

## Rostocker Streitgespräche zum Demografischen Wandel

### 21.11.2013 – Medizin-Ethik in alternden Gesellschaften

Welche Auswirkungen hat der Demografische Wandel auf unsere ethischen Vorstellungen in der Medizin? Die Alterung der Gesellschaft bringt es mit sich, dass Menschen häufiger, länger und teils auch mit mehr chronischen körperlichen oder kognitiven Erkrankungen leben als früher. Insbesondere die zunehmende Inzidenz von Demenzerkrankungen wie z.B. der Morbus Alzheimer geben Anlass zur Besorgnis.

Wie beeinflusst die sich verändernde Altersstruktur der Patienten die Finanzierung unseres Gesundheitssystems? In wie fern ist ein ethisch angemessener Umgang weiterhin möglich, gerade auch mit Demenzpatienten? Wie kann das Altern, dem Motto des Wissenschaftsjahres 2013 entsprechend, als demografische Chance für die medizinische Versorgung begriffen werden?

Das *Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels*, eine gemeinsame Einrichtung der *Universität Rostock* und des *Max Planck-Instituts für demografische Forschung* in Rostock, hatten gemeinsam mit der *Deutschen Gesellschaft für Demographie* im November 2013 erneut in das *Universitätsforum Bonn* eingeladen, um mit Experten und Praktikern dieses Thema zu diskutieren. Drei Vortragende aus Wissenschaft und Praxis stellten ihre Sichtweisen dar und diskutierten mit den Gästen.

Auch der zweite Termin der *Rostocker Streitgespräche zum demografischen Wandel* fand im Rahmen des Wissenschaftsjahres 2013 „Die demografische Chance“ unter Förderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung statt.

Prof. Dr. Gabriele Doblhammer, Direktorin des *Rostocker Zentrums zur Erforschung des Demografischen Wandels* und Professorin für Empirische Sozialforschung und Demografie an der Universität Rostock, eröffnete die Veranstaltung und begrüßte die Referenten und Teilnehmer. Ihre eigene Forschung konzentriert sich auf die Folgen der demografischen Alterung, so unter anderem die Auswirkungen auf Gesundheit, Pflegebedarf oder Demenzen.

Die Vortragenden des Abends waren:

- Prof. Dr. Thomas Heinemann (Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar, Mitglied des Deutschen Ethikrats)
- Christoph Radbruch (Deutscher Evangelischer Krankenhausverband, Pfeiffersche Stiftungen Magdeburg)
- Dr. Mone Spindler (Universität Tübingen)

### **Christoph Radbruch (Schatzmeister Deutscher Evangelischer Krankenhausverband, Vorstandsvorsitzender Pfeiffersche Stiftungen Magdeburg) – Gesellschaftlicher Konsens über das medizinisch Notwendige**

Christoph Radbruch ist Leiter der Pfeifferschen Stiftungen, einer großen diakonischen Komplexeinrichtung in Magdeburg. Sie vereint unter anderem die Behindertenhilfe, Altenhilfe und Gesundheitshilfe mit mehreren Pflegeheimen, Krankenhäusern und Palliativ- und Hospizangeboten für alle Altersbereiche. Er berichtet aus seiner Praxiserfahrung und spricht darüber, dass es

Antworten auf die Fragen nach Notwendigkeit und Finanzierbarkeit in der Krankenversorgung nur geben kann, wenn ein offener gesellschaftlicher Diskurs sich diesen Themen annimmt.

Im Gesundheits- und Pflegewesen sind finanzielle und betriebswirtschaftliche Fragen nicht von ethischen Fragen zu trennen. Die Ethik der Medizin und die Ethik der Betriebswirtschaft sind verbunden. Gerade für diakonische Einrichtungen mit einem besonderen Anspruch an den Umgang mit dem Menschen sind das deshalb wichtige Themen.

### **Gesellschaftlicher Diskurs über medizinisch Notwendiges ist nötig**

Radbruch möchte begründen, weshalb es notwendig und sinnvoll für unser Gemeinwesen ist, vor dem Hintergrund der demografischen Alterung ein offenes Gespräch darüber zu führen, was in Zukunft medizinisch notwendig, ethisch vertretbar und gleichzeitig finanziell zu bewältigen ist.

Letztendlich ist das selbstverständlich eine sehr individuelle, einzelfallbezogene Diskussion. Aber auch auf allgemeinerer Ebene ist es wichtig, dass wir uns diesem Thema offen stellen, sagt Radbruch. Bislang ist zu wenig darüber nachgedacht worden, wie die Folgen der demografischen Alterung sich auf ethische Belange in unserem Gesundheitswesen auswirken werden und wie damit umgegangen werden kann.

### **Erwartungen an die Institution Krankenhaus**

Es gibt heute oft die Erwartung an das Krankenhaus, es sei wie eine Autowerkstatt. „Da komme ich hin, dann wird das Ersatzteil ausgetauscht, neues Knie, neue Hüfte, dann komme ich nach Hause und es ist, als wäre nichts gewesen.“ Tatsächlich muss die Erwartungshaltung an die Institution Krankenhaus erweitert werden, um mit den demografischen und finanziellen Herausforderungen umgehen zu können. Denn trotz medizinisch-technologischem Fortschritt, der vielen ein längeres – auch länger gesundes – Leben ermöglicht, muss auch der Umgang mit bestehender Krankheit, mit Sterben und Tod im Blick bleiben. Da der Anteil älterer Personen in unserer Gesellschaft steigt, wächst auch die Zahl alter Patienten, die mit solchen Situationen konfrontiert sind. Auf diese Schwerpunktverschiebung müssen sich die Krankenhäuser besser einstellen.

### **Angebot und Nachfrage von Pflege und sprechender Medizin in alternder Gesellschaft**

Es ist nicht nur die Frage, was zur Heilung eines Patienten machbar ist, sondern auch, was möglich ist, damit ein Patient mit einer Krankheit leben kann, die diskutiert werden sollte. Die Pflege und die sprechende Medizin werden deshalb mit steigender Nachfrage wichtiger.

Bereits heute, aber besonders in den nächsten Jahren, sieht Radbruch hier ein Problem auf das Gesundheitssystem zukommen: Der gravierendste Aspekt ist im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel der Mangel an Fachpersonal. „Der Ärztemangel ist harmlos gegenüber dem Mangel an Pflegepersonal, den wir bekommen werden.“ Gerade in ländlichen Gebieten wird die gesellschaftliche Alterung auch durch Abwanderung von jungen Menschen beschleunigt. Solche Räume sind unattraktive Ziele für Fachpersonal.

„Das Problem der Versorgung in ländlichen Räumen ist zum einen, wie man in einem entvölkerten Gebiet ein Krankenhaus wirtschaftlich betreiben kann. Das größere Problem ist, Pflegekräfte und Ärzte zu überzeugen, in diese Gebiete zu ziehen und dort zu arbeiten“, berichtet Radbruch.

### **Die Zukunftsaufgabe Demenz**

Radbruch rückt auch das Problemfeld von Demenzerkrankungen als Zukunftsaufgabe der Krankenhäuser in den Fokus. „Wie Patienten, die körperlich krank sind, aber gleichzeitig auch demenzkrank sind, behandelt werden sollen; dass hierfür ganz andere Pflege- und Betreuungsschlüssel als heute notwendig sind, darüber wird viel zu wenig nachgedacht“, obwohl es aufgrund des demografischen Wandels eine wichtige Rolle spielen wird. Die Krankenhäuser der Pfeifferschen Stiftungen können bereits auf einen gewissen Erfahrungsschatz zurückgreifen, da sie regelmäßig auch behinderte Patienten versorgen, aber in der breiten Masse ist hier noch viel zu tun.

### **Einfluss des Demografischen Wandels auf die Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung**

„Der demografische Wandel sorgt dafür, dass unsere Gesellschaft unterjüngt ist. Wir haben zu wenig Junge, die in die Kassen einzahlen. Das heißt, dass wir Mittelknappheit im Gesundheitswesen haben.“ Doch das sollte nicht erschrecken, stellt Radbruch klar, schließlich waren die Mittel schon immer knapp. Allerdings, und darin liegt das Problem begründet, nicht in so erheblicher Weise wie in Zukunft absehbar.

Es gibt verschiedene Strategien, damit umzugehen: Erhöhung der Mittel, Rationalisierung oder Rationierung der Maßnahmen. „In den letzten 25 Jahren ist eine Vermarktlichung des Krankenhauswesens vorgenommen worden. Das heißt nicht, dass wir vorher nicht auch schon ökonomisch gehandelt hätten und aufs Geld geschaut hätten und versucht, die Mittel möglichst effizient einzusetzen. Aber im letzten Vierteljahrhundert ist die Zuteilung dessen, was an Gesundheit zur Verfügung gestellt wurde über den Mechanismus des Marktes verteilt worden.“

### **Rationalisierung durch Vermarktlichung des Gesundheitswesens**

Durch die Privatisierung von Teilen des Gesundheitswesens sollte also das Problem der Mittelknappheit gelöst werden. Effizienzsteigerungen und Rationalisierungsmöglichkeiten sollten gefunden und genutzt werden. Seit der Wende sind über 300 Krankenhäuser geschlossen worden. Im Jahr 1991 wurde ein Krankenhausbett im Schnitt von 21,9 Patienten belegt, 2008 waren es bereits 34,8 Patienten pro Bett, nennt Radbruch ein Beispiel für die Auswirkungen des neu geschaffenen Marktes für Gesundheitsleistungen.

„Das heißt aber auch, dass die Schwestern mehr Patienten pflegen müssen“, schließt er an. Der Betrieb ist dadurch schneller, die Arbeit mehr geworden. Man hat sich in den Krankenhäusern der Grenze der Effizienzsteigerung angenähert, die durch den Markt erzielt werden kann.

### **Rationierung von Gesundheitsleistungen**

Im Bereich der Rationierung gibt es zwei Wege. Erstens: Jeder bekommt die medizinische Leistung, die er braucht. „Die spannende Frage ist: Was braucht man denn? Wer legt fest, was man braucht?“ skizziert Radbruch die Probleme, die sich daraus ergeben. Selbstverständlich gibt es mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss ein solches Gremium, das im Rahmen seiner Richtlinienkompetenz beschließt, was unter einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung konkret verstanden wird, aber deren Arbeit wird von der Öffentlichkeit zu wenig begleitet.

Durch die alternde Gesellschaft rücken die letzten sechs bis neun Lebenswochen besonders in den Vordergrund. Die Krankenkassen wissen, dass dieser Zeitraum aus Kostensicht die teuersten Wochen

sind. Besonders Fragen dieser ethischen Tragweite verdienen es, zumindest in ihren Grundsätzen aus dem Gremium in die Öffentlichkeit verlagert zu werden.

„Die Gesellschaft kann die Frage stellen, ob es richtig ist, dass die Gesamtbevölkerung für neun Wochen Lebensverlängerung unheimlich hohe Kosten tragen muss.“ Das bleibt aber eine akademische Diskussion, denn selbstverständlich weiß niemand vorher, wann diese letzten Wochen beginnen. Vor simplen Antworten möchte Radbruch daher ausdrücklich warnen. Letztlich ist die Frage danach, welcher Aufwand am Lebensende betrieben werden soll, aber nicht beiseite zu schieben, gerade auch durch den beständigen Fortschritt der medizinischen Möglichkeiten.

Die zweite Strategie besteht darin, die Gesundheitsleistungen in den Bereich der privaten Finanzierung zu verschieben. Die Frage danach, was notwendige Leistungen sind, erübrigt sich damit auf gesellschaftlicher Ebene und verlagert sich in den individuellen Bereich. Eine Nachahmung solcher Modelle, die bisher eher mit Ländern wie den Vereinigten Staaten verbunden sind, sieht Radbruch aber kritisch, da er die Grundwerte unserer Gesellschaft eher in die Richtung der Gleichbehandlung aller und der Solidarität einordnet.

### **Zukünftiger Umgang erfordert offene Diskussion**

Radbruch plädiert dafür, diese Fragen zwischen Vermarktlichung und Rationierung der Gesundheitsversorgung auf jeden Fall in Zukunft so offen wie möglich zu diskutieren. Letzten Endes ist es heute zum großen Teil die Solidargemeinschaft, die für die Kosten der Gesundheitsversorgung aufkommt. Deshalb sollte die Frage, was wir als Gesellschaft im Bereich der medizinischen Leistungen anbieten wollen, auch ein Thema der Allgemeinheit sein. Ebenfalls dafür spricht, dass diese Fragen durch den demografischen Wandel noch weiter an Wichtigkeit gewinnen werden.

Über die Zuteilung innerhalb des Gesundheitssystems hinaus sollte zudem nicht aus den Augen verloren werden, dass auch in anderen Bereichen der Gesellschaft Ressourcen benötigt werden. Alles, was in das Gesundheitssystem fließt, steht nicht für Bildung, Familien und alle weiteren Gemeinschaftsaufgaben zur Verfügung. Auch diese Abwägungen sollten unter ethischen Gesichtspunkten getroffen werden und sind deshalb in der öffentlichen Diskussion am besten aufgehoben.

### **Medizinisch Notwendiges ist auch der Perspektive des Patienten zentrale ethische Frage**

Der Kranke ist, gibt Radbruch zu bedenken, strukturell in einer unterlegenen Position. Er hat keine Wahl, er benötigt die Therapie, er kann die Behandlung nicht ausschlagen oder sie hinausschieben, bis sie erschwinglicher wird. Auch dahingehend, welche Behandlung notwendig ist, was unverzichtbar ist oder nicht, ist der Kranke dem Arzt unterlegen. Auch die Entscheidung darüber, was und in welchem Umfang finanziert wird, liegt nicht in den Händen des Patienten, denn darüber entscheidet die Krankenkasse. Medizinische Versorgung ist keine Ware wie jede andere. „Der Patient ist deshalb eine besonders zu schützende Person“, der Herr über die Verfahren bleiben und immer ein Mitspracherecht in den Prozessen haben sollte, die ihn betreffen. Das sollten wir aus ethischer Sicht anstreben, und zwar beginnend mit einer offenen, transparenten Diskussion in der gesamten Gesellschaft.

## **Prof. Dr. Thomas Heinemann (Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar, Mitglied des Deutschen Ethikrats) – Das Gesundheitssystem ist nicht auf alte Patienten eingestellt**

Prof. Heinemann knüpft nahezu nahtlos an den Beitrag von Herrn Radbruch an. Ihm geht es vor allem um den Blickwinkel älterer und betagter Patienten im Gesundheitssystem. Durch die demografische Alterung ist das eine wichtige Zukunftsfrage.

Heinemanns zentrale These lautet, dass das Gesundheitssystem nicht mehr ausreichend auf alte Patienten ausgerichtet ist. Selbstverständlich „schwingt dabei mit, dass es das einmal war“, fügt er an. Diese Ausrichtung scheint aber im Moment verloren zu gehen.

### **Wer ist mit „alter Patient“ gemeint?**

Unterschiedliche wissenschaftliche Disziplinen haben ihre ganz eigenen Kriterien hinsichtlich des Alters bzw. alter Menschen, die Biologie z.B. andere als die Soziologie. Die Weltgesundheitsorganisation nennt alle alt, die das 65. Lebensjahr vollendet haben. Aus heutiger Sicht und besonders im Lichte des demografischen Wandels, der zum Teil auf steigende Lebenserwartung zurückgeht, ist das kaum noch haltbar, wie Heinemann sagt.

„Der Volksmund sagt, man ist so alt, wie man sich fühlt“ und bezieht die Selbsteinschätzung der Personen mit ein. Gar keine schlechte Idee, meint Heinemann, denn sie orientiert sich an Beschwerden und ihrer Wahrnehmung. Also auch daran, wie sehr Beschwerden den Einzelnen tatsächlich beeinträchtigen. So können sich ein 65-jähriger und ein 90-jähriger in ihrem subjektiven Befinden sehr ähnlich sein.

Während es mit dem konkreten klinischen Wert von Alterserscheinungen und –erkrankungen also sehr unterschiedlich sein kann, hält Heinemann fest, dass mit dem Alter üblicherweise die täglichen Abläufe langsamer werden. Irgendwann lässt sich das nicht mehr durch erlernte Effizienzstrategien kompensieren.

### **Das Verhältnis zwischen Alter und Krankheit**

„Der alte Mensch, der im täglichen Leben langsamer ist, ist nicht krank“, gibt Heinemann zu bedenken. Allerdings wirkt sich diese Langsamkeit auch im ärztlichen Alltag aus. Einfache Handlungen, etwa das Entkleiden für eine Untersuchung, dauern bei alten Menschen oft länger. Das gleiche gilt auch für die Untersuchungen selbst, und das ist mit zeitlich effizienzorientierten Systemen schwer vereinbar.

Ältere Menschen benötigen häufiger ärztliche Aufmerksamkeit. Sie erkranken häufiger, auch Dinge wie Knochenbrüche nach Stürzen oder bestimmte Krebsarten treten öfter auf und müssen im Krankenhaus behandelt werden.

### **Der ältere Patient im Krankenhaus**

Krankenhausmedizin ist darauf ausgelegt, ökonomisch effizient zu handeln, insbesondere im Sinne der Aufenthaltsdauer von Patienten im Krankenhaus. „Hier gerät der alte Patient in ganz große Nöte“, denn nicht nur die Kommunikation wie beispielsweise in einem Anamnesegespräch dauert länger, sondern auch die Heilungsprozesse und die alltäglichen Abläufe in einem Krankenhaus. Die langsamere Sprechweise, längeres Nachdenken oder höherer medizinischer Erklärungsbedarf sind

Beispiele, die verdeutlichen, dass ein zeitlich eng getakteter Klinikalltag älteren Patienten oft Probleme bereitet.

Diese erhöhte zeitliche und persönliche Aufmerksamkeit, längere Liegezeiten und der damit verbundene höhere Personalbedarf müssen, gerade in einer alternden Gesellschaft, einkalkuliert werden. In ökonomischen Begrifflichkeiten bedeutet das oftmals eine Kostensteigerung.

### **Aktuelle Entwicklungen und ihre Auswirkungen für ältere Patienten**

Ältere Menschen können im System Krankenhaus also eine Reihe von Nachteilen verursachen. „Und diese Nachteile werden offenbar nicht durch das Fallpauschalensystem, wie wir es haben, ausgeglichen. Es ist nicht erkennbar, dass sich Krankenhäuser um alte Patienten reißen“, stellt Heinemann fest.

Welche Konsequenzen müssen wir ziehen, wenn alte Patienten offenbar nicht mehr lukrativ für das System Krankenhaus sind, nicht mehr so recht hineinpassen wollen? Viele auch für die Medizinethik relevante Fragen sind in diesem besonderen Kontext zu beantworten, z.B. die Frage nach der „informierten Einwilligung“, die für ältere Patienten mit möglicherweise eingeschränktem Verständnis oder eingeschränkter Selbstbestimmung wichtig ist. Bei älteren Patienten sind langwierige Verständigungen nötig, möglicherweise unter der Hinzuziehung von Angehörigen. Auch Patientenverfügungen können in Verbindung mit eingeschränkter kognitiver Kompetenz problematisch werden, wenn die Patienten gar nicht mehr genau wissen, was sie darin selbst festgelegt haben. „Welchen Stellenwert hat im Alter der Wille des Patienten?“, fragt Heinemann. Sollte der Arzt im Zweifelsfalle verantwortungsethisch handeln oder vertragsethisch nach der schriftlichen Verfügung des Patienten?

Auch die Frage nach „Sinn und Grenzen invasiver Therapien“ stellt sich gerade bei alten Patienten, und auch besonders im Kontext ökonomischer Kostendeckung für das Krankenhaus. Medizinische Sinnhaftigkeit und betriebswirtschaftliche Rationalität können in solchen Situationen unterschiedliche Entscheidungen nahe legen.

### **Was können wir daraus lernen?**

„Alte Patienten“, bilanziert Heinemann, „stellen in einer spezifischen, systembedingten Weise mittlerweile eine vulnerable Gruppe dar.“ Auch wenn das nicht auf jeden älteren Patienten zutrifft, sieht Heinemann doch die Gefahr der Benachteiligung einer großen, wachsenden Personengruppe. Ärztliche Grundsätze wie die Beachtung des Wohls des Patienten und des Nichtschadens sind unter diesen Bedingungen zunehmend schwerer umzusetzen. Vor allem die soziale Ausrichtung von Medizin und Pflege, nämlich die Möglichkeit, Menschen zu helfen, als wichtige und zentrale Aufgabe der Gesellschaft leidet darunter.

„Das System, wie es sich momentan darstellt, führt mittlerweile in vielen Fällen zu ganz erheblicher Demotivation und auch zur Berufsflucht.“ Fast die Hälfte der Medizinstudenten in Deutschland möchte offenbar in diesem System der ärztlichen Versorgung nicht arbeiten und ergreift nach Beendigung des Studiums andere Berufe, warnt Heinemann. Auf der anderen Seite eines mit sehr restriktiven Zugangsbeschränkungen ausgestatteten Studiengangs mit vielen Interessenten steht also ein manifester Ärztemangel. „Medizinstudierende merken häufig bereits in ihren ersten Praktika am Krankenbett, dass dieses System nicht mit dem übereinstimmt, was sie eigentlich mit dem Beruf

verbinden.“ Heinemann sieht die Gefahr, dass sich mittelfristig durch die gegebenen Umstände auch das Berufsethos von Mediziner\*innen und Pflegenden ändern könnte.

Eine weitere mittelfristige Gefahr könnte auch in einer ökonomisch erzwungenen Neuorientierung der Geriatrie bestehen mit dem Ziel, den alten Patienten ganz aus dem herkömmlichen Krankenhaus heraus zu halten und abzusondern, etwa um „den Sand aus dem Getriebe“ des Krankenhausalltags zu entfernen.

### **Ärztliches Ethos retten, mehr Prävention notwendig**

Heinemann fragt, was wir daraus lernen können. Zunächst sollte die Anstrengung unternommen werden, das ärztliche Ethos, wie es heute verstanden wird, in die Zukunft zu retten. „Wir müssen uns darauf zurückbesinnen, dass das ganze System dem Patienten dienen soll, und nicht umgekehrt der Patient zum Spielball des Systems und seiner ökonomischen Interessen werden darf.“

In der Ausbildung von Ärzt\*innen und Ärzten und natürlich auch in der Ausbildung der Pflegeberufe muss das deutlicher werden. Die Geriatrie und Gerontologie müssen als Fachbereiche begriffen werden, die u.a. genau diese Fragen zum Gegenstand haben und sie in ihren Lehrplänen verankert.

Im Krankenhaus selbst sollte darauf hingearbeitet werden, älteren Patienten einen passenden Platz im System zu erhalten. Eine Möglichkeit könnte darin bestehen, interdisziplinäre geriatrische Stationen in Krankenhäusern zu schaffen, die auf die spezifischen Bedürfnisse und Probleme von alten Patienten zielgerichtet eingehen können.

In einem etwas weiter gespannten Rahmen ist zudem eine Orientierung weg von der „Defizit“-Sichtweise auf die Krankheiten eines Patienten hin zu einer Ressourcenorientierung erstrebenswert: Es sollte besonderer Wert auf präventive und fähigkeitserhaltende Behandlungen gelegt werden, um Pflegebedürftigkeit so gut wie möglich zu verhindern.

### **Dr. Mone Spindler (Universität Tübingen) – Mehr Eigenverantwortung für gesundheitliche Alterungsrisiken?**

Dr. Mone Spindler spricht darüber, was Anti-Aging-Medizin ist, wie sich die Disziplin in Deutschland jüngst neu aufgestellt hat und wirft einen kritischen Blick auf die Versprechungen und Forderungen der Bewegung. Denn anhand dieses Entwurfs einer neuen Altersmedizin lässt sich modellhaft untersuchen, welche ethischen Fragen im Hinblick auf die Zukunft der Altersmedizin zu diskutieren sind.

### **Der Präventionsansatz der Anti-Aging-Medizin in Deutschland**

Der Bereich der Anti-Aging-Medizin hat 2008 einen Bruch erfahren. Die deutsche Anti-Aging-Medizin-Gesellschaft begründete sich neu, um als seriöser Zweig der Präventivmedizin wahrgenommen zu werden. „Der Neubegründung liegt eine Akzentverschiebung im Verständnis der Alterung zu Grunde“, erläutert Spindler. Alterung wird nicht mehr als Krankheit oder Meta-Krankheit verstanden, sondern als Hauptrisikofaktor für Erkrankungen.

Das Konzept von Alterung als Risiko wird nicht in erster Linie biomedizinisch begründet, sondern anhand von alltagsweltlichen Vorstellungen vom Altern: Immer wieder wird die schlechte Wirklichkeit des Alterns beschrieben, dagegen aber auch – schon beim heutigen Stand der Medizin –

eine Möglichkeit des guten Alterns eröffnet. Im Gegensatz zu anderen Anti-Aging Kontexten ist die Alterung also nicht gänzlich schlecht und unausweichlich, sondern ein managebares Risiko.

### **Demografisches Krisenszenario und gesundes, funktionsfähiges Altern**

Für die Bewertung ist wichtig, wie das Altern dabei beschrieben wird: Oft wird ein demografisches Krisenszenario der finanziellen Überlastung durch Überalterung gezeichnet, um die riskante Natur des Alterns und die gesellschaftliche Notwendigkeit der Anti-Aging-Medizin zu begründen. „Häufig findet sich die gängige Formel ‚Altern = Krankheit = individuelles Leiden + gesellschaftlicher Kollaps‘.“ Zudem wird kritisiert, dass der Einzelne durch mangelndes Bewusstsein und schlechte Lebensführung Krankheit im Alter maßgeblich mit verursachen würde. „Das ist ganz interessant, weil in anderen Anti-Aging-Kontexten nicht die ‚Verschuldung‘, sondern die passive Erduldung der Leiden des Alterns problematisiert wird,“ erklärt Spindler.

Welche Möglichkeit guten Alterns wird dagegen eröffnet? „Gutes Altern wird nicht an der Quantität der Lebensjahre, sondern an einer möglichst langen Qualität des einzelnen Lebens festgemacht.“ Kriterien für Lebensqualität im Alter sind Gesundheit sowie körperliche und kognitive Funktionsfähigkeit. Dabei werden bürgerliche Funktionsnormen des mittleren Lebensalters zugrunde gelegt. Spindler kritisiert, dass diesem Entwurf von gutem Leben im Altern keine ausgearbeitete Vorstellung des guten Sterbens zur Seite gestellt wird. „Sterben und Tod bleiben, wenn überhaupt, vage und realitätsfern.“

### **Die Ziele der Anti-Aging-Medizin**

„Es geht also nicht um ‚forever young‘ oder gar um Unsterblichkeit, sondern um eine Verlängerung der gesunden Lebenserwartung“, fasst Spindler die Ziele der deutschen Anti-Aging-Medizin zusammen. Inwieweit auch über den gesunden Zustand hinaus auch eine Lebensverlängerung angestrebt werden sollte, ist innerhalb der Anti-Aging-Medizin nicht abschließend geklärt.

Die Grenze zwischen gutem und schlechtem Altern wird – wie in der wissenschaftlichen Diskussion üblich – an zwei Dingen festgemacht: an genetischen Dispositionen und Umweltfaktoren. Beide werden allerdings sehr eng verstanden. Die komplexen genetischen Faktoren des Alterns werden auf wenige genetische Polymorphismen reduziert und die zahlreichen Umweltfaktoren auf die individuelle Lebensführung. „Das Verhalten des Einzelnen war allerdings noch nicht immer so zentral,“ erläutert Spindler. Anfänglich waren deutsche Anti-Aging-MedizinerInnen wie viele BiogerontologInnen und UmweltmedizinerInnen sehr skeptisch, inwiefern man mit gesunder Lebensführung den Alterungsverlauf beeinflussen kann.

### **Individuelles Management gesundheitlicher Risiken**

Wie wird dieses Risikowissen über das Altern in der medizinischen Praxis umgesetzt? Da die Alterung nicht als Krankheit, sondern als Risiko verstanden wird, geht es nicht darum, das Altern zu therapieren oder zu verhindern. Es geht um Prävention: „Der Behandlungsansatz ist, dem Haupterkrankungsrisiko Altern durch ein medizinisch optimiertes Management individueller gesundheitlicher Alterungsrisiken vorzubeugen“, fasst Spindler zusammen. Das Risiko lässt sich nicht ausräumen. Aber Menschen, die „einen medizinisch optimierten Lebensstil pflegen“, können mit Hilfe der Anti-Aging-Medizin versuchen, das Risiko eines kranken Alterns zu begrenzen.



Innovativ daran ist, dass üblichen Anti-Aging-Behandlungen eine individuelle Risikodiagnostik vorgeschaltet wird. Solche Diagnostiken können z. B. präventive Gentests, Urinuntersuchungen oder Bluttests sein. Noch vor dem Auftreten von Symptomen sollen dadurch die gesundheitlichen Alterungsrisiken einer Person bestimmt werden. So entsteht ein individuelles Risikoprofil, das die normative Basis der medizinischen Praxis darstellt. Anhand des ermittelten Risikoprofils entscheidet der Arzt oder die Ärztin, wie die „sieben Säulen der Präventions- und Anti-Aging-Medizin“ zum Einsatz kommen sollen. Diese Säulen sind Lebensstil, Ernährungsweise, Bewegung, Nahrungsergänzung, Hormonersatztherapie, mentale Balance und ästhetische Behandlungen.

Die Risikodiagnostik und die daran anschließenden Behandlungsoptionen werden größten Teils als von den PatientInnen selbst zu finanzierende Gesundheitsleistungen angeboten. Die Präventionsbehandlung der deutschen Anti-Aging-Medizin ist also auch eine finanzielle Frage.

### **Verantwortung für gesundes Altern soll neu justiert werden**

Das Präventionskonzept der deutschen Anti-Aging-Medizin zielt auch darauf, das Gesundheitswesen zu verändern. Die Verantwortung für gesundes Altern soll zwischen Individuum und Sozialstaat neu verteilt werden:

Einerseits sollen umlagefinanzierte Gesundheitskosten reduziert werden, indem der Einzelne mehr Eigenverantwortung für gesundheitliche Alterungsrisiken übernimmt. Mehr Eigenverantwortung wird derzeit in vielen Kontexten gefordert. Was verstehen die Anti-Aging-MedizinerInnen genau darunter? Unter Eigenverantwortung wird nicht nur eine gesunde Lebensführung verstanden, sondern auch die finanzielle Eigenverantwortung für die Inanspruchnahme der selbstzahlenden Präventionsmaßnahmen. „In vielen Argumentationen wird Eigenverantwortung als der einzige Ausweg aus der Krise des Gesundheitswesens dargestellt“, sagt Spindler. Das aber nicht nur aus finanziellen Gründen; die Individualisierung von Gesundheitskosten wird häufig auch als eine gerechtere Form von Solidarität zwischen den Generationen verstanden, weil es einen Großteil der Belastung jüngerer Generationen abbaut und auf die Verursacher zurückverlagert. Die Prävention erfährt deshalb tendenziell eine stärkere sozioethische Verpflichtung.

Der Sozialstaat wird andererseits nicht mehr in der Pflicht gesehen, Prävention als eine vierte Säule des Gesundheitswesens zu etablieren und zu tragen. Seine Verantwortung sieht die deutsche Anti-Aging-Medizin lediglich darin, die BürgerInnen zum Management ihrer gesundheitlichen Alterungsrisiken zu aktivieren und den Markt für selbstzahlende Gesundheitsleistungen zu deregulieren.

### **Anti-Aging-Medizin als Heilmittel alternder Gesellschaften?**

„Was ist an diesem Entwurf der Anti-Aging-Medizin problematisch, und warum?“ fragt Spindler. Es gilt, eine Reihe von Aspekten zu berücksichtigen.

Erstens: „Lassen sich mit diesem Konzept tatsächlich gesundheitliche Alterungsrisiken besser kalkulieren und managen?“ Aus medizinischer Sicht ist das zumindest sehr fraglich, sagt Spindler. ExpertInnen sehen hier noch großen Diskussionsbedarf. Eine belastbare Antwort ist allerdings fundamental, da das gesamte Konstrukt der Anti-Aging-Bewegung darauf angewiesen ist, dass präventive Diagnostik und die anschließend getroffenen Maßnahmen den Einzelnen tatsächlich befähigen, seine Alterungsrisiken wirksam zu kontrollieren. Zukünftig könnte dieser Präventionsansatz z. B. durch neue Erkenntnisse der biologischen Altersforschung besser fundiert

sein. Ob Anti-Aging problematisch ist oder nicht, entscheidet sich jedoch nicht nur an der Frage, ob die Behandlungen wirkt oder nicht. Zusätzlich bestehen auch komplexe ethische Probleme:

Zweitens: Ist die Sichtweise, die von der Anti-Aging-Medizin auf das Altern eingenommen wird, aus sozialwissenschaftlicher und sozialgerontologischer Perspektive stichhaltig, oder wird der Blick zu stark verengt? Auch hier sieht Spindler Schwierigkeiten: Die Risikokonstruktion der Anti-Aging-Medizin liegen stereotype, auf negative körperliche Aspekte konzentrierte Altersbilder zu Grunde. Soziologische Untersuchungen zeigen aber, dass ältere Menschen eine sehr heterogene Gruppe sind, dass das Altern nicht nur ein körperlicher, sondern ein multidimensionaler Prozess ist und dass die Alterung sowohl mit Schwächen als auch mit Stärken einhergeht. Empirische Belege weisen auch darauf hin, dass alte Menschen ihre Lebensqualität an weitaus mehr Faktoren festmachen als nur an körperlicher Funktionsfähigkeit, darunter psychische und soziale Aspekte.

Drittens: Das Behandlungskonzept ist natürlich auch ökonomisch motiviert. Das ist weder neu noch per se problematisch. Allerdings lässt sich eine deutliche Ökonomisierung der Behandlungssituation, der Gesundheitsförderung insgesamt und auch eine Kommodifizierung von Gesundheit an sich ausmachen. Warum ist das problematisch? Weil ökonomische Interessen stärkeren Einfluss auf die medizinische Praxis bekommen und die ungleichen Verteilung ökonomischer Ressourcen dadurch noch stärker zum Tragen kommt als bisher. Auf noch allgemeinerer Ebene ist das Problem, dass ein Zusammenhang besteht zwischen dem kapitalistischen Ideal von Leistung und Altersdiskriminierung.

Zuletzt ist natürlich auch das zugespitzte Konzept von Eigenverantwortung aus zwei Gründen problematisch. Erstens „liegt der Alterungsverlauf nur zum Teil in der Verantwortung des Einzelnen“. Krankheit im Alter ist eben nicht immer das Resultat von „Passivität und Verantwortungslosigkeit“. Komplexe biologische, umweltbezogene und soziale Faktoren spielen eine Rolle. Entsprechend kann der Einzelne auch nur begrenzt verantwortlich sein. Geht man davon aus, dass der gesundheitliche Alterungsverlauf sich völlig selbst kontrollieren ließe, steht zudem schnell der Verdacht im Raum, dass Menschen, die im Alter Krankheit und Gebrechlichkeit erfahren, dies durch schlechte Lebensführung selbst verschuldet haben. Dies kann Frage nach der Finanzierung von der Gesundheitskosten im Alter aufwerfen, die besonders kritisch sind, wenn zwischen den Folgekosten selbst verschuldeter und nicht beeinflussbarer Erkrankungen unterschieden wird. Zweitens sind die Ressourcen für die geforderte Eigenverantwortlichkeit für Gesundheit im Alter ungleich verteilt. Nicht jeder kann sich die teure Behandlung leisten. Die Verpflichtung auf eine selbstzahlende Präventionsmedizin ist deshalb kein gerechteres Konzept intergenerationeller Solidarität, sondern benachteiligt große Bevölkerungsgruppen.

### **Perspektiven für gesundes Altern**

Abschließend fragt Spindler, was man aus dieser Kritik an Anti-Aging für die allgemeine Diskussion über Alter und Gesundheit ableiten kann. Aus sozialgerontologischer und ethischer Perspektive besteht Spindler zufolge „die größte Herausforderung darin, die Gestaltung von Gesundheit im Alter – gerade, wenn Sachzwänge zu bestehen scheinen – an folgenden Leitplanken auszurichten“:

Die Lebensphase Alter sollte in ihrer Heterogenität und Multidimensionalität wahrgenommen und gestaltet werden. Stärken und Schwächen des Alter(n)s müssen dabei gleichermaßen Berücksichtigung finden. Die Vorstellung von gutem Leben im Alter(n), die unseren Umgang mit dem Alter(n) leitet, sollte nicht auf Gesundheit und Funktionsfähigkeit reduziert sein. Insbesondere

psycho-soziale, umweltbezogene und politische Aspekte von Lebensqualität im Alter sollten berücksichtigt und Sterben und Tod nicht ausgeblendet werden.

Die Verantwortung für Gesundheit im Alter muss so zwischen Individuum und Sozialstaat verteilt sein, dass bestehende Ungleichheiten nicht verschärft werden und Chancenungleichheiten solidarische ausgeglichen werden. Mehr gesundheitliche Eigenverantwortung kann als ein Klugheitsgebot durchaus gefördert werden. Sie lässt sich aber nicht mit guten Gründen als eine Bürgerpflicht fordern. Zudem müssen die Grenzen dessen, was mit einer gesunden, aktiven Lebensführung zu erreichen ist, realistisch eingeschätzt werden. Es ist wichtig, auf diese Weise von vornherein und offen zu bestimmen, was präventive Altersmedizin leisten kann und was außerhalb ihrer Möglichkeiten liegt. Gerade wenn eine hohe finanzielle Eigenleistung verlangt wird, ist diese Ehrlichkeit wichtig.

Was die Ökonomisierung betrifft, darf über den Ausbau des Marktes für individuelle Gesundheitsleistungen die Verteilungsgerechtigkeit nicht in den Hintergrund geraten. „Und wir müssen kritisch fragen, inwieweit wir den Wert eines Menschen von seiner volkswirtschaftlichen Leistungsfähigkeit abhängig machen möchten“, fordert Spindler.

### **Diskussion**

Kern der Diskussion war die Frage, wie viele Ressourcen die Gesellschaft für Gesundheitsleistungen zur Verfügung stellen will. In Verbindung mit Regelungsbedarf bei der Zuteilung dieser Leistungen bestimmen diese Fragen die Diskussion um die Knappheit finanzieller Ressourcen im Gesundheitssystem. Der Pflegenotstand, der sich am Horizont abzeichnet, weist zudem auf die mögliche zukünftige Problematik des Personalmangels hin. Insbesondere im Hinblick auf zukünftig höheren Bedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen ist es wichtig, einen gesellschaftlichen Konsens darüber zu finden, was, für wen, in welchen Fällen und in welcher Weise finanziert werden soll.

Ebenso wichtig wie die konkreten Diskussionsergebnisse ist die Öffentlichkeit dieser Debatte, denn sie betrifft in ihrer Vielseitigkeit jeden Einzelnen. Bisher wird sie zu einem großen Teil verdeckt geführt, sagt Radbruch, zum Beispiel wenn politisch festgelegt wird, dass die Krankenkassenbeiträge nicht steigen dürfen – eine verkappte Rationierung.

Gerade wenn es um die letzten Lebenswochen geht, deren Beginn man im Voraus nicht kennt, besteht allerdings, so der Konsens, kaum Spielraum für Rationierung. Heinemann kritisiert, dass die ökonomische Problematisierung dieses besonders teuren Behandlungszeitraums der falsche Ansatzpunkt für Optimierungen im Gesundheitswesen ist. In unserem westeuropäischen Begründungssystem besitzt jeder einen Anspruch aus der Solidarversicherung, ganz unabhängig davon, wie viel oder wie lange er eingezahlt hat oder wie teuer die Behandlung ist. Außerdem berührt insbesondere das Lebensende die grundgesetzlich verankerte Menschenwürde, die eine Pflicht zur medizinischen Hilfe begründet, die von der Allgemeinheit erfüllt werden muss.