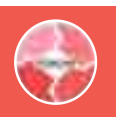


Medizinischer Fortschritt in einer alternden Gesellschaft – **Medizinische Aspekte**

PROF. DR. MED. DR. PHIL. DR. THEOL. H.C. ECKHARD NAGEL, UNIVERSITÄT BAYREUTH



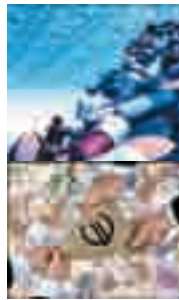
M eine Aufgabe ist es, über den medizinischen Fortschritt in einer alternden Gesellschaft zu sprechen und dabei die medizinischen Aspekte besonders zu betonen. Auf der einen Seite habe ich als ausgebildeter Arzt und tätiger Transplantationschirurg mit dem medizinischen Fortschritt relativ viel zu tun. Und auf der anderen Seite bin ich Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bayreuth, in dem Studenten in Gesundheitsökonomie ausgebildet werden und ich immer wieder mit den finanziellen Aspekten des medizinischen Fortschritts konfrontiert werde. Ich habe meine Überlegungen in drei Abschnitte unterteilt. Erstens geht es mir um den als Explosion des Machbaren wahrgenommenen medizinischen Fortschritt. Zweitens soll die Frage behandelt werden, inwieweit knappe Ressourcen dazu führen, dass der medizinische Fortschritt und die Veränderung innerhalb unserer Gesellschaft problematische Beziehungen miteinander eingehen. Hier gilt es, nach konkreten Lösungen zu suchen. Drittens versuche ich zu klären, inwieweit beim alternden Menschen der medizinische Fortschritt mit anderen Fragen einhergeht, als etwa bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Explosion des Machbaren

Ich beginne mit der Explosion des Machbaren. Man kann feststellen, dass wir eine steigende Lebenserwartung unserer Bevölkerung haben. Die meisten älteren Menschen, die ich erlebe, sehen im Alter etwas Positives. Primär hat der medizinische Fortschritt also positive Auswirkungen auf unser gesellschaftliches Umfeld. Denn es ist keineswegs so, wie immer wieder vermutet wird, dass diese Lebensverlängerung erkaufte wäre mit Multimorbidität und schlechter Lebensqualität. Selbstverständlich bringt es die höhere Lebenserwartung mit sich, dass wir alle früher oder später mehr oder weniger mit Krankheit werden leben müssen.

Was sind die Vorstellungen, die wir mit medizinischem Fortschritt verbinden? Fortschritt in der Medizin wird im Wesentlichen als etwas begriffen, das Erkenntnisgewinn bringt – und dies wird in der Regel als positiv wahrgenommen. Wir wollen gerne wissen, wie Stammzelle X sich unter bestimmten Gesichtspunkten verhält und das Ergebnis begreifen wir dann als Fortschritt. Dabei ist es zunächst irrelevant, ob es sich dabei tatsächlich um einen medizinischen Fortschritt handelt. Das kommt erst sehr viel später zum Tragen. Wenn wir hier vom medizinischen Fortschritt sprechen, dann von dem, der sich auf die Gesundheit oder Krankheit der Menschen konkret auswirkt. Es stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien oder Anreizsystemen sich dieser Fortschritt entwickelt. Sicher ist dabei nicht nur der Forscherdrang des Einzelnen maßgeblich. Es geht immer auch um das im Wissenschaftssystem Machbare. Was sind dabei die wesentlichen Punkte? Wenn wir zum Beispiel die jüngsten Entwicklungen in der Pharmakotherapie betrachten, dann können wir

Medizinischer Fortschritt



Quelle: Nagel

Medizinischer Fortschritt stellt heute das dominierende Anreizsystem im Gesundheitswesen dar

Innovationen stehen im Wettbewerb um die bestmögliche Behandlung und damit um die zur Verfügung stehenden Ressourcen



Medizinischer Fortschritt soll Erkenntnisgewinn bringen.

sagen, dass wir in einer für Ärzte dankbaren Zeit leben. Zwischen der Zeit, in der ich mein Studium abgeschlossen habe und heute liegt ein großer medizinischer Fortschritt in diesem Bereich. Nehmen wir als Beispiel die Situation bei HIV: Wer hätte sich vor 20 Jahren vorstellen können, dass es heute eine substantielle Therapie bei HIV gibt, die tatsächlich zu einer Lebenserwartung führt, die vergleichbar ist mit der bei anderen weit weniger schwerwiegenden Viruserkrankungen? Keiner von uns hätte sich das wirklich vorstellen können.

Medizinischer Fortschritt und seine Konsequenzen

Nehmen wir als weiteres Beispiel das Leben mit einem künstlichen Organ. Klinische Studien zeigen, dass es für diejenigen Patienten, die nicht mehr transplantiert werden können, möglich ist, mit dem künstlichen Herz die annähernd volle Leistungsfähigkeit wieder herzustellen.

Es gibt neue diagnostische Verfahren und neue Medikamente. Dabei stellt sich die Frage, ob die personalisierte oder individualisierte Medizin dazu führen wird, dass viele therapeutische Strategien, die wir heute haben und in vielen Fällen bisher nicht wirksam sind, am Ende vielleicht nicht mehr verfolgt werden müssen. So könnten auch unnötige Nebenwirkungen vermieden werden. Mit einer individualisierten pharmakogenetischen Diagnostik könnten am Ende nur noch die therapiert werden, die tatsächlich von einer Therapie auch profitieren. Das sind spannende Entwicklungen, die für die einzelnen Gruppen sehr hilfreich sein werden.

Aber auch Umfeldentwicklungen in anderen Bereichen, wie zum Beispiel in der Informationstechnologie,

können eine positive Auswirkung auf die medizinische Versorgung haben. So hat beispielsweise die elektronische Gesundheitskarte das Potenzial, durch besseren persönlichen Informationszugriff zu vermeiden, dass Komplikationen auftreten und dazu beizutragen, dass Menschen besser für ihr eigenes Wohlergehen sorgen können.

Das sind alles Beispiele für den medizinischen Fortschritt, die gar nicht hoch genug eingeschätzt werden können. Selbstverständlich ist medizinischer Fortschritt nur dann ein Fortschritt, wenn er sich als Add-on-Technologie darstellt – also zusätzlichen Nutzen, zusätzliche Behandlungsmöglichkeiten und damit Therapieoptionen eröffnet. In selteneren Fällen mag das auch für eine

Ökonomische Konsequenzen des Fortschritts



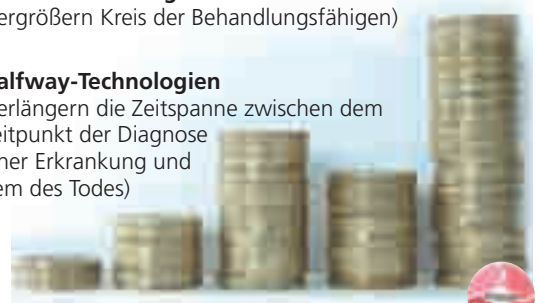
Prozessinnovationen (machen bestehende Behandlungsoptionen kostengünstiger)



Add-on-Technologien (vergrößern Kreis der Behandlungsfähigen)



Halfway-Technologien (verlängern die Zeitspanne zwischen dem Zeitpunkt der Diagnose einer Erkrankung und dem des Todes)



Quelle: Nagel



Die ökonomischen Folgen des medizinischen Fortschritts können sich in unterschiedlichen Dimensionen ausdrücken.

schnellere oder nur einmalige Applikation eines Medikamentes so gesehen werden. In der Regel müssen wir bei medizinischem Fortschritt davon ausgehen, dass am Ende auch die Kosten steigen. Zusätzliche Behandlungsmöglichkeiten verbrauchen auch mehr Ressourcen.

Ich möchte die Frage des medizinischen Fortschritts im Hinblick auf ältere Menschen fokussieren. Geht die Explosion des Machbaren tatsächlich mit Fortschritt einher? Ich möchte dazu einige Beispiele vorstellen.

Der erste Punkt ist der Aspekt der geriatrischen Einrichtungen. Selbstverständlich ist die Veränderung der Lebenserwartung und auch der demographischen Struktur unserer Gesellschaft damit verbunden, dass sich die Gesundheitsversorgung den neuen Begebenheiten anpassen muss.

Ich kann mich noch daran erinnern, dass in der Chirurgie Mitte der 80er Jahre ein 70-jähriger Patient als jemand wahrgenommen wurde, der in die Kategorie ‚älterer Patient‘ fiel. Heute ist für uns ein 70-Jähriger keineswegs ein älterer Patient, er ist ein Durchschnittspatient. Das Spektrum älterer Patienten beginnt heutzutage bei etwa 80 bis 85 Jahren – erst bei dieser Alterskohorte diskutieren wir immer wieder mal, ob eine Operation sinnvoll oder weniger sinnvoll ist. Bei einem 70-jährigen Patienten dagegen kämen wir heute gar nicht mehr auf die Idee, darüber zu diskutieren, ob das Alter Beschränkungen der Therapieoptionen mit sich bringt.

Chirurgie für Betagte und Hochbetagte

Eine weitere Frage drängt sich auf: Wie verhält es sich mit der Pharmakotherapie bei einem 80-Jährigen – was ist der Unterschied im Vergleich zu klinischen Studien, die alle über 65-Jährigen von vorne herein ausschließen, weil sie nicht mehr als Studienkandidaten gelten? Die Frage sei erlaubt, ob das ein sinnvolles Vorgehen ist. Hier gibt es Erkenntnisbedarf – und dieser Bedarf wird zum Teil durch eine ganze Reihe zusätzlicher Einrichtungen gedeckt. Allerdings muss man feststellen, dass der kontinuierliche Aufbau geriatrischer Abteilungen und Einrichtungen erstaunlicherweise zum Halten gekommen ist. Haben wir hier schon das gewünschte Versorgungsniveau erreicht, obwohl die Zahl älterer Menschen weiter steigt? Das ist eine Entwicklung, die man kritisch hinterfragen sollte.

Ein zweiter Punkt, den ich vorstellen möchte, betrifft die Transplantationsmedizin. Auch hier gibt es den Trend, dass immer mehr ältere Personen dialysiert werden. Ich

erinnere mich an Experimente, die damals in der Medizinischen Hochschule Hannover bei Professor Pichlmayr durchgeführt worden sind: Da hieß es immer, ein Organ eines über 50-Jährigen verträgt eine Konservierung eigentlich nicht. Aber wir haben 13.000 Patienten auf den Wartelisten, die auf eine Nierentransplantation in Deutschland warten. Auch an den Wartelisten lässt sich die demografische Entwicklung ablesen. Dort wird man viele Patienten über 65 Jahre finden, die zumindest theoretisch transplantiert werden könnten. Es sind dazu Experimente vorgenommen worden, die durchaus positiv

Chirurgie für Betagte und Hochbetagte

Bypass mit 85 – auch alte Herzen profitieren:

Hohes Alter sollte aus medizinethischer Sicht nicht von vornherein als Ausschlusskriterium für eine Bypass-OP gesehen werden

Da jedoch Komplikationen im Alter häufiger entstehen, ist ein intensives Arzt-Patient-Gespräch über Chancen und Risiken vonnöten

Neue neuroradiologische Möglichkeiten (z.B. SPECT oder PET) machen es heutzutage möglich, die Patientengruppe zu selektionieren, die am meisten profitiert und die, die gefährdet ist

Quelle: Nagel



Die Definition dessen, was ein älterer Patient ist, hat sich in eine andere Alterskohorte verschoben.

Chirurgie für Betagte und Hochbetagte

Wissenschaftliche Studien belegen:

Herzchirurgische Operationen im hohen Alter zeigen gute Ergebnisse im kurz- und langfristigen Bereich mit einer Verbesserung der Lebensqualität

Rich MW. et al (1988): Morbidity and mortality of coronary bypass surgery in patients 75 years of age or older. *Ann Thorac Surg* 46:638-644.

Akins CW. et al (1997): Cardiac operations in patients 80 years old and older. *Ann Thorac Surg* 64: 606-615.

Davis MD. et al (2004): Open Heart Surgery in Patients 85 Years and Older. *J Card Surg* 19: 7-11.

Quelle: Nagel



Die Studienlage zeigt vielfältige Belege dafür, in welchem Ausmaß sich die Lebensqualität von über 80-Jährigen verbessert.

verlaufen sind. Man kann auch die Niere eines 70-, 75- oder 80-Jährigen entnehmen und sie mit gutem Erfolg transplantieren. Und wenn man dies tut, dann ist es sinnvoll, das Organ nicht gerade einem 20- oder 25-jährigen Empfänger zu implantieren. Wir haben heute spezielle Verteilungsverfahren, die wir früher nur aus der Transplantationsmedizin für Kinder kannten – also alte Organe für alte Patienten. Das hat zur Folge, dass die Wartezeit für einen über 65-Jährigen deutlich geringer geworden ist. Diese Entwicklung macht deutlich, dass es im Hinblick auf die medizinischen Möglichkeiten tatsächlich positive Veränderungen gegeben hat.

Ein weiteres Beispiel aus der Herzchirurgie – der Bypass bei über 85-Jährigen. Bei früheren Chirurgenkongressen kam es nicht selten zu einem Konflikt. Während Ordinarien auftraten und solche Operationen als Heroen-Taten verkauften, haben Kollegen abgewunken und gesagt, dass sei Unsinn. Und sie gingen noch weiter: Solchen Kollegen müsse man eigentlich das Operieren verbieten. Die Situation ist heute so, dass wir feststellen können, dass sehr wohl ein großer Prozentsatz dieser Menschen tatsächlich auch wieder sozial reintegriert werden kann. Es ergibt sich also keineswegs die Situation, dass diese Menschen dann dauerhaft pflegebedürftig werden. Wissenschaftliche Studien zeigen: Im Jahr 1988 wurde eine solche Operation bei über 75-Jährigen gemacht, 1997 bei über 80-Jährigen und 2004 bei über 85-Jährigen. Man kann das fortschreiben und vermuten, wie entsprechende Publikationen im Jahr 2011 aussehen werden.

Chirurgie als Schritt zur regenerativen Medizin

Wie sieht es aber bei Erkrankungen aus, die einen unmittelbaren Bezug zum Alter haben – wenn es also sozusagen um den ‚Verschleiß‘ unseres Körpers geht, insbesondere unserer Gelenke? Die Alternative, die es dazu gibt, ist heute nicht mehr die Amputation. Auch das war in vielen Fällen noch in den 60er und 70er Jahren die einzige Möglichkeit, chronische Schmerzen oder aber auch Veränderungen wie Durchblutungsstörungen zu beheben: Die Alternativen sind heute die Arthroplastik, also rekonstruktive Operation, der Ersatz durch körperfremdes Material.

Wenn man sich die Operationsstatistiken ansieht, vor allem in der Unfallchirurgie und Orthopädie, dann

Medizinischer Fortschritt und Altersmedizin



Je mehr Krankheiten behandelt werden, umso mehr haben die Menschen Gelegenheit, andere, bisher weniger verbreitete Krankheitsbilder zu entwickeln

„Wir haben in Deutschland mit die höchsten Raten an Nierenkranken in der ganzen Welt, aber nicht, weil unsere Medizin so schlecht ist, sondern weil sie so gut ist.“

W. Krämer, 1997

Quelle: Nagel Albrecht Dürer (1510): „Der kranke Dürer“



Der Fortschritt der Medizin erzeugt immer neue Behandlungsoptionen und neuen Behandlungsbedarf.

schießen die Zahlen in die Höhe und sie werden in den nächsten Jahren weiter steigen. Eine Veränderung, die wir in der Chirurgie gar nicht so gerne sehen – gerade im Hinblick auf die Verteilung von Ressourcen.

Das gilt auch für den Bereich der regenerativen Medizin. Natürlich wäre es sinnvoller, sich beginnende Veränderungen im Sinne der Degeneration mit vitalem Material, also mit Stammzellen, zu behandeln. Und das zu einem Zeitpunkt, wo tatsächlich eine Regenerationsfähigkeit des Organismus noch vorliegt. Man kann, wenn man die Biologie des Menschen anschaut, davon ausgehen, dass das auch bis ins hohe Alter funktioniert.

Da wir alle noch bis ins hohe Alter Stammzellträger sind, und Regenerationsprozesse dauerhaft und stetig vonstatten gehen, wird meines Erachtens die regenerative Medizin für die Zukunft ein wesentlicher Fortschritt sein. Ein wichtiges Beispiel ist die Neurologie. Dort haben wir mit der Zunahme des Alters viele Patienten mit degenerativen Erkrankungen, die es zu behandeln gilt. Bei Alzheimer und Morbus Parkinson findet sich in den Krankheitsstatistiken eine steigende Morbidität mit zunehmendem Alter der Bevölkerung. Gleiches gilt für onkologische Erkrankungen. Bei Schmerz, Migräne, Bewegungsstörungen, neuromuskulären Erkrankungen – in all diesen Bereichen gibt es positive Entwicklungen, die gerade ältere Menschen betreffen.

Ich möchte abschließend noch hinweisen auf ein Beispiel adjuvanter Medizintechnik, das unseren Alltag heu-

te stärker betrifft als viele andere Dinge: den Rollator. Ich war kürzlich mit meinen Kindern auf dem Spielplatz und habe dort Großeltern mit Rollatoren beobachtet. Im Internet findet man mittlerweile 600 verschiedene Modelle mit unterschiedlicher Ausstattung zu ganz unterschiedlichen Preisen. Sie haben unzweifelhaft zur Mobilität vor allem der älteren Bevölkerung beitragen können. Das hat auch die gesetzlichen Kassen belastet. Allerdings empfinde ich diese ursprünglich schwedische Erfindung im Hinblick auf die Versorgung alter Menschen außerordentlich positiv. Sie erreichen dadurch eine Beweglichkeit, die sie ansonsten nicht hätten.

Ich könnte weitere begeisternde Beispiele von medizinischem Fortschritt in Einzelfällen darstellen – und Zuhörer würden irgendwann ermüden und einwenden, dieser Fortschritt bringe auch Probleme mit sich. Der Einwand lautet: Welche Konsequenzen hat dieser Fortschritt für die knappen Ressourcen, die uns zur Verfügung stehen? Oder allgemeiner: Was hat dieser gesellschaftliche Wandel überhaupt für Folgen?

Medizinischer Fortschritt, knappe Ressourcen und gesellschaftlicher Wandel

Wenn Sie morgens in einer Stadt wie Bad Kissingen spazieren gehen, dann haben Sie das Gefühl, dass dieser gesellschaftliche Wandel durchaus Folgen hat. Damit möchte ich mich jetzt beschäftigen. Einer unserer Kollegen, der Gesundheitsökonom Walter Krämer aus Dortmund, hat bereits 1997 postuliert, dass wir mit dem medizinischen Fortschritt in eine Fortschrittsfalle laufen. Denn mit dem demografischen Wandel entstünden viele Krankheiten, die anderenfalls nicht entstanden wären. Damit erzeuge die Medizin sich selber immer neuen Handlungsbedarf. Der Jungbrunnen, von dem wir alle träumen, der sei tatsächlich eine Fortschrittsfalle. Insofern müsse man umkehren. Dieser Wunsch wird an vielen Stellen vernehmbar vorgetragen – in aller Regel von jungen Menschen, die das Gefühl haben, Krankheit liege noch weit vor ihnen. Selten wird der Wunsch nach Umkehr von älteren oder direkt Betroffenen vorgetragen.

Es gibt sehr unterschiedliche Sichtweisen, mit denen man sich auseinandersetzen muss, abhängig davon, in welcher Situation man sich befindet, ob Sie jemand sind, der von einer Krankheit betroffen ist, ob Sie Angehöriger eines Kranken sind oder aber jemand, der lediglich

Krankenversicherter ist und der sich mit der Frage von Krankheit noch gar nicht auseinandergesetzt hat.

Mit Blick auf die These von Krämer müsste man feststellen, dass wenn die moderne Medizin zu einer beständigen Medikalisation der Bevölkerung führt, am Ende alle Menschen nur noch mit dem Pillendöschen herumlaufen und keiner mehr Herr seiner eigenen Lebenssituation ist. Also Medikalisation der Bevölkerung versus Kompression. Denn die Kompressionsthese ist die Gegenhypothese: Durch den medizinischen Fortschritt werden Krankheiten auf einen späteren Zeitpunkt verschoben. Es gibt keine eindeutige Antwort und nicht ausreichend Daten, um zu entscheiden, welche der beiden Hypothesen definitiv zutrifft. Was man aber feststellen kann, ist, dass wahrscheinlich die zweite Hypothese – die Kompressionsthese – tatsächlich eher zutrifft, und zwar nicht nur in Deutschland, sondern in allen westlichen Nationen.

Man muss es aber gar nicht auf westliche Nationen eingrenzen. Egal ob man auf China, Indonesien oder Malaysia schaut, überall findet man dieselben demografischen Entwicklungssituationen, wie in der so genannten westlichen Welt. Die strukturellen Implikationen sind eindeutig: Was bedeutet es für die Lebensgestaltung jedes Einzelnen, wenn man davon ausgehen kann, dass man heute mit 65 Jahren tatsächlich noch ein Viertel seiner Lebenserwartung vor sich hat? Das ist eine völlig andere Situation als noch vor 20 oder 25 Jahren.

Implikationen für das Gesundheitswesen

Unabhängig von der direkten medizinischen Versorgung, ist zu konstatieren: Pflegebedürftigkeit wird aus ethischer und ökonomischer Sicht zu einem Thema. Aber auch die Gesellschaftsstruktur verändert sich, weil die Arbeits- und Lebensbedingungen sich verändert haben, weil familiäre Kontexte nicht mehr so tragfähig sind wie früher, weil Lebensarbeitsverhältnisse sich verändern. Und dieser neue Kontext führt dazu, dass man, ähnlich wie beim medizinischen Fortschritt, das Älterwerden vor allem als finanzielles Problem sieht. Ich finde das ausgesprochen unerfreulich und eine ökonomisch verengte Sichtweise.

Im Hinblick auf konkrete Daten haben jüngere Menschen einen anderen Blick auf Kosten, solange sie nicht krank werden. Das gilt für ältere Menschen nicht. Natürlich verursachen sie mehr Kosten, um zum Beispiel mit chronischer Erkrankung ein Jahr zu überleben. Ein weite-

Medizinischer Fortschritt – Angaben zur Abhängigkeit des Lebensalters

| Altersgruppen | Gesundheitsausgaben für Überlebende* | Gesundheitsausgaben für Sterbende* |
|------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| 60 bis unter 65 | 3 620,05 | 88 552,67 |
| 65 bis unter 70 | 3 777,67 | 76 105,54 |
| 70 bis unter 75 | 4 017,74 | 58 606,24 |
| 75 bis unter 80 | 4 331,67 | 45 062,95 |
| 80 bis unter 85 | 4 669,31 | 35 242,50 |
| 85 bis unter 90 | 5 007,00 | 27 552,57 |
| 90 bis unter 95 | 5 639,18 | 20 098,00 |
| 95 bis unter 100 | 7 749,33 | 11 217,27 |

*(Durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben im Jahr in DM)

Quelle: Kruse A, Knappe E, Schulz-Nieswandt F, Schwartz FW, Wilbers J, Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten? 2003



Die Gesundheitsausgaben für Überlebende und für Sterbende entwickeln sich bei zunehmendem Lebensalter gegenläufig.

res Beispiel für die stark ökonomische Sichtweise findet sich bei der Einführung der Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs. Man konnte etliche Beiträge lesen mit dem Tenor: Können wir uns es leisten, im Hinblick auf nur 100 oder 200 neuerkrankte Frauen pro Jahr eine millionenschwere Investition vorzunehmen?

Ich würde gerne jeden, der das schreibt, zu mir auf die Station einladen und zu einer Patientin mit Zervixkarzinom bringen und ihn dann fragen, ob es sich gelohnt hätte, eine entsprechende Investition vorher getätigt zu haben. Das mag blauäugig, sehr plakativ und unter Umständen eine nicht durchzuhaltende Argumentation sein: Dennoch müssen beide Seiten gesehen werden, die positive als auch die problematische Seite.

Altersmedizin als ärztliche und pflegerische Herausforderung

Ich möchte noch auf die Frage der Versorgung in der Geriatrie eingehen. Die Geriatrie sollte als Pflichtfach auch in die Innere Medizin integriert und die wissenschaftliche Forschung in diesem Bereich sollte ausgeweitet werden. Aus unterschiedlichen Gründen lässt sich dies nicht einfach durchsetzen – vielleicht auch, weil die Geriatrie nicht unbedingt im Fokus der Aufmerksamkeit steht. Natürlich ist es hoch befriedigend, wenn ich ein Kind operiere und

Altersmedizin als persönliche, ärztliche und pflegerische Herausforderung



Für eine menschenwürdige Spitzenmedizin ist es notwendig, **die persönliche und menschliche Dimension** in die medizinische Versorgung integrieren zu können

Kurative und palliative Therapie darf nicht auf ein „**technisches**“ oder „**finanzielles Problem**“ reduziert werden

Quelle: Nagel



Eine Altersrationierung verstößt gegen den grundgesetzlich verbürgten Würdeschutz.

am Ende hat das Kind eine normale Lebenserwartung. Natürlich ist es eine besondere Herausforderung, bei einem 40-Jährigen wieder eine Restitutio ad integrum zu erreichen. Das verändert sich, wenn ich bei einem 85- oder 90-jährigen Patienten mit der Frage konfrontiert werde: Lohnt sich das noch? Das ist eine Frage, die sehr stark auf einen Patienten orientiert ist. Ganz unabhängig von den finanziellen Aspekten, die diejenigen, die diese Patienten betreuen, bewegt. Insofern ist es meines Erachtens eine besondere Herausforderung, ein Gleichgewicht der Positionen in einer sehr stark rationalisierten und auf Effizienz getrimmten Medizin zu realisieren. Gerade in der Palliativmedizin dürfen die Handlungsoptionen nicht unter dem Aspekt einer Kosten-Nutzen-Relation gesehen werden. Für mich stellt sich die Frage, inwieweit Kosten-Nutzen-Relationen tatsächlich über alle Altersgrenzen hinweg anwendbar sind. Die Frage nach dem Würdeschutz stellt sich in der Geriatrie viel stärker als in anderen Bereichen der medizinischen Entwicklung. In der Vergangenheit hat das Thema Altersrationierung dem einen oder anderen vor allem dazu gedient, sich ins politische Rampenlicht zu stellen.

Eine Altersrationierung verstößt gegen den grundgesetzlich verbürgten Würdeschutz. Ich hätte vor einiger Zeit gesagt, so etwas wie Altersrationierung gibt es in Deutschland nicht. Ich muss mich aber korrigieren, und

zwar, weil die obersten Richter im Land bestätigt haben, dass Altersrationierung im Zusammenhang mit medizinischer Versorgung durchaus rechtlich nachvollziehbar und sinnvoll ist. Dabei beziehe ich mich auf die Frage der In-vitro-Fertilisation (IVF). Hier ist bestätigt worden, dass eine Altersgrenze von 40 Jahren legitim ist und dass eine gesetzliche Krankenversicherung eine entsprechende Behandlung älterer Menschen nicht mehr bezahlen muss. Insofern müssen wir die Frage der Altersrationierung durchaus noch mal anders diskutieren.

Ärztliche Aufgaben in der Geriatrie

Das bedeutet nicht, dass es nicht gute Argumente geben kann, bestimmte Patienten von bestimmten Behandlungen auszuschließen. Es gibt sehr gute Argumente zu sagen, aus medizinischen Gründen verbietet sich eine entsprechende Behandlung. Aber ob tatsächlich ein Alterskriterium dabei wirksam werden sollte, muss aus meiner Sicht nochmals gesondert diskutiert werden.

Schließlich stellt sich die Frage, inwieweit die Medizin auch den letzten Weg im Leben – Stichwort Hospiz oder Palliativmedizin – tatsächlich begleiten sollte. Dieser Diskussion hat sich die Medizin erst in den letzten 20 Jahren geöffnet. Vom Selbstverständnis des medizinischen Behandlungsauftrages gehört die Sterbephase nicht in den Behandlungskontext der Ärztinnen und Ärzte. Hier haben sich aber die Umstände deutlich geändert. Doch dies ist nicht nur eine Frage des Alters. Das ist auch relevant für sterbende Kinder, für sterbende Menschen in jedem Alter. Es handelt sich also nicht um einen Aspekt, auf den sich speziell die Altersmedizin fokussieren sollte. Problematisch ist allerdings der Anspruch in der Geriatrie, dass auch dann, wenn eine sinnvolle Therapie nicht mehr möglich ist, Therapieversuche durchgeführt werden sollen.

Hier ergibt sich ein Widerspruch in unserem Rechtssystem zwischen dem Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialrechts und der optimalen Behandlung, die der Bundesgerichtshof fordert. Dieser Widerspruch fördert eine Form von Defensivmedizin, die nicht immer förderlich ist – vermutlich aber auch nicht immer zum Schaden der Patienten gereicht.

Dieses Thema lässt sich nicht allein auf rechtliche Aspekte beschränken, sondern es ist auch mit einer wissenschaftstheoretischen Grundannahme der Medizin ver-

Herausforderung heute – tun oder unterlassen?



BGH: Forderung nach optimaler Behandlung, unter Vernachlässigung ökonomischer Gesichtspunkte

Widerspruch zum Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialrechts (§ 12 SGB V)

Folge: Defensivmedizin – Pflicht zum übermäßigen Einsatz diagnostischer oder therapeutischer Verfahren

Quelle: Nagel

Das Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialrechts und die Vorgaben oberster Gerichte geraten immer öfter in Widerspruch.

bunden, nämlich dass das, was machbar ist, tatsächlich auch gemacht werden sollte. Ich persönlich bin davon überzeugt, dass man auch in der Forschung bestimmte Wege nicht unbedingt beschreiten muss, wenn man das Gefühl hat, dass sie ethisch nicht vertretbar sind. Dennoch kann es nicht die Aufgabe der Medizin sein, sich sozusagen von sich aus Beschränkungen aufzuerlegen.

Ich erinnere mich an eine Tagung in Zürich mit Theologen aus ganz Europa, die mich fragten: „Wo um alles in der Welt, will die Medizin denn noch hin? Jetzt werden die Leute doch schon 90 Jahre, dann muss es doch einmal gut sein.“ Ich habe darauf mit Unverständnis reagiert. Zwar haben wir eine sehr stark naturwissenschaftlich ausgerichtete Medizin. Sie ist aber ganz sicherlich nicht eine Naturwissenschaft, sondern, wenn überhaupt, dann nur eine angewandte Naturwissenschaft. Es kann nicht die Aufgabe der Forschung sein, von sich aus eine fiktive Alterserwartung zu definieren, ab der das Leben dann nicht mehr sinnvoll ist und ab der auch keine weiteren Behandlungen und entsprechenden Forschungen mehr gemacht werden sollten. Daher denke ich, dass wir den ärztlichen Behandlungsauftrag in vollem Umfang ausschöpfen sollten. Die Humanität unserer Gesellschaft zeigt sich daran, inwieweit wir den Menschen unsere Unterstützung geben, die in existentielle Not geraten sind.

.....
**PROF. DR. MED. DR. PHIL. DR. THEOL. H.C.
ECKHARD NAGEL**
.....



hat von 1978 bis 1986 Humanmedizin studiert an den Universitäten Hannover, Vermont (USA), an der Dumfries Royal Infirmary (England), in Grenoble und an der Dartmouth Medical School. In den Jahren 1979 bis 1988 schloss sich in Hannover ein Studium der Philosophie und Geschichte an. Nagel wurde im Mai 1986 als Arzt approbiert. Seine Promotion zum Dr. med. erfolgte 1987, die zum Dr. phil. im Jahr 1995. Im Juni 1999 erhielt er den Ruf auf eine C4-Professur an der Universität Bayreuth. Seit 2008 ist er Mitglied des Deutschen Ethikrats, dem Vorgängergremium gehörte er seit 2001 an. Eckhard Nagel ist 2010 Evangelischer Präsident des 2. Ökumenischen Kirchentages in München.

