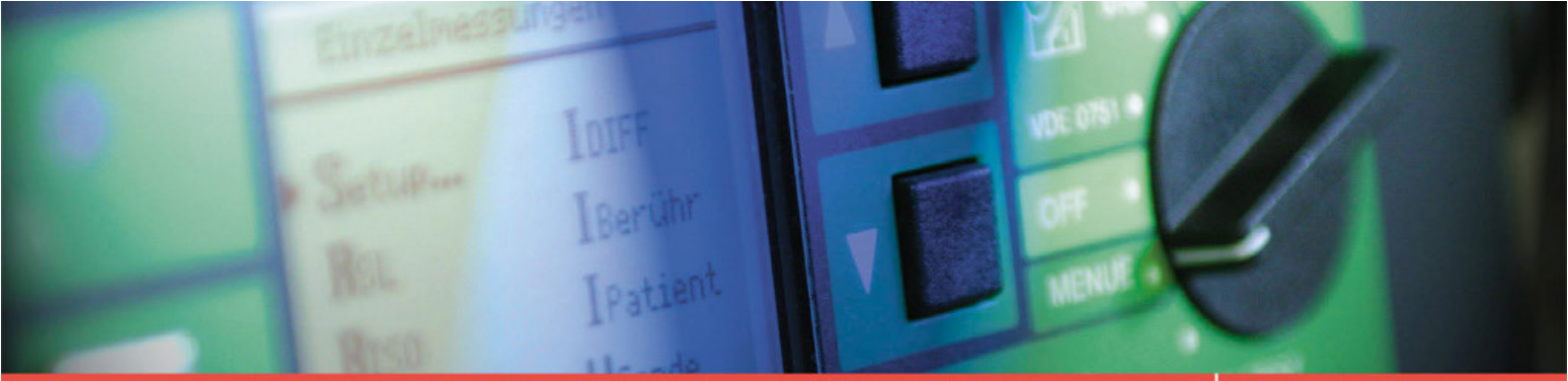


FRANKFURTER FORUM : DISKURSE

Generationengerechte Versorgung: Der Generationenvertrag

Heft 33
Juli 2026

FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen e.V.



Ziele

Das Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen will zentrale Fragen in der Gesellschafts- und Gesundheitspolitik mit führenden Persönlichkeiten aus Politik, Wissenschaft und Gesellschaft diskutieren und versuchen, darauf Antworten zu geben. Die unterschiedlichen ethischen, medizinischen, ökonomischen, politischen und rechtlichen Standpunkte sollen transparent und publik gemacht werden. Anregungen und Handlungsempfehlungen sollen an die Entscheider in Politik und Gesundheitssystem

Heft 33
April 2026

FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen e.V.

Inhalt:

Generationengerechte Versorgung: Der Generationenvertrag

Generationengerechte Gesundheitsversorgung Teil II - Versorgung der älter werdenden Bevölkerung

ANDREAS KRUSE
Blick in die Zukunft: Zur translationalen Medizin altersassoziierter Erkrankungen

EVA DIEHL-WIESECKER
Medizinethische Herausforderungen im Versorgungsalltag: Wird der Patientenwille respektiert?

FRANK BERGMANN
Versorgung sichern, Wandel gestalten – die KV im Spannungsfeld des demografischen Wandels

CONSTANZE HÜBNER & CHRISTIANE WOOPEN
Wenn die Zukunft in die Gegenwart geholt wird: Ethische Fragen prädiktiver Medizin im Kontext von Alzheimer Demenz

Anforderungen einer bedarfsgerechten Versorgung: Das Potenzial einer älter werdenden Bevölkerung

Generationenvertrag

Generationengerechte Gesundheitsversorgung

Eine generationengerechte Gesundheitsversorgung ist ein vielschichtiges Forschungsgebiet. Dennoch werden bestimmte Gebiete kaum oder nur selektiv bearbeitet: Wissenschaftliche Beiträge über die Vernachlässigung der Kinder- und Jugendmedizin sind ebenso unterrepräsentiert wie die unzureichende Berücksichtigung von Frauen bei pharmakologischen Studien. Von den medizinischen, ökonomischen, sozialen und rechtlichen Konsequenzen der Verschiebung der Bevölkerungsstrukturen ganz zu schweigen. In einer stark alternden Gesellschaft wie in Deutschland wurde die wissenschaftliche Diskussion über diese Entwicklungen lange Zeit verschlafen und erst in den letzten Jahren stärker wahrgenommen, während andere Länder unter dem Begriff „Aging Societies“ die Folgen demografischer Entwicklungen schon lange in ihre Lehr- und Forschungskonzepte aufgenommen haben.

Generationengerechtigkeit wurde lange Zeit fast ausschließlich unter einem intragenerativen Blickwinkel geführt und die Analyse betrachtete die Beziehungen zwischen den lebenden Generationen: Wie steht es um die Gesundheitsversorgung der Menschen unterschiedlichen Alters hinsichtlich einer adäquaten medizinischen Behandlung, die Versorgung mit ambulanten und stationären Leistungen, mit Pflege oder auch mit palliativen Angeboten? Gegenwärtig rücken stärker intergenerative Gesichtspunkte zwischen den heute lebenden und den künftigen Generationen in den Mittelpunkt: Wie werden künftige Verteilungskonflikte um die immer knapper werdenden Gesundheitsressourcen gelöst? Wie belastbar ist der durch ein Umlagesystem

finanzierte Generationenvertrag, der durch den demografischen Wandel an Grenzen stößt, da immer weniger Junge (Erwerbstätige) immer mehr Ältere (nicht mehr Erwerbstätige) mit Gesundheits-, Pflege- und Rentenleistungen zu versorgen haben?

Mit Blick auf die aktuelle Lage muss man konstatieren, dass Kranken- und Pflegeversicherung nicht gut für die Zukunft aufgestellt sind. Hinzu kommt ein massives Effizienz- und Ausgabenproblem. Die Politik hat mit einer freigiebigen Gesetzgebung hohe Ausgabensteigerungen mitverursacht, während Effizienzaspekte und Reformen auf der Einnahmenseite weitgehend unterblieben sind.

Wenn nun über einen notwendigen Umbau des Gesundheitssystems diskutiert wird, müssen vor allem Ergebnisse in den Mittelpunkt rücken. Evidenzbasierte Erkenntnisse über den Nutzen der Inanspruchnahme von Leistungen sind die notwendige Richtschnur, um über die Leistungsfähigkeit des Systems seriös diskutieren zu können. Bei der Wertermittlung einer Gesundheitsleistung sollte stärker der Nutzen der verbesserten Gesundheit für den Patienten den resultierenden Kosten gegenübergestellt werden. Goldstandard sind zwar klinische Studien, sie sollten aber ergänzt werden um weitere Maße aus der gesundheitsökonomischen Forschung, beispielsweise den QALYs (Quality-Adjusted Life Years). Das ist in anderen Ländern teilweise heute schon Standard. Allerdings erfordert die Übertragung individueller Nutzenmaße auf gesamtgesellschaftliche Verteilungsentscheidungen eine sorgsame Diskussion und Ausgestaltung der Konzepte, um die erforderliche gesellschaftliche Akzeptanz zu finden.

Mit Blick auf eine generationengerechte Versorgung geht es aber nicht nur um einen Ergebnisvergleich von Kosten und Nutzen der Leistungserbringung und –Leistungsinanspruchnahme. Im Mittelpunkt stehen immer auch zukunftsfeste

regionale Versorgungsstrukturen, die den Bedarf der Menschen decken, damit sie von Geburt an bis ins hohe Alter so gesund und selbstbestimmt wie möglich leben können. Dabei kommt auch der Prävention eine entscheidende Rolle zu. Unter ökonomischen Aspekten wird Prävention das System langfristig vielleicht nicht notwendigerweise billiger machen, die Menschen sollten durch Prävention aber vor allem gesunde Lebensjahre hinzugewinnen, die es ihnen ermöglichen, länger in ihrer vertrauten Umgebung bleiben oder sogar auch länger arbeiten können.

Eine große Herausforderung mit Blick auf eine generationengerechte Versorgung ist die fehlende Koordination der Vielzahl an Akteuren des sektoral gegliederten Gesundheitssystems: Arztpraxen, therapeutische Praxen, Pflegeanbieter, Krankenhäuser, Apotheken und weitere Leistungserbringer. Vor Ort gibt es zu viele Schnittstellen und Kompetenzüberlagerungen, die eine koordinierte Versorgung verhindern oder erschweren. Große Erwartungen liegen daher in der von der Koalition beschlossen Einführung eines Primärarztsystems, wobei Kritiker die Fokussierung auf die (Haus-)Ärzte bemängeln und statt dessen ein Primärversorgungsystem fordern. Auch in die Krankenhausreform werden große Erwartungen gesetzt, gerade auch mit Blick auf die Schnittstelle zum ambulanten Sektor.

Unabhängig davon, in welche Richtung sich das Gesundheitssystem weiterentwickeln wird: Das gegenwärtige System ist zu bürokratisch, es fehlt an Digitalisierung, es ist nach wie vor stark sektoral ausgerichtet und somit insgesamt auf die genannten Herausforderungen schlecht vorbereitet. Es bleibt viel zu tun, auch unter dem Blickwinkel einer generationengerechten Versorgung.

DR. REGINA KLAKOW-FRANCK, PROF. VOLKER ULRICH, PETRA ACHER

Verständnis von Altern in seiner Verletzlichkeit und Potenzialität

Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse, Seniorprofessor, Institut für Gerontologie, Universität Heidelberg

Zusammenfassung:

Der Beitrag nimmt zunächst eine Umschreibung des Alterns als mehrdimensionales, dynamisches Geschehen vor. Dabei wird zwischen fünf Dimensionen differenziert, in denen Entwicklung im Altern untersucht werden muss, um zu einem ausreichend umfassenden Verständnis von Altern zu gelangen. In einem weiteren Schritt thematisiert der Beitrag Aspekte der Verletzlichkeit im hohen Alter, wobei die Zunahme an Verletzlichkeit primär als graduelles Geschehen und nicht als abrupt einsetzende Veränderung verstanden wird. Es wird angenommen, dass trotz erhöhter Verletzlichkeit die Selbstgestaltung von Entwicklung möglich ist; in der fortgesetzten Selbstgestaltung wird ein Potenzial des Alters gesehen. In einem weiteren Schritt wird der seelisch-geistige Potenzialbegriff weiter ausgeführt; vier Potenziale des Alters – nämlich Introversion mit Introspektion, Offenheit, schöpferische Sorge, Wissensweitergabe – werden vorgestellt und diskutiert. Der Beitrag konzentriert sich danach auf die biografische Perspektive des Alterns, die vor allem mit Blick auf die „existenziellen Fühlungen“ entfaltet wird; es sind – so lautet die Annahme – gerade diese in der Biografie aufgetretenen existenziellen Fühlungen, die im Lebensrückblick thematisch werden. Abschließend wird auf die schöpferische Sorge als „Bindeglied“ von Verletzlichkeit einerseits und Potenzialverwirklichung

andererseits eingegangen. Es wird angenommen, dass im Falle gegebener Verletzlichkeit die Möglichkeit zu praktizierter Sorge zusätzlich an Gewicht für die Potenzialverwirklichung im Alter gewinnt.

I. Altern als mehrdimensionales, dynamisches Geschehen

Das Altern begreife ich als einen physischen, psychischen, kognitiven, existenziellen und sozialen Prozess. Die hier genannten fünf Dimensionen des Alterns weisen eine je eigene Dynamik, das heißt, eigene Entwicklungsgesetze auf. Daraus folgt, dass wir das Altern einer Person erst dann angemessen erfassen und beschreiben, wenn wir die Entwicklungsdynamiken der einzelnen Dimensionen differenziert abgebildet und deren Wechselwirkung angemessen charakterisiert haben. Wir neigen vielfach dazu, das Altern vor allem oder sogar allein aus einer physischen und kognitiven Perspektive zu betrachten; wobei wir in diese Perspektive die „Funktionalität“ einbeziehen, das heißt, die spezifischen körperlichen und kognitiven Funktionen wie auch die alltagspraktischen Funktionen und Fertigkeiten, die aus den körperlichen und kognitiven Funktionen – wie auch aus der physischen und kognitiven Leistungsfähigkeit – erwachsen. So wichtig die beiden genannten Dimensionen (die körperliche, die kognitive) sind, so wichtig es ist, die aus diesen abgeleitete Funktionalität ausführlich zu würdigen – entscheidet diese doch über den Grad der Selbstständigkeit im Alltag mit –, so sehr bedeutete es eine Einengung der Analyseperspektiven, wenn wir uns ausschließlich auf diese beiden Dimensionen konzentrieren würden. Wir müssen die Psyche, die Existenz, die Begegnungen, also die psychische, die existenzielle, die sozialkommunikative Dimension ebenfalls explizit berücksichtigen; sie stehen in ihrer Bedeutung gleichberechtigt neben der physischen und kognitiven. Die psychische Dimension umfasst die

Gefühle, die Motive, die Wertbildungen der Person (letztere sind intensiv mit Gefühlen assoziiert) und schließlich deren Eigenschaften; in ihrer Gesamtheit konstituieren diese Merkmale zentrale Aspekte des Selbstkonzepts und damit der Identität der Person. Auch wenn in der psychischen Dimension mit zunehmendem Lebensalter eine wachsende Kontinuität besteht, so handelt es sich doch immer um eine Kontinuität im Wandel. Zentrale Lebensthemen, zentrale Motive und Werte verändern sich in den späteren Lebensaltern nicht grundlegend, sondern nur im Hinblick auf Ausprägung und Prägnanz („Wandel"); auch im Falle größerer Belastungen treten – nach einer Phase der erlebten Krise – die in der Biografie zentralen Themen, Motive und Werte wieder stärker in das Zentrum des Bewusstseins. Dabei ist die Fähigkeit, Belastungen innerlich (also mit Blick auf die seelisch-geistige Situation oder die Befindlichkeit) zu verarbeiten und äußerlich (also mit Blick auf die gegebenen Lebensbedingungen) zu bewältigen, vielfach als eine große psychologische Leistung zu deuten; diese zeigt sich auch in der (weitgehenden) Wiederherstellung der vor dem Auftreten der Belastungen bestehenden oder sogar weiter differenzierten Themen-, Motiv- und Wertstruktur. Die existenzielle Dimension verstehe ich – in Anlehnung an Viktor Frankls Existenzpsychologie (1972) – als innere Haltung des Menschen zu seiner Existenz, als eine produktive Selbst-Distanzierung des Menschen von der bestehenden inneren und äußeren Situation, als seine Fähigkeit, mit einem „Dennoch" zu antworten, die innere Freiheit zu „ergreifen". Diese Haltung ist, folgen wir Arbeiten zur Existenzphilosophie von Karl Jaspers (1973), vor allem in Grenzsituationen unseres Lebens – die wir durch unser Handeln nicht mehr verändern können – essenziell. Die sozialkommunikative Dimension schließlich beschreibt die Gestaltung unserer Beziehungen – vor allem zum Nahumfeld – sowie den Grad innerer Zufriedenheit mit den bestehenden Beziehungen. Hier hat auch die Übernahme von Mitverantwortung für andere Menschen ihren Platz. – Ich habe die Mehrdimensionalität von Altern deswegen ausführlicher charakterisiert und an den Beginn meines Beitrags gestellt, weil deutlich werden

sollte, wie komplex das personale Geschehen ist, das wir mit Altern umschreiben, das heißt, wie viele Aspekte (Merkmale) der Person zu berücksichtigen sind, wenn wir eine Aussage über den „Entwicklungsstand“ (oder das Entwicklungsniveau) eines Menschen treffen wollen. Zudem ist die Mehrdimensionalität bei der Konzeption aller Formen von Intervention zu berücksichtigen; hier sehe ich enge Beziehungen zu dem von Viktor von Weizsäcker (1950) eingeführten Subjektbegriff in die Medizin wie auch in die von ihm eingeführte biografische Dimension in die Medizin. Mit der biografischen Dimension werden Dynamik und Kontinuität (gegebenenfalls von Diskontinuitäten – „Krisen“ – unterbrochen) berücksichtigt, die auch für mein Verständnis von Altern wichtig sind.

II. Verletzlichkeit im Alter – eine Annäherung

Wie ist Verletzlichkeit im hohen Alter zu verstehen, durch welche Merkmale zeichnet sich diese aus? Vor dem Hintergrund der mittlerweile umfangreichen empirischen Literatur zum hohen Alter (siehe den Überblick in Bauer, Becker, Denkinger et al., 2024) ist davon auszugehen, dass sich im Verlauf des neunten Lebensjahrzehnts der Übergang vom höheren („dritten“) zum hohen („vierten“) Alter allmählich, fließend, kontinuierlich vollzieht (Kruse, 2017). Dabei ist das neunte Lebensjahrzehnt *nicht* als ein Jahrzehnt zu begreifen, in dem körperliche und psychische Erkrankungen notwendigerweise plötzlich, abrupt über das Individuum hereinbrechen. Vielmehr ist im neunten Lebensjahrzehnt eine graduell zunehmende Anfälligkeit des Menschen für neue Erkrankungen und funktionelle Einbußen ebenso erkennbar wie die graduelle Zunahme in der Schwere bereits bestehender Erkrankungen und bereits bestehender funktioneller Einbußen (Fried et al., 2001; RKI, 2023; WHO, 2020). Damit ist ein

wichtiges Merkmal des hohen Alters beschrieben, das auch im Erleben der Menschen dominiert: Die allmählich spürbare Zunahme an Krankheitssymptomen, die allmählich spürbaren Einbußen in der körperlichen, zum Teil auch in der kognitiven Leistungsfähigkeit, schließlich die allmählich spürbaren Einschränkungen in alltagsbezogenen Fertigkeiten werden vom Individuum im Sinne der erhöhten Verletzlichkeit erlebt und gedeutet (Clegg et al., 2013). Verletzlichkeit heißt dabei nicht Gebrechlichkeit; letztere ist vielmehr Folge ersterer. Verletzlichkeit lässt sich auch nicht mit den medizinischen Begriffen Multimorbidität und Polysymptomatik angemessen umschreiben. Vielmehr meint Verletzlichkeit eine erhöhte Anfälligkeit und Verwundbarkeit, mithin das deutlichere Hervortreten von Schwächen, meint verringerte Potenziale zur Abwehr, Kompensation und Überwindung dieser körperlichen und kognitiven Schwächen. Die objektiv messbare wie auch die subjektiv erlebte Verletzlichkeit tritt zu interindividuell unterschiedlichen Zeitpunkten im neunten Lebensjahrzehnt auf; sie kann sich bei dem einen sogar noch später (also erst im zehnten Lebensjahrzehnt), bei dem anderen sogar noch früher (also schon im achten Lebensjahrzehnt) einstellen. Entscheidend ist, dass im Verlauf des neunten Lebensjahrzehnts bei der Mehrzahl alter Menschen eine derartige erhöhte Verletzlichkeit objektiv nachweisbar ist und subjektiv auch als eine solche empfunden wird.

Mit dem Hinweis auf die erhöhte Verletzlichkeit wird angedeutet, dass im hohen Lebensalter ein Merkmal der Conditio humana – nämlich die grundsätzliche Verwundbarkeit – *noch einmal stärker* in das Zentrum tritt, dabei auch in das Zentrum des Erlebens (Rentsch, 2020). Mit diesem Hinweis wird die vielfach vorgenommene, strikte Trennung zwischen drittem und viertem Lebensalter relativiert: Es ist nicht so, dass das dritte Lebensalter ganz unter dem Zeichen erhaltener körperlicher, kognitiver und sozioemotionaler Kompetenz, das vierte Lebensalter hingegen ganz unter dem Zeichen verloren gegangener körperlicher,

kognitiver und sozioemotionaler Kompetenz (im Sinne eines modus deficiens) stünde. Vielmehr finden wir auch im dritten Alter graduelle Verluste und damit allmählich stärker werdende Schwächen, die in summa auf eine erhöhte Verletzlichkeit des Menschen deuten; und im vierten Alter sind vielfach seelische, geistige, sozioemotionale und sozialkommunikative Ressourcen zu beobachten, die das Individuum in die Lage versetzen, ein schöpferisches, persönlich sinnerfülltes und stimmiges Leben zu führen – dies auch in gesundheitlichen Grenzsituationen (Brothers et al., 2016).

Allerdings darf gerade mit Blick auf die Verletzlichkeit des alten Menschen nicht übersehen werden, dass sich im Falle körperlicher, möglicherweise auch kognitiver und sozialer Verluste Auswirkungen auf den Grad und die Art der Offenheit ergeben. Die Fähigkeit, sich auf sich selbst zu besinnen, sich konzentriert dem eigenen Selbst zuzuwenden und damit Entwicklungsprozesse des Selbst anzustoßen, ebenso wie die Fähigkeit und Bereitschaft, sich auf die Welt zu konzentrieren, diese in ihrer anregenden, motivierenden und unterstützenden Qualität wahrzunehmen und zu nutzen, kann in Phasen vermehrten Schmerzerlebens, in Phasen vermehrter funktionaler Beeinträchtigung, in Phasen verstärkter Einsamkeit erkennbar zurückgehen. Dabei ist zu bedenken, dass es sich hier vielfach um *Phasen* des Rückzugs von der Welt, um Phasen der subjektiven Entfremdung („ich finde mich nicht mehr“, „ich kann mich selbst nicht mehr erkennen“, „ich bin mir selbst fremd geworden“) handelt, die wieder einer stärkeren Öffnung nach außen und nach innen weichen, wenn körperliche und kognitive Krankheitssymptome kontrolliert und gelindert werden, vor allem, wenn sich Möglichkeiten eines fruchtbaren, anregenden und motivierenden Austauschs mit anderen Menschen ergeben – auch hier zeigt sich die Notwendigkeit einer wahrhaftigen, offenen und mitfühlenden Kommunikation sehr deutlich.

Mit den Hinweisen auf die Offenheit in Phasen erlebter Verletzlichkeit sind bereits *Potenziale ihrer inneren Überwindung* angesprochen. „Innere Überwindung“ meint hier die Fähigkeit der Person, die eigene Verletzlichkeit anzunehmen und sie als Teil der – wie ich es nennen möchte – „persönlich gelebten Conditio humana“ zu verstehen. Dies heißt nicht, dass die Person auf Möglichkeiten der instrumentellen, also fachlichen Unterstützung zur Linderung von Verletzlichkeit (verbunden mit einer Kontrolle körperlicher und psychischer Symptome) verzichten würde und könnte. Doch über diese Unterstützung hinaus ergibt sich auch die Anforderung, zu einer inneren Annahme jener Zeichen von Verletzlichkeit zu finden, die nicht rückgängig gemacht, die nicht kontrolliert werden können. Dabei können im inneren Prozess der Verarbeitung von Verletzlichkeit durchaus seelisch-geistige Potenziale erkennbar werden, die auf eine hohe Anpassungskapazität wie auch auf schöpferische Kräfte des Seele-Geist-Komplexes hinweisen (grundlegend dazu Kruse, 2023). Es sind dies Potenziale, also noch nicht *vollzogene* Entwicklungsschritte. Wenn hier von Potenzialen gesprochen wird, so heißt dies: Es müssen innere (personale) und äußere (Lebenslage und Umwelt bezogene) Bedingungen gegeben sein, die die Verwirklichung von Potenzialen fördern. Wir haben uns in unserer Forschung intensiv mit der Frage befasst, welche Bedeutung die *erlebte* und die *praktizierte* Sorge für andere Menschen – vor allem für junge Menschen – für die Verwirklichung derartiger Potenziale besitzen. Die Befundlage ist hier sehr deutlich: In dem Maße, in dem alte Menschen die Möglichkeit haben und nutzen, sich – in schöpferischer Weise – *sorgend* anderen Menschen, vor allem jungen Menschen, zuzuwenden (und zwar im Sinne seelisch und geistig oder aber instrumentell und materiell orientierter Sorge), wächst die Wahrscheinlichkeit, dass sich im Alter selbst wie auch in der inneren Auseinandersetzung mit Verletzlichkeit seelisch-geistige Potenziale verwirklichen (Kruse, 2016; Kruse & Schmitt, 2015). Mit anderen Worten: Die erlebte und praktizierte, schöpferische Sorge bildet ein zentrales Glied zwischen Verletzlichkeit einerseits und Reife

andererseits (Kruse, 2017).

Ich spreche vom „Seele-Geist-Komplex“, wobei ich mit „Komplex“ andeute, dass Seele und Geist eine Vielzahl von Ausdrucksformen zeigen; Michael Welker (2021) verdanken wir die gelungene Umschreibung dieser Vielzahl von Ausdrucksformen mit „Polyphonie des Geistes“. Die Beschäftigung mit der inneren Überwindung von Verletzlichkeit im hohen Alter erfordert ein weiteres Nachdenken über den Seele-Geist-Komplex. Seele-Geist beschreibt nicht allein den Komplex der Interaktion von Emotion, Motivation, Kognition im Kontext eines spezifischen, teils stabilen, teils dynamischen Persönlichkeitsgefüges. Er beschreibt auch die Offenheit für Geistiges, welches über das Fühlen, über den Antrieb, über das Denken und Problemlösen hinausgeht. In den von uns geführten Explorationen mit insgesamt N= 800 Personen im Alter von 75 bis 98 Jahren (geführt in zwei getrennten Untersuchungen mit jeweils N= 400 Personen) zur „daseinsthematischen Struktur“ (verstanden als Komplex von Lebensthemen, die für das Individuum leitend sind) wurden von nicht wenigen Untersuchungsteilnehmern/innen die Themen Spiritualität und Religiosität ausgeführt (siehe dazu Beiträge in Kruse & Schmitt, 2022). Bei der Ausführung dieser Themen in den Explorationen war erkennbar, dass Spiritualität und Religiosität im Sinne der Erfahrung des Umgreifenden (Spiritualität) oder der Erfahrung des Geistes Gottes, der uns umgibt und inspiriert (Religiosität), gedeutet werden.

III. Selbstgestaltung im Alter als Aufgabe und Potenzial

An sich

von Paul Fleming (1609-1640)

„Sei dennoch unverzagt, gib dennoch unverloren
Weich keinem Glücke nicht, steh höher als der Neid
Erfreue dich an dir und acht es für kein Leid
Hat sich gleich wider dich Glück, Ort und Zeit verschworen.
Was dich betrübt und labt, halt alles für erkoren
Nimm dein Verhängnis an, lass alles unbereut
Tut was getan muss sein und eh man dir's gebeut
Was du noch hoffen kannst, das wird noch stets geboren.
Was lobt, was klagt man doch?
Sein Unglück und sein Glücke
Ist ihm ein jeder selbst. Schau alle Sachen an
Dies alles ist in dir. Lass deinen eitlen Wahn.
Und eh du fürder gehst, so geh in dich zurücke.
Wer sein selbst Meister ist und sich beherrschen kann
Dem ist die weite Welt und alles untertan."

In diesem Gedicht wird zunächst eine bestimmte – man könnte sagen: gefasste und akzeptierende – Haltung der Person gegenüber der gegebenen Situation akzentuiert, in einem weiteren Schritt wird das innere Fundament dieser Haltung genannt. Einer von mir vorgeschlagenen Terminologie folgend (Kruse, 2017) könnte man hier von „Introversion mit Introspektion" sprechen, mithin von einer Konzentration auf die innerseelischen Prozesse („Introversion"), die ihrerseits mit

einer Akkumulation von Lebenswissen („Introspektion“) verbunden ist. Die im Gedicht angesprochene Lebenshaltung lässt sich im Sinne der Selbstvergewisserung der Person, aber auch im Sinne der Identitätsbildung im Lebenslauf beschreiben. Die Fähigkeit, auf sich selbst zu blicken, sich selbst zu erkennen und anzunehmen, das eigene Leben – ausdrücklich auch in seiner Begrenztheit – zu bejahen, anderen Menschen ihr Glück zu gönnen und damit fern vom Neid zu stehen, sich auf die eigenen seelischen und geistigen Kräfte zu besinnen, ohne sich dabei zu überhöhen: Dies sind zentrale Merkmale der Identität, wobei hier Identität nicht als ein einmal erreichter und sich nicht mehr differenzierender Entwicklungszustand im jüngeren Erwachsenenalter verstanden wird, sondern vielmehr als ein dynamisches Geschehen, das in seinem weiteren Verlauf von den Erlebnissen und Erfahrungen des Individuums, von dessen ausgebildeten und im Alltag umgesetzten Ressourcen, von dessen Daseinsthemen (als zentralen Themen und Anliegen) sowie von dessen Lebensbedingungen beeinflusst ist. In dem von Paul Fleming verfassten Gedicht scheint die Identität an mehreren Stellen im thematischen Kontext der Integrität auf, wenn nämlich die Fähigkeit des Menschen, sein Leben zu bejahen (in seinem Glück ebenso wie in seinem Leid), betont wird. Zugleich beschreibt dieses Gedicht die Notwendigkeit der Offenheit des Menschen für neue Eindrücke, Erlebnisse und Erfahrungen, es bleibt also nicht beim Lebensrückblick stehen, sondern verbindet diesen mit der Gegenwarts- und Zukunftsperspektive: Inwiefern bietet sich der Person, inwiefern nutzt sie die Gelegenheit, die in der Gegenwart und Zukunft liegenden Möglichkeiten zur sinnerfüllten, schöpferischen Lebensgestaltung zu nutzen? Diese Verbindung von Lebensrückblick mit Gegenwarts- und Zukunftsperspektive bildet einen Gedanken, der für das Verständnis der Auseinandersetzung mit Anforderungen im Alter (aber auch schon in den vorangehenden Lebensaltern) wichtig ist: Der Rückblick auf die Geschichte verarbeiteter und bewältigter wie auch nicht verarbeiteter und nicht bewältigter Ereignisse, verbunden mit der Annehmen der

bislang gelebten Biografie, stellt eine bedeutende psychische Zäsur dar und bildet sowohl Ergebnis als auch Grundlage der Offenheit der Person für gegenwärtige und zukünftige Anforderungen (vgl. Erikson, Kivnick & Erikson, 1986) sowie für in der Gegenwart und Zukunft liegende Möglichkeiten, das eigene Leben als stimmig zu erfahren (vgl. Thomae, 1968).

Das hohe Alter ist nicht im Sinne eines „modus deficiens“ zu deuten, das heißt, als ein Prozess, in dem alle Funktionen des Bios – körperliche, sensomotorische, kognitive, alltagspraktische, emotionale und sozialkommunikative – von mehr oder minder starken Verlusten bestimmt wären. Eine derartige Sicht des Alterns – die dieses ausschließlich als einen verlustbezogenen Prozess versteht – lässt sich im Kontext multidisziplinärer Wissenskorpora nicht empirisch fundiert vertreten. Diese zu korrigierende Sicht verdankt sich auch einer fehlerhaften Deutung genetischer Einflüsse auf das Altern: Diese ließ sich (a) von der Vorstellung leiten, dass das Altern ein *streng* genetisch kontrolliertes Geschehen darstelle, und (b) von der Annahme, dass das genetische Material mit zunehmendem Lebensalter die Handlungsmöglichkeiten (oder Freiheitsgrade) immer weiter einschränke, weil sich in ihm selbst im Lebenslauf immer mehr Fehler häufen. Diese beiden Vorstellungen sind wie folgt zu korrigieren: (a) Der Alternsprozess resultiert in seiner spezifischen – individuellen – Form aus einer lebenslangen, sich auch im hohen Alter fortsetzenden *Interaktion* genetischer, umweltbezogener, personenbezogener und situativer Merkmale. Die individuellen Unterschiede in der Art und Weise, wie sich „das Altern“ körperlich, seelisch und geistig „darlebt“, sind auf Unterschiede in den spezifischen Konstellationen und Interaktionen dieser Merkmale zurückzuführen. (b) Das genetische Material ist keinesfalls nur unter dem Aspekt der „Grenzen“ von Erlebens- und Handlungsmöglichkeiten, sondern auch unter dem Aspekt der Schaffung (Herstellung, Erzeugung) solcher Möglichkeiten zu betrachten. Anders ausgedrückt: Das genetische Material zieht nicht nur Grenzen, sondern erzeugt

auch Potenziale, wenn es denn gelingt, den Bios bis in das hohe Alter in einer seinen Möglichkeiten entsprechenden Art und Weise zu stimulieren und zu fördern.

Dabei kann für das Verständnis von Entwicklung im hohen Alter nicht deutlich genug betont werden, dass diese in den einzelnen Funktionen unterschiedlichen Entwicklungsgesetzen folgt: Entwicklung ist demnach kein homogenes Geschehen mit geringer intraindividueller Variabilität (das heißt: alle Funktionen entwickeln sich in ganz ähnliche – nämlich negativ konnotierte – Richtung), sondern vielmehr ein ungemein heterogenes, differenzielles Geschehen mit hoher *intra*individueller und zudem *inter*individueller Variabilität. Daraus folgt, und dies ist nicht nur für die Forschung, sondern auch für die Ansprache alter Menschen wichtig, dass wir sowohl Verletzlichkeit und Verluste in einzelnen Funktionen als auch Ressourcen (Stärken) und Potenziale (Entwicklungsmöglichkeiten) in anderen Funktionen im Auge haben müssen. Dies heißt auch: So wie es fehlerhaft wäre, würden wir das Altern eines Individuums nur unter dem Aspekt der Verletzlichkeit und der Verluste betrachten, wäre es in gleichem Maße fehlerhaft, würden wir Altern nur als Gewinn, also als Verwirklichung gegebener Ressourcen und Potenziale deuten. Beide Aspekte – Verletzlichkeit und Reife – sind zu bedenken, und dies *nicht* in apodiktischer Weise des „nur verletzlichen“ *vs.* des „nur mit Ressourcen und Potenzialen ausgestatteten“ Bios.

Meine diesen Abschnitt einführende Aussage geht noch einen Schritt weiter: Wir verhalten uns nicht einfach nur zur Verletzlichkeit und zu den Verlusten wie auch zu den Ressourcen und Potenzialen, sondern wir sollten diese als Grundlage für die *Selbstgestaltung von Entwicklung* betrachten; und wir tun dies häufig auch (vielleicht ohne darüber bewusst zu reflektieren). Die Selbstgestaltung von Entwicklung ist dabei nicht nur eine „Aufgabe“ und „Chance“ der früheren,

sondern in gleichem Maße auch der späteren Lebensjahre. Dabei schließt Selbstgestaltung auch eine „retrospektiv orientierte“ Komponente ein: wenn es nämlich darum geht, die persönliche Lebensgeschichte (Biografie) neu zu ordnen, neu zu bewerten, in Teilen zu rekonstruieren, und dies auch unter sittlich-normativen Gesichtspunkten. Selbstgestaltung schließt somit nicht nur Gegenwart und Zukunft, sondern auch Vergangenheit mit ein (Lehr, 1987).

Bei der Umsetzung dieser Aufgabe der Selbstgestaltung sind wir auf eine inspirierende, motivierende und anteilnehmende soziale Nahumwelt angewiesen; zudem gewinnt hier die entwicklungsförderliche institutionelle Umwelt große Bedeutung. Wenn diese positiven Kontextbedingungen gegeben sind und die Person in ihrem Lebenslauf offen für neue Entwicklungsaufgaben und Anregungen gewesen ist, dann kann es ihr durchaus gelingen, in Phasen deutlich erhöhter Verletzlichkeit wie auch in der Konfrontation mit gesundheitlichen und sozialen Verlusten zu „reifen“, das heißt seelisch-geistige Potenziale zu verwirklichen. Entscheidend ist hier die *Offenheit* der Person für derartige Potenziale; entscheidend ist auch eine entsprechende Wahrnehmung und Ansprache alter Menschen innerhalb unserer Gesellschaft und Kultur sowie in den individuellen Sozialkontexten. Sehr anschaulich hat dies schon früh der Psychologe Hans Thomae (1966, S. 105) ausgedrückt:

„Güte, Abgeklärtheit und Gefasstheit sind nämlich nicht einfach Gesinnungen oder Haltungen, die man diesen oder jenen Anlagen oder Umweltbedingungen zufolge erhält. Sie sind auch Anzeichen für das Maß, in dem eine Existenz geöffnet blieb, für das Maß also, in dem sie nicht zu Zielen, Absichten, Spuren von Erfolgen oder Misserfolgen gerann, sondern so plastisch und beeindruckbar blieb, dass sie selbst in der Bedrängnis und noch in der äußersten Düsternis des Daseins den Anreiz zu neuer Entwicklung empfindet.“

IV. Potenziale des Alters

Dank

von Joseph von Eichendorff (1788-1857)

„Mein Gott, dir sag ich Dank,
Dass du die Jugend mir bis über alle Wipfel
In Morgenrot getaucht und Klang,
Und auf des Lebens Gipfel,
Bevor der Tag geendet,
Vom Herzen unbewacht
Den falschen Glanz gewendet,
Dass ich nicht taumle ruhmgeblendet,
Da nun herein die Nacht
Dunkelt in ernster Pracht.“

Dieses Gedicht lässt sich als ein „Altersgedicht“ deuten:

Die im hohen Alter stehende Person sieht sich in die Weite der Natur (man könnte auch sagen: in den Kosmos, in die göttliche Ordnung) gestellt. Sie erfährt sich als Teil eines umfassenden Ganzen; ein für das Lebensgefühl alter Menschen bedeutsamer Aspekt (Kruse & Schmitt, 2018; Tornstam, 2005). Die Person blickt auf ihre Biografie zurück, und – hier kann ich an Abschnitt I unmittelbar anschließen – dieser Rückblick ist ein „konstruktiver“, zum Teil auch „rekonstruktiver“, weil neu ordnender, neu gewichtender Prozess: Mit Blick auf das Ganze der Biografie können sich einzelne biografische Abschnitte noch

einmal anders darstellen (Birren & Deutchman, 1991; Birren & Schroots, 2006; Butler, 1963, 1980). In diesem Lebensrückblick fällt der Blick zunächst auf die Jugend, die selbst dann, wenn sie (auch) von Entbehrungen bestimmt war, vielfach als Phase des Aufbruchs, der Lebensfülle und des Perspektivenreichtums gedeutet wird (Pratt et al., 2020). Schließlich rückt in diesem Gedicht das Erwachsenenalter in das Zentrum: Diesem wird die „Entwicklungsaufgabe“ (ein von Robert Havighurst eingeführter Begriff; vgl. Havighurst, 1948, 1961; Lehr, 1978) zugeordnet, sich mit den eigenen Ressourcen und Grenzen auseinanderzusetzen (Heckhausen et al., 2019), um auf der Grundlage eines solcherart differenzierten Selbstbildes zu einer persönlich sinnerfüllten Selbst- und Lebensgestaltung im Alter zu gelangen. Das Alter schließlich wird als eine von Erfahrungen der Verletzlichkeit und Endlichkeit mitbestimmte Lebensphase gedeutet (Erikson, 1998), zugleich aber als Lebensphase, in der das Individuum zu einem erweiterten, vertieften Lebenswissen gelangen kann (Kruse, 2017; Lehr, 2011; Schmitt, 2012; Staudinger, 2005). Die Deutung des Alters konzentriert sich hier auch auf seelisch-geistige Entwicklungsmöglichkeiten („Potenziale“), die nicht unter dem Eindruck der Verletzlichkeit abgeschattet werden dürfen.

Auf der Grundlage umfassender empirischer Forschung am Institut für Gerontologie zum hohen oder „vierten“ Lebensalter (siehe die Beiträge in Kruse & Schmitt, 2022) unterscheide ich zwischen vier Merkmalen seelisch-geistiger Reife, die im Zentrum des Potenzialdiskurses stehen sollten (ausführlich dazu Kruse, 2017, 2023). Diese vier Merkmale seien nachfolgend ausführlicher beschrieben.

Introversion mit Introspektion:

Dieses Merkmal beschreibt die vertiefte, konzentrierte Auseinandersetzung des Individuums mit dem eigenen Selbst. Der psychologische Terminus der Introversion mit Introspektion erscheint besonders geeignet, wenn es darum geht, die innere (psychische) Situation eines alten Menschen genauer zu betrachten. Im Zentrum dieser Betrachtung steht das Selbst, das in der psychologischen Forschung als Zentrum, als Kern der Persönlichkeit betrachtet wird. Das Selbst integriert alle Erlebnisse, Erfahrungen und Erkenntnisse, die das Individuum im Laufe seines Lebens in der Begegnung mit anderen Menschen, in der Auseinandersetzung mit der Welt, aber auch in der Auseinandersetzung mit sich selbst und seiner Biografie gewinnt. In dem Maße nun, in dem Menschen offen sind für neue Erlebnisse, Erfahrungen und Erkenntnisse, entwickelt sich auch das Selbst weiter: Dieses zeigt sich gerade in der Verarbeitung neuer Erlebnisse, Erfahrungen und Erkenntnisse in seiner ganzen Dynamik, in seiner (schöpferischen) Veränderungskapazität. Das Konstrukt der Introversion mit Introspektion wird hier verwendet, um die besondere Sensibilität alter Menschen für alle Prozesse zu umschreiben, die sich in ihrem Selbst abspielen (Staudinger, 2015). – Neben den Erlebnissen, Erfahrungen und Erkenntnissen, die in der Begegnung mit anderen Menschen und in der Auseinandersetzung mit der Welt gewonnen werden, spielt hier zunächst der Lebensrückblick (Kruse, 2005a) – der in der Theorie von Erik Homburger Erikson (1998) einen bedeutenden Teil der Ich-Integrität im Alter bildet – eine wichtige Rolle (siehe Beiträge in Maercker & Forstmeier, 2013). Dieser Lebensrückblick betrifft in zentraler Weise das Selbst: Inwieweit werden dem Individuum bei dieser „Spurensuche“ noch einmal Aspekte seines Selbst bewusst, die dieses aus heutiger Sicht positiv bewertet, inwieweit Aspekte des Selbst, die dieses eher negativ bewertet (Butler, 1963, 1980)? Inwieweit gelingt es dem Individuum trotz negativer Bewertungen, „sich selbst Freund zu sein“, die eigene Biografie in ihren Höhen und Tiefen als etwas anzunehmen, das in eben dieser Gestalt stimmig, sinnerfüllt, notwendig war, inwieweit kann das Individuum sich selbst, aber auch anderen Menschen im

Rückblick vergeben (Ritschl, 2004)? – Zudem stößt die begrenzte Lebenszeit Prozesse der Introversion mit Introspektion an: In der Literatur wird auch von Memento mori-Effekten gesprochen (Brandtstädter 2014), womit Einflüsse der erlebten Nähe zum Tod auf das Selbst gemeint sind. Im Zentrum stehen eine umfassendere Weltsicht und eine damit einhergehende Ausweitung des persönlich bedeutsamen Themenspektrums, weiterhin eine gelassenere Lebenseinstellung, begleitet von einer abnehmenden Intensität von Emotionen wie Ärger, Trauer, Reue und Freude. Zudem treten Spiritualität, Altruismus und Dankbarkeit stärker in das Zentrum des Erlebens (Kruse & Schmitt, 2018).

Offenheit:

Die konzentrierte, vertiefte Auseinandersetzung mit sich selbst wird durch die Offenheit des Individuums für neue Eindrücke, Erlebnisse und Erkenntnisse gefördert; das in Abschnitt I angeführte Zitat von Hans Thomae (1966) vermittelt ein tiefes psychologisches Verständnis dieses Konstrukts. Offenheit wird in der psychologischen Literatur auch mit dem Begriff der „kathektischen Flexibilität“ (Peck 1968) umschrieben, was bedeutet, dass auch neue Lebensbereiche emotional und geistig besetzt und damit subjektiv thematisch werden. Mit Blick auf das hohe Alter misst der Psychologe Robert Peck dem Abzug der seelisch-geistigen Energie von körperlichen Prozessen und deren Hinwendung zu psychischen Prozessen große Bedeutung bei; weiterhin dem Abzug der seelisch-geistigen Energie vom eigenen Ich und deren Hinwendung zu dem, was dieses Ich materiell und ideell umgibt: der natürlichen, kulturell und sozial geformten Welt, dem Kosmos, der gesamten Schöpfung (Tornstam, 2005). Dies aber bedeutet, dass das Individuum empfänglich, offen für neue Erlebnisse, Erfahrungen und Erkenntnisse ist, dass es den „fließenden Charakter“, mithin die Dynamik des Selbst nicht blockiert, sondern dass es sich vielmehr ganz auf diese einlässt und damit auch etwas Neues hervorbringt, „schöpferisch lebt“. – Wir

verdanken Friedrich Nietzsche (1844-1900) – nämlich seiner 1878 anlässlich des 100. Todestages Voltaires erschienenen Schrift „Menschliches, Allzumenschliches. Ein Buch für freie Geister“ – ein Zitat, das den fließenden Charakter des Selbst, das schöpferische Leben anschaulich umschreibt:

„Wer nur einigermaßen zur Freiheit der Vernunft gekommen ist, kann sich auf Erden nicht anders fühlen denn als Wanderer – wenn auch nicht als Reisender nach einem letzten Ziele: denn dieses gibt es nicht. Wohl aber will er zusehen und die Augen dafür offen haben, was alles in der Welt eigentlich vorgeht; deshalb darf er sein Herz nicht allzu fest an alles einzelne anhängen; es muss in ihm selber etwas Wanderndes sein, das seine Freude an dem Wechsel und der Vergänglichkeit habe.“ (Nietzsche, 1878/1998, S. 65)

Sorge:

Sorge beschreibt die erlebte und praktizierte Mitverantwortung für andere Menschen und das damit verbundene Bedürfnis, etwas für andere Menschen zu tun, deren Entwicklung und Lebensqualität zu fördern. Dieser Aspekt von Sorge ist auch mit dem psychologischen Konstrukt der *Generativität* angesprochen, ja, er ist geradezu für dieses Konstrukt konstitutiv (Kruse, 2016; McAdams & de St. Aubin, 1992). Sorge meint zudem nicht nur die von einem Menschen ausgehende, praktizierte Sorge, sondern auch die Sorge, die er von anderen erfährt. Dabei ist auch mit Blick auf Sorgebeziehungen im hohen Alter hervorzuheben, wie wichtig ein Geben und Nehmen von Hilfe und Unterstützung („Reziprozität“) für die Akzeptanz erfahrener Sorge ist (Kruse, 2016; Kruse & Schmitt, 2015). Die fehlende Möglichkeit, die empfangene Sorge zu erwidern, macht es schwer, Sorge anzunehmen. Dieser Aspekt gewinnt besondere Bedeutung in Phasen erhöhter Verletzlichkeit. Gerade in solchen Phasen sind Menschen sensibel dafür, ob sie primär als Hilfeempfangende wahrgenommen und angesprochen, oder ob sie auch in ihrer Kompetenz, selbst Hilfe und

Unterstützung zu leisten, ernst genommen werden. Zugleich ist im thematischen Kontext von Sorge immer mitzudenken, wie wichtig es ist, dass das Individuum rechtzeitig lernt, Hilfe und Unterstützung, die objektiv nötig ist, *bewusst anzunehmen* (Baltes, 1996; Kruse, 2005b). – Vor dem Hintergrund dieses Verständnisses von Sorge wird deutlich, was mit Sorge nicht gemeint ist: das Umsorgt-Werden von anderen Menschen, das Umsorgen anderer Menschen. Nicht selten tendieren wir dazu, Sorge mit Umsorgt-Werden oder Umsorgen gleichzusetzen. Dieses enge Verständnis von Sorge greift zu kurz. Sorge ist sehr viel weiter zu fassen: Sie meint die freundschaftliche Hinwendung zum Menschen, die freundschaftliche Hinwendung zur Welt („amor mundi", vgl. Arendt, 1989) – und dies in einer Haltung der Mitverantwortung (für den Mitmenschen wie auch für die Welt) und in dem Bedürfnis nach aktiver Mitgestaltung (der Beziehungen, der Welt) (siehe Beiträge in Kruse & Schmitt, 2022).

Wissensweitergabe:

Mit der Wissensweitergabe ist auch das Fortwirken des Individuums in nachfolgenden Generationen angesprochen (in der Begrifflichkeit von Hannah Arendt [1960]: „symbolische Unsterblichkeit"). Dieses Fortwirken vollzieht sich auch auf dem Wege materieller und ideeller Produkte, die das Individuum erzeugt und mit denen es einen Beitrag zum Fortbestand und zur Fortentwicklung der Welt leistet. So sehr eine Person in der Erinnerung an das gesprochene Wort und die einmalige Gebärde fortlebt, so sehr Begegnungen mit dieser in uns emotional und geistig fortwirken, so wichtig ist es auch, die materiellen und ideellen Produkte im Auge zu haben, die sich nicht notwendigerweise unmittelbaren Begegnungen mit nachfolgenden Generationen verdanken, sondern die in Verantwortung vor der Welt und für die Welt entstanden sind. Auch diese Produkte hat Hannah Arendt im Auge, wenn

sie von symbolischer Unsterblichkeit spricht (Arendt, 1960). Dabei bindet sie diese symbolische Immortalität an die höchste Form der Vita activa, nämlich an das Handeln – also an den Austausch zwischen Menschen in Wort und Tat – sowie an die Verwirklichung „des Politischen“ im Menschen. Dies legt folgende Deutung nahe: Es geht hier um Werke, die (auch) aus einer Verantwortung gegenüber der Welt entstanden sind, mit denen bewusst zum Fortbestand und zur Fortentwicklung der Welt beigetragen werden soll (Blumenberg, 1986).

V. Zum Konzept der existenziellen Fühlung

Die große Fracht
von Ingeborg Bachmann (1926-1973)

„Die große Fracht des Sommers ist verladen,
das Sonnenschiff im Hafen liegt bereit,
wenn hinter dir die Möwe stürzt und schreit.
Die große Fracht des Sommers ist verladen.

Das Sonnenschiff im Hafen liegt bereit,
und auf die Lippen der Galionsfiguren
tritt unverhüllt das Lächeln der Lemuren.
Das Sonnenschiff im Hafen liegt bereit.

Wenn hinter dir die Möwe stürzt und schreit,
kommt aus dem Westen der Befehl zu sinken;

doch offnen Augs wirst du im Licht ertrinken,
wenn hinter dir die Möwe stürzt und schreit.“

Diese große Schriftstellerin, der es nicht vergönnt war, ein hohes Alter zu erreichen, gibt in ihrem und mit ihrem Gedicht eine eindrucksvolle Deutung von Potenzialen des Alters: nämlich die Fähigkeit und Bereitschaft, sich offen der eigenen Biografie zuzuwenden und den biografischen Rückblick als eine Grundlage für die bewusste Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit zu wählen. Mit dem Sprachbild der „großen Fracht“ ist angedeutet, dass der Lebensrückblick einer Person in dem Maße von Vielfalt und Tiefe bestimmt ist, in dem diese im Lebenslauf die Fähigkeit zur „existenziellen Fühlung“ ausgebildet und kultiviert hat. Dieser Begriff soll nachfolgend erläutert und eingeordnet werden.

Aus existenzpsychologischer Sicht besteht eine bedeutende Entwicklungsaufgabe der Person darin, sich in den verschiedenen Phasen des Lebens mit grundlegenden („existenziellen“) Fragen auseinanderzusetzen, die ihr gestellt sind. Diese grundlegenden Fragen – zu denen solche wie die Suche nach Sinn, das persönliche Verständnis von Liebe, Freundschaft und Solidarität, der Umgang mit Schuld, der Umgang mit den Grenzen des Lebens, schließlich Verletzlichkeit, Vergänglichkeit und Sterblichkeit zu zählen sind – bilden Teil der geistigen Welt, an der wir als Menschen teilhaben. Die geistige Auseinandersetzung allein ist aus existenzpsychologischer Sicht noch nicht ausreichend, damit diese grundlegenden Fragen auch für die *konkrete Lebensführung* unmittelbare Bedeutung gewinnen. Die geistige Auseinandersetzung muss sich auch in der seelischen (psychischen) Situation der Person widerspiegeln, sie muss *deren Erleben erreichen und beeinflussen*

(Frankl 1972; May 1983; Yalom 1980). Ich schlage den Begriff der „existenziellen Fühlung“ vor, um die Widerspiegelung der großen existenziellen Themen im Erleben der Person zu umschreiben. Wie versucht sie, sich in der seelisch-geistigen Verarbeitung der „großen“ Lebensthemen zu orientieren? Wie und mit welchem Ergebnis verarbeitet sie diese Themen?

Der Lebensrückblick der Person, dem im hohen Alter eine bedeutende psychologische Funktion für deren gelingende Auseinandersetzung mit Verletzlichkeit, Vergänglichkeit und Sterblichkeit zukommt (Butler, 1963, 1980; Kruse, 2005a), zeigt, *inwieweit* im Lebenslauf derartige existenzielle Fühlungen stattgefunden haben und *welche* grundlegenden existenziellen Fragen sie betrafen. Zudem zeigt sich im Lebensrückblick das *Ergebnis* dieser Fühlungen: Hoffnung, Vertiefung des Lebensgefühls, Getragenheit und Geborgenheit, Erschütterung, innere Verlassenheit und Verzweiflung sind Beispiele für dieses Ergebnis. Wenn man das – auf Viktor von Weizsäcker (1950) zurückgehende – Konzept des *ungelebten Lebens* verwendet, so kann bei Einnehmen der Perspektive des persönlichen Lebensrückblicks gesagt werden: Das ungelebte Leben zeigt sich in diesem Rückblick vor allem in fehlenden existenziellen Fühlungen; diese Fühlungen wurden in Bezug auf bestimmte Lebensfragen nicht gewagt oder nicht tiefgreifend verwirklicht. Hier können sich *Erlebenslücken* zeigen, die auch im Sinne von *existenziellen Lücken* zu begreifen sind; und es sind diese existenziellen Lücken, die dazu beitragen, dass Menschen in Lebenskrisen zur Überzeugung gelangen, nun das Leben nicht mehr fortsetzen zu „können“, weil dieses Leben als in hohem Maße „unvollständig“ gedeutet wird. Umgekehrt kann es Menschen, die in vielfacher Hinsicht existenzielle Fühlungen erlebt haben und diese auch im Lebensrückblick als sinnstiftend deuten, in solchen Lebenskrisen gelingen, „Ja zum Leben zu sagen“, wie dies Viktor Emil Frankl in seinem bekanntesten Buch: „… trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager“ (1946/1977) ausgedrückt hat.

Die existenzielle Fühlung, man müsste hier im *Plural* sprechen: existenzielle Fühlungen lassen sich somit als Grundlage von Lebensbindungen der Person im Alter verstehen. Dies betrifft zum einen – und vor allem – jene Fühlungen, die in der Wahrnehmung der Person mit positiven Gedanken und Gefühlen einhergegangen sind. Dies kann zum anderen biografische Fühlungen betreffen, in denen die Person zunächst in hohem Maße belastet, wenn nicht sogar erschüttert war, in denen sie aber – durch eigene „seelisch-geistige Arbeit" wie auch durch Begleitung und Zuspruch von An- und Zugehörigen – nach und nach zur Neuorientierung und vermittelt über diese zur ausdrücklichen Bejahung des Lebens gefunden hat (siehe dazu die Beiträge in Maercker u. Forstmeier 2013). Folgt man den Ausführungen von James Birren (Birren & Deutchman, 1991) und Robert Butler (1963, 1980) zum Lebensrückblick, dann sind es vielfach auch derartige Grenzsituationen in der Biografie und deren innere Überwindung, die in der Retrospektive dem Leben einen besonderen Wert zu geben vermögen (Butler 1980; Birren u. Schroots 1986). Ähnlich argumentieren Erik Homburger Erikson (1998) aus ich-psychologischer und Viktor Frankl (1972) sowie Rollo May (1983) aus existenzpsychologischer Perspektive (siehe auch Yalom, 1980).

Vor diesem Hintergrund lässt sich das Konzept der existenziellen Fühlung wie folgt charakterisieren: Es meint das Durchdrungen-Sein der Person von Leben, die Erfahrung, ganz im Leben zu stehen, in besonderer Weise beschenkt oder gefordert zu sein, wobei in dieser Erfahrung auch das fühlbare Fundament der eigenen Existenz angesprochen ist, welches die Person in besonderer Weise motiviert oder „auffordert", aus sich herauszugehen und einmal mehr „offen" für die vielfältigen Facetten und Erscheinungen des Lebens zu sein.

Das Wort „Existenz" leitet sich vom lateinischen *existere* her, welches mit *hervortreten* übersetzt wird. Die existenzielle Fühlung meint auch das

Hervortreten, meint ausdrücklich eine persönlich tiefgreifende Antwort in einer Situation, die die Existenz in ihrem Fundament berührt. Eine ähnliche Aussage aus der Perspektive der Existenzphilosophie ist in den Arbeiten von Karl Jaspers zu finden (Jaspers 1932/1973).

Was für das hier explizierte Verständnis von „existenzieller Fühlung“ auch wichtig ist: Zum einen ist mit dem Wort der Fühlung nicht gemeint, dass es sich ausschließlich oder primär um ein Gefühl handelt, also um eine rein emotionale Reaktion. Mit „existenzieller Fühlung“ ist ausdrücklich auch ein geistiger Prozess, mithin auch ein Akt des Denkens gemeint. Fühlung bildet nach diesem Verständnis die Integration kognitiver, emotionaler und wertbezogener Akte (vgl. zu dieser Integration Labouvie-Vief et al. 2010). Zum anderen verstehe ich die in der individuellen Biografie einer Person vollzogenen existenziellen Fühlungen als eine *Grundlage* für entsprechende Fühlungen im höheren und hohen Alter. Und ich gehe davon aus, dass natürlich auch im höheren und hohen Alter die Möglichkeit zu existenziellen Fühlungen besteht, dass – angesichts der großen Herausforderungen in dieser Lebensphase – die Wahrscheinlichkeit derartiger Fühlungen weiter zunimmt (Kruse 2023). Existenzielle Fühlungen werden in Situationen verwirklicht, die eine hohe persönliche Relevanz aufweisen. Das können Begegnungen in der Liebe und der Freundschaft sein, aber auch das Zeuge Werden einer Verzweiflung, mit der ein nahestehender Mensch auf einen Verlust oder einen ernsten Konflikt antwortet. In Grenzsituationen des Lebens ist die Wahrscheinlichkeit existenzieller Fühlung besonders ausgeprägt, weil wir in derartigen Situationen erschüttert sind, wir unsere früheren inneren und äußeren Lebensgrundlagen in Frage gestellt sehen. Man braucht hier nur an den Verlust eines geliebten Menschen oder an die Konfrontation mit einer eigenen tödlichen Diagnose zu denken. Die Grenzsituationen führen mich unmittelbar zur Existenzphilosophie Karl Jaspers‘.

VI. Abschluss

Der Beitrag setzte sich das konzeptionelle Ziel, die Verletzlichkeitsperspektive auf das Alter um eine Potenzialperspektive zu erweitern und diese beiden Perspektiven miteinander zu verbinden. Diese Verbindung ist in folgender Hinsicht wichtig: Es soll erklärt werden, wie die Verwirklichung seelisch-geistiger Entwicklungspotenziale auch im Angesicht zunehmender Verletzlichkeit und tatsächlich eingetretener Verletzungen möglich wird. Ein möglicher Erklärungsansatz nimmt seinen Ausgang von einem wichtigen Motiv alter Menschen: nämlich dem Motiv, von anderen Menschen wahr-, ernst-und angenommen zu werden, dem Motiv, das eigene Leben in den Dienst anderer, vor allem junger Menschen zu stellen. Dieses Motiv umschreibe ich mit dem Begriff der *schöpferischen Sorge*. „Ich möchte nicht nur als Umsorgter, sondern auch und vor allem als Sorgender wahrgenommen werden“, so oder ähnlich würden dies alte Menschen umschreiben. Dieses Sorgemotiv geht auch im Angesicht eigener Verletzlichkeit nicht (substanziell) zurück. Es ändern sich möglicherweise die Ausdrucksformen des Motivs, aber nicht das Motiv selbst. Eine bedeutende Aufgabe von Gesellschaft und Kultur sehe ich darin, dieses Motiv zu erkennen und mit hoher Sensibilität auf dieses zu antworten; damit wird auch ein Beitrag zur Verwirklichung des Würdeanspruchs alter Menschen geleistet.

Literatur

Arendt, H. (1989). Gedanken zu Lessing. Von der Menschlichkeit in finsteren Zeiten. In H. Arendt (Hrsg.), Menschen in finsteren Zeiten (S. 3–36). München: Piper.

Baltes, M. M. (1996). The many faces of dependency in old age. New York: Cambridge University Press.

Bauer, J.M., Becker, C., Denkinger, M. & Wirth, R. (2024). Geriatrie. Das gesamte Spektrum der Altersmedizin für Klinik und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.

Birren, J. E. & Deutchman, D. E. (1991). Guiding autobiography groups for older adults: Exploring the fabric of life. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Birren, J.E., Schroots, J.J.F. (2006). Autobiographical Memory and the Narrative Self Over the Life Span. In: Birren JE, Schaie KW (Eds.) Handbook of the Psychology of Aging.San Diego (Elsevier) 477-498.

Blumenberg, H. (1986). Lebenszeit und Weltzeit. Frankfurt: Suhrkamp.

Brandtstädter, J. (2014). Lebenszeit, Weisheit und Selbsttranszendenz. Aufgang – Jahrbuch für Denken, Dichten, Musik, 11, 136–149.

Brothers, A., Gabrian, M., Wahl, H.-W. & Diehl, M. (2016). Future time perspective and awareness of age-related change: Examining their role in predicting psychological well-being. Psychology and Aging, 31, 605–617.

Butler, R. N. (1963). The life review: an interpretation of reminiscence in old age. Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes, 26, 65-76.

Butler, R.N. (1980). The life review: An unrecognized bonanza. International Journal of Aging and Human Development 12:35-38.

Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M.O. & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. Lancet, 381, 752–762

Erikson, E. H. (1998). The life cycle completed. Extended version with new chapters on the ninth stage by Joan M. Erikson. New York: Norton.

Erikson, E. H., Erikson, J. M. & Kivnick, H. Q. (1986). Vital involvement in old age. New York: Norton.

Frankl, V. (1946/1997). … trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager. München: Kösel.

Frankl, V. (1972). Der Wille zum Sinn. Bern: Huber.

Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A.B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W.J,, Burke, G. & McBurnie, M.A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. Journal of Gerontology 56A, 146–156.

Havighurst, R. J. (1948). Developmental tasks and education. University of Chicgo Press.

Havighurst, R. J. (1961). Successful aging. The Gerontologist, 1, 8-13.

Heckhausen, J., Wrosch, C. & Schulz, R. (2019). Agency and motivation in adulthood and old age. Annual Review of Psychology, 70, 191-217.

Jaspers, K. (1932/1973). Philosophie. Berlin: Springer.

Kruse, A. (2005a). Biografische Aspekte des Alter(n)s: Lebensgeschichte und Diachronizität. In U. Staudinger & S.-H. Filipp (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie, Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters (S. 1-38). Göttingen: Hogrefe.

Kruse, A. (2005b). Selbstständigkeit, Selbstverantwortung, bewusst angenommene Abhängigkeit und Mitverantwortung als Kategorien einer Ethik des Alters. Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie, 38, 273–287.

Kruse, A. (2016). Benefactors or burden? Te social role of the old. In G. Scarre (Hrsg.), Te Palgrave Handbook of Philosophy of Aging (S. 401–424). London: Palgrave Macmillan.

Kruse, A. (2017). Lebensphase hohes Alter – Verletzlichkeit und Reife. Heidelberg: Springer.

Kruse A (2022) Vom Leben und Sterben im Alter. Stuttgart: Kohlhammer.

Kruse A (2023) Leben in wachsenden Ringen. Sinnerfülltes Alter. Stuttgart: Kohlhammer.

Kruse, A. & Schmitt, E. (2015). Shared responsibility and civic engagement in very old age. Research in Human Development, 12, 133–148.

Kruse, A. & Schmitt, E. (2018). Spirituality and transcendence. In R. Fernández-Ballesteros, A. Benetos, J.-M. Robine (Eds.), Cambridge Handbook of Successful Aging (pp. 426-454). Cambridge: Cambridge University Press.

Kruse, A. & Schmitt, E. (Hrsg) (2022). „... der Augenblick ist mein und nehm ich den in Acht." Daseinsthemen und Lebenskontexte alter Menschen. Heidelberg: Heidelberg University Publication.

Labouvie-Vief, G., Grühn, D. & Studer, J. (2010). Dynamic integration of emotion and cognition: Equilibrium regulation in development and aging. In R. M. Lerner, M. E. Lamb, & A. M. Freund (Eds.), The Handbook of Life-Span Development: Bd. 2. Social and Emotional Development (pp. 79–115). Hoboken: Wiley.

Lehr, U. (1978). Kontinuität und Diskontinuität im Lebenslauf. In L. Rosenmayr (Hrsg.), Die menschlichen Lebensalter: Kontinuität und Krisen (S. 315–339). München: Piper.

Lehr, U. (1987). Erträgnisse biographischer Forschung in der Entwicklungspsychologie. In G. Jüttemann & H. Tomae (Hrsg.), Biographie und Psychologie (S. 217–248). Heidelberg: Springer

Lehr, U. (2011). Kreativität in einer Gesellschaft des langen Lebens. In A. Kruse (Hrsg.), Kreativität im Alter (S. 73–95). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

Maercker, A. & Forstmeier. S. (Hrsg). (2013) Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung. Heidelberg: Springer.

May, R.R. (1983). The Discovery of Being: Writings in Existential Psychology. New York: Norton & Company.

McAdams, D. P. & St. Aubin, E. de. (1992). A theory of generativity and its assessment through self-report, behavioral acts, and narrative themes in autobiography. Journal of Personality and Social Psychology, 62, 1003–1015.

Nietzsche, F. (1878/1998). Menschliches, Allzumenschliches. Berlin: De Gruyter.

Peck, R. (1968). Psychologische Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. In H. Thomae & U. Lehr (Hrsg.), Altern – Probleme und Tatsachen (S. 376–384). Wiesbaden: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Pratt, M. W., Lawford, H. L., Matsuba, M. K. & Villar, F. (2020). The lifespan development of generativity. In L. Arnett Jensen (Hrsg.), The Oxford handbook of moral development: An interdisciplinary perspective (S. 366-384). Oxford: Oxford University Press.

Rentsch, T. (2020). Becoming oneself. On the individuality of aging. In M. Schweda, M. Coors, & C. Bozzaro (Eds.), Aging and human nature. Perspectives from philosophical, theological, and historical anthropology (pp. 13–26). Cham (CH): Springer Nature Switzerland.

Ritschl, D. (2004). Metaphorik der Anthropologie der Zeit. In D. Ritschl (Hrsg.), Zur Theorie und Ethik der Medizin. Philosophische und theologische Anmerkungen (S. 53-59). Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag.

RKI – Robert Koch Institut (Hrsg.) (2023). Journal of Health Monitoring, 8 (3). DOI 10.25646/11565

Schmitt, E. (2012). Altersbilder, Altern und Verletzlichkeit. Theoretische Perspektiven und empirische Befunde. In A. Kruse, T. Rentsch, & H.-P. Zimmermann (Hrsg.), Gutes Leben im hohen Alter (S. 3–32). Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft.

Staudinger, U. (2005). Lebenserfahrung, Lebenssinn und Weisheit. In S.-H. Filipp & U. Staudinger (Hrsg.),

Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters (S. 740–761). Göttingen: Hogrefe.

Staudinger, U. M. (2015). Images of aging: Outside and inside perspectives. Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 35, 187–209.

Thomae, H. (1966). Persönlichkeit – eine dynamische Interpretation. Bonn: Bouvier.

Thomae, H. (1968). Das Individuum und seine Welt. Göttingen: Hogrefe.

Tornstam, L. (2005). Gerotranscendence: A developmental theory of positive aging. New York: Springer.

von Weizsäcker, V. (1950). Diesseits und jenseits der Medizin. Stuttgart: Koehler Verlag.

Welker, M. (2021). In God's Image: An Anthropology of the Spirit. The Edinburgh Gifford Lectures. Grand Rapids, MI: Williams B. Eerdmans Publ.

WHO (2020) UN Decade of Healthy Ageing: Plan of Action. 2021 –2030. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-ofhealthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn= b4b75ebc_28 (Stand: 10.12.2025)

Yalom, M.D. (1980). Existential Psychotherapy. New York: Basic Books.

Versorgung der älter werdenden Bevölkerung

Ethik unter Zeitdruck – wo bleibt der Patientenwille in der Notaufnahme?

Dr. Eva Diehl-Wiesenecker, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Sprecherin der AG Notfall- und Intensivversorgung, Berlin

Zusammenfassung

Ethische Entscheidungsfindung ist in der Notfallmedizin untrennbar mit strukturellen Rahmenbedingungen, zeitlicher Dringlichkeit und unvollständiger Informationslage verknüpft. Die vier Prinzipien der Medizinethik bieten dabei eine notwendige Orientierung, müssen im Akutsetting jedoch fortlaufend im Spannungsfeld zwischen medizinischer Indikation, Patientenwillen und prognostischer Unsicherheit angewendet werden. Fehlende Vorsorgedokumente, begrenzte kommunikative Ressourcen und unzureichende strukturelle Voraussetzungen begünstigen Über- wie Untertherapie und erhöhen die moralische Belastung der Behandlungsteams. Eine nachhaltige Verbesserung erfordert daher die systematische Integration ethischer und palliativmedizinischer Kompetenzen in Ausbildung und Organisation, strukturierte Entscheidungshilfen für den Akutfall sowie eine notfalltaugliche Vorsorgeplanung, um patientenzentrierte Entscheidungen auch unter Akutbedingungen nachvollziehbar zu ermöglichen.

1. Ethik im klinischen Alltag der Notfallmedizin

Ethik ist die systematische Reflexion darüber, was in einer konkreten Situation als moralisch gutes und verantwortbares Handeln gelten kann. Sie ist damit die zentrale Wissenschaft des wertebasierten Handelns und erarbeitet Orientierungsmaßstäbe für individuelles wie gesellschaftliches Handeln.

Die medizinische Ethik – häufig auch als Bioethik bezeichnet – bietet einen strukturierten Rahmen zur Reflexion moralischer Dilemmata, die sich aus den Möglichkeiten moderner Medizin ergeben. Damit ist sie weniger abstrakt, sondern sollte integraler Bestandteil klinischer Entscheidungsprozesse sein, denn im klinischen Alltag zeigt sich oft, dass evidenzbasierte Medizin allein nicht ausreicht, um komplexe Entscheidungssituationen zu bewältigen. Leitlinien und Scores liefern wichtige Handlungsempfehlungen zur Initiierung, Durchführung und Strukturierung von Maßnahmen, beantworten jedoch nicht die normative Frage, ob eine Intervention im konkreten Fall angemessen, verhältnismäßig oder mit dem Willen der Patientin oder des Patienten vereinbar ist [1].

Als Orientierungsrahmen gelten die vier Prinzipien der Medizinethik. Autonomie, Benefizienz (Wohltun), Non-Malefizienz (Nicht-Schaden) und Gerechtigkeit strukturieren die ethische Analyse klinischer Entscheidungen und dienen als gemeinsame Referenz für ärztliches Handeln [1].

Das Prinzip der Benefizienz verpflichtet Ärztinnen und Ärzte, Maßnahmen zu ergreifen, die dem Wohl der Patient:innen dienen und einen realistischen Nutzen erwarten lassen In der Notfallmedizin ist dieser Nutzen häufig zunächst kurzfristig orientiert, etwa an der Stabilisierung vitaler Funktionen oder der Abwendung einer akuten Gefährdung. Gleichzeitig zeigen Studien, dass

insbesondere bei Menschen mit fortgeschrittener oder lebenslimitierender Erkrankung eine primär auf Akutstabilisierung ausgerichtete Therapie nicht zwangsläufig mit einem langfristigen patientenrelevanten Nutzen einhergeht. Vielmehr ist sie häufig mit einer erhöhten Behandlungsintensität, eingeschränkter Lebensqualität und einem Versterben im Krankenhaus assoziiert [2].

Das Prinzip der Non-Malefizienz ergänzt diese Nutzenorientierung durch die Verpflichtung, vermeidbare Schäden abzuwenden. Schaden ist dabei nicht ausschließlich als körperliche Schädigung zu verstehen, sondern umfasst auch psychisches Leiden, den Verlust von Selbstbestimmung sowie die ungewollte Verlängerung eines Sterbeprozesses. In der Notfallmedizin ist die Berücksichtigung dieses Prinzips besonders anspruchsvoll, da Entscheidungen häufig unter prognostischer Unsicherheit und erheblichem Zeitdruck getroffen werden müssen. Die Vermeidung von Schaden erfordert daher eine bewusste ethische Reflexion, die auch unter Akutbedingungen die potenziellen Belastungen einer Maßnahme in den Blick nimmt [3].

Das Prinzip der Gerechtigkeit fordert eine faire und bedarfsorientierte Verteilung medizinischer Ressourcen. Notaufnahmen übernehmen hierbei eine zentrale Steuerungsfunktion innerhalb des Krankenhauses und sind maßgeblich von Zuweisungswegen und regionalen Versorgungsstrukturen geprägt (4,5). Gleichzeitig zeigen Analysen, dass insbesondere Pflegeheimbewohner:innen und hochbetagte Patient:innen überproportional häufig hospitalisiert werden, obwohl der Nutzen dieser Aufenthalte in der letzten Lebensphase begrenzt sein kann [6].

Die Achtung der Autonomie beschreibt das Recht der Patient:innen, über medizinische Maßnahmen selbst zu entscheiden. Voraussetzung hierfür ist die

Einwilligungsfähigkeit. In der Notaufnahme ist diese immer wieder eingeschränkt oder nicht gegeben, etwa bei Bewusstseinsstörungen, Delir oder akuter Erkrankung. Dennoch bleibt der Patientenwille auch unter diesen Bedingungen handlungsleitend und muss – soweit möglich – ermittelt werden [7].

Medizinische Behandlungen sind rechtlich und ethisch genau dann zulässig, wenn zwei Voraussetzungen erfüllt sind: eine fachlich begründete medizinische Indikation und die Übereinstimmung mit dem Willen der Patientin oder des Patienten. Die Indikation ist eine ärztliche Entscheidung und beschreibt, ob eine Maßnahme geeignet ist, ein realistisches Therapieziel zu erreichen. Maßnahmen mit fehlender Indikation Indikation dürfen nicht durchgeführt werden, auch dann nicht, wenn sie von Angehörigen oder rechtlichen Vertreter:innen eingefordert werden [8] . Die ERC-Leitlinien legen zudem fest, dass auch eine Reanimation nicht durchgeführt werden darf (!), wenn sie medizinisch aussichtslos ist. Sogenannte slow codes („halbherzige Einleitung einer Reanimation zur Beruhigung der Angehörigen oder sich selbst“) werden in den ERC-Leitlinien aus ethischer Perspektive abgelehnt [9].

Liegt Einwilligungsfähigkeit vor, ist der geäußerte Wille verbindlich. Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit sind vorausverfügte Willensbekundungen (Patientenverfügungen, Advance Care Planning) heranzuziehen. Fehlen diese oder sind sie nicht eindeutig anwendbar, ist der mutmaßliche Wille zu ermitteln. Gibt es Bevollmächtigte, wird dieser gemeinsam erarbeitet. Falls nicht, orientiert er sich an früheren Äußerungen, Wertvorstellungen, religiösen Überzeugungen und Lebensentscheidungen der betroffenen Person. Angehörige fungieren dabei nie als Entscheidungsträger, sondern als wichtige Informationsquelle [7].

2. Das Dilemma der Notaufnahme

Gerade in der Notfallmedizin treffen medizinischer Fortschritt, gesellschaftliche Erwartungen und individuelle Wertvorstellungen unmittelbar aufeinander. Entwicklungen wie die zunehmende Technisierung der Akutmedizin, neue biotechnologische Verfahren, der Einsatz digitaler Entscheidungsunterstützungssysteme, haftungsrechtliche Fragestellungen sowie die demografische Alterung der Gesellschaft verschärfen diese ethischen Herausforderungen zusätzlich. Sie lassen sich nicht durch Einzelentscheidungen lösen, sondern erfordern einen interdisziplinären und interprofessionellen Diskurs [1]. Dies führt zu einem deutlichen Spannungsfeld zwischen medizinischer Machbarkeit und ethischer Verantwortung [10].

Die strukturellen Rahmenbedingungen der Notaufnahme, insbesondere hohe Patientenzahlen, zunehmende Multimorbidität und Personalmangel, erschweren häufig eine ethisch reflektierte Entscheidungsfindung. Hinzu kommt, dass Entscheidungen in Notfallsituationen oft unter erheblichem Zeitdruck, auf unvollständiger Informationsbasis und mit potenziell irreversiblen Konsequenzen getroffen werden müssen, so dass für die Abwägung von Indikation, Prognose und Patientenwillen nur begrenzt Gelegenheit besteht. [8,10].

Etwa 75% aller Patient:innen über 65 Jahren werden in den letzten sechs Lebensmonaten mindestens einmal in der Notaufnahme vorstellig, viele davon werden hospitalisiert und versterben dann im Krankenhaus [2]. Die Gründe für die Inanspruchnahme der Notfallversorgung am Lebensende sind vielfältig. Qualitative Studien zeigen, dass Angehörige häufig aus Unsicherheit, Angst vor Symptomeskalation oder fehlenden Versorgungsalternativen den Rettungsdienst alarmieren – selbst dann, wenn eine Krankenhausbehandlung nicht dem mutmaßlichen Wunsch der Betroffenen entspricht [11]. Fehlende ambulante palliativmedizinische Strukturen verstärken diesen Effekt zusätzlich [12].

Die Notaufnahme stellt dann als Schnittstelle zwischen ambulanter, stationärer und auch intensivmedizinischer Behandlung die Weichen für die weitere Behandlung im Sinne der Patient:innen. Die frühzeitige Integration von Palliativmedizin in die Notfallmedizin könnte die Lebensqualität der Patient:innen erheblich steigern, ohne die Lebensdauer zu verkürzen, und zudem die ohnehin knappen Versorgungsressourcen schonen [13]. Aktuell sind unsere Strukturen und unser Personal hierfür allerdings unzureichend vorbereitet – palliativmedizinische Basiskompetenzen habe bisher in der Fort- und Weiterbildung keinen hohen Stellenwert [14].

Die Kommunikation mit Patient:innen und Angehörigen ist in der Notaufnahme durch Zeitdruck, emotionale Ausnahmesituationen und häufig eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit der Betroffenen erheblich erschwert. Zudem zeigen Untersuchungen, dass kommunikative Kompetenzen in der notfallmedizinischen Aus- und Weiterbildung bislang nur unzureichend systematisch verankert sind und im klinischen Alltag häufig hinter akuten Handlungsanforderungen zurücktreten [14,15].

Das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making, SDM) ist in diesem Zusammenhang als Teil einer patientenzentrierten Kommunikation zunehmend theoretisch etabliert [16]. Empirische und konzeptionelle Arbeiten verdeutlichen jedoch, dass SDM im Akutsetting nur eingeschränkt umsetzbar ist, da zeitliche Dringlichkeit, eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit sowie fehlende gleichwertige medizinische Handlungsoptionen eine gleichberechtigte gemeinsame Entscheidungsfindung häufig begrenzen. Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, SDM in der Notfallmedizin weniger als standardisiertes Verfahren, sondern als situationsabhängiges Kontinuum zwischen ärztlicher Empfehlung und

partizipativer Einbindung zu verstehen [17,18].

Ein weiteres strukturelles Problem ist die geringe Verfügbarkeit aussagekräftiger Vorsorgedokumente. Eine eigene systematische Übersichtsarbeit zeigt, dass Patientenverfügungen in der Notaufnahme selten vorliegen und häufig nicht situationsspezifisch genug sind, um konkrete Therapieentscheidungen zu leiten. Vergleichbare Defizite bestehen im Rettungsdienst, wo Entscheidungen häufig innerhalb weniger Minuten getroffen werden müssen [20]. Entscheidungen werden dann nach dem Prinzip „in dubio pro vita“ getroffen. Dieses Vorgehen ist nachvollziehbar, führt jedoch nicht selten zu Übertherapie am Lebensende [3]. Gleichzeitig besteht das Risiko einer Untertherapie, wenn indizierte Maßnahmen aufgrund unklarer Dokumente oder vorschneller Annahmen unterlassen werden.

Werden invasive Maßnahmen primär aus Sorge vor rechtlichen Konsequenzen durchgeführt, kann dies zudem gravierende Auswirkungen auf Mitarbeitende haben. Wiederholte Situationen, in denen Maßnahmen durchgeführt werden müssen, die als ethisch problematisch empfunden werden, können zu Moral Distress führen. Bleibt dieser dauerhaft bestehen, kann daraus Moral Injury entstehen, die mit emotionaler Erschöpfung, Burnout und erhöhter beruflicher Fluktuation einhergeht. Verlassen Fachkräfte aus diesem Grund den Beruf, verschärft dies den bestehenden Personalmangel und kann systemische Folgen nach sich ziehen, etwa durch eine inadäquate Bindung notfallmedizinischer, rettungsdienstlicher und intensivmedizinischer Ressourcen [10].

3. Mögliche Lösungen

Vor dem Hintergrund der dargestellten ethischen Herausforderungen lassen sich verschiedene Möglichkeiten identifizieren, die zur strukturierten Bewältigung ethischer Entscheidungssituationen in der Notfallmedizin beitragen können. Diese betreffen sowohl individuelle Kompetenzen als auch organisationale Rahmenbedingungen und sind eng miteinander verknüpft.

Ein zentraler Ansatzpunkt liegt in der systematischen Integration ethischer und palliativmedizinischer Inhalte in die Aus- und Weiterbildung notfallmedizinisch tätiger Berufsgruppen. Ein bahnbrechendes interdisziplinäres Konsensuspapier betonte 2023, dass palliativmedizinische Basiskompetenzen – insbesondere Symptomlinderung, Kommunikation, Therapiezielklärung und das Erkennen von Grenzen kurativer Therapie – integraler Bestandteil der Akut- und Notfallmedizin sein sollten [21]. Auch eigene Daten zeigen aus einer Befragung von Notfallmediziner:innen diese Notwendigkeit [14].

Für die konkrete Ausgestaltung der Ausbildung wurden in vielen Fachbereichen sog. Entrustable Professional Activities (EPAs) als Rahmenbedingungen definiert – so auch in der Notfallmedizin. Ein US-amerikanischer Multistakeholder-Ansatz inkludierte 2024 nicht nur Kenntnisse in Palliativmedizin, dem Umgang mit dem Lebensende und kommunikative Kompetenzen, sondern auch regelmäßige Supervision und Umgang mit diagnostischen Unsicherheiten als Aspekte für eine qualitativ hochwertige Versorgung [22], siehe Abbildung 1. Ergänzend formuliert der Code of Conduct der amerikanischen Society of Academic Emergency Medicine (SAEM), eine Art berufsethische Richtlinie, normative Grundlagen professionellen Handelns zur Etablierung gemeinsamer Standards [23].

Neben Ausbildung und Qualifikation spielen strukturierte Entscheidungshilfen für den Akutfall eine wesentliche Rolle. Gerade wenn es im Notfall schnell gehen muss, helfen insbesondere kurze Algorithmen, um für einen kurzen Moment

einen Schritt zurück zu gehen. Hierfür wurde das Akronym „mind the GAPs“ zur ethischen Ad-hoc-Entscheidungsfindung entwickelt, das eine systematische Abwägung von medizinischer Indikation, Patientenwillen, Prognose und Kontextfaktoren ermöglicht, siehe Abbildung 2. Das entsprechende Positionspapier der DIVI empfiehlt eine transparente Vorgehensweise sowie eine nachvollziehbare Dokumentation der Entscheidungsfindung [10].

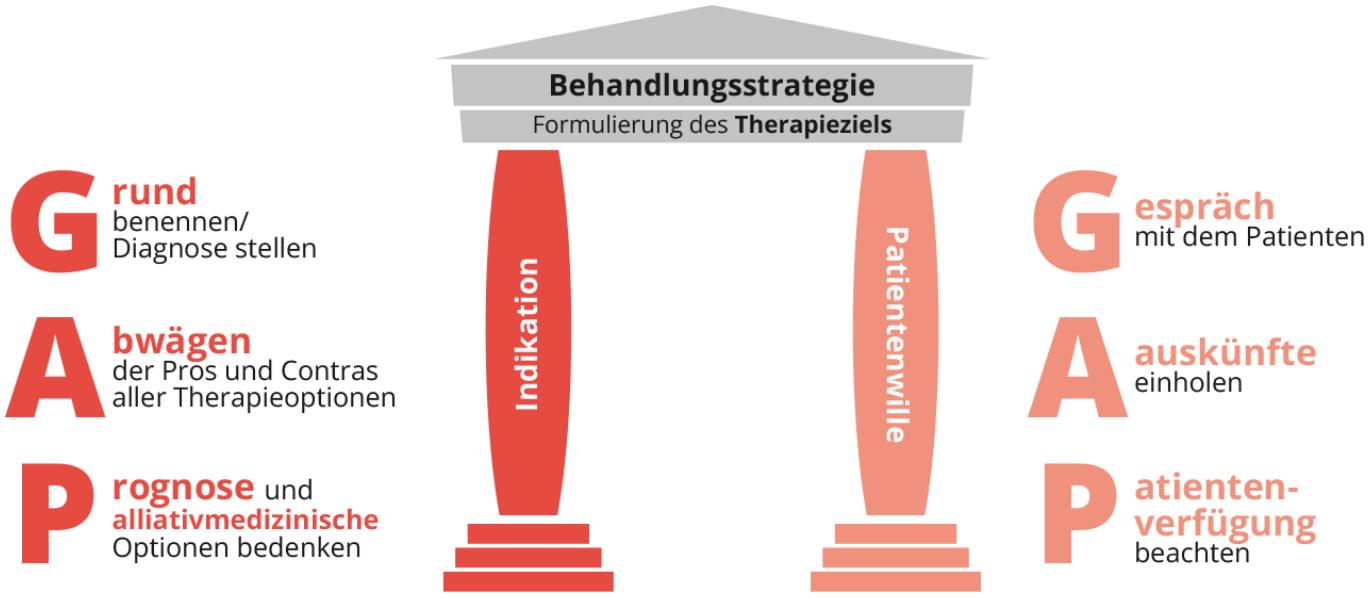


Abbildung 2: Akronym „mind the GAPs” zur ethischen Entscheidungsfindung im Notfall (10)

Eine weitere hilfreiche ethisch vertretbare Option bei unklarer Prognose kann ein zeitlich begrenzter Therapieversuch („time-limited trial“) sind. Dieses Vorgehen erlaubt die Einleitung medizinischer Maßnahmen unter klar definierten Zielkriterien und festgelegten Evaluationszeitpunkten und unterstützt und empfiehlt eine strukturierte Fortführung oder Begrenzung der Therapie im weiteren Verlauf [24].

Unabdingbar für die ethische Entscheidungsfindung und dann auch Festlegung der evaluierten Therapieziele ist die strukturierte Kommunikation mit Patient:innen und Angehörigen. Systematische Übersichtsarbeiten zeigen, dass Gespräche zur Therapiezielklärung auch im Setting der Notaufnahme möglich

sind, sofern sie fokussiert und strukturiert erfolgen [15,25]. Diese Gespräche können nach entsprechendem Training nicht nur von ärztlichem Personal, sondern z.B. auch von Pflegepersonal geführt werden [26]. Wichtig ist, dass das Ziel hierbei die gemeinsame Evaluation des mutmaßlichen Patientenwillens und gegebener Optionen und Grenzen ist, nicht die Übertragung ärztlicher Entscheidungsverantwortung auf Angehörige.

Zur Unterstützung solcher Gespräche stehen etablierte Kommunikationsmodelle zur Verfügung, die insbesondere in emotional belastenden Situationen Orientierung bieten können. Modelle wie SPIKES oder GRIEV_ING helfen Gesprächsverläufe zu strukturieren und wichtige Aspekte nicht zu übersehen [27,28]. Eine gute und wertschätzende Kommunikation ist wie jede andere praktische medizinische Fähigkeit erlernbar – Studien zur Wirksamkeit von Kommunikationstrainingsprogrammen zeigen nicht eine verbesserte Qualität und höhere Sicherheit im Umgang mit schwierigen Gesprächssituationen, sondern auch eine erhöhte Zufriedenheit der Anwender:innen [29].

Noch hilfreicher für ethische Entscheidungen im Akutsetting wäre eine gesundheitliche Vorsorgeplanung, die bereits vor der akuten Erkrankung erfolgt ist. Klassische Patientenverfügungen sind im Notfall allerdings häufig nicht valide anwendbar, da sie sich meist auf Situationen mit gesicherter dauerhafter Einwilligungsunfähigkeit und dem nahen Sterben beziehen, die im z.B. im Schockraum noch nicht klar abzugrenzen sind.

Effektiver und besser nutzbar sind durch einen qualifizierten Gesprächsprozess im Rahmen des sog. Advance Care Planning (ACP) erstellte Dokumente. Diese zielen darauf ab, anhand individuelle Wertvorstellungen und Behandlungsziele, Präferenzen für zukünftige Entscheidungssituationen strukturiert zu erheben und zu dokumentieren (Reanimation ja/nein, Intubation ja/nein, Versorgung im

Krankenhaus ja/nein) [30]. Metaanalysen belegen eine verbesserte Übereinstimmung zwischen gewünschter und tatsächlich erhaltener Behandlung sowie eine Reduktion nicht intendierter Krankenhausaufenthalte [31]. Zudem konnte interessanterweise gezeigt werden, dass bereits ein Besuch in einer Notaufnahme ausreichend ist, um die Einleitung von ACP-Prozessen zu steigern – ein Impuls also, der von Notfallmediziner:innen genutzt werden könnte [32].

Für eine flächendeckende Implementierung in der Notfallmedizin ist dabei insbesondere die Übersetzung der Vorsorgeplanung in eine notfalltaugliche Dokumentationsformen (Ausweisformat, Anbindung an digitale Dokumentationssystem wie die elektronische Patientenakte) relevant [20]. Eine bundesweite Einheitlichkeit wie auch eine Sicherheit der Anwender:innen ist hier bisher nicht gegeben und wir im eigenen Projekt „Deutschlandweiter Notfallausweis“ von 2026 an adressiert. Als wegweisender erster Schritt kann die Entwicklung und bundesweite Publikation der sog. Integrierten Notfallplanung angesehen worden, die Möglichkeit der Dokumentation von entweder individuelle Präferenzen oder einer ärztlicher Indikationsstellung in Kombination mit einer open source Verfügbarkeit zumindest für Ärzt:innen trägt möglicherweise zur Handlungssicherheit im Akutfall bei [33].

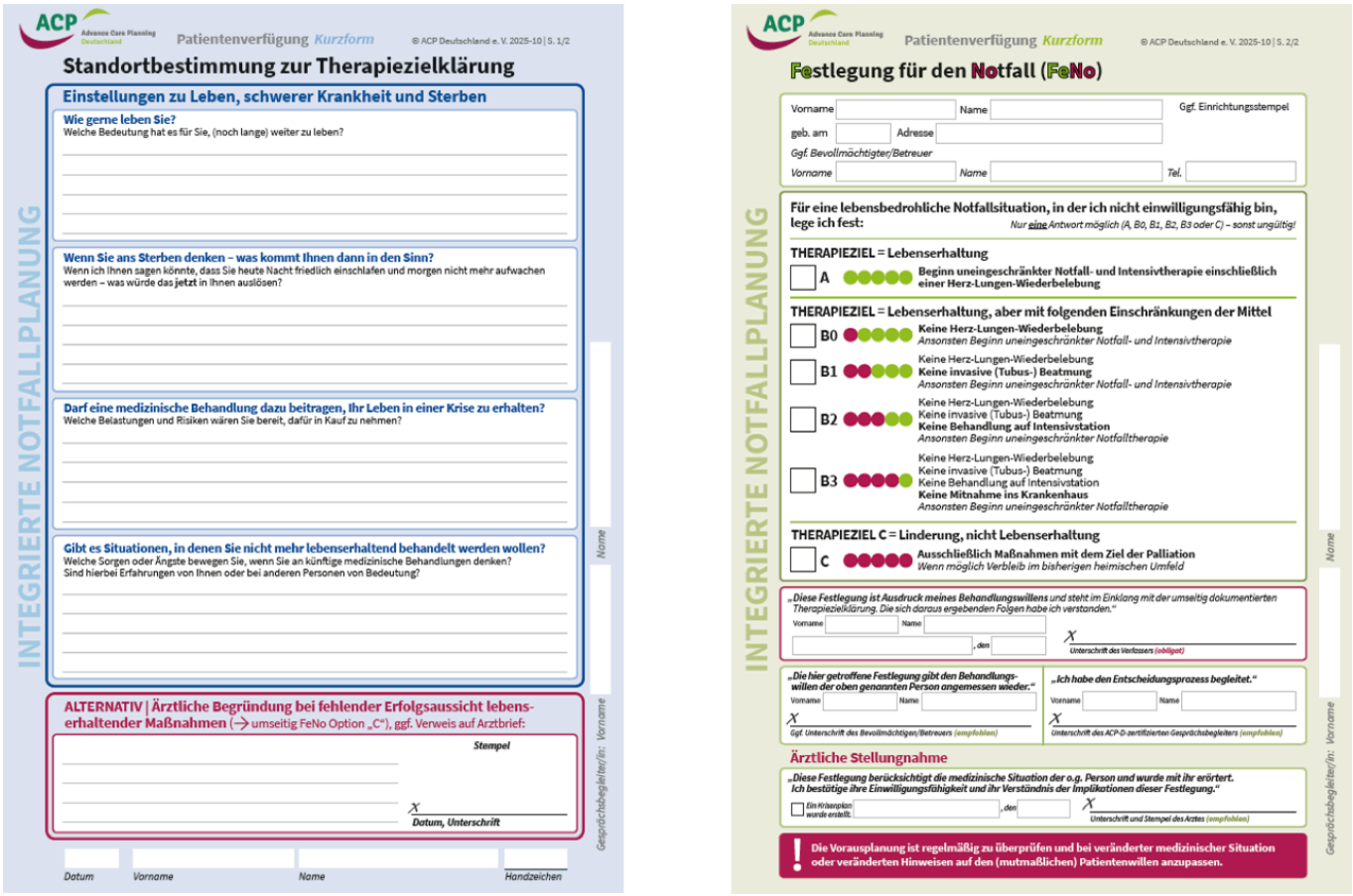


Abbildung 3: Überblick über die Vorder- und Rückseite der Integrierten Notfallplanung (INP), Quelle: Advance Care Planning Deutschland e.V. (www.acp-d.org) (33)

Schließlich kommt der Reflexion belastender Einsätze im Team eine wichtige Bedeutung zu. Supervision, strukturierte Nachbesprechungen und Debriefings können dazu beitragen, Entscheidungsprozesse für das gesamte Team nachvollziehbar zu machen und dienen der frühzeitigen Prävention schwerwiegende Folgen wir Moral Distress oder Burn Out. In solchen Formaten können zudem Fehler wertschätzend aufgearbeitet werden [10,34].

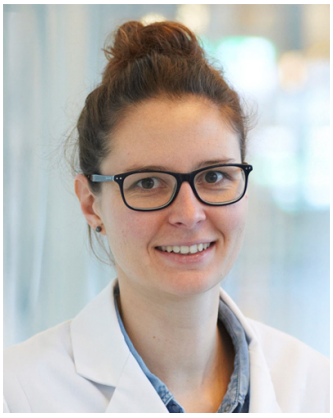
Insgesamt zeigt sich, dass die Bewältigung ethischer Herausforderungen in der Notfallmedizin ein Zusammenspiel verschiedener Ebenen erfordert. Ausbildung, strukturierte Entscheidungsunterstützung, Kommunikation, Vorsorgeplanung und teambezogene Reflexion greifen ineinander und können dazu beitragen, Entscheidungen auch unter Akutbedingungen nachvollziehbar gemäß ethischen

Richtlinien zu treffen und die Zufriedenheit im Team zu erhöhen und damit personelle Ressourcen zu erhalten.

Literaturverzeichnis

1. Iserson KV. Ethical principles--emergency medicine. Emerg Med Clin North Am. August 2006;24(3):513–45.
2. Smith AK, McCarthy E, Weber E, Cenzer IS, Boscardin J, Fisher J, u. a. Half Of Older Americans Seen In Emergency Department In Last Month Of Life; Most Admitted To Hospital, And Many Die There. Health Aff (Millwood). Juni 2012;31(6):1277–85.
3. Michalsen A, Neitzke G, Dutzmann J, Rogge A, Seidlein AH, Jöbges S, u. a. Überversorgung in der Intensivmedizin: erkennen, benennen, vermeiden: Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI und der Sektion Ethik der DGIIN. Med Klin - Intensivmed Notfallmedizin. Mai 2021;116(4):281–94.
4. Domres B, Koch M, Manger A, Becker HD. Ethics and triage. Prehospital Disaster Med. 2001;16(1):53–8.
5. Iserson KV, Moskop JC. Triage in medicine, part I: Concept, history, and types. Ann Emerg Med. März 2007;49(3):275–81.
6. Hoffmann F, Allers K. Krankenhausaufenthalte von Pflegeheimbewohnern in der letzten Lebensphase: eine Analyse von Krankenkassenroutinedaten. Z Für Gerontol Geriatr. Mai 2021;54(3):247–54.
7. Neitzke G. Ermittlung des Patientenwillens. AINS - Anästhesiol · Intensivmed · Notfallmedizin · Schmerzther. Juli 2019;54(07/08):474–83.
8. Schumann C, Wiege S. Indikation, Einwilligung und Therapielimitierung in der Akutmedizin. Notf Rettungsmedizin. September 2022;25(6):437–47.
9. Raffay V, Wittig J, Bossaert L, Djakow J, Djärv T, Estella Á, u. a. European Resuscitation Council Guidelines 2025 Ethics in Resuscitation. Resuscitation. Oktober 2025;215:110734.
10. Michels G, Dutzmann J, Duttge G, Rogge A, Jöbges S, Grautoff S, u. a. Ethische Ad-hoc-Entscheidungsfindung in der klinischen Akut- und Notfallmedizin: Positionspapier der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) unter Mitarbeit der Sektion Ethik der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN). Med Klin - Intensivmed Notfallmedizin. März 2022;117(2):85–90.
11. Poláková K, Brýdlová H, Uhlíř M, Peřan D, Vlčková K, Loučka M. Calling emergency medical services for terminally ill patients: a qualitative study exploring reasons why informal caregivers make the call. Eur J Emerg Med. Juni 2024;31(3):195–200.
12. Dasch B, Zahn PK. Place of Death Trends and Utilization of Outpatient Palliative Care at the End of Life. Dtsch Ärztebl Int [Internet]. 17. Mai 2021 [zitiert 3. Januar 2026]; Verfügbar unter: https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.m2021.0124
13. Wilson JG, English DP, Owyang CG, Chimelski EA, Grudzen CR, Wong H nei, u. a. End-of-Life Care, Palliative Care Consultation, and Palliative Care Referral in the Emergency Department: A Systematic Review. J Pain Symptom Manage. Februar 2020;59(2):372-383.e1.
14. Böhm L, Schwartz J, Michael M, Diehl-Wiesenecker E, Bernhard M, Neukirchen M. Befragung zum Vorhandensein palliativmedizinischen Wissens sowie palliativmedizinischer Strukturen in deutschen Notaufnahmen. Anaesthesiol. Dezember 2023;72(12):863–70.
15. Ouchi K, George N, Schuur JD, Aaronson EL, Lindvall C, Bernstein E, u. a. Goals-of-Care Conversations for Older Adults With Serious Illness in the Emergency Department: Challenges and Opportunities. Ann Emerg

Med. August 2019;74(2):276–84.
16. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making--pinnacle of patient-centered care. N Engl J Med. 1. März 2012;366(9):780–1.
17. Ubbink DT, Matthijssen M, Lemrini S, Van Etten-Jamaludin FS, Bloemers FW. Systematic review of barriers, facilitators, and tools to promote shared decision making in the emergency department. Acad Emerg Med. Oktober 2024;31(10):1037–49.
18. Diehl-Wiesenecker E, Böhm L. Shared decision making in the emergency department: how can we better do justice for patients? Lancet Healthy Longev. März 2025;6(3):100699.
19. Weber V, Hübner A, Pflock S, Schamberger L, Somasundaram R, Boehm L, u. a. Advance directives in the emergency department–a systematic review of the status quo. BMC Health Serv Res. 3. April 2024;24(1):426.
20. Tenge T, Neukirchen M. Vorsorgeinstrumente für den rettungsdienstlichen Notfall: Wie ist der aktuelle Stand in Deutschland? Anaesthesiol. Oktober 2023;72(10):748–52.
21. Michels G, John S, Janssens U, Raake P, Schütt KA, Bauersachs J, u. a. [Palliative aspects in clinical acute and emergency medicine as well as intensive care medicine : Consensus paper of the DGIIN, DGK, DGP, DGHO, DGfN, DGNI, DGG, DGAI, DGINA and DG Palliativmedizin]. Med Klin Intensivmed Notfallmedizin. Dezember 2023;118(Suppl 1):14–38.
22. Caretta-Weyer HA, Sebok-Syer SS, Morris AM, Schnapp BH, Fant AL, Scott KR, u. a. Better together: A multistakeholder approach to developing specialty-wide entrustable professional activities in emergency medicine. AEM Educ Train. April 2024;8(2):e10974.
23. Larkin GL. A code of conduct for academic emergency medicine. SAEM Ethics Committee. Society for Academic Emergency Medicine. Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med. Januar 1999;6(1):45.
24. Jöbges S, Seidlein AH, Knochel K, Michalsen A, Duttge G, Supady A, u. a. Zeitlich begrenzter Therapieversuch („time-limited trial“, TLT) auf der Intensivstation: Handlungsempfehlung der Sektion Ethik der DIVI und der Sektion Ethik der DGIIN. Med Klin - Intensivmed Notfallmedizin. Mai 2024;119(4):291–5.
25. Pajka SE, Hasdianda MA, George N, Sudore R, Schonberg MA, Bernstein E, u. a. Feasibility of a Brief Intervention to Facilitate Advance Care Planning Conversations for Patients with Life-Limiting Illness in the Emergency Department. J Palliat Med. 1. Januar 2021;24(1):31–9.
26. Ouchi K, Lee RS, Block SD, Aaronson EL, Hasdianda MA, Wang W, u. a. An emergency department nurse led intervention to facilitate serious illness conversations among seriously ill older adults: A feasibility study. Palliat Med. Mai 2023;37(5):730–9.
27. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. The Oncologist. 1. August 2000;5(4):302–11.
28. Hobgood C, Harward D, Newton K, Davis W. The educational intervention „GRIEV_ING“ improves the death notification skills of residents. Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med. April 2005;12(4):296–301.
29. Grudzen CR, Emlet LL, Kuntz J, Shreves A, Zimny E, Gang M, u. a. EM Talk: communication skills training for emergency medicine patients with serious illness. BMJ Support Palliat Care. Juni 2016;6(2):219–24.
30. Götze K, Feddersen B, In Der Schmitten J, Marckmann G. Advance Care Planning in Germany. Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen. August 2023;180:127–32.
31. Houben CHM, Spruit MA, Groenen MTJ, Wouters EFM, Janssen DJA. Efficacy of Advance Care Planning: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Med Dir Assoc. Juli 2014;15(7):477–89.
32. Bielinska AM, Soosaipillai G, Riley J, Darzi A, Urch C, Archer S. Views of advance care planning in older hospitalized patients following an emergency admission: A qualitative study. Selman LE, Herausgeber. PLOS ONE. 1. September 2022;17(9):e0273894.



Dr. med. Eva Diehl-Wiesenecker

ist Fachärztin für Innere Medizin mit den Zusatzbezeichnungen Klinische Akut- und Notfallmedizin sowie Palliativmedizin. Sie ist Oberärztin in der Zentralen Notaufnahme der Charité Berlin, Campus Benjamin Franklin, seit November 2025 dort schwerpunktmäßig in der Forschung tätig. Zusätzlich arbeitet sie als Oberärztin in der Palliativmedizin am Universitätsklinikum Augsburg. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt an der Schnittstelle von Notfall- und Palliativmedizin, insbesondere in der Vorsorgeplanung, dem Screening in der Notaufnahme sowie der Kommunikation zur Therapiezielfindung.

Zudem beschäftigt sie sich mit der frühzeitigen Erkennung von und Schaffung von Bewusstsein für Patient:innen mit seltenen Erkrankungen. Sie ist Sprecherin der AG Intensiv- und Notfallversorgung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Vorstandsmitglied von ACP-Deutschland e. V. und Teil des Ethikkomitees der europäischen Gesellschaft für Notfallmedizin (EUSEM).

Versorgung sichern, Wandel gestalten – die KV im Spannungsfeld des demografischen Wandels

Dr. Frank Bergmann, KV Nordrhein Vorsitzender, Düsseldorf

Abstract

Die KV Nordrhein verantwortet die ambulante Versorgung mit über 23.500 Ärztinnen, Ärzten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Der demografische Wandel, steigende Fallzahlen und Ressourcenknappheit fordern neue Lösungen in allen Versorgungsbereichen. Mit digitalen Angeboten, gezielter Patientensteuerung, Kooperationen und Nachwuchsförderung begegnet die KV Nordrhein diesen Herausforderungen und stärkt so eine effiziente und zukunftssichere Versorgung.

1. Der Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein als eine der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland übernimmt maßgeblich 6 zentrale Aufgaben, von denen 5 in §§ 75 ff. SGB V kodifiziert sind. Übergeordnet steht die Sicherstellung

der flächendeckenden Versorgung der ambulanten Versorgung. Mit rund 23.500 Ärztinnen, Ärzten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie 16.235 Praxen werden in Nordrhein etwa 9,5 Millionen Versicherte betreut, darunter 72.000 Menschen in Pflegeeinrichtungen. Darüber hinaus gehört der operative Notdienst in den 86 Notdienstpraxen, im Fahrdienst und in Videosprechstunden zum Kerngeschäft. Weitere Aufgaben umfassen die Honorarverhandlungen mit Krankenkassen, die Entwicklung und Überwachung von Qualitätsstandards, die Verteilung des Honorars auf die Mitglieder sowie Beratungsdienstleistungen für Mitglieder und Versorgungsanbieter. Die Verantwortung der KV Nordrhein erstreckt sich damit über ein breites Spektrum an Aufgaben, die alle auf eine verlässliche und zukunftsorientierte ambulante Versorgung der Menschen in Nordrhein ausgerichtet sind.

2. Wo stehen wir – Zahlen zur Auslastung der ambulanten Versorgung

Ein Blick auf die Zahlen zeigt, dass die ambulante Versorgung zunehmend unter Druck gerät: Der demografische Wandel verändert das Krankheitsspektrum und führt zu einer Zunahme chronischer, altersassoziierter Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Atemwegs- oder Stoffwechselerkrankungen und Demenz (RKI, 2015). Diese Entwicklungen stellen Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie das gesamte Versorgungssystem vor wachsende Herausforderungen, sowohl medizinisch als auch pflegerisch. Zudem steigt die Zahl der Behandlungsfälle kontinuierlich in allen Versorgungsbereichen. Be-sonders dynamisch zeigt sich der Bereich der Psychotherapie, der deutschlandweit innerhalb eines Jahres einen Fallzuwachs von 278 Tausend Fällen verzeichnete (Zentralinstitut kassen-ärztliche

Versorgung, 2025).

Der demografische Wandel macht sich auch unter den Leistungserbringenden bemerkbar: Circa ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind 55 Jahre und älter. Zusätzlich zeichnet sich in der letzten Dekade ein Trend ab, der eine zu-nehmende Heterogenität in der Versorgung belegt. Frauen nehmen einen größer werdenden Versorgung sichern, Wandel gestalten – die KV im Spannungsfeld des demografischen Wandels Dr. med. Frank Bergmann Seite 2 / 8

Anteil unter den Leistungserbringenden ein, mehr ärztliches Personal arbeitet in Anstellung und zunehmend in Teilzeit (Abbildung 1).

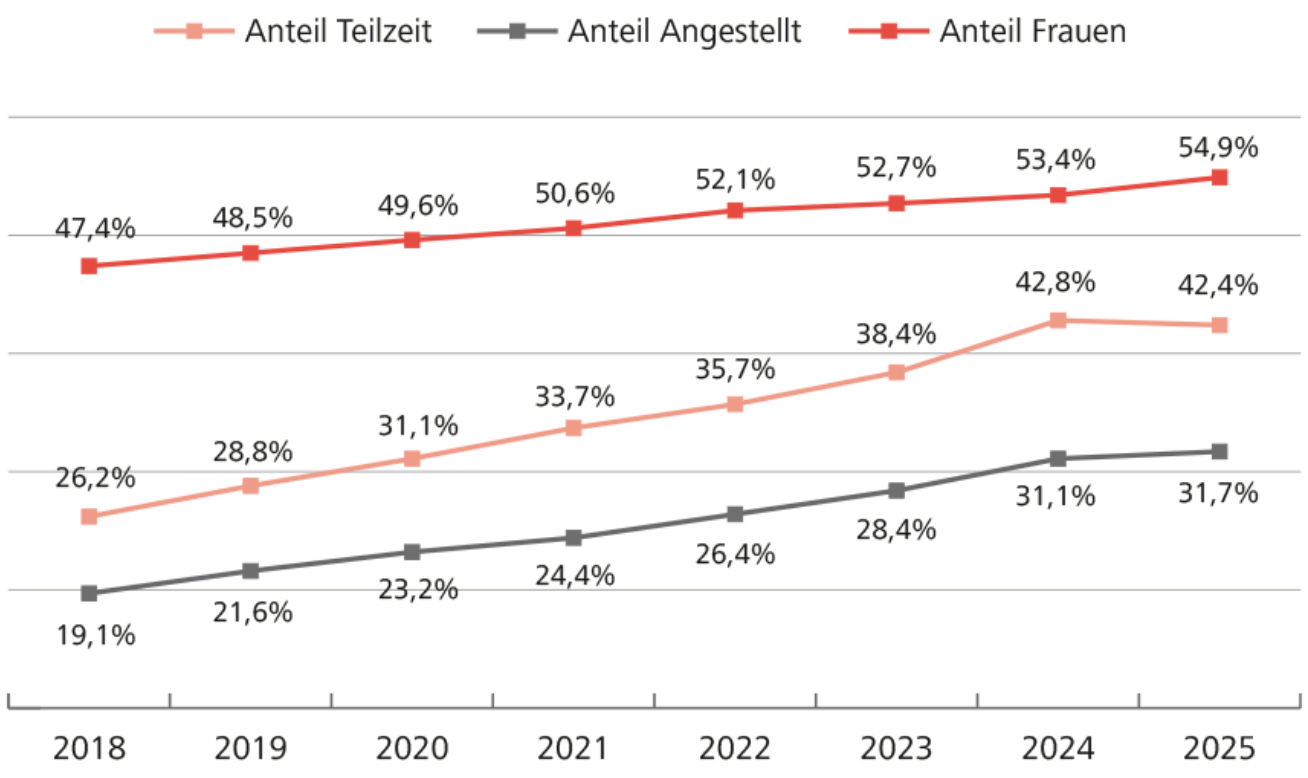


Abbildung 1 (KVNO, 2025)

Die Zunahme an Anstellungen bringt mit sich, dass es über die Jahre weniger Praxen gibt, während pro Praxis mehr Arztsitze verzeichnet sind (Abbildung 2), d.h. die Versorgung wird konzentrierter: mehr Ärztinnen und Ärzte arbeiten

gemeinsam in kooperativen Praxisformen und weniger in Einzelpraxen. Diese Entwicklungen belegen die zunehmende Ressourcenverknappung in der ambulanten Versorgung - eine Herausforderung, die sich laut Robert-Bosch-Stiftung weiter zuspitzen wird. Bis 2035 ist prognostiziert, dass die Hausarztdichte bis zu 9% absinken wird, welche sich insbesondere in ländlichen Regionen zeigen wird (Robert Bosch Stiftung, 2021).

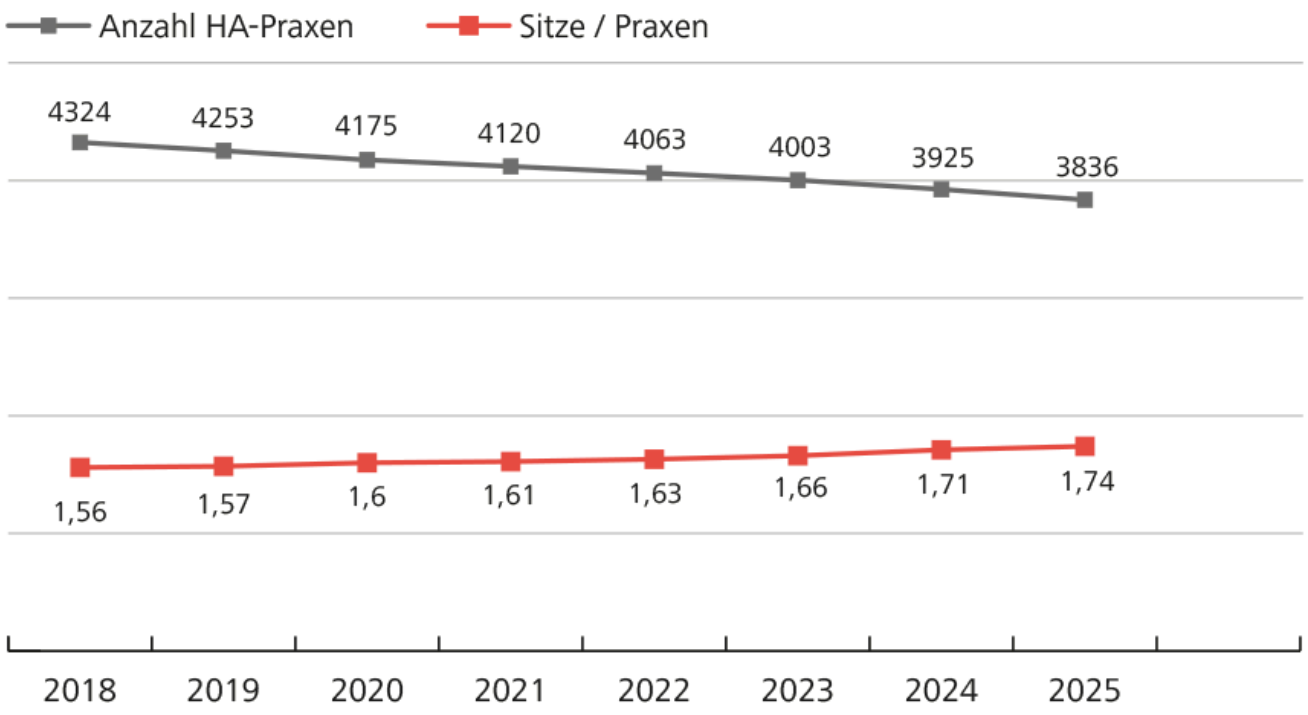


Abbildung 2 (KVNO, 2025)

Vor diesem Hintergrund gewinnen auch die finanziellen Rahmenbedingungen an Bedeutung. 16 Prozent der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung entfallen auf die ambulante Versorgung, mit der 97 Prozent aller Behandlungsfälle abgedeckt werden. Im Vergleich dazu entfallen 33 Prozent der Ausgaben auf den stationären Bereich (KBV, 2025). Diese Zahlen unterstreichen, wie effizient und unverzichtbar die ambulante Versorgung für das Gesundheitssystem ist. Gleichzeitig machen sie deutlich, dass angesichts der steigenden Krankheitslast und der zunehmenden Komplexität der Patientinnen

und Patienten neue, innovative Versorgungsmodelle notwendig sind, um eine hochwertige und erreichbare Betreuung auch künftig sicherzustellen.

3. Versorgungsaufgaben – Trends und Herausforderungen

Regelversorgung, Pflegeheimversorgung, Notfallversorgung

3.1 Regelversorgung

Die bereits beschriebenen demografischen Veränderungen prägen die Regelversorgung. Zusätzlich werden in Deutschland ambulante Gesundheitsleistungen verhältnismäßig viel in Anspruch genommen, aufgrund von verschiedenen, systemischen Faktoren. Dazu zählen eine insgesamt hohe Arztdichte, die zu einer arztinduzierten Nachfrage führt, mengenbezogene Vergütung, eine geringe Koordination der Versorgung, ein niedriger Digitalisierungsgrad sowie fehlende Patienteninformationen. Im Bereich des medizinischen Wissens wirken sich Medikalisierung, Überdiagnosen und kommerzielle Interessen negativ aus. Gesellschaftliche Trends wie bestimmte Glaubensmuster, ein ausgeprägtes Kontrollbedürfnis und eine verzerrte Berichterstattung in den Medien fördern ebenfalls die Überinanspruchnahme. Die Sorge der Patienten um eine unzureichende Versorgung und eine insgesamt gering ausgeprägte Gesundheitskompetenz führen dazu, dass medizinische Leistungen häufiger in Anspruch genommen werden, als es medizinisch notwendig wäre (Bertelsmann Stiftung, 2019).

Umso wichtiger erscheint es, diesen Herausforderungen mit einem ressourcenschonenden und bedarfsorientieren Einsatz ärztlicher Leistungen zu begegnen. Dafür ist eine partielle Patientensteuerung von verschiedenen

Ausgangspunkten ein entscheidender Hebel, um bestehende Ressourcen optimal zu nutzen.

Die Kassenärztliche Vereinigung macht mit der 116117 und der Terminvermittlung bereits heute ein patientensicheres und pragmatisches Angebot, welches steuernd und flächendeckend gestaltet wird und Patientinnen und Patienten entsprechend der Dringlichkeit ihres Anliegens gezielt versorgt. Während die Terminservicestelle (TSS) über die 116117 planbare Arzttermine vermittelt, zum Beispiel bei Haus- oder Fachärztinnen und -ärzten, stellt der Ärztliche Bereitschaftsdienst über die 116117 die me-dizinische Versorgung außerhalb der regulären Sprechzeiten im Akutfall sicher. Integrierte Angebote wie die Videosprechstunde ermöglichen es, Patientinnen und Patien-ten bereits vor dem Praxisbesuch fallabschließend zu behandeln und entlasten so die ambulanten und stationären Strukturen, wie das Beispiel der kinderärztlichen Video-sprechstunde mit 50 Prozent fallabschließender Behandlungen zeigt. Durch eine konsequente Ersteinschätzung werden Kapazitäten effizient genutzt und die Versorgung noch passgenauer an den tatsächlichen Bedarf angepasst.

Im internationalen Vergleich werden in Deutschland nicht-ärztliche, akademische Berufsbilder im Rahmen der Leistungsdelegation wenig in die Versorgung einbezogen Studien zeigen, dass die Leistungsdelegation unter Involvierung aller Berufsgruppen im Behandlungspfad positive Versorgungsergebnisse mit sich bringt (van den Brink et al., 2021). Es ist zusätzlich anzunehmen, dass Delegationsmaßnahmen die Leistungsfähigkeit von Praxen steigert und mehr Behandlungszeit schafft. Um zu gesicherten Erkenntnissen zu gelangen, wie nicht-ärztliche, akademische Berufsbilder wie u. a. Physician Assistants zur Sicherstellung der Patientenversorgung beitragen, haben wir uns als KV Nordrhein mit unserem Modellprojekt Physician Assistants auf den Weg gemacht.

Ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung ist die gezielte Nachwuchsgewinnung. Die KV Nordrhein betrachtet dies als eine zentrale Aufgabe und unterstützt aktiv verschiedene Maßnahmen, um junge Menschen für eine Tätigkeit in der ambulanten Versorgung zu gewinnen und sie auf ihrem Weg zu begleiten. Dazu gehören regionale Kampagnen, die gezielt auf die Bedürfnisse und Interessen potenzieller Nachwuchskräfte eingehen. Die Ansprache erfolgt zielgruppengerecht -etwa durch Informationsveranstaltungen, digitale Formate oder Kooperationen mit medizinischen Fakultäten. Darüber hinaus werden nachhaltige Unterstützungsangebote entlang der gesamten medizinischen Ausbildung bereitgestellt und reichen über den Abschluss hinaus. So werden beispielsweise Förderprogramme und Beratungsangebote entwickelt, die Studentinnen und Studenten, Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und Berufseinsteigerinnen und -einsteiger in unterschiedlichen Phasen begleiten.

Ein weiterer Baustein ist die Zusammenarbeit mit Kommunen, um gemeinsam Lösungen für die Versorgung vor Ort zu entwickeln. Hierzu zählen unter anderem finanzielle Zuschüsse sowie Beratungsleistungen, die den Einstieg in die ambulante Versorgung erleichtern. Die KV Nordrhein setzt sich dafür ein, dass diese Fördermöglichkeiten frühzeitig greifen, um drohende Engpässe zu vermeiden und die Versorgung langfristig zu sichern.

Neben den Fördermaßnahmen, bietet das Modell der „KVNO Startpraxis“ eine weiteres gezieltes Versorgungsangebot. Startpraxen werden proaktiv und punktuell in Regionen errichtet, in denen Versorgungsbedarf besteht. Die Startpraxis wird durch die KV Nordrhein aufgebaut und zunächst als Eigeneinrichtung betrieben. Das Konzept bietet Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit, in Anstellung die Tätigkeit in der Niederlassung kennenzulernen und

sich auf eine spätere Übernahme vorzubereiten. Moderne, digital ausgestattete Praxisstrukturen und eine enge Begleitung erleichtern den Einstieg und fördern den ärztlichen Nachwuchs. So können lokale Versorgungsstrukturen nachhaltig und langfristig stabilisiert werden. Die erste KVNO Startpraxis wird im Frühjahr 2026 in Kleve eröffnen.

Mit diesen Maßnahmen leistet die KV Nordrhein einen aktiven Beitrag zur Nachwuchsgewinnung und trägt dazu bei, die ambulante Versorgung in Nordrhein auch in Zukunft sicherzustellen.

3.2 Pflegeheimversorgung

Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte übernehmen neben der Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten in den Praxen auch eine wichtige Rolle in der Betreuung von Menschen in Pflegeheimen. Das zeigt sich auch in den Abrechnungsdaten: Der Gebührenordnungspunkt für den Besuch eines Patienten in einem Pflegeheim wird mit einer Frequenz von rund 320.000 Leistungen pro Quartal abgerechnet. Auch bei den Anrufen aus Pflegeheimen, die bei der 116 117 eingehen, findet 97% zu sprechstundenfreien Zeiten statt. Diese Daten weisen auf eine bedarfsgerechte Versorgungslage während der Sprechstundenzeiten hin (KVNO, 2025).

Auch in der Pflegeheimversorgung zeigen sich die Herausforderungen des demografischen Wandels, insbesondere in der zu erwartenden Zahl der Pflegebedürftigen. Ausgehend von 1,2 Millionen Pflegebedürftigen in NRW im Jahr 2021 wird diese Zahl laut Pflegemodellrechnung bis 2050 um 30,4 Prozent auf knapp 1,6 Millionen ansteigen (Statistisches Landesamt NRW, 2023). Damit steigt gleichzeitig auch der Bedarf an Pflegekräften, nicht nur aufgrund der zunehmender Pflegebedürftigkeit, sondern auch weil der Anteil an informellen

Pflegeleistungen durch Angehörige künftig abnehmen wird (RKI, 2015). Der Bedarf an Pflegepersonal wird die Beschäftigungszahlen in den nächsten Jahren deutlich übersteigen (RKI, 2015). In den Pflegeheimen bedeuten knappe Personalressourcen unter Umständen eine erschwerte, zeitnahe Versorgung. Die Arbeitsbelastung von Pflegepersonal und Ärzten steigt kontinuierlich, mitunter aufgrund des demografischen Wandels in der Bevölkerung und einem zunehmenden Anteil an Pflegebedürftigkeit.

Es ist anzunehmen, dass diverse Gründe, wie etwa Kommunikations- und Kooperationshürden, Versorgungskompetenzen oder einrichtungsbezogene, finanzielle und rechtliche Aspekte dazu führen, dass es zu Rettungsdiensteinsätzen kommt, die potenziell vermeidbar wären. Daraus ergibt sich eine hohe Hospitalisierungsrate von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern (Valk-Draad et al., 2023).

Als Antwort darauf ist es notwendig, die Versorgungsqualität und –struktur in nord-rheinischen Pflegeheimen zu fördern. Seit dem 1. Oktober 2019 besteht die Möglichkeit, dass sich Hausärzte und Fachärzte aller Fachrichtungen in einem Kooperationsvertrag mit mindestens einer vollständigen Pflegeeinrichtung nach § 119v SGB V zusammenschließen. Die besondere Förderung mit allen nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden sieht die Zusammenarbeit von „koordinierenden Ärzten“ und „kooperierenden Fachärzten“ vor. Zu den zusätzlichen Leistungen, mit denen die Versorgung der Pflegeheimpatienten verbessert werden sollen, zählen gemeinsame Visiten von koordinierenden und kooperierenden Ärztinnen und Ärzten, regelmäßige Einzelvisiten und Dokumentationen. Seit 2025 wurden die Förderungen im Rahmen des technischen Fortschritts auch um telemedizinische Visiten ergänzt, um im Bedarfsfall niedrigschwellig einen Arztkontakt per Video herzustellen. Die Umsetzung des Pflegeheimvertrags zielt auf eine qualifiziertere Versorgung

während und außerhalb der Sprechstundenzeiten ab, auf eine Erhöhung der Influenza-Impfrate sowie eine Optimierung der Versorgung im Akutfall.

Inzwischen sind bereits 74% der Pflegeheimplätze in Nordrhein von einem Pflegeheim-vertrag erfasst, die kontinuierlich zur Verbesserung der Pflegeheimversorgung beitragen (Abbildung 3). In den Daten zeigt sich bereits ein eindeutiger Effekt der besonderen Förderung: Eine fast doppelt so hohe Influenza-Impfquote sowie deutlich höhere Arzt-Patienten-Kontakte in den Pflegeheimen.

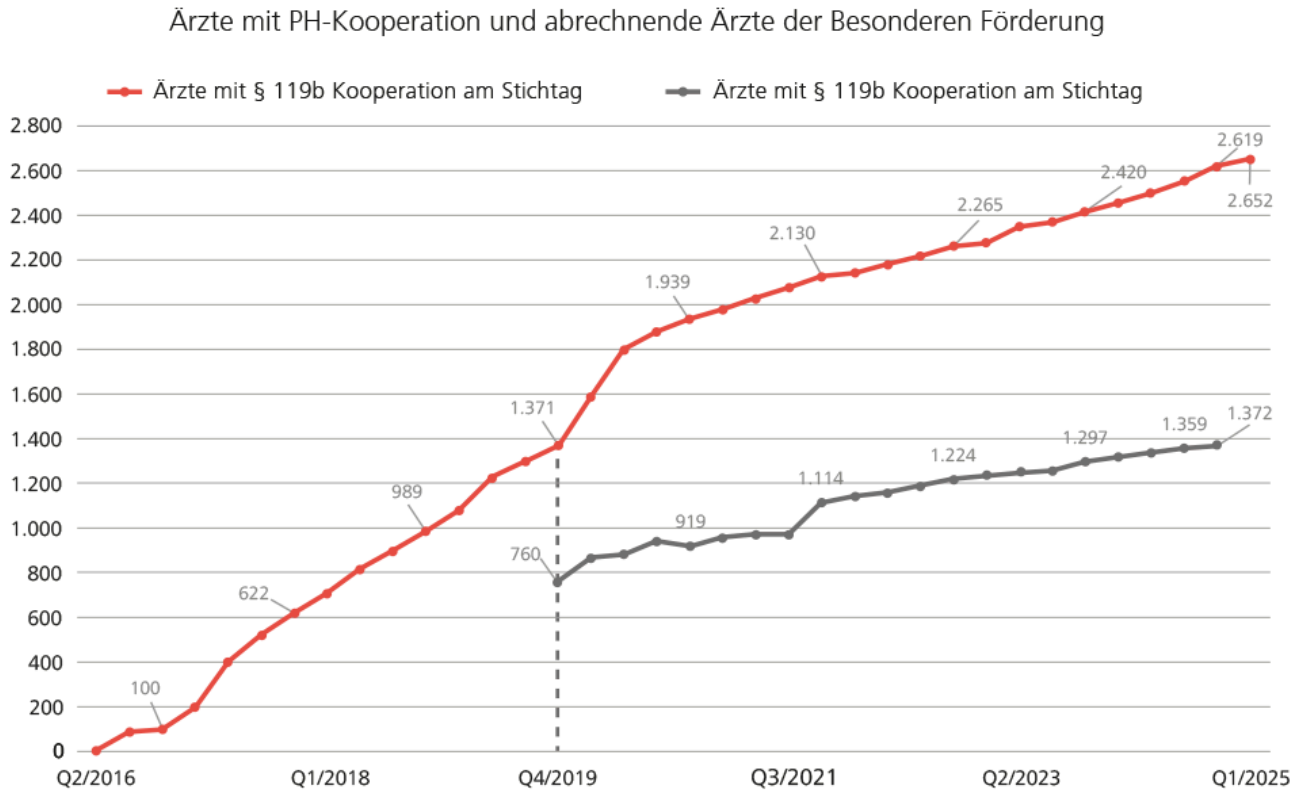


Abbildung 1 (KVNO, 2025)

3.3 Notfallversorgung

Innerhalb der Notfallversorgung sind Notdienstpraxen die erste Anlaufstelle außerhalb der Sprechzeiten. In den 86 Notdienstpraxen in Nordrhein werden pro Jahr mehr als 800.000 Fälle versorgt. Seit Jahren ist eine hohe massive

Überlastung der Notfallaufnahmen prävalent, insbesondere durch einen hohen Anteil an Selbsteinweisenden, d.h. Patientinnen und Patienten, die die Notfallversorgung in Anspruch nehmen, ohne vorab ein medizinisches Ersteinschätzungsverfahren durchlaufen zu haben und die Notfallaufnahme eigenständig aufsuchen („Walk-Ins“). 50% der Selbsteinweisenden werden vertragsärztlich behandelt, fast alle in der Bereitschaftspraxis der KV. 84% dieser Fälle können vertragsärztlich abschließend behandelt werden. Daraus ergibt sich, dass mindestens die Hälfte der Patientinnen und Patienten, die eigenständig die Notfallaufnahmen aufsuchen, auch während der allgemeinen Praxisöffnungszeiten vertragsärztlich behandelt werden könnten, ohne die Notfallversorgungskapazitäten in Anspruch zu nehmen (Zi, KVB & RoMed Klinikum Rosenheim, 2022).

Die benannte Studie kommt zu dem Schluss, dass eine standardisierte Ersteinschätzung und eine aktive Weiterleitung in die vertragsärztliche Ebene die Notaufnahmen signifikant entlasten (Zi, KVB & RoMed Klinikum Rosenheim, 2022). Die Voraussetzung dafür schafft die 116 117 und die Terminservicestellen (TSS) der KVen, die bereits heute das SmED-Verfahren konsequent und verlässlich einbinden und über die TSS verbindlich Termine vergeben und damit Patientenströme navigieren. Diese vorgeschaltete Steuerung ist notwendig, um der hohen Nachfrage zu begegnen, die auf strukturelle Grenzen trifft. Perspektivisch muss das Ersteinschätzungsverfahren verbindlich in die Integrierten Notfallzentren (INZ) eingebunden werden, um Notfallaufnahmen signifikant zu entlasten und ihre Leistungsfähigkeit zu erhalten.

4. Fazit: Versorgung sicher, Wandel gestalten

Die KV Nordrhein übernimmt Verantwortung für eine verlässliche ambulante Versorgung und begegnet aktiv den Herausforderungen des demografischen und strukturellen Wandels. Mit dem konsequenten Ausbau digitaler Angebote wie medizinischer Ersteinschätzung und Telemedizin setzt die KV Nordrhein gezielt auf effiziente und ressourcenschonende Lösungen – sowohl in der Regelversorgung als auch in der Notfall- und Pflegeheimversorgung. Damit diese Entwicklungen nachhaltig wirken können, braucht es eine starke finanzielle und gesetzliche Grundlage. Nur so lassen sich Leistungsdelegation, Weiterbildung und die digitale Vernetzung der Notrufnummern 116117 und 112 zukunftssicher gestalten und weiterentwickeln.

Quellen

Bertelsmann Stiftung (2019): Overuse of medical services. Unnecessary medical services can be harmful to patients. Spotlight Healthcare: 5. Abrufbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SG_Overuse_en_final.pdf.

https://www.kbv.de/documents/infothek/veranstaltungen/vertreterversammlung/2025-03-07/kbv_faktenblatt_ambulante_versorgung.pdf

Robert Bosch Stiftung (2021): Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primär-versorgung gelingen kann. Abrufbar unter: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf.

Robert Koch-Institut (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin. Abrufbar unter: https://e-doc.rki.de/bitstream/handle/176904/2192/25hWqNz683szU.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Statistisches Landesamt NRW (2023): Pflegemodellrechnugn für NRW. Entwicklung der Pflegebe-dürftigkeit im Land sowie in den Kreisen und kreisfreien Städten bis 2050/2070. Abrufbar unter: https://statistik.nrw/service/veroeffentlichungen/statistik- kompakt/pflegemodellrechnung-fuer-nrw.

Valk-Draad, M.P., Bohnet-Joschko, S. & PSK-Studiengruppe (2023): Pflegeheim-sensitive Kranken-hausfälle und Ansätze zur Verringerung der Hospitalisierung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern. Bundesgesundheitsbl 66, 199–211. Abrufbar unter: https://doi.org/10.1007/s00103-022-03654-4.

van den Brink GTWJ, Hooker RS, Van Vught AJ, Vermeulen H, Laurant MGH (2021): The cost-effec-tiveness of physician assistants/associates: A systematic review of international evidence. PLOS ONE 16(11): e0259183. Abrufbar unter: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259183.

Zentralinstitut kassenärztliche Versorgung (2025): Zi-Trendreport zur vertragsärztlichen Versor-gung. Bundesweiter tabellarischer Report vom 1. Quartal 2021 bis zum 2. Quartal 2024. Abruf-bar unter: https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Medien/MI/Zi-Trendreport_2024-Q2_FINAL.pdf.

Zentralinstitut kassenärztliche Versorgung, KVB & RoMed Klinikum Rosenheim (2022): Machbar-keitsstudie Notfallversorgung Rosenheim. Abrufbar unter: https://www.zi.de/das-zi/me-dien/medieninformationen-und-statements/detailansicht/14-maerz-2022.



Dr. med. Frank Bergmann

seit 2017 Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein, geboren 1957, Studium der Medizin an der RWTH Aachen von 1976 bis 1982; von 1989 bis Ende 2021 als Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie forensische Psychiatrie in Aachen niedergelassen; von 2001 bis 2016 erster Vorsitzender des Berufsverbands Deutscher Nervenärzte sowie Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde und von 2011 bis 2016 Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Nordrhein.

Versorgung der älter werdenden Bevölkerung

Ethische Fragen prädiktiver Medizin bei Alzheimer-Demenz

Von Constanze Hübner und Christiane Woopen, Center for Life Ethics, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Zukünftig erkranken wahrscheinlich immer mehr Menschen an (Alzheimer-) Demenz, was erhebliche Kosten und soziale Belastungen mit sich bringt. Neue Möglichkeiten der Risikoabschätzung und Prävention bieten Chancen, diese Belastungen zu verringern. Dabei beeinflussen sie nicht nur die klinische Praxis, sondern auch Individuum und Gesellschaft. Bei der Implementierung prädiktiver Tests in die klinische Praxis sollten die Auswirkungen individuellen Risikowissens auf Gegenwart und Zukunft, auf die eigene Person und Nahestehende mitgedacht werden. Der folgende Beitrag beleuchtet die ethische Relevanz von Risikoabschätzung bei Alzheimer-Demenz und stellt einen Ausblick für einen praxisorientierten, verantwortungsvollen Umgang vor.

1. Paradigmenwechsel: Prädiktive und präventive Medizin

Neue (bio-)technologische Möglichkeiten und die Digitalisierung haben die Gesundheitsversorgung insbesondere in den letzten Jahrzehnten transformiert. Durch die neu entstandenen Möglichkeiten in der Systemmedizin und Individualisierten Medizin treten prädiktive und präventive Ansätze zunehmend an die Stelle reaktiver und kurativer Strategien. [1,2] Dieser paradigmatische

Wechsel wurde u.a. von der European Association for Predictive, Preventive and Personalised Medicine3 gefördert mit den Zielen „die Gesundheitsversorgung voranzutreiben, die Lebensqualität der Bevölkerung zu erhöhen und die Gesundheitswirtschaft kurz- und langfristig zu verbessern“. [4]

In der Versorgung zeigt sich der Paradigmenwechsel in verschiedenen Facetten: Während sich die Medizin traditionell am kranken Menschen mit einer Krankheitsdiagnose orientierte, richtet sich die Versorgung zunehmend an Gesunde, bei denen eine Risikoabschätzung bzw. Prädiktion für eine potenzielle zukünftige Krankheit vorgenommen wird. Entsprechend liegt der Fokus nicht mehr auf der Therapie manifester Krankheiten, sondern auf präventiven Maßnahmen, um einen Krankheitsausbruch zu verzögern, zu verlangsamen oder zu verhindern. Damit verbunden rücken Lifestyle- bzw. Lebensberatung anstelle dezidiert gesundheitsbezogener Beratung in den Vordergrund. Gleichzeitig löst sich die sektorenbezogene Gesundheitsversorgung zunehmend auf und integrierte Gesundheitsnetzwerke, die beispielsweise individuelle Risikoabschätzung und personalisierte Prävention direkt verbinden, gewinnen an Relevanz.[1,2,5]

Der Paradigmenwechsel äußert sich nicht nur in den Ansätzen und Strukturen von Gesundheitsversorgung, sondern führt auch auf gesamtgesellschaftlicher Ebene zu neuen Rollenverständnissen. Der Begriff ‚Patient‘ etwa trägt eine ethisch-normative Konnotation: Er beschreibt üblicherweise eine Person, die aufgrund eines Krankheitsleidens eine Gesundheitseinrichtung aufsucht und unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf gesundheitliche Versorgung hat.[6] Setzt die Medizin jedoch nicht mehr am kranken, sondern am gesunden Menschen an, wird diese Bezeichnung irreführend. Angemessener wären dann Begriffe wie ‚Kunde‘, ‚Klient‘, oder ‚Nutzer‘.

Nachfolgend wird die (ethische) Relevanz der Alzheimer-Erkrankung und Alzheimer-Demenz beleuchtet, mit Fokus auf der a. gesellschaftlichen Bedeutung im Allgemeinen, b. prädiktiven und präventiven Möglichkeiten sowie c. konzeptionellen Veränderungen im Krankheitsverständnis.

2. Relevanz der Alzheimer-Erkrankung und Demenz im Kontext des Paradigmenwechsels

a. Gesellschaftliche Bedeutung

Die Alzheimer-Krankheit ist die häufigste Ursache von Demenz und macht etwa zwei Drittel aller Demenzerkrankungen aus.[7] Im Krankheitsverlauf lassen die kognitiven Fähigkeiten allmählich nach, bis hin zum Demenz-Stadium, in dem starke kognitive Einschränkungen vorliegen. Manche entwickeln zudem Verhaltensänderungen, was sich z. B. in sozialem Rückzug, Antriebslosigkeit oder Impulsivität zeigen kann. Im fortgeschrittenen Stadium können Betroffene nicht mehr autonom leben und sind auf kontinuierliche Unterstützung bei alltäglichen Aktivitäten angewiesen (ebd.). Inzwischen können Alzheimer-typische pathophysiologische Prozesse, d.h. die Ablagerung bestimmter Eiweiße (sog. Amyloid-Plaques und Tau), bereits Jahrzehnte vor den ersten klinischen Symptomen nachgewiesen werden.[8]

In Deutschland leben nach aktuellen Schätzungen etwa 1,84 Millionen Menschen mit einer Demenzerkrankung, wobei „die meisten von ihnen […] von der Alzheimer-Krankheit betroffen [sind]“.[9] Diese Zahl dürfte nach derzeitigen Prognosen bis 2050 auf 2,3 bis 2,7 Millionen Erkrankte steigen, u.a. aufgrund der alternden Bevölkerung. Fast sechs Prozent der derzeit Erkrankten sind unter 65

Jahre alt.[9]

In der Altersgruppe über 46 Jahre versorgen rund 1,5 Mio. Menschen einen demenzkranken Angehörigen.10 Diese informelle Pflege kann mit erheblichen psychischen und auch körperlichen gesundheitlichen Belastungen verbunden sein, insbesondere wenn die Pflegenden selbst bereits älter und in ihrer Gesundheit eingeschränkt sind.[10,11] Auch für Personen im erwerbsfähigen Alter kann die Pflege herausfordernd sein: Eine Studie des Deutschen Zentrums für Altersfragen aus dem Jahr 2022 ergab, dass Personen im erwerbsfähigen Alter (46-64 Jahre), die einen demenzerkrankten Angehörigen pflegen, durchschnittlich 10,7 Wochenstunden dafür aufwenden, was eine erhebliche Belastung zusätzlich zur Berufstätigkeit und/oder Kinderbetreuung darstellen kann.[12]

Die Kosten im Zusammenhang mit Demenz, zusammengesetzt aus Kosten der Kranken- und Pflegekassen sowie der informellen Pflege, betrugen 2020 ca. 83 Milliarden Euro und damit mehr als zwei Prozent des damaligen Bruttoinlandprodukts. Schätzungen zufolge „könnten diese Kosten im Jahr 2040 auf rund 141 Milliarden Euro, im Jahr 2060 auf rund 195 Milliarden Euro anwachsen“.[13,14] Demenzerkrankungen stellen damit gegenwärtig und künftig eine große finanzielle Belastung für die Gesellschaft dar.

Veränderungen durch den Paradigmenwechsel zu einer prädiktiven und präventiven Medizin



Quelle: Christiane Woopen, Alzheimer Europe Conference, Genf, 2024

Abbildung 1: Der Paradigmenwechsel äußert sich nicht nur in Ansätzen und Strukturen von Gesundheitsversorgung, sondern führt auch zu neuen Rollenverständnissen.

b. Entwicklungen in Prädiktion und Prävention

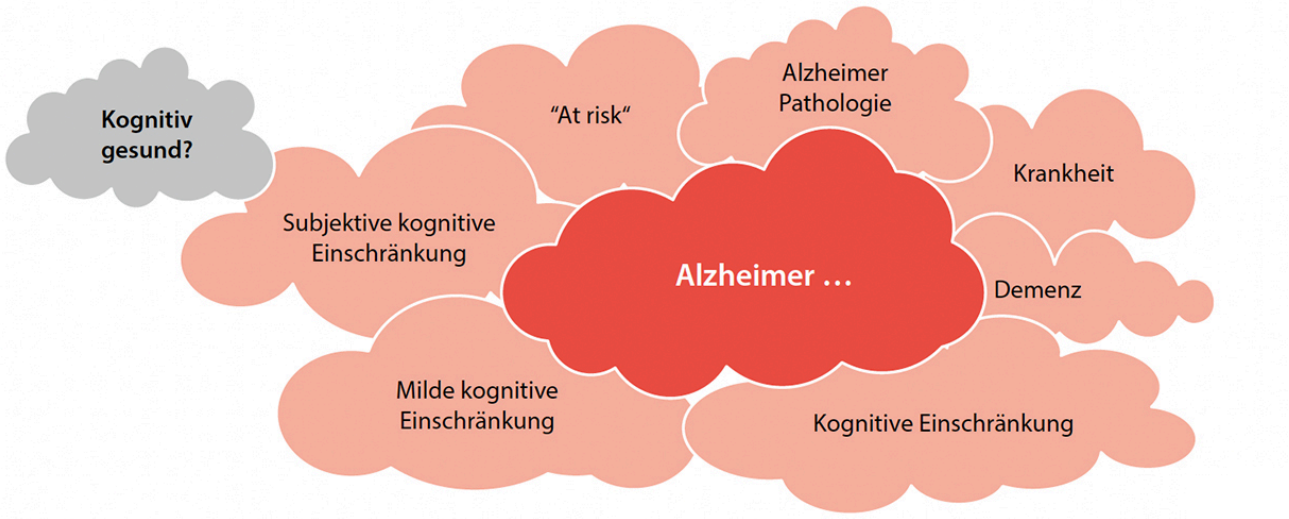
In den letzten Jahren gab es große Fortschritte bei der Früherkennung und Risikobestimmung für Alzheimer-Demenz. Neben den Goldstandard-Methoden, Positronen-Emissions-Tomographie (PET) und Lumbalpunktion (LP) zur Liquorentnahme,[15] zählen dazu digitale Marker (z. B. Lifestyle-Daten, die über digitale Technologien erhoben wurden), über die, oftmals in Verbindung mit Künstlicher Intelligenz, Prädiktionsmodelle erstellt werden können.[16] Als besonders vielversprechend gelten zudem blutbasierte Biomarker (BBM), die im Vergleich zum aktuellen Goldstandard in der Klinik (PET, LP) über einen minimalinvasiven Bluttest bei Personengruppen mit und ohne objektive kognitive Symptome, immer valider Aufschluss über das individuelle Erkrankungsrisiko geben können.[17,18]

Obwohl es für die Alzheimer-Erkrankung keine Heilung gibt, verbindet sich mit solchen prädiktiven Verfahren die Hoffnung, durch frühzeitige Präventionsmaßnahmen klinische Anzeichen zumindest hinauszuzögern und

damit die kognitive Gesundheit länger zu erhalten. Diesbezüglich wurden in den letzten Jahren neue Erkenntnisse zu lebensstilbasierten Präventionsmöglichkeiten gewonnen: Die Lancet Standing Commission veröffentlichte 2024 einen Bericht, der ein großes Präventionspotenzial durch die Modifikation von 14 Risikofaktoren (u.a. Bluthochdruck, Hörbeeinträchtigung, Depression) aufzeigt.[19] Zudem wurden im pharmakologischen Bereich bedeutende Fortschritte erzielt: In Europa wurde 2025 ein Antikörper-Wirkstoff (Lecanemab) zugelassen,[20] der erstmals den pathophysiologischen Prozess der Alzheimer-typischen Bildung von Eiweißablagerungen im Gehirn verlangsamt.[21] Zugelassen sind diese Wirkstoffe derzeit jedoch nur für Personen in sehr frühen Stadien der Alzheimer-Erkrankung, genauer bei milder Demenz oder einer sogenannten milden kognitiven Beeinträchtigung (engl. mild cognitive impairment, MCI).[22]

Ergänzend zu diesen biotechnologischen, verhaltensbezogenen und pharmakologischen Ansätzen entstehen im europäischen Raum neue Versorgungsstrukturen: sogenannte Brain Health Services. Sie bieten kognitiv gesunden Menschen Anlaufstellen, um ihr individuelles Risiko ermitteln zu lassen und verknüpfen prädiktive Tests mit personalisierten Präventionsmaßnahmen; insbesondere dann, wenn Personen z. B. aufgrund biomarkerbasierter Merkmale (Amyloid und / oder Tau) als „at risk“ eingestuft werden.[23,24]

Es gibt keinen internationalen Konsens über die Denition der Alzheimer-KrankheitKognitivgesund?



Quelle: eigene Darstellung

Abbildung 2: Der fehlende Konsens über die Definition der Alzheimer-Erkrankung hängt u.a. mit der Entdeckung und frühen Bestimmbarkeit von blutbasierten Biomarkern (BBM) zusammen.

c. Neue Konzepte und definitorische Erwägungen

Derzeit „gibt es im internationalen Diskurs keinen Konsens über die Definition der Alzheimer-Erkrankung".[25] Dies hängt u.a. mit der Entdeckung und frühen Bestimmbarkeit von BBM zusammen, denn sie ermöglichen es, zugrundeliegende pathophysiologische Prozesse lange vor dem Auftreten klinischer Symptome festzustellen.[8,25-27]

Zugleich werden immer mehr Konzepte ergänzt, die einerseits unterschiedliche (Vor-)Stadien der Erkrankung beschreiben, darunter z. B. „Asymptomatic at Risk for Alzheimer's Disease (AD)" und „Presymptomatic AD".[26] Andererseits wird in Abhängigkeit des Kontexts diskutiert, welche Kriterien für eine Diagnose vorliegen müssen: Während im Forschungskontext eine rein biomarkerbasierte Diagnose als zweckmäßig bewertet wird,[26,27] gibt es kritische Stimmen unter medizinischen Expertengruppen, die dies im klinischen Alltag für unangemessen halten, u.a. wegen einer derzeit zu geringen Validität von BBM, wenn diese allein

verwendet werden.[26,28]

Der Dissens unter Experten und die definitorische Unsicherheit sind im Kontext prädiktiver und präventiver Ansätze höchst relevant. Sie beeinflussen, welche Personen als ‚krank', ‚gesund', oder ‚risikobehaftet' gelten, welche Interventionen ihnen empfohlen bzw. angeboten werden und welche gesundheitspolitischen Konsequenzen sowie ethischen Implikationen für Individuum, Gesellschaft und die klinische Praxis entstehen.

3. Ethische Aspekte bei der Risikoabschätzung für Alzheimer-Demenz

Die Lebensethik, wie sie derzeit am Center for Life Ethics (Universität Bonn) entwickelt und angewandt wird, setzt noch vor unterschiedlichen ethischen Überzeugungen und Weltanschauungen an der gemeinsamen Erfahrung aller Lebewesen an, lebendig zu sein. Ihr Grundsatz lautet:

„Das ethische Gute bedeutet, die Entfaltung, Fülle, Schönheit und Verbundenheit allen Lebens zu achten oder zu fördern".[29]

Die vier Grunddimensionen lassen sich wie folgt verstehen: Die Entfaltung beinhaltet eine zeitliche Dimension im Sinne der Entwicklung, des Wachstums und der (Selbst-)Verwirklichung über die Lebensspanne hinweg. Die Fülle steht für den Facettenreichtum und die Vielfalt allen Lebens. Die Schönheit bezieht sich auf die ästhetische Dimension, die mit allen Erfahrungen verbunden ist. Die Verbundenheit betont die Eingebundenheit allen Lebens in soziale und ökologische Zusammenhänge, die Leben ermöglichen und prägen. Vom

Gedanken der Lebensethik ausgehend, lässt sich die Relevanz von Risikoabschätzung für Alzheimer-Demenz anhand bestimmter, auch menschenrechtsbasierter Prinzipien veranschaulichen.

Die Autonomie kann betroffen sein, wenn Risikoinformationen das Selbstbild und das Gefühl von Selbstbestimmung verändern. So könnten sich Menschen durch individuelles (Alzheimer-Demenz-)Risikowissen in ihrer Selbstbestimmung sowohl gestärkt als auch eingeschränkt fühlen;[30-35] eine Ambivalenz, die die lebensethische Bedeutung solchen Wissens verdeutlicht. So kann Risikowissen Menschen dazu motivieren, frühzeitig Vorsorgemaßnahmen zur ergreifen, die ihre Selbstbestimmung im Fall potenziell später eintretender kognitiver Einschränkungen wahren und zugleich Familienangehörige entlasten können. [30,33] Empfinden Menschen aufgrund solcher Informationen jedoch weniger Autonomie und entwickeln beispielsweise Ängste kann dies ihre Möglichkeiten zur Selbstverwirklichung einschränken.[30] Zudem können solche subjektiven Einschränkungen mit Selbststigmatisierung einhergehen und so das Selbstbild (negativ) beeinflussen,[30,36,37] was wiederum Auswirkungen auf die soziale Einbindung (Verbundenheit) und Anerkennung haben kann.

Die neue Bedeutung von Krankheitsrisiken ist auch eng verbunden mit der Gesundheit. Wie in Kapitel 2c bereits angerissen, können sich durch Risikobestimmung die Verständnisse verschieben von dem, was als ‚krank' bzw. ‚gesund' gilt, u.a. weil Stadien, die ‚dazwischen' liegen, fester konzeptueller Bestandteil bei der Klassifikation rund um die Alzheimer-Krankheit werden und somit die binäre Unterscheidung zwischen ‚gesund' und ‚krank' zunehmend aufgelöst wird (siehe Kapitel 2c).

Weiterhin sind die Privatheit und informationelle Selbstbestimmung betroffen, insbesondere wenn über digitale Anwendungen Marker erhoben werden, die auf

ein potenzielles Risiko hindeuten können (siehe Kapitel 2b), obwohl die Nutzer diese zu anderen Zwecken verwenden (z. B. um ihre körperliche Aktivität zu tracken). So können beispielsweise Bewegungsmuster, Sprachveränderungen oder Tippverhalten unbemerkt analysiert und als Risikomarker interpretiert werden.[16] Daraus ergeben sich mehrere Problemfelder: eine Person kann auf ein Risiko aufmerksam gemacht werden, ohne, dass sie dies wissen wollte. Außerdem besteht die Gefahr, dass entsprechende Daten weitergegeben oder missbräuchlich verwendet werden, etwa bei Vertragsabschlüssen mit Versicherungen.[36,38,39] Dies birgt ein Diskriminierungspotenzial: Personen mit erhöhtem Risiko könnten höhere Prämien zahlen müssen, oder sogar gänzlich von Versicherungsleistungen ausgeschlossen werden; ein Problem, das auch Fragen von Gerechtigkeit berührt.

Weitere relevante Aspekte im Zusammenhang mit Gerechtigkeit sind zudem mit der Nutzung von unterschiedlichen Datenarten für individuelle Risikoabschätzung verknüpft; beispielsweise, wenn Risikobewertungen auf Daten basieren, die bestehende Ungleichheiten widerspiegeln und reproduzieren. So können Algorithmen systematische Verzerrungen aufweisen, die bestimmte Bevölkerungsgruppen benachteiligen. Das gleiche gilt für Bluttests, wenn Referenzwerte auf Forschungsdaten basieren, die aus homogenen Studienpopulationen stammen, also beispielsweise der Anteil von Frauen oder People of Color gering ist.[16,40] Darüber hinaus stellen sich Fragen nach der Zugangsgerechtigkeit sowohl zu prädiktiven Tests als auch zu (maßgeschneiderten) präventiven Maßnahmen.

Damit verknüpft sind auch Fragen der Solidarität, insbesondere in solidarisch finanzierten Gesundheitssystemen. Die antizipierte Mehrbelastung durch eine steigende Anzahl von Demenzerkrankten wirft die Frage auf, wie daraus resultierende Kosten von der Solidargemeinschaft und dem Gesundheitssystem

getragen werden können, während gleichzeitig sowohl das Ausmaß möglicher Mehrkosten als auch Fragen der Kostenerstattung im Zusammenhang mit einer potenziell steigenden Inanspruchnahme prädiktiver Tests und personalisierter Präventionsangebote bislang ungeklärt sind.[41] Zudem sind solidarische Leistungen durch prädiktive Möglichkeiten nicht länger an klinische Symptome, wie etwa Schmerz, gekoppelt; stattdessen können potenziell Leistungen beansprucht werden, um Krankheitswahrscheinlichkeiten (Risiko) zu ermitteln oder basierend auf Wahrscheinlichkeiten präventive Maßnahmen einzuleiten.[42] In diesem Zusammenhang bergen prädiktive Angebote die Gefahr von Schuldzuschreibungen gegenüber Personen, die ihr Risiko nicht kennen möchten und/oder präventive Maßnahmen ablehnen, wodurch ein solidargeprägtes Gemeinschaftsgefühl innerhalb des Gesundheitssystems aber auch gesamtgesellschaftlich erodieren kann.

An Fragen der Gerechtigkeit und Solidarität schließen sich auch solche zur Nachhaltigkeit an, sowohl in ökonomischer als auch in sozialer Hinsicht. Wie können intergenerationelle Kosten im Zusammenhang mit Demenz und zunehmenden prädiktiven Möglichkeiten ökonomisch klug und sozial gerecht verteilt werden? Dabei geht es nicht nur um die direkte Kostenverteilung zwischen heutigen und künftigen Generationen, sondern auch darum, welche Versorgungsinfrastrukturen und -modelle vor dem Hintergrund prädiktiver und präventiver Angebote zukunftsfähig sind.

Der Paradigmenwechsel hin zu einer prädiktiven und präventiven Medizin im Kontext von Alzheimer-Demenz betrifft unterschiedliche Ebenen: Er wirkt sich auf Individuen und nahestehenden Personen aus, stellt die Art der Gesundheitsversorgung vor neue Herausforderungen und prägt gesamtgesellschaftliche Entwicklungen. Mit diesem Wandel gehen komplexe

klinische, soziale und rechtliche Fragen einher, die fundamentale ethische Werte betreffen.

4. Das Forschungsprojekt PreTAD

Das trinationale Projekt PreTADb, 'Prädiktive Wende bei der Alzheimer-Demenz: Ethische, klinische, linguistische und rechtliche Aspekte', untersucht Einstellungen, Bedürfnisse und Erwartungen hinsichtlich der Risikoabschätzung für Alzheimer-Demenz von Menschen mit unterschiedlichen Vorerfahrungen mit Demenz. Dazu zählen (a) kognitive gesunde Menschen, ohne direkte Vorerfahrung, (b) Angehörige ersten Grades von Personen mit Demenz (c) Personen mit subjektiven kognitiven Einschränkungen (Subjective Cognitive Decline, SCD) und (d) Personen der Allgemeinbevölkerung. Übergeordnetes Ziel des Projekts ist es, ein Ethisches Framework zum Umgang mit Risikoabschätzung von Alzheimer-Demenz für die klinische Praxis zu entwickeln. Detaillierte Informationen zum Projekt sind dem Studienprotokoll zu entnehmen.[43]

Die hier beispielhaft präsentierten Ergebnisse stammen aus dem Projekt PreTAD und sind gegenwärtig zur Veröffentlichung in wissenschaftlichen Fachzeitschriften angenommen oder befinden sich in der Publikationsvorbereitung. Dieser Beitrag bietet somit einen frühzeitigen Einblick in Forschungsergebnisse der PreTAD-Studie.

a. Wunsch nach Risikowissen und Einflussfaktoren

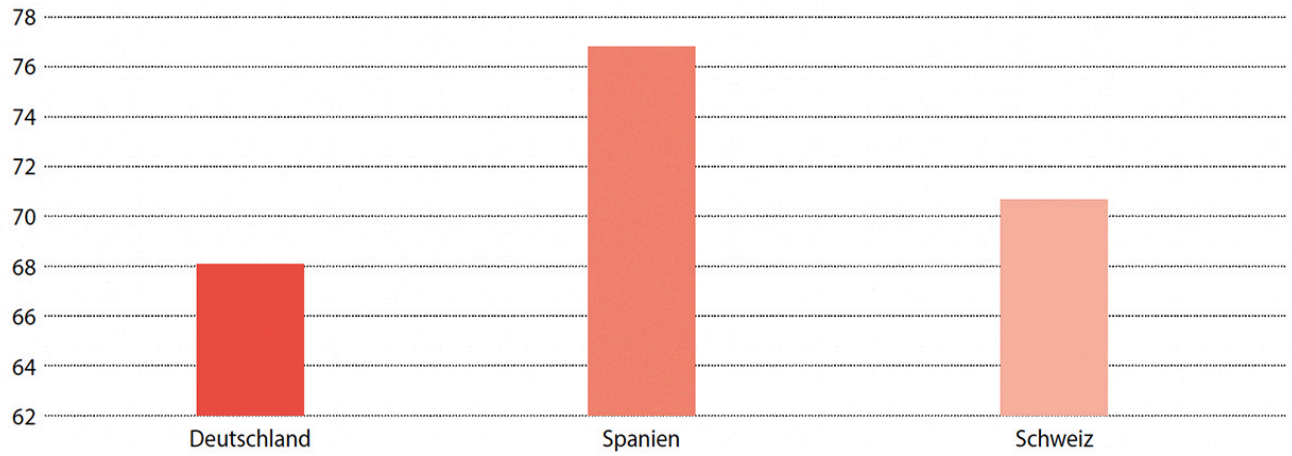
Eine der Hauptfragen des Projekts befasste sich damit, wie viele Personen überhaupt Interesse daran hätten, ihr persönliches Alzheimer-Risiko zu erfahren.

Dafür wurden im quantitativen Studienpart insgesamt 2.750 Personen der Allgemeinbevölkerung befragt (n=1000 in Deutschland und Spanien, n=750 in der Schweiz). Die Mehrheit der Studienpopulationen in allen drei Ländern gab an, ihr Risiko erfahren zu wollen: ≈68% in Deutschland, ≈71% in der Schweiz und ≈77% in Spanien.[44]

Erwartungsgemäß bevorzugten die Befragten in allen drei Ländern einen Test mit geringer Invasivität: Der Bluttest wurde am häufigsten gewählt, gefolgt von PET-Bildgebung und Lumbalpunktion (ebd.).

Anteil der Studienteilnehmenden (Allgemeinbevölkerung), die angaben, ihr individuelles Alzheimer-Demenz-Risiko erfahren zu wollen

Anteil der Personen, die die Optionen „ja“ oder „eher ja“ ankreuzten (%)
(durchgeführt 2023 mit N=2.750; n=1.000 in Deutschland und Spanien; n=750 in der Schweiz)



Quelle: Darstellung in Anlehnung an Baumeister A, et al. (demnächst erscheinend), unveröffentlichtes Manuskript zur PreTAD-Studie.[45]

Abbildung 3: Die Mehrheit der Studienpopulationen in allen drei Ländern gab an, ihr Risiko erfahren zu wollen: ≈68% in Deutschland, ≈71% in der Schweiz und ≈77% in Spanien.

Die qualitativen Daten, erhoben in Interviews an den Studienstandorten Bonn und Köln (N=35), zeigten ein differenzierteres Bild. So wurden Ambivalenzen zwischen dem Wunsch, das persönliche Risiko wissen zu wollen, und z. B. der

Frage danach, was dieses Wissen nutzt, beschrieben. Gründe waren u. a. eine fehlende kurative Behandlung. Zudem bestand die Sorge, dass das Risikowissen zu einer übermäßigen Fokussierung darauf führen könnte.[46]

In der quantitativen Studie wurden die Teilnehmenden nach der Relevanz unterschiedlicher vorgegebener Einflussfaktoren für oder gegen einen prädiktiven Test gefragt, z. B. die Rolle von Alter, Einstellungen Verwandter, oder der beruflichen Situation. Länderübergreifend erwiesen sich vor allem eine familiäre Vorgeschichte mit Demenz sowie die Möglichkeit von Präventions- und Therapiemaßnahmen als am einflussreichsten.[44]

Die Interviews offenbarten ein vielschichtigeres Bild etwaiger Abwägungsprozesse. Die Befragten dachten z. B. nicht nur an sich selbst, sondern auch an ihr soziales Umfeld und das mit dem Risikowissen potenziell verbundene Verantwortungsgefühl Angehörigen gegenüber: „Nicht nur für mich, sondern auch für mein Umfeld [möchte ich wissen, wie es um mich steht]. Ich bin verheiratet und alleine das Wissen wäre schon ganz gut“ (Person mit SCD). Gleichzeitig wurde deutlich, dass das Interesse an Risikotestung davon abhing, ob bekannte Indizien wie eine familiäre Vorbelastung vorlagen. Ohne solche Hinweise empfand einer Person ohne Vorerfahrung es beispielsweise als unnötig, ihr psychisches Wohlbefinden durch potenziell belastendes Risikowissen aufs Spiel zu setzen.[47]

b. Antizipierte Auswirkungen hypothetischen Wissens über ein hohes Demenzrisiko

Sowohl in der quantitativen, als auch der qualitativen Erhebung wurde untersucht, ob und was sich für einen verändern könnte, wenn einem ein hohes Demenzrisiko mitgeteilt würde. In der quantitativen Studienpopulation zeigte

sich anhand vorgegebener Items, dass einerseits eine mögliche psychische Belastung antizipiert wurde, gleichzeitig jedoch viele das Risikowissen als Chance für Veränderungen begriffen – sowohl bezogen auf die Gesundheit als auch bezüglich weitergehender Zukunftsplanung.[44]

Die qualitative Studie ergänzte diese Befunde um konkrete Überlegungen. So wurde davon gesprochen Dinge zu planen, die man ohne das Risikowissen möglicherweise aufgeschoben hätte. Eine Person mit SCD beschrieb beispielsweise, dass sie ihr Geld für schöne Erlebnisse ausgeben würde, solange sie noch kognitiv fit ist. Andere erwogen tiefgreifende Lebensentscheidungen wie die Anpassung der individuellen Familienplanung, etwa indem sie eine mögliche Elternschaft zeitlich vorziehen würden.[47]

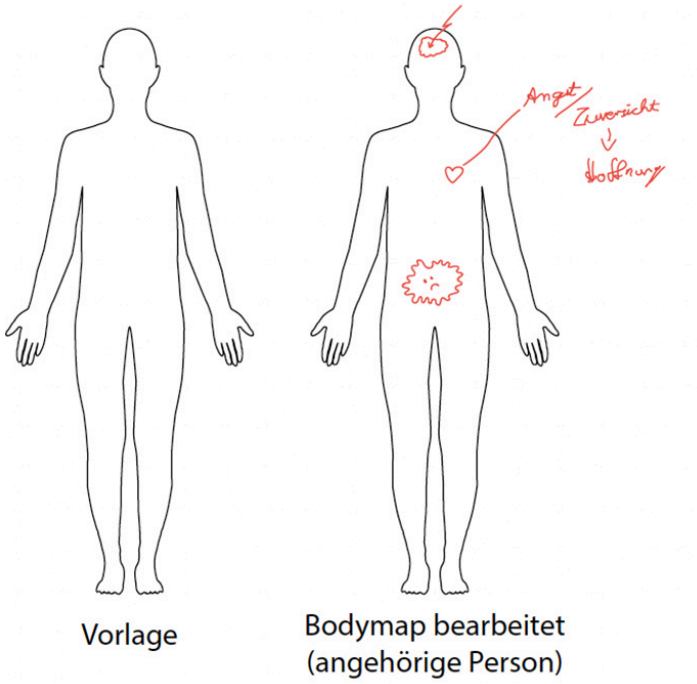
c. Verkörperung von Risiko

Ein Teil der qualitativen Studie, integriert in die Interviews, war die Erstellung sog. Bodymaps. Dabei handelt es sich um „eine visuelle sozialwissenschaftliche Methode, bei der Körperzeichnungen zur Erfassung subjektiver Erfahrungen genutzt werden oder der Ausdruckshilfe dienen“.[48] Die Interviewteilnehmenden wurden gebeten in eine leere Körperzeichnung ihr persönliches Empfinden im Hinblick auf ein (hypothetisches) hohes Demenzrisiko einzuzeichnen, bzw. diese zu beschriften.

Die entstandenen Bodymaps verdeutlichten, dass ein hohes Risiko individuell sehr unterschiedlich erlebt wird. Einige Teilnehmende beschrieben das Gefühl eines hohen Risikos als ähnlich dem Empfinden, bereits erkrankt zu sein, oder sprachen direkt so, als seien sie erkrankt. Andere bezogen sich auf konkrete körperliche Reaktionen, die sie bereits von sich kannten, wenn sie in der Vergangenheit mit negativ empfundenen Botschaften konfrontiert wurden (z. B.

Grummeln im Magen). Zugleich zeigte sich eine Ambivalenz zwischen Angst einerseits und positiven Erwartungen andererseits, die mit dem Risikowissen verbunden sein können.[49]

Beispiel Bodymap



Quelle: Darstellung angelehnt an Schwegler & Hübner (2025) [48]

Abbildung 4: Die Methode des Bodymapping ermöglichte es Teilnehmenden, ihre Gefühle und Empfindungen im Zusammenhang mit Risikowissen nonverbal auszudrücken.

Als Methode erwies sich das Bodymapping als hilfreich, da es den Teilnehmenden ermöglichte, ihre Gefühle und Empfindungen im Zusammenhang mit Risikowissen nonverbal auszudrücken. Dies bietet auch für die klinische Praxis eine interessante Erkenntnis.[48]

d. Erste Ableitungen und Umgang mit Risikoabschätzung in der klinischen Praxis

Die ethischen Erwägungen und empirischen Ergebnisse verdeutlichen, dass die individuelle Risikoabschätzung für Alzheimer-Demenz den Menschen in verschiedenen Aspekten seines Lebens auf vielfältige Weise berühren kann; von persönlichen Beziehungen bis hin zur konkreten Lebensplanung. Sie erfordert die Auseinandersetzung mit Unsicherheit, die an individuelle Hoffnungen und Erwartungen geknüpft sein kann. Weiterhin kann Risikoabschätzung und Risikowissen Selbstbeobachtung und Reflexion anstoßen, die einerseits zu einem tieferen Selbstverständnis, andererseits aber auch zu Selbstzweifeln führen können. So kann individuelles Risikowissen als Chance zur Gestaltung des künftigen Lebens, aber auch als einschränkend wahrgenommen werden.

Wissen um ein (hohes) Risiko in der Zukunft potenziell an Alzheimer-Demenz zu erkranken, bedeutet Veränderungen im Jetzt.

Das derzeit entwickelte Ethische Framework zum Umgang mit Alzheimer-Demenz-Risikoabschätzung in der klinischen Praxis orientiert sich am Ansatz der Lebensethik (siehe auch Kapitel 3). Es stützt sich zudem auf empirische Forschungsergebnisse aus PreTAD und dem Vorgängerprojekt PreDADQoL (Ethische und rechtliche Rahmenbedingungen für die Prädiktion der Alzheimer Demenz).[49]

Im Zentrum des Frameworks steht die individuelle Beziehung zwischen Gesundheitsprofessionellen und der Person, die Informationen über Risikoabschätzung sucht, bzw. diese potenziell vornehmen lässt. Essenziell für den gesamten klinischen Prozess ist es, einen geteilten Verständigungsraum zu finden, der auf Empathie, Ehrlichkeit und Einfühlungsvermögen beruht (Common Ground). Der Prozess gliedert sich in vier Schritte: (1) Allgemeine Informationen über Risikoabschätzung, (2) Finale Entscheidung für oder gegen Risikotestung, (3) Mitteilung des Risikos nach durchgeführtem Test und (4)

Follow-up.

Das Ethische Framework versteht Risikoabschätzung nicht als rein technischen Vorgang, sondern als dialogischen Prozess, der Raum für (Selbst-)Reflexion und Rückfragen lässt und so informierte, autonome Entscheidungen ermöglicht, die später nicht bereut werden.

5. Ausblick

Der weitere Umgang mit den Möglichkeiten der Risikoabschätzung und Prävention bei Alzheimer-Demenz erfordert einen mehrdimensionalen Ansatz.

Ein zentrales Ziel sollte darin bestehen, die Genauigkeit der Risikoabschätzung zu verbessern und diese mit personalisierten Präventionsprogrammen zu verknüpfen, um den Menschen konkrete Handlungsoptionen zu eröffnen. Parallel dazu müssen ethische Rahmenbedingungen für die Implementierung in der klinischen Praxis geschaffen und evaluiert werden, um eine verantwortungsvolle Umsetzung in die Versorgungsrealität zu ermöglichen.

Außerdem sollten individuelle und gesellschaftliche Auswirkungen von Risikoabschätzung untersucht werden. Dazu gehören der Einfluss auf das psychische Wohlbefinden des Einzelnen, Auswirkungen auf nahestehende Personen sowie potenzielle Risiken sozialer Diskriminierung und Stigmatisierung aufgrund von Risikoinformationen. Auf diese Weise können unerwünschte Folgen frühzeitig erkannt und ihnen potenziell entgegengewirkt werden.

Einen verantwortungsvollen Umgang mit Risikoabschätzung bei Alzheimer-Demenz zu finden ist ein dynamischer Prozess, der individuelles Engagement

sowie eine kontinuierliche institutionelle Anpassung an technologische und gesellschaftliche Entwicklungen erfordert.

Fußnoten

a. Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Beitrag auf geschlechtsspezifische Sprache verzichtet. Die Personenbezeichnungen beziehen sich gleichermaßen auf alle Geschlechter. Die Autorinnen erkennen die Bedeutung geschlechtergerechter Sprache für eine inklusive Kommunikation ausdrücklich an.

b. PreTAD wurde vom Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMFTR) sowie vom Network of European Funding for Neuroscience Research (ERA-Net NEURON) gefördert. Wir danken allen Projektpartnern: Dr. Ayda Rostamzadeh und Prof. Dr. Frank Jessen (Teilprojektleitung Klinik, Köln), Prof. Dr. Mercè Boada (Teilprojektleitung Klinik, Barcelona), Prof. Dr. Giovanni B. Frisoni (Teilprojektleitung Klinik, Genf), Dr. Carolin Schwegler (Teilprojektleitung Linguistik, Köln) und Dr. Björn Schmitz-Luhn (Teilprojektleitung Recht, Bonn). Unser besonderer Dank im Rahmen der hier vorgestellten Studienergebnisse gilt Dr. Annika Baumeister (Teilprojekt Ethik, Bonn) und Dr. Carolin Schwegler sowie allen Studienteilnehmenden.



Constanze Hübner

Constanze Hübner ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin am Center for Life Ethics, zugehörig zur Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. Zuvor arbeitete sie als Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health (ceres) der Universität zu Köln (2020-2023) in Forschungsprojekten zum verantwortungsvollen Umgang mit Implantattechnologien sowie zur Rolle und Bedeutung

von Technologieunternehmen im Gesundheitswesen. Am Center for Life Ethics forscht sie u.a. im Rahmen eines trinationalen Projekts zu den ethischen, klinischen, linguistischen und rechtlichen Dimensionen des Paradigmenwechsels hin zu einer prädiktiven Medizin im Kontext der Alzheimer-Demenz.

E-Mail-Kontakt: constanze.huebner@uni-bonn.de

Foto: Silke Gaertzen, Center for Life Ethics, Universität Bonn



Prof. Dr. Christiane Woopen

Prof. Dr. Christiane Woopen ist Hertz-Professorin für Life Ethics an der Universität Bonn und Gründungsdirektorin des Center for Life Ethics mit dem Haus für junges Denken.

Das Center widmet sich der Analyse und Gestaltung der Technologisierung, Ökonomisierung, Ökologisierung und Globalisierung des individuellen und gesellschaftlichen Lebens sowie den mit ihnen verbundenen Transformationsprozessen.

Zudem engagiert sich Woopen im Bereich der Politikberatung, u.a. als Vorsitzende des Deutschen Ethikrates (2012-2016) und des Europäischen Ethikrates (2017-2021), als Präsidentin des Global Summit der Nationalen Ethikräte (2014-2016), 2018 – 2019 als Co-Sprecherin der Datenethikkommission der Bundesregierung und bis 2017 als Mitglied des Internationalen Bioethikausschusses der UNESCO.

Woopen ist Trägerin des Bundesverdienstkreuzes 1. Klasse und Mitglied mehrerer Akademien der Wissenschaften.

Foto: Reiner Zense

Literaturverzeichnis

1. Flores M, glusman g, brogaard K, Price ND, Hood L (2013): P4 medicine: how systems medicine will transform the healthcare sector and society. Personalized Medicine 10(6): 565-576. doi:10.2217/PMe.13.57
2. Hood L (2013): Systems biology and p4 medicine: past, present, and future. rambam Maimonides Medical Journal 4(2): e0012. doi:10.5041/rMMJ.10112
3. ePMa: ePMa Mission. https://www.epmanet.eu/mission/epma-mission
4. golubnitschaja o, Kapalla M, Podbielska H, Costigliola V (2023): PPPM Inno-vation in Primary, Secondary and tertiary Care. In: Podbielska H, Kapalla M,(Hrsg.), Predictive, Preventive, and Personalised Medicine: From bench to bed-side. Springer Nature Switzerland: 1-4.
5. berghold a, Hübner C, Schmitz-Luhn b, Woopen C (2022): tech-giganten im gesundheitswesen. bertelsmann Stiftung (Hrsg.). doi:10.11586/2022042
6. Sheperd L, Hall Ma (2010): Patient-Centered Health Law and ethics. Wake Forest Law review (45): 1429-1457. https://www.wakeforestlawreview.com/wp-content/uploads/2010/09/Shepherd_Lawreview_9.10.pdf
7. World Health organization (2025): Dementia. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia
8. Jessen F (2019): Früherkennung der alzheimer-Krankheit und ansätze der Prävention. bundesgesundheitsblatt: 62(3): 255-260. doi:10.1007/s00103-019- 02877-2

9. Deutsche alzheimer gesellschaft e.V. (2024): Deutsche alzheimer gesellschaft Stellt Neue Zahlen Zur Demenz Vor: In Den Kommenden Jahren Immer Mehr Menschen betroffen. https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/pressemitteilungen/2024_Pressemitteilungen/2024-09-04_pm_dalzg_informationsblatt_haeufigkeiten.pdf
10. Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (2023): Pflegeinformationen Für angehörige Von Menschen mit Demenz. https://www.zqp.de/presse/pflegein-formationen-angehoerige-demenz/
11. Deutschsprachige alzheimer- und Demenz-organisationen (2025): Finanzielle und nicht-finanzielle unterstützungen für die häusliche Pflege und betreuung bei Demenz: Handreichung für politisch Verantwortliche sowie akteurinnen und akteure aus der Praxis. https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/broschueren/Pflegegeld-INterNet.pdf
12. Kelle N & ehrlich u (2022): Situation unterstützender und Pflegender ange-höriger Von Menschen Mit Demenz. DZa aktuell 04/2022. https://www.dza. de/fileadmin/dza/Dokumente/DZa_aktuell/DZa-aktuell_04_2022_Pflege-De-menz.pdf
13. Michalowsky b, Kaczynski a, Hoffmann W (2019): Ökonomische und gesell-schaftliche Herausforderungen der Demenz in Deutschland – eine Metaana-lyse. bundesgesundheitsblatt: 62(8): 981-992. doi:10.1007/s00103-019-02985-z
14. Deutsches Zentrum für Neurodegenerative erkrankungen (2025): Faktenzen-trale: Demenz: Kosten von Demenz. https://www.dzne.de/aktuelles/hinter-grund/faktenzentrale/
15. Perneczky r, Hansen N, Hofmann a, et al. (2024): blood-based biomarkers for early alzheimer‘s Disease Diagnosis in real-World Settings. Methods in Molecular biology: 2785: 3-14. doi:10.1007/978-1-0716-3774-6_1
16. Ford e, Milne r, Curlewis K (2023): ethical issues when using digital biomar-kers and automated systems for early detection of dementia. WIres Data Mining and Knowledge Discovery. https://sussex.figshare.com/articles/journal_contribution/ethical_issues_when_using_digital_biomarkers_and_automated_systems_for_early_detection_of_dementia/23494592
17. Palmqvist S, tideman P, Mattsson-Carlgren N, et al. (2024): blood biomarkers to Detect alzheimer Disease in Primary Care and Secondary Care. JaMa 332(15): 1245-1257. doi:10.1001/jama.2024.13855
18. Salvadó g, Janelidze S, bali D, et al (2025): Plasma Phosphorylated tau 217 to Identify Preclinical alzheimer Disease. JaMa Neurology 82(11): 1122-1134. doi:10.1001/jamaneurol.2025.3217
19. Livingston g, Huntley J, Liu Ky, et al (2024): Dementia prevention, interventi-on, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. the Lancet 404(10452): 572-628. doi:10.1016/S0140-6736(24)01296-0
20. european Medicines agency (2024): Leqembi | european Medicines agency (eMa). https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/ePar/leqembi
21. Cummings J, osse aML, Cammann D, Powell J, Chen J (2024): anti-amyloid Monoclonal antibodies for the treatment of alzheimer‘s Disease. bioDrugs 38(1): 5-22. doi:10.1007/s40259-023-00633-2
22. Jessen F, Kramberger Mg, angioni D, et al (2024): Progress in the treatment of alzheimer‘s Disease Is Needed - Position Statement of european alzheimer‘s Disease Consortium (eaDC) Investigators. the Journal of Prevention of alz-heimer‘s Disease 11(5): 1212-1218. doi:10.14283/jpad.2024.153
23. Frisoni gb, altomare D, ribaldi F, et al (2023): Dementia prevention in memo-ry clinics: recommendations from the european task force for brain health services. the Lancet regional Health - europe 26: 100576. doi:10.1016/j. lanepe.2022.100576
24. Frisoni gb, ribaldi F, allali g, et al (2025): brain health services for the se-condary prevention of cognitive impairment and dementia: opportunities, challenges, and the business case for existing and future facilities. the Journal of Prevention of alzheimer‘s Disease 12(5): 100098. doi:10.1016/j. tjpad.2025.100098
25. Petersen rC, Weintraub S, Sabbagh M, et al (2023): a New Framework for Dementia Nomenclature. JaMa Neurology 80(12): 1364-1370. doi:10.1001/jamaneurol.2023.3664
26. Dubois b, Villain N, Schneider L, et al. (2024): alzheimer Disease as a Clini-cal-biological Construct-an International Working group recommendation. JaMa Neurology 81(12): 1304-1311. doi:10.1001/jamaneurol.2024.3770
27. Jack Cr, andrews JS, beach tg, et al (2024): revised criteria for diagnosis and staging of alzheimer‘s disease: alzheimer‘s association Workgroup. alzhei-mer‘s & dementia: the journal of the alzheimer‘s association 20(8): 5143-5169. doi:10.1002/alz.13859

28. Dubois b, Villain N, Feldman HH (2025): IWg and aa Criteria-Where the Dif-ferences Matter-reply. JaMa Neurology 82(6): 629-630. doi:10.1001/jaman-eurol.2025.0772
29. Center for Life ethics (2025): https://www.lifeethics.uni-bonn.de/
30. alzheimer‘s association (2025): american Perspectives on early Detection of alzheimer‘s Disease in the era of treatment. https://www.alz.org/getmedi-a/3d226bf2-0690-48d0-98ac-d790384f4ec2/alzheimers-facts-and-figures-spe-cial-report.pdf
31. erickson CM, Chin Na, Johnson SC, gleason Ce, Clark Lr (2021): Disclosure of preclinical alzheimer‘s disease biomarker results in research and clinical settings: Why, how, and what we still need to know. alzheimer‘s & Dementia: Diagnosis, assessment & Disease Monitoring 13(1): e12150. doi:10.1002/dad2.12150
32. Lohmeyer JL, alpinar-Sencan Z, Schicktanz S (2021): attitudes towards pre-diction and early diagnosis of late-onset dementia: a comparison of tested persons and family caregivers. aging & Mental Health 25(5): 832-843. doi:1 0.1080/13607863.2020.1727851
33. alpinar-Sencan Z, Lohmeyer L, Schicktanz S (2020): Planning later life with dementia: comparing family caregivers’ perspectives on biomarkers with lay-persons’ attitudes towards genetic testing of dementia prediction. New ge-netics and Society 39(1): 52-79. doi:10.1080/14636778.2019.1637719
34. Harzheim L, Lorke M, rostamzadeh a, Jessen F, Woopen C, Jünger S (2023): the Promotion of Health Literacy. geroPsych 36(4): 215-226. doi:10.1024/1662-9647/a000310
35. Perry J (2022): Challenges of anticipation of future decisions in dementia and dementia research. Hist Philos Life Sci 44(4): 62. doi:10.1007/s40656-022-00541-8
36. Karlawish J (2011): addressing the ethical, policy, and social challenges of preclinical alzheimer disease. Neurology 77(15): 1487-1493. doi:10.1212/WNL.0b013e318232ac1a
37. Claus JJ, rosbergen Mt, Splinter MJ, et al (2025): Public attitudes toward de-mentia risk prediction: a mixed-methods study. alzheimer‘s & dementia: the journal of the alzheimer‘s association 21(5): e14615. doi:10.1002/alz.14615
38. Schmitz-Luhn b, Jessen F, Woopen C (2019): alzheimer-Demenz: biomarker zur risikoprädiktion. Deutsches Ärzteblatt 116(37): 1592-1596. https://www. aerzteblatt.de/archiv/pdf/5b0e2c9d-3658-4856-b571-c6fa7812b9cb
39. Wittrock J, Schmitz-Luhn b (2024): alzheimer’s Disease Prediction and Impli-cations for Insurance. alzheimer‘s & dementia: the journal of the alzheimer‘s association 20(S7): e088920. doi:10.1002/alz.088920
40. Schindler SE, Karikari TK, Ashton NJ, et al (2022): Effect of Race on Prediction of Brain Amyloidosis by Plasma A-42/a-40, Phosphorylated tau, and Neuro-filament Light. Neurology 99(3): e245-e257. doi:10.1212/WNL.0000000000200358
41. onur oa, Wolff-Menzler C, arnim CaF von, et al (2022): Kosten der Diagnos-tik kognitiver Störungen in deutschen gedächtnisambulanzen. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie 90(7-08): 361-367. doi:10.1055/a-1871-9889
42. braun M (2025): How predictive medicine leads to solidarity gaps in health. npj Digit Med. 8(1): 111. doi:10.1038/s41746-025-01497-2
43. gerards M, baumeister a, Hübner C, et al (2025): Dementia risk estimation in persons at risk and the predictive turn in alzheimer‘s disease-the PretaD pro-ject: Study protocol with an ethical, clinical, linguistic, and legal approach. PLoS oNe 20(7): e0319868. doi:10.1371/journal.pone.0319868
44. baumeister a, Hübner C, gerards M, et al (2025): attitudes and expectations regarding Dementia risk estimation among the general Population in germa-ny, Spain, and Switzerland. alzheimer‘s & dementia: the journal of the alz-heimer‘s association 20(S7): e092179. doi:10.1002/alz.092179
45. Baumeister A, Hübner C, Gerards M, et al. (demnächst erscheinend): Learning one's risk for Alzheimer's dementia: attitudes of the general population in Germany, Spain, and Switzerland.
46. Baumeister & Hübner, gerards M, braun J, Schwegler C, Schmitz-Luhn b, Wo-open C. Preparing for person-centered counseling on aD dementia risk pre-diction. Publikation in Vorbereitung.
47. Schwegler C, Hübner C (2025): antizipieren, lesen, erinnern: Krankheitsrisiko und verkörperte emotionen in bodymapping-Interviews. Z Literaturwiss Lin-guistik 55(3): 579-603. doi:10.1007/s41244-025-00394-1
48. Hübner C, Schwegler C, baumeister a, et al. „It feels like a thousand tons“ - Embodiment of aD dementia risk. alzheimer‘s & Dementia. Zur Veröffentli-chung angenommen. https://alz.confex.com/alz/2025/meetingapp.cgi/Pa-per/106809
49. rostamzadeh a, Schwegler C, gil-Navarro S, et al. (2021): biomarker-based risk Prediction of alzheimer‘s Disease Dementia in Mild Cognitive Impairment: Psychosocial, ethical, and Legal aspects. J alzheimers Dis

80(2): 601-617. doi: 10.3233/JaD-200484

Versorgung der älter werdenden Bevölkerung

Anforderungen einer bedarfsgerechten Versorgung: Das Potenzial einer älter werdenden Bevölkerung

von Gaby Ulrich

Im 33. Frankfurter Forum befasste sich die zweite Diskussionsrunde zur generationengerechten Versorgung im Gesundheitswesen mit den zentralen Herausforderungen einer älter werdenden Bevölkerung. Die Teilnehmenden vertraten die Auffassung, dass das Altern der Bevölkerung nicht nur als Kostenfaktor für die Krankenversicherung, sondern auch als wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Aktivposten verstanden werden sollte, sofern geeignete politische, ökonomische und institutionelle Strukturen geschaffen werden.

Die Diskussion wurde mit einem Vortrag zu Potenzialen und Verletzlichkeiten des Alters eröffnet: Die biologische und genetische Ausstattung eines Menschen stellt ein Potenzial dar, das im Verlauf des Lebens durch Prävention, Gesundheitsverhalten und soziale Einbettung kontinuierlich gefördert oder aber beeinträchtigt werden kann. Empirische Untersuchungen belegen, dass sozioökonomische Variablen erheblichen Einfluss auf Krankheitsrisiken und Lebenserwartung haben. Menschen in unteren sozialen Schichten zeigen im Durchschnitt ein früheres Auftreten chronischer Erkrankungen sowie eine geringere subjektive und objektive Lebensqualität. Die Diskussion nahm hierzu Bezug auf den siebten Altenbericht der Bundesregierung „Sorge und

Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ aus 2016, der detailliert darlegt, wie Versorgungsstrukturen älterer Menschen gestaltet sein sollten.

Das Konzept von Selbstsorge, Fürsorge und Mitsorge

Studien zeigen, dass selbst hochaltrige Menschen von gezielten Rehabilitationsprogrammen profitieren, die ihre funktionale Selbständigkeit stärken und Pflegebedürftigkeit hinauszögern. Die Teilnehmenden schlugen vor, die institutionelle Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung aufzuheben und dabei auch den Pflegebedarf stärker an grundlegenden funktionalen Kriterien auszurichten, die mit dem finanziell Machbaren vereinbar sind. Das Konzept von Selbstsorge, Fürsorge und Mitsorge der psychologischen Entwicklungsforschung wurde dabei nicht nur als individuelle moralische Haltung verstanden, sondern als ökonomisch relevantes Leitbild, das entscheidend zur Stabilität der Versorgung beitragen kann. Bei kleiner werdenden traditionellen Familienverbünden könnten neue soziale Netzwerke durch eine Erweiterung des Sorgeraums auf sogenannte Wahlverwandtschaften geschaffen und Belastungen einzelner Familienmitglieder reduziert werden. Thematisiert wurde auch, wie durch lokale Strukturen die Isolation älterer Menschen reduziert und Teilhabemöglichkeiten verbessert werden könnten. Kommunale Transportdienste, wohnortnahe Begegnungsräume und alltagsnahe Beratungsangebote wurden als entscheidende Elemente betrachtet, die älteren Menschen Zugang zu sozialer Interaktion und Unterstützung ermöglichen.

Die Diskussion rückte die Notwendigkeit einer Umorientierung der Krankenkassen in den Vordergrund. Statt primär die Behandlung von

Krankheiten zu finanzieren, müsste ein Paradigmenwechsel nach dem Konzept einer Gesundheitskasse (Health Maintenance Organisation) vollzogen werden und die Gesunderhaltung über Präventionsmaßnahmen bereits in frühen Lebensjahren in den Fokus rücken. Auf die hypothetische Frage, ob 10 Milliarden Euro in Bildung oder in das Gesundheitswesen fließen sollten, fiel das Votum eindeutig für eine Investition in Bildung aus. Es wurde argumentiert, dass langfristig keine generationengerechte Versorgung ohne Health Literacy möglich ist. Health Literacy wurde als grundlegende Kompetenz angesehen, die in schulischen Lehrplänen verankert werden sollte, um ein Verständnis für Gesundheitserhaltung und Krankheitsvermeidung durch Übernahme eigener Verantwortung bereits in jungen Jahren zu schaffen. Deutliche Defizite wurden bei der Translation der Ergebnisse und Lösungsvorschläge aus den wissenschaftlichen Studien in die Praxis gesehen, was auf tief verankerte defizitorientierte Altersbilder zurückgeführt wurde. Die Aufgabe, dieses Narrativ zu ändern, wurde als große kulturelle Herausforderung angesehen, die einen langen Atem benötigt.

Weiterhin wurden die Aspekte zum gesamtgesellschaftlichen und kommunalen Engagement für eine generationengerechte Versorgung aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung und Sozialen Pflegeversicherung betrachtet**.** Ältere Menschen sollen durch Präventionsangebote länger ihr Leben in ihrem häuslichen Umfeld selbst gestalten können, wodurch ein Umzug in ein Pflegeheim hinausgeschoben oder sogar vermieden werden soll. Unterstützend wäre dabei auf Bundesebene eine Health-in-all-Policies mit interdisziplinären Versorgungsformen über die im Sozialgesetzbuch verankerten Sektorengrenzen hinaus. Interne Statistiken der Krankenkassen zeigen, dass der Ansatz Prävention vor Pflege von den medizinischen Diensten der verschiedenen Krankenkassen unterschiedlich umgesetzt wird und Präventionsempfehlungen je nach Region oder Krankenkasse divergieren.

Prävention vor Pflege

Die Diskussion wies auf die ausbleibende Fortführung evidenzbasierter Modellprojekte zur Gesundheitsförderung. Es wurde hervorgehoben, dass für Prävention und Rehabilitation die politischen Verantwortlichkeiten geregelt und geeignete kommunale Versorgungsstrukturen umgesetzt werden müssten. Oft als Leuchtturmprojekte initiierte Präventionsangebote liefen trotz erfolgreicher Evaluation wegen fehlender Verstetigung der finanziellen Mittel nach der Förderung durch den Innovationsfonds aus.

„Macherstadt“, ein Projekt der IKK classic, unterstützt kommunale Initiativen für Präventionsangebote und leistet eine Anschubfinanzierung für den Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen in Wohnquartieren oder Kommunen. Die Projekte werden von engagierten Bürgerinnen und Bürgern, Vereinen und Betrieben getragen. Die Teilnehmenden kritisierten allerdings das Nebeneinander zahlreicher Präventionsprojekte. Nur evaluierte Projekte der „grünen Liste Prävention“ sollten nachhaltig finanziert und verstetigt werden. Auch wurde kritisiert, dass es für Präventionsmaßnahmen keinen einheitlichen Ansprechpartner unter den 94 Krankenkassen gibt, und sogar innerhalb einer Krankenkasse verschiedene Abteilungen jeweils eigene betriebswirtschaftliche Ziele verfolgten.

Als vorteilhaft wurde auch eine stärkere digitale Teilhabe angesehen. Eine gelungene Digitalisierung sollte als Steuerungsplattform alle gesundheitlichen Daten zusammenführen und eine Beratung und Aufklärung für alle Generationen mit niedrigschwelligem Zugang ausbauen. Während das elektronische Rezept erfolgreich eingeführt wurde, besteht bei der elektronischen Patientenakte und den digitalen Gesundheitsanwendungen noch

erhebliches Verbesserungspotenzial. Über einen interdisziplinären Ansatz, der weitere Gestalter des Gesundheitswesens wie z.B. Apotheker als wohnortnahe Ansprechpartner einbindet, könnte die digitale Beteiligung älterer Menschen gelingen.

Im klinischen Alltag müssen Notfallmediziner Entscheidungen treffen, die über Leben und Tod älterer Menschen entscheiden. Das fiktive Fallbeispiel der 87-jährigen Frau Rüdesheim aus einem Pflegeheim in Fulda verdeutlichte, wie schwierig es für Rettungskräfte sein kann zu entscheiden, ob eine medizinische Maßnahme dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht. Die Teilnehmenden des Herbst-Forums waren über persönliche Fragen wie „Denken Sie, dass in deutschen Notaufnahmen ethische Prinzipien eine große Rolle spielen?“ oder „Wer musste schon mal eine medizinische Entscheidung für einen Angehörigen treffen und war sich über dessen Willen unsicher?“ eingebunden. Fehlen eine direkte Kommunikation mit der Patientin, eine Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht oder die Aussage eines Bevollmächtigten, steht grundsätzlich die Lebenserhaltung im Fokus, was zu Übertherapie und unnötigen Belastungen führen kann.

Berücksichtigung des mutmaßlichen Patientenwillens

Die Diskussion unterstrich, dass es bisher keine validen Zahlen gibt, wie häufig der mutmaßliche Patientenwille im Akutfall respektiert wird. Die wissenschaftliche Fachgesellschaft Advanced Care Planning Deutschland (ACP-D seit 2017) bietet Gesprächsbegleitung an und orientiert sich bei der Vorausplanung in der Palliativmedizin am Beispiel des in den USA entwickelten zweistufigen Beratungskonzepts Advanced Care Planning (ACP). Der

Patientenwille soll mit Fragen wie: „Wie gerne leben Sie?“ oder „Was darf eine medizinische Behandlung und was nicht?“ sowie schriftlicher Niederlegung der Antworten zur Reanimation dokumentiert werden. Als problematisch wurde angesehen, dass es in Deutschland viele regional gültige Notfallausweise ohne bundesweite Gültigkeit gibt. Eine Integration in die elektronische Patientenakte könnte hier einen Fortschritt erzielen.

Die Teilnehmenden kamen überein, dass Patientenverfügungen etwa alle zwei Jahre überarbeitet und an neue technische medizinische Möglichkeiten angepasst werden sollten. Es wurde gefordert, häufiger über Vorausplanung z.B. mit dem Hausarzt zu sprechen, damit Angehörige und Behandler im Akutfall den Willen der Patientin umsetzen können. Die gesellschaftliche Scheu vor dem Thema Sterben müsse abgebaut werden. Kontrovers wurde die Debatte, als es darum ging, ob der Patientenwille von Behandlern überhaupt berücksichtigt würde und daher auch die Relevanz der Patientenverfügung eingeschränkt sein könnte. In Deutschland kommt es in der Palliativmedizin bislang eher selten zu juristischen Konsequenzen nach Behandlungsentscheidungen. Vor Abbruch einer bereits begonnenen Behandlung werden die Ethikkommitees der Kliniken hinzugezogen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) spüren die Folgen des demografischen Wandels und der alternden Bevölkerung. Auf der einen Seite zeigt die Versorgungsrealität, dass immer mehr ältere und multimorbide oder dementiell erkrankte Menschen auf Kontakte zu Ärzten angewiesen sind. Auf der anderen Seite sind diese selbst vom demografischen Wandel betroffen, da fast ein Drittel der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte älter als 55 Jahre ist und in den nächsten 10 bis 15 Jahren ausscheidet. Gleichzeitig bevorzugen junge Ärztinnen und Ärzte häufiger Anstellungen, Teilzeitmodelle oder Teampraxen. Regionale Unterschiede verschärfen das Problem, da städtische Räume überversorgt und

ländliche Räume tendenziell unterversorgt sind. Die KV Nordrhein wirbt deshalb verstärkt um den medizinischen Nachwuchs mit dem Projekt „Landpartie“, in dem Praxisübernahmen in ländlichen Regionen gefördert werden.

Eine medizinische Ersteinschätzung sollte verpflichtend sein

Systementlastend wäre eine Aufhebung des Quartalsbezugs, ohne weitere bürokratische Hürden aufzubauen. Die von den KVen organisierte medizinische Notfallnummer 116117 leistet bereits wichtige Steuerungseffekte über eine medizinische Ersteinschätzung zu Akutfällen. Datenauswertungen belegen, dass die überwiegende Mehrzahl der Patienten sich hinsichtlich der Frage, ob die Bereitschaftsnummer oder der Notdienst anzurufen sei, richtig entscheiden. Ein Modellprojekt in Baden-Württemberg zur hausarztzentrierten Versorgung zeigt, dass mit hausärztlicher Betreuung weniger Einweisungen ins Krankenhaus erfolgen, die Inanspruchnahme von fachärztlicher Behandlung allerdings gleichbleibt. Die Diskussionsteilnehmenden sprachen sich gegen eine verbindliche hausärztliche Primärversorgung aus, um eine stärkere Belastung der Hausarztpraxen zu vermeiden.

In der Diskussionsrunde bestand Einigkeit, dass das strukturelle Ziel digital vor ambulant und stationär Effizienzpotenziale heben könnte. Um die Akzeptanz digitaler Systeme zu erhöhen, bedarf es allerdings einer verlässlichen technischen Infrastruktur. Die KV Nordrhein erprobt in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit in Düsseldorf und Köln das Modellprojekt praxis4future, um Ärzten und Praxisteams digitale Möglichkeiten für Abläufe und Dokumentationsprozesse zu zeigen.

Zur besseren Versorgung von Pflegeheimbewohnern wurde in der Diskussion ein leichterer fachärztlicher Zugang zu z.B. Psychotherapie oder zu urologischer Versorgung gefordert. Digitale Sprechstunden könnten strukturelle Lücken schließen, erforderten jedoch Schulungen und eine geeignete technische Ausstattung. Darüber hinaus könnte ein eigener Arzt für das Pflegeheim helfen. Der Vorschlag, eine Pflegeheim-Apotheke einzurichten, wurde kontrovers diskutiert. Zur Sicherheit der Heimbewohner könnte es geeigneter sein, Apotheken stärker in die Nacht- und Notdienste einzubinden.

Das Projekt „Prädiktive Wende bei der Alzheimer-Demenz: Ethische, klinische, linguistische und rechtliche Aspekte (PreTAD)“ des Centers for life Ethics der Universitäten Bonn und Köln in Zusammenarbeit mit Universitäten aus der Schweiz und Spanien beschäftigt sich mit einem ethischen Rahmen zu neuen Diagnosemöglichkeiten in der klinischen Praxis. Länderübergreifend zeigt sich, dass eine Mehrzahl der Studienteilnehmenden ihr Risikopotenzial wissen wollen, allerdings in Abhängigkeit von verfügbaren Präventions- und Therapiemaßnahmen. Seit September 2025 ergeben sich mit den auch in Deutschland zugelassenen Antikörpertherapien in noch stark begrenztem Umfang neue therapeutische Perspektiven für Demenzerkrankte.

Demenzielle Erkrankungen betreffen in Deutschland schon heute mehr als 1,8 Millionen Menschen mit damit verbundenen direkten Kosten in Höhe von über 40 Milliarden Euro und gesellschaftlichen Kosten von über 80 Milliarden Euro im Jahr. Mehrere Teilnehmende des Herbst-Forums warnten mit Blick auf die aktuelle S3-Leitlinie Demenzen, dass verfügbare prädiktive Tests bei kognitiv gesunden Personen keine ausreichende Validität haben. Die Tests stützen sich auf Biomarker, wohingegen die nach Leitlinie empfohlenen Diagnosemethoden PET-CT oder Liquoruntersuchungen umfassen.

Health Literacy und Numeracy in der Bevölkerung schaffen

Kontrovers wurde das Recht auf Nichtwissen von Angehörigen, insbesondere von Zwillingsgeschwistern, erörtert. Zudem könnte sich eine Risikoeinschätzung auch auf eine (stärker risikoorientierte) Beitragszahlung auswirken. Gleichzeitig wurde anerkannt, dass die Bevölkerung ein wachsendes Bedürfnis nach Risikowissen hat. Risikodetektion sollte nur erfolgen, wenn daraus Präventions- oder Therapiestrategien ableitbar sind, damit Übertherapien vermieden werden. Die neu entstehenden Brain Health-Einrichtungen, die für kognitiv gesunde Menschen und deren Angehörige individuelle Risikoprofile und Lebensstilinterventionen anbieten, wurden daher ebenfalls eher kritisch gesehen. Die Diskussion warnte vor der kommerziellen Ausrichtung solcher Einrichtungen, da Risikoinformationen erhebliche psychosoziale Belastungen erzeugen können und eine Suizidgefahr nicht ausgeschlossen werden kann. Wie auch bei Health Literacy muss zunächst entsprechendes Wissen (Numeracy) in der Bevölkerung geschaffen werden, um die Risikoabschätzung angemessen bewerten zu können.

Einigkeit herrschte in der Diskussion darüber, dass auch ohne prädiktive Biomarkertests individuelle Risikofaktoren verringert werden sollten. Eine im August 2024 erschienene Veröffentlichung in The Lancet zeigt 14 Lebensstil- und medizinische Risikofaktoren für die Allgemeinbevölkerung wie Bluthochdruck, Übergewicht, Seh- und Hörverluste, niedrige Bildung oder auch soziale Isolation, die für etwa 45 Prozent der Demenzerkrankungen verantwortlich sein können.

Die Teilnehmenden betonten, dass auch Krankenkassen eine datengestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken nach §25 b SGB V durchführen könnten. Diese Möglichkeit würde noch nicht prädiktiv umgesetzt, sondern

bezieht sich weitgehend auf Ist-Diagnosen und sich daraus ergebende Risiken, da Leitlinien und Kommunikationsstrukturen fehlen. Vorhersagen aus Daten der Rentenversicherung scheinen prädiktiv möglich, aber auch dabei fehlen Kommunikationsregelungen und sozialpsychologische Betreuung.

Am Ende des Herbst-Forums herrschte Einigkeit darüber, dass die Herausforderungen des demografischen Wandels nur abgefedert werden können, wenn Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik die vorliegenden Erkenntnisse aus der Wissenschaft in die Praxis umsetzen. Auf volkswirtschaftlicher Ebene werden sich die destabilisierenden Effekte in der auf dem Kopf stehenden Bevölkerungspyramide zusammen mit dem fehlenden Produktivitätswachstum in der nächsten Zeit nicht beseitigen lassen und das jetzige Umlagesystem an Grenzen bringen. Als entscheidende Faktoren der Bewältigungsstrategie sehen die Teilnehmenden eine Stärkung der Gesundheitskompetenz, die Übernahme individueller Verantwortung, das Narrativ eines modernen Altersbildes sowie den Ausbau digital unterstützter, präventiver und wohnortnaher Versorgungsstrukturen verbunden mit einer generationengerechten Finanzierung.