



Selbstbestimmung in einer alternden Gesellschaft – medizinethische Implikationen

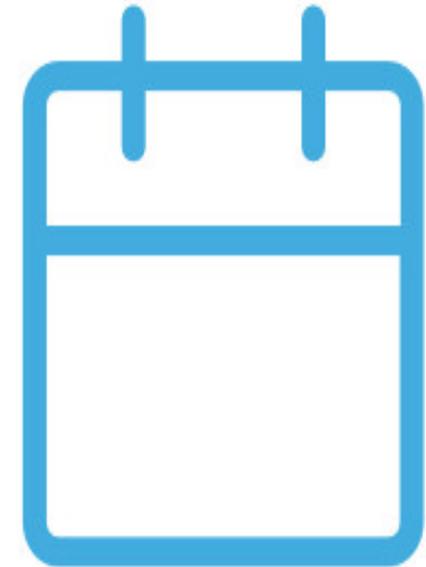
Dominik Groß

Tagung Ärztekammer Nordrhein

23. Juni 2021

Gliederung

1. Existierende Altersbilder
2. Vorherrschende Modelle für „gelingendes“ Altern
 - I. Erfolgreiches Altern
 - II. Aktives Altern
 - III. Gesundes Altern
3. Existierende ethische Fallstricke
4. Lösungsansätze
5. Take home message



Altersbilder

bestimmte persönliche und gesellschaftliche Vorstellungen einer Person vom Alter und von alten Menschen –

(1) vom Prozess des Älterwerdens, (2) vom Zustand des Altseins, (3) von älteren Menschen als soziales Kollektiv

Negatives Altersbild

„Seniler Greis“

- Defizitorientiertes Bild
- Orientiert an Degeneration, Gebrechlichkeit und Krankheit
- Abhängigkeit (Angewiesenheit auf Hilfe und Fürsorge anderer)

→ *Alter als Defizit und als Aufgabe, die es zu bewältigen gilt*



Positives Altersbild

- Weisheit des Alters
- Ungebundenheit des Alters
- Wegfallen sozialer Verpflichtungen (beruflich, innerfamiliär)

→ *Alter als Geschenk*



Existierende Modelle für „gelingendes“ Altern

- I. Erfolgreiches Altern
- II. Aktives Altern
- III. Gesundes Altern



Nota:

- Alle Modelle für gelingendes Alter orientieren sich mehr oder minder stark am Ziel der Gesundheit bzw. Gesunderhaltung
- Dennoch existieren Unterschiede im Detail →→→

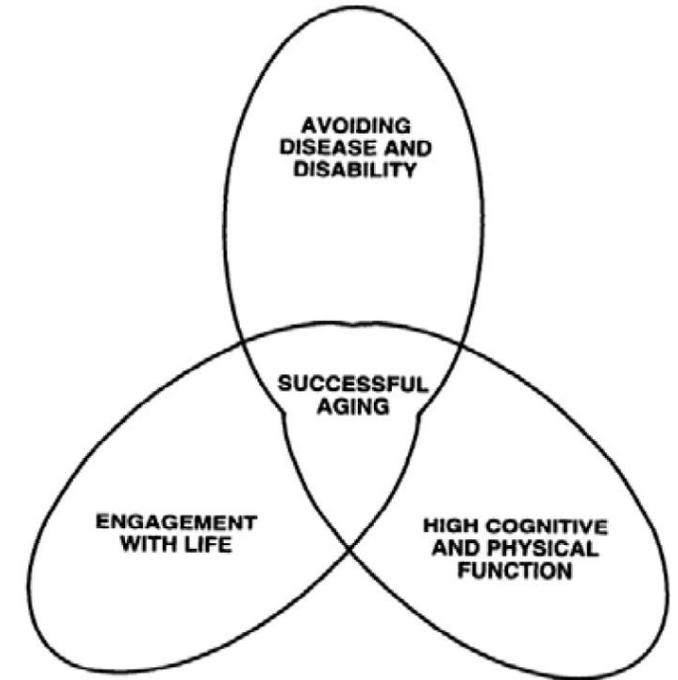
I. „Erfolgreiches Altern“

Erfolgreich alternde Menschen haben ein geringes Risiko für alterstypische Krankheiten

- Krankheiten = *beeinflussbare und vermeidbare* Nebenerscheinungen des Alters
- Beeinflussbarkeit von Krankheitserscheinungen durch
 - Lebensstil und Gewohnheiten
 - Ernährung
 - Psychosoziale Faktoren

Ethisch relevante Kritikpunkte:

- Problematische Dichotomie Erfolg / Misserfolg: Erfolgreiches Altern hängt von individuellem Verhaltensweisen und Entscheidungen ab, Erfolg wird (verkürzt) als individuelle Leistung angesehen; scheinbare Autonomie



Nach Rowe/Kahn 1998

“Erfolgreiches Altern ist das, was einen Menschen zum Sport statt in den Rollstuhl bringt“

II. „Aktives Altern“

Aktivität im Alter optimiert die Chancen auf Gesundheit, Partizipation und Lebensqualität (Katz 2000)

- Aktivität = *gestaltbare Größe* im Alter
- Holistischeres Konzept als „erfolgreiches Altern“, nicht vorrangig am Individuum orientiert, sondern auch an den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen

Ethisch relevante Kritikpunkte:

- Aktivität an Voraussetzungen gebunden, die nicht jeder in gleicher Weise vorfindet, bsp. Einkommen, soziale Einbettung, Lebensraum
- Einordnung in aktives oder passive Tätigkeiten willkürlich (Bsp. TV)
- Perspektive älterer Menschen nicht in Definition der Aktivitäten einbezogen
- Konzept in der Politik einseitig auf längere Lebensarbeitszeit bezogen

Aktives Altern hängt vom Einkommen ab

monatliches Nettoäquivalenzeinkommen



Quelle: Einkommens- und Verbrauchsstichprobe, DIA-Studie „Altersvorsorge advanced“ Grafik: DIA

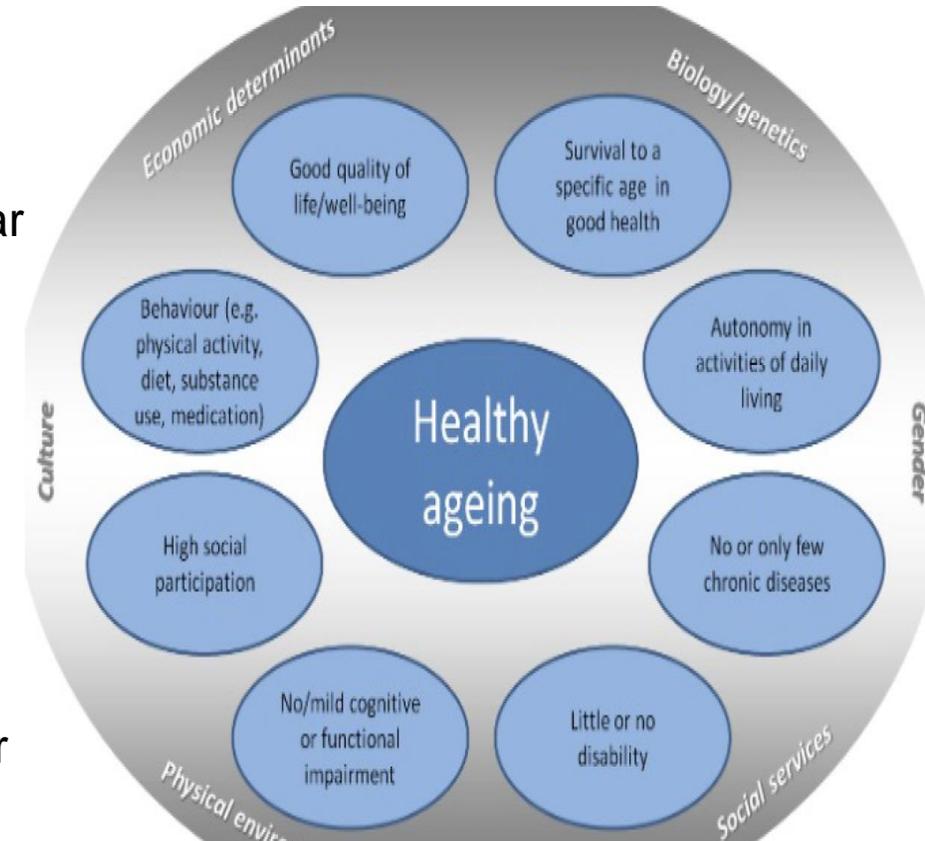
III. „Gesundes Altern“

Erhalt der Gesundheit / der funktionellen Fähigkeiten zum
Erhalt der Lebensqualität

- Behinderung, Krankheit und Einschränkung der Funktion werden zwar nicht komplett, aber doch tendenziell ausgeschlossen
- Ebenfalls holistischer als Konzept des „erfolgreichen Alterns“, nicht vorrangig am Individuum orientiert, sondern auch an den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen

Ethisch relevante Kritikpunkte:

- Doch auch hier gilt: ältere Menschen, die sich selbst trotz chronischer Erkrankung als „gesund alternd“ betrachten, sind nicht mitgedacht



Fuchs et al. (2013)

Limitationen der Modelle

Alle Modelle suggerieren, dass „gelingendes Altern“ für jeden erreichbar sei. De facto

- finden sich jedoch eklatante Unterschiede in der Lebenserwartung je nach sozialer Schichtzugehörigkeit (M = 10.8 Jahre; F = 8.4 Jahre; „gesunde Lebenserwartung“: M = 14.3 Jahre; F = 13.3 Jahre)
- orientieren sich die Modelle am Wissen über die privilegierteste Gruppe Älterer (kaum Wissen darüber, wie eine nicht-erfolgreich alternde Person zu einer erfolgreich alternden werden kann)
- gehen die Modelle an denen vorbei, die nicht „gelingend“ altern, und befördern so soziale Exklusion
- Die dem Individuum zugeschriebene Verantwortung, sich gesundheitsbewusst zu verhalten, bedeutet de facto eine Reduktion gesellschaftlicher bzw. staatlicher Verantwortungsübernahme („neoliberale gesellschaftliche Transformation“)

1. Kritikpunkte bezüglich einer zu engen Definition „gelingenden Alterns“

- Fokussierung auf die Optimierung biomedizinischer Kriterien
- Fehlende Reflexion der ideologischen und kulturellen Verankerung des Konzepts
- Umdeutung von Ratschlägen der Klugheit zu moralischen Pflichten des Einzelnen
- Ausblendung des Wertes von Erfahrungen wie Gebrechlichkeit und Endlichkeit des Lebens
- Unzureichende Hilfestellungen für diejenigen, die nicht „gelingend altern“

2. Kritikpunkte bezüglich der Heterogenität älterer Menschen

- Unterschiedliche Schichtzugehörigkeit
 - Starker Einfluss sozialer Ungleichheit (Einkommen, Bildung, Berufsstatus) auf Gesundheit
 - Materielle Lebensbedingungen und psychosoziale Belastungen beeinflussen soziale Praktiken (z.B. Gesundheitsverhalten)
- Unterschiedliche gesundheitliche Voraussetzungen und Erfahrungen
 - Chronisch kranke und behinderte Personen, deren körperliche und psychische Funktionalität eingeschränkt ist oder deren soziale Teilhabe niedrig ist, werden prinzipiell von der Gruppe der gelingend Alternden ausgeschlossen.
 - Konzepte stehen im Widerspruch zur Normalität – d.h. zum Faktum, dass Krankheiten und Behinderungen sowie körperliche und psychische Funktionseinschränkungen im Alter häufiger vorkommen

→ Bestehende soziale Unterschiede werden vertieft, Modelle befördern selbst sozialen Ausschluss und erschweren Akzeptanz von Krankheiten

Healthism

- Gesundheit als übergeordneter, erstrebenswerter Wert (super value)
 - Umdeutung eines Modells (gelingendes Altern) zum moralischen Imperativ
- **einseitige Bevorzugung und Moralisierung von Gesundheit**

Ageism

- Negative Haltung zu Älteren bzw. Alterserscheinungen (vgl. negatives = defizitäres Altersbild)
- Stereotype und nachfolgende Diskriminierung („Altersstarrsinn“, „Senioren sind aufwändig“ [Senioren in Therapiestudien unterrepräsentiert], Benachteiligung durch „Senioritätsprivilegien“)



Komponenten des guten Alterns (nach Ehni/Kadi 2020)

Komponenten des guten Alterns (nach Ehni/Kadi 2020)

1. Zustand der Gesellschaft

- Offene, tolerante, friedvolle Gesellschaft

2. Umwelt

- Erfahrung von Natur, Sonne und Grünraum

3. Selbstbestimmung

- persönliche Wünsche achten (z.B. kein altersspezifisches Wohnen), Mitbestimmung ermöglichen, Wertschätzung des Individuums



Komponenten des guten Alterns (nach Ehni/Kadi 2020)

Komponenten des guten Alterns

4. Selbstständigkeit

- Empowerment – Dinge alleine erledigen können, eigenen Alltagsbewältigen, nicht abhängig sein

5. Einstellungen

- Offenheit und Neugier auf die Welt behalten, Gelassenheit, Humor bewahren, versöhnt sein

6. Unterstützung

- Durch Personen und Angebote: beim Umgang mit alterstypischen Problemen, durch geeignete Wohnmöglichkeiten, durch finanzielle Ressourcen, durch Gesundheitsversorgung etc.



Komponenten des guten Alterns (nach Ehni/Kadi 2020)

Komponenten des guten Alterns

7. Soziale Beziehungen

- Soziale Vernetzung, Begegnungen, Kontaktpflege fördern: Partnerschaft, familiäre Integration, Freundschaftspflege, Austausch mit anderen Generationen fördern

8. Aktivitäten

- Teilnahme an/ Durchführung von (1) selbstbestimmten Aktivitäten, die (2) bezahlbar sind und (3) Ziele schaffen/ Sinn stiften (Hobbies, ehrenamtliche Betätigung, lebenslanges Lernen, „Dinge auf die Beine stellen“ etc.)

9. Gesundheit

- Relativität von Gesundheit statt „super value“ („einigermaßen fit sein“, „noch mobil sein“, „noch zurechnungsfähig sein“, „noch auf sich aufpassen können“, „nicht todkrank sein“)



Komponenten des guten Alterns (nach Ehni/Kadi 2020)

- Vorherrschende Altersmodelle sind **defizitär** – Gelingendes Altern beinhaltet aus ethischer Sicht (1) nicht nur Gesundheitsaspekte, ist (2) nicht nur eine Sache der Eigenverantwortung und ist (3) auch ohne Gesunderhaltung möglich
- Die Fokussierung auf „erfolgreiches“ oder „gelingendes Altern“ als individuelle Leistung und Verantwortung schließt viele Menschen und v.a. Angehörige (unterprivilegierter) sozialer Schichten aus (**stereotypisierend, soziale Exklusion**)
- Der Alterungsprozess verläuft verschieden (chronologisches Alter vs. biologisches Alter) – zudem ist der Begriff „Senior“ oder „Alter“ zu unspezifisch (vgl. Betagte vs. Hochbetagte) (**pauschalierender Ansatz**)



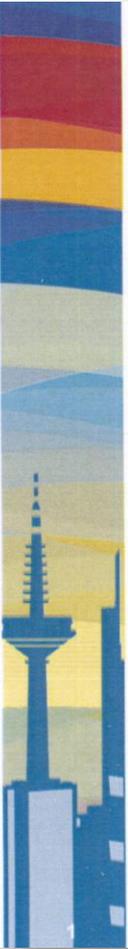
→ *Akzeptanz intersubjektiv unterschiedlicher Krankheitszustände und medizinischer Bedarfe*

→ *Anerkennung subjektiv unterschiedlicher Menschenbilder*

→ *stärkere Fokussierung auf Beziehungsaspekte*

Verwendete Literatur

- **Hans-Jörg Ehni, Selma Kadi, Ethische Aspekte des „gelingenden“ und „gesunden“ Alterns in der pluralistischen Gesellschaft. Leitlinien für Leitlinien, Tübingen 2020**
- Eva Birkenstock, Thomas Rentsch, Geschütztes Altern in Verantwortung vor sich und den Anderen, Z. Gerontol. Geriat. 38 (2005), S. 242-248
- Judith Fuchs et al., Indicators for Healthy Ageing – A Debate, International Journal of Environmental Research and Public Health, 10(12) (2013), S. 6630-6644
- S. Katz, Busy Bodies: Activity, aging and the management of everyday life, Journal of Aging Studies 14(2) (2000), S. 135-152
- Thomas Klie, Würdekonzept für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf, Balancen zwischen Autonomie und Sorgeskultur, Z. Gerontol. Geriat. 38 (2005), S. 268-272
- Henriette Krug, Der alte Patient: Herausforderung an die ethische wie fachliche Kompetenz des Arztes, Ethik Med. 21 (2009), S. 101-111
- John W. Rowe, Robert L. Kahn, Successful aging, New York 1998
- Mark Schweda et a., Ethische Aspekte des Alter(n)s im Kontext von Medizin und Gesundheitsversorgung: Problemaufriss und Forschungsperspektiven, Ethik Med. 30 (2018), S. 5-20



Erklärung zu Interessenkonflikten

Hiermit erkläre ich, dass zu den Inhalten der Veranstaltung

Kein Interessenkonflikt vorliegt

Folgende Interessenkonflikte vorliegen:

o Finanzielle Verbindung zu folgenden Unternehmen:

o Studienunterstützungen oder Drittmittel durch:

o Gremienarbeit bei:

o Mitgliedschaft in folgenden Fachgesellschaften:

o Vortragshonorare von /Beratungstätigkeit für:

o Aktienbesitz:

o Nichtmaterielle Interessenkonflikte (Partnerschaft, familiäre Beziehungen etc.):

o Andere Formen der Unterstützung (bitte erläutern):

DANKE

für Ihre Aufmerksamkeit!