

Ambulante
Palliativmedizin
als Bedingung
einer *ars moriendi*

Herausgegeben von
MICHAEL ANDERHEIDEN,
HUBERT J. BARDENHEUER
und WOLFGANG U. ECKART

Mohr Siebeck



Ambulante Palliativmedizin als Bedingung einer *ars moriendi*



Ambulante Palliativmedizin als Bedingung einer *ars moriendi*

herausgegeben von

Michael Anderheiden, Hubert J. Bardenheuer
und Wolfgang U. Eckart

Mohr Siebeck

ISBN 978-3-16-149897-8 / eISBN 978-3-16-163118-4 unveränderte eBook-Ausgabe 2024

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2008 Mohr Siebeck Tübingen.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Das Buch wurde von Gulde-Druck in Tübingen aus der Minion gesetzt, auf alterungsbeständiges Werkdruckpapier gedruckt und von der Buchbinderei Held in Rottenburg gebunden.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
<i>Thomas Fuchs</i>	
Das ungeliebte Leben	7
<i>Wolfgang Drechsel</i>	
Der Umgang mit Sterbenden	21
<i>Wolfgang U. Eckart</i>	
Auch Sterben ist Leben. Hospiz- und Palliativmedizin damals und heute	43
<i>Wilfried Härle</i>	
Selbstbestimmung und Fürsorge – ein unlösbarer Widerspruch?	53
<i>Stephan Kirste</i>	
Paternalismus am Lebensende	67
<i>Hubert J. Bardenheuer</i>	
Das Heidelberger Konzept einer multiprofessionellen, integrierten ambulanten und stationären Palliativmedizin	85
<i>Ralph Ingelfinger</i>	
Leidensminderung und Sterbehilfe	97
<i>Monika Bobbert</i>	
Chancen und Schwierigkeiten von Patientenverfügungen aus ethischer und psychologischer Sicht	111
<i>Michael Anderheiden</i>	
Leben, Sterben, Patientenverfügungen	131

<i>Wolfgang U. Eckart</i>	
„Euthanasie“-Aktion „T4“ und medizinische Wissenschaft nach 1945 . . .	153
<i>Silja Vöneky</i>	
Ethikkommissionen zur Beurteilung ärztlicher Versuche an Sterbenden	165
Autorenverzeichnis	187

Einleitung

Der Deutsche Bundestag diskutierte im März 2007 über die rechtlichen Bedingungen für Patientenverfügungen. In der kontroversen Debatte vertraten die Abgeordneten quer durch die Fraktionen zahlreiche Gesichtspunkte. Einerseits wurde betont, jeder Mensch habe selbst das Recht zu entscheiden, wie sein Lebensende aussehen solle, andererseits hoben Redner hervor, wie schwierig eine solche Entscheidung in der Voraussicht sei. Einige beschäftigten sich mit zentralen Krankheitsbildern und -verläufen, andere mit Missbrauchsgefahren und Dritte mit eher randständigen Erscheinungen wie dem „Wachkoma“, denen sie aber offenbar große, zumindest symbolische Wirkung zusprachen. Eine derart ergebnislose oder zumindest ergebnisoffene Debatte im Bundestag ist selten. Die Fraktionsdisziplin war aufgehoben, Polemik blitzte allenfalls in sachbezogener Weise auf, parteipolitische Rücksichtnahmen entsprachen nicht der Stimmung des Tages.

Die daraufhin von der zuständigen Bundesjustizministerin im Anschluss an die Debatte geäußerte Hoffnung, bis Anfang des Jahres 2008 werde es eine gesetzliche Regelung für Patientenverfügungen geben, erfüllte sich nicht. Und Mitte 2008 sieht es eher danach aus, dass keiner der inzwischen überarbeiteten Vorschläge auf eine Mehrheit im Bundestag hoffen darf, obschon alle Vorschläge zusammen weit mehr als die Hälfte der Abgeordneten hinter sich vereinen können. Obwohl sich das Hohe Haus also auf die Notwendigkeit einer Änderung des Rechts der Patientenverfügungen verständigen kann, fehlt es an der Verständigung über den Inhalt dieser Änderung.

Wie konnte es zu einem solchen, aus demokratischer Sicht unbefriedigenden Ergebnis kommen? Gewiss kann man dem deutschen Parlament nicht vorwerfen, er habe sich unzureichend vorbereitet. So gab es bereits in der vorausgehenden Legislaturperiode eine eigene Enquetekommission „Ethik und Recht in der modernen Medizin“, in der Abgeordnete aller Fraktionen mit Experten schwierige Probleme aus diesen Bereichen diskutierten und konkrete Lösungsvorschläge unterbreiteten. Die Bundesregierung hatte einen Nationalen Ethikrat als ihr Beratungsgremium geschaffen, das ebenfalls zur Sache Entscheidungsvorschläge formulierte. Verschiedenste Gesetzgebungsvorschläge waren ventiliert worden, Zeit zur Entscheidung blieb den Abgeordneten genug. Man sollte geradezu meinen, das sei der ideale Alltag eines Abgeordneten: ein im wahrsten Sinn des Wortes le-

benswichtiges Thema, variantenreiche und konkrete Vorarbeit, genügend Zeit zu eigener Entscheidung und Freiraum für eine solche Entscheidung durch die Aufhebung einer parteigebundenen Rücksichtnahme. Dennoch konnten sich die Abgeordneten nicht zu einer Entscheidung durchringen. Eine ganze Reihe von Abgeordneten, so scheint es, war noch nicht einmal in der Lage, sich ein Bild von der eigenen Auffassung zu machen, geschweige davon, diese mit den Vorschlägen der Kolleginnen und Kollegen abzugleichen und sich zumindest den ihnen am nächsten stehenden Vorschlag zu eigen zu machen.

Man mag den Abgeordneten in dieser Situation vorzuwerfen, sie seien überfordert gewesen und hätten sich offensichtlich ihrer Aufgabe nicht gewachsen gezeigt. So sehr sich der Eindruck aufdrängt, zumindest einige Abgeordnete hätten einfach „gekniffen“, lassen die Diskussionen im Bundestag und die teilweise außerhalb der Diskussion veröffentlichten Stellungnahmen einzelner Abgeordneten eher einen gegenteiligen Verdacht aufkommen, nämlich den, sich zu tief in verschiedene dogmatische Positionen eingearbeitet zu haben, ihnen zu weitgehend gefolgt zu sein und nun in den Mühlen von Wissenschaft, Theologie und Philosophie nicht mehr den Wald vor lauter Bäumen zu sehen. Denn niemand wird bestreiten, dass die Materie des menschenwürdigen Sterbens komplex ist, und inzwischen dürfte es allgemeine Meinung sein, dass Patientenverfügungen nur ein Mittel unter anderen auf dem Weg zu diesem Ziel sind. Ein Gesetz nur zu Patientenverfügungen kann deshalb lediglich einen kleinen Teil des komplexen Themas aufnehmen, vielleicht noch nicht einmal den wichtigsten oder denjenigen, der in den meisten Fällen virulent wird.

In dieser Situation ist es sinnvoll, einen Schritt zurückzutreten und zu fragen, wie Menschen in Deutschland heute sterben. Das Statistische Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland gibt hier erste Auskunft und berichtigt vielleicht manche Fehlvorstellungen, die durch mediale Präsenz hervorgerufen werden. In den letzten Jahren starben in Deutschland etwa gleich bleibend 830000 Menschen jährlich, davon 30000 (knapp 4%) durch äußere Einflüsse von Straßenverkehrsunfällen (>5000) über Stürze (>8400), Suizide (>10000) zu selteneren Todesursachen wie Explosionen, Ertrinken oder sonstigen Transportmittelunfällen (je etwa 500). Etwa genauso viele Menschen sterben jährlich durch Gewalteinwirkung anderer Menschen (ca. 500). Über 96% und damit die überwältigende Mehrzahl aller Menschen in Deutschland sterben aber an Krankheiten. Zwei große Gruppen ragen heraus: Die Herz-Kreislaufkrankungen fordern jedes Jahr 360000 Menschenleben, Tumorerkrankungen 210000 Tote. Jede dieser beiden Todesarten fordert also ein Vielfaches der Opfer von äußerer Einwirkung. Auch innerhalb dieser Gruppen gibt es deutliche Schwerpunkte, bei den Herz-Kreislaufkrankungen zu gleichen Teilen Myocard(= Herz)infarkte (67000), zerebrovaskuläre Erkrankungen (= fehlerhafte Durchblutung des Hirns) (68000, davon 32000 Schlaganfälle) und sonstige Herzerkrankungen (insgesamt 86000), bei Krebs Er-

krankungen des Verdauungstraktes (68000), der Atmungsorgane (42000) und der weiblichen Brust (17000).

Lässt man diese Zahlen Revue passieren, dann wird deutlich, dass die meisten Menschen vor ihrem Tod von ihrer Erkrankung gewusst haben dürften. Das gilt nicht nur für die allermeisten Krebsopfer, sondern auch für viele der tödlich verlaufenden Herz-Kreislaferkrankungen. So überleben heutzutage über 80% aller Schlaganfallpatienten die Akutphase, nur 6% von ihnen erleiden einen weiteren Anfall innerhalb des ersten Monats nach dem ersten Anfall. Und auch bei Herzinfarkten liegt die Überlebenschance inzwischen bei etwa 50%. Die Menschen wissen also um ihre Erkrankungen und leben mit ihren Krankheiten und Lebensrisiken. Das gilt in besonderem Maße auch für chronisch Kranke, etwa Leberkranke, Nierenkranke oder Menschen mit Atemwegs- oder Stoffwechselerkrankungen.

So unterschiedlich die Einzelschicksale hinter diesen Zahlen sein mögen, die allermeisten haben eins gemein: Die Betroffenen wissen inzwischen häufig Wochen, ja Monate vor ihrem Tod um ihren kritischen Zustand. Das schwächt die alte Weisheit „mors certa, hora incerta“ (der Tod ist sicher, die Stunde unbekannt) deutlich ab. Das damit vorhandene Wissen um die eigene Todesnähe, die zum täglichen Überlebensrisiko angesichts einer unfallträchtigen Welt hinzukommt, lässt es zu, das eigene nahende Ende in das Leben einzubeziehen. Damit ist nicht gesagt, dass eine Notwendigkeit bestünde, das eigene Ende nun fortwährend zu vergewärtigen. Dieses Wissen verändert aber den eigenen Horizont. Die verbleibende Lebensspanne kann zum Gegenstand eigener Betrachtung werden. Nicht selten wird sie damit auch zu einem Gegenstand der Sorge. Wie komme ich zum Ende? Werde ich Schmerzen haben? Was werde ich spüren, wie viel mitbekommen? Werde ich verwirrt sein? Wird es dann doch ganz schnell gehen?

Allein schon die Möglichkeit solcher Reflexionen muss als etwas grundlegend Neues angesehen werden. Die moderne Medizin hat in den letzten zwei Jahrhunderten, verdichtet in den letzten fünfzig Jahren, durch die ihr eigene naturwissenschaftliche Methodik die Pathogenese der Krankheiten beschrieben, sich danach um sichere Diagnosen im Einzelfall bemüht, die Möglichkeiten einer sinnvollen Therapie anschließend ausgelotet und so erst nach und nach das Wissen darum geschaffen, dass bestimmte Krankheiten (derzeit) auf bestimmte Weise zum Tode führen. Zumindest in einer Übergangsphase führt die wissenschaftliche Medizin fast notwendig den Kampf gegen den drohenden Tod mit allen, auch dem kurzfristigen Wohlbefinden wie dem dauernden Wohlergehen eines Patienten abträglichen Mitteln. Auch in dieser Richtung hat sie es weit gebracht.

Die Medizin wurde so erst zur Hoffnung, dann auch zum Schrecken der Kranken. Als „Apparatemedizin“ verschrien, kann sie zugleich viel und im Anblick des Todes zu wenig. Aus Sicht der betroffenen Patienten gehen die durch medizinische Maßnahmen verursachten Einbußen an Lebensqualität manches Mal zu weit.

Mediziner haben diese Situation in ihrer Ambivalenz lange nicht hinreichend wahrgenommen, zu sehr auf den Gewinn an Lebenszeit gesetzt, zu spät und zu wenig auf den Verlust an Lebensqualität reagiert.

Auch hier lassen sich Phasen unterscheiden. Waren es in den 1960er Jahren einzelne Pioniere, die das Sterben in Kliniken als eigenes Thema entdeckten und teilweise skandalöse Zustände publik machten, wurden in den 1970er Jahren vor allem die ersten Alternativen entwickelt, zunächst und vornehmlich in Großbritannien (Hospize, Patientenverfügungen zur Behandlungseinschränkung). Frühe Kartographierungen des Sterbeprozesses überzeugen dagegen heute weniger. Einige spektakuläre Einzelfälle brachten die Diskussion und die bis dahin entwickelten Alternativen in den 1980er Jahren nach Deutschland, die ersten Hospize nahmen auch hier ihre Arbeit auf. In den 1990er Jahren reagierte die Medizin mit der Entwicklung palliativmedizinischer Maßnahmen: Patienten, die keine Chance auf Heilung hatten, wurden nunmehr medizinisch begleitet, um ihnen so viel Lebensqualität zu ermöglichen, wie das in Rücksprache mit den Patienten im Einzelfall geboten schien. Daraus entwickelten sich in kurzer Zeit palliativmedizinische Gesamtkonzeptionen und ein eigener medizinischer Forschungszweig. Dieser trat neben die sich in Deutschland nur zögerlich ausbreitenden Hospize, die aber zunehmend auf erfahrenes und (vor Ort) geschultes Personal zurückgreifen konnten. Seit der Jahrtausendwende tritt die Entwicklung der ambulanten Palliativmedizin hinzu. Damit entfällt die Alternative, entweder unter den Bedingungen von Kliniken, die auf das Sterben nicht ausgerichtet sind, oder aber unter schwierigen Bedingungen in den eigenen vier Wänden zu sterben. Die Möglichkeit, einen der raren Hospizplätze zu ergattern, eröffnet sich für die meisten Sterbenden trotz aller Anstrengungen der inzwischen gut organisierten Hospizbewegungen leider bis heute nicht. Immerhin werden in jüngster Zeit diese Maßnahmen auch in der sozialen Pflichtversicherung wahrgenommen, so dass mit ihrer Ausbreitung zu rechnen ist.

Alles dies sind wichtige Schritte hin zu einem menschenwürdigen Sterben, hin zu einer neuen *ars moriendi*. Deutschland war dabei weder konzeptionell noch pragmatisch bislang Vorreiter, im Gegenteil. Das verdeutlicht nicht nur die seltsam starre Debatte um die rechtliche Einfassung von Patientenverfügungen, sondern auch die aufgeregte Diskussion von publicityträchtigen Provokationen, von Hackethal über Plastinate bis hin zum jüngsten „Coup“ des ehemaligen Hamburger Senators Kusch. Leider erschöpft sich die Reaktion hier wie auch beim Blick über die deutschen Grenzen auf niederländische und belgische Sterbehilfegesetze und schweizerische Sterbehilfeorganisationen viel zu oft in einer reflexhaften Abwehr und symbolischem gesetzgeberischen Eifer. Eine beständige, sich selbst immer wieder in Frage stellende interdisziplinäre wissenschaftliche Aufarbeitung des Themas „menschenwürdig sterben“ fehlt bis heute fast völlig an deutschen Hochschulen.

Auch deshalb hat sich 2005 an der Universität Heidelberg eine interdisziplinär besetzte Forschergruppe daran gemacht, die theoretischen Möglichkeiten menschenwürdigen Sterbens umfassend und doch praxisnah zu ergründen. In einer Vortragsreihe des Sommersemesters 2007, die hier dokumentiert wird, stand die Bewertung von Patientenverfügungen im Zentrum des Interesses. Ausgangspunkt ist dabei die Sicht des Patienten. Auch wenn diese Situation jeweils eine besondere ist und in ihrer Besonderheit zu belassen ist, gibt es doch eine Konstante: Bei jeder Reflexion über das eigene Leben überwiegen die nicht realisierten Möglichkeiten, das ungeliebte Leben. Thomas Fuchs zeigt in seinem Beitrag den Wert dieser Überlegungen aus anthropologisch-psychiatrischer Sicht. Die nachfolgenden Beiträge vergrößern nach und nach den Kreis der Menschen um den Patienten herum. Zunächst geht der Theologe und langjährige Klinikseelsorger Wolfgang Drechsel auf die unterschiedliche Beziehung zwischen dem Patienten und ihm nahe stehenden Personen einerseits sowie professionellen Helfern andererseits ein und zeigt dabei Grundlagen der Zusammenarbeit auf. Der Medizinhistoriker Wolfgang U. Eckart widmet sich sodann der jüngsten Entwicklung von Palliativmedizin und Hospizbewegung, die er entschieden gegenüber dem Euthanasiedenken abgrenzt. Die in diesen beiden Beiträgen angesprochene professionelle Betreuung von Patienten zeichnet sich durch das spannungsreiche Verhältnis zwischen den Grundsätzen der Fürsorge der Betreuenden und der Selbstbestimmung des Patienten aus. Während der theologische Dogmatiker Wilfried Härle hier für einen Vorrang des Fürsorgeprinzips argumentiert, tritt Stephan Kirste als Rechtsphilosoph und Dogmatiker des Rechts für den Vorrang des Selbstbestimmungsrechts ein, das gerechtfertigter Paternalisierung Grenzen ziehe. Der Palliativmediziner Hubert Bardenheuer zeichnet dazu den heutigen Stand der organisatorischen Vernetzung der Palliativmedizin beispielhaft nach. Vor diesem Hintergrund thematisieren die folgenden Beiträge die Möglichkeiten und Grenzen von Patientenverfügungen. Zunächst erläutert der Strafrechtler Ralph Ingelfinger die derzeitige rechtliche Situation von Sterbehilfe und Patientenverfügungen. Bewusst verzichtet er dabei auf euphemistische Bezeichnungen wie die „Begrenzung spezifischer Therapien“ (so der Nationale Ethikrat in einer Stellungnahme). Anschließend steuert die Psychologin und Theologin Monika Bobbert Bedenken gegen Patientenverfügungen aus medizinethischer Sicht bei. Michael Anderheiden macht als Medizinrechtler und Rechtsphilosoph zum Abschluss dieser Gruppe von Beiträgen einen vermittelnden Vorschlag für die Neuregelung von Patientenverfügungen, der Elemente der bisher im Bundestag erörterten Modelle modifizierend übernimmt. Die beiden letzten Beiträge widmen sich dem Problem der Forschung am Lebensende, zu der sich Sterbende aus altruistischen Motiven berufen sehen mögen. Wolfgang U. Eckart zeichnet aus medizinhistorischer Perspektive die Geschichte der tödlichen Forschungen im Rahmen des Euthanasieprogramms der Nationalsozialisten nach, die Juristin Silja Vöneky fragt nach den Maßstäben, die

Ethikkommissionen heute im Umgang mit der Forschung an Sterbenden zugrunde legen sollten.

Die Beiträge spiegeln in ihrer Diktion den Vortragscharakter und in ihren Formalien die Ausprägungen des jeweiligen Faches und die Persönlichkeit der Autoren. Manche Beiträge sind deshalb reicher belegt als andere, manche in alter, andere in neuer Rechtsschreibung verfasst. Die Autoren haben sich aber bemüht, die fachwissenschaftliche Diskussion und ihre Ergebnisse allgemeinverständlich aufzubereiten. Dem dient in den (knapp gehaltenen) Belegen auch der ausgeschriebene Titel von Zeitschriften, die im jeweiligen Fach kaum anders als abgekürzt zu finden sein mögen. Jeder Beitrag ist für sich abgeschlossen und ohne Kenntnis der anderen Beiträge lesbar. Dennoch bilden sie insgesamt ein Bild, das keine einheitliche Auffassung abgibt, aber doch mehr ist als eine bloße Collage. Einige Querverweise dienen deshalb nicht nur der Vertiefung, sondern sollen Vergleiche ermöglichen.

Die Diskussion miteinander während der Vorträge, aber auch im Rahmen des 2005 begründeten Interdisziplinären Forum für Bio- und Kulturwissenschaften der Universität Heidelberg (IFBK) mag Spuren hinterlassen haben. Dort wird das Thema Menschenwürde facettenreich und weit über das Lebensende hinaus bearbeitet. Diese Arbeit, die vor allem Forscher der vier „klassischen“ Fakultäten Theologie, Philosophie, Medizin und Rechtswissenschaften zusammenführt, fördert die Universität Heidelberg dankenswerterweise jetzt auch mit Mitteln der Exzellenzinitiative. Die Herausgeber danken ihrerseits dem IFBK für die Schirmherrschaft über die Vortragsreihe und die Übernahme der Druckkosten.

Das ungeliebte Leben

Thomas Fuchs

„Die auf Widerruf gestundete Zeit
wird sichtbar am Horizont.
Es kommen härtere Tage.“

Ingeborg Bachmann

„Leben lässt sich nur rückwärts verstehen, muss aber vorwärts gelebt werden“, trägt Kierkegaard 1843 in sein Tagebuch ein. Es gibt wohl kaum jemand, der nicht schon mit dieser Einsicht gerungen, vielleicht gehadert hätte. Das Leben kennt nun einmal keine Generalprobe, sondern es ist von Anfang bis Ende die erste und einzige Aufführung. Erst im Nachhinein lassen sich längerfristige Entwicklungen und Veränderungen erkennen, die Folgen von Entscheidungen einschätzen. Aber auch die Bilanzierung, die Bewertung des Gelebten und Geschehenen ergibt sich erst aus dem Rückblick.

Während nun der Rückblick in den mittleren Lebensjahren meist die Funktion einer Zwischenbilanz hat, die das Erstrebte mit dem noch Erreichbaren abzugleichen sucht, oft auch zu ersten Abstrichen und Korrekturen zwingt, so erhebt sich im Alter zunehmend die Forderung, den eigenen Lebensentwurf mit der schließlich gewordenen Lebensgestalt in Einklang zu bringen. Je deutlicher sich die Begrenztheit des Lebens abzeichnet, desto mehr wird aus einzelnen Bewertungen eine umfassende Lebensbilanz.

Diese Bilanz bedeutet freilich nicht nur eine Art Kontorechnung, auf der die positiven und die negativen Posten gegeneinander gestellt werden und in der Summierung hoffentlich am Ende schwarze Zahlen ergeben. Wir versuchen vielmehr, die „gute Gestalt“ zu finden, wie es in der Sprache der Gestaltpsychologie heißt, also die Ganzheit, die Rundung des eigenen Lebens zu einem Bogen, der uns das Gefühl der Erfüllung gibt. Gegen dieses Streben nach Ganzheit jedoch erhebt sich Widerstand. Er geht aus von den Brüchen der Lebensentwicklung, aber auch von den vielfältigen ungeliebten Möglichkeiten, die sich gleichsam in den Nischen und an den Abzweigungen des Lebenslaufes eingenistet haben, und deren Stunde nun gekommen scheint. Nagend, quälend, vorwurfsvoll erheben sie ihre Stimme, verweigern Zufriedenheit und Versöhnung. „Soll es das gewesen

sein?“ ruft das Ungelebte energisch, und diese Frage kann einen alarmierenden Charakter erhalten, wenn die Einsicht unabweisbar wird, dass sich zentrale Erwartungen, Träume und Hoffnungen nicht mehr werden erfüllen lassen.

Was ist dieses ungelebte Leben, und wie gehen wir mit ihm um? Dieser Frage gelten die folgenden, tastenden Überlegungen.

I. Ungelebtes Leben als Grundbedingung

Das ungelebte Leben ist zunächst die Folge der Entscheidungen und damit des Lebensentwurfs eines Menschen. Karl Jaspers sah die erste und unausweichliche Grundbedingung der Existenz darin, „... dass ich *als Dasein immer in einer bestimmten Situation*, nicht allgemein als das Ganze der Möglichkeiten bin.“¹ Wir sind zur Freiheit berufen oder verurteilt, und daher immer wieder genötigt, das Wirkliche aus dem Möglichen auszuwählen, gelebtes Leben und ungelebtes Leben voneinander zu sondern. Weil der Möglichkeiten immer ungleich mehr sind als sich verwirklichen lässt, übertrifft die Fülle des nicht Gelebten in unvorstellbarem Maße das kleine Reich des wirklich Gelebten.² Unvermeidlich bleiben wir daher auch immer hinter unseren Möglichkeiten zurück und können mögliche Existenz nicht verwirklichen. Wir bleiben uns selbst etwas schuldig.

Das Verwirklichte geht als Erlebnis, Erfüllung, als Leistung oder Werk in unsere gelebte Vergangenheit ein und erscheint so wirklicher, tatsächlicher als das Ungelebte. Aber das Ungelebte, obwohl oder gerade weil es unverwirklicht blieb, kann doch eine außerordentliche Wirkung entfalten. Aus der Psychologie ist der „Zeigarnik-Effekt“ bekannt, wonach unerledigte, nicht zu Ende gebrachte Handlungen grundsätzlich eher erinnert werden als abgeschlossene.³ Die unrealisierten Möglichkeiten bleiben latent gegenwärtig und virulent. So kann das Ungelebte zur Quelle von Insuffizienz-, Reue und Schuldgefühlen werden, aber auch von Hoffnungen, Sehnsüchten und Wünschen, die in die Zukunft weisen. Viktor von Weizsäcker sah im ungelebten Leben sogar das eigentlich Wirksame. „Die getötenen Söhne, die ungeborenen Kinder, sind sie nicht wirksamer als alles andere? Auch die unmöglichen Träume und Pläne, die nie getanen Taten, sind sie nicht wirksamer als alles, ... was geschehen ist?“⁴ Von Weizsäcker ging soweit, Krankheiten in erster Linie auf das „ungelebte Leben“, die verworfenen oder versäumten Möglichkeiten, die ausgebliebenen Reifungsschritte zurückzuführen, die sich in

¹ K. Jaspers: Philosophie II, Existenzzerhellung. 4. Aufl. Berlin 1973, S. 209.

² So V. v. Weizsäcker, Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmung und Bewegung. Stuttgart 1986, S. 173.

³ B. Zeigarnik: Über das Behalten von erledigten und unerledigten Handlungen. Psychologische Forschung 9 (1927) 1–85.

⁴ V. v. Weizsäcker: Diesseits und Jenseits der Medizin. Stuttgart 1950, S. 179.

der Erkrankung manifestierten und nachzuholen seien.⁵ Ich gebe dafür ein psychiatrisches Beispiel:

Ein 64-jähriger Patient erkrankte ein halbes Jahr nach seiner Pensionierung an einer schweren Depression. Er stammte aus einfachen Verhältnissen und aus einer überwiegend kränklichen Familie, von der er selbst etwas verächtlich berichtete. Er selbst hatte es durch härteste Arbeit und äußersten Ehrgeiz zum Personalleiter eines großen Unternehmens gebracht. Der Beruf hatte für ihn immer an oberster Stelle gestanden, worunter Familie und Partnerschaft litten. Er war in 45 Berufsjahren nur 10 Tage krank gewesen. Bereits das Ende des Berufslaufbahn hatte ihm sehr zu schaffen gemacht. Unmittelbarer Auslöser der Erkrankung war die Extraktion dreier Zähne. Die Depression war gekennzeichnet vom Gefühl des Zerfalls. Alle Kraft, so klagte der Patient, sei verschwunden, Arme und Beine gehorchten ihm nicht mehr. Er habe Raubbau an seiner Gesundheit betrieben, sich nicht um seine Familie gekümmert, und erhalte nun die Quittung dafür.

Der Lebensentwurf des Patienten war durch eine rigide Leistungsorientierung auf Kosten der mitmenschlichen Beziehungen und der Lebensfreude charakterisiert – fortwährend schloss er Lebensmöglichkeiten aus, sammelte ungeliebtes Leben an. Die Pensionierung jedoch beendete diesen unnachgiebig verfolgten Lebensentwurf, und die Zahnentfernung brachte dem Patienten mit einem Mal die immer verdrängte, ja an anderen verachtete Verletzlichkeit seiner Existenz zu Bewusstsein. Nun forderte das ungeliebte Leben seinen Tribut.

II. Formen des ungeliebten Lebens

Wir haben nun einen ersten Eindruck davon erhalten, dass merkwürdigerweise gerade das Nicht-Geschehene, das im Leben Ausgesparte eine besondere Bedeutung und Wirksamkeit erhalten kann. Betrachten wir nun näher, in welchen Formen sich das ungeliebte Leben manifestiert.

Eine erste Unterscheidungsmöglichkeit gewinnen wir aus der Art und Weise, wie sich das Ungelebte vom Gelebten geschieden hat. Das kann zunächst auf einer *Versagung* beruhen, nämlich wenn sich die Erfüllung eines Wunsches durch äußeres Schicksal, Widerstände oder Krankheit verwehrt. Es kann sich aber auch um einen aktiv geleisteten *Verzicht* handeln, bei dem man eine attraktive Möglichkeit zugunsten einer höherwertigen verwarf, auch wenn dies schwerfiel. Und es kann schließlich ein *Versäumnis* sein, wenn nämlich trotz bestehender Gelegenheit im entscheidenden Augenblick nicht zugegriffen wurde. Oft kann die Möglichkeit zu einem späteren Zeitpunkt in einer anderen Form wieder aufgegriffen und dann

⁵ V. v. Weizsäcker: Pathosophie. Göttingen 1956, S. 249 f.

doch noch realisiert werden. Ein *Verpassen* wäre dann das endgültige Versäumnis, die unwiederbringlich verlorene Gelegenheit.⁶

Daraus ergeben sich unterschiedliche Weisen, wie das Ungelebte in der Erinnerung virulent werden kann. Die äußere *Versagung* wird, wenn sie zentrale Wünsche betrifft und als zu schmerzlich empfunden wird, eher zur Anklage gegen andere, gegen die Gesellschaft, das Schicksal oder gegen Gott führen. Der *Verzicht* hingegen geht auf den eigenen Entschluss zurück und führt häufiger, wenngleich auch nicht notwendig zu einer Abgeschlossenheit. Denn freilich kann auch der Verzichtende nicht sicher sein, ob sich seine Entscheidung am Ende nicht doch als Fehlgriff erweist, oder ob sich seine Prioritäten und Werte verändern. Dann kann der Einstellungswandel in eine Neubewertung und in eine depressiv gefärbte Verbitterung führen:

Zu verzichten sei der Leitspruch ihrer Erziehung gewesen, meinte eine Patientin, die wegen depressiver Verstimmungen eine Psychotherapie begann. Sie sei von ihrer Volksschullehrerin unterstützt worden, eine höhere Schulbildung anzustreben. Die Mutter meinte aber, sie möge doch darauf verzichten, da man sie zuhause nicht entbehren könne. Damals habe sie eingewilligt und sich ihren Verzicht als Tugend zugutegehalten. Heute bereue sie die vergebene Chance. Wenn sie noch einmal jung wäre, würde sie heute ihre Ansprüche ganz anders vertreten.⁷

Zu den heftigsten Selbstanklagen kann das *Versäumnis* führen, denn hier vermag sich der Betreffende des Vorwurfs schwer zu erwehren, er habe der Situation nicht die rechte Aufmerksamkeit zugewandt, seine Prioritäten nicht richtig bedacht, zu lange gezaudert usw. Daher werden im Lebensrückblick unterlassene Handlungen auch weit mehr bedauert als vollzogene Handlungen.⁸ Je uneindeutiger dabei die Entscheidung war, und je größer die damit verbundene innere Ambivalenz, desto höher die Wahrscheinlichkeit, sie später zu bereuen, weil sich der Gedanke nicht mehr abschütteln lässt, man hätte doch schon im Moment der Entscheidung gewusst, dass sie nicht die richtige sei.

Hier haben alle „hätte ich doch ...“ und „wäre ich doch ...“ ihre Wurzel – die Sätze des Irrealis der Vergangenheit und damit die Sätze des Unglücks. Denn freilich kann man dem mit sich Hadernden entgegenhalten, er wünsche im Nachhinein, ein anderer gewesen zu sein als er damals nun einmal war, und das sei offenkundig nicht nur selbstquälerisch, sondern auch ganz unvernünftig – hinterher wisse man es eben immer besser. Das Argument wird nicht viel nützen, zumal das Hadern mit dem Versäumnis meist gar nicht nur auf dem unerfüllten Wunsch

⁶ Zu dieser Unterscheidung vgl. A. Zacher: *Kategorien der Lebensgeschichte*. Berlin 1988, S. 59 ff.

⁷ Diese Kasuistik findet sich bei Zacher (Anm. 3), S. 69.

⁸ In einer Untersuchung von Gilovich und Medvec bedauerten die Befragten zu 84% Nicht-Handlungen, und nur zu 16% Handlungen. – T. Gilovich, V.H. Medvec: *The Experience of Regret: What, When, and Why*. *Psychological Review* 102 (1995), S. 379–395.