

Petra Rogge

Die Pluralität der Vorstellungen vom Lebensende

Abstract:

Dass es gute Todesarten für Narren und für Weise gibt, beklagt Montaigne im Dritten Buch seiner Essais und fordert dagegen solche ausfindig zu machen, die für die Menschen dazwischen geeignet sind. Schon hilfreich wäre hier die umsetzende Einsicht, dass dem finalen Moment in der Regel nicht nur viele entscheidende Augenblicke des Sterbens vorausgehen, sondern diese Momente zudem als plural beschaffen erfahren werden können. Hinzu den diversen Todesarten, den Erkrankungen und deren Vorgeschichten, mag dem Einzelnen der Schwächetod vielleicht sanft *erscheinen* oder der Gifttod quälend, das Lebensende durch eine Pneumonie bitter vorkommen oder durch einen hämorrhagischen Schock leicht. *Wie* jemand dann tatsächlich zu sterben vermag, kann im Fall wesentlich davon abhängen, welche Betrachtungsweisen, Vorstellungen oder Einstellungen die Betroffenen oder auch Begleitenden *für sich* an das Sterben anlegen (können sollten).

So wenig wir in dem Augenblick unserer Geburt schon da sind, fortwährend vielmehr irgend etwas von uns geboren wird, so wenig sterben wir erst in unserem letzten Augenblicke.

Georg Simmel

Die Pluralität der Vorstellungen vom Lebensende

„Es gibt Todesarten“, schreibt Montaigne, „die leichter sind als andere“¹. Manchen wird das Lebensende durch allgemeine Kraftlosigkeit *sanfter und sachter* vorkommen, als der Tod aufgrund einer Krankheit. Unter den Todesarten infolge einer Erkrankung mag vielen das Lebensende nach kurzem Leiden angenehmer sein als ein allmählicher Sterbeprozess. Ob der Schwächetod tatsächlich leichter und der Gifttod quälender ist, oder das Lebensende durch eine Pneumonie bitterer wird als durch einen hämorrhagischen Schock, ist nicht an sich zu entscheiden, da die verschiedenen Todesarten „je nach Betrachtungsweise des einzelnen [...] unterschiedliche Züge an[nehmen]“² können.

Mit den pluralen Formen, die der Tod in der Vorstellung der Menschen anzunehmen vermag, sind die diversen *Einstellungen*³ zum Lebensende verbunden. Ob dem Tod „mit Schrecken, mit Sorge, mit Gleichgültigkeit oder mit Erleichterung“⁴ begegnet wird, hängt auch davon ab, welches Verständnis der Einzelne vom Lebensende hat: Ist der Tod etwas, woraufhin sein Leben *vorläuft*⁵ oder nichts, was sein Leben betrifft⁶? Denkt er sich das *Nichts* und ersehnt die finale Situation „als Erholung von allen Übeln im Leben“⁷ oder flieht er sie als „das größte aller Übel“⁸? Empfindet er den Tod als zufällig oder hält er ihn für notwendig? *Dass* der Tod kommt, gilt allen als gewiss. *Wie* das Lebensende dem Einzelnen vorkommt, ist deutlich davon abhängig, *welche* „kollektiven und individuellen Phantasien, die den Tod umgeben“⁹, er *für sich* heranzieht.

¹ M. de Montaigne, 2002, Essais, III, S. 314; vgl. ders., Essais, III, 9: „La mort a des formes plus aisées les unes que les autres, et prend diverses qualitez selon la fantasie de chacun. Online-Dok.

² Ebd.

³ Vgl. T. Nagel, 1990, Der Tod, in: ders., Was bedeutet das alles?, S. 74 – 78, S. 77.

⁴ Ebd.

⁵ Vgl. M. Heidegger, 1992, Das mögliche Ganzsein des Daseins und das Sein zum Tode, in: Der Tod in der Moderne, hg. v. H. Ebeling, 1992, S. 32 – 56, S. 53.

⁶ Epikur, Brief an Menoikeus, in: Briefe, Sprüche, Werkfragmente, S. 43

⁷ Ebd., S. 45.

⁸ Ebd.

⁹ N. Elias, 1986, Über die Einsamkeit der Sterbenden, S. 99. Für Elias ist es in einem negativen Sinn vor allem die Unsterblichkeitsideen, die über das vielschichtige Text- und Bildmaterial der Glaubenssysteme mit der gegenwärtigen Gesellschaft verbunden und für das einsame Sterben verantwortlich sind.

Wenn dem Faktum der Sterblichkeit eine Vorstellungsvielfalt des Todes beigelegt ist, die der Einzelne allerdings weder für sich selbst noch für den anderen erfahrend umsetzen kann¹⁰, so wird beim Verständnis des Sterbens *als Prozess* das Plurale weitaus konkreter: Jeder stirbt und doch stirbt keiner wie der andere¹¹. *Wie* der Einzelne ablebt, wird dabei nicht nur von seiner Krankheit oder deren Vorgeschichte, sondern auch von den ihn umgebenden gesellschaftlichen und individuellen Verhältnissen sowie seinen Einstellungen und Vorstellungen vom Lebensende bestimmt. *Dass* gestorben werden muss, wird von allen sicher gewusst. *Wie* der Einzelne zu sterben vermag, kann dagegen unbestimmt bleiben. Für die medizinethische Perspektive können sich aus dieser Offenheit *zwei* Problematisierungsebenen ergeben:

(1) Aus der zumeist eingenommenen Sicht auf das medizinisch-pflegerische System werden Sterbende in ihrer Rolle als *Patienten* relevant.¹² Für den dort tatsächlich werdenden Sterbealltag lässt sich dann besprechen, wie sterbende oder verstorbene Patienten behandelt werden können und sollen. Dabei geht es etwa um Überlegungen zur aktiven oder passiven Sterbehilfe und zur Dokumentation des Patientenwillens oder um Fragen zur Organentnahme. Es werden Ideen aus der Hospizbewegung für die stationäre oder ambulante Betreuung von Sterbenden erörtert und die Aufnahme palliativmedizinischer Entwicklungen in den Sterbealltag besprochen. Auf der Patientenebene können auch Fragen vorkommen, die sich im Hinblick auf das Verhältnis von Machbarkeit und Notwendigkeit medizinisch-pflegerischer Maßnahmen stellen, ebenso wie sich hier der „ärztliche Umgang mit der Wertpluralität“¹³ etwa bei Untersuchungen des Körpers nach dem Tod des Menschen bedenken lässt.

(2) Neben oder abseits seiner Patientenrolle im medizinisch-pflegerischen und seelsorgerischen Alltag lässt sich der Sterbende als Mensch bedenken, der die Zeit bis zu dem finalen Moment in seinem gewöhnlichen Alltag verlebt. Selbst wenn er als Patient im Fürsorgekontext des Medizinapparates die Nachricht erhält, dass er zu sterben hat und daraufhin eine medizinisch-pflegerische oder seelsorgerische Betreuung in Anspruch nimmt,

¹⁰ Erfahbar wird der finale Moment nur als „Tod in der zweiten Person“ (Jankélévitch 2003: 12), also über die Wahrnehmung des Sterbens anderer.

¹¹ Vgl. M. Horkheimer, 1987, Alle müssen sterben, in: Ges. Schriften Bd. 2, S. 345f.

¹² Die Zuständigkeit von Medizin und Pflege für das gegenwärtige Sterben ist ein gesellschaftliches Phänomen insofern, als vor allem im Spital oder Pflegeheim und nicht im Kontext des gewöhnlichen Alltags gestorben wird. Vgl. hierzu: R. Ochsmann, Sterbeorte in Rheinland-Pfalz. Zur Demographie des Todes, in: Beiträge zur Thanatologie, 8/1997, S. 13ff.; vgl. auch: B. Seeberger, 2006, Humane Sterbebegleitung versus aktive Sterbehilfe, Impulsreferat, S. 31.

¹³ G. Schäfer u. D. Groß, 2007, Zum ärztlichen Umgang mit Wertpluralität: Das Beispiel Obduktion, gepl. Vortrag, Online-Dok.

so ist er doch zunächst und vor allem eine Person¹⁴, die nun eine *eigene* Zeit des Ablebens¹⁵ verbringen wird. *Wie* sich der Sterbealltag für die vom nahen(den) Tod unmittelbar und mittelbar Betroffenen gestaltet, wird wesentlich davon bestimmt, in welcher Weise die ablebende Person *selbst* mithilfe der ihr zur Verfügung stehenden Vorstellungen vom Lebensende die Zeit des Ablebens für sich zugänglich macht.

Wenn auch die *kollektiven und individuellen Vorstellungen* vom Lebensende, auf die Sterbende in der Auseinandersetzung mit ihrem Ableben Bezug nehmen¹⁶, für sie selber so wenig deutlich werden können, wie für die Beobachter und Begleiter des Sterbens, so sind sie doch für die Frage, *wie* Menschen sterben können, von entscheidender und bislang nicht hinreichend beachteter Bedeutung. In den nachfolgenden Überlegungen wird daher der Fokus nicht auf dem medizinisch-pflegerischen und seelsorgerischen Sterbealltag liegen. Vielmehr soll versucht werden, für einen allgemeinen Sterbealltag den vom nahen(den) Tod Betroffenen zu bedenken, der unter Heranziehung *seiner* Vorstellungen von Leben, Tod und Sterben, *seine* Situation des Ablebens *für sich* erschließt.

Der imaginäre Sterbediskurs

Damit der Sterbende jenseits der Patientenrolle im Hinblick darauf, was er, „als freihandelndes Wesen, aus sich selber macht, oder machen kann und soll“¹⁷, besser in den Blick kommen kann und ein Zugang zu den im Sterben von ihm herangezogenen Vorstellungen von Tod und Sterben möglich wird, wird im Folgenden auf fiktionale filmische Erzählungen vom Sterben zurückgegriffen.

Die Entscheidung gegen faktuale Texte begründet sich vor allem positiv mit den erweiterten Erkenntnismöglichkeiten, den die fiktionale Form für die Betrachtung von Sterbeprozessen bietet. Während das tatsächlich geführte Gespräch mit Sterbenden oder die am realen

¹⁴ Zum Personen-Verständnis vgl. i. d. Arbeit, S. 19.

¹⁵ Der Begriff des Ablebens wird hier in einem aktiven Verständnis auf das „zu Ende leben“ hin mit aufgenommen. Wenn der Sterbegriff auf die Vorstellung von „Erstarren“ als Fixierung auf den finalen Augenblick hindeutet, aber auch auf das ‚starrig sein‘ als Eigensinn, so wird mit dem Verständnis des Ablebens der Fokus ganz in das Leben bis hin zum finalen Moment gelegt. Die pejorative Deutung von Ableben als ‚seine Lebenszeit abgelebt haben‘, die im Kontext gegenwärtiger Fragen zum Verhältnis von medizinisch definiertem Todeszeitpunkt und individuellem ‚zu Ende sterben‘ vorkommt, wird hier nicht mitgetragen. Im Arbeitstext sollen beide Begriffe verwendet werden. Vgl. „Ableben“ und „Sterben“ in: Deutsches Wörterbuch von Jacob Grimm und Wilhelm Grimm, 1971, Online-Dokument; „Starren“ in: Etymologisches Wörterbuch des Deutschen, 1995, S. 1345.

¹⁶ Hier ist auch an die Abhängigkeit der Vorstellungen von den gesellschaftlichen Rollen zu denken, die Sterbende innehaben oder in einer Gemeinschaft für sich anerkennen. Vgl. Horkheimer, a.a.O.

¹⁷ I. Kant, Anthropologie in pragmatischer Hinsicht (1798), in: ders., Werke in sechs Bänden, hg. v. W. Weischedel, Bd. VI, S. 399.

Geschehen orientierten Aufzeichnungen von Sterbeverläufen, die existentielle Situation des Ablebenden zumeist im Kontext des *gegebenen* Selbst- und Weltbezugs in Blick nehmen, sind fiktionale Texte gerade an einer Erweiterung des Spannungsverhältnisses zwischen Selbst und Welt auf das *allgemein Mögliche* hin interessiert.¹⁸ Die nicht immer deutlichen Bilder von Tod und Sterben werden hier in einer dem Genre gemäßen Weise so vermittelt, dass der Zuschauer oder Leser über Identifizierung, Erinnerung oder auch nur Aufmerksamkeit etwas von dem Bildmaterial zu erkennen und für sich zu deuten vermag.¹⁹ Für den folgenden Zusammenhang könnte diese reflexive Ebene insofern relevant werden, als der imaginäre Sterbediskurs mögliche Hinweise auf vorhandene Vernachlässigungen im tatsächlichen Sterbediskurs bietet.

Der Prozess des Ablebens im Film: Vier *Lebensstile* im Sterben

Dying is not as easy as it looks, but there is no need that you feel terrible all the time. (*Arzt zur Patientin in „My life without me“*)

Fiktionale Arbeiten zeigen vom nahen(den) Tod Betroffene häufig als Personen, die in ihrem gewöhnlichen Alltag die letzte Lebenszeit verbringen. Hier verkörpern sie den *Akteur*²⁰ im Prozess ihres Ablebens. Im tatsächlichen Sterbealltag dagegen sind ablebende Personen zumeist das Sterben erleidende Patienten, die im Spital wie Kranke *behandelt* oder an Pflegeorten stationär oder ambulant auf den Tod hin *betreut* werden.²¹ Während der fiktionale Sterbeverlauf in der Regel mit einem Protagonisten arbeitet, der sein Lebensende nach

¹⁸ Damit soll an den aristotelischen Gedanken angeknüpft werden, wonach die Dichtkunst durch Nachahmung (sittlich bedeutsamer) menschlicher Handlungen auf das Mögliche und damit auf das Allgemeine hinaus will. Vgl. Aristoteles, 1982, *Poetik*, hg. v. M. Fuhrmann, S. 29. Vgl. auch: E. Cassirer, 1990, *Versuch über den Menschen. Einführung in eine Philosophie der Kultur*, S. 213f.

¹⁹ Ob von fiktionalen Sterbegeschichten, etwa durch die Möglichkeit der Identifizierung mit den sterbenden Figuren, eine Gefahr für den tatsächlichen Sterbediskurs ausgeht, muss hier nicht entschieden werden. Da allerdings die Botschaften, die von künstlerischen Arbeiten über das Sterben vermittelt werden, nicht jenseits des Mediums gelesen werden können, ist es m. E. kaum möglich, etwa mit dem viel zitierten Sterben der Romanfigur *Iwan Iljitsch* von L. Tolstoi, eine Theorie über das Sterben zu festigen. Ebenso wenig lässt sich mit medialen Inszenierungen vom *friedlich Eingeschlafenen* Sterbehilfe begründen oder gegen diese medialen Inszenierungen eine „Ethik des Sterbens“ (U. Körtner, 2005) stark machen. Was hingegen für den tatsächlichen Sterbealltag aufgenommen werden kann, wäre das Nachdenken darüber, welche Bilder vom Sterben hinter den künstlerisch vermittelten Ideen stehen. Vgl. M. Weingarten, 2004, *Sterben (bio-ethisch)*, S. 10ff.; vgl. auch N. Elias, a.a.O., S. 91ff.

²⁰ Der Akteur ist hier dem Wortsinn (*agere, ágein*) nach derjenige, der etwas (selbsttätig) in Bewegung setzt: ein agierender Protagonist.

²¹ Da hier von der ablebenden Person aus dem Sterben nachgegangen wird, sollen die Handlungsspielräume, die gegenwärtig etwa über die Dokumentation des Patientenwillens, palliativmedizinische Maßnahmen oder pflegerische und beraterische Hospizarbeit vom medizinisch-pflegerischen System an sterbende Patienten herangetragen werden, nur im Hinblick auf erkennbare Anschlussstellen für ein weiteres Agieren der Sterbenden betrachtet werden. Vgl. W. Schneider, 2006, *Das gute Sterben? Zur Institutionalisierung des Sterbens in der Hospiz- und Palliativarbeit*, Online-Dok.

eigenen Möglichkeiten zu erfahren vorhat²², wird der tatsächliche Sterbeprozess eher von der *Krankheit zum Tode* bestimmt.

Die vier im Folgenden vorgestellten Filme führen den Sterbediskurs an verschiedenen Stellen an seine Ränder, was bedeutet, dass jeder Film die Frage danach, wie Menschen sterben können, auf eine andere Weise beantwortet.²³ Diesen Antworten gilt es im nächsten Arbeitsteil nachzugehen (2.1 – 2.2). Zunächst wird aus der Situationsskizze des Sterbefalls eine Analyse dessen versucht, was hier an deutlich Auffälligem in Erscheinung tritt. Die aufgefundenen Phänomene sollen dann im Hinblick auf die für das eigene Ableben zugänglich gemachten Vorstellungen von Tod und Sterben erörtert werden.²⁴ In einem abschließenden Teil (2.3) werden die fiktionalen Antworten danach befragt, ob und in welcher Weise sie für den tatsächlichen Sterbealltag brauchbar sind.

Das Leben im Sterben

Wie vermag ein Mensch zu sterben, wenn er nach Übermittlung der tödlichen Diagnose für sich erkennt, dass es noch Dinge gibt, die zu tun sind, damit das bisherige Leben als gelungen gelten kann? Wie kann ein Mensch sterben, der im Wissen um das nahende Lebensende sein bisheriges Leben einfach weiterleben möchte? Die erste Frage wird von Isabel Coixet in dem spanisch-kanadischen Film „My life without me“ (2003) verhandelt. Mit der zweiten Frage beschäftigt sich der französische Film „Le temps qui reste“ (2005) von Francois Ozon. Beide Filme sind von einer Sicht auf das Sterben geprägt, die zum einem vom finalen Augenblick ablenkt und sich an das Ableben als Prozess wendet. Zum anderen sind sie daran interessiert, einen individuellen Sterbeverlauf vorzustellen, der sich von den Zuschreibungen des medizinisch-pflegerischen Diskurses frei hält.

Gut sterben („My life without me“)

Der Film erzählt die Geschichte einer jungen Frau, die nach einem Kollaps im Spital untersucht wird und dort die Nachricht erhält, dass sie sich im finalen Stadium einer Tumorkrankheit befindet. Die Protagonistin ist verheiratet und hat zwei Kinder mit dem

²² Dass auch die fiktionale Bearbeitung des Sterbens den zum Sterben Kranken fokussiert und den Akteur im Sterbeprozess vernachlässigt, wird an zwei der vorgestellten Filme zu sehen sein. Vgl. i. d. Arbeit, S. 12 – 14.

²³ Es wird hier keine Analyse der Filme vorgeführt, sondern lediglich auf die für den Sterbediskurs bedeutsam erscheinenden Phänomene hingewiesen.

²⁴ Diese Vorgehensweise ist an den Phänomenanalysen orientiert, die R. Jaeggi in ihrer Problematisierung des Entfremdungsgedankens vorführt. Vgl. dies., a.a.O., S. 63 – 182.

ersten Mann, mit dem sie als Frau zusammen war. Mit ihrer Familie lebt sie in einem Wohnwagen im Garten der Mutter und sorgt mit ihrer nächtlichen Arbeit als Hausmeisterin der ortsansässigen Universität für den Unterhalt der Familie. „Surviving, but not living“, so benennt sie selbst ihre Situation als Frau, Mutter und Arbeiterin. Die Nachricht, dass sie zu sterben hat, irritiert sie nur für einen Moment: „I guess it’s time to start making some plans“, ist ihre Reaktion nach dem ersten Schock. Dann erarbeitet sie einen Plan für die Zeit ihres Ablebens:

Don’t tell anyone, ever. / Tell my daughters I love them several times a day. /
Find Don a new wife who the girls like. / Record yearly birthday messages for each girl
thru 18. [...] Smoke and drink as much as I want. [...] Make someone fall in love with me.
/ Sleep with other men, just to see what it’s like. [...].

Diese Vorkehrungen berühren zum einen das Leben der sterbenden Protagonistin im Hinblick auf ihre familiären Bindungen. Sie bereitet auf dieser Ebene im Stillen ihre Mitmenschen auf das Leben ohne sie vor, indem sie dem Ehemann eine nachfolgende Frau und den Kindern eine sie ersetzende Mutter sucht – und auch findet. Dabei bleibt sie als mütterliche Person selber präsent, wenn sie der drei- und fünfjährigen Tochter bis zu deren Volljährigkeit jedes Jahr Geburtstagswünsche auf eine Tonkassette spricht.²⁵ Auf einer weiteren Ebene wird der Plan im Hinblick auf *ein gelungenes Leben* bedeutsam. Wenn die Protagonistin - noch vor dem Wissen um ihre Krankheit - befindet, dass sie bislang lediglich auf ein Überleben hin existiert hat, so versucht sie nun in der verbleibenden Zeit, die für das *gute Leben* noch fehlenden Momente nachzuholen.

Der Film legt mit der Idee eines im Sterben umsetzbaren Plans, die Bedeutung des Sterbens ganz in das Leben. Das Ableben wird hier als handlungsaktive Zeitspanne auf den Tod hin verstanden und nicht als existentielle Situation des finalen Augenblicks. Dass für die Sterbende dabei das „Einüben des vollkommenen Lebens und des vollkommenen Sterbens ein und dasselbe“²⁶ wird, hängt wesentlich mit der Rolle zusammen, die sie über den ersten Punkt ihres Plans für sich selber und für die Mitmenschen vorsieht. Der Vorsatz „Don’t tell anyone, ever“ ist für die Sterbende eine Bedingung für die Möglichkeit, ihr Ableben jenseits der üblichen Sterberollen zu gestalten – und damit weder sich selbst noch die Familie oder den

²⁵ Dass sie das Paket mit den 28 Kassetten nicht einer nahe stehenden Person, sondern dem Spitalarzt überlässt, gehört zu den nicht erwarteten, hier die Rolle des Mediziners zur Reflexion anregenden Momenten im Film.

²⁶ Epikur, a.a.O., S. 45.

Liebhaber auf ein Handlungsmuster festlegen zu müssen.²⁷ An dieser Stelle öffnet der Film schließlich auch das Fenster hin zum medizinischen Alltag, da die Protagonistin sich gar nicht erst auf den für Tumorkranke vorgesehenen Sterbealltag einlässt. Sie ist entschlossen – zugunsten des geplanten *guten Lebens im Sterben* – höchstens den ambulanten, aber keinesfalls den stationären Weg des Ablebens²⁸ zu gehen. Damit bindet sie den behandelnden Spitalarzt und das pflegerische Personal in einer vom gewöhnlichen Vorgehen abweichenden Weise an ihr Ableben: In ihrer Rolle als Patientin ist sie nicht die auf eine Tumorkrankheit hin zu Behandelnde, sondern die an einem Tumor schon bald Sterbende, die sich palliativ selbst versorgt. Indem sie bestimmt, in welcher Weise und von wem ihr Sterbeprozess begleitet werden soll, übernimmt sie die Verantwortung für ihren Sterbeverlauf und gibt damit dem medizinischen Personal die Möglichkeit, sie als ablebende Person und nicht als kranke Patientin zu betrachten. - Die Protagonistin stirbt, während die *neue* Familie zu Abend isst.

Gewöhnlich sterben („Le temps qui reste“)

Der Film erzählt die Sterbgeschichte eines Pariser Modefotografen, der das typische Leben eines jungen, ledigen und erfolgreichen, nach Lustgewinn und Sinnengenuss strebenden Großstädtlers führt. Kurz vor seinem nächsten Karrieresprung wird ihm im Kontext einer Untersuchung ein Gehirntumor im Endstadium diagnostiziert. Die Nachricht von seinem bald schon eintretenden Tod kommentiert der Protagonist lediglich mit der Frage nach der Zeit, die er - ohne medizinische Behandlung – noch am Leben sein wird. Während der behandelnde Arzt sich wünscht, dass er gegen den tödlichen Verlauf seiner Krankheit ankämpft, beschließt der Protagonist, sein altes Leben im Sterben einfach weiter zu *führen*. Wie die Protagonistin in „My life without me“, kommuniziert auch der Photograph sein Sterben nicht. Lediglich gegenüber seiner Großmutter legt er sein Befinden offen, da sie sich – wie er meint – in gleicher Nähe zum Tod befindet. Weder in der übrigen Familie, noch im Bekanntenkreis oder im Umfeld seines Berufes spricht er über sein Ableben – und stößt mit zunehmender Progredienz an die Grenzen seiner normalen Alltagswelt. Der Film führt drei transformierende Wege vor, die den Sterbeprozess des Protagonisten prägen:

²⁷ Indem die Protagonistin sich als Frau, Ehefrau und Tochter neu positioniert, sichert sie nicht nur für sich einen Handlungs- und Erfahrungsspielraum, sondern schafft damit zugleich anknüpfende Stellen zum Handeln und Erfahren für den Liebhaber, Ehemann und die Eltern. Würde sie als Patientin im Spital versterben oder die in der Gesellschaft übliche Sterberolle übernehmen, so wären auch die Mitmenschen in ihren Erfahrungen und weiteren Handlungsmöglichkeiten unmittelbar davon betroffen.

²⁸ Die Protagonistin führt als Argumente gegen die Aufnahme einer medizinischen Behandlung im Spital auf, dass sie (1) nicht geheilt werden und (2) die Kontrolle über ihr restliches Leben behalten möchte sowie (3) ihre Töchter sie nicht als Spitalpatientin in Erinnerung behalten sollen. Sie ist daher lediglich bereit, wöchentlich die Medikamente gegen die zunehmende Übelkeit im Spital abzuholen.

(1) Der nahe Gedanke an die eigene Endlichkeit lässt in dem Protagonisten den Wunsch aufkeimen, etwas von der eigenen Person in der gegenwärtigen Gesellschaft zurückzulassen. Ein ihm nachfolgendes Kind war in seinem homosexuell geführten Leben bislang nicht vorgesehen. Im Ableben löst er den Wunsch nach einer Nachfolge, indem er an ein kinderloses Ehepaar in einer Ménage-à-trois-Situation sein Sperma weiterreicht.

(2) Begegnungen mit sich selbst, dem Liebhaber, dem Vater und der Schwester leitet der Film über erinnernde Rückblicke und vergewissernde gegenwärtige Blicke. Auf dieser Ebene ist sein Ableben eine Chance zur nachträglichen Reflexion vergangener Entscheidungen, Situationen, Empfindungen und Verhältnisse - und damit zu einer Überarbeitung seines Selbst- und Weltbezugs.

(3) Schließlich wendet sich der photographische Blick des Protagonisten mit dem Wissen um die kurze Zeit, die ihm noch bleibt. In seiner Rolle als Modephotograph hatte er die *Ideen* der Modewelt in Szene gesetzt, also an einer Folge von *inszenierten Augenblicken* gearbeitet. Als Ablebender wählt er vorgefundene Momentaufnahmen von Mitmenschen in einer ihm nahen Umgebung, um sich zu dem so Abgelichteten in ein (vom Bisherigen abweichendes) Verhältnis zu setzen. Das Medium der Photographie wird für ihn eine Möglichkeit, sich über einen veränderten Weltbezug das eigene Ableben zugänglich zu machen. Als er seine Momentaufnahmen abgeschlossen hat, ist auch das Photographieren selbst für ihn an ein Ende gekommen.

Die Krankheit zum Tode

Wie kann ein Mensch sterben, wenn er sein Ende nicht selbst herbeizuführen vermag? Wie verbringt ein Mensch die Zeit seines Ablebens, wenn er, obgleich nicht sicher, sterben zu müssen, sich doch zu schwach fühlt, weiter zu leben?

Die erste Frage nimmt der spanische Film von Alejandro Amenábar (2004) als Thema auf und verarbeitet damit den authentischen Sterbehilfefall des Schiffsmechanikers Ramón Sampedro, der nach einem Sprung ins Meer vom Hals abwärts gelähmt war. Nachdem er über Jahrzehnte erfolglos versucht hatte, vor spanischen Gerichten Sterbehilfe für sich durchzusetzen, half ihm schließlich eine Fabrikarbeiterin bei der Beschaffung, Zubereitung und Zuführung des Zyankaligetränks. Sampedro stirbt wie der Protagonist im Film nach dreißig Jahren (vollständiger) Tetraplegie den Gifttod.

Die zweite Frage beschäftigt den französischen Regisseur Patrice Chéreau in seinem Film „Son frère“ (2002). Die Sterbgeschichte des Protagonisten ist vielmehr eine

Sic et Non. Zeitschrift für Philosophie und Kultur. Im Netz. 9

Krankengeschichte, da dieser bereits seit längerem mit einer seltenen und auch gefährlichen, aber keineswegs sicher tödlich verlaufenden Blutkrankheit lebt. Der Film erzählt in Rückblenden die *selbst gewählte* letzte Station einer Krankheit – und insofern ist sie dann doch eine Geschichte über das Ableben – vom Einbruch im Befinden des Protagonisten über seine Aufenthalte im Spital bis zu seinen letzten vom Bruder begleiteten Tagen im Haus der Familie und seinem Bad im Meer, von dem er nicht zurückkehrt.

Anders als in den zuvor besprochenen Filmen geht diesen Sterbefällen keine tödlich verlaufende Krankheit voraus, sondern eine unheilbare Erkrankung. Im Falle des Tetraplegikers liegt der Fokus auf dessen andauernder Pflegebedürftigkeit, während im Falle des Blutkranken über die ständig drohende Gefahr einer Hämorrhagie das dauerhaft instabile Befinden des Protagonisten betont wird. Fragen nach dem Sterben werden hier im Hinblick auf die körperliche Verfasstheit der Protagonisten gestellt und beantwortet. Genauer sind es die von den Protagonisten herangezogenen *Körperbilder*, die schließlich zu der Maßnahme der Sterbehilfe oder zu dem Gang ins Meer ohne Rückkehr führen. Die das Sterben quasi einleitenden Momente sollen im Folgenden an der von den Protagonisten beider Filme vorgenommenen Verweigerung des Umgangs mit dem *fremd* gewordenen Körper kurz erläutert werden.

Der bewegungslos Sterbende („Mar adentro“)

Die Tetraplegie ist für den Protagonisten gleich bedeutend mit dem *Ende seines eigentlichen*, nämlich körperlichen Lebens und der alleinige Grund für seine gegenwärtige Anwesenheit im Leben ist die Tatsache, dass er seinen finalen Augenblick nicht selbst herbeizuführen vermag. Der Protagonist spielt hierbei die Rolle eines *Machisto*, der sein Leben absolut mit körperlicher Stärke und Unversehrtheit verbindet. Da er als Tetraplegiker über den eigenen Körper keine Macht mehr zu haben meint, ist ihm der Glaube an die Macht über sein Leben schlechthin verloren gegangen. Die Krankheit ist für ihn wie eine fremde Kraft, von der er ganz beherrscht wird. Dies widerspricht seinem Selbstverständnis als sich nicht unterwerfender Mensch und damit seinem eingeübtem *Lebensstil*. Wenn er sich bereitwillig zeigt, mitmenschliche Kontakte oder auch apparative Hilfsmittel in sein bewegungsarmes Leben aufzunehmen, so richtet er dabei Menschen wie Apparate an seiner ursprünglichen Intaktheit aus, womit sie ihm lediglich als Mittel zum Zweck der Überwindung seiner mangelnden Beweglichkeit dienlich sind. Sein jetziges Leben ist mithin die konsequente Weiterführung seines bisherigen Daseins: War er dort ganz kraftvoller Körper, so ist er hier

ganz gelähmter Körper. Schließlich ist es die ihn in seiner Rolle als *Machisto* bestätigende weibliche Filmfigur, die ihm das tödliche Gift besorgt und ihm dabei hilft, die Gifflösung *alleine* trinken zu können.

Der kraftlos Sterbende („Son frère“)

In einer ähnlichen Lage wie der Tetraplegiker sieht sich der Blutkranke. Seiner körperlichen Instabilität liegt eine schwindende Anzahl von Blutplättchen zugrunde, aber, so versucht die Spitalärztin dem Patienten nahe zu bringen, „on peut tres bien vivre sans plaquettes. On doit faire attention, c’est tout“. Nach einer Reihe von Untersuchungen und die Zerstörung der Blutplättchen nicht aufhalten könnenden Behandlungen hat der betroffene Protagonist nun damit zu rechnen, dass ihn lebenslang die nicht unwesentliche Gefahr eines hämorrhagischen Schocks begleiten wird, „mais ca peut vous arrivez dans quinze ans ou demain ou pas du tout“, so beurteilt die Ärztin die Situation für ihren Patienten. Für den Protagonisten allerdings ist es genau die der Erkrankung zu eigene Unsicherheit, die er für sein Leben ablehnt. So nimmt er den ärztlichen Hinweis darauf, dass man – „en très bonne santé“ – ein Leben durchaus in einem beständigen körperlichen Ungleichgewicht verbringen kann, nur auf, um in diesem Moment das eigene Ableben zu beschließen. Die Grundlage für diesen Entschluss ist sein allgemeines Befinden, das sich ganz an den medizinischen Zuschreibungen orientiert: Indem er den als veränderlich definierten Körper auf sein Leben als Mensch überträgt, um sich dann diesem prozessualen Verständnis menschlichen Daseins zu verweigern, weist er die mit dieser Offenheit verbundenen Möglichkeiten, überhaupt in ein eigenes Verhältnis zu seiner Erkrankung zu treten, zurück. Wie der Tetraplegiker sich der Bewegungsarmut als stabilem *Zustand* unterwirft, ohne dem Eigenes entgegenzusetzen, so ergibt sich der Blutkranke ohne Widersetzung dem Schwächezustand. Und wie der Tetraplegiker für seinen finalen Augenblick Hilfe aus dem nichtmedizinischen sozialen Umfeld nutzt, so holt der Blutkranke sich den Bruder als Begleiter an seine Seite, der die Ablehnung der Lebensvagheit aus *Bruderliebe* mit trägt. Mit dem freiwilligen Meeresbad ohne Rückkehr setzt der Protagonist seinem Leben selbst ein Ende.

Resümee: Lebensstil und Sterbealltag

Der Film von *Isabel Coixet* kommt vor allem über eine Irritation der gewöhnlichen Rollen von Kranken, Sterbenden und Begleitpersonen zu der für den gegenwärtigen Sterbediskurs

bedeutsamen Frage: Sind Sterbende als kranke Patienten auf eine Krankheit hin zu *behandeln* oder – wie der Film suggeriert – als ablebende Personen in der Zeitspanne auf den Tod hin zu *begleiten*? Welche Konsequenzen hätte die zweite Option für die vom Sterben unmittelbar und mittelbar betroffenen Akteure und wie wäre dann der Sterbegriff zu denken? *Geht* das Sterben *vor sich*, *ereignet* es sich oder kann sich die ablebende Person ihr Ableben auch erfahrend *aneignen*? Über die Auseinandersetzung mit den diversen Rollen im Sterbediskurs hinaus, ermöglicht der Film mit seiner Fokussierung auf die eigensinnig handelnd ablebende Person ein Nachdenken darüber, was es für den Selbst- und Weltbezug von Sterbenden positiv bedeuten könnte, wenn der Sterbealltag das Zugänglichmachen des Ablebens durch den Ablebenden aufnehmen würde.²⁹

Was der Film von *Francois Ozon* für den allgemeinen Sterbealltag zur Aufnahme anregt, ist vor allem der Aspekt der Selbstvergewisserung. Nicht das Wissen, dass es ans Sterben geht, öffnet quasi schlagartig den Blick auf das Eigene oder Fremde. Es sind vielmehr die *Erfahrungen*, die im Prozess des Ablebens gemacht werden, die Anhaltspunkte für das Erkennen von Eigenem und Fremdem bieten. Nur auf diese letzte Weise, das unterstellt der Film, vermag jemand seinen *eigenen* finalen Augenblick zu erleben und damit der Gefahr zu entgehen, *den* Tod zu sterben, „der zu der Krankheit gehört, die man hat“³⁰.

Damit werden auch Fragen an den medizinischen und pflegerischen Alltag offensichtlich. Die Tatsache etwa, dass es sich bei dem diagnostizierten Hirntumor um einen irreversiblen progredienten Verlauf auf den finalen Augenblick hin handelt, stellt den medizinischen Alltag vor die Entscheidung, auf was hier behandelt werden kann und soll. Jeder über palliative Maßnahmen hinausgehende Eingriff in den Sterbeprozess, würde vermutlich das verändern, was mit einem *natürlichen* Sterbeverlauf gemeint sein könnte.³¹ Durch seine Entscheidung, die Zeit seines Ablebens nicht in medizinisch-pflegerischer Obhut zu verbringen, hat der sterbende Protagonist die Bedingungen dafür geschaffen, im Verlauf auf den finalen

²⁹ Vgl. i. d. Arbeit, *3.1 Rollenvielfalt und Selbstbestimmung*, S. 18ff.

³⁰ „[...] (denn seit man alle Krankheiten kennt, weiß man auch, dass die verschiedenen letalen Abschlüsse zu den Krankheiten gehören und nicht zu den Menschen; und der Kranke hat sozusagen nichts zu tun)“. R.M. Rilke, Malte Laurids Brigge, in: Gutenberg-Projekt, Online-Dok. Die Gefahr, die von diesem Textabschnitt ausgeht, liegt in seiner Übertragung auf den tatsächlichen Sterbealltag im Sinne einer Aufforderung an den Sterbenden zu einem Tun. Vgl. M. Weingarten, a.a.O., S. 39ff.

³¹ Da die gegenwärtige Medizin über vielfältige Möglichkeiten verfügt, auch überlebenswichtige Organe und Funktionen über längere Zeiträume weiter bestehen zu lassen, lässt sich ein natürlicher Sterbeverlauf nur schwer bestimmen. Die Frage für die ablebende Person ist, ob sie die Entscheidung darüber den professionellen oder semiprofessionellen Sterbebegleitern überlassen kann oder in die eigene Verantwortung nimmt. Vgl. P. Hucklenbroich, 2001, *Tod und Sterben – Was ist das?* S. 3 – 20, S. 8.

Augenblick hin *selbst* einen Blickwechsel vornehmen zu können und nicht einem solchen unterzogen zu werden.³²

Schließlich führen die Filme von Alejandro Amenábar und Patrice Chéreau mit ihrer dualistischen Ausdeutung von Krankheit und Gesundheit vor, wie die Protagonisten ihrer unheilbaren, aber nicht tödlichen Krankheit über eine Idee des stabil-intakten Körpers begegnen, *ohne* sich zu ihrer Situation ins Verhältnis zu setzen. Der Tetraplegiker bleibt nicht nur körperlich bewegungsarm, sondern auch in einem geistigen Sinne. Seine Möglichkeiten als Mensch, sich denkend und handelnd auf neue Situationen einzustellen, nimmt er nicht wahr, sondern interpretiert seine Bewegungsarmut als körperlichen Tod und daraufhin den körperlichen Tod als Tod überhaupt. Der Blutkranke kann sich seine Krankheitssituation vor allem deshalb nicht aneignen, da sie von ihm abverlangt, sich auf das Moment des Vagen einzulassen. Da der Medizin für diesen Krankheitsfall keine Norm zur Verfügung steht, vermag sie dem Protagonisten keinerlei Gewissheiten anzubieten, an die er sich halten könnte. Sein Ableben ist damit so wahrscheinlich wie sein am Leben bleiben und seine einzige Gewissheit ist ein nicht konstant bleibender körperlicher Zustand. Hier verstärkt der Film für den Protagonisten die Instabilität des Körpers zu einer allgemeinen Kraftlosigkeit, wobei er die Konnotationen nutzt, die kulturgeschichtlich für Erkrankungen des Blutes stehen³³. Der Entschluss des Protagonisten, so schwach und vage nicht weiter leben zu können, kann auf diese Weise für den Zuschauer nachvollziehbar werden. Somit wird der durchgängig leistungs- und dabei voll funktionsfähige sowie makellos erscheinende Körper von beiden Protagonisten als Vorstellung gleichermaßen an das medizinische System herangetragen wie das Körperbild von diesem aufgenommen, unterstützt und auf seine Zwecke hin umgeschrieben wird.

Beide Filme zeigen, ohne dabei das Bild selber in Frage zu stellen, dass genau hier eine Schwachstelle im medizinisch orientierten Sterbediskurs erkennbar wird: Solange die Medizin ihren Anspruch auf Heilung im Sinne von Wiederherstellung vorgängiger Funktionen einlösen kann³⁴, vermag auch der Patient einen Nutzen für sich zu erkennen. Der nicht mehr heilende *Kranke* dagegen hat im medizinischen System, so wie ihn die Filme vorführen, keinen klar definierten Platz mehr und aus diesem Grunde meidet er es. Hier wäre

³² Vgl. i. d. Arbeit, 3.2 *Sterbeverlauf und Erfahrungsvielfalt*, S. 23ff.

³³ Allgemein steht Blut als *Ursaft des Lebens* für den gesunden Menschen- und auch Volkskörper. Mit dem Bild des Ausblutens wird hier auf das schwächer werdende und schließlich auf sein Ende hin zugehende Lebewesen hingewiesen. Vgl. C. v. Braun: Blut als Metapher in Religion und Kunst, Evangelischer Kirchentag, 15.6.2001, Online-Dok.

³⁴ Im Fehlen des kurativen Ausblicks wird deutlich, dass die Anwendung eines medizinisch-technischen Schemas, nach dem der Ablebende im Sinne einer zu reparierenden „Körpermaschine“ (Gamm 2006: 107) bestimmt und behandelt wird, hier nicht plausibel sein kann. Vgl. A. Gethmann-Siefert, 1999, S. 141.

zum einen zu überlegen, inwieweit der medizinisch-pflegerische Alltag an einer Veränderung der Zuschreibungen des Körpers interessiert sein könnte, ob also eine als dauerhaft gedachte Instabilität des körperlichen Zustandes und damit Krankheit *in* Gesundheit sich dort aufnehmen lässt. Zum anderen wäre darüber nachzudenken, ob – unter Erhalt des Gedankens an eine Medizin, der die Wiederherstellung vorgängiger Funktionen eingeschrieben ist – im Spital zwar der kranke Patient gut aufgehoben ist, nicht aber die auf eine ungewisse Zeit hin ablebende Person. Für den Kranken wie für den Sterbenden, der bezogen auf seinen gewöhnlichen Alltag hin krank ist oder ablebt, lässt sich die Frage stellen, ob er dazu aufgerufen werden kann, sich seine konkrete Situation jenseits der Vorstellung idealer Körperlichkeit zugänglich zu machen.

Aneignung des Ablebens - Erleiden des Sterbens

Yes, it awaits us, this death. Ready to grab us the moment we show our weak spots. I fear this kind of death more than any suffering you and I will go through. If we are going to die anyway, let us die trying! *Velma Wallis, Two old women*

Für die hier gewählte medizinethische Perspektive auf das Ableben können die filmischen Sterbeverläufe insofern aufschlussreich sein, als sie den reflexiven Umgang mit den Zuschreibungen anregen, die das Lebensende bestimmen. Die Frage, *wie* gestorben werden kann, wird in den vorgestellten Sterbefällen nicht Hinblick darauf beantwortet, was den vom nahen(den) Tod betroffenen Personen in ihrer konkreten Situation noch zugestanden oder abverlangt werden kann. Als Akteure im Prozess ihres Ablebens sind sie vielmehr um die Sicherstellung dessen bemüht, was ihnen als noch lebenden Personen an Handlungsspielraum und Erfahrungsmöglichkeit im Sinne ihres Menschseins nicht abzusprechen ist.

Die beiden Tumorfälle haben vorgeführt, dass mit der Entscheidung, die letzte Lebenszeit im Kontext des Gewohnten zu verbringen, die Option gegeben ist, das Ableben über die eigenen „symbolischen Einstellungen“³⁵ zum Leben und seinem Ende im Handeln für sich zu erfahren. Dabei konnten die Betroffenen die Situation des Ablebens als zu verlebenden *dynamischen* Zeitraum erfassen, was ihnen die Option offen gehalten hat, auf die dem Sterbeverlauf immanenten Ungewissheiten zu reagieren. Dagegen sind der Tetraplegiker und der Blutkranke eher als *Drifter* im Prozess ihres Ablebens zu deuten, da sie – ganz auf den finalen Augenblick hin fixiert - weder im Kontext des Gewohnten noch im medizinisch-

³⁵ E. Cassirer, a.a.O., S. 60.

pflegerischen Alltag einen Handlungs- und Erfahrungsspielraum für sich erkannt und genutzt haben.

Für den tatsächlichen Sterbealltag lässt sich hiernach die Frage stellen, wie die Sicherstellung dessen, was dem sterbenden Menschen im Handeln zur Erfahrung offen steht, zu denken sein könnte. Im folgenden Arbeitsteil wird zunächst versucht, mit dem Rollenverständnis ein Verfahren des *zu Eigen Werdens* im Prozess des Ablebens anzuregen, um daran anschließend das Verständnis von Erfahrung im Hinblick auf das für den Sterbeverlauf Notwendige und auch Mögliche zu bedenken.

Rollenvielfalt und Selbstbestimmung

Wenn vom nahen(den) Tod Betroffene im Kontext ihres gewöhnlichen Alltags ableben oder als Patienten sterben, so ist diese Phase „der letzte Teil [ihr]es Lebens“³⁶. Das Lebensende ist dabei nicht so zu verstehen, als sei mit ihm der finale Augenblick im Sinne der allerletzten *Einstellung*³⁷ im Leben des Menschen bereits erreicht. Vielmehr weist das notwendig *im* Leben vonstatten gehende Ableben als Prozess darauf hin, dass vor aller Finalität mit einer Vielfalt von *Einstellungen* zu rechnen ist. Damit werden bei der Frage, *wie* dieses Ableben verlaufen kann, auch die *Rollen* bedeutsam, die Betroffene *im* Leben eingenommen oder vernachlässigt haben. So war die Protagonistin in „My life without me“ in der Zeit ihres Ablebens zunächst sorgendes Familienmitglied, um sich dann noch einmal ganz anders als Frau zu erfahren. Dabei hat sie *andere Perspektiven erlebt*³⁸ als der Protagonist in „Le temps qui reste“, der in seiner hedonistisch ausgerichteten Rolle wie gewöhnlich zuerst seiner selbst gewiss werden wollte. Im Prozess des Ablebens waren nicht nur die Stellungen relevant, die beide in der Gemeinschaft innehatten, sondern auch ihre (ihnen zugestandenen) Möglichkeiten, auf die kulturell verfassten und gesellschaftlich formierten Optionen für den Umgang mit dem Lebensende zuzugreifen. Ist an eine „Klugheit im Umgang“³⁹ mit dem eigenen zu Ende leben gedacht, so wäre im Hinblick auf den Aspekt der Selbstbestimmung⁴⁰

³⁶ M. Horkheimer, a.a.O., S. 345.

³⁷ Im Medium Film ist die Einstellung (shot) von etwas eine Abfolge von Einzelbildern, d. i. ein ungeschnittenes Stück Film. Hierfür wird die Kamera eingerichtet (Standpunkt, Bewegung, Licht, Ton, Akteure, Handlungsabfolgen usw.), deren Laufzeit die Einstellung ausmacht. Was die Einstellung *von* etwas maßgeblich prägt ist die Einstellung *zu* etwas. In dieser doppelten Bedeutung kann der Begriff für das Verständnis des in der Gemeinschaft verlaufenden, dabei individuellen und prozessual verstandenen Ablebens hilfreich sein. Vgl. G. Koch, 1992, Die Einstellung ist die Einstellung, S. 9ff.

³⁸ Ebd., S. 346.

³⁹ H. Markl, 2007, Menschenleben heißt Sterbenlernen, in: Merkur, 696, 315 – 323, Online-Dok.

⁴⁰ Das Verständnis von Selbstbestimmung oder Autonomie ist hier daran orientiert, was – dokumentiert über die Menschenrechte – zu *gewährleisten* ist, damit jederzeit die Frage nach dem „Was soll ich tun?“ gestellt

im Verlauf des Ablebens zu überlegen, welche Bedeutung den zu eigenen Rollen beigemessen werden kann.

Für den Versuch einer Antwort soll der Rollenbegriff hier so aufgenommen werden, wie ihn Rahel Jaeggi mithilfe des Exzentrizitätsgedankens von Helmuth Plessner⁴¹ und der Überlegungen Georg Simmels zur „Philosophie des Schauspielers“⁴² im Hinblick auf die Entfremdungsproblematik anwendet.⁴³ Jenseits der Frage, ob die Übernahme einer (sozialen) Rolle für das Verständnis von Person oder personaler Identität eher kritisch oder positiv zu bewerten ist, kann die Rollenmetapher hilfreich sein, um das Umgehen von Fremdheit für den Prozess des Ablebens zu bedenken.⁴⁴

Exkurs: Der Mensch als *Doppelgänger* und *Schauspieler*

(1) *Doppelgänger*: Dass Menschen *neben sich stehen* können und trotzdem *bei sich sind*, macht sie im Sinne Helmuth Plessners zum *Doppelgänger* ihrer selbst. Während andere Lebewesen an einen Ort funktional gebunden oder nur im Hinblick auf ihre unmittelbare Umgebung beweglich sind, muss sich der Mensch zu seiner Umgebung *und* zu sich selbst in Stellung bringen. Er lebt bezogen auf die Grenzen seines Leibes in der ihm entsprechenden Umgebung *und* ist zugleich jenseits dieser Leib- und Umgebungsgrenze verortet, um sich von dort aus zu sich selbst und zu seiner Umgebung *naturgemäß* (Th. Bernhard) in ein *künstliches* Verhältnis zu setzen. In dieser *exzentrischen* Positionsform *ist* er eine für die anderen und für sich selbst „erfahrbare[] Rollenfigur“⁴⁵ – und insofern ist der Mensch als Person *er selbst*.⁴⁶

werden kann. Damit liegt der Fokus auf dem *Verfahren* des sich jederzeit über Welt zu etwas selbst bestimmen zu können, ohne dass dieses „zu etwas“ selber schon bestimmt wäre. Das im öffentlichen Diskurs als ethisch vorrangig behandelte Problem, wonach beim Sterben im medizinisch-pflegerischen Alltag das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung gegen die Fürsorgepflicht des medizinisch-pflegerischen Personals und das Menschenrecht auf Leben (Körtner 2002:2) steht, kann hier vernachlässigt werden. Vgl. R. Jaeggi, a.a.O., S. 240ff.

⁴¹ Vgl. H. Plessner, 1985, Soziale Rolle und menschliche Natur, Online-Dok.

⁴² Vgl. G. Simmel, Zur Philosophie des Schauspielers, 1908, Online-Dok.

⁴³ R. Jaeggi, a.a.O., S. 101 – 105.

⁴⁴ Die vor allem soziologischen rollentheoretischen Überlegungen bemängeln das fehlende „cosmic self“, die in der Rolle gänzlich aufgehende Person oder das Individuum, welches nichts *ist* außer der je erfüllten Rolle. Die (sozialen) Rollen sind dann im Sinne von gesellschaftlichen Erwartungen zu verstehen, die der Einzelne mit Übernahme der Rolle erfüllt. Dieses Denkmodell des „totalen Rollenverdacht[s]“ (Dahrendorf, zit. nach Jaeggi 2005: 99) geht von einem dichotomen Verhältnis zwischen Selbst und Rolle aus, so dass hier der Mensch nicht *in* der Rolle zu sich selbst kommen kann.

Vgl. dagegen: R. Jaeggi, a.a.O., S. 91ff.; vgl. auch H. Abels, 2006, Identität, S. 321. Beide Autoren verweisen in ihrer Auseinandersetzung mit der Rollenmetapher (und mit E. Goffman) auf Möglichkeiten, wie ohne den Bezug auf ein „cosmic self“ und unter Aufbrechung der Dichotomie von Rolle und Selbst der Zugang zum Eigenen und Fremden (Anderen) denkbar wird.

⁴⁵ H. Plessner, 1985, a.a.O.; die folgenden Zitate beziehen sich, wenn nicht anders angemerkt, auf diesen Text.

Indem der Rolle die Spannung verbindlich eingeschrieben ist, zwischen dem, was einer „durch Geburt und Umstände im sozialen Felde ist“, und [dem], was er aus sich macht“, deutet sich für die Person das „Reservat eines Individuum ineffabile, einer sozialen Unberührbarkeit, einer Zone der Privatheit, der Intimität, der persönlichen Freiheit“ an. Diesem anthropologischen Rollenbegriff ist zu eigen, dass Individuen ihre Rollen nicht nur *spielen* (oder ihre *Masken* nicht nur *tragen*), sondern „sich dabei als Rollenträger verstehen, und zwar von einer außersozialen, privaten, das heißt »rein menschlichen« Basis her“. In diesem Sinne kann davon abgesehen werden, das „Sein in einer Rolle von dem eigentlichen Selbstsein“ abzuspalten, womit der Blick auf „Daseinsweisen verschiedenen Wertes“ frei wird. Wenn Menschen nichts nur von sich aus *sind*, sondern immer an etwas oder jemandem ausgerichtet, dann liefern sie zwar das Eigene dem Anderen aus, aber nur, um es als das andere Eigene über den Abstand der Rolle dem Anderen anzubieten.

(2) *Schauspieler*: Ausgehend von dem Gedanken, dass „unter den Betätigungsformen des Menschen die Kunst diejenige ist, in der aus der souveränsten Freiheit des Subjekts heraus die objektive Notwendigkeit und ideale Präformiertheit eines Inhalts verwirklicht wird“, stellt Georg Simmel die Kunst des Schauspielers als „das radikalste Beispiels“⁴⁷ hierfür vor. Denn ganz offensichtlich stellt sich bei dem Tun des Akteurs die Frage, wie es sein kann, dass er, der bereits eine bestimmte Person *ist*, „auf einmal zu einer ganz anderen, zu vielen anderen“ werden kann – und dies, obgleich er seinem Rollentext verpflichtet, ihm gegenüber „absolut unfrei“ ist. Eine Antwort ergibt sich dort, wo ein Akteur mit seinem Spiel den Eindruck hinterlässt, dass etwas nicht stimmt an dem Verhältnis zwischen seiner Darbietung und den Vorgaben der Rolle. Ist in einem solchen Fall die schauspielerische Leistung nicht geglückt oder das dem Schauspiel zugrunde liegende Skript misslungen? Simmel gibt zu bedenken, dass weder allein die Subjektivität des Akteurs noch die Objektivität des Skripts das im Spiel falsch Anmutende erklären kann, da – quasi als dritte Komponente – wesentlich hinzukommt, in welcher Weise es *diesem* Akteur gelingt, sich *diese* Rolle anzueignen und *seine* Interpretation der Rolle anderen zugänglich zu machen. Damit ist der Akteur nicht einfach der Erfüllungsgehilfe einer im Skript liegenden Idee, ebenso wenig wie er in jedem Spiel nur (und immer gleich) sich selber zum Ausdruck zu bringen hat, so als wäre die Rolle „nur das zufällige Gewand [], in dem seine Individualität sich darbietet“. Vielmehr sollte es die

⁴⁶ Sind Menschen in der beschriebenen Weise aufeinander bezogen, so sind sie für Plessner *Personen*, die weder nur von der „Mitwelt“ umgeben, noch von ihr erfüllt sind. Vgl. H. Plessner, 1975, *Die Stufen des Organischen und der Mensch*, S. 303.

⁴⁷ G. Simmel, *Zur Philosophie des Schauspielers*, a.a.O.; die folgenden Zitate beziehen sich, wenn nicht anders angemerkt, auf diesen Text.

Aufgabe oder das künstlerische *Ideal* des Akteurs sein, ein möglichst stimmiges Verhältnis zwischen *seiner* Individualität und *dieser* Rolle herzustellen.

Dass es nach Simmel in gleicher Weise die Aufgabe oder das Ideal des im gewöhnlichen Alltag Agierenden sein sollte, für ein stimmiges Verhältnis zwischen *seiner* Persönlichkeit und *der* Situation zu sorgen, ist die notwendige Anschlussstelle für die hier verfolgte Fragestellung.⁴⁸

Zueigenes Ableben

Die anthropologische und die sozialphilosophische Rollenkonzeption können für die Problematik des Fremdwerdens, so wie sie hier für den Prozess des Ablebens bedacht werden soll, insofern fruchtbar werden, als sich mit ihnen von dem Gedanken an eine „Dichotomie zwischen Selbst und Rolle“⁴⁹ absehen lässt. Wird der Mensch über den Weg der Rolle seiner selbst habhaft, begegnet er als Träger einer sozialen Figur seinen Mitmenschen und diese ihm, dann kann die Suche nach dem *wahrhaftigen* Selbst in *der* Wirklichkeit, dem Tatsächlichen hinter der Camouflage, vernachlässigt werden. Das vorgestellte *naturgemäß künstliche* Verhältnis des Menschen zu sich und den anderen erlaubt somit eine Konzentration auf jene erwähnte *dritte* Komponente, über die es schließlich möglich wird, sich auf die *Bedingungen* zu konzentrieren, „unter denen man sich in Rollen zu etwas bestimmen und sich als jemand artikulieren kann“⁵⁰. Wenn Sterbende im gegenwärtigen Sterbealltag tatsächlich Gefahr laufen, sich beim Sterben fremd zu werden, so sind sie es hiernach nicht mehr „durch die Rollen überhaupt“⁵¹. In der Annahme, dass vom nahen(den) Tod Betroffene ihre Situation reflektierend aufgreifen und sich dabei selbst „als Rollenträger verstehen“⁵², können sie sich entweder *in* dieser Rolle ihre Situation zu eigen machen oder aber *in* der Rolle des Ablebens fremd werden. Das mögliche Problem für die ablebende Person ist dann nicht mehr das „Fremdwerden von Handlungsergebnissen an sich“⁵³, sondern

das Unterbrechen, die *Störung* [Hervorh. v. mir, P.R.] des Prozesses, in dem Handlungen (unverfügbare) Resultate erzeugen, zu denen man sich wiederum in Beziehung setzen, die man sich erneut aneignen muss.⁵⁴

⁴⁸ Ebd.

⁴⁹ R. Jaeggi, a.a.O., S. 100.

⁵⁰ R. Jaeggi, a.a.O., S. 100.

⁵¹ Ebd.

⁵² H. Plessner, a.a.O.

⁵³ R. Jaeggi, a.a.O., S. 86.

⁵⁴ Ebd.

Wenn sich etwa die Tumorkranke aus der „souveränsten Freiheit“ ihres Subjektseins heraus in der Rolle der vom nahen(den) Tod Betroffenen das eigene Lebensende zugänglich gemacht, dann hat sie sich dabei an jener *sittlichen Norm* orientiert,

die dem Menschen aus einer sachlichen Situation kommt, aber von ihm nur fordern kann, was *seine* Persönlichkeit in dieser an besonderer sittlicher Leistung hergeben kann und muß, und was für eine andere Persönlichkeit unter den gleichen Umständen vielleicht etwas ganz anderes wäre.⁵⁵

Für *ihre* Persönlichkeit war es *zu diesem Zeitpunkt* nicht denkbar, die in der Gemeinschaft vorgesehene *Sterberolle*⁵⁶ zu übernehmen. Sie wäre sich *in* ihrer Rolle als Ablebende selbst fremd geworden, hätte sie das im medizinisch-pflegerischen Alltag für Tumorkranke im finalen Stadium vorhandene Angebot angenommen. Da sie sich nicht als sterbenskranke Patientin artikulieren wollte, konnte sie die medizinisch-pflegerische Fürsorge *für sich* nur zurückweisen.

Allerdings ist es ebenso vorstellbar, dass eine *andere* Persönlichkeit unter den *gleichen* Umständen auf gerade diese Option zurückgreift und sich fremd werden würde, käme jemand auf die Idee, ein Ableben jenseits des medizinisch-pflegerischen Alltags abzuverlangen. Den *eigenen* Tod aus der „souveränsten Freiheit“ des Subjektseins heraus zu sterben, kann auch bedeuten, den Tod sterben zu wollen, „der zu der Krankheit gehört, die man hat“⁵⁷. Am Beispiel des Blutkranken wird deutlich, dass es ganz nach seinem „Geschmack“⁵⁸ gewesen wäre, die Zeit bis hin zum finalen Moment im Kontext medizinisch-pflegerischer Fürsorge zu verbringen. Wäre die Medizin in der Lage gewesen, ihm einen normierten Sterbeverlauf in seinem Sinne anzubieten, so hätte sein Sterben an den bisherigen „Annehmlichkeiten und Bequemlichkeiten [s]eines Lebens teilhabe[n]“⁵⁹ können. Da er keinen Zugang zu dem in seiner Krankheit liegenden Moment des Vagen gesucht hat, konnte er seine Situation auch nicht als Handlungssituation erkennen und ist *nur* aus einem „mangelnde[n] Gewährwerden des ihm offen stehenden Handlungsspielraums“⁶⁰ zum *Drifter* im Prozess seines Ablebens geworden.

⁵⁵ G. Simmel, Zur Philosophie des Schauspielers, a.a.O.

⁵⁶ Aus thanatosoziologischer Perspektive wird der Begriff der Sterberolle gegenwärtig u. a. daraufhin befragt, ob und in welcher Weise er sich (durch den Einfluss der Hospizarbeit über die Idee des *guten Sterbens*) im medizinisch-pflegerischen System von der Patientenrolle so ablöst, dass von einem anderen Umgang mit Sterbenden im Spital- und Pflegealltag gesprochen werden kann. Vgl. G. Göckenjan u. S. Dreßke, 2002, Wandlungen des Sterbens im Krankenhaus und die Konflikte zwischen Krankenrolle und Sterberolle, in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 27, 4, S. 80 – 96 und G. Göckenjahn, 2006, Wie unwahrscheinlich ist die Sterberolle?; vgl. auch: W. Schneider, a.a.O.

⁵⁷ R. M. Rilke, a.a.O.

⁵⁸ M. de Montaigne, a.a.O., III, S. 313.

⁵⁹ Ebd., S. 314.

⁶⁰ R. Jaeggi, a.a.O., S. 77.

Ob und in welcher Weise der allgemeine Sterbealltag ein über plurale Rollen vonstatten gehendes Ableben mittragen kann, könnte im gegenwärtigen Versuch, das *gute Sterben* als ein würdevolles und leidloses, schmerzfreies sowie komplikationsloses Ableben in den Sterbediskurs aufzunehmen, mit entschieden werden. Ist dabei mehr an ein Tunmüssen als an ein Tunkönnen gedacht⁶¹, so würde (auch hier) der Mensch im Prozess des Ablebens auf seinen „ascribed status“ (Plessner, 1985) beschränkt. Gibt der Sterbealltag vor, *wie* es für die ablebende Person *ist*, gut zu sterben, so verkürzt er den Handlungs- und Erfahrungsspielraum der vom nahen(den) Tod betroffenen Personen um den „achieved status“ (ebd.), also um die Möglichkeit, sich im Verlauf des Ablebens selbst zu etwas zu machen.⁶² Hier kommt hinzu, dass eine Reduzierung auf den *sterbenskranken Patienten* oder auch *gut Sterbenden* nicht allein die ablebende Person trifft. Indem die das Ableben Begleitenden als professionelle Helfer die medizinisch-pflegerischen und seelsorgerischen Zuschreibungen vorgeben oder als nicht professionelle Helfer diese übernehmen, werden sie selber als *Person* sowohl in ihrer Begegnung mit der ablebenden Person, als auch in ihrer eigenen Auseinandersetzung mit dem Ableben daraufhin festgelegt.

Sterbeverlauf und Erfahrungsvielfalt

Wem die Nachricht von seinem nahen(den) Tod übermittelt wird, dem steht in der Regel zunächst kein Sterbealltag zur Verfügung, in dem das oben erläuterte Verfahren des *zu Eigen Werdens* angewandt werden könnte. Die Überlegungen für den Sterbealltag konzentrieren sich vielmehr auf den Spielraum, der den Sterbenden aufgrund ihres als prekär angenommenen physisch und psychisch wandelbaren Zustands noch *gewährt* werden kann. Als Ausgangspunkt für das folgende Kapitel soll daher die (erklärende) Behauptung stehen, dass im tatsächlichen Sterbealltag weder für den im medizinisch-pflegerischen und

⁶¹ Das *gute Sterben* zu bestimmen, um aus der Vielschichtigkeit des Sterbeverlaufs eine Einheitlichkeit zu extrahieren, unterscheidet sich m. E. kaum von den Praktiken des medizinischen Alltags, denen die dem Kodex verpflichteten Handlungsmaximen eingeschrieben sind und durch die in vielerlei Hinsicht der Blick auf den Sterbenden als ablebende Person erschwert wird. Die Einsicht, dass gestorben werden muss, auf ein Wissen, *wie* gestorben werden soll, zu übertragen (etwa „gern“, um Neuanfänge für die Anderen zu sichern (Weingarten 2004: 43) oder beizeiten in *Würde* und *Gelassenheit*, was Selbsttötung oder Sterbehilfe nahe bringt, vgl. H. Markl, a.a.O.), vernachlässigt unter anderem, dass Schmerz und Leid, Verlust von Autonomie und Würde, physische und psychische Unzugänglichkeit durchaus individuell erfahren werden. Darüber hinaus ist im Verlauf des Ablebens nicht unbedingt mit einer Kontinuität solcher Einschätzungen und Erfahrungen zu rechnen, da Sterbende weiterhin auf sich selbst und andere bezogen sind, womit auch das *Reservat des Individuum ineffabile* erhalten bleibt.

⁶² Da hier die Option, sich selbst zu etwas zu machen, nicht im Sinne einer inhaltlichen Festlegung verstanden wird, sondern als Verfahren, sich über das andere seiner selbst sowohl mit sich als auch mit den anderen ins Verhältnis zu setzen, bleibt die Option bestehen, selbst wenn sie für die ablebende Person aus gegebener physischer oder psychischer Befindlichkeit heraus aktual nicht abrufbar ist.

seelsorgerischen Kontext sterbenskranken Patienten noch für die im Gewohnten ablebende Person ein im Handeln erfahrenes Ableben bedacht wird.

Wie der fiktive Sterbealltag mit der Möglichkeit von Erfahrung im Prozess des Ablebens umgeht und welchen Handlungsspielraum er für Sterbende vorsieht, kann mit dem Protagonisten aus „Le temps qui reste“ noch einmal deutlich gemacht werden: Der vom nahen(den) Tod Betroffene begegnet der hier unterstellten Gefahr einer statischen Sterberolle, indem er dem medizinisch-pflegerischen und seelsorgerischen Sterbealltag ausweicht *und* sein Ableben im Kontext des Gewohnten unkommuniziert lässt.⁶³ Auf diese Weise stellt er für sich einen Handlungsspielraum sicher und kann den vielfältigen Veränderungen im Verlauf seines Ablebens auf *seine* Weise begegnen. Dass er sich den weiteren und auch leicht veränderten Selbst- und Weltbezug offen halten kann, liegt nicht allein an dem *Wissen* um seinen nahen(den) Tod oder an seinem negativen Entschluss, im Kontext medizinisch-pflegerischer Fürsorge zu versterben. Genauer ist es seine *eigensinnige*⁶⁴ Entscheidung, sein altes Leben einfach weiter zu leben, mit der er sich nicht nur ein Ableben sichert, ohne „das Ende dem Ganzen zu entfremden“⁶⁵. Darüber hinaus schafft er sich dadurch weitere Anschlussstellen für *eigenes* Handeln.⁶⁶ Dass er in seinen Erfahrungen vor allem auf sich selbst bezogen bleibt und den Mitmenschen anknüpfende Momente kaum zugesteht, scheint in *seinem* Fall das Erfahrungsspektrum bei der Begegnung mit sich als *dem anderen seiner selbst* (Plessner) nicht zu schmälern.

Einüben des Ablebens

Kann der Mensch sein eigenes Ableben einüben, wenn er dabei auf keine Erfahrungen zurückgreifen kann oder wie soll „man eine Sache lernen, die man nie gemacht hat“?⁶⁷ Muss der Gedanke an das Erlernen des Sterbens fremd sein, da das Sterben als Erleiden des finalen Augenblicks die erfahrende Person zunichte macht, womit die Einübung höchstens als

⁶³ Der Film führt dies nicht als bewussten Entscheidungsakt des Betroffenen vor. Die Szene, in der dem Protagonisten die tödliche Diagnose vom Spitalarzt übermittelt wird, ist dessen Verlangen, unbehandelt zu bleiben, eher als Reflex zur Bewahrung der eigenen Person vor etwas ihm nicht nötig Erscheinendem zu deuten. Dass er sein Sterben nicht kommuniziert, kann durchaus als Schutz des Selbstbildes verstanden werden.

⁶⁴ Hier liegt das Verständnis des Sterbens in der Bedeutung von Starrsinn oder einer Unbeeinflussbarkeit nahe; vgl. ahd. storren, mhd. sterre, in: Etymologisches Wörterbuch des Deutschen, a.a.O., S. 1345.

⁶⁵ M. de Montaigne, a.a.O., III, 12, S. 417.

⁶⁶ Die Gewährleistung solcher Anschlussstellen für eigenes Handeln ist ein wichtiges Kriterium dafür, sich in einer Situation nicht fremd werden zu müssen. Vgl. R. Jaeggi, a.a.O., S. 91ff.

⁶⁷ Jankélévitch, a.a.O., S. 76. Für Jankélévitch ist die Idee des Sterbenlernens absurd und daraus an das Ableben herangetragene Anforderungen durch nichts zu rechtfertigen.

Imitatio Christi verständlich werden kann?⁶⁸ Die Adaptionen einer *ars moriendi* an säkulare Bedürfnisse aufgeklärter heutiger Menschen, so wie sie für den gegenwärtigen Sterbealltag angeregt werden, gehen in ihren Vorschlägen zumeist von einer *ars vivendi* aus, die auf das Ableben übertragen wird. Damit könnte mit dem guten Leben auch schon das gute Sterben erreicht sein.⁶⁹ Die Schwierigkeiten, die hier erkennbar werden, liegen unter anderem in der Frage nach einem verallgemeinerbaren *Woraufhin*: Sind die Ideen vom Leben so plural wie die Vorstellungen vom Tod, welche Weisen des Sterbens lassen sich dann begründet bestimmen? Kann für die ablebende Person etwa ein *kunstvolles* Sterben erbeten werden, dass sich nur auf die affirmativen Tröstungen von „Krankheit und Sterben in der Kunst“⁷⁰ beruft? Oder ist die Erwartung zu rechtfertigen, beim *Sterbenlernen* weder „Mythen noch Wahrsagungen“ einzusetzen, um sich ganz der „stoisch zu begreifenden Wirklichkeit des Lebens“⁷¹ hinzugeben? Lässt man hier allerdings den Gedanken an ein verallgemeinerbares *Woraufhin* beiseite und legt den Fokus auf die individuell ablebende Person, die sich die konkrete Situation des Sterbens – über das Erfahren oder auch nur das Vorausdenken des zu eigenen Sterbeverlaufs - versucht zugänglich zu machen, dann erscheint das *Einüben des vollkommenen Lebens und des vollkommenen Sterbens* sinnvoll – und ist möglicherweise im Hinblick auf die Entscheidungsanforderungen, die vom gegenwärtigen medizinischen System an den sterbenskranken Patienten gestellt werden, auch erforderlich.

Perdere la tramontana

Anknüpfend an die filmischen Tumorfälle stehen einzelne Momente in der Situation des Ablebens paradigmatisch für den Verlust dessen, was bislang zur Orientierung im Leben herangezogen werden konnte. So ist die tumorkranke Protagonistin unmittelbar nach Übermittlung der tödlichen Diagnose durch den Spitalarzt für „einige Augenblicke gleichsam gelähmt“⁷². Dass sie sich im Moment *nicht zu finden weiß*⁷³, hat der Film in einer Art von

⁶⁸ Vgl. ebd., S. 76f.; vgl. auch: Bernhard H.F. Taureck, a.a.O., S. 29.

⁶⁹ Vgl. Epikur, a.a.O., S. 45.

⁷⁰ Vgl. D. v.Engelhardt, 2006, *Lebenskunst (ars vivendi): Kunst des Krankseins (ars aegrotandi) und Kunst des Sterbens (ars moriendi)*, in: *ZfmE*, 52, S. 239 – 248. Für den Autor hängt die Umsetzung der gegenwärtigen Idee einer *Kunst des Sterbens* wesentlich an dem im Medium der Kunst bearbeiteten Thema Krankheit, Sterben und Tod. Allerdings nimmt er nur Trost gebende und das Leben wie den Tod bejahende Werke auf. Unbesprochen bleiben hier etwa literarische Arbeiten, die, wie bei R.M. Rilke, G. Benn oder R. Musil, einen *anderen* Blick auf das Leben wie den Tod und damit auch auf das Sterben in einer von medizinischen Zuschreibungen geprägten Gemeinschaft ausgearbeitet haben.

⁷¹ H. Markl, a.a.O.

⁷² Ebd., S. 464.

⁷³ Vgl., ebd.

*rasendem Stillstand*⁷⁴ eingefangen: Während die umgebende Welt in ihrer beschleunigten Form weiterläuft, gerät die Protagonistin für einen Moment in den Zustand des Stillstands. Allerdings lässt sich – aus der Innenperspektive – diese Szenendeutung auch wenden: Mit dem Verlust des *Tramontano* steht für die Protagonistin die „Mitwelt“⁷⁵ für einen Moment still, während für sie selber alles in Beschleunigung ist. Die erste Deutungsvariante macht darauf aufmerksam, dass für die ablebende Person die Gefahr besteht, als sterbenskranke Patientin auf das medizinisch-pflegerische System hin still gestellt zu werden. In der zweiten Version bleibt die ablebende Person auf sich bezogen, womit die Möglichkeit eines frei werdenden schöpferischen Potentials angedeutet wird.⁷⁶

Um zunächst mit der ersten Deutungsvariante der Selbstbestimmung der vom nahen(den) Tod Betroffenen nachzugehen, die in dem Einzelmoment des Lebens durch die Unmöglichkeit, die *Sinnenvorstellungen nach Erfahrungsgesetzen zu ordnen*, in Frage steht: Einmal angenommen, der Mensch könnte, sein Ableben tatsächlich nicht an sich selber erfahren, sondern, wie Kant sagt, „nur an anderen wahrnehmen“⁷⁷. Dann wäre die ablebende Person nicht in der Lage, (über) sich selbst zu bestimmen, da in diesem Einzelmoment kein Erfahrungsgesetz von ihr abgerufen werden kann. Wird in diesem Fall die Bestimmung über die ablebende Person von den das Sterben Begleitenden übernommen, etwa im Kontext medizinisch-pflegerischer Fürsorge, seelsorgerischer Betreuung oder auch nahe stehender Begleitung, so müsste diesen Übernahmen seitens der Begleiter oder Beobachter des Sterbens eine Gewissheit dessen zugrunde liegen, *was* an der ablebenden Person wahrgenommen wird. Wenn Kant oben das *Wahrnehmen können* des Sterbens an anderen einräumt, so schließt er damit jedoch nicht auf das *Bestimmen können* des Wahrgenommenen durch andere, denn „[o]b es schmerzhaft sei, ist aus dem Röcheln, oder den Zuckungen des Sterbenden nicht zu beurteilen“⁷⁸. Ebenso müsste es sich mit der Bestimmung solcher Ausdrücke verhalten, die über den Rausch, den Taumel, den Schlaf, den Traum oder eben den Einzelmoment des Außer sich Seins zwar von anderen wahrgenommen, aber ebenso wenig beurteilt werden können wie von dem Berauschten, Taumelnden, Schlafenden, Träumenden oder Außer sich Seienden selber. Für einen am *natürlichen Sterben*⁷⁹ angelehnten Sterbeverlauf könnte es aus dieser Perspektive geboten sein, die vom nahen(den) Tod betroffenen Person nicht in ihrer

⁷⁴ P. Virilio, 2002, *Rasender Stillstand*, Essay.

⁷⁵ H. Plessner, *Die Stufen des Organischen und der Mensch*, a.a.O., S. 303.

⁷⁶ Aus dieser Sicht ist natürlich auch die Gefahr zu bedenken, dass die *Mitwelt* auf das in dem Moment liegende schöpferische Potential der Ablebenden hin still gestellt wird.

⁷⁷ I. Kant, a.a.O., S. 465

⁷⁸ Ebd.

⁷⁹ Vgl. i. d. Arbeit, S. 15, Anm. 39.

Möglichkeit, Erfahrungen zu machen, zu behindern, was zumindest eine *nur* aus medizinisch-pflegerischer, seelsorgerischer oder auch nahe stehender Sicht erforderlich scheinende Beurteilung des Wahrgenommenen infrage stellt.

Verweist die außenperspektivische Deutung vor allem darauf, dass die vom nahen(den) Tod betroffene Person sich die Zeit ihres Ablebens dann zugänglich machen kann, wenn eine „Abwesenheit manipulativer Einflüsse“⁸⁰ gewährleistet ist, so wird mit der innenperspektivischen Deutung zusätzlich ein (positiver) Möglichkeitsspielraum für die ablebende Person denkbar: Wenn der Protagonistin im Moment des Außer sich Seins die „Mitwelt“ unbewegt vorkommt, während für sie selber der Augenblick im Zeitraffer⁸¹ verläuft, so befindet sie sich Kant zufolge in einem Zustand des *gehemmten Sinnenvermögens*. Allerdings bleibt dieser Moment für die nachfolgenden Situationen nicht ohne Bedeutung. Wenngleich der Zuschauer nichts über die Qualität dieses Moments erfährt (und nicht erfahren kann, da sich aus dem Phänomen der Fassungslosigkeit weder für die Fassungslose noch für den Beobachter Regelmäßiges für das Verhalten in fassungslosen Zuständen erkennen lässt⁸²), so hat er für die Gesamtsituation eine katalysierende Funktion insofern, als er die Entscheidung der Protagonistin zum „making some plans“ auslöst. Die Arbeit an und mit dem Plan hat wiederum erhebliche Auswirkungen auf ihr weiteres Leben im Sterben, also auf ihren Prozess des Ablebens. Wenn der Moment des Außer sich Seins aber weder von ihr selber gedeutet werden kann, noch von anderen sich beurteilen lässt, kann er dann überhaupt für den Sterbeverlauf bedacht werden?

Eine Möglichkeit soll hier über den Weg versucht werden, den Kant mit dem Phänomen des Träumens vorstellt: Schlafen und Sterben wären nicht voneinander zu unterscheiden, wenn „der Traum nicht als eine natürliche, obzwar unwillkürliche Agitation der inneren Lebensorgane durch die Einbildungskraft hinzukäme“⁸³. Träume als „Spiel der Phantasie mit dem Menschen im Schlaf“⁸⁴ wirken nach Kant nicht als „Offenbarungen aus einer unsichtbaren Welt“ (ebd.), sondern ganz in einem physiologischen Sinne agitierend auf die

⁸⁰ R. Jaeggi, a.a.O., S. 241.

⁸¹ Die Filmszene bearbeitet die Sequenz nach der Übermittlung der tödlichen Diagnose mit der Methode des Zeitraffers: die Bewegungsabläufe in der Szene werden verlangsamt aufgenommen und bei der Wiedergabe in einer normalen Geschwindigkeit abgespielt, so dass der Bewegungseindruck dieser Einstellung ein beschleunigter ist. Durch die Beschleunigung sind in der Einstellung Wandlungen erkennbar (für den Zuschauer in der Außenperspektive und für den Protagonisten in der Innenperspektive), die bei normaler Aufnahme­geschwindigkeit nicht erkennbar wären.

⁸² Vgl. I. Kant, a.a.O., S. 495.

⁸³ Ebd., S. 496.

⁸⁴ Ebd., S. 476.

„Lebenskraft“ (ebd.) des Einzelnen. Die Idee ist, dass das *bewegte* Spiel der Phantasie im Schlaf die *Lebenskraft* des Einzelnen so *rege* hält, so dass aus dem Zustand des Schlafs wieder einer des Wachseins werden kann. Es ist hier nicht von Bedeutung, ob die Träume sich auf das wache Leben des Träumenden beziehen, ob sie dem Wachen unzugängliche Erinnerungen freilegen⁸⁵. Wichtig scheint lediglich, dass sie von affektiver Art sind. Wenn die Momente des träumenden Schlafs zur „Sammlung der im Wachen aufgewandten Kräfte notwendig“ sind, so kann auch daran gedacht werden, die Momente des affektiven Außer sich Seins zur *Sammlung der im aufmerksamen Zustand aufgewandten Kräfte* wichtig werden zu lassen. Gerade für das Ableben ist in der „pre-active phase of dying“⁸⁶ und stärker noch in der „active phase of dying“ von Momenten des Außer sich Seins auszugehen. Hier stellt sich notwendig die Frage, welche Bedeutung die Begleiter des Sterbens einen im Sterbeverlauf vorkommenden affektiven Moment beugeben mögen, wenn sie ihn zwar im Kontext ihrer Profession einordnen und im Sinne ihrer gewöhnlichen Einstellungen auch deuten, keinesfalls aber *für* die ablebende Person bestimmen können und diese wiederum ihn für sich nicht zu erfahren vermag. Sollte es auch beim Sterben noch um die Stärkung einer *Lebenskraft* gehen, sei es als Kraft, die der noch Lebende nötig hat, um zu einem eigenen Sterben zu kommen, dann könnten gerade die affektiven Momente des Außer sich Seins für das Leben im Sterben so wichtig werden wie so mancher bewegter Traum für das Leben im Schlaf. Da sie als Vorkommnis angenommen werden können und – wie beim Schlaf – nicht auf ein Gemeinschaftliches, sondern nur auf ein zu Eigenes verweisen⁸⁷, sollten sie im Sterbealltag wenigstens nicht vernachlässigt werden.

Ausblicke

Da es gute Todesarten für Narren gibt, und gute für Weise,
machen wir doch solche ausfindig, die gut sind
für die Menschen dazwischen.⁸⁸ Michel de Montaigne

Im Hinblick auf das hier herangezogene Rollenverständnis sind Sterbende als Personen zu nehmen, die in einer beständigen Spannung zwischen ihrem leiblichen Dasein, den sozialkulturellen Bestimmtheiten und dem, was sie aus sich machen, zu Ende leben (können

⁸⁵ Vgl. S. Freud, 1982, Die Traumdeutung, Studienausgabe Bd. II, S. 39.

⁸⁶ Vgl. Signs and symptoms of approaching death, Hospice Patients Alliance, Online-Dok.

⁸⁷ Vgl. I. Kant, a.a.O., S. 496: „»Wenn wir wachen, so haben wir eine gemeinschaftliche Welt; schlafen wir aber, so hat ein jeder seine eigene.«“

⁸⁸ M. de Montaigne, a.a.O., III, S. 315; vgl. ders., III, 9: „Puis qu’il y a des mors bonnes aux fois, bonnes aux sages, trouvons en qui soyent bonnes à ceux d’entre deux. Online-Dok.

sollten). Der Möglichkeitsspielraum, der sich im Prozess des Ablebens für die Betroffenen einstellt, ist notwendig offen zu denken, damit sie verwirklichen können, was ihnen im Kontext dieses Spannungsverhältnisses aus Freiheit möglich ist.

Wird das Sterben des Menschen von vornherein als eines gedacht, das sich nicht bloß *von selbst* ergibt, so kann hier wie in jeder anderen Handlungssituation zunächst von einer Person ausgegangen werden, die etwas „aus sich selber macht, oder machen kann und soll“⁸⁹: Wenn der Mensch im gewöhnlichen Leben einen Raum daraufhin in Augenschein nimmt, ob sich „darin nicht gelassen erkranken und sterben“⁹⁰ lassen könnte, so macht er in prospektiver Hinsicht eine Begehung des Möglichkeitsspielraums, der sich *für ihn* in *dieser* speziellen Situation dort denken lässt. Ist der Raum nach *seinem Geschmack*, vielleicht „ohne Lärm, ohne Schmutz, weder verräuchert noch voll stickiger Luft“⁹¹, dann mag er das Gefühl haben, sich unbelastet „ganz auf ihn [den Tod, P.R.] konzentrieren“⁹² zu können. Dazu kann auch das Absehen von jener Sterbezimmerszene gehören, die gemeinhin gegen das *einsame* Sterben im medizinisch-pflegerischen Alltag vorgebracht wird:

[E]in völlig anderes Verhalten der Menschen als sonst, das Geschrei der Mütter, Ehefrau und Kinder, der Besuch bestürzter und erschütterter Verwandter und Bekannter, [...] ein Zimmer ohne Tageslicht, brennende Kerzen, das Bett von Ärzten und Priestern belagert [...].⁹³

Eine Variante dieser von Montaigne für sich abgelehnten Sterbezimmerszene führen die beiden filmischen Tumorfälle vor: Beide Protagonisten versterben in dem von ihnen selbst gewählten räumlichen und mitmenschlichen Umfeld, die eine im gewohnt alltäglichen Innenraum und mit der *neuen* Familie, der andere mit sich allein und im ungewohnten Außenraum, - aber weder der Raum noch die Mitmenschen lassen etwas dem Sterben Typisches erkennen. Umgebung, Gestalt und Atmosphäre der Sterbestätte geben in beiden Fällen nicht zwingend vor, wie hier gestorben werden sollte: in Frieden oder unversöhnt, möglichst schnell oder erst, wenn alle Mitmenschen Abschied genommen haben, im Schweigen oder im Reden, den Mitmenschen zu- oder abgewandt, im Liegen, im Sitzen oder im Gehen. Im Ableben kann deshalb die dem Menschen zueigene „unbestimmte[] Weite“⁹⁴,

⁸⁹ I. Kant, a.a.O., S. 399.

⁹⁰ M. de Montaigne, a.a.O., III, S. 313.

⁹¹ Ebd., s. 314.

⁹² Ebd.

⁹³ Ebd., I, S. 147..

⁹⁴ G. Gamm, 2006, „Abgerissenes Bruchstück eines ganzen Geschlechts“. Philosophische Anthropologie in der Leere des zukünftigen Menschen, in: Philosophische Anthropologie im 21. Jahrhundert, S. 103 – 121, S. 121.

seine „konstitutive Mehrdeutigkeit und Rätselhaftigkeit“ noch einmal seinen letzten Ausdruck finden.

Eine Wahl der *Sterbeart* lässt sich daher zwar im Leben auf das Eigene im Sterben hin schärfen, so wie sich *etliche Tage* des Lebens dafür *hergeben* lassen, damit der finale Moment auf die *eigene Weise* auch *durchgestanden werden kann*⁹⁵. Ob sich allerdings eine im funktionalen Sinn verstandene Sterberolle daraus konstruieren lässt, muss nach dem hier Entwickelten fragwürdig bleiben.

⁹⁵ Vgl. Montaigne, a.a.O., I, S. 147.