

schen ist. Damit die Mutter sich um ihr Kind entsprechend kümmern kann und keine erhebliche Verschlechterung ihres Lebensstandards wegen ihres Kindes hinnehmen muß, ist es angebracht, daß die Mutter für einige Zeit eine entsprechende finanzielle Zuwendung erhält.

5. Erleichterung des Adoptionsrechts

Es ist untragbar, daß die Säuglings- und Kinderheime überfüllt sind, während kinderlose Eltern darauf warten, ein Kind adoptieren zu dürfen. Weitere Erleichterungen auf diesem Gebiet sollten bald ermöglicht werden. Es ist eine große soziale Tat, ein mutterloses Kind an Kindes Statt aufzunehmen. Dabei sollten Fachleute zu Rate gezogen und die Vorgeschichte des Kindes und der Mutter dem adoptionswilligen Paar nicht verschwiegen werden. Auf diese Weise dürfte es gelingen, vielen Kindern neue Eltern zu geben und sie durch Nestwärme vor Fehlentwicklung zu bewahren.

6. Keine Gewaltverherrlichung der Massenmedien

Welche wichtige Funktion die Massenmedien und Publikationsorgane bezüglich der Begünstigung von Kriminalität haben, ist allgemein bekannt. Die Gewaltverherrlichung in Wort und Bild ist Gift für Kinder und Jugendliche. Das Idol des praktischen Materialismus, die Manipulation der Jugendlichen durch Überbewertung des Konsums und Unterbewertung ethischer Ideale tragen einen großen Teil Schuld an der Verrohung der Sitten. Die Leugnung sittlicher Normen und religiöser Werte in der Öffentlichkeit fördert die Kriminalität entscheidend. Wir appellieren deshalb an die Öffentlichkeit und insbesondere an die gesetzgebenden Gremien, nicht nur die Strafgefangenen im Strafvollzug zu resozialisieren, sondern durch entsprechende Gesetze und Einflußnahme auf die Massenmedien ein günstiges

Entwicklungsklima für Kinder, Jugendliche und alle Gefährdeten zu schaffen.

7. Mehr Bedienstete im Strafvollzug

Aufrichtige Anerkennung verdienen alle, die sich als Bedienstete im Strafvollzug um die Strafgefangenen mühen. Leider ist ihre Anzahl viel zu gering. Qualifizierte Männer und Frauen müßten sich zukünftig bereitwilliger für diesen Dienst zur Verfügung stellen, wenn es gelingen soll, die Rückfälligkeitsquote der Strafgefangenen herabzusetzen.

8. Ehrenamtliche Bewährungshelfer

Schließlich sollen alle verantwortlichen Bürger den Straffälligen zu helfen suchen. Bei der derzeitigen Überforderung der Bewährungshelfer sollten ehrenamtliche Helfer ermutigt werden, entlassenen Strafgefangenen bei der Rückführung in die Gesellschaft zu helfen und dafür zu sorgen, daß ein neuer Start ins Leben gelingt.

9. Hilfe für die Angehörigen

Auch den Angehörigen der Strafgefangenen, die unverschuldet oft in große Not geraten, gehört unsere Hilfe und Unterstützung. Mitbürger aus der Nachbarschaft könnten dadurch in besonderer Weise ihre Solidarität unter Beweis stellen, daß sie nicht pharisäisch an diesen Menschen vorübergehen, sondern sich auf die Seite der Betroffenen stellen.

Wir werden das Problem der Kriminalität nicht von heute auf morgen lösen können. Wir müssen damit rechnen, daß es bei aller Mühe stets Kriminelle geben wird. Aber durch den zielstrebigsten Einsatz aller können viele Menschen, sicherlich manche junge Menschen, vor einem Abgleiten in die Kriminalität bewahrt werden.

Zeitbericht

Sterben und Tod heute

Sterben und Tod bilden das zweite Schwerpunktthema dieses Heftes (vgl. auch unser Interview S. 566—572). Aus Raumgründen müssen wir uns auf die statistischen, sozialpsychologischen und medizinisch-ethischen Gesichtspunkte beschränken. Hermann Schubnell, der Direktor des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung in Wiesbaden, gibt einen statistischen Überblick über die Entwicklung von Lebenserwartung und Todesursachen, speziell innerhalb der Industriegesellschaften. Doz. Gregor Siefer (Universität Hamburg) berichtet über den psychologischen

Wandel in der Einstellung zum Tod und prüft dessen soziale Ursachen. Prof. Rudolf Kautzky, Direktor der neurochirurgischen Abteilung der Neurologischen Universitätsklinik in Hamburg, erörtert die medizinisch-ethischen Probleme, vor die sich Arzt, Patient und Angehörige unter den heutigen medizinischen und sozialen Bedingungen angesichts von Sterben und Tod gestellt sehen. Über die theologisch-anthropologische Dimension des Todes hoffen wir in einem der folgenden Hefte berichten zu können.

Lebenserwartung und Todesursachen

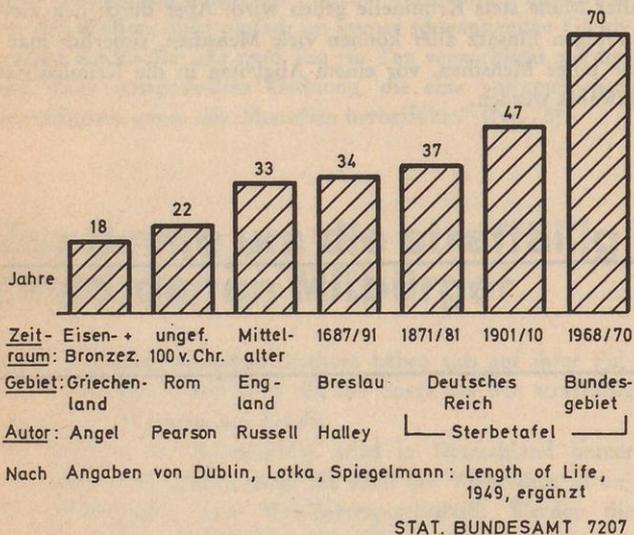
Der Mensch eines modernen Staatswesens lebt heute durchschnittlich etwa doppelt so lang als noch vor hundert Jahren. Die *Verlängerung der Lebensdauer* ist eine der größten Errungenschaften der Menschheit. Sie wurde bewirkt durch die Fortschritte auf dem Gebiet der Medizin und Hygiene und die allgemeine Verbesserung der Lebensverhältnisse. Seit es statistische Aufzeichnungen in Kirchenbüchern oder staatlichen Registern gibt, untersucht man die Frage, wie lange ein Mensch lebt und welches die Ursache seines Todes ist. Die Statistiken reichen weit in die Vergangenheit zurück. Sie sind verlässlich und zeigen, in welchem Ausmaß wissenschaftliche Erkenntnisse, medizinische Hilfe und Befolgung der Regeln einer gesünderen Lebensweise dem Menschen zugute kamen.

Durchschnittliche Lebensdauer

Die folgende Graphik, zum Teil auf Schätzungen aufgebaut, läßt eine erstaunliche Entwicklung erkennen:

GRAPHIK NR. 1

Durchschnittliche Lebensdauer von der Antike bis in die Gegenwart



In der Bronze- und Eisenzeit, etwa 2000 bis 900 v. Chr., hatte ein neugeborener Mensch eine durchschnittliche Lebensdauer von etwa 18 Jahren zu erwarten. Selbstverständlich ist nicht jeder Mensch im Jugendalter verstorben. Aber die Zahl derjenigen, die länger lebten, war relativ gering. Die Zahl der Geburten war groß, wohl die Hälfte und zeitweise mehr der neugeborenen Kinder aber starb bereits im ersten Lebensjahr. Dieser außerordentlich hohe Anteil der *Säuglingssterblichkeit* hat die durchschnittliche Lebensdauer auf den niedrigen Wert von 18 Jahren in der

Antike, 22 Jahren um die Zeit von Christi Geburt gedrückt. Die Selektion war scharf und unerbittlich, nur die Stärksten und Widerstandsfähigsten überlebten. Für das Hoch- und Spätmittelalter läßt sich eine durchschnittliche Lebenserwartung von 33 Jahren errechnen, sie hat sich bis zur Mitte des vergangenen Jahrhunderts kaum geändert. In der ersten für das Deutsche Reich berechneten Sterbetafel 1871/81 wurde eine um drei Jahre längere Lebensdauer, 37 Jahre, ermittelt, eine Lebensdauer übrigens, wie sie noch in der Gegenwart ein Kind in manchen Entwicklungsländern hat, in Äthiopien, Ghana, Nigeria, Togo oder Afghanistan.

Die entscheidende Veränderung im Leben des Menschen vollzog sich in den letzten hundert Jahren. Im europäischen Kulturkreis trat in der *Bevölkerungsentwicklung* eine Art „Revolution“ ein, gekennzeichnet durch ein ständiges Ansteigen der *Lebenserwartung*: auf 47 Jahre zu Beginn des Jahrhunderts, auf 70 Jahre und mehr in der Gegenwart. Die Ursachen dieser Lebensverlängerung sind vielgestaltig. Die drastische Senkung der Säuglings- und Kindersterblichkeit bewirkte, daß immer mehr Menschen das Alter erreichten und durchlebten, indem sie heiraten und Kinder bekommen konnten. Der Tod war nicht mehr, wie in der alten Zeit, ständiger Gast in der Familie. Sie blieb Jahrzehnte hindurch von ihm verschont. Die Eltern sahen ihre Kinder heranwachsen und sich verheiraten, ohne daß eines starb. Die Großeltern erlebten, daß ihnen Enkel geboren wurden, und sie sahen sie groß werden. Noch niemals zuvor lebten so viele Menschen aus drei, nicht selten vier Generationen gleichzeitig. Und noch nie haben so viele Menschen ein Alter erreicht, in dem sie sich von den Anstrengungen ihres Lebens ausruhen konnten, durch Renten und Pensionen einigermaßen gesichert. Das Sterben in den Sielen des Berufs ist viel seltener geworden als noch vor 70 oder 100 Jahren.

Nach den neuesten Berechnungen für die Bundesrepublik hat ein neugeborener Junge eine durchschnittliche Lebenserwartung von 67,4 Jahren, ein neugeborenes Mädchen von 73,5 Jahren. Das schwächere Geschlecht lebt also im Durchschnitt über 6 Jahre länger als das sogenannte starke Geschlecht, dessen Stärke, wenn sie überhaupt vorhanden ist, sicher nicht im gesundheitlichen Bereich liegt. Ein Blick in die international vergleichende Statistik zeigt, daß in allen Industrieländern die durchschnittliche Lebenserwartung der Frauen höher ist als die der Männer. Der größte Unterschied ist in der Sowjetunion festzustellen: 65 Jahre Lebenserwartung der Männer, 74 Jahre der Frauen, die also durchschnittlich nicht weniger als neun Jahre länger als ihre Männer leben gegenüber einem Unterschied von sechs Jahren bei uns.

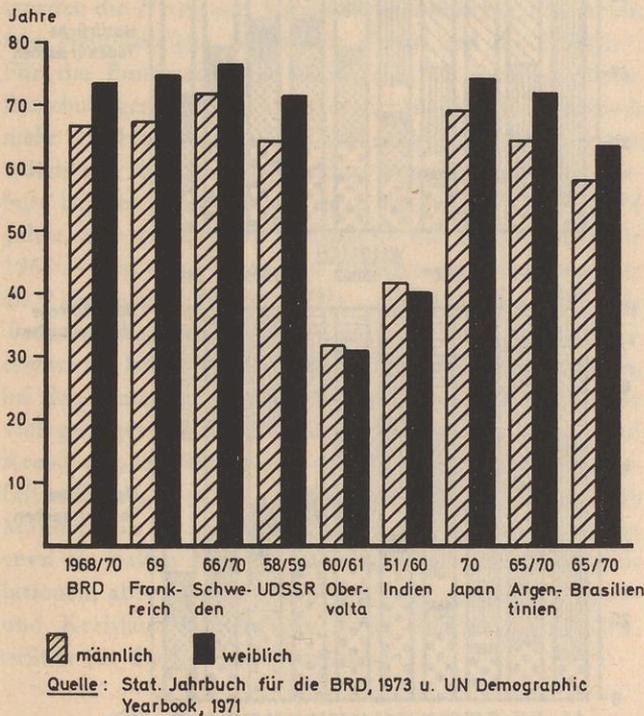
Mittlere Lebenserwartung der Neugeborenen

Die höchsten Werte aller Länder, für die derartige Berechnungen vorliegen, hat Schweden mit rund 72 Jahren

Lebenserwartung der Männer und rund 77 Jahren der Frauen. Da Länder, die keine Statistiken über Geburt und Tod führen, auch wirtschaftlich und sozial noch wenig entwickelt sind und daher eine relativ geringere Lebenserwartung aufweisen, ist Schweden, was die Lebensdauer angeht, das fortschrittlichste Land der Erde.

GRAPHIK NR. 2

Mittlere Lebenserwartung der Neugeborenen in Jahren



STAT. BUNDESAMT 73 646

Unterschiedliche Entwicklung nach Geschlecht

Man könnte eine *Geographie* der Lebenserwartung schreiben oder in Landkarten darstellen. Die Zusammenhänge sind vielfältig: Klima, Wirtschaftsstruktur, ärztliche Versorgung, Trinkwasserversorgung, hygienische Maßnahmen, Bildungsstand der Menschen und vieles andere mehr wirken auf die Lebensdauer ein. Wie groß die Unterschiede sein können, zeigen in der Graphik die Angaben für Obervolta und Indien. In beiden Ländern ist die Lebenserwartung der Frauen geringer als die der Männer, in Pakistan beträgt der Unterschied fünf Jahre. Im allgemeinen gilt, daß bei niedriger Lebenserwartung auch der Unterschied zwischen Männern und Frauen gering ist. Anders gesagt: Mit zunehmender Lebenserwartung, die bis in das achte Jahrzehnt hineinreicht, nimmt der *Vorsprung der Frauen* zu. Je älter die Menschen werden, um so größer ist der Gewinn an Lebensjahren bei den Frauen.

Die offensichtlich schwächere körperliche Konstitution des

männlichen Geschlechts zeigt sich schon im frühesten Lebensalter. In allen Ländern und in allen Zeitabschnitten, für die Daten vorliegen, ist die Säuglingssterblichkeit unter den Jungen größer als unter den Mädchen. In der Bundesrepublik starben im Durchschnitt der letzten fünf Jahre von 1000 lebend geborenen Mädchen 20, von den Jungen aber 26 im ersten Lebensjahr. Die Übersterblichkeit der Jungen beträgt, stellt man regionale und zeitliche Vergleiche an, zwischen 20 und 30%. In den Ländern mit hoher Säuglingssterblichkeit ist der Unterschied geringer als dort, wo sie schon einen relativ niedrigen Stand erreicht hat. Von den Verbesserungen, die zu einer Verlängerung der Lebensdauer führen, profitieren Jungen also weniger als Mädchen. Im letzten Jahrzehnt ging die Säuglingssterblichkeit bei Jungen um 27% zurück, bei den Mädchen aber um 29%. Bei den Einjährigen war der Rückgang bei den Mädchen um 26% deutlich größer als bei den Jungen um 22%. Die Verminderung der Sterblichkeit bei den Zwei- bis Zehnjährigen zeigt keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern. Dagegen hatten die 10- bis 15jährigen nur bei den Mädchen einen Gewinn um 3% aufzuweisen, die Jungen haben in dieser Zeit nichts profitiert.

Im nächsten kritischen Lebensabschnitt des Mannes ist es nicht die Konstitution, die zur höheren Sterblichkeit führt, sondern das größere Risiko, dem Männer ausgesetzt sind. Ein 20jähriger Mann hatte in der Bundesrepublik Ende der sechziger Jahre, für diese Zeit liegen die neuesten Tafelberechnungen vor, eine fernere Lebenserwartung von genau 50 Jahren. Ist er 20 Jahre alt geworden, hat er also die Chance, 70 zu werden. Ein gleichaltriges Mädchen aber konnte noch 56 weitere Lebensjahre erwarten; sie hatte in diesem Alter die Aussicht, einen gleichaltrigen Mann um sechs Jahre zu überleben.

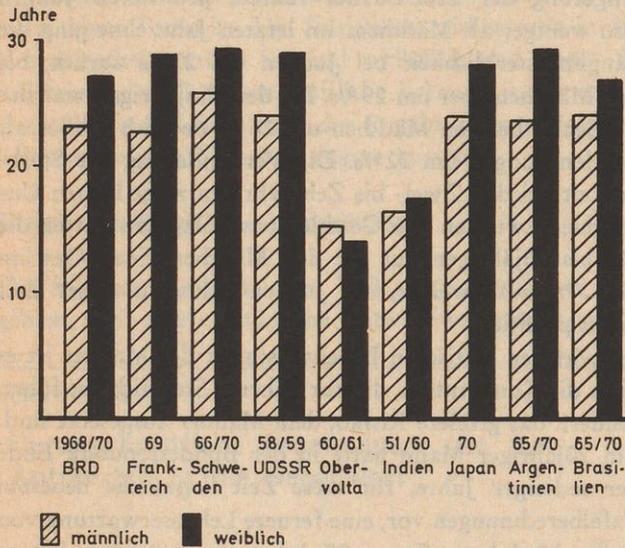
So bemerkenswert dieser Unterschied sein mag, wichtiger ist noch der *Trend der Entwicklung* seit 1961. Während die Sterblichkeit der 15- bis 20jährigen Mädchen weiter abnimmt, ist bei den gleichaltrigen männlichen Jugendlichen mit 11% die stärkste Zunahme überhaupt festzustellen. Diese überproportionale Zunahme geht auf die sogenannten unnatürlichen Todesursachen zurück. In dieser Altersgruppe wie auch bei den 20- bis 25jährigen sind Kraftfahrzeugunfälle die wichtigste Todesursache. Offenbar hat sich während dieses Jahrzehnts die Wahrscheinlichkeit tödlicher Kraftfahrzeugunfälle auf jüngere Altersgruppen verlagert, erklärbar u. a. damit, daß ein relativ konstanter Anteil der Opfer tödlicher Verkehrsunfälle noch nicht sehr lange ein Fahrzeug fährt und daß als Folge der allgemeinen Wohlstandssteigerung Angehörige jüngerer Altersgruppen häufiger über ein Kraftfahrzeug verfügten, als dies noch 1961 der Fall war.

Bei den männlichen Personen ist, überblickt man die Entwicklung in allen Lebensaltern, eine Zunahme der Lebenserwartung nur für die *Neugeborenen* und Einjährigen sowie für die *80- und 90jährigen festzustellen*. In allen anderen Altersgruppen ist die Lebenserwartung gleich ge-

blieben oder sogar gesunken. Bei den Frauen ist sie dagegen gestiegen. Mit zunehmendem Alter vermindert sich dann allerdings der Vorsprung der Frauen. Ein 50jähriger Mann hat eine fernere Lebenserwartung von nicht ganz 23 Jahren, die gleichaltrige Frau von 27 1/2 Jahren. Noch größer ist der Unterschied in Frankreich und in der Sowjetunion.

GRAPHIK NR. 3

Mittlere Lebenserwartung der 50 jährigen in Jahren



Quelle: Stat. Jahrb. f. d. BRD, 1973 u. UN Demographic Yearbook, 1971
STAT. BUNDESAMT 73 647

Im Alter von 60 Jahren hat ein Mann noch 15 Lebensjahre zu erwarten, die Frau noch 19. Dem 70jährigen Mann sind noch 9,3 Jahre zugemessen, der gleichaltrigen Frau aber noch 11,4.

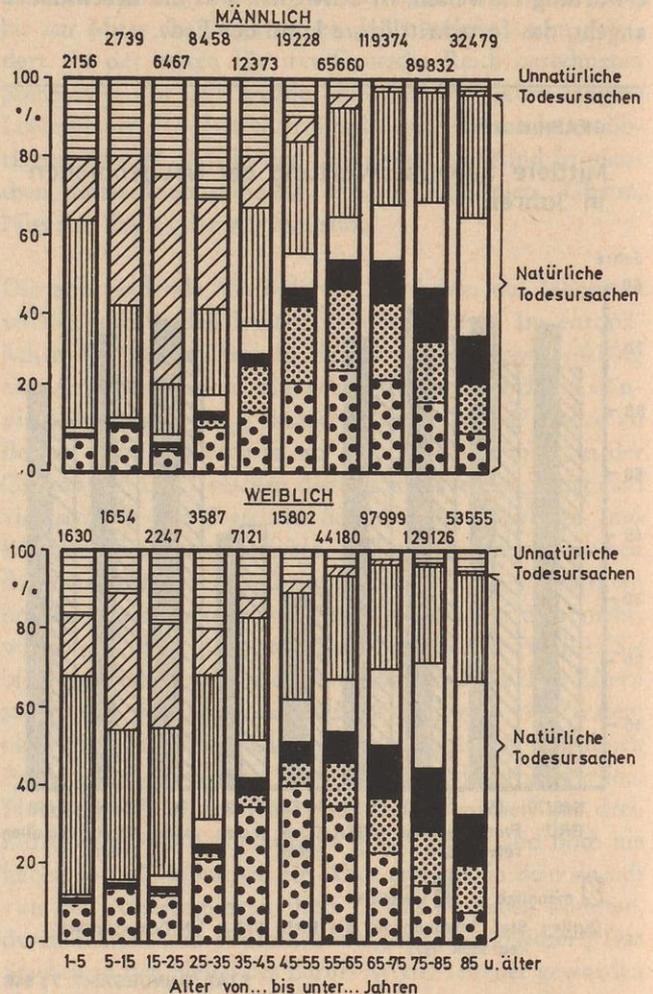
Zwischen dem Alter eines Menschen und der Ursache seines Todes gibt es charakteristische Zusammenhänge.

Die häufigsten Todesursachen heute

Vom mittleren Lebensalter an nimmt bei beiden Geschlechtern die Häufigkeit der Krankheiten des Kreislaufsystems und der Gehirnblutung und sonstiger Gefäßstörungen des Zentralnervensystems zu. Der Anteil der an bösartigen Neubildungen, dem Krebs, sterbenden Menschen ist bei den Männern am größten im Alter zwischen 55 und 65 Jahren, bei den Frauen ein Lebensjahrzehnt früher. Der hohe Anteil unnatürlicher Todesursachen bei Kindern und Jugendlichen zeichnet sich insbesondere im Alter von 5 bis 15 Jahren infolge der tödlich verlaufenden Kraftfahrzeugunfälle ab. Unfälle sind die häufigste Todesursache der 15- bis 25jährigen Männer. Rund vier Fünftel der in diesem Alter Gestorbenen erliegen einem Unfall. Mit zunehmendem Lebensalter sinkt dann der Anteil der Unfälle an den Todesursachen.

GRAPHIK NR. 4

Sterbefälle 1970 nach ausgewählten Todesursachen



- Bösartige Neubildungen 1)
- Ischämische Herzkrankheiten
- Gehirnblutung u. sonst. Gefäßstörungen des Zentralnervensystems
- Sonst. Krankheiten des Kreislaufsystems
- ▨ Übrige natürliche Todesursachen
- ▨ Kraftfahrzeugunfälle
- ▨ Übrige unnatürliche Todesursachen

1) Einschließlich Neubildungen d. lymphat. u. blutbildenden Organe

STAT. BUNDESAMT 72 303

Männer im mittleren Lebensalter erliegen aber nicht nur häufiger als Frauen einem frühzeitigen Tod. Sie erleiden auch Krankheiten oder Unfälle, die in einem weit höheren Anteil zur frühen Invalidität führen, als das bei Frauen der Fall ist. 1971 gab es in der Bundesrepublik rund eine halbe Million Männer im Alter von 50 bis 65 Jahren, die infolge Krankheit vorzeitig eine Rente in Anspruch nehmen mußten; bei den Frauen im Alter von 50 bis 60 Jahren — im Alter von 60 Jahren können sie ihr Arbeitsleben normal beenden — waren es nicht ganz 150 000. Deutlicher noch zeigt sich der Unterschied in der

Zahl der Neuzugänge vorzeitig invalidisierter Männer und Frauen. Von den Männern im Alter von 50 bis 65 Jahren, die als Erwerbstätige sozialversichert sind, haben 1971 rund 5% vor dem normalen Abschluß ihre Erwerbstätigkeit aufgegeben, weil sie krank und arbeitsunfähig waren, bei den 50- bis 60jährigen Frauen waren es 3%.

Die Weltgesundheitsorganisation hat Berechnungen angestellt, wie sich die Lebenserwartungen bei Männern und Frauen verändern würden, wenn es gelänge, bestimmte Krankheiten, die im jüngeren und mittleren Lebensalter vorwiegend zum Tode führen, auszuschalten. Ausgewählt wurden die *Herz- und Kreislauferkrankungen*, alle Arten von Neubildungen, vor allem *Krebs*, und die *Unfälle*¹. Für die Bundesrepublik ergibt sich als Resultat dieser Berechnungen: Würde man erreichen, daß kein Mensch mehr an Herz- und Kreislaufkrankheiten stirbt, dann würde sich die Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt bei den Männern von rund 68 Jahren auf rund 74 Jahre, also um 6 Jahre erhöhen — die Werte gelten für 1967 —, bei den Frauen von 74 Jahren um nicht weniger als 7 Jahre auf rund 81. Wäre es möglich, den Krebs als Todesursache auszuschalten, dann würde die Lebenserwartung bei den Männern von 68 auf 70 Jahre steigen, bei den Frauen von 74 auf 77, der Erfolg wäre also sehr viel geringer als bei einer Ausschaltung des Herz- und Kreislaftodes. Würde sich schließlich kein tödlicher Unfall mehr ereignen, dann stiege die Lebenserwartung der Männer von 68 auf 69 Jahre, die der Frauen würde um etwa ein halbes Jahr steigen. Natürlich sind das Spekulationen, aber Fortschritt bei der Bekämpfung der Herz- und Kreislauferkrankungen bietet ungewöhnliche Aussichten für die Lebensverlängerung.

Sterbefälle durch Kraftfahrzeugunfälle

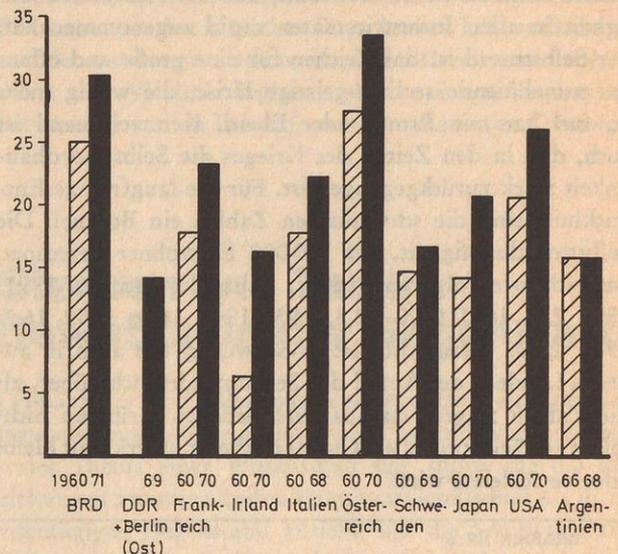
Im Straßenverkehr sind im Jahre 1972 in der Bundesrepublik rund 18 800 Menschen getötet worden. Die Zahl ist gegenüber dem Jahre 1971 fast gleich geblieben. Der internationale Vergleich zeigt im Jahrzehnt 1960/70 durchweg eine Zunahme dieser Todesursache bezogen auf 100 000 Einwohner. Besonders deutlich ist die Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland, in Frankreich, Österreich und den Vereinigten Staaten, außerordentlich stark die Zunahme in Irland.

Von den rund 18 600 Kraftfahrzeugunfällen des Jahres 1971 — ihre Zahl ist etwas niedriger als die der Straßenverkehrsunfälle insgesamt — waren weit mehr Männer (rund 13 500) betroffen als Frauen (rund 5100). Die Entwicklung im Jahrzehnt 1960/71 zeigt aber eine relativ stärkere Zunahme bei den Frauen. Von 100 000 Männern/Frauen fielen dem Verkehr zum Opfer: 1960 42,4 Männer, 9,7 Frauen; 1971 46,1 Männer, 16,0 Frauen. Die

¹ Harald Hanslwwka, „Health Programmes and the Prospects for further Reductions of Mortality in Low-Mortality Countries“, International Population Conference der International Union for the Scientific Study of Population, 1973, Vol. 3, S. 283 ff.

GRAPHIK NR. 5

Sterbefälle durch Kraftfahrzeugunfälle Auf 100 000 Einwohner



Quellen: Stat. Jahrb. f. d. BRD, 1963, 1964 und 1973

STAT. BUNDESAMT 73 644

Graphiken und Zahlen lassen erkennen, daß die Menschen im Durchschnitt ein langes Leben erwarten können, daß sie aber heute von ganz anderen Gefahren und Krankheiten bedroht sind als in früherer Zeit. Es gibt in einem modernen Staat so gut wie keine lebensbedrohenden Seuchen mehr. Auch die noch im letzten Jahrhundert verheerend wirkende Tuberkulose tritt heute sehr viel seltener auf und führt nur in relativ wenigen Fällen zum Tod.

Sterbefälle durch Selbstmord

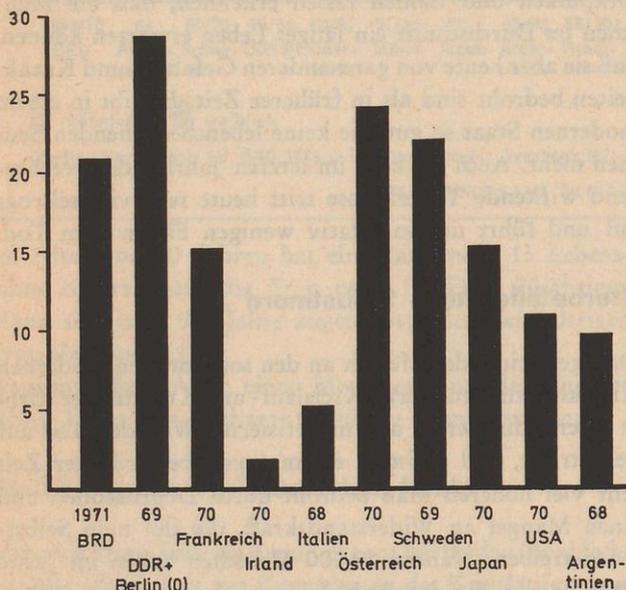
Dagegen stirbt der Mensch an den sogenannten modernen Krankheiten, den Herz-, Kreislauf- und Krebstod, er stirbt in einer technisierten und motorisierten Welt den Tod auf der Straße, und er ist in einem gegenüber früherer Zeit sehr viel höheren Maß bedroht durch Depressionen und einen Mangel an Widerstandskraft, die ihn zum Selbstmord treiben. Nahezu 13 000 Menschen haben im Jahre 1971 in der Bundesrepublik ihrem Leben durch Selbstmord ein Ende gesetzt. Frauen sind an Selbstmorden weit weniger beteiligt als Männer. Von den rund 13 000 Menschen, die durch Selbstmord endeten, waren etwa zwei Drittel (8100) Männer und etwa ein Drittel (4800) Frauen. Bei beiden Geschlechtern hat im Jahrzehnt 1960/71 die Häufigkeit der Selbstmorde zugenommen. Auf 100 000 Männer/Frauen kamen Selbstmorde: 1960 26,3 Männer, 13,3 Frauen; 1971 27,6 Männer, 14,9 Frauen. Wie unterschiedlich der Anteil der Selbstmörder im internationalen Vergleich ist, zeigt die Graphik NR. 6.

Es kann hier nicht versucht werden, auf die Ursachen der außerordentlich unterschiedlichen Selbstmordhäufigkeit in

den einzelnen Ländern einzugehen. Eine solche Analyse müßte vielen Faktoren Rechnung tragen, dem Altersaufbau der Bevölkerung, der konfessionellen und sozialen Schichtung, der Mentalität, der wirtschaftlichen Lage und vielem anderen mehr. Fest steht, daß die Selbstmordhäufigkeit in allen Industriestaaten rapid zugenommen hat, der Selbstmord ist das Zeichen für eine große und offenbar zunehmende seelisch-geistige Krise, die wenig mehr zu tun hat mit Armut oder Elend. Kennzeichnend ist auch, daß in den Zeiten des Krieges die Selbstmordhäufigkeit stark zurückgegangen ist. Für die langfristige Entwicklung sind die schwedischen Zahlen ein Beispiel. Die Selbstmordhäufigkeit, auf 100 000 Einwohner berechnet, hat sich wie folgt entwickelt: Jahresdurchschnitt 1791/1800 2,5, 1891/1900 12,8, 1931/1940 16,4, 1952 16,7, 1969 22,0. Vermutlich ist in Schweden wie auch in anderen Ländern der Anteil der Selbstmorde noch höher, als die Zahlen zeigen, da aus verschiedenen Gründen nicht selten ein Selbstmord als Unfall erscheint, unerkannt bleibt oder verschleiert wird.

GRAPHIK NR. 6

Sterbefälle durch Selbstmord und Selbstbeschädigung Auf 100 000 Einwohner



Quelle: Stat. Jahrb. für die BRD, 1973

STAT. BUNDESAMT 73 645

Zwischen der Lebensdauer und dem Familienstand bestehen ebenfalls Zusammenhänge. Schon vor 300 Jahren hat man Berechnungen über den Einfluß des Familienstandes auf die Sterblichkeit durchgeführt. Die letzten, für die Bundesrepublik vorliegenden Ergebnisse aus den fünfziger und sechziger Jahren bestätigen die älteren Erfahrungen: bei Männern und Frauen haben verheiratete eine längere Lebenserwartung als unverheiratete, bei den Männern viel ausgeprägter als bei den Frauen. Die geschiedenen Männer haben im Durchschnitt die vergleichsweise geringste Le-

benserwartung. Ihre Sterblichkeit ist noch höher als die der verwitweten und auch als die der ledigen. Die höhere Sterblichkeit unverheirateter Männer ist keineswegs ein Zufall, sie ist auch in anderen Ländern zu beobachten. Sie geht u. a. darauf zurück, daß die Ehe selbst eine Art Selektion darstellt: körperlich schwache, psychopathische oder chronisch kranke Menschen heiraten seltener als gesunde. Psychisch labile Menschen heiraten meist übereilter und unüberlegter, sie werden dann eher geschieden und sterben als Geschiedene. Hinzu kommt, daß ihr Anteil an tödlichen Unfällen und Selbstmord größer ist als bei Verheirateten. Der ledige Mann setzt sich eher lebensbedrohenden Gefahren aus, sein Leben ist ungeordneter, unsteter als das des verheirateten. Die höhere Sterblichkeit der Witwer gegenüber den Verheirateten mag teilweise auf mangelnde Versorgung oder Alkoholmißbrauch zurückgehen. Nichtverheiratete Frauen haben zwar auch eine höhere Sterblichkeit als ihre verheirateten Schwestern, der Unterschied ist aber nicht so groß wie bei den Männern, da die Lebensweise auch der ledigen, geschiedenen und verwitweten Frauen nicht in gleicher Weise exzessiv ist wie die der unverheirateten Männer. Frauen verstehen es auch viel besser, sich einer veränderten Lebensweise anzupassen, mit dem Alltag der eigenen Versorgung fertigzuwerden.

Psychische und soziale Auswirkungen der höheren Lebensdauer

Die Verlängerung des menschlichen Lebens und die Tatsache, daß Männer früher sterben als Frauen, hat tiefgreifende Auswirkungen im individuellen und im gesellschaftlichen Bereich. Einige von ihnen sollen erwähnt werden. Weitaus die meisten Menschen leben gern und sie betrachten die Verlängerung ihres Lebens bis ins hohe Alter als Vorteil und Gewinn. Das Wort des Psalmisten „unser Leben währet siebenzig Jahre, und wenn es hochkommt, so sind es achtzig Jahre“, das zu seiner Zeit für sehr wenige Menschen galt, ist heute als Massenergebnis erfüllt worden. Sein resignatives Urteil aber „und wenn es köstlich gewesen ist, so ist es Mühe und Arbeit gewesen“ stimmt nicht mehr. Mit zunehmender Lebenserwartung ist die Zeit der Berufstätigkeit immer kürzer geworden. Sie füllt wenig mehr als die Hälfte des Lebens eines Menschen aus. Während einer immer länger dauernden Ausbildungszeit vor Beginn dieses Berufslebens und bei zunehmender Lebenserwartung eines immer länger dauernden Lebensabschnittes nach seinem Ende muß die Gemeinschaft der Bürger, der Staat, das Leben finanzieren. Der Anteil der Sozialleistungen für Erziehung, Ausbildungseinrichtungen, Renten, Krankenhäuser und Altenheime wächst und wird weiter wachsen. Der Anteil der über 80jährigen nimmt relativ stärker zu als der Anteil der über 60jährigen. Vor unseren Augen vollzieht sich eine Änderung der Bevölkerungsstruktur, die wir nur deshalb kaum noch zur Kenntnis nehmen, weil wir uns an das sich allmählich ändernde Bild schon gewöhnt haben.

Sind wir also ein überaltertes, ein vergreistes Volk? Bei weitem nicht! „Überalterung“, „Vergreisung“, das sind ideologische Übertreibungen aus der Zeit des Nationalsozialismus, der mit dem diffusen Begriff des „jungen Volkes“ Expansionsgelüste zu motivieren suchte. Natürlich wächst, wenn die durchschnittliche Lebensdauer der Menschen in das achte Jahrzehnt hineinreicht, auch der Anteil älterer Menschen. Entsprechend geht der Anteil der Kinder und Jugendlichen zurück. Bei einer Relation von 20% älteren, über 60jährigen Menschen zu 80% unter 60jährigen kann man aber nicht von einer Vergreisung sprechen, auch deshalb nicht, weil das Altersgefühl des Menschen sich geändert hat. Die erfolgreiche Verschiebung des Todes ist begleitet von einer Zunahme der Vitalität des Menschen. Dank der medizinischen Forschung und der Gerontologie lassen sich die Gesundheitsverhältnisse auch älterer Menschen für eine längere Dauer stabilisieren und verbessern. Ein 60jähriger ist in seinem Lebensgefühl und in seinen Fähigkeiten heute weit jünger, als ein 60jähriger vor einer Generation oder zwei Generationen war. In ihrem Lebensplan haben sich aber die Menschen offenbar noch nicht darauf eingestellt, daß ein 60jähriger noch etwa ein Viertel seines Lebens vor sich hat, ein 60jähriger Mann durchschnittlich weitere 15 Jahre, eine 60jährige Frau weitere 19 Jahre leben wird. Man hat sich nicht eingerichtet auf diesen letzten Lebensabschnitt, in dem man im natürlichen Ablauf zwar seinem Tode zugeht, durch berufliche Arbeit aber nicht mehr gebunden ist, auf einen Lebensabschnitt, der relativ frei von Sorge und Krankheit sinnvoll genutzt werden müßte. Die Menschen sind, wie die Psychologen feststellen, auf ihr Alter nicht genügend vorbereitet. Man müßte schon die 50jährigen zu einer vernünftigen Lebensweise und einer sinnvollen Beschäftigung außerhalb ihres Berufes erziehen, damit sie am Ende des Arbeitslebens und wenn die Kinder längst das Elternhaus verlassen haben, nicht ins Leere fallen. Der Mensch muß lernen, diesen letzten und relativ langen Abschnitt seines Lebens zu bewältigen und sinnvoll zu erfüllen. Allerdings kann der einzelne diese Aufgabe allein nicht lösen. Die Gesellschaft muß ihm mit besonderen Maßnahmen helfen. So müssen z. B. bei der Siedlungs- und Wohnungsplanung Vorkehrungen getroffen werden, daß alte Menschen nicht vereinsamen. Diese Gefahr ist vor allem bei Frauen gegeben. Die Zahl der für sich allein in einem Haushalt lebenden Frauen im Alter von über 60 Jahren beträgt heute schon drei Millionen, bei den Männern dieses Alters ist es eine halbe Million. Die Zahl der über 65jährigen Frauen übersteigt gegenwärtig die Zahl der gleichaltrigen Männer um zwei Millionen oder 60%. Im Jahre 1980 werden 2,5 Millionen Frauen ohne Partner ihrer eigenen Generation sein, was zum Teil auf die Kriegsverluste, zum Teil auf die höhere Sterblichkeit der Männer in jüngeren Jahren zurückgeht.

Wir alle partizipieren an dem auf wissenschaftlichem, kulturellem und wirtschaftlichem Fortschritt beruhenden Gewinn an Lebensjahren, wir alle haben die Chance, älter

zu werden als die Menschen jeder anderen Epoche. Sollten wir da nicht auch Sorge und Verantwortung dafür tragen, wir alle, den älteren Menschen, den älteren Frauen ein erfülltes und nicht ein in Einsamkeit und Verbitterung verbrachtes Leben zu sichern? Es bedarf aber der sozialen Phantasie, um den Menschen ihren letzten Lebensabschnitt auch lebenswert zu machen, damit der Gewinn an Lebensdauer und Vitalität begleitet ist von einem Gewinn an Lebensreife und an Lebensfreude. *Hermann Schubnell*

Sterben und Tod im Bewußtsein der Gegenwart

Obwohl der Tod jedes einzelnen Menschen eine persönliche und eine soziale Komponente hat und insofern zentrales Thema einer Wissenschaft sein sollte, die die Beziehungen zwischen Individuum und Gesellschaft als ihren vorrangigen Gegenstand ansieht, hat die Soziologie zur Phänomenologie des Todes bislang nur recht wenig beigetragen. Sie beteiligt sich damit offensichtlich selbst an dem großen Schweigen, mit dem der Tod und das Sterben heute umgeben werden. Wenn wir einmal unterstellen, daß die Soziologie als „Vergegenwärtigungswissenschaft“, wie sie früher einmal genannt wurde, vor allem die Fragen zum Thema macht, die in der konkreten Alltagsbewältigung problematisch — krisenhaft — geworden sind, dann läßt sich ihr Schweigen in dieser Frage nach zwei Seiten hin interpretieren: Entweder ist der Tod auch heute noch eine fraglos hingegenommene und darum auch nicht weiter diskutierte Realität in der Latenzzone unseres Bewußtseins, oder aber der Tod erscheint überhaupt nicht mehr in der Realität unseres Alltags, weil er wirklich *verdrängt* ist aus dem Gesichtskreis der aktuellen Erfahrungen.

Der Tod und das bürgerliche Zeitalter

Im Begriff der *Verdrängung* steckt ja bei näherem Zusehen ein doppelter Vorwurf. Zunächst wird unterstellt, daß der moderne Mensch — im Gegensatz etwa zum Menschen des Mittelalters — Angst habe und zu feige sei, dem Tod unerschrocken ins Antlitz zu schauen. Zweitens aber wird mit der Behauptung, der Mensch von heute verdränge den Tod aus seinem Leben, fast ärgerlich zugegeben, daß es offenbar möglich ist, sich dieser Realität wirklich zu entziehen, was angesichts der von niemandem bestrittenen Unvermeidbarkeit des Todes einigermaßen erstaunlich anmuten muß.

Es stellt sich hier eben die Gegenfrage, ob dieser Vorwurf der Verdrängung nicht zumindest auch ein Ausdruck der Verärgerung darüber ist, daß eine oft allzu simple Manipulierung der Lebenden mit der bedrohlichen Bilderwelt

von Tod und Teufel immer weniger mehr verfängt. Der Erfolg einer im Grunde ganz unreflektierten Praxis auch der kirchentreuen Bevölkerung, sich diesem System einer Memento-mori-Mechanik stillschweigend zu entziehen, muß die Kirchen besonders treffen, die nach Meinung mancher gerade hier eine letzte Bastion traditioneller Funktionen zu verteidigen haben¹.

Sozialgeschichtlich ist diese Situation abzuleiten aus der Entstehungsgeschichte eines Bürgertums, das sich in seinen immer stärker werdenden Diesseitsaktivitäten zwangsläufig nicht nur den die demütige Hinnahme alles Gegebenen fordernden Hoffnungs- und Tröstungsritualien der alten Kirchen zumindest innerlich entzog, sondern in dieser Emanzipation auch seinen spezifischen sozialen Status gegenüber dem „einfachen Volk“ zu profilieren suchte. In einer Interpretation der für dieses Thema aufschlußreichen Untersuchungen *Bernhard Groethuysens* über „Die Entstehung der bürgerlichen Welt- und Lebensanschauung in Frankreich“ (1927) kommt *Christian von Ferber* zu der Schlußfolgerung: „In der geistigen Auseinandersetzung mit der katholischen Kirche, die mit dem Ausschließlichkeitsanspruch einer Verwalterin jenseitiger Heilsgüter die Todesdrohung als Waffe einsetzt, wird das Bürgertum, legitimiert, durch seine wirtschaftliche Macht und gestützt auf eine außerkirchliche Kultur, zum ersten modernen Vertreter einer Ignorierung des Todes. Leugnung oder Einbeziehung der Todeserfahrung in den christlichen Heilsplan rückte als Alternative in das Zentrum des Weltanschauungskampfes. An der Bewertung des Todes für die Lebensführung entzündete sich der Gegensatz; die Todesauffassung bildete ein Symbol, an dem sich kirchliche und säkulare Lebensanschauungen trennten.“²

Diese Überwindung der Todesdrohung — ein ganz spezifisches Produkt des gerade entstehenden bürgerlichen Zeitalters —, wird heute allerdings eher von einem marxistischen Fortschrittsoptimismus weitergetragen, dem gegenüber Autoren wie *Kierkegaard*, *Dilthey*, *Simmel* oder *Heidegger* in ihrem Kulturpessimismus selbst als Signatur des bürgerlichen Niedergangs erscheinen, was die Darstellung ihrer Positionen etwa bei *G. Lukács* unter dem bezeichnenden Titel „Die Zerstörung der Vernunft“ (1954) sinnfällig deutlich gemacht hat³.

Anstelle solcher mehr geistes- und sozialgeschichtlicher Erörterungen, die eine Interpretationsbasis für die Analyse der Verhaltensänderung gegenüber dem Phänomen von Tod und Sterben im industriegesellschaftlichen Bürgertum abgeben und darum auch nicht vergessen werden sollen, wird im folgenden mehr auf einige „vordergründige“ Fakten verwiesen, die ebendeshalb häufig übersehen werden. Sie lassen sich in drei Hypothesen formulieren:

1. Das Verschwinden der Todeserfahrung ist zunächst die logische Folge sehr tiefgreifender Veränderungen im Alters- und Sozialgefüge der Bevölkerung.
2. Das Bewußtsein von der Unausweichlichkeit des Todes scheint demgegenüber bei weitem nicht so weit ver-

drängt zu sein, wie der reale Mangel an Todeserfahrungen es vermuten läßt. Insofern gibt es alters- und berufsspezifische, gegeneinander sehr unterschiedliche Formen des Todesbewußtseins.

3. Das allgemeine Zurücktreten des Todesbewußtseins ist — gebunden an bestimmte und erkennbare historische Ereignisse und Entwicklungen — offensichtlich eine Übergangsphase und dürfte schon im Laufe des kommenden Jahrzehnts durch eine zunehmende Problematisierung des Themas „Tod und Sterben“ abgelöst werden, freilich kaum die traditionellen Todesvorstellungen wieder provozieren.

Veränderungen im Alters- und Sozialgefüge

Die sog. Verdrängung des Todes ist zunächst die logische und unvermeidbare Folge der *Senkung der Kindersterblichkeit* und der damit verbundenen Verringerung der pro Familie geborenen Kinder. In der Konsequenz dieser Entwicklung ist die Chance einer konkreten Erfahrung von Tod und Sterben für den einzelnen relativ gering geworden.

Man ist sich heute wohl eindeutig klar darüber, daß ein *Bewußtsein der Vergänglichkeit* allen, also auch des eigenen Lebens keineswegs angeboren ist, so daß Kinder auch dies lernen müssen, zumal sie — zumindest in unserem Kulturkreis — bis etwa zum 3. Lebensjahr überhaupt keine Vorstellung mit dem Wort und dem Begriff des Todes verbinden. Auch in den folgenden Jahren — etwa bis ins 5./6. Lebensjahr — wird der Tod nicht als endgültige Trennung oder gar Vernichtung begriffen, sondern es werden Vorstellungen von Lähmung, Krankheit oder einfach der Entfernung aus dem eigenen Gesichtskreis damit verbunden⁴. Entscheidend jedoch: es sind heute nur höchsten 5% aller Kinder, die in dieser Phase der Frühsozialisation (bis zum Eintritt ins Schulalter) vom Tode eines ihnen nahestehenden Menschen betroffen werden⁵.

Man darf jedoch voraussetzen, daß die Basis für die *Entwicklung eines Sterblichkeitswissens* für den einzelnen zunächst einmal die Zahl von Todesfällen ist, die er überhaupt während seines eigenen Lebens erleben kann. Wenn wir davon ausgehen, daß in den Industriegesellschaften Europas, der USA und Japans die Mortalitätsrate in wenigen Jahrzehnten von ca. 25—30 auf 10—12 gesenkt werden konnte, dann bedeutet schon diese Verringerung der Ausgangsdaten, daß heute erst ein 50jähriger die Zahl von Todesfällen erlebt haben kann, die früher bereits ein 20jähriger in der Regel erfahren hatte. Hinzu kommt, daß der Realkontakt zwischen den Generationen vor 100 Jahren räumlich erheblich enger war als heute, so daß die meisten Menschen schon in ihrer Kindheit zumindest den Tod ihrer Großeltern unmittelbar erleben und verarbeiten mußten. Da die höhere Mortalitätsrate aber nicht nur durch den Tod alter Menschen zustande kam, sondern vor allem auf die hohe Kinder- und Seu-

densterblichkeit zurückzuführen war, mußte fast in jeder Lebensphase mit dem Tod naher Angehöriger — aber auch mit dem eigenen Tod — gerechnet werden. So haben die Senkung der Mortalität *und* das Leben in kleineren Wohneinheiten dazu beigetragen, daß der nach dem Zweiten Weltkrieg in den Industriegesellschaften aufgewachsenen Generation die Erfahrung, einen Leichnam zu sehen oder gar die Agonie eines nahen Angehörigen mitzuerleben, fast völlig erspart geblieben ist. Das ist zweifellos ein Novum in der Menschheitsgeschichte⁶. — Erst auf dieser doppelten Basis — der rein zahlenmäßigen Verminderung der Erfahrungschance *und* der sich durchsetzenden Aufhebung der Wohngemeinschaft von Eltern- und Großelterngeneration — tritt ergänzend die Tatsache hinzu, daß bis zu 90% aller Todesfälle sich in Kliniken, Alters- und Pflegeheimen ereignen, was u. a. zur Folge hat, daß auch nahe Angehörige oft erst post mortem am Todeslager erscheinen (können?).

Es ist einsichtig, daß diese Veränderungen in einem unmittelbaren Zusammenhang miteinander stehen und als Folgen einer zunehmenden Rationalisierung der individuellen und gesellschaftlichen Lebensführung verstanden werden können. Positiv formuliert, läßt sich diese Entwicklung wie folgt zusammenfassen:

1. Senkung der Säuglings- und Kindersterblichkeit und der allgemeinen Krankheitsmortalität bei jüngeren Erwachsenen, was eine ständige Zunahme der Chance, alt zu werden, zur Folge hat und — bei allmählich stagnierender Gesamtbevölkerungszahl — vorerst eine relative Zunahme der alten Menschen an der Gesamtpopulation bewirkt (s. o.).
2. Ökonomisierung der auf außerhäusliche Aktivitäten (Beruf, Schule usw.) gerichteten Haushaltsführung im Sinn eines generationshomogenen Zusammenwohnens. Unter den zahlreichen Bedingungsfaktoren dieses Prozesses seien nur die industriellen Konzentrationsbewegungen und die damit verbundene Verstädterung genannt. Für die Gebiete mit großer Wohnraumzerstörung im Zweiten Weltkrieg haben die unvermeidbaren und die ideologischen Zwänge der Wiederaufbaupraxis (viele, aber kleine Wohnungen) diesen Prozeß noch verschärft. Die profitorientierte Ausnutzung dieser Situation in den westlichen Gesellschaften forciert diesen Zustand, der sich in seinen Auswirkungen auf das generative Verhalten und die Wohnbedürfnisse aber kaum von den Verhältnissen in östlichen Industriestaaten unterscheidet und zunehmend als fundamental fragwürdige Entwicklung aller vorrangig auf Produktion und (Arbeits)leistung hin orientierten Industriesysteme kritisiert wird⁷.
3. Frühzeitige Einweisung von Kranken in Krankenhäuser oder Pflegeheime, was einerseits die Überlebenschance erhöht und damit unmittelbar zur Ursache für das Ansteigen der Zahl von alten Menschen wird, andererseits den bei Scheitern der Behandlung doch

eintretenden Todesfall wiederum dem unmittelbaren Erfahrungshorizont der Angehörigen entzieht.

Bilanziert man diese Entwicklungen unter der Fragestellung, ob und wie Kinder eine Verhaltenssicherheit gegenüber der Realität des Todes lernen sollen, dann muß man zu dem Schluß kommen, daß — ganz im Gegensatz zu vorindustriellen Gesellschaften — Tod und Sterben im Erfahrungshorizont von Kindern heute überhaupt nicht mehr vorkommen können.

Unterschiedliche Formen des Todesbewußtseins

Wird die Verdrängungsthese als gegenstandslos abgelehnt, so bleibt natürlich die Frage, wie sich denn der Mensch der Gegenwart mit der von ihm ja keineswegs bestrittenen Unvermeidbarkeit des Todes auseinandersetze. Hier sei zunächst auf zwei Tatsachen verwiesen, die als unmittelbare Folgen der bereits dargestellten Veränderungen erkennbar sind, sich jedoch kaum als „Fortschritt“ interpretieren lassen.

Erstens hat die *emotionale Betroffenheit* von Hinterbliebenen in einer Kleinfamilie eine andere Qualität bekommen. (Es erscheint wenig sinnvoll, hier rein quantitativ von weniger oder mehr Trauerschmerz zu sprechen.) Zu berücksichtigen ist aber, daß ein Todesfall in der Familie statistisch relativ unwahrscheinlich ist, deshalb meist überraschend kommt und den Trauernden oft in seinem Schmerz isoliert, da die Zahl von „nahestehenden“ Personen sehr gering ist und den Betroffenen nicht selten in eine totale Einsamkeit entläßt. Das kann — vor allem wenn Kinder Vater oder Mutter sehr früh verlieren — zu einer lebenslangen psychischen Hypersensibilität oder gar Labilität führen⁸. Demgegenüber mußte und konnte sich die emotionale Zuwendung der Eltern von zahlreichen Kindern stärker verteilen. Sie mußte nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ anders organisiert sein in einer Zeit, in der die Alltagserfahrung immer wieder bestätigte, daß man nur mit dem Überleben und Aufwachsen jedes zweiten Kindes zu rechnen hatte.

Zweitens ist — wiederum als natürliche Folge des Mangels an Todeserfahrungen — die Unsicherheit, die Verlegenheit und die Ratlosigkeit der meisten Menschen zu erwähnen, die nicht recht wissen, wie man sich anlässlich eines Todesfalls als Hinterbliebener oder gegenüber Hinterbliebenen verhalten solle, müsse oder dürfe.

Immerhin ist hier noch ein Unterschied zwischen Stadt und Land festzustellen. Zunächst einmal sterben auf dem Lande mehr Personen zu Hause anstatt in Heim oder Krankenhaus (was natürlich auch mit der schlechteren Versorgung der Landgebiete mit Krankenhäusern zu tun hat). Vor allem aber ist die Art des Kontaktes zwischen Dorfbewohnern auch heute noch eine andere als zwischen den Bewohnern einer städtischen Siedlung oder gar eines

Hochhauses. Zwar kennt ein Städter wahrscheinlich *mehr* Leute als ein Dorfbewohner, aber er kennt sicher sehr viel *weniger*, zu deren Beerdigung zu gehen er sich verpflichtet fühlte. Wie stark diese gegenseitige soziale Kontrolle im Dorfe auch heute noch funktioniert, ist aus der 1968 in Hessen durchgeführten Untersuchung von Hahn zu erkennen. Auf die Frage: „Haben Sie im letzten Jahr an einer Beerdigung teilgenommen?“ konnten nur 30% der Städter, aber 90% der Dorfbewohner positiv antworten. Außerdem sind auf dem Dorf die tradierten Regelungen des Verhaltens im Todesfall noch viel häufiger in Kraft, als man vermutet, was manche Städter im Urlaub zuweilen erstaunt und mit leichtem Schauer bemerken — so läutet unmittelbar nach Eintritt des Todes die Totenglocke der Dorfkirche; der offene Sarg steht bis zur Beerdigung im Hause oder auch in der Kirche, die ja oft zugleich auch Friedhofskapelle ist; die nachbarschaftliche Hilfe übernimmt wohl selten nur noch die Versorgung der Leiche, in der Regel aber die Ausrichtung des Leichenschmauses; nicht mehr ganz so streng wie in früheren Jahren, aber dennoch deutlich erkennbar sind die Regelungen zum Tragen von Trauerkleidung. Obwohl dieses Regelungssystem also noch „da“ ist, wird man es als Relikt einer vergehenden Welt ansehen müssen. Die Schnelligkeit der Verhaltensänderung gerade in dieser Hinsicht ist vor allem in jenen zahlreichen, ehemals rein dörflichen Siedlungen zu erkennen, die mit dem Ausgreifen der städtischen Verkehrs- und Bebauungsachsen selbst immer mehr den Charakter von Stadtrandsiedlungen annehmen.

Die Ratlosigkeit wird also zunächst sicher noch zunehmen — auch wenn die Unvermeidbarkeit des eigenen Todes selbst Gegenstand langfristiger Überlegungen und Planungen im Sinn einer Rationalisierung der Lebensführung wird. In diesem Sinn zu interpretieren ist z. B. die Tatsache, daß eine wachsende Anzahl von Menschen Lebensversicherungen abschließt, ein Testament macht und — je nach den hier zu beachtenden, unterschiedlichen Regelungen des Friedhofsrechts — sich bereits zu Lebzeiten um einen Grabplatz bemüht⁹. Auf die Frage, ob man auch mit kleinen Kindern über den Tod sprechen sollte, gab es — 1968 in Hessen — kaum ablehnende Antworten¹⁰, und fast drei Viertel aller Befragten wünschten ausdrücklich im Falle einer schweren Krankheit über ihren Zustand informiert zu werden¹¹.

Sicher muß man all diese Mosaikdaten vorsichtig gewichten. Manches formuliert sich leichter gegenüber einem Meinungsinterviewer, als es in der Situation des Sterbens dann realisiert wird — was übrigens ein Grund ist für die relative Hilflosigkeit der empirischen Soziologie gegenüber dieser Thematik: das Sterben selbst entzieht sich der Untersuchung. Es bleibt einerseits die reine Statistik, andererseits die Frage nach Meinungen über Vorgestelltes, real noch gar nicht Erfahrenes. So muß man all diese insgesamt recht sparsamen Daten vor dem Hintergrund

einer Gesellschaft sehen, in der es immer schwieriger geworden ist, der Realität des Todes unmittelbar teilhaftig zu werden. Das mag merkwürdig klingen gegenüber einem ständig anschwellenden Strom von Informationen über Kriege und Katastrophen in aller Welt. Aber gerade diese Überinformation ist es ja, die in uns allen eine gewisse Ökonomisierung des emotionalen Haushalts bewirkt hat, so daß gerade die ständige Information über das Sterben vieler Fernstehender das Bewußtsein von der Möglichkeit des eigenen Todes in den Hintergrund des Bewußtseins gedrängt hat¹².

Eine unvermeidbare Verschärfung dieses Prozesses der *Ökonomisierung von Emotionen* finden wir bei der Gruppe von Menschen, die — in einer arbeitsteiligen Gesellschaft — berufsmäßig, also ständig, mit dem Tod in Berührung kommen: einerseits das Krankenhaus- und Pflegepersonal in bestimmten Bereichen des Medizinalwesens und andererseits alle Berufe des Bestattungsgewerbes. Für das sachgemäße und optimale Funktionieren dieser Dienste ist ja gerade Voraussetzung, daß sich die Betreffenden nicht allzu stark mit dem Vorgang des Sterbens identifizieren, was ihnen auch um so leichter fällt, als sie in der Regel den Sterbenden oder Toten persönlich überhaupt nicht kennen. Im ganzen Medizinalbereich bleibt außerdem gerade die Vermeidung des Todesfalls oberstes Handlungsziel bis zur letzten Sekunde — das bedeutet Sicherheit und Schnelligkeit im Unfalldienst wie in der Krankenversorgung, Verhaltensformen, die sich mit Äußerungen des individuellen Mitleids nur schwer vereinbaren lassen, ja eine lähmende Betroffenheit der Helfer würde die Hilfe selbst illusorisch werden lassen¹³. Die vielfältigen Bemühungen um die Erhaltung oder Verlängerung des Lebens entziehen den Verletzten, Kranken oder Sterbenden jedoch wiederum dem unmittelbaren Erfahrungshorizont seiner Angehörigen. Vor dem Hintergrund dieses faktischen Erfahrungsdefizits sind auch all die rationalen Vorsorgemaßnahmen zu sehen (Lebensversicherung, Testament usw.), mit denen man evtl. Hinterbleibende zu entlasten sucht. Die Bemühungen, dem Nächsten nicht zu schaden — auch nicht durch die Folgen des eigenen Sterbens —, entsprechen einer Grundhaltung unserer (traditionellen) Ethik. Ebendeshalb überwiegt bei Angehörigen wie bei medizinischem Personal auch immer noch die Praxis, einem Schwerkranken seinen wirklichen Zustand zu verschweigen. Jedenfalls scheint das von hier aus ebenso begründbar zu sein wie aus dem Wunsch, das Sprechen über den Tod zu verdrängen.

Die Wandelbarkeit von Todesbildern

Die Frage, die sich mit dem Verblässen archaischer Todesbilder nicht eliminieren läßt und auch mit der Durchsetzung rationaler bestimmter Todesvorstellungen offen und damit gestellt bleibt, lautet: wird die harte, nüch-

terne Realität des Todes ganz aus unserem Bewußtsein verschwinden können, wird es gelingen — ein alter Menschheitstraum — den „Tod abzuschaffen“, jedenfalls den vorzeitigen, den gewaltsamen Tod, so daß das Sterben in Form des friedlichen Verlösens das rational kalkulierbare, schreckenlose Ende des Lebens — und damit zum Teil des Lebens selber wird — womöglich nach einer weiteren Verlängerung der individuellen Lebensdauer? Oder brauchen wir das Todesbewußtsein — das *memento mori* — doch, um — frei nach Rilke — im je eigenen Tod die letzte Zuflucht vor einer immer stärkeren Verpflichtung durch kollektive Zwänge zu finden?¹⁴

Daß der Tod als absolute Lebensbegrenzung mit der Sinnfrage des Lebens unmittelbar zu tun hat, sei unbestritten, ihn deswegen aber zur einzigen und letzten Individualisierungschance zu machen wäre schlichtweg selbstmörderisch. Daß eine Generation, die im Erleben zweier Weltkriege groß geworden ist, die dabei in der Gestalt der Wasserstoffbombe zum erstenmal die Erfahrung von der Möglichkeit der technischen Zerstörung der ganzen Erde gemacht hat, anders auf das Phänomen des Todes reagiert als eine Generation, für die Kriege nur „Geschichte“ oder „Nachrichten“ sind, ist einleuchtend. Wahrscheinlich ist hier auch ein psychologisch erklärbares Vergessen-Wollen und Vergessen-Müssen, um lebensfähig zu bleiben, für diejenigen zu akzeptieren, die als Überlebende und Noch-einmal-davon-Gekommene derart epochaler Katastrophen zu bezeichnen sind.

Wenn wir die Möglichkeit eines neuen Weltkrieges hier einmal ausblenden, dann scheinen zu Beginn der siebziger Jahre einige Entwicklungen erkennbar, die auf das Bewußtsein von Tod und Sterben in den nächsten Jahren zunehmend Einfluß gewinnen könnten:

1. Gerade mit dem Abklingen des die Sensibilität abstumpfenden Massensterbens in großen Kriegen dürfte das Problem des gewaltsamen Todes — vor allem im Hinblick auf die beiden Schwerpunkte „Tod auf der Straße“ und „Selbstmord“ — stärker ins Bewußtsein treten — allein schon deshalb, weil die Zunahme dieser Todesarten die Zahl der unmittelbaren Kriegesopfer zu übersteigen beginnt. (Pro Jahr sterben z. B. in den USA mehr Menschen im Straßenverkehr als während des ganzen Vietnamkrieges US-Soldaten gefallen sind — rd. 50 000.)¹⁵
2. Mit der weiteren Zunahme des Anteils alter Menschen an der Gesamtbevölkerung wird sich schon rein statistisch die Zahl der möglichen Todeserfahrungen für die Jüngeren steigern. Im Zusammenhang damit werden jedoch die Fragen der „technologischen“ Lebensverlängerung wichtig (wie Transplantationen usw.), die das Problem der Grenze zwischen Leben und Tod immer schärfer zuspitzen. Die Mediziner sehen sich mit diesem Problem nicht nur konfrontiert, sondern immer stärker belastet, da nicht nur Juristen und Philosophen, sondern auch Theologen diese Frage der

Ärzte — unbeantwortet — immer wieder an die Medizin zurückgeben.

3. Angesichts des offensichtlichen Mißlingens der „grünen Revolution“ in den Entwicklungsländern (also ihrer ausreichenden Selbstversorgung mit Grundnahrungsmitteln) wird man damit rechnen müssen, daß — wie jetzt bereits in Mittelafrika — Hungersnöte für Millionen von Menschen wieder zur steigenden Lebensgefahr werden.
4. Am anderen Ende der Entwicklungsskala dürfte in den industriellen Verdichtungscentren ein anderes Problem zum Thema werden, das mit der dort herrschenden Grund- und Bodenverknappung (bzw. -verteuerung) zusammenhängt: die Art und Weise der Totenbestattung. Dabei geht es einerseits um ein Platzproblem (Sarg oder Urne, individuelles Grab oder Gräberfeld), andererseits um eine Nutzung der Friedhöfe als Grünzonen innerhalb einer ausgewogenen Stadtplanung.
5. Schließlich wird auch die Frage nach dem *Recht auf den eigenen Tod* wieder in die Diskussion hineinkommen, die in Deutschland aus verständlichen Gründen unter dem Stichwort „Euthanasie“ noch weitgehend tabuisiert ist. Aber es geht ja heute nicht mehr nur um die Abwendung der Gefahr, daß „lebensunwertes Leben“ vernichtet würde, sondern zunehmend auch darum, ob im Interesse noch so humaner anderer Zwecke, Sterbende als Vitalkonserven gegen (oder besser ohne) ihren Willen in einem Zustand gehalten werden dürfen, der die Bezeichnung „Leben“ nicht mehr verdient.

Aus allen diesen Gründen scheint die Phase, in der man etwas vorschnell und auch vorwurfsvoll von der Verdrängung des Todes glaubte sprechen zu müssen, ohnehin eine Übergangsphase gewesen zu sein, die allmählich wieder zu Ende geht, deren Entstehung aber sehr plausible Gründe gehabt hat, die man nicht durch ein pathetisches Wehklagen zudecken sollte.

Gregor Siefer

¹ Um nicht mißverstanden zu werden: Liturgie und Ansprache am Grab sind gerade deshalb, weil sie *nicht* mehr eingebettet sind in den Lebensrhythmus einer traditionellen Dorfgemeinde, in ihrer pastoralen Bedeutung ungeheuer gewachsen. Jeder Priester, der diesen Dienst ernst nimmt, hat das besser erkannt, als ich das hier formulieren könnte. Nur: diese Funktion ist gerade nicht (mehr) nutzbar im Sinne einer Verfügungsgewalt über das Jenseits, mit dem man die Trauernden — je nach dem — trösten oder erschrecken könnte. ² *Chr. v. Ferber*, Soziologische Aspekte des Todes, in: Zeitschrift für evangelische Ethik 7 (1963) 338—60, hier 344 f. ³ Vgl. dazu *Chr. v. Ferber*, a. a. O.; ausführlich auch als kritische Auseinandersetzung mit der spätbürgerlichen Kulturkritik *Werner Fuchs*, Todesbilder in der modernen Gesellschaft, Frankfurt/M. 1973 (Suhrkamp-Taschenbuch 102) (1. Aufl. 1969). ⁴ Vgl. dazu bes. *Bernard Steinzor*, Death and the Construction of Reality, in: Festschrift f. Gardner Murphy, hrsg. v. John G. Peatman und Eugene L. Hartley, New York 1960, S. 358 ff. — Ferner *W. Fuchs*, a. a. O. S. 114 ff. ⁵ Vgl. *Aloys Hahn*, Einstellungen zum Tod und ihre soziale Bedingtheit, Stuttgart 1968, S. 30. — Der Ausfall der Todeserfahrung in den Kleinfamilien hat übrigens auch etwas mit der „Entkirchlichung“ zu tun, insofern die Dienste der Kirche in dieser Hinsicht sehr viel weniger in Anspruch genommen werden müssen, damit aber auch der Realkontakt mit dem Priester sehr viel seltener zwingende Anlässe hat (vgl. G. Siefer, Zur Soziologie des Priesterbildes, in: *Diakonia* 2, 1967, 141). ⁶ Im Gegensatz dazu vgl. etwa die Schilderungen von *Margaret Mead* in ihrem

Buch „Coming of Age in Samoa“ (New York 1928), wo es u. a. heißt: „All children had seen birth and death... had seen many dead bodies... besides having often witnessed the operation of cutting open any dead body to search out the causes of death“ (zit. nach *A. Hahn*, a. a. O. S. 30).⁷ Unter diesem Aspekt sind manche der sich progressiv dünkenden Wohngemeinschaften oft nur ein gerade dieses System bestätigender Ausdruck für eine gelungene Ökonomisierung der Haushaltsführung. Vor allem die unter dem Stichwort „Emanzipation“ (vom Elternhaus) entwickelte Motivation für ihre Entstehung verstärkt zwangsläufig noch den Prozeß der Abschottung der Generationen gegeneinander.⁸ Vgl. *A. Alvarez*, *The Savage of God*, New York 1972, der bei Schriftstellern einen Zusammenhang von hoher Selbstmordanfälligkeit und Verlust des Vaters in früher Kindheit nachzuweisen versucht (u. a. Pavese, Hemingway, Majakovskij u. a.), vgl. auch der *SPIEGEL* 26 (1972) Heft 30, S. 110 f. — Vgl. ferner *W. Fuchs*, a. a. O. S. 131 f.⁹ Nach *Jessica Mitford*, *The American Way of Death*, New York 1963, waren in den USA Anfang der sechziger Jahre ca. 80% der Familienväter lebensversichert, 70% hielten ein Testament für notwendig, über 50% der im Jahre 1960 Gestorbenen hatten sich schon zu Lebzeiten einen Grabplatz gekauft (S. 130).¹⁰ Bei Stadtbewohnern 6%, bei Landbewohnern 9%, vgl. *A. Hahn*, a. a. O. S. 46.¹¹ Stadtbewohner zu 74%, Landbewohner zu 66%, vgl. *A. Hahn*, a. a. O. S. 45.¹² Eine Ausnahme machen hier allerdings die Todesfälle von Persönlichkeiten, mit denen sich auch Nichtangehörige identifiziert haben. Das in diesem Zusammenhang wohl wichtigste Beispiel aus den letzten Jahren war die Ermordung von Präsident Kennedy. Vgl. *P. B. Sheatsley* und *J. J. Feldman*, *The Assassination of President Kennedy*, in: *Public Opinion Quarterly* 28 (1960) 189—215.¹³ Dieser Problembereich wird ausführlich angesprochen von *Chr. v. Ferber* in seinem Aufsatz „Der Tod. Ein unbewältigtes Problem für Mediziner und Soziologen“, in: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 22 (1970) 237—250.¹⁴ Vgl. die entscheidenden Passagen in *Rilkes* „Aufzeichnungen des Malte Laurids Brigge“ (1922). Sie vereinigen die klassische Topoi eines spätbürgerlichen Kulturpessimismus alle in sich (vgl. Inselverlag 1948, S. 12 f.).¹⁵ Vgl. auch *W. Schneider u. a.*, Tendenzen in der Straßenunfallstatistik der männlichen Jugendlichen, in: *Zeitschrift für Verkehrssicherheit* 16 (1970) H. 3, S. 228—232.

Lebensverlängerung — Sterben — Euthanasie

Die Situation des Arztes gegenüber Sterben und Tod hat in den letzten Jahrzehnten eine einschneidende Änderung erfahren. Während er bis dahin allenfalls in der Lage war, Schmerzen und andere Qualen, die die unmittelbar zum Tode führende Krankheit seines Patienten zur Folge hatte, durch schmerzstillende oder das Bewußtsein trübende Mittel zu mildern, hat der Fortschritt medizinischer Technik ihm nun Möglichkeiten eröffnet, die weit darüber hinausgehen. Entscheidend in diesem Zusammenhang ist die Tatsache, daß man Methoden entwickelt hat, die es erlauben, nahezu alle lebenswichtigen biologischen Funktionen künstlich aufrechtzuerhalten. Grundsätzlich stehen dafür zwei Wege offen: die Übernahme der ausgefallenen Funktion durch Medikamente und Apparate und der Ersatz einzelner Organe durch Transplantation. Künstliche Ernährung und der Ersatz der lebenswichtigen hormonproduzierenden Drüsen sind fast problemlos. Schwieriger ist schon die künstliche Übernahme der *Nierenfunktion*, die eine komplizierte Apparatur erfordert. Aber auch diese ist schon so weit entwickelt, daß sie

in Stunden ein- oder zweimal in der Woche ihre Aufgabe erfüllt, während der Kranke in günstigen Fällen sonst ein fast normales Leben führen kann. Im Gegensatz dazu ist eine künstliche Beatmung, also der Ersatz der *Lungentätigkeit* nur unter dauernder Überwachung im Krankenhaus möglich und je nach Störung und der Art der angewandten Apparatur mit mehr oder weniger schwerer Beeinträchtigung des Kranken verbunden. Der Ersatz des *Herzens* ist mangels einer einpflanzbaren Pumpmaschine bisher nur durch Transplantation möglich. Dies ist bekanntlich in einer Reihe von Fällen, wenngleich nur mit zeitlich begrenztem Erfolg, gelungen. Nicht nur für die Durchführung von Operationen am offenen Herzen, sondern auch aus prinzipiellen Gründen ist es wichtig, daß man für Stunden die Tätigkeit von *Herz und Lunge* durch eine Maschine übernehmen kann. Es wäre ohne Zweifel möglich, einen vom Rumpf abgetrennten Kopf mit einer solchen Apparatur oder durch Transplantation auf einen fremden Rumpf eine Zeitlang am Leben zu erhalten (an Hunden sind solche Versuche bereits gemacht worden). Man muß sich klar darüber sein, daß ein solcher künstlich am Leben erhaltener Kopf zumindest für Stunden oder gar für Tage sehen, hören, denken und durch mimische Bewegungen sogar Äußerungen von sich geben könnte. Zum Sprechen fehlt ihm nur der Luftstrom, er könnte sich aber mit jedem, der von den Lippen abzulesen versteht, unterhalten. Daran, daß er lebte, ist nicht zu zweifeln.

Keine Lebensverlängerung um jeden Preis

Man kann Überlegungen dieser Art nicht unberücksichtigt lassen, wenn man sich Gedanken über den Problembereich „Arzt und Tod“ machen will. Was sollte mehr in seinem Zentrum stehen als die *Verlängerung des Lebens*? Sie ist in der Extremsituation des unmittelbar drohenden Todes aber nicht nur eine technische Frage. Es geht nicht nur darum, ob man das Leben verlängern kann, sondern auch, ob man es soll, ob man es darf, ob man es nicht darf, oder wann man es darf und stets warum „ja“ oder „nein“. Das Spektrum der Antworten reicht von dem Entsetzen über den künstlich am Leben erhaltenen Kopf bis zu der gegensätzlichen Forderung, man müsse jede Möglichkeit der Lebensverlängerung wahrnehmen (wobei meist an den besagten Kopf und ähnlich zu bewertende Maßnahmen nicht gedacht wird). Die Gegenüberstellung läßt schon vermuten, daß beide Grundsätze weder theoretisch haltbar noch praktikabel sind. Aber auch die casuistische Lösung, die einzelne Maßnahmen als geboten, andere als zulässig und die dritten als ethisch verwerflich erklärt (in Erinnerung an die traditionelle Lehre von den *Media ordinaria* und *extraordinaria*), ist nicht brauchbar. Dies darf allein schon deshalb behauptet werden, da die rasche medizinische Entwicklung eine dauernde Umwertung der Eingriffe erforderte. Was heute noch als außerordentlich und daher als nicht erforderlich oder sogar

nicht zulässig erschiene, wäre in einem Jahr unter Umständen eine Routinemethode, deren Unterlassung verurteilt werden müßte.

Die Frage, wann der Arzt seine Möglichkeiten, das Leben zu verlängern, einsetzen soll, läßt sich nur unter Zugrundelegung der Forderung beantworten, daß der Arzt alles und nur das tun soll, was dem *Wohl des Menschen* dient. Diese allgemeine Formel muß natürlich mit Inhalt gefüllt werden. Was das Wohl des Menschen ist, läßt sich nur an seinem Wesen ablesen und wird dementsprechend abhängig von den unterschiedlichen anthropologischen Vorstellungen gesehen werden. Immerhin können einige Kriterien aus Wesenszügen des Menschen abgelesen werden, die für die Mehrzahl unserer Zeitgenossen einsichtig erscheinen dürften.

Den Menschen charakterisiert vor allen anderen Lebewesen das Maß seines Bewußtseins: das *Bewußtsein* seiner selbst, seiner persönlichen Situation, seiner — wenigstens psychologischen — *Freiheit* und die Bewußtheit seiner *sozialen Bezüge* auf Grund seiner differenzierten kommunikativen Möglichkeiten durch artikulierte Sprache und begriffliches Denken. Alles, was diesen Wesenszügen dient, dient dem Wohl des Menschen. Entscheidend ist nicht nur die zeitliche *Quantität* des Lebens, sondern auch seine *Qualität*. Sie müssen, wenn sie konkurrieren, gegeneinander abgewogen werden. Daraus folgt, daß es Situationen gibt, in denen es richtig sein kann, auf Kosten der zeitlichen Quantität für Qualität zu sorgen, sei es durch den Verzicht auf lebensverlängernde Eingriffe, die allzu schwere Defekte erhalten oder produzieren, sei es durch das Ergreifen von Maßnahmen, die Schmerzen oder andere Qualen lindern, aber möglicherweise durch schädliche Nebenwirkungen die Lebensdauer verkürzen (was ohnehin meist nicht der Fall ist). Vor allem aber ist der *Wille des Kranken* zu achten, sofern dieser zu einer Entscheidung fähig ist und sie zum Ausdruck bringen kann. Das ist nicht rein biologisch gemeint. Zustimmung oder Ablehnung einer Behandlung, gerade in solchen Grenzsituationen, erfordern ja wenigstens ein gewisses Maß an Einsicht in die Risiken, vor allem aber auch in die Chancen der vorliegenden Erkrankung und der in Aussicht genommenen Behandlung. Sie setzen dazu eine psychologische Kraft des Kranken voraus, die nicht ohne weiteres bei jedem und in jeder Situation angenommen werden kann. Dies alles sollte der Arzt im Auge haben, wenn er daran geht, nach behutsamer Information des Kranken dessen Wunsch in Erfahrung zu bringen, und dazu sollte er prinzipiell immer bereit sein. Der Kranke, auch der Todkranke, ist kein Behandlungsobjekt, sondern ein Mitmensch, dem in Achtung seiner persönlichen Freiheit geholfen werden soll. Häufig ist der Kranke allerdings nicht zu einer eigenen Entscheidung fähig; dann muß sie vom Arzt für ihn getroffen werden. Dabei sollte nicht auf den Kranken allein gesehen werden, sondern es muß sein sozialer Bezug entscheidend mitberücksichtigt werden. Neben dem sozusagen individuellen Bewußtsein haben

daher die *kommunikativen Fähigkeiten* (vor allem Sprache und Sprachverständnis) höchsten Wert, wenn nach dem Wohl des Kranken gefragt wird.

Außerdem darf auch das *Wohl seiner Umwelt*, in der sowohl er wie der Arzt steht, nicht vergessen werden. Auch ihre Bedürfnisse, Wünsche und Einstellungen müssen, wenn auch an zweiter Stelle, einbezogen werden. Wenn etwa der Arzt eine Maßnahme im Hinblick auf den Kranken selbst als sinnlos ansieht, so kann es angezeigt sein, sie trotzdem zur Beruhigung der Familie vorzunehmen, sofern sie den Kranken selbst nicht belastet. Und schließlich darf die weitere Umwelt, die Gesellschaft, der Staat, die gesamte Menschheit nicht vergessen werden. Das gilt auch im Hinblick auf ganz materielle Momente wie das Geld. Man sollte es ruhig aussprechen und nicht in Phrasen flüchten wie „Geld dürfe in solchen Situationen keine Rolle spielen“. Es ist, besonders wenn man weltweit denkt, und das muß man, vorläufig so und wird noch lange so bleiben, daß eben nicht genug Nierenspender Apparate, Krankenhäuser, Schulen, Lebensmittel usw. zur Verfügung stehen, um alle Kranken, Erziehungsbedürftigen, Hungernden oder anderen Mangel Leidenden zu versorgen. Dies muß mitbedacht werden, wenn es darum geht, eine Selektion von Patienten für eine Transplantation vorzunehmen, den Bau eines Krankenhauses zu finanzieren oder auch in einer hoffnungslosen Situation das Leben eines endgültig Bewußtlosen unter großem finanziellen Einsatz um ein paar Tage zu verlängern. Natürlich stellt sich dabei sehr rasch die Frage ein, wer so sichere Diagnosen und Prognosen stellen kann, daß diese weittragenden Konsequenzen zu rechtfertigen sind. Zweifellos ist das schwer und verantwortungsvoll. Das gilt aber auch sonst für die Tätigkeit des Arztes. Er kann sich nie auf eine mathematische Sicherheit stützen, wenn es etwa gilt, Chancen und Risiken einer Operation abzuwägen. Trotzdem muß er sich entscheiden. Auch der Versuch, die Entscheidung abzulehnen, ist eine Entscheidung, nämlich eine negative. Es gibt keinen Ausweg. Deshalb können im konkreten Fall die Meinungen gelegentlich auseinandergehen. Entschieden muß werden, auch auf die Gefahr hin, daß einmal eine Fehlentscheidung getroffen wird.

Abgrenzung zur Euthanasie

Es wird im Gegensatz zu dem Gesagten nicht selten der Einwand gemacht, der *Verzicht auf eine mögliche Lebensverlängerung* sei unter allen Umständen zu verwerfen, weil er der Euthanasie gleichzusetzen sei. Im Interesse einer klaren Diskussion dieses gerade jetzt wieder aktuellen und emotionsgeladenen Themas ist es zweckmäßig, unter Euthanasie nur die intendierte aktive Tötung eines Kranken zu verstehen und sie begrifflich scharf vom Verzicht auf ärztliche Lebensverlängerung einerseits und der in Kauf genommenen gesundheitlichen Schädigung als Nebeneffekt schmerzstillender Maßnahmen andererseits

zu trennen. Die Einsicht in die Berechtigung dieser Unterscheidung zwischen Töten und Sterbenlassen eines Kranken, wenn die Lebensverlängerung nicht mehr seinem Wohl dient, fällt vielen schwer. Sie ist am ehesten dadurch zu vermitteln, daß man sich klarmacht, was eine sich zunächst aufdrängende Gleichsetzung der beiden Verhaltensweisen bedeute. Wenn wir einmal voraussetzen, daß die direkt intendierte aktive Tötung eines Kranken (also Euthanasie) z. B. durch die Überdosis eines Narkotikums unbedingt zu verwerfen sei, unabhängig auch von der Lebenserwartung, dann müßte das auch für den Verzicht auf ärztliche Maßnahmen gelten, wenn Töten und Sterbenlassen identisch wären. Das hätte aber die unausweichliche Konsequenz, daß jeder Arzt, der bei einem Sterbenden auf künstliche Atmung, künstlichen Kreislauf usw. verzichtet, auch wenn es sich um eine hoffnungslose Situation handelt, sich der Tötung schuldig machte, denn auch in diesen Situationen könnte man das Leben häufig noch ein wenig verlängern. Die Kürze der Zeit spielte — nach unserer Voraussetzung — ja keine Rolle. Es ist wohl offenkundig, daß das Unsinn wäre und daß man sich dann nur mehr mit riesigem Aufwand um Sterbende bemühen könnte. Für sinnvolle Therapie hätte man bald weder Ärzte noch Apparaturen. Dem wird auch in der Rechtsprechung Rechnung getragen, die zwar auch eine Tötung durch Unterlassen mit Strafe bedroht, aber nur dann, wenn es sich um „pflichtwidriges“ Unterlassen handelt. Die Pflicht zu ärztlichem Eingreifen ist aber nicht absolut, sondern hängt von der Situation ab. Man kann allerdings nicht bestreiten, daß es Situationen gibt, in denen Tun und Unterlassen schwer unterscheidbar sind, etwa beim Abstellen eines in Gang befindlichen Beatmungsgerätes. Es gibt gute Gründe, auch dies als ein Unterlassen aufzufassen, doch ist diese Entscheidung wirklich so schwer, daß wohl alle Ärzte davor zurückschrecken, ein solches Gerät abzustellen, solange der Kranke lebt.

Tötung auf Verlangen

Bekanntlich hat aber auch die *aktive Tötung hoffnungslos Kranker, die Euthanasie im eigentlichen Sinn*, deren ethische Verwerflichkeit wir eben unterstellten, sehr ernsthafte Befürworter. Man kann ihre Argumente christlicherseits nicht einfach unter Berufung auf das 5. Gebot vom Tisch fegen. Erstens ist es nie gut, sich hinter Formeln zu verschützen, auch wenn es biblische sind. Zweitens hat man das jahrhundertlang weder bei der Notwehr, beim Krieg noch bei der Todesstrafe getan, sondern hat differenzierter geurteilt — also sollte man es auch hier. Und drittens geht es ja darum, den eigenen Standpunkt für alle verständlich zu machen. Dies ist aber heute vielen gegenüber nur unter kurzschlüssiger Berufung auf die Bibel nicht mehr möglich. Will man in dem Problem zu einer sachgerechten Beurteilung kommen, sollten zwei Situationen unterschieden werden: 1. der Kranke kann selbst zu der Frage Stellung nehmen und tut es auch, oder 2. er kann oder tut es nicht.

Fangen wir mit der letztgenannten Situation an: Euthanasie, aktive Tötung eines Kranken ohne dessen Willen und Wissen: Wenn wir dabei bleiben, daß kaum etwas anderes das Wesen des Menschen so charakterisiert wie sein Bewußtsein, über sich entscheiden zu können, so muß zugestanden werden, daß es unmenschlich wäre, dieses Bewußtsein nicht zu achten, besonders in einer so entscheidenden Lebenssituation wie der des Sterbens. So wird schwer etwas gegen die These einzuwenden sein, daß jede aktive Euthanasie gegen den Willen des Kranken zu verwerfen ist. Aber wie ist es ohne Willensäußerung, sei es, daß der Sterbende nicht mehr dazu fähig ist, sei es, daß die Frage außerhalb seines augenblicklichen Horizontes liegt? In beiden Fällen wäre Euthanasie nach unserem letzten Entschluß nur diskutabel, wenn man unterstellen könnte, der Kranke wünsche die Tötung, wenn er vor die Frage gestellt würde. Man kann aber konsequenterweise eine so extreme Entscheidung nicht auf Grund von Vermutungen über den Wunsch eines anderen treffen, selbst wenn er ihn irgendwann früher einmal geäußert haben sollte. Man müßte also mit ihm darüber reden.

Wie aber, wenn er es ausdrücklich wünschte? Dies ist sicher die schwierigste Situation. Die Argumente für die Erlaubtheit der Euthanasie sind ja offenkundig: Es wäre vernünftig, wenn ein Mensch, dessen Ende sicher bevorsteht, mit Hilfe des Arztes nicht nur sein Sterben erträglich machen, sondern auch dessen Zeitpunkt bestimmen dürfte, zu seinem eigenen Wohl und häufig auch zu dem seiner Familie und der Gesellschaft. Die prinzipielle Unsicherheit jeder Prognose kann bei gewissenhaftem Vorgehen nicht ins Gewicht fallen, sie ist in diesen Fällen weit sicherer als bei vielen anderen medizinischen Entscheidungen. Der religiöse Einwand, daß „Gott der Herr über Leben und Tod“ sei, ist nicht überzeugend, denn wir fallen ihm ja auch in den Arm, wenn wir eine künstliche Beatmung einleiten, und wer weiß denn, welchen Todeszeitpunkt er vorgesehen hat. Schwerer wiegt schon im Hinblick auf den Patienten, daß ein so schwer Kranker nicht leicht zu einer wohlüberlegten Entscheidung in der Lage ist und man fürchten muß, daß er im Augenblick, in dem er das tödliche Mittel genommen hat, es schon wieder bereut. Wer will beurteilen, ob der Patient wirklich hinter einem so schwerwiegenden Entschluß steht? Ebenso schwierig ist die Lage von seiten des Arztes. Wird er sie gleich beurteilen wie der Kranke, welche Rolle soll die Einstellung der Familie spielen? Es müßte schon Übereinstimmung dieser drei Partner erreicht werden. Immerhin, es könnte ja Fälle geben, in denen auch diese Bedingung erfüllt ist, was kann man dann gegen die Euthanasie einwenden? Höchstens das Mißtrauen, das sich außerhalb des engen Kreises der unmittelbar Beteiligten ausbreiten könnte, es habe doch nicht alles „gestimmt“. All diese schwerwiegenden Komplikationsmöglichkeiten werden nur hinfällig, wenn es sicher ist, daß der Arzt unter gar keinen Umständen tötet, aber das Sterben des Kranken erleichtert, soweit dies notwendig ist. Die Mittel hat er

heute dazu ganz eindeutig. Es spricht also die Gefahr der Beunruhigung, der Schwächung des Vertrauens gegenüber ärztlichem Handeln, das Betreten einer schiefen Ebene und die Möglichkeit echten Mißbrauchs gegen die Zulassung der Euthanasie auf Wunsch des Sterbenden — also gegen die Erlaubtheit einer Tötung auf Verlangen. Man muß allerdings zugestehen, daß all diese *Gegenargumente nur relativ* sind, d. h., daß sie nicht genügen, diese Form der Euthanasie grundsätzlich abzulehnen.

Die Freiheit, den Tod anzunehmen

Aus einer christlichen Lebenshaltung ergeben sich allerdings doch *Argumente für eine unbedingte Ablehnung der Selbsttötung* und damit der Tötung auf Verlangen. Man wird diese Einstellung Andersdenkenden kaum als richtig beweisen, sondern höchstens zur Annahme anbieten können. Wir haben als wesentliches Moment menschlichen Lebens genannt: Die selbständige Bewältigung des eigenen Geschickes in wenigstens psychologischer Freiheit, d. h. die Übernahme von Verantwortung für das eigene Verhalten, und Christen müssen in einer Antinomie dazu hinzufügen die Anerkennung der eigenen Ohnmacht. Dabei ist allerdings die Sache nicht so, daß einmal das eine, einmal das andere Prinzip Geltung hätte — etwa: bis dahin sind wir frei, uns selbst zu manipulieren, und dann müssen wir unsere Ohnmacht anerkennen. Sondern Macht und Ohnmacht gelten immer gleichzeitig, wenn auch von der Situation her verschieden akzentuiert. Das Freiheitsbewußtsein aber gibt beiden die eigentlich menschliche Qualifikation. Keiner Lebenslage kommt unsere Ohnmacht so wesensmäßig zu wie dem Tod. Wir können ihn ja nur setzen, nicht aufheben, ja wir können ihn nicht setzen, ohne ihn gleichzeitig zu erleiden. Er ist das Konzentrat unserer Machtlosigkeit, das als ein Teil unseres Lebens seinen Schatten auf das ganze Leben vorauswirft. Er sollte so, wie es seinem Wesen entspricht, in maximaler Freiheit akzeptiert werden. Die Freiheit der *Annahme* wird aber nicht größer, sondern kleiner, wenn wir versuchen, ihn — den Tod — doch noch ein wenig in die Hand zu bekommen. Den Tod zu forcieren heißt ihn verfremden. Es ist ein Scheingewinn an Freiheit über einen denaturierten Tod. Der Selbstmord oder Freitod ist kein Meistern unseres Geschickes, sondern ein Aufbegehren mit Scheinerfolg. Das Hinausschieben des Todes, falls jemand im Vergleich diesen Einwand machen wollte, ist etwas ganz anderes. Es ist eine Vergrößerung oder Verlängerung der Potenz des Lebens, die diesem seinem Wesen nach zukommt. Freie Annahme des Todes bricht seine Macht, er schlägt sozusagen ins Leere. Vielleicht ist dieses Freiwerden von dem lebensbegrenzenden und damit den Lebenssinn in Frage stellenden Schrecken des Todes durch seine freiwillige Annahme die einzig greifbare Hoffnung christlichen Sterbens — der letzte Lebensschritt, der aus todverfallenem begrenztem Leben endgültig „ewiges Leben“ werden läßt.

Wenn der Tod eintritt

Aber nicht nur das Sterben seines Patienten stellt den Arzt vor schwierige Fragen, sondern auch *der eingetretene Tod*. Während nämlich vor dem technischen Fortschritt der modernen Medizin der Ausfall eines der drei unmittelbar lebensnotwendigen Organe Herz, Lunge und Gehirn innerhalb von Minuten den der anderen und damit den eindeutigen Tod des Kranken zur Folge hatte, kann man jetzt die lebenserhaltenden Teilfunktionen dieser Organe für eine gewisse Zeit künstlich durch Apparaturen übernehmen. Daraus ergibt sich die viel diskutierte Frage, wann ein Mensch tot sei. Der naturwissenschaftlich einwandfreie Ausweg, den Tod aller Organe abzuwarten, ehe man einen Menschen als tot ansieht, verbietet sich aus sozialer Verantwortung. Man kann nicht aus intellektueller Skrupulanz Toten eine Behandlung angedeihen lassen, die man Lebenden entzieht, ob man dabei an die Krankenhauskapazität denkt oder an die Verweigerung einer Organentnahme. Darüber hinaus ergäbe sich aus der Forderung, einen Menschen erst dann für tot zu erklären, wenn alle Organe abgestorben sind, die groteske Konsequenz, daß ein „gestorbener“ Nierenspende erst nach dem Tod des Empfängers wirklich tot wäre, da er ja als Niere im Empfänger weiterlebte. Es mußte also eine anthropologisch sinnvolle und praktikable Todesdefinition gefunden werden. Bekanntlich hat man sich nahezu einhellig auf die These geeinigt: *der Mensch ist tot, wenn sein Gehirn tot ist*, d. h. wenn dessen gesamte Funktion irreversibel erloschen ist. Diese These ist keine naturwissenschaftliche Erkenntnis, sondern eine anthropologische Entscheidung. Die Argumente für sie aus Natur- und Geisteswissenschaften sind konvergent und schwerwiegend. Schon biologisch wird der Mensch innerhalb der Tierreihe durch kein anderes Organ so charakterisiert wie durch das Gehirn, seine relative Größe und Differenziertheit in Bau und Funktion insbesondere im Hinblick auf seine Integrationsaufgabe für den gesamten Organismus. Noch viel überzeugender wird die Vorrangstellung des Gehirns aber, wenn man sich klarmacht, daß alle anfangs genannten humanen Wesenszüge — Bewußtseinsgrad, Sozialbezogenheit, Geschichtlichkeit und ausgeprägte Individualität, begründet in Sprache, begrifflichem Denken und damit in den unvergleichlichen kommunikativen Möglichkeiten — an die Funktion des Gehirns gebunden sind. Ein Wesen, bei dem die Gehirnfunktion total und irreversibel ausgefallen ist, ist kein Mensch, sondern eine Leiche oder allenfalls ein künstlich in Funktion gehaltenes Organpräparat. Bei diesem kann weder von Sterbenlassen noch von Töten die Rede sein.

Deshalb und auf Grund dieser Definition muß der Arzt den Tod des Menschen durch die *Feststellung seines Gehirntodes* konstatieren. Neben der klinischen Beobachtung der Spontanaktivität und der Reaktionsfähigkeit des Gehirns dienen ihm dabei die Registrierung der elek-

trischen Hirnströme als Ausdruck der Tätigkeit der Gehirnzellen und die Untersuchung des Hirnblutkreislaufes. Mit Hilfe von Kontrastmitteln, die in die Kopfschlagader eingebracht werden, kann man den durch gesteigerten Hirndruck bedingten Stillstand des Hirnkreislaufes sicherstellen. Dies ist die verlässlichste Methode für die Feststellung des Gehirntodes, da man weiß, daß dieser dem Ausfall des Blutkreislaufes innerhalb kurzer Zeit folgt. Natürlich kann man den Einwand machen, daß zugestandenmaßen schon die Definition des Todes nur eine — wenngleich sehr gut begründete — Übereinkunft ist. Auch kann nicht geleugnet werden, daß theoretisch alle diagnostischen Methoden Unsicherheitsfaktoren einschließen. Sie werden in unserer Frage um so bedeutender, je rascher die Todesfeststellung erfolgen soll — was z. B. bei der Organentnahme wichtig ist. Dem müßte aber all das entgegengehalten werden, was eben als soziale Verpflichtung zur Todesfeststellung bezeichnet worden war. Auch muß daran erinnert werden, daß gerade deshalb die Entscheidung, wenngleich gestützt auf naturwissenschaftlich erhobene Fakten, diese überschreitend, letztlich eine mensch-

liche ist. Für eine solche kann aber, um es zu wiederholen, nur jene praktische Sicherheit gefordert werden, die bei größter Gewissenhaftigkeit angemessen und erreichbar ist. Dieses Bewußtsein ist für den Arzt, der nicht nur über das Problem reden, sondern immer wieder praktische Entscheidungen treffen muß, oft eine ernste Belastung. Sie hält aber das Bemühen um weiteren medizinischen Fortschritt und das ärztliche Gewissen im Einzelfall eher wach als die Illusion absoluter Sicherheit. *Rudolf Kautzky*

Literatur: Bockemann, P., Strafrecht des Arztes, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1968. — Ehrhardt, H., Euthanasie und Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1965. — Gerlach, J., Individualtöde, Partialtöde — Vita reducta, in: Münchener Med. Wschr. 16/1968. — Ders., Die Definition des Todes in ihrer heutigen Problematik für Medizin und Rechtslehre, in: Arztrecht 1968. — Kautzky, R., Technischer Fortschritt und ethische Problematik in der modernen Medizin, in: Concilium Mai 1969. — Dazu: Kriterien des Todes. Stellungnahme einer Kommission, vorgelegt anlässlich der 85. Tagung der Dtsch. Ges. f. Chirurgie, in: Deutsches Ärzteblatt 19/1968. — Roxin, C., Euthanasie, im Evangelischen Staatslexikon, 1. Auflage. — Sporcken, P., Darf die Medizin, was sie kann? Patmos Verlag, Düsseldorf 1971. — Thielicke, H., Wer darf leben? Wilhelm Goldmann Verlag, München 1970.

Themen und Meinungen im Blickpunkt

Überformung des Glaubens durch Religion

Zur geschichtlichen Bewältigung eines aktuellen Themas

Mit dem jüngst im Verlag Herder erschienenen Buch des Münchner Kirchenhistorikers und Patrologen Peter Stockmeier, Glaube und Religion in der frühen Kirche (143 S.) wurde unseres Wissens zum erstenmal von einem Fachmann der Geschichte der alten Kirche ein Anstoß zu einer kritischen Bewältigung des Verhältnisses von Religion und Glaube im Christentum in geschichtlicher Sicht gegeben. Der Neutestamentler Prof. Josef Blank (Saarbrücken) greift hier den Anstoß des Historikers auf und zieht die Verbindungslinien zur aktuellen Diskussion um das Verhältnis von Religion und Glaube.

Die Frage nach dem Verhältnis von biblisch-neutestamentlichem „Glauben“ zu dem menschlichen Phänomen „Religion“ wurde in der katholischen Theologie lange Zeit hindurch kaum als Problem empfunden; hier erschien

eher die „christliche Religion“ als Erfüllung und Gipfel von Religion überhaupt. Erst allmählich drangen die *kritischen Einwände gegen die naive Identifizierung von Glaube und Religion* ins Bewußtsein; es genügt dafür die Namen *Kierkegaard, Karl Barth, Bonhoeffer* und *Guardini* zu nennen. Ebenso hat die biblische Exegese einen wichtigen Beitrag dazu geleistet, daß man auf die Differenzen von Glaube und Religion aufmerksam wurde. Auf der anderen Seite wird in der gegenwärtigen Religionspädagogik der Religionsbegriff wieder positiv aufgenommen, teilweise mit scharfer Frontstellung gegen die „Dialektische Theologie“. Auch bei der Diskussion um das Verständnis des kirchlichen Amtes (Priesterbegriff) geht es um dieses Problem. Ein geschichtliches Verständnis des abendländischen Christentums, zumal des Katholizismus ist ohne die Aufnahme dieser Problematik kaum zu reichend zu gewinnen.