

Peter Beisheim

## Wissenschaftlicher Bericht über Tendenzen in der modernen Thanatologie

Je mehr unsre technisierte und urbanisierte Welt fortschreitet, desto deutlicher wird es, daß eine proportionale Abnahme der Lebensqualität Platz greift. Diese Erkenntnis setzt sich mehr und mehr durch. Die Psychotherapie hat diese Abnahme aufgrund ihrer speziellen Einsichten mit einer hinter diesem Vorgang stehenden Furcht vor Sterben und Tod in Verbindung gebracht und darauf hingewiesen, daß diese Furcht vermutlich ebensosehr die Gesellschaft als solche wie den Einzelmenschen befällt. Andere Gesellschaften haben sich als fähig erwiesen, Tod und Sterben durch ihre Mythen, Riten und Symbole in das Leben zu integrieren. Unsre heutige Gesellschaft dagegen läßt durch ihre von der atomaren Bedrohung geprägte Haltung, ihr Programmiertheit durch das Fernsehen, ihre Begräbnispraktiken, ihre Überbetonung des Sexuellen, ihre Anbetung des technologischen Fortschrittes und die schlechte Behandlung des alternden Menschen erkennen, daß Tod und Sterben für ihr Zeitalter die Rätsel schlechthin sind. Trotz der dadurch entstandenen Atmosphäre faßt die Thanatologie immer mehr Fuß und zieht immer weitere Kreise. So entstehen Zeitschriften wie *Omega*, *Journal of Thanatologie*, Forschungsunternehmen wie *The Foundation of Thanatology* (New York), *Center for Death, Education and Research* (Minneapolis, Minn.); darüber hinaus gibt es Kurse zu diesem Themenbereich auf allen Bildungsebenen. So hat es durchaus den Anschein, als erlebten wir einen definitiven Bruch des Tabu, mit dem der Tod belegt ist, und wir sehen uns zahlreichen Problemen gegenübergestellt: (1) Was ist Tod? (2) Was für Kriterien haben wir zur Bestimmung des Todes? (3) Wer soll den Tod feststellen? (4) Ist Tod etwas Natürliches oder eine Krankheit, die es zu überwinden gilt? (5) Sollen die Ärzte weiter für eine reine Lebensverlängerung kämpfen, oder sollen sie «ein menschenwürdiges Sterben» geschehen lassen?

Der zunehmende Gebrauch und die rasche Entwicklung medizinischer Technologie veranlaßt Wissenschaftler des bio-medizinischen Bereichs zu der Erkenntnis, daß Tod neu zu definieren ist und daß neue Kriterien erarbeitet werden müssen, anhand derer man den Eintritt des Todes bestimmt. Nach der bisher gültigen Tradition wurde Tod als Aufhören der spontanen Herz- und Lungentätigkeit definiert. In den letzten Jahren wurde «die spontane Gehirntätigkeit» als weiteres Kriterium hinzugenommen, so daß für die Zukunft der Trend dahingeht, die Gehirntätigkeit als zentrales Kriterium maßgeblich zu berücksichtigen. Dagegen hat man jedoch auch Gründe dafür ins Feld geführt, daß die Ärzte angesichts der Bedeutung der Gehirntätigkeit die Tätigkeit anderer Organe nicht übersehen. Im August 1968 trat an der Harvard Medical School ein Ad-hoc-Ausschuß zusammen, bestehend aus Mitgliedern der verschiedensten Disziplinen; er legte eine Definition des Gehirntodes (irreversibles Koma) und Kriterium für seine Bestimmung vor.<sup>1</sup> Die Kriterien bestanden aus (1) Unempfänglichkeit und Unansprechbarkeit (unreceptivity, unresponsivity) – also vollkommenem Ausbleiben jeglicher Reaktion durch Lautbildung, Körperbewegung oder Atmung auf die Anwendung von Stimuli; (2) Bewegungslosigkeit und Ausbleiben der Atmung – also Fehlen spontaner muskulärer Bewegung, Atmung oder Reaktion auf Schmerz, Berührung, Schall oder Licht auf die Dauer von mindestens einer Stunde, unter ärztlicher Beobachtung; (3) Ausbleiben von Reflexen – also keinerlei Tätigkeit des zentralen Nervensystems, weder spontan noch als Reaktion auf irgendwelche Reizerzeugung; (4) ein flaches Elektroenzephalogramm, das bei sachgemäßer technischer Handhabung und Kontrolle keinerlei Gehirntätigkeit erkennen läßt. Eine entsprechende Gesamtüberprüfung sollte mindestens 24 Stunden später wiederholt werden und das gleiche Ergebnis bringen.

Das ist offenbar die beliebteste und meist angewandte Methode. Vertreter der Sozialwissenschaften und der Verhaltensforschung schlagen jedoch einen anderen Weg vor: Als tot soll gelten, bei wem alle menschlichen Eigenarten ohne Hoffnung auf Wiederherstellung ausgefallen sind. Kriterien wären dann: Nichterkennen von Personen; Unfähigkeit zu sprechen, sich zu bewegen, zu essen, sich sauber zu halten; Fehlen jeder Besserungsmöglichkeit. Diese Funktionen wären durch ständige enzephalographische Kontrolle der Neokortex des Gehirns zu überprüfen. Die Mediziner

betrachten diese Methode wegen des ihr zugrunde liegenden subjektiven Elements (Was ist schließlich «menschlich» in diesem Zusammenhang?) als recht gewagt; suchen sie doch gerade nach genaueren objektiven Maßstäben, die ihnen die Bürde der Entscheidung, wer tot ist und wer noch lebt, erleichtert. Aus eben diesem Grunde werden immer mehr Stimmen laut, die eigene aus Naturwissenschaftlern, Philosophen, Theologen, Laien, Journalisten usw. zusammengesetzte Kommissionen fordern; sie sollen alljährlich zusammentreten, sich mit dem Thema Tod und Sterben befassen und die Ergebnisse in Zeitungen und anderen Medien veröffentlichen, um die Gesellschaft auf einer möglichst breiten Basis über die hier im Spiel befindlichen Fragen und Probleme zu informieren, anstatt diese durch richterliche Entscheidungen und gesetzgeberische Akte entscheiden zu lassen.

Eine Zeitlang hat man Transplantationen als den Durchbruch schlechthin angesehen, der eine Besiegung des Todes durch den Menschen ankündigte. Doch die Komplexität der Immunisierungsmechanismen des Körpers, der Mangel an Organspendern und die geringe Erfolgsquote im Verhältnis zu dem gewaltigen Einsatz von technischen und medizinischen Mitteln – all das hat die Spezialisten im Hinblick auf die praktische Durchführbarkeit der Transplantationen entmutigt. Selbst der Einsatz mechanischer Organgeräte wirft Fragen hinsichtlich des Angebotes und der Nachfrage auf: Wem sollten sie zur Verfügung gestellt werden; welche Kriterien sind maßgeblich für die Auswahl, usw. Der Mangel an Organ Spendern hat zu dem Ruf nach «menschlicher Großmut» geführt oder die Organspende als einen letzten Akt christlicher Nächstenliebe erscheinen lassen. Wenn das jedoch nicht ausreicht, so möchte man gesetzgeberische Maßnahmen vorbereitet sehen, die einen Besitzanspruch der Gesellschaft auf den Körper ihres verstorbenen Mitgliedes zum Ausdruck bringt, um auf diese Weise Organ-Banken mit einer möglichst großen Menge gesunder Organe zu versorgen. Zusammenhänge zwischen Transplantation und Todesfurcht des Menschen werden erkennbar in der neuerdings laut gewordenen Idee einer äußersten Transplantationsmöglichkeit: der Transplantation des Gehirns oder des Kopfes. Die offenkundigsten Probleme hängen zusammen mit dem Mangel an freiwilligen Spendern, dem Mangel an sozialer Einsatzbereitschaft, der Unkenntnis psycho-soziologischer Faktoren oder der Erkenntnis, daß technische Mög-

lichkeit nicht notwendig auch sittliche Erlaubtheit und Angemessenheit bedeutet.<sup>2</sup>

Eine weitere Methode, die schnell weite Kreise gezogen hat, ist der Angriff der modernen Kältetechnik auf den Tod, das heißt die Methode des Einfrierens und Auftauens des Körpers.<sup>3</sup> Der Gedanke geht davon aus, daß unmittelbar nach dem Tod, wenn die Körperzellen noch lebensfähig sind, der Flüssigkeitsgehalt durch Frostschutzlösungen ersetzt und der Körper in flüssiges Nitrogen gelegt wird, um ihn bis zu dem noch nicht voraussehbaren Zeitpunkt zu konservieren, zu dem für sein spezielles Leiden eine wirksame Heilmethode gefunden worden ist. Ist dieser Zeitpunkt gekommen, wird der betreffende Körper aufgetaut, und der Mensch, der die Zwischenzeit in gefrorenem Zustand verbracht hat, wird rehabilitiert und erhält von neuem einen Platz in der menschlichen Gesellschaft. Die rechtlichen, die psycho-soziologischen, die ökologischen und die demographischen Probleme werden dadurch zwar nahezu völlig umgeschichtet, scheinen aber dennoch kein entscheidendes Hindernis darzustellen, wenn Menschen darin eine Chance erblicken, dem Tod einen Streich zu spielen und an sich eine Art Unsterblichkeit zu verwirklichen. Mit dieser Kältetechnik vertraute Ärzte erblicken in rasch wachsenden «cryo-cryptorium» (= Aufbewahrungsstätten für tiefgefrorene menschliche Körper, die der Wiederbelebung harren) eine ausgezeichnete Verdienstmöglichkeit, die die Todesfurcht des Einzelnen und der Gesellschaft zu Geld machen kann. Die noch nicht damit Vertrauten erheben zusammen mit dem Umstand, daß keineswegs alle Organe oder Gewebe des Körpers gleich schnell und mit derselben Temperatur eingefroren werden können, ernsthafte Vorbehalte.

Neben der Kältetechnik, den Transplantationen und den Organmaschinen hören wir von Spekulationen über die Verwendung von chemotherapeutischen Mitteln zur Bremsung des Alterungsvorganges. Durch die Kontrollierung dieses Vorganges, so wird manchen Biologen und Medizinern klar, kann der Mensch dahin gelangen, einen «natürlichen Tod» zu sterben. Die sich aus dieser Forschungsthematik ergebenden Probleme sind gleich den übrigen erschreckend, wenn man ihre Konsequenzen betrachtet. Die primäre Frage jedoch ist die nach der Auswirkung auf den Evolutionsprozeß, wenn der Mensch in den «natürlichen Alterungsvorgang» eingreift. Die alldem zugrundeliegende Haltung scheint letztlich auf dem Gefühl zu basieren, daß Tod und Sterben Angriffe

auf die Würde, die Kontrolle und die Kreativität des Menschen sind. Die in der Forschung tätigen Mediziner bemühen sich, Behandlungsformen für die Zukunft zu entwickeln. Doch erscheinen sie alle letztlich nur als Mittel zur Lebensverlängerung, und das bedeutet keineswegs notwendig zugleich Steigerung der Lebensqualität. So scheint die Unterscheidung zwischen «Existenz» (Lebensverlängerung) und «Leben» (totale Bewußtheit und Partizipation) der entscheidende Ausgangspunkt für alle Betrachtungsweisen des Problems Tod und Sterben zu sein.

Da die Bemühung der Forschungsarbeit der «menschlichen» Dimensionen offenbar entbehrt, haben Vertreter der Sozialwissenschaften und der Verhaltensforschung versucht, dem Einzelmenschen bei der Bewältigung von Tod und Sterben behilflich zu sein, indem sie beides in sein Leben integrieren. Die Ärzte haben dabei festgestellt, daß trotz der Verleugnung und Verdrängung des Todes durch Isolierung der Schwerkranken und Sterbenskranken der Mensch zu einer Annahme seines Todes kommen kann und tatsächlich kommt. Diese Annahme ist allgemein als eine positive und reale Verhaltensweise und nicht als eine passive Resignation oder ein fatalistisches Sich-Fügen in etwas, das sich der eigenen Kontrolle entzieht, verstanden worden.

Dr. Elisabeth Kubler-Ross<sup>4</sup> hat anhand von Interviews mit sterbenden Patienten (Patienten lehren, wie man stirbt), festgestellt, daß sie einen Entwicklungsvorgang mit fünf Stufen durchmachen, die sich jedoch nicht leicht als solche einteilen lassen: (1) Bestreitung: «Nein, das kann nicht sein!» Diese Phase dient als Prellbock und verschafft dem Menschen Zeit, sich darauf einzustellen; (2) Entrüstung und Aufbegehren: «Warum ich? Warum nicht der andere?» Das darf nicht als persönlicher Angriff verstanden werden, ist aber in dieser Form ganz verbreitet; (3) Feilschen: «Wenn ich dies tue, ...?» Diese Phase währt in der Regel nicht lange und kann als letzter größerer Vorstoß im Sinne einer Bestreitung verstanden werden; (4) Depression: ein inneres Schweigen und Trauern über den Verlust der anderen und des eigenen Selbst. Hier ist für gewöhnlich die Anwesenheit der anderen, nicht dagegen unbedingt ein verbaler Kontakt, dringend notwendig; und (5) Annahme: das schließliche Sich-Abfinden mit der Realität, das vom Sterbenden als Wiedergeburt angesehen wird und verbunden ist mit einer Befreiung von Furcht vor Sterben und Tod. – Die Forscher haben festgestellt, daß die Angehörigen

und manche Freunde ebenfalls diese fünf Stadien im Hinblick auf die «Vorwegnahme der Trauer» durchmachen, was ihnen dann gestattet, den Tod des Angehörigen oder Freundes leichter hinzunehmen. Die deutlichste Ausnahme von dieser Regel finden wir bei Eltern und Angehörigen eines sterbenden Kindes. Bei ihnen erfolgt die Annahme in der Regel erst einige Zeit nach dem Tod des Kindes.

Offenbar haben die Sterbenden, die das Stadium der Annahme erreicht haben, bewußt und in Freiheit erkannt, daß der Akt des Sterbens ein menschliches Ereignis ist, und sind dadurch zur Annahme gelangt. Der größte Schmerz beim Sterben ist nicht notwendig physisch, sondern vielmehr psychischer oder spiritueller Natur: der Schmerz des Alleinseins, der Isolierung oder Ausscheidung aus der Gesellschaft; dieser Schmerz dürfte der Grund sein für die Anwendung schwerer Beruhigungsmittel, die das Bewußtsein dieser Entmenschlichung unterdrücken sollen. Das Erreichen des Stadiums der Annahme kann angesehen werden als dynamische Beziehung zwischen dem «im Prozeß befindlichen Individuum» und einer institutionellen wie menschlichen Umgebung (Angehörige, Personal, usw.). Beide Elemente sind näher untersucht worden und haben konkrete Wandlungen in der Gesellschaft in die Wege geleitet.

Hat der Sterbende in seinem früheren Leben, bis ihm klar wurde, daß ihm der Tod bevorsteht, nicht bewußt nach einem Lebenssinn gesucht, so kann er nun in die Lage kommen, daß er sich von seinen letzten Erfahrungen aus einen Sinn konstruiert, der möglicherweise illusionär ist, da sonst nichts dahinter steht. Diese Sinnsuche wirft ein Licht auf eins der vielen Paradoxe des Lebens: Jemand, der sein Leben im vollsten Sinne lebt, ist bereiter, den Tod anzunehmen, während der andere den Tod mehr fürchtet. Sein Leben im vollsten Sinne leben, braucht nicht unbedingt eine möglichst große Anzahl von Erfahrungen oder eine besonders lange Lebenszeit zu bedeuten, sondern vielmehr eine hohe Intensität von Einheit/Einssein durch Liebe und selbstlosen Einsatz für andere.

Die Erfahrung des «Einsseins» mit anderen geht Hand in Hand mit, ja basiert möglicherweise sogar auf einem Sinn für Einheit – einem Sinn für eine enge Beziehung zwischen allem Geschaffenen. Diese «kosmische Integration der Schöpfung» ist nicht allein durch Interviews mit Sterbenden aufgedeckt worden, sondern auch durch – zumindest in den USA stark umstrittene Versuche mit LSD-

Gaben an Patienten, die kurz vor dem Sterben stehen.<sup>5</sup> Erst in jüngster Zeit ist in die Öffentlichkeit gedrungen, daß man psychedelische Drogen als therapeutisches Mittel zur Erreichung eines «transzendenten Bewußtseinsniveaus» und zur besseren Bewältigung der Schmerzen und des bevorstehenden Todes sterbenden Patienten verabfolgt. Viele Patienten haben ohne Zureden und Suggestionen von seiten der Therapeuten eine Erfahrung von «Tod und Wiedergeburt», die zu einem ruhigeren und integrierten Leben führt, das lange nach der Behandlung mit LSD bestehen bleibt. Der Tod wird dabei nicht mehr als endgültiger Schluß gesehen oder als etwas, das zum Nichts hinführt, sondern als ein Übergang zu einer andersartigen Existenzform (Zerstörung-Wiedergeburt-kosmische Einheit). Die Patienten erfahren sich selbst als Teil dieser Einheit, so daß die Vorstellung einer möglichen Bewußtseinskontinuität über den physischen Tod hinaus bedeutend einleuchtender wird als die einer im Nichts endenden Existenz. Die Ärzte dagegen sind immer noch unklar darüber, ob es sich hier um gültige Einsichten in die Natur oder die Wirklichkeit handelt, oder nur um Täuschungen, die den Schmerz des Sterbens überspielen. Dennoch wird aufgrund eines starken Vorurteils die Verabfolgung von LSD als therapeutisches Mittel sicher nicht zu einer allgemeinen Praxis in den Krankenhäusern werden.

Die Bedeutung der Umweltbedingungen, um dem Sterbenden die bestmöglichen Voraussetzungen für eine Annahme des Todes zu geben, haben zur Schaffung der sogenannten Sterbekliniken geführt. Sie sollen als Zufluchtsstätten für die Furcht vor Schmerz und Leid (Desintegration des Lebens) dienen. Die erste derartige Klinik, das St. Christophers Hospice in London, geht auf eine Anregung von Dr. Cicely Saunders zurück. Die meisten dort aufgenommenen Kranken haben durchschnittlich zwei bis drei Wochen zu leben. Dem Personal geht es nicht primär um eine Verlängerung des Sterbevorganges; so gibt es dort weder «Lebensverlängerungsmaschinen» noch bestimmte drillartige Einübungen in heroische Maßnahmen zur reinen Existenzhaltung. Die maßgebliche Philosophie des Hauses besteht darin, den Patienten so bewußt und klar zu halten, wie möglich, und zwar ohne Sedativa; das wird durch eine möglichst gering dosierte Verabfolgung von schmerzstillenden Mitteln zur Erleichterung der Lage der Patienten erreicht. Die Klinik verwendet außerdem Alkohol zur Schmerzbewältigung, so-

wohl medizinisch wie sozial, und Heroin (eine ebenso umstrittene Praxis wie die Verwendung von LSD) und bzw. oder Morphinium mit Kokain versetzt auf alkoholischer Basis, die sogenannte «Brompton Mixture» (nach dem Brompton Hospital in London, in dem sie erstmals verwendet wurde). Es gibt im Haus einige Privaträume, da jedem klar werden soll, daß man nicht ohne Begleitung zu sterben braucht. Anstelle technischer Ernährungsmethoden wie intravenöser Verabfolgung von Nährlösungen, bevorzugt man unter Beteiligung von Mitpatienten, Angehörigen und Personal die Nahrungszufuhr mit dem Löffel. Freundschaften werden gefördert, gerade weil man tagtäglich dem Tod begegnet und der Schmerz der Trauer tief ist. Dieser Philosophie des Hauses entspricht es auch, daß man den Patienten in den letzten Augenblicken vor dem Sterben nicht mit Vorhängen abschirmt, sondern ihn für alle zugänglich erhält, damit jeder, wie er es für richtig hält, das Sterben miterleben kann (Anwesenheit, Berührung, Wort). Und nach dem Tod wird vom Personal oder den Mitpatienten den übrigen, die nicht teilgenommen haben, erzählt, wie es verlaufen ist. Also ein völlig anderes Verhalten als das in den meisten Krankenanstalten übliche, den Vorgang des Sterbens durch Vorhänge, verschlossene Türen, versperrte Korridore und Geflüster zu verbergen und zu verschleiern.

Mit Hilfe eines Ambulanzprogrammes, in dessen Rahmen Mitglieder des Klinikpersonals die Schwerkranken besuchen, sterben viele der Patienten zu Hause mit bewußter Hilfe durch die Angehörigen. Diese Initiative wird in einer hoffnungsvollen Weise weiterverbreitet durch ähnliche Kliniken, die in England und den USA geplant sind. Dieses Programm, das heute als Fortschritt in der Sterbehilfe angesehen wird, war früher als besonderes Vorrecht der Familie vorbehalten: Die Großeltern lehrten die Jüngeren, wie man lebte und wie man starb. Die Überbewertung von Jugend, Mobilität und Vergnügen, wie wir sie in der heutigen Gesellschaft erleben, wird noch für geraume Zeit die Alten, Kranken und Sterbenden von der Gesellschaft isolieren.

Eine der «Philosophie der Sterbeklinik» verwandte Bewegung ist die American Euthanasia Society. Ihr Wahlspruch lautet: «Der Mensch hat das Recht, mit Würde zu sterben.» Sie setzt sich ein für den Gebrauch des «lebendigen Willens», der verlangt, daß dem Menschen gestattet wird zu sterben, anstatt daß man ihn durch künstliche Mittel oder heroische Maßnahmen am Leben erhält;

ferner sollen nach ihrer Absicht dem Sterbenden durch Verabfolgung von Drogen Sterbeerleichterungen gewährt werden, selbst wenn dadurch der Eintritt des Todes beschleunigt wird. Eine wachsende Anzahl am Patienten orientierter Ärzte, Krankenhäuser und Juristen setzt sich dafür ein, daß der Patient das Recht bekommen soll, über sich selbst zu entscheiden, und weiß sich, auch wenn ein entsprechendes Dokument noch nicht rechtsverbindlich ist, ihm dennoch moralisch verpflichtet. Damit ist keineswegs einer aktiven Euthanasie (= schmerzlose Tötung unheilbar Kranker), die bisher durch die Gesetzgebung der meisten Länder verboten war, das Wort gesprochen. Im übrigen fußt die Forderung nach dem «Recht des Menschen, mit Würde zu sterben»

weniger auf den Mißerfolgen der neuen medizinischen Forschung als auf ihren Erfolgen.

Das zunehmende Interesse an der Thanatologie ist ein Symptom der ständigen Überspezialisierung und nicht ganzheitlichen Schau des Lebens und der Wirklichkeit durch den technologisch orientierten Menschen, der sie in der Hand hat. Dem Bedürfnis nach einer totalen Integration des Lebens zu entsprechen, war traditionsgemäß die Funktion der religiösen Institutionen und wird es vielleicht einmal wieder sein. Im Hinblick darauf aber besteht die Notwendigkeit eines theologischen Beitrages, jedoch eines Beitrages, der die Ergebnisse berücksichtigt, zu denen andere Disziplinen gelangt sind. Daher erwarten wir die Entwicklung einer Theologie des Todes für unsere Zeit.

PETER BEISHEIM

<sup>1</sup> Donald R. Cutler (Hrsg.), *Updating Life and Death* (Boston 1968).

<sup>2</sup> Alan Harrington, *The Immortalist* (New York 1969); Alvin Toffler, *Future Shock* (New York 1970).

<sup>3</sup> David Handin, *Death as a Fact of Life* (New York 1973).

<sup>4</sup> Elizabeth Kubler-Ross, *On Death and Dying* (New York 1969); Avery D. Weisman, *On Dying and Denying* (New York 1972).

<sup>5</sup> Sidney Cohen, M.D., *LSD and the Anguish of Dying*; *Harpers'* 231 (September 1965) 69-72, 77-78; Jerry Avorn, *Beyond Dying*; *Harpers'* 246 (März 1973) 56-64.

geboren 1941 in Boston (Massachusetts), promovierte an der Fordham Universität in Bronx in Theologie. Er ist seit 1968 Assistenzprofessor für religiöse Studien am Stonehill College zu North Easton, seit 1973 Vorsitzender der College Theology Society der Region Neu England, seit 1973 ist er Mitherausgeber der «*Thanatology Abstracts*» und «*Thanatology Review*» sowie Berater der Stiftung für Thanatologie zu New York. Neben Arbeitspapieren veröffentlichte er: *Death and Dying: Life and Living*; G. Devine (Hrsg.), *That They May Live* (New York 1971).

Übersetzt von Karlhermann Bergner