

## Gesundheitsversorgung von Menschen im vierten Lebensalter in der Schweiz – Herausforderungen und Perspektiven

«Die Gesundheits- und Sozialpolitik soll sich dafür einsetzen, dass unser von der jetzigen älteren Generation aufgebautes Gesundheitswesen mit seinen gut funktionierenden Spitälern auch in der Zukunft den älteren Menschen dienen kann. Die Zukunft wird altersgerechte und altersfreundliche Kliniken und Spitäler erfordern!»<sup>1</sup>

Die Sicherung einer qualitativ hochstehenden gesundheitlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten in hohem Alter, auch als viertes Lebensalter bezeichnet,<sup>2</sup> ist heute und in naher Zukunft in allen Hochlohnländern der Welt eine Herausforderung. Wirtschaftlicher Wohlstand und technischer Fortschritt haben in den letzten Jahrzehnten dazu beigetragen, dass die durchschnittliche Lebenserwartung in signifikanter Weise zugenommen hat und weiterhin zunimmt. Obwohl sich zugleich auch die behinderungsfreie Zeit im Alter ausdehnt, bringt allein die demografisch bedingte Tatsache, dass die Anzahl der Menschen in sehr hohem Alter in der Schweiz in den nächsten Jahren zunehmen wird, aller Voraussicht nach mit sich, dass zunehmend mehr Menschen pflege- und behandlungsbedürftig sein werden.<sup>3</sup> Neben der dabei notwendigen Hilfe bei basalen Alltagsaktivitäten wie dem Essen, Bekleiden, der Toilette und dem Baden sowie den instrumentel-

---

1 Daniel Grob / Erwin Carigiet, Einleitung der Herausgeber: dies. (Hg.), *Der alte Mensch im Spital – Altersmedizin im Brennpunkt*, Zürich 2003, 13.

2 Zur Definition des hohen oder vierten Alters vgl. den Beitrag von Torsten Meireis im vorliegenden Band, darüber hinaus: François Höpflinger, *Viertes Lebensalter – zur Situation hochaltriger Menschen*, in: Caritas Schweiz (Hg.), *Sozialalmanach 2011. Schwerpunkt: Das vierte Lebensalter*, Luzern 2011, 59–72. Eine systematische Übersicht zum Altersbegriff aus Sicht unterschiedlicher Disziplinen bietet Luzius Müller, *Grenzen der Medizin im Alter? Sozialethische und individual-ethische Diskussion*, Zürich 2010, 70–151.

3 Vgl. François Höpflinger / Lucy Bayer-Oglesby / Andrea Zumbrunn, *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*, Bern 2011, 7f.

len Aktivitäten wie dem Einkaufen, der Hausarbeit oder der Erledigung administrativer Aufgaben geht es im Bereich der Gesundheits- und Krankheitsversorgung im engeren Sinne insbesondere um die angemessene Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Mehrfacherkrankungen sowie demenziellen Störungen.<sup>4</sup>

In der akuteriatriischen Versorgung zeigt sich bereits heute, dass ein Vergütungssystem nach Fallpauschalen, wie es in den Schweizer Akutspitälern mit den SwissDRG<sup>5</sup> im Jahr 2012 eingeführt wurde, weitgehend ungeeignet ist, die stationäre Versorgung von Menschen in sehr hohem Alter finanziell ausreichend zu sichern. Alte Menschen leiden in der Regel gleichzeitig an verschiedenen Krankheiten und lassen sich nicht einzelnen Diagnose- oder Behandlungstypen zuordnen, wie es in einem Fallpauschalensystem vorgesehen ist. Typisch sind vielmehr Kombinationen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck, demenziellen Erkrankungen, Depressionen, Rheuma, Diabetes, Osteoporose sowie Seh-, Geh- und Hörbeeinträchtigungen.<sup>6</sup> Angesichts des materiellen Wohlstands und der grossen regionalen Unterschiede beispielsweise zwischen städtischen und ländlichen Gebieten in der Schweiz ist es wenig erstaunlich, dass heute gleichzeitig Situationen von Unter- und Überversorgung bestehen.<sup>7</sup> Da die Gesundheitsversorgungsforschung in der Schweiz insgesamt erst am Anfang steht und gerontologische Fragen nicht im Zentrum der Aufmerksamkeit einer hochtechnisierten Medizin stehen, liegen bislang kaum repräsentative Angaben zu Versorgungsunterschieden von Patientinnen und Patienten im vierten Alter vor.<sup>8</sup>

4 Vgl. Höpfinger et al. 2011 (Anm. 3), 8 und 13.

5 Das Akronym «DRG» steht für «Diagnosis Related Group», diagnosebezogene Fallgruppe.

6 Vgl. Höpfinger et al. 2011 (Anm. 3), 13.

7 Vgl. Judith Trageser et al., Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens. Studie im Auftrag der Akademien der Wissenschaften Schweiz, Bern 2012, VI–VII; Untersuchungsergebnisse bezüglich der Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität, Geschlecht und Versicherungsstatus bietet eine im Rahmen des NFP 45 «Probleme des Sozialstaats» durchgeführte Studie, vgl. Brigitte Bisig/Felix Gutzwiller (Hg.), Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es eine Unter- oder Überversorgung? Band 1: Gesamtübersicht; Band 2: Detailresultate, Zürich/Chur 2004.

8 Vgl. Bundesamt für Gesundheit, Forschungskonzept Gesundheit 2013–2016, Bern 2012, 22. Vgl. auch Nils Schneider/Katharina Klindtworth, Der letzte Lebensabschnitt: Verläufe, Bedarf und Konzepte aus Sicht der Versorgungsforschung, in:

## I. Fragestellung

Die Rede von der Achtung der Menschenwürde oder von einem würdigen Altern hat zweifellos unterschiedliche Dimensionen und Bedeutungen. Während das Filmen von Menschen mit demenziellen Störungen in blossstellenden und erniedrigenden Situationen, Fälle von Serientötungen in Pflegeheimen oder die unbegründete Anwendung von Zwangsbehandlungen eindeutige Verstösse gegen das auch in der Verfassung verankerte Prinzip der Menschenwürde darstellen, lassen sich Aspekte der Versorgungssicherheit, der Unter- und Überbehandlung oder der Rationierung von eigentlich indizierten Massnahmen meist nur schwierig aufzeigen und in der Regel nur indirekt als eine Missachtung der Menschenwürde, als unwürdige oder demütigende Behandlungen bewerten.

Bei der ethischen Bewertung der auch im klinischen Alltag der Schweiz offensichtlich bestehenden Ungleichbehandlungen aufgrund des Alters von Patientinnen und Patienten<sup>9</sup> sind konkretere Prinzipien wie das Gerechtig-

---

Silke Schicktanz/Marc Schweda (Hg.), Pro Age oder Anti-Aging? Altern im Fokus der modernen Medizin, Frankfurt/M. 2012, 127–144, 127: «Versorgungsforschung ist eine zumindest im deutschsprachigen Raum vergleichsweise junge Disziplin, die als dritter Pfeiler medizinischer Forschung neben biomedizinischer und klinischer Forschung verstanden werden kann. Während letztgenannte vor allem auf artifizielle Studienbedingungen zurückgreifen, bei denen zum Beispiel ältere Patienten mit Mehrfacherkrankungen oftmals ausgeschlossen werden, beschäftigt sich Versorgungsforschung mit der Gesundheits- und Krankheitsversorgung unter Alltagsbedingungen. Gegenstand des Interesses sind dabei unter anderem Patientenbedürfnisse, Einflüsse gesetzlicher Rahmenbedingungen, Einstellungen von Ärzten und anderen Gesundheitsprofessionen, Abläufe an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie Lebensqualität und Zufriedenheit von Patienten.»

9 Vgl. Hilke Brockmann, Why is less money spent on health care for the elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals, in: Social Science & Medicine 55 (2002) 593–680; Brigitte Santos-Eggimann, Is there evidence of implicit rationing in the Swiss health care system?, Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit, Bern 2005; Andreas Schoenenberger et al., Age-Related Differences in the Use of Guideline-Recommended Medical and Interventional Therapies for Acute Coronary Syndromes, in: A Cohort Study: Journal of the American Geriatrics Society 56 (2008) 510–516. – Ungleichbehandlungen aufgrund des Alters von Patientinnen und Patienten können je nach Kontext ethisch sowohl angemessen oder auch unangemessen sein; so kann der Verzicht auf eine Therapie auch aufgrund autonomer Entscheide zustande kommen oder

keits-, Solidaritäts-, Subsidiaritäts-, Bedürfnis-, Vulnerabilitäts-, Kostenefektivitäts-, Vorsorge- und Verantwortungsprinzip heranzuziehen. Bereits diese unvollständige Aufzählung ethisch relevanter Prinzipien zeigt, wie komplex und schwierig eine Beurteilung konkreter Situationen, Handlungen und Strukturen ist, zumal eine solche Bewertung stets auf kulturell geprägten Alters-, Krankheits- und Gesundheitskonzepten sowie kontrovers bewerteten Lebensqualitätskriterien beruht und im hohen Alter zudem stets auch Sinnfragen betrifft.<sup>10</sup>

Um trotzdem einige Antworten auf die Frage herauszuarbeiten, welche Aufgaben sich im Bereich der Gesundheits- und Krankheitsversorgung von hochaltrigen Menschen in der Schweiz heute und in näherer Zukunft stellen, werden im Folgenden exemplarisch einige neuralgische Punkte beleuchtet und aus gesundheitsethischer Sicht diskutiert. Es geht mir darum, in einem Bereich der Gesundheitsversorgung genauer hinzuschauen, der gewöhnlich nicht im Zentrum der Aufmerksamkeit steht. Darüber hinaus möchte ich bestehende Herausforderungen besser verstehen und Bedingungen erkunden, die eine qualitativ hochstehende Behandlung für alle Menschen und auf Dauer zu sichern imstande sind. Im Sinne des vorangestellten Zitats von Erwin Carigiet und Daniel Grob gehe ich davon aus, dass die heute in der Schweiz bestehende Versorgung zwar von Ungleichheiten geprägt ist, jedoch relativ gut funktioniert und für alle zugänglich ist, dass in der Gesundheits- und Sozialpolitik mittel- und langfristig allerdings grosse Herausforderungen zu bewältigen sein werden.

Bereichsethische Überlegungen zeichnen sich durch Kontextnähe und -sensibilität aus, dies sowohl hinsichtlich der nötigen Sachkenntnis als auch mit Blick auf verbreitete gesellschaftliche Werthaltungen. Sie haben nur dann einen realistischen Einfluss auf politische Entscheidungen, wenn sie bei bestehenden Problemen und gelebten Werthaltungen ansetzen, diese ethisch reflektieren, um sie schliesslich anhand politisch realisierbarer Vorschläge wiederum mit Bezug auf die de facto bestehenden Werthaltungen

---

auf den mit dem hohen Alter häufig kovariierenden Komorbiditäten beruhen; eine ethische Bewertung der in den erwähnten Studien festgestellten Differenzen steht noch weitgehend aus.

10 Vgl. Marcus Düwell/Christoph Rehmann-Sutter/Dietmar Mieth (Hg.), *The Contingent Nature of Life. Bioethics and the Limits of Human Existence*, Dordrecht u.a. 2008; Silke Schicktanz/Marc Schweda (Hg.), *Pro Age oder Anti-Aging? Altern im Fokus der modernen Medizin*, Frankfurt/M. 2012.

zu konkretisieren.<sup>11</sup> Methodisch liegt es zudem nahe, kohärentistischen und integrativen Ethikansätzen zu folgen: Kohärentistisch meint, dass versucht wird, zwischen ethischen Prinzipien einerseits und Erfahrungen sowie Intuitionen andererseits stets eine Art Gleichgewicht anzustreben; integrativ heisst, dass je nach Problemstellung unterschiedliche ethiktheoretische Bezüge hergestellt werden können, ob es sich um tugend-, beziehungs-, prinzipien-, pflichten-, folgen- oder politisch-ethische Aspekte handelt.<sup>12</sup>

Da sich Menschen im vierten Alter in ihrer letzten Lebensphase und nicht selten auch in unmittelbarer Nähe zum Lebensende befinden, wurden in den letzten Jahren viele der im Folgenden aufgegriffenen Diskussionen mit Blick auf Entscheidungen am Lebensende in Beiträgen zur Palliative Care und zu der Hospizbewegung geführt. Daneben wird auch seit Jahren intensiv über Vorschläge zur Altersrationierung nachgedacht.<sup>13</sup> Auf die in diesen Bereichen geführten Debatten werde ich nur exemplarisch verweisen, eine systematische Übersicht über die inzwischen äusserst komplexen, international und interdisziplinär geführten Auseinandersetzungen ist heute ohnehin kaum mehr möglich.<sup>14</sup>

---

11 Vgl. Julian Nida-Rümelin, *Theoretische und angewandte Ethik: Paradigmen, Begründungen, Bereiche*, in: ders. (Hg.), *Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Ein Handbuch*, Stuttgart 2005, 2. Aufl., 2–87.

12 Vgl. sowohl zum kohärentistischen Ansatz als auch zur integrativen Methode Tom L. Beauchamp/James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*. Seventh Edition, New York/Oxford 2013, 351–429.

13 Eine ausführliche Darstellung und Diskussion der Altersrationierung bietet Müller 2010 (Anm. 2). Ein Versuch, die Lebensende- und Rationierungsdebatten zusammenzuführen, findet sich in Gunnar Dutge/Markus Zimmermann-Acklin (Hg.), *Gerecht sorgen. Verständigungsprozesse über den Einsatz knapper Ressourcen bei Patienten am Lebensende*, Göttingen 2013; vgl. auch Yvonne Dernier/Chris Gastmans/Antoon Vandevelde (Hg.), *Justice, Luck & Responsibility. Philosophical Background and Ethical Implications for End-of-Life Care*, Dordrecht u.a. 2013.

14 Vgl. aus gesundheitspolitischer Sicht und mit internationalen Beiträgen, die allerdings auf Lebensende-Entscheidungen fokussieren, Joachim Cohen/Luc Deliens (Hg.), *A Public Health Perspective on End of Life Care*, New York/Oxford 2012.

## II. Aktuelle Herausforderungen

Aufgrund der grossen regionalen Unterschiede, der starken Zunahme der Kosten für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung, der Knappheit an ausgebildeten Fachkräften, gesellschaftlicher Veränderungen beispielsweise in der Berufswelt und im Bereich der Familienstrukturen sowie der noch nicht etablierten Versorgungsforschung sind zuverlässige Aussagen über die Versorgungssituation von Menschen im hohen Alter in der Schweiz heute nur sehr bedingt möglich. Darum werde ich im Folgenden exemplarisch vorgehen und anhand einzelner Beispiele den Zugang zu kommenden Herausforderungen suchen, allerdings im Wissen darum, dass sich diese nicht einfach verallgemeinern lassen.

Mit der Einführung des neuen *Vergütungssystems durch Kostenpauschalen* im Jahr 2012, den sogenannten SwissDRG, sind heikle Folgen für die Versorgung hochaltriger Patientinnen und Patienten in der Schweiz verbunden.<sup>15</sup> In einem System, in dem die Akutspitäler die Aufgabe haben, Patientinnen und Patienten bestimmte Diagnosen zuzuweisen, um eine angemessene finanzielle Vergütung für deren Behandlung zu erhalten, sind Menschen mit mehrfachen oder unklaren Diagnosen grundsätzlich benachteiligt. Sie lassen sich in der Regel nicht klar einer Diagnose zuteilen und belasten daher das Budget der behandelnden Institutionen. Sogenannte «negative Risiken» aus Sicht der Akutspitäler sind besonders kompliziert erkrankte Personen, beispielsweise Patienten, die viele Bluttransfusionen benötigen oder Verbrennungen haben, aber auch «Kurzlieger», die am ersten Behandlungstag hohe Kosten verursachen, aufgrund ihrer kurzen Aufenthaltsdauer jedoch nur geringe finanzielle Einkünfte erbringen und daher für die Spitäler ein finanzielles Risiko darstellen.<sup>16</sup> Ebenfalls negativ aus Sicht der Institutionen sind Patientinnen und Patienten mit unklaren Diagnosen, chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und insbesondere Sterbende. Bei hochaltrigen Menschen bestehen daher besonders starke finanzielle Anreize, sie möglichst rasch zu verlegen, beispielsweise nach Hause, in eine Reha-

bilitationsinstitution oder in Pflegeheime. Daher ist nicht überraschend, dass die Eintritte von Patientinnen und Patienten in die Pflegeheime der Stadt Zürich im ersten Jahr nach der Einführung der Fallpauschalen um ein Viertel angestiegen sind. Erst an diesen Orten besteht dann die nötige Zeit und sind auch die personellen Möglichkeiten gegeben, um eine geriatrische Gesamtbeurteilung vorzunehmen und soziale Abklärungen zu treffen.<sup>17</sup> Im Zuge dieser Entwicklungen entstehen in den Pflegeheimen neu sogenannte Stationen für die Übergangspflege, welche Aufgaben zu übernehmen haben, die bislang in den Spitälern erfüllt wurden. Gabriela Bieri, Chefärztin des Städtischen Geriatrischen Dienstes der Stadt Zürich, befürchtet, dass sich die Pflegezentren zu einer Art «Minispitäler» entwickeln könnten, allerdings ohne über das dazu notwendige Personal zu verfügen.<sup>18</sup> Hier findet offensichtlich eine Verschiebung statt, die in doppeltem Sinne auf Kosten der Menschen im hohen Alter geht: Zum einen wird die Versorgung in Pflegeheimen nur zu einem geringen Teil über die Krankenkassen finanziert, die Kosten sind also von den Betroffenen selbst aufzubringen,<sup>19</sup> zum andern entstehen in den Pflegezentren personelle Engpässe. So besteht dort ein Mangel an ausgebildeten Pflegekräften, die beispielsweise eine Wundversorgung nach einer Oberschenkelhalsoperation fachgerecht vornehmen können oder über Kenntnisse im Bereich der Schmerztherapie verfügen.

Eine angemessene *Versorgung von Menschen mit demenziellen Störungen* stellt in diesem System eine besondere Herausforderung dar, insbesondere dann, wenn die Betroffenen zusätzlich zu den kognitiven Einschränkungen unter somatischen Erkrankungen leiden. Auch hier gilt, dass die Finanzierung angemessener akutergeriatrischer Massnahmen durch die Fallpauschalen heute nicht garantiert ist. Im Waidspital Zürich beispielsweise entstehen seit der Einführung der Fallkostenpauschalen in der Akutgeriatrie hohe Defizite, wie deren Chefarzt, der eingangs zitierte Daniel Grob, betont: Die Fallpauschalen trügen dem pflegerischen Aufwand bei kognitiv eingeschränkten Patienten zu wenig Rechnung, Demenzkranke blieben im Vergleich mit kognitiv nicht eingeschränkten Patienten rund doppelt so lange im Spital,

15 Vgl. Verina Wild / Eliane Pfister / Nikola Biller-Andorno (Hg.), DRG und Ethik. Ethische Auswirkungen von ökonomischen Steuerungselementen im Gesundheitswesen, Basel 2011.

16 Vgl. Reto Scherrer, Hochdefizitäre Patienten und teure Kurzlieger. Erfahrungen im ersten Jahr mit Fallpauschalen nach Swiss DRG, in: NZZ, Nr. 269, 17.11.2012, 21. So verursachten im Universitätsspital Zürich 113 Patienten Verluste von jeweils über 100.000 Franken.

17 Vgl. Reto Scherrer, Kurzaufenthalte in Langzeitpflege. Die in den Spitälern neu eingeführten Fallpauschalen wirken auch auf die Pflegezentren, in: NZZ, Nr. 260, 7.11.2012, 18.

18 Vgl. Scherrer 2012 (Anm. 17).

19 Vgl. Claudio Zogg, Wer zahlt die Pflege? Die neue Pflegefinanzierung, in: Caritas Schweiz (Hg.), Sozialalmanach 2011. Schwerpunkt: Das vierte Lebensalter, Luzern 2011, 87–106.



weil sie höhere Risiken für Komplikationen hätten und oft schlecht ernährt seien oder psychisch wirksame Medikamente benötigten.<sup>20</sup>

Das Beispiel einer an Alzheimer erkrankten Frau, die zwei Monate lang erfolglos psychiatrisch behandelt wurde, belegt zudem auf drastische Weise die Probleme, die heute mit der *Spezialisierung der medizinischen Versorgung* verbunden sein können. Aufgrund des aggressiven Verhaltens der Frau wurden Zwangsmassnahmen angewendet, um die Frau ruhig zu stellen, während ein somatisches Leiden, nämlich eine Blasenentzündung, übersehen wurde, die bei Demenzkranken offenbar häufig zu Delirien und aggressiven Verhaltensweisen führt.<sup>21</sup> Da keine psychiatrische Behandlung möglich war und die somatische Erkrankung unentdeckt blieb, fühlte sich keine Institution für die Behandlung der Patienten zuständig. Erst in der dritten involvierten psychiatrischen Institution wurde die somatische Diagnose gestellt und eine angemessene Antibiotika-Therapie angewendet, die dazu führte, dass die demenzkranke Frau wieder zu Hause leben und von ihrem Mann versorgt werden konnte. Offensichtlich ist heute ungeklärt, wo eine delirierende demenzkranke Patientin sinnvollerweise behandelt werden könnte, weder die Pflegeheime noch die Akutspitäler oder Psychiatrien sehen sich hier in der Verantwortung. Ein generelles Problem besteht heute offensichtlich in der postoperativen Behandlung von verwirrten Patienten mit komplexer Problematik.<sup>22</sup> Roland Kunz, Chefarzt für Geriatrie am Spital Affoltern und Spezialist für Palliative Care, ist zusammen mit der psychiatrischen Klinik Kilchberg und dem See-Spital im Gespräch, auf diese Not zu reagieren und eine geriatrische Spezialabteilung mit psychiatrisch sowie somatisch geschultem Personal zu schaffen.

Ein weiteres Problem besteht im *zunehmenden finanziellen Druck*, wie Christoph Hock, Co-Direktor der Klinik für Alterspsychiatrie an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich in einer Stellungnahme betont: «Spar- druck seitens der öffentlichen Hand, härterer ökonomischer Wettbewerb, strengere Leistungsvorgaben sowie die Zunahme der Anzahl komplexer, hochbetagter Patienten stellen auch für kontinuierlich geschultes und sensi-

biliertes Personal wachsende Herausforderungen dar.»<sup>23</sup> Wenn François Höpflinger, Lucy Bayer-Oglesby und Andrea Zumbrunn mit ihrer Analyse zukünftiger Szenarien der Pflegebedürftigkeit in der Schweiz recht haben, wird sich die Anzahl an älteren demenzerkrankten Personen zwischen 2010 und 2030 von 124.770 auf 218.370 Menschen erhöhen und damit auch der finanzielle Druck im Bereich der Alterspsychiatrie kurz- und mittelfristig steigen; dies werde insbesondere darum der Fall sein, weil mehr Menschen – darunter die geburtenreichen Jahrgänge – die risikoreichen Jahre des Alters erreichen, so die Autoren.<sup>24</sup>

Ein weiteres Problemfeld besteht angesichts der zunehmenden Pflegebedürftigkeit im gleichzeitig zunehmenden *Mangel an ausgebildetem Pflegepersonal*. In der Altersgruppe der 80–84-Jährigen sind heute 13 Prozent, bei den über 85-Jährigen 34 Prozent der Schweizer Bevölkerung pflegebedürftig, bei Menschen im Alter von über 90 Jahren ist mit einer Pflegebedürftigkeit von über 50 Prozent zu rechnen.<sup>25</sup> Ein intereuropäischer Vergleich zeigt, dass vergleichbar zur Situation in nordischen Ländern Europas erwachsene Kinder ihren Eltern relativ häufig helfen, dies jedoch wenig intensiv. Im Süden zeige sich das gegenteilige Bild: Hier unterstützten die Kinder ihre Eltern nicht so häufig, wenn es aber geschehe, dann sei diese Unterstützung sehr intensiv. Daraus ergibt sich die Einsicht, so die Autoren der Analyse zukünftiger Szenarien der Pflegebedürftigkeit in der Schweiz, dass die Bedeutung der Familie für die Pflege alter Menschen von Süden nach Norden abnimmt und in der Schweiz eine besonders ausgeprägte Diskrepanz zwischen Familienideologie und Pflegerealität besteht.<sup>26</sup> Stünde ein umfassendes professionelles Dienstleistungsangebot zur Verfügung, spezialisieren sich die Familie auf sporadische, kurzfristige und weniger zeitintensive Hilfen, während zeitintensive Leistungen professionalisiert würden.<sup>27</sup> Demnach dürfte der Mangel an professionellen Pflegekräften in der Schweiz in den nächsten Jahren stärker ins Gewicht fallen als in südlichen Nachbarländern.

Weitere neuralgische Punkte betreffen den heute bereits bestehenden *Mangel an Haus- und Heimärzten*, der dazu führt, dass die medizinische Versorgung in Pflegeheimen nur noch bedingt garantiert werden kann. Darüber hinaus ist an die zunehmende *Bedeutung der Kosteneffektivität von Massnahmen*

20 Vgl. Dorothee Vögeli, Dement im Akutspital – was dann? Fachleute fordern den Aufbau von geriatrischen Rehabilitationsangeboten im Kanton Zürich, in: NZZ, Nr. 85, 13.4.2013, 19.

21 Vgl. Dorothee Vögeli, Demenzkranke im Arretierstuhl. Eine exemplarische Odyssee zeigt Schwachstellen im Umgang mit polymorbiden Patienten im Kanton Zürich auf, in: NZZ, Nr. 105, 7.5.2012, 11.

22 Vgl. Vögeli 2013 (Anm. 20).

23 Zitat in Vögeli 2013 (Anm. 20).

24 Vgl. Höpflinger et al. 2011 (Anm. 3), 10.

25 Vgl. Höpflinger et al. 2011 (Anm. 3), 9.

26 Vgl. Höpflinger et al. 2011 (Anm. 3), 15.

27 Vgl. Höpflinger et al. 2011 (Anm. 3), 15.

in der Schweiz zu erinnern, welche durch die Entstehung von Institutionen wie dem «Swiss Medical Board» und der Initiative «SwissHTA»<sup>28</sup> angezeigt werden: Die insbesondere durch das «Swiss Medical Board» angewandte gesundheitsökonomische Methode, die Kosteneffizienz von medizinischen Massnahmen über die durchschnittlichen Kosten für ein qualitätsbereinigtes Lebensjahr (QALY)<sup>29</sup> zu bestimmen, führt dazu, dass Menschen mit niedriger Lebenserwartung, Patientinnen und Patienten am Lebensende, Menschen mit Behinderungen, chronischen oder seltenen Erkrankungen strukturell benachteiligt werden, wenn die Kosten für die durch eine Massnahme zusätzlich erzielten qualitätsbereinigten Lebensjahre nicht auf ethisch vertretbare Weise interpretiert werden.<sup>30</sup> Schliesslich ist zu beobachten, dass heute gesellschaftlich grosses Interesse für Fragen des aktiven Alters, also für die sogenannten jungen Alten und das Anti-Aging,<sup>31</sup> und für das Lebensende besteht,<sup>32</sup> jedoch kaum für die Generation dazwischen, also die Anliegen der sehr alten und häufig gebrechlichen Menschen. Auch die Palliative-Care-Bewegung, die gegenwärtig in der Schweiz im Rahmen einer Nationalen Strategie etabliert werden soll,<sup>33</sup> etabliert werden soll, ist darum bemüht, die Bedeutung der lindernden Medizin, Pflege und Begleitung für das unmittelbare Lebensende hervorzuheben, um öffentliche Aufmerksamkeit, fachliche Anerkennung und finanzielle Unterstützung für ihre Anliegen zu erhalten.<sup>34</sup>

### III. Ethische Überlegungen

Auch wenn lediglich exemplarisch einige neuralgische Punkte im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung von hochaltrigen Menschen aufgegriffen wurden, verweist bereits die dabei verwendete Sprache auf entscheidende Herausforderungen und Schwierigkeiten. Die Rede ist beispielsweise von schlechten Risiken, polymorbiden Patientinnen, verwirrten Patienten mit komplexer Problematik, kognitiven Einschränkungen, Patientinnen mit komplizierten Mischdiagnosen mit somatischen, psychiatrischen und sozialen Anteilen, die sich nicht eindeutig zuordnen lassen oder für die sich keine der heute etablierten Institutionen für zuständig hält. Patientinnen und Patienten in hohem Alter passen offensichtlich nicht in ein System der Gesundheits- und Krankenversorgung, das auf Spezialisierung ausgerichtet ist, in ein Vergütungssystem gesundheitlicher Leistungen, das über eine möglichst exakte Zuteilung von Patienten zu Diagnosen organisiert ist, oder in eine Medizinethik, welche die schwierigen Herausforderungen schwerpunktmässig mit Hinweis auf die Patientenautonomie zu lösen versucht. Interessanterweise ergibt sich nahezu dieselbe Diagnose bei der Versorgung von Kindern: Auch die Pädiatrie widersetzt sich dem Megatrend der medizinischen Spezialisierung, Diagnosen bei Kindern bleiben häufig diffus und die ethische Orientierung am Patientenwillen ist bei Kleinkindern kaum, bei älteren Kindern nur bedingt möglich.

Kinder und hochaltrige Menschen sind auf die Fürsorge der anderen angewiesen, benötigen Pflege, Aufmerksamkeit, Zeit und Empathie, erbringen keine messbare wirtschaftliche Leistung, kosten Geld, verhindern Mobilität und werden gegenwärtig in vielen gesellschaftlichen Kontexten als Störfaktoren wahrgenommen. Überlegungen zur Gesundheitsversorgung von Menschen im vierten Lebensalter betreffen daher offensichtlich nicht nur spezifisch medizinische, pflegerische oder finanztechnische Aspekte, sondern auch Themen, die mit dem gesellschaftlichen Zusammenleben, der Institutionen

28 Vgl. [www.swisshta.ch](http://www.swisshta.ch). Das Akronym «HTA» steht für «Health Technology Assessment» und meint die Technologiefolgen-Abschätzung für Massnahmen im Gesundheitsbereich.

29 Das Akronym QALY steht für «Quality Adjusted Life-Year» und meint ein qualitätsbereinigtes Lebensjahr: Ein Jahr bei voller Gesundheit zählt dabei mit 1, ein Lebensjahr bei stark beeinträchtigter Gesundheit 0,5 etc.

30 Vgl. Markus Zimmermann-Acklin, Deontologische und teleologische Begründungsfiguren am Beispiel von Nutzenbewertungen von Gesundheitsleistungen, in: Adrian Holderegger / Werner Wolbert (Hg.), Deontologie – Teleologie. Normtheoretische Grundlagen in der Diskussion, Freiburg/Br. 2012, 269–287; ders., Gerechte Leistungsbeschränkungen? Ethische Überlegungen zur Kosten-Nutzen-Bewertung in der Medizin, in: Bioethica Forum 6 (2013) 75–77.

31 Vgl. Astrid Stuckelberger, Anti-Ageing Medicine, in: Myths and Chances, Zürich 2008.

32 Vgl. Markus Zimmermann-Acklin, Öffentliche Sterbehilfediskurse in Deutschland und in der Schweiz. Beobachtungen aus ethischer Sicht, in: Michael Anderheiden / Wolfgang U. Eckhart (Hg.), Handbuch Sterben und Menschenwürde, Bd. 3, Berlin 2012, 1531–1546.

33 Vgl. Bundesamt für Gesundheit / Gesundheitsdirektorenkonferenz (Hg.), Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015. Bilanz «Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012» und Handlungsbedarf 2013–2015, Bern 2012.

34 Vgl. Markus Zimmermann-Acklin, Sterbehilfe und Palliative Care – Überlegungen aus ethischer Sicht, in: Volker Schulte / Christoph Steinebach (Hg.), Palliative Care – Eine neue gesellschaftliche Herausforderung, erscheint demnächst im Verlag Hans Huber in Bern.

tion Familie, der Berufstätigkeit, Gender-Vorstellungen sowie Modellen und Idealen eines gelungenen Lebens zusammenhängen.

In der Konfrontation mit Demenz oder demenziellen Störungen im hohen Alter kommen gleichsam symbolisch die wichtigen Herausforderungen zusammen, die mit der Versorgung im hohen Alter heute verbunden sind. Verena Wetzstein stellt fest, dass die Demenz heute zwar nicht mehr tabuisiert wird, jedoch in der Öffentlichkeit mehrheitlich dämonisierend, stigmatisierend oder in Katastrophenszenarien dargestellt wird.<sup>35</sup> Als Kernpunkte des gegenwärtigen Demenzkonzepts identifiziert sie die Pathologisierung, das kognitive Paradigma und die weitgehende Vernachlässigung der zweiten Hälfte des Demenzprozesses und stellt diesem defizitären Konzept ein integratives Modell als Alternative entgegen, in dem die betroffenen Personen als ganze in ihrer Identität, Kontinuität, Menschenwürde, Biografie und insbesondere auch ihrer Relationalität wahrgenommen werden.<sup>36</sup> Damit setzt sie ähnliche inhaltliche Akzente, wie sie auch in der Grundidee von Palliative Care zentral sind, insofern auch hier die Person als ganze in ihren Beziehungen und sozialen Kontexten in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt wird.<sup>37</sup> Für die zukünftige Gestaltung der Gesundheitsversorgung von Menschen im hohen Alter wäre demnach zu erkunden, wie sich diese Ideen in eine sinnvolle Architektur, in die Gestaltung von Abläufen in einem Pflegeheim oder Akutspital, in die ärztliche und pflegerische Versorgung, aber auch in andere gesellschaftspolitische Bereiche wie Arbeitswelt, Mobilität und Familienstrukturen übersetzen lassen. Nicht zuletzt ist auch über gelungene Biografien, narrative Modelle und Lebensentwürfe nachzudenken, in welchen neben dem aktiven (jungen) Alter und der eigentlichen Sterbephase auch das hohe Alter und damit Erfahrungen von Abhängigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Gebrechlichkeit einen sinnvollen Ort im Leben erhalten.<sup>38</sup>

35 Vgl. Verena Wetzstein, Demenz als Ende der Personalität? Plädoyer für eine Ethik der Relationalität, in: Silke Schicktanz / Mark Schweda (Hg.), Pro-Age oder Anti-Aging? Altern im Fokus der modernen Medizin, Frankfurt/M. 2012, 179–195, hier 179; vgl. auch ihre theologisch-ethische Dissertation zum Thema: dies., Diagnose Alzheimer. Grundlagen einer Ethik der Demenz, Frankfurt/M. 2005.

36 Vgl. Wetzstein 2005 (Anm. 35), 181–194.

37 Vgl. beispielsweise Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin / Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband / Bundesärztekammer (Hg.), Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland (2. Aufl.), Berlin 2010.

38 Vgl. Silvia Bovenschen, Älter werden. Notizen, Frankfurt/M. 2006; vgl. auch die «Gegenbilder» der Fotografin Ursula Markus zu den verbreiteten negativen

Ein weiteres Thema ist der zu erwartende Mangel an Pflegepersonal und die Rolle, welche die Familienangehörigen in Form informeller Pflege zu übernehmen bereit und in der Lage sind. Die zunehmende Erwerbstätigkeit der Frauen, die Auflösung traditioneller Familienstrukturen, die Zunahme von Patchwork-Familien, die weltweite Mobilität und die damit einhergehende Entstehung von «Welt- oder Globalfamilien»<sup>39</sup> haben eine neue Ausgangslage geschaffen, in der nur noch bedingt Zeit und Raum für Pflegeaufgaben besteht. Die aus soziologischer Sicht konstatierte Diskrepanz zwischen Familienideologie und Pflegerealität in der Schweiz ist von daher nicht erstaunlich, wobei aus ethischer Perspektive eine Korrektur der Idealvorstellungen im Sinne des tatsächlich Machbaren überfällig scheint.<sup>40</sup> Auch hier gilt es, neben der Einführung von Telemedizin und Pflegerobotern einerseits, der Auslagerung der Pflege in andere Länder oder der privaten Anstellung von Pflegenden aus anderen Ländern andererseits, alternative Visionen und Ideen zu entwickeln, die sowohl die menschliche Relationalität berücksichtigen als auch auf Subsidiarität und Solidarität aufbauen. Zu denken ist beispielsweise an neue Formen des verbindlichen Zusammenlebens, die teilweise heute bereits erprobt werden.<sup>41</sup>

Schliesslich bleibt aus ethischer Sicht an die Dimension der Knappheit oder Endlichkeit zu erinnern. Nicht nur materielle Güter und finanzielle Mittel sind knapp und sollten möglichst effizient, gerecht und sinnvoll eingesetzt werden, sondern auch das Leben ist «knapp» bzw. endlich. Es liegt nahe, heute einen Zusammenhang zwischen der negativen Bewertung der Funktions- und Nutzlosigkeit bestimmter biografischer Phasen und der Verdrängung der vorgegebenen Endlichkeit des Lebens, wie sie auch von der Anti-Aging-Bewegung befördert wird,<sup>42</sup> zu vermuten. In den letzten

Altersbildern, in: Ursula Markus / Paula Lanfranchi, Schöne Aussichten! Über Lebenskunst im hohen Alter, Basel 2007.

39 Ulrich Beck / Elisabeth Beck-Gernsheim, Fernliebe. Lebensformen im globalen Zeitalter, Berlin 2011, 25: Weltfamilien sind Familien, die über nationale, religiöse, kulturelle, ethnische etc. Grenzen hinweg zusammenleben.

40 Vgl. Höpflinger et al. 2011 (Anm. 3), 115f; Elisabeth Beck-Gernsheim, Was kommt nach der Familie? Einblicke in neue Lebensformen, München 2000 (2. Aufl.); vgl. daneben aus Sicht christlicher Sozialethik das Themenheft «Familie – Wachstumsmitte der Gesellschaft?», in: Amos international 2007, Nr. 2.

41 Vgl. François Höpflinger, Einblicke und Ausblicke zum Wohnen im Alter, Zürich 2009 (Age Report 2009); Höpflinger et al. 2011 (Anm. 3), 114f.

42 Vgl. Claudia Bozzaro, Verdrängung der Endlichkeit: Eine existenzphilosophische Reflexion der Anti-Aging-Medizin, in: Silke Schicktanz / Mark Schweda (Hg.), Pro



Jahrzehnten ist die Fähigkeit vernachlässigt worden, das Nutzlose, das Nicht-Produktive, das schlichte Dasein, philosophisch gesehen das Spielen, intra- und interpersonell zu integrieren. Das gilt sowohl für individuelle Modelle eines gelungenen Lebens als auch für den gesellschaftlichen Umgang beispielsweise mit ausgesteuerten Arbeitslosen oder nicht mehr in den Arbeitsmarkt integrierbaren Sozialhilfeempfängern. In jeder Biografie gibt es Phasen der Nutzlosigkeit, in jeder Gesellschaft leben Menschen, die keinen Nutzen oder keine Leistung erbringen. Jedoch haben alle Menschen – unabhängig von ihrer Leistung – ein Recht auf die Achtung ihrer Würde. Alle Menschen sind hinsichtlich dessen, was sie für die Gesellschaft leisten, ersetzbar, alles Leben ist kontingent.<sup>43</sup> Wir leben in einer schicksalsvergessenen Zeit.<sup>44</sup> Die lebenspraktischen Konsequenzen aus dieser Einsicht sind nicht nur aus philosophischer und theologischer Sicht relevant, sondern können als Teil des eigenen Selbstverständnisses, der eigenen Identität auch eine wichtige Ressource im Umgang mit dem eigenen Altern oder dem Altern nahestehender Menschen sein.

#### IV. Fazit und Ausblick

Im Bereich der Gesundheitsversorgung von Menschen im vierten Lebensalter bestehen in der Schweiz gegenwärtig sowohl Situationen von Unter- und Überversorgung. Eine systematische Situationsanalyse ist aufgrund fehlender Versorgungsforschung noch nicht möglich. Erschwerend kommt hinzu, dass dem vierten Lebensalter heute weder gesellschaftlich noch medizinisch grosse Aufmerksamkeit entgegengebracht wird.

Die exemplarische Beschäftigung mit neuralgischen Punkten hat ergeben, dass zu sehr alten Menschen weder ein medizinisches Versorgungssystem passt, das auf Spezialisierung ausgerichtet ist, noch ein Vergütungssystem, das Leistungen über Fallpauschalen verrechnet. Darüber hinaus stellt der teilweise bereits vorhandene und für die nahe Zukunft prognostizierte Mangel an ärztlichem und pflegerischem Fachpersonal für die Versor-

gung von hochaltrigen Menschen ein Problem dar. Aufgrund der Fortschritte in der Medizin und dem materiellen Wohlstand besteht zudem die Gefahr einer Über- bzw. Fehlbehandlung, wobei technische Massnahmen an die Stelle von menschlichen treten können, beispielsweise Herzschrittmacher mit eingebauten Defibrillatoren an die Stelle von Gesprächen über das bevorstehende Lebensende.<sup>45</sup> Eine gesellschaftliche Problemzone besteht in einem Mangel an Raum und Zeit für informelle Pflegeaufgaben; diese könnte als gesellschaftliches Spiegelbild eines Menschenbildes interpretiert werden, in dem die Bedeutung von Relationalität und der daraus erwachsenden Solidarität ausgeblendet oder zumindest unterschätzt werden.

Positiv gewendet bestehen kurz- und mittelfristig die Aufgaben darin, vorhandene Dienste und Einrichtungen besser zu vernetzen und für alle zugänglich zu machen. Dabei können grundlegende Einsichten aus der Palliative Care als Anhaltspunkt dienen. Wichtig scheint zudem eine realistische Aufteilung der informellen und der formellen Pflege, die durch Ausbau der Nachbarschaftshilfe, Freiwilligenhilfe, neue Wohnformen und realistische Erwartungen an Familien bereichert werden könnte.

Die Achtung der Menschenwürde umfasst aus ethischer Sicht zum einen Aspekte der Gerechtigkeit, wesentlich beispielsweise hinsichtlich des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung für alle Menschen unabhängig von ihrem Alter. Zum andern beinhaltet sie die Förderung des Guten sowie Grundhaltungen, die Menschen dazu befähigen, ein gutes Leben zu führen. Bei allen Differenzen, die in einer pluralistischen Gesellschaft hinsichtlich der Vorstellungen von einem geglückten Leben bestehen, dürften gemeinsame Dimensionen in der Wertschätzung von Beziehungen, Freundschaft, der Sorge umeinander, der Subsidiarität, Solidarität und schliesslich auch der Anerkennung der Endlichkeit bestehen. Ein Katalog entsprechender Grundhaltungen könnte Tugenden beinhalten wie Empathie, Achtsamkeit, Dankbarkeit, Besonnenheit, Gerechtigkeit, Bescheidenheit und nicht zuletzt die nötige Gelassenheit.

---

Age oder Anti-Aging? Altern im Fokus der modernen Medizin, Frankfurt/M. 2012, 345–361.

43 Vgl. Düwell et al. 2008 (Anm. 10); Bozzaro 2012 (Anm. 42).

44 Vgl. Peter Gross, Altsein als Schicksal?, in: Giovanni Maio (Hg.), Abschaffung des Schicksals? Menschsein zwischen Gegebenheit des Lebens und medizin-technischer Gestaltbarkeit, Freiburg/Br. 2011, 368–393.

---

45 Vgl. aus US-amerikanischer Sicht: Sharon R. Kaufman et al., Ironic Technology: Old age and the Implantable Cardioverter Defibrillator in US Health Care, in: Social Science & Medicine 72 (2011) 6–14.