

# Wo bleibt die Würde beim Leiden und Sterben? : Eine kritische Auseinandersetzung mit unserem gängigen Würdeverständnis

Autor(en): **Rüegger, Heinz**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Intercura : eine Publikation des Geriatriischen Dienstes, des  
Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen  
Poliklinik der Stadt Zürich**

Band (Jahr): - **(2003-2004)**

Heft 82

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-790168>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Wo bleibt die Würde beim Leiden und Sterben?

Eine kritische Auseinandersetzung mit unserem gängigen Würdeverständnis<sup>1</sup>

Dr. theol. Heinz Rüegger, Leiter Stabsstelle Theologie der Stiftung Diakoniewerk Neumünster, Schweiz. Pflegerinnenschule Zollikerberg und freier wissenschaftlicher Mitarbeiter im Institut Dialog Ethik Zürich

*Nur wenn wir die unantastbare Würde jedes Menschen als Person, auch eines sehr pflegebedürftigen, verwirrten Menschen ohne Einschränkung gelten lassen und wir ihm respekt- und liebevoll begegnen, zeigen wir, ob unser Reden von der unantastbaren Menschenwürde und vom Recht auf würdevolles Sterben mehr ist als philanthropisches Gerede.*

## 1. Ambivalenz des medizinischen Fortschritts

Unsere Zivilisation und unser Lebensgefühl sind stark vom enormen Fortschritt der Medizin im letzten Jahrhundert geprägt. Weil wir uns bereits so daran gewöhnt haben, machen wir uns vielleicht nicht immer ganz klar, wie einschneidend diese medizinisch-technischen Errungenschaften waren, wie tief sie unser Lebensgefühl bestimmen und wie nachhaltig ihre Folgen sich bemerkbar machen. Diese Folgen sind vorerst einmal zweifellos positiv zu werten: als eine Segnung der modernen Zivilisation, die wir alle dankbar entgegennehmen und die uns ein Gefühl von Sicherheit im Leben gibt, wie es noch nie eine Generation in der Geschichte der Menschheit gekannt hat. Wir alle greifen im Notfall gerne auf das heute zur Verfügung stehende Instrumentarium der modernen Medizin zurück, um uns Hilfe zu verschaffen.

Allerdings haben diese Errungenschaften und ihre Folgen auch eine Kehrseite, in der die Ambivalenz unseres Verhältnisses zur Medizin begründet liegt. In zwei Bereichen nehmen viele ZeitgenossInnen diese Kehrseite besonders wahr:

Zum einen: Medizin, insbesondere Intensivmedizin, kann heute *das Lebensende immer weiter hinausschieben*. Lungenentzündungen z.B., die

---

<sup>1</sup> Dieser Text geht auf einen Vortrag zurück, den der Verfasser am 26.03.03 an der Generalversammlung der Zürcher Vereinigung zur Begleitung Schwerkranker gehalten hat.

früher eine häufige Ursache eines relativ raschen Sterbens waren, können heute mit Antibiotika-Therapie auch bei hochbetagten, kranken PatientInnen relativ gut behandelt werden. Daran muss man heute meist nicht mehr sterben. Nur, die Fälle sind gar nicht so selten, wo eine Verlängerung des Lebens zugleich auch eine Verlängerung des Leidens bei immer mehr abnehmender Lebensqualität bedeutet. Manche Menschen befürchten heute beim Gedanken an eine Hospitalisation weniger, dass die Behandelnden therapeutisch nicht genug unternehmen könnten, um ihnen zu helfen, als vielmehr dies, dass möglicherweise *zu viel* gemacht wird, dass man als PatientIn in die Mühle einer eine Eigendynamik entwickelnden medizinisch-technischen Maschinerie geraten könnte, die einen – wenn es denn so weit wäre – nicht in Ruhe sterben lässt. Vor einer solchen technologischen Verfremdung des natürlichen Sterbeprozesses fürchten sich viele.

Zum andern: Der Erfolg der modernen Medizin ist eine der wesentlichsten Ursachen für die rasant zunehmende *Langlebigkeit*. Wir haben heute eine durchschnittliche Lebenserwartung, von der frühere Generationen nicht einmal geträumt haben – Tendenz weiterhin steigend! Nach der Pensionierung beginnt heute für viele eine Lebensphase, in der sie frei von Berufs- und Familienverpflichtungen das Leben noch bei guter Gesundheit intensiv genießen können. Allerdings beginnt so etwa ab dem 9. Lebensjahrzehnt für immer mehr Menschen eine Phase, die Soziologen als Phase der „Fragilität“ bezeichnen, die dann bei vielen Hochaltrigen in eine Phase zunehmender Abhängigkeit mündet. Früher starb man in der Regel relativ rasch an einer sich heftig manifestierenden und zum Tod führenden Krankheit. Heute müssen viele damit rechnen, eine längere Zeit chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit, u.U. mit fortschreitendem dementiellem Abbau der geistigen Fähigkeiten zu durchleben, bevor sie sterben. Vor einem solchen, sich lange hinziehenden Zerfallsprozess haben heute viele Angst. Pointiert gesagt: Alle möchten heute möglichst lange leben, aber niemand will wirklich alt werden mit allem, was das beinhalten kann. Für viele beinhaltet die Vorstellung, den Lebensabend schwer pflegebedürftig und dement in einem Pflegeheim verbringen zu müssen, etwas, das sie im Blick auf ihre bisherige Lebensvorstellung und ihr bisherige Lebensentwicklung als „entwürdigend“ empfinden.

## 2. Wovor viele Menschen heute Angst haben

Was genau ist es, vor dem Menschen heute Angst haben? Ich denke, es sind v.a. fünf Faktoren, die Menschen im Blick auf ihr Lebensende als Bedrohung empfinden:

Ein erster Punkt: Das Erleiden von physischen *Schmerzen* oder von *Atemnot*. Hier kann die moderne Schmerztherapie allerdings in den meisten Fällen wirksame Hilfe anbieten. Im Normalfall müssen Menschen heute nicht mehr starke Schmerzen erdulden.

Ein zweiter Punkt, vor dem viele Angst haben: Der geistige Abbau, der *Persönlichkeitszerfall* im Zeichen einer zunehmenden *Demenz*. Die Vorstellung, sich in der normalen, bisherigen Alltagswelt nicht mehr zurechtzufinden, die Orientierung zu verlieren und vielleicht die nächsten Angehörigen nicht mehr wiederzuerkennen, ist für viele belastend. Und die therapeutischen Möglichkeiten, diesem Abbau entgegenzuwirken, halten sich heute noch in ganz engen Grenzen.

Ein dritter Punkt ist die *Abhängigkeit von der Pflege* durch andere. Hier sind es mehrere Aspekte, die uns Mühe machen: Nach meiner Wahrnehmung ist es v.a. der Gedanke, einmal die Kontrolle über den eigenen Körper und seine Ausscheidungen zu verlieren, der uns sehr unangenehm, ja peinlich berührt. Dann stossen wir uns an der Vorstellung, auf andere angewiesen zu sein, anderen zur Last zu fallen. Das möchten wir auf gar keinen Fall! Und schliesslich erfüllt uns der Gedanke an einen möglichen Verlust der eigenen vier Wände und an das Angewiesensein auf die Infrastruktur eines Pflegeheimes mit Unbehagen.

Daraus ergibt sich ein vierter Punkt: der *Autonomieverlust*, also der Verlust der Fähigkeit, geistig, physisch und sozial selbstständig zu leben, für sich selber zu entscheiden und möglichst wenig fremdbestimmt zu werden. Das ist ein sehr gewichtiger Punkt, denn in der Autonomie-Fähigkeit liegt für die meisten ZeitgenossInnen der Inbegriff von Freiheit und Lebensqualität.

Wo die bisher genannten vier Faktoren unser Leben bestimmen, fürchten manche nicht nur eine Einbusse an Lebensqualität, sondern viel tiefer greifend: einen *Verlust an Würde*. Das ist der fünfte Punkt. Und die Angst vor dem Verlust der eigenen Würde als Mensch sitzt tief und ist weit verbreitet. Die eigene Würde zu verlieren ist vielleicht das Schlimmste, was einem geschehen könnte - so jedenfalls empfinden viele.

Solche Befürchtungen im Blick auf Schmerzen, geistigen Abbau, Pflegeabhängigkeit, Autonomie-Einbusse und letztlich Würdeverlust gehören zum Motor, der die neuere Diskussion um Sterbehilfe in Gang gebracht hat. Sie sind auch der Grund, warum Sterbehilfeorganisationen wie EXIT oder Dignitas solchen Zulauf haben.

### **3. Problematische Verknüpfung mit Würdeverständnis**

Ich bin überzeugt, wir alle teilen mehr oder weniger die genannten Befürchtungen. Niemand von uns erträgt leicht Schmerzen, ist gerne dauernd auf die Pflege durch andere angewiesen, niemand bewältigt den Verlust der Fähigkeit, selbständig zu leben und zu entscheiden, problemlos. Die Angst vor solchen Situationen ist mehr als nur begreiflich.

Problematisch hingegen scheint mir, dass es in unserer Gesellschaft gang und gäbe ist, die Erfahrung solcher Entwicklungen im Leben als Würdeverlust zu deuten. Wo das geschieht, stehen m.E. fundamentale Fragen unseres Menschen- und das heisst auch unseres Selbstverständnisses zur Diskussion. Ihre Beantwortung hat weitreichende und sehr existenzielle Auswirkungen auf die Art, wie wir unser eigenes Leben bewältigen, und auf die Art, wie wir als Gesellschaft mit Kranken, Pflegeabhängigen, Behinderten und Sterbenden umgehen.

Darum soll im Folgenden dieser Angst vor dem Verlust der eigenen Würde vertieft nachgegangen werden.

### **4. Das heute gängig gewordene Würdeverständnis**

Die Art, wie heute in der Auseinandersetzung um Sterbehilfe gängigerweise von Würde gesprochen wird, lässt sich gut an den Texten ablesen, in denen sich die entsprechende Diskussion auf bundespolitischer Ebene in der Schweiz in letzter Zeit niedergeschlagen hat.

Im Jahre 1994 reichte Nationalrat Victor RUFFY eine Motion ein, die dann vom Nationalrat als Postulat an den Bundesrat überwiesen wurde. Sie lautet wie folgt:

„Trotz allen Mitteln, die für Lebensverlängerung heute zur Verfügung stehen, gibt es weiterhin unheilbare Krankheiten, welche mit fortschreitender Entwicklung *die Würde des Menschen in schwerer Weise beeinträchtigen*. Angesichts dieser Tatsache haben in unserer Gesellschaft immer mehr Menschen den Wunsch, selber

über ihr Ende mitbestimmen und *in Würde sterben* zu können. Daher ersuche ich den Bundesrat, einen Entwurf für einen neuen Artikel 115bis des Schweizerischen Strafgesetzbuches vorzulegen.“

Das EJPD setzte daraufhin eine Expertenkommission ein, die 1999 einen Bericht zur Sterbehilfe vorlegte. Die Kommissionsmehrheit plädierte darin für eine Liberalisierung im Blick auf die aktive Sterbehilfe, und zwar mit der Begründung, es sei

„problematisch, denjenigen zu verfolgen und zu bestrafen, der aus Mitleid diesen (d.h. einen unheilbar kranken, schwer leidenden, H.R.) Menschen von einem Leben erlöst, das nurmehr aus sinnlosem Leiden besteht. (...) Wenn es um so Wesentliches geht wie den *Schutz des Lebens* und *der Menschenwürde*, muss jeder Einzelfall angemessen berücksichtigt werden.“

Die Kommissionsminderheit lehnte eine Liberalisierung der Sterbehilfe ab; sie weist aber in der Begründung ihrer Haltung auch darauf hin, dass eines der Hauptmotive in der Bevölkerung für die Forderung nach aktiver Sterbehilfe „nicht in unerträglichen Schmerzen (liegt), sondern in der *Angst vor Abhängigkeit, Vereinsamung, dem Verlust der Menschenwürde*.“

Dieser durchgängigen Art, von Würde zu reden, liegt ein Verständnis zugrunde, das davon ausgeht, dass es schwere, medizinisch nicht überwindbare Krankheitszustände gibt, in denen das Leben eines Menschen „nurmehr aus sinnlosem Leiden besteht“, und dass diese Zustände die dem Menschen eigene Würde beeinträchtigen, und zwar nicht nur irgendwie, sondern „in schwerer Weise!“

Anders gesagt: Schweres, unheilbares Leiden kann u.U. nur noch als sinnlos empfunden werden und beeinträchtigt resp. zerstört das, was die Würde eines Menschen ausmacht. Dementsprechend kann es nach diesem heute gängig gewordenen Verständnis im extremen Einzelfall angezeigt erscheinen, die Menschenwürde dadurch zu schützen, dass dem Patienten durch Suizid-Beihilfe oder aktive Sterbehilfe die Möglichkeit eröffnet wird, „in Würde“, d.h. selbstbestimmt und zu einem Zeitpunkt zu sterben, da seine Würde durch den irreversiblen Krankheitsverlauf noch nicht bis zu ihrem vollständigen Verlust zerstört worden ist.

## **5. Würde als empirische Qualität**

Das hier zum Ausdruck kommende Verständnis basiert auf einem Würdebegriff, der Würde als eine empirische Qualität menschlicher

Befindlichkeit definiert. Sie ist abhängig von einer Reihe innerer und äusserer Faktoren, die die Situation eines Menschen ausmachen. So werden etwa – negativ formuliert – starke Schmerzen, körperliche oder geistige Behinderung, Abhängigkeit von fremder Hilfe, Verlust der Selbstkontrolle und der Fähigkeit, über sich selbst zu bestimmen, als die Würde eines Menschen beeinträchtigend empfunden. Oder positiv formuliert: Würde kommt einem Menschen dadurch zu, dass er gesund, körperlich und intellektuell leistungsfähig und von niemandem abhängig ist, sondern sein Leben autonom gestalten kann.

Würde ist nach diesem Verständnis nicht etwas, das einem Menschen grundsätzlich zukommt, das ihm eigen ist, sondern das Resultat einer Reihe von Fähigkeiten, Eigenschaften oder Qualitäten, die mehr oder weniger, im schlimmsten Falle gar nicht mehr vorhanden sein können. Unheilbare Krankheit und schweres Leiden sind dementsprechend Phänomene, die menschliche Würde potenziell beeinträchtigen.

Der in der Sterbehilfe-Debatte immer wieder geäusserte Wunsch nach einem Sterben in Würde meint in diesem Zusammenhang eine rechtzeitige Beendigung des Lebens, um einerseits einem zunehmend entwürdigenden Krankheitsverlauf zu entgehen und andererseits gerade durch den Akt selbstbestimmten Sterbens der eigenen Würde nochmals Ausdruck zu verleihen.

## **6. Differenzierung des Würdebegriffs**

Die skizzierte Verwendung des Würdebegriffs ist weitgehend unreflektiert-intuitiv. Es zeigt sich vor allem, dass eine fundamentale Unterscheidung zwischen zwei ganz verschiedenen Würde-Begriffen nicht mehr vorgenommen wird und dadurch das Entscheidende am Begriff der Menschenwürde, das, was sein humanisierendes, befreiendes und entlastendes Potenzial darstellt, aus dem Blickfeld zu geraten droht. Und aus dem Blick gerät damit auch nicht weniger als die Basis der Menschenrechte, die auf diesem Verständnis von Menschenwürde gründet.

In unserer abendländischen Tradition ging man bisher aus von der Unterscheidung einer Würde, die dem Menschen als Menschen zusteht, die ihm inhärent ist, und einer Würde, die ihm durch die Art seines Verhaltens, durch seinen Stand oder die äusseren Bedingungen, in denen er lebt, zukommt, also kontingent ist. Diese Unterscheidung zwischen einer

*inhärenten* Menschenwürde und einer *kontingenten* Würde ist fundamental (vgl. Grafik am Schluss).

Die dem Menschen *inhärente Würde* zeichnet sich dadurch aus, dass sie ihm mit seinem Sein selbst gegeben ist. Sie kann und braucht nicht erst durch irgendwelche Leistungen oder äussere Lebensbedingungen angeeignet oder verwirklicht zu werden. Sie ist einem Menschen allein schon dadurch gegeben, dass er Mensch ist. Entsprechend kann sie auch nicht verloren gehen oder durch irgendwelche Faktoren beeinträchtigt werden. Sie bleibt, solange das menschliche Sein existiert. Und sie kommt grundsätzlich jedem Menschen in gleichem Masse zu. Dort, wo wir von Menschenwürde oder von den aus ihr sich ableitenden Menschenrechten sprechen, geht es immer um diese dem Menschen inhärente Würde.

Anders steht es, wenn wir etwa von der Würde eines hohen politischen Gastes oder eines geistlichen Würdenträgers sprechen. Die hier gemeinte Würde ist nicht der betreffenden Person als Mensch inhärent, sondern sie ist *kontingent*, also durch irgendwelche zufälligen Faktoren gegeben, die bei einem anderen Menschen oder in einer anderen Situation fehlen können. Sie stellt z.B. ein soziales Attribut dar und kommt dieser Person nur zu, insofern sie eine bestimmte soziale Stellung inne hat oder eine bestimmte Rolle ausübt. Diese Würde hat man nicht einfach, sondern man muss sie sich erwerben (durch Qualitäten, berufliche Leistungen oder sonstige Verdienste, die einem den Aufstieg in die betreffende Funktion ermöglichen). Mit dem Rücktritt von der entsprechenden Position geht man dieser Würde grundsätzlich auch wieder verlustig. Kontingente Würde ist dementsprechend etwas Vorübergehendes – im Unterschied zur inhärenten Menschenwürde, die unverlierbar ist.

Eine andere Art kontingenter Würde kommt in den Blick, wenn wir z.B. das Verhalten einer Sportlerin oder eines alten Mannes als würdig bezeichnen. Oder wenn wir gewisse äussere Lebensumstände als entwürdigend empfinden. Hier geht es im ersten Fall um ein beeindruckendes Verhalten oder Benehmen einer Person, im zweiten Fall um die Frage, inwieweit die äusseren Umstände des Lebens die Würde einer Person angemessen widerspiegeln. Kontingente Würde ist immer ungleich verteilt, weil sie sich nicht auf die allen Menschen gleiche Menschennatur bezieht, sondern auf die unterschiedlichen Qualitäten, Verhaltensweisen, Funktionen und Lebensumstände der Menschen.



Demgegenüber gilt es festzuhalten: *Menschenwürde als dem Menschen inhärente Würde kann im strengen Sinn des Wortes also weder abgesprochen noch angetastet oder verletzt werden, noch kann man sie durch eigenes Verhalten oder die äusseren Rahmenbedingungen, unter denen man zu leben gezwungen ist, verlieren. Auch verhöhnte und verachtete Würde bleibt Würde. Verletzbar resp. antastbar ist nur der Anspruch auf Achtung und Respekt, der sich aus der inhärenten Würde des Menschen ergibt.*

## **7. Person und Persönlichkeit des Menschen**

Die dargestellte Unterscheidung zwischen inhärenter und kontingenter Würde ist für ethische Überlegungen etwa im Blick auf den Umgang mit kurativ nicht mehr behandlungsfähigen Langzeitpatienten oder im Blick auf die Frage eines „würdigen Sterbens“ von eminenter Bedeutung. Das wird deutlich, wenn wir zwei weitere Unterscheidungen vornehmen.

Die erste Unterscheidung ist die zwischen *Person* und *Persönlichkeit* des Menschen. Menschenwürde, so haben wir gesehen, ist jedem Menschen als Person eigen. Von diesem Personsein zu unterscheiden ist die je konkrete, sich verändernde Persönlichkeit, durch die ein Mensch seine individuelle Gestalt hat. Zur Persönlichkeit gehören die psychische Konstitution, die geistigen Fähigkeiten sowie die Prägung durch sozio-kulturelle Faktoren. Im Unterschied zur Person, die als solche nicht empirisch fassbar ist, ist die Persönlichkeit eines Menschen sehr wohl

„eine *empirische Grösse*, die ganz unterschiedlich entwickelt sein und durch Krankheit, Behinderung und moralisches Versagen in Verlust geraten kann. Von der fehlenden Entfaltung der *Persönlichkeit* darf aber nicht auf das Fehlen des *Personseins*, vom Verlust von Persönlichkeitsmerkmalen nicht auf den Verlust des *Personseins* und der Menschenwürde rückgeschlossen werden.“ (ULRICH EIBACH)

Das heisst: Ein Mensch kann krankheitsbedingt oder durch Behinderung geistig verwirrt, hochgradig pflegeabhängig und in seinen sozialen Interaktionen ausgesprochen mühsam sein, insgesamt also ein sehr schwieriges Persönlichkeitsprofil aufweisen. All das ändert nichts daran, dass dieser Person genauso eine inhärente Würde eigen ist wie seiner gesunden, selbständigen, geistig hochdifferenzierten und im menschlichen Umgang überaus zuvorkommenden Nachbarin. *Weder fortschreitender Zerfall der eigenen Persönlichkeit noch zunehmende körperliche Gebrechlichkeit beeinträchtigen in irgendeiner Weise die Menschenwürde*

*und damit auch das Lebensrecht resp. das Recht auf Lebensschutz eines Menschen.*

Unter dem Blickwinkel der jedem Menschen inhärenten Würde muss darum der Aussage in der Motion von Nationalrat RUFFY, wonach es „unheilbare Krankheiten (gibt), welche mit fortschreitender Entwicklung die Würde des Menschen in schwerer Weise beeinträchtigen,“ entschieden widersprochen werden!

## **8. Wert und Nutzen des Menschen**

Die hier verhandelte Problematik stellt sich bei uns auf dem Hintergrund einer gesellschaftlichen Mentalität, die den Menschen immer mehr nach seinem Nutzen oder seiner Funktionalität beurteilt. Demgegenüber ist nun im Blick auf das Würde-Verständnis als zweite Unterscheidung diejenige von *Wert* und *Nutzen* zu beachten. Von der inhärenten Würde des Menschen reden heisst anerkennen, dass der Mensch einen Wert in sich darstellt, völlig unabhängig von seinem gesellschaftlichen Nutzen. Das, was die Würde der menschlichen Person ausmacht, liegt im Eigenwert ihres vorgegebenen Seins, der einen unbedingten Anerkennungsanspruch in sich trägt. Wo daran nicht mehr festgehalten wird, sind die Folgen v.a. im Bereich der Langzeitpflege fatal.

Gerade im medizin- und pflege-ethischen Bereich ist entscheidend: Nur wo die Würde des Menschen als inhärente Würde seiner Person verstanden und als Eigenwert unabhängig von allen Nutz-Erwägungen anerkannt bleibt, wird sichergestellt, dass unsere sozialen Beziehungen und die Kultur unserer medizinischen und pflegerischen Einrichtungen von der Achtung vor der Würde jedes Menschen geprägt bleiben. Dabei geht es um „eine Würde, die allem Abbau, aller Demenz, aller Inkontinenz und allem menschlichen Zerfall vorausliegt und von diesen Beeinträchtigungen der menschlichen Autonomie unangetastet bleibt und die kraftvoll Anspruch auf Solidarität der Gesellschaft mit allen Menschen erhebt“ (RUTH BAUMANN-HÖLZLE).

## **9. Würde und Autonomie**

Ein zentraler Aspekt von Menschenwürde liegt im Anspruch auf Autonomie. Dieser Aspekt ist insbesondere vom Philosophen Immanuel KANT her fest in unsere Tradition eingegangen: Die Würde des Menschen besteht darin, dass

er nicht ein Mittel zu irgendeinem Zweck ist, sondern ein Selbstzweck. Das heisst, es ist ihm ein Anspruch eigen, von niemandem für einen ihm fremden Zweck instrumentalisiert zu werden, sondern autonom über die eigene Lebensführung bestimmen zu können. Dieses Autonomie-Ethos ist zum Inbegriff des modernen, bürgerlichen Freiheitsverständnisses geworden und gibt dem Würdebegriff heute sein Gepräge.

Aus dem Gefühl heraus, nur autonom gelebtes Leben sei ein menschenwürdiges Leben, ist auch der Ruf nach dem „eigenen“, selbstbestimmten Tod entstanden. Sterben wird zunehmend als etwas verstanden, was der Mensch in eigener Verantwortung zu gestalten, worüber er nach Möglichkeit frei zu entscheiden und zu verfügen habe. Für den modernen Machermenschen tritt der Tod aus dem Schatten eines verfügbaren Schicksals ins Licht eines selber zu verantwortenden „Machsals“ (Odo MARQUARD), das im Zeichen menschlicher Autonomie zu kontrollieren ist.

In dieser Perspektive bekommt das Sterben gerade dadurch seine Würde, dass es unserer Kontrolle und unserer autonomen Verfügungsmacht unterworfen wird. Sterben in Würde heisst dann: selbstbestimmt sterben, nicht das Sterben als ein Widerfahrnis erdulden und an sich resp. mit sich geschehen lassen. Diese Haltung ist klassisch zusammengefasst in dem Diktum von Joseph FLETCHER: „Kontrolle über den Tod ist wie Geburtenkontrolle eine Sache menschlicher Würde. Ohne sie werden Personen zu Marionetten.“

Nun ist es zweifellos zu begrüessen, wenn heutige Menschen im Sinne der Patientenautonomie sich rechtzeitig darüber Gedanken machen, welche Art von medizinisch-pflegerischer Behandlung sie im Falle einer schweren Erkrankung oder eines tödlichen Leidens möchten und auf was sie lieber verzichten wollen. Es ist hilfreich, wenn solche Fragen mit Angehörigen besprochen und in einer Patientenverfügung festgehalten werden. Trotzdem scheint mir die heute mancherorts zu beobachtende extreme Betonung der Autonomie als *Voraussetzung* für Würde eine dreifache Problematik in sich zu tragen.

## **10. Autonomieanspruch und Autonomiefähigkeit**

Zum Ersten liegt auch hier wieder eine mangelnde begriffliche und sachliche Differenzierung vor. Denn in Analogie zum Würde-Begriff muss man auch im Blick auf die Autonomie des Menschen zwei Ebenen unterscheiden. Das

eine ist die Autonomie als *Anspruch*. Wie die Menschenwürde haben grundsätzlich alle Menschen Anspruch darauf, in ihrer Autonomie, in ihrem eigenen Willen respektiert und von niemandem zu fremden Zwecken instrumentalisiert zu werden. Dieser Autonomie-Anspruch ist unverlierbar und unantastbar. Er bleibt z.B. auch bei hoch dementen, bei komatösen oder aus anderen Gründen nicht mehr urteilsfähigen Menschen bestehen: die ihnen zuteil werdende medizinische Therapie und Pflege hat sich an ihrem mutmasslichen Patientenwillen zu orientieren, nicht einfach an dem, was die Ärztinnen, Pflegenden und Angehörigen für sich als wünschenswert betrachten! Darum ist das Instrument der Patientenverfügung so wichtig.

Ganz anders steht es um die (kontingente) *Autonomie-Fähigkeit* im Sinne konkreter Fähigkeit zur Selbstbestimmung. Diese kann krankheitsbedingt abnehmen. Aber auch bei stark reduzierter Autonomie-Fähigkeit bleiben der Autonomie-Anspruch und die Würde einer Person unangetastet. Das ist eine erste Kritik an einem überzogenen, einseitigen Autonomieverständnis.

## **11. Autonomiefähigkeit ist keine Voraussetzung von Würde**

Ein zweiter Gesichtspunkt: Durch die Überbewertung des um seiner Würde willen selbst noch im Sterben autonom handeln und bestimmen müssenden Menschen wird der Blick für die Bedeutung der inhärenten Menschenwürde gerade verstellt. Denn deren humanisierendes Potenzial liegt eben darin, dass sie vom Versuch entlastet, Würde in einer bestimmten Qualität des Handelns sichern zu müssen. Dem amerikanischen Medizinethiker Daniel CALLAHAN ist zuzustimmen: „Es gibt keine zwingende Korrelation zwischen einer Kontrolle über den eigenen Tod und der Würde dieses Sterbens.“

Umgekehrt scheint mir die Befürchtung nicht von der Hand zu weisen: Wenn die Gesellschaft mehrheitlich die Ausübung der Autonomie als Voraussetzung der Würde versteht, dann entsteht ein furchtbarer Druck auf leidende, pflegeabhängige, in ihrer Autonomie-Fähigkeit beschränkte Menschen. Das darf nicht sein. Aufgabe der Pflege, letztlich aber auch der Gesellschaft als Ganzer ist es, Menschen in Situationen des Leidens, der Fragilität und der Angewiesenheit auf Pflege ihre unverlierbare Würde zuzusprechen und ihren Autonomieanspruch so gut wie möglich zu respektieren.

## 12. Grundpassivität menschlichen Lebens

Und noch ein dritter kritischer Punkt zu einem einseitig verabsolutierten Autonomieverständnis ist anzuführen: Wer mit der Abnahme der Autonomie-Fähigkeit die Würde des menschlichen Lebens glaubt schwinden zu sehen, verrät eine Unfähigkeit, menschliches Leben gerade in ganz elementaren Grundvollzügen als etwas wahrzunehmen, was über alles eigene Planen, Entscheiden, Machen und Kontrollieren hinaus geht. Der Wiener Sozialethiker Ulrich H. J. KÖRTNER gibt zu bedenken, dass das menschliche Dasein „vor aller Aktivität, aber nicht minder in allem Tätigsein durch eine eigentümliche Grundpassivität gekennzeichnet (ist). „Es gibt eine Passivität, ohne die der Mensch nicht menschlich wäre. Dazu gehört, dass man geboren wird. Dazu gehört, dass man geliebt wird. Dazu gehört, dass man stirbt““ (Zitat von Eberhard JÜNGEL).

Diese Passivität gehört zur grundlegenden Struktur des Menschseins. Menschsein, das seiner Bestimmung entsprechen will, wird das ernst nehmen und die Erfahrung von Grenzen eigener Autonomie, von Abhängigkeit und Angewiesensein auf andere annehmen, positiv werten und in den eigenen Lebensentwurf integrieren.

Das hat der bereits zitierte Daniel CALLAHAN sehr schön formuliert:

„Das Ziel, stets unabhängig zu sein, (kann) nur für begrenzte Zeit erreicht werden. Früher oder später, für längere oder kürzere Zeit, werden wir von anderen abhängig sein. Zumindest begleitet uns dieses Risiko immer, ist ein unentrinnbarer Teil unseres Lebens. Warum betrachten wir diese Tatsache als Desaster für uns Menschen, als etwas, das um jeden Preis aus den Bedingungen des Menschseins verbannt werden muss?“ „Es ist ein ganz schwerwiegender Irrtum zu glauben, dass unser Wert als Person sinkt, weil Abhängigkeit unser Teil sein wird, so als ob sie uns *notwendigerweise* eine Grundbedingung unseres Selbst rauben würde. Das tut sie nicht. Es liegt eine wertvolle und selbstverständliche Anmut in der Fähigkeit, von anderen abhängig zu sein, offen zu sein für ihre Besorgtheit, bereit zu sein, sich an ihre Stärke und ihre Fürsorge anzulehnen. Ein Selbst lebt in der ständigen Spannung zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit. Beide sind ein Teil von uns. Die Unabhängigkeit mag uns ein besseres Gefühl geben, sie schmeichelt uns stärker. Trotzdem bleibt sie nur die halbe Wahrheit unseres Lebens.“

Darum gilt: *Wie das Personsein eines Menschen auch durch starke Beeinträchtigungen seiner Persönlichkeit nicht in Frage gestellt wird, wie der Wert eines Menschen auch bei weitgehendem Schwinden seiner Fähigkeiten und seines funktionalen, gesellschaftlichen Nutzens nicht verloren geht, wie der Autonomieanspruch auch bei reduzierter Fähigkeit*

zur Selbständigkeit und Selbstbestimmung nicht erlischt, so wird die inhärente Würde eines Menschen dadurch, dass er leidet, pflegeabhängig, dement oder gar am Sterben ist, nicht in Mitleidenschaft gezogen.

Es ist entscheidend, dass Menschen, die andere, z.B. pflegebedürftige, demente Hochbetagte begleiten und betreuen, das mit dem Kopf und mit dem Herzen begriffen und in ihr eigenes Menschenbild integriert haben. Nur so wird es ihnen gelingen, den Menschen, die sie begleiten und pflegen, durch ihr Reden, Handeln und durch ihr Verhalten Würde zuzusprechen, d.h. sie in der Würde zu vergewissern, in der sie in ihrem Leiden, in ihrer Schwäche und Abhängigkeit möglicherweise selber unsicher und darum in ihrem Selbstwertgefühl erschüttert werden.

### 13. Zur Humanität und Würde der Leidenden

Umgekehrt muss aber ebenso entschieden der heute weit verbreiteten Vorstellung widersprochen werden, Leiden sei an sich entwürdigend, sei eines Menschen unwürdig und deshalb unmenschlich. Wir müssen uns von der Ansicht befreien, Leiden und Würde stünden in grösserer Spannung zueinander als etwa Gesundheit und Würde oder Glück und Würde.

Oft wird angenommen, Leiden sei entwürdigend, weil es sinnlos sei. Nun ist es (ganz sicher von einer Aussenperspektive, meist aber wohl selbst von einer Betroffenen-Perspektive aus) unmöglich, angesichts konkreten Leidens ein abstraktes, theoretisches Urteil über die Sinnhaftigkeit dieses Leidens zu fällen. Vielleicht lässt sich als direkt Betroffener im Rückblick einmal erahnen, inwiefern sich ein bestimmtes Leiden als ‚sinnvoll‘ erwiesen hat. Aber auch das ist nicht sicher. Im übrigen verhält es sich mit gegenteiligen Erfahrungen des Glücks oder des Erfolgs ja auch nicht grundsätzlich anders. Oder ist uns denn in der Mehrheit der Glücks-Fälle klar, in welchem Sinne diese eigentlich ‚sinnvoll‘ sein sollen? Wohl kaum.

Wohl aber muss gesagt werden, dass Leiden immer schon und ganz fundamental zu menschlichem Leben gehört. Es ist ein elementarer Teil unserer *condition humaine*, ohne die wir uns Menschsein nicht vorstellen können. Darum hat der katholische Ethiker Franz BÖCKLE recht: „Das Wort vom sinnlosen Leiden ist ein gefährliches Wort. Es spiegelt einen sehr oberflächlichen Standpunkt wider. (...) Die Fähigkeit zu leiden gehört zum Menschsein. Ein Leben ohne Leiden ist beinahe so unmenschlich wie ein

Leben ohne Freuden.“ Wenn Leben überhaupt einen Sinn haben soll, kann er jedenfalls nicht unter Absehung von Leidenserfahrungen postuliert werden.

Worin sein Sinn im Einzelnen besteht, dürfte, wie schon gesagt, meist schwer zu bestimmen sein. Immerhin entspricht es einer alten Weisheit der Menschheitsgeschichte und einer Erkenntnis heutiger Psychologie, dass Leidenserfahrungen massgeblich unsere persönliche und kollektive Entwicklung prägen und vorantreiben. Mit den Worten des Psychiaters Klaus DÖRNER: „Es gehört zur Wahrheit des Menschen, dass er durch Leiden und leidend geboren wird und dass er nur durch das Leiden zu seinen entscheidenden Entwicklungs- und Reifungsschritten kommt.“ Es gibt keinen Grund anzunehmen, dass das nicht auch für den Prozess gilt, in dem jemand das Abnehmen seiner Lebenskräfte und schliesslich sein Sterben erleidet – auch wenn ihm die Sinnhaftigkeit dieser konkreten Leidenserfahrung nicht einsichtig sein mag.

Im übrigen ist die Sinnhaftigkeit eines Geschehens ohnehin nie nur rein individuell erschliessbar, sondern müsste sich aus dem ergeben, was dieses Geschehen für das grössere Ganze bedeutet, an dem ein Einzelner teilhat. In diese Richtung weisen Überlegungen von Matthias METTNER, der im Blick auf Sinnfindungsprozesse in der Pflege und Betreuung kranker und sterbender Menschen zur Überzeugung gelangt,

„dass diese Menschen uns die Würde menschlicher Bedürftigkeit zeigen. Der Kern des Lebenssinnes ist, dass wir mit allen Sinnen begreifen, dass und wie wir aufeinander angewiesen, voneinander abhängig sind, wie wir einander brauchen, nötig haben. Häufig lernen wir dies erst schmerzhaft, wenn wir am eigenen Leib erkranken oder ein uns naher Mensch erkrankt.“

Doch wir tun gut daran, hier nicht allzu viel und allzu Konkretes sagen zu wollen. Leiden darf nicht durch vermeintliche Sinngebung verharmlost werden. Umgekehrt soll Leiden auch nicht allzu leichtfertig als sinnlos erklärt und damit entwertet werden, bloss weil einem dessen Sinn nicht erkennbar ist.

## 14. Fazit

Aus dem bisher Gesagten ergeben sich ein paar Schlussfolgerungen im Blick auf heutige Praxis:

- a) Angesichts der schleichenden Bedeutungsveränderung und der weit verbreiteten fehlenden Differenzierung im Reden von Würde und

Autonomie des Menschen scheint mir dringend, dass wir unser Verständnis von inhärenter Würde und Autonomie-Anspruch jedes Menschen klären. Dass die inhärente Personwürde eines Menschen nicht vom Zustand seiner Persönlichkeit, sein Wert nicht von seiner Funktionalität und Leistungsfähigkeit, sein Autonomieanspruch nicht von seiner Fähigkeit abhängt, sein Leben selbständig und selbstbestimmt zu gestalten, das gehört zum ethischen Werte-Fundament, das keine Gesellschaft ohne Schaden preisgeben kann.

- b) Das Wissen um die unverlierbare, inhärente Würde jedes Menschen ist für unsere klinische Praxis wie für unseren sozialen Umgang mit Leidenden und Sterbenden von unaufgebbarer Relevanz, denn
- es nimmt Menschen die Angst vor dem Verlust ihrer Menschenwürde am eigenen Lebensende, beim eigenen Sterben;
  - es entlastet vom Druck, durch irgendwelche eigene Anstrengungen „würdig“ leiden und sterben, d.h. sich die eigene Würde selbst im Sterben noch sichern zu müssen;
  - es hilft zu einem ganzheitlicheren Menschenverständnis, das auch Abhängigkeit von der Fürsorge anderer zulassen kann.
- c) Die Menschenwürde ist massgebend nicht für die Art, wie ein Sterbender sein Sterben gestaltet, sondern allein für den respektvollen, im *kontingenten* Sinne würdevollen und d.h. der Würde des Sterbenden gemässen Umgang von Angehörigen, Pflegenden und ÄrztInnen mit Sterbenden. Das Wissen um die inhärente Würde jedes Menschen hilft Betreuenden und Pflegenden, einen Menschen nicht nur mit einem Blick auf seine allfälligen Defizite, auf das möglicherweise Schwierige und Unangenehme in seinem gegenwärtigen Zustand anzusehen, sondern hinter diesem Vordergründigen, das uns selbst vielleicht abstossen oder beelenden mag, die Würde seiner Person wahrzunehmen, zu achten und ihn entsprechend zu behandeln. Wir sollen Sterbende so begleiten und behandeln, dass sie spüren, dass wir sie auch in schwierigen Situationen in ihrer Würde achten und respektieren.
- d) Zu einem würdigen Umgang mit Sterbenden gehören
- das ethische Wissen um und das moralisch-praktische Ernstnehmen von deren inhärenter Würde;
  - die kontinuierliche persönliche Zuwendung und Begleitung durch Personal und Angehörige;



- das Ernstnehmen des aktuellen oder allenfalls zu bestimmenden mutmasslichen Patientenwillens (ggf. unter Berücksichtigung einer vorhandenen Patientenverfügung!), und
- eine kompetente palliative Pflege.

e) Es ist unser aller Aufgabe, dazu beizutragen, dass in der Öffentlichkeit, in der Politik, in den Medien und wo auch immer das heute weit verbreitete, defizitäre Würdeverständnis korrigiert wird. Gelingt das nicht, wird der Druck der Gesellschaft auf all jene, die nicht ganz so gesund, selbständig, leistungsfähig und verstandesmässig klar sind, zunehmen und ihnen schmerzhaft zu spüren geben, dass die Gesellschaft sie letztlich als „würdelos“ Lebende ansieht, die eigentlich, um der vermeintlichen Wahrung ihrer Menschenwürde (und um der Einsparung eh schon knapper Ressourcen im Gesundheitswesen!) willen, besser freiwillig aus dem Leben scheiden würden. Nur durch ein neu gewonnenes differenziertes Würdeverständnis können wir m.E. auch sicherstellen, dass die gesellschaftlichen, institutionellen und ökonomischen Rahmenbedingungen der Betreuung von schwer Leidenden, Pflegebedürftigen und Betagten auch in Zukunft dergestalt sind, dass sie die Bezeichnung human auch wirklich verdienen.

## Graphik Unterscheidungen im Würdebegriff

### Wesensmässige („inhärente“) Würde

- mit dem Menschsein gegeben
- Würde als Seinsbestimmung/  
Wesensmerkmal
- muss nicht errungen und kann  
nicht verloren werden
- kommt allen gleich zu
- ist uns vorgegeben (Indikativ)
- ruft nach unserer  
Anerkennung/ Respektierung

### Von Faktoren abhängige („kontingente“) Würde

- von zufälligen Merkmalen abhängig
- Würde als Eigenschaft/ Qualität/  
Errungenschaft
- muss errungen und kann wieder  
verloren werden
- ist ungleichmässig verteilt
- ist uns aufgegeben (Imperativ)
- ruft unsere Hochschätzung/  
Bewunderung hervor

### Person Wert

### Autonomie-Anspruch

### Persönlichkeit Nutzen

### Autonomie-Fähigkeit

Zum Thema dieses Aufsatzes erscheint im Juli 2003 von H. Rügger das Buch: *Sterben in Würde? Nachdenken über ein differenziertes Würdeverständnis* (Koedition der Verlage NZN und TVZ, Zürich).