

Sterben in Würde*

Würde im Sterben wird von ethisch entgegengesetzten Parteien gleichermaßen beansprucht. Über das Ziel, die Würde, scheint man sich einig, nicht jedoch, wie dieses mysteriöse Ideal zu verwirklichen ist. Am einen Ende stehen die *Right-to-life*-Verfechter: Für sie verschmilzt Würde mit einer Art Heiligkeit des Lebens und dessen Erhaltung. Am anderen Ende argumentieren die *Pro-choice*-Vertreter: Für sie ist menschliche Würde am besten in der Selbstbestimmung aufgehoben. Neben den Befürwortern der Suizidhilfe und den Euthanasiegegnern sind die Förderer von Palliativheimen an die Öffentlichkeit getreten, die diesen geflügelten Ausdruck auf ihr Glanzpapier bringen. Die Vereinnahmung eines Begriffs, der auf etwas typisch Menschliches, ja das Positive im Menschen überhaupt zu verweisen scheint, trägt zur Klärung der Sterbehilfedebatte, bei der es um ganz konkrete Sterbehilfsmassnahmen sowie um das Problem neuer Gesetze geht, nichts bei.

Im alten Rom bezeichnete die *dignitas* einen Sozialstatus.¹ Wie das Begriffspaar ‚Amt und Würde‘ schon suggeriert, meint ‚Würde‘ ursprünglich eine Machtposition, von der aus das Individuum seine Selbstbestimmung wahrnimmt und verbessert; es meint auch den statusverbundenen Wert der sozialen Anerkennung. Im Gefolge der Stoa und vor allem des Christentums wurde die *dignitas* auf alle Menschen ausgedehnt: Als von Gott geliebtes Wesen hat jeder Mensch, auch der Machtlose, Kranke, Behinderte und Ausgegrenzte, den gleichen Anspruch auf diese *dignitas*. Diese antagonistischen Grundbedeutungen, die Selbstbestimmung einerseits und der unantastbare Schwächeschutz andererseits, haben sich bis heute erhalten. Auf der einen Seite spricht man von Würdenträgern und meint damit etwa Geistliche in einem besonders ehrenwerten Amt. Auf der anderen Seite wurde die Menschenwürde dank der Erklärung der allgemeinen Menschenrechte auf die Menschheit der Erde gleichermaßen verteilt. Die Frage aber bleibt, was dieser Würdewert, mit dem alle Menschen, gleich welcher Rasse und Geschlecht, ausgestattet zu sein scheinen, eigentlich sei: etwas, das dem Leben und somit der Biosphäre zugeordnet werden muss oder etwas, das die spezifisch menschliche Entscheidungsfähigkeit sowie seinen Glauben kennzeichnet?

* Dieser Aufsatz nimmt die Gedanken des ersten Kapitels von *Leben- und Sterbenkönnen* (Wettstein 1997) wieder auf und vertieft insbesondere Unterkapitel 1.6.2.

¹ Eine überaus aufschlussreiche begriffsgeschichtliche Analyse zum Würdebegriff hat K Bayertz (1995) vorgelegt. Während ich mich auf die von Bayertz herausgearbeiteten begrifflichen Paradoxe und Dilemmas vorbehaltlos anschliesse, bin ich in den vorliegenden Ausführungen bestrebt, die Phänomene, die der Sprachgebrauch mit diesem Wort verbindet, unter einem systematischen Gesichtspunkt herauszuarbeiten.

Um in der Euthanasiedebatte einen Schritt weiterzukommen, schlug ich neben meinem juristischen Dreistufenmodell² zunächst vor, die Würde als eine Beziehung zwischen einem zu schützenden Schwächeren und der Beistandspflicht eines Stärkeren zu erfassen. Da Würde aus dem Respekt und im Umgang mit dem Schwächeren entsteht, bezeichnet ‚Würde‘ somit gleichzeitig eine *Tugend*, die diese Beziehung aufrecht erhält und pflegt.³ Würde ist demnach keine Substanz im Menschen selber, die der Genetiker entdecken könnte; sie ist auch nicht in der für uns unzugänglichen Welt eines Alzheimerkranken beheimatet, die der Geriater postuliert, um den kommunikationsunfähig gewordenen Patienten als vollwertige Personen zu behandeln. Es genügt durchaus, die Verletzlichkeit des Kranken, und erst recht die des Alzheimerpatienten im fortgeschrittenen Stadium, zu anerkennen, zu ‚würdigen‘. Dessen Schutzbedürftigkeit ist Anlass genug, um seine Würde, die in einer Pflegebeziehung zum Ausdruck kommt, zu konkretisieren. Die Würdenträger unter dieser Bedeutung sind die Schwachen bzw. das Schwache im Menschen: Jeder kann erkranken, sozial ausgegrenzt werden oder diskriminiert sein, jeden ereilt der Tod.

Wenn die Würde durchwegs im menschlichen Beziehungsgeflecht mit dem Verletzlichen in uns und um uns herum entsteht und sich in der Solidarität ausdrückt, welche die Gesellschaft den nichtgewollten, schicksalhaften Unzulänglichkeiten

² Wettstein 1997. Das Dreistufenmodell besagt, dass Palliativpflege Vorrang hat vor Suizidhilfe, und Suizidhilfe Vorrang vor aktiver Sterbehilfe. Dieses Gesetzmodell setzt zudem voraus, dass sich politisch eine *Standardfassung* der Patientenverfügung nach dem mutmasslich vorausgesetzten Einverständnis durchgesetzt hat. Dieser Standard lautet folgendermassen: „Wenn eine Zeit kommen sollte, in der ich nicht mehr selber über meine Zukunft entscheiden kann, verlange ich, dass dieser letzte Wille als mein definitiver Wille anerkannt wird:

1. Ich lehne lebensverlängernde Massnahmen ab, wenn der Sterbeprozess, diagnostiziert durch zwei Ärzte, eingetreten ist. 2. Bei einer wahrscheinlichen Dauerschädigung des Gehirns oder beim andauernden Ausfall lebenswichtiger Körperfunktionen lehne ich eine Intensivtherapie oder eine Reanimation ab. 3. In dem unter 1 erwähnten Fall möchte ich neben einer optimalen, dem neuesten medizinischen Stand entsprechenden Schmerzstillung mein Bewusstsein möglichst lange noch erhalten, um z.B. für die spirituelle Begleitung aufnahmefähig zu bleiben und/oder um mein Sterben möglichst lange erleben und mitbestimmen zu können. In diesem Aufsatz wird allein die Problematik der ersten Bedingung diskutiert. – Dieses Gesetzesmodell ist nicht einfach eine intellektuelle Spielerei. Es ist der methodische Ausgangspunkt der angewandten Philosophie. Mit einem realistisch gemeinten Gesetzesmodell greift der angewandte Philosophierende in die politische Diskussion ein, lässt sich primär von der konkreten Problemdiskussion anleiten und nicht von einer hausgemachten, internen Begriffsauseinandersetzung. Das zweite Charakteristikum der angewandten Philosophie ist deren dienende und vermittelnde Funktion zwischen den anderen Wissenschaften. Als Mediationswissenschaft braucht sie sich nicht mehr die Frage zu stellen, welche Gegenstandsbereiche denn ihr eigentliches Wissensgebiet darstellen. Gestützt auf diese Kriterien, beansprucht *Leben- und Sterbenkönnen* eine paradigmatische Rolle in der angewandten Philosophie.

³ Tugenden verweisen auf *Instrumentalwerte* in Rokeachs (1973) Sinn, insbesondere auf jene, die *kollektive* Präferenzen zum Ausdruck bringen. Im Unterschied zu allgemeinen Kompetenzwerten enthalten Tugenden perfektibile Rollenkompetenzen, um den Instrumentalwert zu verwirklichen. Die Gesellschaft bestimmt durch kollektive Bewertung, allerdings leider nicht in kohärenter Manier, welche *Know-How's* zu Tugenden und welche zu Untugenden führen. Vgl. Wettstein (1997) Kap. 2.1.4.-5.

entgegenbringt, dann erzeugt die Würde indirekt einen sozialen Druck auf den Stärkeren, damit dieser seine Tugenden der Mitmenschlichkeit entwickle. Wie geschichtlich erwiesen, wurden jedoch die Würdetugenden der Grosszügigkeit, der Rücksichtnahme, der Selbstinfragestellung, ja des Sich-klein-Machens, nur sehr unzuverlässig von den Entscheidungsträgern gepflegt. Trotz Menschenrechtserklärung mussten sozialistische Bewegungen auf der Szene der Geschichte auftreten, um die christlich inspirierte Würdebezeugung durch Schutznormen für die Schwächeren abzusichern. Dieser Prozess ist in vielen Gesellschaftsbereichen, z.B. dem des Welthandels, noch längst nicht abgeschlossen. In anderen Bereichen hingegen – zu denken geben natürlich die hochverschuldeten Gesundheitssysteme in den entwickelten Ländern – sind die Sozialgesetze dermassen ausgebaut worden, dass diese Systeme eine auf lange Sicht nicht mehr bezahlbare Kostenzunahme ausgelöst haben. Denn die im Gleichheitsprinzip getragene Würdebezeugung, genannt auch Solidarität, wird durch die Gesetze, die diese Bezeugung ursprünglich zu schützen versuchte, unterlaufen, ja pervertiert. Wie jedes Gesetz, so fördern auch Sozialgesetze Untugenden, in diesem Falle das vom Umsatzdenken der Pharmaindustrie mitgesteuerte Besitzstandsdenken der Mächtigen, Ärzte und Krankenversicherungen, sowie das Anspruchsdenken der betroffenen Unterlegenen, der Versicherten. Die soziale Würdebezeugung lässt sich somit auch nicht durch eine noch so perfekte Sozialgesetzgebung endgültig absichern. Sozialgesetze, so unerlässlich sie auch sein mögen, erzeugen perverse Nebenwirkungen, und nur eine Renaissance der Würdetugenden, die sowohl Gesunde wie Kranke, Alte wie Junge, Lebende wie Sterbende erfasst, kann zu einer erneuten Solidarität führen. Gesetze ohne Tugenden sind leer und Tugenden ohne Gesetze blind.

Ich bin mir bewusst, dass ich mit der nächsten Aussage in einen Tabubereich trete: Würde ist das Gegenstück zur Macht. Je mächtiger jemand ist, desto weniger verdient er es, mit Würde behandelt zu werden. Denn der Respekt, den andere dem Mächtigen im täglichen Umgang zollen, liegt in seinem Status und in seinen sozialen Funktionen begründet. Der Mächtige verfügt stets über Mittel und Wege, um sich zu verteidigen oder sich durchzusetzen, sei es über sein Image, seine Beziehungen, sei es durch Geld oder Anwälte. Solange er die Zügel im Griff hält, braucht er die durch Würde geleistete Selbstanerkennung überhaupt nicht. Etwas unfein ausgedrückt, verdient der Papst in seinem Amt, obwohl er als der oberste Würdenträger tituliert wird, weit weniger Würde als der Ausgegrenzte,

dessen sich Abbé Pierre angenommen hat. Der Papst erlangt seine nicht auf Macht bezogene Würde erst mit einem Unfall oder einer Krankheit, sobald er auf fremde Hilfe angewiesen ist, die ihm in der Nächstenliebe diese Würde zuerteilt. Die Würde wird nun zum Anspruch auf einen bedingungslosen Respekt, dem die zivilisierte Gesellschaft mit der bestmöglichen Pflege nachkommen muss.

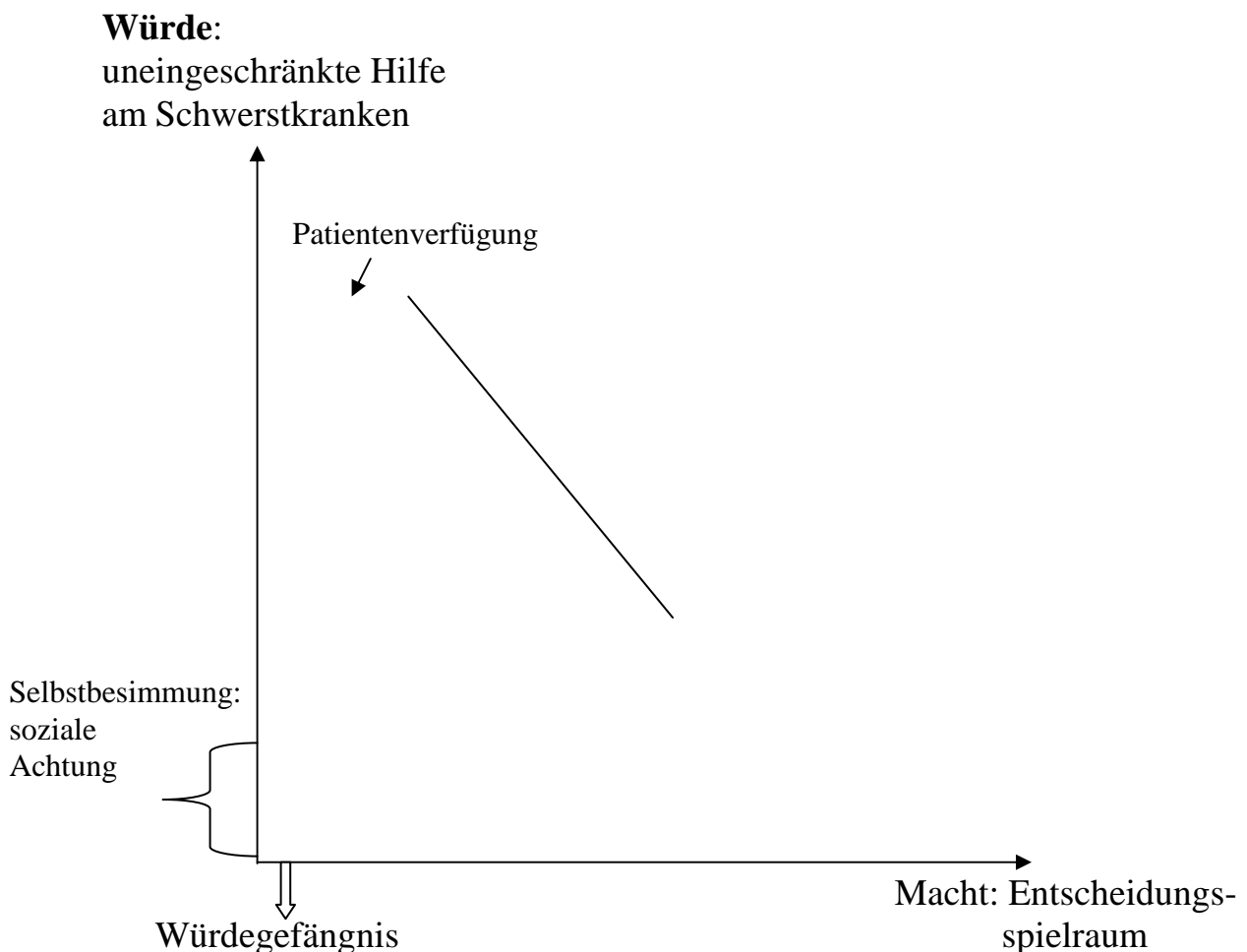
In einem allerletzten Krankheitsstadium allerdings erzeugt die Tugend der Würdebezeugung des völlig auf fremde Hilfe angewiesenen sterbenskranken Alzheimerkranken, um beim Beispiel zu bleiben, eine Würdefalle. Und wer in die Würdefalle gerät, befindet sich in einem „Würdegefängnis“, um es bildlich auszudrücken. Ich jedenfalls und viele andere auch, Sie vermutlich miteingeschlossen, möchten, einmal sterbenskrank, eher weniger Würde, d.h. eine Würdebezeugung, die Sie noch verstehen und schätzen können, nicht nur in Form von Dank, sondern auch in Form einer minimalen Entscheidungsfähigkeit – möchten lieber ein konstruktives Verhältnis von Handlungsfähigkeit und Zuwendung als einen sich absolut setzenden Würdeschutz, auf den Sie überhaupt nicht mehr reagieren können und der zu Ihrer ursprünglichen Handlungsfähigkeit in keiner Beziehung mehr steht.

Gewiss: Auch ohne eine minimale Selbstbestimmung bleibt die Würdebezeugung eine Absicherung gegen gesellschaftliche Übergriffe, ja Dambruchwirkungen. Sie bleibt notwendig bei all den Kranken, die eine Patientenverfügung aus Gründen, die sie niemandem schuldig sind, ablehnen, oder die sich nicht ausdrücklich dazu geäußert haben. Dieses Recht ist grundlegend für die Selbstbestimmung und erheischt deshalb unbedingten Respekt. Gleichzeitig führt die Situation des Würdegefängnisses zu einer Missachtung der Selbstbestimmung, die ja sehr oft mit der Würde in Beziehung gebracht, ja zu ihr bisweilen synonym gesetzt wird. *Denn sowenig wie die Würde ist unsere Selbstbestimmung eine fixe Grösse. Selbstbestimmung ist eine soziale Kompetenz, die sich erst in der Verbindung zwischen sozialem Schutz (durch integrierende Würdebezeugung) und eigener, autonomiebezogener Entscheidungsfähigkeit erschafft.*⁴ In diesem Sinne ist Selbstbestimmung keine von der Gesellschaft postulierbare Tugend, sondern umgekehrt, ein Anspruch des Individuums an die Gesellschaft, dass diese seine Selbstbestimmung in Form der Selbstverwirklichung ermögliche. Wie der einzelne seine Selbstverwirklichung sieht – mehr auf der Integrations- oder auf der Autonomie-seite – bleibt ihm anheimgestellt.

⁴ Das Verständnis dieses hier thetisch niedergeschriebenen Satzes ist ausserordentlich wichtig. Ich kann mich aber darüber nicht detailliert auslassen. Vgl. Wettstein (1997, Kap. 2 und 3.).

Die verlorene Entscheidungskompetenz in Situationen, in denen der Sterbenskranke selber nicht mehr beschlussfähig ist, kann ihm auch durch die beste Patientenverfügung nicht zurückgegeben werden; diese verlängert lediglich eine in der Vergangenheit fixierte Willensäußerung. Doch immerhin stellt diese überzeitliche Willensfixierung der Person sicher, dass die ursprüngliche Selbstbestimmung nicht von der Würdebezeugung erwürgt wird. Diese Absicherung war einer der Gründe, weshalb ich in *Leben- und Sterbenkönnen* davon ausging, dass die dem Dreistufenmodell vorgelagerte Patientenverfügung auf der stillschweigenden Einwilligung beruhen sollte.

Würdebezeugung und Entscheidungsmacht



Wir ersehen aus dieser Grafik, dass sich Würde und macht innerhalb eines gewissen Bereichs umgekehrt proportional zueinander verhalten.

Ausserhalb dieses Bereichs wird sie am Ende zur macht, d.h. zur potenzierten Selbstbestimmung, was übrigens im Ausdruck ‚Würdenträger‘ treffend zum Vorschein kommt, am entgegengesetzten Ende aber zu einem Würdegefängnis, dem die Patientenverfügung, in der sich gewisse Willensentscheide in Bezug auf die Palliativpflege verdichtet haben, Einhalt gebieten kann. Dieses Festhalten an einer letzten Selbstbestimmung, an einer nicht mehr vom Patienten erlebbaren Entscheidungsmacht, hat eine doppelte Tragweite: Der Verzicht auf Pflegeansprüche ist selber ein Anspruch an die Pflege.⁵ Es lässt sich deshalb aus der Patientenverfügung keine Aufopferungserklärung herleiten. Dieser Anspruch auf Pflegeverzicht enthält zudem hilfreiche Hinweise für die Pflege, dank deren sonst unentscheidbare Pflegefälle – wie ich sogleich schildern werde – eine Lösung finden. Von daher gesehen gehört es gewiss zur Tugend der Selbstvorsorge, eine Patientenverfügung zu besitzen.

Selbst wenn man davon ausginge, dass die Mehrheit der Erwachsenen den gesetzlich vorgeschriebenen Patientenverfügungsstandard stillschweigend annähme und deshalb keine besondere Tugend dazu entwickeln müsste, so dürfte unschwer zu erkennen sein, dass eine Allgemein Formulierung einiger Zusätze bedarf, um bei den charakteristischen Sterbesituationen, z.B. denen eines Alzheimerpatienten, zu greifen (Wettstein, 1997, 104-106). Dazu gehört z.B. der Wunsch, Antibiotika oder Grippeimpfungen ab einem bestimmten Krankheitsstadium abzulehnen.

Ein besonderes Problem, das übrigens auch bei anderen Patienten, und generell bei Menschen am Lebensende anfällt, ergibt sich aus der Nahrungsverweigerung bzw. Nahrungsapathie. Die Situation des Alzheimerkranken nimmt diesbezüglich keine Sonderstellung ein. Viele Hochbetagte und Sterbende haben nun einmal einen Hang zur Appetitlosigkeit. Bei kommunikationsunfähig Gewordenen, die zudem keinen Lebenswunsch, auch nicht in Form von Appetit, an den Tag legen, befinden wir uns unter Umständen lange vor jenem Stadium, bei dem zur Lebenserhaltung eine künstliche Ernährung und Hydrierung durch Magensonde oder Infusion vorgenommen werden kann.⁶ Doch schon hier stellt sich das Dilemma zwischen der nicht vom Patienten ausdrücklich

⁵ Dieser Anspruch ist, bezogen auf die spirituelle Macht des Loslassenkönnens, allerdings wiederum ein Verzicht, eine Art Machtverzicht. In einem christlichen Sinne ist der Besitz der Patientenverfügung (vgl. Wettstein 1997, Kap. 6 und 7) deshalb gerade kein Ausdruck der Selbstüberheblichkeit, sondern eine Demutsgeste.

⁶ Die Tatsache, dass das Vermeiden derartiger Massnahmen in der Öffentlichkeit als „aktive Sterbehilfe“ bezeichnet wird (Birnbacher 1998), beweist, dass die Journalisten, die diesem Thema gewiss gebührend Aufmerksamkeit schenken, mit ihrer Öffentlichkeitsarbeit nicht allzu erfolgreich waren. Der Unterschied von (freiwilliger) aktiver Sterbehilfe und Suizidhilfe ist in den meisten Strafgesetzbüchern explizit. Ethisch ist der Unterschied ebenfalls zentral (Wettstein 1997).

gewollten aktiven Sterbehilfe (die den Tod erzwingt⁷) und dem unklaren Zeitpunkt des palliativen Therapieabbruchs (mit welchem dem Sterbeprozess freien Lauf gelassen wird). Ich setze hierbei voraus, das Einflößen von Nahrung bezeichne bei Sterbenskranken eine therapeutische bzw. deren Absetzung eine palliative Massnahme. Bei einer relativ kurzen Lebensprognose (Krebs, Aids usw.) ist das vom Patienten verlangte Unterbinden einer therapeutischen Massnahme als Palliativpflegewunsch zu deuten. Anders verhält es sich bei Chronischkranken, deren Sterbeprozess sich über Jahre hinziehen kann, und bei denen eine Therapieänderung eine im Vergleich zur Überlebenschance drastische Wirkung zeitigt. Angesichts der heutigen Therapiemöglichkeiten sowie der Dammbuchangst herrscht tatsächlich eine akute Tendenz, durch Lebensverlängerung das obige Dilemma heraufzubeschwören. Auf dem Hintergrund der steigenden Pflegekosten droht umgekehrt in Zukunft immer mehr die Gefahr, dass aktive Sterbehilfen *en masse* durchgeführt werden, zwar nicht gegen den Willen der Sterbenskranken, so doch ohne deren Einverständnis.⁸

Dieses Dilemma, das sich übrigens auch bei gewissen missgebildeten Neugeborenen stellt, lässt sich auch nicht über philosophische Überlegungen zur aktiven und passiven Sterbehilfe lösen – wobei der Ausdruck ‚passive Sterbehilfe‘ durch die Palliativpflege sowie meine einschlägigen Überlegungen (Wettstein 1997, 35-40) längst obsolet geworden ist. Der in vielen Fällen unklare Zeitpunkt des Therapieabbruchs bzw. unklare Beginn des *acharnement thérapeutique*, der Therapieversessenheit, soll nicht dazu herhalten, um eine aktive

⁷ Es wird in der aktiv-passiv-Debatte bisweilen argumentiert, dass die Absicht der Lebensverkürzung kein typisches Charakteristikum für die aktive Sterbehilfe sei. Auch bei Nichtbehandlung bzw. Therapieabbruch werde ganz bewusst eine Lebensverkürzung in Kauf genommen. Daraus wird dann geschlossen, dass es eigentlich keinen triftigen Grund gebe, um die „passive“ Sterbehilfe der „aktiven“ vorzuziehen. Dagegen ist entschieden einzuwenden, dass mit einem aktiven Sterbehilfeeingriff durch eine Injektion der Patient in wenigen Minuten stirbt, bei Palliativmassnahmen hingegen die Sterbezeitspanne (ausser vielleicht bei Abschalten von lebenserhaltenden Geräten) absichtlich sehr unbestimmt gehalten wird. Bei aktiven Massnahmen wird der Todeszeitpunkt von aussen genau festgelegt, bei palliativen Massnahmen wird der Todeszeitpunkt dem Sterbeprozess überlassen. Um es pointiert zu sagen: Ziel der Palliativpflege ist das Sterben, Ziel des Tötens ist der Tod. Ihn kann der Arzt erzwingen, nicht das Sterben.

⁸ Eine solche nicht ausdrücklich vom Patienten verlangte aktive Sterbehilfe liesse sich auch nicht damit rechtfertigen, wonach der appetitlos gewordene Patient im Sterbeprozess nach zwei Tagen – wie die Fastenden – keinen Hunger mehr verspüre. Denn wo der Patient nicht ausdrücklich die Nahrung verweigert, kann nicht von einem Fasten gesprochen werden. (Es fände eine „Hämmerliidiät“ statt, benannt nach dem Stadtzürcher Internisten Hämmerli, der sich in den siebziger Jahren mit solchen Versuchen an die Öffentlichkeit gewandt hat.) Allerdings muss hervorgehoben werden, dass das Sterbefasten einer Diskussion würdig wäre, ist es doch klinisch belegt, dass fastende Sterbende – im Gegensatz zu Lebenden – noch über Tage am Leben bleiben. Der sterbende Organismus ist viel resistenter gegenüber Nahrungs- und Flüssigkeitsentzug als der normal funktionierende und reagiert erstaunlicherweise mit Schmerzen auf künstliche Hydrierung. In den USA wird das Terminalfasten diskutiert unter der Bezeichnung VSED, „Voluntary Stopping Eating and Drinking“ (Quill 1997).

Sterbehilfe zu rechtfertigen. Ebensowenig soll das absolute Vermeiden der aktiven Sterbehilfe den Vorwand für eine auf unbestimmte Zeit weiterzuführende Therapie abgeben. Bei noch kommunikationsfähigen Sterbenskranken, die keinen Lebenswunsch mehr äussern, könnte dieses Dilemma durch die Möglichkeit der Suizidhilfe, wo sie gesetzlich geduldet wird wie in der Schweiz⁹, vermieden werden. Doch bei Kommunikationsunfähigen, die zudem keinen Lebenswunsch mehr zeigen, besteht dieses Dilemma ungehindert weiter.

Solange dieses Dilemma nicht richtig wahrgenommen wird, weil die Ethiker in sachfremden Begriffen diskutieren und die Pflegenden den Kranken meist über Jahre in den langsam und unscheinbar voranschreitenden Sterbeprozess hinein begleiten, ist auch verständlich, weshalb bei letzteren ein diffuses Unbehagen weiterbesteht. So gross ist nun dieses für Pflegende leider dazu noch identitätsfördernde Unbehagen, dass diese sich nicht gewahr wurden, dass dieses Dilemma in den meisten Fällen über eine entsprechende Patientenverfügungen vermieden werden kann. Diese Behauptung mag erstaunen. Doch um allen nur denkbaren Verdacht auf eine (vom Patienten *ungewollte*) *aktive* Euthanasie zu zerstreuen – und das ist wohl eines der Hauptziele einer jeden gesetzlichen Lösung –, müsste auf gesellschaftlicher Ebene ein jeder seine eigene Meinung irgendwie bekundet haben. Diese Forderung wäre tatsächlich erfüllt bei einer auf dem mutmasslichen Willen beruhenden Standardpatientenverfügung. Darin haben die meisten zurechnungsfähigen Erwachsenen ihren Willen aufgrund der Standardformulierung implizit kundgetan, wonach sie lebensverlängernde Massnahmen ablehnen, sofern der Sterbeprozess eingetreten ist – es sei denn freilich, sie hätten sich ausdrücklich eines anderen besonnen.

⁹ Erstaunlicherweise ist das im Exit-Manual vorgestellte Schweizer Suizidhilfemodell von der Fachliteratur meines Wissens, ausser in *Leben- und Sterbenkönnen*, Kapitel 4.4., überhaupt noch nicht zur Kenntnis genommen worden. Angesichts dieser wissenschaftlich liederlichen Unterlassung muss es dann nicht verwundern, dass die Suizidhilfe in der Literatur unter dem Kürzel PAS, *Physician assisted suicide*, abgehandelt wird. Diese Diskussion geht bislang leider immer noch von der nichtreflektierten, bedauerlichen Voraussetzung aus, dass im Gegensatz zu den Exit-Freitodmanual-Bedingungen bei den PAS-Richtlinien der Miteinbezug der Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen nicht vordringlich sei (Birnbacher, 1998 und Quill, 1992). In *Leben- und Sterbenkönnen*, Kapitel 4.4., wird plädiert, die Suizidhilfe einer staatlich konzessionierten humanitären Organisation (wie z.B. der zur Zeit ohne staatliche Aufsicht agierenden Deutschschweizer Exit) anzuvertrauen. Die Rolle des Arztes würde sich auf die Prognose und Diagnose beschränken. Seine Gegenwart an der Exit-Suizidbeihilfe ist aus Gründen der guten Arzt-Patienten-Beziehung erwünscht, wirkt jedoch nicht kompromittierend auf seine Ärzte-Ethik. Diese in Kapitel 4.4. näher ausgeführte Lösung hätte den Vorteil, dass Ärzte, die Suizidhilfe anbieten, es als Humanisten und nicht als Arzt tun. – Zur Zeit ist Exit immer noch darauf angewiesen, dass ein Arzt eine „Rezeptur“ mit einer dreifach tödlichen Dosis von 10 Gramm aus Deutschland importiertem, in Wasser aufzulösenden Natriumpentobarbital ausstellt. Diese medizinisch ethisch unvertretbare Handlung stösst im Gegensatz zu den Vereinigten Staaten in der Schweiz auf überhaupt keinen juristischen Widerstand.

Letztere Kategorie – wohl eine Minderheit – hätte sich somit ebenfalls, und zwar explizit, geäußert.

Sobald bei fortgeschrittener, infauster Krankheit der Patient seine Ernährung verweigert oder überhaupt keine Esslust mehr äußert, darf (unter einem noch näher zu bestimmenden Fehlen des Lebenswunsches¹⁰) davon ausgegangen werden, dass sein *Sterbeprozess* eingetreten ist, und dies auch dann, wenn sein Körper mittels konzentrierter Präparate noch über Monate am Leben erhalten werden könnte. Der Sterbeprozess ist nicht allein ein biologischer, sondern darüber hinaus ein psychosozialer Prozess, in den auch der Inhalt der Patientenverfügung mit hineinfließt.

Ich bin mir durchaus im klaren, dass dieser radikale Vorschlag jene Pflegenden – und das sind in unseren Ländern gewiss einige zehntausend – schockieren mag, die zur Zeit einen angehörigen Sterbenskranken, der sich nie mit der Patientenverfügung auseinandergesetzt hat, mit dem Löffel ernähren. Sie haben durchaus das Recht, sich gegen eine Absetzung der Ernährung zu wehren. Denn in diesem Falle gilt beim heutigen Gesetzesvakuum jedenfalls noch eindeutig, dass, weil kein Willensentscheid vorliegt, ein Ernährungsabbruch einer unfreiwilligen aktiven Sterbehilfe gleichkommt. Doch damit lassen diese Pflegenden das soeben besprochene Dilemma des Zuviel oder Zuwenig an Therapie und Pflege weiter bestehen. Bei einem allgemeinen Patientenverfügungsstandard müssen bei fortgeschrittener, appetitloser Senilität Ernährung wie Flüssigkeitszufuhr jedoch als Therapieverdrossenheit gedeutet und deshalb abgelehnt werden. Das Absetzen von Ernährung und ggf. von Wasserzufuhr (natürlich bei geeigneter Mundpflege usw.), verbunden mit den entsprechenden Massnahmen, die den Sterbenden entspannen, wäre dann Teil der *Palliativpflege*.

Ein und dieselbe Handlung, hier das Absetzen von Ernährung und Hydrierung, kann u.U. ohne jegliche vorherige Willenserklärung des Patienten eine aktive Sterbehilfe, und zudem eine nicht vom ihm gewollte, darstellen, im anderen Fall hingegen, bei dem der Patient den Standard akzeptiert, eine Palliativmassnahme. Es ist also unter dieser Betrachtungsweise nicht mehr so, dass man sich über die unscharfe Grenze zwischen aktiver Sterbehilfe und Palliativpflege (zu der einst die passive Sterbehilfe gehörte) den Kopf zu zerbrechen hätte, wie das in den letzten zwanzig Jahren geschah und leider immer noch geschieht. Je nach

¹⁰ Der Lebenswunsch kann am besten bei voll zurechnungsfähigen Personen festgestellt werden. Aber auch beschränkt Zurechnungsfähige können ihren Willen noch kommunizieren. Der Lebenswunsch ist solange eruiert, als der Patient noch auf irgend eine Weise seine Emotionen wie Freude und Leiden ausdrücken kann. Sobald jedoch nur noch blosse Schmerzäußerungen an der sterbenskranken Person ablesbar sind und die emotionale Ausdrucksfähigkeit endgültig verloren gegangen ist, darf davon ausgegangen werden, dass sich die Person im Sterbeprozess befindet.

dem, ob eine Patientenverfügung vorliegt, ist es das eine oder das andere und nichts dazwischen. Die Patientenverfügung klärt also nicht in besonderen Grenzfällen den Unterschied von aktiver Sterbehilfe und Palliativpflege, der angesichts des Dilemmas unklärbar ist; durch die Patientenverfügung entsteht eine ganz andere Perspektive, die des Patienten, aus dessen Sicht das pflegerische Dilemma einer ethischen Lösung zugeführt werden kann.¹¹

Gleiche Pflegehandlung mit oder ohne Patientenverfügung

Pflegemassnahmen bei kommunikationsunfähigen Patienten ohne ausdrücklichen Lebenswunsch	ohne Patientenverfügung	mit Patientenverfügung
Absetzen von Nahrung und Hydrierung	Dilemma zwischen aktiver Sterbehilfe und Therapieverdrossenheit	Palliativpflege
Unterlassen von Grippeimpfungen und Verabreichung von Antibiotika	Dilemma zwischen der ärztlichen Pflicht der Lebensverlängerung und der “ sinnlosen ” Therapieverlängerung	Palliativpflege: Verfügung muss ergänzt werden

Die berechtigte Befürchtung entsteht nun, ob bei einem mutmasslich vorausgesetzten Einverständnis zur Patientenverfügung nicht ein Druck auf jene Personen entstehe, die sich explizit gegen eine Patientenverfügung wehren. In dieser Druckbefürchtung versteckt sich – genau wie bei den Dambruchargumenten gegen ein liberales Sterbehilfegesetz – ein emotionales Element. Ängste und Misstrauen bestünden vermutlich auch dann noch, wenn dieser Minderheit die volle Gewähr eingeräumt wird, dass sie ihre Entscheidung vor niemandem zu rechtfertigen hat. Denn Emotionen sind bei wichtigen Entscheidungen nie wegzudenken.

Ich bin der Überzeugung, dass die Dambruchhängste dermassen undurchsicht sind, dass an ihr die gesamte Sterbehilfedebatte immer

¹¹ Patienten, die sich gegen jegliche Form von Patientenverfügungen ausgesprochen haben, müssen damit rechnen, dass die Angehörigen, die Pflegenden sowie letztlich die finanziellen Ressourcen den Entscheid provozieren (vgl. Wettstein, Kap. 1.5.-1.13).

wieder scheitert.¹² Und nicht nur das. Gesetzlich vernünftige Lösungen dringen nie durch, solange sie emotional nicht angenommen worden sind. Als Philosoph habe ich vorher versucht, an Ihre Emotionen, genauer, Ihren Sinn für – hoffentlich – gut durchdachte, ausgewogene und anwendbare Gedanken zu appellieren, um Sie von meinem Dreistufenmodell zu überzeugen. Dennoch hindert Sie vielleicht eine nichtverbalisierte Emotion, dessen Tragweite gutzuheissen. Ich muss also abschliessend den – wenn auch nur skizzenhaften – Versuch wagen, die Schlüsselrolle der Emotionen in der Sterbehilfediskussion aufzuzeigen.

Der Begriff der Würde verweist nicht zuletzt auf etwas Emotionales, nämlich das zentrale Gefühl der Selbstbestätigung bzw. des Selbstwerts. Das eingangs erwähnte Anspruchs- bzw. Besitzstanddenken in bezug auf unsere Gesundheit ist letztlich auf die Angst zurückzuführen, die entsteht, sobald Selbstwertgefühle wie innere Gewissheit und Selbstvertrauen bedroht werden. Der Würdebegriff wird also in ganz unterschiedlichen Situationen verwendet, die jedoch miteinander vernetzt sind. Ich möchte diese Vernetzung abschliessend kurz darstellen.

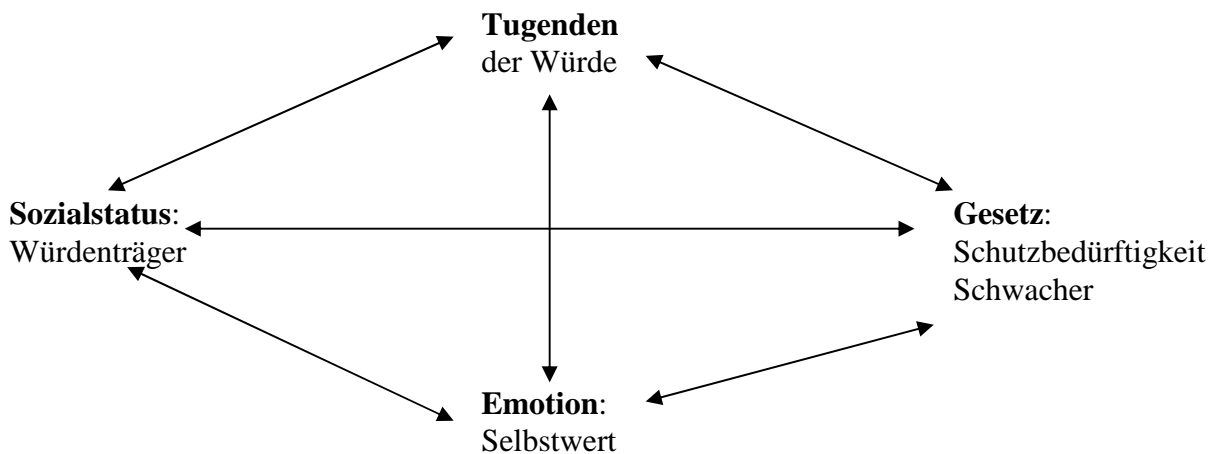
Würde entsteht erstens aus der Selbstbestimmung und der sozialen Position, welche die Selbstbestimmung potenziert. An Würdenträger und an eine sich selbstbestimmende Person wird indessen die Erwartung herangetragen, dass sie sich statuskonform verhalten: *noblesse oblige*. Die Würde beinhaltet zweitens den Respekt, der im Umgang mit dem Schwächeren entsteht, also alle jene Tugenden, den guten Herrscher charakterisieren: Grosszügigkeit, innere Anteilnahme, Verantwortlichkeit. Doch diese Tugenden verfehlen auch bei bestem Willen angesichts der menschlichen Unzulänglichkeiten sowie angesichts der sozialen Umstände vielfach ihr Ziel. Die Schutzbedürftigkeit musste schon immer durch Zwangsvorschriften abgesichert werden. Würde verweist somit drittens auf die sozialen Schutznormen.

Gesetze bringen nicht nur Tugenden in einen Rahmen, sie wirken zudem auf das Selbstwertgefühl, das das Subjekt in sich unterhält. Schon

¹² Es ist die These aufgestellt worden, dass die „immer wieder beschworene Gefahr eines gesellschaftlichen Dammbrochs zumindest zum Teil auch als Spiegelung der Angst vor einem *inneren* Dammbroch zu verstehen“. Gemeint wird damit, dass hauptsächlich die Ärzte, die ihre Freudschen inneren Tötungswünsche abwehren, durch aktive Sterbehilfe nun verunsichert würden (Birnbacher 1998). In einem anderen Aufsatz (www.home.ch/~spaw1980, unter: News) habe ich im Zusammenhang mit einer eidgenössischen Expertise für die Sterbehilfearbeitsgruppe die politologische These aufgestellt, wonach das Druckargument praktisch ausnahmslos von Vertretern und Verehrern autoritärer Hierarchien (deshalb auch vielfach von Spitalärzten) geäussert wird, nicht jedoch von den *Pro-choice*-Verfechtern. Eine grössere sozial verwirklichte Selbstbestimmung würde generell dem potentiellen Dammbroch entgegenwirken. Für Dammbrochängste muss man, gerade im Falle Deutschlands, auch das historisch-kulturelle Umfeld geltend machen. Im vorliegenden Papier wird zusätzlich die These untersucht, wonach heikle Diskussionen bei drohendem Selbstwertverlust der Betroffenen ins Stocken geraten oder abgewürgt werden.

in der christlichen Würdekonzepktion kommt dieses emotionale Moment zum Tragen: das Verhältnis zu Gott wird gekennzeichnet durch eine Liebesbeziehung. ‚Würde‘ verweist damit viertens auf eine emotionale Dimension, nämlich das Selbstwertgefühl, das durch Glaubensinhalte, Vorbilder, eigene Präferenzen (also Wertsetzungen) und vor allem durch unsere existentielle Theatralik geprägt wird.¹³

Würdekreislauf



Dieser Würdekreislauf artikuliert eine allgemeine Beziehung zwischen der mehr oder weniger statusbedingten Selbstbestimmung, der gesetzlichen Ebene, der damit verbundenen Tugenden und Emotionen, ist also lediglich ein Beispiel einer grundsätzlichen Problematik. Ich möchte diese kurz entfalten und für die Dambruchhängste fruchtbar machen.

¹³Ich übernehme aus der Emotionsforschung, dass Emotionen urteilsbezogene Strebezustände sind, d.h. psychische Zustände, in denen ein Sachverhalt einem verhaltensleitenden *Werturteil* unterzogen wird (Bartmann 1998). Positiv gewertete Emotionen bezeichnen gewisse Finalwerte in Rokeachs (1973) Sinn. Zu präzisieren ist allerdings – und dies macht Emotionen zu einem derartig schwierigen Phänomen: Emotionen als einheitlich wahrgenommene psychische Zustände oder Prozesse können, aber müssen nicht Empfindungen enthalten; sie können, aber müssen nicht propositional ausgeformt sein; sie sind meistens, aber nicht unbedingt, handlungsbezogen; sie lassen sich vielfach, aber nicht immer, vom Subjekt kontrollieren usw. Dazu kommt, dass Emotionen sehr häufig negativ bewertet werden, und somit in keine Werteskala hineinpassen. – Es geht hier nicht um eine befriedigende Definition, um die sich die Literatur und die Forschung sehr ausgiebig gekümmert hat und immer noch kümmert (Ciompi 1998, 67). Auch finde ich die typisch philosophische Diskussion, ob Emotionen nun etwas Subjektives oder Objektives seien, für das erklärungsbedürftige, ethisch relevante Verhältnis von Emotionen zu Tugenden, Gesetzen und Statusarten ausgesprochen steril. Entscheidend scheint mir – auch für die Würde als Selbstwertgefühl – der Umstand, dass sich Emotionen letztlich nur aus unserem Rollen- und Statusverhalten verstehen lassen und im weiteren Sinne aus der theatralischen Verfassung des menschlichen Daseins. Dieser zentrale Gedanke findet sich zuerst bei (Solomon 1993, 134-152). Dass Emotionen nach Solomon Sinnträger sind und – wie ich behaupte – deshalb auch die Spiritualität bestimmen, die sich in der menschlichen Theatralik reflektiert und erschliesst: diese These wurde in der Literatur, soviel ich weiss, nicht ernsthaft in Frage gestellt, aber auch nie systematisch entwickelt.

Allgemein gilt wohl, dass nicht nur sozial Schwächere, sondern auch Mächtige zur Absicherung ihres Status auf Vorschriften und Verbote, z.B. Eigentumsgesetze, angewiesen sind. Gerechte Gesetze stabilisieren Machtverhältnisse und vermindern dadurch Gewalt und Willkür. Jedes Gesetz wird ursprünglich geschaffen, um gewisse Kompetenzen für gut und gewisse für ungut zu befinden. Gesellschaftlich gutgeheissene Kompetenzen haben ihre ethische Komponente, die Tugenden. Mit jedem wohldurchdachten neuen Gesetz entsteht eine neue Sicherheit oder zumindest das Gefühl dafür. Es wirkt somit auf Emotionen. Das Edle im Gesetz soll, was auch bei der Menschenrechtserklärung durchschimmert, jedem Menschen zu seiner Selbstbestätigung, seiner emotionalen Würde, verhelfen. Die jeweils neu errungene soziale Selbstbestätigung beflügelt die menschliche Findigkeit, stachelt auch die Untugenden und selbststüchtigen Motive an, die sich in Bürokratisierung und Bevormundung usw. manifestieren, und die vom Gesetzgeber nie vollständig überschaut werden können. So versuchen die Mächtigen durch ihr Besitzstanddenken ihren Status möglichst zu verteidigen, die Schwachen durch ihr Anspruchsdenken sowie durch ihren Verlust an Eigeninitiative ihre Position gesetzlich möglichst auszubauen. So gut das Gesetz auch ist, immer kann der einzelne versuchen, sich entweder mit Berufung auf das Gesetz aus der Verantwortung zu ziehen oder durch gezielte oder ungewollte Gesetzesmissachtung die entsprechenden Leistungen zu missbrauchen, der Gier nachzugeben und dabei den Interessen anderer zu schaden. Ferner kann der Mensch zur Wahrung seines Selbstwerts – wie im Falle der Kostenexplosion im Gesundheitswesen – auch Ansprüche an das Gesetz stellen. Diese können berechtigt oder unberechtigt sein. Berechtigte Ansprüche resultieren aus der Angst vor dem Selbstwertverlust, also aus einer Emotion in bezug auf unsere mögliche Opferrolle des Benachteiligtwerdens durch das Gesetz.

Vielfach begeben wir uns jedoch willentlich oder unbewusst in die Opferrolle, indem wir ein Gesetz missachten, umgehen, unterlaufen oder aus Habsucht für unsere Zwecke missbrauchen. Wir tun dies, weil unser Selbstwertgefühl im zur Schau gestellten Opfereisen auf das Besitzstand- und Anspruchsdenken hört: Bei der derzeitigen Debatte um Kosteneinschränkungen im Gesundheitsbereich will die Ärzteschaft nur ungern einsehen, dass gewisse Kollegen unverhältnismässig viel im Dienst der Nächstenliebe verdienen, wollen die Krankenkassen durch ihre Fusionen möglichst das Sagen um den grossen Prämienkuchen haben, um den Behörden jeweils ungeniert eine Prämienhöhung aufs Jahresende ins Haus schneien zu lassen, wollen die Versicherten möglichst alle

medizinischen und paramedizinischen Dienstleistungen abgesichert wissen und dabei nur ja keinen Selbstbehalt übernehmen.

Weniger verdienen, weniger Macht im Verteilungskampf ausüben, weniger Ärztedienstleistungen beanspruchen: dieses Sichzurücknehmen geht, wie es bezeichnenderweise heisst, unter die „Würde“ der Ärzte, der Versicherungen und der Versicherten. Ganz deutlich ist im Beispiel der Krankheitskosten der Machtverlust ein Selbstwertverlust und der Selbstwertverlust eine „unzumutbare“ *Entwürdigung*, also eine höchst negativ gewertete Emotion.

Angenommen, diese Entwürdigungsspirale lasse sich über einen neuen sozialen Ausgleich sowie über neue Solidaritätstugenden aller aufhalten. Aber auch dann lässt sich die Faktizität des Sterbenmüssens nicht aus der Welt schaffen. Denn die Sterblichkeit zerstört am Ende jedes Selbstwertgefühl. Und auch die Rechtschaffenen und die Gesundheitsapostel haben überhaupt keine Garantie auf ein langes Leben und ein schmerzloses Sterben. Wie können wir da noch in Würde sterben? Emotional gesehen können wir in der Aussicht auf die eigene Verwesung sowie in Anbetracht auf die Ungleichheiten beim Sterben nie würdevoll sterben, und auch die gerechte Gesellschaft mit den besten Palliativhospitzen und einem alle Dammbuchgefahren bannenden Dreistufen-Gesetz könnte hier nicht rettend beispringen. Das Programm „Sterben in Würde“ muss also immer an unseren Emotionen scheitern. Daraus ziehe ich zum Schluss eine gewichtige Hypothese: Viele Dammbuchhängste sind vermutlich ein Ausdruck dieses unreflektierten emotionalen Notstands.

Diese Ohnmacht kann allerdings durch andere Emotionen bekämpft, ja überwunden werden. Das Selbstvertrauen, das so manche Sterbende plötzlich an den Tag legen, und das ihnen wieder einen Sinn gibt, spricht hierzu Bände. Zu diesem Selbstvertrauen finden manche völlig alleine, in sich selbst, andere mühen sich darum ein Leben lang ab und suchen vergeblich Halt in den religiösen Vorstellungen. Tatsache ist aber, dass das Religiöse letztlich dazu da ist, dem Skandalon der emotionalen Entwürdigung des ungerecht Leidenden und des vorzeitig Sterbenden einen Sinn zu verleihen. Aus christlicher Sicht ist die emotionale Herabsetzung durch Christus, in dem der Gläubige stirbt und wieder aufersteht, überwindbar geworden. Sofern der Christ die Emotionen des Glaubens zu Tugenden ausreifen lässt, ist die emotionale Würde gerettet.

Aber auch für Nichtchristen ist die emotionale Seite der Würde bei der Verwirklichung des Selbstwerts während des ganzen Lebens, und erst recht im Sterben, nicht mehr durch ein allgemeines Anspruchsrecht auf Hilfe gewährleistet. Das Herausbilden des Selbstwerts und der damit

verbundenen Tugenden ist eine vordringliche Lebensaufgabe für alle. Dabei kommt es nicht darauf an, die Rationalität der Würdeüberlegungen gegen die vermeintliche Irrationalität der Selbstwerteinschätzung auszuspielen. Ausschlaggebend ist die Einsicht, dass die Verwirklichung des Selbstwertgefühls Tugenden mobilisiert (so auch die Eigenverantwortung der Gesunden für die Verbesserung ihres Wohlbefindens), die mit den Hilfeansprüchen in einem komplementären Verhältnis stehen müssen. ‚Sterben in Würde‘ bezieht sich unter den vier Aspekten – des Sozialstatus, der Tugend, der Sozialgesetzgebung und der Bestätigung des Selbstwertgefühls – darauf, wie das Subjekt seine Pflegeansprüche mit seiner eigenen Lebensführung in Verbindung bringen kann. ‚Sterben in Würde‘ bezeichnet ein sozialpolitisches Programm der Chancengleichheit, mit dem sich aber der einzelne durch seine Tugend, das eigene Selbstwertgefühl möglichst bis ans Lebensende zu entfalten, auseinandersetzen muss.

Zitierte Arbeiten

Bartmann, P. (1998), *Das Gebot und die Tugend der Liebe: Über den Umgang mit konfliktbezogenen Affekten*, Stuttgart: Kohlhammer

Bayertz, K. (1995), „Die Idee der Menschenwürde: Probleme und Paradoxien“, *Archiv für Rechts- und Sozialphilosophie*, Vol. 81, Heft 4, 465- 481

Birnbacher, D. (1998), „Recht auf Sterbehilfe- Pflicht zur Sterbehilfe“, in Illhardt, Heiss, Dornbusch (eds.), *Sterbehilfe - Handeln oder Unterlassen?* Stuttgart: Schattauer

Ciampi, L. (1998), *Die emotionalen Grundlagen des Denkens*, Göttingen: Vandenhoeck

Quill, Th.(1979), *JAMA* 1997; 278, 2099-2104

- (1992), “ Care of Hopelessly Ill: Proposed Clinical Criteria for Physician Assisted Suicide ” in: *The New England Journal of Medicine*, Nov. 5, 1992, 1380-1384

Rokeach, M. (1973), *The Nature of Human Values*, London: Free Press, Macmillan

Solomon, R.S. (1993), *The Passions: Emotions and the Meaning of Life*, Indianapolis: Hacklet

Wettstein, H. (1997), *Leben- und Sterbenkönnen: Gedanken zur Sterbebegleitung und zur Selbstbestimmung der Person*, Bern: Lang

- www.home.ch/~spaw1980