

Zu einer problematischen gesellschaftlichen Erwartung an die Medizin

Medizin als Retterin der Menschenwürde?

Heinz Rügger*

* Dr. Heinz Rügger MAE studierte Theologie, Angewandte Ethik und Gerontologie; er leitet die Stabsstelle Theologie und Ethik der Stiftung Diakoniewerk Neumünster – Schweizerische Pflegerinnenschule, ist Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin (Göttingen) und Autor von: *Sterben in Würde? Nachdenken über ein differenziertes Würdeverständnis*. 2. Auflage. Zürich: TVZ; 2004.

Zusammenfassung

Der Artikel zeigt anhand von Aussagen des Gerontologen Paul B. Baltes und des Schweizer Nationalrats Victor Ruffy auf, wie zunehmend davon ausgegangen wird, dass schwere Krankheiten im Alter, insbesondere Demenz, der Würde der betroffenen Person Abbruch tun. In diesem Zusammenhang wird die Erwartung an die Medizin herangezogen, durch Interventionen die zerbröckelnde Würde des kranken, betagten Menschen zu retten. Der Verfasser kritisiert dieses bedingte, an empirische Voraussetzungen gebundene Verständnis von Menschenwürde, das kranken, dementen Menschen Würde implizit abspricht. Er plädiert für eine Neubestimmung auf das klassische Verständnis einer normativen, unbedingten Menschenwürde, die auch schwerkranke, pflegeabhängige und demente Menschen nicht verlieren. Menschenwürde liegt medizinischem Handeln immer voraus und kann von diesem nur anerkannt und respektiert werden.

Probleme der Hochaltrigkeit

Nicht zuletzt dank beeindruckender medizinischer Errungenschaften und eines leistungsfähigen Gesundheitswesens werden Menschen in unserer Gesellschaft immer älter. Die zum heute verbreiteten Phänomen der Langlebigkeit führenden demographischen Veränderungen sind bekannt: Die durchschnittlich zu erwartende Lebensdauer bei Geburt liegt heute für Männer bei 78,7, für Frauen bei 83,9 Jahren [1]. Sie hat sich allein in den letzten 25 Jahren bei den Männern um rund sechseinhalb, bei den Frauen um rund viereinhalb Jahre erhöht – Tendenz weiterhin steigend. Längst wird die biographische Phase des Alters nach dem offiziellen Eintritt in den Ruhestand von der Gerontologie in zwei recht unterschiedliche Phasen aufgeteilt: die Phase des jungen Alters (etwa 65–80/85) und die Phase der Hochaltrigkeit (etwa 80/85+). Insgesamt nahmen die relativ beschwerdefreien Jahre des Alters zu, während sich – nach der Kompressionsthese des Stanforder Geriatriers J. F. Fries – die oft mit Multimorbidität und zunehmender Unterstützungsbedürftigkeit einhergehende letzte Phase des Lebens auf wenige Jahre reduziert bzw. komprimiert wird (compression of morbidity). Vor allem das 3. Lebensalter (der sog. jungen Alten) zeichnet sich durch eine markante sozio-

Médecine et dignité humaine

L'article montre, en partant de déclarations de Paul B. Baltes, gérontologue, et de Victor Ruffy, Conseiller national, comment les maladies graves de la vieillesse, la démence par exemple, sont de plus en plus considérées comme provoquant une perte de dignité de la personne humaine. A ce propos, on attend beaucoup de la médecine pour intervenir de manière à sauver la dignité de la personne malade et âgée. L'auteur critique cet abord, fondé sur des prémisses empiriques, qui retire implicitement sa dignité à la personne tombée dans la démence. Il défend un retour à l'abord classique d'une dignité normative, inconditionnelle, que conservent même les personnes gravement malades et nécessitant des soins. La dignité humaine précédant toujours l'action du médecin, elle ne peut qu'être reconnue et respectée par celui-ci.

kulturelle und gesundheitliche Verjüngung des Alters im Vergleich zu Gleichaltrigen früherer Kohorten aus. Dass das junge Alter heute eine relativ lange Phase darstellt, in der Menschen gesund, relativ ungebunden, unternehmungslustig, leistungsfähig und materiell meist gut abgesichert sind, setzt sich langsam als neues Bild des (jungen) Alters durch. Wie das entsprechende Bevölkerungssegment wahrgenommen wird, zeigen die gängigen Bezeichnungen, mit denen es versehen wird: von «Golden Agers» ist die Rede oder von «Best Agers» oder «Woopies» (well-off older people).

Während präventiv- und altersmedizinische Massnahmen heute vielen Menschen ein relativ gesundes Leben bis in die Achtziger ermöglichen und die älteren Menschen in dieser Altersphase durch «adaptive Ich-Plastizität», also durch individuelle Anpassungsstrategien, sich einstellende Beschwerden oder Leistungseinbussen kompensieren und so ihr Leben weitgehend unbehindert und selbständig führen können, steigt ab dem 9. Lebensjahrzehnt das Morbiditätsrisiko markant an, wird der Körper – und bei dementiellen

Korrespondenz:

Dr. theol. Heinz Rügger
Stiftung Diakoniewerk Neumünster –
Schweizerische Pflegerinnenschule
Trichtenhauserstrasse 24
CH-8125 Zollikonberg

h.ruegger@
diakoniewerk-neumuenster.ch

Erkrankungen auch der Geist – zu einer immer stärker wachsenden Hypothek. Angesichts der Tatsache, dass die Alten, insbesondere die Hochbetagten, die proportional mit Abstand am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe darstellt, hat diese demographische Entwicklung auch Auswirkungen auf das Gesundheitswesen. Schon jetzt sind rund zwei Drittel der Patientinnen und Patienten in den medizinischen Kliniken der Spitäler geriatrische Patienten. Auch hier mit steigender Tendenz.

Gesundheits- und Würdeverlust im hohen Alter?

Einer der weltweit führenden Experten, der seit Jahren über die Entwicklung des Alterns der Bevölkerung forschte und über ihre Konsequenzen für die Gesellschaft nachdachte, war der letzte Jahr verstorbene Gerontologe Paul B. Baltes, seines Zeichens Direktor am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in Berlin und Leiter des internationalen Max-Planck-Forschungsnetzwerks «Aging». Seine These, die er in den letzten Jahren immer wieder dargelegt hat [2], kurz vor seinem Tode noch in einem grossen Grundsatzartikel über die Menschenwürde im hohen Alter in der NZZ [4], lautet: Entgegen dem alten, rein negativen Altersstereotyp, das im Alter nur eine rasche Abnahme der körperlichen und geistigen Kräfte sah, sind junge Alte heute tatsächlich weithin bei guter Gesundheit sowie lern- und leistungsfähig, während das vierte Alter von massiven Einbrüchen und Verlusten gekennzeichnet ist. «Im Vergleich zu Personen im dritten Alter leiden fünfmal so viele Personen über 85 Jahren unter chronischen Belastungen und sind nur noch auf niedrigstem Niveau zu vielen körperlichen, geistigen und sozialen Leistungen fähig. Es scheint, dass die Lebenskurve eine Wendung zum Schlechteren nimmt, wenn die Grenzen der biologischen Anpassungsfähigkeit (Plastizität) erreicht oder gar überschritten werden.»

Vor allem gab Baltes zu denken, dass die Demenzrate in der Phase der Hochaltrigkeit exponential ansteigt und «bei den Neunzig- bis Hundertjährigen praktisch die Hälfte» ausmacht. Die Spitze der These von Baltes liegt nun darin, dass er der Auffassung war, dass «Demenz, besonders Alzheimer, zu einem Verschwinden der typisch menschlichen Merkmale wie freier Wille, intentionales Handeln, Identitätsgefühl und soziale Integrationsfähigkeit führt; alles Merkmale, die fundamental sind für die Bestimmung von Menschenwürde» [4]. Sein Fazit: Unsere Gesellschaft steht vor einer «neuen und beängstigenden Herausforderung: die Erhaltung der menschlichen

Würde in den späten Jahren des Lebens.» Denn «Gesundheit und menschenwürdiges Altern hat seine Grenzen» [2], die sich im hohen Alter immer deutlicher zeigen. Sie können nicht mehr beliebig durch gängige Interventionen der Präventions- und Altersmedizin hinausgeschoben werden, liegen sie doch in der evolutionär bedingten fundamentalen Unfertigkeit der biologisch-genetischen Architektur des Menschen begründet [3]. In dieser Situation und angesichts der beschriebenen beängstigenden Herausforderung unserer Gesellschaft ist einzig von der Medizin Hoffnung zu erwarten. Einmal von der Präventions- und Altersmedizin, sofern es ihr gelingt, «das Auftreten schwerer Krankheiten so auf die wenigen Jahre vor dem natürlichen «biologischen» Tod zusammenzudrängen, dass es Menschen möglich wäre, länger in Menschenwürde zu leben» [2], also ohne die würdezersetzenden Folgen schwerer Erkrankungen. Sodann von der Biomedizin, sofern es ihr gelingt, den fortschreitenden altersbedingten Abbauprozess und den damit einhergehenden Würdeverlust zu stoppen und «das hohe Alter sozusagen doch noch in eine «Belle Epoque» des Lebensverlaufs zu verwandeln» [4].

Der Gerontologe Baltes weist hier also der Medizin eine entscheidende wissenschaftliche, gesellschaftliche und humane Aufgabe im Blick auf die zunehmende Hochaltrigkeit heutiger Menschen zu: Sie soll durch präventive oder reparative Eingriffe unter anderem auch in die biologisch-genetische Architektur des Menschen diesen so verändern, das heisst verbessern, dass er im hohen Lebensalter seine Menschenwürde nicht verliert, sondern menschenwürdig altern und dereinst würdig sterben kann. Von der Medizin wird also nicht weniger erwartet als dies, dass sie die vom Verlust bedrohte Menschenwürde alter Menschen rettet und wiederherstellt. Ist es nach traditionellem theologischem Verständnis Gott, der dem Menschen seine Würde schenkt, so wird hier in säkularisierter Form von der Disziplin der «Götter in Weiss» erwartet, dass sie die Würde alter Menschen rette und sie ihnen wieder zusichere.

Ärztliche Sterbehilfe als Massnahme zum Schutz der Menschenwürde

Diese Sicht- und Redeweise mit Bezug auf den angeblichen Würdeverlust eines Menschen durch Krankheit und Gebrechlichkeit hat sich heute weitgehend durchgesetzt – in wissenschaftlichen Fachdiskursen nicht weniger als in den Beiträgen von Medienschaffenden und in Stammtischgesprächen. Auch politisch ist dieses Denken normal geworden. So begründete Nationalrat

Victor Ruffy 1994 seine Motion zur Liberalisierung der aktiven Sterbehilfe mit dem Argument, dass unheilbare Krankheiten «mit fortschreitender Entwicklung die Würde des Menschen in schwerer Weise beeinträchtigen» [5]. Er sah den Wunsch nach Tötung durch einen Arzt als legitim an, eröffnet er doch einem krankheitsbedingt in seiner Würde bereits schwer beeinträchtigten Menschen eine letzte Möglichkeit, rechtzeitig, das heisst noch vor dem gänzlichen Zerfall seiner Würde, dem Leben ein Ende zu setzen und «in Würde sterben» zu können. Die daraufhin vom Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartement eingesetzte Expertenkommission begrüsst mehrheitlich eine solche Liberalisierung der aktiven Sterbehilfe, weil es hier um so etwas Zentrales wie «den Schutz ... der Menschenwürde» gehe [5].

Auch hier kommt die Medizin, diesmal in der Gestalt ihrer klinischen Praxis, als Retterin der Menschenwürde in den Blick: Dank einer durch Tötung des Patienten erfolgenden Verhinderung eines weitergehenden Würdeverlustes im Krankheitsprozess rettet sie seine noch verbliebene Würde. Denn jeder Sterbende möchte im Gedächtnis seiner Angehörigen «als ein Autonomie beanspruchendes Subjekt in Erinnerung bleiben und nicht als ein entwürdigtes [...] Wesen», wie der Tübinger Rhetorik-Professor Walter Jens schon vor Jahren einmal meinte [6].

Zur fatalen Kehrseite solcher Erwartungen an die Medizin

In beiden skizzierten Fällen begegnet uns die Erwartung an die Medizin (einmal an die biomedizinische Forschung, einmal an die klinische medizinische Praxis), angesichts der würdezersetzenden und -auflösenden Wirkung von schweren Krankheiten, insbesondere von Demenz, einzuschreiten und Massnahmen zur Rettung dessen, was von ihr noch übriggeblieben ist, zu ergreifen.

Wohl nicht bewusst intendiert, aber faktisch doch in eine ähnliche Richtung weisen Aussagen wie die der Medizinethikerin Claudia Wiesemann, die davon spricht, dass «im Prozess der Gesundung auch die Würde des Kranken wiederhergestellt werden müsse» [7] – offenbar weil er sie durch die Krankheit verloren hat! –, oder Formulierungen wie die des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, Thomas Klie, der für eine Sorgeskultur wirbt, in der professionell Betreuende sich für die «Herstellung» und «Sicherung» der Würde hochbetagter, pflegebedürftiger Menschen einsetzen sollen [8]. Würde herstellen und sichern muss man nur, wenn man davon ausgeht, dass sie verlorengehen und abhanden kommen kann!

Die Kehrseite dieser Erwartung an die Medizin ist fatal: Sie geht – meist wohl unreflektiert – davon aus, Menschenwürde hänge von empirischen Faktoren ab: etwa von Gesundheit, Lebensqualität, Fähigkeit zu selbstbestimmter Lebensführung oder zu rational begründetem Handeln. Wo diese Fähigkeiten, wo Gesundheit und Lebensqualität abnehmen, wird kurzschlüssig angenommen, auch die Menschenwürde erleide Abbruch, weswegen dann von der Medizin erwartet wird, diese Würde durch präventive oder therapeutische Massnahmen zu sichern, oder, wo das nicht mehr geht, durch aktive Sterbehilfe einem weiteren Abbröckeln der Würde zuvorzukommen.

Wer so denkt – und die Anzeichen mehren sich, dass dieses empirisch-bedingte Würdeverständnis bereits den Status einer weitgehend akzeptierten *political correctness* erlangt hat! –, spricht schwerkranken, leidenden, dementen Menschen pauschal ihre Menschenwürde ab, ja erzeugt einen gesellschaftlichen Druck, der hochbetagten, multimorbiden Menschen in unseren Spitälern und Heimen ganz subtil, aber wirksam suggeriert: Das Leben, das ihr lebt, ist unwürdig, und wenn man euer Los medizinisch nicht mehr verbessern kann, wäre vielleicht ein rechtzeitiges, selbstbestimmtes und selbst initiiertes Sterben, solange etwas von eurer Würde noch vorhanden ist, eine sinnvolle Lösung ...! Das Gerede von explodierenden Gesundheitskosten und einer gesellschaftlichen Überalterung tragen noch das Ihre dazu bei, die Botschaft dieses empirisch-bedingten Würdediskurses den avisierten Adressaten sehr deutlich zu übermitteln.

Das klassische Würdeverständnis neu durchbuchstabieren

Bedenklich ist, dass es heute gang und gäbe zu sein scheint, dass auch hoch kompetente Wissenschaftler – dazu ausgerechnet noch Gerontologen! – unkritisch und unreflektiert mit einem so reduktionistischen Würdebegriff operieren, der deutlich macht, dass sie sich offenbar nie ernsthaft Klarheit darüber verschafft haben, was Menschenwürde denn eigentlich besagt. Und dabei geht es um nichts Nebensächliches, stellt die Menschenwürde doch nichts weniger als die Grundnorm und den Grundwert allen menschlichen Zusammenlebens und aller ethischen Reflexion dar.

Das Konzept der Menschenwürde, wie es sich in einer langen geistesgeschichtlichen Tradition des Abendlandes herausgebildet hat [9], meint nämlich etwas fundamental anderes als empirische Lebensqualität; es meint einen normativen, von allen empirischen Bedingungen und Voraussetzungen unabhängigen, also unbedingten

Anspruch jedes Menschen, der in vierfacher Hinsicht entfaltet werden kann: als Anspruch auf die Integrität und Unverletzlichkeit des Lebens, als Anspruch auf autonome Selbstbestimmung (gegen Instrumentalisierung für fremde Zwecke), als Anspruch auf Rechte (wie sie im Katalog der Menschenrechte formuliert sind) und als Anspruch auf fundamentalen Respekt vor der eigenen Person. Dieser vierfache Anspruch ist unbedingt, hängt also von keinen Voraussetzungen ab, die jemand erfüllen muss. Darum heisst es in Art. 1 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen von 1948: «Alle Menschen sind [...] *gleich an Würde* [...] *geboren*.» Und in Art. 7 der schweizerischen Bundesverfassung steht: «Die Würde des Menschen ist zu achten und zu schützen.» Nicht herzustellen ist sie, sondern als immer schon gegeben anzuerkennen und zu achten. Nicht zu retten ist sie, sondern als etwas zu schützen, das man verletzen und missachten kann. Allerdings: Auch verletzte und missachtete Würde bleibt intakte Würde. Denn die Menschenwürde kann einem Menschen nie genommen werden.

Es scheint mir darum dringlich, daran zu erinnern, dass es entgegen einem sich ausbreitenden Sprachgebrauch nie und nimmer Aufgabe der Medizin sein kann, Menschenwürde zu retten, zu sichern oder wiederherzustellen. Die Menschenwürde jedes Menschen, auch alter, hochbetagter, multimorbider und dementer Menschen liegt allem medizinischen Handeln immer schon voraus. Sie will in allem medizinischen und pflegerischen Handeln anerkannt, ernstgenommen und respektiert werden, zum Beispiel dadurch, dass die Autonomie jedes Patienten im Blick auf das, was ihm an medizinischer Behandlung zuteil werden soll, streng gewahrt wird – auch dann noch, wenn alte Menschen zum Beispiel durch dementielle Erkrankung urteilsunfähig werden und es dann darum geht, dass das Behandlungsteam nicht einfach nach eigenem Gutdünken handelt und die kranke Person dadurch zum Objekt wie gut auch immer gemeinter Fremdbestimmung macht, sondern dass sie als Subjekt ihrer Lebensgeschichte dadurch ernstgenommen wird, dass mit grosser Sorgfalt und Ernsthaftigkeit nach ihrem mutmasslichem Willen gefragt wird, der für die weitere Behandlung verbindlich sein muss.

Die medizinisch-ethischen Richtlinien und Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften für die Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen halten zu Recht mit Nachdruck fest: «Der Anspruch auf Respektierung der Menschenwürde und Autonomie gilt uneingeschränkt

für alle Menschen. [...] Eingeschränkte Autonomiefähigkeiten, welche mit zunehmendem Alter häufiger werden und das Gleichgewicht zwischen den abhängigen und unabhängigen Seiten bei einem Menschen stören, heben den *Anspruch* auf Respektierung seiner Würde und Autonomie nicht auf» (Pkt. II.3.1.)

Es ist an der Zeit, in Gerontologie, Politik und Medizin das Würdeverständnis, das der Menschenrechtstradition und der bisherigen medizinischen Standesethik zugrunde liegt, neu durchzubuchstabieren und sich dessen normativen, unbedingten Gehalt wieder bewusstzumachen. Und es wäre zu wünschen, dass sich die Medizin den an sie herangetragenen Erwartungen, als «Göttin in Weiss» die Rolle der Retterin der Menschenwürde zu spielen, dezidiert widersetzt. Nur so kann sie die Aufgabe wahrnehmen, die ihr eigen ist: Menschen präventiv, kurativ und palliativ im Blick auf ihre Gesundheit oder Krankheit so zu begleiten, dass sie sich in ihrer unverlierbaren Würde immer zutiefst ernstgenommen und respektiert erfahren.

Literatur

- 1 Zahlen für 2005 des Bundesamtes für Statistik.
- 2 Baltes PB. Das hohe Alter – mehr Bürde als Würde? MaxPlanckForschung. 2003;2:15-9.
- 3 Baltes PB. Alter und Altern als unvollendete Architektur der Humanontogenese. In: Friedenthal-Haase M et al. (Hrsg.). Alt werden – alt sein. Lebensperspektiven aus verschiedenen Wissenschaften. Studien zur Pädagogik, Andragogik und Gerontagogik, Bd. 50. Frankfurt: Peter Lang; 2001. S. 327-57.
- 4 Baltes PB. Hoffnung mit Trauerflor. Lebenslänge contra Lebensqualität – von der Menschenwürde im hohen Alter. NZZ Nr. 257 vom 4./5. November 2006. S. 73.
- 5 Sterbehilfe. Bericht der Arbeitsgruppe an das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement. Bern 1999.
- 6 Jens W. Si vis vitam para mortem. Die Literatur über Würde und Würdelosigkeit des Sterbens. In: Jens W, Küng H. Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung. Serie Piper, Bd. 2329. Zürich: Piper; 1995. S. 87-129.
- 7 Wiesemann C. Medizinethik und Menschenwürde. Paradox und Rekonstruktion. In: Kössler H. Die Würde des Menschen. Erlanger Forschungen, Reihe A, Geisteswissenschaften, Bd. 80. Erlangen: Universitätsbund Erlangen-Nürnberg; 1998. S. 91-105.
- 8 Klie T. Würdekonzept für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf. Balancen zwischen Autonomie und Sorgeskultur. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 2005;38:268-72.
- 9 Rügger H. Sterben in Würde? Nachdenken über ein differenziertes Würdeverständnis. 2. Auflage. Zürich: TVZ; 2004.