

FACHARTIKEL

Tod und Sterben im Buddhismus – Implikationen für eine moderne Gesellschaft

Michael Gerhard

Beginnen möchte ich mit der nicht unbedeutenden Frage, was denn „Buddhismus“ eigentlich ist, um diese dann aber auch ebenso rasch mit der Antwort wieder beiseite zu schieben: Die Frage, ob der Buddhismus als eine „Religion“, eine „Philosophie“ und/oder eine „Psychologie“ verstanden werden muss, ist eine rein akademische. Buddhistischer *dharma* (d. i. skt. die Lehre des Buddha)ⁱ ist für Buddhisten eine „lebenspraktische Aufgabe“ – Buddhismus ist „(Lebens-) Analyse“ und „(Lebens-) Praxis“.

Dies vorangestellt soll zum einen davor bewahren, unreflektiert die in westlich geprägten Kulturkreisen (kurz: „Westen“) gebräuchliche Unterteilung nicht-westlicher (Denk-)Kulturen in „Religion“, „Philosophie“ und „Psychologie“ zu übernehmen, und zum anderen diese eindeutigen „-ismen“ zuzuordnen. Diese Einteilungsmentalität verstellt die Sicht mehr – und dies durchaus bis zur Unverständlichkeit –, als dass sie diese erhellt. Denn die Fragen nach „Religion“, „Philosophie“ und „Psychologie“ sind sehr westliche Fragen. Sie sind aus einem liberalen Grundverständnis des christlichen Abendlandes abgeleitet und werden auf andere (Denk-)Kulturen angewendet. Diese Begriffe sind als analytische Kategorien für das Verständnis vieler außereuropäischer (Denk-)Kulturen und gerade auch für den Buddhismus wenig aussagekräftig. Als „Diätetik“, als Lehre der geregelten und ethischen Lebensführung, bietet der Buddhismus einen Weg, auf welchem Menschen ihr Lebens- und Sterbeschicksal nicht nur bewältigen, sondern vielmehr reflektieren, verändern und qualitativ beeinflussen können.ⁱⁱ

Des Weiteren möchte ich voranstellen, dass im Buddhismus Diskurse über die Beschreibung der phänomenalen Welt im Allgemeinen und der Ethik als das „juridische Verhalten“ (d. i. ethisch-moralisch Konsequenz) in dieser grundsätzlich auf drei Ebenen geführt werden, welche zwar didaktisch aufeinander aufbauen, jedoch nicht miteinander vermischt werden dürfen. Es sind

- (1) der intellektuelle Diskurs für jedermann darüber, wie die phänomenale Welt „ist“ (respektive „erscheint“),
- (2) der Diskurs des lebenspraktischen Einübens (mittels „Mentaltechniken“), einzig für den Übenden, welcher die im intellektuellen Diskurs gewonnenen Einsichten umzusetzen gedenkt und
- (3) die Beschreibung der phänomenalen Welt aus der Sicht dieser lebenspraktisch umgesetzten Einsichten.

Ich werde in diesem Beitrag die erste Ebene des „intellektuellen Diskurses“ nicht verlassen; dass dies für die Themenstellung statthaft und sinnvoll ist, wird das Ergebnis einsichtig machen.

Die Lehrreden des Buddha (5. Jh. v. Zw.) und mit ihnen die in diesen enthaltenen Begriffen und Ideen haben sich schon recht früh in der ersten Periode der Kanonisierung herausgebildet. Der Wunsch nach Klärung des Gemeinsamen und des Trennenden in den verwendeten Begriffen führte so zu Systembildungen bei allen am Dialog beteiligten Gruppierungen. Die Beseitigung von Widersprüchen und die Ergänzung von Lücken ist hierbei eine heute gut dokumentierte, historische Tatsache. Selbst der Charakter dieser Theoriebildung, dass nämlich im Buddhismus „die Theorie der Praxis folgt“, ist heute belegt und hat sich bei der Analyse unterschiedlicher Theoreme und Philosopheme bewährt. Liegt es bei einigen Philosophemen auf der Hand, welche Praxis sie verstehbar und einsichtig machen wollen, so ist es bei jenen der Metaebene oft schwierig, einen Bezug herzustellen. Gleichwohl diesen Philosophemen durchaus eine strukturelle Richtung innewohnt, sodass sie auch von Nicht-Buddhisten anerkannt werden können und auch Nicht-Buddhistisches so als stimmig bestätigt werden kann, bleibt doch für den abendländisch Gebildeten in der Regel der Einzelnachweis erforderlich, wenn er in den Dialog eintreten möchte.

So ist dem Buddhismus z. B. ein dem Begriff der „Medizin-Ethik“ⁱⁱⁱ entsprechendes Konzept mit den Eckpfeilern „Lebensbeginn und Lebensende“, welches gerade im abendländischen Diskurs einer „interkulturellen und religionssensiblen Ethik im Gesundheitswesen“ eine entscheidende Rolle spielt, nicht fremd. Der Buddhismus bedient sich hier durchaus der konstitutiven Aspekte dieses Diskurses und damit dessen Implikationen, geht aber auf seiner grundlegenden ethischen Handlungsebene^{iv} über diese hinaus, insofern er „Medizinethik“ grundsätzlich mental-anthropologisch verortet und „Mentaltechniken“ zur Einübung derselben bereithält. Auch gestalten sich für das Thema „Tod und Sterben im Buddhismus“ wichtige Übersetzungen von Begrifflichkeiten, wie „Person“ oder „Würde des Menschen“, als sehr schwierig, soll der fremde kulturelle Verständnishorizont berücksichtigt und nicht vorschnell irreführende Assoziationsketten durch eine *quasi* suggestive deutsche Wortwahl der Sanskrit-, Pi- und tibetischen Begriffe u. a. hervorgerufen werden.

Im „Westen“ wird die Würde des Menschen im derzeitigen medizinethischen Diskurs sowohl mit Blick auf die Problematik des werdenden Menschenwesens (*Nidation*)^v, als auch mit Blick auf die Problematik seines irdischen Endes (der sog. „Hirntod“)^{vi} sowie des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalles der Gesamtfunktion des Großhirnes, des Kleinhirnes und des Hirnstamms („Gesamthirntod“)^{vii} diskutiert. Dabei fällt allerdings auf, dass sich die Thematisierung der Unantastbarkeit der Menschenwürde in der Regel durchweg auf die Frage beschränkt, ab wann werdendem Leben der Charakter menschlichen Lebens und dem menschlichen Leben der Charakter eines Menschenwesens mit unantastbarer Würde zukommt. Die Einseitigkeit wiederholt sich im Blick auf das Lebensende, insofern auch dort lediglich die Frage diskutiert wird, ob und wie es dem mit seinem Tod unmittelbar konfrontierten Menschen ermöglicht werden kann, „in Würde“ zu sterben.

Mit der Frage nach dem Beginn des Menschseins verwoben ist die Frage, was eine „Person“ ist: Ist menschliches Leben in jeder Phase seines Entstehens personales Sein, so dass von Anfang an nicht nur „etwas“, sondern „jemand“ lebt?^{viii} Ist erst der zur Welt gekommene Mensch eine Person oder soll ihm retrospektiv für sein Gewordensein von Anfang an Personalität zugesprochen werden? Wird die Person, weil sie in *praedicament relationis* als ein „Beziehungswesen“ begriffen wird, dadurch konstituiert, dass der Mensch das von Gott angesprochene und definitiv anerkannte Lebewesen ist? Das Problem der heutigen medizinethischen Debatte kulminiert so in der Frage: „Was konstituiert die Person?“

Doch wie soll dies entschieden werden? Denn wir können nicht entscheiden, ohne Kriterien und müssen doch erst entscheiden, welche Kriterien überhaupt gelten sollen. Wenn wir bestimmen wollen, wie wir mit beginnendem und endendem menschlichem Leben umzugehen haben, dann müssen wir vorab festlegen, ab wann uns menschliches Leben vorliegt.

Für die medizinische Praxis und Anthropologie sowie die Rechtsprechung, jene Bereiche also, in welcher sich die Auffassung einer Gesellschaft von sich selbst in unverhüllter Rhetorik zeigt, lautet der bis heute praktizierte *status quo*: „Wir definieren und legen fest: *Nasciturus* und Hirntod!“

Zwar wird nun meist von „Bewusstsein“ anstatt von „Seele“, oder wenn von „Seele“, dann im Sinne von „Vitalität“ und „Lebendigkeit“ des Menschen gesprochen, doch gemeint ist das Organ „Gehirn“, der Ort des lebendigen Denkens als der Sitz des personalen Ichs und Mittelpunkt des Menschen. Diese reduktionistische Festsetzung einer anthropologischen Norm ist (gesellschaftlich) legitimiert und bestimmt die Entscheidung über Leben und Tod des Menschen. Und hier liegt nun auch einer der grundlegenden Unterschiede zu asiatischen (Denk-) Kulturen wie der buddhistischen.

Die Frage nach „Person“ (am Anfang und am Ende des Lebens) ist im Buddhismus an die Frage nach dem „Bewusstsein“, dem „Mentalen“ und dessen Funktionen gebunden. Diesem kann man sich nun, in „westlichen“ Kategorien gesprochen, wiederum über ein „erkenntnistheoretisches“ Modell oder über ein „psychologisch-mentales“ Modell nähern. Beide Modelle schließen sich im Buddhismus nicht aus, sondern sind zwei Facetten, oder Betrachtungsweisen derselben Funktionalität.

Da es sich bei „Ethik“, bei „Medizinethik“, um „juridische Handlungsoptionen“ handelt und mit der Frage nach diesen das Erklärungsmodell vorgegeben wird, wenden wir uns dem „psychologisch-mentalen“ Modell zu, dürfen aber hierbei nicht außer Acht lassen, dass „psychologisch“ und „mental“ wiederum „westliche“ Kategorien sind, welche hier ihre Anwendung finden, insofern es sich bei dem buddhistischen Bewusstseinsverständnis auch um Bewusstsein sowie auch um Un- und Unterbewusstsein, um *psyché* im abendländischen Sinne, handelt, „Bewusstsein“ hier jedoch gerade nicht auf *psyché* reduzierbar ist. Die hier zu beachtenden, einzelnen psychologisch-ethischen Konstituenten, die sog. Bewusstseinskonstituenten, entstammen den Lehrreden des Buddha selber und finden im Pāḷi-Kanon ihre Systematisierung und Definition im sogenannten *Abhidhamma* (Pāḷi), der höheren Lehre.^{ix}

Anthropologisch werden empfindende Wesen, d. i. Mensch und Tier, aufgefasst als ein Ineinanderwirken von fünf Komponenten, den sog. Konstituenten (skt.: *skandha*, pāḷi: *khandha*,

welche sich wiederum aus Unterkomponenten, den Bewusstseinskonstituenten, zusammensetzen), von welchen jede selber wieder in mannigfach interagierende Teile und Handlungsabläufe ausdifferenziert werden kann, ohne dass wir auf *quasi* letzte Entitäten treffen. Ein empfindendes Lebewesen (Mensch, Tier) stellt sich uns so in erster Näherung wie folgt dar:

- (1) Gestalt (skt.: *rūpa*)
- (2) Empfindung (skt.: *vedanā*)
- (3) unterscheidende Wahrnehmung (skt.: *saṃjñā*)
- (4) Gewohnheiten (skt.: *saṃskāra*)
- (5) Bewusstsein (skt.: *viññāna*)

Empfindende Lebewesen können ohne verbleibenden Rest in diese miteinander interagierenden Konstituenten kategorial zerlegt werden, welche wiederum je für sich in ineinander wirkende Unterkomponenten und Handlungsabläufe ausdifferenziert werden. In diesem Konglomerat an interagierenden Komponenten kommt dem „Bewusstsein“ nun eine herausragende Stellung zu, welche in populärbuddhistischen Schriften, wie dem *Dhammapāda*, wie folgt beschrieben wird:

„Das Bewusstsein geht allen Phänomenen voran.
Das Bewusstsein ist das Hauptsächliche;
und sie [d. i. Phänomene; M. G.] sind vom Bewusstsein gemacht.
Wenn man mit einem ethisch nicht-integren Bewusstsein spricht oder handelt,
dann folgt darauf Leid, so,
wie das Rad dem Huf des Ochsen folgt.
Das Bewusstsein geht allen Phänomenen voran.
Das Bewusstsein ist das Hauptsächliche;
und sie [d. i. Phänomene; M. G.] sind vom Bewusstsein gemacht.
Wenn man mit einem ethisch integren Bewusstsein spricht oder handelt,
dann folgt darauf Leidfreiheit, so,
wie mich mein Schatten nie verlässt.“^x

Was versteht der Buddhismus nun aber unter dem Begriff des „Bewusstseins“? „Bewusstsein“ wird in der Tradition definiert als ein Phänomen, welchem Klarheit (tib.: *gsal ba*, d. i. nicht-materielle, raumgleiche Natur) zukommt und dessen Funktion „Erkennen“ ist (tib.: *rtogs pa*, d. i. die Fähigkeit des Erfassens, Nachdenkens, Schlussfolgerns, Wahrnehmens). Aus phänomenologischer Sicht gibt es eine fünffache Unterteilung des „Bewusstseins“ (tib.: *śes pa*):^{xi}

- (1) zweifach: „begriffliches“ und „nicht-begriffliches Bewusstseins“

- (2) zweifach: „Sinneswahrnehmung“ und „Bewusstseinswahrnehmung“
- (3) siebenfach: „Direkterkenner“, „anschließender Erkennen“, „Wiedererkenner“, „(gültige) Gewissheiten“, „nicht-feststellender Erkennen“, „Zweifel“ und „falsches Gewahrsein“
- (4) zweifach: „gültiger“ und „nicht-gültiger Erkennen“
- (5) zweifach: „Primärbewusstsein“ und „Bewusstseinskonstituenten“

Jede dieser Unterteilungen füllt in ihrer Ausdeutung buddhistische Kompendien, und so wenden wir uns, der Themenstellung entsprechend, ausschließlich der Unterteilung „Primärbewusstsein“ und „Bewusstseinskonstituenten“ zu.^{xii}

- (1) Primärbewusstsein:= Erkennen, welcher die reine Phänomenalität eines Objektes erfasst (*via* Sinnesgewahrsein, d. h. visuelles, akustisches, olfaktorisches, gustatorisches, haptisches Bewusstsein)^{xiii}
- (2) Bewusstseinskonstituente:= Erkennen, welcher ein bestimmtes Merkmal eines Objektes erfasst^{xiv}

Das tibetische Wort für Bewusstseinskonstituente, „*sems 'byu*“ (skt.: *caitta*, pāṭi: *cetasika*), bedeutet wörtlich „aus dem Bewusstsein entstanden“, und so wird in tibetischen Texten auch gerne das Primärbewusstsein (tib.: *yiḍ śes*) mit einer Kerzenflamme und seine Bewusstseinskonstituenten mit den Lichtstrahlen dieser Flamme verglichen. Wie eine Kerzenflamme viele Lichtstrahlen aussendet, so besitzt das Primärbewusstsein viele Bewusstseinskonstituenten; und genau wie diese Lichtstrahlen aus der einen Flamme stammen und gleichzeitig mit ihr sind, so entstammen die Bewusstseinskonstituenten dem Primärbewusstsein und sind gleichzeitig mit ihm; und ebenso wie diese Flamme Objekte in Abhängigkeit von ihrem ausgestrahlten Licht erhellt, so erkennt ein Primärbewusstsein sein Objekt in Abhängigkeit von seinen Bewusstseinskonstituenten. In diesem Sinne sind Primärbewusstsein und Bewusstseinskonstituenten von gleichem Wesen und interagieren vor dem Hintergrund von „fünf Übereinstimmungen“ (skt. *pañca saṃprayuktakāra*, tib. *mḥuḥs ldan rnam pa ḥa*), d. h., sie besitzen:

- (1) die „gleiche Grundlage“ (tib. *yua mḥuḥs pa*, d. h., die gleichen vorherrschenden Bedingungen),
- (2) das „gleiche Phänomen“ (tib. *dus mḥuḥs pa*, d. h., das gleiche beobachtete Phänomen),
- (3) den „gleichen Aspekt“ (tib. *rdza mḥuḥs pa*, d. h., das gleiche bewertet-erfasste Phänomen),

- (4) die „gleiche Zeit“ (tib. *rnam mzuṅs pa*, d. h., sie entstehen, verweilen und vergehen gleichzeitig),
- (5) die „gleiche Substanz“ (tib. *rhin mzuṅs pa*, d. h., einem Primärbewusstsein kommt nur jeweils eine Bewusstseinskonstituente zu).

Ein Phänomen kann niemals von einem Primärbewusstsein erkannt werden, ohne dass dessen Bewusstseinskonstituenten mitwirken; ebenso wenig wird ein Phänomen von einer Bewusstseinskonstituente erkannt, welche nicht vom Primärbewusstsein begleitet wird. So bezeichnet der Begriff „Primärbewusstsein“ die Gesamtheit eines Bewusstseinszustandes, welcher durch eine Vielzahl von Bewusstseinskonstituenten funktionstüchtig ist und funktionsfähig war und bleibt in mentalen, verbalen und physischen Handlungen. Dennoch gehört es nicht zur Aufgabe des Primärbewusstseins, sich mit dem ihm dargebotenen Phänomen näher zu befassen. Es ist sich des ihm dargebotenen Phänomens lediglich bewusst, es erfasst die reine Phänomenalität eines Objektes *via* Sinnesgewahrsein derart, dass jedem der Sinne ein Organ (bspw. das Auge), ein Vermögen (das Visuelle) und der Vollzug (das Sehen) zugerechnet wird; es sind die Bewusstseinskonstituenten, welche ein Phänomen auswählen und wichtiger: Sie bewerten es, d. h. „Ich“ bewerte und „bin mir als solcher dessen bewusst“.

Im Unterschied zum „westlichen Personenbegriff“ wird dem Bewusstsein im Buddhismus nun weder eine Gestalt zugesprochen, noch ein eindeutiges physisches Korrelat (bspw. das Organ „Gehirn“), jedoch verliert es seine entscheidende Wertigkeit als „personales Ich“ hierbei nicht. Das Bewusstsein ist grundsätzlich gestaltfrei, gleichwohl interagiert es mit der Gestalt, d. h. es korreliert an und mit unterschiedlichen Orten in (s)einem physischen Körper: „Bedenken wir, dass dem Bewusstsein keine Gestalt zukommt, dass es ein vom Körper getrenntes Kontinuum [d. i. Interaktionskontinuum; M. G.] ist, werden wir verstehen, dass Gestalten wie Gehirn oder Nervensystem nicht das Bewusstsein sind.“^{xv}

Dieses solcherart aufgefasste Bewusstsein wird nun weiter in „grobe, subtile und sehr subtile Bewusstseins Ebenen“ aufgegliedert. Im Wachzustand liegen uns die Ebenen „grob“ und „subtil“ vor, im Schlaf, während des Sterbens und in fortgeschrittenen Bewusstseinszuständen der Diskursebenen zwei und drei, „lebenspraktisches Einüben“ und „Beschreibung der phänomenalen Welt aus Sicht dieser lebenspraktisch umgesetzten Einsichten“, die „sehr subtile Bewusstseins Ebene“: „Im tiefen Schlaf endet die gesamte Bewusstseinsaktivität unseres gewöhnlichen Sinnesgewahrseins, es scheint, als wären wir ohne Bewusstsein, ein unbelebtes Objekt: Jedoch ist unser Bewusstsein nun lediglich sehr subtil.“^{xvi}

Überdies wird an vielen Textstellen im Buddhismus betont, dass der physische Körper und das Bewusstsein lediglich konditional (nicht kausal) korrelieren, d. h., sie sind nicht von gleichem Wesen. Dies beinhaltet gerade für den medizin-ethischen Diskurs hinsichtlich Lebensbeginn und Lebensende die wichtige Implikation, dass ein erkrankter Körper nicht notwendig ein erkranktes Bewusstsein nach sich zieht.

Eine weitere Differenzierung zwischen „begrifflichem“ und „nicht-begrifflichem Bewusstsein“ macht nun deutlich, dass dem Schlaf zwar kein Sinnengewahrsein im Sinne eines konventionellen Austausch über ein Phänomen (bspw. Tisch) mit einem Gesprächspartner zukommt,^{xvii} dies jedoch nicht ein „mentales nicht-begriffliches Gewährsein“ ausschließt. Das Sinnengewahrsein muss sich nicht notwendig mit „Vermögen“ und „Vollzug“ auf ein Phänomen (bspw. Tisch) beziehen; „Vermögen“ und „Vollzug“ können gleichfalls ein „mentales Bild“ (tib.: *don spyi*) hervorbringen, welches „im Bewusstsein zu Bewusstsein“ (*awareness*, tib.: *yid kyi mngon sum tñad ma*) kommt^{xviii}: bspw. durch „Mentaltechniken“ oder „luzides Träumen“. Bedeutend ist in unserem Zusammenhang nicht das „mentale Bild“ selbst, sondern die Tatsache, dass sich ein „bewusstes, personales Ich“ (*consciousness*, tib.: *rañ rig mngon sum tñad ma gañ žag*, skt.: *ahañkāra*) „im Bewusstsein zu Bewusstsein kommend“ konstituiert.

Auf der sich hier anschließenden, nächst subtileren bewusstseinsanalytischen Ebene treffen wir auf einen sog. „nicht-feststellenden Erkenner“ (tib.: *mngon sum yid ma btad*): Dieser nimmt wahr, ohne zu erkennen (bspw. das Sterben): Das „grobe Bewusstsein“ interagiert bewusstseinsimmanent ohne „Sinnengewahrsein“ und „Erkennen“; die hiermit konventionell korrespondierende „Unterscheidung“ ist nicht länger möglich, d. h. es wird nicht „konventionell bewusst wahrgenommen“.^{xix} Dieser „nicht-feststellende Erkenner“ kann weder mithilfe, noch auf den Grundlagen von *awareness* und/oder *consciousness* beschrieben werden, vielmehr deutet diese Bewusstseinslage eine Bewusstseinssebene an, welche in ihren tiefsten Schichtungen sich außerhalb des sinnlich-konventionellen und damit des medizin-technischen Erfassbaren befindet; und doch liegt ein „personales Ich“ vor, welches, wie wir sehen werden, *quasi* „angestoßen“ werden kann, sodass es „sich seiner bewusst“ wird (tib.: *rañ rig mngon sum tñad ma*).

Das Sinnengewahrsein ist ursprünglich bewertungsneutral und erst ein empfindendes, wertendes und sich dessen bewusstes, konventionelles „personales Ich“ konstituiert kraft seiner intentionalen Wertungen Bewusstseinslagen, welche ein Phänomen, eine Handlung als ethisch integer oder nicht-integer klassifizieren.^{xx} Ohne Sinnengewahrsein liegt allerdings gleichfalls ein „personales Ich“ auf einer sinnlich nicht-konventionellen und medizin-technisch evtl. (noch) nicht messbaren „sehr subtilen Bewusstseinssebene“ vor.

Die Darstellung der Bewusstseinskonstituenten in den buddhistischen Texten erfolgt nach dem immer gleichen Muster von Definition (pāñi: *samuññhāna*), Funktion (pāñi: *adhipati*), Wesen (pāñi: *sabhāva*) und allgemeiner Merkmale (pāñi: *lakkhañña*). Von Bedeutung ist nun, dass dieses Analyseraster ethisch-integren Verhaltens weder von einem objektiven, noch einem subjektiven Maßstab abhängt und genau deshalb eine besondere Beachtung verdient. Werden die Bewusstseinskonstituenten nämlich isoliert und zweckentfremdet in einem ihnen fremden Kontext als *quasi* bloße „Reaktion auf etwas“ eines Individuums verallgemeinert, so führt dies zwingend zu Missverständnissen.

In diesem definitorischen Sinne können die Bewusstseinskonstituenten als eine introvertierte, d. h. an eigenen Werten orientierte, und als eine extrovertierte, d. h. an aktual-gesellschaftlich legitimierten, konventionellen Maßstäben orientierte Instanz charakterisiert werden: Eine Haltung für sich in der Einsamkeit und Verschwiegenheit des unmittelbaren Erlebens und eine Haltung gegenüber anderen in Akten der Stellungnahme und Bewertung. Beide Haltungen

müssen zusammenwirken, wenn sie in einem diätetischen Sinne für sich und andere lebensgegend und würdevoll wirken sollen.

Die Funktion der Bewusstseinskonstituenten wird als die Grundlage moralischer Disziplin beschrieben. Sie bewahren so davor, fehlgeleitete Handlungen (mental, verbal und physisch) auszuführen, indem an diejenigen Verhaltensregeln appelliert wird, welche als die „Mitte haltende Einstellung“^{xxi} charakterisiert sind und letztlich zu „Leidfreiheit“ führen sollen. Denn die „Grunderkrankung“ des Menschen heißt „Leiden“, als ihre Ursache gilt ein „Verlangen-nach“, gleichwohl es nicht mit dem Leiden selbst verwechselt werden darf. Denn das grundsätzliche Leiden repräsentieren die „Fünf Konstituenten empfindender Wesen“ (skt.: *skandha*, pāṭi: *khandha*) in einem beständigen „Auf-sich-Beziehen“, einem beständigen attraktiv und aversiv bewertendem Verhalten im Umgang mit sich und der Welt.

Ein folgenreicher Schluss aus dem Dargelegten lautet nun, dass hinter diese Konstituenten nicht mehr zurückgegangen werden kann und auch nicht muss, dass sich kein individuelles Selbst, kein Subjekt, kein Seelenkern dahinter finden lassen. Alle scheinbaren Entitäten sind nur, insofern sie interagierend Zusammengesetzte sind in Raum und Zeit und nicht aus sich heraus und sind somit „non-inhärent“.^{xxii} Ihre Konstituierung ist ein höchst dynamischer Prozess und erfolgt beständig. Der vordergründig sinnliche und intellektuelle Eindruck von Konstanz respektive Permanenz trägt, spiegelt dem Menschen ein falsches Verständnis des eigentlichen phänomenalen Sachverhaltes aus seiner eigenen Unkenntnis und Unwissenheit um diesen vor und verursacht in seiner Konsequenz *dukkha* (Pāṭi, skt.: *duḥkha*), ein „grundsätzliches Leiden“.

In diesem Sinne zeigt der Buddha die Lebenssituation von Lebewesen (Defizienz, d. i. anthropologisch „Leiden“), deren Ursache (Aversion, Attraktion, Unwissenheit), ihre Wandlung (Einüben ethisch-integrer Handlungsweisen) und das Resultat dieser Wandlung (skt.: *nirvāṇa*, *śūnyatā*, d. i. „Non-Inhärenz“) auf und forciert so die Kultivierung einer Haltungswandlung vom „Hineindenken in eine Lebensweise“ zum „Hineinleben in eine Denkweise“.

Dies waren bis hier her der anthropologische Ort, die Zustandsbeschreibung und die Funktion des Bewusstseins. Nun stellt sich natürlich die Frage, was denn dieses komplexe System letztlich hinsichtlich der Problematik von Lebensbeginn und vor allem Lebensende bewirken soll und kann? Sinn und Zweck ist die gezielte, d. h. lebenspraktische Arbeit an sich selbst, um Veränderungen derart herbeizuführen, dass man mit sich und anderen selbstachtend, würdevoll und rücksichtsvoll und damit „leidfrei“ lebt.

Die aufgeführten anthropologischen (Gestalt, Empfindung, unterscheidende Wahrnehmung, Gewohnheiten und Bewusstsein, d. i. skt.: *skandha*, pāṭi: *khandha*) und mentalen Komponenten (skt.: *caitta*, pāṭi: *cetasika*, d. i. Bewusstseinskonstituenten) spiegeln in ihrer Interaktion genau das wider, wie wir uns hier und jetzt als „Person“, als „Mensch“, als „Ich“ begreifen. Sie interagieren zwar während eines Lebens, dies nennen wir dann „empfindendes Lebewesen“ respektive „Ich“, besitzen jedoch ihre „eigene Geschichte“ und darüber hinaus keine Inhärenz. In der Zeitspanne dieser Interaktion beeinflussen sie sich bis zu einem gewissen Grade gegenseitig, und wichtiger, sie können beeinflusst werden – wir sind ihnen, genau genommen „uns selber“, nicht hilflos ausgeliefert.

Deutlicher wird dies nun in Konfrontation mit einer als („westliches“) Grundproblem der medizin-ethischen Denkweise zu bezeichnenden Annahme: Ein unhinterfragtes und als starke Prämisse gesetztes Korrelationsverhältnis von Organ „Gehirn“ als Sitz des Bewusstseins, sodass fehlende Gehirnaktivitäten, d. i. „Hirntod“, welche auf physiologischen Prozessen basieren, zu der Schlussfolgerung führen, dass der Begriff „Person“ aufgehoben, der Mensch „gestorben“ ist. In seinem Werk *„Into the Grey Zone: A Neuroscientist Explores the Border Between Life and Death“* (2017) geht der Neurowissenschaftler Adrian Owen der Frage nach, ob die Grenze zwischen Leben und Tod wirklich derart eindeutig gezogen werden kann, wie eben dargestellt.^{xxiii} Hierbei bezieht er sich vor allem auf Fallbeispiele zum Wachkoma. Wachkoma, welches gleichfalls gemeint ist, wenn vom „persistierenden vegetativen Status“ sowie „apallischem Syndrom“^{xxiv} gesprochen wird.^{xxv}

Owen kam in Kontakt mit einer Patientin namens Kate, welche seine ausführlichen Studien zum Wachkoma anstieß.^{xxvi} Aufgrund einer schweren Infektion fiel sie in ein Koma, welches sich zum Wachkoma ausweitete. Nun stellte sich Owen die Frage, ob bei Kate „Wachsein“, d. i. „bewusst-los lebendig“, d. h. kein „personales Ich“ oder „Gewahrsein“, d. i. „bewusst lebendig“, d. h. „personales Ich“ vorlag. In Kates Fall traf letzteres zu und sie gesundete. Über ihre Erfahrungen im Wachkoma berichtete Kate, alles bewusst vernommen zu haben, ohne selbst interagieren zu können.

Hat der Umgang, das (konventionelle, aktual-gesellschaftlich legitimierte) Vorverständnis von Patienten im Wachkoma also grundlegenden Einfluss auf deren Genesung?

„Psychologische Studien zeigen, dass eine soziale Isolation katastrophale Folgen für das Gehirn hat. Stellen Sie sich vor, Sie lägen Tage, Wochen, Monate im Bett, behandelt wie ein Gegenstand oder vollkommen unbeachtet.“^{xxvii}

Anhand einer weiteren Fallakte, der Patientin Debbie, konnte Owen im Jahr 2000 nachweisen, „dass sich das Gehirn eines Wachkomapatienten verbal stimulieren lässt“^{xxviii}. In der Folge schritt der medizin-technische Fortschritt voran, und Owen konnte unter Zuhilfenahme der funktionellen Magnetresonanztomographie (fMRT) bei dem Patienten Kevin Testreihen mit ambigen Wörtern (Mehrdeutigkeit, z.B. „aufheben“), welche, eine „bewusste“ Entschlüsselungsleistung fordern, durchführen. Die nun bildliche Darstellung „auch geringster Interaktionen, der das Sprachzentrum steuernden Hirnareale“, ^{xxix} eines als „bewusst-los“ definierten Patienten, ließen keinen anderen Schluss zu als jenen, dass Kevin „sich seiner selbst bewusst“ war. Insgesamt wurden 54 Patienten innerhalb Owens Versuchsreihen positiv auf „Bewusst-sein“ und damit auf ein „personales Ich“ überprüft.^{xxx}

„Sie sahen und hörten, wach *und* bewusst. Im Gegensatz zu ihnen und mir waren sie allerdings tief in ihrem Inneren versunken, unerreichbar für uns, in der *Grey Zone* eingeschlossen.“^{xxxi} „Erschreckend war, dass wir davon ausgehen mussten, dass nicht alle Menschen, welche über ein Bewusstsein verfügten, sich uns auch mitteilen konnten, auch nicht über Gehirnaktivitäten im Scanner.“^{xxxii}

Owen konstatiert, dass jede unserer Entscheidungen betreffend dieser Patienten, „tiefgreifende ethisch-moralische Konsequenzen“^{xxxiii} nach sich ziehen: Dürfen diese Folgen vom je aktuellen

Stand der Medizintechnik abhängig sein, nur und gerade weil dem „Westen“ ein adäquates Beschreibungsmittel zum Verstehen dieses Sachverhaltes fehlt und ein aktual-gesellschaftlicher legitimer *status quo*, „*Nasciturus* und Hirntod“, politisch und (transplantations-)ökonomisch praktiziert wird?

Ein Patient im Wachkoma, konventionell keine Interaktion mit der Außenwelt feststellbar, bspw. verunfallt nach einem schweren Unfall, eine lange, krankheitsbedingte Leidensphase hinter sich, im fortgeschrittenem Lebensalter o. ä.: Wie wahrscheinlich ist in diesem Fall ein „vorschnelles“ Absprechen von Bewusstsein aus gesellschaftlich durchaus respektablen, humanitären Gründen oder auch aufgrund des ökonomisch-sozialen Druckes der Transplantationsmedizin?^{xxxiv}

Owen zieht gegen Ende seines Werkes den Schluss:

„Messen wir Bewusstsein, so messen wir genau genommen Gehirnaktivitäten der *Selbsterfahrung bewussten Seins* und nie ein Bewusstsein als solches.“^{xxxv}

Vor diesem Hintergrund lautet nun die Frage nicht, wie sich der Buddhismus zu medizin-technischen Innovationen des „Westens“ verhält, sondern wie er sich zu sich selbst, d. h. zu seinen eigenen Möglichkeiten stellt und wie er sich in einer „interkulturellen und religionssensiblen Ethik im Gesundheitswesen“ einbringen kann.

Der Buddhismus verkörpert eine non-personale (Denk-)Kultur, in welcher sich der Mensch durch keine, wie auch immer geartete, gefestigte Personenentität auszeichnet, sondern durch eine Vielzahl interagierender Momente. Die Person ist „leer-von-...“ (skt. *sūnya*, d. i. „Nicht-Inhärenz“), ihr kommt weder eine Seele noch ein konstanter, individueller Wesenskern zu. Das Todeskriterium „Hirntod“ greift zu kurz, denn der Buddhist ist seinem Selbstverständnis nach in einem „wahrnehmbarem Sterbeprozess“ weiterhin „sich seiner Selbst bewusst“. Wann dieser Prozess dieses „sehr subtilen Bewusstseins“ der Interaktion in diesem aktuellen „physischen Körper“ abgeschlossen ist, ist „kultur- und erfahrungsbasiert“ festgelegt.

Im „Westen“ gilt der Begriff der „Person“ als Bedingung der Möglichkeit für (Medizin-)Ethik schlechthin. Im Buddhismus wird er entweder nicht verwendet, bewusst abgewertet und/oder negiert. Der Stellenwert von „Person“ im „Westen“ lässt andererseits auch auf eine weitgehende Anthropozentrik schließen, deren unhinterfragte Selbstverständlichkeit, mit dem buddhistischen Erklärungsmodell von „Bewusstsein“ und damit von „Tod und Sterben“ konfrontiert, zumindest bedenkenswert ist und den „westlichen“ Standort zu hinterfragen nötigt.

So werden die Erklärungsmodelle des Buddhismus nicht nur philosophisch interessant, sondern (medizin-)ethisch bedeutsam und damit gesellschaftlich relevant, wie wir am Beispiel der Owenschen „*Grey Zone*“ und des hier korrespondierenden buddhistischen „nicht-feststellenden Erkenners“ (tib.: *mngon sum yid ma btad*) deutlich sehen können.

Heutige buddhistische (Medizin-)Ethik fordert ein „nicht-inhärentes Subjekt“ mit verantwortlichem Problembewusstsein von Handlungs- und medizin-ethischen Alternativen sowie der Problematisierung von (Medizin-)Ethik selber. Ein solcherart „Subjekt“ darf von buddhistischen Implikationen, einer grundlegend leidenden Daseinsweise in einem erweitertem Lebensbegriff (skt.: *saṃsāra*), von Handeln und Nicht-Handeln (skt.: *pravṛtti, nivṛitti*) und Freiheit (skt.: *mokṣa*) nicht unberührt bleiben. Mit-Leiden (skt.: *karuṇā*) steht hier sinnfällig zwischen

buddhistischem und westlichem Denken im Zentrum von (Medizin-)Ethik. Professionelle westliche (Medizin-)Ethiker nehmen diesen Gedanken in der Regel nicht ernst, doch findet Mit-Leiden auch als (medizin-)ethisch geforderte Handlungsoption im „leidenden Subjekt“ statt und steht diesem nicht rein als ein ethisch unabdingbares „Sollen“ gegenüber: metaphysische Spekulationen und begriffliche Distinktionen finden hier ihr Ende. „Leiden ist“, ob es Personen gibt oder nicht, ob der Begriff der Person für die (Medizin-)Ethik konstitutiv ist oder nicht: ebenso der hohe Wert des menschlichen Lebens (skt.: *āyur*) und die absolute Nichtschädigungsforderung (skt. *ahimsā*) diesem gegenüber. Mit-Leiden als „selbst-lose“ (skt.: *anātman*) Bereitschaft Leiden zu mindern – wo dies stattfindet, findet (Medizin-)Ethik statt.

Ethische und gerade medizinethische Diskurse anderer (Denk-)Kulturen können so zum hermeneutischen Schlüssel für die verborgenen Dimensionen der eigenen Tradition und der (medizin-)ethischen Diskussion werden. In einer kulturübergreifenden Erörterung lässt sich dieses schwierige Problem, ob und gegebenenfalls wie das Verhältnis zwischen dem „menschlichen Leben“ und dem „menschlichen Sterben“ bzw. „Leben von menschlichen Zellen“ vernünftig rekonstruiert werden kann, klären. Angesichts der Zwänge, welche sich durch die Globalisierung der medizinischen Entwicklung ergeben, sollte der Blick auf diese Probleme auch die nicht-westliche Perspektive miteinbeziehen, denn es liegen dort bisher nicht bedachte Antworten.

Literatur

- Bretfeld, Sven; Knopf, Rainer (Hrsg.): Darlegung der Bedeutung (*Aśhasālinī*). Der Kommentar zum *Dhammasaṅgāṇī*. Übers. v. Bhikkhu Nyānaponika. Oxford: The Pali Text Society 2005.
- Goenka, Satya Narajan: *Chaṅha Saṅgāyana* CD-Rom Version 3. Dhammagiri: Vipassana Research Institute 1999.
- Kelsang Gyatso, Geshe: *Understanding the Mind. The Nature and Power of the Mind*. 3. Auflage, Ulverston: Tharpa Publication 2007.
- Jampa Gyatso, Purchok: *Explanation of the Presentation of Objects and Object-Possessor as well as Awareness and Knowledge*. In: Jampa Gyatso, Purchok (Hrsg.): *Magical Key to the Path of Reasoning: Presentation of the Collected Topics Revealing the Meaning of the Treatises on Prime Cognition*. Buxa: Library of Tibetan Works and Archives 1965.
- Spaemann, Robert: *Personen. Versuche über den Unterschied zwischen "etwas" und "jemand"*. Stuttgart: Klett-Cotta 1996.
- Owen, Adrian: *Into the Grey Zone: A Neuroscientist Explores the Border Between Life and Death*. Norwich: Guardian Faber Publishing 2017.
- Ting, Jacqueline: *Bioethischer Diskurs zum Hirntod unter Einbeziehung buddhistischer Perspektiven*. In: *Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen* Jg. 2 / 2018, S. XXX.

Autorenkontakt

Michael Gerhard
 Johannes Gutenberg-Universität
 Jakob-Welder-Weg 12, Philosophicum, Raum 00-918
 55099 Mainz
 gerhard@uni-mainz.de

Zitationsvorschlag

Gerhard, Michael (2018): Tod und Sterben im Buddhismus – Implikationen für eine moderne Gesellschaft. *Jahrbuch für interkulturelle Ethik im Gesundheitswesen* 2: 4-17.

Anmerkungen

-
- ⁱ Wichtig zu beachten ist und nicht verwechselt werden darf die Doppelbedeutung des Sanskrit-Begriffes *dharma* im Buddhismus: (1) die Lehre des Buddha als solche und (2) ›Daseins-Konstituenten‹.
- ⁱⁱ Der buddhistische *dharma* zielt in einen Bereich, welcher in westlicher Begrifflichkeit eher pragmatisch und diätetisch (gemeint ist der aus dem Lateinischen stammende Sammelbegriff, welcher ursprünglich alle Maßnahmen umfasst, welche zur Gesunderhaltung oder Heilung beitragen, sowohl körperlich als auch geistig, im Sinne einer geregelten, glücklichen Lebensweise) denn soteriologisch aufgefasst werden muss, wenn Soteriologie, wie in deutschen Nachschlagewerken üblich, als ›theologische Lehre das Erlösungswerk Christi betreffend‹ verstanden wird und nicht, wie im angelsächsischen Sprachraum, als ›pertaining to the / a doctrine of salvation‹.
- ⁱⁱⁱ Lexikographische Äquivalente zu ›Medizin-Ethik‹ im Sanskrit lauten *nītiśāstra* oder *kartavyaśāstra*.
- ^{iv} Handlung, d. i. skt. *karman*. Handlung liegen in drei Modi vor: mentale, verbale und physische Handlungen.
- ^v *Nidation*: ›Einnistung‹, 5. Tag, ›4 bis 8 Zellenstadium‹, der *Nasciturus* (lat.: ›der geboren werden wird‹) gilt als Rechtsperson (§§ 823 ff. BGB).
- ^{vi} ›Hirntod‹, ›kumulativer Tod‹: sukzessiver Ausfall lebenswichtiger Organe (§ 3 Abs. 1 Nr. 2 TPG).
- ^{vii} ›Gesamthirntod‹ (§ 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG).
- ^{viii} S. a. Robert Spaemann, 1996.
- ^{ix} Diese Textsammlung ist Bestandteil des *tipiṭaka* (Pāli) und soll die unübersichtliche Fülle der in den *suttas* (Pāli) erteilten buddhistischen Lehren wie ein Gerüst zusammenhalten. Der *tipiṭaka* (Pāli), auch Pāli-Kanon oder oft einfach nur Kanon genannt, beinhaltet *vinayaṭiṭaka* (Ordensregeln), *suttaṭiṭaka* (Lehrreden), *abhidhammaṭiṭaka* (ein Kompendium aus Psychologie und Philosophie).
- Im Folgenden wird nicht zwischen den einzelnen buddhistischen Schulen und Richtungen differenziert, weil sowohl auf den Pāli-Kanon des Buddha (4./3. Jh. v. Zw.), als auch Buddhaghosa (5. Jh., *Aṭṭhasālinī*, *Visuddhimagga*) sowie auf Phur-bu-lcog Byams-pa-rgya-mtso (19. Jh., *Yul yul can dan blo-rig-gi rnam-par bsad-pa*) und Bskal-bzañ Rgya-mtso (20. Jh., *Understanding the Mind. The Nature and Power of the Mind*) zurückgegriffen und so eine gesamt buddhistische Aussage angestrebt wird. Da es sich bei den meisten der Bewusstseinskonstituenten um allgemeinmenschliche und nicht ausschließlich buddhistische Inhalte handelt, kommt ihrem Studium nicht nur in allen buddhistischen Schulen eine grundlegende Bedeutung zu, sondern sind diese auch für einen ›westlichen‹ Diskurs bedeutsam.
- ^x *Dhammapāda*, I.1-2.
- ^{xi} Purchok Jampa Gyatso, 1965, S. 32ff.

- xii Bei dieser ›Näherung‹ sind Begriffe wie ›Primärbewusstsein‹, ›Bewusstsein‹ oder ›Mentales‹ synonym zu gebrauchen.
- xiii Das Bewusstsein ist auf dieser Ebene eher als ein Bewusstseinskomplex zu verstehen: Augen, Ohren, Nase, Zunge, Haut; die Sinnesorgane (skt.: *jñāna indriyāṇi*) mit ihren Sinnesvermögen (skt.: *prāṇa*) und Sinnesvollzügen (skt.: *karma indriyāṇi*) interagieren mit einer denkenden, erinnernden, empfindenden und unterscheidenden Komponente (skt.: *antahkaraṇa*), welche diese Interaktion (hier: ›empirische Daten‹) intrinsisch ›wahrnimmt als‹ (skt.: *cittam*) solche und ›beabsichtigt‹ (skt.: *manas*) im Wahrnehmungs- und Denkvermögen diese zu ›erkennen als‹ (skt.: *buddhi*) ›empirische Daten‹, als ›Objekt‹, welches einem ›Subjekt‹ dieses dynamischen Prozesses gegenübersteht: *ahaṃkāra* (skt.), das ›Ego‹, das ›Ichbewusstsein‹, die ›Person‹, der Motivator des Wahrnehmens und Denkens.
- xiv Die Bewusstseinskonstituenten, 52 an der Zahl, werden meist in sechs Kategorien gebündelt gelistet: (1) ›beständig anwesende‹ (Empfindung, wahrnehmende Unterscheidung, Affizierung u. a.), (2) ›objektfeststellende‹ (Streben, starkes Festhalten, erinnernde Achtsamkeit u. a.), (3) ›ethisch-integre‹ (Vertrauen, Gewissenhaftigkeit, Gelassenheit u. a.), (4) ›Primäre Unwissenheit‹ (Attraktion, Aversion, Unwissenheit u. a.), (5) ›Sekundäre Unwissenheit‹ (Aggression, Geiz, Vergesslichkeit u. a.) und (6) ›Werte nach variablen‹ Bewusstseinskonstituenten (Schläfrigkeit, Bedauern, Analyse u. a.).
- xv Geshe Kelsang Gyatso, 2007, S. 18ff.
- xvi Ebd., S. 125.
- xvii Purchok Jampa Gyatso, 1965, S. 81ff.
- xviii Vgl., S. 52f.
- xix Vgl., S. 93.
Beobachter eines konventionell Verstorbenen nehmen hierbei *via* ihres Sinnengewahrseins die ›nicht-gültige direkte Sinneswahrnehmung‹ (tib.: *dbañ po 'i mngon sum tṣad min*) ›tote Person‹ wahr, gleichwohl sogar das ›grobe Bewusstsein‹ des vermeintlich Verstorbenen noch aktiv sein kann. Ein solcherart Beobachter ist ein ›nicht-gültiger Erkenner‹ (tib.: *tṣad min kyi blo*), er täuscht sich über den wahren Sachverhalt hinsichtlich des Objektes seiner Beobachtung, die ›tote Person‹.
›Konventionell‹ meint im Folgenden die Sozialisation eines Handelnden insofern er Mitglied einer Handlungsgemeinschaft ist und deren konzeptionelle Sichtweise von Wahrnehmung teilt: je aktual-gesellschaftliche Legitimation. ›Nicht-konventionell‹ meint die Sichtweise eines Handelnden außerhalb der Sozialisation dieser Handlungsgemeinschaft, allerdings mit lebenspraktischer Erfahrung der konzeptionellen Wahrnehmung dieser: je aktual-gesellschaftliche Legitimatorisch ist un-, unterbestimmt.
- xx Vgl., S. 42.
- xxi *Aṭṭhasālinī*, II,5,1, hier S. 282.
- xxii ›Inhärenz‹ (lat. *inhaerere*, in etwas hängen) bezeichnet das Verhältnis der Eigenschaften zu einem Träger der Eigenschaften. Ähnlich wie *suñña* (Pāli, ›leer-von-...‹) meint hier ›Non-Inhärenz‹ das frei sein der konventionellen und konzeptionellen Eigenschaften von einem Träger derselben. Die Eigenschaften rechtfertigen sich in einem Interdependenzzusammenhang ohne eines inhärenten Wesenskernes zu bedürfen. Des Weiteren meint ›Non-Inhärenz‹ (Pāli *suññatā*) auch, frei von Inhärenz im Sinne von Attraktion (oder Aversion) zu einem Träger derselben zu sein.
- xxiii Siehe im Folgenden auch ausführlich: Jacqueline Ting, 2019, hier auch unterstützende Graphiken.
- xxiv Ein Krankheitsbild, welches durch schwerste Schädigung des Organes Gehirn hervorgerufen wird. Dabei kommt es zu einem funktionellen Ausfall der gesamten oder größeren Teile der Großhirnfunktion, während Funktionen von Zwischenhirn, Hirnstamm und Rückenmark erhalten bleiben. Hierdurch wirken die Betroffenen wach, besitzen aber kein konventionell wahrnehmbares Bewusstsein und nur sehr begrenzte Möglichkeiten der Normal-Kommunikation. In Deutschland wird von wenigstens 10.000 Betroffenen ausgegangen, bei pro Jahr mindestens 1.000 neuen Patienten (Stand Dezember, 2018).
- xxv Wachkoma eines bspw. zur Organtransplantation vorbereiteten, als Hirntod definierten Menschen.
- xxvi Owen 2017, S. 39ff.

^{xxvii} Ebd., S. 49.

^{xxviii} Ebd., S. 71; es etablierte sich gleichfalls die Wachkomaforschung.

^{xxix} Ebd., S. 105.

^{xxx} 23 Patienten wurden daraufhin nochmals neurologischer Prüfung unterzogen, welche in der Summe negativ ausfielen. Eine erneute Überprüfung im fMRT konnte jedoch bei 17% eindeutig ein Bewusstsein nachweisen.

Owens Folgestudien führten dazu, dass von schätzungsweise 15.000 bis 40.000 Fällen bei 7000 ein Bewusstsein aufgezeigt werden konnte. Die große, indifferente Spanne erklärt sich aus der mangelhaften Dokumentation der Fälle in den (palliativ-medizinischen) Pflegeeinrichtungen.

^{xxxi} Ebd., S. 147.

^{xxxii} Ebd., S. 228.

^{xxxiii} Ebd., S. 213.

^{xxxiv} 2001 wurde in Amsterdam während der Tagung *Imaging the Mind* darüber debattiert, ob und wenn ja in wie weit ein ›Beschreibungmodell Bewusstsein‹, die Bereitschaft, einen Menschen zu töten, beeinflusst: »Die Bereitschaft korreliert offensichtlich mit Aussehen und Verhalten des Menschen.« (Ebd., S. 206).

^{xxxv} Ebd., S. 285.