
Definition des Altersbegriffs aus der Sicht der Krankenkassen

Gert Nachtigal

In einer Augustnacht des Jahres 1962 stirbt ein Mann im Alter von 85 Jahren. Seine Frau findet am nächsten Morgen ein Gedicht, an dem er lange gearbeitet hat. Wenn ich Ihnen sage, dass sich dies ganz in der Nähe von Cadenabbia zugetragen hat, nämlich in Montagnola, dann wissen Sie, von wem die Rede ist. Es war Hermann Hesse, der Autor großer Werke wie *Der Steppenwolf*, *Siddhartha* oder *Das Glasperlenspiel*. Die Schaffenskraft dieses betagten Menschen reichte bis ganz zuletzt. Lag es nun an den Genen, dem Lebenswandel oder dem einzigartigen Klima im Tessin? Darauf gibt es vermutlich keine Antwort. Aber an Hesses Ende wird deutlich, welches Potenzial der Lebensabschnitt Alter haben kann, vom „Hausherrn“ der Villa La Collina in Cadenabbia, dem großen Konrad Adenauer, ganz zu schweigen.

Alter ist nicht gleich Alter. Der Alterungsprozess ist so individuell wie der Mensch, der diesen Prozess durchlebt.

Wir haben schon sehr viel darüber gehört, wie man in den einzelnen Wissenschaftsdisziplinen und der Gesellschaft versucht, Alter zu definieren. Und dabei ist aus meiner Sicht sehr deutlich geworden, dass es nicht *die* klare, allgemeingültige und zuverlässige wissenschaftliche Definition gibt. Und auch die gesetzlichen Krankenkassen verfügen natürlich über keine spezielle Definition dessen, was unter Alter zu verstehen ist. Aus diesem Grund müssen

wir uns dieser Thematik anders nähern und fragen, ob, und wenn ja, welche besonderen Merkmale ältere Versicherte aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen haben. Hierzu möchte ich gerne fünf Thesen vorstellen – und vielleicht gelingt es am Ende ja, daraus eine Art Begriffsbestimmung vorzunehmen.

Meine erste These lautet – und Hermann Hesse ist dafür ein anschauliches Beispiel:

Alter ist nicht gleichzusetzen mit Krankheit und Gebrechen.

Werden wir mit zunehmendem Alter immer kränker und gebrechlicher? Das wäre eine sehr beunruhigende Perspektive, ist aber leider noch immer eine weit verbreitete Vorstellung! Dabei hat die Altersforschung in einer Vielzahl von Untersuchungen überzeugend nachgewiesen, dass wir heute davon ausgehen können, dass das Altwerden nicht generell mit einem defizitären Lebensabschnitt gleichgesetzt werden darf. Morbidität, Funktionsverlust und Gebrechen sind keine naturgegebene Folge von langem Leben. Diese empirischen Erkenntnisse machen sich auch die Krankenkassen zu Eigen: Aus unserer Sicht ist der Preis der steigenden Lebenserwartung *nicht* zwangsläufig Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Wir plädieren für eine *ganzheitliche* Betrachtung des Menschen im höheren Lebensalter, bei der das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden berücksichtigt wird.

Zwar ist nicht zu bestreiten, dass die Gesundheitsausgaben mit zunehmenden Alter steigen. Aber dafür ist die demographische Entwicklung nicht alleine verantwortlich. Vielmehr haben die höheren Gesundheitsausgaben ihre Ursachen auch im medizinischen Fortschritt, der dazu beigetragen hat, dass die Altersgrenzen des chirurgisch Machbaren in den letzten Jahren deutlich angestiegen sind.

Während beispielsweise 1989 in Deutschland 3673 Menschen am Herzen operiert wurden, die 70 Jahre und älter waren, stieg ihre Zahl im Jahr 2000 auf 35.848 an. Isolierte koronare Bypass-Operationen werden inzwischen auch bei über 90-Jährigen erfolgreich durchgeführt, und bei über 100-jährigen Patienten ist die Komplikationsrate durchaus in einem tolerablen Bereich.

Insgesamt gilt: Solange wir empirisch keine gegenteiligen Belege haben, bauen wir auf die so genannte „Kompriemierungsthese“. Der zufolge treten Krankheit und Funktionsverlust nur in einem relativ kurzen Zeitraum vor dem Tod auf.

Ich komme zu meiner zweiten These:

Ein Kernelement der GKV ist der solidarische Ausgleich zwischen Jung und Alt.

Die Debatte um „Generationengerechtigkeit“ wird in jüngster Zeit von schrillen Tönen begleitet. Dabei wird oft emotional über die „Altenlast“, den „Generationenkonflikt“ oder die „gierige Generation“ schwadroniert. Im Visier der Kritiker ist meist ein Grundpfeiler der gesetzlichen Krankenversicherung, nämlich die Solidarität zwischen der arbeitenden und der nicht mehr erwerbstätigen Generation, also zwischen jungen und alten Versicherten. Dieser „Generationenvertrag“ hat trotz enormer gesellschaftlicher Veränderungen mehr als hundert Jahre standgehalten und steht unserer Meinung nach beim zweifellos notwendigen Umbau der Sozialsysteme *keinesfalls* zur Disposition. Selbst ein Übergang auf eine kapitalgedeckte Finanzierung der Krankenversicherung würde keine Lösung der demographischen Herausforderung sein. Würde man der älteren Generation allein die Finanzierung der Kosten ihrer Gesundheitsversorgung übertragen, so käme das der Abschaffung der GKV gleich. Damit wäre nichts gewonnen –

ganz im Gegenteil: die Zusammengehörigkeit der Generationen in einer Gesellschaft würde zerstört. Das kann kein vernünftiger Weg sein, weder in der Sozial- noch in der Gesundheitspolitik. Natürlich bedeutet dies nicht, dass Politik und Gesellschaft nicht über eine Neugewichtung der Belastungen nachdenken müssen – ganz im Gegenteil! Aber dabei muss gelten, dass ein solidarisches Finanzierungssystem so ausgestaltet sein muss, dass die gesamte Bevölkerung im Rahmen ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit an der Finanzierung beteiligt wird.

Meine dritte These zielt auf die ethische Dimension und lautet:

Eine Altersrationierung von Leistungen der GKV ist ethisch nicht zu vertreten und ökonomisch verfehlt.

Das Horrorszenario der Kostenexplosion im Gesundheitswesen als Folge der alternden Gesellschaft gehört mittlerweile zum Standardrepertoire der „bad news“ und wird nur zu häufig dafür benutzt, um Forderungen nach einer Rationierung medizinischer Leistungen zu stellen. Die Forderung, chirurgische und intensivmedizinische Behandlung vom Alter abhängig zu machen, ist rational nicht begründbar. Zum einen korrespondiert das Alter als isolierte „Variable“ nicht mit der medizinischen Prognose, und zum anderen kann das Alter eines Patienten immer nur im Zusammenhang mit seiner Gesamtsituation diskutiert werden. Letztlich ist es ethisch und ökonomisch fragwürdig, weil zum Beispiel ein Ausschluss von bestimmten Operationen, nehmen wir beispielsweise das künstliche Hüftgelenk, für den Betroffenen dauerhafte Schmerzen und funktionelle Einbußen bedeuten kann. Unterbleibende Eingriffe führen nicht selten zu Folgeerkrankungen, deren Behandlung wesentlich mehr kostet als die Summe, die zunächst eingespart worden ist.

Nach unserer festen Überzeugung müssen alte Menschen auch weiterhin den gleichen Zugang zu Leistungen der GKV haben wie die jüngere Generation. Die Rationierung von Gesundheitsleistungen bei Erreichen einer bestimmten Altersgrenze wäre ein kompletter Irrweg zur Bewältigung der demographischen Herausforderungen unserer Gesellschaft. *Alter wäre dann in der Tat keine Chance mehr, sondern ein großes Risiko für chronisch Kranke und multimorbide Patienten!*

Statt über eine Rationierung im Gesundheitswesen nachzudenken, sollten die Strukturen und Prozesse der Gesundheitsversorgung optimiert werden, um damit die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung zu verbessern. Gerade in der Versorgung von älteren Patienten liegen noch erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven.

These vier:

Die gesundheitliche Versorgung alter Menschen erfordert spezielle und effektive Versorgungsangebote.

Ist unser Gesundheitswesen auf eine Bevölkerung, die deutlich länger lebt, als das noch vor 20 oder 30 Jahren der Fall war, ausreichend vorbereitet? Viele Experten sind da sehr skeptisch. Sie meinen, dass Deutschland zwar programmatisch auf die Altersentwicklung vorbereitet, aber in der Praxis noch längst nicht auf ihre Herausforderungen eingestellt ist. Zu den epidemiologischen Fakten in einer alten Bevölkerung zählt eine hohe Prävalenz chronischer Erkrankungen. Charakteristisch sind Multimorbidität und psychische Störungen sowie komplexe Krankheitsprobleme. Es liegt auf der Hand, dass sich daraus differenzierte Anforderungen an das Ausmaß und die Art des Versorgungsbedarfs ergeben. Und eben hier haben die gesetzlichen Krankenkassen eine große Mitverantwortung: Sie müssen noch viel stärker neue, innovative und zielgrup-

pengerechte Versorgungsformen entwickeln und implementieren. Aber die Politik muss uns auch die Möglichkeiten dafür einräumen.

Eine gute hausärztliche Versorgung ist neben den Disease-Management-Programmen und der Integration der Spezialversorgung für die Betreuung älterer Menschen von zentraler Bedeutung. Der Hausarzt spielt dabei eine besondere Rolle. Seine Betreuung muss indikations- und episodübergreifend ausgerichtet sein. Die Koordination und Abstimmung der anfallenden fachärztlichen, klinischen und pflegerischen Leistungen muss in seinen Händen liegen. Diese Aufgaben bilden eine wesentliche Grundlage für Disease-Management-Programme und für eine erfolgreiche Integration der Versorgung.

Ich komme zu meiner fünften und letzten These:

Durch Prävention und Gesundheitsförderung ist ein gesundes Altern möglich.

Schaut man sich die Ergebnisse der Gerontologie an, so zeigt sich ganz deutlich, dass Prävention und Gesundheitsförderung auch für den alten Menschen zu einer Verbesserung von Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität führen können. Neben der genetischen Ausstattung und einer Reihe von anderen Faktoren sind Prävention und Gesundheitsförderung wesentliche Voraussetzungen für ein langes und vitales Leben. Allerdings dürfen auch ältere Menschen nicht aus der Eigenverantwortung für ihre Gesundheit entlassen werden. Auch sie müssen ihren Teil beitragen und mit ihrer Gesundheit pfleglich umgehen.

Zugegeben, die gesetzlichen Krankenkassen, aber auch die anderen Akteure im Gesundheitswesen haben ihre Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote noch nicht – wie es erforderlich und notwendig wäre – auf die Gruppe der älteren Versicherten ausgerichtet. Hier gibt es erhebli-

chen Nachholbedarf! Ich hoffe sehr, dass das zukünftige Präventionsgesetz Rahmenbedingungen setzt, die es ermöglichen, Prävention im und für das Alter zu einer zentralen gesellschaftlichen Aufgabe zu machen. Wenn wir es dabei gemeinsam schaffen, die Angebote qualitätsorientiert und effektiv auszugestalten, dann braucht niemand Angst vor dem Alter zu haben.

Fazit

Erstens: Alte Menschen sind für die gesetzlichen Krankenversicherung keine homogene Gruppe, die sich durch bestimmte Merkmale eingrenzen lässt.

Zweitens: Alte Menschen haben grundsätzlich den gleichen Anspruch auf präventive, diagnostische, therapeutische und rehabilitative Leistungen wie junge Menschen.

Drittens: Chronisch kranke ältere Menschen stellen besondere Anforderungen an die Versorgungsstrukturen.