

Michael Coors

Narrative des guten Sterbens

Zur Normativität narrativer Schemata in der ethischen Diskussion über das Lebensende

Der Tragöde Palmer starb, als er in Drury Lane eine Sterbeszene hätte spielen sollen; das Publikum zischte ihn aus, weil der Held nicht gut starb, aber wie man feststellte, war der arme Schauspieler tot.

(Emerson, Journals and Notebooks VI)¹

1 Sterben, Tod und Narrativ: Begriffliche Klärungen

In der Medizinethik auf Narrative zu reflektieren, ist jenseits empirischer Forschungsmethoden eher ungewöhnlich. Das leitende Interesse der folgenden Überlegungen zu Narrativen im Kontext der ethischen Diskussion über das Lebensende ist kein empirisches, sondern ein hermeneutisches: Es rührt vor allem daher, dass ich das Erzählen im Anschluss an Paul Ricoeur als diejenige sprachliche Handlung begreife, die es erlaubt, Zeit zur Sprache zu bringen.² Zeitlichkeit als abstrakte Größe kann begrifflich reflektiert werden. Wenn es aber darum geht, den Zeitlauf, zum Beispiel eines menschlichen Lebens, zur Sprache zu bringen, dann ist dies in Form von Aussagesätzen und Begriffen nicht ohne Weiteres möglich, sondern der Lauf der Zeit wird erst im Akt des Erzählens sprachlich zum Ausdruck gebracht.³ Denn das Erzählen erlaubt es, Aussagesätze

1 Zitiert in Elias Canetti, *Das Buch gegen den Tod* (Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch, 2015), 237. Ich danke Andreas Mauz für den Hinweis auf dieses passende Motto für meinen Beitrag.

2 Vgl. Michael Coors, *Die Zeit des menschlichen Lebens zur Sprache bringen*, in: *Zeitschrift für Praktische Philosophie* (www.praktische-philosophie.org) 1 (2014), 327–358.

3 Darum drehen sich viele Diskussionen zur (diachronen) personalen Identität um Fragen der Narrativität. Vgl. insbesondere Paul Ricoeur, *Das Selbst als ein Anderer*, übers. von Jean Greisch, 2. Aufl. (München: Fink, 2005); Stefanie Haas, *Kein Selbst ohne Geschichten*. Wilhelm Schapps *Geschichtenphilosophie* und Paul Ricoeurs Überlegungen zur narrativen Identität (Hildesheim: Olms, 2002); Paul Anthony Kerby, *Narrative and the Self* (Bloomington/Indianapolis: Indiana University Press, 1991).

in zeitliche Abfolge zu bringen und ihren zeitlichen Zusammenhang im Akt des Erzählens darzustellen.⁴

Der Tod ist das Ende des Lebens eines Menschen, also das Ende seiner Lebenszeit. Das heißt, zum Thema Tod gehört unbestreitbar eine zeitliche Komponente. Vor dem Tod als Ende der Lebenszeit steht das Sterben als derjenige Vorgang in der Zeit, der auf den Tod hinführt. Und dieser Prozess kann am besten erzählend dargestellt werden.

In der Medizinethik spielen nun Fragen danach, wie Menschen sterben wollen, eine große Rolle. Sei es bei akuten Entscheidungssituationen in der klinischen Praxis, bei Patientenverfügungen und „Advance Care Planning“-Programmen⁵ oder im Blick auf die Vorstellung eines selbst herbeigeführten Todes: Immer steht die in der Regel an die Betroffenen selbst gerichtete Frage im Raum: „Wie wollen Sie sterben?“ Solche Vorstellungen eines erwünschten Sterbeverlaufes werden dann in der Regel in Erzählungen zur Sprache gebracht, eben weil die Antwort auf das „Wie?“ erfordert, einen zeitlichen Verlauf als sinnvollen Zusammenhang darzustellen. Diese Erzählungen sind prospektive Erzählungen, die auf der einen Seite nicht fiktional sind, auf der anderen Seite aber auch nicht einfach Fakten erzählen, sondern eben prospektiv Möglichkeitsräume narrativ erkunden. Weil in diesem Sinne über das Sterben zu reden notwendigerweise narrativ wird, wird in allen Diskussionen über das Lebensende immer auch explizit erzählt. In der Regel werden exemplarische Sterbeverläufe erzählt, die deutlich machen sollen: „So will auch ich sterben“, oder aber, „So will ich nicht sterben!“⁶

Nun stellen Erzählungen aber nicht einfach dar, was der Fall ist. Ricœur begreift Erzählungen im Anschluss an die Poetik des Aristoteles zwar als *mimesis praxeos*,⁷ allerdings ist der Akt der Mimesis nie eine bloße Reproduktion, sondern immer auch ein produktiver Akt der Konfiguration.⁸ Aus verschiedenen einzelnen Handlungen, die als präfigurierte Ereignisse dem Erzählen vorgegeben sind (Mimesis I),⁹ muss ein Erzählzusammenhang hergestellt werden (Mimesis II: Konfi-

4 Zu diesen Möglichkeiten der narrativen Konfiguration vgl. den Beitrag von Tobias Klauk und Tilmann Köppe in diesem Band.

5 Vgl. Michael Coors, Ralf Jox und Jürgen in der Schmitt, Hg., Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung (Stuttgart: Kohlhammer, 2015).

6 Vgl. dazu die aufschlussreichen Beispiele im Beitrag von Arnulf Deppermann in diesem Band.
7 Vgl. Paul Ricœur, Zeit und Erzählung, Bd. 1, übers. von Rainer Rochlitz (München: Fink, 2007), 58f.

8 Vgl. ebd., 56f.

9 Vgl. ebd., 78, 90 – 104.

guration).¹⁰ Das heißt, das Erzählen steht für Ricoeur immer in der Spannung von Dissonanz des Heterogenen einerseits (die Vielzahl unterschiedlicher Handlungen und Ereignisse) und der durch die Synthese des Heterogenen hergestellte Konsonanz der Erzählung andererseits.¹¹ Die Erzählung fügt die unterschiedlichen heterogenen Handlungen und Ereignisse zu einer zusammenhängenden Erzählung mit Anfang, Mitte und Ende zusammen. Erzählen ist darum für Ricoeur immer eine „Synthesis des Heterogenen“.¹² Dabei wird die Dissonanz nicht einfach in die Konsonanz aufgehoben, sondern die Erzählung verbindet sie zu einer „dissonanten Konsonanz“.¹³

Diese Art und Weise, Zeit und das in der Zeit Erlebte im Erzählen zu konfigurieren, hat nun aber wiederum auf Seiten der Hörer und Leser von Erzählungen Auswirkungen darauf, wie sie selbst Zeit erleben: Erzählungen, so Ricoeur, refigurieren die Zeiterfahrung (Mimesis III).¹⁴ Durch Erzählungen nehmen wir Wirklichkeit wahr und reflektieren sie so auch immer schon im Erzählen.

Nehmen wir also den zeitlichen Aspekt von Sterben und Tod ernst, dann sollte eine ethische Reflexion auf diese Phänomene die narrative Konfiguration und Refiguration des Sterbens näher in den Blick nehmen. Das kann nun auf unterschiedliche Art und Weise passieren: Eine Möglichkeit besteht darin, konkrete Erzählungen über Sterben und Tod zu analysieren und zu diskutieren.¹⁵ Eine andere Möglichkeit, der ich mich hier zuwende, fokussiert nicht die konkreten Einzel-Erzählungen, sondern fragt nach dem, was ich – wiederum in Anlehnung an Ricoeur¹⁶ – ein „narratives Schema“ nenne, und das meines Erachtens in etwa das zum Ausdruck bringt, was im Rahmen des vorliegenden Bandes unter einem

10 Vgl. ebd., 78, 104–113.

11 Vgl. ebd., 71f., 105.

12 Ebd., 106.

13 Ebd., 71.

14 Vgl. ebd., 113f. und Paul Ricoeur, *Zeit und Erzählung*, Bd. 3, übers. von Andreas Knop (München: Fink, 2007), 253–293.

15 Vgl. in diesem Sinne z. B. die Beiträge von Arnulf Deppermann, Walter Lesch und Christian Klein in diesem Band.

16 Ricoeur, *Zeit und Erzählung*, Bd. 3 (s. Anm. 14), 416. Ich formuliere hier bewusst vorsichtig, da Ricoeurs knappe Ausführung zum Begriff einigermaßen kryptisch ist: „[D]er Begriff der Narrativität kann in einem weiteren Sinne verstanden werden als in dem allgemein üblichen einer diskursiven Gattung. Man kann von einem narrativen Programm sprechen, um damit einen Handlungsverlauf zu bezeichnen, der sich aus einer zusammenhängenden Folge von Performanzen zusammensetzt. [...] Man kann diese narrativen Schemata als latente Formen der eigentlich narrativen Gattungen betrachten, die ihnen ein passendes diskursives Äquivalent liefern. Was das narrative Schema mit der narrativen Gattung verbindet, ist die Erzählbarkeit, die in der strategischen Artikulation der Handlung unterschwellig angelegt ist.“ Narrative Schemata werden als „das Erzählbare vom Erzählten“ unterschieden (ebd.).

„Narrativ“ zu verstehen ist¹⁷ und Analogien zum anderweitig verwendeten Begriff der „story“¹⁸ aufweist. Narrative Schemata bzw. Narrative nehmen eine vermittelnde Stellung zwischen konkreten Einzelerzählungen und abstrakten Begriffen ein.¹⁹ Ein narratives Schema lässt sich in unterschiedliche Erzählungen entfalten, hat selber aber eine begriffliche Struktur. Diese begriffliche Struktur ist aber nur dann richtig verstanden, wenn man sie als nicht bloß formale, sondern immer auch schon inhaltliche Erzählstrategie begreift. Das Schema ist mit den Worten Ricœurs eine Art „narratives Programm“²⁰, also eine Abkürzung des Erzählten, das in unterschiedliche Erzählungen entfaltet werden kann. Der Abstraktionsgrad solcher narrativen Schemata kann dabei unterschiedlich sein, so dass man auch eine Art Hierarchie erstellen kann: Eine Reihe von Erzählungen folgt dann zum Beispiel dem narrativen Schema A, eine andere Reihe von Erzählungen dem narrativen Schema B. Auf einer höheren Abstraktionsstufe kann den Schemata A und B aber wiederum ein gemeinsames Schema C zugrunde liegen, das in Schema A und B in unterschiedlicher Weise ausgeprägt ist.

Meine zentrale These, die ich im Folgenden entfalten werde, lautet, dass das fundamentale narrative Schema der gegenwärtigen ethischen Diskussionen über das Lebensende das narrative Schema eines guten Sterbens ist, das eine normative Wirksamkeit entfaltet: Verläufe am Lebensende sollen möglichst so erzählt werden können, dass die Geschichte des Lebensendes als gutes Ende erzählt werden kann. Dieses narrative Schema kann in unterschiedlicher Weise konkretisiert werden – auch abhängig davon, wie das „Gut-Sein“ des Endes der Erzählung inhaltlich gefasst wird.

17 Vgl. die Einleitung zum Band.

18 Vgl. zum story-Begriff insbesondere Dietrich Ritschl, *Zur Theorie und Ethik der Medizin. Philosophische und theologische Anmerkungen* (Neukirchen-Vluyn: Neukirchener, 2004), bes. 131–144; und ders., *Das „story“-Konzept in der medizinischen Ethik*, in: ders., *Konzepte. Ökumene, Medizin, Ethik. Gesammelte Aufsätze* (München: Kaiser, 1986), 201–212. Zu Ritschls story-Konzept vgl. Werner Schwartz, *Dietrich Ritschls story-Konzept und die narrative Ethik*, in: Marco Hofheinz u. a., Hg., *Ethik und Erzählung. Theologische und philosophische Beiträge zur narrativen Ethik* (Zürich: Theologischer Verlag, 2009), 143–159.

19 Darin orientiert sich dieser Begriff am Schematismusbegriff aus Kants *Kritik der reinen Vernunft*, bei dem Schemata bekanntlich die Funktion haben, zwischen den konkreten Anschauungen und den abstrakten Begriffen zu vermitteln. Vgl. zum Schematismuskapitel im Kontext der Theorie der Einbildungskraft in der *Kritik der reinen Vernunft* Reinhardt Look: *Schwebende Einbildungskraft. Konzeptionen theoretischer Freiheit in der Philosophie Kants, Fichtes und Schellings* (Würzburg: Königshausen & Neumann, 2007), 21–191.

20 Ricœur, *Zeit und Erzählung*, Bd. 3 (s. Anm. 14), 416.

2 Das Gute als Thema der (Medizin-)Ethik

Mit dem Begriff des Guten wird dabei ein zentraler Begriff der Ethik verwendet, der sich in die aktuellen medizinethischen Debatten allerdings nur schwer einfügt. Denn diese beschäftigen sich in der Regel nicht in erster Linie mit der Frage nach dem Guten,²¹ sondern konzentrieren sich auf die Frage nach Prinzipien, die den Anspruch normativer Richtigkeit erheben und diskutieren im Sinne einer angewandten Ethik vor allem deren Anwendbarkeit auf konkrete ethische Problemstellungen. Dabei hat das Konzept des *Principlism* mit den vier Prinzipien des Respekts vor der Selbstbestimmung, des Wohltuns, des Nichtschadens und der Gerechtigkeit²² einen erheblichen Einfluss auf die Diskussionen. Vorstellungen des guten Lebens werden hingegen vor allem als subjektive Einstellungen thematisiert: Dafür kann zum Beispiel auf die Unterscheidung zwischen dem Guten und dem Richtigen beim späteren John Rawls²³ oder aber auch auf Habermas' Diskursethik²⁴ zurückgegriffen werden.²⁵ Dass jeder das Recht hat, eine eigene Vorstellung des guten Lebens zu entwickeln, wird dabei insbesondere durch das normative Prinzip der Selbstbestimmung begründet: Jeder hat das Recht, für sich selbst zu bestimmen, was er oder sie für gut hält. „Das Gute“ wird damit zu einem inhaltsleeren Containerbegriff, der nur jeweils individuell inhaltlich gefüllt werden kann.

Meine Ausführungen gehen nun im Gegensatz dazu davon aus, dass das, was Menschen als gut ansehen, immer auch Ergebnis sozialer Aushandlungsprozesse ist.²⁶ Insofern solche Vorstellungen des guten Lebens und Sterbens zudem immer Vorstellungen von Verläufen in der Zeit sind, haben sie – wie insbesondere

21 Zu dieser Problemdiagnose vgl. auch Roland Kipke, Das ‚gute Leben‘ in der Bioethik, in: Ethik in der Medizin 25 (2013), 115 – 128.

22 Vgl. Tom L. Beauchamp und James F. Childress, *The Principles of Biomedical Ethics*, 7. Aufl. (New York/Oxford: Oxford University Press, 2013).

23 Vgl. John Rawls, *Political Liberalism*. Extended edition (New York: Columbia University Press, 1995), insb. 173 f.

24 Vgl. Jürgen Habermas, *Erläuterungen zur Diskursethik* (Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1991), 100 – 118.

25 Die analytische Unterscheidung zwischen dem Richtigen und dem Guten geht wesentlich auf David Ross, *The Right and the Good* (Oxford: Oxford University Press, 1930 [repr. 2009]) zurück, bei dem auch die für die Medizinethik einflussreiche Rede von normativen Prima-facie-Prinzipien begegnet.

26 Das hat in jüngster Zeit insbesondere auch Hartmut Rosa, *Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung*, 7. Aufl. (Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 2017) in seinem Programm einer Soziologie des guten Lebens betont.

Alasdair MacIntyre²⁷, aber auch der Theologe Stanley Hauerwas²⁸ betont haben – immer eine narrative Struktur. Das heißt, Vorstellungen des Guten sind (zumindest auch) Ergebnis der Wirksamkeit von Erzählungen und den diesen Erzählungen zugrunde liegenden narrativen Schemata. Erzählen aber ist ein soziales Handeln, das zwischen Menschen stattfindet: Wir erzählen für andere Menschen, oder, mit Ricœur formuliert: Die Erzählung kommt erst im Akt des Hörens oder Lesens – also in der Refiguration – an ihr Ziel.²⁹ Darum muss man für das Erzählen auch auf etablierte Formen des Erzählens zurückgreifen, die die Erwartungshaltung der Leser bzw. Hörer prägen.³⁰

Das heißt, gerade von ihrer narrativen Struktur her betrachtet sind Vorstellungen des Guten niemals bloß individuelle Vorstellungen, sondern immer schon soziale Wirklichkeiten, die wir in Erzählungen vorfinden und durch das Erzählen prägen und verändern. Darum ist die ethische Frage nach dem Guten für die Ethik von einer weitaus grundlegenderen Bedeutung als gängige liberale Ethiktheorien üblicherweise zugestehen.

3 Zwei Spielarten des narrativen Schemas des guten Sterbens

Nach diesen prinzipiellen Vorüberlegungen sollen nun die zwei bereits oben erwähnten Narrative des guten Sterbens näher untersucht werden.³¹

27 Vgl. Alasdair MacIntyre, *After Virtue. A Study in Moral Theory* (Notre Dame: University of Notre Dame Press, 2007), insb. 124 f., 144, 216 („man is [...] a story-telling animal“). Schon die Schriftstellerin und Philosophin Iris Murdoch verwies auf Erzählungen als menschliche Form der Reflexion des Lebens: vgl. dies., *Existentialists and Mystics*, hg. von Peter Conradi (New York: Penguin, 1999), 127 und 252.

28 Vgl. Stanley Hauerwas, *Vision and Virtue. Essays in Christian Ethical Reflection* (Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1981), 68–89.

29 Vgl. Ricœur, *Zeit und Erzählung*, Bd. 3 (s. Anm. 14), 255: „Erst in der Lektüre kommt die Dynamik der Konfiguration an ihr Ziel.“ (Hervorhebung im Original!) Vgl. auch ebd., 272: „Das Werk, könnte man sagen, resultiert aus der Interaktion von Text und Leser.“

30 Vgl. ebd., 282f. Dabei kann natürlich auch mit der Erwartungshaltung gespielt werden, indem die Formen variiert werden – aber auch dabei sind diese Formen noch vorausgesetzt.

31 Die folgenden Ausführungen sind eine Weiterentwicklung erster Überlegungen, die veröffentlicht wurden in: Michael Coors, *Das gute Sterben? Zwischen Idealisierung und Abgründigkeit des Sterbens*, in: Gabriele Arndt-Sandrock, Hg., *Was ist gutes Sterben?* 15. Locomer Hospiztagung, Locomer Protokolle 19/12 (Rehburg-Loccum: Evangelische Akademie Loccum, 2012), 47–62.

3.1 Das Narrativ des selbstbestimmt herbeigeführten Todes

Die Beweggründe, aus denen Menschen im US-Bundesstaat Oregon und in der Schweiz um Hilfe zur Selbsttötung nachsuchen, wurden empirisch intensiv erforscht. Ein Blick in einige ausgewählte exemplarische Studien zeigt, dass die Ergebnisse nicht einheitlich sind, dass aber (neben anderen) zwei Gründe für die Entscheidung zum (assistierten) Suizid immer wieder genannt werden:³²

- (1) Zum einen ist der Wunsch nach Suizidhilfe ein Wunsch nach Kontrolle über das eigene Leben und den Tod, d. h., es geht um die Vermeidung von Abhängigkeit durch die Herbeiführung des eigenen Todes.
- (2) Zum anderen – hier sind die Daten etwas uneinheitlich – geht es um das Vermeiden von (zukünftig erwarteten) Schmerzen.³³

Für den deutschen Kontext werden diese Beobachtungen durch eine Studie des Sozialwissenschaftlichen Instituts der EKD bestätigt. Sie zeigt, dass die Angst vor Schmerzen und Atemnot und die Angst, Angehörigen zu Last zu fallen, bei Befürwortern der Hilfe zur Selbsttötung besonders ausgeprägt sind.³⁴ Darüber hinaus lohnt sich ein Blick in die seit 2012 erscheinenden Dokumentationen von „Sterbehilfe Deutschland e.V.“.³⁵ In den veröffentlichten Niederschriften und Gutachten, die auf der Grundlage von Gesprächen des Vereins mit den Suizidwilligen entstanden, werden die gleichen Gründe für den Wunsch nach Hilfe zur Selbsttötung sichtbar: die Angst vor zunehmender Unselbständigkeit,³⁶ vor Ab-

32 Vgl. zum Folgenden Linda Ganzini u. a., *Experiences of Oregon Nurses and Social Workers with Hospice Patients who requested Assistance with Suicide*, in: *The New England Journal of Medicine* 347/8 (2002), 582–588; Linda Ganzini u. a., *Why Oregon Patients request Assisted Death: Family Members' Views*, in: *Journal of General Internal Medicine* 23/2 (2007), 154–157; Susan W. Tolle u. a., *Characteristics and Proportion of Dying Oregonians who Personally Consider Physician-Assisted Suicide*, in: *The Journal of Clinical Ethics* 15/2 (2004), 111–122; Susanne Fischer u. a., *Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide: the view of patients and physicians*, in: *Swiss Medical Weekly* 139/23–24 (2009), 333–338.

33 Dass das Vermeiden von Schmerzen eine wichtige Rolle spielt, zeigt z. B. Fischer u. a., *Reasons* (s. Anm. 32), 337. Die Autoren verweisen aber auch darauf, dass andere Studien z.T. zu anderen Ergebnissen kommen.

34 Vgl. Petra-Angela Ahrens und Gerhard Wegner, *Die Angst vorm Sterben. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage zur Sterbehilfe* (Hannover: creo-verlag, 2015), 18 f., http://www.ekd.de/si/download/2014127941_Sterbehilfe_layout_web.pdf (letzter Zugriff: 10.02.2016).

35 Vgl. exemplarisch Roger Kusch und Johann Friedrich Spittler, *Weißbuch 2012. Sterbehilfe Deutschland e.V.* (Norderstedt: Books on Demand, 2012).

36 Vgl. z. B. ebd., 15, 49. Besonders markant ebd., 100: „Ich will frei sein, mein eigenes Hirn benutzen, meine Entscheidungen treffen.“

hängigkeit von Pflege,³⁷ vor dem Kontrollverlust bzw. dem Verlust der geistigen Fähigkeiten³⁸ und vor unerträglichen Schmerzen³⁹.

Darin drücken sich bestimmte Vorstellungen eines guten Sterbens aus: Die Betroffenen berichten hier als Motiv ihres Wunsches nach Suizidhilfe, dass ihr Sterben so soll erzählt werden können, dass sie als sterbende Person möglichst lange das handelnde Subjekt der Erzählung über ihr Sterben sind – sie wollen also zugleich Autor der Erzählung und die Hauptfigur sein, die die Ereignisse kontrolliert. Dem entspricht es, dass diese Figur der Erzählung möglichst wenig leiden soll. Denn wer leidet, ist nicht Subjekt der Handlung – das liegt bereits im Begriff: Leiden ist *passio*, also Widerfahrnis – darum soll es vermieden werden, im Zweifelsfall dadurch, dass die Figur der Erzählung angesichts des Leidens die Kontrolle dadurch übernimmt, dass sie die Erzählung mit dem Suizid abbricht.

Dabei rede ich bewusst vom Abbruch der Erzählung, weil das Ende der Erzählung als ihr konfigurierter Abschluss immer von anderen erzählt werden wird: Denn wer tot ist, erzählt nicht mehr. Das bleibt gewissermaßen das Paradox des narrativen Schemas des selbstbestimmt herbeigeführten Todes. Dieses Paradox kommt im online publizierten Tagebuch des Schriftstellers Wolfgang Herrndorf⁴⁰ markant zum Ausdruck: Für den 19. und 20. August 2013 verzeichnet das Tagebuch noch eigene, wenn auch sehr knappe Einträge von Herrndorf. Noch ist er Autor und Hauptfigur der Erzählung seines Sterbens. Dann bricht das Tagebuch ab. Es folgt ein Eintrag von fremder Hand unter der Überschrift „Schluss“: „Wolfgang Herrndorf hat sich am Montag, den 26. August 2013 gegen 23.15 Uhr am Ufer des Hohenzollernkanals erschossen.“⁴¹ Dass Herrndorf bis zum Schluss die handelnde Hauptfigur seiner Sterbeerzählung war, kann er nicht mehr selbst erzählen, denn die Erzählung kann dem, was sie erzählt, nicht gleichzeitig werden.

3.2 Das Narrativ des hospizlich-palliativ begleiteten Sterbens

In den Diskussionen über die Hilfe zur Selbsttötung wird nun immer wieder ein alternatives Narrativ des Sterbens stark gemacht, nämlich das Narrativ eines hospizlich-palliativ begleiteten Sterbens. Auch zu diesem Thema gibt es eine

³⁷ Vgl. z. B. ebd., 63, 70, 76 f., 107, 112, 140, 146, 181.

³⁸ Vgl. z. B. ebd., 15, 57 f, 76 f., 83, 146.

³⁹ Vgl. z. B. ebd., 70, 162.

⁴⁰ Wolfgang Herrndorf, Arbeit und Struktur, <http://www.wolfgang-herrndorf.de> (letzter Zugriff: 28.01.2016).

⁴¹ Ebd., <http://www.wolfgang-herrndorf.de/2013/08/schluss> (letzter Zugriff: 28.01.2016).

Reihe von empirischen Studien, die untersucht haben, wie der Begriff des guten Sterbens bzw. des guten Todes inhaltlich gefüllt wird.⁴² Schaut man auf die Kriterien des guten Sterbens, die in diesen Studien genannt werden, so fällt auf, dass es deutliche Überschneidungen zum Narrativ des selbstbestimmt herbeigeführten Todes gibt, denn auch hier stellen die Kontrolle bzw. die Autonomie und das Vermeiden von Schmerzen wesentliche Aspekte des narrativen Schemas dar. Dieser Eindruck verstärkt sich, wenn man einen Blick auf normative Texte zum Beispiel der Hospizbewegung in Deutschland wirft. So betonen etwa die Leitsätze des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes (DHPV) ebenfalls die Autonomie und die Leidfreiheit des Sterbens: „Im Zentrum stehen die Würde des Menschen am Lebensende und der Erhalt größtmöglicher Autonomie. Voraussetzung hierfür sind die weitgehende Linderung von Schmerzen und Symptomen schwerster lebensbeendender Erkrankungen durch palliativärztliche und palliativpflegerische Versorgung sowie eine psychosoziale und spirituelle Begleitung der Betroffenen und Angehörigen.“⁴³

Es gibt hier offensichtlich eine erhebliche Schnittmenge im Blick darauf, was als gutes Sterben gilt: Das Narrativ des guten Sterbens ist vor allem dadurch charakterisiert, dass das Sterben als individuelles, selbstbestimmtes Sterben, frei von Schmerzen erzählbar sein soll. Während im Kontext der Hilfe zur Selbsttötung das Narrativ dazu tendiert, den Tod im Suizid zur heroisch-einsamen Tat zu stilisieren,⁴⁴ zielt das narrative Schema der hospizlich-palliativen Begleitung immer auch auf eine narrative Inszenierung des Sterbens als soziales Ereignis: Zur Autonomie und Leidensfreiheit treten hier weitere Kriterien wie das Abschließen der eigenen Biographie⁴⁵ und die Versöhnung mit der eigenen Sterblichkeit.

Wie sich dieses Narrativ des guten Sterbens in der alltäglichen Arbeit eines Hospizes realisiert, hat Stefan Dreßke in einer teilnehmenden Beobachtungsstu-

42 Vgl. z. B. Ezekiel J. Emanuel und Linda L. Emanuel, *The promise of a good death*, in: *The Lancet* 351 (1998), sII21–sII29; Karen A. Kehl, *Moving towards peace: An Analysis of the Concept of a Good Death*, in: *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 23/4 (2006), 277–286, 281f.; Nina Streeck, „Leben machen, sterben lassen“: *Palliative Care und Biomacht*, in: *Ethik in der Medizin* 28/2 (2016), 135–148.

43 DHPV: *Leitsätze*, 2. Leitsatz, http://www.dhpv.de/ueber-uns_der-verband_leitsaetze.html (letzter Zugriff: 28.01.2016).

44 Vgl. die Deutung des Werkes von Jean Améry bei Matthias Bormuth, *Ambivalenz der Freiheit. Suizidales Denken im 20. Jahrhundert* (Göttingen: Wallstein, 2008), 251–277.

45 Die Figur des Abschließens der Erzählung im Sinne der Erzeugung von Kohärenz kann allerdings auch ein Charakteristikum des Narrativs des selbstbestimmt-herbeigeführten Todes sein, wie der Beitrag von Nina Streeck in diesem Band deutlich macht.

die herausgearbeitet.⁴⁶ Die Studie von Dreßke ist als qualitative Studie nicht repräsentativ, sie zeigt aber auf, wie sich das durch die zuvor genannten quantitativen Studien erhobene Narrativ des guten Sterbens in der konkreten hospizlichen Praxis auswirken kann. Hier interessiert also zunächst allein die Möglichkeit, dass Sterben im Hospiz im Horizont dieses Narrativs verstanden werden kann, ohne dass damit schon gesagt wäre, dass dies in der hospizlich-palliativen Arbeit notwendigerweise immer so sein müsste.

Dreßke bilanziert seine Beobachtung folgendermaßen: „Die Idealgestalt des Sterbens ist ein friedlicher Prozeß. An dieser Verlaufsform der graduellen Verschlechterung müssen die Beteiligten ständig arbeiten.“⁴⁷ Sterben ist eine zu gestaltende Verlaufsform: Zeitliche Verläufe werden in Erzählungen – oder abstrakter: in narrativen Schemata – kommuniziert. Den Begriff des friedlichen Sterbens interpretiere ich als eine Näherbestimmung des narrativen Schemas des guten Sterbens, das in den sozialen Praktiken des Hospizes – in seinen Arbeitsabläufen und Kommunikationsstandards und -erwartungen – institutionalisiert ist und das in der sozialen Organisation des Sterbens im Hospiz sichtbar wird. Das Narrativ des friedlichen Sterbens besagt, dass das Sterben einer Person dann als gutes Sterben erzählt wird, wenn ihr Ende als ein friedliches Ende erzählt werden kann.

Dabei fungiert nach Dreßke das traditionelle Bild eines natürlichen Sterbens als eine Art leitendes Ideal: „Das medizinisch korrekte Sterben ist die Idealisierung des natürlichen Sterbens, das weder gewaltsam, noch im frühen Lebensalter stattfindet, das in einen Tod aus einer inneren Ursache mündet, möglichst aus Altersschwäche“.⁴⁸ Das Idealbild ist das „langsame Abgleiten in einen schlafähnlichen Zustand“⁴⁹. Das aber steht im direkten Gegensatz zur Vorstellung eines gewaltsamen Todes zum Beispiel durch Suizid.⁵⁰

46 Vgl. Stefan Dreßke, *Sterben im Hospiz. Der Alltag in einer alternativen Pflegeeinrichtung* (Frankfurt am Main: Campus Verlag, 2005). Diese Studie basiert selbst wesentlich auf Erzählungen, die sich aus der teilnehmenden Beobachtung des Autors ergeben haben. Diese Erzählungen sind natürlich durch den Autor konfiguriert, stellen also bereits eine inhaltliche Deutung des Geschehens dar – was allerdings für jede Erzählung der beobachteten Ereignisse gelten würde: Insofern es um eine Abfolge von Ereignissen in der Zeit geht, ist aber das Erzählen der adäquate Modus der Darstellung. Vgl. zur Problematik der narrativen Basierung von empirischer Sozialforschung über das Lebensende: Sharon R. Kaufmann, *Narrative, Death and the Uses of Anthropology*, in: Thomas R. Cole u. a., Hg., *Handbook of the Humanities and Aging*, 2. Aufl. (New York: Springer, 1999), 342–364.

47 Dreßke, *Sterben im Hospiz* (s. Anm. 46), 225.

48 Ebd., 216.

49 Ebd., 229.

50 Ebd.

Drefße profiliert das narrative Schema des guten Sterbens insbesondere in der Abgrenzung zu den Praktiken der Pflege im Krankenhaus. Anders als im Krankenhaus, das sich aus organisationstechnischen Gründen auf den Patienten als kranken Körper konzentrieren müsse, ist das Hospiz als Organisation ganz darauf angelegt, die Person des Menschen in ihrer sozialen Einbindung ernst zu nehmen und zum Gegenstand der Begleitung zu machen.⁵¹ Das kann aber wiederum auch zur Idealisierung des individuellen Sterbens führen, die sich häufig „mit dem Bild der Reifung als biographische Vollendung und als letzter großer Selbst-Entwurf“ verbindet.⁵² Das, was auf der einen Seite zunächst beschreibend den Unterschied zum Sterben im Krankenhaus ausmacht, wird unter der Hand zu einer Norm, die Erwartungshaltungen prägt und Erwartungen an die Sterbenden heranträgt: Der Sterbende hat so zu sterben, wenn er denn gut sterben will! Dieses Ziel zu erreichen, darauf richtet sich das ganze Bemühen der Organisation Hospiz.

Dafür aber muss es implizite Kriterien geben, die festlegen, wann eine Erzählung über das Sterben die Erzählung eines guten Sterbens ist. Diese Kriterien umreißen das narrative Schema des guten Sterbens. Sie sind gewissermaßen Anweisungen dafür, wie die Erzählungen über das Sterben zu konfigurieren sind: Das gute Sterben ist ein solches, das als friedliches Sterben erzählt werden kann; als ein Sterben, auf das der oder die Betroffene sich im Laufe des zu erzählenden Prozesses einlässt und das er oder sie als Teil des eigenen Lebens akzeptiert. Im besten Fall bildet es den runden Abschluss der Biographie: Gut zu sterben bedeutet, sein Leben stimmig zu Ende zu bringen.⁵³

Dies hat aber auch eine Kehrseite, nämlich, dass das an diesen Kriterien bemessene Misslingen des Sterbens vor allem beim Patienten gesucht wird.⁵⁴ So wird der Patient zum „Regisseur seines Sterbens“.⁵⁵ Das ist der tiefere, narrative Sinn der Betonung der Autonomie: Das Sterben hat so zu verlaufen, wie der Patient selber es erzählt wissen will – mit ihm selbst als der handelnden Person und Autor der Erzählung. Das Hospiz ist der Ermöglichungsraum des guten Sterbens, aber die selbstbestimmte Annahme dieser Möglichkeit liegt beim betroffenen Individuum. Selbstbestimmung ist hier nicht mehr nur ein Recht, sondern wird (unter der Hand) zur Aufgabe für den Sterbenden.

51 Vgl. ebd., 220.

52 Vgl. ebd., 223.

53 In der Terminologie der Narratologie soll die Erzählung also eine Erzählung mit „closure“ sein. Vgl. zum Begriff den Beitrag von Tobias Klauk und Tilmann Köppe in diesem Band.

54 Vgl. Drefße, *Sterben im Hospiz* (s. Anm. 46), 15.

55 Ebd., 202. Vgl. ebd., 221.

4 Neu-Konfigurationen und Scheitern des Narrativs des guten Sterbens

Nun gibt es in einem Hospiz immer wieder Fälle, die nicht ohne Weiteres in dieses narrative Schema des guten Sterbens passen. In vielen Fällen kann dies den Betroffenen selbst als den Regisseuren ihres Sterbeprozesses zugeschrieben werden. Das sind Verläufe, die dann als nicht gelungene Fälle des Sterbens erzählt und nachbesprochen werden. So heißt es dann zum Beispiel, dass der Patient „nicht loslassen konnte“⁵⁶ oder „dass er so starb, wie er gelebt hat“⁵⁷. Das sind narrative Schemata, die einen Sterbeverlauf als nicht gelungen bewerten und die die Verantwortung dafür der Person des Sterbenden zuschreiben. Schwierig wird das allerdings dann, wenn der schlechte Verlauf nicht mehr der sterbenden Person zugeschrieben werden kann, weil dieser gar keine Handlungs- oder Entscheidungsoptionen zur Verfügung standen, für die sie hätte die Verantwortung übernehmen können.

Das trifft insbesondere für diejenigen Fälle zu, in denen der körperliche Verfall sich in den Vordergrund drängt und die Regie über die Ereignisse und die Erzählung übernimmt. In diesen Fällen setzt dann das Bemühen um eine Neu-Konfiguration des narrativen Schemas ein, mit dem Ziel, das Narrativ des guten Sterbens aufrechterhalten zu können. Anhand von drei exemplarischen Erzählungen von Sterbeverläufen zeigt Dreßke, wie auf unterschiedlich intensive Gefährdungen des guten Sterbens reagiert wird. Alle drei Fälle verletzen die (narrativen) Normen der Zeit, des Körpers und des Ortes des Sterbens, d.h. der Sterbeverlauf verläuft entweder schneller oder langsamer, der Körper reagiert anders als erwartet und/oder das Sterben geschieht am falschen Ort. Die Fälle stellen sich aber als unterschiedlich große Herausforderungen für das narrative Schema des guten Sterbens dar:

- (1) Im ersten Fall verstirbt eine Patientin unerwartet plötzlich und unter starken Schmerzen, vermutlich, weil ein Tumor unerwartet in die Luftröhre einbricht: Sie bricht im Bad zusammen. Der Pfleger Georg kann sie noch in ihr Bett bringen, dort stirbt sie unter starken Schmerzen.⁵⁸
- (2) Im zweiten Fall verstirbt die Patientin ebenfalls plötzlich, aber nicht unerwartet. Die Symptomlast wird aber aufgrund von Atemnot so schwer, dass die

⁵⁶ Vgl. ebd., 89f.

⁵⁷ Vgl. ebd., 15, 146.

⁵⁸ Vgl. ebd., 183f.

Patientin von einer Ärztin irreversibel sediert werden muss.⁵⁹ Hier folgen die Pflegekräfte, so Dreßke, nicht mehr vornehmlich dem Ideal eines friedlichen Sterbens, sondern in erster Linie dem medizinisch Notwendigen. Dennoch hält Dreßke fest: „Im Gegensatz zur Episode von Pfleger Georg können die Pflegekräfte trotz der Überwältigung durch die Ereignisse mehr tun, als die Patientin in ihr Bett zu bringen.“⁶⁰

- (3) Im dritten Fall dauert das Sterben eines Patienten länger als erwartet: Der Arzt kündigt ein baldiges Sterben an, das aber zur Irritation des Pflegepersonals wie auch der Angehörigen auf sich warten lässt. Das führt dazu, dass der Zeithorizont der Erwartung des Todes ständig neu angepasst werden muss, und dass Erklärungen für die Verzögerung des Todes in das Narrativ eingefügt werden müssen. Als symbolische Erklärung dient dann das „starke Herz“ des Kranken,⁶¹ womit durchaus die Tendenz erkennbar wird, wieder dem Kranken selbst ein Stück der Verantwortung zuzuschreiben.

Bilanzierend formuliert Dreßke zu diesen drei Episoden: „Die Verantwortung für den Sterbeprozess kann einer Person zugeschrieben werden – und das Mißlingen eines guten Sterbens seinem Körper.“⁶² Je mehr den beteiligten Personen, insbesondere den Pflegekräften, noch ein Handeln möglich war, desto eher war es ihnen möglich, das narrative Schema den Bedingungen der Wirklichkeit anzupassen: Das verdeutlicht die starke normative Bedeutung der Rede vom Sterbenden als Regisseur seines Sterbeprozesses für dieses hospizlich-palliative Narrativ.

Wenn dieses Schema nicht mehr greift, rückt der Körper in den Blick, der sich dem narrativen Schema des guten Sterbens nicht fügt. Der Körper kann nun aber nicht als handelnder Akteur in das narrative Schema integriert werden, denn Körper handeln nicht. Darum ist der Körper⁶³ auf der Ebene der Präfiguration der

59 Ebd., 185–187.

60 Ebd., 187.

61 Ebd., 190–193.

62 Ebd., 197.

63 Es scheint sinnvoll, hier auch in Abgrenzung zum phänomenologischen Begriff des Leibes vom Körper zu sprechen, weil in den Zerfallsprozessen des Eigenleibes dieser in seiner Gegenständlichkeit als Körper aufdringlich wird. Diese Dynamik des Übergangs von leiblicher Selbsterfahrung zur Körperlichkeit des Zerfalls wäre eigens zu diskutieren. Zur phänomenologischen Begrifflichkeit von Leib und Körper vgl. Bernhard Waldenfels, *Das leibliche Selbst. Vorlesungen zur Phänomenologie des Leibes* (Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2000); Hermann Schmitz, *Der Leib, der Raum und die Gefühle*, 2. Aufl. (Bielefeld: Edition Sirius, 2009); ders.: *Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik*, 3. Aufl. (Bielefeld: Edition Sirius, 2008). Die Unterscheidung begegnet in der deutschsprachigen Diskussion prominent bei Edmund Husserl,

Erzählung zu verorten. Die körperlichen Verfallsprozesse werden im narrativen Schema des guten Sterbens in die Konfiguration der prospektiven Erzählung des Sterbeverlaufs im Horizont des Planbaren mit einbezogen. Dadurch ist die narrative Konfiguration des körperlichen Verfalls unmittelbar mit den Handlungsoptionen der handelnden Figuren der Erzählung zu einem narrativen Schema verwoben. Wenn nun jedoch der körperliche Verfallsprozess erheblich von der Erwartung abweicht, reduzieren sich die Handlungsoptionen, die im Rahmen des narrativen Schemas vorgesehen sind. Das zwingt zu einer Neu-Konfiguration der Erzählung, weil die Refiguration der erlebten Wirklichkeit durch die Erzählung scheitert. Die Konzentration auf die Erzählung als *mimesis praxeos* erweist sich hier als problematisch, weil sie die handelnde Figur fokussiert, und damit dazu neigt, die Widerfahrnisse wieder in Handlungen anderer Figuren der Erzählung zu übersetzen. Erzählungen des Sterbens hingegen müssen nicht nur vom Handeln, sondern auch von dem erzählen, was der Figur der Erzählung widerfährt, ohne dass es einer Figur als Handlung zugeschrieben werden kann – wie das Erzählen vom körperlichen Verfall deutlich macht.⁶⁴

Im äußersten Fall scheitert das narrative Schema des guten Sterbens allerdings vollständig: nämlich dann, wenn sich keine narrativen Deutungsoptionen mehr finden, die mit der Grundregel vom Sterbenden als Regisseur seines Sterbeprozesses zusammenpassen. Dies geschieht im ersten geschilderten Fall oder in einem ähnlichen, der ebenfalls von Drefße dargestellt wird: „Eine Patientin

Cartesianische Meditationen und Pariser Vorträge, Husserliana, Bd. 1, 2. Aufl. (Den Haag: Nijhoff, 1963), insb. 128 (§44), und ders., Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Zweites Buch, Husserliana, Bd. 4 (Den Haag: Nijhoff, 1952), 143–161, sowie bei Helmuth Plessner, Die Stufen des Organischen und der Mensch, 3. Aufl. (Berlin/New York: de Gruyter, 1975), 231f.

⁶⁴ Vgl. Ricœur, Das Selbst als ein Anderer (s. Anm. 3), 385. Ricœur betont, dass sich seine Abhandlung immer gleichermaßen auf den handelnden und leidenden Menschen bezieht, und formuliert für die hier ausgeführte Argumentation scheinbar (!) treffend: „Mit der Minderung des Handlungsvermögens [...] beginnt das Reich des Leidens im eigentlichen Sinne“ (ebd., 386): Ich stimme aber Stoellger darin zu, dass Ricœurs Ausführungen faktisch von einer „Dominanz der Handlungslogik“ geprägt sind, die sich auch in der in diesem Zitat deutlich zu einfachen Gegenüberstellung von Handeln und Leiden zeigen. Vgl. Philipp Stoellger, Selbstwerdung. Ricœurs Beitrag zur passiven Genesis des Selbst, in: Ingolf U. Dalferth und Philipp Stoellger, Hg., Krisen der Subjektivität. Problemfelder eines strittigen Paradigmas (Tübingen: Mohr Siebeck, 2005), 273–316, 283. Stoellger bezeichnet Ricœurs Rede von Passivität als eine „halbierte Passivität“, weil sie in der bloßen Korrelation von Handeln und Erleiden verbleibt, ohne die Möglichkeit einer dem vorausliegenden Ur-Passivität zu denken (ebd.). Vgl. dazu auch Philipp Stoellger, Passivität aus Passion. Zur Problemgeschichte einer ‚categoria non grata‘ (Tübingen: Mohr Siebeck, 2010).

schleppt sich nachts aus ihrem Bett und verblutet unbemerkt auf dem Flur.⁶⁵ Sie wird am nächsten Tag von den Pflegenden tot aufgefunden. Die narrativen Schemata von Selbstbestimmung und friedlichem Sterben laufen hier leer. Entsprechend reagierte der Nachtdienst des Hospizes, in dem dies geschah, „völlig aufgelöst“⁶⁶. Allerdings wurde dann auch hier postum noch der Versuch unternommen, den schrecklichen Tod, „den man sich eher in einem Schützengraben als in einer dem Humanen verschriebenen Einrichtung vorstellt“,⁶⁷ narrativ einzubinden, um ihm damit das Verstörende zu nehmen. Die Dissonanz der Erfahrung des Abbruchs wird narrativ dadurch eingeholt, dass „biographische Kontinuität“⁶⁸ wieder hergestellt wird, indem der Pfleger den nächtlichen Gang der Patientin auf den Flur im Horizont früherer Gespräche mit ihr deutet: Sie wollte zum Grab ihres Ehemanns, neben dem sie beigesetzt werden wollte. „Vielleicht hat die Patientin, so vermutet der Pfleger, mit ihrem letzten Gang auf den Flur noch einmal etwas erreichen wollen, als Ausdruck ihres eigenen Willens.“⁶⁹ Deutlich ist der Versuch zu erkennen, die Patientin geradezu *sub contrario* noch zum Regisseur ihres Sterbeprozesses zu machen. Doch „letzte Unsicherheit läßt sich nicht ausräumen“,⁷⁰ denn dieser Versuch der Erzeugung einer narrativen Kontinuität bleibt letztlich spekulativ und die Frage drängt sich auf, ob es nicht doch einfach ein schrecklicher Tod war, den diese Frau gestorben ist. Im Horizont des Narrativs eines guten Sterbens fehlen aber die narrativen Konfigurationsmöglichkeiten, die es erlauben, mit dem unfriedlichen Tod umzugehen.

5 Ein alternatives Narrativ: Die Feindlichkeit von Tod und Sterben

Wenn also sowohl das Narrativ der selbstbestimmten Herbeiführung des Todes als auch das Narrativ der hospizlich-palliativen Begleitung auf ein gemeinsames Narrativ des guten Sterbens verweisen, dann stellt sich für den Ethiker die Frage, ob es eine Alternative zu diesem grundlegenden narrativen Schema gibt. Ein

65 Stefan Dreßke, Interaktionen zum Tode. Wie Sterben im Hospiz orchestriert wird, in: Petra Gehring, Marc Rölli und Maxine Soborowski, Hg., *Ambivalenzen des Todes. Wirklichkeit des Sterbens und Todestheorien heute* (Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 2007), 77–101, hier 100. Vgl. Dreßke, *Sterben im Hospiz* (s. Anm. 46), 208.

66 Dreßke, *Interaktionen* (s. Anm. 65), 100.

67 Dreßke, *Sterben im Hospiz* (s. Anm. 46), 210.

68 Ebd.

69 Ebd., 209.

70 Ebd., 210.

solches findet sich zum Beispiel in der fulminanten Eingangspassage von Franz Rosenzweigs *Stern der Erlösung* angedeutet:

Vom Tode, von der Furcht des Todes, hebt alles Erkennen des All an. Die Angst des Irdischen abzuwerfen, dem Tod seinen Giftstachel, dem Hades seinen Pesthauch zu nehmen, des vermißt sich die Philosophie. Alles Sterbliche lebt in dieser Angst des Todes, jede neue Geburt mehrt die Angst um einen neuen Grund, denn sie mehrt das Sterbliche. Ohne Aufhören gebiert Neues der Schoß der unermüdlichen Erde, und ein jedes ist dem Tode verfallen, jedes wartet mit Furcht und Zittern auf den Tag seiner Fahrt ins Dunkel. [...] Denn der Mensch will ja gar nicht irgendwelchen Fesseln entfliehen; er will bleiben, er will – leben. Die Philosophie, die ihm den Tod als ihren besonderen Schützling und als die großartige Gelegenheit anpreist, der Enge des Lebens zu entrinnen, scheint ihm nur zu höhnen.⁷¹

Rosenzweigs Text ist keine Erzählung und kein Narrativ, sondern trägt eher den Charakter eines Manifests, aber die Rede von der „Furcht des Todes“, vom „Pesthauch des Hades“, von der Lebensfeindlichkeit des Todes verweisen sehr deutlich darauf, dass diesem Text ein anderes Narrativ als das des guten Sterbens zugrunde liegt. Wenn der Tod das Gefürchtete, das Lebensfeindliche *per se* ist, dann ist er nicht das gute Ende einer Lebensgeschichte. Und damit kann auch das Sterben als das Zugehen auf den Tod narrativ nicht mehr als gutes Sterben konfiguriert werden. Mit dieser Deutung vom Tod als Feind des Lebens steht Rosenzweig als jüdischer Religionsphilosoph in einer langen Tradition des jüdischen Denkens, die auch das Christentum und die theologische Reflexion des Todes im Christentum geprägt hat. Das Christentum hat ein zumindest ambivalentes Verhältnis zu Sterben und Tod. Ganz sicher begreifen die biblischen Texte des alten und des neuen Testaments und die meisten Texte der christlichen Tradition das Sterben nicht primär als gutes Sterben.

Gerade der christliche Auferstehungsglaube lebt von der Vorstellung der Überwindung des Todes.⁷² Wenn der Apostel Paulus im ersten Korintherbrief ausrufen kann: „Tod, wo ist dein Sieg? Tod, wo ist dein Stachel!“ (1. Kor 15,55), so zehrt diese Metaphorik vom Narrativ des Kampfes des Lebens gegen den Tod, der

⁷¹ Franz Rosenzweig, *Der Stern der Erlösung* (Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1988), 3f.

⁷² Damit greife ich ein dominantes Sterbenarrativ der christlichen Tradition heraus, ohne damit behaupten zu wollen, dass die christliche Tradition nicht auch andere Sterbenarrative kennt, die z.T. auch idealisierend vom Tod reden konnten (man denke nur an die Märtyrerlegenden). Mir geht es hier v. a. darum, zu zeigen, dass sich an den normativen Quellen des christlichen Glaubens alternative Wahrnehmungs- und Deutungsmöglichkeiten zum Narrativ des guten Sterbens finden. Vgl. zum Folgenden auch Knut Berner, *Todesdeutungen im Konflikt. Dogmatische und ethische Überlegungen zum Umgang mit dem Lebensende*, in: *Neue Zeitschrift für Systematische Theologie und Religionsphilosophie* 47 (2005), 306–322; ders.: *Der halbierte Tod. Thanatologische Reflexionen zur Suizidproblematik*, in: *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 54 (2010), 206–212.

zugunsten des Lebens ausgeht. Dabei geht die narrative Dynamik von der Überwindung des Todes durch das Leben aus, ohne dass der Tod dadurch ins Positive gewendet wird. Überwunden wird er dabei nicht durch eine anonyme Macht des Lebens selbst, sondern durch Gottes Handeln zugunsten des Lebens in der Auferstehung Jesu.

In diesem Zusammenhang ist es wichtig, sich zu vergegenwärtigen, dass die narrative Konfiguration Dissonanz und Konsonanz miteinander verbindet:⁷³ Der Tod als größtmögliche dissonante Störung wird also im Glauben und in der Hoffnung auf die Auferstehung nicht einfach in eine Konsonanz hinein aufgehoben, sondern die Erzählung von Tod und Auferstehung Jesu Christi – als das zentrale Sterbenarrativ der christlichen Tradition – bindet Tod und Leben als dissonante Konsonanz zusammen. Der lebendige Christus ist der auferweckte Gekreuzigte. Der Tod des Kreuzes behält darum auch von der Auferstehung her seinen Schrecken, wird nicht einfach zum guten Tod, weil er in der Auferstehung endet. Ebenso wenig wird im christlichen Glauben der eigene Tod zum guten Ende des Lebens, weil er – wie umgangssprachlich oft formuliert – der Anfang des ewigen Lebens ist. Vielmehr ist der Tod als Ende der Lebensgeschichte eines Menschen ein zu überwindendes Ende, das aber nicht durch das Handeln des Sterbenden überwunden werden kann, sondern dessen Überwindung ein Handeln Gottes ist, auf das der Glaube angesichts des Todes hofft. Dabei ist andererseits aber auch vorausgesetzt, dass der Tod zur geschöpflichen Endlichkeit des sündigen Menschen gehört. Das macht die tiefe Ambivalenz eines theologischen Begriffs des Todes aus, die bereits Eberhard Jüngel in der Unterscheidung zwischen dem natürlichen, geschöpflichen Tod und dem Tod als „Fluchtod“, als „der Sünde Sold“, treffend analysiert hat.⁷⁴

Was es bedeutet, sich im Angesicht des Todes als letzten Feind auf diesen vorzubereiten, lässt sich eindrücklich an Luthers *Sermon von der Bereitung zum Sterben*⁷⁵ studieren. Er ist ganz der Frage gewidmet, was mich angesichts des Todes trösten kann. So geht auch Luther von der Schrecklichkeit des Todes aus: „Der Tod wird groß und schrecklich, weil die furchtsame, verzagte Natur dieses

73 Für die folgenden Überlegungen danke ich Pierre Bühler für hilfreiche Hinweise in der Diskussion!

74 Vgl. Eberhard Jüngel, *Tod* (Stuttgart/Berlin: Kreuz Verlag, 1971), 94 f. et passim. Vgl. zu dieser Ambivalenz des Todes Michael Coors, *Altern und Tod. Zur narrativen Refiguration der Endlichkeit menschlicher Lebenszeit in Gerontologie und Theologie*, in: Marco Hofheinz und Michael Coors, Hg., „Die Moral von der Geschicht' ...“. *Ethik und Erzählung in Medizin und Pflege* (Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, 2016), 185–200.

75 Martin Luther, *Ein Sermon von der Bereitung zum Sterben*, in: WA 2, 685–697.

Bild sich zu tief einprägt, zu sehr vor Augen hat.“⁷⁶ Es ist also falsch, sich im Sterben zu sehr auf den Tod zu konzentrieren, denn daraus entsteht Angst.⁷⁷ Der Tod, die Sünde und die Hölle sind für Luther die drei Bilder, die uns im Sterben anfechten – und gegen diese Anfechtung hilft für Luther nur eines: „Du musst den Tod im Leben, die Sünde in der Gnade, die Hölle im Himmel ansehen.“⁷⁸ Tod, Sünde und Hölle müssen im Kontext dessen gesehen werden, was sie überwindet: Leben, Gnade und Himmel. Und das gelingt im Blick auf die Person Christi:⁷⁹ Von der Erzählung über Tod und Auferstehung Christi her kann der Sterbende seine Erwartung ans Sterben narrativ refigurieren. Dieses narrative Schema hat seine Pointe dann allerdings auch darin, dass der Tod nicht nur das Ende unserer Lebensgeschichte ist. Denn in der Erzählung von Jesu Tod begegnet der Tod als in der Auferstehung überwundener Tod. Der Tod wird mit Luthers Worten „im Leben angesehen“. Damit wird hier nicht das Lebensende als gutes Sterben idealisiert, sondern der Mensch wird auf die Schrecken des Todes so vorbereitet, dass er sie aushalten kann. In der geistlichen Vorbereitung, im Blick auf das Kreuz und die Erzählung, die es symbolisiert, wird dem Tod sein Schrecken genommen, weil der Tod in den Kontext des weiterreichenden Narrativs von Gottes Handeln am Menschen eingeordnet wird. Dabei wird die Vollendung der Lebensgeschichte, das Abschließen des narrativen Schemas des eigenen Lebens, dezidiert aus der Lebensgeschichte des Menschen ausgeschlossen: Die abschließende Bewertung des Lebens ist nicht Teil der Lebensgeschichte, sondern Handeln Gottes an dem toten und auferstandenen Menschen. Dafür steht die eschatologische Rede vom Gericht Gottes.

Wer demgegenüber auf dem narrativen Schema eines guten Sterbens beharrt, steht darum zumindest in der Gefahr, die Hoffnung auf Gottes Handeln in Tod und Gericht durch eine Idealisierung des Sterbeprozesses selbst zu ersetzen. Abgerundet wird das Leben dann nicht in der Begegnung mit Gott, sondern im Sterben selbst. So wird das Sterben zur letzten großen Aufgabe für den Menschen. Und diese letzte große Aufgabe kann zur Überforderung werden. Wer vor diesem hohen Ideal des guten Sterbens nicht mehr standhalten kann, der entscheidet sich dann möglicherweise für den Suizid als alternative Form des guten Sterbens.

Die Stärke von Luthers Betrachtung liegt hingegen gerade darin, dass sie dem Sterbenden keine große Aufgabe abverlangt, sondern dass sie schlicht auf eine

76 Ebd., 686,36 – 387,2. (Die Sprache ist hier und in den folgenden Zitaten durch den Verfasser modernisiert worden.)

77 Vgl. ebd., 687,10f: „Denn je tiefer der Tod betrachtet, angesehen und erkannt wird, desto schwerer und bedenklicher ist das Sterben.“

78 Ebd., 688,35 f.

79 Vgl. ebd., 689,9.

Veränderung der Wahrnehmung zielt, die dadurch erreicht wird, dass auf die Erzählung des Todes Jesu geachtet wird: Diese Erzählung refiguriert auf ganz andere Art und Weise das Erleben des Sterbens als es durch Narrative des guten Sterbens geschieht. Hier nämlich wird der Mensch im Sterben zum Empfangenden und nicht zum Handelnden, nicht zum Regisseur seines Sterbeprozesses. Das Bild des Kreuzes wird darum zu einem narrativen Schema, aus dem der Sterbende die Kraft empfängt, sich dem Sterben und dem Tod auch dann noch zu stellen, wenn es nichts mehr gibt, was er oder andere noch tun können, auch dann, wenn der Tod sich in seinem ganzen Schrecken zeigt.

6 Fazit

Die Absicht dieser Ausführungen war in erster Linie eine hermeneutische, keine normative: Es geht hier nicht darum, den Vorrang eines bestimmten narrativen Schemas des Sterbens zu behaupten, sondern es geht zunächst und v. a. darum, unterschiedliche narrative Konfigurationen des Sterbens und ihre normativen Dynamiken in den Blick zu nehmen. Aus dieser hermeneutischen Annäherung ergeben sich natürlich eine Reihe von ethischen Fragestellungen, die an verschiedenen Stellen angedeutet wurden und die einer weitergehenden normativen Diskussion bedürften.

Eine Frage soll hier nun abschließend herausgegriffen werden: Wenn man das Narrativ eines guten Sterbens für problematisch hält, stellt sich die Frage, wie die Aufgabe der Begleitung von schwer kranken und sterbenden Menschen alternativ charakterisiert werden kann. Eine mögliche Antwort liegt meines Erachtens in der Formulierung der „Gründerin“ der Hospiz- und Palliativbewegung Cicely Saunders: „Ich habe schon oft gesagt, daß einer unserer wichtigsten Grundsteine aus dem Bewusstsein der Bedürfnisse Sterbender besteht, das sich in den einfachen Worten zusammenfassen lässt, die Jesus im Garten Getsemani sprach: ‚Wachtet mit mir.‘“⁸⁰ Saunders wusste sehr gut um die hier beschriebene Spannung zwischen der Abgründigkeit des Todes und dem Bemühen, das Sterben gut zu gestalten. Die wichtigste Aufgabe in der Begleitung Sterbender angesichts dieser Spannung ist hier von ihr sehr präzise in den Worten Jesu zusammengefasst: „Wachtet mit mir!“ – für den leidenden Menschen da sein und ihn begleiten in seinem Ringen mit dem Tod. Gefordert ist hier also ein Ethos der Begleitung und des Beistandes in Zeiten der Not. Dieses Ethos, das sich in ein Narrativ des Bei-

⁸⁰ Cicely Saunders, *Brücke in eine andere Welt. Was hinter der Hospizidee steht*, hg. von Christoph Hörl (Freiburg im Breisgau: Herder, 1999), 20.

stehens angesichts der Bedrohung des Lebens durch den Tod übersetzen lässt, sollte die Begleitung Sterbender tragen, nicht die Vorstellung, dass man das Sterben damit gut machen könnte.⁸¹ Ernst Engelke, einer der wichtigen Vertreter und Begründer der Hospiz- und Palliativbewegung in Deutschland, charakterisiert darum die Aufgabe folgendermaßen: „Sterbenskranke und Sterbende zu begleiten bedeutet, sie in ihrem Kampf gegen den Tod zu begleiten.“⁸² Paul Ricœur formuliert in seinen posthum unter dem Titel *Vivant jusqu'à la mort* veröffentlichten Notizen: „Begleiten ist vielleicht der treffendste Ausdruck um die Haltung zu bezeichnen, dank der sich der Blick auf den Sterbenden einem mit dem Tode ringenden zuwendet, der bis zum Tode um sein Leben ringt [...], und nicht einem Todgeweihten, der bald ein Toter sein wird.“⁸³

Dafür aber braucht es eine „Kultur des mitfühlenden, begleitenden Blicks“⁸⁴. Und eine solche Kultur braucht Erzählungen, die nicht nur davon erzählen, dass es gut ist, wenn wir im Sterben noch Handelnde bleiben. Es braucht vielmehr Erzählungen, die das Erleiden, die eigene Passivität angesichts des Todes in das Erzählen integrieren können. Die christliche Tradition hat einige Narrative dieser Art zu bieten. In einer säkularen bzw. multikulturellen und multireligiösen Gesellschaft⁸⁵ scheint es mir eine dringende Aufgabe, danach zu fragen, welche anderen Traditionen ähnliche Narrative zur Orientierung anbieten.

81 Saunders war klar (ebd., 106): „Man kann natürlich nicht sagen, daß jeder Patient im Hospiz völlig von Schmerzen befreit sei, den Tod vollkommen akzeptiert und herrlich sterben wird. Das ist einfach nicht wahr.“

82 Ernst Engelke in einem Vortrag am 4.11.2015 in Hannover. Vgl. ders.: Die Wahrheit über das Sterben. Wie wir besser damit umgehen (Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2015).

83 Paul Ricœur, *Lebendig bis in den Tod*. Fragmente aus dem Nachlass. Französisch-deutsch, übers. und hg. von Alexander Chucholowski (Hamburg: Felix Meiner Verlag, 2011), 21.

84 Ebd., 23.

85 Zu den ethischen Herausforderungen der Interkulturalität vgl. Michael Coors, Tatjana Grützmann und Tim Peters, Hg., *Interkulturalität und Ethik. Der Umgang mit Fremdheit in Medizin und Pflege* (Göttingen: Edition Ruprecht, 2014).