

Andreas Frewer, Sabine Klotz,
Stephanie Müller, Antonia Sahm (Hrsg.)

„Best Aging“?

Arbeiten für ein gutes Alter(n) aus
menschenrechtlicher und moralischer Sicht

MENSCHEN
RECHTE
ETHIK
MEDIZIN
FÜR ÄLTERE

Königshausen & Neumann

Frewer / Klotz / Müller / Sahm (Hrsg.)

—

„Best Aging“?

MENSCHENRECHTE UND ETHIK
IN DER MEDIZIN FÜR ÄLTERE

BAND 5
2023

„Best Aging“?

Arbeiten für ein gutes Alter(n) aus
menschenrechtlicher und moralischer Sicht

Herausgegeben von

Andreas Frewer

Sabine Klotz

Stephanie Müller

Antonia Sahn

Königshausen & Neumann

Gedruckt mit freundlicher Unterstützung von

Josef und Luise Kraft-Stiftung München
Graduiertenkolleg „Menschenrechte und Ethik in der Medizin für Ältere“
Professur für Ethik in der Medizin
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Passende Manuskripte bitte an

Prof. Dr. med. Andreas Frewer, M.A.
Professur für Ethik in der Medizin
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Schillerstraße 25, D-91054 Erlangen

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

© Verlag Königshausen & Neumann GmbH, Würzburg 2023

Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem Papier

Covergestaltung: Dr. Markus Heinlein

Alle Rechte vorbehalten

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in Germany

ISBN 978-3-8260-7922-1

www.koenigshausen-neumann.de

www.ebook.de

www.buchhandel.de

www.buchkatalog.de

Inhalt

Vorwort

Andreas Frewer, Sabine Klotz, Stephanie Müller, Antonia Sahn

A Golden Era for „Silver Aging“?

Gute Behandlung für Ältere auch in schlechteren Zeiten 7

Stephanie Müller, Antonia Sahn, Sabine Klotz, Andreas Frewer

Menschenwürdige Behandlung Älterer in Allokationsfragen?

Diskriminierung bei Ressourcen und die neue Triage-Gesetzgebung 15

Magdalena Resa

„Alt gegen Jung“ in der Covid-19-Pandemie?

Ethische Fragen intergenerationaler Gerechtigkeit

im Ländervergleich Deutschland-Österreich-Schweiz 27

Franziska Wagensonner

Zeit zu gehen?

Schlaglichter zur Autonomie Älterer

in deutschsprachigen Spielfilmen zur Sterbehilfe 77

Ruth Busl

Care in Transition mit My Home Life?

Der letzte Umzug älterer Menschen ins „Pflege-Heim“

und dabei auftretende ethische Probleme 121

Immanuel Adam

Organ Spenden speziell für ältere Menschen?

„Old-for-Old“-Transplantationen zwischen Theorie und Praxis 175

Anhang 205

Autorinnen und Autoren mit Adressen 207

Menschenrechte und Ethik in der Medizin für Ältere

Eine Übersicht der bisher erschienenen Bände (1-4) 209

Table of Contents 213

Andreas Frewer, Sabine Klotz,
Stephanie Müller, Antonia Sahn

A Golden Era for Silver Aging? Gute Behandlung für Ältere auch in schlechteren Zeiten

Leben wir in einem „Goldenen Zeitalter“ des langen und schönen Alter(n)s? Die Begriffe „Best“ und „Silver Ager“ betonen positive Formen des Alters.¹ „Ab wann ist man zu alt?“² titelte aktuell eine Zeitung und brachte den Artikel „Diskriminierung. Eine Umfrage zeigt, dass Vorurteile gegen Ältere weit verbreitet sind“ zur Studie der Beauftragten der Bundesregierung Ataman.³ So sehr diese Auseinandersetzung mit wichtigen Fragen von „Ageism“ zu begrüßen ist, so war in dem Beitrag selbst ungewollt eine gewisse Altersdiskriminierung vorhanden: Die als selbstverständlich genommene Formulierung „zu alt“ birgt bereits eine latente Gefahr, auf diese Projektionen und soziale Vorurteile zu sehr einzugehen.

In den mitteleuropäischen Ländern hat es in den letzten Generationen eine „Altersrevolution“⁴ gegeben: Die durchschnittliche Lebenserwartung eines Menschen beträgt in Deutschland rund 80 Jahre (für Frauen etwas mehr, Männer weniger) – Hochaltrigkeit ist keine Seltenheit, der „Club der Hundertjährigen“ wird immer größer. Die gesamte Demographie hat sich von der „Bevölkerungspyramide“ zum Baum mit breiter Krone entwickelt. Langlebigkeit ist bereits tief in der Erwartungshaltung von Menschen verankert. Die jüngeren Ereignisse von Covid-Pandemie⁵ und Angriffskrieg in der Ukraine haben zwar nicht nur die Lebenserwartung etwas sinken lassen, sondern

1 Zur Langlebigkeit Chen (2023) und die Reihe „Healthy Ageing and Longevity“.

2 Vgl. Eichenmüller (2022), S. 2 sowie zum Hintergrund Kessler/Warner (2022).

3 Ferda Ataman ist Antidiskriminierungsbeauftragte der Bundesregierung; zu weiteren Informationen siehe www.antidiskriminierungsstelle.de.

4 Zu dieser Alters-(R)Evolution siehe bereits vor 50 Jahren Sieber (1972) sowie Butler/Jasmin (2000), Bruns et al. (2007), Butler (2008) und Schweda et al. (2020).

5 Siehe hierzu Klotz/Frewer (2022).

auch die wirtschaftlichen Aussichten für die Zukunft ebenso getrübt wie die Klimakatastrophe mit Blick auf Nachhaltigkeit menschlicher Zivilisation. Das erreichte Durchschnittsalter ist trotzdem beeindruckend und Anlass zum Nachdenken.⁶ Weltweit arbeitet die Wissenschaft auf allen Ebenen an Möglichkeiten eines gesunden, „erfolgreichen“ oder gar bestmöglichen Alterns. Breite und Komplexität des Diskurses spiegeln sich im Spektrum entstandener Zeitschriften, Fachreihen, Handbücher und Lexika zum Themenfeld.⁷

Im vorliegenden Band werden einige der angesprochenen Themen aufgenommen und exemplarisch vertieft: Stephanie Müller et al. bearbeiten im Auftaktbeitrag die aktuellen Debatten um Altersdiskriminierung am Beispiel von Allokationsfragen und der neuen Triage-Gesetzgebung. Magdalena Resa greift Probleme intergenerationeller Gerechtigkeit während der Covid-19-Pandemie im Ländervergleich von Deutschland, Österreich und Schweiz auf. Sie bearbeitet die Frage, wie man den Schutz vor Gefährdung in einer aktuellen Krisensituation gegen mögliche negative Folgen des Krisenmanagements für zukünftige Generationen gerecht gegeneinander abwägen kann, ohne „die Alten“ gegen „die Jungen“ auszuspielen. Das Problem der Altersstereotypisierung in den Medien thematisiert der Beitrag von Franziska Wagensonner. Sie analysiert, wie in deutschsprachigen Spielfilmen die Autonomie Älterer in Hinblick auf das Thema Sterbehilfe verhandelt wird. Ruth Busl beleuchtet in ihrem Aufsatz einen Aspekt, der in der Pflegeethik bisher wenig diskutiert wird, nämlich die Herausforderungen, denen sich Ältere beim Umzug aus ihrer gewohnten Umgebung in ein Pflegeheim gegenübersehen: „Transition“ – aber wie ist das ethisch gut zu schaffen? Immanuel Adam liefert einen Beitrag zum Thema Allokationsgerechtigkeit. Er untersucht das Programm für sogenannte „Old-for-Old-Transplantationen“ von Eurotransplant (Leiden/Holland), das Nieren von Spender:innen über 65 Jahre für ältere Patient:innen bestmöglich verteilen soll.

6 Vgl. insbesondere Imhof (1981) sowie generell Wittwer et al. (2020).

7 Vgl. Birren/Schaie (1977), Baltès/Mittelstraß (1992), Marshall (1996), Ekerdt (2002), Kruse/Martin (2004), Adamec/Kandel (2009), Generali Deutschland (2017), Ayalon/Tesch-Römer (2018), Estes/DiCarlo (2019), Hank et al. (2019), Knight (2019), Fuchs (2021), Gu/Dupre (2021) und Schaie/Willis (2021).

Die Josef und Luise Kraft-Stiftung und die Forschung des Graduiertenkollegs an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg haben einen besonderen Fokus.⁸ Ein Jahrhundert nach Beginn der neueren Alter(n)sforschung⁹ sind die moralischen und rechtlichen Fragen nicht weniger, sondern erheblich umfangreicher geworden; Phänomene wie Altersdiskriminierung (Ageism) sind trotz immer differenzierterer Forschung weiter sehr virulent.¹⁰ Das vorliegende Buch stellt neue Resultate der interdisziplinären Promotionsstudien aus dem Graduiertenkolleg „Ethik und Menschenrechte in der Medizin für Ältere“ vor. Durch Unterstützung der Münchner Stiftung konnte eine zweite Förderphase der Forschungsgruppe mit zehn neuen Dissertationsprojekten begonnen werden. Der Schutz und die Unterstützung älterer Menschen ist nochmals wichtiger geworden angesichts der aktuellen Debatten um Infektionsgefahren, Triage oder Impfpflicht für ältere Personen. Fundierte Antworten auf medizinethische und (menschen)rechtliche Herausforderungen sind hier von großer Bedeutung.¹¹ Kliniken und Pflegeheime, die auf Bedürfnisse älterer Menschen zugeschnitten sind, bleiben immer noch ein wichtiges Desiderat. Hier gibt es viel zu tun, etwa für „demenzfreundliche“ Häuser, altersgerechte Kommunen und eine „sorgende Gesellschaft“.¹²

Marion Klement und Dr. Harald Mosler (Kraft-Stiftung) sei herzlich gedankt für die große Unterstützung und positive Begleitung der GRK-Studien. Allen Stipendiat:innen danken wir für die schöne Zusammenarbeit wie auch dem Team der Kolleg:innen für die gute (Mit-)Betreuung der Promotionen. Dem Verlag Königshausen & Neumann sagen wir Dank für die langjährige erfolgreiche Kooperation und die Sorgfalt bei der Drucklegung.

8 Frewer et al. (2019) und (2020). Zum Format der Bände in der vorliegenden Reihe sie hier erwähnt, dass es um eine altersgerechte und leicht lesbare Gestaltung gerade auch für betroffene ältere Menschen geht, damit diese am Diskurs zu Ethik und Recht der Medizin im Alter leichter teilnehmen können.

9 Siehe insbesondere Blumenthal (2019).

10 Palmore et al. (2005) sowie Frewer (2020) und neu Frewer et al. (2022).

11 Generell Klotz et al. (2017) sowie im Kontext der Pandemie Reis et al. (2021). In Bezug auf Partizipation und Inklusion im Alter siehe Naegele et al. (2016). Für heikle Fragen zum Sterben Lindner et al. (2014) und Wittwer et al. (2020).

12 Vgl. insbesondere Kruse (2016), Zimmermann (2018), Klie (2019), Schmidhuber et al. (2019) und zuletzt die zahlreichen Beiträge in Frewer et al. (2022).

Literatur

- Adamec, Christine/Kandel, Joseph (2009): *The Encyclopedia of Elder Care*. Littleton.
- Ayalon, Liat/Tesch-Römer, Clemens (Eds.) (2018): *Contemporary Perspectives on Ageism. International Perspectives on Aging 19*. Cham.
- Baltes, Paul B./Mittelstraß, Jürgen (Hrsg.) (1992): *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*. Berlin.
- Birren, James E./Schaie, K. Warner (Eds.) (1977): *Handbook of the Psychology of Aging*. Oxford.
- Blumenthal, Sandra (2018): *Die Pionierphase der Alter(n)sforschung in Deutschland. Max Bürger und die Zeitschrift für Altersforschung von 1938 bis 1968*. Diss. med. Erlangen.
- Bruns, Petra/Bruns, Werner/Böhme, Rainer (2007): *Die Altersrevolution. Wie wir in Zukunft alt werden*. Berlin.
- Butler, Robert N. (2008): *The Longevity Revolution. The Benefits and Challenges of Living a Long Life*. New York.
- Butler, Robert N./Jasmin, Claude (Eds.) (2000): *Longevity and quality of life. Opportunities and challenges. Proceedings of the Congress World-wide Revolution in Longevity and Quality of Life*. New York u.a.
- Chen, Dongsheng (2023): *The Era of Longevity. Transformation of Aging, Health and Wealth*. Berlin, Heidelberg (in prep.).
- Eichenmüller, Nina (2022): *Ab wann ist man zu alt? Diskriminierung. Eine Umfrage zeigt, dass Vorurteile gegen Ältere weit verbreitet sind*. In: *Erlanger Nachrichten* 164, 291 (2022), S. 2 (16.12.2022).
- Ekerdt, David J. (Ed.) (2002): *Encyclopedia of Aging*. Farmington Hills.
- Estes, Carroll L. (with DiCarlo, Nicholas B.) (2019): *Aging A-Z. Concepts Toward Emancipatory Gerontology*. London.
- Frewer, Andreas/Giese, Constanze/Green, Caroline/Mahler, Claudia/Mosler, Harald (Hrsg.) (2019): *Menschenrechte und Ethik in der Medizin für Ältere. Beiträge des Preisträger-Forums in München mit Projekten aus Basel und Frankfurt. Menschenrechte und Ethik in der Medizin für Ältere 1*. Würzburg.

- Frewer, Andreas/Klotz, Sabine/Herrler, Christoph/Bielefeldt, Heiner (Hrsg.) (2020): Gute Behandlung im Alter? Menschenrechte und Ethik zwischen Ideal und Realität. Menschenrechte in der Medizin/Human Rights in Healthcare 8. Bielefeld.
- Frewer, Andreas/Klotz, Sabine/Emmer De Albuquerque Green, Caroline (2022): Recht und Ethik in der Medizin für ältere Menschen. Aktuelle Forschungsarbeiten. Menschenrechte und Ethik in der Medizin für Ältere 4. Würzburg.
- Frewer, Andreas/Klotz, Sabine/Müller, Stephanie/Sahm, Antonia (Hrsg.) (2022): Der ältere Mensch in der Medizin. Zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Jahrbuch Ethik in der Klinik 15. Würzburg.
- Frewer, Andreas/Sonnauer, Franziska/Emmer De Albuquerque Green, Caroline (2022): Menschenrechte als ethische Grundlage der Gesundheitsprofessionen. Eine Skizze zu den Disziplinen und ihren Handlungsfeldern. In: Public Health Forum 30, 1 (2022), S. 5-8.
- Fuchs, Michael (Hrsg.) (2021): Handbuch Alter und Altern. Anthropologie – Kultur – Ethik. Stuttgart.
- Generali Deutschland AG (Hrsg.) (2017): Generali-Altersstudie 2017. Wie ältere Menschen in Deutschland denken und leben. Berlin.
- Gu, Danan/Dupre, Matthew E. (Eds.) (2021): Encyclopedia of Gerontology and Population Aging. Cham.
- Hank, Karsten/Schulz-Nieswandt, Frank/Wagner, Michael/Zank, Susanne (Hrsg.) (2019): Alternsforschung: Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Baden-Baden.
- Imhof, Arthur E. (1981): Die gewonnenen Jahre. Von der Zunahme unserer Lebensspanne seit dreihundert Jahren oder von der Notwendigkeit einer neuen Einstellung zu Leben und Sterben. München.
- Kessler, Eva-Marie/Warner, Lisa Marie (2022): Age ismus. Altersbilder und Altersdiskriminierung in Deutschland. Studie im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. 15.12.2022. Berlin. https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/altersbilder_lang.pdf;jsessionid=F8EAE481AD38E7FC20EE916D63DEE48D.intranet232?__blob=publicationFile&v=3 (31.12.2022).

- Klie, Thomas (2019): *Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft*. München.
- Klotz, Sabine/Bielefeldt, Heiner/Schmidhuber, Martina/Frewer, Andreas (Eds.) (2017): *Healthcare as a Human Rights Issue. Normative Profile, Conflicts and Implementation. Menschenrechte in der Medizin/Human Rights in Healthcare 4*. Bielefeld.
- Klotz, Sabine/Frewer, Andreas (2022): *Medizinethik und Menschenrechte für Ältere. Schutz im Alter – neue Corona-Herausforderungen. Zur Einführung*. In: Frewer et al. (2022), S. 13-34.
- Knight, Bob G. (2019): *The Oxford Encyclopedia of Psychology and Aging*. Oxford.
- Kruse, Andreas (2016): *Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife*. Heidelberg u.a.
- Kruse, Andreas/Martin, Mike (Hrsg.) (2004): *Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht*. Bern.
- Lindner, Reinhard/Hery, Daniela/Schaller, Sylvia/Schneider, Barbara/Sperling, Uwe (Hrsg.) (2014): *Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland*. Berlin.
- Schmidhuber, Martina/Frewer, Andreas/Klotz, Sabine/Bielefeldt, Heiner (Hrsg.) (2019): *Menschenrechte für Personen mit Demenz. Soziale und ethische Perspektiven. Menschenrechte in der Medizin/Human Rights in Healthcare 7*. Bielefeld.
- Marshall, Victor W. (Ed.) (1996): *Encyclopedia of Gerontology: Age, Aging, and the Aged. Two Volumes*. San Diego.
- Naegele, Gerhard/Olbermann, Elke/Kuhlmann, Andrea (Hrsg.) (2016): *Teilhabe im Alter gestalten. Aktuelle Themen der Sozialen Gerontologie*. Wiesbaden.
- Palmore, Erdman B./Branch, Laurence/Harris, Diane (Eds.) (2005): *Encyclopedia of Ageism*. Cham.
- Reis, Andreas/Schmidhuber, Martina/Frewer, Andreas (Hrsg.) (2021): *Pandemien und Ethik. Entwicklung – Probleme – Lösungen*. Berlin.
- Schaie, K. Warner/Willis, Sherry L. (Eds.) (2021): *Handbook of the Psychology of Aging*. Oxford.

- Schweda, Mark/Coors, Michael/Bozzaro, Claudia (Eds.) (2020): Aging and Human Nature. Perspectives from Philosophical, Theological, and Historical Anthropology. International Perspectives on Aging 25. Cham.
- Sieber, Georg (1972): Die Altersrevolution. Einsiedeln.
- World Health Organization (2021): Global Report on Ageism. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>. Geneva.
- Wittwer, Héctor/Schäfer, Daniel/Frewer, Andreas (Hrsg.) (2020): Sterben und Tod. Geschichte – Theorie – Ethik. Ein interdisziplinäres Handbuch. 2. Auflage. Stuttgart.
- Zimmermann, Harm-Peer (Hrsg.) (2018): Kulturen der Sorge. Wie unsere Gesellschaft ein Leben mit Demenz ermöglichen kann. Frankfurt/M., New York.

Stephanie Müller, Antonia Sahn,
Sabine Klotz, Andreas Frewer

Menschenwürdige Behandlung Älterer in Allokationsfragen? Diskriminierung bei Ressourcen und die neue Triage-Gesetzgebung

Der vorliegende Band steht noch als vermutlich letzter der Reihe besonders unter dem Eindruck der Covid-19-Pandemie.¹ Diese sei, so hatten zwei Personen aus dem Autorenkreis an der gleichen Stelle vor einem Jahr festgestellt, nicht nur eine Herausforderung für die gesamte Menschheit, sondern auch eine unsichtbare „Menschenrechtskrise“.² Ihr Beitrag wies auf die zahlreichen Schwierigkeiten und Einschränkungen hin, denen ältere Menschen in Pflege und medizinischer Versorgung in dieser Zeit ausgesetzt waren und mitunter immer noch sind: der erschwerte Zugang zur Gesundheitsversorgung außerhalb einer Covid-19-Erkrankung, die besonderen Vereinsamungs- und Depressionsrisiken im Zuge der Kontaktbeschränkungen, zusätzlich verschärft durch einen tendenziell verminderten Zugang zu digitalen Medien, die Belastungen des Pflegepersonals mit den negativen Auswirkungen auf die Versorgung pflegebedürftiger Menschen, die in den Medien verbreiteten Altersstereotypen von Schutzbedürftigkeit und Gebrechlichkeit.³

Ein Jahr später muss man festhalten: Vermutlich werden uns die meisten der genannten Themen auch nach dem Ende der Pandemie weiter begleiten. Unsere Gesellschaft wird immer älter und muss sich den damit für das Gesundheitssystem und die Pflege einhergehenden Anforderungen stellen.⁴

1 Zu Hintergründen siehe insbesondere Reis et al. (2021) und Müller (2022).

2 Vgl. Klotz/Frewer (2022), S. 13.

3 Zu aktuellen Debatten siehe den von allen vier Autor:innen herausgegebenen neuen Band „Der ältere Mensch in der Medizin“. Vgl. Frewer et al. (2022). Dort siehe insbesondere auch Klie (2022) und Lucas (2022).

4 Vgl. u.a. Imhof (1981), Butler/Jasmin (2000), Bruns et al. (2007) und Generali Deutschland (2017).

Insbesondere Fragen der intergenerationellen Gerechtigkeit gilt es zu lösen. Wie schwierig eine solche Lösung ist, sei am Beispiel des Gesetzgebungsverfahrens des sogenannten Triage-Gesetzes aufgezeigt, das kurz vor Erscheinen des vorliegenden Bandes – am 10. November 2022 – verabschiedet wurde.⁵ Das Datum markiert das vorläufige oder auch nur vermeintliche Ende eines gesellschaftlichen Ringens um Ressourcengerechtigkeit in medizinischen Notsituationen, das spätestens Ende 2021 begann.

Angestoßen wurde die jetzige gesetzliche Regelung durch eine Klage, die Interessenvertreter:innen von Menschen mit Behinderung („AbilityWatch“⁶) beim Bundesverfassungsgericht eingereicht hatten. Der Klage lag die Befürchtung zugrunde, dass Menschen mit Behinderung in Situationen, in denen intensivmedizinische Ressourcen knapp werden, beispielsweise durch eine pandemisch bedingte Häufung von schweren Covid-19-Erkrankungen, systematisch benachteiligt werden. Der Grund für die Benachteiligung könnte sein, dass das medizinische Personal Menschen mit Behinderung pauschal eine vergleichsweise schlechtere gesundheitliche Gesamtkonstitution unterstelle und knappe Ressourcen dann bevorzugt an Patient:innen vergebe, die vermeintlich bessere Aussichten hätten, die Behandlung zu überleben. Ähnliche Befürchtungen wurden auch in Hinblick auf die Behandlung älterer Menschen geäußert.⁷ Auch bei älteren Menschen besteht die Gefahr, ihren Ge-

5 Vgl. Deutscher Bundestag (2022). Der eigentliche Gesetzestext findet sich unter: BT-Drucks. 20/3877, S. 7-8.

6 Siehe auch die Homepage <https://abilitywatch.de/> sowie Initiativen gegen „Ableism“. „AbilityWatch“ gibt dort an, dass es sich „als Teil einer modernen Behindertenbewegung in Deutschland“ versteht. „Als Aktionsplattform wollen wir Politik kritisch begleiten, Fragen aufwerfen und das soziale Modell von Behinderung etablieren. AbilityWatch fordert die Vertretung für Menschen mit Behinderung von Menschen mit Behinderungen. Als DPO (Disabled People’s Organisation) organisieren wir Demonstrationen, betreiben Öffentlichkeitsarbeit und werden weiterhin mit provokanten Aktionen auf die fehlende Gleichberechtigung und mangelnde Einhaltung der UN-Behindertenrechtskonvention hinweisen.“ Vgl. ebd.

7 Vgl. Bielefeldt et al. (2020), Hommel (2021), Deutsches Institut für Menschenrechte (DIMR) (2020), Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (2021).

sundheitszustand pauschal schlechter einzuschätzen. Das Bundesverfassungsgericht gab den Klägern in seiner Entscheidung vom 16. Dezember 2021 in ihrer Sorge recht und beschied dem Gesetzgeber, dass er eine verbindliche Regelung treffen müsse, die einen verlässlichen Diskriminierungsschutz in medizinischen Knappheitssituationen darstellt.⁸

Das Problem einer medizinischen Knappheitssituation lässt sich in ein Dilemma fassen: Alle Patient:innen müssen gleich behandelt werden und gleichermaßen Zugang zu medizinischer Versorgung erhalten. So sieht es das Grundgesetz vor (Gleichheitsgrundsatz). In Knappheitssituationen reichen die medizinischen Ressourcen aber nicht für alle. Würde man alle Patient:innen in so einer Situation wirklich gleich behandeln wollen, dürfte man entweder niemandem Zugang zu medizinischer Versorgung anbieten oder müsste diesen Zugang durch ein randomisiertes (zufälliges) Verfahren vergeben. In beiden Fällen würden die Ressourcen nicht effizient verteilt, in beiden Fällen würden sehr viele Menschen unnötigerweise sterben. Will man zumindest so viele Leben wie möglich retten (utilitaristisches Maximierungsgebot), ergibt sich daraus eine Ungleichbehandlung: Einige Patient:innen werden hinsichtlich des Zugangs zu lebenswichtigen Ressourcen vorgezogen bzw. benachteiligt.

Die kürzlich verabschiedete Regelung versucht den grundgesetzlich abgesicherten Gleichheitsgrundsatz mit dem utilitaristischen Maximierungsgebot möglichst widerspruchsarm zu versöhnen. Das Kriterium, nach dem entschieden wird, ob Patient:innen in Knappheitssituationen intensivmedizinische Hilfe erhalten oder nicht, ist ein klinisches: die aktuelle und kurzfristige Überlebenschancenwahrscheinlichkeit.⁹ Bei der Prognose geht es in diesem Fall nicht um eine Einschätzung der restlichen Lebenserwartung, also um eine Prognose auf Monate oder Jahre, sondern es geht allein um den zeitnahen Therapieerfolg. Nur die Patient:innen, die Aussicht haben, die aktuelle Therapie zu überleben, sollen auch behandelt werden. Komorbiditäten dürfen nur dann

8 Vgl. Bundesverfassungsgericht (2021). Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 16. Dezember 2021 – 1 BvR 1541/20.

9 Vgl. BT-Drucks. 20/3877, S. 7: § 5c Absatz 2 IfSG. Auch im internationalen Vergleich wird das klinische Kriterium bevorzugt. Vgl. Vinay et al. (2021), S. 7 und 9. Siehe auch Liddell et al. (2020), Taupitz (2020) und Schmidt (2021).

in die klinische Einschätzung einbezogen werden, wenn sie die aktuelle und kurzfristige Überlebenschance des Patienten oder der Patientin in erheblicher Weise verringern. Nicht einbezogen werden dürfen, so sieht es das neue Gesetz explizit vor, das chronologische Alter, eine Behinderung oder der Grad der „Gebrechlichkeit“ (frailty).¹⁰ Dem Gleichbehandlungsgebot wird dadurch entsprochen, dass sich die Diskriminierung nicht an Eigenschaften festmachen lässt, die eine gesellschaftliche Gruppe kennzeichnen und bezüglich ihres Lebenswerts gegenüber anderen Gruppen hervorheben. Das utilitaristische Maximierungsgebot wird dadurch sichergestellt, dass in den Pool derjenigen, die Zugang zu einer intensivmedizinischen Behandlung erhalten, allein die Patient:innen aufgenommen werden sollen, deren Behandlung auch Aussicht auf Erfolg hat. Das grenzt das Kriterium etwa von einem randomisierten Zuteilungsprinzip ab, das zwischen medizinisch aussichtsreichen und aussichtslosen Fällen nicht unterscheidet.

Um einen wirksamen Diskriminierungsschutz zu bieten und zu verhindern, dass beispielsweise Alter oder Komorbiditäten in unzulässiger Weise in die medizinische Einschätzung einfließen, sieht das Gesetz Verfahrensstandards vor:¹¹ Zwei Intensivmediziner:innen sollen unabhängig voneinander eine Begutachtung in Triage-Situationen durchführen. In strittigen Fällen soll ein dritter Mediziner oder eine dritte Medizinerin hinzugezogen werden. Für den Fall, dass ein Patient mit einer Behinderung oder einer Komorbidität betroffen ist, muss eine weitere, für diesen Fall relevante Expertise in die Zuteilungsentscheidung einbezogen werden. Die bei der Zuteilungsentscheidung verantwortlichen Ärzt:innen sind zudem verpflichtet, ihre Entscheidungen und Stellungnahmen zu dokumentieren und die zugrunde gelegten Umstände dieser Entscheidung festzuhalten.¹²

Sind mit Verabschiedung des Triage-Gesetzes also alle wesentlichen Gerechtigkeitsfragen für entsprechende medizinische Knappheitssituationen zufriedenstellend beantwortet? Nein, sicher nicht. Wie schwierig es ist, gerechte

10 Vgl. BT-Drucks. 20/3877, S. 7: § 5c Absatz 2 IfSG.

11 Vgl. BT-Drucks. 20/3877, S. 8: § 5c Absatz 3 IfSG. Marckmann, Mitautor der DIVI-Empfehlungen, betont die Bedeutung prozeduraler Verfahren in als gerecht akzeptierten Verteilungssystemen. Vgl. Marckmann (2021), S. 95.

12 Vgl. BT-Drucks. 20/3877, S. 8: § 5c Absatz 4 IfSG.

und dem Gleichbehandlungsgebot entsprechende Lösungen zu entwickeln, zeigt sich an der Kritik, die das Gesetzgebungsverfahren begleitet hat und die auch nach Verabschiedung des Gesetzes nicht verstummt ist. An dieser Stelle soll nur auf zwei Punkte eingegangen werden: 1. Der rein formale Gleichheitsbegriff sichert den Gleichbehandlungsgrundsatz nicht für alle Knappheitssituationen ab. 2. In Situationen, in denen Knappheit absehbar ist, droht durch Vorbeugungsmaßnahmen indirekte Diskriminierung.

Der erste Punkt wird in Pattsituationen relevant. Das sind Situationen, in der alle in Frage kommenden Patient:innen den medizinischen Kriterien genügen und damit gleichen Anspruch auf Versorgung hätten, aber immer noch zu wenig Ressourcen bereitstehen, um diesem Anspruch gerecht zu werden.¹³ Eine solche Situation könnte man prinzipiell über ein randomisiertes Verfahren lösen. Aber ein solches Verfahren steht dem Wunsch nach fairer und sachgerechter Verteilung entgegen. Es ist also die Frage, ob man den formalen Gleichheitsanspruch um einen materiellen ergänzt. Ein materielles Gleichheitsverständnis zielt darauf, tatsächlich bestehende Ungerechtigkeiten zwischen Angehörigen verschiedener sozialer Gruppen hinsichtlich grundlegender Ressourcen auszugleichen. In Triage-Situationen ginge es um den Anspruch, allen Menschen die gleiche Chance auf ein Leben zu geben, das vergleichbar in Qualität und Dauer ist. In anderen Ländern gibt es bereits Überlegungen, materielle Gleichheit herzustellen und beispielsweise strukturelle Diskriminierungen oder gar Rassismus in der Gesundheitsversorgung über ein Scoring-System auszugleichen. Harald Schmidt (USA) schlägt beispielsweise ein Punktesystem nach Benachteiligungsindizes vor, das einen Ausgleich für gesundheitliche Beeinträchtigungen schaffen soll, die aufgrund von sozialer Benachteiligung und Rassismus entstehen.¹⁴ Vergleichbare Fragen stellen sich aber ebenfalls im Kontext der intergenerationellen Gerechtigkeit: Sollten ältere Menschen als Angehörige einer vulnerablen Gruppe gelten, die einen erhöhten Anspruch auf bevorzugte Behandlung haben, oder sollten sie sogar eher zurückgestellt werden, weil sie „bereits mehr Lebenszeit als Jüngere hatten“ und damit diesen gegenüber in Hinblick auf das Gut Leben im

13 Vgl. hierzu auch Dufner (2021), S. 227.

14 Vgl. Schmidt (2021).

Vorteil sind?¹⁵ Die Frage der Ressourcenverteilung in Knappheitssituationen ist hart und strittig. Die vorgestellte Knappheitssituation mag eine Zuspitzung sein, ist aber dennoch nicht unrealistisch. Das gerade verabschiedete Gesetz sollte auf diese äußerste Notlage eine Antwort finden, wird diesem Anspruch aber nicht ganz gerecht. Die Frage wird das öffentliche Gesundheitssystem also vermutlich auch noch über die Pandemie hinausbegleiten.

Das zweite oben genannte Problem ist die indirekte Diskriminierung. Dieses Problem wird am Verbot der sogenannten „Ex-post-Triage“ aufgezeigt. Das Verbot ist Teil des neuen Gesetzes und hatte vor allem in der letzten Phase des Gesetzgebungsverfahrens für massive Kritik gesorgt.¹⁶ Was ist Ex-post-Triage und warum wurde sie verboten? Bei der Ex-post-Triage entzieht man einem Patienten oder einer Patientin bereits zugewiesene intensivmedizinische Ressourcen (beispielsweise ein Beatmungsgerät) wieder, um diese bei einer anderen Person einzusetzen, die möglicherweise bessere Chancen auf Heilung hat. Unter Juristen ist strittig, ob ein solcher Entzug als Totschlag zu werten sei. Engländer und Zimmermann argumentieren beispielsweise, dass bei einer Ex-post-Triage Menschenleben in ihrem Lebenswert gegeneinander abgewogen würden, was verfassungswidrig sei.¹⁷ Sie sehen Ex-post-Triage daher als Totschlag. Eine öffentliche Stellungnahme von 16 Juristen hingegen teilt die verfassungsrechtlichen Bedenken von Engländer und Zimmermann nicht.¹⁸ Ihrer Argumentation zufolge ist es im Fall der Ex-post-Triage so, dass sich die Prognose des an das Beatmungsgerät angeschlossenen Menschen derart verschlechtert, dass er bei einer Erstzuteilung der intensivmedizinischen Ressourcen nach dem klinischen Kriterium zurückgestellt und von vornherein gar nicht erst berücksichtigt worden wäre. Das heißt also, dass es allein der Zeitpunkt ist, der diesen Fall von den verfassungsrechtlich unbedenkli-

15 Vgl. für eine Position, die dafür argumentiert, das chronologische Alter bei der Zuteilung zu berücksichtigen: Hoven (2021).

16 Vgl. BT-Drucks. 20/3877, S. 7: § 5c Absatz 2 IfSG. Kritik ist früh unter anderem von der Bundesärztekammer geäußert worden. Vgl. Bundesärztekammer (2022), S. 11-12.

17 Vgl. Engländer/Zimmermann (2020), S. 1399-1400.

18 Vgl. Beck et al. (2022).

chen Fällen unterscheidet, in denen das gesetzmäßige prognostische Kriterium zum Einsatz kommt.¹⁹ Die Strafrechtlerin Tatjana Hörnle gehört zu den prominentesten Kritikern des Verbots. Sie denkt, dass auch die Berichterstattung in den Medien dazu beigetragen habe, die Vorstellung im öffentlichen Bewusstsein zu verankern, die Ex-post-Triage sei verfassungswidrig und als Totschlag zu werten.²⁰

Was aber hat das Verbot der Ex-post-Triage mit indirekter Diskriminierung zu tun? Man könnte doch denken, dass das Verbot, bereits zugeteilte Ressourcen nicht wieder entziehen zu dürfen, älteren Menschen und Menschen mit Behinderung entgegenkommt und diese gerade vor Diskriminierung schützt. Aber so einfach ist es nicht. Die Vergabe von intensivmedizinischen Ressourcen wird im Klinikalltag stetig vorgenommen. Es wird nicht erst ein Pool infrage kommender Patient:innen gebildet, um diesen dann entsprechend der Triage-Kriterien eine Behandlung zukommen zu lassen. Patient:innen werden stattdessen stetig im Moment ihres Eintreffens im Krankenhaus medizinisch eingeschätzt und entsprechend versorgt. Wenn aber absehbar ist, dass Ressourcen knapp werden, kann es zu dem Phänomen der sogenannten „stillen Triage“ kommen. Das Phänomen besteht in der Unschlüssigkeit, knappe Ressourcen sofort zu verteilen, aus Sorge, dass in unmittelbarer Zukunft Patient:innen kommen, die dringender Hilfe benötigen oder deren Prognose bedeutend besser wäre. Diese Sorge kann handlungslähmend sein. Dies ist insbesondere für ältere Menschen und Menschen mit Behinderung eine Gefahr.²¹ Die Aussicht, eine Behandlung bei Misserfolg auch wieder beenden zu dürfen, macht es dem medizinischen Personal hingegen leichter, eine Therapie, die zunächst wenig aussichtsreich ist, dennoch zu versuchen. Dies kommt vor allem Patient:innen mit einer vermeintlich

19 Vgl. Beck et al. (2022), S. 3.

20 Vgl. Hörnle et al. (2022), S. 6.

21 Für eine Einzelbeobachtung aus dem Klinikalltag vgl. Truog (2021). In den Medien gibt es Berichte über die stockende oder unterlassene Überweisung von älteren Menschen aus Pflegeheimen in Kliniken, um Überlastungen im Krankenhausbetrieb vorzubeugen. Vgl. zu einem Fall in Frankreich Hummel (2020). In der wissenschaftlichen Literatur gibt es vereinzelt Überlegungen zu dem Thema, aber noch keine systematische Aufarbeitung. Vgl. Vinay et al. (2021), S. 13.