Zeitschrift: Fachzeitschrift Heim

Herausgeber: Heimverband Schweiz

Band: 72 (2001)

Heft: 9

Artikel: Ein Wahrneh+mungsproblem und seine Folgen : haben alte Menschen noch einen Platz im Gesundheitswesen?

Autor: Halter, Hans

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-812830

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 04.12.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Ein Wahrnehmungsproblem und seine Folgen

HABEN ALTE MENSCHEN NOCH EINEN PLATZ IM GESUNDHEITSWESEN?

Von Hans Halter, Luzern

Um die Titel-Frage angemessen in den Blick zu bekommen, müssen wir uns Rechenschaft darüber geben, wie das Alter in unserer Gesellschaft wahrgenommen wird, und zwar das Alter ganz allgemein. Dem wollen wir in einem ersten Schritt etwas nachgehen. Es wird sich dann zeigen, wie die durchschnittliche Sicht des Alters in unserer Gesellschaft Konsequenzen hat sowohl für die alten Menschen als auch für die Einstellung der Gesellschaft zu den Alten, was sich dann auch ins Gesundheitswesen hinein auswirkt

Altsein als Problem an sich für die Betroffenen und die Umwelt

Ich nehme das Resultat der sozialwissenschaftlichen Beobachtung gleich vorweg: In *unserer Gesellschaft herrscht ein dominant negatives Bild vom Alter.* Ich kann mich dabei auch auf ein Ergebnis des nationalen Forschungsprogramms Nr. 32 zum Thema Alter stützen, das 1999 unter dem Titel «Alter» (von *François Höpflinger* und *Astrid Stückelberger*) erschienen ist[1]. Hier wird gleich einleitend als ein zentrales Ergebnis Folgendes festgehalten: «Negative und falsche Bilder über das Alter beeinflussen die Lebenssituation und das Lebensgefühl älterer Menschen negativ. Sie tragen bei, dass ältere Menschen in unserer Gesellschaft einen geringen Stellenwert geniessen.»[2]

> **„Das Alter wird trotz gewisser Vorzüge halt doch vorwiegend mit negativen Vorstellungen verbunden."**

Ich will für diese immer noch vorherrschende Denkweise über das Alter exemplarisch nur einige Beispiele liefern. Wiewohl man vom Alter als Ruhestand spricht, was im täglichen Berufsstress öfter wie Zukunftsmusik herbeigesehnt wird, wiewohl man dem Alter eine besondere Weisheit zuschreibt, wiewohl Grossväter und besonders die Grossmütter auch heutzutage als Babysitter sehr gefragt sind, möchten wir alle möglichst lange leben, ohne dabei alt zu werden. Das Alter wird trotz gewisser Vorzüge halt doch vorwiegend mit negativen Vorstellungen verbunden:

- Altsein wird häufig identifiziert mit *Einsamkeit* und *Isolation*
- Altsein heisst *depressiv* werden
- Altsein wird assoziiert mit *Krankheit,* mit *Gebrechlichkeit,* mit *Behinderung*
- Altwerden heisst, das *Gedächtnis verlieren, dement* werden
- Altwerden heisst, *abhängig* werden, seine *Autonomie verlieren*

Es geht hier nicht um Vollständigkeit: Der Tendenz nach läuft die Wertung des Alters darauf hinaus, dass das *Alter an sich primär ein Problem* ist. Und zwar zuerst für die Betroffenen = die Alten selbst.

Aber nicht genug damit: Das Alter ist nicht nur eine Last für die Alten, das Alter wird auch zu einer *Belastung für jenen Teil der Gesellschaft, der noch jung und aktiv und erwerbstätig ist.* Und das gilt je länger je mehr.

- Je mehr die *demographische Alterung der Bevölkerung* zunimmt, desto mehr werden die alten Menschen von ihrem Pensionierungsalter an als Belastung für die übrige Gesellschaft empfunden. Festzuhalten ist, dass unsere Wahrnehmung der demographischen Alterung von einem statischen Altersbegriff ausgeht: Das Alter beginnt mit der AHV bzw. der Pensionierung. Diese kühl-statistische Sicht erhöht die Zahl der Alten stark.

  Genaugenommen beginnt das Problem, das unsere Gesellschaft mit der immer älter werdenden Bevölkerung hat, schon vor der Pensionierung.

> **„Der Tendenz nach läuft die Wertung des Alters darauf hinaus, dass das Alter an sich primär ein Problem ist."**

- In unserem Besoldungssystem sind *die älteren Arbeitskräfte für die Arbeitgeber die teuersten,* da ihre Leistung gegenüber jüngeren Arbeitskräften aus Sicht der Arbeitgeber abnimmt. Die Folge war oder ist, dass in Zeiten grösserer Arbeitslosigkeit die Zahl älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer über Fünfzig und anfangs der Sechzigerjahre besonders hoch war.
- Vor allem in Zeiten grösserer Arbeitslosigkeit ertönt(e) der *Ruf nach Frühpensionierung* der älteren Arbeitskräfte, damit Arbeitsplätze für Nachwuchskräfte frei werden. Mit anderen Worten: Ältere Arbeitskräfte nehmen jüngeren den Arbeitsplatz weg. Die Alten sollen endlich gehen! Mit der Frühpensionierung werden ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer quasi schneller alt gemacht.
- Weiter: Alte Leute nehmen den jüngeren die *kostengünstigen grösseren Wohnungen* weg. Die Alten sollten aus ihren zu grossen Wohnungen ausziehen und sie den Jüngeren überlassen, vor allem den Familien, konnte und kann man in Zeiten hören, wo die Suche nach günstigen grossen Wohnungen ein Problem ist. (Hinter der Forderung steckt ein legitimes Anliegen, das Problem ist bloss,

[1] F. Höpflinger/A. Stückelberger in Zusammenarbeit mit H.M. Hagmann u.a., Alter Anzhiani Veillesse. Hauptergebnisse und Folgerungen aus dem Nationalen Forschungsprogramm NGP 32, Bern 1999.

[2] A.a.O. 7.

dass ältere Menschen oft Mühe haben, am gewünschten Wohnort kleinere Wohnungen zu finden, die mindestens so preisgünstig sind wie die von ihnen jetzt bewohnten grösseren Wohnungen.)

- Das bekannte und viel diskutierte Hauptproblem ist allerdings das der *Altersvorsorge* über die obligatorische Erste Säule der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), die auf dem Umlageverfahren beruht. Je mehr Alte, desto grösser die *Kosten-Last für die erwerbstätige Bevölkerung und für die Arbeitgeber.* Über die Lohnnebenkosten werden die Alten zum Bremsklotz für die Wirtschaft, wiewohl sie anderseits als Konsumentinnen und Konsumenten sehr geschätzt sind.
- Und nicht genug damit: Die zunehmende Zahl alter Menschen treibt die *Kosten für das Gesundheitswesen* in die Höhe. Die Gleichung heisst ja: Je älter, desto kränker. Je mehr ältere Menschen und je älter sie werden, desto mehr Aufwand entsteht sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Medizin bzw. Krankenpflege. Das letzte Lebensjahr ist medizinisch das teuerste. Die alten Menschen werden zum kostentreibenden Faktor im Gesundheitswesen.

Fazit: Die alten Menschen werden je länger je mehr als Belastung für die Gesellschaft empfunden.

Die Folgen des dominant negativen Bildes vom Alter

Die kurz skizzierte dominant negative Sicht des Alters hat Folgen, zum Teil sind sie da und dort schon greifbar, zum Teil zeichnen sich problematische Entwicklungen ab, die es frühzeitig zu erkennen gilt:

Zum einen: Die negative Wertung des Alters *beeinflusst das Lebensgefühl und das Selbstwertbewusstsein der alten Menschen negativ*[3].

Zum andern, und das steht für uns jetzt im Vordergrund: Die negative Wertung des Alters *wirkt sich aus im Gesundheitswesen und im Umgang mit kranken, behinderten, gebrechlichen und sterbenden Menschen, vor allem, wenn sie alt sind.*

- Das ist gegenwärtig schon daran zu sehen, dass die *Krankenkassen* junge Menschen anwerben und – wenn's geht – ältere möglichst abschieben oder die Prämien für sie erhöhen.
- Besonders signifikant ist, welche Rolle die alten Menschen in der aktuellen Diskussion der *Rationierung* medizinischer Leistungen im Gesundheitswesen zwecks Senkung der explodierenden Gesundheitskosten spielen. Es wird gefordert, dass der Verzicht auf Leistungen nicht mehr wie bis anhin dem Einzelfall überlassen werden soll, vielmehr soll die Gesellschaft demokratisch und gerecht entscheiden, nach welchen Kriterien rationiert werden soll. Es geht also um eine neue rechtliche Regelung der Zuteilung von knappen medizinischen Ressourcen. Unter den verschiedenen Möglichkeiten der Rationierung sind in unserem Zusammenhang besonders jene zu beachten, welche gewisse Patienten oder Patientengruppen von gewissen Behandlungen entweder ganz grundsätzlich ausschliessen, sei's weil das Angebot zu knapp ist (wie im Falle der Organtransplantation bei uns oder wie im Falle von Nierendialysen in England) oder so, dass die Grundversicherung für bestimmte Patienten oder Patientengruppen gewisse Leistungen nicht (mehr) bezahlt.

> **„Es geht also um eine neue rechtliche Regelung der Zuteilung von knappen medizinischen Ressourcen."**

Nachdem was wir eben als dominierende Einstellung zum Alter gehört haben, wundert es nicht, dass der am häufigsten gehörte Vorschlag der Rationierung durch Selektionierung einer bestimmten Patientengruppe die *älteren Menschen* ins Auge fasst. Wenn wir uns nicht mehr alles leisten können, so ist es nur logisch, dass die Rationierung zuerst und vor allem bei den kranken Alten und Ältesten einsetzt, bekommt man zu hören. Die haben ihr Leben gelebt und sie haben nicht mehr viel vor sich. Der amerikanische Philosoph *Richard Lamm* hat es laut «Tagesanzeiger» vom 23. Oktober 1999 so auf den Punkt gebracht: Alte Menschen haben eine Pflicht zu sterben. Der Zürcher Privatdozent für empirische Wirtschaftsforschung, *Stefan Felder*, hat sich gemäss demselben Artikel nur wenig vorsichtiger ausgedrückt, wenn er sagte, man müsse die Gesundheitskosten als Kosten für das Sterben neu berechnen. Den Alten, die um jeden Preis länger leben wollten, solle man höhere Prämien aufbrummen. Wer nicht bezahlen wolle, kriege keine Behandlung mehr und müsse halt sterben.[4]

> **„Alte Menschen haben eine Pflicht zu sterben."**

Dass im Falle einer Rationierung die alten, jedenfalls die hochbetagten kranken Menschen die naheliegendsten Kandidaten für einen medizinischen Leistungsverzicht sind, ist eine weitverbreitete Ansicht.

- Wir müssen hier noch einen weiteren Sachverhalt ins Auge fassen. In den letzten Jahren hat die *Euthanasie- oder Sterbehilfediskussion* in den Industrieländern des Westens einen starken Aufschwung erfahren. Einerseits fürchtet man sich vor einer Medizin, die einen nicht sterben lässt, wenn man dazu reif ist, auf der andern Seite fürchtet man sich vor qualvollen unheilbaren tödlichen Krankheiten oder auch vor dem als sinnlos und entwürdigend empfundenen Dahinvegetieren-Müssen bis zum natürlichen Tod in einem Pflegeheim unter vorwiegend dementen Heimbewohnerinnen und -bewohnern. Das führt zur *Forderung,* dass man nicht nur auf lebenserhaltende Massnahmen verzichten soll, wenn die Lebenserhaltung angesichts des Zustands von unheilbar Schwerstkranken und Sterbenden nicht mehr sinnvoll ist – darüber herrscht heute Einigkeit –, gefordert wird darüber hinaus, dass neben der *Beihilfe zum Suizid,* die in der Schweiz bereits legalisiert ist (Art. 115 StGB), auch die *aktive Euthanasie als Tötung auf ausdrückliches Verlangen* entkriminalisiert und legalisiert werden soll (in der Schweiz: Art. 114 StGB streichen).

Ich kann hier nicht die ganze Diskussion aufrollen, ich mache bloss darauf aufmerksam, dass eine solche Legalisierung – ohne dass das jemand will – den *Druck auf schwerkranke alte Leute erhöhen* würde, *sich entweder das Leben zu nehmen oder sich das Leben nehmen zu lassen, beides unter Mithilfe von Ärzten.* Die alten kranken Leute wissen ja nur zu gut, dass sie für ihre menschliche Umwelt eine Last sind, dass sie das Gesundheitswesen belasten und dass sie es aus Sicht der Ge-

[3] Dazu mehr in der erwähnten Studie von Höpflinger/ Stückelberger.
[4] «Tagesanzeiger Zürich» vom 23.10.1999 S. 24. Artikel: Was darf es kosten, das Leben?

sellschaft nicht mehr wert sind, am Leben erhalten zu werden. Der sog. Freitod oder noch besser die Gnadenspritze erlöst alle: Die alten Kranken von ihrem Leiden und die Gesellschaft von einer menschlichen und finanziellen Belastung.

Notwendige Konsequenzen

Es dürfte klar geworden sein, dass die Frage unserer Tagung, ob alte Menschen in unserem Gesundheitswesen noch einen Platz haben, nicht aus der Luft gegriffen ist.

Was ist angesichts der Situation zu tun?

Menschenbild und Wahrnehmung überprüfen

Zum ersten will ich mich kurz fassen, so gewichtig die Sache ist.

- Es ist erstens an der Zeit, dass wir das in unserer Gesellschaft herrschende *leistungsorientierte* und *hedonistische Menschenbild* auf seinen Sinn und seine Folgen überprüfen.

So richtige volle Menschen, wie sie eben sein sollten, sind doch nur die, die jung und vital, gesund und intelligent, hoch qualifiziert und leistungsfähig sind, Menschen, die möglichst unabhängig und autonom sind, Menschen, die es im wirtschaftlichen oder politischen oder kulturellen oder sportlichen Bereich zu etwas bringen und im übrigen das Leben geniessen können.

„dass wir unsere Wahrnehmung des Alters auf ihre Richtigkeit überprüfen."

Es kommt nicht von ungefähr, dass auf dem Boden eines solchen Menschenbildes alte Menschen entweder schon aufgrund ihres hohen Alters oder dann aufgrund ihrer Krankheit oder Behinderung nicht mehr viel gelten und an den Rand gedrängt oder zum Verzicht auf Ansprüche und Leistungen gedrängt oder genötigt werden.

- Zweitens ist es hohe Zeit, dass wir unsere *Wahrnehmung des Alters auf ihre Richtigkeit überprüfen.* Gewiss: Das Alter kann mit verschiedensten Problemen körperlicher und seelischer und geistiger Art befrachtet sein und ist es häufig auch, je älter desto mehr. Das ist unbestreitbar und darf nicht beschönigt werden. Aber die *Unterschiede zwischen alten Menschen sind gewaltig,* es gibt nicht einfach «die Alten». Da gibt es zuviele vor allem negative Klischees, die einer Korrektur bedürfen, wie die schon erwähnte Studie des Nationalfonds über das Alter eindrücklich belegt. Die eingangs erwähnten Auffassungen, wonach alt soviel ist wie einsam oder krank oder depressiv oder dement, sind Beispiele für solche Klischees. Vor allem geht es nicht an, «das Alter» als ein Problem an sich zu betrachten. *Mit dieser dominant negativen Sicht des Alters belasten wir nicht nur unnötigerweise die alten Menschen, wir vermiesen uns gewissermassen auch die eigene Zukunft, wir steigern unsere eigenen Ängste vor dem Altwerden.*

Zentrale Werte und Prinzipien im Gesundheitswesen

Wozu hier die Rede von zentralen Werten und Prinzipien im Gesundheitswesen?

- Nicht nur die *dominant negative Einstellung zum Alter* in unserer Gesellschaft, die zumindest ein Stück weit dem Alter nicht gerecht wird, erfordert ein moralisches Gegengewicht,
- auch die sich im Alter möglicherweise oder tatsächlich einstellenden *realen Probleme des Alterns* – Probleme sowohl für die einzelnen betroffenen Menschen als auch für die Gesellschaft – *rufen nach einer nicht an blosser Nützlichkeit orientierten ethischen Grundlage,* damit wir alten Menschen und dem Alter gegenüber nicht in Unmenschlichkeit verfallen, sei's weil uns die Alten scheinbar oder tatsächlich nichts mehr nützen, oder sei's, weil die Alten nur noch als Belastung erscheinen: Rein menschlich oder kostenmässig.

Respektierung der gleichen Würde aller Menschen

Hier handelt es sich um eine der grössten Errungenschaften der abendländischen Kultur. Der Glaube an die gleiche Würde aller Menschen unabhängig vom Geschlecht, von der Rasse, von der Religion, vom gesellschaftlichen Status, auch unabhängig vom menschlichen Entwicklungsstand, vom Alter, von Gesundheit oder Krankheit, beruht letztlich auf der *Grundlage des biblischen Verständnisses vom Menschen als Abbild Gottes.* Der Glaube an die gleiche Würde aller Menschen ist Grundlage der hu-

„Jeder Mensch um seiner selbst willen geachtet und ernst genommen werden muss."

manistischen Ethik, die nicht bloss vom Nutzen für die grösstmögliche Zahl der Gesellschaftsglieder her denkt. Was ergibt sich aus dem Ansatz der gleichen Würde jedes Menschen?

- Dass *jeder Mensch um seiner selbst willen geachtet* und ernst genommen werden muss. Der Wert eines Menschen darf niemals bloss der Nutzwert für die Gesellschaft sein. Jeder Mensch hat seinen Selbstwert, ist ein Zweck an sich selbst (*Immanuel Kant*). Das ist die Grundlage zum Umgang mit alten Menschen, ganz gleich, wie es ihnen geht.
- *Gleiches Recht aller auf Leben-Dürfen und Wohlergehen und freie Entfaltung*
- *Keine Instrumentalisierung* menschlichen Lebens bloss zum Nutzen anderer. Das hat Konsequenzen z.B. für die *Forschung* am Menschen. Man darf Menschen niemals ohne deren Wissen und Einwilligung als Objekte für Versuche benutzen, deren Ergebnisse – wenn alles gut geht – nur andern zukommen. Das gilt für den Umgang mit dementen Alten.
- Die *Ehrfurcht vor allem menschlichen Leben* («Sanctity of Life») schliesst die Beachtung des Kriteriums *Lebensqualität* bei medizinischen Entscheidungen nicht aus. Es kann einerseits *nicht* darum gehen, *das Leben um jeden Preis zu erhalten.* Das gilt nicht nur bei unheilbar schwerkranken oder altersschwachen Hochbetagten, es gilt immer. Es kann ethisch gerechtfertigt, ja gefordert sein, gewisse lebenserhaltende Massnahmen gar nicht anzufangen bzw. angefangene Massnahmen wieder abzusetzen. Hier setzt also die Berücksichtigung der verbleibenden oder allenfalls erreichbaren Lebensqualität der Lebenserhaltung Grenzen.

Umgekehrt *darf die sog. Lebensqualität nicht zum Massstab für den Wert des Lebens werden.* Die einseitige Orientierung am Prinzip der Heiligkeit des Lebens steht in der Gefahr der Überbehandlung oder sinnlosen Lebensverlängerung. Die blosse Orientierung am Prinzip der Lebensqualität impliziert die Gefahr, dass zwischen lebenswertem und nicht le-

benswertem Leben unterschieden wird und dass das als sinnlos oder nicht als lebenswert taxierte Leben ausgeschieden wird.

- Das *Prinzip der Autonomie* als Ausdruck der menschlichen Würde und ihrer Respektierung hat sich heute als sog. *Patientenautonomie* international durchgesetzt. Zu beachten ist dabei

Erstens dass die Patientenautonomie *niemals absolut* sein kann, sie findet ihre Grenzen an der Autonomie der Ärzte und Ärztinnen, der Pflegenden, der Angehörigen und weiterer betroffener Personen. Mit anderen Worten: Man ist nicht verpflichtet, jeden Willen von Patienten zu erfüllen, sofern die Patientinnen oder Patienten etwas von einem wollen.

2. Zu beachten ist ferner, dass die Autonomie gerade bei hochbetagten Menschen aufgrund der mehr oder weniger starken Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten sehr *eingeschränkt* sein kann. Die Autonomie der Betroffenen respektieren, heisst dann bei stark dementen Menschen, die noch vorhandene Autonomie soweit wie möglich zu respektieren oder – wo echt autonome Entscheide nicht mehr möglich sind – alte demente Menschen nach *ihrem mutmasslichen Willen* zu behandeln, also so, wie man guten Gewissens annehmen kann, dass sie behandelt werden möchten, wenn sie wohlinformiert über ihre Situation selbst entscheiden könnten. Hier ist ein *gewisser Paternalismus,* also das wohlwollende Entscheiden für die Betroffenen, nach wie vor unumgänglich.

Die Patientenautonomie *impliziert unmittelbar zwei Rechte:*

1. Das *Recht auf Verweigerung von Untersuchungen und Behandlungen.* Wenn die Verweigerung aus der Sicht der Medizin oder der Pflege für die Betroffenen schädlich ist, kann die Respektierung des Verweigerungsrechts für die Umwelt schwer verkraftbar sein. Das Verweigerungsrecht ist aber jedenfalls dann zu achten, wenn die Verweigernden einigermassen wissen, was sie tun und was sie mit der Verweigerung für sich und eventuell auch andere in Kauf nehmen.

2. Das Prinzip des *Informed Consent,* also der freien Einwilligung in Untersuchungen und Behandlungen nach angemessener Information hat sich mittlerweile international durchgesetzt, was nicht heisst, dass die Einhaltung des Prinzips einfach wäre.

Das Autonomieprinzip darf aber nicht auf die Patientenautonomie reduziert werden. Es *gilt im ganzen Leben* und impliziert auch, dass wir selbst sobald und soweit dies biographisch möglich ist, *für unser Leben selbst Vorsorge leisten,* das gilt auch für Unfälle und Krankheit und für das Alter überhaupt. Hier liegt die Berechtigung für die heute oft erhobene Forderung nach mehr *Selbstverantwortung und Eigenleistung.* Weil aber viele Menschen gar nie in der Lage waren oder sind, für sich selbst ausreichend vorzusorgen oder weil sehr viele Menschen ohne staatlichen Druck die Vorsorge für sich selbst und anvertraute Angehörige vernachlässigen würden, braucht es auch eine staatlich organisierte soziale Vorsorge, damit niemand unter menschenunwürdigen Verhältnissen leben, krank oder alt werden und sterben muss.

Die soziale Absicherung setzt auf der Basis der gleichen Würde aller Menschen allerdings das Prinzip der Solidarität mit allen und der Gerechtigkeit für alle voraus.

Solidarität

Solidarität heisst Bereitschaft zur Hilfe dort, wo Hilfe nötig ist, weil sich Menschen selbst nicht mehr helfen können. Solidarität impliziert ein Minimum- und ein Optimum-Prinzip:

- Das *Minimumprinzip* ist *das Prinzip des Nichtschadens («Nonmaleficience»).* Hier ist allerdings kritisch zu ergänzen, dass das Prinzip nicht absolut durchführbar ist. Fast alles, was wir tun oder auch unterlassen, hat irgendwann für irgendwen irgendwelche Nachteile. Wir nennen das «Nebenwirkung».
- Das *Optimum-Prinzip* verlangt, *zum Wohl dessen zu handeln, der Hilfe braucht («Beneficience»).* Das Problem ist, dass das medizinische Maximum nicht unbedingt das Optimum ist. Umgekehrt ist natürlich weniger auch nicht in jedem Fall das Optimum für Patientinnen und Patienten.

- Es muss hinzugefügt werden, dass die Solidarität heute auch eine *Solidarität zwischen alten Menschen* sein muss. Betont wird mit Recht die Solidarität zwischen Jung und Alt. Aber die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken und jene zwischen Reich und Arm muss auch unter alten Menschen gelten. Das spielt heute noch zu wenig. Wenn die alten Menschen mit Recht fordern, dass sie in ihrer Autonomie und Eigenständigkeit respektiert werden, so ist von ihnen mit Recht auch zu fordern, dass sie sich selbst vermehrt für das Wohl der alten Menschen engagieren, durch Selbstorganisation und vermehrte Eigenleistungen. Ansonsten bleiben alte Menschen das, was sie im öffentlichen Image eben sind: Betreute und zu Betreuende.

Gerechtigkeit

Die Gerechtigkeit verlangt nach einem alten, griechischen Grundsatz, dass *jedem das Seine,* d.h. das ihm Zukommende, das ihm Angemessene gegeben oder belassen wird, worauf einer Anspruch hat. Jedem das Seine *heisst nicht, jedem das Gleiche.* Entscheidend für die Zuteilung ist einerseits der *Bedarf,* anderseits die *Leistung,* die beide einen Anspruch begründen.

- Die Gerechtigkeit für alle erfordert *Chancengleichheit* auch im Gesundheitswesen. Nicht alle müssen zu allem Zugang haben, was medizinisch oder pflegerisch möglich ist. Im Komfort darf es durchaus Unterschiede geben je nach Wohlstand der Patientinnen und Patienten. Aber alle müssen Zugang haben zu medizinischen und pflegerischen Leistungen, die 1. der *Lebensrettung und Lebenserhaltung* im Rahmen des Möglichen und Sinnvollen und 2. der *Heilung von Krankheiten* und 3. dazu dienen, *unheilbare Krankheiten und Gebrechlichkeit so weit wie möglich erträglich zu machen und Schmerzen zu beseitigen* oder wenigstens *einzudämmen.* Das dritte Ziel verlangt nach einer qualitativ ausreichenden Institutionalisierung im Sinne einer für alle gesicherten Lebenshilfe in Form der Spitex oder von Heimen. Daran darf auch eine Rationierung nicht rütteln, jedenfalls nicht in unserem Staat, der zu den reichsten der ganzen Welt gehört.

Es bleibt zum Schluss hinzuzufügen, dass der Forderung nach Chancengleichheit auch die Forderung hinzugefügt werden muss, dass wir uns als Individuen wieder mehr *darauf einstellen, dass wir als Menschen sterblich sind,* dass wir also aus eigenem Antrieb *nicht nach jeder möglichen medizinischen Leistung verlangen* sollten. Nur so können wir dem politischen Druck nach einer rechtlichen Rationierung standhalten.

Adresse des Autors:
Prof. Hans Halter, Bergstrasse 13, 6004 Luzern
Tel./Fax +41 (0)41 420 85 47; hans.halter@unilu.ch

Beim vorliegenden Text handelt es sich um einen Vortrag, erstmals gehalten an einer Tagung des Instituts für Sozialethik der Uni Luzern und der Gesellschaft für Heimleitung GfH Luzern am 18. September 2000 zum Thema: Haben alte Menschen im Gesundheitswesen noch Platz? Titel war: Welche zentralen Werte müssen im Gesundheitswesen zum Tragen kommen? Der Vortrag wurde am 7. Mai 2001 im Romero-Haus auf Anfrage von Paul Gmünder wiederholt unter dem jetzigen Titel. ■