
Standpunkt

Selbstbestimmung als Element der Vorstellung vom guten Tod

Nina Streeck^a

^a Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte, Universität Zürich

In vielen medizinethischen Debatten spielt der Begriff der Selbstbestimmung oder Autonomie eine tragende Rolle, doch in einer zieht er besonders starke Aufmerksamkeit auf sich: wenn es um Sterbehilfe geht. Wird etwa für die moralische Zulässigkeit von Suizidbeihilfe plädiert, lautet ein zentrales Argument, dass der autonomen Entscheidung des Sterbewilligen Respekt gebühre. Die fünf Schweizer Suizidhilfe-Vereine bezeichnen sich sogar als «Selbstbestimmungs-Organisationen». Wie Autonomie zu begreifen ist, unter welchen Umständen eine Entscheidung als selbstbestimmt betrachtet werden kann und ob genügt, sie zu respektieren, um im moralischen Sinne richtig zu handeln, sind einige der Fragen, um die in den Diskussionen um Suizidhilfe gerungen wird. Wichtige Fragen zweifellos, doch täte der Reflexion über Sterbehilfe wohl, den Blick auch zu weiten und sich für Selbstbestimmung in einer anderen

Hinsicht zu interessieren: als eine Facette dessen, was wir gemeinhin unter einem guten Tod verstehen. Denn damit wird deutlicher, was Selbstbestimmung bei Entscheidungen am Lebensende für uns bedeutet und in welchem Kontext wir von ihr reden. Die Explikation des inneren Gehalts des «guten Todes» zeigt zudem, was eine prima facie unbedenkliche Auffassung eines solchen moralisch impliziert. Mit Blick auf den guten Tod wird hier also das vorherrschende Ethos ausgelegt, mithin ein deskriptiv-hermeneutisches Vorhaben in Angriff genommen, womit nicht die Absicht verbunden ist, normative Aussagen über die Zulässigkeit des assistierten Suizids zu treffen. Vielmehr ist das Anliegen, zum Bedenken dieses Ethos und seiner moralischen Implikationen anzuregen, weil sich der Blick auf die Suizidhilfe-Problematik schärfen lässt, wenn das ausschliessliche Kreisen um den Begriff der Selbstbestimmung

aufgebrochen wird. Denn moralische Fragen, die das Sterben betreffen, lassen sich nicht davon trennen, wie wir uns selbst und unsere Lebenswirklichkeit als Ganzes verstehen. Was wir als ein gutes Leben – und einen guten Tod – begreifen, impliziert, wie wir über konkrete Handlungen – etwa durch eigene Hand aus dem Leben zu scheiden – denken und urteilen.

Die heute vorherrschende Vorstellung vom guten Tod beginnt sich seit den 1960er Jahren zu entwickeln. Philippe Ariès schildert in seiner 1982 veröffentlichten «Geschichte des Todes» den «Triumph der Medikalisierung» ([1], S. 747), der den Umgang mit Sterben und Tod im 20. Jahrhundert, vor allem seit dem 2. Weltkrieg, prägte: Der Kranke starb im Spital, mit Schläuchen angeschlossen an Geräte, die ihn am Leben erhielten, in Unkenntnis seines nahenden Lebensendes. In Reaktion auf dieses Schreckensbild vom Sterben sieht Ariès seinerzeit jedoch einen Wandel heraufziehen, dem unter anderem Elisabeth Kübler-Ross den Weg bereitet habe, indem sie 1965 mit ihren «Interviews mit Sterbenden» [2] die Sprachlosigkeit und das Schweigen gegenüber unheilbar Kranken durchbrach. In ihrem bekannten Modell der Sterbephasen identifizierte Kübler-Ross als fünfte und letzte Phase des Sterbeprozesses die Akzeptanz des Sterbens, womit sie – so umstritten ihr Modell auch sein mag – die heutige Vorstellung von einem guten Tod mitprägte: Nicht bis zuletzt gegen das Sterben anzukämpfen, sondern zu innerem Frieden zu finden, gilt auch heute als wünschenswert. Ähnlichen Einfluss auf das derzeitige Ideal hatte die Begründerin der Hospiz-Bewegung Cicely Saunders mit ihrem Konzept von «total pain», das auf die umfassende körperliche, soziale, emotionale und spirituelle Schmerzerfahrung des Sterbenden aufmerksam macht [3]. Darauf antwortet mittlerweile die Palliative Care, der es nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation um die «Behandlung von Schmerzen und anderen physischen, psychosozialen und spirituellen Problemen» geht [4].

Heute geniesst die Palliative Care mit ihrem Anliegen, die Lebensqualität von Patienten und ihren Familien zu verbessern, einen hervorragenden Ruf in Gesellschaft und Politik: In der Schweiz verfolgen Bund und Kantone seit 2010 die «Nationale Strategie Palliative Care», Bücher von Palliativmedizinerinnen landen auf Bestsellerlisten und auch die Suizidhilfe-Organisationen betonen, sich für die Palliativmedizin einzusetzen. Was innerhalb der Palliative Care als idealer Sterbeprozess begriffen wird, diffundiert so in die Gesellschaft und kann mit Clive Seale als «cultural script», als Repräsentation einer kulturellen Norm, gelten, wie es Expertensysteme wie Medizin, Psychologie oder Religion anbieten und auf das sich Menschen beziehen, wenn sie sich mit der Bedeutung ihrer Erfahrungen, Beziehungen und ihres eigenen Selbstverständnisses befassen [5]. In der Palliative Care ist man sich bemerkenswert einig, wie ein guter Tod aussieht: Gut stirbt demnach, wer 1. sich des nahenden Todes bewusst ist,

2. selbstbestimmt Entscheidungen trifft, 3. gemäss seiner individuellen Vorlieben stirbt, und 4. in offenem und ehrlichem Austausch mit seinem Umfeld steht. Auch die Versöhnung mit Angehörigen und Freunden sowie inneres oder emotionales Wachstum werden als Faktoren genannt [6–8].

Ein stimmiges Bild: Der Sterbende soll sein nahendes Lebensende in vollem Bewusstsein gewärtigen. Ihm seinen Zustand zu verschweigen, wie es einst üblich war und wogegen Kübler-Ross antrat, wird deshalb abgelehnt. Selbstbestimmte Entscheidungen sind zudem nur möglich, wenn man über seine Krankheit Bescheid weiss. Erst dann kann auch der Tod bedeutsam für den Sterbenden und seine Angehörigen werden. Vom Tod lässt sich etwas lernen, lautet eine schon in der Antike formulierte und heute ebenfalls populäre Annahme, etwa das Leben wertzuschätzen und manche Alltagsprobleme nicht auf die schwere Schulter zu nehmen. Die Akzeptanz des Todes, wie sie Kübler-Ross vorschwebte, gilt als erstrebenswert. Sie soll emotionales und spirituelles Wachstum ermöglichen, das den Tod sogar zu einem heroischen macht, sofern glückt, in ihm einen Sinn zu finden, wobei eine umfangreiche Ratgeberliteratur zur Unterstützung bereitsteht. In offenen Gesprächen kann sich der Sterbende auf sein Ableben vorbereiten, letzte Dinge regeln und Konflikte aus der Welt schaffen. Die Palliative Care versteht sich in diesem idealen Sterbeprozess als Begleiterin: Der Kranke soll sein Sterben nach seinen eigenen Vorstellungen gestalten können, wofür sie eine helfende Hand bietet, indem sie die – individuell definierte – Lebensqualität verbessern und sich ganz nach den Bedürfnissen des Sterbenden richten will. Auf «total pain» folgt «total care»; die Palliative Care macht den guten Tod möglich.

Die skizzierte Vorstellung vom guten Tod und die Schaffung der Voraussetzungen, tatsächlich dergestalt sterben zu können, aber haben nicht allein den uneigennütigen Zweck, einfühlsam den Bedürfnissen des Sterbenden zu begegnen, sondern auch eine Funktion für diejenigen, die am Leben bleiben, worauf Werner Schneider aufmerksam macht: Er beschreibt das Sterben als einen gesellschaftlichen «Ausgliederungsprozess», der so zu vollziehen sei, dass «die (Weiter-)Lebenden den Glauben an die Sinnhaftigkeit ihres eigenen Weiterlebens nicht verlieren» ([9], S. 60). Das Sterben soll so angenehm und kontrolliert wie möglich ablaufen – für die Lebenden. Der Sterbende ist aufgefordert, bereits zu Lebzeiten «das eigene Lebensende zu organisieren, es selbstbestimmt zu planen, zu gestalten, d. h. umfassend vorzusorgen» (S. 130): der eigene Tod wird zum letzten grossen Projekt. Die Palliative Care ermöglicht die Verwirklichung dieses Projekts und befriedigt die körperlichen, seelischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse des Sterbenden, indem sie «total care», eine Rundum-Fürsorge, zur Verfügung stellt. Insofern diese dem Zweck dient, das soziale Funktionieren zu sichern, bezeichnet Jeffrey P. Bishop sie

nicht nur als «totalisierende Fürsorge», sondern sogar als «totalitäre Fürsorge» ([10], S. 277). Denn obschon vermeintlich auf alle Bedürfnisse des Sterbenden eingegangen wird, sind manche Umgangsweisen mit dem Sterben in dieser Vorstellung des guten Todes nicht vorgesehen: Wer nicht wissen möchte, dass er unheilbar krank ist und sein Lebensende bevorsteht, wer es vorzieht, Entscheidungen seinen Angehörigen oder dem Arzt zu überlassen, wer nicht reden und nicht emotional wachsen will, wer keinen Trost findet und leidet oder wer den Tod nicht akzeptiert und sein Ableben nicht laut- und reibungslos für die Nachwelt gestaltet, der stirbt nicht nur – jedenfalls gemäss herrschender Vorstellung – nicht gut, der sieht sich auch im Sterbeprozess damit konfrontiert, der Norm nicht zu genügen und aufgefordert zu werden, sein falsches Verhalten zu ändern: Er soll seinen Zustand kennen, er soll mit seinem Umfeld kommunizieren, er soll zur Ruhe kommen und nicht schreiend und unversöhnt sterben. Und er darf nicht nur über das eigene Sterben bestimmen, nein, um gut zu sterben, *muss* er selbst bestimmen. Die Vorstellung vom guten Tod hat normative Kraft.

Wird in Debatten über Suizidhilfe als Argument das Autonomieprinzip vorgebracht, bleibt dieser Zusammenhang üblicherweise verborgen. Und noch etwas ist in der skizzierten Vorstellung des guten Todes unsichtbar: Die Unterscheidung zwischen einem beschleunigten und einem nicht beschleunigten Tod. Als gut gilt das Sterben, wenn es die Elemente Bewusstsein, Selbstbestimmung, individuelle Bewältigungsstrategie und offene Kommunikation umfasst. Diese Kriterien erfüllen in gleicher Weise der assistierte Suizid, Euthanasie und der natürliche Tod. Der mit dem Ideal des guten Todes verbundene stillschweigende Zweck, den Ausgliederungsprozess des Sterbenden aus der Gesellschaft kontrolliert und stimmig für die Weiterlebenden zu gestalten, lässt sich mit allen diesen Todesarten erfüllen. Assistentem Suizid, Euthanasie und dem Weg der Palliative Care liegt ein und dasselbe Leitbild des guten Todes zugrunde.

Ohne die normative Kraft der vorherrschenden Vorstellung vom guten Tod und die gemeinsame ideelle Wurzel verschiedener Weisen des Sterbens zu bedenken, bleiben die Debatten um Sterbehilfe seltsam oberflächlich. Wird allein um den Begriff der Selbstbestimmung gekreist und die Frage gestellt, ob eine bestimmte Handlung – etwa beim Suizid zu assistieren – erlaubt sei, erweist sich die Problemstellung vor dem skizzierten Hintergrund als zu eng, zumal derartige moralische Urteile stets in umfassendere Wertvorstellungen und Sinnorientierungen eingebettet sind.

Korrespondenz

Nina Streuck
 Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte
 Ethik-Zentrum
 Universität Zürich
 Pestalozzistr. 24
 8032 Zürich

E-Mail: nina.streuck[at]uzh.ch

Referenzen

1. Ariès P. Geschichte des Todes. München: Deutscher Taschenbuch Verlag; 2005.
2. Kübler-Ross E. Interviews mit Sterbenden. Freiburg, Br.: Kreuz Verlag; 2009.
3. Saunders C. A personal therapeutic journey. *BMJ*. 21. Dezember 1996; 313(7072):1599–601.
4. WHO | WHO Definition of Palliative Care [Internet]. WHO. [zitiert 3. September 2014]. Verfügbar unter: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
5. Seale C. Theories and studying the care of dying people. *BMJ*. 28. November 1998; 317(7171):1518–20.
6. Clark D. Between hope and acceptance: the medicalisation of dying. *BMJ*. 13. April 2002; 324(7342):905–7.
7. Goldsteen M, Houtepen R, Proot IM, Abu-Saad HH, Spreeuwenberg C, Widdershoven G. What is a good death? Terminally ill patients dealing with normative expectations around death and dying. *Patient Educ Couns*. Dezember 2006; 64(1–3):378–86.
8. Van Brussel L, Van Landeghem P, Cohen J. Media Coverage of Medical Decision Making at the End of Life: A Belgian Case Study. *Death Stud*. 7. Februar 2014; 38(2):125–35.
9. Schneider W. Sterbewelten: Ethnographische (und dispositivanalytische) Forschung zum Lebensende. In: Schnell MW, Schneider W, Kolbe H (Hrsg.). *Sterbewelten. Eine Ethnographie*. Wiesbaden: Springer DE; 2014. S. 51–138.
10. Bishop JP. *The Anticipatory Corpse: Medicine, Power, and the Care of the Dying*. Notre Dame, Ind: University of Notre Dame Press; 2011.