

Sterben in Würde? Worauf es ankommt¹

Heinz Rieger

Sterben ist nicht einfach ein biologisches Geschehen, das nach immer gleichen Gesetzmässigkeiten abläuft. Es ist in hohem Masse kulturell bestimmt und ändert sich dementsprechend im Verlauf der Geschichte. Drei Entwicklungen haben das Sterben in jüngster Zeit stark geprägt:

- die *Langlebigkeit*, die das Sterben zu einem Phänomen des hohen Alters hat werden lassen,
- die *Medikalisierung*, die das Sterben der Zuständigkeit der Medizin unterstellt hat,
- und die Beeinflussbarkeit des Sterbens, die es zu einem Gegenstand *autonomen menschlichen (Mit-)Entscheidens* gemacht hat.

Sterben wird in die Hochaltrigkeit verlegt

Früher bestand in jedem Lebensalter das Risiko zu sterben. Am höchsten war es im Kleinkindesalter und für Frauen beim Gebären. Der Demographiehistoriker Arthur E. Imhof hat dargestellt, wie in Europa etwa seit den 1920er Jahren so etwas wie eine durchschnittlich erwartbare „sichere Lebenszeit“ entstand.² Wir können heute in der Regel davon ausgehen, dass wir bis ins achte Lebensjahrzehnt leben können, bevor uns der Tod ereilt. So hat in unseren Breitengraden die durchschnittliche Lebenserwartung in den vergangenen 100 Jahren um rund 30 Jahre zugenommen.³ Das hat dazu geführt, dass das Sterben vor allem zu einem Thema des hohen Alters mit all seinen Begleiterscheinungen geworden ist.

Sterben wird medikalisiert

Dazu kommt, dass Sterben zu einem Thema der Medizin geworden ist. Früher starben die Menschen meist in ihrem alltäglichen sozialen Umfeld. Sie wurden dabei von den Menschen begleitet, mit denen sie das Leben teilten. Als externer Fachmann für das Sterben galt allenfalls

¹ Die folgenden Überlegungen wurden als Referat vorgetragen an einer Veranstaltung für Onkologie-Patienten im Kantonsspital Winterthur (08.04.13) und an einer Mitgliederversammlung des Vereins Hospizdienst Thurgau (28.05.2013).

² Arthur E. Imhof, *Ars moriendi. Die Kunst des Sterbens einst und heute* (Kulturstudien. Bibliothek der Kulturgeschichte 22), Wien 1991, 12 f.; ders., *Von der unsicheren zur sicheren Lebenszeit. Fünf historisch-demographische Studien*, Darmstadt 1988.

³ „In der Schweiz stieg die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt bei Männern von 1900 bis 2011 von 46,2 auf 80,3 Jahre, bei Frauen von 48,9 auf 84,7 Jahre (Zahlen des Bundesamtes für Statistik).“

der Geistliche. Heute sterben die meisten Menschen unter medizinischer, das heisst ärztlicher und pflegerischer Betreuung, also unter professionalisierter Aufsicht und in spezialisierten Institutionen: im Spital oder im Heim.⁴ Diese Medikalisierung, Professionalisierung und Institutionalisierung des Sterbens ging einher mit einem immer grösser werdenden Katalog möglicher technischer Interventionen, um das Sterben zu verhindern und das Leben zu verlängern. Der Mediziner Frank Nager hat eindrücklich beschrieben, wie dadurch Spannungen entstanden zwischen der in modernen Spitälern betriebenen Medizin und der im Zuge der gesellschaftlichen Arbeitsteilung eben diesen Institutionen und Professionen zugewiesenen Aufgabe, Menschen im Sterben zu begleiten.⁵ Klassische Schulmedizin versteht sich traditionellerweise primär im Dienst der Lebensverlängerung und des Kampfes gegen den Tod.⁶ Palliative Medizin ist demgegenüber der Versuch, wieder verstärkt ernst zu nehmen, dass auch eine gute Begleitung beim Sterben zu den zentralen Aufgaben der Medizin gehört.

Sterben gerät vom Schicksal in die Zone des Entscheidens

Schließlich ist auf eine dritte einschneidende Veränderung des Sterbens hinzuweisen. War früher das Sterben für Menschen der Inbegriff der Erfahrung eines fremdverfügten Schicksals, dem man sich zu beugen hatte, stehen uns heute zahlreiche Möglichkeiten zur Verfügung, medizinisch zu intervenieren, das Sterben zu bekämpfen und das Leben zu verlängern. Heute stirbt man meist nicht mehr einfach „natürlich“ oder „von selbst“. Neuere Untersuchungen haben ergeben, dass zum Beispiel in der Schweiz in 51% der Fälle, in denen Menschen in ärztlicher Begleitung starben, dem Sterben Entscheidungen vorausgingen, den betreffenden Menschen sterben zu lassen.⁷ Die alte Formulierung auf Todesanzeigen, es habe dem Herrn

⁴ Die Zahlen im Blick auf die Schweiz: „2007 ereigneten sich 34 Prozent der Todesfälle von Personen ab 75 Jahren im Spital, 51 Prozent in einem Pflegeheim (bzw. einer anderen sozialmedizinischen Institution) und 15 Prozent zuhause oder an einem anderen Ort. Der Anteil der Todesfälle in Pflegeheimen nimmt mit dem Alter zu: 75 Prozent der 90-Jährigen starben in einer solchen Einrichtung, gegenüber 20% im Spital“ (Medienmitteilung Nr. 0350-0910-10 des Bundesamtes für Statistik vom 17.09.2009). Das Bundesamt für Gesundheit weist in seiner Nationalen Strategie Palliative Care 2010–2012 darauf hin, dass sich „in den letzten Jahrzehnten das Sterben zunehmend in Institutionen (verlagerte). Aktuell findet innerhalb der Institutionen eine Verschiebung vom Spital in Alters- und Pflegeheime statt“ (Bern 2009, 11). Etwas ältere Zahlen bieten Susanne Fischer/Georg Bosshard/Ueli Zellweger/Karin Faisst, Der Sterbeort: „Wo sterben die Menschen heute in der Schweiz?“, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 37 (2004), 6, 467–474.

⁵ Frank Nager, Gesundheit, Krankheit, Heilung, Tod. Betrachtungen eines Arztes, Luzern 1998, 60–62.

⁶ Nager beschreibt die moderne Schulmedizin des 20. Jahrhunderts als „eine gigantische Veranstaltung gegen Sterben und Tod“ und hält fest: „Von Berufs wegen ist er (der Tod, H.R.) unser Feind, um nicht zu sagen – unser Todfeind. Vor allem in modernen Spitalzentren, die so inbrünstig auf Heilung von Krankheit und auf Verlängerung des Lebens eingeschworen sind, ist der Tod ein Scandalon. Krankenhäuser wollen nicht Sterbehäuser sein“ (ebd.).

⁷ Christoph Rehmann-Sutter, Leben enden lassen. Ethik von Entscheidungen über das Lebensende, in: A. Krebs/G. Pfeleiderer/K. Seelmann (Hg.), Ethik des gelebten Lebens. Basler Beiträge zu einer Ethik der Lebensführung, Zürich 2011, 271–293: 280.

über Leben und Tod gefallen, den Verstorbenen zu sich zu rufen, greift heute zu kurz. Heute muss es auch noch dem Sterbenden selbst, der betreuenden Ärztin und möglicherweise den Angehörigen des Sterbenden gefallen, jemanden sterben zu lassen.

Dass Sterben mit einem Entscheidungsprozess zusammenhängt, stellt eine neue Situation dar, weil während Jahrhunderten – abgesehen von Mord und Totschlag – nur ein einziger Fall bestand, in dem dem Sterben ein Entscheid voranging: derjenige des Suizids. Und der war moralisch, religiös und rechtlich mit allen erdenklichen Tabus und Sanktionen behaftet, um ihn möglichst nicht eintreten zu lassen. Heute gehört es zum Normalfall, dass es zum Sterben-Können eines menschlichen Entscheides bedarf.

Idealbilder eines „würdigen“ Sterbens

Seit Jahrzehnten ist in unserer westlichen Kultur die Forderung nach einem „Sterben in Würde“ weit verbreitet.⁸ Sie wird als Idealbild beschworen und von Spitälern und Heimen mit Nachdruck eingefordert. Was darunter verstanden wird, steht nicht immer genau fest; die Palette der damit verbundenen Inhalte ist vielfältig. Dennoch kann man sagen, dass sich heute bei den meisten Leuten vor allem zwei zentrale Aspekte mit der Vorstellung eines würdigen Sterbens verbinden:

- zum einen der Aspekt eines *friedlichen*, relativ *schmerzfreien* Sterbens ohne lange Leidenszeit;
- zum anderen der Aspekt eines selbst bestimmten, autonom vollzogenen Sterbens.

Die Identifizierung dieser Aspekte mit der Würde im Sterbeprozess ist in beiden Fällen hoch problematisch und verunmöglicht eher ein angemessenes Verständnis dessen, worauf es bei einem menschenwürdigen Sterben ankommt.

Der Wunsch nach einem friedlichen Sterben

Ich wende mich zuerst dem Wunsch nach einem friedlichen Sterben zu. Er ist sehr gut nachvollziehbar. Die meisten von uns würden gerne möglichst lange gesund leben, um dann relativ rasch, ohne lange Zeit des Leidens und des körperlichen Zerfalls, ohne demenziellen Abbau der geistigen Klarheit, ohne durch unerwünschte intensivmedizinische High-Tech-Maßnahmen daran gehindert zu werden, ruhig sterben zu können: abends einschlafen und am Morgen nicht mehr aufwachen. Wer würde diesen Wunsch nicht teilen! Es ist deshalb wichtig, dass die Definition der Ziele der Medizin im internationalen Hastings-Report von 1996 als

⁸ Vgl. die grundsätzlichen Überlegungen zu dieser Thematik in Heinz Rieger, *Sterben in Würde? Nachdenken über ein differenziertes Würdeverständnis*, Zürich 2004.

letzten Punkt auch dies beinhalten, Menschen ein möglichst friedliches Sterben („a peaceful death“) zu ermöglichen.⁹

Problematisch wird es erst, wenn man – wie das heute allerdings weithin üblich geworden ist – ein solches friedliches Sterben zur Bedingung erklärt für ein „würdiges Sterben“; wenn also ein Sterben, das durch krankheitsbedingten körperlichen oder psychischen Abbau gekennzeichnet ist oder dem eine längere Zeit der Pflegeabhängigkeit vorausgeht, automatisch als unwürdig bezeichnet wird! Wo ein solches Verständnis Raum gewinnt, ist kritischer Einspruch nötig.

Krankheitsbedingter Würdeverlust?

1994 setzte sich der Schweizer Nationalrat Victor Ruffy in einer parlamentarischen Motion mit dem Argument für eine Liberalisierung der aktiven Sterbehilfe ein, es gebe „unheilbare Krankheiten, welche mit fortschreitender Entwicklung die Würde des Menschen in schwerer Weise beeinträchtigen. Angesichts dieser Tatsache (hätten) in unserer Gesellschaft immer mehr Menschen den Wunsch, selbst über ihr Ende mitbestimmen und in Würde sterben zu können“,¹⁰ sei es durch eine auf ihren Wunsch hin an ihnen vollzogene Tötung im Sinne aktiver Sterbehilfe oder durch einen begleiteten Suizid unter Mithilfe einer Sterbehilfeorganisation wie EXIT oder Dignitas. Dem Label „Dignitas“ ist bezeichnenderweise der Claim zugeordnet: „Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben.“ Die vom Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartement daraufhin eingesetzte Expertenkommission kam ebenfalls zum Schluss, wenn es um so Wesentliches gehe wie „den Schutz des Lebens und der Menschenwürde“ müsse die Möglichkeit aktiver Sterbehilfe, also des Tötens auf Verlangen des Patienten, in Erwägung gezogen werden können,¹¹ denn – so ist offenbar die dahinter stehende Logik – durch rechtzeitige Tötung einer unheilbar kranken Patientin kann deren fortschreitender Würdeverlust rechtzeitig gestoppt und die Würde besagter Person in diesem Sinn „geschützt“ werden.

Empirisch fundiertes Würdeverständnis

Hier kommt ein Würdeverständnis ins Spiel, das davon ausgeht, dass Menschenwürde von empirischen Gegebenheiten (Lebensqualität, Schmerzen, Krankheitszustand, Pflegeabhängigkeit etc.) abhängt und graduell abnehmen kann. Diese Würde ist einem sterbenden

⁹ Werner Stauffacher/Johannes Bircher (Hg.), *Zukunft Medizin Schweiz. Das Projekt „Neuorientierung der Medizin“* geht weiter, Basel 2002, 324–389: 327.

¹⁰ Zit. in: Heinz Rügger, *Sterben in Würde?*, 13.

¹¹ Zit. in: a.a.O., 14.

Menschen nur bedingt eigen. Sie kann durch eine schwere, unheilbare und vielleicht in ihrem Erscheinungsbild Ekel erregende Form „in schwerer Weise beeinträchtigt werden.“ Würde hängt nach diesem Verständnis von empirischen Voraussetzungen ab; wer sie nicht erfüllt, dem wird Würde abgesprochen.

Wo sich dieses empirisch fundierte Würde-Verständnis durchsetzt, geraten alte, leidende, sterbende Menschen unter Druck. Sie müssen befürchten, von ihrem Umfeld als würdelose Kreaturen angesehen – und im schlimmsten Falle womöglich als solche behandelt – zu werden, und es kann sich ihnen auf ganz subtile Weise die Frage nahe legen, ob sie zum „Schutz“ ihrer noch verbliebenen Würde und zur Entlastung der Angehörigen und der Gesellschaft nicht rechtzeitig ihren Tod herbeiführen sollten durch einen Akt, den man in Deutschland – in durchaus kritischer Absicht – schon als „sozialverträgliches Frühableben“¹² bezeichnet hat.

Die Überforderung durch das Idealbild eines würdigen Sterbens

Dank enormer medizinischer und pharmazeutischer Fortschritte, in jüngster Zeit auch dank neuer Entwicklungen von Palliative Care, kann viel getan werden, um den Prozess des Sterbens zu erleichtern und ihn möglichst friedlich, also erträglich zu gestalten. Aber das lässt sich nicht garantieren! Die Würde des Sterbens an einem friedlichen Prozess des Sterbens festmachen zu wollen, dürfte jedenfalls problematisch sein und leicht zu einer Überforderung für alle daran Beteiligten werden.

Der amerikanische Mediziner Sherwin B. Nuland hat in einem Buch beschrieben, wie man an den verschiedensten Krankheiten stirbt. Für ihn ist das viel beschworene Ideal eines „würdigen Todes“ ein Mythos. Er konstatiert: „Ich habe nur selten Würde (in dem heute weit verbreiteten empirischen Verständnis, H.R.) beim Sterben erlebt. Das Bemühen um Würde scheitert, wenn der Körper uns im Stich lässt.“¹³ Und die Geriaterin Regula Schmitt-Mannhart stimmt ihm zu: „Sterben ist nicht schön... Wir müssen lernen, uns einzugestehen, ... dass wir unser vorgefertigtes Bild vom ‚würdigen Sterben‘ nicht verwirklichen können. Es ist eine Illusion zu meinen, dass wir ein Sterben ohne Belastung, ein ‚stressfreies‘ Sterben ... erzwingen können.“¹⁴ So gesehen setzt die Forderung nach einem „würdigen Sterben“ die Sterbenden nur unter einen Leistungsdruck, der das Sterben noch schwieriger machen dürfte, als es ohnehin schon ist.

¹² Diese Wortschöpfung geht auf den damaligen Präsidenten der deutschen Bundesärztekammer, Karsten Vilmar, zurück, der damit die Sparpläne der Bundesregierung kritisierte. Der Begriff wurde 1998 zum Unwort des Jahres erklärt.

¹³ Sherwin B. Nuland, *Wie wir sterben. Ein Ende in Würde?*, München 1994, 18.

¹⁴ Regula Schmitt-Mannhart, *Altern und Sterben in Würde*, in: M. Mettner (Hg.), *Wie menschenwürdig sterben? Zur Debatte um die Sterbehilfe und zur Praxis der Sterbebegleitung*, Zürich 2000, 257–268: 264–266.

Das klassische Verständnis der unverlierbaren Menschenwürde

Demgegenüber gilt es im Blick auf eine humane Sterbekultur am klassischen, nämlich unbedingten – weil bedingungslosen – Würdeverständnis festzuhalten, wie es der UN-Charta der Menschenrechte von 1948, Art. 1 des Deutschen Grundgesetzes und Art. 7 der Schweizerischen Bundesverfassung zugrunde liegt.¹⁵ Nach diesem Verständnis kommt jedem Menschen eine Personwürde zu, die er sich nicht verdienen muss, die er aber auch nicht verlieren kann, sondern die ihm einfach gegeben ist, unantastbar, einfach weil er ein Mensch ist: ob Bettler oder Königin, ob geistig behindert oder Nobelpreisträger, ob chronisch krank oder topfit – alle Menschen haben die gleiche, unverlierbare Würde.¹⁶ Man spricht hier von einem normativen, d.h. von keinen empirischen Vorbedingungen abhängigen Verständnis von Würde.

Das Anliegen, in Würde zu sterben, darf darum nicht die Einsicht verdunkeln, dass menschliche Würde im normativen Sinn der Menschenwürde etwas Unverlierbares ist, das man nicht durch ein besonders tapferes oder friedliches Sterben an den Tag legen und sichern muss. Kein Sterbeprozess, und sei er noch so lang und zermürend, kann die Würde des Sterbenden beeinträchtigen. Auch das Aushalten von Leiden gehört zu einem Sterben, das menschenwürdig ist. Deshalb spricht die Psychotherapeutin und Sterbebegleiterin Monika Renz von der „Würde des Aushaltens“ im Sterben und kritisiert eine Gesellschaft, die Leiden und Sterben nur noch als sinnlos ansieht, weil sie damit Kranken und Sterbenden das Gefühl vermittelt, würdelos zu sein.¹⁷

Die Forderung nach einem Sterben in Würde kann also nicht heißen, dass die sterbende Person Gefahr läuft, ihre Würde durch den fortschreitenden Krankheitsverlauf zu verlieren und deswegen selbst dafür Verantwortung tragen muss, zu einem Zeitpunkt oder auf eine Art zu sterben, die ihre Würde sicherstellt. Die Menschenwürde ist unverlierbar, man muss nichts für sie tun und kann auch im Sterben nicht aus ihr herausfallen. Insofern steht jedes Sterben eines Menschen unter dem Zeichen einer unantastbaren Würde, die menschlichem Leben auch im Sterben Wert verleiht und Respekt vor ihm einfordert, Respekt, der in einer entsprechenden, die Menschenwürde des Sterbenden achtende Sterbebegleitung zum Ausdruck kommen muss.

Um nicht falsch verstanden zu werden: Ich finde es durchaus nachvollziehbar und ethisch legitim, bei unerträglichem Leiden im Sterbeprozess gegebenenfalls als letzten Ausweg einen begleiteten Suizid zu wählen. Wir sollten alles tun, damit Menschen diesen Weg nicht

¹⁵ Art. 1 des Deutschen Grundgesetzes lautet: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ Und Art. 7 der Schweizerischen Bundesverfassung lautet: „Die Würde des Menschen ist zu achten und zu schützen.“

¹⁶ Darin liegt ein grundlegend egalitaristischer und universalistischer Aspekt des Menschenwürde-Konzeptes (vgl. Jean-Pierre Wils/Ruth Baumann-Hölzle, Mantelbüchlein Medizinethik II. Vertiefung. Grundsatzthemen zur Weiterbildung von Fachpersonen in Medizin und Pflege, Zürich 2013, 77).

¹⁷ Monika Renz, Was ist gutes Sterben? Beobachtungen und Einsichten aus der Begleitung Sterbender, NZZ Nr. 67, 2008.

beschreiten müssen. Wir sollten uns aber ebenso hüten, jemanden moralisch zu verurteilen, weil er oder sie sich dafür entschieden hat. Entschieden zu widersprechen ist dabei bloß der Vorstellung, ein solcher Suizid diene der Erhaltung der Würde beim Sterben, lasse das Sterben würdiger geschehen als es der Fall wäre, wenn jemand seinen Leidensweg zu Ende geht. Leiden schmälert die Würde nicht. Selbst bestimmter Suizid schützt oder konstituiert Würde beim Sterben nicht.

Die Forderung nach einem selbstbestimmten Sterben

Der andere inhaltliche Aspekt, der sich mit der Vorstellung eines Sterbens in Würde verbunden hat, ist der des selbstbestimmten Sterbens.

Die Errungenschaften der modernen Medizin haben es mit sich gebracht, dass das Sterben immer mehr durch menschliche Interventionen manipulierbar geworden ist. Für den modernen Macher-Menschen tritt der Tod aus dem Schatten eines fremd verfügt Schicksals ins Licht eines selber zu verantwortenden Machsals (Odo Marquard), das im Zeichen menschlicher Autonomie zu kontrollieren ist. Daniel Callahan bringt es auf den Punkt: „Während der Tod seiner kollektiven Bedeutung beraubt wurde, wurde das Recht, die Umstände des Sterbens zu bestimmen, umso mehr hervorgehoben. Die Forderung nach Kontrolle und die Ablehnung des Todes, wie er sich ereignet, wenn wir ihn unmanipuliert geschehen lassen, sind nicht nur stark, sie sind für viele eine Leidenschaft geworden. Das einzige Übel, das grösser scheint als der persönliche Tod, wird zunehmend der Verlust der Kontrolle über diesen Tod.“¹⁸ In weiten Teilen der westlichen Kultur hat sich die Vorstellung durchgesetzt, dass nur ein selbst bestimmtes Sterben, bei dem der Tod der Kontrollmacht des autonomen Menschen unterworfen wird, ein wahrhaft menschenwürdiges Sterben sei. In den USA hat sich seit langem ein eigentliches „death control movement“ gebildet, eine Bewegung, die sich im Blick auf das Wann, das Wo und das Wie für ein selbstbestimmtes Sterben stark macht.¹⁹ Prägnant kommt diese Einstellung in den Worten des amerikanischen Ethikers Joseph Fletcher zum Ausdruck: „Die Kontrolle des Todes ist wie die Geburtenkontrolle eine Frage menschlicher Würde. Ohne solche Kontrolle werden Personen zu Marionetten.“²⁰

Diese Haltung erklärt sich ein Stück weit als Konsequenz moderner medizinischer Entwicklungen. Ging man früher davon aus, dass einem der Tod zu bestimmter Zeit als unabwendbares Schicksal widerfährt (wenn es „dem Herrn über Leben und Tod so gefällt“!), können wir heute ein gutes Stück weit selbst mitbestimmen, ob eine Krankheit zum Tode

¹⁸ Daniel Callahan, *Nachdenken über den Tod. Die moderne Medizin und unser Wunsch, friedlich zu sterben*, München 1998, 43.

¹⁹ Vgl. Barbara J. Logue, *Last Rights. Death Control and the Elderly in America*, New York 1993.

²⁰ Joseph Fletcher, *The Patient's Right to Die.*, in: A. B. Downing (Hg.), *Euthanasia and the Right to Death*, London 1969, 69.

führen oder überwunden werden soll. Und weil wir rein objektiv medizinisch darüber entscheiden können, wird daraus auch ein Entscheiden-Müssen, ob wir wollen oder nicht. Wir haben in vielen Fällen gar nicht mehr die Möglichkeit, über Ort, Zeitpunkt und Art des Sterbens nicht zu entscheiden. Sterben ist in beträchtlichem Ausmass zu einem von Menschen bestimmten – oder jedenfalls mitbestimmten – Vorgang geworden! Reimer Gronemeyer hat die Konsequenz dieser neuen Situation treffend beschrieben: „Solange der Tod ‚kam‘, musste sich keiner rechtfertigen: Es bedurfte einer solchen Debatte nicht. Das moderne Subjekt ... hat sich in die fatale Lage gebracht, dass es nun selbst sein Sterben und seinen Tod zu verantworten hat.“²¹ Damit müssen wir leben. Hinter diese Situation können wir nicht mehr zurück.

Das Recht auf den eigenen Tod

Diese Verantwortung für das eigene Sterben vollzieht sich heute unter spezifischen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die dadurch gekennzeichnet sind, dass das Sterben medikalisiert, institutionalisiert, professionalisiert und durchorganisiert worden ist. So dankbar wir die im Blick auf Krankheit, Heilung und Sterben heute angebotenen medizinischen Möglichkeiten in der Regel annehmen, so verbreitet ist die Befürchtung, man könne dabei auch in ein medizinisch-institutionelles therapeutisches Räderwerk geraten, das einen technisch am Leben (oder zumindest am Überleben!) erhält, wenn man eigentlich lieber sterben möchte. Von daher kommt die Forderung nach einem „Recht auf den eigenen Tod“, das vom Schweizerischen Bundesgericht in einem Grundsatzurteil vom 3. November 2006 anerkannt wurde und das Recht bedeutet, über die Art und den Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens selber zu entscheiden.

Darum gehört passive Sterbehilfe, also der Verzicht auf bzw. die Beendigung von lebensverlängernden therapeutischen Maßnahmen, zum Kern einer menschenwürdigen, Autonomie respektierenden Behandlung kranker, pflegebedürftiger Menschen, sofern dies ihrem Willen entspricht. Jede lebensverlängernde Behandlung gegen den Willen einer Patientin ist dementsprechend moralisch verwerflich und gesetzlich verboten. Insofern hat die Forderung eines selbst bestimmten Sterbens einen legitimen Kern. „Es gibt ein berechtigtes Interesse, am Sterben durch übermässige Medizin nicht gehindert zu werden. Die Medizin muss ein gutes Sterben erlauben und es unterstützen. Die Entscheidungsprozesse am Ende des Lebens sollten das Interesse und die Wünsche der Betroffenen ins Zentrum stellen und die Qualität von Leben und Sterben zum Ziel haben.“²² Hinter dieses moderne medizin-ethische Postulat der Patientenautonomie wird niemand mehr zurückgehen wollen.

²¹ Reimer Gronemeyer, *Sterben in Deutschland, Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können*, Frankfurt a.M. 2007, 177.

²² Rehmann-Sutter, *Leben enden lassen*, 293.

Selbstbestimmung und Würde beim Sterben

Problematisch am heutigen Verständnis eines selbstbestimmten Sterbens ist allerdings die oft vollzogene Identifizierung eines „würdigen“ Sterbens mit einem „selbst bestimmten“ Sterben, als wäre es eines Menschen unwürdig, den Prozess des Sterbens hinzunehmen und zu erdulden, wie er sich ereignet, wenn wir ihn unmanipuliert geschehen lassen, ohne ihn medizinisch hinauszuschieben oder abzukürzen. Nach Reimer Gronemeyer besteht das heimliche Credo des modernen Menschen darin, „dass er nichts auf sich zukommen lassen kann, sondern – wenn er schon sterben muss – dem Tod dann doch jedenfalls präventiv die Handlungsmacht nehmen will. Wenn ich schon sterben muss, dann will ich sagen wann und wie.“²³

Wenn Sterben – soll es würdig geschehen – so zur abschließenden Planungs- und Gestaltungsaufgabe des Menschen wird, durch die er selbstverantwortlich seine Würde und Autonomie nochmals in einem letzten Akt zur Darstellung bringen soll, kann unmerklich ein neuer gesellschaftlicher Zwang entstehen. Ein Zwang, der v.a. von hochaltrigen, schwer kranken Menschen leicht als Druck empfunden wird, nur ja sicherzustellen, dass sie ihr Leben rechtzeitig, sozialverträglich und ‚würdig‘ beschliessen. Ein so verstandenes gesellschaftliches Ideal würdigen Sterbens müsste wohl eher als unwürdig und inhuman bezeichnet werden.²⁴ Eine Überbewertung des noch im Sterben autonom handelnden und bestimmenden Menschen verstellt nämlich den Blick auf die Bedeutung der auch im Sterben unantastbaren Würde des Menschen, deren entlastendes Potenzial gerade davon befreit, Würde aufgrund eigenen Handelns sichern zu müssen. Die Psychotherapeutin und Sterbebegleiterin Monika Renz hat wiederholt darauf hingewiesen, dass das Loslassen-Können, dass die Bereitschaft zum Durchleben eines Sterbeprozesses mit allem, was einem dabei widerfährt, eine elementare Voraussetzung für ein existenziell gutes, humanes Sterben ist. Sie spricht dabei von einer ‚Würde des Aushaltens‘ und kommt zum Urteil: ‚Sterben ist weder gut noch schlecht, Sterben ist. Im Loslassen ein Finden.‘²⁵

Selbstbestimmtes Sterben ist nicht Voraussetzung für ein würdiges Sterben, vielmehr ist die unverlierbare, vorgegebene Würde des Menschen Grund für seinen Anspruch, möglichst so sterben zu können, wie es ihm entspricht. Insofern muss die Forderung nach einem Sterben in Würde vor allem verstanden werden als Aufforderung an das Umfeld einer sterbenden Person, diese so respektvoll wie möglich und nach ihren eigenen Wünschen im Sterben zu begleiten und zu betreuen. Gefordert ist also eine Kultur humaner, menschenwürdiger Sterbebegleitung.

²³ Gronemeyer, *Sterben in Deutschland*, 161.

²⁴ Der amerikanische Bioethiker Paul Ramsey schrieb schon 1974 in kritischer Absicht einen Aufsatz über die Würdelosigkeit des gängigen Postulats eines Sterbens in Würde (*The indignity of ‚death with dignity‘*, *Hastings Center Studies*, Vol. 2, 1974, Nr. 2).

²⁵ Monika Renz, *Was ist gutes Sterben?*

Aspekte einer menschenwürdigen Sterbebegleitung

Im Blick auf sie scheinen mir fünf Aspekte besonders wichtig:

- Die Rede vom sogenannten würdigen Sterben darf nicht dazu führen, dass Menschen auf gesellschaftlich vorgegebene Vorstellungen eines guten, idealen, selbstbestimmt kontrollierten Sterbens verpflichtet werden und ihr Sterben im Falle des Nichtrealisierens dieser Idealvorstellung als unwürdig disqualifiziert wird. Der Hinweis von Monika Renz ist zu beherzigen: „Sterben ist weder gut noch schlecht. Sterben *ist*.“²⁶ Wichtig ist, das Sterben jedes Menschen so individuell zu gestalten, wie es ihm entspricht, und so zu akzeptieren, wie es sich ergibt. Ein leidvolles Sterben in großer Schwäche und in demenzieller Desorientierung ist zwar mühsamer, aber nicht würdeloser als ein friedliches Sterben mitten aus einem aktiven Leben heraus.²⁷
- Das Engagement für ein „Sterben in Würde“ hat sich vor allem in einer hochstehenden *Palliative Care* zu manifestieren, die das physische, psychische und spirituelle Leiden beim Sterben wirksam lindert und den aktuellen Willen der Sterbenden – bei Urteilsunfähigen deren sorgfältig eruierten mutmaßlichen Willen – als verbindliche Behandlungsrichtlinie respektiert.
- Es muss alles Mögliche getan werden, damit Menschen ihr Sterben als zentrales existenzielles Widerfahrnis aushalten und durchleben können und nur im äußersten Notfall den Ausweg eines begleiteten Suizids in Erwägung ziehen müssen. Das heißt aber zugleich: Es muss Menschen ermöglicht werden, rechtzeitig und auf erträgliche Weise den Tod im Sinne Passiver Sterbehilfe zuzulassen. Wo Menschen trotzdem entscheiden, ihren Leidensweg durch einen Suizid zu beenden, ist diese ihre Entscheidung zu respektieren.
- Eine Kultur, die wie die unsere so stark vom Ideal der Unabhängigkeit, Selbstständigkeit und Autonomie bestimmt ist, wird neu lernen müssen, den Wert und die Bedeutung der *pathischen*, also der zulassenden, aushaltenden, mit sich geschehen lassenden Dimension des Lebens zu würdigen.²⁸ Es kann Ausdruck menschlicher Würde und Reifung sein, wenn jemand sein Sterben, auch wenn es mühsam ist, erträgt und sich der Hilfe anderer Menschen anvertraut.

²⁶ Ebd.

²⁷ „Ob ein Mensch nach einem erfüllten Leben, körperlich noch rüstig und geistig klar zu Hause friedlich für immer einschläft oder ob er, inkontinent geworden, geistig verwirrt und seiner Fähigkeit zur Selbstbestimmung verlustig gegangen nach mehrjährigem Pflegeheimaufenthalt in einem langen Todeskampf stirbt, macht zwar auf der Ebene der Lebensqualität einen grossen Unterschied; mit Blick auf die Menschenwürde des jeweils Sterbenden besteht allerdings zwischen beiden Sterbesituationen kein Unterschied. So verstanden gibt es keine Krankheiten, welche mit fortschreitender Entwicklung die Würde des Menschen beeinträchtigen“ (Bethesda/Dialog Ethik (Hg.), Abschieds- und Sterbekultur. Gestaltung der letzten Lebensphase mit und in Organisationen, Bern 2012, 45).

²⁸ Zur Bedeutung dieser pathischen Dimension vgl. Heinz Rügger, Das eigene Sterben. Auf der Suche nach einer neuen Lebenskunst, Göttingen 2006, 77–81.

- Schließlich sind wir als Nutznießer eines modernen Gesundheitssystems herausgefordert, uns rechtzeitig mit den im Sterbeprozess anstehenden Fragen eines Behandlungsverzichts oder -abbruchs (Passive Sterbehilfe) zu beschäftigen. Dies wird umso eher möglich, wenn es uns gelingt, eine neue ars moriendi, also eine Kunst des abschiedlichen Lebens zu entwickeln, die mit der alten abendländischen Einsicht ernst macht, dass beides, Leben und Sterben, eine alltägliche Herausforderung und Kunst ist, und dass die eine nicht ohne die andere zu haben ist.

Dr. Heinz Rieger MAE ist Theologe, Ethiker und Gerontologe. Er arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut Neumünster, einem interdisziplinären Kompetenzzentrum der Stiftung Diakoniewerk Neumünster – Schweizerische Pflegerinnenschule in Zollikerberg/Schweiz. Daneben ist er Seelsorger in einem Pflegeheim.