

Menschenwürde und Altern
Vortrag

Dr. Rainer Otte
Steinaer Str. 3
D - 37441 Bad Sachsa

Fachmesse integra
Wels
22. September 2010

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

Menschenwürde – ein stolzes Wort ! Die Würde siedelt den Menschen dort an, wo andere nicht über ihn verfügen können oder dürfen. „Eben deshalb“, schreibt Friedrich Schiller in seinem Essay *Über das Erhabene*, „ist des Menschen nichts so unwürdig, als Gewalt zu erleiden, denn Gewalt hebt ihn auf. Wer sie uns antut, macht uns nichts Geringeres als die Menschheit streitig; wer sie in feiger Weise erleidet, wirft seine Menschheit hinweg.“ (Schiller o. J., 158) Menschenwürde ist ein Appell, dass es in einer menschlichen Welt anders zugehen sollte. Er schlummert in Jedem und muss so laut werden, dass er gehört wird. Etwas meldet sich zu Wort und stellt sich quer, will nicht hinnehmen, dass der Mensch unter die Räder kommt, wenn er sich nur noch artig als Rädchen in der großen Maschine dreht, wenn eine anonyme Bürokratie ihm sein Leben zuweist und er zu einer statistische Größe im Ansatz von Sozialstats verbucht wird. Mit dem Pathos des Idealisten stellte Schiller dem entgegen, dass Würde auf die Befreiung des Menschen aus ist. Ihr „scheint ein Wesen voranzugehen, welches Macht genug besitzt, jede andere Macht von sich abzutreiben.“ (Schiller o. J., 158 f.)

Es ist kein Zufall, dass der Titel meines Vortrages allgegenwärtig ist. Die Rede von der Würde des Alterns ist epidemisch geworden – und das keinesfalls, weil unsere Zeit auf die Vision Schillers geeicht ist. (Göckenjan 2000) Allerorten wird das Verschwinden der Würde beklagt, ihre massiven Verletzungen sind dokumentierbar. Das *Centre for Policy on Ageing* in London stellte weit verbreitete, oft unterschwellig ausgeübte Diskriminierungen Älterer im Gesundheits- und Sozialwesen fest. (Centre for Policy on Ageing 2010) Die Deutsche Hospiz-Stiftung empfiehlt angesichts von „zehntausendfacher Körperverletzung“ in Altersheimen die Einrichtung spezialisierter Staatsanwaltschaften. (Süddeutsche Zeitung 7. 4. 2010) Eine Altenpflegerin berichtet von „Fixierungen, wenn sich z. B. jemand am Tisch nicht richtig benommen hat.“ Nicht aus freien Stücken geschieht das: „[...] man kann in dem Moment einfach nicht anders. Ich muss auf drei Stockwerken gleichzeitig arbeiten.“ (Billmann, Schmidt, Seeberger 2009, 24) Was die Altenpflegerin tun muss, das

verletzt sie selber und sorgt für ein belastetes Gewissen, weil es ihre eigene Vorstellung der Würde missachtet, deren Achtung sie anderen und sich selber schuldet.

Ärzte schauen, wenn es um Therapien für ältere Patienten geht, schon mal etwas genauer auf die Kosten. Auch ihnen, die bei der Überschreitung ihrer Budgets von Existenz gefährdenden Regressforderungen bedroht sind, muss man nicht unbedingt einen schlechten Willen unterstellen. Eine 79-jährige Patientin leidet an Krebs. Da die erste Chemotherapie nicht anschlug, empfahl der Onkologe ein anderes Mittel. Ihre Hausärztin muss ihr mitteilen, dass dieses innovative Medikament nicht im Leistungskatalog ihrer Krankenkasse auftaucht. Die Überbringerin der schlechten Nachricht leidet selber an dem, was sie tun muss. Nun muss die Patientin kämpfen – gegen eine lebensbedrohliche Krankheit, gegen ihre abgrundtiefen Ängste und gegen das Nein der Krankenkasse. Die weiß, dass sich die Kosten des neuen Medikaments gegen Krebs auf mehrere Zehntausend Euro pro Jahr summieren. (Herbert 2006, 11 und 157) Der Arzneimittel-Report 2010 bilanziert im Bereich dieser Mittel einen Kostenanstieg von bis zu 25 Prozent. (Süddeutsche Zeitung 10. 06. 2010) Dass Ältere die Verlierer im Wettlauf um die knappen Mittel im Gesundheitswesen sind, beklagen die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie oder die Deutsche Seniorenliga seit langem. Sie scheuen klare Worte nicht. Schon 2004 sprach die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie angesichts grassierender altersbezogener Rationierungen gar von einem *aging racism*. (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie 2004)

Wie ist es um die Würde eines alten Menschen bestellt, den die Altenpflegerin fixieren muss, weil sie sich gar nicht um ihn kümmern kann? Welchen Anspruch auf Würde hat die Krebspatientin, die von ihrer Krankenkasse einen banalen Ablehnungsbescheid erhält und ihre Lebenshoffnung dahinschwinden sieht? Was geschieht in den durchrationalisierten Kliniken, in denen die Zeit für unverzichtbare Gespräche und Aufklärungen ständig knapper wird? Eine betagte Krebs-Patientin sagt der Krankenschwester: „Ich habe solche Angst. – Was wollen die denn mit mir machen?“ Keiner hat Zeit für sie. Der Arzt wird sie doch schon aufgeklärt haben. Verstanden hat die alte Dame nichts. Die Uhr tickt; das Waschen muss ausfallen, die Röntgenabteilung hat sie bereits aufgerufen. Hilflos klammert sich die alte Frau an die Krankenschwester und fragt: „Aber warum? Ich will doch...“ Was sie will, bleibt ungehört. Die Schwester, ihrerseits unter Druck von allen Seiten,, fährt dazwischen: „Wollen? – Gute Frau, was wollen sie denn? – Sehen sie, sie haben ein Kolon-Karzinom. Wir müssen das so behandeln! Oder wollen sie lieber sterben?“ (Vgl. Arbeitsgruppe „Pflege und Ethik“ der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. 2005, 18 f.)

Müssen „wir“ sie so behandeln? Aus der Ethik oder der medizinischen Forschung und Wissenschaft wird man sich Gründe für einen solchen Umgang mit Patienten schwerlich beschaffen können. Mittlerweile ist gut belegt, dass verleugnete und heruntergespielte Ängste die Prognose von Operationen signifikant verschlechtern. Erfahrene

Chirurgen wissen, dass Patienten über diese Ängste und Depressionen oft nicht spontan, sondern erst im beschützenden Rahmen der Zuwendung reden können. (Thali, Hontschik, 1999, 49) Wer hat Zeit dafür in Kliniken, in denen eine akutmedizinische Feuerwehrmentalität dominiert, während die den individuellen Menschen achtende und betreuende „Gärtnermentalität“ auf die Streichungslisten gerät? Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung hat unlängst 10.000 Pflegekräfte in Kliniken befragt. Das „Pflegethermometer 2010“ weist gravierende Mängel nach, die auch und gerade Ältere betreffen: Defizite existieren bei der Überwachung verwirrter Patienten, der Betreuung Schwerstkranker und Sterbender, Gespräche sind zu selten und zu kurz, die fachgerechte Versorgung bewegungseingeschränkter Patienten lässt zu wünschen übrig. Pflegestellen wurden trotz steigender Patientenzahlen massiv angebaut. (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung 2010)

Drei Schicksale Älterer habe ich Ihnen vorgestellt. In jedem dieser Fälle könnten wir von einer Würdeverletzung sprechen, die auch die Würde der Behandler betrifft. Damit aber begeben wir uns auf ein schwankendes Terrain. Was ist die Würde, die da verletzt wird? Lässt sie sich so klar und eindeutig definieren, dass man die Sicherheit eines ethischen Kompass erhält? Man versteht, warum viele Philosophen und Ethiker lieber einen großen Bogen um das Konzept der Würde machen – im Unterschied zu der überwiegenden Zahl derer, die von konkreten Würdeverletzungen betroffen sind oder sie bei Angehörigen und Freunden beklagen. Die Hauptworte der medizinischen Ethik lauten seit langem anders. Die Autonomie des Patienten ist zu respektieren. *Nil nocere*: Schaden ist von ihm abzuwenden. Das Prinzip der *beneficence* soll sicherstellen, dass der Nutzen den möglichen Schaden für den Patienten überwiegt. Die Mittel sollen gerecht verteilt und eingesetzt werden. (Beauchamp, Childress 1989; Beauchamp 1999) So bewegt die biomedizinische Ethik die Begriffe *autonomy*, *nonmaleficence*, *beneficence* und *justice* wie ein Mantra im Kopf und räumt bald diesem, bald jenem die Priorität ein.

Vielen Ethikern ist Würde dagegen ein nebulöser Begriff, der sich bei genauerer Untersuchung dem Zugriff entzieht. Betroffenen scheint er vielleicht der letzte Garant zu sein, der *sein* Leben davor schützt, sich in den Nebel trivialer Behandlungsformen aufzulösen. Der kulturelle Reichtum des Abendlandes tritt uns vor Augen, wenn wir auf die Suche nach der Philosophie der Menschenwürde gehen. Das Christentum sieht sie in der Ebenbildlichkeit von Gott und Mensch begründet. Sie ist Schein einer Transzendenz, die das menschliche Leben erhellt und zugleich Vorschein auf ein besseres Leben ist. Mit der theologisch fundierten Würde verbinden sich moralische Ansprüche an sich und andere: man muss für die Erbschaft dieser Würde einstehen, um sie nicht aufs Spiel zu setzen. (Vgl.: Luk 21, 36; Apg 5, 41) Die griechisch-römische Antike kannte indes andere Würdebegriffe. Aristoteles muss geahnt haben, dass sich hinter der Würde, die viele für sich lautstark proklamieren, Prahlerei und Angebertum verbergen. „Hochsinnig scheint der zu sein, wer sich selbst

großer Dinge für würdig hält und deren auch würdig ist“, führt er in der *Nikomachischen Ethik* aus. (Aristoteles 1985, 1123 b) Der Würdige erreicht Vorzeigbares und ist dabei besonnen; er löst ein, was er ankündigt, und genießt ein entsprechend großes Ansehen. Die Stoiker werden dieser Idee der Würde, die sich stark mit der erworbenen Ehre vermischt, später Denkmäler setzen. Sie belege die Erhabenheit, die der Sonderstellung des Menschen in der Natur entspringt. (Vgl.: Wetz 2002, 17 ff.)

Die antike Würde des Menschen hat Hintergründe: Im Christentum steht Gott und die Schar behütender Engel für sie ein. Der Stoizismus eines Cicero stellt ihr eine im Kern vernünftige Natur des Menschen an die Seite. Im Lauf der Jahrhunderte löst sich die Idee der Menschenwürde aus diesen Rahmensetzungen heraus. Das bedeutendste Dokument am Beginn dieses Weges stammt vom Renaissance-Denker Pico della Mirandola. Im Traktat *Über die Würde des Menschen* ist von der Verkündigung an einen neuen Adam zu lesen: „Du wirst von allen Einschränkungen frei nach deinem eigenen freien Willen, dem ich dich überlassen habe, dir selbst deine Natur bestimmen [...], damit du wie ein Former und Bildner deiner selbst nach eigenem Belieben und aus eigener Macht zu der Gestalt dich ausbilden kannst, die du bevorzugst.“ (Mirandola 1997, 9) Die Würde des Menschen wird zur Erklärung seiner Freiheit und Ungebundenheit. Der würdige Mensch ist Schöpfer seiner selbst. Er selbst gibt seinem Leben einen Sinn und nutzt die ihm innewohnenden menschlichen Kräfte, das Kunstwerk seines Lebens zu vollenden.

Was aber darf dieser freigelassene Mensch tun und was muss er lassen? Sprengt es nicht die Idee der Würde, wenn jemand beschließt, seine Würde bestehe allein im Reichtum, den er durch Gewalt, List und Unterdrückung anderer gewinnt? Immanuel Kants Antwort ist eindeutig und bis heute eine zentrale Würdeidee unserer Zeit: „[...] der Mensch als *P e r s o n* betrachtet [...] ist über allen Preis erhaben; denn als ein solcher (*homo noumenon*) ist er nicht bloß als Mittel zu anderer ihren, ja selbst seinen eigenen Zwecken, sondern als Zweck an sich selbst zu schätzen, d. i. er besitzt eine *W ü r d e* (einen absoluten inneren Wert), wodurch er allen andern vernünftigen Weltwesen *A c h t u n g* für ihn abnötigt, sich mit jedem anderen dieser Art messen und auf den Fuß der Gleichheit schätzen kann.“ (Kant 1982, A 94; S. 569) Die Würde zu verleugnen hieße, jede Moral zu entleeren. Denn Moral basiert auf der Achtung vor der Menschheit in der Person eines Anderen wie auch in der eigenen Person. Aus ihr gehen Pflichten nicht nur gegenüber anderen, sondern auch gegenüber sich selbst hervor. Hier sei an die Sätze der unglücklichen Altenpflegerin erinnert, die einen Heimbewohner aus Zeitnot fixiert hat: Verletzt wird die Würde des alten Menschen *und* ihre eigene.

Würde verankert uns in einer gemeinsamen moralischen Welt, in der die Autonomie eines jeden unhintergebar ist. Sie ist unvergleichlich und nicht davon abhängig, dass ein Anderer sie nach Lust und Laune gewährt. Würde ist nicht zu kaufen und nicht zu veräußern. Sie ist, wie das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland 1949 im Artikel 1 ausführt, „unantastbar“. (GG Art 1) Ein Jahr zuvor verabschiedete die

Generalversammlung der Vereinten Nationen die *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte*. „Alle Menschen sind frei und an Würde und Rechten gleich geboren“, lautet ihr erster Artikel. Beide antworten auf den menschenverachtenden Terror von Nationalsozialismus und Faschismus und damit auf eine Geschichte, der die Würde des Menschen abhanden gekommen war. „Die Erfahrung verletzter Menschenwürde hat eine *Entdeckungsfunktion*“, führte Jürgen Habermas auf dem Kongress *Human Rights Today* am 17. Juni 2010 an der Universität Frankfurt aus. Die verletzte Menschenwürde registriert Erschütterungen, die letztlich die Grundfeste demokratischer Staaten bedrohen werden. Sie führt im nicht mehr übergangenen Einzelfall vor Augen, dass kein Weg an der Achtung vorbeiführt, die einer dem anderen schuldet. Ohne diese gerät jede demokratische Rechtsordnung in Turbulenzen. (Habermas 2010, 43-53) Würde ist darin einzigartig, dass sie in der verinnerlichten Moral und dem Gewissen des Einzelnen verankert ist und gleichzeitig auf das Recht bezogen ist, das man in der realen Situation einer Würdeverletzung einfordert. Sie integriert den Realismus erlittener Konflikte und die Utopie ihrer Auflösung.

Das Grundgesetz legt wohlweislich nicht fest, was denn nun im Einzelnen unter dem Begriff der Menschenwürde genau zu schützen ist; dieser höchste Rechtswert fundiert die Menschen- und Grundrechten und bedarf der fallweisen Konkretisierung durch höchstrichterliche Rechtsprechung. (GG Art. 1 II; Weber-Fas 2001, 119) Auch aus der philosophischen Tradition werden wir handfeste Definitionen mit Anspruch auf Geltung für jedermann nicht gewinnen können. Es gibt Christen, Stoiker, Buddhisten oder Materialisten, die hierzu ihre eigenen Vorstellungen haben. Menschenwürde stellt den Anspruch, diese Pluralität ohne jede Schablonisierung anzuerkennen. Ihr Dreh- und Angelpunkt ist nicht die große Idee, die man Anderen überstülpt, sondern die Zuwendung zum Anderen und die Bereitschaft zu einem wirklichen Dialog. Vielleicht lernt man Würde am besten in der Hinwendung zu leidenden Menschen verstehen, deren Hinfälligkeit und deren Ausschluss aus vielen mitmenschlichen Bereichen man nicht als letztes Wort akzeptieren will. Würde heißt dann, eine gemeinsame Welt zu konstruieren, in der der Andere als Mensch anerkannt und integriert bleibt. Man erlebt sie nur, wenn man an ihr teilhat und Sorge für den anderen und für sich selbst trägt.

Allein im Sinne anerkennender Beziehungen wird sich die Würde als Leitfaden von Entdeckungen erweisen können. Gern rufe ich hierfür meine Mentoren Thure von Uexküll und Wolfgang Wesiack in den Zeugenstand. Als ein Ergebnis ihrer lebenslange Bemühung um eine Humanmedizin, die ihren Namen zu Recht trägt, formulieren sie, „dass die geheime Würde des Menschseins, die in gesunden Zeiten oft entstellt und verdunkelt ist, in der Krankheit, dem Leiden und der Hilflosigkeit, für den, der sehen will, sichtbar wird.“ (Uexküll, Wesiack 1988, 598) Sehen wollen müssen alle Beteiligten und nicht zuletzt auch die, die durch Krankheit oder Einschränkungen des Alters in existenziellen Situationen

stehen, vor denen sie früher vielleicht genau so die Augen verschlossen haben wie es nun ihre Umgebung tut. Allerorten tönt ein „Es wird schon wieder“ dem entgegen, der spürt, das es eben nicht wieder wird wie es einmal war. Hinter der Frage „was hat denn der Arzt gesagt?“ verbirgt sich nicht gerade selten, dass die Umgebung lieber hört, was die Medizin sagt als an dem teilzunehmen, was den Betroffenen innerlich bewegt, quält oder ihm den Atem und den Lebensmut abschnürt.

Mit der „geheimen Würde des Menschseins“, die verzweifelt nach Worten, einer Stimme und Ohren sucht, die hören wollen, haben die gesellschaftlich produzierten Würdevorstellungen nicht viel zu tun. Die neuen Alten sind eigentlich alte Junge. Sie tragen heute Turnschuhe, sind fit und haben Geld für Saus und Braus. Für sie ist die Anti-Aging-Medizin das Gebot der Stunde: Altern ist kein existenzielles Schicksal, das eine Lebenskunst herausfordert, sondern eine Krankheit, gegen die eine Medizin aufgefahren wird, die nicht mehr viel mit den Schreckensbildern von Krankheit und quälender Pflegebedürftigkeit zu tun hat. Die neuen Alten wohnen halbjährlich auf Mallorca oder in Residenzen, in denen amouröse Abenteuer mit dem Nachmittagsschwoof beginnen. Sie sehen verdammt gut aus und man fragt sich, ob die Macher der Werbebroschüren sich nicht in der Wahl ihrer Models vergriffen haben. Werden Ältere lebensbedrohlich krank, spielt ihre Umgebung den leichtfertigen Statistiker: „Fünfundsiebzig Jahre – das ist doch kein Alter“, so hört es der Krebspatient am Krankenbett. Wohl kann man an Krebs sterben – aber du mit deinen fünfundsiebzig Jahren doch nicht!

Die „geheime Würde des Menschseins“, von der Uexküll und Wesiack sprechen, ist aus nachvollziehbaren Gründen verborgen. Der Platz, den diese Würde einnehmen könnte, ist schon besetzt von Altersklischees, die sich gerade der Leiden und Anfechtungen, die Alter und Krankheit mit sich bringen, entledigen wollen. (Göckenjan 2000) Nicht wenige Betroffene gehen, weil sie ihre letzten Kontakte nicht aufs Spiel setzen wollen, auf diese falschen Würdebilder ein. Für die Augen der Anderen ertragen sie, was sie innerlich nicht ertragen können. Sie räumen sich selbst aus dem Weg und spielen den Stoiker, der im stillen Erdulden seine letzte Würde sucht. Mit dieser stocksteifen Würde, die narkotisierend wirkt auf nichts mehr eingeht, panzern sie sich gegen eine feindliche Welt ab, die sie ja nicht mehr zur Teilnahme einlädt. Sie dürfen kein Problem für ihre Umgebung sein und zeigen mit allen Facetten des depressiven Rückzugs, dass sie es auch nicht sind. Klarsichtig schrieb Jean Améry 1977 in seinem Essay *Über das Altern*: „Die Welt, angenehm berührt, weil sie sich nämlich keine Skrupel mehr machen muss, redet von positiver Einstellung. Dass wir, wie man es nennt, in Würde altern, ohne Revolte, ohne Klage, wird gefordert – und solchem an uns gestellten Anspruch, der im Bunde steht mit unserer eigenen Schwäche und Trägheit, wird schließlich genügt.“ (Améry 1977, 83)

Demenz und Depressionen sind die häufigsten psychischen Erkrankungen Älterer. Fast die Hälfte der in Privathaushalten Gepflegten und 60 Prozent der Heimbewohner sind dement. Entgegen weit

verbreiteter Vorurteile sind psychotherapeutische und sozialgerontologische Angebote in fortgeschrittenen Lebensphasen viel versprechend und unverzichtbar. (Vgl.: Weyerer 2006; Petzold 2005, 2005) Seit Jahren wachsen die Kosten psychotherapeutischer Behandlungen stark und nehmen inzwischen, wie das Statistische Bundesamt im August dieses Jahres ermittelte, Platz Drei der Krankheitskostenrechnung ein. Ältere scheinen hierbei eine äußerst marginale Rolle zu spielen. Die deutsche Gesellschaft für Neurologie läutete die Alarmglocke: Die Zahl älterer Patienten, die an Alzheimer, Demenzerkrankungen oder Parkinson leiden oder nach einem Schlaganfall behandelt werden müssen, nimmt rapide zu. Gleichzeitig werden niedergelassene Neurologen durch Bürokratiepflichten drangsaliert und mit Regressforderungen bedroht, sollten sie die viel zu knapp bemessenen Budgets überschreiten. (Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2008) Man muss billig behandeln. Die Bundespsychotherapeutenkammer in Berlin veröffentlichte im Mai 2009 einen Tagungsbericht, dem zufolge nicht einmal ein Prozent der älteren Menschen, die an einer Depression leiden, eine Psychotherapie erhält. Hingegen wurde jedem Vierten, der älter als 70 Jahre ist, ein Psychopharmakon verschrieben. (Bundespsychotherapeutenkammer 2009) Werden große Teile einer ganzen Generation ruhig gestellt, während sich ein wachsender Bedarf meldet, den allein sinnvoll abgestimmte pädagogische, psychologische, pflegerische und medizinische Angebote decken können? Heimbewohner werden nicht selten infantilisiert und mit Kinderspielen abgespeist, die nichts dazu beitragen, dass sie ihre prekäre Lebenssituation bewältigen können. (Vgl.: Petzold 2005, 272)

Schlagworte, die nichts Gutes verheißen, machen die Runde. 1998 schaffte es der damalige Bundesärztekammerpräsident Carsten Vilmar, das „Unwort des Jahres“ zu kreieren. Angesichts der zunehmenden ökonomisch begründeten Ausgrenzung bestimmter Patientengruppen und Therapien sagte er, „wir müssen insgesamt überlegen, ob diese Zählebigkeit anhalten kann oder ob wir das sozialverträgliche Frühableben fördern müssen.“ (Vilmar, zit. n. Hartwig 2008, 44) So sarkastisch sollte ein Ärztekammerpräsident wohl nicht formulieren. Das Problem ist natürlich nicht aus der Welt geschafft, wenn man ein fürchterlich missverständliches Wort auf den Index setzt. Vilmars Nachfolger Jörg-Dietrich Hoppe veröffentlichte am 7. Oktober 2009 ein terminologisch nicht zu bemäkelndes Papier. Ich zitiere: „Rationierung ist in Deutschland nicht akzeptiert. Altersbegrenzungen für Behandlungen sind in unserem Land undenkbar.“ (Bundesärztekammer 2009, 2) Hier müssen wir einhalten. Undenkbar soll sein, was doch längst praktiziert wird – wir hatten Beispiele genannt – und durch bürokratisch-ökonomische Vorgaben verfestigt ist? Hat man immer noch Schwierigkeiten damit, einfach die Wahrheit zu sagen? Sie steht, merkwürdig verbrämt, durchaus in dem Paper der Bundesärztekammer, wie die folgenden Sätze zeigen: „Die finanziellen Mittel sind begrenzt, die Personalressourcen erschöpft. Um heimliche Rationierung zu vermeiden, zugleich aber Verteilungsgerechtigkeit in der medizinischen Versorgung

zu sichern, muss endlich offen über Priorisierung in unserem Gesundheitswesen debattiert werden.“ (Bundesärztekammer 2009, 2) So neu, wie Hoppe suggeriert, ist die Debatte nicht. Bereits im Jahre 2000 legte die *Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer* ein Paper vor, das die Priorisierung definiert und auslotet: „Wir verstehen unter Priorisierung die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen.“ (Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer 2000)

Ärzte und Kliniken sind durch die medizin-ökonomischen Vorgaben und Fallpauschalen darüber informiert, welcher Patient sich lohnt und bei welchem sie am Ende noch draufzahlen müssten. Wen wundert es, dass ältere oder multimorbide Patienten und Chroniker in der Gruppe der „Kostenausreißer“ auftauchen? (Vgl.: Billing et al., 2005) Kostentransparenz ist das allerorten verkündete Gebot der Stunde. Ökonomische Kontroll- und Entscheidungsverfahren dringen bis in die Erfassung kleinster Leistungen vor. Das „Health Technology Assessment“, eine systematisch angelegte Entscheidungsanalyse, setzt Methoden der Ökonomie ein. Beurteilt werden Chancen unsicherer Behandlungssituationen. (Siebert 2003, 112) Mit Hilfe von computergestützten Simulationsprogrammen sollen Nutzen, Risiken und Kosten der Verfahren für die Gesamtbevölkerung beurteilt werden. Das Verfahren will Wirksamkeit und Kosteneffektivität ermitteln, um Entscheidungen in Praxis, Wissenschaft und Gesundheitspolitik zu fundieren. Kenngröße ist die Erhöhung der Lebenserwartung. Sie wird nun mit monetären Bewertungen gekoppelt. Jedes gewonnene Jahr wird mit einem Preis – in Großbritannien etwa 5.000 € – angesetzt. Eine lebensverlängernde Therapie, die ein Mehrfaches als der zu erwartende Gewinn von Lebensjahren kostet, findet nicht mehr statt.

Der einzelne Patient ist eine ökonomische Größe, die eine durch Leitlinien und Kostenvorgaben standardisierte Behandlungsform voraussetzt. Sollten Sie das „unethisch“ finden, so muss ich Sie – leider – eines Besseren belehren. Denn Medizinethiker arbeiten seit langem mit Gesundheitsökonomien und Juristen bei der Aufstellung sogenannter kostensensibler Leitlinien zusammen. Dass es sie geben muss, wird durch die Kosten des medizinischen Fortschritts und – wir sind wieder bei den Älteren – durch den demografischen Wandel begründet, die die „Nachfrage“ nach „Gesundheitsleistungen“ in die Höhe treiben. Das Berliner Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziert den Forschungsverbund mit dem Namen *Ethische, ökonomische und rechtliche Aspekte der Allokation kostspieliger biomedizinischer Innovationen*. (Ruhr Universität Bochum 2009, 56-59) Im Kern geht es um *explizite* Leistungsbeschränkungen, die durch transparente Leitlinien definiert werden. Sie sollen die knappen Mittel gerechter verteilen als *implizite* Leistungsbeschränkungen, über die die behandelnden Ärzte im Einzelfall entscheiden. Denen traut man nicht über den Weg; dem einen gelten sie als eigennützige Kostentreiber, dem anderen als Erfüllungsgehilfen schier unersättlicher Patienten.

Medizin, die in der Würde des Patienten wie auch der Würde der Ärzte, Pfleger, Schwestern und Therapeuten zentriert ist, stelle ich mir anders vor. (Zur Diskussion vgl.: Wetz 2009) Ohne die Besonderheit der tiefen und von Vertrauen getragenen Beziehung zum einzelnen Patienten scheint Würde nur noch ein beliebiges Etikett oder ein konfektionierbares Trostpflasterchen zu werden. Man klebt es bedenkenlos, ähnlich wie man allerorten werbeträchtig behauptet, der Patient stehe im Mittelpunkt. Nein, Würde meint etwas anderes. Sie fordert von keinem, verzweifelt ein Anderer sein zu müssen und seinen Platz in anonymen Kollektiven oder Kostengruppen einzunehmen. So repräsentativ die Krankheitsbilder, die Epidemiologen, Statistiker und Gesundheitsökonomien definieren, sein mögen, im konkreten Einzelfall bleiben sie unvollständig und möglicherweise irreführend. (Hildebrandt 2007, 239; zur Fallethik vgl. Otte 2003)

Den zentralen Punkt einer medizinischen Würdeethik sehe ich dagegen, mit Thure von Uexküll und Wolfgang Wesiack, in der „Verantwortung vor der irreversiblen Geschichte eines jeden menschlichen Lebens.“ (Uexküll, Wesiack 1988, 632) Können wir uns diese Achtung vor der Würde des individuellen Menschen nicht mehr leisten? Ich möchte mich durch ein gesundheitsökonomisches Exempel von dem Vorwurf entasten, lediglich über Unbezahlbares zu reden und den Ernst der finanziellen Lage verkannt zu haben. Im Juli dieses Jahres beklagte ein Report der Barmer Ersatzkasse, dass immer mehr Knie- und Hüftprothesen eingesetzt werden; „Rentner ohne künstliche Knie- oder Hüftgelenke könnten schon bald in der Minderheit sein.“ (Barmer GEK 2010) Ältere, viele über 90 Jahre, waren daran mit 50 Prozent beteiligt. Für sie ist die Operation belastend, oft sogar gefährlich; 20 Prozent überleben sie nicht länger als ein Jahr. Die steigenden Aufwendungen belasteten den Etat mit 2,9 Mrd. Euro und verlangten, so die Barmer Ersatzkasse, danach, der Überversorgung entgegenzusteuern.

Wäre das nicht ein Fall für die Etablierung einer kostensensiblen Leitlinie? Schauen wir aber etwas genauer hin: Im Durchschnitt stürzen Bewohner von Pflegeheimen zwei Mal im Jahr schwer; bei den über 85-jährigen sind Knochenbrüche der häufigste Grund für Hüftoperationen. (Süddeutsche Zeitung 28.7.2010) Der Geriater Clemens Becker vom Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart hat ein Trainingsprogramm in 955 Pflegeheimen erprobt, dass die Zahl der Stürze reduziert. (Becker et al. 2009) Bis zu 60 Millionen € ließen sich im Jahr einsparen. (Süddeutsche Zeitung 17./18.7.2010) Die Bundespsychotherapeutenkammer kritisiert, dass der massive Einsatz von Benzodiazepinen das Sturzrisiko um 55 bis 87 Prozent erhöht. (Bundespsychotherapeutenkammer 2009) Die Verengung des Blickfeldes auf akutmedizinische Leistungen blendet aus, was nicht nur zur Lösung eines Kostenproblems beitragen könnte. Vielleicht ist es gerade die verweigerter Zuwendung zu den Bedürfnissen von Patienten und Heimbewohnern im ökonomisch drangsalierten Alltag, die man sich auf Dauer nicht leisten können – ganz zu schweigen vom Verlust der Würde, den anzuprangern man nicht müde werden darf.

Weil Würde eine Verheißung beinhaltet, die sich im Alltag an unerwarteter Stelle melden kann, möchte ich mit einer beeindruckenden poetischen Stelle schließen. Der Dichter-Philosoph Paul Valéry schrieb mitten im Chaos des 2. Weltkrieges Theaterstücke, die Goethes Faust-Tragödie in unsere Zeit versetzen sollten. Valérys Faust macht eine ungeheure Entdeckung: „Sollte ich den Gipfel meiner Kunst erreicht haben? Ich lebe – sonst nichts. Das ist schon ein Werk... [...] Jetzt aber gewinnen der geringste Blick, die geringste Empfindung, die geringsten Handlungen und Funktionen des Lebens in meinen Augen die gleiche Würde wie die Entwürfe und inneren Stimmen meines Denkens... Dies ist ein höchster Zustand, wo alles ganz und gar im Leben aufgeht, und der mit einem Lächeln, das mich ankommt, alle Fragen und alle Antworten von sich weist. [...] ICH ATME. Ist das nicht alles? ICH ATME... (Valéry 1990, 296 f.)

Auch der Andere atmet. Selbst wenn er schwerst pflegebedürftig ist oder im Wachkoma von allem Kontakt abgeschnitten erscheint. Er atmet. Ich wünsche den Moment der Entdeckung der Würde des Atmens allen Pflegenden und Angehörigen, die in Ratlosigkeit und Verzweiflung an seinem Bett sitzen und, von Zeitdruck und den kruden Einschränkungen des Alltags geplagt, dennoch ihre Zuwendung nicht versagen. Mögen sie erleben, was der Psychiater Klaus Dörner in den langen Stunden der Pflege seiner Enkeltochter im Wachkoma erfuhr, dass der „unendliche, unerreichbare Abstand des Anderen“ in einer Würde verankert bleibt, die ihn mit den liebevoll Pflegenden in einer gemeinsamen Welt verankert. (Dörner 2001, 123 f.)

Literatur

- Améry, J. (1977), Über das Altern. Revolte und Resignation. Stuttgart (Klett-Cotta)
- Arbeitsgruppe „Pflege und Ethik“ der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (2005), „Für alle Fälle...“. Arbeit mit Fallgeschichten in der Pflegeethik. Hannover (Brigitte Kunz Verlag)
- Aristoteles (1985), Nikomachische Ethik. Hamburg (Meiner)
- Becker, C., Rissmann, U., Lindemann, U., Warnke, A., (2009), Sturzprophylaxe: Sturzgefährdung und Sturzprophylaxe in Heimen. Hannover (Vincentz Network)
- Barmer GEK (2010), Report Krankenhaus 2010. Berlin. Pressemitteilung 27.07.2010.
- Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (1989), Principles of Biomedical Ethics. New York/Oxford (Oxford University Press)
- Beauchamp, T. L. (1999), The „Four-Principles“ Approach. In: Nelson, J. L., Nelson, H. L., Meaning and Medicine. A Reader in the Philosophy of Health Care. New York/London (Routledge), 147-155.
- Billing, A., Thalhammer, M., Hornung, H., Hörterer, F., Eißner, H.J., Jauch, K.-W., Auburger, G. (2005), Die Behandlung von Schwerstkranken ist ein

Zusatzgeschäft. Das Klinikum der Universität München ermittelt Ausmaß und Ursachen der Unterfinanzierung im DRG-System 2005. *f&w* 5/2005, 472-477.

Billmann, M., Schmidt, B., Seeberger, B. (2009), In Würde altern. Konzeptionelle Überlegungen für die Altenhilfe. Frankfurt/M. (Mabuse-Verlag)

Bundesärztekammer (2009), Eckpunktepapier der Ärzteschaft für eine patientengerechte Gesundheitsversorgung. Berlin.

Bundespsychotherapeutenkammer (2009), Symposion: Psychotherapie im Alter, 8. Mai 2009. Berlin. Pressemitteilung.

Centre for Policy on Ageing (2010), Evidence of ageism and age discrimination in health and social care in the UK. Pressemitteilung. Jan. 2010.

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (2004), Demografischer Wandel – Eine Herausforderung für die Altersmedizin. Berlin. Pressemitteilung 13.10.2004.

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2008), Engpass bei Patientenversorgung droht. Hamburg/Berlin. Pressemitteilung 04.09.2008

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (2010), Pflege-Thermometer 2009. Köln/Berlin. Pressemitteilung 19. Mai 2010.

Dörner, K., (2001), Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Stuttgart (Schattauer)

Göckenjan, G. (2000), Das Alter würdigen. Altersbilder und Bedeutungswandel des Alters. Frankfurt (Suhrkamp)

Habermas, J. (2010), Das utopische Gefälle. Das Konzept der Menschenwürde und die realistische Utopie der Menschenrechte. *Blätter für deutsche und internationale Politik*, Aug. 2010, 43-53.

Hartwig, R. (2008), Der verkaufte Patient. Wie Ärzte und Patienten von der Gesundheitspolitik betrogen werden. München (Pattloch).

Herbert, S. (2006), Diagnose: unbezahlbar. Aus der Praxis der Zweiklassenmedizin. Köln (Kiepenheuer & Witsch)

Hildebrandt, A., (2007), Gesundheit und Krankheit aus epidemiologischer Sicht. In: Honnefelder, L., Schmidt, M. C., (Hg.), Naturalismus als Paradigma. Wie weit reicht die naturwissenschaftliche Erklärung des Menschen? Berlin (Berlin University Press), 236-241.

Kant, I. (1982), Die Metaphysik der Sitten. Werkausgabe Bd. VIII. Frankfurt (Suhrkamp)

Mirandola, P. della (1997), De hominis dignitate. Über die Würde des Menschen. Stuttgart (Reclam)

Otte, R., (2003), Wenn Ethik der Fall ist. Narrative und Kasuistik in der Medizin. Frankfurt (Humanities online)

Petzold, H. G., (2004), Mit alten Menschen arbeiten. Teil 1. Konzepte und Methoden sozialgerontologischer Praxis. Stuttgart (Klett-Cotta)

Petzold, H. G., (2005), Mit alten Menschen arbeiten. Teil 2. Lebenshilfe – Psychotherapie Kreative Praxis. Stuttgart (Klett-Cotta)

Ruhr Universität Bochum 2009, Wer über den Wert entscheidet. Wenn knappe Ressourcen im Gesundheitswesen Leistungsbeschränkungen erzwingen. *Rubin*, Sommer 2009, 56-59.

Schiller, F., (o. J.), Über das Erhabene. In: Schillers sämtliche Werke in zwölf Bänden. Bd. XII. Leipzig. (Reclam)

Siebert, U., (2003): Der Einsatz von Entscheidungsanalysen in gesundheitsökonomischen Evaluationen. *Informatik, Biometrie und Epidemiologie* Jg. 34, H. 2, 05-2003, 112-224

Süddeutsche Zeitung (10.6.2010), Hohe Arzneimittelkosten.

Süddeutsche Zeitung (7.4.2010), Staatsanwalt im Altersheim.

Süddeutsche Zeitung (17./18.7.2010), Sturzgefahr in Altenheimen.

Süddeutsche Zeitung (28.7.2010), „Überversorgt“ mit Knie- und Hüftprothesen.

Thali, A., Hontschik, B., (1999), Arzt-Patient-Beziehung in der Chirurgie. In: Hontschik, B., Uexküll, Th. V., Psychosomatik in der Chirurgie. Stuttgart. (Schattauer)

Uexküll, Th. V., Wesiack, W., (1988), Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. München (Urban & Schwarzenberg)

Valéry, P., (1990), Mon Faust. Lust. In: Paul Valéry, Frankfurter Ausgabe Bd. II. Frankfurt 1990 (Insel)

Weber-Fas, R., (2001), Grundrechte-Lexikon. Tübingen (Mohr-Siebeck)

Wetz, F. J., (2002), Die Würde des Menschen ist antastbar. Eine Provokation. Stuttgart (Klett-Cotta)

Wetz, F. J., (2009), Baustelle Körper. Bioethik der Selbstachtung. Stuttgart (Klett-Cotta)

Weyerer, S. (2006), Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 28. Hg. Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt.

Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer (2000), Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? *Deutsches Ärzteblatt* 97, Heft 15, 14. April 2000, A - 1017-1023.