

Zeitschrift: Fachzeitschrift Heim
Herausgeber: Heimverband Schweiz
Band: 71 (2000)
Heft: 1

Artikel: SGG-Kongress in Luzern : Altern in Zeiten von Rationierung
Autor: Halder, Reimar
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-812012>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 30.03.2025

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

SGG-Kongress in Luzern:

ALTERN IN ZEITEN VON RATIONIERUNG

Von Reimar Halder

Das Thema «Rationierung von Mittel, Leistung und Zeit in der Geriatrie» stand im Zentrum des zweiten Vormittags des zweitägigen Kongresses der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie (SGG). Die je drei Referentinnen und Referenten diskutierten die Rationierung und noch manches darüber hinaus sehr breit, und einige Aussagen sind es wert, besprochen zu werden.

Zwei Alterskulturen

Der Zürcher Soziologie-Professor François Höpflinger stellte die Frage «Vertragen sich Rationierung und neue Alterskultur?» Mit der einleitenden Antwort «Nein, nein und nochmals nein» wollte er es aber nicht bewenden lassen. Mehr als vor den offenen warnte er vor den verdeckten Rationierungsdiskussionen im politischen Bereich und dem Druck, das Lohnniveau allgemein und die Frauenlöhne speziell tief zu halten und das Personal knapp einzustellen. Gewerkschaftliche seien also ebenso wichtig wie ethische Fragen, denn rationiert werde nicht nur im Gesundheitswesen, sondern vielerorts und zum Teil sehr versteckt etwa in Form eines verweigerten AHV-Teuerungsausgleichs.

Für Höpflinger brauchen wir zwei Alterskulturen: Eine für die aktiven «Alten», da die Gesellschaft nicht wisse, was mit all den Ressourcen dieser Neupensionierten anzufangen sei; und eine zweite, für ihn gleichsam eine «Menschenkultur», die die Pflegesituation in der Endphase des Lebens umfasst und eine bestmögliche Qualität gewährleisten soll. Er fordert eine neue Kultur der Würde, eine Begleitung und Pflege, die mit dem englischen Wort «caring» besser umschrieben wird, und die Abkehr von den Realitäten, dass für den medizinischen Bereich durchaus Geld vorhanden ist, nicht aber für die soziale Pflege. Beide Alterskulturen sind laut Höpflinger nicht voll entwickelt, und die Anwendung von strikten ökonomischen Kriterien stosse an beiden Orten an ihre Grenzen.

Dem, zum Beispiel, vom Sozialethiker Hans Ruh postulierten obligatorischen Sozialdienst für die erste Zeit nach der Pensionierung steht Höpflinger skeptisch gegenüber, da eine 1949 von der Schweiz unterschriebene UNO-Resolution obligatorische Arbeit generell (aus-

ser die militärische) verbietet. Dass Gedanken in eine ähnliche Richtung zielen dürfen, verheimlichte er aber nicht.

Die Rationierungsdiskussion beinhaltet also nicht bloss eine ethische Dimension, sondern beschreibt für Höpflinger einen Kulturkampf zwischen verschiedenen Modellen. Das Alter und der Um-

“ **Mit dem Rationierungsdruck läuft auch die Gefahr der Altersdiskriminierung einher.** ”

gang mit ihm passen schlecht in die Leistungsgesellschaft. Höpflinger nennt es auch das Anti-New Public Management.

Mit dem Rationierungsdruck laufe auch die Gefahr der Altersdiskriminierung einher, die verfassungsmässig verboten sei. In der ganzen Diskussion müsse einem bewusst sein, dass die Sterbekosten («welch brutales Wort») und nicht die Alterskosten hoch seien. Wenn die Lebenserwartung steigt, wachsen also nicht automatisch auch die altersbedingten Pflegekosten, sondern es verlängert sich vor allem die «Aktivzeit» der Menschen.

«Rationierung muss und wird es geben»

Für den kurzfristig verhinderten Berner Arzt und Präsidenten der Vereinigung der Ärzte FMH, Hans-Heinrich Brunner, stellte die Präsidentin der SGG, Regula Schmitt-Mannhart, einige seiner Thesen und Fragestellungen vor. Brunner sollte sich mit der Frage befassen «Was darf der alte Mensch kosten?» oder, nach Regula Schmitt anders gefragt: «Müssen die Kosten für alte Menschen rationiert werden?»

Schmitt legte Wert darauf, *Rationierung* (eine sinnvolle Leistung nicht erbringen) von *Rationalisierung* (eine sinnvolle Leistung günstiger erbringen) zu unterscheiden. Trotzdem, zitierte sie eine These Brunners, gäbe es im Gesundheitswesen Rationierung, «es muss sie geben und wird sie weiter geben».

Die medizinisch maximale Versorgung ist ökonomisch nicht zu bezahlen. Anhand einer einfachen Grafik zeigte sie, dass, je weiter man in den medizinischen Spitzenbereich vorstösst, umso grösser der Kosten-, umso kleiner aber der Nutzenzuwachs wird. Die Frage, wo dabei die ökonomisch optimale Versorgung liegt, ist für die leitende Ärztin des Krankenhauses Ittigen sehr heikel, doch komme die Gesellschaft nicht darum herum, Kriterien für den Einsatz der nicht unbeschränkten Mittel aufzustellen. So müsse man sich fragen, ob man sich eher in der Spitzenmedizin oder in der Spitzenpflege etwas leisten wolle. Als Beispiele für mögliche Kriterien, und nicht als Vorschläge oder gar Forderungen, erwähnte sie eine Idee aus Neuseeland, wonach über 70-jährige keine Dialyse erhalten; das Prinzip der Nützlichkeit, dass also der arbeitsfähige junge eher als der alte Mensch behandelt wird; der Gemeinnutzen, dass unterstützt wird, was möglichst vielen zugute kommt und nicht Teures, wovon nur wenige profitieren, oder das Prinzip der Lebensqualität – «aber was ist denn das?».

Eine andere These lautete, analog des Befundes von François Höpflinger, dass man über Rationierung nicht nur spricht, sondern dass sie, vorwiegend verdeckt, bereits heute stattfindet. Sie erwähnte, dass alten und kranken Menschen die nötige Bewegung aus Kostengründen oft nicht ermöglicht wird, wodurch wir es dafür häufiger mit Dekubitus zu tun bekämen. Oder dass viele medizinische und betreuende Möglichkeiten bei alten Menschen schlicht nicht in Betracht gezogen werden. Verdeckte Rationierungen sind unklar und undurchschaubar, ein stillschweigender Leistungsverzicht sozusagen. Sie sind für Schmitt gefährlich, weil oft willkürlich, und sie fördern Diskriminierungen. Diese «impliziten» Rationierungen gelte es

zu bekämpfen. Im Wissen, dass wir aber um die Frage der Rationierung ohnehin nicht herumkommen, wünscht sie sich eine breite Diskussion und wenn, dann eine transparente oder «explizite» Rationierung. Leistungseinschränkungen müssen also durch einen langen Prozess quasi legitimiert und seine Kriterien klar definiert werden.

«Wenn wir uns die Rationierungsfrage nicht stellen und tatsächliche und mögliche Kriterien nicht hinterfragen», schloss sie, «besteht die Gefahr, dass alte Menschen diskriminiert werden.»

Unterschiedliche Geschwindigkeiten

Über alte Menschen und Zeitnot in der Pflege machte sich *Mary-Claude Thierstein*, Mitglied des SGG-Komitees und Alterspflegerin aus Prangins bei Nyon, Gedanken. Ihre grundsätzliche Frage lautete, ob es die aktuellen Bedingungen überhaupt erlauben, den Rhythmus der alten Menschen zu respektieren. Zwischen der Langsamkeit des Alters und den Tempoanforderungen an die Pflege bestehe jedenfalls ein offensichtlicher Gegensatz. Dabei sei «Altern» keineswegs ein uniformes Phänomen, was sie mit der Kontinuitätstheorie unterstrich, also: «Sag mir wie Du lebst, und ich sage Dir, wie Du alterst.» Andererseits gibt es natürlich Eigenschaften, die eng mit dem Alter verbunden sind: Der teilweise Verlust des sozialen Status', der Unabhängigkeit, der Mobilität, der Autonomie, der Intimität und auch der Funktion der Organe und der kör-

“ So muss man sich fragen, ob man sich eher in der Spitzenmedizin oder in der Spitzenpflege etwas leisten will. ”

perlichen Kraft. Aus diesen Gründen ist Pflegeabhängigkeit oft auch mit einem Rückzug in sich selbst verbunden.

Höhere soziale Pflichten des Staates bei weniger Mitteln bestimmen für Thierstein heute die Arbeitsbedingungen in der Pflege. Wie weit das führen kann, illustrierte sie anhand des Beispiels einer alten Frau, die spätabends stürzt und deren 93-jähriger Ehemann beim Spital um Hilfe bittet. Sie wird tatsächlich abgeholt und untersucht. Um 3 Uhr nachts erhält der Ehemann einen Anruf vom Spital, die Behandlung sei beendet, er könne sie wieder abholen. Für sie ist klar, dass das Tempo der Pflege dem

Tempo des Lebens der Alten nicht angepasst ist. Die ökonomischen Rechtfertigungen für solche Zustände (Effizienz, Produktivität, Rationierung) kritisiert sie in ihrer absoluten Form scharf.

Die bedrückende Lage der Verantwortlichen zeigte sie schliesslich anhand eines verzweiferten Pflegers, der feststellte, dass er bei allen Pflichten, Kosten und Effizienz zu berechnen, gar keine Zeit mehr hat, Leute zu pflegen.

Orientierung an Werten

Andere Schwerpunkte setzte der Genfer Professor und Chefarzt *Charles-Henri Rapin*. Er sprach vom Konflikt der Werte in der medizinischen Diskussion, zum Beispiel jenem zwischen der Ökonomie und der Wohltätigkeit («Bienfaisance»). Die Medizin müsse sich, so sein Vorschlag, neu an Werten orientieren, nachdem sie sich bis anhin vor allem an Kriterien der Biologie, der Technologie oder der Machbarkeit orientiert habe. In der pluralistischen Gesellschaft Genfs mit seinen unterschiedlichsten Wertvorstellungen sei dieser Weg besonders riskant, sagte Rapin, der am Genfer Kantonsspital eine Gruppe «Klinische Ethik» ins Leben rief.

An Regula Schmitt-Mannhart anknüpfend, meinte er, man müsse Entscheidungskriterien beim Namen nennen. In der Medizin und der Pflege bestehe die Gefahr, dass Berufsleute mit der Haltung «Ich bin der Chef und habe mehr Erfahrung!» gerne entscheiden, was gut ist für einen Patienten. Auch wenn man überzeugt sei, nur Gutes zu wollen, könnten sich einseitig gefällte Entscheide als gefährlich herausstellen.

Bei einer Entscheidung gibt es also meist zwei konkurrierende Werte, wobei normalerweise jener befolgt wird, für den der erfahrene Berufsmann oder die Berufsfrau eintritt. Man müsse unbedingt aus diesem «binären» Entscheidungsschema herauskommen, forderte Rapin. In jeder Entscheidungsfindung müssten auch «Ja, aber» und «Nein, aber» Platz haben, einzelne Werte müssten relativiert oder anders aufgefasst werden. Zudem müssten den Betroffenen die Werte und Kriterien, die die Rationierungsentscheide und medizinische Entscheide überhaupt beeinflussen, immer bewusst sein. «Es muss immer genannt werden, welche Werte privilegiert und welche vernachlässigt wurden.»

Ethischer Dialog

Annette Mayer Gebhart ist Theologin und Altersseelsorgerin in Genf und sprach über Entscheidungsfindung in der Gruppe. Sie lehnte sich nach ethischen Werten und Theorie eng an Rapin

an und spielte methodisch quasi die Überwindung des Dualierens durch.

Es ist ihr sehr wichtig, vor wichtigen Entscheidungen eine klare Methodologie festzulegen. «Ausgangspunkt für ethisches Nachdenken kann nur der konkrete Fall sein. Die Einzelstudie ist also vorrangig bei der klinischen Ethik.» Dabei haben alle Berufsgruppen, in diesem Fall Pfleger, Ärzte und Patienten vorerst mal gleiche Rechte und Kompetenzen, denn berufliche Kompetenz sage noch nichts über ethische Kompetenz aus.

Im ersten Handlungsschritt wird geklärt, wo das Problem liegt, um welche Frage Uneinigkeit herrscht. Dabei wird auch nach der Konsequenz der Lösung gefragt, für die man sich möglicherweise schon entschieden hat. Der zweite

“ Verdeckte Rationierungen sind unklar und undurchschaubar, ein stillschweigender Leistungsverzicht sozusagen. ”

Schritt beinhaltet die Frage nach den Prinzipien, die bei dieser Lösung privilegiert oder vernachlässigt wurden (z.B. Sicherheit statt Autonomie), nach den dominanten Werten. In diesem Prozess müsse unbedingt auch das Gegenteil, sowie ein drittes Szenario durchgespielt werden, meinte die Diplomtheologin. Wenn dabei interdisziplinär gehandelt werde, umso besser.

In der einzelnen Wahrnehmung soll also nicht jemand recht und jemand unrecht haben, sondern vielmehr festgestellt werden, dass hier diese Prinzipien begünstigt und andere vernachlässigt werden und dort umgekehrt. Das Dilemma kann dabei nach Mayer Gebhart sein, dass in einem anspruchsvollen Prozess schliesslich nicht mehr die beste, sondern bloss die am wenigsten schlechte Lösung gesucht wird.

Mit Methoden, die einen ethischen Dialog erfordern, müssten ethische Fragen nicht an Profis delegiert werden, argumentierte die Referentin. Sie sollten dazu beitragen, Klarheit über ethische Haltungen zu bekommen und helfen, Menschen in ethischen Fragen zu erziehen oder weiterzubilden.

Mehr und mehr Dilemmas

Über das «Leben mit dem Dilemma» schlechthin referierte *Charles Chappuis*, Chefarzt am Zentrum Geriatrie Rehabilitation des Ziegelspitals Bern und Präsident der Schweizerischen Fachgesell-

Das Thema «Rationierung» an der Universität

rh. An der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich leitet *Albert Wettstein*, der Chefarzt des Stadtärztlichen Dienstes, ein interdisziplinäres gerontologisches Kolloquium über Rationierung im Gesundheitswesen. Verschiedene Fachmediziner, daneben aber auch eine Theologin, ein Sozialökonom, der Vorsteher des Gesundheits- und Umweltdepartementes der Stadt Zürich und alt Nationalrat *Otto Nauer*, dessen Frau bis zu ihrem Tod 15 Jahre lang an Alzheimer litt, hielten vor Weihnachten Vorträge über die Rationierungsdiskussion aus ihrem jeweiligen Blickwinkel. Wir wollen an dieser Stelle lediglich einige wesentliche Aussagen wiedergeben und uns in der nächsten Ausgabe eingehender mit einzelnen Stellungnahmen auseinandersetzen.

Die Theologin *Ruth Baumann-Hölzle*, Leiterin des interdisziplinären Instituts für Ethik im Gesundheitswesen «Dialog Ethik», sprach grundsätzlich über den Begriff der Rationierung. Klar ist für sie, dass es struktureller Änderungen und einer klaren, transparenten Prioritätensetzung im schweizerischen Gesundheitswesen bedarf. Ob man von Rationierung sprechen will, wenn es darum geht, Prioritäten zu setzen, sei umstritten. Wenn sie es tut, dann, weil ein brisanter Terminus der Brisanz der möglichen Konsequenzen angebracht sei. Dabei denkt sie an die Beschneidung der Ärztedichte, die Altersgrenze für das Praktizieren zuzunehmen der Grundversicherung bei der Ärzteschaft, die Enttabuisierung der «Forschungsfreiheit» oder an die Forderung, dass die Finanzierbarkeit einer neuen medizinischen Handlungsoption das Kriterium für die Verantwortbarkeit einer medizinischen Massnahme darstellen soll. Baumann-Hölzle ist auch Mitautorin eines Manifests der Arbeitsgruppe «Gerechte Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen», das sich vehement dagegen wendet, dass die Verteilungsproblematik an die Entscheidungsträger am Krankenbett delegiert wird, was in einzelnen Fällen aufgedeckt wurde.

Stadtrat *Robert Neukomm* meinte, dass die politische Diskussion über die Rationierung im Gesundheitswesen noch jung sei und dass sich daran erst wenige Politiker beteiligen würden. Entsprechend wenig gefestigt und nicht abschliessend gemacht seien die Meinungen. Die Einmischung der Bevölkerung sei deswegen umso wichtiger. Eine Gefahr sieht er darin, dass durch den wachsenden Druck der breite gesellschaftliche Konsens, dass jeder Mensch das Grundrecht auf eine angemessene medizinische Versorgung hat, in Frage gestellt werden könnte. Als positiv wertete er demgegenüber, dass durch die Diskussion zwangsläufig die für die Gesellschaft wertvolle Auseinandersetzung über die Sinnfrage des Lebens und die Anerkennung der Sterblichkeit stattfindet.

Albert Wettstein selbst, daneben auch *Oswald Oelz*, Chefarzt am Zürcher Triemli-Spital, und *Osmund Bertel*, gleicherorts leitender Arzt für Kardiologie, befassten sich vor der grossmehrheitlich älteren Zuhörerschaft unter anderem mit der entscheidenden Frage, nach den bestimmenden Faktoren für Zulassungsbeschränkungen zu medizinischen Dienstleistungen. Osmund Bertel unterschied verschiedenste Faktoren: Bei den Patienten (Informationsstand, individuelle Durchsetzungskraft, sozialer Status, Geschlecht, Alter, finanzielle Leistungsfähigkeit), bei den Dienstleistenden (Zeit, Kenntnisstand, Wertvorstellungen, direktes oder indirektes – etwa finanzielles oder prestigemässiges – Eigeninteresse oder auch der Druck der Institution bei Transport- oder Verwaltungskosten) sowie Drittfaktoren, wie geografische Umstände (etwa Kantons Grenzen) oder fehlende infrastrukturelle Kapazitäten. Dass bei erstgenannten Faktoren alte Menschen besonders benachteiligt sind, brauchte er nicht näher zu erläutern.

Oswald Oelz kritisierte vor allem die geplanten Globalbudgets für Institutionen, welche für Regierungen anonyme und damit praktische Rationierungsmassnahmen seien. Durch Mangel und Zwang werde bereits täglich rationiert, machte er sich nichts vor.

Wettstein sprach von der rationalen Mittelallokation, d.h. dem rationalen Zuteilen von medizinischen Ressourcen. Er zitierte holländische Ärzte, die schätzen, dass nur zwischen 20 und 40 Prozent des Aufwands in der Medizin für Wirksames ausgegeben wird. Geht man von dieser Annahme aus, so Wettstein, sei es erforderlich, Wünschenswertes, gar nicht Erwünschtes und Unwirksames wegzulassen, bevor Wirksames und Erwünschtes Betagten aus finanziellen Erwägungen vorenthalten werde. Dabei müsse die heute gängige Praxis auch hinterfragt werden, neue Resultate aus teuren Studien umgesetzt und Gewohnheiten den Fakten angepasst werden, soll der medizinische Fortschritt längerfristig für alle finanzierbar sein.

Oelz stellte fest, dass für die Allokationsentscheide, zu denen die Spitäler vermehrt gezwungen würden, noch keine durch einen Konsens entwickelte Kriterien vorhanden seien. Für ihn sollte ein politischer Prozess dieses schmerzliche Manko beheben.

schaft für Geriatrie (SFGG). Sehr oft erlebe man «die Zwangslage, in der man nur zwei Möglichkeiten hat». Der Zwang zur Rationierung erfindet das Dilemma nicht neu, kann es aber noch verstärken.

Dabei gibt es besonders tückische Dilemmas, bei denen keine der beiden Möglichkeiten gut ist: Gibt man einem Mann, der auf einem Ausflug unter Halsweh und Übelkeit leidet, Antibiotika, um später vielleicht herauszufinden, dass er eine gefährliche Entzündung

“Sag mir wie Du lebst, und ich sage Dir, wie Du alterst.”

hatte und eine lange Krankheitsgeschichte aufweist?

«Es kommt auch ganz darauf an, ob ich ins Dilemma involviert bin oder ob ich bloss Beobachter bin», sagte Chappuis. Der Blickwinkel des Arztes ist also ein ganz anderer als jener des Patienten, eines Angehörigen oder von jemandem, der einen Entscheid von aussen beurteilt. Entscheide wie solche über Stationierungen oder Verlegungen sind nicht nur medizinische sondern, und vermehrt, auch ökonomische.

Was von der öffentlichen Hand finanziert werde, müsse ganz besonders nötig, wirksam und wirtschaftlich in einem sein. Bei allen Entscheiden müsse das Prinzip der Verhältnismässigkeit befolgt werden. Doch was heisst das? Schaut man die Mittel als gegeben an

“Ausgangspunkt für ethisches Nachdenken kann nur der konkrete Fall sein.”

und strebt damit den höchstmöglichen Ertrag an (Maximumprinzip), oder erachtet man die Ziele als gegeben und versucht sie mit minimalen Mitteln zu erreichen (Minimumprinzip)? Es waren in ähnlicher Form bereits gehörte Fragen, betrachtet unter dem Aspekt des permanenten Dilemmas. Das Verhalten könne gewiss optimiert werden, meinte Chappuis, um zu verbesserten Prognosen zu kommen, Komplikationen zu verhüten und generell das Wohlbefinden zu fördern.

Präzisere mögliche Lösungsansätze für die alltäglichen Dilemmas konnte und wollte auch er nicht geben. Er wünschte uns «die Vernunft, um im Dilemma bestehen zu können».