Bericht zum Doktorandenkolloquium „Menschenwürde im Alter“ im HS 2013

I. Einleitung

Das Kompetenzzentrum Menschenrechte der Universität Zürich führte während des Herbstsemesters 2013 in Ergänzung zu seiner öffentlichen Veranstaltungsreihe „Menschenrechtliche Fragen rund um Demenz“ ein interdisziplinäres Doktorandenkolloquium zum Thema „Menschenwürde im Alter“ durch, in welchem die Thematik anlässlich von drei Mittagsveranstaltungen mithilfe je einer ausgewiesenen Forscherin bzw. Forschers der Universität Zürich jeweils von einer philosophischen, medizinisch-ethischen und juristischen Perspektive beleuchtet wurde.

In den Abendanlässen der Veranstaltungsreihe thematisierten diverse Referentinnen und Referenten aus der Praxis zusätzliche Aspekte der Menschenwürde, wobei dort der Fokus erweitert und generell auf die Menschenrechte von Demenzerkrankten sowie deren Angehörigen und Betreuungspersonen gelegt wurde.

Dieser Bericht soll die in den Abendanlässen und dem Doktorandenkolloquium umrissenen Problemkreise aufzeigen sowie die gewonnenen Erkenntnisse im Zusammenhang mit Menschenwürde im Alter aufzeigen. Abschliessend erfolgt eine Gesamtwürdigung der Berichterstatterin.

II. Die einzelnen Veranstaltungen

1. Doktorandenkolloquium „Menschenwürde im Alter“

1.1. Menschenwürde und Alter aus philosophischer Sicht

Prof. Dr. phil. Peter Schaber führte die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Doktorandenkolloquiums anlässlich der Mittagsveranstaltung vom 15. Oktober 2013 in seinen philosophischen Begriff der Menschenwürde ein. Er wies darauf hin, dass der Begriff der Menschenwürde sehr umstritten sei und von verschiedenen Disziplinen (u.a. Theologie, Rechtswissenschaften, Philosophie) beansprucht und mit Inhalt gefüllt werde. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Menschenwürdebegriff richte sich jeweils auf den inhärenten Begriff der Menschenwürde, welche einem Menschen – im Gegensatz etwa zur kontingenten Würde einer mit einem wichtigen Amt betrauten Person – permanent zukomme und weder erworben noch verloren und wiedergewonnen werden könne. Prof. Schaber führte unter Bezugnahme auf den israelischen Philosophen Avischai Magalit aus, dass die Selbstachtung einer Person eine zentrale Rolle für den Menschenwürdebegriff spiele, welche durch Demütigungen oder Erniedrigungen verletzt bzw. gar zerstört werde. Durch die mittels solcher Handlungen hervorgerufene Missachtung werde die Grundlage der Achtung von sich selbst entzogen. Diesbezüglich sei jedoch zwischen Selbst*achtung* und Selbst*wertschätzung* zu unterscheiden, wobei die Selbstachtung die Achtung des eigenen moralischen Status beinhalte, welche unter anderem die Berechtigung verleihe, Ansprüche gegenüber anderen geltend zu machen. Selbst*wertschätzung* beziehe sich eher auf die psychologische Befindlichkeit des Betroffenen und sei somit subjektiv. Selbst*achtung* hingegen bedinge die normative Autorität über das eigene Leben, welche eingefordert werden könne. Eine Verletzung der Selbstachtung liege daher bei Demütigungen vor, welche den Opfern ganz generell das Recht absprächen, über sich verfügen zu können. Die durch die Demütigung erlittenen

Schmerzen oder Interessensverletzungen stellten indes nur „Symptome“ der Würdeverletzung dar.

Würde zu haben bedeute, eine normative Autorität zu besitzen und sie ausüben zu dürfen. Die Einhaltung der damit verbundenen (moralische) Rechte (z.B. Recht am eigenen Körper) könne konkret eingefordert und nicht nur erbeten werden. Paradigmatische Fälle von Würdeverletzungen seien unter anderem Folter, Versklavung und systematische Vergewaltigung (z.B. als Mittel zur Kriegsführung). Grundsätzlich bestehe ein innerer Zusammenhang zwischen den (moralischen) Rechten und der Menschenwürde, nämlich die Autorität, Forderungen zu stellen. Der Begriff der Menschenwürde sei aber ein hohes Gut, welcher nicht für die Einforderung sämtlicher moralischer Ansprüche, welche die Menschen gegeneinander geltend machen können, herbeigezogen werden dürfe. Es könne sich nur um Verletzungen der Menschenwürde handeln, wenn diejenigen moralischen Ansprüche verletzt würden, die vor einer Erniedrigung der Person schützen.

In Bezug auf die Zuschreibung von Menschenwürde führte Prof. Schaber aus, dass die Fähigkeit zur Selbstachtung zwar notwendige Bedingung, aber nicht der Grund für die Menschenwürde sei. Denn diese könne auch Personen, welche diese Fähigkeit nicht besitzen – wie etwa Kleinkinder oder stark geistig Behinderte – nicht abgesprochen werden. Da es seines Erachtens keine normative Grundlage für die Würde gebe, müsse diese jeweils paradigmatisch, aufgrund des mit einer Verletzung einhergehenden moralischen Unrechts angemessen erfasst werden. Wenn die Entstehung von moralischem Unrecht durch die potentiell würdeverletzende Handlung (oder Unterlassung) bejaht werde, müsse dem Opfer – sei es ein Mensch oder ein anderes Lebewesen (Tier, Embryo o.ä.) – Würde zugeschrieben werden.

In der anschliessenden Diskussion wurde gemeinsam den Fragen nachgegangen, welche Implikationen sich aus diesem theoretischen Menschenwürdebegriff auf den Alltag von alten Menschen ergeben würden. Prof. Schaber betonte, dass ältere Menschen sehr verletzlich in ihrer Menschenwürde seien, was sich beispielsweise anhand von (gesellschaftlichen) Erniedrigungen oder dem massiven Einsatz von Täuschung in Altersheimen exemplarisch aufzeigen lasse. Allerdings sei nicht jede Täuschung oder Missachtung des Selbstbestimmungsrechtes philosophisch gesehen eine Würdeverletzung. Grundsätzlich müssten jedoch sämtliche die Ausübungsrechte und Autonomie einschränkenden Massnahmen gegenüber älteren Menschen hinsichtlich ihrer Menschenwürdekonformität überprüft werden. Eine solche Fragestellung sei zentral und gehe der Definition, was eine „gute“ oder „schlechte“ Behandlung sei, vor.

1.2. Menschenwürde und Alter aus medizinisch-ethischer Sicht

Anlässlich der Mittagsveranstaltung vom 22. Oktober 2013 erläuterte PD Dr. med. Dipl. soz. Tanja Krones den Teilnehmerinnen und Teilnehmern anhand zahlreicher Fallbeispiele aus ihrem Arbeitsalltag im klinischen Ethik-Komitee des Universitätsspitals, welche Herausforderungen bezüglich Menschenwürde sich im medizinischen Alltag stellen. Sie wies eingangs auf die vielgeführte und oft emotional aufgeladene Debatte hin, ob der Demenzzustand und der damit einhergehende Kognitionsverlust mit einschneidenden Einschränkungen im Alltag auch einen Verlust der Menschenwürde bedeute. Grundsätzlich sei in den sich mit der Menschenwürde-Thematik befassenden Disziplinen unumstritten, dass Menschenwürde auch älteren und dementen Patienten zustehe, doch stellten sich im medizinischen Arbeitsalltag

häufig Herausforderungen, wie die divergierenden Ansprüche, welche mit einer menschenwürdigen Behandlung und Pflege verknüpft werden, bestmöglich umgesetzt werden könnten bzw. sollten. Nebst ethischen Auslegungsschwierigkeiten auf abstrakt-theoretischer Ebene, diene in der Praxis ein Perspektivenwechsel oft als guter Ausgangspunkt für die Beurteilung, ob die Menschenwürde im konkreten Fall gewährleistet werde. Hierfür müsse man überlegen, ob man mit einer bestimmten Behandlungsmassnahme (wie beispielsweise der Simulation einer Busfahrt für weglaufgefährdete Heimbewohner) ebenfalls einverstanden wäre, wenn diese unter gleichen Bedingungen an einem selbst vollzogen würde.

Dr. Krones wies darauf hin, dass sich bei der (menschenwürdigen) Betreuung pflegebedürftiger Patientinnen und Patienten je nach Betreuungsumfeld unterschiedliche Herausforderungen stellten. Obwohl die Grundprobleme in Pflegeheimen und Spitälern ähnlich seien, würden diese jeweils anders gewichtet. So seien beispielsweise in einem Alters- und Pflegeheim die Privatheit und Privatsphäre eine zentrale Herausforderung, da es oftmals kein Leben ausserhalb des Heims gebe, die Beziehungen zwischen Bewohnern, Pflegenden und Angehörigen intensiver seien und die Abhängigkeit dauerhaft und umfassend sei. Allerdings sei es aufgrund der durchgeplanten Tagesabläufe und der Effizienzerwartung an die Pflegenden schwierig, eine individuell abgestimmte Pflege sicherzustellen, welche sich ausschliesslich an der Person und den Bedürfnissen des Bewohners orientiere.

Zu den Grundzügen der medizinischen Ethik führte Dr. Krones aus, dass sich die Ausrichtung in den letzten Jahrzehnten stark verändert habe und man sich vom paternalistischen Ansatz der ärztlichen Fürsorge und der ausschliesslichen Entscheidungsgewalt der Behandlungsbeauftragten wegbewegt habe und nun den Patientenwillen in den Vordergrund stelle. So gelte mittlerweile als ethisch-legaler Minimalstandard, dass der Patient über die ärztlich empfohlene medizinische Behandlung informiert werde und dieser zustimmen müsse, sofern dies die Umstände (insbesondere das Vorhandensein der Urteilsfähigkeit in Bezug auf die konkrete Situation und Handlung) erlauben. Dieser Standard sei zunehmend auch auf urteilsunfähige Patienten ausgeweitet worden, indem mithilfe eines vorausverfügten Willens (z.B. Patientenverfügung) oder mutmasslichen Willens (Konsultation der Angehörigen, Freunde, Hausarzt betreffend frühere Äusserungen) die Einwilligung als gegeben bzw. verweigert ermittelt werden solle (sog. „substituted judgement standard“). Die Aufgabe eines allfälligen gesetzlichen Vertreters bzw. der konsultierten Angehörigen sei dabei nicht, die Art der Behandlung festzulegen, sondern den mutmasslichen Willen des Betroffenen zu kommunizieren und durchzusetzen. Falls der mutmassliche Wille des Patienten nicht eruiert werden könne, sei eine Entscheidung im besten Interesse und zum Wohle des Patienten zu treffen. Eine Behandlung gegen den erklärten Willen des urteilsfähigen Patienten bleibe jedoch unzulässig (vgl. Medizinisch ethische Grundsätze der SAMW). Zu den wichtigsten Prinzipien der medizinischen Ethik würden die Achtung der Patienten-Autonomie gehören, ebenso wie der Grundsatz des Fürsorge („Nicht-Schaden“, Gutes tun). Diese würden sich zum Teil widersprechen, stellten aber keine grundsätzlichen Gegensätze dar. Die Autonomie des Patienten könne durchaus beachtet werden, indem beispielsweise Wohlbefindensäusserungen mitbeachtet würden, dabei aber der vorausverfügte/mutmassliche Wille nicht ohne sehr guten Grund hintan gestellt würde. Es handle sich dabei um eine sogenannte „assistierte Autonomie“, welche insbesondere in ethisch-rechtlichen „Grauzonen“- und Dilemma-Situationen herangezogen werden könne. Grundsätzlich sei das Ziel einer Behandlung immer, die Grundfähigkeiten der Patienten zu unterstützen und zu stärken.

Die Stärkung der Selbstbestimmung des Patienten habe nun auch Einfluss in das im Jahr 2005 in Kraft getretene Patientengesetz des Kantons Zürich sowie in das seit 1. Januar 2013 geltende Erwachsenenschutzrecht gefunden.
Dr. Krones wies jedoch darauf hin, dass sich ein besonderes Problem bei der Behandlung von psychisch Kranken stelle, da diese oftmals diskriminiert würden und gegen ihren Willen vorsorglich verwahrt und/oder anderen Zwangsmassnahmen unterworfen würden. Diese fürsorgerischen Unterbringungen und Massnahmen würden manchmal lediglich aufgrund einer Störung der organisatorischen Abläufe in Altersheimen und Spitälern ausgesprochen, zum Teil seien sie aber wegen Gewaltübergriffen von Pflegeabhängigen auf Pflegende oder Selbstgefährdung tatsächlich angezeigt. Die gegenseitige Gewaltanwendung im Pflegebereich sei nicht zuletzt mit Blick auf die Menschenwürde ein grosses und nicht zu unterschätzendes Problem und stelle immer noch ein grosses Tabuthema dar.
Tendenziell würde im Pflegealltag jedoch versucht werden, psychisch beeinträchtigte Menschen in die Gemeinschaft zu integrieren und einzubinden (sog. Inklusion) statt sie auszugrenzen und wegzusperren, wie es der früheren Praxis entsprochen habe.

1.3. Menschenwürde und Alter aus juristischer Sicht

In der letzten Mittagsveranstaltung des Doktorandenkolloquiums am 25. November 2013 untersuchte die Rechtsprofessorin Prof. Dr. iur. utr. Brigitte Tag gemeinsam mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern den juristischen Begriff der Menschenwürde und seine Auswirkungen auf den Umgang mit älteren Menschen. Prof. Tag betonte, dass die von der Verfassung geschützte Menschenwürde grundsätzlich in jedem Lebensalter unabhängig von der physischen und psychischen Konstitution beachtet werden müsse. In der Diskussion um die Menschenwürde und menschenwürdige Behandlung von älteren Menschen komme jedoch der erleichternde Faktor hinzu, dass man aufkommende Fragen nicht abstrakt entscheiden müsse, sondern auf die im Laufe des Lebens gebildete Wertevorstellung der Betroffenen zurückgreifen könne. Aus juristischer Sicht seien neben der Menschenwürde noch weitere Grund- und Menschenrechte für alte Menschen besonders relevant wie etwa das Diskriminierungsverbot, das Recht auf persönliche Freiheit sowie das Recht auf Gesundheit. Die Bundesverfassung enthalte aber nebst diesen Rechten zusätzlich relevante Grundsätze und Pflichten wie etwa die Eigenverantwortung des Einzelnen sowie die Sozialziele des Bundes. Unabhängig von der juristischen Beurteilung und gesetzgeberischen Umsetzung sei zudem generell zu beachten, dass bei Altersfragen der religiöse Hintergrund eine grosse Rolle spiele und innerhalb der Schweiz aus kulturellen Gründen markante Unterschiede im Umgang mit alten Menschen bestehen würden.

Aus rechtshistorischer Perspektive sei bemerkenswert, dass die individuelle Komponente der Menschenwürde ein eher jüngeres Konzept darstelle und diesem vorgeworfen werde, seit seiner Statuierung in der Bundesverfassung von 1999 für Rechtsprobleme herangezogen zu werden, für welche das Konzept ursprünglich nicht gedacht war. Gemäss der Botschaft zur neuen Bundesverfassung sei der in Art. 6 enthaltene Schutz der Menschenwürde „Kern und Anknüpfungspunkt anderer Grundrechte, umreisst den Gehalt dieser Rechte und bietet eine Richtschnur für deren Auslegung und Konkretisierung“ (BBl 1997 I 140). Wie schon in der Botschaft aufgeführt, gebe es aber in Bezug auf die Wirkung dieser Bestimmung einen politischen Meinungsstreit, bei welcher die eine Seite (Bundesgericht und Teil der Lehre) dem Recht keine unmittelbare Selbstwirkung und direkte Anwendung zuspreche, wohingegen die andere Seite (herrschende Lehrmeinung) in der Menschenwürde ein direkt anrufbares

Grundrecht sehe. Dies sei aber als Auffanggrundrecht zu verstehen, welches in Sachverhalten zum Tragen komme, auf die kein anderes Grundrecht anwendbar sei (vgl. BBl 1997 I 140). Als praktische Anwendungsbeispiele dienten etwa Fälle, in welchen abstrakt entschieden werden müsse, wie beispielsweise in der Fortpflanzungsmedizin oder bei Fragen zum Umgang mit und dem menschenrechtlichen Status von einer menschlichen Leiche. Wären in solchen Fällen andere Grundrechte anrufbar, müsste die Menschenwürde subsidiär zurücktreten. Grundsätzlich könne festgehalten werden, dass die Menschenwürde einen starken Zusammenhang mit dem Recht auf persönliche Freiheit aufweise und deren Kerngehalt verstärke.

Die Menschenwürde spiele insbesondere in strafrechtlichen Zusammenhängen eine grosse Rolle, wobei die rechtlichen Herausforderungen besonders in der Sterbehilfe-Diskussion evident seien. So stelle sich beispielsweise mit Blick auf die Menschenwürde die Frage, ob man die strafrechtlich relevante Unterscheidung von aktiver (strafbarer) und passiver (strafloser) Sterbehilfe abschaffen und einem sterbewilligen Menschen gestützt auf die Menschenwürde und Selbstbestimmung grundsätzlich die Möglichkeit geben sollte, unter Umständen auch mit aktiver fremder Hilfe aus dem Leben zu scheiden. Ebenso lasse sich fragen, ob es aufgrund der objektiven Menschenwürde eine Pflicht des Gesetzgebers gebe, eine Regelung für organisierte Sterbehilfe zu schaffen.

Nebst diesen heiklen Fragen im Themenbereich Menschenwürde und Alter seien ausserhalb des Strafrechts die Umsetzung und Finanzierung einer möglichst angemessenen, „menschenwürdigen“ Behandlung und Pflege von alten, kranken und dementen Menschen eine grosse Herausforderung, insbesondere da die vom Staat zu erbringenden Leistungen jeweils nach den WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) beurteilt würden. Im Hinblick auf das Lebensende und palliativer Massnahmen sei jedoch zu erwähnen, dass die Ausgestaltung der heutigen Palliativ-Medizin ein direkter Ausfluss der Menschenwürde-Garantie sei.

2. Veranstaltungsreihe „Menschenrechtliche Fragen rund um Demenz“

2.1. Neueste Erkenntnisse zu Demenz: Forschung, Diagnostik, Therapie und ganzheitlicher Umgang

Anlässlich des ersten Vortragabends vom 1. Oktober 2013 führten Prof. Dr. med. Egemen Savaskan und Dr. med. Irene Bopp-Kistler das Publikum in die neuesten medizinischen und psychologischen Erkenntnisse zu Demenz ein, wobei nebst dem aktuellen Stand der Forschung auch zeitgemässe Therapieansätze, insbesondere der ganzheitliche Umgang mit den Betroffenen, behandelt wurden.

Prof. Savaskan, der leitende Arzt der Klinik für Alterspsychiatrie, klärte das Publikum darüber auf, dass es zur Zeit weder eine Impfung noch ein spezifisches Heilmittel gegen Demenz gebe. Mit der herkömmlichen Medikamentation würden lediglich die Begleitsymptome behandelt, der Demenzprozess liesse sich damit nicht aufhalten. Diese Nebensymptome (u.a. Wahn, Aggression, Depression, Angst, Apathie, motorische Unruhe) seien für die meisten Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige meist belastender als das Hauptsymptom (Gedächtnisverlust). Eine Therapierung der Nebensymptome bringe daher eine gewisse Stabilisierung und Verbesserung der Lebensqualität mit sich. Ein grosses Problem sei hin-

gegen, dass die Diagnose Demenz aufgrund mangelnder Frühdiagnostikinstrumente meistens ca. 15 Jahre zu spät gestellt werde, was eine Stabilisierung des Demenzprozesses in einem frühen Stadium verunmögliche bzw. erschwere. Es sei daher besonders wichtig, dass die Frühdiagnostik gestärkt werde und der Degenerationsprozess bereits in einem frühen Stadium aufgefangen werden könne. Eine gewisse präventive Wirkung gegen Demenz hätten bis dato lediglich Bewegung und eine gesunde Ernährung gezeigt. Nebst einer Therapie mit Medikamenten seien die nicht-medikamentösen Therapiemethoden für Demenzerkrankte besonders zentral und bei ca. 80-90% der Erkrankten ausreichend. Diese würden unter anderem aus Psycho- und Physiotherapie, Gedächtnistraining, Ergotherapie, Bewegungs- und Aktivierungstherapie, Musiktherapie, Tanztherapie, Milieutherapie und Humorwerkstatt bestehen. Mithilfe solcher Therapien sollen insbesondere die Selbständigkeit sowie die Alltags- und Kommunikationsfähigkeiten der Betroffenen gefördert werden. Die Angehörigen und weitere Betreuungspersonen würden in diese Therapien stark einbezogen und bei der Umsetzung unterstützt (z.B. durch Verhaltensmanagement mit Stressmanagement und Aufbau angenehmer Aktivitäten und sozialer Unterstützung). Die nicht-medikamentösen Therapiemethoden stünden vor allem auch für Patientinnen und Patienten im Vordergrund, welche aufgrund weiterer Krankheiten (Multimorbidität) unter zahlreichen, durch andere Medikamente verursachte Nebenwirkungen leiden.

Die Wichtigkeit nicht-medikamentöser Therapiemethoden und eines ganzheitlichen Therapieansatzes wurde im Anschluss von der leitenden Ärztin der Memory-Klinik des Stadtspitals Waid, Dr. Bopp-Kistler, unterstrichen. Sie betonte insbesondere, dass ein würdevolles Leben nicht durch Kognition determiniert sei und demenzkranke Personen ein Recht auf eine ganzheitliche Behandlung hätten. Da eine Demenz nebst ihren primären Störungen (Gedächtnis-, Geschicklichkeits-, Sprachstörungen o.ä.) häufig im Zusammenhang mit Familienkonflikten sichtbar bzw. besonders belastend werde (z.B. aufgrund emotionaler Instabilität, Persönlichkeitsveränderungen oder Depressionen), sei auch der Einbezug, die Information und Unterstützung der Angehörigen äusserst zentral. Diese würden häufig unter ähnlichen Ängsten und Unsicherheiten (z.B. Verlust von Freundschaften, Alleinsein, Nichtverstandensein) leiden und müssten vor Depressionen geschützt werden. Entgegen der Schreckvorstellung vieler Menschen vor einer Demenzerkrankung, sei es aber möglich, mit Resilienz und einer positiven Sichtweise auch mit einer Demenz ein glückliches Leben zu führen. Für den Erfolg einer ganzheitlichen Behandlung müsse jedoch stets der individuelle Patient im Zentrum stehen.

2.2. Menschenrechte in der Betreuung und Pflege von demenzkranken Menschen

Nachdem am ersten Vortragsanlass die medizinische Einführung ins Thema Demenz im Vordergrund gestanden hatte, folgte am 22. Oktober 2013 eine Abendveranstaltung, welche die Menschenrechte in der Betreuung und Pflege von demenzkranken Menschen in den Fokus rückte. Die beiden Referentinnen, Dr. iur. Claudia Kaufmann (Ombudsfrau der Stadt Zürich) und Prof. Dr. Iren Bischofberger (Professorin für Pflegewissenschaft und Versorgungsforschung, Prorektorin Kalaidos Fachhochschule Gesundheit, Zürich, und Programmleitung an deren Forschungsinstitut Careum F+E), berichteten aus der Perspektive ihres jeweiligen Fachgebietes (Rechts- bzw. Pflegewissenschaften).

Dr. Kaufmann erläuterte dabei zuerst den juristischen Begriff der Menschenwürde. Dieser diene als wichtiger Ausgangspunkt für die Menschenrechtsdiskussion im Zusammenhang mit Demenz und sei gemäss der Definition des Bundesgerichtes auf die „Anerkennung des Einzelnen in seiner eigenen Werthaftigkeit und individuellen Einzig- und allfälligen Andersartigkeit“ ausgerichtet (BGE 127 I 6 E.5b). Dieser Schutz der Andersartigkeit und Gleichwertigkeit

aller Menschen stehe in einem engen Bezug zum Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, welches auch für Demenzkranke gelte. Frau Kaufmann betonte, dass zwar für Demenzkranke dieselben Menschenrechte gälten wie für sämtliche Menschen, diese jedoch unter gewissen Umständen (gesetzliche Grundlage, öffentliches Interesse, Verhältnismässigkeit) eingeschränkt werden dürften, wobei die Voraussetzungen einer solchen Einschränkung bei besonderen Näheverhältnissen wie beispielsweise der Unterbringung in einem städtischen Pflegeheim sogar noch weniger streng seien. Dabei müsse aber stets die Verhältnismässigkeit im Auge behalten und die Angemessenheit der Betreuung und Pflege überprüft werden. Grundsätzlich obliege dem Gemeinwesen eine besondere Schutzpflicht, die Menschenrechte der betroffenen Demenzkranken zu achten und zu schützen. Diese umfasse auch positive Massnahmen zur Förderung der Menschenrechte und müsse ebenso in privaten Einrichtungen beachtet werden. Frau Kaufmann führte aus, dass im Zusammenhang mit der Pflege von Demenzerkrankten eine Vielzahl von Menschenrechten tangiert sein können, wobei diese sowohl für die Betroffenen als auch für deren Pflege- und Betreuungspersonen gelten würden. Insbesondere handle es sich um folgende Rechte:

- Diskriminierungsverbot (Art. 8 Abs. 2 BV)
- Recht auf Leben und auf persönliche Freiheit, insbesondere Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit, Bewegungsfreiheit sowie auf Schutz vor unmenschlicher und erniedrigender Behandlung (Art. 10 BV)
- Recht auf Schutz der Privatsphäre, insbesondere Achtung des Privat- und Familienlebens und Schutz vor Missbrauch der persönlichen Daten (Art. 13 BV)
- Glaubens- und Gewissensfreiheit (Art. 15 BV)
- Eigentumsgarantie (Art. 26 BV)
- Recht auf Gesundheit und angemessene Versorgung (Art. 41 BV)
- u.v.m.

Bei der Diskussion um die Einschränkung dieser Grund- und Menschenrechte im Pflegealltag handle es sich nicht um einen akademischen Diskurs, sondern um konkrete, praktische Auswirkungen auf Demenzbetroffene wie beispielsweise Fälle von Zwangsmedikation, Gewaltanwendung durch das Pflegepersonal, institutionellem Missbrauch, Zwangsernährung sowie Eingriffe in die Autonomie und Selbstbestimmung der Erkrankten. Es sei in diesem Zusammenhang besonders wichtig, die (tatsächlichen oder potentiellen) Grundrechtseinschränkungen nicht unter einem paternalistischen Blickwinkel zu betrachten, sondern die Autonomie des/der Betroffenen angemessen zu berücksichtigen. Dieser Grundsatz habe sich nun auch im seit 2005 geltenden Patientengesetz des Kantons Zürich sowie im neuen Kinder- und Erwachsenenschutzrecht niedergeschlagen. Es sei aber eine grosse Herausforderung, die sich zum Teil konkurrierenden Grundrechte (z.B. Recht auf Selbstbestimmung des Patienten vs. gesundheitlicher Versorgungsauftrag des Staates) in Einklang zu bringen. Hier seien Differenzierungen und Abwägungen im Einzelfall unumgänglich. Die Referentin schloss schliesslich mit einem Appell an die Rechtswissenschaften, sich in Lehre und Forschung mehr mit Demenzfragen (und zwar unabhängig von Altersfragen) zu befassen.

Die zweite Referentin des Abends, Prof. Bischofberger, betonte ebenfalls die Wichtigkeit der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Menschenrechtsfragen in der Pflege von Demenzbetroffenen. Diese Fragen seien implizit immer vorhanden, auch wenn sie die Pflegenden und die breitere Öffentlichkeit oft nicht als Menschenrechtsfragen wahrnehmen würden. Prof. Bischofberger nannte drei Brennpunkte, welche für die optimale Umsetzung der Menschenrechte in der Pflege besonders zentral seien. Zunächst müssten die Abgrenzungen bzw. das Zusammenspiel zwischen dem sog. heilungsorientierten und dem pflegeorientier-

ten Ansatz in Demenzfällen präzisiert bzw. optimiert werden (cure-oriented vs. care-oriented approach). So seien beispielsweise die meisten Spitäler nicht auf die Pflege von demenzkranken ambulanten oder stationären Patienten vorbereitet, deren krankheitsbedingte Symptome (z.B. Orientierungsschwierigkeiten) zu beträchtlichen Problemen im Arbeitsablauf führen würden. Die Pflege von Demenzkranken erfordere ganz generell neue Betreuungs- und Pflegekonzepte. Zweitens müsse geklärt werden, wer in Zukunft welche Behandlung zu welchem Preis bezahlen werde. Es sei angesichts der alternden Bevölkerung und der damit einhergehenden Zunahme der Demenzbetroffenen unerlässlich, die weitestgehend fragliche zukünftige Kostenentwicklung in der Langzeitpflege mittels Studien zu untersuchen, wofür die indirekten Kosten und Entlastungsmöglichkeiten für die an der Pflege beteiligten Privathaushalte angemessen miteinzubeziehen seien. Dies hauptsächlich, weil eine Betreuung durch Familienangehörige zwar häufig kostengünstiger sei, aber nicht unbedingt das beste Modell für die Betroffenen darstelle. Drittens müsse die Versorgungsqualität neu definiert werden und dabei insbesondere die Optik der Patienten und Angehörigen miteinbezogen werden.

Prof. Bischofberger wies abschliessend darauf hin, dass ein Teil dieser Herausforderungen nun allmählich erkannt worden sei und vom Bundesrat im Bericht „Gesundheit 2020“ bereits zusätzliche Massnahmen angekündigt worden seien, um die Versorgung der Langzeitpflege sicherzustellen.

2.3. Nationale Demenzstrategie - Wird den Menschenrechten der demenzkranken Personen genügend Rechnung getragen?

Die letzte Abendveranstaltung des Kompetenzzentrums Menschenrechte widmete sich am 12. November 2013 der Nationalen Demenzstrategie und ihrem menschenrechtlichen Gehalt. Die Geschäftsleiterin der Schweizerischen Alzheimervereinigung, Birgitta Martensson, erläuterte zunächst die Entstehungsgeschichte der bis zum Veranstaltungstermin noch unter Verschluss gehaltenen und erst am 21. November 2013 veröffentlichten Nationalen Demenzstrategie und zeigte dem Publikum auf, welche menschenrechtlichen Überlegungen in die Strategie Einfluss fanden. Sie betonte, dass die Nationale Demenzstrategie nicht nur auf die Menschenrechte der demenzkranken Personen Bezug nehme, sondern ebenso auf diejenigen ihrer Angehörigen, beruflich Betroffenen und Freiwilligen. Die Demenzstrategie sei eine wichtige Grundlage, da sie aufgrund ihrer klaren Erkenntnisse der heutigen Lage sowie der Beschreibung von Situationen einen Einfluss auf die zukünftige menschenrechtliche Abwägung im Einzelfall haben könne.

Die Strategie umfasse unter anderem vier Handlungsfelder, neun Ziele und 18 Projekte. Das erste Handlungsfeld, „Gesundheitskompetenz, Information und Partizipation“, ziele darauf ab, die Betroffenen und ihre Bezugspersonen während des gesamten Verlaufs der Erkrankung sachgerecht zu informieren und unterstützen sowie in die Behandlung miteinzubeziehen. Dabei seien jedoch auch Solidarität und Integration durch die Gesellschaft sehr zentral, um die krankheitsbedingten Defizite demenzkranker Personen im Alltag zu akzeptieren und beispielsweise einen möglichst langen Verbleib im Erwerbsleben zu ermöglichen. Zweitens sei sicherzustellen, dass Betroffene und ihre Bezugspersonen von bedarfsgerechten Angeboten profitieren könnten, was eine engmaschige Begleitung und fachkundige Unterstützung bedinge. Zudem seien genügend finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen, wobei die bestehenden Finanzierungssysteme zu evaluieren und weiterzuentwickeln und die Einkommens- und Vermögenssituation der Betroffenen angemessen zu berücksichtigen seien. Das dritte Handlungsfeld umfasse die Qualität und Fachkompetenz, welche durch eine konsequente

ethische Grundhaltung und entsprechend gute Ausbildung des Personals sowie kontinuierliche Partizipation der Angehörigen sichergestellt werden müsse. Bei der Behandlung seien zudem das neue Erwachsenenschutzrecht und darin insbesondere das gestärkte Recht auf Selbstbestimmung der Betroffenen zu berücksichtigen. Das letzte Handlungsfeld „Daten und Wissensvermittlung“ ziele darauf ab, den partiellen Wissensstand – insbesondere betreffend die Struktur der Versorgungsangebote und deren Inanspruchnahme – mittels Datensammlung und -analyse zu verbessern. In Bezug auf die Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie seien primär die Kantone gefragt, doch würden gewisse Aspekte auch private Akteure wie Arbeitgeber betreffen, welche in Zukunft vermehrt mit Fragen betreffend Vereinbarkeit von Beruf und Pflegepflichten konfrontiert werden dürften.

In seinem Anschlussreferat analysierte Regierungsrat Dr. Carlo Conti, Präsident der kantonalen Gesundheitsdirektorenkonferenz und Vorsteher des Gesundheitsdepartementes des Kantons Basel-Stadt, die Nationale Demenzstrategie und ihre Herausforderungen für die Kantone anhand des Beispiels seines Heimatkantons Basel-Stadt. Angesichts der grossen Anzahl von Betroffenen (2009: 110‘000 [CH], 3‘500 [BS]) und den hohen jährlichen Gesundheitskosten (2009: CHF 6.9 Mia. [CH], CHF 212 Mio. [BS]; geschätzte CHF 50 Mia. für das Jahr 2050 [CH]) stelle die Lösung der Finanzierungsfrage eine grosse Herausforderung dar. Er gehe davon aus, dass die Frage der zur Verfügung stehenden Mittel in Zukunft unter Umständen ethische Überlegungen unter einigen Druck bringen werde. In Bezug auf den Kanton Basel-Stadt stelle sich die Situation zurzeit so dar, dass nebst ambulanten und stationären Betreuungsangeboten auch die Angehörigen, welche Demenzerkrankte zuhause betreuen, finanzielle Unterstützung beantragen können. Zudem würden ambulante Angebote wie Tageskliniken zwecks Entlastung der Angehörigen stark ausgebaut. Dies sei insbesondere als Ausdruck des Schutzes der Menschenrechte der Angehörigen zu werten. Die Prinzipien der Alters(pflege)politik des Kantons Basel-Stadt sähen ausserdem vor, dass die Selbständigkeit und Autonomie der älteren Menschen sowie deren persönliche Integrität und Menschenwürde besonders geschützt werden müssen. Die Pflegeinstitutionen des Kantons Basel-Stadt hätten diese Grundwerte in Leitbildern sowie Pflege- und Betreuungskonzepten festzuhalten. Die Umsetzung werde mittels Selbstkontrolle, „Mehrere-Augen-Prinzip“ bei Fallbesprechungen, behördlichen Aufsichtsbesuchen sowie mithilfe der Instrumente des neuen Erwachsenenschutzrechtes überprüft. Mit Blick auf die Zukunft stelle sich jedoch die ethische und soziale Grundsatzfrage, inwieweit der Staat finanzielle und soziale Lücken füllen könne, welche der Wandel der Gesellschaft mit sich bringe. Finanzielle Mittel für das Gesundheitswesen seien generell schwierig zu beschaffen und es sei unmöglich, das zurzeit zur Verfügung stehende Geld in Zukunft für mehr Leistungen einzusetzen und damit insbesondere Kosten zu decken, welche entstehen würden, weil sich gesellschaftliche Strukturen aufgelöst hätten.

III. Gesamtwürdigung

Die Veranstaltungen des Doktorandenkolloquiums und der Veranstaltungsreihe des Kompetenzzentrums Menschenrechte haben eindrücklich aufgezeigt, dass in Forschung und Wissenschaft in Fragen der Menschenwürde und Menschenrechten von älteren Menschen – unabhängig von allfälligen alters- und krankheitsbedingten physisch und psychischen Einschränkungen – generell ein grosser Handlungsbedarf besteht. Nicht nur sollten sich die jeweiligen Wissenschaftszweige innerhalb ihrer Disziplin in Zukunft vertieft mit der menschenwürdigen Behandlung von alten Menschen auseinandersetzen, sondern auch den interdis-

ziplinären Austausch fördern bzw. im Interesse der älteren Bevölkerung im Rahmen von multidisziplinären Forschungsprojekten Lösungen für konkrete Herausforderungen finden.

Aus juristischer Sicht ist dabei zu bemerken, dass – nebst einer grundsätzlichen inhaltlichen Auseinandersetzung mit der menschenrechtlichen Betroffenheit der älteren Bevölkerung – die menschenrechtlichen Dimensionen und Auswirkungen in der aktuellen und zukünftigen politischen Finanzierungsdebatte über Behandlungs- und Pflegekosten aufgezeigt und wissenschaftlich belegt werden müssen. Dabei sind die Menschenrechte von Angehörigen und beruflich Involvierten ebenso zu beachten wie diejenigen der betroffenen Person. Zudem sollten verfahrensrechtliche und technische Aspekte untersucht werden, wie beispielsweise durch bessere Koordination und Informationsaustausch Art von und Zugang zu Behandlung verbessert sowie eine Entlastung der pflegenden Angehörigen begünstigt werden könnte. In Bezug auf die von der Philosophie und medizinischen Ethik geforderte Patienten-Autonomie und -Selbstbestimmung als Ausfluss der Menschenwürde ist zu erwähnen, dass diese bereits weitestgehend Einfluss in die relevanten Rechtsquellen, insbesondere das seit 1. Januar 2013 geltende Erwachsenenschutzrecht, gefunden hat und mit Blick auf die Menschenwürde konsequent umzusetzen ist. Es ist jedoch Vorsicht geboten, dass der Menschenwürdebegriff in Zukunft nicht für jede potentielle rechtliche Anspruchsverletzung herbeigezogen und somit allzu sehr verwässert wird. Vielmehr muss der menschenrechtliche Schutz zunächst über andere Grund- bzw. Menschenrechte und deren Auslegung sichergestellt werden, welche in Alterssituationen zahlreich zur Anwendung kommen.

Abschliessend ist festzuhalten, dass der vom Kompetenzzentrum Menschenrechte im Herbstsemester 2013 aufgenommene Themenschwerpunkt Menschenwürde-Menschenrechte-Alter-Demenz eine wichtige Forschungslücke aufgedeckt hat, deren Klärung bzw. Schliessung – wie auch das zahlreiche Erscheinen von interessierten Zuhörerinnen und Zuhörern erahnen liess – ein grosses gesellschaftliches Bedürfnis darstellt und daher von der Wissenschaft so rasch als möglich in Angriff genommen werden sollte. Hierfür ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit sowohl innerhalb der Wissenschaft, als auch zwischen Forschung und Praxis unabdingbar. Zusätzlich sollte mit einer möglichst von negativen und paternalistischen Altersassoziationen befreiten Forschungsmethodik operiert und der Selbstbestimmung der betroffenen Personen durch Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Konzepte letztendlich zu mehr Durchsetzung verholfen werden.

Männedorf, 08.12.2013

MLaw Gabriela Schwarz