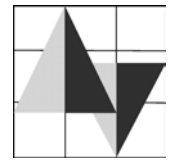


# Rostocker Zentrum

zur Erforschung des Demografischen Wandels

Direktoren: Prof. Dr. Gabriele Doblhammer-Reiter · Prof. James W. Vaupel, Ph.D.



Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels  
Konrad-Zuse-Str. 1 · D-18057 Rostock

## „Medizin-Ethik in alternden Gesellschaften“ am 21.11.2013

Jürgen Graalman, Geschäftsführender Vorstand AOK-Bundesverband

### **Demografische Alterung führt nicht zu einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen**

Spricht man über die Auswirkungen des demografischen Wandels auf das Gesundheitswesen, ist schnell von einer Ausgabenexplosion die Rede. Doch die demografische Entwicklung trifft die gesetzliche Krankenversicherung nicht so stark, wie oft angenommen. Für die Kostenprognose der Krankenversicherung ist nicht der wachsende Anteil der Älteren an der Bevölkerung relevant, sondern das Verhältnis von gesunden Versicherten zu Versicherten mit gesundheitlicher Beeinträchtigung. Dank des medizinischen Fortschritts, der verbesserten Hygiene und des gestiegenen Lebensniveaus sind heute Lebensjahre im Alter immer öfter gesunde Lebensjahre. Die demografische Entwicklung wird auf der GKV-Ausgabenseite daher nur mit einer Steigerung von etwa 0,4 Prozent pro Jahr vorhergesagt – eine überschaubare Belastung. Für eine zukunftssichere Finanzierung des Gesundheitswesens ist daher nicht Rationierung in Form von Leistungsausschlüssen und hohen Zuzahlungen notwendig, sondern Rationalisierung: der Abbau von Ineffizienzen und die Ausrichtung des medizinisch-technischen Fortschritts am Nutzen für die Patienten. In Anbetracht von Fragen der Finanzierung und Infrastruktur wird zudem oft übersehen, dass sich in einer alternden Gesellschaft auch die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung selbst ändern. So wünschen sich beispielsweise ältere Patienten eine intensivere und verständlichere Kommunikation mit dem Arzt. Die Frage, wie die medizinische Versorgung in einer alternden Gesellschaft grundsätzlich aussehen soll, erhält zu wenig Aufmerksamkeit.

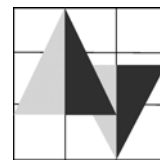


Prof. Dr. Thomas Heinemann, Mitglied des Deutschen Ethikrates, Professor für Ethik, Theorie und Geschichte der Medizin, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar

### **Das Gesundheitssystem ist nicht auf alte Patienten eingerichtet**

Alter und Krankheit sind grundsätzlich zu unterscheiden. Altersbedingten körperlichen Einschränkungen kommt in der Regel kein objektiver Krankheitswert zu. Allerdings erkranken Menschen im Alter häufiger, manche Erkrankungen sind altersassoziiert, und sowohl die Krankheitssymptome als auch der Umgang der Betroffenen mit der Erkrankung können sich mit altersbedingten Einschränkungen in komplexer Weise verbinden. Diese Zusammenhänge gewinnen für alte Menschen in der gegenwärtigen, vor allem auf ökonomische Effizienz ausgerichteten deutschen Krankenhausmedizin erhebliche Bedeutung. Denn nicht nur dauern Heilungsprozesse im Alter länger, auch können alte Patienten oft dem zeitlich eng getakteten Alltag im Krankenhaus kommunikativ und prozedural nicht gerecht werden. Oftmals bedürfen alte Patienten daher im Krankenhaus besonderer Hilfe und erhöhter zeitlicher Zuwendung. Dies drückt sich auf Seiten des Krankenhauses in längeren Liegezeiten, verstärktem Personalbedarf und in verlängerten Prozessabläufen aus. Unter den gegenwärtigen Bedingungen laufen alte Menschen Gefahr, nicht mehr ins „System Krankenhaus“ zu passen und daher eine in spezifischer Weise vulnerable Gruppe darzustellen. Dieses Problem, das vor dem Hintergrund der





demografischen Alterung systematischen Charakter besitzt und zudem offenbar nicht nur auf alte Menschen beschränkt ist, wirft grundsätzliche ethische Fragen auf, an denen sich viele der gegenwärtigen Zielvorstellungen in der deutschen Krankenhausmedizin messen lassen müssen.

Christoph Radbruch, Vorstandsmitglied des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbands



### **Gesellschaftlicher Konsens über das medizinisch Notwendige**

Die Gesellschaft muss sich darüber verständigen, was sie als medizinische Grundversorgung vorhalten kann und will. Was ist unter dem Prinzip der Gleichbehandlung medizinische Notwendigkeit und was ist Wahlleistung entsprechend der Prioritäten des Patienten? Aktuell werden Entscheidungen über die Notwendigkeit medizinischer Behandlungen im Spannungsfeld von Kostendruck und medizinischer Verantwortung dem behandelnden Arzt zugewiesen. Die Entscheidung, die ein Arzt trifft, muss jedoch nicht gesellschaftlicher Konsens sein. Hier müssen Ethikkommissionen stärker involviert werden. Wir alle müssen offen darüber diskutieren, wer die letztendliche Macht haben soll, das medizinisch Notwendige zu entscheiden: die Politik, die Krankenkassen, der Patient, oder der Arzt. Finanzfragen dürfen dabei nicht ausgeblendet werden.

Dr. Mone Spindler, Internationales Zentrum für Ethik in den Wissenschaften, Universität Tübingen



### **Mehr Eigenverantwortung für gesundheitliche Alterungsrisiken?**

Die deutsche Anti-Aging-Medizin zielt nicht mehr darauf, die Alterung zu verhindern. Vielmehr soll durch die Prävention gesundheitlicher Alterungsrisiken gesundes Altern ermöglicht werden. Herkömmlichen Anti-Aging-Maßnahmen – insb. Lifestyle Maßnahmen, Nahrungsergänzung, Hormonersatztherapien und ästhetischen Behandlungen – wird hierfür eine individuelle Risikodiagnostik vorgeschaltet. Die Risikodiagnostik soll ermöglichen, gesundheitliche Risiken durch personalisierte medizinische und lebensstilbezogene Maßnahmen besser managen zu können. Das Ziel ist dabei auch, das Gesundheitswesen zu verändern: Der Einzelne soll mehr Eigenverantwortung für seine gesundheitlichen Alterungsrisiken übernehmen. Dies wird häufig als einziger Ausweg aus der Krise des Gesundheitswesens gesehen, aber auch als gerechtere Form intergenerationaler Solidarität.

Neben der strittigen Frage, ob sich gesundheitliche Alterungsrisiken mit diesem Konzept tatsächlich besser managen lassen, bestehen auch ethische Probleme: U. a. ist die Vorstellung guten Alter(n)s, an der das Behandlungsziel ausgerichtet ist, stark auf körperliche Gesundheit fokussiert. Auch bringt das pointierte Konzept von Eigenverantwortung soziale Benachteiligung mit sich und trägt nicht ausreichend dem Umstand Rechnung, dass der Alterungsverlauf nur zum Teil in der Verantwortung des Einzelnen liegt.

Aus sozialgerontologisch-ethischer Perspektive besteht die größte Herausforderung des Gesundheitssystems darin, die Gestaltung des Alter(n)s an folgenden ethischen Leitplanken auszurichten: *Erstens* sollte die Lebensphase Alter in ihrer Heterogenität und Multidimensionalität wahrgenommen und gestaltet werden. Lebensqualität im Alter sollte nicht auf Gesundheit und Funktionsfähigkeit reduziert werden. *Zweitens* sollte die Verantwortung für Gesundheit im Alter so zwischen Individuum und Sozialstaat verteilt sein, dass bestehende Ungleichheiten nicht verschärft, sondern verringert werden. Die Frage, wie wir das Alter(n) gestalten wollen, sollte *drittens* nicht nur von ExpertInnen diskutiert werden, sondern gemeinsam mit älteren Menschen und Pflegeleistenden.