

**„Medikalisierung des Alterns“
„Gerontologisierung der Medizin“?**

Bedeutung und Wandel des Alterns
im Horizont der modernen Medizin

29.-31. Oktober 2009
Paulinerkirche (Vortragsraum),
Papendiek 14,
37073 Göttingen

Universitätsmedizin Göttingen
Abt. Ethik und Geschichte der Medizin
Humboldtallee 36
37073 Göttingen
Tel.: 0551-39-9316

INHALTSVERZEICHNIS

Eva Birkenstock	
Endlichkeit als Schicksal und Chance - Die Ambivalenz des Alterns aus philosophischer Sicht	3
Gunnar Duttge	
Die Rolle von Altersverständnissen im Medizinrecht	5
Hans-Jörg Ehni	
Kann man noch sinnvoll von einer Pathologisierung des Alterns sprechen?	7
Tobias Eichinger	
Survival of the fittest: Anti-Aging-Medizin als Gesundheitsoptimierung ohne Grenzen?	8
Stefan Felder	
Gesundheitssystem und demografischer Wandel	9
Gabriele Meyer	
Herausforderungen für Pflege und Gesundheitsversorgung in einer alternden Gesellschaft	10
Heiner Raspe	
Priorisierung und demographischer Wandel als Herausforderungen der Zukunft	12
Daniel Schäfer	
Medikalisierung des Alterns in der Frühen Neuzeit? Historische Aspekte der medizinischen Auseinandersetzung mit dem Altern	14
Nils Schneider	
Das Lebensende als Herausforderung für Medizin und Gesundheitssystem	15
Astrid Stuckelberger	
Anti-Ageing Medicine or the New Paradigm in Medical Technology & Ageing	16
Silke van Dyk	
Fit ohne Ende – gesund ins Grab? Kritische Anmerkungen zur Trias Alter, Gesundheit, Prävention im Lichte aktueller sozialstaatlicher Debatten	18
Markus Zimmermann - Acklin	
Altersrationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen	19
Teilnehmerliste	21

Eva Birkenstock

Endlichkeit als Schicksal und Chance

Die Ambivalenz des Alterns aus philosophischer Sicht

Die Rolle des Menschen als Lebewesen, das sich außer der natürlichen Welt auch eine komplexe soziale, theoretische und moralische Welt schaffen konnte, wird von einem fundamentalen Zwiespalt zwischen dem Notwendigen (Natur) und dem Möglichen (Kultur, Wissenschaft, Moral) durchzogen.

Vor 500 Jahren sprach Pico della Mirandola vom *Chamäleon* bzw. vom Menschen als *Bildhauer* seiner selbst und der Notwendigkeit, diese Gestaltungsfreiheit in moralische Wertschöpfung zu verwandeln. Heute scheint sich der Schwerpunkt von der Arbeit an *moralischer Vervollkommnung* eher zum physischen *enhancement* zu verlagern, zur Verbesserung, Optimierung, Potenzierung eines von der Natur nur mangelhaft ausgestatteten Produkts: Wir werden älter und gesünder, haben Techniken und Medikamente gegen Alterserscheinungen und unterziehen das Leben vom ersten Anfang an einer zunehmend strengen Qualitätskontrolle. Viele der Verbesserungen sind das Ergebnis wissenschaftlichen Fortschritts im Namen der Vermeidung von Leid, doch es besteht auch die Gefahr, dass bei der Suche nach Optimierung der Fokus zu stark auf kurzfristige und egozentrische Motive verengt wird. Unsere Doppelnatur als Natur- und Geistwesen macht es uns oft schwer, uns mit der eigenen Endlichkeit abzufinden, und unser reflexives Bewusstsein, das dazu führt, dass wir uns wie mit den Augen eines Anderen betrachten können, regt zur Selbstkritik an. Weil wir über uns hinaus denken können, weil unser potentiell unendlicher Geist, wie Kierkegaard sagt, in Synthese mit einem endlichen Körper lebt, kann die Endlichkeit als Zumutung empfunden werden. Dazu kommt, dass die Alterung des Körpers oft als phasenverschoben, nämlich als *zu schnell*, gegenüber der individuellen psychologischen Alterung erlebt wird, woraus sich ein scheinbarer Anspruch auf „Korrektur“ ableitet. Diese erstreckt sich keineswegs nur auf den Bereich des Ästhetischen, sondern auch des Genetischen und führt z.B. zur *Life-Extention*-Forschung, deren Verfechter eine Ausdehnung der Lebensspanne von bis zu 300 Jahren für möglich halten. Während noch bis vor 200 Jahren das *Wünschbare*, nämlich das allgemeine Erreichen des Alters als kaum *machbar* galt, müssen wir heute fragen, ob das vielleicht biotechnisch *Machbare* auch wirklich *wünschbar* ist.

Einerseits nötigt die Inzidenz typischer Alterserkrankungen wie Diabetes II, Parkinson, Arthrose oder Demenz aus Gründen der Leidenslinderung bzw. -vermeidung zu steigenden

Investitionen in diesem Bereich, andererseits wird aber auch der Wandel gesellschaftlicher Idealbilder oft von Vertreter/inne/n einer innovativen Anti-Aging-Medizin herangezogen. Sie sehen sich als Pioniere im Kampf gegen die Diktatur der Zeit und als Befreier aus dem Gefängnis körperlicher Defizite. Was bei der Medikalisierung des Alterns tendenziell vernachlässigt wird, sind die sozialen und psychologischen Komponenten: Die ersten wären immer in Betracht zu ziehen, um eine einseitige Verengung auf pharmazeutisch-technische Maßnahmen zu vermeiden; die anderen könnte helfen, eine alternative Sichtweise zu übernehmen. Wenn das „tatsächliche“ Alter und seine körperlichen Defizite nicht mit dem „gefühlten“ Alter übereinstimmen, liegt das möglicherweise, wie J. Hillman diagnostiziert, eher an einem Mangel an Reife und einer Ablehnung der Chancen, die das Altern in dieser Hinsicht bietet.

Die Rolle von Altersverständnissen im Medizinrecht

Auf dem Weg in eine „Seniorenengesellschaft“ wird die Frage dringlich, welche Schutzmechanismen die deutsche Rechtsordnung für ältere und alte Menschen bereitstellt, welche Rolle Altersgrenzen spielen und ob insbesondere die Sorge vor einer „Altersdiskriminierung“ hinreichend Beachtung gefunden hat. Art. 3 des Grundgesetzes enthält ein generelles Gleichbehandlungsgebot sowie spezielle Benachteiligungsverbote für vulnerable oder minoritäre Grundrechtsträger. Das Kriterium „Lebensalter“ ist hier jedoch weder explizit (Abs. 3 S. 1) noch implizit (im Kontext einer „Behinderung“, Abs. 3 S. 2) einbezogen. Gleichwohl wird man ein altersbezogenes Diskriminierungsverbot als Ausprägung von Menschenwürde und Gleichbehandlung verfassungsrechtlich verankert sehen müssen, wie es die – freilich bisher nicht unmittelbar rechtlich bindende – Charta der Grundrechte der Europäischen Union ausdrücklich enthält (Art. 21 Abs. 1; siehe auch Art. 25: „Die Union anerkennt und achtet das Recht älterer Menschen auf ein würdiges und unabhängiges Leben und auf Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben“). Auf der einfachgesetzlichen Ebene hat das Benachteiligungsverbot „aus Gründen des Alters“ seinen Niederschlag im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (2006) gefunden (Art. 1, 19).

Im Bereich des Medizinrechts gibt es jedoch keine speziellen Schutzvorschriften, dezidiert bezogen auf ältere und alte Menschen, sondern allein Rechtssätze für einwilligungsunfähige Erwachsene und Minderjährige. Diskriminierungsgefahren lauern im therapeutischen ebenso wie Forschungskontext; es gelten daher Besonderheiten sowohl hinsichtlich der objektiven Risikodimension als auch der „subjektiven Legitimation“ bei fehlender Einwilligungsfähigkeit, die sich auch bei Minderjährigen (abweichend vom Zivilrecht) nicht an starren Altersgrenzen orientiert. Ergänzend zur Entscheidung des gesetzlichen Vertreters (Eltern bzw. Betreuer) beansprucht bei Arzneimittelprüfungen auch der natürliche Wille des Einwilligungsunfähigen Beachtung (§ 40 Abs. 4 Nr. 3 AMG für Minderjährige, § 41 Abs. 3 Nr. 2 AMG für nichteinwilligungsfähige Erwachsene); da das MPG ein solches Vetorecht zugunsten von einwilligungsunfähigen Personen nicht vorsieht (vgl. §§ 20 Abs. 4 Nr. 4, 21 Nr. 2), ist – insbesondere mit Relevanz für sonstige Bereiche medizinischer Forschung – Grundlage und Ausmaß der Subjektstellung von Angehörigen jener vulnerablen Gruppen jenseits der kategorialen Grenze der Einwilligungsfähigkeit prinzipiell unklar. Dies zeigt sich auch im therapeutischen Kontext in Fällen, in denen Kinder bzw. alte Menschen eine

Behandlung aus „unvernünftigen Gründen“ ablehnen. Die Frage nach Lösungen jenseits einer Zwangsbehandlung oder einer Verletzung der Fürsorgepflicht harrt noch ihrer Beantwortung.

Hans-Jörg Ehni

Kann man noch sinnvoll von einer Pathologisierung des Alterns sprechen?

Die Biomedikalisierung des Alterns zeichnet sich laut Kaufmann et al. vor allem durch zwei Trends aus. Altern werde als pathologisches Phänomen bzw. als medizinisches Problem konstruiert und eine Forschungsagenda entstände, deren Ziel es sei, die biologischen Grundlagen des Alterns zu klären, um Eingriffsmöglichkeiten aufzuzeigen. Problematisch sei dabei, dass Altern mehr und mehr lediglich als Verfallsprozess aufgefasst werde, den es mit den Mitteln einer neu entstehenden High-Tech-Medizin aufzuhalten gelte. Diese Argumentation beruht darauf, dass Altern zu Unrecht „pathologisiert“ wird.

Ob eine Dichotomie zwischen biologischem Altern und Krankheit aufrecht erhalten werden kann, ist jedoch umstritten. Befürworter und Gegner dieser Dichotomie sind dabei nach Blumenthal jeweils mit einer grundlegenden Schwierigkeit konfrontiert. Die Befürworter müssten zeigen, wie biologisches Altern sich definitiv von pathologischen altersassoziierten Erkrankungen unterscheiden lässt. Die Gegner stünden vor der Aufgabe, kausale Erklärungen für altersassoziierte Erkrankungen auf der Ebene der zellulären und molekularen Veränderungen zu finden, die in Verbindung mit der Seneszenz stattfinden.

In diesem Zusammenhang soll zunächst ein Versuch dargestellt werden, vom Boorse'schen Krankheitsbegriff her, biologisches Altern als nicht-pathologisch zu verstehen. Leonard Hayflick formuliert einen einflussreichen Versuch, eine Grenze zu pathologischen Phänomenen von der Definition des Alterns her zu formulieren. Es zeigt sich, dass dem Aspekt der „Universalität“ eine Schlüsselrolle bei beiden Abgrenzungsversuchen zugeschrieben wird. Dieser Aspekt wird daher im Kontext der neueren biogerontologischen Erklärung des biologischen Alterns durch die „disposable soma“-Theorie betrachtet, die ebenfalls auf die kausale Erklärung altersassoziiierter Erkrankungen abzielen.

Abschließend wird die Frage gestellt, ob aufgrund dieser verschiedenen definitiven Ansätze die Prävention von altersassoziierten Erkrankungen von der Verlangsamung des biologischen Alterns klar zu unterscheiden ist. Es wird dafür argumentiert, dass das nicht der Fall ist und dass in dieser Hinsicht zu Unrecht von einer „Pathologisierung“ des Alterns die Rede ist. Das entscheidende Problem in diesem Kontext ist nicht, ob eine unangemessene, einheitliche „pathologisierte“ Sichtweise des Alterns etabliert wird, sondern welche neuen Möglichkeiten der Alternsmedizin entstehen und wer Zugang zu ihnen hat, bzw. wem der Zugang verweigert wird und mittels welcher Argumentationen.

Survival of the fittest: Anti-Aging-Medizin als Gesundheitsoptimierung ohne Grenzen?

Jenseits utopischer Versprechungen von Altersabschaffung und Unsterblichkeit steht die Anti-Aging-Medizin ganz im Zeichen der Idee von der Machbarkeit eines langen Lebens bei optimaler Gesundheit. Die Zielsetzung, gesundes Altern durch eine Minimierung und Verdichtung von Gebrechlichkeit und Erkrankungen am Lebensende zu erreichen (*compressed morbidity*), erscheint zunächst unproblematisch und medizinisch vernünftig. Doch stellt sich bei näherer Betrachtung der einschlägigen Literatur die Frage nach dem Altersbild und Gesundheitskonzept, das die Anti-Aging-Medizin antreibt und das sie propagiert.

Wie sich zeigt, wird hier durchweg ein reduktionistischer Gesundheitsbegriff zugrunde gelegt, der sich ganz an körperlich-kognitiver Funktionstüchtigkeit orientiert. Gleichzeitig hat Gesundheit einen überaus hohen Stellenwert für die Anti-Aging-Medizin, die gesundes Altern dementsprechend unter die absolute Bedingung des Erhalts jugendlicher Leistungsfähigkeit stellt. Aus diesem Verständnis von Gesundheit ergibt sich eine Form der Pathologisierung des Alters, welches durch seine abnehmende Leistungsfähigkeit als krankhaft (bzw. krankheitsanalog) und damit behandlungsbedürftig gelten kann. Da sich die Anti-Aging-Medizin dabei explizit als Präventivmedizin versteht und damit dem Ansatz der vorsorglichen Minimierung von Risiken verpflichtet ist, soll schließlich das Alter(n) selbst als Hauptrisikofaktor pathologischer Alterserscheinungen vermieden werden. Hier zeigt sich eine aufschlussreiche Parallele des Präventionsgedankens der Anti-Aging-Medizin mit dem Prinzip der Optimierung (Enhancement). Beide Interventionsformen richten sich an gesunde Menschen und folgen einer Steigerungs- und Perfektionslogik, die sie zu prinzipiell unabschließbaren Unternehmungen ohne definierbaren Zielzustand macht.

Es sind erhebliche Zweifel angebracht, ob Anti-Aging-Medizin in diesem Sinne noch als medizinische Praxis verstanden werden kann und nicht vielmehr reine Leistungssteigerung betreibt, die die – zumindest herkömmlichen – Grenzen eines ärztlichen Ethos deutlich überschreitet. Vor allem aber müssen die Auffassungen von Gesundheit und Prävention, auf denen das Selbstverständnis der Anti-Aging-Medizin basiert, einer kritischen Prüfung unterzogen und mit holistischen Entwürfen medizinischer Anthropologie (Gadamer, Vonessen) konfrontiert werden.

Stefan Felder

Gesundheitssystem und demografischer Wandel

Der Anstieg der Lebenserwartung (im 20. Jhdt. 33 Jahre bei den Frauen und 31 Jahre bei den Männern) ist wesentlich dem technischen Fortschritt in der Medizin bei der Bekämpfung lebensbedrohlicher Erkrankungen zu verdanken. Volkswirtschaftlich betrachtet ist der Zugewinn an Lebenserwartung, selbst bei Berücksichtigung der Kosten für Konsum und medizinische Versorgung, ein hoher Wert an sich.

Ökonometrische Analysen zum Einfluss der demografischen Alterung auf die Gesundheitsausgaben bestätigen im Wesentlichen die so genannte Kompressions-Hypothese. Sie gründet sich auf die These, dass die in Querschnittsdaten beobachtbare Differenz in den Gesundheitsausgaben zwischen älteren und jüngeren Versicherten nicht primär die Konsequenz des Lebensalters seien, sondern mit der unterschiedlichen zeitlichen Entfernung zum Tod zusammenhängen: In höheren Altersgruppen befindet sich ein größerer Anteil von Versicherten im letzten Lebensjahr, und bei dem werde – in einem vergeblichen Versuch, den Tod noch abzuwenden – überproportional mehr für die Behandlung aufgewendet als in anderen Jahren. Steigt nun die Lebenserwartung, so verschieben sich die Sterbeziffern in höhere Altersgruppen, es kommt mithin zu einer Komprimierung der Mortalität im hohen Alter, ohne dass die Gesundheitsausgaben insgesamt steigen.

Pflege ist anders: hier ist ein Zusammenhang zwischen demographischer Alterung und Ausgaben zu erkennen. Die demografische Alterung hat große Auswirkungen auf die Finanzierungsseite der Krankenversicherung. Wenn der Anteil der Erwerbsfähigen an der Gesamtbevölkerung sinkt, schrumpft die Bemessungsgrundlage der Beiträge pro Versichertem, so dass der Beitragssatz im Zuge der Alterung steigen muss.

Für den Anstieg der Gesundheitsausgaben entscheidend ist das Zusammenspiel zwischen Einkommensentwicklung und technischem Fortschritt in der Medizin. Die demografische Alterung ist dagegen für die Ausgabenentwicklung zweitrangig.

Gabriele Meyer
Herausforderungen für Pflege und Gesundheitsversorgung
in einer alternden Gesellschaft

Dramatische Darstellungen der Gesundheitsbedrohungen im Alter sind allgegenwärtig und führen zu umtriebigen Präventionsaktionismus und Interventionalismus. In den letzten Wochen haben mehrere Studien bisherige Schreckensprognosen nicht bestätigt. Der einstig vorhergesagte dramatische Anstieg der altersabhängigen Hüftfrakturinzidenz wurde durch hochwertige epidemiologische Studien aus Kanada und den USA widerlegt. Das weit verbreitete Übergewicht ist wahrscheinlich für diese Entwicklung verantwortlich. Hüftfrakturtrend-Analysen aus Deutschland und Österreich fallen ähnlich aus. Beispiel 2: Das übermäßige Körpergewicht der Deutschen ist Gegenstand zahlreicher Kampagnen und eines nationalen „Aktionsplans Ernährung“. Aktuelle Forschungsergebnisse widerlegen die generelle Behauptung, Übergewicht berge gegenüber dem sogenannten Normalgewicht ein erhöhtes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko. Im Alter über 70 Jahre ist Übergewicht gar mit der geringsten Mortalität assoziiert.

Medizinische Unterversorgung hochaltriger Menschen wurde in den letzten Jahren mehrfach in der Fach- und Populärpresse konstatiert. Pflegeheimbewohner seien fachärztlich unterversorgt, so die Schlussfolgerung aus Surveys, die nicht nach klinischen Ergebnissen, sondern der Häufigkeit der Besuche von Fachärzten gefragt hatten. Hausärzte würden zu zurückhaltend Antidementiva verordnen. Auch diese Diskurse sind durch Dramatisierung und weniger durch tatsächliche Abschätzung des klinischen Nutzens und der Notwendigkeit geprägt. So haben die Antidementiva nur moderate Effekte auf in Skalen gemessene Werte, sind teuer, werden schlecht vertragen und weisen geringe Therapietreue auf.

Weniger diskutiert ist die offensichtliche medizinisch-pharmakologische Überversorgung von Pflegeheimbewohnern: 50% bis 75% haben entgegen evidenzbasierten Empfehlungen mindestens eine Verordnung psychotrop wirksamer Medikamente. Sturz- und Knochenbruchgefahr sind bekannte Nebenwirkungen. Für die sehr häufigen Neuroleptika sind erhöhtes Risiko für Schlaganfall und Vorsterblichkeit dokumentiert. Protonenpumpen-Inhibitoren werden in dieser Population nachweislich unnötig oft, zu lange und zu hoch dosiert verordnet. Sie steigern nennenswert das Risiko für Hüftfrakturen. Die zahlreichen sturzpräventiven Programme in Heimen, aufwändige Fortbildungen, Leitlinien zur

Sturzprophylaxe, Kraft- und Balancetrainings und Empfehlungen für Knochen-stärkende Substanzen werden damit ad absurdum geführt. Sturzpräventive Programme ihrerseits treiben bizarre Blüten. Werden doch in fast allen Heimen trotz fehlendem Nutzenbeleg Skalen zur Einschätzung des Sturzrisikos geführt. Auch die hohe Rate an Fixierungen dürfte der Sturzprävention geschuldet sein. Die hier angeführten charakteristischen Beispiele der inszenierten Bedrohung, der Überversorgung und der sich konterkarierenden Versorgungsstrategien, müssen konsequenterweise zu einem Paradigmenwechsel in der Gesundheitsversorgung Älterer führen. Ein auf rigoroser wissenschaftlicher Grundlage basierendes, den Nutzen und die Sicherheit anstatt die teilweise marginale Wirksamkeit fokussierendes, rationales Vorgehen ist unverzichtbar. Die Anwendung der Methoden evidenzbasierter Medizin und Pflege muss auf allen Ebenen der Versorgungsplanung garantiert sein, in Aus- und Fortbildung verankert und Grundlage von Patienten- und Verbraucherinformationen zur informierten Entscheidungsfindung sein. Ältere Menschen sind vor der zunehmenden Medikalisierung und interessengeleiteten Instrumentalisierung ihres letzten Lebensabschnittes zu schützen. Eine würdige Versorgung kann garantiert werden, wenn die offenkundig in den medizinischen Interventionalismus fehlgeleiteten Ressourcen umverteilt werden in die Fürsorge, Ansprache und menschliche Begleitung am Lebensende.

Heiner Raspe

Priorisierung und demographischer Wandel als Herausforderungen der Zukunft

Die sicher nicht knappen aber doch begrenzten Mittel der Gesetzlichen Krankenversicherung Deutschlands geraten immer wieder unter Druck, teils durch Einnahmeausfälle, teils durch Ausgabensteigerungen. Zu diesen wird aller Voraussicht nach auch der doppelte Alterungsprozess unserer Bevölkerung und die damit verbundene Zunahme an notwendigen medizinischen Leistungen für ältere chronisch kranke und oft auch multimorbide Mitbürger beitragen. Es ist mehr als fraglich, ob die sich in Teilbereichen abzeichnende „Kompression der Morbidität“ ausreichende Gegengewichte bereitstellt. Die skizzierte Problematik verschärfend sind neben diesen Transitionen der medizinische Fortschritt und ein verändertes Verhalten von Leistungserbringern und Versicherten.

Damit wird es dringend zu klären, was einem Land, einer Region, einer Einrichtung und schließlich auch einzelnen Ärzten und Patienten in der medizinischen Versorgung wichtig, genauer: vorzugswürdig ist. Diese Frage wäre übrigens auch zu klären, wenn über Deutschland plötzlich ungeahnte Finanzmittel hereinbrächen. In Norwegen begann die Priorisierungsdiskussion 1986 angesichts eines sich abzeichnenden gesellschaftlichen Reichtums („Nordseeöl“).

Mit dem Problem der Priorisierung hat sich die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) in zwei Stellungnahmen auseinandergesetzt. Sie definiert Priorisierung „als die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vor anderen. Ihr Gegenteil wird mit Posteriorisierung bezeichnet. Grundsätzlich führt Priorisierung zu einer mehrstufigen Rangreihe. An deren oberen Ende steht, was nach Datenlage und fachlichem wie öffentlichem Konsens als unverzichtbar bzw. wichtig erscheint, am Ende das, was wirkungslos ist bzw. mehr schadet als nützt. Nicht nur Methoden, sondern auch Krankheitsfälle, Kranken- und Krankheitsgruppen, Versorgungsziele und vor allem Indikationen (d.h. Verknüpfungen bestimmter gesundheitlicher Problemlagen mit zu ihrer Lösung geeigneten Leistungen) können priorisiert werden.“

Das Referat gibt einen Überblick über Ebenen, Typen, Methoden und Instrumente von Priorisierung unter besonderer Berücksichtigung der in Schweden und England gesammelten Erfahrungen. Es grenzt „Priorisierung“ als vorerst rein gedankliche Ordnung ab von

„Rationierung“, worunter die ZEKO „das systematische vorübergehende oder dauerhafte Vorenthalten medizinisch indizierter, d.h. wenigstens überwiegend nützlicher (und prinzipiell verfügbarer) medizinischer Leistungen aus Knappheitsgründen, oft mit dem Ziel einer gerechten Verteilung und unter Anerkennung unterschiedlicher Bedarfe“ versteht. Dabei ist nicht zu verkennen, dass Priorisierung geeignet ist, eine in mehrerer Hinsicht gerechte Rationierung vorzubereiten.

Daniel Schäfer

Medikalisierung des Alterns in der Frühen Neuzeit?

Historische Aspekte der medizinischen Auseinandersetzung mit dem Altern

Anti-Aging dient seit etwa 1985 als populäre „Bezeichnung für Maßnahmen, die zum Ziel haben, die biologische Alterung der Menschen hinauszuzögern, die Lebensqualität im Alter möglichst lange auf hohem Niveau zu erhalten und auch das Leben insgesamt zu verlängern“. Doch anders als der Begriff ist sein semantischer Inhalt keine Erfindung aus der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts, sondern – so eine Grundthese des Beitrags – ein Phänomen, dass in unterschiedlicher Ausprägung zumindest die abendländische Geschichte seit der griechisch-römischen Antike begleitet. Allerdings stellt sich aus historischer Sicht die Frage, ob mit Anti-Aging auch eine Medikalisierung des Alterns einhergeht.

Ausgehend von einer kritischen Darstellung des Medikalisierungsbegriffs (Foucault, Illich) soll überlegt werden, ob sich wenigstens in der normativen Literatur eindeutige Hinweise ergeben, das Alter als Lebensphase nicht nur medizinisch zu deuten, sondern auch einer geregelten Kontrolle zu unterwerfen. Dazu sollen verschiedene Fachprosa-Textsorten der Frühen Neuzeit (Dissertationen, diätetische Traktate, alchemistische *S c h r i f t e n*, Gesundheitsratgeber aus der Zeit der Aufklärung), die sich aus der Perspektive von Ärzten oder medizinischen Laien über Probleme des Alterns und der Lebensverlängerung äußern, stichprobenartig befragt werden. Die um 1700 in der Fachliteratur breit rezipierte These, das Alter sei eine Krankheit, scheint diese Annahme zu stützen. Aber welcher Krankheitsbegriff steht dahinter? Und welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die Medizin (etwa: Herausbildung einer geriatrischen Fachdisziplin; in die Gesellschaft hineinwirkende medizinische Alterskonstrukte)? Kann man mit Kondratowitz (1989) eine Medikalisierung des Alters kurz nach 1800 konstatieren? Oder setzt diese Tendenz erst um 1900 ein, z.B. mit der Auseinandersetzung Ignaz Naschers um eine „Krankheit Alter“, die letztlich zur Institutionalisierung der Geriatrie führte?

Die offene Erörterung dieser Fragen am historischen Beispiel soll den Blick für eine kritische Analyse moderner Konzepte von Alters-Medikalisierung öffnen.

Das Lebensende als Herausforderung für Medizin und Gesundheitssystem

Der demographische Wandel hat erhebliche Auswirkungen auf das Krankheitsgeschehen in der Gesellschaft. So steht das Gesundheitssystem vor der Herausforderung, eine zunehmende Zahl älterer Menschen mit unheilbaren chronischen Erkrankungen zu versorgen. Auch wenn die bis ins hohe Alter vorhandenen präventiven Potenziale besser ausgeschöpft und weitere Fortschritte bei innovativen Therapien erzielt werden, wird nicht zu verhindern sein, dass mit weiterem Anwachsen der Lebenserwartung chronische, alterstypische Erkrankungen die Gesundheitsversorgung noch stärker als bereits heute bestimmen werden.

Die meisten Todesfälle ereignen sich in Folge chronisch-progredienter Erkrankungen. Die Betroffenen leiden in fortgeschrittenen Stadien oftmals unter Symptomen wie Schmerzen, Schwäche, Angst und Luftnot. Hinzu kommen nicht selten Verlusterlebnisse, soziale Destruktion und Isolation. Der Versorgungsbedarf ergibt sich in diesen Situationen weniger aus einer bestimmten Krankheitsdiagnose, sondern vielmehr aus der Summe an Symptomen und Problemen auf medizinischer, pflegerischer, psychosozialer und spiritueller Ebene.

Ein Versorgungskonzept, das sich explizit diesen Herausforderungen annimmt, ist Palliative Care. Es hat in den letzten Jahren in Öffentlichkeit, Politik und Wissenschaft wachsende Beachtung erfahren. Bislang wird dabei jedoch stark auf die Gruppe der Krebspatienten fokussiert, während die Bedürfnisse ältere Menschen mit nicht-onkologischen Erkrankungen in diesem Zusammenhang vergleichsweise wenig Beachtung finden.

Im Spannungsfeld von Entwicklungen im Gesundheitswesen, Spezialisierungen in der Medizin, Partikularinteressen unterschiedlicher Gruppen und Bedürfnissen von Angehörigen und Patienten werden aktuelle Fragen der Versorgung älterer Menschen im letzten Lebensabschnitt diskutiert.

Astrid Stuckelberger

Anti – Ageing Medicine or the New Paradigm in Medical Technology & Ageing

The characteristics of technological progress - from biotechnologies to assistive devices onto engineered solutions - is the rapidity of its evolution: what was unthinkable a decade ago is today not only on the “medical market” but more and more in the home of the consumer. While some interventions and products have become part of the daily health care routine, other practices and devices hold high risks for the population or remain science-fiction. Advances in all aspects of medicine, especially in the fundamental metabolic and functional process of aging have led to new findings transforming the traditional concept of physiological decline with age. Today, research in the prevention and treatment of aging symptoms has reached a point where a new paradigm of human development has taken place: reversal of aging symptoms, regeneration processes, human enhancement, body parts replacement, bioengineering and bionic prostheses are a reality. In this context, the case of anti-aging medicine is of particular relevance: it aims, i) on one side to extend human life to its highest limit is reflected in what is called “longevity medicine” or “prolongevity”, and ii) on the other hand, to prevent pathological ageing by stopping, slowing down or reversing the phenomena linked to the ageing process. Biological and clinical findings are proliferating along with a growing market of technological medicine and products, from therapeutic cloning, stem cells, genomics, human engineering, biogerontology to dietary supplements, to engineered solutions for a smart home and age-friendly environment.

Beside the debate on the scientific evidence, anti-aging medicine questions our way of considering the “norm” of the ageing process. The new paradigm no longer sets ageing as an irreversible decline process leading to pathological conditions, but ageing as a simple machinery marked by time (chronological age), which can be kept to an optimal functioning through high tech interventions.

It is in this context, that a project to review the evidence and risks of anti-aging medicine was conducted with the support of TA-Swiss and the Swiss Academy of Medical Science. This project reviewed scientific theories and finding as well as clinical practices in Switzerland, Japan and the USA. The objective was to bring light to what interventions and products are efficient, not efficient or at high risks, what are the socio-economic and ethical consequences and what recommendations could be drawn for the Swiss government, the medical profession

and the consumers. Through this study, the presentation will explore the rise of a new paradigm in ageing and discuss some of its implications.

Silke van Dyk

(in Zusammenarbeit mit Stefanie Graefe)

Fit ohne Ende? - gesund ins Grab? Kritische Anmerkungen zur Trias Alter, Gesundheit, Prävention im Lichte aktueller sozialstaatlicher Debatten

Alter und Altsein werden traditionellerweise eher mit ‚Krankheit‘ und ‚Verfall‘ und weniger mit ‚Aktivität‘ und ‚Gesundheit‘ assoziiert. Genau hier zeichnet sich seit einiger Zeit ein Paradigmenwechsel ab, der vielfältige Ursachen hat: die systematische Erweiterung des Bedeutungsfeldes von Gesundheit, die ‚Entdeckung‘ der sozialökonomischen Ressourcen älterer Menschen durch die Politik, die längere aktive Lebenserwartung und nicht zuletzt die Tatsache, dass aktuell und zukünftig Alte immer weniger bereit sind, sich auf Hinfälligkeit, Passivität und Abhängigkeit reduzieren zu lassen. Vor diesem Hintergrund scheint es erstmal schlicht begrüßenswert zu sein, dass sowohl gerontologische Fachdebatten als auch biomedizinische Techniken und Konzepte die Möglichkeit adressieren, dank aktiver Prävention am eigenen Leib (Anti-Ageing) gar nicht, später oder wenigstens langsamer zu altern. Doch es handelt sich um eine äußerst doppelgesichtige Ermächtigung der ‚aktiven Alten‘ im Spannungsfeld von Gesundheitsindustrie, Risikoprivatisierung und Demografiedebatte einerseits, theoretischen Ent- und Re-Naturalisierungen des Alters andererseits. In unserem Beitrag unterziehen wir diesen Zusammenhang einer kritischen Betrachtung und zeigen, dass Strategien, Konzepte und Techniken der Prävention des Alter(n)s sowohl neue Handlungsspielräume eröffnen, als auch neue Restriktionen einführen.

Altersrationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen

Über das Alter als Kriterium zur Festlegung von Leistungsbeschränkungen in der Gesundheitsversorgung wird zu Recht umstritten diskutiert. Ist es gerecht (oder zumindest weniger ungerecht als die Anwendung anderer Kriterien), unter den Bedingungen von Knappheit Patientinnen und Patienten den Zugang zu nützlichen Maßnahmen aufgrund ihres Alters einzuschränken? De facto besteht heute in der Schweiz eine implizite (ungeregelte) Altersrationierung:

Alte Menschen gehören neben chronisch und psychisch Kranken, Rehabilitationspatienten, Menschen mit Behinderungen und Angehörigen gesellschaftlicher Randgruppen offensichtlich zu den Verlierern im Verteilungswettbewerb um den Zugang zu den Ressourcen im Gesundheitswesen.

In einem ersten Teil werden der Knappheits- und Rationierungsbegriff kurz geklärt. In den Debatten ist von zweierlei Formen von Knappheit die Rede, von einer vorgegebenen oder existenziellen, die es anzuerkennen, und einer hergestellten, die es gerecht zu gestalten gilt. Mit Rationierung sind implizite oder explizite Mechanismen gemeint, die dazu führen, dass einem Patienten oder einer Patientin nützliche Leistungen nicht zur Verfügung stehen.

Im zweiten Teil geht es um eine kritische Prüfung der ethisch relevanten Pro- und Contra-Argumente. *Zugunsten* der Berücksichtigung des Alterskriteriums wird beispielsweise betont, dass das Leben eine natürlich vorgegebene Länge habe, die es anzuerkennen gelte; dass vernünftige Menschen im Rahmen einer klugen Lebensplanung das Alter berücksichtigen würden; dass das Alter das gerechteste soziale Kriterium darstelle, weil es alle gleichermaßen treffe; dass die explizite Altersrationierung eine private Absicherung für das Alter ermögliche. *Gegen* die Altersrationierung spricht, dass die Berücksichtigung des chronologischen, vom biologischen Alter häufig abweichenden Alters oft kontraintuitiv sei; dass sie als eine Form unberechtigter Ungleichbehandlung als diskriminierend zurückzuweisen sei; dass alte Menschen den speziell vulnerablen Gruppen angehören und daher besonderen Schutz verdienen; dass bei der Behandlung hochaltriger Menschen keine nennenswerten Beträge einzusparen seien; dass sich die Unterscheidung zwischen palliativen und kurativen Leistungen praktisch kaum umsetzen lasse und dass die Durchsetzung einer expliziten Altersrationierung politisch kaum eine Chance hätte.

Im dritten Teil werden einige naheliegende Schlussfolgerungen formuliert und zur Diskussion gestellt: Zu warnen ist sowohl vor einem „eudaimonistischen Fehlschluss“ als auch vor einer Verstärkung der bereits heute bestehenden Diskriminierung alter und sehr alter Menschen. Altersrationierung bietet keine sinnvolle, gerechte oder praktikable Lösung des Problems der steigenden Ausgaben für die gesundheitliche Versorgung. Kennzeichen einer guten Gesellschaft ist vielmehr, dass besonderer Wert auf eine menschengerechte Sorge um die alten Menschen, besonders die pflegebedürftigen unter ihnen, gelegt wird. Friedrich Breyer warnt allerdings zu Recht: Falls weiterhin ausschließlich an der impliziten Rationierung festgehalten wird und sein Vorschlag zur Altersrationierung ohne Alternative bleibt, werden diejenigen benachteiligt werden, die ihre Interessen am wenigsten durchzusetzen wissen. Alleine aufgrund der demographischen Entwicklung ist darum die Suche nach alternativen Rationierungskriterien zu intensivieren.

Teilnehmerliste

Referenten

Dr. Eva Birkenstock
Ruprechts-Karl-Universität Heidelberg
Institut für Gerontologie

Prof. Dr. Gunnar Duttge
Georg-August-Universität Göttingen
Abteilung für strafrechtliches Medizin- und Biorecht

Dr. Hans-Jörg Ehni
Eberhard-Karls-Universität Tübingen
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin

Tobias Eichinger, M.A.
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin

Prof. Dr. Stefan Felder
Universität Duisburg-Essen, Campus Essen
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, insb. Gesundheitsökonomik

Prof. Dr. Gabriele Meyer
Universität Witten/Herdecke
Institut für Pflegewissenschaften

Dr. Harry Moody
Director of Academic Affairs
American Association of Retired Persons, Washington, D.C.

Prof. Dr. Heiner Raspe
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Institut für Sozialmedizin, Lübeck

Prof. Dr. Daniel Schäfer
Universität Köln
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin

Dr. Nils Schneider
Medizinische Hochschule Hannover
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung

Prof. Dr. Elisabeth Steinhagen-Thiessen
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Forschungsgruppe Geriatrie

Dr. Astrid Stuckelberger
Centre Médical Universitaire Geneve
Institut de Médecine Sociale et Préventive

Dr. Silke van Dyk
Friedrich-Schiller-Universität Jena
Institut für Soziologie

Dr. Markus Zimmermann-Acklin
Universität Luzern
Institut für Sozialethik

Diskutanten

Dipl. Marion Bär
Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg / NAR-Kolleg Heidelberg
Institut für Gerontologie

Béatrice Bowald
Schweizerische Nationalkommission Justitia et Pax, Bern

Claudia Bozarro, M.A.
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Philosophisches Seminar

Dr. Michael Denking
Bethesda Geriatriische Klinik Ulm

Dr. Hans-Georg Hofer
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
Medizinhistorisches Institut

Dipl. Meggi Khan-Zvornicanin
CharitéCentrum 1 für Human- und Gesundheitswissenschaften Berlin
Graduiertenkolleg "Multimorbidität im Alter"

Dr. des. Christina May
Universität Münster
Institut für Politikwissenschaft

Dr. Christine Meyer
Universität Lüneburg
Institut für Sozialpädagogik

Dr. Simone Moses
Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart

Anastasia Rojek
Universitätsmedizin Göttingen
Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin

Dr. Sonja Rothärmel
Universität Augsburg
Institut für Gesundheits- Bio- und Medizinrecht

Silvia Schnorrer
Georg-August-Universität Göttingen
Philosophisches Seminar

Prof. Dr. Kurt Seelmann
Universität Basel
Juristische Fakultät / Lichtenberg-Kolleg der Universität Göttingen

Dr. Susanne Wurm
Deutsches Zentrum für Altersfragen Berlin

Moderatoren

Prof. Dr. Frank Adloff
Freie Universität Berlin
John-F.-Kennedy-Institut für Nordamerikastudien

Prof. Dr. Silke Schicktanz
Universitätsmedizin Göttingen
Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin

Mark Schweda, M.A.
Universitätsmedizin Göttingen
Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin

Dr. Heiko Stoff
Technische Universität Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig
Abteilung für Geschichte der Naturwissenschaften mit Schwerpunkt Pharmaziegeschichte

Prof. Dr. Claudia Wiesemann
Universitätsmedizin Göttingen
Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin