

Luzius Müller

Grenzen der Medizin im Alter?

Sozialethische und individualethische Diskussion

T V Z

Theologischer Verlag Zürich

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	15
Einleitung	19
Teil I: Konstruktion und Fundierung der Begriffe	
Würde und Alter.....	31
1 Zum Begriff der Endlichkeit	33
1.1 Physische Endlichkeit.....	34
1.1.1 Fazit.....	37
1.2 Kognitive Endlichkeit und Konstruktivismus am Beispiel des Begriffs Alter.....	38
1.2.1 Konstruktionen soziokultureller Kategorien.....	40
1.2.1.1 (Un-)Endlichkeit empirisch-sozialwissenschaftlicher Konstruktionen.....	41
1.2.2 Achtung der Würde als Konsequenz der kognitiven Endlichkeit	42
1.2.3 Fazit.....	46
2 Zur theologischen Fundierung des Würdebegriffs	47
2.1 Naturrechtliche Grundlegung der Menschenwürde.....	48
2.1.1 Vernunftnatur des Menschen.....	49
2.1.2 Essenzialistische (Naturrechts-)Traditionen.....	50
2.1.3 Fazit.....	53
2.2 Gottebenbildlichkeit als argumentative Basis der Würde.....	54
2.2.1 Gottesbezogenheit des Menschen als Grund seiner Sozialität.....	55
2.2.2 Statthalterschaft.....	57
2.2.3 Tötungsverbot	60
2.2.4 Eschatologische Dimension: Unterscheidung zwischen Wohl und Heil	60
2.2.5 Alterslose «Kinder Gottes» – Chancen und Grenzen theologischer Anthropologie.....	65
2.2.6 Fazit.....	67
3 Zum Begriff des Alters	70
3.1 Systematische Reflexionen zu den Definitionen des Begriffs Alter und Altersbestimmungen beim Menschen	71

3.1.1	Die Altersgliederung der WHO und systematische Grundüberlegungen zum Begriff des Alters.....	71
3.1.2	Chronologisches (oder kalendarisches) Alter	74
3.1.3	Biologisches Alter	77
3.1.4	Psychosoziales Alter	78
3.1.4.1	Konstruktion psychosozialer Altersbegriffe	78
3.1.4.2	Biographisches Alter.....	83
3.1.4.3	Soziales Alter.....	84
3.1.4.4	Eriksons psychosoziales Stufenmodell des Lebenszyklus	85
3.1.5	Fazit.....	88
3.2	Inhaltliche Befunde zum Alter.....	89
3.2.1	Historische Beschreibungen des Alters	90
3.2.1.1	Antike Beschreibungen des hohen Alters: Lebensreichtum und -mangel.....	90
3.2.1.2	Altersbilder des Mittelalters und der Neuzeit: Das Alter unter dem Einfluss soziokultureller Entwicklungen.....	102
3.2.2	Medizinische Beschreibung des Alters	119
3.2.2.1	Biologische Alterung des Organismus	121
3.2.2.2	Alterskrankheiten	123
3.2.3	Psychologische Beschreibungen des Alters	125
3.2.3.1	Kognitive Leistungen.....	125
3.2.3.2	Psychomotorik und Alltagskompetenz.....	127
3.2.3.3	Persönlichkeit.....	128
3.2.4	Soziologische Beschreibungen des Alters	132
3.2.4.1	Pensionierung.....	132
3.2.4.2	Krankheit im Alter und Heimeintritt	133
3.2.4.3	Verlust des Partners und eigener Tod.....	135
3.2.4.4	Soziale Ungleichheit.....	137
3.2.4.5	Demographische Entwicklungen.....	138
3.2.4.6	Altersvorsorge.....	141
3.2.4.7	Generationenbeziehungen	142
3.2.4.8	Alter und Arbeit	142
3.2.4.9	Alte als Konsumenten, Trendsetter und politische Kraft	144
3.2.5	Alters-Modelle?.....	146
3.2.6	Fazit.....	150

Teil II: Konstruktion des Begriffs Altersrationierung	153
4 Rationierung – ein gesundheitspolitisches und sozialethisches Thema	155
4.1 Kostenexplosion und ihre Gründe.....	155
4.1.1 Kostentreibende Faktoren.....	156
4.1.1.1 Angebotsseitige Faktoren.....	156
4.1.1.2 Nachfrageseitige Faktoren	158
4.1.1.3 Gegenstimmen: Kostenexplosion und Ideologiekritik.....	161
4.1.2 Gesundheitskostenentwicklung in der Schweiz	163
4.1.3 Fazit.....	165
4.2 Lösungsansätze zur Sicherung der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens.....	166
4.2.1 Staatlich-egalitaristische oder liberal-marktwirtschaftliche Verteilung der Gesundheitsgüter.....	166
4.2.2 Effizienzsteigerung	170
4.2.2.1 Ebenen der Allokation nach T. Engelhardt.....	170
4.2.2.2 Art der Knappheitsbedingungen	172
4.2.2.3 Rationalisierung	173
4.2.3 Fazit.....	176
4.3 Rationierung.....	176
4.3.1 Notwendige medizinische Leistungen	181
4.3.2 Art und Form der Rationierung.....	183
4.3.2.1 Harte und weiche Rationierung	183
4.3.2.2 Direkte und indirekte Rationierung.....	184
4.3.2.3 Verdeckte und offene Rationierung.....	185
4.3.2.4 Explizite und implizite Rationierung.....	185
4.3.2.5 Budgetierung, Standardisierung, DRGs und Priorisierung.....	186
4.3.3 Wer verfügt Rationierungen?	188
4.3.3.1 Rationierungsentscheidungen auf höheren Verteilungsebenen.....	188
4.3.3.2 Rationierungsentscheidungen auf der untersten Verteilungsebene	191
4.3.4 Nach welchen Kriterien rationieren?	193
4.3.4.1 Ebenen der Makroallokation	193
4.3.4.2 Mittlere Ebenen der Allokation	196
4.3.4.3 Untere Ebene der Mikroallokation.....	200

4.3.5	Triage	202
4.3.6	Konkrete Beispiele von Rationierung	204
4.3.6.1	Explizite Rationierung in Oregon	204
4.3.6.2	Implizite Rationierung in Grossbritannien	206
4.3.6.3	Deutschland und die Niederlande	208
4.3.7	Explizite oder implizite, offene oder verdeckte Rationierung	209
4.3.7.1	Explizite oder implizite Rationierung	210
4.3.7.2	Offene oder verdeckte Rationierung	212
4.3.8	Fazit	215
5	Altersrationierung	217
5.1	Alter und Medizin	218
5.1.1	Bundesverfassung und Sinn der sozialen Krankenversicherung	218
5.1.2	Richtlinien der SAMW	219
5.1.2.1	Richtlinien für die Organtransplantation	219
5.1.2.2	Richtlinien zu Grenzfragen der Intensivmedizin	220
5.1.2.3	Richtlinien zur Behandlung von älteren, pflegebedürftigen Menschen	221
5.1.2.4	Schlussfolgerungen zur Bedeutung des Alters in den Richtlinien der SAMW	225
5.1.3	Die Principles of Biomedical Ethics von Beauchamp and Childress	226
5.1.3.1	Das Alter als Faktor bei der Zuteilung medizinischer Mittel	230
5.1.3.2	Fallbeispiele mit Altersangaben	232
5.1.4	Fazit	233
5.2	Intuitionen über Alter und Tod	233
5.2.1.1	Moralische Intuitionen	235
5.2.1.2	Intuitionen und Common Morality	236
5.2.1.3	Bedeutung der Intuitionen im ethischen Diskurs: das reflektive Gleichgewicht	237
5.2.2	Fazit	239
5.3	Der US-amerikanische Kontext der Debatte über Altersrationierung	240
5.3.1	Die sozioökonomische Situation der USA in den frühen 1980er Jahren	240
5.3.2	Das US-amerikanische Gesundheitssystem	243
5.3.2.1	Staatliche Programme: Medicare	243

5.3.2.2	Private Krankenversicherungen: «managed care».....	244
5.3.2.3	Nichtversicherte	244
5.3.2.4	Überproportionaler Kostenanstieg und	
	Altersrationierung.....	245
5.3.3	Fazit.....	245
Teil III: Zwei Konzepte der Altersrationierung.....		247
6	Daniel Callahan «Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society».....	248
6.1	Daniel Callahan: Person und Werk.....	249
6.2	Referat von «Setting Limits».....	250
6.2.1	Redefinition des Alters.....	251
6.2.1.1	Neue Medizin und «Neue Alte».....	251
6.2.1.2	Alter als Nähe zum Tod und die sich daraus ergebenden gesellschaftlichen Aufgaben.....	252
6.2.1.3	Forderung nach einem öffentlich-gesellschaftlichen Diskurs über das Alter.....	255
6.2.2	Medizin und die Herausforderung der Alters.....	255
6.2.2.1	Alters(un)abhängige Ziele der Medizin und Anspruch auf medizinische Versorgung.....	256
6.2.2.2	Natürliche Lebensspanne, tolerierbarer Tod und die Aufgaben der Medizin.....	257
6.2.3	Über die gegenseitigen Pflichten der Generationen.....	259
6.2.3.1	Ethische Begründung gegenseitiger familiärer Verpflichtung	259
6.2.3.2	Ethische Begründung gegenseitiger gesellschaftlicher Verpflichtung.....	260
6.2.3.3	Synthese der familiären und gesellschaftlichen Verpflichtungen gegenüber alten Menschen	261
6.2.4	Zuteilung der Ressourcen an alte Menschen – allgemeine Überlegungen.....	262
6.2.4.1	Der unverrechenbare, unantastbare Wert jedes Menschen	262
6.2.4.2	Callahans Entgegnungen auf Kritik an der Altersrationierung.....	262
6.2.4.3	Rationierung der Medizin im Alter – Grenzen ziehen!	264
6.2.5	Die medizinische Behandlung alter, sterbender Patienten – Rationing ad the Bedside	267

6.2.5.1	Entscheidungen über Behandlungsabbrüche	267
6.2.5.2	Patientenautonomie, Demenz und Behandlungsabbruch	269
6.2.5.3	Klassifikation einer adäquaten medizinischen Versorgung	271
6.2.5.4	Zum symbolischen Wert der Altersrationierung, zu künstlicher Ernährung und Sterbehilfe	272
6.2.5.5	Politische Umsetzung und Durchsetzung der Altersrationierung.....	274
6.2.6	Fazit.....	275
6.3	Kritik an Callahans Konzeption	276
6.3.1	Differenzen zur gängigen medizinischen Praxis	276
6.3.1.1	Verweigerung lebensnotwendiger medizinischer Massnahmen.....	276
6.3.1.2	Mehr gesellschaftliche Bedeutung dank weniger medizinischen Mitteln?!	278
6.3.2	Kritik an der Universalisierung partikularer Konzepte.....	280
6.3.2.1	Güter- und tugendethische, kognitivistische und rationalistische Formatierungen des Alters	280
6.3.2.2	Wünschbarkeit eines gesellschaftlichen Konsenses über den Sinn des Alters – liberalistische Kritik am Kommunitarismus.....	283
6.3.3	Gesundheit, natürliche Lebensspanne, erfülltes Leben und tolerierbarer Tod	285
6.3.3.1	Gesundheit als Mittel zum Zweck?	285
6.3.3.2	Spezifische Lebensmöglichkeiten des Alters	286
6.3.3.3	Zum Begriff des Natürlichen	288
6.3.3.4	Lebenskonzepte des erfüllten Lebens: eine Metaphernkritik	289
6.3.3.5	Kritik an der Vorstellung vom Lebens als einem ganzen bzw. erfüllten	291
6.3.3.6	Erfülltes Leben als Voraussetzung des tolerierbaren Todes?	294
6.3.4	Würdigung.....	294
6.3.5	Fazit.....	296
7	Norman Daniels: «Am I My Parents' Keeper?».....	297
7.1	Norman Daniels: Person und Werk.....	297
7.2	Referat von «Am I My Parents Keeper?».....	298

7.2.1	Gerechtigkeit und Fairness im Gesundheitswesen.....	299
7.2.1.1	Gerechtigkeit zwischen den Generationen	299
7.2.1.2	Gerechtigkeit zwischen Lebensphasen.....	300
7.2.1.3	Chancengleichheit und Fairness eines Gesundheitssystems – in Abhängigkeit vom Alter.....	302
7.2.2	Die individuelle, kluge Lebensplanung: Begründung der Altersrationierung	304
7.2.2.1	Entscheidung hinter dem Schleier des Nichtwissens	304
7.2.2.2	Das Dilemma der klugen, vorsichtigen Planung.....	305
7.2.3	Rechtfertigung der Altersrationierung	309
7.2.3.1	Alter als Kriterium?.....	309
7.2.3.2	Abgrenzung gegen Kommunitarismus, Utilitarismus und triviale Konzepte der Fairness.....	310
7.2.3.3	Der prudent lifespan account als regulative Idee und seine politische Applikation.....	312
7.2.3.4	Ablehnung verdeckter Rationierung	315
7.2.4	Forderung nach Verbesserung der Langzeitpflege.....	315
7.2.4.1	Forderung nach einer allgemeinen Pflegeversicherung	315
7.2.4.2	Kluge Planung auch in anderen Altersphasen	317
7.2.5	Fazit.....	318
7.3	Kritik an Daniels' Konzeption.....	318
7.3.1	Die liberal-individualistische Figur der klugen Planer hinter dem Schleier des Nichtwissens	319
7.3.2	Problematische Normalitätsannahmen	324
7.3.3	Wissen über zukünftige Entwicklungen.....	328
7.3.4	Lifespan account versus Solidarprinzip	328
7.3.5	Fazit.....	329
8	Allgemeine Diskussion der Altersrationierung.....	331
8.1.1	Transparenz, Praktikabilität und «out-come».....	331
8.1.2	Anschlussfähigkeit der Altersrationierung an Kosten- Wirksamkeits-Analysen	332
8.1.3	Gleichheit der Lebenslänge als Gerechtigkeitsprinzip	335
8.1.4	Altersrationierung und Genderaspekte.....	336
8.1.5	Politische Umsetzung.....	337
8.1.6	Altersrationierung widerspricht fundamentalen moralischen Traditionen.....	338
8.1.7	Organtransplantation als Sonderfall?.....	339

8.1.8	Fazit.....	340
Teil IV: Alternative Umgangsweisen mit der Frage nach den Grenzen der Medizin im Alter.....		
9 Therapiebegrenzung – der individuelle ethische Weg		344
9.1	Therapiebegrenzung – eine Begriffsklärung	345
9.1.1	Zwei Entscheidungsprozesse innerhalb einer therapeutischen Entscheidung	347
9.1.2	Fazit.....	348
9.2	Therapieevaluation.....	348
9.2.1	Therapieevaluation in der Matrix des medizinischen Konstruktivismus.....	348
9.2.2	Standesethos, Zielsetzungen, Richtlinien und Ermessensspielräume	353
9.2.3	Therapiebegrenzung bei therapeutischer Nutzlosigkeit.....	355
9.2.4	Therapieevaluation und Alter.....	357
9.2.5	Weitere Probleme der Therapieevaluation.....	361
9.2.6	Fazit.....	361
9.3	Informed Consent bei urteilsfähigen Patienten	362
9.3.1	Paternalismus.....	362
9.3.1.1	Geschichtliche Entwicklung der Patientenautonomie und Hintergründe	364
9.3.2	Selbstbestimmung, Patientenautonomie und Informed Consent.....	366
9.3.3	Patientenautonomie urteilsfähiger Patienten in den Richtlinien der SAMW	369
9.3.4	Patientenautonomie urteilsfähiger Patienten in «Principles of Biomedical Ethics»	376
9.3.4.1	Informed Consent.....	378
9.3.4.2	ad a) Kompetenz: kognitive Eigenschaften, welche eine autonome Wahl ermöglichen.....	379
9.3.4.3	ad b) Freiwilligkeit als Unabhängigkeit	379
9.3.4.4	ad c) Information und Verstehen	380
9.3.5	Fazit.....	381
9.4	Der Informed Consent und seine praktische Umsetzung bei urteilsfähigen Patienten.....	382
9.4.1	Diskursethische Grundlegung des Informed Consent	383
9.4.1.1	Informed Consent als realer, asymmetrischer und begrenzter Diskurs	387

9.4.1.2	Gelingende Information.....	391
9.4.1.3	Entscheidungsfindung und Begründung im diskursiven Prozess.....	394
9.4.1.4	Freiheit von steuernden Einflüssen?.....	396
9.4.1.5	«Kurzschluss-Reaktion».....	398
9.4.1.6	«Zu gut informierte Patienten».....	398
9.4.2	Spezifische Probleme des Informed Consent mit älteren Patienten.....	399
9.4.2.1	Informed Consent bei älteren Patienten und die Auseinandersetzung mit dem Tod.....	401
9.4.2.2	Diagnose Altersdepression.....	403
9.4.3	Fazit.....	405
9.5	Patientenautonomie bei nicht urteilsfähigen Patienten.....	406
9.5.1	Entscheidungen bei nicht urteilsfähigen Patienten in den Richtlinien der SAMW.....	407
9.5.2	Entscheidungen bei nicht urteilsfähigen Patienten in «Principles of Biomedical Ethics».....	411
9.5.3	Praktische Umsetzung des Informed Consent bei nicht urteilsfähigen Patienten.....	413
9.5.4	Fazit.....	417
10	Ein theologischer Blick auf die Medizin im Alter und ihre Grenzen.....	418
10.1	Der Ansatz der Befähigungsgerechtigkeit und Partizipation.....	418
10.1.1	Befähigungsgerechtigkeit: individualethische Ableitungen für die Medizin im Alter.....	423
10.1.1.1	Palliativmedizin.....	427
10.1.1.2	Koppelung und Entkoppelung.....	429
10.1.2	Befähigungsgerechtigkeit: sozialetische Ableitung für die Medizin im Alter.....	430
10.1.2.1	Begrenzung der Medizin ist gleichbedeutend mit Altersrationierung.....	434
10.3	Die Hoffnung stirbt zuletzt – oder gar nicht.....	436
10.4	Fazit.....	439
	Literaturverzeichnis.....	441