
Torsten Meireis (Hg.)

Altern in Würde

Das Konzept der Würde im vierten Lebensalter

T V Z

Theologischer Verlag Zürich

Frank Mathwig

«Das ist mein Leib» Zum Verhältnis von Würde und Leiblichkeit

«Mein Körper hat aber auch eine
Geschichte, für die ich kein Ge-
dächtnis haben kann».

Judith Butler¹

I. Einleitung

Unbestritten ist die Erfolgsgeschichte der Menschenwürde mit ihrem «radikalen Neueinsatz»² unter dem unmittelbaren Eindruck der menschenverachtenden Gewaltexzesse des Zweiten Weltkriegs. Seine zweite – durchaus umstrittene – Konjunktur erlebt der Würdebegriff – nicht ausschliesslich, aber auch – in gegenwärtigen bio- und medizinethischen Diskursen. Insofern verwundert es kaum, dass mit dem Aufkommen des Themas «Alter» in Politik, Öffentlichkeit und *Life Sciences* Forderungen nach einem «Alter(n) in Würde», «würdevollen Alter(n)» oder einer «Würde im Alter» erhoben werden. Die intuitiven Formeln vermitteln weitreichende Ansprüche: Sie sollen die Ernsthaftigkeit der Anliegen von Interessenvertretungen für alte Menschen dokumentieren, in Leitbildern die Kultur und das Ethos von Pflegeeinrichtungen charakterisieren oder die Dignität politischer Massnahmen und Angebote für ältere und alte Bürgerinnen und Bürger zum Ausdruck bringen. Die allen gemeinsame Botschaft solcher Bezugnahmen auf den Begriff Würde lautet – in Abwandlung einer Bemerkung von Robert Spaemann: «Auf die Alten kommt es an.»³

1 Judith Butler, *Kritik der ethischen Gewalt*, Frankfurt/M. 2003, 52.

2 Christoph Menke, *Menschenwürde*, in: Arnold Pollmann/Georg Lohmann, *Menschenrechte. Ein interdisziplinäres Handbuch*, Stuttgart, Weimar 2012, 144–150 (144).

3 Vgl. Robert Spaemann, *Menschenwürde und menschliche Natur*, in: ders., *Schritte über uns hinaus. Gesammelte Reden und Aufsätze II*, Stuttgart 2011, 93–101 (101). Das Zitat lautet: «Auf jeden kommt es an.»

Die Appelle an die Würde des Alters, Alterns oder der Alten sind offenbar so selbstverständlich, dass sie keiner weiteren Erklärung und Begründung bedürfen. Gemäss der, aus der allgemeinen Organisationstheorie stammenden Unterscheidung zwischen «*attention rules*» und «*decision rules*» handelt es sich bei den genannten Formulierungen eher um Aufmerksamkeitsregeln, die «die Konstruktion politischer Themen» steuern, als um Entscheidungsregeln, die «die Meinungsbildung, unter anderem in den entscheidungsbefugten Instanzen» regulieren.⁴ Was aus ethischer Sicht ernüchternd klingt, weil der Würdebegriff nicht als Bezugspunkt oder Beurteilungskriterium für Entscheidungen und Handlungen fungiert, macht aus systemtheoretischer Sicht durchaus Sinn. Denn in überkomplexen Kommunikationssituationen haben nur Themen, die mit Aufmerksamkeit bedacht werden, eine Chance, entscheidungsrelevant zu werden. Themen dienen mit anderen Worten «vor allem dem Einfangen von Aufmerksamkeit» und zeigen auf, «für was man im politischen Kommunikationsprozess Resonanz voraussetzen kann und Antwortbereitschaft beanspruchen darf».⁵ Darin besteht ihre «integrierende Kraft» (Luhmann) im politischen System. Nicht über alle Themen, die Aufmerksamkeit erhalten, wird später auch entschieden, aber kein Thema wird auf der Ebene der Politik entscheidungsrelevant, das sich nicht im Fokus öffentlicher Aufmerksamkeit befindet.

Im Folgenden möchte ich diese Aufmerksamkeit für die Würde im Alter bzw. des Alterns bzw. von alten Menschen ein Stück weit teilen. Mich interessiert nicht eine fixe Würdedefinition, sondern die Frage, welche Rolle der Würde im Kontext der ethischen Reflexion über das Alter zukommt. Als vorläufiges Ziel visiere ich lediglich eine Problemanzeige und eine Arbeitsanleitung für einen Würdebegriff des vierten Lebensalters an.

II. Abgrenzungen

1. Zum würdigen Alter

Ein flüchtiger Blick auf die aktuellen Diskussionen über das Alter, Altern und die Alten zeigt bereits eine Eigenart. Offenbar kann der Begriff Würde sowohl auf die alten Menschen, das hohe Lebensalter als auch auf den weit fortgeschrittenen Prozess des Alterns bezogen werden. Die Unterscheidun-

4 Niklas Luhmann, Öffentliche Meinung, in: ders., Politische Planung. Aufsätze zur Soziologie von Politik und Verwaltung, Opladen 1971, 9–34 (15f.).

5 Luhmann 1971 (Anm. 4), 16.

gen zwischen der *Person*, der *Lebensphase* und dem *Lebensprozess* scheinen entweder nicht immer möglich oder auch nicht in jedem Fall nötig, wie die verbreitete Syntax von «Alter» – Klammer auf – «n» – Klammer zu – nahelegt. Die Pointe dieser Beobachtung besteht in dem – gegenüber den bekannten bioethischen Würdediskursen zum Lebensanfang – dezidiert anderen Referenzpunkt. Geht es etwa in den Diskussionen um die Stammzellenforschung oder Präimplantationsdiagnostik darum, ob und wenn ja, in welcher Weise und mit welcher Begründung eine Zellansammlung als würdebegabtes menschliches Wesen gelten kann, so scheint am anderen Ende des Lebens die Würdeauszeichnung allein mit der Attribuierung einer Person als *altem* Menschen gegeben. Ihr geht grundsätzlich keine Diskussion über den Personenstatus des Würdeträgers voraus, sondern die Würdezuschreibung erfolgt einzig und allein mit dem Hinweis auf die erreichte Lebensphase. Es ist das Lebensalter *selbst*, das die Würde stiftet.

Damit wäre zugleich gesagt, dass mit der Rede von der Würde des Alter(n)s etwas anderes gemeint sein muss, als jene Würde, die grundsätzlich allen Menschen *als Menschen* zukommt. Tatsächlich gehen in dem Topos der Würde im Alter der moderne Menschenwürdebegriff und die lateinische *dignitas* (griechisch: *axioma*) eine eigentümliche Koalition ein: die universale, allen Menschen *qua Menschsein* zukommende Würde und die *dignitas et excellentia* als Auszeichnung der Ehr-Würdigkeit im doppelten Wortsinn: als *Ehre*, die einer Person gemäss der ihr zugewiesenen «Rolle» in der Gemeinschaft (*persona*) zukommt und als *Würde*, die der Sonderstellung des Menschen in der natürlichen Ordnung entspricht und der eine tugendhafte Lebensführung korrespondiert.⁶ Das Verhältnis zwischen den nichtkontingenten Eigenschaften der intrinsischen Würde und den sozialen und moralisch bestimmten kontingenten Eigenschaften der erworbenen bzw. zugesprochenen Ehr-Würdigkeit verweist allerdings bei genauem Hinsehen auf einen Konflikt: Es scheint, der Rückgriff auf traditionelle Vorstellungen von der Würdigkeit des Alters und die Forderung nach Ehrfurcht oder Respekt vor dem Alter würden sozusagen kompensatorisch gegen die, durch das

⁶ Vgl. dazu Christoph Menke/Arnd Pollmann, *Philosophie der Menschenrechte zur Einführung*, Hamburg 2007; Viktor Pöschel/Panajotis Kondylis, *Würde*, in: Otto Brunner/Werner Conze/Reinhardt Koselleck (Hg.), *Geschichtliche Grundbegriffe*, Bd. 7, Stuttgart 1992, 637–677; Stephan Schaede, *Würde – Eine ideengeschichtliche Annäherung aus theologischer Perspektive*, in: Petra Bahr/Hans Michael Heinig (Hg.), *Menschenwürde in der säkularen Verfassungsordnung. Rechtswissenschaftliche und theologische Perspektiven*, Tübingen 2006, 7–69.

moderne Würdeverständnis selbst provozierten Nivellierungs- und Egalisierungstendenzen gerichtet.⁷ Mit der Egalisierung der Würde durch die prinzipielle Ausdehnung auf alle Glieder der Menschheitsfamilie, büsst das Alter *selbst* seine überkommene normative Valenz ein. Die Würde im Alter lässt sich nicht mehr aus der Faktizität des fortgeschrittenen Alters eines Menschen selbst ableiten, sondern verdankt sich – demgegenüber externen – Motiven und Normen im Verhalten bzw. in der Haltung Dritter.

2. Zum Würdebegriff in bioethischen Diskursen

Die Formel von der «inherent dignity [...] of all members of the human family» in der Präambel der UN-Menschenrechtserklärung von 1948 wird – zumindest der Sache nach – auch in der, in den 1950er Jahren entstehenden Medizin- und Bioethik greifbar. Die fortschritts- und technikkritischen Diskussionen über Medizin und Biotechniken spiegeln den emanzipatorischen Geist in den Anliegen der damaligen Bürgerrechtsbewegungen wider. Nicht zufällig taucht der Würdebegriff in der deutschsprachigen Diskussion erstmals prominent in der Forderung nach einem menschenwürdigen Sterben auf. Sie reagiert auf die einseitige Fixierung auf die Lebenserhaltung einer immer erfolgreicher agierenden Medizin.⁸ Philippe Ariès resümiert die Anliegen aus der Anfangszeit jener sich zunehmend internationalisierenden Anti-Medikalisierungsbewegung: «Diese neue Strömung, die aus dem Mitgefühl mit dem sich selbst entfremdeten Sterbenden hervorgegangen war, hat sich für eine Verbesserung der Bedingungen des Sterbens ausgesprochen, die dem Sterbenden seine mit Füßen getretene Würde zurückerstatten sollte.»⁹

Inzwischen ist der Begriff der Würde längst selbst zwischen die Fronten geraten und zum Gegenstand der Auseinandersetzungen geworden. In den Diskussionen über Entscheidungen an Lebensanfang und Lebensende begegnen Hinweise auf die Menschenwürde bezeichnenderweise quer zu den üblichen Demarkationslinien zwischen Lebensschutz und Selbstbestimmung

7 Es geht an dieser Stelle lediglich um die Wahrnehmung der Würde des Alters in der Öffentlichkeit und nicht um eine Kritik der spezifischen semantischen Mehrdimensionalität des Würdebegriffs. Die hier angedeutete Engführung könnte auch als komplementäre Tendenzen von Verrechtlichung und Entmoralisierung des Würdebegriffs diskutiert werden.

8 Vgl. Ralf Stroecker, Wozu brauchen wir in der medizinischen Ethik die Menschenwürde?, in: Jan C. Joerden et al. (Hg.), Menschenwürde und moderne Medizintechnik, Baden-Baden 2011, 197–213 (199).

9 Philippe Ariès, Geschichte des Todes, München, Wien 1980, 755.

oder *sanctity of life versus quality of life*. Die Befürworter eines Lebensschutzes von Anfang an berufen sich ebenso auf die Würde, wie die Verteidigerinnen reproduktiver Selbstbestimmung in jedem Fall. Und der Hinweis auf die «Unverfügbarkeit des Lebens» bis zum Schluss bedient sich in gleicher Weise des Würdearguments, wie die Forderung nach einem «Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben» unabhängig von der Nähe des Lebensendes. Franz Josef Wetz, Norbert Hoerster und andere lehnen deshalb den Begriff Würde als «normativ besetztes Schlagwort ohne jeden deskriptiven Gehalt» ab, weil er lediglich als «ideologische Waffe» taugt.¹⁰

Im Zentrum der bioethischen Kritik am Würdebegriff steht eine doppelte Einwand: Einerseits sei er – im Blick auf seinen Universalitätsanspruch – so allgemein, dass er für die konkrete Urteilsfindung entweder kein Kriterium liefere oder aber – auf der Anwendungs- und Begründungsebene – mit partikularen Moralvorstellungen angereichert werden müsse. Im ersten Fall sei er unbrauchbar im zweiten nicht mehr universal. Andererseits lasse der absolute und auf die gesamte Menschheit bezogene Geltungsanspruch der Würdenorm keine sozusagen speziesspezifischen, normativen Differenzierungen zu. Dieser Vorwurf klingt zunächst eigenartig, zielt die moderne Idee der Menschenwürde doch genau auf die Ununterscheidbarkeit – positiv ausgedrückt: normative Gleichheit – aller Glieder der Menschheitsfamilie. Dagegen interessiert sich die Bioethik für einen Würdebegriff, der ein Kriterium für die Begrenzung der Reichweite von Geltungsansprüchen, also einen Massstab für die Feststellung und Begründung von «gattungsinternen» Statusunterscheidungen bzw. -abstufungen anbietet. Das erklärt sowohl die umfangreichen Debatten über den moralischen Status des menschlichen Lebens in seinen verschiedenen Phasen, über Eigenschaften, die mit der menschlichen Würde notwendig verbunden sind oder über die Plausibilität der normativen Valenz des Würdebegriffs selbst, wie auch die – vor allem im englischen Sprachraum verbreitete – Zurückhaltung gegenüber der *dignity of the human person*.¹¹

Im sogenannten «Belmont Report» der US-amerikanischen «National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research» von 1979 tauchen zum ersten Mal jene Grundsätze auf, die – vor allem durch ihre Aufnahme in dem ein Jahr später in erster Auf-

10 Norbert Hoerster, Ethik des Embryonenschutzes. Ein rechtsphilosophischer Essay, Stuttgart 2002, 24; vgl. Franz Josef Wetz, Illusion Menschenwürde. Aufstieg und Fall eines Grundwertes, Stuttgart 2005.

11 Vgl. Stroecker 2011 (Anm. 8), 197, Anm. 2.

lage erschienenen Standardwerk von Beauchamp und Childress *Principles of Biomedical Ethics* – zum bioethischen Paradigma wurden: die Prinzipien *autonomy, beneficence, nonmaleficence* und *justice*.¹² Ein Prinzip *human dignity* taucht nicht auf. Die Gründe für den Verzicht sind vielfältig, allen voran natürlich die richtige Feststellung, dass Würde nicht als Prinzip mittlerer Reichweite postuliert werden kann. Einen für die biomedizinische Praxis viel weiterreichenden Grund für die Würdeabsenz liefert später Ruth Macklin: *Human dignity* habe lediglich die Funktion eines «slogans, that adds nothing to an understanding of the topic».¹³ Für die internationalen Menschenrechtsinstrumente und die Europäische Menschenrechtskonvention gelte im Grunde das gleiche, wie für die Diskussion über Entscheidungen am Lebensende: «In this context dignity seems to be nothing other than respect for autonomy».¹⁴ Daraus folgt: «Dignity is a useless concept in medical ethics and can be eliminated without any loss of content.»¹⁵

Auf den ersten Blick scheint es, als sei die Würde-Diskussion an dieser Stelle wieder zu ihren Wurzeln zurückgekehrt. Schliesslich schliesst Kant selbst in seiner *Grundlegung* das Vermögen zu vernünftiger Selbstbestimmung im Sinne der Selbstgesetzgebung mit der Würde kurz: «*Autonomie* ist also der Grund der Würde der menschlichen und jeder vernünftigen Natur.»¹⁶ Für ein normatives Würdeverständnis folgt daraus die Verpflichtung zum Schutz dessen, worauf die Menschenwürde bezogen ist: die vernünftige Selbstbestimmung.¹⁷ Da die Wahrnehmung der Fähigkeit zu vernünftiger Selbstbestimmung nicht voraussetzungslos ist, sondern auf die Freiheit von äusserem Zwang, einen gewissen Grad körperlicher, geistiger und seelischer Gesundheit etc. angewiesen ist, muss die Pflicht zur Achtung der Autonomie jeder Person auch den Schutz der Bedingungen zu ihrer tatsächli-

12 Vgl. Tom L. Beauchamp / James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 5., überarb. Aufl., Oxford, New York 2001.

13 Ruth Macklin, Dignity is a useless concept. It means no more than respect for persons or their autonomy, in: *BMJ* 327/2003, 1419–1420 (1419); vgl. dazu Peter Schaber, Menschenwürde: ein für die Medizinethik irrelevanter Begriff?, in: *Ethik Med* 24/2012, 297–306.

14 Ebd.

15 Macklin 2003 (Anm. 13), 1420.

16 Immanuel Kant, *Grundlegung der Metaphysik der Sitten*, Ed. Weischedel, Bd. IV, Darmstadt 1983, BA 79.

17 Vgl. Micha H. Werner, Menschenwürde in der bioethischen Debatte. Eine Diskurstopologie, in: Matthias Kettner (Hg.), *Biomedizin und Menschenwürde*, Frankfurt/M. 2004, 191–220 (200f.).

chen Wahrnehmung implizieren. In diesem Sinne stehen Menschenwürde und Menschenrechte in einem gegenläufigen Bedingungsverhältnis: Aus der Menschenwürde sind die Rechte abgeleitet, auf die eine Person gegenüber Dritten Anspruch hat und die Pflichten, die alle anderen gegenüber dieser Person haben. Und umgekehrt bildet die allgemeine Anerkennung der Geltung jener Rechte und Pflichten die Realisierungsbedingung für den Würdeschutz und die daraus abgeleiteten Ansprüche der Person.

Eine grundsätzliche Schwierigkeit dieses Würdekonzepts zeigt sich, wenn aus entgegengesetzter Perspektive nach einer Verletzung der Menschenwürdenorm gefragt wird. Der Philosoph und Medizinethiker Micha H. Werner führt aus: «Als menschenwürdevidrig bezeichnen wir eine Handlungsweise [...] dann, wenn durch sie die Voraussetzungen der Selbstbestimmung von Handlungsbetroffenen unmittelbar zerstört oder in Frage gestellt werden. [...] Im engen Verständnis umfasst die Menschenwürdenorm nur die allgemeinen und grundlegenden *Voraussetzungen* dafür, dass Personen ihre vernünftige Selbstbestimmung überhaupt zur Geltung bringen können.»¹⁸ Zur Begründung dieser Menschenwürdenorm bemerkt Werner in deutlicher Anlehnung an die diskursethische Tradition: Einer Person Vernunftfähigkeit zuzuschreiben bedeute, sich zu dieser Person in ein Verhältnis wechselseitiger Anerkennung zu setzen. «Wir müssen dann nämlich anerkennen, dass für uns beide die gleichen Vernunftgründe Gültigkeit haben. [...] Wir können gar nicht erst erkennen, dass es sich bei einem Wesen um ein freies Vernunftwesen handelt, wenn wir ihm gegenüber nicht jene kommunikative Haltung einnehmen würden, zu der die Achtung seiner grundlegenden Rechte gehört.»¹⁹

Was aber, wenn diese kommunikative Haltung gegenüber der anderen Person ins Leere geht, wenn kein Indiz für die Annahme besteht, dass für beide Seiten die gleichen Vernunftgründe Gültigkeit haben? Worin soll die geforderte wechselseitige Anerkennung bestehen, wenn sie erstens nur einseitig erfolgen und zweitens nicht durch die Annahme einer gemeinsam geteilten Vernunftfähigkeit begründet werden kann? Natürlich kann an dieser Stelle weiter ausdifferenziert werden zwischen menschlichen Wesen, die a) die fragliche Eigenschaft aktuell haben, b) diese Eigenschaft als aktualisierbare Disposition besitzen, wie etwa Schlafende, c) über diese individuelle Disposition verfügen, die aber noch nicht oder nicht mehr aktualisiert werden kann, wie bei Embryonen und Menschen mit apallischem Syndrom

¹⁸ Werner 2004 (Anm. 17), 203f.

¹⁹ Werner 2004 (Anm. 17), 204f.

oder d) zu der u. a. durch diese Eigenschaft ausgezeichneten Gattung gehören.²⁰ Auch in der Bioethik begegnet der kantische Gedanke von der regulativen Idee der autonomen Vernunft im Sinne ihrer kontrafaktischen Geltung. Patientenverfügungen oder das Entscheidungskonstrukt des mutmasslichen Willens bauen darauf auf. Aber beide Kompensationsinstrumente für eine fehlende aktualisierbare Selbstbestimmung und Zustimmungsfähigkeit gehören zu den bleibend umstrittenen Themen in der Bioethik – und sie müssen auch umstritten bleiben, weil sie andernfalls das Autonomieprinzip selbst unterlaufen würden.

Beim Autonomieprinzip – als Ausdruck der auf Selbstbestimmung gründenden Würde –, das in der Bioethik längst vom *middle axiom* zum Fundamentalprinzip mutiert ist, führt kein Weg an der (kontrafaktischen) Unterstellung einer mehr oder weniger souverän urteilenden und handelnden Person vorbei. Auch das bioethische Prinzip wird das kantische Erbe seiner transzendentalen Grundlegung im Rahmen einer dualistischen Zwei-Welten-Theorie des *«homo phainomenon»* und *«homo noumenon»* nicht los. Im Gegenteil, es wird sogar verschärft. Denn mit der Zurückweisung der transzendentalen Begründungsfigur muss die kantische Autonomie auf empirische, objektiv erkennbare Eigenschaften im Menschen ermässigt werden. Das führt zu einem Paradox, das allerdings beim anwendungsorientierten Fokus der Bioethik in der Regel verborgen bleibt. Einerseits wird bei der Begründung des bioethischen Autonomieprinzips üblicherweise auf das Instrumentalisierungsverbot in der dritten Formel des Kategorischen Imperativs verwiesen: *«Handle so, dass du die Menschheit, sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden andern, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloss als Mittel brauchest.»*²¹ Zugleich wird das, im Prinzip des vernünftigen Willens *«als Zweck an sich selbst»*²² mitgedachte Objektivierungs-Verbot unterlaufen, indem die Autonomiefähigkeit an dem Vorliegen oder Fehlen bestimmter feststellbarer Eigenschaften eines menschlichen Lebewesens festgemacht wird. Der epistemische Widerspruch, dass einerseits die Würde als etwas, dem Menschen von aussen Zukommendes verstanden wird, aber andererseits ein *«Beleg»* für das Vorliegen der Würdebegabung stets im menschlichen Leben gesucht wird, sei an dieser Stelle nur erwähnt.

20 Vgl. Bernward Gesang, Kann man die Achtung der Menschenwürde als Prinzip der normativen Ethik retten?, in: ZphF 64/2010, 474–497 (476).

21 Kant 1983 (Anm. 16), BA 66f.

22 Kant 1983 (Anm. 16), BA 66.

Theda Rehbock hat verschiedentlich aus einer existenzialistisch-phänomenologischen Sicht die «radikale, vernunftkritische Einsicht in die Nicht-Objektivierbarkeit, Unverfügbarkeit und Entzogenheit des Menschen als Person» als Kern des kantischen Würdeverständnisses betont. «Zurückgewiesen wird damit jedes objektivistische Verständnis der Person als etwas im Diesseits oder Jenseits Existentes oder Vorhandenes. An dessen Stelle tritt ein rein *praktisches Verständnis* der Person, Freiheit und Autonomie als eine Grundform der Existenz, die vom Menschen praktisch vollzogen wird und zu vollziehen ist.»²³ Man muss diese Interpretation nicht teilen. Ich verweise darauf, weil sie – phänomenologisch gesprochen – eine Horizonterweiterung anbietet, die Rehbock als «*personalen Sinnhorizont*» expliziert, «der nicht nur durch Freiheit, Autonomie und Vernunft, sondern immer zugleich durch Interpersonalität, Leiblichkeit, Sprachlichkeit, Geschichtlichkeit usw. die menschliche Praxis in ihren Möglichkeiten zugleich bedingt und begrenzt. In ethischer Hinsicht handelt es sich hierbei nicht um spezielle Fähigkeiten, die wir immer auch verlieren können. Die elementaren anthropologischen Strukturmomente konstituieren und strukturieren vielmehr in unterschiedlicher Weise *jede mögliche* Art von Situation menschlichen Seins, gerade auch Situationen des Verlustes entsprechender Fähigkeiten und die Situation des Todes.»²⁴

III. Zu einer Ethik des vierten Lebensalters

1. Das vierte Lebensalter als ethische Herausforderung

Allein die Ausdifferenzierung des Alters in eine dritte²⁵ und vierte Lebensphase²⁶ lässt im Blick auf das vorher Gesagte aufhorchen. In einer trivialen

23 Theda Rehbock, Personsein in Grenzsituationen. Anthropologische Kritik der Medizin und Medizinethik, in: Ethik Med 23/2011, 15–24 (20).

24 Rehbock 2011 (Anm. 23), 19.

25 Vgl. dazu einleitend Paul B. Baltes, Facing our limits: human dignity in the very old, in: Daedalus, Winter 2006; 135, 1, 32–39; Bertelsmann Stiftung (Hg.), Alter neu denken. Gesellschaftliches Altern als Chance begreifen, Gütersloh 2007; Peter Gruss (Hg.), Die Zukunft des Alterns. Die Antwort der Wissenschaft, München 2007; Sebastian Knell/Marcel Weber (Hg.), Länger leben? Philosophische und biowissenschaftliche Perspektiven, Frankfurt/M. 2009; Andreas Kruse (Hg.), Potenziale im Altern. Chancen und Aufgaben für Individuum und Gesellschaft, Heidelberg 2010; Ursula Staudinger/Heinz Häfner (Hg.), Was ist Alter(n)? Neue Antworten auf eine scheinbar einfache Frage, Berlin, Heidelberg 2008.

Weise scheint die Würde im Alter dadurch gesichert, dass eine mehr oder weniger aktiv und souverän gestaltete Altersphase von einer durch Hinfälligkeit, Bedürftigkeit und Hilflosigkeit gekennzeichneten Altersphase abgegrenzt wird. Bereits an dieser Stelle könnte gefragt werden, ob es sich nicht um eine ethisch und im Blick auf die Würde prekäre Differenzierung handelt, nicht wegen der Unterscheidung zwischen verschiedenen Alterskohorten, auch nicht aufgrund der Korrelation von Alter und leiblichen bzw. gesundheitlichen Zuständen, sondern hinsichtlich der damit einhergehenden Wertungen und Normierungen. Nicht zufällig zeigen die Differenzkriterien zwischen beiden Altersgruppen eine gewisse Übereinstimmung mit den Eigenschaftsparametern, die im Rahmen biomedizinischer Würdedebatten auftauchen. Zwar hat die Unterscheidung zwischen dem dritten und vierten Lebensalter, also den 60–80-Jährigen und den 80–100-Jährigen an sich nur einen heuristischen Wert, allerdings gilt für die letzte Lebensphase: «Erst im vierten [Lebensalter] entsteht das Bild eines mehr und mehr gleichförmigen Verlustgeschehens, in praktisch allen Dimensionen des Lebens. In seiner Entwicklungsrichtung ist das vierte Alter homogener als das dritte, nicht zuletzt wegen der zunehmenden Pathologie der wohlbekannten Altersmultimorbidität.»²⁷

Auch wenn die grosse multidisziplinär angelegte Berliner Altersstudie insgesamt die gesellschaftlich verbreiteten, negativen Altersbilder eindrücklich korrigiert, gilt es, die signifikanten Verschlechterungen zwischen dem dritten und dem vierten Lebensalter nicht zu übersehen. Die Befunde²⁸ belegen «die Unausweichlichkeit körperlichen und geistigen Abbaus, die Zunahme chronischer Leiden im höheren Alter und die vielfältigen Folgen sensorischer, geistiger und körperlicher Einschränkungen für eine aktive und selbständige Lebensführung. Sich z. B. gesund zu fühlen, bedeutet nicht, dass man objektiv gesund ist.» Besonders hervorzuheben sind:

26 Vgl. zu Begriff und Funktion grundlegend Paul B. Baltes, Das hohe Alter – mehr Bürde als Würde?, in: Max Planck Forschung 2/2003, 15–19; ders., Alter(n) als Balanceakt im Schnittpunkt von Fortschritt und Würde, in: Nationaler Ethikrat, Altersdemenz und Morbus Alzheimer. Medizinische, gesellschaftliche und ethische Herausforderungen. Jahrestagung des Nationalen Ethikrates 2005, Berlin 2006, 83–101; Ulman Lindenberger et al. (Hg.), Die Berliner Altersstudie, 3., erw. Aufl., Berlin 2010.

27 Baltes 2005 (Anm. 26), 84.

28 Zum Folgenden Karl Ulrich Mayer et al., Wissen über das Alter(n): Eine Zwischenbilanz der Berliner Altersstudie, in: Lindenberger et al. (Hg.), Die Berliner Altersstudie (Anm. 26), 623–658 (649–651).

- die kumulative Zunahme negativer Aspekte des Alters mit ansteigendem Lebensalter (die Hälfte der 85- bis 90-Jährigen befindet sich «in den als schlecht zu charakterisierenden Alterlagen [...] und sogar zwei Drittel der 90-Jährigen und Älteren»);
- das rasche Ansteigen der Demenz im hohen Alter (bei der Gruppe der über 95-Jährigen liegt der Anteil zwischen 40 Prozent und 60 Prozent);
- eine sowohl schädliche Übermedikation wie «ein erheblicher nicht erfüllter medizinischer Handlungsbedarf»;
- die deutliche Verschlechterung der sensorischen Funktionsfähigkeit (Hören, Sehen, Gleichgewicht) (in der Gruppe der 90- bis 103-Jährigen sind 80 Prozent visuell und im Blick auf ein unkorrigiertes Gehör 90 Prozent mässig bis schwer beeinträchtigt);
- der graduelle Abbau geistiger Fähigkeiten (Verschlechterung der Gedächtnisleistungen und kognitiven Fähigkeiten: pragmatische und praktische Aspekte der Intelligenz);
- die trotz relativ hoher Lebenszufriedenheit deutliche Verstärkung negativer Persönlichkeitsaspekte (geringe Offenheit, Abnahme positiver Emotionen, Gefühle zunehmender Fremdbestimmung);
- die Abnahme der psychischen Anpassungsfähigkeit (Zunahme emotionale Einsamkeit, Abnahme sozialer Aktivitäten, Verlust von familiären Kontakten und Vertrauenspersonen);
- das Schwinden der psychischen Widerstandsfähigkeit und Bewältigungskapazität;
- die massiven körperlichen, sozialen und psychischen Defizite bei Hilfs- und Pflegebedürftigen (fast ein Drittel verfügt über keine Betreuungsperson, ein Drittel ist «körperlich und geistig sehr eingeschränkt, sensorisch beeinträchtigt, schwer krank und behindert», ein Viertel befindet sich in «einer sehr negativen seelisch-geistigen Verfassung»).

Die geriatrische und gerontologische Forschung legt nahe, dass das Problem der Diskrepanz zwischen der (kontrafaktischen) Annahme der Autonomie und der Realität selbstbestimmter Urteils- und Handlungskompetenzen das gesamte «vierte Lebensalter» bestimmt. Autonomie, soziale Integration und Handlungssouveränität werden labil und die leiblichen Realisierungsbedingungen nehmen ab. Unter den 70- bis 100-Jährigen sind die letzten zwei Jahre vor dem Tod durch eine zunehmende Dysfunktionalität gekennzeichnet. «Alter und Krankheit überlagern sich und schaffen damit im hohen

Alter im Durchschnitt ein schwierigeres persönliches Umfeld.»²⁹ Im vierten «Lebensabschnitt verliert die positive Verbindung zwischen einem langen und einem guten Leben an Gültigkeit».³⁰

Besonders die dramatische Zunahme von Demenzerkrankungen in der Kohorte der Hochbetagten bedeutet «den schleichenden Verlust vieler Grundeigenschaften des Homo sapiens wie etwa Intentionalität, Selbstständigkeit, Identität und soziale Eingebundenheit – Eigenschaften, die wesentlich die menschliche Würde bestimmen und es dem Individuum ermöglichen, seine «Menschenrechte» autonom auszuüben».³¹ Vor diesem Hintergrund hat der Psychologe Paul Baltes eine «neue beängstigende Herausforderung» diagnostiziert: «die Erhaltung der menschlichen Würde in den späten Jahren des Lebens».³²

Die Befürchtung erscheint nicht ganz unbegründet. Zwar geben die Forschungsergebnisse – auch für das vierte Lebensalter – längst nicht nur Anlass zu Pessimismus, wenngleich eine andere grosse Studie, der Deutsche Alterssurvey, vor allem im Blick auf die sozialen Lebenslagen im Alter deutlich kritischere Ergebnisse präsentiert.³³ Schwerer wiegt noch, dass die Gruppe der alten Alten nicht nur in den Medien, sondern auch in den Menschenrechtsdiskussionen selten vorkommt. Der Madrid International Plan of Action on Ageing von 2002, die 2010 eingesetzte UN-Open-ended Working Group on Ageing, die im Sommer 2012 zum dritten Mal tagte, oder auch das Deutsche Institut für Menschenrechte richten ihr Engagement für eine Verbesserung der Menschenrechte im Alter fast ausschliesslich auf die jungen Alten.³⁴ So schlägt das Deutsche Menschenrechtsinstitut eine Alterskonvention vor, die – analog zum sozialen Verständnis von Behinderung in der UN-Behindertenkonvention – ein soziales Verständnis von Alter entwickeln solle. Das Verständnis von Behinderung in der UN-Konvention geht davon aus, dass die jeweiligen körperlichen, seelischen und geistigen Beeinträchtigungen sowie Sinnesbeeinträchtigungen erst durch entsprechende einstellungs- und umweltbedingte Barrieren zum Ausschluss vom vollen

29 Baltes 2005 (Anm. 26), 94.

30 Baltes 2005 (Anm. 26), 97.

31 Baltes 2003 (Anm. 26), 17.

32 Ebd.

33 Vgl. Yvonne Schütze, Soziale Ungleichheit im Alter, in: Peter Graf Kielmansegg / Heinz Häfner (Hg.), *Alter und Altern. Wirklichkeiten und Deutungen*, Berlin, Heidelberg 2012, 115–123.

34 Vgl. Claudia Mahler, *Die Menschenrechte Älterer stärken*, Deutsches Institut für Menschenrechte, aktuell 04/2012.

und gleichberechtigten Gebrauch der fundamentalen Rechte von Menschen mit Behinderung führen.³⁵ Die Übernahme dieses Ansatzes für das Verständnis von Menschen im vierten Lebensalter würde allerdings darauf hinauslaufen, das Spezifische der Lebenslagen Hochbetagter gerade herauszudefinieren. Die Wahrnehmung der Rechte von Menschen im vierten Lebensalter scheitert – wenn überhaupt – weniger an gesellschaftlichen Blockaden, als vielmehr an der – von Baltes hervorgehobenen – evolutionsbiologischen Eigenart der letzten Lebensphase als «radikalste[r] Form biokultureller Unfertigkeit»,³⁶ die – so muss ergänzt werden – durch keine politische Inklusionskampagne aus der Welt zu schaffen ist.

2. «Umlernen!»

«Also Umlernen! [...] Das Geistige ist als Zeichensprache des Leiblichen festzuhalten»,³⁷ empfiehlt Friedrich Nietzsche im Blick auf die – wie wir heute sagen könnten – leiblich vermittelte Wahrnehmung transitorischer Identität.³⁸ Oder mit den Worten von Gabriel Marcel: «Wird dieser Leib, als der ich inkarniert lebe, objektiviert, so erscheint mein Körper, das Missverständnis des Leibes. Dieser Körper kann, wie die imaginäre Seele, die ihn informieren soll, in beliebiger Weise objektiv betrachtet, klinisch untersucht und chirurgisch amputiert werden. Diesen Körper habe ich; ich bin aber mein Leib.»³⁹ Diese existenzphilosophische Verhältnisbestimmung von Körper und Leib hätte als Motto über der Berliner Altersstudie stehen können. In jedem Fall lenkt sie den Blick auf eine Differenz, die mir für das Thema der Würde im vierten Lebensalter wesentlich erscheint. Obwohl die letzte Lebensphase erheblich und notorisch durch Krankheiten, Krankheitsfolgen sowie körperliche, geistige, seelische und Sinnesbeeinträchtigungen gekenn-

³⁵ Mahler 2012 (Anm. 34), 3.

³⁶ Baltes 2003 (Anm. 26), 95.

³⁷ Friedrich Nietzsche, Nachgelassene Fragmente 1882–1884. KSA Bd. 10, 285. Vgl. ders., Zarathustra, in: KSA 4, 40: «Das schaffende Selbst schuf sich Achten und Verachten, es schuf sich Lust und Weh. Der schaffende Leib schuf den Geist als eine Hand seines Willens.»

³⁸ Vgl. Jürgen Straub/Joachim Renn (Hg.), *Transitorische Identität. Der Prozesscharakter des modernen Selbst*, Frankfurt/M. 2002; zur Leiblichkeit grundlegend Bernhard Waldenfels, *Das leibliche Selbst. Vorlesungen zur Phänomenologie des Leibes*, Frankfurt/M. 2000.

³⁹ Gabriel Marcel, *Leibliche Begegnung. Notizen aus einem gemeinsamen Gedankengang*, in: Hilarion Petzold (Hg.), *Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven*, Paderborn 1985, 15–46 (16).

zeichnet ist, lässt sich das vierte Alter nicht auf seine komplexen Defizitsymptome reduzieren. Alter ist weder Krankheit noch Behinderung – unabhängig davon, dass Alter krank macht und in vielerlei Hinsicht behindert. Der Unterschied zwischen negativen Altersfaktoren und Krankheiten oder Behinderungen besteht darin, dass die gleichen Phänomene unter verschiedene Beschreibungen gehören. Die Beeinträchtigung der Gehfähigkeit ist unter Umständen eine Behinderung, für die ein Dokument beantragt werden kann, das kompensatorisch zur freien Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel berechtigt. Die als Behinderung eingestufte Beeinträchtigung ist aber nicht nur eine Abweichung von einem körperlichen ›Normalzustand‹. Sie ist bei einer Person im hohen Alter genau genommen nicht einmal eine Abweichung, sondern bewegt sich im Spektrum körperlicher Normalzustände im vierten Lebensalter. Das gleiche gilt für jede andere Defizitwahrnehmung, für die es Krankheits- und Behinderungsdefinitionen gibt, ohne dass damit die leiblichen Zustände, denen bestimmte medizinische Krankheitsbegriffe entsprechen, vollständig erfasst wären.

Leuchtet diese Unterscheidung intuitiv ein, erscheint es unangemessen und aussichtslos, eine Ethik des vierten Lebensalters bzw. eine entsprechende Würdebestimmung einfach aus jenen Bereichen und Unterbereichen der Bioethik quasi patchworkartig zu modellieren, die Überschneidungen mit der ins Auge gefassten Klientel aufweisen. Eine *mélange* aus etwas Ethik zu Sterbehilfe, Palliative Care, Psychiatrie, Gerontologie, Pflege, Health Care, Intensivmedizin etc. reicht nicht aus, weil sie die konstitutive Lebensform des vierten Alters, zu der sich die thematisierten Einzelaspekte lediglich symptomatisch verhalten, ausblendet. Damit verlieren die in den bioethischen Disziplinen gewonnenen Einsichten nicht ihre Bedeutung für eine Ethik des vierten Lebensalters. Sie bedürfen aber einer Ergänzung im Blick auf den hier ins Auge gefassten, spezifischen Anwendungsbereich.

Die Frage nach der Würde des vierten Lebensalters bedarf ebenfalls einer Modifikation: Was wird aus der Autonomie – als Korrelat der Würde –, wenn vieles, was daraus als Handlungsziel folgt, nicht mehr erreicht, nicht mehr realistisch anvisiert werden kann oder auch gar nicht mehr im Fokus der betroffenen Person auftaucht resp. von ihr gewünscht wird? Vor dem Hintergrund einer am Primat der Autonomie orientierten Würdekonzepption muss das vierte Lebensalter geradezu als Prototyp einer ›kontrafaktischen Existenz‹ erscheinen – jedenfalls dann, wenn die Lasten des hohen Alters nicht als typische Merkmale jener Lebensphase wahrgenommen werden, sondern ausschliesslich als möglichst therapierbare Krankheitszustände, sozialpsycho-

logischer Intervention zugängliche Formen sozialer Desintegration oder medikamentös zu lindernden Phasen psychischer Desorientierung.

Eberhard Schockenhoff hat einmal bemerkt: Wenn die Würde eines Menschen «von der empirischen Überprüfbarkeit seines Erinnerungsvermögens und seinen rationalen Fähigkeiten abhängt, dann wird «Personsein» ein soziales Etikett, das wir denen zubilligen, die unseren Leistungserwartungen entsprechen».⁴⁰ Die Konfrontation des Würdebegriffs mit den Lebenssituationen von Menschen im vierten Lebensalter zeigt, dass ein ausschliesslich auf Vernunft resp. Selbstbestimmung abstellender Würdebegriff (bei gleichzeitigem Verzicht auf eine starke kontrafaktisch-transzendente Begründung) die persönliche und lebensweltliche Realität jener Altersgruppe verfehlen muss. Das gilt m. E. auch für Ansätze, die zwischen einer starken und schwachen Autonomie unterscheiden⁴¹ und für eine gerontologische Ethik, die nach einer «selbstverantworteten Lebensführung» im Alter fragt. Weil sie sich «am kognitiv-motivationalen Überzeugungssystem des Individuums»⁴² orientiert, muss sie den alten Menschen als selbstbestimmtes Subjekt immer schon voraussetzen.⁴³

Dagegen müsste sich eine Ethik des vierten Lebensalters zuerst von dem emanzipatorischen Ziel der Befähigung zu einer selbstbestimmten, eigenverantwortlichen und sozial integrierten Lebensweise verabschieden. Denn das gerechtigkeits-theoretisch anspruchsvolle Modell des *capabilities approach*, das im Grunde eine güterethisch angereicherte Operationalisierung des aus der Aufklärung stammenden Würdeparadigmas darstellt, zeigt sich tendenziell unsensibel für die Lage alter Menschen. Seine Anwendung käme dem eigentümlichen Versuch gleich, die Betroffenen überhaupt erst «würdefähig» zu machen. Komplementär dazu hätte eine Ethik des vierten Lebensalters die Aufgabe einer phänomenologisch-anthropologischen Grundlegung im Blick auf die Frage nach den Voraussetzungen, Bedingungen und Grenzen

40 Eberhard Schockenhoff, *Ethik des Lebens. Grundlagen und neue Herausforderungen*, Freiburg/Br. 2009, 148.

41 Vgl. Bernward Gesang et al., *Starke und schwache Autonomie – eine hilfreiche Unterscheidung für die Vorbeugung von Unter- und Überbehandlung*, in: *Ethik Med*, Publ. Online: 18 October 2012

42 Hans-Martin Rieger, *Altern anerkennen und gestalten. Ein Beitrag zu einer gerontologischen Ethik*, Leipzig 2008, 99.

43 Vgl. etwa Otfried Höffe, *Gerontologische Ethik. Zwölf Bausteine für eine neue Disziplin*, in: ders., *Medizin ohne Ethik?*, Frankfurt/M. 2002, 182–201; Rieger 2008; Heinz Rügger, *Alter(n) als Herausforderung. Gerontologisch-ethische Perspektiven*, Zürich 2009.

eines guten Lebens im vierten Alter, das sich nicht nur an Möglichkeiten der Aktivität und Partizipation, sondern ebenso an elaborierten Vorstellungen der Passivität und des Pathischen zu orientieren hätte.

Anstelle eines solchen Programms möchte ich abschliessend kurz auf einen anspruchsvollen Vorschlag von Peter Dabrock hinweisen. Auf der Grundlage einer an Bernhard Waldenfels orientierten Leibphänomenologie hat der Erlanger Ethiker ein Würdeverständnis entwickelt, das den zunächst widersprüchlich anmutenden Titel «Leibliche Vernunft» trägt.⁴⁴ Die Pointe seiner Überlegungen besteht darin, dass er den kantischen Dualismus vom Reich der Freiheit und Reich der Natur quasi vom Kopf auf die Füße stellt, indem er den Vernunftbegriff «intrinsisch-konstitutiv an den Körper gebunden» denkt, «so dass umgekehrt dieser in normativen Betrachtungen nicht einfach in seiner (vermeintlich) nackten biologischen Körperlichkeit aufgeht, sondern an der Schutzwirkung teilhat, die normalerweise der Eigenschaft oder dem Eigenschaftsbündel Vernunft zukommt».⁴⁵ Der Vernunftbegriff hat lediglich die Funktion «als heuristische[r] Platzhalter für die[...] sachliche und funktionale Sonderstellung» des Menschen.⁴⁶ Vernunft ist leiblich «nicht nur durch Aktivität, sondern [...] auch durch Perzeption, Rezeption, Passivität, Passion und Affektivität, Werden und Vergehen, Endlichkeit, Gebrechen und Verletzlichkeit, aber auch durch konstitutive Relationalität ausgezeichnet».⁴⁷ Mit der Leiblichkeit gehören «sowohl die *Entwicklung* von Vernünftigkeit, [...] als auch eine *abnehmende* oder *defekte* Selbstbewusstseinsfähigkeit integral zum Verständnis des Menschen als des Seins leiblicher Vernunft hinzu.»⁴⁸ Daraus folgt für den Würdebegriff: Wenn Würde «als *leibliche* Vernunft gedacht wird, schränken Potentialitäten, Relationalitäten und Privationen den Schutzstatus menschlicher Lebewesen *nicht* ein. Denn über den Leib als schon immer kulturell gedeuteten Körper besteht ein anthropologisches, d. h. hier biologisches und soziales, Band und Beziehungsgeflecht zu anderen Menschen – ein Band, das Menschen als Menschen schon immer miteinander zu einer Menschheit verbindet. [...] Der vom Konzept «leibliche Vernunft» ausgehende Schutzgedanke umfasst *alle* Menschen;

44 Peter Dabrock, Leibliche Vernunft. Zu einer Grundkategorie fundamentaltheologischer Bioethik und ihrer Auswirkung auf die Speziesismus-Debatte, in: ders. / Ruth Denkhaus / Stephan Schaeede (Hg.), *Gattung Mensch. Interdisziplinäre Perspektiven*, Tübingen 2010, 227–262.

45 Dabrock 2010 (Anm. 44), 243.

46 Dabrock 2010 (Anm. 44), 241.

47 Dabrock 2010 (Anm. 44), 247.

48 Ebd.

weil sie qua Potential oder qua sozialer und biologischer Vernetzung in den Bereich der uns nur leiblich bekannten Vernunft, die immer und intrinsisch von Potentialitäten durchwebt ist, hineingehören.»⁴⁹

Der ehrgeizige Ansatz von Dabrock bedarf natürlich einer genaueren Analyse. Ihm muss auch nicht zugestimmt werden. Unabweisbar gilt aber die von ihm explizierte Herausforderung auch für eine Ethik des vierten Lebensalters und ein ihr korrespondierendes Würdeverständnis: Beide kommen nicht aus ihrer leiblichen Haut heraus.

⁴⁹ Dabrock 2010 (Anm. 44), 248.253.

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Umschlaggestaltung
Simone Ackermann, Zürich
unter Verwendung einer Fotografie von Tamar Tal aus ihrem Film «Life in Stills»

Druck
ROSCH BUCH GmbH, Scheßlitz

ISBN 978-3-290-17706-5
© 2013 Theologischer Verlag Zürich
www.tvz-verlag.ch

Alle Rechte vorbehalten