglichkeiten der Schmerzbekämpfung durch die moderne Medizin das Bedürfnis nach Schmerzfreiheit verstärkt hervorgerufen haben. Neuere, gezielte Schmerzbeobachtungen und -bekämpfungen bei Sterbenden müßten bereits heute das in Kapitel III ausführlicher diskutierte Bedürfnis des Patienten nach Schmerzfreiheit bzw. -armut

---

<sup>37</sup> H. Krumpel, *Lebensprozeß und Moral*, S. 70 f.; vgl. K. Marx, *Ökonomisch-philosophische Manuskripte aus dem Jahre 1844*, in: K. Marx/F. Engels, *Werke, Ergänzungsbd.*, S. 530–562.

<sup>38</sup> Vgl. P. Ariès, *Studien zur Geschichte des Todes im Abendland*; W. Fuchs, *Todesbilder in der modernen Gesellschaft*; A. Hahn, *Einstellungen zum Tod und ihre soziale Bedingtheit*.

<sup>39</sup> *Rahmenkrankenhausordnung*.

<sup>40</sup> Vgl. W. Strasberg, *Schutz von Leben und Gesundheit*, Berlin 1980; J. Mandel, *Ärzte, Klinik und Patienten*, Berlin 1980.



prinzipiell erfüllbar machen. So sagen z. B. Erfahrungen einer Londoner Klinik, die ausschließlich unheilbar Kranke und Sterbende betreut, aus, daß mit den modernen medizinischen Möglichkeiten der Schmerzbekämpfung bis auf 2 % allen Patienten die Schmerzen genommen werden können.<sup>41</sup>

Diese Angst vor Schmerzen steht *viertens* mit einer weiteren Sorge der Menschen in Verbindung: Langdauernder, quälender Schmerz zermürbt die psychische Integrität der Persönlichkeit, die dann abartig reagiert, die Kontrolle über die sonst beherrschten psychischen Reaktionen verliert und abhängig von anderen Menschen wird. Diese Angst vor dem Verlust der Eigenverfügung über die Persönlichkeit wird auch wesentlich von der Vorstellung des, körperlichen und psychischen Verfalls im Sterbeprozess genährt.

Während man beispielsweise im Mittelalter darum betete, keinem plötzlichen Tod zu erliegen, um die letzten Dinge auf Erden regeln zu können und mit einer im Rahmen der letzten Ölung erfolgenden Abrechnung des eigenen Lebens vor Gott treten zu können,<sup>42</sup> wünschen sich die Menschen heute erfahrungsgemäß einen plötzlichen Tod, der ihnen diese Qualen des Sterbeprozesses erspart, oder sie versuchen, sich ihnen durch bereits zu Zeiten von Gesundheit und Leistungsfähigkeit abgegebene Willenserklärungen zu entziehen – ein Problem, zu dem an anderer Stelle Stellung genommen wird.

Versuche, näheres über das subjektive Erleben im Sterben zu erfahren, um sich damit besser und ohne Angst auf diese Situation vorbereiten und Sterbenden in dieser Situation gezielteren Beistand leisten zu können, sind auch die Analysen sogenannter Sterbeerlebnisse oder Sterbeerfahrungen – Berichte von Menschen, die lebensbedrohliche Situationen bis hin zum klinischen Tod durchgemacht haben und dann reanimiert wurden.<sup>43</sup> Diese Berichte sagen etwa aus, daß die Angst vor dem Sterben unbegründet sei, weil das Gefühl im Sterben angenehm und leicht sei und gewissermaßen in den Zustand der Erlösung und Glückseligkeit münde. Oft wird von einem traumhaften, abrißartigen Vorüberziehen des Lebens gesprochen. Eine besondere Rolle spielt das berichtete Phänomen des Ich-Austrittes (out of the body experiences) in der Diskussion, eine Beobachtung, nach der man gewissermaßen das [72] Gefühl habe, man trete aus, seinem Körper heraus und betrachte von nun ab alles, was mit diesem geschieht, als Außenstehender. „Das Phänomen des Ich-Austrittes wird von Ehrenwald (1974) als Ausdruck von Unsterblichkeitsstreben interpretiert. Es ist der Versuch des Selbst, sich von seinem geschwächten, zerstörten, kaum noch funktionierenden Körper zu trennen, und somit der Versuch, den Tod zu negieren. Ähnlich sieht auch Noyes (1972) im Ich-Austritt eine Abwehrhaltung.“<sup>44</sup> Selbst wenn solche Phänomene tatsächlich empfunden werden, so sind sie u. E. keinerlei Beweis für ein Unsterblichkeitsstreben und seiner ideellen Realisierung und auch kein Ausdruck einer psychischen Abwehr des jetzt akut einsetzenden Todes. Die Erklärung liegt viel eher in der Annahme von unmittelbar ante finem einsetzenden Desintegrationsprozessen, die die normalerweise im menschlichen Bewußtsein auf verschiedene Ebenen enthaltene komplizierte Subjekt-Objekt-Dialektik zum Entgleisen bringen.<sup>45</sup>

Es erscheint prinzipiell fraglich, ob solche „Sterbeerlebnisse“ überhaupt geeignet sind, Aufschlüsse über die psychische Situation Sterbender zu geben: *Erstens* ist anzunehmen, daß sich ein nach zunächst einheitlichen pathophysiologischen Mechanismen ablaufender Kreislaufschock ohne weitere subjektive Symptome (z. B. in Form des Vernichtungsschmerzes) bis zur Bewußtlosigkeit in etwa stets gleicher Form im menschlichen Empfinden auswirkt, unabhängig davon, ob die Ursache eine orthostatische Dysregulation, Blutung oder ein Pumpversagen des Herzens ist und unabhängig von der Prognose, die von „in wenigen Minuten wieder arbeitsfähig“ (wie bei der einfachen „Ohnmacht“) bis „Tod“ lauten kann. Mitunter ist diese Prognose ja zum Zeitpunkt des Eintritts der Bewußtlosigkeit

---

<sup>41</sup> Vgl. P. Moor, Die Freiheit zum Tode – Ein Plädoyer für das Recht auf menschenwürdiges Sterben – Euthanasie und Ethik, Reinbek b. Hamburg 1977.

<sup>42</sup> P. Ariès, Studien zur Geschichte des Todes im Abendland.

<sup>43</sup> Vgl. G. Perthgs, Über den Tod, Stuttgart 1932; H. Steingießer, Was die Ärzte aller Zeiten vom Sterben wußten, Greifswald 1936; E. Wiesenhütter, Selbsterfahrung im Sterben, Hamburg 1974; O. Pfister, Schockdenken und Schockphantasien in höchster Todesgefahr, in: Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, 1930, S. 116.

<sup>44</sup> J. Wittkowski, Tod und Sterben – Ergebnisse der Thanatopsychologie, S. 116.

<sup>45</sup> Vgl. D. J. Dubrowski/E. W. Tschernoswitow, Zur Analyse der Struktur der subjektiven Realität (Wert und Sinnaspekt), in: Sowjetwissenschaft, Gesellschaftswissenschaftliche Beiträge, Heft 9, 1980, S. 965.

noch gar nicht festgelegt, sondern hängt außer von der eigentlichen Ursache dieses Zustandes auch u. a. davon ab, in welchem Umfang und in welchem Zeitraum medizinische Hilfe einsetzen kann. Insofern müßte jede banale Ohnmacht bereits einer „Sterbeerfahrung“ ähneln. *Zweitens* ist zu bezweifeln, ob das menschliche Bewußtsein die Augenblicke dauernden Empfindungen vor dem Bewußtseinsverlust angemessen registriert und in der Lage ist, entsprechende Erinnerungen zu speichern. *Drittens* wird die „Sterbeerfahrung“ durch das Bewußtsein, überlebt zu haben, dem Tode entronnen zu sein, überformt werden. *Viertens* bietet die Veröffentlichung solcher Sterbeerfahrungen breiten Raum für Verfälschungen durch Wichtigtuerei oder gar finanzielle Interessen des Patienten.

Vor allem aber bergen derartige Darstellungen des Sterbevor-[73]ganges die Gefahr, daß solche wichtigen Momente in der Betreuung Sterbender wie menschliche Zuwendung zum Patienten, psychischer Beistand für ihn und seine Herausnahme aus der sozialen Isolation, dann als überflüssig angesehen werden könnten. Auf jeden Fall ist zu bedenken, daß sich diese „Sterbeerfahrungen“ stets auf akute Situationen mit der Dauer von oft nur Sekunden beziehen und keinen längeren Sterbeprozess haben vorausgehen lassen, wie ihn beispielsweise häufig an chronisch progredienten oder infausten Erkrankungen leidende Menschen durchmachen.

Selbsterfahrungsberichte solcher Patienten, die einen längeren Sterbeprozess durchmachen müssen,<sup>46</sup> stellen dagegen eine wichtige Bereicherung unseres Wissens nicht nur in kultureller Hinsicht dar, sondern erlauben es vor allem auch, psychologische Kenntnisse über diese Situation zu sammeln, das Denken, Fühlen und Reagieren dieser Patienten für andere nacherlebbar zu machen und Schlußfolgerungen für das Verhalten in der Betreuung zu ziehen.

*Die Angst vor dem Tod anderer, insbesondere nahestehender Menschen*, resultiert im wesentlichen daraus: *Erstens* fallen mit dem Tod des anderen alle seine Anregungen für das eigene Leben weg, damit wird der menschliche Beziehungsbereich erheblich eingeschränkt, und alle Aufgaben und Ziele im eigenen Leben, die sich auf den anderen bezogen haben, werden sinnlos. *Zweitens* tritt aber nicht nur ein Verlust an Daseinsinhalt, sondern gleichzeitig die Anforderung auf, bisher durch den anderen erfüllte Aufgaben übernehmen zu müssen, die durch ihn gerissene Lücke zu füllen. Dieses erforderliche Umorientieren auf neue innere und äußere Lebensinhalte bringt zunächst eine erhebliche psychische und physische Labilisierung der Persönlichkeit mit sich, die um so größer ist, je mehr der Gestorbene die Bezugsperson des Hinterbliebenen war und je weniger dem Hinterbliebenen Lebensinhalte außerhalb der Beziehungen zum Gestorbenen verbleiben.<sup>47</sup> Menschen, die in diesem Sinne von großer Labilisierung der eigenen Persönlichkeit durch den Tod des anderen bedroht sind, vielleicht ohnehin labil sind und ihr Leben als nicht ausreichend sinnerfüllt erlebbar zu gestalten vermögen haben demzufolge eine besonders große Angst vor dem Tod des anderen, der der eigenen Persönlichkeit Halt und Lebenssinn verleiht.

Die erforderliche Umorientierung der eigenen Persönlichkeit beim Tod des anderen geschieht im Rahmen der „Trauerarbeit“. Bürgerliche Autoren<sup>48</sup> stellen fest, daß diese Trauerarbeit den Betroffenen gewissermaßen im sozialen Lebenskampf vorübergehend „außer Gefecht“ setze. Eine Reihe von unterschiedlichen Sitten [74] in verschiedenen Kulturen mache deswegen die Außenstehenden darauf aufmerksam, daß ein Hinterbliebener „Trauerarbeit“ zu leisten habe, deswegen in keiner Form besonders belastbar sei und geschont werden müsse (z. B. bestimmte Kleidung des Trauernden,

<sup>46</sup> Z. B. M. Wander, Tagebücher und Briefe, hrsg. v. F. Wander, Berlin 1980.

<sup>47</sup> Vgl. W. Fuchs, Todesbilder in der modernen Gesellschaft K. R. Eissler, Der sterbende Patient – Zur Psychologie des Todes; G. Ammon/H. J. Hameister, Tod und Sterben als Identitätsproblem – Ich-psychologische und gruppenspezifische Aspekte, in: Dynamische Psychiatrie, Berlin (West), Heft 3, 1975, S. 129; J. Piskorz/D. Tautz, Überwertige Todesangst im Anschluß an das Ableben naher Verwandter, in: Wiss. Zschr. d. MLU, Math.-nat. Reihe, Heft 2, 1979, S. 113; H. Brandt/S. Hahn/A. Thom, Probleme und Aufgaben bei der Betreuung Sterbender durch den Hausarzt, in: Grenzsituationen ärztlichen Handelns, hrsg. v. U. Körner/K. Seidel/A. Thom, Jena 1981, S. 211; J. Sigerist, Die Bedeutung von Lebensereignissen für die Entstehung körperlicher und psychosomatischer Erkrankungen, in: Nervenarzt, 1980, S. 313; F. Meerwein, Einführung in die Psychoonkologie, Bern/Stuttgart/Wien 1981.

<sup>48</sup> Vgl. P. Ariès, Studien zur Geschichte des Todes im Abendland; W. Fuchs, Todesbilder in der modernen Gesellschaft; A. Hahn, Einstellungen zum Tod und ihre soziale Bedingtheit.

bestimmte Verbote für den Trauernden bezüglich der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben u. a. m.). Man respektierte die Trauerarbeit des Hinterbliebenen. Das Persönlichkeitsideal der modernen bürgerlichen Welt jedoch sei durch Leistungszwang, für dessen Erfüllung man physische und psychische Unversehrtheit benötige, charakterisiert; eine Schonzeit, ein Eingeständnis dessen, daß man zeitweise nicht leistungsfähig sei, sei de facto nicht möglich. Deswegen versuche man, sich um die Trauerarbeit bewußt oder unbewußt zu drücken. In diesem Sinne seien z. B. Begräbnisrituale in den USA zu werten, die darauf hinauslaufen, den Toten so lebensnah wie möglich herzurichten (ihm Tageskleidung anzulegen, zu frisieren, Make up aufzulegen, ihn in einem Sessel sitzend „aufzubahren“, in einem hellen, freundlichen, blumengeschmückten Raum die Trauerfeierlichkeit abzuwickeln), so daß der Eindruck entsteht, man verabschiede sich gewissermaßen von einem Lebenden, der auf eine weite Reise geht, nicht aber von einem unwiederbringlich Toten. Dieser Ritus wird durch Geschäftemacherei ins Groteske gesteigert. Ein anderes Beispiel ist folgende Zeitungsreklame: „Opa ist nicht mehr. Für uns raucht er immer noch sein geliebtes Pfeifchen. Filmen Sie. Damit ein Stück Leben bleibt.“<sup>49</sup>

Diese Formen der sozialen Abwertung der Trauer bringen als negative Konsequenzen mit sich, daß der einzelne, wenn überhaupt, die Trauerarbeit ganz allein mit sich abmachen muß und nicht nur vergebens auf Hilfe und Unterstützung seitens der sozialen Umwelt in dieser Phase hofft, sondern ihm auch noch der Respekt versagt ist, wenn er es trotzdem wagen würde, seine Trauer und seinen Schmerz öffentlich in einer Form zu zeigen, die die Rührung der anderen wecken könnte. Nicht selten werden durch solche behinderte oder unvollständige Trauerarbeit neurotische Erscheinungen und auch vermehrt Angst vor dem eigenen Tod ausgelöst.

Ein *drittes* Moment bildet die sogenannte Schuldangst; der künftige Hinterbliebene meint, nicht genug tun zu können und zu tun, um den Tod des anderen zu verhindern, oder er glaubt sich in irgendeiner anderen Weise am Tod des anderen schuldig, sei es durch schuldhaft oder aus Unwissen heraus geschehene Handlungen, den insgeheimen Wunsch, der andere möge sterben oder gar nur das unbewußte Empfinden, der Genugtuung, daß der andere eher vom Schicksal getroffen wird als man selbst.

[75] *Die Angst, das Sterben anderer zu erleben*, setzt sich einmal aus Elementen der Angst vor dem eigenen Tod, an den das Sterben anderer unweigerlich erinnert, und der Angst vor dem Verlust des anderen, wenn der Sterbende eine Bezugsperson ist, zusammen. Zum anderen spielen ähnlich wie bei der Angst vor dem eigenen Sterben aufgrund der gegenwärtig nur sporadisch ausgebildeten Handlungsorientierungen bezüglich des Verhaltens im Falle eigenen Sterbens und dem anderer Menschen Unsicherheiten eine Rolle, so z. B. welche Verhaltensweisen der Situation angemessen sind, vom Sterbenden und der Gesellschaft erwartet werden und eine bestmögliche Hilfe für den Patienten als auch für die Wahrung der eigenen psychischen Integrität darstellen. Entsprechende Handlungsmöglichkeiten für die Betreuungspersonen von Sterbenden in erster Linie an den Bedürfnissen der Patienten orientiert, haben wir versucht, in Kapitel III zu formulieren Sie werden am Ende dieses Kapitels unter anderen Aspekten zur Sprache kommen.

*Die Angst vor Toten* letztlich setzt sich wiederum aus verschiedenen Komponenten zusammen. Erstens erinnert der Anblick von Toten an die Gewißheit des eigenen Todes und kann damit all die Emotionen der Angst vor dem eigenen Sterben und Tod aktualisieren. Damit erweist sich diese Angst nicht unwesentlich auch als Produkt der bereits skizzierten sozialen Prozesse, die Sterbeerlebnisse und den Umgang mit Gestorbenen (Waschen, Ankleiden, Aufbahnen, Beerdigen usw.) aus der alltäglichen Erfahrung der Mehrzahl der Menschen ausgegliedert haben.

Zweitens spielen sicher beim Anblick von Gestorbenen auch gewisse ästhetische Momente der Abneigung eine Rolle. Und drittens scheinen noch immer archaische Vorstellungen einer gewissen Potenz des Toten, die Geschehnisse der Lebenden beeinflussen zu können, zu persistieren. Darauf lassen z. B. Formulierungen in manchen Todesanzeigen schließen<sup>50</sup>: Der Tote habe die Macht, jemand mitzunehmen, z. B. „Er folgte seiner Lieben Frau nach 8 Monaten“, „Sie starb nur wenige Tage nach dem Tode ihres geliebten Mannes“; der Tote habe den Vorsatz gehabt, die Hinterbliebenen

<sup>49</sup> W. Fuchs, Todesbilder in der modernen Gesellschaft, S. 100.

<sup>50</sup> Vgl. ebenda.

zurückzulassen z. B. „Er ist für immer von uns gegangen“ „Sie hat uns verlassen“; der Tote lebt eigentlich noch, z. B. „Er ist eingeschlafen“, „Sie hat die Augen für immer geschlossen“.

Wenn hier die verschiedenen Komponenten der Angst in bezug auf Sterben und Tod relativ zergliedert und im Detail dargestellt wurden, so geschah das vorwiegend unter dem Aspekt, bereits Ansatzpunkte für eine eigene psychische Bewältigung der Problematik und dabei Möglichkeiten der Hilfestellungen für andere [76] anzudeuten. Praktisch jedoch lassen sich diese einzelnen Formen nicht immer voneinander abgrenzen und kommen im Zusammenwirken sehr unterschiedlich akzentuiert vor. Die Ausprägung des jeweiligen Angstmusters, seine Intensität, die direkte oder indirekte Form seiner Mitteilung an Kommunikationspartner und die Ansätze zu möglicher Bewältigung variieren individuell mitunter stark. Einige der diese Variabilität beeinflussenden Faktoren, die sich auch untereinander wieder direkt oder reziprok beeinflussen, sollen hier genannt werden:

Mit steigendem *Alter* scheint die Angst vor dem Tod zu sinken. Das wird mit verschiedenen Vorgängen erklärbar. Je älter der Mensch wird, um so häufiger wird er Gelegenheit gehabt haben, das Sterben anderer zu erleben. Das ständig heranrückende Lebensende fördert durch die häufigere gedankliche Beschäftigung damit die rationale und emotionale Auseinandersetzung und Bewältigung. Der Blick auf das zurückliegende Leben ermöglicht, das Gefühl zu erlangen, wesentlich im Leben Gewolltes erreicht zu haben. Immer mehr gleichaltrige Angehörige, Freunde und Bekannte sterben; die adäquaten Kommunikationspartner gehen verloren. Insgesamt kommt eine Einstellung zum eigenen Tod auf, wie sie beispielsweise mit solchen Worten, wie „die Zeit ist reif“, „die Tage sind gezählt“, „die Uhr ist abgelaufen“, „es ist an der Zeit“, von alten Menschen verbalisiert wird.

*Die soziale Integration* eines Menschen in die Gemeinschaft der Mitmenschen soll das Auftreten von Angst in bezug auf Sterben und Tod verringern; soziale Isolierung verstärkt sie im allgemeinen. Das ist insofern erklärlich, als gute soziale Integration persönlichkeitsstabilisierend wirkt und in bezug auf den eigenen späteren, Tod das Gefühl vermitteln kann, daß in den anderen das eigene Wirken „weiterleben“ wird, die Angst vor dem Vergessenwerden droht nicht in so starkem Maße.

Die Auswirkungen des *psychophysischen Allgemeinbefindens* auf die Angst in bezug auf Sterben und Tod wurden bereits dargestellt.

Insgesamt scheint die *Stabilität der Persönlichkeit* eine entscheidende Rolle zu spielen. Durch charakteristische Umwelteinflüsse auf den einzelnen, insbesondere die Erziehung während der Kindheit und die Beziehungen zu den nächsten Angehörigen im Rahmen der Familie, können in engem Zusammenwirken mit körperlichen und geistigen Anlagen gewisse Prädispositionen auch in bezug auf die Angst vor Sterben und Tod entstehen. [77]

### **Schlußfolgerungen für die subjektive Bewältigung von psychischen Problemen bei der Betreuung Schwerstkranker und Sterbender**

So differenziert die Konstellation und Intensität der Angst in bezug auf Sterben und Tod in verschiedenen Lebensabschnitten eines Menschen sein können, so verschieden sie von Mensch zu Mensch sind, so sehr sich die Ausdrucks- und Mitteilungsformen dieser Angst individuell unterscheiden, so vielfältig sind auch die Möglichkeiten, Gelegenheiten und Anlässe, diese Angst bewältigen zu wollen und zu können. Zum Verständnis dieser Vielfalt sollen hier einige typische Möglichkeiten aufgezeigt werden.

Wir waren davon ausgegangen, daß die Angst angesichts von Sterben und Tod die Antizipation des Gefühls einer Gefahr ist, die Planung und Training von Reaktionsweisen und Handlungsabfolgen zur Abwendung einleiten kann. Nun können ja Sterben und Tod nicht prinzipiell abgewendet werden. Trotzdem gibt es erfolgreiche Möglichkeiten der Bannung des Empfindens von „Gefahr“ bei Beziehungen zum Sterben und zum Tod. Das ist erstens das Verschieben des Todes auf einen der natürlichen Lebensspanne der Menschen entsprechenden Zeitpunkt durch die breite Palette des Kampfes gegen den vorzeitigen Tod; das ist zweitens das Akzeptieren der Tatsache, daß dem Menschen durch seine biologischen Existenzbedingungen ein natürliches Ende mit dem Tod gesetzt ist, und das ist drittens die Erkenntnis daß diese Lebensspanne des Menschen zu einer dem einzelnen möglichen Verwirklichung möglichst vieler menschlicher Werte genutzt werden sollte. Diese bewußte Form der

Angstbewältigung, die eine aktiv-schöpferische Komponente in bezug auf die äußeren Umstände *und* auf die eigenen Verhaltensweisen und Einstellungen beinhaltet, scheint u. E. den marxistisch-leninistischen Vorstellungen von der aktiven schöpferischen Rolle des Menschen in seiner natürlichen, sozialen und gesellschaftliche Umwelt am meisten zu entsprechen.

Die Konzentration jedoch auf nur eine dieser Komponenten der bewußten Angstbewältigung bei Vernachlässigung der anderen hat wichtige Konsequenzen:

a) Akzeptiere ich den Tod als natürliches Ende des Lebens ohne gleichzeitig den Kampf gegen den vorzeitigen Tod auf den mir möglichen Ebenen zu führen und auf eine sinnvolle Lebensgestaltung zu orientieren, birgt das die Gefahr einer fatalistischen Fügung in das Unvermeidliche bis hin zur abschließlichen Ausrichtung des Lebens auf sein Ende mit sich; [78]

b) der Kampf gegen den vorzeitigen Tod ohne gleichzeitiges Akzeptieren der natürlichen Grenze des Lebens des Menschen führt zu dem in den letzten Jahren sehr kritisch bewerteten „Immer-Weiter-Machen“ der Ärzte (siehe auch Kapitel III und V) und in der Bevölkerung zuweilen zum Suchen einer Schuld oder eines Versagens bei den medizinischen Mitarbeitern, wenn ein Patient verstorben ist;

c) die Orientierung auf den Kampf gegen den vorzeitigen Tod ohne die gleichzeitige Schaffung von Möglichkeiten, die dem einzelnen auch bei Krankheit, chronischer Schädigung oder im Alter einen sinnvollen und persönlich als befriedigend erlebten Lebensvollzug gestatten, ruft solche wie die für ältere Bürger in hochentwickelten imperialistischen Ländern beschriebenen Phänomene des „sozialen Todes“ oder des „Pensionierungstodes“ hervor: Die gewonnene Lebensfrist wird nicht mit Reichtum an menschlichen Sozialbeziehungen verknüpft, der Mensch wird sozial isoliert, stirbt. sozial bereits ab, während seine biologische Existenz fortbesteht;<sup>51</sup>

d) die persönlich als sinnvoll erlebte Gestaltung des eigenen Lebens ohne Elemente des Kampfes gegen den vorzeitigen Tod kann Raubbau an den eigenen Kräften bedeuten (z. B. „Managerkrankheit“!), wobei nicht geleugnet werden soll, daß gerade die Ausgewogenheit zwischen sinnvoller Lebensgestaltung einerseits und der Beachtung gesundheitserhaltender und -fördernder Verhaltensregeln unter heutigen Bedingungen zuweilen nur im Sinne einer Konfliktlösung individuell entscheidbar ist;

e) die sinnvoll empfundene Lebensgestaltung ohne das Akzeptierenlernen des natürlichen Lebensendes mit dem Tod des Menschen ist eins der schwerwiegenden psychischen Probleme, das bei der Betreuung infaust Kranker und Sterbender offenbar wird, weil die Angst vor Tod und Sterben dann in ihrer ganzen Größe den psychisch sowieso schon schwer zu bewältigenden Zustand schwerer Krankheit zusätzlich belastet und die aktiven Bewältigungsmöglichkeiten im Sinne von Hinausschieben des Todes durch Gesundheitsprophylaxe und Einstellungsänderungen zum Tod praktisch gleich Null geworden sind. Gelingt diesen Patienten trotzdem noch eine bewußte Form der Angstbewältigung, werden dabei recht häufig charakteristische psychische Reaktionsweisen der Patienten deutlich, die allerdings nicht regelhaft, zeitlich variabel und individuell unterschiedlich ausgedrückt beobachtet werden: Zunächst ein Nicht-wahrhaben-Wollen des unmittelbar bevorstehenden Sterbens und Todes (im Sinne des noch zu erläuternden Verdrängens [79] und Negierens), dann ein Auflehnen gegen das Schicksal, dann Verzweiflung, Traurigkeit, Depression und zuletzt akzeptierendes Verhalten. Dieses Phasenmodell psychischer Reaktionsweisen<sup>52</sup> hat das Verständnis für eine Reihe von Problemen in der Sterbebetreuung erweitert und wird vielfach als Grundlage für Verhaltensorientierungen gegenüber Sterbenden benutzt.<sup>53</sup> Andererseits üben Psychologen<sup>54</sup> an ihm dahingehend Kritik, daß sich diese Phasen nicht regelmäßig bei den Patienten beobachten lassen und vor allem zu dem Zeitpunkt, zu dem der Patient in Kontakt mit dem Gesundheitswesen kommt (z. B. am Tag der stationären

---

<sup>51</sup> Eine typische Schilderung eines solchen sozialen Todes gibt Balzac in seiner Erzählung „Oberst Chabert“ (Erzählungen aus der Napoleonischen Sphäre, Leipzig 1958, S. 6).

<sup>52</sup> E. Kühler-Ross, Interviews mit Sterbenden, Stuttgart/Berlin (West) 1973.

<sup>53</sup> Z. B. von E. Kunzendorff, Sterben und Tod – Soziologisch-psychologische Überlegungen über ein zu Unrecht vernachlässigtes Problem, in: Dt. Gesundh.-Wesen, Heft 12, 1978, S. 570; J. Ott/R. Schirmer/U. Körner, Die Betreuung sterbender Menschen aus medizinisch-psychologischer Sicht, in: Dt. Gesundh.-Wesen, Heft 8, 1980, S. 317.

<sup>54</sup> Vgl. J. Wittkowski, Tod und Sterben – Ergebnisse der Thanatopsychologie.

Aufnahme), für die Mitarbeiter des Gesundheitswesens durchaus nicht sofort zutage tritt, in welcher Phase seines psychischen Bewältigungsprozesses sich der Patient befindet, sofort aber psychischer Beistand für ihn geleistet werden muß.

Mitunter hat man auch den Eindruck, Patienten treten in diesen phasenhaften Verlauf ein, können ihn aber nicht hin bis zum Akzeptieren vollenden, weil sie der Tod gewissermaßen in ihrer psychischen Bewältigung des bevorstehenden Ereignisses überrascht oder einholt. Wenn z. B. von manchen Kranken angenommen werden kann, daß sie „bis zuletzt auf Genesung hoffend“ gewesen sind, so könnte man dieses Verhalten auch so interpretieren, daß die Sterbenden aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur unbewußt diese Form der psychischen Bewältigung wählten oder nicht über dieses Stadium hinauszugelangen vermochten und/oder aufgrund des Verlaufes der Krankheit nicht genügend Zeit mehr hatten, dieses Stadium des Verleugnens zu überwinden. Wenn auch nicht jedes aus der Sicht der medizinischen Mitarbeiter unbegründete Hoffen mit Verleugnens gleichgesetzt werden kann, weil eine Reihe von Patienten objektiv und subjektiv nicht in der Lage sein kann, aus uncharakteristischen, subjektiv weniger schwerwiegend empfundenen Symptomen auf die infauste Prognose eines Zustandes zu schließen, muß in anderen Fällen jedoch eine solche Hoffnung als dem Wissen und Denkvermögen des Patienten widersprechend und daher im Sinne solcher Verleugnungsprozesse gedeutet werden.

Ein anderes Problem ist der sogenannte Todeskampf eines Menschen, der als psychomotorische Unruhe, z. T. verbunden mit aggressivem Verhalten ante finem charakterisiert werden kann. Er entsteht aufgrund von Sauerstoffmangel oder toxischen Schädigungen des Zentralnervensystems, kann aber auch alternativ zu oder in Kombination mit diesen organischen Ursachen als aggressive Phase im Phasenmodell gedeutet werden. Wir haben solchen „Todeskampf“ nur bei jüngeren Menschen, beobachtet, nie dagegen bei alten.

[80] Gleich jedoch, ob nun in Form dieses Phasenmodells oder in anderem Ablauf, zeigen die Erfahrungen mit infaust kranken und sterbenden Patienten, daß unbewußte und bewußte Vorgänge der Angstbewältigung durchaus kombiniert funktionieren,<sup>55</sup> beispielsweise dann, wenn die ausgelöste Angst bei plötzlicher und/oder erstmaliger Konfrontation mit Sterben und Tod so groß ist, daß sie eine ernsthafte Bedrohung der psychophysischen Funktionsfähigkeit des Organismus mit sich bringt. Hier scheint das Gros des Angstgefühls zunächst unbewußt vermieden zu werden, um dann nach und nach ins Bewußtsein zu treten und gewissermaßen „portionsweise“ verarbeitet werden zu können. Am ausgeprägtesten dürfte das beim „psychic-closing-off“-Effekt<sup>56</sup> der Fall sein: Die Betroffenen registrieren schwere physische oder psychische Traumen, z. B. Unfall mit Verlust von Extremitäten, zunächst ausschließlich auf der rationalen Ebene, während Schmerzempfindungen, Affekte oder Wertungen des Ereignisses hinsichtlich der Ursachen und Folgen zunächst ausbleiben. Dieser Effekt muß als Sonderform der *Negation* angesehen werden. Als selektierende Wahrnehmung äußerer Vorgänge werden aus der Vielzahl der von außen kommenden Informationen nur diejenigen für eine bewußte Wahrnehmung ausgewählt, die in bezug auf ein angsterzeugendes Thema, in unserem Falle Sterben und Tod, angstreduzierend wirken, nicht aber die, die diese Angst verstärken würden. Dafür sprechen die Beispiele verschiedener Ärzte, die Krankheiten mit infauster Prognose, die sie selbst in ihrer ärztlichen Tätigkeit allein aufgrund der klinischen Symptomatik des Patienten diagnostiziert oder zumindest als im Bereich des Möglichen erwogen hätten, an sich selbst nicht feststellen oder in der Prognose optimistischer als üblich beurteilen.<sup>57</sup> Negationsprozesse bedingen eine verzerrte Widerspiegelung der Außenwelt im Bewußtsein des einzelnen.

Weitere Möglichkeiten, mit Ängsten allgemein, speziell mit der Angst in bezug auf Sterben und Tod zumindest vorübergehend fertig zu werden, sind z. B. Rationalisierung, Projektion und Verdrängung. Bei der *Rationalisierung* werden solche für den einzelnen nicht annehmbaren Tatsachen, wie es für viele der eigene Tod ist, mit einer derart „vernünftigen“ Erklärung und Begründung versehen, daß

<sup>55</sup> Vgl. F. V. Bassin/A. E. Sherozia, Die Rolle der Kategorie des Unbewußten im System der gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnis über die menschliche Psyche (Eröffnungsvortrag des „Internationalen Symposiums über das Unbewußte“ vom 1.–5. Oktober 1979 in Tbilissi), in: Dynam. Psychiatrie, Heft 5, 1979, S. 353.

<sup>56</sup> Lifton 1967, zit. bei J. Wittkowski, Tod und Sterben – Ergebnisse der Thanatopsychologie.

<sup>57</sup> F. Hoff, Zur Psychologie des Sterbenden, in: Medizinische Welt, Stuttgart 1975, S. 12

diese vorher nicht akzeptable Tatsache jetzt akzeptiert werden kann. Auch diese Art der Angstbewältigung bringt eine verschobene Widerspiegelung der Realität mit sich. Typische Rationalisierungsprozesse wären vor allem Versuche, dem Tod einen Sinn zu verleihen, ihn als „Opfer“, als „erlösend“ oder als „Tor zum neuen Leben“ u. a. m. zu begreifen.

[81] Eine eng damit verwandte Möglichkeit die *Projektion* ist in bezug auf Sterben und Tod in der psychologischen Literatur noch kaum diskutiert. Denkbar wäre es, die Personifizierung des Todes und seine Ausstattung mit bestimmten Funktionen als Projektion zu deuten z. B. der Tod als „Erlöser“ „Rächer“ „Richter“ als „Sensenmann“ wie auf alten Holzschnitten oder in dem Kirchenlied „Es ist ein Schnitter, der heißt Tod“, gar als „Liebhaber“ in einigen Totentanzdarstellungen oder heute als „weißer Tod“, wie zuweilen die personifizierte Intensivmedizin oder auch die Medizin überhaupt bezeichnet wird.<sup>58</sup>

Eine heute weit mehr verbreitete Möglichkeit, die bewußte Auseinandersetzung mit der Angst so aufzuschieben oder gar zu vermeiden, daß sie den Charakter der gefühlsmäßigen Antizipation einer bedrohlichen Gefahr verliert, besteht in der Unterdrückung der Gedanken in bezug auf Sterben und Tod oder in ihrer Verdrängung ins Unbewußte. Ein praktisch wichtiges äußeres Anzeichen, daß auf ein bestimmtes Thema hin Verdrängungsprozesse stattgefunden haben, muß wahrscheinlich darin gesehen werden, daß – da es ja nicht mehr zu den bewußtseinsfähigen Inhalten des Denkens und Fühlens gehört – auch keine sprachlichen oder nonverbalen Kommunikationen stattfinden, teilweise sogar das entsprechende Vokabular fehlt; es besteht eine Kommunikationshemmung. Durch spezifische Anlässe können aber die verdrängten Inhalte wieder bewußt werden und existieren dann nach wie vor als das unbewältigte Problem Angst.

Da dieser Mechanismus – wie bereits in Kapitel III angedeutet – insbesondere auch medizinische Mitarbeiter zu treffen scheint,<sup>59</sup> sollte spätestens beim ersten Erleben des Sterbevorganges eines Patienten unter psychologisch geschickter Führung der jeweils im Ausbildungsprozeß unmittelbar Verantwortlichen eine bewußte Auseinandersetzung für die jungen Mitarbeiter mit diesen Problemen angeregt werden. Aber auch für die Bevölkerung sollten natürlicherweise sich anbietende Möglichkeiten im Erziehungsprozeß in der Schule und in der Familie zur Diskussion solcher Fragen mit genutzt werden.

Welche Art dieser Angstbewältigung im Einzelfall gewählt wird, ist vom Zeitpunkt und von der Art der gedanklichen oder realen Konfrontation in bezug auf Sterben und Tod, von den Reaktionen der Umwelt und vor allem auch von den vom einzelnen erlernten und auch in anderen Konflikt- und Gefahrensituationen gewöhnlich gebrauchten Bewältigungsmechanismen abhängig, ist also individuell sehr verschieden.

[82] Es erhebt sich nun die Frage, ob einer und wenn ja, welcher der genannten und sicher noch ergänzbaren Möglichkeiten der Angstbewältigung der Vorzug gegeben werden sollte, ob eine Wertung dieser verschiedenen Varianten möglich ist und damit eine Empfehlung oder gar ein Rezept erteilt werden kann, wie mit der Angst angesichts von Sterben und Tod umgegangen werden soll.

Wenn auch – wie wir bereits andeuteten – die bewußte Bewältigung der Angst in bezug auf Sterben und Tod am meisten unserer Vorstellung von der aktiven schöpferischen Rolle der Persönlichkeit in der natürlichen, sozialen und gesellschaftlichen Umwelt entspricht und eine weitgehend adäquate Widerspiegelung des bevorstehenden eigenen Sterbens und Todes im menschlichen Bewußtsein gewährleistet, haben die anderen Varianten jedoch nicht nur negative Folgen, z. B. im Sinne des nicht realitätsangepaßten Denkens und Handelns und der Neurosenentstehung. Wir zeigten ja, daß beispielsweise die Negation durchaus eine Phase sein kann, die der Patient im Bewältigungsprozeß des bevorstehenden Sterbens und Todes bis hin zum Akzeptieren durchmacht. Auch die anderen, die bewußte Auseinandersetzung umgehenden Möglichkeiten machen diese bewußte Bewältigung durchaus zu einem späteren Zeitpunkt möglich.

---

<sup>58</sup> Vgl. J. Schwartländer, Der Tod und die Würde des Menschen, in: Der Mensch und sein Tod, hrsg. v. J. Schwartländer, S. 14.

<sup>59</sup> D. Feldes/S. Hahn, Psychosoziale Anforderungen bei der Betreuung infaust Kranker und Sterbender, in: Heilberufe, Heft 12, 1980, S. 453.

Abgesehen davon, daß also hier Kombinationen und zeitliche Aufeinanderfolgen der verschiedenen Mechanismen möglich und für den Patienten nützlich scheinen, sind negative Wertungen selbst solcher Zustände, die eindeutig für den Außenstehenden mit Realitätsverzerrungen im Bewußtsein des Patienten verbunden sind, problematisch, weil sie für den jeweiligen Patienten in seiner speziellen Situation die individuell geeignetste, die Angst am meisten reduzierende und damit sein psychophysisches Wohlbefinden am meisten stabilisierende Reaktionsweise sein können. Die jeweilig zum Ausdruck kommende Art der Angstbewältigung angesichts von Sterben und Tod ist derart in die gesamte Lebensweise und soziale Verwurzelung eines Menschen eingebettet, daß ein Änderungsversuch durch medizinische Mitarbeiter oder Seelsorger, die mit dem Anspruch auftreten, dem anderen ein „Rezept“ zur Bewältigung der Angst in bezug auf Sterben und Tod aufzwingen zu wollen, keine Hilfe, sondern eine ernsthafte Bedrohung des ohnehin schon labilisierten psychophysischen Gleichgewichtes dieser Patienten darstellen würde. Entsprechende Versuche müssen daher aus klinischer und ethischer Sicht abgelehnt werden. Vielmehr kommt es darauf an, solche vom Patienten bisher als bewährt empfundenen weltanschaulichen Halte aufzuspüren und ihn zu befähigen, [83] sie für die Bewältigung seiner Situation zu nutzen. Dabei kommt es in erster Linie darauf an, „daß man über den tödlichen Verlauf der Krankheit und die Gefühle der Unsicherheit, Angst, Aufsässigkeit, Einsamkeit des Kammers der damit verbunden ist, mit dem Kranken spricht; daß man eine Beziehung zum Kranken herstellt, in der ehrliche, offene Gespräche geführt werden, durch die wir in solcher Weise bei dem Sterbenden sind, daß dieser auf personaler Ebene – vor allem emotional gesehen – mit seinem Sterben fertig werden und seinen eigenen Tod sterben kann“.<sup>60</sup> „Was von dem Helfer erwartet wird, ist daher nicht primär, daß er ‚etwas sagt, wovon der Sterbende etwas hat‘, sondern daß er sich in das Gefühl einlebt, das geäußert wurde ... Sogar die negativen Gefühle der Angst, der Aufsässigkeit, des Kammers usw. dürfen und müssen oft bejaht werden. Die in unserer Kultur häufige Forschheit im Sinne von ‚komm, komm, tapfer sein, nicht zimperlich sein‘ ist durchaus nicht die beste Art, derart wirklich menschliche Gefühle richtig zu verarbeiten.“<sup>61</sup>

Zur Milderung dieser Angst halten wir es ebenso wie bei anderem psychischen Leidensdruck bei vielen Patienten für gerechtfertigt, mit Beruhigungsmitteln unterstützend einzugreifen. Darüber hinaus sollten aber verschiedene psychologische Möglichkeiten von Ärzten und Schwestern angewendet werden, die in Aus- und Weiterbildung gelernt und geübt und mit praktischer Berufserfahrung gepaart werden müssen. Als solche wären zu nennen das genaue Beachten und sorgsame Eingehen auf die körperliche Befindlichkeit des Patienten sowie der Aufbau, die Verstärkung und die kontinuierliche Pflege der tragfähigen Kontakte zum Patienten seitens des Arztes, des Pflegepersonals und der Angehörigen. Ein weiterer wichtiger Faktor ist die emotionale Präsenz bzw. die potentielle Verfügbarkeit der Bezugsperson. Eine Rolle spielen das bereits genannte offene und ehrliche Gespräch zu den von dem Patienten geäußerten Fragen und Haltungen das Anregen des Patienten zum Aussprechen seiner körperlichen Empfindungen und seelischen Stimmungen und das Beachten der psychischen Besonderheiten des Patienten, die nicht zu Gegenreaktionen der medizinischen Mitarbeiter oder der Angehörigen führen dürfen, erst recht nicht zu ihrem emotionalen Rückzug.<sup>62</sup>

Darüber hinaus gibt es für die Außenstehenden – Angehörige, andere Betreuungspersonen und medizinische Mitarbeiter – weitere, bereits historisch bewährte Möglichkeiten die Angstbewältigung angesichts von Sterben und Tod bei den Patienten zu erleichtern. Da sie im wesentlichen bereits in Kapitel III aufgezeigt wurden, [84] soll hier nur nochmals auf zwei spezielle Aspekte eingegangen werden, die angetan sind, Hilfe für den anderen in der subjektiven Bewältigung des bevorstehenden Sterbens und Todes zu geben: Das sind einmal bestimmte Verhaltensmuster für den Sterbenden selbst und seine Umgebung und zum anderen die Rolle der Kommunikation bei der subjektiven Bewältigung des bevorstehenden Sterbens und Todes.

Wir wiesen bereits darauf hin, daß die früher natürlicherweise erlernten Verhaltensmuster angesichts des Sterbens und des Todes anderer Menschen heute durch eine Reihe sozialer Prozesse weitgehend

<sup>60</sup> P. Sporken, *Menschlich sterben*, Düsseldorf 1972, S. 48.

<sup>61</sup> Ebenda, S. 51 f.

<sup>62</sup> Vgl. H. Freyberger, *Ärztlicher Umgang mit Tumorpatienten in psychologisch-medizinischer Sicht*, in: *Münchener medizinische Wochenschrift*, München, Heft 3, 1977, S. 1381.



abhanden gekommen sind. Welche Komponenten dieser bewährten Verhaltensmuster könnten für unsere heutigen Bedingungen als günstig angesehen werden und sollten bei der Betreuung Sterbender realisiert werden?

Das ist *erstens* das gedankliche Vertrautwerden mit den Problemen von Sterben und Tod bereits in Zeiten von Gesundheit und Leistungsfähigkeit, die eine bewußte Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben und Tod schon dann gewährleisten, wenn das Spektrum aktiver Bewältigungsmöglichkeiten noch groß ist. Damit wird der später sterbende Patient von der enormen psychischen Belastung der erstmaligen Konfrontation mit dem Tod befreit.

*Zweitens* spielt die materielle Sicherung der Angehörigen durch Abschluß von Renten-, Lebensversicherungen und Testamenten eine Rolle, um die oft beim Sterbenden bestehende Sorge darum, was mit den Angehörigen geschieht, wenigstens von dieser Seite her zu mindern.

*Drittens* ist anzunehmen, daß vielen Sterbenden das Bedürfnis nach einer gewissen ausgesprochenen oder mit sich allein abzumachenden Rechenschaftslegung über das verbrachte Leben eigen ist, wobei eine positive Bilanz das Abschiednehmen vom Leben zu erleichtern scheint, ein Vorgang, der u. a. ja auch zur Erklärung der abnehmenden Angst vor Sterben und Tod im Alter herangezogen wird. Es wurde bereits darauf verwiesen, daß diese Rechenschaftslegung beim Sterben im Rahmen der christlichen Religion einen wichtigen Ritus darstellte und die Angst, in dieser Rechenschaftslegung zu versagen und dann bestraft zu werden, einen nicht unwesentlichen Teil der Angst Gläubiger ausgemacht haben muß. Diese Rechenschaftslegung über das gelebte Leben ist – wie wir zeigten – im Laufe der Geschichte immer mehr in das Leben hineingenommen worden und dient in der Auffassung heutiger Christen und auch in der marxistisch-leninistischen Weltanschauung erst in zweiter Linie der Hilfe beim Sterben, vor allem jedoch der [85] sinnerfüllten Lebensgestaltung des einzelnen in der menschlichen Gesellschaft. Im Unterschied zum Christentum jedoch findet diese Rechenschaftslegung für Marxisten immer nur gegenüber Menschen und gegenüber dem eigenen Gewissen statt. Diesen Gedanken spricht N. Ostrowski an: „Das Wertvollste, was der Mensch besitzt, ist das Leben. Es wird ihm nur ein einziges Mal geschenkt, und er muß es so verbringen daß ihn später die zwecklos verlebten Jahre nicht qualvoll gereuen, die Schande einer unwürdigen, nichtssagenden Vergangenheit ihn nicht bedrückt und daß er sterbend sagen kann: ‚Mein ganzes Leben, meine ganze Kraft habe ich dem Herrlichsten auf der Welt – dem Kampf für die Befreiung der Menschheit – geweiht.‘ Und er muß sich beeilen zu leben. Denn eine dumme Krankheit oder irgendein tragischer Zufall kann dem Leben jäh ein Ende setzen.“<sup>63</sup>

Ein *vierter* wichtiger Bestandteil eines solchen Verhaltensmusters ist das Abschiednehmen von den Angehörigen und Freunden, dessen Bedeutung weit über eine höfliche Geste hinausgeht. Es ist gewissermaßen ein Vorgang der Aussöhnung und Loslösung aus den sozialen Beziehungen, der den Sterbenden aller dieser sozialen Aufgaben entpflichtet und ihm die Gewißheit gibt, daß seine Angehörigen und Freunde ihm über den Tod hinaus wohlwollen und (seine Aufgaben übernehmen werden. Das entspricht dem von vielen Sterbenden geäußerten Wunsch, die Angehörigen noch einmal zu sehen, und der in medizinischen Einrichtungen geübten Praxis der sogenannten „Schlechtmeldung“, d. h. der Benachrichtigung der Angehörigen bei lebensbedrohlich gewordenem Zustand des Patienten. Bei einzelnen Patienten scheint es jedoch so zu sein, daß sich ihr Sterbeprozess gerade deswegen erschwert, weil sie im Kreise ihrer Familie verbleiben oder durch häufige Besuche der Angehörigen im Krankenhaus immer wieder an ihre sozialen Pflichten erinnert und gemahnt werden.<sup>64</sup> In solchen Ausnahmefällen muß das entpflichtende Abschiednehmen auch durch eine zusätzliche räumliche Trennung von den Angehörigen nachvollzogen werden.

Dieses Abschiednehmen ist somit der letzte Akt in den Kommunikationsbeziehungen des Sterbenden zu seinen Mitmenschen. Damit kommen wir zu diesem wichtigen anderen Aspekt in der Hilfe für Sterbende.

---

<sup>63</sup> N. Ostrowski, *Wie der Stahl gehärtet wurde*, Reclam-Nr. 8319-25, Leipzig, o. J., S. 377.

<sup>64</sup> Vgl. K. R. Eissler, *Der sterbende Patient – Zur Psychologie des Todes*; R. Jacob, *Erfahrungen und Probleme zur psychischen Führung Krebskranker*, in: *Grenzsituationen ärztlichen Handelns*, S. 257.

Wenn wir Angst allgemein als gefühlsmäßige Antizipation einer bedrohlichen Gefahr auffassen, dann mag es zunächst logisch erscheinen, daß jeglicher Angst auch ein sozial-orientierender Charakter im Sinne von Warnung der anderen und gemeinsamem Planen [86] und Durchführen von den die Gefahr abwendenden Handlungen innewohnt, der über Kommunikationsformen realisiert werden muß. Trifft das nun auch für die Angst in bezug auf Sterben und Tod zu, wo angesichts der Unumstößlichkeit des Faktums Tod die abwehrenden Potenzen, die der Angst und ihrer Mitteilung an andere innewohnen, gewissermaßen „leerlaufen“ müssen?

Wenn wir uns noch einmal der Sterbevorgänge von Michelangelo Lessing, Goethe, der Todesahnung von Brecht, überhaupt daran erinnern, daß eine Reihe von Menschen aufgrund eines im großen und ganzen recht uncharakteristischen „präfinalen Syndroms“, z. B. rapidem Abnehmen der Wahrnehmungsleistungen, Absinken der physischen Abwehrkräfte des Organismus, starken Schwankungen in der Stimmungslage, verstärktem Mitteilungs- und Kommunikationsbedürfnis u. a. m.,<sup>65</sup> das Herannahen ihres Lebensendes wahrnehmen, so hat dieses zumeist nicht ohne angstbesetzte Affekte auftretende Empfinden sehr wohl eine sozialorientierende Funktion: Es veranlaßt den Betroffenen, sich auf das Lebensende einzustellen, Vorkehrungen zur Sicherung der Angehörigen zu treffen, den letzten Willen zu verfügen, selbst vielleicht noch für sein Leben Wichtiges zu tun. Den Angehörigen mitgeteilt, macht sie dieses Gefühl darauf aufmerksam, sich auf das Sterben eines Menschen aus ihrer Mitte vorzubereiten, ihm verstärkt Zuwendung zu erteilen, ihm Wünsche zu erfüllen u. a. m. Diese soziale Appellfunktion an den Sterbenden selbst und seine Angehörigen wird verhindert, wenn man alles daran setzt, dem Patienten nicht nur den Ernst seiner Situation zu verheimlichen, sondern seine Empfindungen in bezug auf das bevorstehende Lebensende als unbegründet zu beweisen.

Eine große Bedeutung hat die Kommunikation mit dem Patienten auch für die Minderung der oft stark belastenden Ängste. Wenn auch die Ursache aller dieser Angst – das bevorstehende Ende des Lebens – nicht beseitigt werden kann, so ist doch eine Abwendung oder zumindest Minderung der die Angst mitbestimmenden Faktoren durch die Kommunikation mit nahestehenden Menschen möglich. Selbst wenn das in den Gesprächen des Sterbenden mit seinen Mitmenschen nicht immer ausdrücklich verbalisiert wird, geschieht erstens die Bestätigung der eigenen Persönlichkeit und ihres Wertes für andere in dieser Kommunikation. Zweitens ist das die in dieser Kommunikation erlangte Gewißheit, daß die Angehörigen und weiteren Mitmenschen das selbst als im Leben wertvoll Erkante in irgendeiner Form fortsetzen werden. Drittens ist es das Gefühl, daß die Angehörigen der Lücke, die der [87] bevorstehende Tod reißen wird, nicht hilf- und machtlos gegenüberstehen werden. Und nicht zuletzt wird diese Angst vor dem Tod allein schon dadurch gemindert, daß man nicht allein, nicht isoliert ist, daß man weiß, daß es Menschen gibt, die in dieser Stunde des Lebens bei einem sind und das Leid nicht abwälzen wollen, sondern es akzeptieren und mittragen können, – ein Leid, dessen Schwere darin besteht, daß sowohl das Menschsein des Sterbenden für andere als auch das Menschsein anderer für den Sterbenden endet.<sup>66</sup>

Nach diesen ausführlicheren Darlegungen soll zusammenfassend noch einmal unsere Position zu den eingangs gestellten Fragen, ob Angstfreiheit vor dem Tod ein Kriterium der marxistisch-leninistischen Weltanschauung sein kann und ob es Verhaltensweisen angesichts von Sterben und Tod gibt, die als dieser Weltanschauung gemäß und in der sozialistischen Gesellschaft als würdig zu bezeichnen wären, charakterisiert werden:

Angstfreiheit vor dem Tod kann sicher nicht Prüfstein einer marxistisch-leninistischen Haltung sein. Sowohl die historischen als auch die gegenwärtigen Erfahrungen bei der Betreuung Sterbender weisen darauf hin, daß Angst in bezug auf Sterben und Tod ein wahrscheinlich zunächst die Mehrzahl der Menschen betreffendes Phänomen ist. Diese Angst scheint sich allerdings auf differente Bezugspunkte zu richten, und diese Komponenten der angstbesetzten Affekte in bezug auf Sterben und Tod sind historisch, ethnologisch, weltanschaulich und sozial variabel und werden sowohl von ihrer

---

<sup>65</sup> Vgl. J. Wittkowski, Tod und Sterben Ergebnisse der Thanatopsychologie.

<sup>66</sup> Vgl. F. Meerwein, Das ärztliche Gespräch, Bern/Stuttgart/Wien 1969.

Zusammensetzung und Wertigkeit für den einzelnen als auch in ihren Erscheinungsformen immer in spezifisch individueller Form wirken.

Die marxistisch-leninistische Weltanschauung lehnt jedoch eine Erklärung dieser Ängste in bezug auf Sterben und Tod im Sinne transzendenter, psychoanalytischer oder existenzphilosophischer Überlegungen, auf die im folgenden Kapitel ausführlicher eingegangen werden wird, ab. Um die Ursachen und Erscheinungsformen dieser emotionalen Belastung angesichts von Sterben und Tod näher zu ergründen, werden in Zukunft zwar intensive einzelwissenschaftliche Untersuchungen notwendig sein, aber es ist mit Sicherheit absehbar, daß deren Ergebnisse der dialektisch-materialistischen Weltanschauung nicht prinzipiell widersprechen, sondern sie konkretisieren und bereichern werden. Es gibt keinen Grund, sich dem Sterben und dem Tod fatalistisch zu ergeben. Entsprechend der marxistisch-leninistischen Auffassung von der produktiv-schöpferischen Rolle des Menschen gegenüber der Natur und in der [88] gesellschaftlichen Entwicklung sehen wir in der Selbstverwirklichung des einzelnen in der Gesellschaft zur Realisierung materieller und ideeller Werte für die Gesellschaft und für die eigene Persönlichkeit einen Ansatz, auch die historisch-konkreten Potenzen im Kampf gegen vorzeitiges Sterben und Tod zu nutzen, das individuelle Leben sinnerfüllt und nicht durch absoluten Wertverlust bedroht zu empfinden und schließlich das eigene Sterbenmüssen akzeptieren zu können. Diese Einstellungsbildung vollzieht sich nicht leicht und automatisch, sondern setzt eine bewußte Auseinandersetzung mit dieser Problematik, einen Prozeß des Ringens der Persönlichkeit voraus, der individuell mit unterschiedlichen Methoden bewältigt wird. Solche Prozesse sollten bereits zu Zeiten von Gesundheit und Leistungsfähigkeit bewußt vollzogen werden. Für die Sterbebetreuung sind vor allem jene äußeren Bedingungen und personalen Zuwendungen anzustreben, die eine weitgehende Befriedigung grundlegender Bedürfnisse des Patienten sichern und ihm ein möglichst hohes Maß an sozialer Geborgenheit und Integration gewährleisten. Zielgerichtete Bemühungen dazu sind für die Gesellschaft und jedes ihrer Mitglieder eine hohe moralische Pflicht.

[89]

## V. Sterben und Tod in der bürgerlichen Ideologie

In den folgenden Ausführungen sollen aus der Vielzahl der seit Ende der sechziger Jahre sprunghaft angestiegenen Zeitschriften- und Buchveröffentlichungen typische Denkhaltungen vorgestellt, ihre philosophisch-weltanschaulichen Implikationen kritisch analysiert und ihre potentiellen oder realen Folgen für die gesundheitspolitische und medizinische Praxis wertend beleuchtet werden. Es geht um Denkhaltungen die aus einzelwissenschaftlicher Sicht von unterschiedlichen weltanschaulichen Positionen im Rahmen der bürgerlichen Ideologie und mit differenzierten Intentionen im Hinblick auf praktische Folgerungen zu aktuellen Problemen in der Erfüllung der ärztlichen Bewahrungspflicht gegenüber menschlichem Leben Stellung nehmen. Wenn dabei in erster Linie auf in der BRD erschienene Veröffentlichungen zurückgegriffen wird, so liegt das daran, daß an deren Analyse ein spezifisches historisches und politisches Interesse besteht. Im wesentlichen finden aber ähnliche Entwicklungen wie sie nachstehend von uns in bezug auf die Verhältnisse in der BRD untersucht werden, auch in anderen hochentwickelten kapitalistischen Ländern statt, und wo es sich anbietet, wird darauf ausdrücklich verwiesen werden.

Diese Vielzahl an Literatur reflektiert eine Situation der Unruhe und erhöhten Aktivität in der Öffentlichkeit und in der Ärzteschaft der BRD, die den konservativ-reaktionären Standespolitiker J. F. V. Deneke, langjährigen Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, veranlaßte, auf einem 1977 in Köln veranstalteten Symposium „Ärztliche Ethik“<sup>1</sup> zu konstatieren, „daß der Konsensus über die Funktion und den Inhalt ärztlicher Ethik innerhalb des Berufsstandes selbst – also nicht nur in der allgemeinen Öffentlichkeit – in Frage gestellt ist“.<sup>2</sup>

Deneke gibt hier aus seiner Sicht eine treffende Einschätzung eines tatsächlich stattfindenden Prozesses. Nachdem das traditionelle ärztlich-ethische Denken, wie es ganz allgemein als Verpflichtung des Arztes, in erster Linie dem Leben und dem Wohl des Patienten zu dienen und ihm keinen Schaden zuzufügen, und verbalisiert in den Formeln des Hippokratischen Eides die Zeiten überdauert hatte, durch die Medizinverbrechen im Faschismus erhebliche Erschütterungen erfahren mußte, waren eben diese traditionellen Auffassungen belebt und zur Stabilisierung ärztlich-ethischen Denkens herangezogen worden. Vor allem durch anthropologisierende und theologisierende medizinhistorische Darstellungen untermauert, zielte dieser zunächst erfolgreiche Restaurierungsversuch darauf hin, Medizin nicht, nur als Naturwissenschaft zu begreifen, sondern in ihr eine Wissenschaft vom Menschen zu sehen. Diese Restaurierungsbemühungen wendeten sich z. T. berechtigt auch mehr oder weniger konsequent<sup>3</sup> gegen einseitig naturwissenschaftliches Denken in der Medizin mit den daraus entspringenden praktischen Konsequenzen einer Versachlichung des Arzt-Patient-Verhältnisses. Es gelang aber nicht, die gesellschaftlichen Ursachen aufzudecken, unter denen einseitig naturwissenschaftliches Denken in der Medizin entstand, ausdrücklich gefördert und schließlich zu biologistischem Denken umgemünzt worden ist. Die theoretische Erfassung des „ganzen“ Menschen als Grund und Ziel medizinischer Bemühungen geschah abstrakt, losgelöst von den historisch-konkreten Bedingungen, in denen sich der Mensch bildet und gebildet wird. Die Konsequenzen waren allgemeine abstrakte humanistische Positionen, die die Grundlage für ärztliches Handeln abgeben sollten: Der Maßstab dafür, was als humanistisch im ärztlichen Handeln angesehen werden kann, wurde in einem über weite Zeiträume unveränderlich existierenden ärztlichen Ethos gesehen. Unter theologischen Aspekten wurde die abstrakte Bestimmung des Menschen mit einer transzendenten Dimension verknüpft, wobei sich hier ein weiterer angeblicher Maßstab für die Humanität ärztlichen Handelns in einer göttlichen Instanz ergab.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. *Ärztliche Ethik*, hrsg. v. R. Gross/H. H. Hilger/W. Kaufmann/P. G. Scheurlen, Stuttgart/New York 1978.

<sup>2</sup> J. F. V. Deneke, *Ärztliche Ethik aus standespolitischer Sicht*, in: *Ärztliche Ethik*, S. 69–79, zit. S. 73 f.

<sup>3</sup> Ein typisches Beispiel dieser Inkonsequenz in der Bewältigung der faschistischen Vergangenheit ist das Vorwort zum Abschlußbericht der von der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern entsandten Deutschen Ärztekommision beim I. Amerikanischen Militärgerichtshof Nürnberg, abgedruckt Unter dem Titel „Die Masse der deutschen Ärzte hatte den hippokratischen Eid erfüllt“, in: *Autonomie, Materialien gegen die Fabrikgesellschaft*, Neue Folge, Sonderheft 2, 1980, S. 63; vgl. H. F. Späte/A. Thom, *Psychiatrie im Faschismus – Bilanz der historischen Analyse*, in: *Zeitschrift für die gesamte Hygiene*, Heft 8, 1980.

<sup>4</sup> Vgl. F. Büchner, *Der Eid des Hippokrates – Grundgesetze der ärztlichen Ethik*, Freiburg 1947; V. v. Weizsäcker, „Euthanasie“ und Menschenversuche, in: *Psyche*, N. F., Stuttgart, Heft 1, 1947, S. 68;

Die nun nicht zu übersehende Tatsache, daß die Existenz solcher – über lange historische Etappen wirkenden – Ideale an sich weder Widersprüche in der medizinischen Praxis noch die faschistischen Verbrechen verhindern konnte, führte zur Forderung einer inneren Instanz in der Subjektivität des Arztes, die dieses Ethos trotz aller geschichtlichen Wirrnisse wahrnimmt und für den Arzt zur Handlungsverpflichtung werden läßt. Dieser subjektive Mechanismus sollte dem Arzt immanent sein und wurde ebenso als über lange Zeiträume unveränderlich existierend angenommen.<sup>5</sup>

Ein Teil dieser Restaurierungsbemühungen war insofern als progressiv zu bezeichnen, als er antifaschistisch-demokratisch politisch orientiert, bürgerlich-humanistisches Gedankengut bewahrte und so zunächst auch bei uns nach 1945 wesentliche Elemente ärzt-[91]lich-ethischen Denkens konstituierte.<sup>6</sup> Andere Schattierungen bargen ausgesprochen konservativ-reaktionäre, antikommunistische Potenzen in sich, vor allem mit der Verbreitung der Auffassung, daß „Schuld“ am Faschismus in der Medizin der „Materialismus“ mit seiner prinzipiellen Unfähigkeit zur Menschlichkeit sei.<sup>7</sup> Diese undifferenzierte generelle Abstempelung des Materialismus gipfelt in der Behauptung: „Humanität ohne Divinität wird zur Brutalität.“<sup>8</sup> Dieses angeblich auf „ewigen“ Prinzipien gegründete ärztliche Ethos und die dem einzelnen Arzt innewohnende Intention waren – und so muß die zitierte Äußerung Denekes interpretiert werden – offensichtlich nicht mehr imstande, handlungsorientierende und die Mehrzahl der Bevölkerung und der Ärzte befriedigende Antworten auf die nun durch die einführend umrissenen Entwicklungstendenzen und Fortschritte in Medizin und Technik anstehenden Entscheidungsfragen und neuen moralischen Situationen im ärztlichen Alltag zu geben. Die Lage wurde um so komplizierter, als sich auch die äußeren Bedingungen ärztlichen Handelns änderten, neue Ansprüche an die Formen der Berufsausübung innerhalb der Ärzteschaft offensichtlich wurden und es sich zu zeigen begann, daß die Gesundheitspolitik in der BRD zu nicht mehr lösbaren Widersprüchen geführt hatte,<sup>9</sup> die sich gerade in der Betreuung physisch und psychisch Geschädigter, psychisch Kranker, infaust Kranker und Sterbender gravierend auswirkten.<sup>10</sup>

Unter diesen Bedingungen setzte die Suche nach Antwortmöglichkeiten ein. In der nun mittlerweile sehr groß gewordenen Zahl von Meinungsäußerungen dazu begegnet uns viel Bekanntes – vergessene Auffassungen wurden wieder hervorgeholt und dem Druck der neuen Entwicklungserfordernisse teils schlecht, teils recht, mit dem erkennbaren Bemühen um tragfähige originäre Lösungen, angepaßt. Dabei verflochten sich ursprünglich voneinander abzuhebende Anschauungen und für brauchbar Gehaltene wird voneinander übernommen. Eine Reihe dieser Lösungsversuche sind auch durch vorwiegend pragmatische Aspekte bestimmt und werden von ihren Vertretern nicht explizit theoretisch reflektiert.

---

Breitner, *Ärztliche Ethik*, Innsbruck 1948; G. B. Gruber, *Arzt und Ethik*, Berlin 1948; A. Niedermeyer, *Ärztliche Ethik*, Wien 1954; F. Hartmann, *Der ärztliche Auftrag*, Göttingen 1956.

<sup>5</sup> Vgl. H. Schadewaldt, *Euthanasie, eine medizinhistorische Einführung*, in: *Euthanasie, Probleme der Sterbehilfe*, hrsg. v. H. D. Hiersche, München 1975, S. 11.

<sup>6</sup> Z. B. Klose, *Vermächtnis einer 55jährigen ärztlichen Erfahrung*, V. Das Ethos der neuen Epoche, in: *Deutsches Gesundheitswesen*, Heft 22, 1959, S. 1021; R. Emmrich, *Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient – seine gesellschaftliche Grundlage und seine moralische Wertung*, in: *Wissenschaftliche Zeitschrift der Karl-Marx-Universität, Mathematisch-naturwissenschaftliche Reihe, Sonderband 1*, Leipzig 1963, S. 22; vgl. S. Hahn/U. Körner/A. Thom, *Zur Entwicklungsgeschichte und den bisherigen Ergebnissen der Debatte um die ärztliche Bewahrungspflicht im Prozeß der Entwicklung unseres sozialistischen Gesundheitswesens*, in: *Z. ges. Hyg.*, Heft 4, 1981.

<sup>7</sup> Vgl. *Marxistisch-leninistische Ethik*, hrsg. v. A. I. Titarenko, Berlin 1979, S. 334–336.

<sup>8</sup> Vgl. *Evangelische Dokumente unter der nationalsozialistischen Herrschaft in den Jahren 1939–1945*, hrsg. v. H. C. v. Hase, Stuttgart 1964; H. Thielicke, *Wer darf sterben – Grenzfragen der modernen Medizin*, Freiburg i. B./Basel/Wien 1979, S. 82.

<sup>9</sup> Vgl. K. Zechmeister, *Arzt und Weltanschauung*, Berlin 1972; R. v. Seydlitz, *Zur Diskussion über die Krise des Gesundheitswesens im Kapitalismus*, in: *Marxistisch-leninistische Weltanschauung und Probleme des Gesundheitsschutzes*, hrsg. v. R. Löther/H. Spaar, Jena 1978; *Zur Kritik der Gesundheitspolitik im heutigen Kapitalismus*, hrsg. v. H. Spaar, Jena 1978; S. Hahn/B. Rieske, *Das Arzt-Schwester-Patient-Verhältnis im Gesundheitswesen der DDR*, Jena 1980, S. 30–49.

<sup>10</sup> Vgl. *Der Krieg gegen die psychisch Kranken*, hrsg. v. K. Dörner u. a., Rehbun/Loccum 1980; P. Lüth, *Sterben heute – ein menschlicher Vorgang*, in: *Sterben heute – ein menschlicher Vorgang – Beiträge zur Sterbehilfe als Lebenshilfe*, hrsg. v. P. Lüth, Stuttgart 1976, S. 56; D. Menniger, *Belügt uns nicht*, Stuttgart/Berlin 1978; J. Moltmann, *Die Menschlichkeit des Lebens und des Sterbens*, in: *Sterben heute – ein menschlicher Vorgang – Beiträge zur Sterbehilfe als Lebenshilfe*, S. 107; D. Rössler, *Ärztliche Ethik aus anthropologischer Sicht*, in: *Ärztliche Ethik*, S. 17.

Insofern wird in dem hier zu gebenden Überblick über ausgewählte typische Vorstellungen in der BRD zur Bewahrungspflicht der Medizin gegenüber menschlichem Leben deren Rückführung auf eindeutig zuzuordnende philosophische und weltanschauliche Ursprünge nicht immer konsequent möglich sein. Alle diese typisierbaren Konzepte stellen jedoch als zentralen Problembereich ihre Haltung zum Tod vor. Das, was der Tod ist, und die Art, wie der einzelne, die Medizin und die Gesellschaft ihm entgegen-[92]zutreten haben, werden ausdrücklich oder indirekt mit jeweils charakteristischen Wertmaßstäben verknüpft. Um die Konzepte zunächst wenigstens äußerlich voneinander abzuheben, haben wir sie mit diesen wertenden Attributen zum Thema Tod bezeichnet; partiell kann aber damit bereits ein Licht auf die inhaltliche Seite dieser Konzepte geworfen werden.

### Das Bündnis mit dem Tod

Eine erste solche Konzeption zielt darauf hin, dieses angesichts der neuen Entwicklungsprozesse ins Wanken geratene ärztliche Ethos und darüber hinaus die sittliche Haltung der Öffentlichkeit einfach wieder zu untermauern. Das denkt sich nun der bereits vorgestellte Deneke etwa so: Obwohl einerseits „sozial-ethischer Dissens“ und „moralische Bedürfnislosigkeit“ wesentliche Ursache der „Dissoziation“ der „gesellschaftlichen Ordnung“ seien,<sup>11</sup> müsse er andererseits feststellen, „daß der ärztliche Berufsstand ethische Normen in einem Ausmaß lebt, wie dies in großen Gruppen der Gesellschaft nicht mehr erwünscht ist“.<sup>12</sup> Als Beispiel verweist er auf die Diskussionen um die Legalisierung des ärztlich durchgeführten Schwangerschaftsabbruches, in denen die ärztlichen Standesvertretungen schon während der Weimarer Republik und bis in die Gegenwart der BRD gegen die Abschaffung des § 218 des dortigen Strafgesetzbuches polemisiert haben,<sup>13</sup> und auf die konsequente Haltung der Ärzteschaft der BRD in bezug auf sogenannte passive und aktive Sterbehilfe (daß so einmütig und konsequent, die Haltung der Ärzteschaft nicht ist, wird zu zeigen sein!). Und so folgert er: „Wenn aber auch nur eine geringe Chance besteht für eine sittlich idealistische Erneuerung unserer materialistisch korrumpierten Gesellschaft, dann könnten die verbliebenen Maximen gerade der berufsspezifischen humanen ärztlichen Ethik Brückenköpfe zu neuen Ufern sein.“<sup>14</sup>

Nun erfolgen ja die Hauptangriffe sowohl gegen die angeblich vormals so stabilen ethischen Werte als auch gegen eine sittliche Erneuerung nach Ansicht Denekes vor allem seitens des medizinischen und politischen Fortschrittes (in Denekes Wortschatz als „Kommerzialisierung“, „Sozialisierung“ und „Proletarisierung“ gekennzeichnet). Oder wie es der Medizinhistoriker Schipperges ausdrückt: „Seit mehr als zwei Jahrhunderten wird unsere europäische Gesellschaft von einem Modell geprägt, das sich im wissenschaftlichen Raum als mechanisch-naturwissenschaftliches Einheitsden-[93]ken gibt, im wirtschaftlichen Feld als liberalisierte Marktökonomie, im biologischen Bereich als naturgesetzliche Evolution. Alle drei Großräume sind ihrer Struktur nach auf Entwicklung aus, auf Wachstum angewiesen, auf eine Ökonomik festgelegt, die keinerlei Rücksicht auf ökologische Gleichgewichte legen darf und die damit eben in unseren Tagen an den ‚Grenzen des Wachstums‘ angelangt ist und uns in eine Krise größten Ausmaßes geführt hat!“<sup>15</sup>

Diese sowohl bei Deneke als auch bei Schipperges und den weiteren Vertretern dieser Denkrichtung nachweisbare Art der Reflexion der Geschichte und gegenwärtiger gesellschaftlicher Prozesse ist typisch bürgerlich, d. h. in den kapitalistischen Produktionsverhältnissen sozial verwurzelt, und wird

<sup>11</sup> J. F. V. Deneke, *Ärztliche Ethik aus standespolitischer Sicht*, S. 73 f.

<sup>12</sup> Ebenda, S. 74 f.

<sup>13</sup> Wie sehr aber gerade dieser Fakt Ausdruck reaktionärer Standespolitik sein kann, weisen u. a. folgende Arbeiten nach: I. Herweg, *Über Themen der ärztlichen Standespolitik in Deutschland von 1926 bis 1933* aufgrund von Sitzungsprotokollen des Vorstandes und des Geschäftsausschusses des Deutschen Ärztevereinsbundes, Dissertation, München 1976; *Zum Problem der Schwangerschaftsunterbrechung*, in: *Der Sozialistische Arzt*, Heft 4, 1925, S. 9; E. Höllein, *Gebärzwang und kein Ende*, Berlin 1930; M. Hodann, *Geschlecht und Liebe*, Berlin 1932; U. Körner, *Mißbrauch des ärztlichen Ethos zur Sicherung sozialökonomischer Privilegien*, in: *Dt. Gesundh.-Wesen*, Heft 35, 1975, S. 1672; E. Truhe-Becker, *Wie Frauen „verrückt“ gemacht werden*, in: *Medizinische Klinik*, München, Heft 41, 1977, S. 1708; K. Winter/B. Hartmann, *Anmerkungen zum Klassencharakter des Abortproblems*, in: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, Heft 3, 1980, S. 193.

<sup>14</sup> J. F. V. Deneke, *Ärztliche Ethik aus standespolitischer Sicht*, S. 78 f.

<sup>15</sup> H. Schipperges, *Die moderne Medizin und der Tod*, in: *Sterben heute – ein menschlicher Vorgang – Beiträge zur Sterbehilfe als Lebenshilfe*, S. 42 f.

bereits in der Hegel-Rezeption von Marx dahingehend kritisiert, daß Erscheinungen für das Wesen einer Sache genommen werden. Tatsächlich scheint es ja so, als ob moralische Haltungen in der Lage sind, gesellschaftlich-soziale Prozesse zum Guten zu bewegen, und so, als ob die heutige Krisensituation als Folge ökonomischer und wissenschaftlicher Entwicklungen auftritt. Das Wesen sittlicher Anschauungen und das Wesen der Krise als in den gesellschaftlichen Verhältnissen wurzelnd aufzudecken und über deren radikale Änderung notwendige Erneuerungen im moralischen Verhalten der Menschen anzubahnen, gelingt jedoch nicht. Die Änderungsmöglichkeiten, die dem bürgerlichen Denken entspringen, beziehen sich daher auch nur auf diese Erscheinungen. Und so liegt es nahe, daß zunächst erst einmal alles bekämpft wird, was den Anschein von medizinischem und sozialem Fortschritt hat:

Weil sie „die Erbmasse zu verschlechtern droht“, wird Humangenetik als „eugenisch destruktiv“ abgelehnt.<sup>16</sup> Maßnahmen der Geburtenregelung werden unter dem derzeitigen Pontifikat Johannes Paul II.<sup>17</sup> noch ebenso strikt wie von Papst Paul VI. abgelehnt: „Gott hat in seiner Weisheit natürliche Gesetze und Gesetzmäßigkeiten für die Fruchtbarkeit grundgelegt, die schon aus sich heraus Abstände in der Aufeinanderfolge der Geburten schaffen. Indem die Kirche den Menschen, die Beobachtung der Normen des Naturgesetzes einschärft, das sie durch ihre stets gleichbleibende Lehre auslegt, lehrt sie, daß jeder eheliche Akt offenbleiben muß für die Weitergabe des Lebens. – So werden die Männer der Wissenschaft, vor allem aber die katholischen Wissenschaftler, durch ihren Beitrag beweisen, daß, wie es die Kirche lehrt, ‚kein wirklicher Widerspruch zwischen den göttlichen Gesetzen, die die Weitergabe des Lebens regeln, und jenen, die die echte eheliche Liebe fördern, bestehen kann‘. – Sie (Ärzte und Pflegepersonal – [94] d. Verf.) mögen daher weiterhin bei jeder Gelegenheit die Lösungen fördern, die ihnen Glauben und Vernunft eingeben, und sie mögen sich bemühen, in ihrem Berufskreis dafür Überzeugung und Ehrfurcht zu wecken.“<sup>18</sup>

Und Intensivmedizin schließlich stellte eine jener Regionen der Medizin dar, in der der ärztliche Heilauftrag in einen „Terror der Humanität“<sup>19</sup> münden könne.

Eine derartige Fortschrittsfeindlichkeit ist jedoch immer nur vorübergehend geeignet, historische Entwicklungen aufzuhalten oder gar rückgängig zu machen.

In dieser Situation verbünden sich nun reaktionäre Kräfte gewissermaßen mit dem Tod. Wenn auch nicht geeignet, eine restitutio ad integrum zu erreichen, so ist dieses Bündnis doch zumindest in der Lage, sich dem Fortschritt entgegenzustellen und ihm wirksame Grenzen seiner Macht zu setzen.

Zunächst weisen die Vertreter dieses Konzeptes nach, daß die gegenwärtige Gesellschaft nicht in der Lage ist, mit dem angeblich den Menschen einstmals so vertrauten Phänomen Tod fertig zu werden, und deswegen alles daran setze, den Tod aus ihrem Denken und Handeln zu eliminieren:

„In unserem Zeitalter, dessen Prototyp auch die naturwissenschaftliche Medizin ist, mußte der Tod schrumpfen zu einem ‚exitus letalis‘ ... Wir haben die Sprache über das Sterben verloren ... Um so üppiger wuchern die Surrogate: Beerdigungsinstitute mit Leichenkosmetik und einem Gräberkult, der aus jedem Familiengrab ein Schrebergärtchen machen möchte. Alles weit da draußen (entfremdet sagt man heute); man stirbt nicht mehr im eigenen Wohnzimmer, sondern in fremden Badezimmern. Kranke, Alte, Sterbende sind nur noch halbe Glieder der Gesellschaft ... Die Struktur unserer Gesellschaft aber will nicht nur, sie kann auch aus eben dieser ihrer Strukturiertheit heraus den Tod nicht brauchen; sie macht ihn vergessen, sie muß ihn eliminieren und verdrängen ... Und so versucht die

---

<sup>16</sup> H. Thielicke, Wer darf sterben – Grenzfragen der modernen Medizin, S. 15–17; vgl. M. Fuchs/G. Hesse/G. Thiele, Zu einem ideologischen Problem bei der Senkung der Säuglingssterblichkeit, in: Z. ärztl. Fortbild., Heft 9, S. 440; H. Körner/U. Körner, Zu ethischen Fragen in der humangenetischen Beratung, in: Dt. Gesundh.-Wesen, Heft 6, 1980, S. 235.

<sup>17</sup> Der Pillen-Streit ist voll entbrannt, in: Süddeutsche Zeitung, Stuttgart, v. 2. Oktober 1980; M.-Chr. Zauzich, Sexualtrieb, Liebe und Empfängnisverhütung, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Frankfurt a. M., 3. Oktober 1980; Johannes Paul II., Mahnung „Reinheit des Herzens“, unter dem Titel „Wer eine Frau auch nur lüstern ansieht“ abgedruckt in: Frankfurter Rundschau, Frankfurt a. M., v. 10. November 1980; Gewissen – die höchste subjektive Norm, in: Frankfurter Allgemeine, Frankfurt a. M., v. 29. November 1980.

<sup>18</sup> Enzyklika „Humanae vitae“ des Papstes Paulus VI. v. 25. Juli 1968.

<sup>19</sup> H. Thielicke, Wer darf sterben – Grenzfragen der modernen Medizin, S. 34 f.

Gesellschaft denn auch alles, um die Tabuisierung des Todes zu fördern, was einhergeht mit einem zunehmenden Verlust der Identität mit sich selber. Symptome hierfür sind die Preisgabe stabiler Lebensgruppen, die Korrumpierung selbst der Kleinfamilie, das Auswachsen von Surrogaten (bis zu Rausch und Sucht) und die Missionierung mit Ersatzreligionen ...<sup>20</sup> – „... das Schweigen, mit dem der Tod sich jetzt umgibt, bedeutet, daß er seine Ketten gebrochen hat und zur wilden unfäßlichen Macht geworden ist.“<sup>21</sup>

Den Weg aus diesem Dilemma und damit zu sittlicher Erneue-[95]rung sehen die Autoren nun darin, der Gesellschaft und dem einzelnen ein aufrüttelndes „memento mori“ entgegenzuhalten und damit jene angeblich „jahrtausendealte Vertrautheit von Mensch und Tod“, die „gegen Ende des Mittelalters ... eine leidenschaftliche Liebe zum Leben und ... das Ende eines im 12. Jahrhundert einsetzenden Prozesses der Bewußtwerdung der je eigenen Individualität jedes menschlichen Lebens“<sup>22</sup> ermöglichte, wieder zu erreichen. „Denn das memento mori stiftet sehr nachdrücklich eine Distanz zum Hier und Jetzt; der Tod erinnert sehr eindringlich an den ‚vorläufigen‘, ‚unernsten‘ Charakter der sozialen Anforderungen, die uns bewußtlos in ihren Bann schlagen, deren gedankenlose Erfüllung zum tierischen Ernst unseres Daseins geworden ist. Ein verbindliches, kommunizierbares Verhältnis zum Tode wiederzugewinnen, heißt also den schwerwiegenden Totalitarismus der Gesellschaft brechen, der jede Diskussion über die gesellschaftliche Disziplin zu verhindern trachtet.“<sup>23</sup>

Die konkreten Vorstellungen, wie nun tatsächlich eine solche sittliche Stabilisierung bzw. Erneuerung erreicht werden könnte, sind über das notwendigerweise aufgrund der unterschiedlichen weltanschaulichen, politischen und einzelwissenschaftlichen Standpunkte ihrer Vertreter entstehende Maß hinausgehend different.

Die dem Neothomismus zuzuordnende offizielle Linie der katholischen Kirche sieht die Prinzipien des neuen Humanismus des 3. Jahrtausends in der Verbindung von Wissenschaft und Wahrheit, die dem Menschen als göttliche Offenbarung gegeben und zugänglich sei.<sup>24</sup> Damit wird ein objektiv-idealischer Maßstab auch für das ethische Denken und Handeln in der Medizin erneuert.

Thielicke, evangelischer Moralthologe, negiert derartige Auffassungen aus der Erkenntnis heraus, daß die Kirche in der Anwendung objektiv-idealischer begründeter Maßstäbe den Anforderungen des medizinischen und gesellschaftlichen Fortschritts nicht mehr gewachsen ist. Seine Arbeiten stellen den Versuch einer Anpassung des christlich-ethischen Denkens an die sich ändernden medizinischen und gesellschaftlichen Bedingungen dar. Dazu benutzt er einen subjektiv-idealischen Maßstab, der dem Konzept der Situationsethik nahesteht.<sup>25</sup> Es impliziert die Auffassung, daß es keinerlei objektive und allgemeingültige Parameter gebe, um zu entscheiden, was sittlich gut sei. So könne der Arzt die derzeit anstehenden Entscheidungssituationen eigentlich nur mit seinem Gewissen abmachen und sich von dem damit zweifellos immer vorhandenen Schuldgefühl und der im christlichen Sinne auch tatsächlich auf sich geladenen Schuld nur durch die Bitte um Vergebung [96] wieder befreien: „Wer sich dem Evangelium, d. h. der Botschaft von der Fleischwerdung des ewigen Wortes, verpflichtet weiß, dem ist der Anspruch überzeitlichen Wissens ... verwehrt, und er sieht sich der Kolonne aller unterwegs Befindlichen zugeordnet ... Das Bewußtsein, in der Unabgeschlossenheit einer Übergangssituation zu leben – gerade was die Bewältigung von Wissen und Können anbelangt –, beschneidet unsere pragmatischen Gelüste und warnt uns vor vorzeitigen normativen Lösungen ... Die Entwicklung des technisch-naturwissenschaftlichen Vermögens hat die Entwicklung des

---

<sup>20</sup> H. Schipperges, Die moderne Medizin und der Tod, S. 42 f.

<sup>21</sup> P. Ariès, Studien zur Geschichte des Todes im Abendland, S. 108.

<sup>22</sup> Ebenda.

<sup>23</sup> Chr. v. Ferber, Soziologische Aspekte des Todes – Ein Versuch über einige Beziehungen der Soziologie zur Philosophischen Anthropologie, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik, Gütersloh, Heft 6, 1963, S. 338.

<sup>24</sup> Papst Johannes Paul II., Rede am 15. November 1980 im Kölner Dom anläßlich des 700. Todestages von Albertus Magnus.

<sup>25</sup> Vgl. E. Luther, Möglichkeiten und Grenzen der ethischen Bewertung für die Theorie und Praxis der Medizin, in: Martin-Luther-Universität – Wissenschaftliche Beiträge 1980/30 (A 52) Halle; K. A. Schwarzmann, Die „Situationsethik“ Josef Fletchers, in: Voprosi filosofii, 1981, Heft 1.



Menschen gleichsam überrundet. Beide sind nicht mehr ‚synchronisiert‘. Diese Nichtkongruenz ... erzeugt eine Spannung, die wir im gegenwärtigen Stadium des Prozesses nicht bewältigen können und deren Auflösungsformel niemand von uns kennt, vielleicht auch niemals kennen wird ...“<sup>26</sup> – „In der Regel helfen wir uns in diesem nicht auflösbaren Konflikt so, daß wir ärztlich tun, was wir können, um dann den Rest, der unserer Ohnmacht unzugänglich bleibt, als Fügung zu ertragen ... (Es gibt) in diesem Bereiche keine kasuistischen Regeln für eine Entscheidung. Sie kann nur wagend und darum in der Gemeinschaft durchschritten werden, fehlzugehen und folglich Schuld auf sich zu nehmen. Als Christ würde ich sagen: Wenn man hier ohne Illusionen und Verdrängungen durchkommen will, kann man nur im Namen der Vergebung leben.“<sup>27</sup>

Für den Soziologen und Kulturhistoriker Ariès hängen die bewegenden Kräfte, „die die kollektive Geistesverfassung in Bewegung setzten – Einstellungen zu Leben und Tod –, von geheimen, versteckteren Antriebskräften an der Grenze zwischen biologischer und kultureller Dimension ab, d. h. vom kollektiven Unbewußten. Es formt die elementaren psychologischen Strebungen, wie Selbstbewußtsein und Machtstreben oder umgekehrt Gemeinschafts- und Verbundenheitsgefühl.“<sup>28</sup> Auf die Probleme der ärztlichen Betreuung Sterbender bezogen, folgert er: „Es bliebe also einerseits ein Status für die Sterbenden, andererseits eine bindende Regelung. für die Ärzte als Herren des Lebens zurückzugewinnen. Damit ist man beschäftigt, und diese Erwägungen halten allmählich alle, die damit befaßt sind, an, auf den lange verschütteten Weg des Todes zurückzufinden.“<sup>29</sup>

Der Standespolitiker Deneke schließlich meint – wie schon angedeutet –, die sittliche Erneuerung durch die Wiederaufrichtung von sehr nebulös und mystisch gefaßten, dem ärztlichen Handeln angeblich immanenten ethischen Prinzipien aus vornehmen zu können. Ärztliche Standespolitik erfülle so einerseits die Interessen-[97]vertretung der Ärzte und andererseits eine Funktionspolitik „in bezug auf das gesellschaftliche, wirtschaftliche und kulturelle Ganze, in bezug auf die berufliche Aufgabe innerhalb dieser größeren Einheit und in bezug auf Objekte oder Partner der beruflichen Hinwendung“.<sup>30</sup> Zur Realisierung dieser Funktionspolitik brauche man allerdings im Hinblick auf die ordnende Gestaltung des Gemeinwesens, auf die Regelung zwischenmenschlicher Beziehungen und auf die Sicherung und Entfaltung individuellen Lebens ideelle Orientierungssysteme. Diese entstünden „auf der Grundlage emotionalen, intellektuellen und moralischen Weltverständnisses Damit wird deutlich, daß wir hier gedanklich in einem Raum operieren, dessen Topografie von völlig unwissenschaftlichen Prämissen und Maximen gestaltet wird, ... daß bereits die definitorische Propädeutik ethisch relevante und damit irrationale Entscheidungsprozesse voraussetzt und herausfordert.“<sup>31</sup>

Von dem Soziologen Fuchs stammt eine treffende Charakterisierung und Kritik der Konzeption von der Verdrängung des Todes: Sie ist „durchsetzt mit ideologischen Momenten und Handlungsanweisungen. Sie ist nicht nur Diagnose, sondern zugleich Klage über den vorgefundenen Zustand der Orientierungen über den Tod und ein Versuch, diese Orientierungen zu ändern, die Individuen wieder zur vollen Anerkennung ihrer Sterblichkeit zu bringen. In Klage und Handlungsanweisung wird der Tod als ewige Konstante abgesetzt von der Verfassung der modernen Gesellschaft, als ewiger Wert verherrlicht an dem sich die menschliche Gebrechlichkeit und die Vergeblichkeit aller gesellschaftlichen Praxis ablesen läßt ... Deutlich finden sich bei den verschiedenen Autoren Momente eines prononcierten Anti-Industrialismus Diese Attitüde tritt zutage in der Feindschaft der Autoren gegenüber Säkularisation, Rationalisierung und einer bunten Vielfalt weniger wichtiger Charakteristika in der industriellen Gesellschaft. Sie sammelt sich zur Schadenfreude darüber, daß die moderne Gesellschaft – so mächtig sie in ihrer Beherrschung der Welt geworden sein mag – von der Macht des Todes übertroffen wird. Nachdem in den Feldern der Machbarkeit für Wunder, Schicksal und religiöse

---

<sup>26</sup> H. Thielicke, Wer darf sterben – Grenzfragen der modernen Medizin, S. 12.

<sup>27</sup> Ebenda, S. 37; vgl. Medizinische Ethik in der evangelischen Theologie der Ökumene, hrsg. v. W. Becher, Frankfurt a. M. 1979.

<sup>28</sup> P. Ariès, Studien zur Geschichte des Todes im Abendland, Wien 1976, S. 213.

<sup>29</sup> Ebenda, S. 211.

<sup>30</sup> J. F. V. Deneke, Ärztliche Ethik aus standespolitischer Sicht, S. 70 f.

<sup>31</sup> Ebenda, S. 71.

Instanzen wenig Platz mehr geblieben ist, tritt der Tod auf in der Rolle ihrer Vertretung: weil unbesiegt, sei er unbesiegt und damit letzter Garant der existentiellen Ohnmacht der modernen Gesellschaft in der Beherrschung der Natur ... Unabhängig davon, ob die Vertreter der Todesverdrängungsthese christlich argumentieren, ob mit den heruntergekommenen Kategorien der Existenzphilosophie vom echten Leben, oder ob soziologisch: der Tod er-[98]hebt sich zum Zeichen der Defizienz der modernen Gesellschaft. In einem zweiten Schritt schreibt man ihm die Funktion einer Trumpfkarte zu gegen diese Gesellschaft. Das Postulat, die Gesellschaft und die Einzelnen sollten den Tod wieder ohne Trugbilder und Verdrängungen akzeptieren, das *memento mori* möge wieder soziale Norm werden, visiert den Umschlag zu gesellschaftsverändernder Praxis an: die verbindliche Durchsetzung der Erinnerung an die menschliche Sterblichkeit soll sich als Instrument gegen Charakteristika der industriellen Gesellschaft erweisen... Diese Beziehung bleibt aber allein durch die Forderung nach neuerlicher Einsetzung des *memento mori* als soziale Norm konstituiert, und damit voluntaristisch: Realisierungschancen und Realisierungswege werden nicht bedacht, geschweige denn aus sozialen Verhältnissen abgeleitet.“<sup>32</sup>

In diesem Sinne also prinzipieller Kritik unterworfen, liefern die Vertreter dieser Konzeption jedoch eine Reihe wertvoller einzelwissenschaftlicher Erkenntnisse vor allem auf medizin- und kulturhistorischem Gebiet. Darüber hinaus jedoch deckt diese Konzeption eine tatsächlich vorhandene Unfähigkeit der bürgerlichen Gesellschaft auf, für sich als Ganzes und für ihre einzelnen Mitglieder echte menschliche Werte zu vermitteln und dafür zu sorgen, daß solche Werte für ein als dauerhaft sinnerfüllt erlebtes Dasein von einzelnen realisiert werden können, Insofern wohnt diesem Konzept trotz seiner konservativ-reaktionären Grundhaltung eine wichtige gesellschaftskritische Potenz inne. Das ist aber auch der Grund, warum es seitens reaktionärer klerikaler und profaner Kreise seit den ursprünglich revolutionären bürgerlichen Anfängen, in den Klassenauseinandersetzungen der Französischen Revolution, bis heute immer wieder mit gewissem Erfolg gegen den die Antagonismen der bürgerlichen Gesellschaft ständig mehr aufreißenden und sie schließlich sprengenden Fortschritt eingesetzt werden kann.<sup>33</sup>

### **Der natürliche Tod**

Nachdem der Soziologe Fuchs – wie bereits dargelegt – das Todesverdrängungskonzept, das wesentlich durch Arbeiten seiner Berufskollegen gestützt wird, kritisch analysiert und festgestellt hat, daß der vorherrschende Typ von Todesvorstellungen in der Bevölkerung irrational und archaisch bestimmt sein dürfte, versucht er, diesen konservativen Bestrebungen mit der Belebung des materialistischen Konzeptes vom natürlichen Tod entgegenzutreten.

[99] Das Konzept vom natürlichen Tod bestimmt den Tod als natürliches Ende eines in der Welt geführten Lebens des Menschen, das in Form des Verlöschens der biologischen Lebenskräfte in hohem Alter stattfindet.

Diese Vorstellung ist nicht neu. Wurzelnd im Denken der Aufklärungsepoche – „die Ziele der Rationalität – Aufklärung und vernünftige Einrichtung der Welt – treffen in ihm zusammen“<sup>34</sup> – erweist sich das Konzept vom natürlichen Tod als typisches – wenn auch nicht ausdrücklich als ein so formuliertes – Programm der aufstrebenden bürgerlichen Klasse im Umgang mit Sterben und Tod. Mit der ihm immanenten Absage an den transzendenten Glauben an ein Weiterleben nach dem Tod, mit seiner Orientierung des Menschen auf das irdische Leben und den Forderungen an den einzelnen, den Arzt und den Staat, in den Kampf gegen Krankheiten und für die Lebensverlängerung des Menschen einzutreten, hat es einen humanistischen progressiven Charakter speziell auch für die Fragen der Bewahrungspflicht gehabt, wenngleich sich seine Realisierung im Verlauf der Entwicklung der kapitalistischen Gesellschaft als ebenso illusionär wie die der anderen bürgerlichen Ideale erweisen sollte. Bedeutende Ärzte

---

<sup>32</sup> W. Fuchs, Todesbilder in der modernen Gesellschaft, Frankfurt a. M. 1969, S. 7–9.

<sup>33</sup> Vgl. K. Marx, Zur Kritik der Hegelschen Rechtsphilosophie. Einleitung, in: K. Marx/F. Engels, Werke, Bd. 1, S. 378; H. Steußloff, Zur Kritik der ideologisch-theoretischen Verschleierung des Todesproblems in der modernen christlichen Theologie, Dissertation, Jena. 1967.

<sup>34</sup> W. Fuchs, Todesbilder in der modernen Gesellschaft, S. 219.

aus der Zeit nach der Französischen Revolution von 1789 befanden sich auf seinem Boden, z. B. der Hallenser Johann Christian Reil (1759–1813), wenn er forderte, am meisten könne man für ein leichtes Sterben tun, wenn man durch Prophylaxe und Therapie einen Tod erst im hohen Alter anstrebe, weil da das Sterben gewöhnlich ohne Schwierigkeiten stattfinde. Da aber auch die Zivilisation zu Krankheiten und vorzeitigem Tod führe, könne nicht allein der Arzt, sondern müsse auch der Staat hierfür Verantwortung tragen.<sup>35</sup> Aber auch Christoph Wilhelm Hufeland (1752–1835) kann mit seiner Haltung als dem Konzept vom natürlichen Tod gedanklich verbunden genannt werden: „Das Leben der Menschen zu erhalten und womöglich zu verlängern, ist das höchste Ziel der Heilkunst, und jeder Arzt hat geschworen, nichts zu tun, wodurch das Leben eines Menschen verkürzt werden könnte.“<sup>36</sup>

Fuchs versucht nun, das Konzept vom natürlichen Tod auf die gegenwärtigen Bedingungen zu übertragen. Er meint, die bürgerlich-industrielle Gesellschaft habe dem rational-progressiven Bild vom natürlichen Tod vor allem in folgenden Punkten nur unvollständig zur Geltung verholfen: a) Sie habe zwar soziale Einrichtungen, wie z. B. die Intensivmedizin oder die Garantie auf den „sicheren Lebensabend“ geschaffen, die der Intention vom, natürlichen Tod entgegenkämen, aber diese Einrichtungen seien mit [100] Wirkungen verbunden, „die diesem Realisierungsversuch zuwiderlaufen und damit wenigstens partiell die allgemeine Geltung des Bildes vom natürlichen Tod verhindern“.<sup>37</sup> b) Noch immer gebe das Christentum eine Orientierungsebene vor, die der Auffassung des Todes als natürlichem Ereignis entgegensteht. Das Profitinteresse des Bestattungsgewerbes „führt zudem dauernd zur Beibehaltung und Neuentwicklung archaischer Todesbilder. Das Bestattungsgewerbe muß glaubhaft machen, daß für die Toten noch irgend etwas getan werden kann, daß sie in irgendeiner Weise noch leben, sonst wären all die Tätigkeiten und Beigaben, die dies Gewerbe anbietet, nicht länger zu rechtfertigen.“<sup>38</sup> c) „Die verfassungsmäßige Garantie auf biologisch normalen Lebensvollzug, das Menschenrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, kann jederzeit relativiert werden durch übergeordnete Systeminteressen, etwa durch den Anspruch des Staates auf Einsatz des Lebens der Individuen in einer kriegerischen Auseinandersetzung mit anderen Staaten ... Verschlungen in mannigfacher Weise in die Mechanismen von Gewalt und Tötung, von sozialer Kontrolle mittels Todesdrohung und Exekution, ist Tod heute in einer Zeit, in der die ganze Menschheit vom Getötetwerden bedroht ist, mehr denn je Grundmuster des Schicktals, der unbeherrschbaren Lebensmächte.“<sup>39</sup>

Die Vorstellung vom natürlichen Tod in ihren potentiellen Möglichkeiten sei jedoch nach wie vor als progressivstes und daher anstrebenswertes Konzept bei der historischen und sozialen Differenzierung der Erfahrung und Realität des Todes zu charakterisieren. „Natürlicher Tod“ meint „Versöhnung mit der Natur, indem man sie gewähren läßt, sich dem sanften Tod fügt ..., daß die Gesellschaft so eingerichtet wird, daß Natur angemessen gewähren kann“.<sup>40</sup> „Insofern er abgeht von magisch-religiösen Projektionen und insofern er das Leben der Menschen begrenzt auf das, das sie in der Immanenz der Welt führen, bedeutet er Fortschritt an Wissen über die Realität. Insofern dieser Begriff zweitens feststellt, daß die Menschen aufgrund natürlicher Ursachen, am Ende ihrer biologischen Lebenskräfte nämlich, sterben, trägt er in sich eine gesellschaftskritische Potenz. Daß die meisten Menschen noch heute nicht am Ende ihrer biologischen Lebenskräfte sterben, wird, gemessen an der Behauptung des natürlichen Todes, zur Anklage gegen die gesellschaftlichen Verhältnisse, die das friedliche Verlöschen nicht erlauben. Insofern enthält der Begriff des natürlichen Todes den Protest gegen die soziale Gewalt, das Verlangen nach friedlicher Einrichtung des Gesamtsystems.“<sup>41</sup>

[101] Das der Vorstellung vom natürlichen Tod ursprünglich immanente Versprechen der aufstrebenden bürgerlichen Klasse, das, was in den mystisch-religiösen Bildern den Menschen an Glück nach dem Tode im Jenseits erwarte, bereits auf Erden zu realisieren, wurde und wird aber immer weniger gehalten. Diese Tatsache führe entweder zum Abgehen von der natürlichen Vorstellung des

<sup>35</sup> J. Chr. Reil, Entwurf einer allgemeinen Therapie, Halle 1816.

<sup>36</sup> Chr. W. Hufeland, Die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern, Vorwort zur Auflage 1796, Jena 1798.

<sup>37</sup> W. Fuchs, Todesbilder in der modernen Gesellschaft, S. 226.

<sup>38</sup> Ebenda.

<sup>39</sup> Ebenda, S. 227.

<sup>40</sup> Ebenda, S. 220.

<sup>41</sup> Ebenda, S. 219.

Todes, wie es das Christentum praktiziert und deswegen es immer wieder neue Geltung fände, oder zur Tendenz, daß sich die Menschen vor dem Druck der Gesellschaft in den Tod zurückziehen.

Aber auch unter Beibehaltung der Anerkennung der Tatsache „der Tod ist natürlich“ ergäben sich verschiedene Regressionsmöglichkeiten aus dem Begriff „natürlicher Tod“ selbst. Die Bejahung eines natürlichen Todes beinhaltet ja in letzter Konsequenz einen „Verzicht auf Vergesellschaftung des Todes, auf weitergehende praktische Bemächtigung (des Todes – d. Verf.) in dem Moment, in dem seine Natürlichkeit erst zutage tritt, weil die Gesellschaft friedlich und gerecht eingerichtet ist ... Über solche, durch den Charakter des Todes als härtestes Widerstandszentrum gegen Naturbeherrschung gewissermaßen nur aufgezwungene Resignation steigert sich die Annahme des Todes als Naturkonstante mittels einer ‚Ontologischen Inversion‘, wie Herbert Marcuse dies benennt, von einer empirischen Notwendigkeit zu einer ontologischen. Schnell wird menschliche Sterblichkeit zum Wesen des Menschen ...“<sup>42</sup> Auch die biologischen Triebtheorien seien eine Konsequenz in dieser Richtung.

Im Gegensatz dazu würde das Bild vom natürlichen Tod unter der Annahme der Möglichkeit seiner Beherrschung durch die medizinische Praxis auch zu negativen Utopien führen,<sup>43</sup> insbesondere dann, wenn man den medizinischen Fortschritt nicht mit entsprechenden gesellschaftlichen Veränderungen verknüpft: „Der natürliche Tod, der in seiner Zurechnung an Natur prinzipiell lenkbar und beherrschbar erscheint, entfaltet auch unter diesen Gesichtspunkten Konsequenzen, die sich mit den ihm ... zugeschriebenen Momenten der Rationalität und Humanität nicht vertragen. Der bloß medizinische Sieg über den Tod stellt den sozialen Status nicht in Frage.“<sup>44</sup>

Fuchs selbst betont zwar immer wieder die Notwendigkeit gesellschaftlicher Veränderungen, entwickelt aber keine konkreten Vorstellungen, wie diese tatsächlich zu realisieren sind oder gestaltet werden sollen. Seine Erörterungen münden daher in eine tiefe Resignation. So sei „die Garantie des sicheren Lebens-[102]abends ... in einer Gesellschaft, in der Leistung so überaus hoch geschätzt wird und ein so wichtiger Bewertungsmaßstab ist, offensichtlich möglich nur durch Regelungen, die selbst wieder soziale Todeserklärungen bedeuten, die den Bereich Alter nur negativ zum sozialen Zentralbereich konstituieren durch Abschieben der Alten ...“<sup>45</sup> „Die Formen schließlich, in denen Medizin versucht hat, die natürliche Lebensspanne der Menschen herzustellen, alle ‚äußeren Todesursachen‘ abzuwehren, führen tendenziell zu einer Form des Sterbens, die nicht mehr als friedliches Verlöschen beschrieben werden kann. Je mehr der Todesmoment vom Einsatz des medizinischen Instrumentariums abhängt, um so eher wird wieder jenes Bild gerechtfertigt, das den Tod als eine fremde, willkürlich zuschlagende und Ende setzende Macht darstellt.“<sup>46</sup> Letztlich gelangt Fuchs zu dem Schluß, daß die Vorstellung vom natürlichen Tod nicht der Realität der gegenwärtigen Gesellschaft angepaßt sei: „Gemessen an der Verfassung dieser Gesellschaft sind archaische Orientierungen über den Tod nicht falsches, sondern richtiges Bewußtsein.“<sup>47</sup>

Die aus unserer Sicht wesentlichen kritischen Wertungen des Konzeptes vom natürlichen Tod umfassen folgende Bestimmungen: Fuchs sind eine Reihe interessanter einzelwissenschaftlicher Beobachtungen und Analysen, vor allem auf soziologischem Gebiet, zu verdanken. Es muß als positiv eingeschätzt werden, daß hier eine einst historisch-progressive, materialistische Vorstellung von Sterben und Tod zugrunde gelegt wird, die sich gegen die in metaphysischen Vorstellungen enthaltene Abwertung bzw. Relativierungen des Lebens und gegen die Sinngebung und Verherrlichung des Leidens wendet, allmählich zunehmende Fortschritte an Wissen über die Realität von Sterben und Tod repräsentiert, den Menschen die Notwendigkeit und Möglichkeit verdeutlicht, ihre Lebensansprüche selbst zu verwirklichen, und gesellschaftliche Verhältnisse kritisch beurteilt, die das friedliche Verlöschen in Frage stellen. Obwohl in diesen Einschätzungen von Fuchs durchaus historisch-dialektische Ansätze vorhanden sind, vor allem in bezug auf die Kritik an den irrationalen und archaischen

<sup>42</sup> Ebenda, S. 220.

<sup>43</sup> Vgl. Anmerkung 1 zu Kapitel IV; E. Bloch; Prinzip Hoffnung.

<sup>44</sup> W. Fuchs, Todesbilder in der modernen Gesellschaft, S. 223.

<sup>45</sup> Ebenda, S. 226.

<sup>46</sup> Ebenda, S. 227.

<sup>47</sup> Ebenda, S. 228.

Auffassungen, die z. B. angesichts der gegenwärtigen Verhältnisse in der BRD als „richtiges Bewußtsein“ deklariert werden, bleibt Fuchs jedoch andererseits oft abstrakt metaphysischen Auffassungen verhaftet und erlangt nicht durchgehend die Qualität einer historisch-materialistischen Betrachtung. Das wird vor allem in dem von ihm gewählten methodischen Ansatz deutlich, eine unter den historisch-konkreten Bedingungen in der Zeit des aufstrebenden [103] Bürgertums als progressiv zu bezeichnende Konzeption zum Ideal auch für die veränderten gesellschaftlichen und medizinischen Bedingungen der Gegenwart zu erklären, daran gemessen die realen Gegebenheiten in Medizin und Gesellschaft als unzureichend zu bewerten und im Hinblick auf dieses Ideal Veränderungen anstreben zu wollen. Das Fehlen einer dialektischen Herangehensweise an die Geschichte, die die progressiven Elemente in der Konzeption vom natürlichen Tod aufgespürt sie auf ihre Übertragbarkeit auf gegenwärtige Verhältnisse hin geprüft, konkretisiert und entsprechend weiterentwickelt hätte, muß also als eindeutiger Mangel gesehen werden. In Verbindung mit einer abstrakten Bestimmung des Menschen, der einer ebenso ahistorisch gefaßten bedrohlichen Macht „Gesellschaft“ (deren Einflußmöglichkeiten in bezug auf Sterben und Tod in erster Linie negativ und nicht in ihren unter sozialistischen Verhältnissen beispielsweise positiven Potenzen gewertet werden) gegenübergestellt wird, wirkt er sich letztlich so aus, daß keine explizite eigene Position zu den gegenwärtigen Problemen der Bewahrungspflicht entwickelt wird. Das ist um so gravierender einzuschätzen, als – wie Fuchs selbst ausführt – das Konzept vom natürlichen Tod zunächst ideologisch ambivalent ist und auch im reaktionären und menschenfeindlichen Sinne weiterentwickelt und realisiert werden kann und worden ist.<sup>48</sup> Damit gelangt Fuchs' Darstellung von ihrer Gesamtaussage her kaum über die prinzipiellen Möglichkeiten des von bürgerlichen Soziologen häufig praktizierten Positivismus hinaus, der im Aufdecken von Erscheinungen steckenbleibt.

### **Der gemeinige Tod in Würde und Freiheit**

Ausgedrückt in solchen Formulierungen, wie „Recht auf menschenwürdiges Sterben“, „Recht auf den Tod“, „Tod in Würde“, „Recht, in Frieden zu sterben“, „Tod in Freiheit“, geht eine weitere Konzeption davon aus, daß Menschen ein Verfügungsrecht des einzelnen zumindest über die äußeren Gegebenheiten, unter denen das eigene Sterben stattfinden sollte, wenn nicht gar auch über die Art und Weise und den Zeitpunkt des Todeseintrittes beinhaltet. Dieses „Verfügungsrecht“ wird in differenzierten Ansprüchen geltend gemacht.

Das geschieht *erstens* als Forderung, gegenüber dem behandelnden Arzt ein Behandlungsveto im Falle einer tödlichen Erkrankung äußern zu können und dieses Veto bereits zu Zeiten von Gesundheit und Leistungsfähigkeit rechtskräftig festzulegen. Mit diesem Ziel treten inzwischen organisiert breitere Kreise der Bevölkerung in hochentwickelten imperialistischen Ländern auf. So gibt es in den USA bereits seit 1938 eine „Euthanasia Society“, die für den Respekt gegenüber dem sterbenden Menschen eintritt, der nicht behandelt werden möchte. Diese zählte 1969 erst 600, 1973 aber bereits 50.000 Mitglieder. Wegen der Vieldeutigkeit des Begriffes „Euthanasie“ änderte sie 1974 ihren Namen in „Society for the Right to Die“.<sup>49</sup>

Seit 1976 gibt es im USA-Staat Kalifornien eine entsprechende gesetzliche Regelung, „natural death act“, die es den Patienten unter bestimmten Bedingungen ermöglicht, ihren Willen auf Behandlungsverweigerung bereits in Zeiten von Gesundheit und Leistungsfähigkeit zu bekunden.<sup>50</sup>

Im August 1976 fand ein internationaler Euthanasie-Kongreß in Tokio statt, an dem sich 12 Länder beteiligten (in den USA, England, Holland, Australien, Malaysia, Dänemark und Japan gibt es entsprechende nationale Organisationen) und der die Gründung einer Dachorganisation beschloß. Die Mehrheit der Teilnehmer sprach sich für das „Recht in Frieden zu sterben“ und die Möglichkeit zur Therapieverweigerung aus.<sup>51</sup>

<sup>48</sup> Vgl. W. Catel, Grenzsituationen des Lebens, Nürnberg 1962; ders., Leidmilderung richtig verstanden, Nürnberg 1966; K. R. Eissler, Der sterbende Patient – Zur Psychologie des Todes, Stuttgart/Bad Cannstadt 1978.

<sup>49</sup> Vgl. M. D. Heifetz/C. Mangel, Das Recht zu sterben, Frankfurt a. M. 1976.

<sup>50</sup> Vgl. J. Ring, Das Recht auf einen würdigen Tod, in: Münch. med. Wschr., München, Heft 2/3, 1978, S. 46.

<sup>51</sup> Vgl. Frankfurter Rundschau, Frankfurt/M., v. 26. August 1976.

Wichtige Forderungen dieser Interessengruppen kommen besonders deutlich im Dokument 3699 des Europarates in Straßburg vom 26.1.1976<sup>52</sup> zum Ausdruck. Von der These ausgehend, daß der rasche medizinische Fortschritt eine Bedrohung der Menschenrechte der Patienten mit sich bringe, da die Technologie in der Medizin zu einer weniger humanen Behandlung führe, wird gefordert, in erster Linie den Willen des Patienten zu respektieren, zu klären, was persönliche Würde und Integrität d.es Patienten bedeuten und sie dann zu realisieren sowie die Probleme bezüglich des Sinns lebensverlängernder Maßnahmen zu diskutieren. Es appelliert an alle beteiligten Länder, für Kranke und Sterbende wirksame Leidensmilderung, Information des Patienten und psychischen Beistand zu gewährleisten, die rechtlichen Fragen einer erzwungenen Lebensverlängerung zu prüfen und Beschwerden der Öffentlichkeit über Ärzte und medizinisches Personal kritisch nachzugehen.

*Zweitens* wird dieses Verfügungsrecht durch die Forderung zu realisieren versucht, im Falle einer tödlichen Erkrankung Selbsttötung begehen zu können. Diese Förderung wird vielleicht unerwarteterweise vor allem durch Ärzte vorgebracht, die damit sowohl um sich greifende Therapieverweigerungen, vor allem jedoch [105] das Ansinnen von Patienten abwehren wollen, im Falle einer schweren Krankheit die Tötung vom Arzt zu verlangen.<sup>53</sup> Sie äußern sich vor allem dahingehend: Wenn ein Patient meine, seine Selbstbestimmung und Menschenwürde durch einen vorzeitigen Tod realisieren zu müssen, was diese Ärzte in Ausnahmefällen für gerechtfertigt halten, dann habe er die Möglichkeit, Selbstmord zu begehen. Typisch für diese Haltung ist die Meinung von Heifetz: „Ein geistig intakter Erwachsener, der aus gutem Grund aus dem Leben scheiden möchte, kann – von überaus seltenen Fällen abgesehen – Selbstmord begehen ... Die meisten Patienten, die um den Tod bitten, schrecken zurück, wenn sie ihm unmittelbar ins Auge sehen ... Wenn wir einem solchen Patienten tatsächlich eine tödliche Droge injizieren, benehmen wir ihn damit der Möglichkeit, diese Skrupel zu entwickeln. Wir belassen jenem Patienten nicht jenen letzten Augenblick, in dem er seinen Sinn ändern könnte.“<sup>54</sup>

Die *dritte* Form der Einforderung dieses Verfügungsrechtes über das eigene Leben ist die, im Falle einer tödlichen Erkrankung vom Arzt die Tötung zu verlangen bzw. die Tötung des Patienten durch Angehörige und andere Personen straffrei zuzulassen. So gibt es seit 1935 in England eine „Euthanasia Society“, die folgendes Anliegen ihrer Mitglieder vertritt: „Sollte ich jemals an einer physischen Krankheit leiden, die in meinem Fall als unheilbar zum Tode führend angesehen wird und mir aller Voraussicht nach große Schmerzen bereiten wird, bitte ich um Euthanasie zu einem Zeitpunkt oder Umständen, die von mir noch näher bestimmt werden oder, wenn ich offensichtlich nicht mehr in der Lage bin, Wünsche zu äußern, nach Ermessen des verantwortlichen Arztes.“<sup>55</sup> Ein entsprechender Gesetzentwurf wurde mehrfach eingebracht und abgelehnt.<sup>56</sup>

In Deutschland gab es derartige Bestrebungen noch eher: Bereits 1913 wurden in dem von Ostwald und Haeckel organisatorisch und inhaltlich geführten Monistenbund, eine dem naturwissenschaftlichen Materialismus und damit Atheismus verpflichtete Interessengemeinschaft, ausführliche Debatten zu der Frage geführt, ob einem schwer Kranken nicht auf sein Verlangen und unter Beachtung juristischer Kautelen die Tötung gewährt werden könnte. 1921 wurden dazu im Reichstag Gesetzesanträge eingebracht. In einem Bittschreiben um eine solche Tötung faßt ein junger unrettbar tbc-kranker Mann die Position der Monisten zusammen:

„Vor allem aber möchte ich hervorheben, daß wir Monisten die unabweisbar moralische Verpflichtung haben, unseren Kranken die [106] Euthanasie zu erkämpfen. Wir zerstören im Namen der

<sup>52</sup> Europarat in Straßburg, Dokument 3699 v. 26. Januar 1976, abgedruckt in: M. D. Heifetz/C. Mangel, Das Recht zu sterben, S. 183.

<sup>53</sup> Vgl. M. D. Heifetz/C. Mangel, Das Recht zu sterben; H. D. Hiersche, Euthanasie aus ärztlicher Sicht, in: Euthanasie – Probleme der Sterbehilfe, hrsg. v. H. D. Hiersche, S. 209; P. Sporken, Euthanasie im Rahmen der Lebens- und Sterbehilfe, in: Med. Klin., München, Heft 17, 1976, S. 729.

<sup>54</sup> M. D. Heifetz/C. Mangel, Das Recht zu sterben, S. 109–111.

<sup>55</sup> Vgl. P. Moor, Die Freiheit zum Tode – Ein Plädoyer für das Recht auf menschenwürdiges Sterben – Euthanasie und Ethik, Reinbek b. Hamburg 1977.

<sup>56</sup> Vgl. R. Degkwitz, Euthanasie – Menschlichkeit des 20. Jahrhunderts?, in: Med. Klin., München, Heft 41, 1976, S. 1748 und Heft 42, 1976, S. 1800.

Wissenschaft den Jenseitsglauben, der den Elenden ihr monate- und jahrelanges qualvolles Sterbelager erträglich macht, wir predigen ein kritisches Verhalten zu Sitten und Gebräuchen und wecken diejenigen, welche der Sitte gehorsam, ohne nachzudenken, ihr ‚langes schweres Leiden‘ mit ‚Würde‘ als etwas ‚Unvermeidliches‘ zu tragen und ‚selbstverständlich‘ bis auf den letzten Tropfen durchzukosten bereit gewesen wären. Was bieten wir ihnen als Ersatz? ... Wir dürfen die Verantwortung nicht von uns abwälzen, indem wir sagen: ‚Macht doch einen Selbstmordversuch!‘ Dies wäre verwerflich, weil grausam und unsicher. Die heutige Medizin hat treffliche Mittel, uns den Tod als milden Freund, als echten Bruder des Schlafes zu senden, doch werden diese Mittel ängstlich verwahrt und behütet, und dem Laien stehen gewöhnlich nur, gräßliche, häßliche, erschütternde, qualvolle und unsichere Selbstmordmethoden zur Verfügung ... Und nebenan in der Apotheke ist für wenige Pfennige das Mittel zu haben, das mir Ruhe und Erlösung schaffen könnte. Doch nein, das ist nicht für mich: Ich bin doch kein *Haustier*! Ich bin ein *Mensch* und muß ausharren bis zuletzt ... Zu all dem gesellt sich noch das peinigende Bewußtsein, daß ich meinen Angehörigen schwer zur Last falle.“<sup>57</sup>

In einer von 1927 bis 1930 geführten Debatte um eine geplante Strafrechtsreform haben auch Vertreter der Kommunistischen Partei Deutschlands Anträge auf Straffreiheit der Tötung auf Verlangen eines unheilbar Kranken eingebracht.<sup>58</sup> In gegenwärtigen Publikationen der BRD<sup>59</sup> wird dieser Fakt mitunter unkommentiert genannt und damit direkt oder indirekt der undifferenzierte Schluß induziert, Kommunisten und Nazis seien Vertreter der Euthanasie. Die kommunistische Partei bezog entschieden Stellung gegen die faschistische Ideologie der Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens und erste Ansätze ihrer Realisierung bereits noch zu Zeiten der Weimarer Republik.<sup>60</sup> Aus den Diskussionsbemerkungen des kommunistischen Abgeordneten Dr. jur. Eduard Alexander zu den Anträgen seiner Partei geht hervor, daß er ein ausdrückliches und ernstliches Verlangen eines unheilbar Kranken, der Qualen erleiden muß, voraussetzt, ein solches Verlangen *nicht* stillschweigend bei Bewußtseinsgetrübten unterstellt und deren Tötung sowie die Tötung eines Kranken auf Wunsch der Angehörigen für strafbar hält. Er sah jedoch eine mögliche Straffreiheit der Tötung auf Verlangen eines Patienten nicht als Privileg der Ärzte an, sondern z. B. auch für Angehörige möglich. Die Anträge wurden abgelehnt.

[107] Im Zusammenhang mit anderen Anschauungen (z. B. zur Legalisierung des ärztlich vorgenommenen Schwangerschaftsabbruchs<sup>61</sup>) und ihrer praktischen gesundheits- und sozialpolitischen Aktivitäten<sup>62</sup> ist eine charakteristische Position der KPD zur lebensbewahrenden Aufgabe der Medizin erkennbar, die gekennzeichnet ist

- durch eine Persönlichkeitsauffassung die mit einem hohen Anspruch an die Entfaltung der dem Menschen immanenten sozialen Qualitätsmerkmale verknüpft ist;
- durch ein ausgeprägtes Selbstbestimmungsrecht des einzelnen über die Gestaltung seines Lebens und eine hohe Eigenverfügbarkeit auch über sein biologisches Dasein;
- durch die Negierung utilitaristischen Denkens und eine Orientierung auf solidarisches Verhalten gegenüber wegen Alter oder Krankheit Arbeitsunfähigen und anderen sozial Schutzbedürftigen;

<sup>57</sup> R. Gerkan, „Euthanasie“ – mit einem Geleitwort von W. Ostwald, in: Das monistische Jahrhundert, Heft 7, 1913/14, S. 169; vgl. weitere Arbeiten des 2. Jahrg. (1913/14) dieser Zeitschrift; W. Börner, Euthanasie – Eine Erwiderung, S. 249; E. Wolfsdorf, Euthanasie und Monismus, S. 305; F. Henle, Erwiderung zu Börner, S. 309; W. Ostwald, Euthanasie, S. 337; A. Bozi, Euthanasie und Recht, S. 576; A. Braune, Euthanasie und Arzt, S. 871. Vgl. weiterhin M. Nassauer, Sterben ... ich bitte darum (Erzählung), München 1911; H. Eulenberg, Mächtiger als der Tod (Drama), Stuttgart 1921; P. Marcus, Das Recht auf Leben und Tod, Hamburg 1930.

<sup>58</sup> Vgl. Reichstag, IV. Wahlperiode 1928, 21. Ausschuß, Reichsstrafgesetzbuch, Protokoll der 64. Sitzung, verhandelt Berlin, den 14. Mai 1929, Zentrales Staatsarchiv Potsdam.

<sup>59</sup> Vgl. E. W. Hanack, Euthanasie aus strafrechtlicher Sicht; J. Möllering, Schutz des Lebens – Recht auf Sterben. Zur rechtlichen Problematik der Euthanasie, Stuttgart 1977.

<sup>60</sup> Vgl. Handbuch der Kommunistische Reichstagsfraktion, Berlin 1932, S. 119, 38–43.; G. Benjamin, Tod den Schwachen? Berlin 1926; ders., Leitsätze zum Ausbau der Sozialhygiene, in: Der Sozialistische Arzt, Heft 4, 1928, S. 18; Die Sterilisation von Verbrechern, Abdruck eines Artikels der Frankfurter Zeitung vom 1. November 1928, in: Ärztliches Vereinsblatt für Deutschland, 57. Jahrg. (1928), S. 701.

<sup>61</sup> Vgl. Zum Problem der Schwangerschaftsunterbrechung, in: Der Sozialistische Arzt, Heft 4, 1925, S. 9.

<sup>62</sup> Vgl. I. Winter, Zur Geschichte der Gesundheitspolitik der KPD in der Weimarer Republik, in: Z. ärztl. Fortbild., Heft 9 u. 10, 1973, S. 445 und 498.

- durch die Erkenntnis und deren praktische Umsetzung im Klassenkampf, daß die Medizin ihrer lebensbewahrenden Aufgabe im vollen Umfang nur bei Aufhebung der antagonistischen Widersprüche zwischen Staat und Medizin, Individuum und Staat und Individuum und Medizin durch soziale Befreiung im Sinne der Errichtung der sozialistisch-kommunistischen Gesellschaft gerecht werden kann.

So sehr damit marxistische Grundauffassungen zum Ausdruck kommen, widerspiegeln die genannten Formulierungen gleichzeitig den Versuch der KPD, die Interessen der Arbeiterklasse und des einzelnen in einer von solchen antagonistischen Widersprüchen diktierten Situation zu behaupten und bereits in der Klassengesellschaft Teillösungen dieser Widersprüche anzubahnen. Sie forderte in diesem Sinne:

1. Der Staat darf sich nicht in persönliche Angelegenheiten des einzelnen einmischen, solange sie der Öffentlichkeit nicht schaden.
2. Dem Individuum muß eine Rückzugsmöglichkeit aus unlösbaren Widersprüchen, für die die Umstände verantwortlich seien, unter bestimmten Bedingungen auch in Form des Selbstmords, offen gelassen werden.
3. Der Staat kann nicht verlangen, daß der einzelne lebt und sich fortpflanzt, ohne daß der Staat seiner Verantwortung für die Gestaltung ausreichender Lebensbedingungen gerecht wird.
4. Andererseits kann sich der Staat dieser Verantwortung nicht entziehen, indem er Menschen mit ihren Lebensäußerungen, [108] die gerade in einem besonderen Maße, soziale Unterstützung und Zuwendung benötigten und nicht den Willen haben, ihr Leben zu beenden, umbringt.

Wenn wir heute – wie im Kapitel III explizit ausgeführt – in der Frage der Tötung auf Verlangen einen ablehnenden Standpunkt einnehmen, so liegt das erstens daran, daß die historischen Erfahrungen aus der faschistischen Vergangenheit auch die furchtbaren Gefahren des Mißbrauchs aufgezeigt haben, die solche Auffassungen mit sich bringen können, daß sich zweitens die medizinischen Möglichkeiten, die psychotherapeutischen Verfahren und die Wirksamkeit sozialer Hilfen erweitert haben, um Leidenszustände von Menschen zu mildern, und daß drittens die inzwischen geschaffenen sozialistischen gesellschaftlichen Bedingungen die Interessen des einzelnen nicht als prinzipiell unlösbaren Widerspruch denen von Staat und Gesellschaft gegenüberstellen. Daß auch für uns die Problematik noch nicht vollständig lösbar ist, wurde am Beispiel des partiellen Konfliktes zwischen dem bei uns anerkannten Recht des Patienten auf Therapieverweigerung und der lebensbewahrenden Handlungsverpflichtung des Arztes aufgezeigt.

Wie eine Befragung durch ein Luzerner Meinungsforschungsinstitut ergab, sprachen sich für die todbringende Spritzen bei schwerer Krankheit 1972 54 % der Befragten, 1973 aber schon 60 % aus. Eine strikte Ablehnung erfolgte 1972 in 31 %, 1973 nur noch in 23 %.<sup>63</sup> 1974 waren in der BRD laut Umfragen des Allensbacher Institutes für Demoskopie 53 % der Gesamtbevölkerung für die Tötung auf Verlangen.<sup>64</sup> Diese hohen Prozentzahlen können als Indikator dafür gelten, daß einerseits in der Bevölkerung das Bewußtsein über die möglichen gesellschaftlichen Folgen solcher Tötungen nicht ausreichend entwickelt zu sein scheint, zum anderen aber in erster Linie die gesellschaftlichen Bedingungen noch immer bestehen, die die Behauptung persönlicher Interessen in bezug auf Sterben und Tod gegenüber denen des Staates in solch einer Form notwendig machen.

Wenngleich der Ausprägungsgrad dieser Forderungen sowie die ihnen zugrunde liegenden weltanschaulichen Begründungen sehr differieren und eine wahre Flut von Arbeiten vorliegt, die unter vorwiegend pragmatischen Aspekten diese Differenzierungen philosophisch und rechtlich zu untermauern versuchen, so ist doch all diesen Auffassungen andererseits Prinzipielles gemeinsam, das es zuläßt, sie als Ausdrucksformen eines einheitlichen Konzeptes zu werten.

---

<sup>63</sup> L. Witzel, Sterben auf Verlangen aus der Sicht des ‚Kranken und Sterbenden, in: Euthanasie – Probleme der Sterbehilfe, S. 183 f.

<sup>64</sup> Vgl. A. Auer, Das Recht des Menschen auf einen natürlichen Tod, in: Der Mensch und sein Tod, hrsg. v. J. Schwartländer, S. 82; ders., Die Unverfügbarkeit des Lebens und das Recht auf einen natürlichen Tod, in: Zwischen Heilaufrag und Sterbehilfe, hrsg. v. A. Auer/H. Menzel/A. Eser, Köln/Berlin/Bonn/München 1977, S. 1.



Christliche Autoren lehnen übereinstimmend die Tötung auf [109] Verlangen ab; außer Sporken, der einen im oben genannten Sinne motivierten Selbstmord akzeptiert, wenden sie sich darüber hinaus bis auf die Ausnahme des Selbstopfers auch gegen den Suizid. Aber gerade sie liefern eine derzeit weit verbreitete theologisch begründete, aber auch atheistisch variierbare Anschauung, indem sie wie die bereits vorgestellten Vertreter des konservativen Konzepts vom verdrängten Tod den Tod als Rückzugsmöglichkeit betrachten, nun zwar nicht vor dem Fortschritt an sich, sondern für das einzelne Individuum vor den gesellschaftlichen Mächten. Im weiteren Sinne trifft das auch für Krankheit zu: „Sie ist nicht allein Ausdruck für die Verengung der Lebensmöglichkeiten und für die Zukunfts- und Lebensängste, sondern zugleich ein Mittel und Instrument, mit den bedrohlichen und chaotischen Mächten durch Rückzug und Distanz umzugehen. So sehr die Krankheit auf der einen Seite das Leben bedroht, so deutlich ist auf der anderen Seite ihre Rolle im Lebensprozeß selbst, indem sie neue Schritte erzwingt.“<sup>65</sup>

Alle diesem Konzept verbundenen Autoren gehen wiederum von einer Gesellschaftskritik aus, die bezogen auf die Medizin in der Feststellung mündet, daß die Medizin bzw. die Ärzte nicht mehr a priori dem Wohl der Patienten dienen: „Grausamkeit und Entmenschlichung sind in unserer Gesellschaft tief verwurzelt.“<sup>66</sup> – „Älteren und kranken Menschen, die noch hellichtig und geistig rege sind, ist es zuwider, daß sie für ihre Angehörigen oder Kinder eine Belastung darstellen. Bisweilen ist dies solchen Menschen schon Anlaß, sich den Tod zu wünschen“<sup>67</sup> – „Der ‚weiße‘ Tod oder der Kliniktod demonstriert wie menschliches Sterben heute trotz klinisch vollkommener Betreuung immer mehr einer trostlosen Vereinsamung und radikaler Sinnzerstörung ausgeliefert sein kann ...“<sup>68</sup> – Die Lebensverlängerung bis zum letzten Atemzug „verletzt die Menschenwürde durch Versagen eines menschenwürdigen Todes“<sup>69</sup>. – „Diese Gefahr ist nicht leicht zu nehmen gegenüber einer Medizin, bei der das gesamtpersönliche Wohlergehen des Kranken verdrängt zu werden droht von einem Erfolgssprinzip, das sein primäres Ziel in der Effizienz des medizinischen Verfahrens oder in der Gewinnung neuer objektiver Erkenntnisse erblickt.“<sup>70</sup>

Deswegen solle die Medizin bzw. sollen die Ärzte künftig vom Willen des Patienten nach dem Grundsatz „voluntas aegroti suprema lex“<sup>71</sup> („nicht das Heil, sondern der Wille des Kranken ist das oberste Gesetz für das ärztliche Handeln“<sup>72</sup>) ausgehen. Die Richtigkeit dieses Willens des Patienten und der genannten Forderungen wird an den Wertvorstellungen von der Freiheit und der Würde des Menschen gemessen, die wichtige Wesenheiten des Menschen verkörpern sollen. Darüber jedoch, wie die Begriffe Freiheit, Würde und Menschlichkeit zu bestimmen sind, besteht ebensowenig Einigkeit wie darüber, in welcher Form sie sich im Sterbeprozess realisieren sollen.<sup>73</sup>

Eine ausführliche Erörterung zum Problem Freiheit und Würde angesichts von Sterben und Tod des Menschen liegt von Schwartländer<sup>74</sup> vor, der ausdrücklich auf Kants Freiheitsbegriff und Pflichtenlehre

<sup>65</sup> D. Rössler, *Ärztliche Ethik aus anthropologischer Sicht*, S. 20.

<sup>66</sup> M. D. Heifetz/C. Mangel, *Das Recht zu sterben*, S. 15 f.

<sup>67</sup> Ebenda, S. 92.

<sup>68</sup> J. Schwartländer, *Der Mensch und sein Tod*, S. 11.

<sup>69</sup> Kohlhaas, zit. bei E. W. Hanack, *Euthanasie aus strafrechtlicher Sicht*, S. 137 f.

<sup>70</sup> A. Eser, *Der manipulierte Tod? Möglichkeiten und Grenzen der Sterbehilfe aus rechtlicher Sicht*, S. 62.

<sup>71</sup> Ebenda, S. 64.

<sup>72</sup> J. Schwartländer, *Der Mensch und sein Tod*, S. 9.

<sup>73</sup> Vgl. in bezug auf „Würde“ im Verhältnis zum Sterben und zum Tod: A. Auer, *Das Recht des Menschen auf einen natürlichen Tod*, S. 85; E. Jüngel, *Der Tod als Geheimnis des Lebens*, in: *Der Mensch und sein Tod*, hrsg. v. J. Schwartländer, S. 114; E. Lessing, *Euthanasie aus evangelischer Sicht*, in: *Euthanasie, Probleme der Sterbehilfe*, hrsg. v. H. D. Hiersche; P. G. Scheurlen, *Schlußwort des Kölner Symposiums über ärztliche Ethik*, in: *Ärztliche Ethik*, hrsg. v. R. Gross u. a., S. 129; E. Trube-Becker, *Töten – Aufgabe des Arztes?* in: *Med. Klin.*, München, Heft 18, 1976, S. 786 und Heft 19, S. 831.

Vgl. in bezug auf „Freiheit“ im Verhältnis zum Sterben und zum Tod: A. Auer, *Das Recht des Menschen auf einen natürlichen Tod*, S. 85; R. Degkwitz, *Euthanasie – Menschlichkeit des 20. Jahrhunderts?*; K. Rahner, *Die Freiheit des Kranken*, in: *Sterben heute – ein menschlicher Vorgang – Beiträge zur Sterbehilfe als Lebenshilfe*, hrsg. v. P. Lüth, S. 98, 107; J. G. Ziegler, *Römisch-katholische Wertung der Euthanasie – Sterbehilfe und Lebensverkürzung aus moraltheologischer Sicht*, in: *Euthanasie – Probleme der Sterbehilfe*, S. 64 f.

Vgl. weiterhin P. Lüth, *Sterben heute – ein menschlicher Vorgang*, S. 65 f.

<sup>74</sup> J. Schwartländer, *Einleitung*, in: *Der Mensch und sein Tod*, hrsg. v. J. Schwartländer; ders., *Der Tod und die Würde des Menschen*, ebenda, S. 14.

sowie auf Augustin, Pascal und Scheler Bezug nimmt. Ausgehend von der Feststellung, „... in der Tat haben wir in der Würde des Menschen die Wertvorstellung, auf die hin sich alle Gesellschaften und Völker der Erde heute ... öffentlich verpflichten“, <sup>75</sup> bestimmt er den Begriff Würde: „Die Würde des Menschen ist durch keine einfache und endgültige Definition festzulegen ... alle Versuche, sie endgültig zu definieren, (müssen) zu einem folgenschweren Dogmatismus führen. (Trotzdem) ist es doch unabweisbar notwendig, ... ihren Sinngehalt und darin zugleich ihren Geltungsgrund kritisch aufzuklären.“ <sup>76</sup> Dieser Sinngehalt der Würde des Menschen sei in seiner Freiheit begründet. <sup>77</sup> „Menschenwürdiges Leben versuchen wir zu sichern einerseits durch das Recht, sofern dieses die Sicherung der äußeren Freiheit des menschlichen Handelns und Zusammenlebens ist und sofern das Recht damit die Bedingung dafür ist, daß wir alle anderen Freiheiten verwirklichen können ... Für uns spricht sich diese Grundmöglichkeit menschlichen ‚Daseins in der Antinomie aus, d. i. in der Möglichkeit des Menschen zur Selbstgesetzgebung, zur eigenverantwortlichen Ordnung aller seiner Daseinsbereiche. Die andere Grundmöglichkeit menschenwürdigen Handelns und Lebens sehen wir in der Liebe.“ <sup>78</sup> – „Recht und Liebe kennzeichnen so die wirkliche Freiheit des Menschen, seine auf den Sinn des Lebens gerichtete Verantwortungsfreiheit.“ <sup>79</sup>

Angesichts von Sterben und Tod bewahre der Mensch daher seine Würde nur, wenn er diese zwei menschlichen Grundmöglichkeiten – rechtliches Handeln und personale Liebe – in dieser Situation verwirklicht. Letztlich aber sei „die Freiheit das eigentliche Geheimnis des menschlichen Lebens ... Sie ist in ihrem sinngebenden Grund nie ganz aufhellbar. Sie ist deshalb auch durch keine Philosophie wirklich ‚begreifbar‘ ... Wenn die Freiheit das Geheimnis des Lebens ist, dann ist der Tod für den Menschen offensichtlich das ... abgründige Rätsel seiner Freiheit. Und alle Vorstellungen über ein Fortleben nach dem Tode ... sind Ver-[111]suche, die ihren Ausgang und ihren eigentlichen Sinngehalt aber in der Gewißheit haben, das der Mensch in seiner Freiheit, in seiner wirklichen Würde das Leben übersteigt.“ <sup>80</sup>

Wenngleich sich Schwartländer und andere Autoren, besonders Theologen, im Sinne der eingangs angedeuteten Bemühungen die einzelnen Arten der Forderung nach einem menschenwürdigen Tod voneinander abzugrenzen, gegen solche Formulierungen wie „Recht“ auf Sterben und Tod, wenden, weil es „kein Recht auf etwas, was unabwendbares Schicksal ist“, <sup>81</sup> gäbe, so sind ihre idealistischen Bestimmungen von Würde, Freiheit und Menschlichkeit in ihrer Abstraktheit und Irrationalität keineswegs dazu angetan, die konkreten gesellschaftlichen Ursachen des in Einzelfällen möglichen Auseinanderfallens von Wohl und Wille des Patienten zu erhellen und aufzuzeigen, wie derartige Probleme grundsätzlich gelöst werden müssen. Im Gegenteil. Gerade dadurch, daß sie das Selbstopfer eines Patienten prinzipiell gestatten, reißen sie die theoretisch für erforderlich gehaltenen Grenzen gegenüber einer Anerkennung des Willens des Patienten in Form von Suizid oder Tötung auf Verlangen wieder ein.

Wenn von Moraltheologen solche Erklärungen gegeben werden, wie „Ein absolut sittliches Verbot einer gezielten Therapie zur Lebensverkürzung läßt sich aus dem christlichen Lebensverständnis nicht ableiten“ <sup>82</sup> oder „Da das biologische Leben nicht der Güter höchstes ist, darf es der einzelne im Dienste eines höheren idealen Gutes ... hingeben“ <sup>83</sup>, dann ist damit nicht einmal mehr die Beschränkung auf das Selbstopfer gewährleistet.

<sup>75</sup> Ebenda, S. 17.

<sup>76</sup> Ebenda, S. 18.

<sup>77</sup> Ebenda, S. 9.

<sup>78</sup> Ebenda, S. 18.

<sup>79</sup> Ebenda, S. 31.

<sup>80</sup> Ebenda, S. 31 f.

<sup>81</sup> A. Auer, Das Recht des Menschen auf einen natürlichen Tod, S. 86; vgl. E. Lessing, Euthanasie aus evangelischer Sicht, S. 105; J. G. Ziegler, Römisch-katholische Wertung der Euthanasie – Sterbehilfe und Lebensverkürzung aus moraltheologischer Sicht, S. 64 f.

<sup>82</sup> E. Lessing, Euthanasie aus evangelischer Sicht, S. 114.

<sup>83</sup> J. G. Ziegler, Römisch-katholische Wertung der Euthanasie – Sterbehilfe und Lebensverkürzung aus moraltheologischer Sicht, S. 60 f.

Kann nicht auch ein Selbstopfer, motiviert dadurch, „daß jede weitere Therapie zu einer unerträglichen Belastung für die Angehörigen der Kranken wird“<sup>84</sup>, ein Akt der „personalen Liebe“ des Patienten für seine Mitmenschen sein? Schipperges bestätigt diesen Gedanken: „Auch dieser ‚soziale Tod‘ mit allen Konsequenzen einer aktiven Sterbekunst oder Euthanasie hat seine Geschichte. Die ‚Selbsterlösung‘ als ‚Autolyse‘ hat bereits Ernst Haeckel als autonome Menschenpflicht gefordert.“<sup>85</sup> Der katholische Moralkodex mit dem Prinzip „Niemand ist verpflichtet, außergewöhnliche Mittel anzuwenden“ würde die Angehörigen in diesem Falle sogar noch moralisch freisprechen: „Die Angehörigen sind nicht gehalten, eine finanziell außergewöhnlich belastende Therapie zu befürworten ...“<sup>86</sup>

Von den Befürwortern der Selbsttötung des Patienten und der Tötung des Patienten auf sein Verlangen durch den Arzt können nicht nur Argumente in Anspruch genommen werden, die auf die [112] persönliche Freiheit und Würde des Menschen hinzielen. Ariès<sup>87</sup> weist nach, daß sich hinter der Forderung nach Würde für den Patienten durchaus auch die Vorstellung verbergen kann, der Patient möge der Umgebung keine Umstände machen, sie nicht belästigen und von anderen keine finanziellen Opfer beanspruchen. Eser<sup>88</sup> macht darauf aufmerksam, daß der Wunsch nach Euthanasie in dieser Form auch Ausdruck tiefergehender sozialer Versäumnisse sein kann. Und auch die Begrenztheit ökonomischer Ressourcen könnte dafür ausschlaggebend sein.<sup>89</sup>

Andererseits können die Motive, die zu einer Ablehnung der Tötung auf Verlangen oder der Selbsttötung führen, nicht a priori als humanistisch intendiert angesehen werden. Wenn – wie bereits zitiert<sup>90</sup> – Krankheit und Tod als eine Möglichkeit des Rückzugs für den einzelnen vor der bedrohlichen Macht Gesellschaft gewertet werden, dann kann man die Bemühungen zur Erhaltung des § 216 des Strafgesetzbuches in der Bundesrepublik, der Tötung auf Verlangen des Patienten unter Strafe stellt, auch dahingehend interpretieren, daß der Staat diese Rückzugsmöglichkeit sperren will und muß. Buchheim<sup>91</sup> weist ausdrücklich darauf hin, daß der § 216 nicht nur vom Problem der Euthanasie her aufgerollt werden könne, sondern es auch andere Gründe geben könne, getötet werden zu wollen. Unter diesem Aspekt ist sicher auch Rösslers Folgerung zu betrachten: „Die ärztliche Ethik verpflichtet heute nachdrücklicher als zuvor zur öffentlichen Aufklärung darüber, daß Gesundheit nicht Abwesenheit von Störungen ist, sondern die Kraft, mit ihnen zu leben.“<sup>92</sup>

Von unserem Standpunkt aus müssen die skizzierten unterschiedlichen Vorstellungen vom Tod in Würde und Freiheit vor allem als Reaktion auf eine in der imperialistischen Gesellschaft nicht in jedem Falle von dem Wohl der Menschen ausgehende medizinische Praxis verstanden werden. Durch die Betonung der Selbstbestimmung und der Eigenverantwortlichkeit des Patienten sowie die Verpflichtung der Medizin auf seinen Willen, wobei für den Patienten – unterschiedlich akzentuiert – Rechte auf Verwirklichung dieses Willens eingefordert werden, soll versucht werden, bestimmte Diskrepanzen zwischen den Interessen des Patienten und bestimmten Handlungswirkungen der Medizin zu überbrücken. Zur theoretischen Fundierung dieser Forderungen beruft man sich in der BRD derzeit oft auf die Freiheit und Würde des Menschen, die im christlich-religiösen, existenzphilosophischen oder neukantianischen Sinn bestimmt werden. Der Mensch wird dabei individualistisch, abstrakt und historisch aufgefaßt und der Gesellschaft [113] gegenüber – oder neben sie gestellt. Sein Wirken in

<sup>84</sup> E. Lessing, Euthanasie aus evangelischer Sicht, S. 116 f.

<sup>85</sup> H. Schipperges, Die moderne Medizin und der Tod, S. 43 f.

<sup>86</sup> J. G. Ziegler, Römisch-katholische Wertung der Euthanasie – Sterbehilfe und Lebensverkürzung aus moraltheologischer Sicht, S. 76 f.

<sup>87</sup> P. Ariès, Studien zur Geschichte des Todes im Abendland, S. 166.

<sup>88</sup> Vgl. A. Eser, Der manipulierte Tod? Möglichkeiten und Grenzen der Sterbehilfe aus rechtlicher Sicht.

<sup>89</sup> Vgl. H. W. Opderbecke, Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht, in: Suicid und Euthanasie als human- und sozialwissenschaftliches Problem, hrsg. v. A. Eser, Stuttgart 1976, S. 136; R. Reichardt, Ethische und soziologische Probleme im Grenzbereich zwischen Leben und Tod, in: Der Grenzbereich zwischen Leben und Tod – Tagung der Joachim-Junger-Gesellschaft der Wissenschaften am 9. und 10. Oktober 1975 in Hamburg, Göttingen 1976, S. 136.

<sup>90</sup> Vgl. W. Fuchs, Todesbilder in der modernen Gesellschaft; D. Rössler, Ärztliche Ethik aus anthropologischer Sicht.

<sup>91</sup> Vgl. H. Buchheim, Sozialpolitische Stellungnahme zur Euthanasie – Normentheoretische Bemerkungen zu den Bestrebungen, den § 216 zu ändern, in: Euthanasie – Probleme der Sterbehilfe, S. 169.

<sup>92</sup> D. Rössler, Ärztliche Ethik aus anthropologischer Sicht, S. 24.

der Gesellschaft bleibt auf personale Liebe und Mitmenschlichkeit oder rechtliches Handeln beschränkt. Dabei erweist sich dieses Handeln im Sinne der bürgerlichen Begrenztheit des Freiheitsbegriffes eben tatsächlich nur in dem Maße als frei – auch für den Fall, daß der Patient seinen Willen auf Lebensbeendigung realisieren will –, solange Rechte eines anderen nicht beschränkt werden. Das wird ganz deutlich bei der Alternative Selbsttötung oder Tötung auf Verlangen durch den Arzt, wobei letztere Variante die Interessen der Mehrzahl der Ärzte erheblich negativ berühren würde. Letztlich führen alle die genannten Bestimmungen von Freiheit und Würde des Menschen, die den Menschen nicht in seinen konkreten gesellschaftlichen Beziehungen und Aktionsmöglichkeiten zur Selbstgestaltung seiner Lebensbedingungen beachten, in die Irrationalität und den Agnostizismus. An die Stelle eines realistischen Programms zur Verbesserung der personalen Betreuung schwerstkranker oder sterbender Menschen tritt die einzige Forderung, dem Individuum die Möglichkeit eines scheinbar freien Rückzugs aus einer bedrohlichen und ahumanen Situation zu gewähren. Die dieser Einstellung zugrunde liegende abstrakte Fassung der Begriffe von „Freiheit“ und „Menschenwürde“ trägt darüber hinaus dazu bei, das gesamte System der bürgerlichen Ideologie mit seiner Ablenkung der Menschen von den realen Potenzen ihrer sozialen Verantwortung und Kraftentfaltung zu bestärken und die seltsame Illusion zu fördern, daß die entscheidenden Fragen der Realisierung menschlicher Freiheit in der Möglichkeit der Wahl des eigenen Todes kulminieren.

### Der mitleidige Tod

Dieses Konzept liefert die theoretische Begründung für die Forderung nach Legalisierung der „Euthanasie im weiteren Sinne“, d. h. der „Auslöschung des Lebens frühkindlicher Idioten und erwachsener unheilbar kranker oder geisteskranker Menschen“,<sup>93</sup> wobei die Motive für solche Forderungen „ausschließlich im selbstlosen Bereich des Mitleids (mit den Angehörigen und Pflegekräften der Patienten – d. Verf.) gelegen“ seien.<sup>94</sup> „Gelegentlich werden auch sozialökonomische Überlegungen zur Rechtfertigung der Euthanasie beigezogen ..., ein Gesichtspunkt den wir ... als Begründung der Freigabe lebensunwerten Lebens mit Entschiedenheit zurückweisen.“<sup>95</sup>

[114] Mit diesen Zitaten wurde bereits ein führender Vertreter dieser Konzeption vorgestellt: Werner Catel. Catel war Kinderarzt; als Direktor der Leipziger Universitätskinderklinik war er 1939 wesentlich an der Einleitung und Durchführung der Nazimordaktion T 4<sup>96</sup> beteiligt. In der Bundesrepublik leitete er dann jahrelang die Kieler Universitätskinderklinik. In seinen Schriften<sup>97</sup>, die der Rechtfertigung und der erneuten theoretischen Grundlegung der erweiterten Euthanasie dienen, ging Catel von folgender Kritik aus:

Wenn der Arzt „die Erhaltung eines idiotischen Vegetierens befürwortet, muß er bemüht sein, daß sich dieses Nur-Dasein wenigstens in einer für das idiotische Kind und für dessen Umgebung erträglichen Weise abspielt ... Jedoch stehen gegenwärtig zwischen dieser Anweisung und ihrer ordnungsgemäßen Erfüllung Staat, Sozialversicherung und Krankenkassen, die es nicht immer zulassen (um ihrer selbst willen nicht zulassen können), daß ein Arzt diejenigen Verordnungen trifft, die zwar seinem Können und Gewissen entsprechen, aber für die Kostenträger zu aufwendig sind ...“<sup>98</sup> So werde für die idiotischen Kinder, deren Intelligenzquotient im Nullbereich liege, zu wenig getan. Vor allem fehle es auch an Pflegekräften. „Wo liegt der Weg von fruchtloser Diskussion zu hilfreicher Tat, um wenigstens die Lebenssituation der Debilen und Imbezillen möglichst günstig zu gestalten?“<sup>99</sup> – Darin, daß er vorschlägt, die besonders schwer geistig geschädigten Kinder zu beseitigen, damit sich mehr Möglichkeiten zur Versorgung der noch förderungsfähigen Schwachsinnigen ergäben.

<sup>93</sup> W. Catel, Grenzsituationen des Lebens (Beitrag zur begrenzten Euthanasie).

<sup>94</sup> W. Catel, Leidmilderung richtig verstanden, S. 116.

<sup>95</sup> W. Catel, Grenzsituationen des Lebens, S. 119 f.

<sup>96</sup> Vgl. R. Degkwitz, Euthanasie – Menschlichkeit des 20. Jahrhunderts?; F. K. Kaul, Nazimordaktion T 4; A. Mitscherlich/F. Mielke, Medizin ohne Menschlichkeit, Frankfurt a. M./Hamburg 1960.

<sup>97</sup> W. Catel, Grenzsituationen des Lebens; ders., Leidmilderung richtig verstanden; ders., Leben im Widerstreit Bekenntnisse eines Arztes, Nürnberg 1974; ders., Medizin und Intuition Versuch einer Analyse, Stuttgart 1979.

<sup>98</sup> W. Catel, Grenzsituationen des Lebens, S. 121–123.

<sup>99</sup> Ebenda, S. 123.

Die Kirche, die sich immer so strikt gegen die Euthanasie wende, indem sie sich auf das 5. Gebot „Du sollst nicht töten“ berufe, habe selbst in ihrer Geschichte dieses Gebot so oft übertreten, daß sie schon allein deswegen nicht als ernst zu nehmender Partner in der Diskussion um die Euthanasiefrage fungieren könne. Außerdem bezeugten auch gegenwärtig Moraltheologen verschiedener Konfessionen (er zitiert Walter, Rose, Lemme, Schöllgen), daß „das Leben der Güter höchstes nicht ist“,<sup>100</sup> sondern nähmen eine Relativierung des irdischen Lebens vor. Und ganz und gar nicht könne er irgendwelchen Formen der Sinngebung oder gar der Verherrlichung von Leiden und Tod, wie es durch die christliche Religion geschähe, zustimmen.

Catels Auffassungen von der Gesellschaft und dem Menschen sind auf eine biologistische Interpretation naturwissenschaftlicher Vorstellungen sehr begrenzter Art gegründet; so äußert er zum Beispiel, Verbrecher wären durch entsprechende biologische An-[115]lagen zumindest disponiert, wenn nicht gar geprägt, der biologischen Begabungspyramide entspreche die soziale Pyramide der Gesellschaft, und ein krankes Gehirn produziere kranke Gedanken und ein krankes Bewußtsein.

Als das „integrierende Merkmal“ des Wesens des Menschen bestimmt Catel, „als bewußtes Wesen bewußte Maßnahmen vollziehen zu können ... Klinische und experimentelle Untersuchungen ... berechnen zu dem Schluß, daß die normale anatomische Entwicklung und die funktionelle Intaktheit der Großhirnrinde Voraussetzung für das Zustandekommen eines echten apperzeptiven Bewußtsein ist. Gehirnlose Wesen, die nur über subkortikale, im Stammhirn lokalisierte Funktionen ... verfügen, haben die Stufe des Menschen nicht erreicht.“<sup>101</sup> Für diese „Monstren, bei denen keinerlei Merkmal eines seelischen Bewußtseins erkennbar ist“, bei denen „ein totaler Ausfall psychischer Funktionen vorliegt, so daß lediglich ein die Stufe menschlicher Seinsformen nie erreichendes Nur-Vegetieren möglich ist“,<sup>102</sup> spricht er die Diagnose „idiotisches Kind“ aus und befürwortet gleichzeitig aus folgenden Argumenten heraus dessen Tötung:

- Es stelle nur eine „massa carnis“ dar.
- Es besäße keine „geistige Seele“, keine Personalität.
- Es sei nach weltlichem und kanonischem Recht keiner Willensentscheidung fähig.
- Es sei ohne jede Gegenseitigkeit, d. h. ohne jede Möglichkeit eines geistigen Rappports mit seiner Umgebung.
- Es könne nicht durch die Kräfte menschlicher Pflege zu seiner bestimmungsmäßigen Entfaltung gebracht werden.<sup>103</sup>

„Hieraus ergibt sich, daß 1. das fünfte Gebot ... auf ein solches Monstrum nicht angewendet werden kann, 2. die Auslöschung desselben nicht als Tötung im strafrechtlichen Sinne anzusprechen ist.“<sup>104</sup>

Allerdings müßte die Entscheidung der Eltern respektiert werden; wenn sie ein solches Kind pflegen wollten, dann käme natürlich die Tötung nicht in Frage. Wie beeinflusbar allerdings diese Entscheidung der Eltern ist, beschreiben Heifetz und Mangel anhand der Operationseinwilligung bzw. Verweigerung bei schwerst mißgebildeten Kindern (Heifetz und Mangel sind dafür, solche Kinder nicht zu operieren, sondern sie auf natürliche Weise sterben zu lassen): „Viele Leute behaupten, ein Arzt habe, ungeachtet der Umstände nicht das Recht, auf die Entscheidung das Leben eines Säuglings nicht zu retten, einzuwirken. Ich kann mich mit einer solch passiven Rolle nicht zufrieden geben, denn wissent-[116]liche Übereinkunft zwischen ... Arzt und Eltern eines unselig verkrüppelten Säuglings beschränkt sich nicht allein auf die Vermittlung der Sachlage unter rein medizinischen Aspekten, sondern beinhaltet immer auch das Urteil des jeweilig behandelnden Arztes ... wenn, nachdem ich ihnen die Sachlage voll bewußt gemacht habe, noch Unschlüssigkeit hinsichtlich der zu fällenden Entscheidung besteht, zögere ich nicht, sie um die Vollmacht zu bitten, an ihrer Statt die Entscheidung

---

<sup>100</sup> Ebenda, S. 117.

<sup>101</sup> W. Catel, Leidmilderung richtig verstanden, S. 90.

<sup>102</sup> W. Catel, Grenzsituationen des Lebens, S. 106 f.

<sup>103</sup> Ebenda, S. 110.

<sup>104</sup> Ebenda, S. 113.

zu treffen. Als Arzt fällt es mir nicht so schwer, die Entscheidungsverantwortung zu tragen, und, sie nicht tragen zu müssen, macht es den Eltern oft leichter, ihre schmerzliche Situation zu überwinden.“<sup>105</sup>

Die vorstehend geschilderten Überlegungen Catels gipfeln in der Formulierung eines Euthanasie-Programms mit folgenden Punkten:

1. Niemals dürfe die Euthanasie mit politischen oder ökonomischen Gesichtspunkten verknüpft werden.
2. Es dürfe sich nur um Einzelfälle idiotischer Kleinkinder oder um Sterbende handeln, deren infauste Krankheit mit größten Schmerzen und seelischen Nöten verbunden ist.
3. Die Diagnose müsse widerspruchsfrei geklärt werden.
4. Die Einwilligung des Patienten selbst oder der Angehörigen müsse vorhanden sein.
5. Gutachterkommissionen sollten zur objektiven Urteilsfindung eingesetzt werden.
6. Die Ärzte, die die Euthanasie durchführen, müßten rechtlich geschützt werden, es müßte also eine gesetzliche Grundlage der Euthanasie vorhanden sein.<sup>106</sup>

Catels Konzept weist schon in sich eine Reihe von Widersprüchen auf. So unterstellt Catel den Wesen, die nichts als eine *Massa carnis* seien, einen Todeskampf, der zur mitleidigen Abkürzung des Lebens berechtige, und das Empfinden für eine nicht erträgliche Umgebung. Er argumentiert gegen den Hippokratischen Eid dahingehend, daß es einem christlichen Arzt nicht zumutbar sei, auf heidnische Götter zu schwören – in anderen Punkten aber, vor allem in ihrem Tötungsverbot, negiert er die Kirche völlig. Er fordert die Tötung kindlicher Idioten, lehnt aber eine Schwangerschaftsunterbrechung sogar bei nachgewiesener Rötelninfektion der Mutter im ersten Trimenon ab, das Risiko müsse in jedem Fall getragen werden, denn die Geburt eines gesunden Kindes liege im Bereich des Möglichen. Er will den Eltern ihr mißgebildetes Kind aus Mitleid töten, rühmt sich aber, die letztliche Entscheidung darüber den Eltern überlassen zu wollen. Damit stellt er [117] die Eltern vor die Alternative, entweder den in seinen Augen so bemitleidenswerten Zustand der Pflege eines solchen Kindes, ohne daß mit irgendwelcher gesellschaftlicher Unterstützung gerechnet werden kann (denn wer meint, diese Pflege, sei es aus physischen, psychischen oder finanzielle Gründen, nicht schaffen zu können, kann ja sein Kind töten lassen!), auf sich zu nehmen, oder – und daß das bei vielen Kindeseltern eintritt, darauf weisen Heifetz und Mangel hin, wobei die von ihnen beschriebenen Eltern hier nur mit einer Operationsverweigerung belastet waren – ein Leben lang in Schuldgefühlen zu leben. Immer wieder wehrt sich Catel dagegen, daß seinem Konzept irgendwelche sozialökonomischen oder politischen Überlegungen zugrunde liegen, es konnte aber vorstehend nachgewiesen werden, daß sein Konzept sowohl im Ursprung und in den Folgen als auch in der theoretischen Begründung durchaus auf solchem Denken beruht. Bereits mit seiner Definition „Euthanasie im weiteren Sinne“ beschränkt er die Vernichtung nicht mehr nur auf frühkindliche Idioten, sondern dehnt sie auch auf unheilbar Kranke aus, die eine weitaus umfassendere Patientengruppe als die, der keinerlei Intelligenzleistung zugesprochen werden kann, darstellen.

Wenn auch Catel besonders in der Schrift von 1966 zu beweisen sucht, daß er mit dem Nationalsozialismus weder gedanklich noch praktisch etwas zu tun hatte oder hat, so ist doch dieser Zusammenhang offensichtlich. Einige Gegenüberstellungen sollen das verdeutlichen:

- Der Arzt und Kriegsverbrecher Viktor Brack sagte im Nürnberger Prozeß aus: „Wir haben die Euthanasie bei ihrer Einführung innerlich begrüßt, denn sie war auf die ethischen Gesichtspunkte des Mitleidens gegründet und besaß menschliche Erwägungen.“<sup>107</sup> – Catel nimmt für sich die Motive „ausschließlich im selbstlosen Bereich des Mitleids“ in Anspruch.
- Prof. Dr. med. Karl Brandt, ehemaliger Reichskommissar des Führers für Sanitäts- und Gesundheitswesen, Hitlers Leibarzt, sagte im Nürnberger Prozeß: „Aber eines scheint mir notwendig, daß, wenn jemand über die Frage der, Euthanasie urteilen will ... er in eine Irrenanstalt gehen muß, und

<sup>105</sup> M. D. Heifetz/C. Mangel, Das Recht zu sterben, S. 72.

<sup>106</sup> W. Catel, Grenzsituationen des Lebens, S. 123 f.

<sup>107</sup> A. Mitscherlich/F. Mielke, Medizin ohne Menschlichkeit, S. 220.

er soll dort am besten einige Tage unter den Kranken verweilen. Danach kann man ihm zwei Fragen vorlegen. Die erste wäre, ob er als Mensch so leben möchte, und die zweite, ob er einem Angehörigen zumuten möchte, in einer solchen Form sein Leben zu fristen ...“<sup>108</sup>

- Auch Catel fordert wiederholt, daß derjenige, der über Euthanasie redet, erst einmal in einer solchen Einrichtung ge-[118]arbeitet haben soll. (Daß der konkrete Eindruck solcher geschädigter Kinder auch zum Gegner der Euthanasie werden lassen kann, schildert R. Geppert in ihrem Buch „Die Last, die Du nicht trägst“.)
- Ein Affidavit für Karl Brandt im Nürnberger Prozeß macht auf ein Nebenmotiv der Euthanasieaktion aufmerksam: „... das lebensunwerte Leben gewisser Geisteskranker durch Gnadentod zu beseitigen, um sie von ihrer Qual zu erlösen ... würde auch die praktische Auswirkung haben, daß Gebäude, Ärzte, Pflegepersonal usw. anderen Zwecken dienstbar gemacht werden könnten.“<sup>109</sup> – Auch Catel meint, daß die Beseitigung der Idioten mehr Möglichkeiten für die förderungsfähigen Schwachsinnigen ergibt ...

Catels Konzept erweist sich damit eindeutig als ein Programm der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, bildet somit die Fortsetzung des berüchtigten Werkes von Binding und Hoche<sup>110</sup> und stellt sich aus charakteristischen imperialistischen Denkelementen zusammengesetzt dar. So betreibt Catel z. B. Biologismus und Utilitarismus bezüglich der gesellschaftlichen Prozesse, Physikalismus und Agnostizismus bezüglich des wissenschaftlichen Zugangs zum Wesen des Menschen und fälscht, um seine Ansichten historisch zu rechtfertigen, entsprechendes Quellenmaterial.<sup>111</sup>

Catels Veröffentlichungen stießen auf erheblichen Protest.<sup>112</sup> Obwohl offensichtlich in der BRD in den letzten Jahren verstärkt Auseinandersetzungen mit der faschistischen Vergangenheit einschließlich der verübten Medizinverbrechen sowohl in der Öffentlichkeit (wie das z. B. die Diskussionen um die Verjährung der Naziverbrechen oder um die Anfang des Jahres 1979 im BRD-Fernsehen ausgestrahlte amerikanische Filmserie „holocaust“ zeigen) als auch von wissenschaftlicher Seite mit progressiven Intentionen stattfinden,<sup>113</sup> werden in der BRD und anderen hochentwickelten imperialistischen Ländern eine Reihe von Praktiken geübt, die einer grundsätzlich abzulehnenden „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ zuzuordnen sind. Folgende Beispiele sollen dafür angeführt werden:

- Eine 1974 vom Allensbacher Institut für Demoskopie durchgeführte Befragung ergab: 38 % der Bevölkerung der BRD sprechen sich für die Tötung geistig und körperlich schwerkranker Menschen aus, 38 % waren dagegen, 24 % unentschieden. Unter den Befürwortern befanden sich auch 25 % Kirchgänger.<sup>114</sup>
- 1962 tötete eine 24jährige Frau ihr contergangeschädigtes Kind (nach der Definition von Catel *kein* Idiot) mit Tabletten; sie [119] und die anderen beteiligten Angeklagten wurden vom Lütticher Gericht freigesprochen.
- In Kopenhagen forderte ein Chefanästhesist – Leiter einer Intensivstation – die Vollmacht für die

---

<sup>108</sup> Ebenda, S. 208.

<sup>109</sup> Ebenda, S. 192.

<sup>110</sup> K. Binding/A. Hoche, Zur Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, Leipzig 1920.

<sup>111</sup> Vgl. Th. Hellbrügge, Ärztliche Gesichtspunkte zu einer „begrenzten“ Euthanasie, in: Ärztliche Mitteilungen, München/Wien, 60. Jahrg. (1963), Heft 25, S. 1428; T. Lohmann, Euthanasie in der Diskussion – Zu Beiträgen aus Medizin und Theologie seit 1945, Düsseldorf 1975.

<sup>112</sup> Vgl. R. Degkwitz, Euthanasie – Menschlichkeit des 20. Jahrhunderts?; Th. Hellbrügge, Ärztliche Gesichtspunkte zu einer „begrenzten“ Euthanasie; H. Kirchmeir, Denn alle Kreatur braucht Hilfe von allen – Zu Werner Catels Buch, in: Deine Gesundheit, Heft 10, 1964, S. 304; H. Schrem/A. Weber, Zur Frage der Vernichtung „minderwertigen“ Lebens – Offener Brief an Kultusminister Osterloh – Fall Prof. Dr. W. Catel, in: Caritas, Heft 4, 1960, S. 363.

<sup>113</sup> Z. B. B. L. Chagoll, Im Namen Hitlers – Kinder hinter Stacheldraht, Köln 1979; Der Krieg gegen die psychisch Kranken, hrsg. v. Dörner u. a.; H. Mausbach/B. Mausbach-Bromberger, Feinde des Lebens – NS-Verbrechen an Kindern, Frankfurt a. M. 1979; Medizin und Nationalsozialismus – Referate und Dokumente vom Berliner Gesundheitstag, in: Autonomie, Materialien gegen die Fabrikgesellschaft, Neue Folge, Sonderheft 2, Juli 1980; vgl. H. F. Späte/A. Thom, Psychiatrie im Faschismus – Bilanz der historischen Analyse.

<sup>114</sup> Vgl. A. Auer, Das Recht des Menschen auf einen natürlichen Tod; der-., Die Unverfügbarkeit des Lebens und das Recht auf einen natürlichen Tod; W. O. Strik, Euthanasie? in: Med. Klin., München, Heft 17, 1978, S. 641.

operativ tätigen Ärzte, während oder nach der Operation eines unheilbar Kranken den Gnadentod spenden zu dürfen, auch ohne dessen Einwilligung.<sup>115</sup>

- In den USA gibt es Befürworter einer auf schwer mißgebildete Säuglinge beschränkten Euthanasie, die, um die Folgen für die Gesellschaft zu testen, ein entsprechendes Euthanasieprogramm für eine begrenzte Zeit laufen lassen und dann auswerten wollen.<sup>116</sup>
- Heifetz und Mangel berichten für die Verhältnisse der USA eine verkappte Form der Tötung schwer mißgebildeter Neugeborener. Sie zitieren den in Baltimore tätigen Kinderneurologen Dr. J. W. Freeman, der sich zwischen den drei Verhaltensweisen a) „aktiv zu behandeln“ – trotz der sich daraus ergebenden tragischen Folgen (die Operationsverfahren sind mit einem solch hohen Risiko behaftet, daß bei diesen Kindern der Tod durch die Operation eher wahrscheinlich als unwahrscheinlich wird), b) „nicht zu behandeln“ – im Bewußtsein, daß eine Minderheit der geschädigten Kinder überlebt und c) „Leben beenden“, was auch in den USA juristisch einer Tötung entspricht, so entscheidet: „Ich meine aber, daß ein langsamer ‚natürlicher‘ Tod über Wochen, Monate oder gar Jahre weder human für das Kind, die Angehörigen noch das Pflegepersonal sein kann. Solange aktive Euthanasie, mit welchen zugehörigen und notwendigen Schutzbestimmungen auch immer, gesellschaftlich nicht akzeptiert ist, meine ich darum, daß in praktisch jedem Fall mit allen zu Gebote stehenden Mitteln therapiert werden sollte.“<sup>117</sup>
- 1979 erschien eine Arbeit von Görner „Humanitas ante portas – tradierte Vorurteile hemmen den Durchbruch“, in der erneut, wenn auch etwas verbrämt ausgedrückt, die Tötung Kranker ohne deren Willen verlangt wird.<sup>118</sup>
- Und dieser Einstellung entspringt auch die Reklame einer BRD-Firma für Auto-Sicherheitsgurte: „Für den Rest des Lebens verkrüppelt ist schlimmer als tot sein.“<sup>119</sup>

So „zeigt gerade die jüngste Vergangenheit ... fließende Übergänge zwischen Sterbehilfe, Tötung auf Verlangen und Vernichtung lebensunwerten Lebens“.<sup>120</sup> „Wenn die Vernichtung lebensunwerten Lebens nicht an 6.652 Geisteskranken (wie in der vorangehenden Beschreibung eines Naziverbrechens – d. Verf.), sondern an einem einzigen Kranken vorgenommen wird ... so entsteht [120] aus Massenmord nicht humanitäres Handeln, sondern Mord oder Totschlag in einem Fall. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, daß im Rahmen einer Sentimentalisierung der Moral ... ein Wertverlust menschlichen Lebens eingetreten ist.“<sup>121</sup>

Es ist zu hoffen, daß neuere Arbeiten in der BRD zur historischen Kennzeichnung und Bewältigung des Faschismus und der ihm entspringenden praktischen Medizin auch zur weiteren Auseinandersetzung mit solchen Haltungen und Praktiken beitragen können.<sup>122</sup>

Zahlreiche Autoren wenden sich *gegen* die Forderung der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Stellvertretend für die Verfechter juristischer Argumente gegen die Euthanasie sei E. W. Hanack<sup>123</sup> zitiert. Er verweist auf die Unmöglichkeit, den Wert eines menschlichen Lebens anhand einer medizinischen Diagnose zu beurteilen, auf die Gefahr, daß dieser Lebenswert an ökonomischen Kriterien oder wechselnden Gesellschaftsidealen gemessen werden könnte; auf die Problematik der „Grenzfälle“, die bei jeder denkbaren Gesetzesregelung vermutlich weit größer wären als die Zahl der „klaren“ Fälle, auf die Konsequenzen für das Vertrauen der Bevölkerung in die Unverbrüchlichkeit des

---

<sup>115</sup> Vgl. W. O. Strik, Euthanasie?

<sup>116</sup> Vgl. M. O. Heifetz/C. Mangel, Das Recht zu sterben.

<sup>117</sup> Ebenda, S. 61 f.

<sup>118</sup> A. Görner, Humanitas ante portas – Tradierte Vorurteile hemmen den Durchbruch, in: Zeitschrift für Sozialreform, Wiesbaden, Heft 7, 1979, S. 395.

<sup>119</sup> Entnommen aus der Sendung „report“ des ARD-Fernsehens in der BRD vom 14. Juni 1978.

<sup>120</sup> H. O. Hiersche, Euthanasie aus ärztlicher Sicht, S. 227.

<sup>121</sup> Ebenda, S. 230.

<sup>122</sup> Vgl. T. F. Fischer, Der nationalsozialistische Arzt, Med. Diss., Kiel 1971; K. Kelting, Das Tuberkuloseproblem im Nationalsozialismus, Med. Diss., Kiel 1974; H. Schwan, Himmels Anregungen für die medizinische Forschung, Med. Diss., Kiel 1973; W. Wuttke-Groneberg, Medizin im Nationalsozialismus, Tübingen 1980; vgl. auch entsprechende Beiträge in Autonomie, N. F., Sonderheft 2, Juli 1980.

<sup>123</sup> E. W. Hanack, Euthanasie aus strafrechtlicher Sicht, S. 159.



Tötungsverbot und auf die Probleme, die das Vorhandensein von Tötungsärzten oder Tötungskommissionen mit sich brächte.

Sporcken<sup>124</sup> setzt sich mit den Argumenten der Befürworter der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ auseinander:

1. Diese Menschen könnten nie glücklich sein.

„Das ist sicher nicht zutreffend. Denn abgesehen davon, daß wir das innere Glück unserer Mitmenschen nie schlüssig beurteilen können, hat niemand das Recht, seine eigenen Normen für das Lebensglück so sehr auf einen Mitmenschen anzuwenden, daß daraus ein Grund abgeleitet werden könnte, einem Menschen das Leben und damit jede Chance für sein Glück zu nehmen.“

2. Es sei für die Eltern und Angehörigen eine schwere emotionale psychische Belastung.

„Auch das trifft nicht den Kern der Sache, weil in solchen Fällen das eigentliche Problem in der Hilflosigkeit der Eltern oder Angehörigen liegt. Hier muß also der Familie geholfen werden, unter Umständen auch dadurch, daß die Gesellschaft die Sorge für solche Menschen in besonderen Einrichtungen auf sich nimmt.“

3. Es sei für die Gesellschaft eine zu schwere soziale und wirtschaftliche Belastung.

„Ganz abgesehen davon, daß die Summen, die dafür aufgewendet werden müssen, im Rahmen der Gesamtaufwendungen für die [121] Gesundheitsfürsorge unbedeutend sind, ist es grundsätzlich unverantwortbar, soziale und wirtschaftliche Probleme durch die absichtliche Tötung von Mitmenschen ‚lösen‘ zu wollen.“

Und das ist auch unsere Meinung.

### **Der rechte Tod**

Zahlreiche Autoren, die sich auf psychologischem Gebiet oder von psychiatrischer Seite mit der Problematik der psychischen Bewältigung von Sterben und Tod beschäftigen, gehen von Vorstellungen aus, die der Freudschen Psychoanalyse entlehnt sind. Explizit ausgearbeitet und zu einer spezifischen Konzeption verdichtet sind solche Ideen in der 1978 erschienenen Schrift von K. R. Eissler „Der sterbende Patient – Zur Psychologie des Todes“.<sup>125</sup> Eissler wurde in Wien als Arzt und Psychoanalytiker ausgebildet und wirkt seit 1958 als Psychiater in New York.

Eissler geht in der Kritik an der bestehenden Betreuungssituation für Sterbende von folgenden Punkten aus:

Der Kampf gegen Krankheiten und Tod sei den Menschen aus der Hand genommen und in den Verantwortungsbereich sozialer Institutionen delegiert worden, was einer „Auslieferung der Verantwortung an die Gesellschaft“<sup>126</sup> gleichkäme. „Im Rahmen gewisser gleichsam axiomatischer sozialer Prinzipien hat, der Patient einen Anspruch auf die Erfüllung seiner Wünsche ... Es ist aber nicht selten, daß die persönliche Umgebung des Patienten in ihren natürlichen Pflichten gegen den Sterbenden teilweise versagt.“<sup>127</sup> Die Medizin leiste im Bereich der Betreuung Sterbender und für eine Theorie des Todes sehr wenig. „... ich neige zu der Auffassung, daß die meisten Mediziner sich fehl am Platze fühlen, wenn sich bei ihren Patienten der Tod ankündigt ... Der Mediziner weiß zwar, wie er eine Krankheit, ihre Symptome und Ursachen, ihren Verlauf und ihr Ende zu beschreiben hat, der Tod dagegen ist in seinen Augen ein Negativum, ein Mangelzustand, die Abwesenheit von Leben ...“<sup>128</sup>

---

<sup>124</sup> P. Sporcken, Euthanasie im Rahmen der Lebens- und Sterbehilfe.

<sup>125</sup> K. R. Eissler, Der sterbende Patient – Zur Psychologie des Todes; vgl. G. Ammon, Zur Psychodynamik des Todes, in: Med. Welt, Stuttgart, Heft 15, 1971, S. 575; N. O. Brown, Tod und Ewigkeit im Lichte der Lehre Freuds, in: Sterben heute – ein menschlicher Vorgang – Beiträge zur Sterbehilfe als Lebenshilfe, hrsg. v. P. Lüth, S. 85; R. Fine, A History of Psychoanalysis; J. Wittkowski, Tod und Sterben – Ergebnisse der Thanatopsychologie; vgl. Kritik der Psychoanalyse und biologistischer Konzeptionen, hrsg. v. W. Friedrich, Berlin 1977.

<sup>126</sup> K. R. Eissler, Der sterbende Patient – Zur Psychologie des Todes, S. 81.

<sup>127</sup> Ebenda, S. 114.

<sup>128</sup> Ebenda, S. 128.

Weil auch der Priester dieser Funktion des Beistandes für Sterbende nicht mehr gewachsen sei, müßte sie nun der Psychiater übernehmen, sei allerdings dabei gezwungen, sich statt des unbrauchbaren Bezugssystems auf ein Weiterleben nach dem Tode ein neues zu schaffen. So kommt Eissler zur Forderung einer „Orthothanasie“ und entwickelt im Hinblick auf diese Zielstellung ein sich ausdrücklich auf Freud, die Philosophen Simmel, Heidegger [122] und Jaspers und den Biologen Ehrenberg beziehendes Gedankengebäude mit folgenden Aussagen:

Movens jeglicher Entwicklung seien der Lebens- und der Todestrieb, wobei letzterem das Primat zukommt. Diese Triebe realisieren sich analog zu der in der anorganischen Natur wirkenden Entropie in der biologischen Entwicklung dahingehend, daß sie „eine Gewähr dafür bieten, daß keine biologische Abweichung zur Dauereinrichtung wird und alles Lebendige an seinen Ausgangspunkt zurückkehrt“.<sup>129</sup> Sie sind damit „ein unentbehrlicher Beitrag zur Erhaltung des Lebens ... sind (aber) niemals imstande, das Ergebnis der stillen Arbeit des Todestriebes zu verhüten. Zwischen den Trieben im Dienste der Lebenserhaltung und jenen, die das Leben einschränken, bis es zu seinem Ursprung zurückkehrt, herrscht fortwährender Kampf ... man könnte im Panorama des Triebgeschehens ebenso auch eine geheime Zusammenarbeit zwischen beiden Triebgruppen sehen ... Ohne Lebenstriebe würden die Todestribe ihr Ziel nach Art eines Kurzschlusses erreichen ... Erst in den Lebenstrieben ... finden die Todestribe ein angemessenes Widerlager ...“<sup>130</sup>

Auch für die Entwicklung des menschlichen Individuums teilt Eissler dem Tod größte Bedeutung zu. „Weil hinter dem Tod die stärkste biologische Kraft des menschlichen Universums steht, und weil das Ich ihm deshalb auch am wenigsten gewachsen ist, bildet der Tod die größte Herausforderung und damit vielleicht auch einen großen Anlaß, bei dem die Individualität sich zu ihrer differenziertesten Gestalt aufschwingen kann ...“<sup>131</sup> Damit würde das Sterben, der „Augenblick des Todes zum wichtigsten im Leben“<sup>132</sup>, denn sobald „die Bildung seelischer Strukturen begonnen hat ... wird der Tod zum Endpunkt der Entwicklungsskala. Im Gegensatz zu anderen Endpunkten hat dieser jedoch eine Rückwirkung auf die Gesamtskala; vom Endpunkt werden schließlich Wert und Sinn der ganzen Skala bestimmt.“<sup>133</sup>

Der Beweis für die Wirkung des Todestriebes im menschlichen Leben zeige sich in der Fähigkeit des Menschen zum Selbstmord und an der Aggressivität, Feindseligkeit und Zerstörungslust der Menschen gegenüber ihrer Umwelt, die sich, wenn Abreaktionen nach außen nicht möglich sind, interiorisieren und als psychisches Pendant zu pathogenen nicht ausscheidbaren Stoffwechselprodukten gegen den Menschen selbst richten. Die Wirkung des Lebenstriebes offenbare sich an der Potenz der Menschen, etwas für ihre Lebensverlängerung zu tun, wobei der Wille und die Fähigkeit dazu untrennbar mit der Aussicht auf Lustgewinn verbunden seien [123] (die Tendenz zum Lustgewinn habe die Rolle eines Motors der Evolution) und sofort stagnieren, wenn dieser Lustgewinn nicht mehr gewährleistet ist: „Die Leistungsfähigkeit des Ich grenzt an das Unglaubliche ... doch setzen diese an Wunder grenzenden Leistungen die Hoffnung auf künftige Lust voraus. Zerbricht diese Hoffnung – sei sie nun illusionär oder realistisch – so zerbricht auch die ganze Ich-Organisation, und der Tod wird zum einzigen Ausweg, selbst wenn das biologische Lebenspotential noch immer groß ist.“<sup>134</sup> Aber auch „wenn höchste Lust erlebt wird und das Ich fühlt, daß sie nicht überboten werden kann, findet man zugleich eine an Todesbereitschaft grenzende Gefühlshaltung“.<sup>135</sup> Diese entgegengesetzten Äußerungen des Lebens- und Todestriebes im Menschen fügt Eissler zu einer dem menschlichen Wesen eigenen Einheit zusammen: „Potentielles Hinauszögern des Todes und potentiell vorzeitiger Tod durch Kurzschluß werden durch dieselbe Struktur (die Ich-Organisation des Menschen – d. Verf.) in das menschliche Leben eingeführt; diese Dichotomie ist typisch menschlich.“

<sup>129</sup> Ebenda, S. 32.

<sup>130</sup> Ebenda, S. 33 f.

<sup>131</sup> Ebenda, S. 233.

<sup>132</sup> Ebenda, S. 50.

<sup>133</sup> Ebenda, S. 47.

<sup>134</sup> Ebenda, S. 66.

<sup>135</sup> Ebenda, S. 65.

Eigenartigerweise sei der Freudsche Todestrieb nicht im Bewußtsein des Menschen verankert: „Tief in uns allen schlummert noch immer dieser archaische Glaube an die Unsterblichkeit.“<sup>136</sup> Eissler entwickelt die Freudsche Annahme in diesem Punkt weiter und gibt für dieses Phänomen zwei Ursachen an: Erstens hat es „der Mensch nicht nötig, sich seinen Tod vorzustellen, weil er sich auf sein Eintreten verlassen kann. Wenn wir teleologisch denken wollen, besteht der tiefere Sinn dieser Unfähigkeit des Ich darin, es vor der Gefahr der Todesvorstellung zu schützen; diese Gefahr bestünde in einer Lahmlegung der Gesamtfunktion des Ich als Barriere gegen den vorzeitigen Erfolg des Todestriebes.“<sup>137</sup> Zweitens repräsentiere ja ein Teil des Ich, die Psyche, tatsächlich in einer gewissen Weise die Unsterblichkeit; sie mag „an sich die Funktion haben, den Tod hinauszuschieben“.<sup>138</sup> Bezugnehmend auf die z. B. bei Korschelt<sup>139</sup> vertretene Auffassung vom Zusammenhang von Wachstum, Alter und Tod begründet Eissler, wie die Psyche für diese Funktion befähigt wird: „Wenn der Organismus aus inneren Gründen nicht sterben muß, solange er wächst, so besteht zwischen Wachstum und Tod eine intime Beziehung, die auch in die Psychologie des Ichs einen neuen Gesichtspunkt einführt. Bewahrt das Ich die Wachstumsfähigkeit, wenn der Organismus oder wichtige Teile des Organismus sie bereits verloren haben? Das Ich hat natürlich seine biologische Matrix ... und die Großhirnrinde ist eines der wichtigsten Elemente dieser Matrix. Es ist [124] aber denkbar, daß die organische Feinstruktur ihr immanentes Wachstumspotential an die psychische Struktur weitergibt, deren Träger sie ist, und daß das Ich auf diese Weise zu einem grenzenlosen Wachstumspotential gekommen ist.“<sup>140</sup>

Ausgehend von der Annahme, daß Verluste des Identitätsgefühls durch den Tod von Bezugspersonen für den Menschen eine Bedrohung seiner psychischen Stabilität darstellen, leitet Eissler auch für die gesellschaftliche Entwicklung einen tieferen Sinn und zwei wichtige Funktionen von Tod und Todesangst ab: Erstens werde einerseits „... durch die Angst vor dem Tod ein retardierendes, konservatives Element in das menschliche Leben und Handeln eingeführt ...“. Zweitens zeige andererseits der Tod dem Menschen mit der Diskontinuität im Identitätsgefühl, was alles verändert werden *kann*. „Dabei bildet nun der Gedanke an den Tod einen intensiven Anreiz zum Handeln, und den Menschen verlangt es danach, aktiv herbeizuführen, was er passiv erleiden muß. Tatsächlich kann man historisch beobachten, daß die Taten des Menschen um so kühner werden, je mehr sein Glaube an ein Leben nach dem Tode schwindet ... Wenn das menschliche Dasein nicht dem Tod verfallen wäre, würde der Mensch vielleicht ein völlig inaktives Wesen werden.“<sup>141</sup> Eine dritte gesellschaftliche Funktion des Todes bestehe in der Abmilderung des Sadismus unter den Menschen: „... die Ausgliederung des Todes aus der Schicksalsbestimmung des Menschen, würde jedoch zu einer Katastrophe führen ... Da der Todestrieb im Organismus kein Betätigungsfeld mehr findet, würde er sich mit voller Wucht auf die Umwelt werfen; der Verlust der Fähigkeit zu töten würde einen Sadismus von unerhörtem Ausmaß wecken ...“<sup>142</sup>

Von dieser Sinnbestimmung des Todes kommt Eissler logischerweise zu der inhumanen und wissenschaftsfeindlichen Einstellung, daß der Kampf um die Lebensverlängerung der Menschen „schädigend wirkt. Die Alten werden bald gegenüber den Jungen das Übergewicht haben; Antrieb und Schwung zur kühnen sozialen Tat und zur Umgestaltung politischer, kultureller und künstlerischer Formen werden am Festhalten an der bestehenden Ordnung, wie es für Menschen über vierzig typisch ist, erlahmen. Eine abenteuerliche Jugend wird von denjenigen, die gegen Erneuerung sind, in die Enge getrieben werden ... Da jedoch die Gesellschaft heute auf der Überspezialisierung des Menschen beruht und der einzelne seinen Platz in der Gesellschaft auch dann behaupten kann, wenn ihm selbst nur eine geringe Zahl von Fähigkeiten erhalten geblieben ist, wird die Bedrohung der Gesellschaft durch [125] eine gewaltige Zahl von Behinderten erst beim Eintritt einer Katastrophe sichtbar ... Aber die Entscheidung darüber, ob eine Gruppe überlebt oder nicht, fällt immer in einer solchen

<sup>136</sup> Ebenda, S. 109 f.

<sup>137</sup> Ebenda, S. 61.

<sup>138</sup> Ebenda, S. 192.

<sup>139</sup> Vgl. E. Korschelt, Lebensdauer, Alter, Tod, Jena 1917.

<sup>140</sup> K. R. Eissler, Der sterbende Patient – Zur Psychologie des Todes, S. 193.

<sup>141</sup> Ebenda, S. 76 f.

<sup>142</sup> Ebenda, S. 43 f.

Schicksalsstunde.“<sup>143</sup> Damit gelangt er zu der Auffassung, daß unter den gesellschaftlichen Bedingungen, die seine Erfahrung formen, eine „Euthanasie“ in Form der Tötung auf Verlangen eine akzeptable Lösung sei.

Dennoch gibt sich Eissler der Hoffnung hin, daß „die Tendenz der modernen Ethik sich gegen das Bekenntnis zur Euthanasie richtet ... Man könnte sich vorstellen, daß die abendländische Gesellschaft aus den Geburtswehen der gegenwärtigen Krise mit einer ... neuen Ethik hervorgehen wird, die bei der Befriedigung der menschlichen Aggression bessere Erfolge erzielt als die Heilige Schrift.“<sup>144</sup> Für eine solche neue Denk- und Verhaltensweise, die „nicht nur menschliches Leben in all seinen Erscheinungsformen gegen jegliche Art von Zerstörung beschützen, sondern auch die Freiheit von Leiden ... zu einer ebenso verbindlichen Forderung erheben“ soll,<sup>145</sup> gibt er der Psychiatrie wegbereitende Funktion und schafft mit dem von ihr zu leistenden Beistand für Sterbende ein entsprechendes Modell: „Der Keim zu genau dieser Vorgehensweise scheint mir in der Psychiatrie schon enthalten zu sein. Ich könnte mir vorstellen, daß der Aufbau einer Übertragungsbeziehung als Maßnahme, die das archaische Vertrauen zur Welt mobilisiert und das frühe Gefühl des Schutzes durch eine Mutter wiedererweckt, imstande ist, das Gefühl des Leidens beim Sterbenden auch unter stärksten körperlichen Schmerzen auf ein Minimum zu reduzieren. An dieser Stelle würde der Psychiater die Aufgabe des Priesters direkt übernehmen und gleichzeitig die Überlegenheit der Psychiatrie über eine Religiosität beweisen, die schnell am Ende ist, wenn der Mensch den Glauben an Gott verliert.“<sup>146</sup>

Von diesen Ansätzen und der skizzierten Wesensbestimmung des Menschen leitet Eissler nun die Inhalte der eingangs geforderten Orthothanasie ab und entwickelt seine praktischen Prinzipien für den Sterbebeistand. An eine Orthothanasie knüpft er folgende Erwartungen:

Sie darf nicht wie alle Formen von Euthanasiebestrebungen davon ausgehen, daß der Tod in jedem Falle unerwünscht sei, und sie darf den Tod nicht wie die Religion mit Sünde gleichsetzen, weil so „das tiefste Band des Menschen zur Natur“<sup>147</sup> zerstört würde. „Die Orthothanasie ... gibt dem Tod seine Stellung außerhalb von gut und böse zurück. Der Tod wird zum natürlichen Vor-[126]gang, der zwar nicht vom unbewußten Teil der Persönlichkeit, aber immerhin von der Vernunft erfaßt werden kann.“<sup>148</sup> Die Orthothanasie müsse die Erkenntnisse über das Wesen des Todes in das Bezugssystem der menschlichen Persönlichkeit integrieren; das Sterben dürfe also den Menschen gegenüber seinem sonstigen Leben nicht in eine prinzipiell neue Situation bringen. Sie müsse die Verleugnung des Todes zunichte machen und Bewältigungsmöglichkeiten der Todesproblematik aufzeigen, die dem Menschen als rationaler Wegbegleiter im Sterben zur Seite stehen. Weiterhin müsse die Individualität und Reaktionsvielfalt der Menschen gegenüber der objektiven Gegebenheit Tod berücksichtigt werden. „Die Orthothanasie ... wird das Leben in mancher Hinsicht leichter, in anderer schwieriger machen. Ihr Hauptwerk kann nicht Trost sein, sondern nur die Hilfestellung beim Erkennen der Realität. Die Realität ist immer ... kompliziert, ernst und schwer auszuhalten. Man kann die Inhalte nicht vorhersagen, die die Orthothanasie lehren wird ... Geht man von früheren Erkenntnissen der Psychologie als Modell aus, so würde sich wahrscheinlich ergeben, daß der Tod sich trotz seiner Monotonie hinsichtlich der körperlichen Folgen doch als eine jener biologischen Formen erweist, die der Individualität in hohem Maße zugänglich sind.“<sup>149</sup>

Eisslers „therapeutisches“ Konzept geht nun davon aus, daß der Patient „einerseits die Vergewisserung (haben möchte), daß ihm kein ernstlicher Schaden geschehen wird, zugleich möchte er aber auch dem Ernst seines Zustandes entsprechend behandelt werden“.<sup>150</sup> Ersteres Anliegen entspringt dem angenommenen Unsterblichkeitsglauben jedes Menschen und bringt für den Psychiater die Aufgabe

---

<sup>143</sup> Ebenda, S. 44 f.

<sup>144</sup> Ebenda, S. 93.

<sup>145</sup> Ebenda.

<sup>146</sup> Ebenda, S. 93 f.

<sup>147</sup> Ebenda, S. 232.

<sup>148</sup> Ebenda, S. 233.

<sup>149</sup> Ebenda.

<sup>150</sup> Ebenda, S. 111.

mit sich, „die Haltung seines Glaubens an die Unzerstörbarkeit von Seele und Leib des Patienten“<sup>151</sup> an den Tag zu legen. Kernelement der Behandlungstechnik ist daher unter der Voraussetzung, daß bereits eine starke positive Übertragung ohne negative Elemente zwischen Arzt und Patient hergestellt ist, eine „Geschenksituation“. Die Geschenke des Arztes an den Patienten sind so gewählt, daß sie ein noch langes Weiterleben des Patienten und die Sinnhaftigkeit eines Hoffnungsstrebens dokumentieren (z. B. beglich Eissler für eine kurz vor dem Tode stehende Patientin die Zeitungsrechnung für das kommende Jahr im voraus). „Das Gefühl, geliebt zu werden, ohne eine der üblichen Gegenleistungen erbringen zu müssen – und sei es nur eine Verpflichtung zur Dankbarkeit – ... das Gefühl, unverdiente spontane Liebe zu empfangen, scheint zumindest in manchen Fällen als eine Art Gegenmittel gegen die Agonie des Todes zu wirken ... Eine [127] Aufgabe des Psychiaters in dieser klinischen Situation besteht also darin, für eine optimale libidinöse Zufuhr zu sorgen.“<sup>152</sup> Die Situation des Sterbenden sei aber nun deswegen so schwer, weil er von allein, was er liebt, Abschied nehmen muß. Könnte er aber einen Teil seiner libidinös besetzten Objekte mit in den Tod nehmen, dann wäre das Sterben einfacher. Der Psychiater muß also auch bezüglich des zweiten Anliegens des Patienten, dem Ernst der Situation Rechnung zu tragen, eine Geschenksituation – diesmal im übertragenen Sinne – herbeiführen: „Wenn der Psychiater einen Teil seiner Persönlichkeit mit dem sterbenden Patienten identifizieren kann, d. h., wenn er das Näherrücken des Todes bei seinem Patienten so erleben kann, als wäre es sein eigener, dann könnte er den Patienten dazu bewegen, ihn als Weggefährten auf dem letzten Stück der Lebensreise zu akzeptieren.“<sup>153</sup> „Das schreckliche Stigma des Erwähltseins zum Tode ... mildert sich dann zu einem Gefühl, gemeinsam zu sterben ... Dieses Gefühl trägt wesentlich dazu bei, dem Tod seinen Stachel zu nehmen oder ihm den Sinn einer Wiedergeburt zu geben, so daß die Realität des Todes in das Gegenteil verwandelt scheint.“<sup>154</sup> Und damit langt Eissler haargenau bei dem in Transzendenz und Irrationalität mündenden Verleugnungsmechanismus des Todes an, von dem er hoffe, ihn mit seiner Konzeption von der Orthothanasie überflüssig zu machen. So ist er nicht weit entfernt von der „Auffassung vom Weiterleben nach dem Tod als eine Fortsetzung unserer Glückserfahrung im Glücklichmachen des anderen“.<sup>155</sup>

Zusammenfassend muß Eisslers Konzept vom „rechten“ Tod folgender Wertung unterzogen werden:

Es entsteht aus einer kritischen Beurteilung der gegenwärtig im Umgang mit Sterbenden geübten Praxis und leitet daraus die Forderung nach einer Orthothanasie, d. h. einer Lehre vom Sterbebeistand, ab. Damit werden zunächst Bemühungen zu einer differenzierten psychologischen Forschung zur Todesproblematik gefördert und Argumente gegenüber objektiv-idealistischen Konzepten, wie sie beispielsweise durch das katholische Christentum vertreten werden, beigebracht. Insgesamt jedoch ist die Theorie vom rechten Tod mit prinzipiellen methodologischen Fehlern behaftet, die sie in sich widersprüchlich machen und letztlich dazu führen, daß wichtige Forderungen des Konzeptes in ihr Gegenteil verkehrt werden. Abgesehen davon, daß die Ansprüche an den zum Sterbebeistand verpflichteten Psychiater so umfassend sind (er solle sich so mit dem Patienten identifizieren, daß ein Teil von ihm mit dem Patienten mitstirbt, er dürfe seiner Hilfsbereitschaft [128] keine Grenzen auferlegen, er müsse dem Patienten Geschenksituationen bereiten), daß sie nur für eine geringe Zahl von Patienten realisierbar werden dürften (die von Eissler angeführten Beispiele weisen auch entsprechend auf elitäre Patienten hin), würde das in den Mittelpunkt gerückte und höchst problematische Ziel des Sterbebeistandes, im Todesgeschehen die Individuation zu einem krönenden Abschluß zu bringen, durch einen auf einem partiellen Unsterblichkeitsglauben beruhenden Verleugnungsmechanismus zunichte gemacht.

Die biologistische Deutung der menschlichen Individualität, das Vereinfachen hochkomplexer psychischer Vorgänge des Menschen zu einem Widerstreit zweier einfacher Triebe und die unhaltbare Darstellung der Rolle des Menschen in der Gesellschaft und der gesellschaftlichen Entwicklung

<sup>151</sup> Ebenda, S. 109 f.

<sup>152</sup> Ebenda; S. 107 f.

<sup>153</sup> Ebenda, S. 187.

<sup>154</sup> Ebenda, S. 97 f.

<sup>155</sup> P. Sporken, Menschlich sterben, S. 42.

überhaupt als Auswirkungen des Todes ermöglichen ihm in keiner Weise den Vorstoß zu den wirklichen Ursachen gesellschaftlicher Prozesse. Seine in Einzelheiten sicher zutreffende Kritik an inhumanen Formen des Umgangs mit Sterbenden mündet daher einerseits in die Utopie, die Psychiatrie könne durch Verdrängung aggressiver Triebe einen wesentlichen Beitrag zur Realisierung des Schutzes menschlichen Lebens leisten, und gipfelt andererseits in der Feststellung, daß der Kampf um die Verlängerung der Lebenserwartung der Menschen wahrscheinlich der Gesellschaft großen Schaden zufüge, und damit in inhumanen und wissenschaftsfeindlichen Konsequenzen.

### **Der verheißungsvolle Tod**

Interessante Arbeiten mit detaillierten philosophischen Begründungen und praktischen Schlußfolgerungen aus christlicher Sicht liegen von dem katholischen Moraltheologen Paul Sporken, der seit 1973 das Universitätsinstitut für die Fortbildung von Ärzten, Krankenpflegepersonal und Sozialarbeitern in Maastrich (Niederlande) leitet, vor.<sup>156</sup> Sein Konzept dürfte für uns und die christlichen Mitbürger in der DDR vor allem auch deswegen interessant sein, weil es erheblich von dem konservativ-reaktionären Konzept des Vatikans in progressiver Richtung abweicht und weil es eine Reihe für uns überdenkenswerter Handlungsorientierungen für die praktische Sterbebetreuung enthält. Sporken wählt seinen Ansatz in folgenden neuen Situationen und kritikwürdigen Erscheinungen:

Die alte christliche Ethik sei nicht mehr in der Lage, zu den gegenwärtigen Fragen im Sinne des Humanismus Stellung zu neh-[129]men: „... die Ärzte stehen gerade durch die zunehmende ärztliche Macht oft ohnmächtig da, wenn sie ihrem Patienten auf echt menschlicher Ebene beistehen müssen. Diese Ohnmacht ist vor allem der alten Ethik zuzuschreiben, die durch die Grundnorm ‚Ehrfurcht vor dem Leben schlechthin‘ in der heutigen Situation notwendig zu Unmenschlichkeit führen muß.“<sup>157</sup> „Die Ethik kann der Beantwortung von Lebensfragen nur dann gerecht werden, wenn sie ebenso dynamisch ist wie der Mensch in seinem kulturellen Milieu. Schließt sie sich gegen die Entwicklung ab, werden einmal gewonnene Einsichten absolut gesetzt, dann erstarrt sie zu einem System von Gesetzen, die für das konkrete Leben der einzelnen und der Gemeinschaft keine reale Bedeutung mehr haben.“<sup>158</sup> So habe sich ein großer Teil der Welt „wegen der Kirche von Christus abgewendet“.<sup>159</sup> Es sei dann nicht verwunderlich, „daß in unserer Gesellschaft vermutlich die Bereitschaft zu Euthanasie zunimmt, und zwar deswegen, weil sich die Armut einer Gesellschaft an Lebensorientierung und Wertkonzeption wohl besonders stark geltend macht unter dem Druck schwerer Krankheit und eines langen, schmerzlichen Sterbeprozesses ... zumal dann, wenn die Umgebung aus den gleichen Gründen unfähig ist, eine wirkliche Sterbehilfe zu leisten“.<sup>160</sup> Es sei deswegen notwendig, „Sterbehilfe – und die ideale Form derselben: Sterbebeistand – als fundamentale ethische Pflicht gegenüber den zum Sterben verurteilten Mitmenschen“ zu begreifen. „Wir dürfen nicht von allen möglichen und unmöglichen medizinisch-ethischen und medizinisch-juristischen Fragen so beansprucht sein, daß wir dadurch ... faktisch die tieferen und eigentlich ethischen Fragen hinsichtlich der Sterbehilfe übersehen und vor ihnen kapitulieren.“<sup>161</sup> Diese eigentlich ethische Frage laute: „Was kann, darf und muß ich für diesen Mitmenschen in seinem Sterbeprozess tun?“<sup>162</sup>

Davon ausgehend versucht Sporken nun eine Weiterentwicklung der christlichen Ethik, indem er – ausdrücklich auf V. v. Weizsäcker Bezug nehmend – wesentliche Elemente der mit idealistischen philosophischen Positionen verbundenen sogenannten medizinischen Anthropologie in seine Positionsbestimmung übernimmt. So gelangt er zu folgenden Anforderungen an eine christlich orientierte Ethik: „Es kann sich nicht ausschließlich darum handeln, den Leib wieder ‚gesund zu machen‘,

---

<sup>156</sup> Ders., Darf die Medizin, was sie kann?, Düsseldorf 1971; ders., Menschlich sterben; ders., Umgang mit Sterbenden, Düsseldorf 1973; ders., Euthanasie im Rahmen der Lebens- und Sterbehilfe; ders., Die Sorge um den kranken Menschen, Düsseldorf 1977.

<sup>157</sup> Ders., Menschlich sterben, S. 42 f.

<sup>158</sup> Ders., Darf die Medizin, was sie kann?, S. 24.

<sup>159</sup> Ebenda, S. 29.

<sup>160</sup> P. Sporken, Euthanasie im Rahmen der Lebens- und Sterbehilfe.

<sup>161</sup> Ders., Menschlich sterben, S. 11.

<sup>162</sup> Ebenda, S. 10.

sondern mittels der Hilfe zur Genesung dem Menschen als Ganzen einen Dienst zu erweisen ... Da ethisches Denken und medizinisches Handeln beide an der Sorge für den Menschen als Ganzem orientiert sind, müssen sie sich auf der Ebene des authentisch Menschlichen und der [130] daraus erwachsenden Forderungen treffen ... Das kann natürlich nur dann erfolgreich verwirklicht werden, wenn um der Menschen – willen die Ethik ihren objektivistischen und die Medizin ihren naturwissenschaftlichen Charakter korrigieren.“<sup>163</sup> „Die Grundnorm der medizinischen Ethik kann nur aus den wirklichen Bedürfnissen des Menschen in seiner Ganzheit erhoben werden.“<sup>164</sup>

Dem christlichen Glaubensbekenntnis räumt er bei der Realisierung dieser Aufgabe eine große Bedeutung ein und bestimmt das Christsein folgendermaßen: „Zur christlichen Religion gehören bedeutet, daß der Mensch an Jesus von Nazareth und dessen Botschaft glaubt. Diese Botschaft bejahen bedeutet: die erlösende Gegenwart Gottes in dieser Welt erkennen und ... in aller authentischen Humanität wahrnehmen. Die christliche Lebensauffassung unterscheidet sich nicht von einer humanistischen Daseinsinterpretation durch irgendein Mehr, das dem Menschlichen hinzugefügt wird ... Das Menschliche ist zugleich Symbol und schon Wirklichkeit des Heils. Das Christliche läßt sich weder vom Menschlichen trennen noch anders als in diesem Menschlichen erkennen und artikulieren ... Die christliche Auffassung vom menschlichen Leben wird durch das Vertrauen gekennzeichnet, daß – trotz der Erfahrung der Ohnmacht gegenüber dem Übel in der Welt – mit dem Menschen alles gut gehen wird, sowohl individuell als auch kollektiv ... Die Verkündigung dieser Botschaft kann daher ein wertvoller Beitrag in den gemeinsamen Versuchen zur Humanisierung der Welt sein, ist aber noch wertvoller in jenen Situationen eines Menschenlebens, in denen es gerade um den Sinn des Lebens wie auch immer geht ...“<sup>165</sup> Aber es ist „kein Monopol der christlichen Glaubensgemeinschaft, die ethischen Forderungen der Humanität zu erkennen. Zusammen mit allen Menschen sollen die Gläubigen darüber nachdenken, wie man diese Welt vermenschlichen kann ... Aus der Überzeugung, daß Gottes Offenbarung und Heil nur da sind, wo sich wahre Menschlichkeit zeigt, müssen wir in einem ehrlichen Dialog auf alles hören, was sich immer an wahrhaft Menschlichem im ‚weltlichen‘ Ethos zeigt ... alle wahrhaft humane weltliche Ethik (kann) ein Fundort göttlicher Offenbarung und damit christlicher Ethik sein ...“<sup>166</sup>

Auf diese Weise, stellt Sporken sich vor, müßten „wir zu verwirklichen versuchen, wonach die Menschen verlangen und was sie ersehnen: ein Leben ohne Krieg, ohne Hunger, ohne Mangel an elementaren Lebensbedürfnissen, ohne die wahnsinnige Angst vor der sinnlosen und maßlosen Leid verursachenden Aggressivität. Oder anders, ein Zusammenleben, in dem – trotz des hohen materiellen Wohlstandes – wahre Humanität, Güte, Liebe, Ehrlichkeit und gegenseitige Achtung den Ton angeben.“<sup>167</sup>

Mit diesen zitierten Aussagen sind auch bereits wichtige Aspekte der Wesensbestimmung des Menschen bei Sporken berührt: Der Mensch ist eine Einheit seiner leiblichen, personalen und sozialen Daseinssituation. „der Mensch ist wesentlich Mitmensch; sein sittlicher Auftrag ist nicht seine individualistische Selbstverwirklichung, sondern Selbstverwirklichung in und durch Mitmenschlichkeit“;<sup>168</sup> „Gott ist in jedem Mitmenschen gegenwärtig.“<sup>169</sup>

Eng damit verknüpft ergibt sich nun für Sporken, daß das Leben „das kostbarste Gut jedes Menschen ist“, und die „Pflicht zur Achtung jedes Menschenlebens gehört unabdingbar zu den fundamentalsten menschlichen Errungenschaften“.<sup>170</sup> Diese Wertbestimmung des menschlichen Lebens begründet er damit, daß das Leben die Voraussetzung zur Selbstverwirklichung des Menschen sei. „Für den Christen und viele andere Gläubige wird das verstärkt durch die biblische Auffassung, daß das Leben des

<sup>163</sup> P. Sporken, Darf die Medizin, was sie kann?, S. 35.

<sup>164</sup> Ebenda, S. 46.

<sup>165</sup> P. Sporken, Menschlich sterben, S. 21 f.

<sup>166</sup> Ders., Darf die Medizin, was sie kann?, S. 29 f.

<sup>167</sup> Ebenda, S. 185.

<sup>168</sup> Ebenda, S. 161 f.

<sup>169</sup> Ebenda, S. 61.

<sup>170</sup> P. Sporken, Menschlich sterben, S. 25.

Menschen ein Geschenk oder eine Gabe des Herrn ist, die dem Menschen als Aufgabe, das heißt in Verantwortung anvertraut wird.“<sup>171</sup>

Die „fundamentale ethische Aufgabe des Menschen“ bestehe deswegen darin, „daß er sein Leben und deshalb auch sein Sterben als letzte Lebensrealität annimmt und menschlich macht ... der Mensch (hat) Anspruch auf ein Leben, in dem er möglichst viele menschliche Werte verwirklichen kann“.<sup>172</sup>

Aus diesem Anspruch des Menschen heraus betont Sporken immer wieder: „Nicht das Leben schlechthin, sondern das sinnvolle und akzeptable menschliche Leben ist normierend für die konkrete Verwirklichung der Ehrfurcht vor dem Leben.“<sup>173</sup> Diese Auffassung von „Ehrfurcht vor dem Leben“ bringt verschiedene Konsequenzen auch für die Frage der Bewahrungspflicht mit sich:

1. Es gebe augenblicklich keine Definition dessen, was menschliches Leben ist. In praxi ließe man sich davon leiten, daß es von Menschen gezeugt und geboren sein muß und – wenn auch in großer Variationsbreite – menschliche Gestalt hat. „Die ethische Pflicht zur Respektierung dieses menschlichen Lebens gilt von dem Augenblick an, da und solange menschliches Leben als vorhanden angesehen werden muß: vom Beginn der Schwangerschaft an bis zum Gehirntod. Aber damit ist nicht alles gesagt. Auch wenn von menschlichem Leben in der Entwicklung gesprochen wird, dann bedeutet das noch nicht, daß das Menschliche während des ganzen Prozesses in derselben Art verwirklicht wird.“ Es bestehe zweifellos ein großer Unterschied im Menschsein zwischen einer [132] befruchteten Eizelle, einem Embryo, einem fast ausgetragenen Kind, einem Neugeborenen, einem Jugendlichen, einem Erwachsenen und einem Greis. Dementsprechend bestehe auch ein Unterschied in der Wertung dieses menschlichen Lebens. Daraus folge aber nicht, daß man aus diesem Grunde einer bestimmten Phase der Entwicklung die Qualität „menschlich“ vorenthalten darf. „Wenn wir über Menschsein nachdenken, dann tun wir das von der ‚Lebensmitte, d. h. vom erwachsenen Menschen aus, bei dem das Menschsein normalerweise voll verwirklicht ist ... Das hat zur Folge, daß die ethische Pflicht zur Respektierung menschlichen Lebens eine ... fließende Linie zeigt, was ihre Geltungskraft betrifft: Sie gilt vom Beginn bis zum Ende, aber gilt mehr, je voller das Menschsein realisiert ist ... Je höher die Entwicklungsebene ist, auf der sich der Menschwerdungsprozeß befindet, um so ernsthafter wird die Situation und um so schwerer werden die Gründe sein müssen, um die Verkürzung oder den Abbruch dieses Lebens ethisch rechtfertigen zu können.“<sup>174</sup> Dieser Standpunkt Sporkens unterscheidet sich gravierend von der ansonsten in der katholischen Kirche vertretenen These, der Mensch sei Mensch „von Anfang an“, d. h. vom Augenblick der Zeugung an.

2. „Wenn der Sterbende in den Konflikt gerät zwischen der Art und Dauer seines Sterbeprozesses und dessen Menschenwürdigkeit, steht er selbst (und damit auch die umstehenden Helfer) von der Aufgabe, zu versuchen, diesen Konflikt aufzuheben.“<sup>175</sup> Unter diesen ausgesprochen als Ausnahme zu betrachtenden Umständen gestattet Sporken dem Sterbenden, gewissermaßen als „notwendiges Übel“, das „eigentlich nicht sein soll“, seinen Sterbeprozess selbst abzukürzen. Die Vornahme von Tötung auf Verlangen des Patienten durch den Arzt lehnt er jedoch ab. Auf jeden Fall aber scheint es ihm „ethisch vertretbar und manchmal sogar geboten, einen langsam verlaufenden Sterbeprozess, der durch die Natur selbst vollzogen wird, nicht zu verlängern.“ Sterbenshilfe erfordere in diesen Fällen, daß keine maximale Therapie angewendet – wird, und eventuelle tödliche Komplikationen nicht mehr bekämpft, wohl aber optimale pflegerische und menschliche Versorgung und Hilfe geboten werden.<sup>176</sup> Für einen sinnvollen Lebensvollzug in diesen letzten Phasen des Lebens gibt er folgende Kriterien an:

- Der Patient sieht selbst einen Sinn in dem ihm verbleibenden Lebensrest.
- Der Patient hat noch eine bestimmte Aufgabe zu erfüllen. [133]

---

<sup>171</sup> Ebenda.

<sup>172</sup> P. Sporken, Euthanasie im Rahmen der Lebens- und Sterbehilfe.

<sup>173</sup> Ders., Menschlich sterben, S. 78 f.

<sup>174</sup> Ebenda, S. 28–30.

<sup>175</sup> P. Sporken, Euthanasie im Rahmen der Lebens- und Sterbehilfe.

<sup>176</sup> Ders., Menschlich sterben, S. 78 f.



- Der Patient reagiert, und sei es minimal, als Mensch auf menschlicher Ebene.
- Das Leben des Patienten hat einen sozialen Sinn (z. B. für die Angehörigen).<sup>177</sup>

3. „Die Mündigkeit und die wirklichen Belange des Patienten bilden ... die Grundnorm ethischen Handelns. Deshalb muß auch die Beziehung zwischen Arzt und Patient durch Dialog und Beratung gekennzeichnet werden, wobei das letzte Wort dem Patienten zusteht.“<sup>178</sup> „Wirkliche Lebenshilfe besteht darin, daß wir dem anderen helfen, er selbst zu werden, oder daß wir so bei dem anderen sind, daß er zur Selbstverwirklichung kommen kann ... Es scheint mir, daß die größte Bedrohung für diese Form der Lebenshilfe in der Unduldsamkeit und Ungeduld liegt, die bei vielen vorhanden ist ...“<sup>179</sup>

4. Es sei wichtig, „daß man das Lebensrecht nicht betrachten darf vom für sich existierenden einzelnen her. Die Forderung nach Ehrfurcht vor dem Leben des Mitmenschen hat ihr Fundament primär in der Zugehörigkeit zur menschlichen Gemeinschaft, in der Tatsache, daß der andere Mensch ‚einer von uns‘ ist, den wir als solchen anerkennen und behandeln müssen ... Jede willkürliche Entscheidung oder Verfügungsgewalt über das Leben des Mitmenschen ist deshalb mit der christlichen Lebensauffassung unvereinbar, weil wir Gott in jedem Mitmenschen gegenwärtig glauben.“<sup>180</sup>

Aus seiner religiös fundierten Auffassung vom Wesen des Menschen und der skizzierten speziellen Haltung zur „Ehrfurcht vor dem Leben“ ergibt sich für Sporken eine Sinnggebung für Sterben und Tod aus der sozialen Situation heraus (wie sich der Tod für die Angehörigen gestaltet; Organe für Transplantation usw.) und aus dem Leben vor dem Tode (die Sterbephase könne Abschluß oder wiedergutmachende Vollendung des Lebensrestes bedeuten). Dann merke man, „daß auch diese Lebensphase die Mühe lohnt, gelebt zu werden“.<sup>181</sup> Diese Sinnggebung ergäbe sich weiterhin aus dem Glauben (wer echt glaubt, könne es im Leben und im Sterben leichter haben, „denn die christliche Botschaft ist eine Botschaft über den tieferen Sinn des menschlichen Daseins“<sup>182</sup>) und schließlich aus der Auffassung vom „Weiterleben nach dem Tod als eine Fortsetzung unserer Glückserfahrung im Glücklichmachen des anderen“.<sup>183</sup>

Die Aufgabe und Notwendigkeit der Sterbenshilfe leitet Sporken ab aus der genannten Pflicht und dem Recht des Menschen, „seinen eigenen Tod zu sterben“, was die Pflicht und das Recht auf „ungestörtes Sterben“, in dem „möglichst viele menschliche [134] Einzelwerte zur Geltung kommen“, beinhaltet.<sup>184</sup> „Es geht darum, in einer solchen Weise bei dem Sterbenden zu sein, daß er er selbst wird.“<sup>185</sup> Als Formen der Sterbenshilfe nennt Sporken gute Pflege, die Bekämpfung körperlicher Leiden und Schmerzen, das Schaffen einer freundlichen und herzlichen Atmosphäre, die Gabe von Psychopharmaka zur Überbrückung bei der Bewältigung innerer Probleme, den Verzicht auf die Bekämpfung eintretender tödlicher Komplikationen sowie in Ausnahmefällen (s. o.) die Gestattung einer Selbsttötung durch den Patienten.

Sporkens hier vorgestelltes Konzept werten wir als einen Versuch, bereits als veraltet und unwirksam empfundene christliche Auffassungen den veränderten gesellschaftlichen und medizinischen Bedingungen anzupassen und ihnen damit im wahrsten Sinne des Wortes wieder zur „Glaubwürdigkeit“ zu verhelfen. Um diesem Anliegen gerecht zu werden, verknüpft er wesentliche Elemente der medizinisch-anthropologischen Bestimmung des Menschen mit der christlichen Lehre und führt sie damit von objektiv-idealistischen Ausgangspositionen in eine mehr subjektiv-idealistische Betrachtungsweise über. Sporkens Vorgehensweise bietet positive Ansatzpunkte: Erstens überwindet er eine einseitig naturwissenschaftliche Auffassung des Menschen in der Medizin und orientiert sie auf die

---

<sup>177</sup> Ebenda, S. 81.

<sup>178</sup> Ebenda, S. 42 f.

<sup>179</sup> Ebenda, S. 30 f.

<sup>180</sup> P. Sporken, *Darf die Medizin, was sie kann?*, S. 60 f.

<sup>181</sup> Ders., *Menschlich sterben*, S. 66 f.

<sup>182</sup> Ebenda, S. 67.

<sup>183</sup> Ebenda, S. 70.

<sup>184</sup> P. Sporken, *Euthanasie im Rahmen der Lebens- und Sterbehilfe*.

<sup>185</sup> Ders., *Menschlich sterben*, S. 43.

Beachtung des Zusammenhanges körperlicher, psychischer und sozialer Bedürfnisse der Menschen in der Situation des Krankseins und Sterbens. Damit kommt er zu teilweise sehr wertvollen Forderungen für die Humanisierung der Betreuung Schwerkranker und Sterbender. Zweitens verlangt er vom Christentum ausdrücklich eine Zusammenarbeit mit anders denkenden Menschen im Humanisierungsprozeß der Menschheit, womit er sich in progressiver Weise von den pharisäischen Äußerungen manch anderer Christen abhebt. Sporken fordert von Christen und Andersdenkenden Taten für den Frieden und für die Sicherung anderer grundlegender Lebensbedürfnisse der Menschen.

Die individuelle Bewältigung der Todesproblematik ist aber bei Sporken noch immer an eine positive Sinngebung von Sterben und Tod und den irrationalen Verleugnungsmechanismus gebunden, der Mensch erlebe nach dem Tod eine Fortsetzung der menschlichen Glückserfahrung.

Die gesellschaftliche Entwicklung wird von Sporken auf das moralisch motivierte Wirken des Menschen bei der Realisierung menschlicher Solidarität reduziert. Trotz der genannten positiven Ansätze wird ein solches Konzept, das nicht auf die Ursache gesellschaftlicher Entwicklung stößt und Möglichkeiten zu ihrer [135] grundlegenden Veränderung aufgezeigt, für sich allein, wenn es sich nicht mit, anderen gesellschaftlichen Kräften zu verbünden vermag, in seinem Vorhaben zur Humanisierung der Welt immer wieder an den antagonistischen Widersprüchen der imperialistischen Gesellschaft scheitern. Mehr noch: Indem Sporkens Konzept in der Lage zu sein scheint, einige besonders auffällige Mängel der katholischen Lehre zu überwinden, wäre es auch denkbar, daß es wieder zur Festigung des Katholizismus und zur kapitalistischen Systemstabilisierung beitragen und letztlich gerade deswegen seine eigenen Ideale nicht realisieren könnte.

### **Gemeinsame Merkmale und praktische Folgeerscheinungen der vorgestellten Konzepte zu Tod und Sterben**

Mit Ausnahme der generell reaktionären Konzeption von der Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens sind alle anderen der besprochenen Auffassungen, die einen repräsentativen Ausschnitt aller im heutigen Imperialismus verbreiteten Vorstellungen über das menschliche Leben, das Sterben und den Tod und die damit zusammenhängenden Konsequenzen für die ärztliche Bewahrungspflicht darstellen, voller Widersprüche, die eine klare Zuordnung im Sinne progressiv/nicht progressiv unmöglich machen. Sie beinhalten sowohl rationale Momente, insofern sie auf solche wesentlichen, dem Imperialismus eigenen Erscheinungen aufmerksam machen, wie die Sinnentleerung und Entfremdung des Individuums von seiner Umwelt, die private Kostenverrechnung im Gesundheitswesen als Ursache für nur begrenzte medizinische und personale Zuwendung zur einzelnen Person, oder indem sie berechtigt fordern, den Menschen nicht nur als biologisches Wesen mit rein naturwissenschaftlichen Mitteln zu erfassen, als auch reaktionäre und ausgesprochen an die Interessen der herrschenden Klasse gebundene Ansichten, wie die Wiedereinführung des Begriffs „lebensunwerten Lebens“, die Anlehnung an Trieblehren oder die Forderung nach der Begrenzung der wissenschaftlichen Entwicklung der Medizin.

Es konnte gezeigt werden, daß die meisten dieser Auffassungen nicht völlig neu sind, sondern an alten Konzepten anknüpfen und diese den neuen Bedingungen anzupassen versuchen. Trotzdem kann man nicht von einer einfachen Tradierung überlebter Denkhaltungen sprechen, sondern sie müssen als unter den gegenwärtigen [136] imperialistischen Verhältnissen erneut produzierte Formen bürgerlichen Denkens aufgefaßt werden.

Allen Konzepten ist trotz des im einzelnen sehr unterschiedlichen Herangehens eine individualistische Bestimmung des Wesens des Menschen gemeinsam, der als Person immer einer abstrakt aufgefaßten Gesellschaft gegenübergestellt wird. Versuche, diesen Gegensatz zwischen Mensch und Gesellschaft zu überbrücken, existieren in Form von Forderungen nach Mitmenschlichkeit, Nächstenliebe, Verantwortung und Annahme des einzelnen für bzw. durch die Gemeinschaft. Sie bleiben aber in ihrer appellativen Form nur partiell realisierbar, da auf den guten Willen einzelner begrenzt, oder stellen sich als ausgesprochen utopisch heraus, wie die Meinung, die Angst vor dem Sterben durch Verdrängen der negativen Triebe mittels psychoanalytischer Methoden überwindbar zu machen.

Keiner der vorgestellten Konzeptionen gelingt es, die als problematisch angesehenen Widersprüche zwischen den generellen Zielorientierungen des medizinischen Handelns und den spezifischen

Interessen des einzelnen Patienten, zwischen einer zunehmenden technischen Perfektion und einer unpersönlichen Haltung zum Patienten oder zwischen der Unerläßlichkeit der Sicherung der Gesundheits- und Krankenfürsorge durch staatliche Institutionen einerseits und der Delegation der Verantwortung für die Gesundheit an den sogenannten „mündigen Bürger“ andererseits in ihren sozialen Bedingungen und Wirkungen exakter zu erfassen und im Zusammenhang mit den sozialökonomischen Voraussetzungen einer kapitalistischen Gesellschaft zu sehen. Weiterhin gelingt es nicht, zu der Erkenntnis vorzustoßen, daß die erforderlichen Problemlösungen letztlich nur in einer engen Verknüpfung von medizinisch-wissenschaftlichem Fortschritt mit der Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnisse zum Sozialismus/Kommunismus möglich sind, und damit für die Veränderung der kritisch gesehenen Praxis wirkungsvolle und überzeugende Orientierungen anzubieten.

Wenn diese Konzeptionen und die ihnen zugrunde liegenden sozialen Bedingungen daher einer prinzipiellen Kritik unterworfen werden müssen, so schließt das jedoch nicht aus, daß sie eine Reihe wichtiger einzelwissenschaftlicher Erkenntnisse und praktikable Empfehlungen für die psychische Sterbebetreuung vermitteln, die nach der Überprüfung ihres Geltungsbereiches marxistisch-leninistische Auffassungen bereichern können.

Für die praktische Gesundheitspolitik der BRD haben die vor-[137]gestellten Konzepte nur den Charakter weitgehend unverbindlicher Diskussionsbeiträge, die von vornherein dem „Pluralismus“ verpflichtet bleiben. Um dennoch zu einer gewissen Einheitlichkeit der Handlungsrichtlinien vor allem auch in der Ärzteschaft zu gelangen, ist 1979 in der BRD versucht worden, eine Art Kompromißposition zu fixieren. Das geschah über die Formulierung von „Richtlinien für die Sterbehilfe“ durch die Bundesärztekammer und deren Veröffentlichung mit einem interpretierenden Kommentar.<sup>186</sup>

Diese Richtlinien umfassen folgende Schwerpunkte:

- Dem Sterbenden ist bis zu seinem Tod zu helfen.
- Die Hilfe besteht in Behandlung, Beistand und Pflege.
- Dem Willen des urteilsfähigen Patienten ist nach entsprechender Aufklärung in jedem Falle nachzukommen.
- Beim Bewußtlosen und urteilsunfähigen Patienten handelt der Arzt im wohlverstandenen Interesse des Patienten, dabei sind allerdings zu berücksichtigen
  - Hinweise auf den mutmaßlichen Willen des Patienten (frühere schriftliche Verzichtserklärungen des Patienten auf lebensverlängernde Maßnahmen sind ein wichtiges Indiz zur Ermittlung seines Willens, tragen aber keinen verbindlichen Charakter),
  - bei unmündigen Patienten der Wille der Eltern oder des Vormundes, wenn es um einen Behandlungsabbruch geht.
- Beim mit Sicherheit bereits im Sterbeprozess befindlichen Patienten ist der Arzt nicht zu einer Lebensverlängerung verpflichtet.
- Es besteht weiterhin das absolute Tötungsverbot laut § 216 des StGB der BRD, der auch Tötung auf Verlangen unter Strafe stellt.
- Der Arzt steht dem Patienten auch menschlich bei.
- Der Sterbende hat einen Anspruch auf menschenwürdige Unterbringung und Betreuung.

Als Reaktion auf das bereits zitierte Dokument des Europarates und ausdrücklich an den entsprechenden Schweizerischen Richtlinien von 1977 orientiert, ist dieses Sterbehilfeprogramm der Bundesärztekammer vorwiegend aus Elementen des Konzepts vom „jemeinigen Tod in Würde“ aufgebaut, und auch Sporkens Konzept geht widerspruchsfrei in diesen Richtlinien auf.<sup>187</sup>

Rufen wir uns noch einmal die bereits zitierten Äußerungen des Hauptgeschäftsführers der Bundesärztekammer, Deneke, in Erinnerung, der die Erneuerung der Sittlichkeit in der Gesellschaft durch die Stabilisierung des ärztlichen Ethos erhofft und [138] dazu ideelle Orientierungssysteme fordert,

---

<sup>186</sup> Richtlinien für die Sterbehilfe, in: Deutsches Ärzteblatt, Köln, Heft 14, 1979, S. 957.

<sup>187</sup> Vgl. Resolution der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zur Behandlung Todkranker und Sterbender, in: Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Heft 3, 1979.

so wird klar, daß die Richtlinien für Sterbehilfe der Bundesärztekammer alle Kriterien eines solchen ideellen Orientierungssystems der ärztlichen Standespolitik in der BRD erfüllen sollen. Sie sind ihrer Intention nach dem Motto „zwei Schläge nach links, einen nach rechts“ verpflichtet und stellen ein sozialreformistisches, liberalistisches Programm dar. Sie beruhen nicht auf einer historisch-konkreten Analyse der real existierenden gesellschaftlichen Widersprüche und Entwicklungstendenzen, sondern sind nach Deneke ausdrücklich auf als rational nicht begründbar angesehene abstrakte ethische Grundwerte, wie Würde und Menschlichkeit, ausgerichtet.

Die Richtlinien der Bundesärztekammer befinden sich außerdem eindeutig auf der Linie der von der Bundesregierung betriebenen Gesundheitspolitik, die auf die Betonung der Eigenverantwortlichkeit des Bürgers und das damit im Zusammenhang stehende Prinzip „der Wille des Patienten ist oberstes Gesetz“ orientiert, die vorwiegend kurativ-individualmedizinische Aufgaben in den Vordergrund rückt und die Standesinteressen der frei praktizierenden Ärzte unangetastet läßt.

Sie tragen somit zur weiteren Sicherung der Standesinteressen insofern bei, als sie wichtige Vorwürfe der Öffentlichkeit an den Ärztestand pro forma und dem Buchstaben nach entkräften, indem sie die Ärzte einerseits auch für den menschlichen Beistand gegenüber Sterbenden verpflichten, indem sie einer sinnlosen Lebensverlängerung vorbeugen, den Willen des Patienten hochschätzen, und andererseits die Ärzte vor dem Vorwurf und der Nötigung bewahren, nach dem geltenden Recht Hilfeleistungen zu unterlassen oder auf Verlangen des Patienten oder gar aus eigener Initiative Tötungen vorzunehmen.

Da aber mit den Richtlinien in keiner Weise die Umstände und die Bedingungen für Ärzte (Besitzverhältnisse, Leistungsentgelt, Arbeitszeit, Arbeitsbedingungen) geändert werden, haben sie in praxi nicht mehr als Appellcharakter; und da menschlicher Beistand auch in Zukunft nicht als honorarwürdige Leistung in den Katalogen der Krankenkassen auftauchen wird,<sup>188</sup> wird sich an der Situation der Sterbenden in dieser Hinsicht nicht viel ändern.

Damit zeigt sich sowohl bei den vorgestellten Konzeptionen als auch an den Richtlinien der Bundesärztekammer, daß das humanistische Anliegen der medizinischen Bewahrungspflicht gegenüber menschlichem Leben in vollem Umfang, solange es im Rahmen eines der bestehenden imperialistischen Gesellschaften verpflichteten Gesundheitswesens realisiert werden soll, prinzipiell in Frage gestellt bleibt. Andererseits zeugen jedoch sowohl die theoretischen Aktivitäten zur Neubestimmung des Bewahrungsauftrages als auch die praktischen Handlungsorientierungen in Form derartiger „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Sterbehilfe“ von einem in der BRD (und analog in anderen hochentwickelten imperialistischen Ländern) entschieden gewachsenen Problembewußtsein der Ärzte, Philosophen, Moraltheologen, Juristen u. a. für die Widersprüche zwischen Individuum, Medizin und Gesellschaft in ihren Ländern.

Die Reflexion dieser widersprüchlichen Entwicklung, als deren Ergebnis die diagnoseorientierte individualmedizinisch-kurative, marktwirtschaftlich organisierte Medizin im Brennpunkt der Kritik steht, hat in den letzten Jahren eine Reihe von Aktivitäten sowohl von Mitarbeitern des Gesundheitswesens als auch von Medizintheoretikern (im weitesten Sinne) ausgelöst, die unter der Forderung nach „patientenzentrierter Medizin“ auf die Bedürfnisse der Patienten, auf ihre Individualität orientieren, ein ausreichendes Maß an personaler Zuwendung und sozialer Fürsorge gewähren und die technischen Errungenschaften zum Vorteil der Menschen dienstbar, jedoch nicht zum Beherrscher medizinischer Abläufe machen wollen.<sup>189</sup>

---

<sup>188</sup> D. Rössler, *Ärztliche Ethik aus anthropologischer Sicht*, S. 20.

<sup>189</sup> H. Abermeth, *Patientenzentrierte Krankenpflege*, Göttingen 1977; H. Klemm, *Die Visite beim unheilbar Kranken und Sterbenden im Krankenhaus*; akt. Gerontol., Heft 4, 1980, S. 163; R. Kuhn, *Die Aufgabe der Krankenschwester gegen die Vereinsamung des Patienten*, in: *Krankenhausprobleme der Gegenwart*, hrsg. v. E. Haefliger/V. Elsasser, Bern/Stuttgart/Wien 1974; Mattem, *Die Betreuung des chronisch Kranken in der Allgemeinpraxis*, *Therapiewoche*, Heft 5, 1978, S. 820; P. Meerwein, *Das ärztliche Gespräch*, Bern/Stuttgart/Wien 1969; ders., *Einführung in die Psychoonkologie*, Bern/Stuttgart/Wien 1981; J. Moltmann, *Die Menschlichkeit des Lebens und des Sterbens*, *Z. f. Allg. Med.*, Heft 3, 1975, S. 89; H. O. F. Rest, *Psychosoziale Aspekte des institutionellen Sterbens alter Menschen*, akt. Gerontol., Heft 1, 1979, S.

Eine differenzierte Betrachtung und kritische Wertung dieser Bewegung ist hier nicht möglich. Bei aller Unterschiedlichkeit der theoretischen Grundlagen und Zielstellungen ihrer Vertreter müssen diese Aktivitäten jedoch als Versuch gewertet werden, innerhalb des Gesundheitswesens eine Demokratisierung zu erreichen und sich damit gegen die menschenfeindlichen Auswüchse imperialistischer Gesundheitspolitik zu richten. Dieser antiimperialistisch-demokratischen Bewegung könnte die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Sterbehilfe ein wirksames Hilfsinstrument sein, auf das sie sich in ihren Bestrebungen berufen kann. Die Realisierung des Inhaltes dieser Richtlinie wäre im Rahmen dieser Aktivitäten wenn auch nicht leicht, so doch vielleicht schrittweise und partiell – möglich. In diesem Sinne sind auch zunehmend Bereitschaft und Interesse vorhanden, die Entwicklung des Gesundheitswesens in der DDR und anderen sozialistischen Ländern aufgeschlossen und kritisch zu rezeptieren und gerade die Frage der Sterbebetreuung zum Prüfstein der realen Humanität ihrer medizinischen und sozialen Betreuung zu machen.<sup>190</sup>

[140]

---

35; Chr. Schmeling/U. Koch, Umgang mit Sterbenden. Evaluation eines Ausbildungsmodells, Med. Welt, Heft 24; 1980, S. 928.

<sup>190</sup> F. Ormea, Marxisten angesichts des Todes, Internat. Dialog-Zeitschrift, Heft 2, 1970, S. 98; F. Reisinger, Der Tod im marxistischen Denken heute, München/Mainz 1977; H. Muck, Sterben und Tod im Sozialismus, Dtsch. Ärzteblatt – Ärztl. Mitteilungen, 9/1981, S. 420.

## VI. Zusammenfassung

In diesem letzten Abschnitt sollen die wichtigsten Ergebnisse der vorstehenden Untersuchungen nun in verallgemeinerter und thesenhafter Form dargestellt werden.

Es konnte zunächst festgestellt werden, daß vor allem zwei Bereiche neuartiger Entwicklungen das historisch gewachsene Verhältnis der Medizin, der Gesellschaft und der Individuen zum Sterben und zum Tod erheblich verunsichert haben und komplizierter erscheinen lassen als früher. Diese Entwicklungen umfassen erstens Erweiterungen der ärztlichen Handlungsmöglichkeiten zur Erhaltung vital bedrohten menschlichen Lebens im Zuge des rasch voranschreitenden medizinischen und wissenschaftlich-technischen Fortschritts und zweitens Veränderungen in den sozialen Lebensformen, wie z. B. in den Familienstrukturen, die die soziale Integration von schwer Erkrankten, Geschädigten und auch Sterbenden in stabile soziale Strukturen erschweren. Vor allem die letztgenannten Prozesse sind hinsichtlich ihrer Formen und Folgen in den heute existierenden gesellschaftlichen Systemen von den konkreten gesellschaftlichen Verhältnissen abhängig und führen deshalb in kapitalistischen und sozialistischen Staaten zu verschiedenartigen Problemen, Widersprüchen und Lösungsmöglichkeiten.

Die Untersuchung der die gegenwärtige Diskussion zu derartigen Fragen in der BRD bestimmenden Konzeptionen ergab, daß in ihnen viele real existierende Widersprüche zwischen den Bedürfnissen der Menschen nach einer qualitativ hochwertigen und zugleich humanen medizinischen Betreuung und den von den sozialökonomischen Bedingungen gesetzten Schranken eines nach kapitalistischen Prinzipien organisierten Gesundheitswesens offen und kritisch angesprochen werden. Die dabei unterbreiteten Lösungsvorschläge beschränken sich jedoch fast ausschließlich auf moralische Appelle an die Ärzteschaft und andere Mitarbeiter medizinischer Institutionen, die trotz der oft spürbaren ethischen Motivation weitgehend abstrakt und wirkungslos bleiben. Unübersehbar ist dabei auch die häufig vorhandene innere Widersprüchlich-[141]keit relevanter Forderungen und der zu ihrer Begründung herangezogenen ethischen Positionen, wobei auch Tendenzen zu radikalen antihumanen Wendungen und zur Mystifizierung von Problemen eine große Rolle spielen und das Entstehen einheitlich anerkannter moralischer Normen ernsthaft behindern. Aus diesem Grunde erweisen sich die in der bürgerlichen Gesellschaft und auf deren Ideologien beruhenden neueren Konzepte zur Problematik des Sterbens und des Todes als unzureichend wissenschaftlich fundiert und als ungeeignet, für sozialistische Bedingungen übernommen zu werden.

Die prinzipielle Übereinstimmung gesellschaftlicher, medizinischer und individueller Interessen, die dem Sozialismus wesenseigenen neuartigen Möglichkeiten gesellschaftlicher und medizinischer Verantwortungsübernahme für das Wohl des einzelnen und die höheren Ansprüche an die Persönlichkeitsentwicklung aller ihrer Mitglieder bilden günstige Ausgangsbedingungen, um in der Analyse der konkreten Entwicklungsbedingungen wissenschaftlich begründete und als moralische Verpflichtung auferlegbare Handlungsorientierungen zu finden. Deren prinzipieller Inhalt kann nach unserer Überzeugung nicht in einer irgendwie gearteten Begrenzung des lebensbewahrenden Auftrages der Medizin bestehen, sondern erfordert dessen Ergänzung um die Pflicht, mit Hilfe aller gebotenen gesellschaftliche Möglichkeiten humane Bedingungen für das Dasein Kranker, Geschädigter und Sterbender zu sichern.

Diese Zielorientierung beruht auf einer prinzipiell positiven Wertung menschlichen Lebens in der marxistisch-leninistischen Weltanschauung sowie in der gesellschaftlichen Praxis des Sozialismus. Dabei werden sowohl die organismischen Existenzbedingungen des Individuums als auch seine Fähigkeit zu aktiver sozialer Lebensgestaltung als bedeutsame Güter betrachtet, deren Schutz und Förderung im Interesse einzelner Individuen und der Gesellschaft liegen und durch eine Reihe von juristischen Regelungen, sozialpolitischen Maßnahmen und Initiativen der Hilfe für Kranke und Geschädigte zunehmend besser realisiert werden.

Die mit dem marxistisch-leninistischen Persönlichkeitsideal verknüpften hohen Anforderungen an jeden einzelnen berechtigen nicht dazu, Menschen, die aufgrund körperlicher oder geistiger Schädigungen derartige ideale Normen nicht im gewünschten Maß erreichen können, zu diskriminieren oder in ihren Lebensrechten und -ansprüchen als weniger sozial bedeutsam einzuordnen. Diese hohen

Persönlichkeitsauffassungen sind vielmehr eine moralische [142] Verpflichtung, auch Geschädigten, chronisch Kranken oder Sterbenden optimale Bedingungen der Lebensäußerungen als Persönlichkeit zu schaffen und ihnen vor allem auch ein hohes Maß an persönlicher Zuwendung von seiten der gesunden und leistungsfähigen Bürger zukommen zu lassen.

Die zwar im Regelfall eng miteinander korrespondierenden individuellen und gesellschaftlichen Ansprüche und Werturteile über die Sinnhaftigkeit des Lebens eines Menschen können unter bestimmten Umständen divergieren, so daß der einzelne sein Leben als nicht mehr schützenswertes Gut empfindet oder gar beenden möchte. Das Auftreten derartiger Positionen erfordert ebenfalls die verständnisvolle Zuwendung zu den betreffenden Menschen und den Versuch einer Veränderung ihrer Lebensbedingungen und -einstellungen.

Über solche Positionen zur Wertbestimmung menschlichen Lebens hinaus bietet die dialektisch-materialistische Weltanschauung weitere wichtige Ansatzpunkte für eine realisierbare Bewältigung der gegenwärtigen Problemsituation im Verhältnis zu Sterben und Tod. Entsprechend der marxistisch-leninistischen Auffassung von der produktiv-schöpferischen Rolle des Menschen muß in der Selbstverwirklichung des einzelnen zur Realisierung materieller und ideeller Werte für die Gesellschaft und für den einzelnen die Möglichkeit gesehen werden, auch die historisch-konkreten Potenzen im Kampf gegen vorzeitiges Sterben und Tod zu nutzen, das individuelle Leben sinnerfüllt zu gestalten und schließlich das eigene Sterbenmüssen akzeptieren zu können. Diese Einstellungsbildung vollzieht sich nicht automatisch, sondern setzt eine bewußte Auseinandersetzung mit der Problematik, einen Prozeß des Ringens der Persönlichkeit voraus, der individuell mit unterschiedlichen Methoden und letztlich erreichten Zielen bewältigt wird. Diesen Prozeß sollte man möglichst zu Zeiten von Gesundheit und Leistungsfähigkeit durchmachen.

Für das ärztlich-ethische Entscheidungsfeld der sogenannten „Grenzsituationen“ des Lebend und die medizinischen Aufgaben bei der Betreuung infauster Kranker und Sterbender ergeben sich aus den vorstehenden Überlegungen einige grundlegende Handlungsorientierungen:

1. Die Pflicht zur Lebensbewahrung eines Menschen gilt unabhängig davon, wie weit sich ein Individuum zur Persönlichkeit entwickelt hat und sein Leben selbst für wertvoll hält. Das in Einzelfällen dieser moralischen und juristischen Verpflichtung des Arztes zur Lebensbewahrung widersprechende Recht des Patienten auf [143] Therapieverweigerung muß jedoch akzeptiert werden, wenn ein juristisch entscheidungsfähiger Mensch in vollem Wissen um die Folgen des Verzichtes eine medizinische Maßnahme gezielt verweigert. Therapieablehnende Vorausentscheidungen zu Zeiten von Gesundheit und Leistungsfähigkeit müssen im Interesse des Patienten negiert werden, da sie nicht als durchdachte Entscheidung einer Person in bezug auf eine konkrete Situation des Lebens angesehen werden können.
2. Therapeutische Maßnahmen müssen auch in der Situation infauster Krankheit oder des Sterbens für den Patienten prinzipiell eine Hilfe sein. Ist aufgrund des Zustandes des Patienten mit Sicherheit abzusehen, daß eine bestimmte Therapie keine Aussicht auf kausale Besserung verspricht, nicht symptomatisch zu lindern vermag, den Patienten eher zusätzlich belastet oder ein leidvolles Sterben nur verlängert, kann ihre Nichteinleitung und Beendigung nicht als unterlassene Hilfeleistung, sondern als moralisch legitim und sogar geboten erscheinen. Echte und notwendige Hilfsmöglichkeiten bestehen jedoch in guter Pflege, in der Vorbeugung gegenüber weiteren belastenden Komplikationen und der Linderung von Beschwerden mit medizinischen Mitteln sowie in menschlicher Zuwendung. Diese Grundsätze betrachten wir sinngemäß auch für jene Sondergruppe von Patienten in der Intensivtherapie als geltend; bei der mit absoluter Sicherheit ein irreversibler Verlust auch minimalster Bewußtseinsformen festgestellt werden muß.
3. Der Bewahrungsauftrag der Medizin gegenüber menschlichem Leben umfaßt nicht nur die Gewährleistung organismischer Lebensfunktionen, sondern schließt auch eine an den nach allen Erfahrungen regelhaft vorhandenen Bedürfnissen schwerkranker und sterbender Patienten (nach körperlicher Pflege und hygienischen Lebensbedingungen, Schmerzlinderung, Kommunikation und Information, Achtung der Persönlichkeit) orientierte psychosoziale Betreuung ein. Der Funktionsraum der

Medizin erfährt damit eine wesentliche Erweiterung um eine psychosoziale Dimension, die in dieser Ausdehnung bisher nicht gefordert war und entscheidendes Merkmal einer Medizin der sozialistischen Gesellschaft darstellt.

4. An dem ethischen und juristischen Tötungsverbot für die Medizin muß festgehalten werden, weil durch die Zulassung von Tötungshandlungen das Vertrauen der Bevölkerung in die Medizin erheblich erschüttert würde, eine mißbräuchliche Anwendung nicht sicher ausgeschlossen werden könnte und die Entscheidungsverantwortung für die Vornahme solcher Tötungen medizinischen Mitarbeitern nicht zugemutet werden könnte. Die Basis dieses Tö-[144]tungsverbotes jedoch wird durch die vorstehend erläuterte Wertauffassung menschlichen Lebens gebildet. Ein solches Tötungsverbot gilt auch dann, wenn Patienten oder ihre Angehörigen vom Arzt die Tötung verlangen. Derartige Wünsche treten meist unter höchst belastenden Ausnahmebedingungen auf, existieren in der Regel nicht dauerhaft und können durch entsprechende Hilfsmaßnahmen beeinflußt werden.

Selbst wenn solche prinzipiellen Wertbestimmungen menschlichen Lebens und die daraus resultierenden Handlungsorientierungen für subjektive Bewältigungsmöglichkeiten angesichts von Sterben und Tod oder die sich ergebenden normativen Konsequenzen für das Gesundheitswesen und seine Mitarbeiter allgemein anerkannt und praktiziert werden, bleibt dennoch ein nicht unerhebliches Feld der medizinischen, juristischen und ethischen Entscheidungsfindung, das nicht allgemeinverbindlich geregelt werden kann, sondern in eigenverantwortlicher Kompetenz der jeweilig diensttuenden medizinischen Mitarbeiter gelöst werden muß. So sehr sich Ärzte, Schwestern und andere medizinische Mitarbeiter in ihrer prinzipiellen Übereinstimmung in moralischen und juristischen Fragen mit den Interessen der Gesellschaft und des einzelnen sicher wissen und so sehr kollektive Beratungen über problematische Entscheidungen unter den medizinischen Mitarbeitern derartige Einheitlichkeit im Denken und Handeln bezüglich der konkreten Erfüllung des Bewahrungsauftrages fördern können, so gehört andererseits dieser eigenverantwortlich wahrzunehmende Entscheidungsbereich, wie er sich in bezug auf die lebensbewahrende Aufgabe der Medizin und die Sterbebetreuung auftrat, zu den schönen, aber auch schweren und belastenden Aufgaben des medizinischen Berufs. Es ist ein weiterer wichtiger Vorzug des Gesundheitswesens in der sozialistischen Gesellschaft, daß es die aktive und bewußte Herausbildung moralischer Handlungsorientierungen, die von der Bevölkerung und den Patienten gleichermaßen wie von den medizinischen Mitarbeitern anerkannt werden, fördert, daß es hohe moralische Ansprüche an alle seine Mitarbeiter erhebt und bemüht ist, sie zur eigenständigen Lösungsfindung und Verantwortungsübernahme in ethischen Entscheidungssituationen zu befähigen. Darüber hinaus stellen zielgerichtete Bemühungen zur Problematik „sinnvolle Lebensbewahrung – humanes Sterben“ für die gesamte Gesellschaft und jedes ihrer Mitglieder eine hohe moralische Verpflichtung dar. Die Meisterung dieser Aufgaben wird nicht immer leicht sein, und sind sie gelöst, werden neue, nicht minder schwere auf uns zukommen. Anstoß zu geben, sich [145] auf den Weg zu machen, Hilfe zu erteilen, wo es nicht weitergehen will, und im gemeinsamen Diskutieren und Handeln unerschlossene Gebiete zu begehen – das ist unser ausdrückliches Anliegen.