

Der Zugang älterer Menschen zum Gesundheitswesen

Einleitung

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst möchte ich mich für die Einladung bedanken . Gern nutzen wir als BAGSO die Gelegenheit, über Probleme und Schwierigkeiten älterer Menschen, die Angebote unseres Gesundheitssystems diskriminierungsfrei zu nutzen, zu reden. Wir freuen uns auch deshalb über die Gelegenheit, vortragen zu dürfen, weil wir als Interessenvertretung der Seniorinnen und Senioren hier einen Handlungsbedarf sehen und davon überzeugt sind, dass das Thema „Zugang älterer Menschen zum Gesundheitswesen“ in einer älter werdenden Gesellschaft an Bedeutung gewinnen wird. Denn die Folgen des demografischen Wandels sind für die Sozialsysteme, insbesondere für die Pflege und die Gesundheitsversorgung gravierend.

Eine Einschränkung vorweg: In den folgenden Ausführungen werde ich nur allgemein auf Schwierigkeiten älterer Menschen im Gesundheitswesen eingehen können. Die Heterogenität verlangt nach einer Differenzierung, die in der mir vorgegebenen Zeit nicht möglich ist.

Dass ältere Menschen ein Recht auf das höchste erreichbare Maß an körperlicher und geistiger Gesundheit haben, dazu hat sich die Bundesrepublik Deutschland mit der Ratifizierung des Sozialpaktes der Vereinten Nationen von 1966 verbindlich verpflichtet.

In Deutschland haben – unabhängig vom Lebensalter – alle Menschen grundsätzlich einen Zugang zu einer umfassenden Gesundheitsversorgung. Es besteht eine Krankenversicherungspflicht, die den Versicherten einen Anspruch auf eine umfangreiche medizinische Heilbehandlung garantiert: Leistungen für die ambulante und stationäre medizinische Versorgung, Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention, Hospiz- und Palliativangebote, wie auch die notwendige Finanzierung von Arzneimitteln.

Gesichert ist dieses durch das Selbstverwaltungsprinzip in der Gesundheitsversorgung. Es garantiert, dass die Akteure des Gesundheitswesens (die Ärzte, Krankenhausträger und Krankenkassen) selbst darüber entscheiden, welche medizinischen Leistungen von den Leistungserbringern auf Kosten der Solidargemeinschaft – also den Krankenkassen – erbracht und finanziert werden. Hierbei orientieren sie sich an dem Grundsatz des Wirtschaftlichkeitsgebots – was bedeutet, dass die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Dieses System soll sicherstellen, dass **alle** angemessen versorgt und mit Respekt und Würde behandelt werden. Die Frage ist, ob dieser globale Anspruch die Besonderheiten der Lebensphase Alter angemessen berücksichtigt und ein „demografiefestes“ Gesundheitssystem sicherstellt.

Bedingt durch den demografischen Wandel wächst der Versorgungsbedarf für ältere Menschen: Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, chronisch krank zu werden oder von Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit betroffen zu sein. Dies erfordert eine Neuausrichtung der Behandlungsziele, die über eine akutmedizinische Versorgung hinaus geht. Notwendig wird eine „ganzheitliche“ Versorgung und Begleitung älterer Menschen, die ihre spezifische Lebenssituation, mit ihren jeweiligen Bedürfnissen und Wünschen mehr als bislang berücksichtigt.

Unser Gesundheitswesen wird künftig stärker das Alter in seiner Vielfältigkeit und seinen Besonderheiten in den Blick nehmen müssen und kann sich nicht weiter an dem vermeintlichen „Normalpatienten“ orientieren. Wenn Heilung nicht möglich ist, müssen die Stabilisierung des Krankheitsgeschehens, die Linderung von Beschwerden und die Erhaltung von möglichst viel Selbständigkeit, Lebensqualität und sozialer Teilhabe stärker in den Fokus rücken.

Dass in Deutschland trotz eindeutiger Rechtslage ältere Menschen schon heute im Gesundheitswesen benachteiligt werden bzw. sie sich benachteiligt fühlen, zeigen Daten des Deutschen Alterssurveys: Während nur 2,0 Prozent der 40- bis 54-Jährigen sich in den letzten zwölf Monaten aufgrund ihres Alters in der medizinischen Versorgung benachteiligt fühlten, berichteten 7,2 Prozent der 70- bis 85-jährigen Befragten von erfahrener Altersdiskriminierung im Gesundheitswesen.

Ich habe meine Ausführungen wie folgt gegliedert:

1. Diskriminierungsrisiken aufgrund negativer Altersstereotypen
2. Diskriminierungsrisiken aufgrund von Altersrationierung
3. Diskriminierungsrisiken durch das pauschale Abrechnungssystem
4. Diskriminierungsrisiken durch institutionelle und strukturelle Vorgaben
5. Diskriminierungsrisiken durch eine fortschreitende Digitalisierung
6. Fazit

1. Diskriminierungsrisiken aufgrund negativer Altersstereotypen

Häufig werden Altersstereotype und Vorurteile handlungsleitend für den Umgang mit älteren Menschen und beeinflussen die Ausgestaltung ihrer gesundheitlichen Versorgung wie auch die Stärkung ihrer noch vorhandenen Potenziale. Durch eine Vielzahl von Studien ist belegt, dass negative Altersbilder den Zugang Älterer zu medizinischen Leistungen wie auch die Qualität ihrer Gesundheitsversorgung negativ beeinflussen und das Diskriminierungsrisiko von älteren Menschen im Gesundheitswesen erhöhen. Die Studien zeigen: Ältere Patientinnen und Patienten werden allein aufgrund ihres chronologischen Alters schlechter versorgt als jüngere.

Das beginnt bereits mit der Anamnese. So erleben ältere Menschen immer wieder, dass die von ihnen geschilderten Krankheitssymptome vorschnell mit dem Hinweis auf den biologischen Alternsprozess erklärt werden *„Das ist altersbedingt, damit müssen Sie leben. Sie*

sind schließlich schon 80, was erwarten Sie da?“ Nicht selten führt das damit verbundene Unterlassen einer fundierten Diagnostik dazu, behandlungsbedürftige Erkrankungen zu übersehen und verhindert, eine adäquate Behandlung einzuleiten.

Schließlich verleiten Altersstereotypen das medizinische Personal dazu, ältere Menschen nicht ernst zu nehmen. Immer wieder kommt es vor, dass Ärztinnen und Ärzte dazu tendieren, im Gespräch mit älteren Patienten im sogenannten „Elderspeak“ (Babysprache) zu sprechen: laut, langsam und bevormundend oder sich im Patientengespräch mit Älteren an die anwesenden jüngeren Familienmitglieder zu wenden. Diese diskriminierende Kommunikation ist nicht nur verletzend, sie kann auch die Symptombeschreibung negativ beeinflussen und das Ziel einer adäquaten Versorgung beeinträchtigen.

Defizitäre Altersbilder wirken sich negativ auf die Lebenserwartung, die Lebensqualität und die psychische, körperliche und kognitive Gesundheit aus. Eine Metaanalyse aus dem Jahre 2020, in der 422 weltweit durchgeführte Studien über die Auswirkungen von negativen Altersbildern auf die Gesundheit ausgewertet wurden, kommt zu dem Ergebnis, dass in 95,5 Prozent der Studien ein Zusammenhang von Altersdiskriminierung und den objektiv und subjektiv erfassten Gesundheitsparametern besteht. Besonders stark ausgeprägt sind diese negativen Effekte bei älteren Menschen mit geringerer Bildung. Wenn Ärztinnen und Ärzte bewusst oder unbewusst einen defizitären Blick auf das Alter haben, verstärken sie die nicht selten schon in Ansätzen vorhandene Tendenz zu deren Internalisierung bei ihren Patientinnen und Patienten.

2. Diskriminierungsrisiken aufgrund von Altersrationierung

Über die Notwendigkeit der Rationierung im Gesundheitswesen wird in Deutschland nur selten offen gesprochen. Als vor 20 Jahren der damalige Bundesvorsitzende der Jungen Union (JU), Philipp Mißfelder, künstliche Hüftgelenke für Ältere aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen ausschließen wollte, schlug ihm ein Sturm der Entrüstung entgegen.

Ähnlich ging es Boris Palmer 20 Jahre später. Den Satz *„Wir retten in Deutschland möglicherweise Menschen, die in einem halben Jahr sowieso tot wären“* aus der Anfangszeit der Coronakrise, wird er wohl nie wieder los.

Und doch ist das Thema nicht aus der Welt. Erinnerung sei nur an die Triage-Debatte Anfang 2021, ausgelöst durch eine Bemerkung des heutigen Gesundheitsministers, Karl Lauterbach, in der ZDF-Sendung „Maybrit Illner“. Darin äußerte er den Verdacht, dass Menschen aus Pflegeheimen keine Chance hätten, eine intensivmedizinische Behandlung zu bekommen, weil sie von vornherein aussortiert würden, vom Alten- und Pflegeheim gar nicht erst ins Krankenhaus überwiesen werden. Die öffentliche Debatte über eine sogenannte „Vortriage“ war nach kurzer Zeit beendet. Nicht zuletzt, weil der Deutsche Ethikrat, die Deutsche Bischofskonferenz und andere Organisationen, sich eindeutig gegen das Auswahlkriterium Lebensalter in einer Triage-Situation ausgesprochen hatten.

Dass das Thema damit aber keineswegs vom Tisch ist und diese diskriminierende Praxis unter der Hand vieler Orts weiter praktiziert wird, zeigt ein Schreiben aus dem Landkreis

Tuttlingen. Darin empfiehlt der Landkreis den Alten- und Pflegeheimen, an Corona erkrankte Patienten im höheren Alter möglichst aus den Krankenhäusern herauszuhalten, um das dortige Personal nicht zu überfordern und die Solidargemeinschaft nicht über Gebühr zu belasten.

Zum Glück wurden durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 28. Dezember 2021 solchen Überlegungen ein Riegel vorgeschoben. Dass das Gericht nur die Behinderen im Blick hatte und trotz Hinweisen nicht auf die Gefahren von Triage-Entscheidungen für ältere Menschen eingegangen ist, zeigt wie dringlich die Forderung der BAGSO ist, das Lebensalter als Diskriminierungsgrund in Artikel 3 (3) des Grundgesetzes aufzunehmen. Inzwischen hat der Deutsche Bundestag das Infektionsschutzgesetz (IfSG) angepasst, um dem sogenannten „Triage-Urteil“ des Bundesverfassungsgerichtes Rechnung zu tragen, und dabei in § 5 c ausdrücklich auch den Schutz älterer Menschen im Falle einer Triage-Entscheidung berücksichtigt.

Das Thema Rationierung von Gesundheitsleistungen ist damit jedoch nicht erledigt. Am 11.2.2023 wurde in der „Hannoversche Allgemeine Zeitung“ (HAZ) ein Interview mit Professor Tobias Welte von der Medizinischen Hochschule Hannover abgedruckt. Auf die Frage, ob alle Patienten gleich und gleich gut behandelt würden, antwortet er: *„Es ist ein bisschen naiv zu glauben, dass immer alles möglich ist... Wir überlegen bei jedem Eingriff ... wo der Nutzen, wo aber auch die Risiken liegen. Und die Risiken steigen mit dem Alter und der Zahl der Erkrankungen. Das primäre Ziel ist es, ein lebenswertes Weiterleben zu ermöglichen... Wir stehen .. vor dem Problem, dass nicht alles geht, was man möchte. Und wir sollen dringend über dieses Problem reden – als Gesellschaft, in der Politik und im Gesundheitswesen. Das Thema ist ein heißes Eisen – muss aber in die öffentliche Diskussion.“* – soweit das Zitat. Meine Frage: Wer entscheidet darüber, was ein „lebenswertes Weiterleben“ ist?

Vierzehn Tage später hat die HAZ fünf Leserbriefe unter der Überschrift: „Der Mensch ist keine Ware“ veröffentlicht. Die Antworten waren gemischt: einige forderten mehr Geld für das Gesundheitssystem, andere bezeichneten die Ausführung von Professor Welte als ethisch fragwürdig und einer meinte, der Bericht mache deutlich, wie dringlich die Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtes vom Februar 2020 zum Thema Sterbehilfe sei und fragt: *„Warum kann man bis heute diese Medikamente nicht bekommen?“*

Dass die Rationierung von Gesundheitsleistungen schon heute gang und gäbe ist und das Lebensalter einen Einfluss auf die Qualität der Behandlung hat, belegen verschiedene Studien. Danach werden älteren Menschen oft kostengünstigere Behandlungen angeboten als jüngeren in vergleichbarer Situation. Die Bremer Sozialwissenschaftlerin Hilke Brockmann kommt in ihren Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass eine schwerkranke 60-jährige Person kostenintensiver und aufwendiger behandelt wird, wie eine 20 Jahre ältere. Diese Aussage wird auch durch ihrer Studie zur Behandlung von Herzinfarkten bestätigt. Da heißt es: *„Je älter die Person ... ist, desto geringer ist der Behandlungsaufwand.“* Ähnliches erleben Patientinnen mit Brustkrebs: bei älteren Frauen erfolgt häufiger eine Brustamputation statt einer aufwendigen Brustrekonstruktion.

Schließlich erfahren ältere Menschen auch eine Benachteiligung im Gesundheitswesen durch den erschwerten Zugang zu Rehabilitationseinrichtungen, weil Reha-Maßnahmen immer noch auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit fixiert sind. Schon der Siebte Altenbericht hat darauf hingewiesen, dass es an genügend geeigneten Physiotherapie-Angeboten für ältere Menschen mangelt. Dieser Befund wird durch den Bremer Gesundheitswissenschaftler Gerd Glaeske bestätigt. Er fasst das Ergebnis seiner Untersuchungen mit dem Satz zusammen: „*Ältere Menschen erhalten weniger Reha.*“

Professor Glaeske vermutet, Reha-Leistungen im Alter würden deshalb zu selten realisiert, weil die Krankenkassen sie nur betriebswirtschaftlich betrachteten. Die Krankenkassen hätten kein Interesse daran, durch Mehrausgaben für Rehabilitation einen positiven Einfluss auf die Pflegebedürftigkeit ihrer Versicherten zu nehmen und damit Ausgaben der Pflegeversicherung zu senken.

3. Die Benachteiligung durch das pauschale Abrechnungssystem

Alte Menschen gehen öfter zum Arzt als jüngere. Dies kann sich durch die Honorierung der Ärzte nach einer Fallpauschale nachteilig für sie auswirken und zu einer Unterversorgung führen. Jedenfalls ist nicht auszuschließen, dass Ärztinnen und Ärzte bemüht sein könnten, ihre Tätigkeiten bei einem häufig erscheinenden Patienten zu reduzieren. Die auch mir schon häufiger begegnete Formulierung meiner Ärztin „*Das sehen wir uns im nächsten Quartal noch einmal genauer an*“, legt jedenfalls nahe, dass ökonomische Gesichtspunkte die Behandlungsintensität beeinflussen können.

Schließlich ist in diesem Zusammenhang noch zu erwähnen, dass Menschen mit Mobilitätseinschränkungen – was bei Hochaltrigen häufiger vorkommt – auch dadurch in der gesundheitlichen Versorgung benachteiligt sind, weil sich zeitaufwendige Hausbesuche für den Arzt nicht lohnen. Wer auf einen Hausbesuch des Arztes angewiesen ist, wird – insbesondere im ländlichen Raum – lange auf einen Termin warten müssen.

Ein weiteres Problem stellt die Verschreibung von teuren Medikamenten dar. Der Chefarzt des St. Josephstifts in Bremen, Thomas Brabant, stellte durch eine Befragung seiner Osteoporose-Patienten fest, dass nur ein Viertel von ihnen ein Jahr nach ihrem Krankenhausaufenthalt das von ihm verordnete, zur Weiterbehandlung dringend notwendige Medikament vom Hausarzt verschrieben bekam. Seine Vermutung: Das Medikament ist den Hausärzten zu teuer und belastet ihr ärztliches Budget zu stark.

Weil mit zunehmendem Alter das Risiko einer Multimorbidität steigt, nehmen Ältere häufig eine Vielzahl von Medikamenten gleichzeitig ein. Vielen ist nicht bewusst, was für gefährliche Medikamentencocktails dabei entstehen können und dass dieses Zuviel auch krankmachen kann.

Ein erster Schritt in die richtige Richtung, sorgsamer mit Tabletten umzugehen, ist die Einführung eines Medikationsplans. Auf ihn haben alle gesetzlich Krankenversicherte einen Anspruch, wenn sie täglich mindestens drei verordnete Arzneimittel einnehmen müssen. Doch welche Patientin, welcher Patient weiß um dieses Recht und welcher Hausarzt sorgt

von sich aus dafür, die Aufstellung der regelmäßigen Medikamente in einem solchen Plan einzutragen und die Medikamenteneinnahme seiner Patientinnen und Patienten zu überprüfen?

4. Diskriminierungsrisiken durch institutionelle und strukturelle Vorgaben

Mit dem steigenden Anteil älterer Mitbürgerinnen und Mitbürger in der Bevölkerung geht einher, dass Ärztinnen und Ärzte immer mehr Menschen, die 70 Jahre oder älter sind, in ihrer Klinik oder Praxis behandeln. Die Frage ist: Sind sie darauf entsprechend vorbereitet?

Im Alter treten Krankheiten oft in einem veränderten Erscheinungsbild auf. Fehlendes geriatrisches Fachwissen führt nicht selten zu einer unzureichenden und fehlerhaften Diagnostik und Behandlung von älteren Menschen. Um dieses Defizit zu beseitigen, ist sicherzustellen, dass geriatrische Kompetenzen in allen Bereichen des Gesundheitswesens, die ältere Patienten betreuen, begleiten und behandeln, vorhanden sind – insbesondere bei den Hausärzten. Dieses gilt es zu korrigieren: durch eine Veränderung der Ausbildungsordnungen und verbindliche Angebote für die ärztliche Fortbildung.

Darüber hinaus ist ein flächendeckender Ausbau von Einrichtungen wie auch eine stärkere Verzahnung der akutgeriatrischen und rehabilitativ-geriatrischen Strukturen, die die Akutmedizin mit ihren immer kürzeren Verweildauern ergänzen, von Nöten. Ziel muss es sein, ein gut zugängliches Angebot stationärer, ambulanter, teilstationärer und mobiler geriatrischer Rehabilitation zu schaffen – auch für Menschen, die in Pflegeheimen leben. Es gilt den sozialrechtlich verankerten Grundsatz „Reha vor und bei Pflege“ umzusetzen.

Damit ist ein grundsätzliches Problem angesprochen: die nach dem Grundgesetz geforderte Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet – auch für die Gesundheitsversorgung. Diese Vorgabe ist schon seit Jahren nicht umgesetzt und wird in Zukunft noch weniger umgesetzt sein. Strukturschwache Räume sind oft unattraktiv für Ärzte und andere Gesundheitsberufe. Da in den ländlichen Räumen der Anteil der älteren Bevölkerung sehr hoch ist, sind ältere Menschen von diesem Defizit besonders betroffen.

Es gilt, Versorgungskonzepte zu entwickeln, die die Bedarfe in diesen Räumen berücksichtigt, insbesondere unter geriatrischen Gesichtspunkten, um damit einer Unterversorgung Älterer entgegenzuwirken, z. B. durch telemedizinische Unterstützung, multiprofessionelle Gesundheitszentren oder eine Primärversorgung durch qualifiziertes, nicht-ärztliches Personal.

In einer älter werdenden Gesellschaft müssen älteren Menschen nicht nur adäquate Behandlungsoptionen angeboten werden, sie müssen auch in der Gesundheitsforschung eine stärkere Beachtung finden. Noch immer wird z. B. die Wirkung von Medikamenten an jungen Männern getestet und ihre Wirkung bei älteren Menschen oft nicht weiter berücksichtigt. Dass stoffwechselbedingt Arzneimittel je nach Lebensalter unterschiedlich wirken, ist bekannt. Trotzdem fehlen bis heute entsprechende Hinweise auf dem Beipackzettel. Und ob der Hausarzt dieses bei der Verordnung bedenkt, ist nicht immer sicher.

Ein weiteres Problem ist der Zugang vulnerabler Bevölkerungsgruppen zu den Informationen über das Angebot des Gesundheitssystems. In ihrem Bericht zur Gesundheitskompetenz dieser Personengruppe haben Wissenschaftler der Uni Bielefeld festgehalten: Diese Menschen wissen weniger, wo sie Informationen finden und tun sich schwer damit, diese zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. Sie brauchen mehr Information und eine einfachere Navigation durchs Gesundheitssystem durch eine aufsuchende kommunale Gesundheitsvorsorge.

Verbesserungsbedürftig ist auch die psychotherapeutischen Versorgung von Menschen in höherem Lebensalter. Obwohl davon auszugehen ist, dass etwa ein Viertel der über 60-jährigen irgendwann unter einer psychischen Störung leidet, z. B. an einer Demenzen, einer depressiven Störungen, an einer Suchterkrankung oder einer Belastungsstörung. Diese Erkrankungen werden oft nicht oder erst zu spät erkannt, nicht zuletzt auch deswegen, weil ältere Menschen die Scheu haben, psychische Probleme beim Arzt anzusprechen. Sie sind in einer Zeit aufgewachsen, in der diese Krankheiten mit „Verrückt-Sein“ gleichgesetzt worden sind. Und selbst wenn von Ärztinnen und Ärzte eine psychische Störung indiziert wird, erfolgt in den seltensten Fällen eine psychotherapeutische Behandlung. Stattdessen werden vorschnell Antidepressiva verschrieben. Die Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung, Barbara Lubisch, kommt in der BAGSO-Veröffentlichung „Wenn die Seele krank ist“ (2019) zu dem Urteil: Fast jede vierte 80-jährige Frau erhält eines dieser Medikamente, in der Mehrzahl der Fälle ohne dass eine psychische Krankheit diagnostiziert worden ist, d. h. eine fach- gerechte Versorgung von älteren Menschen mit psychischen Problemen ist nicht gewährleistet.

Ein Letztes zur Diskriminierung Älterer aufgrund institutioneller und struktureller Defizite: der zunehmende Zeit- und Effizienzdruck im Gesundheitswesen. Ältere Menschen spüren den Mangel an Pflege- und Zuwendungszeit und die Engpässe durch Personalausfall besonders deutlich. Sie sind etwas langsamer im Erzählen, reagieren gemächlicher und brauchen in der Regel länger, bis sie sich aus- und angezogen haben. Dieses führt dazu, dass sie oftmals als „störend“ empfunden werden, weil es dem gestressten Personal gelegentlich an der geforderten Geduld mangelt.

Wie gefährlich die Überlastung des Pflegepersonals in Alten- und Pflegehäusern, vor allem auch Krankenhäusern, werden kann, zeigt der Lesebrief von Hans-Georg Tillmann aus Neustadt am Rübenberge, abgedruckt in der HAZ vom 24.2.2023. Er schreibt: *Als mein 82 Jahre alter Vater in eine Klinik eingeliefert wurde, erhielt ich kurze Zeit darauf den Anruf eines Arztes: ‚Wenn Sie Ihren Vater noch lebend sehen wollen, müssen Sie sich beeilen.‘ Bei meinem Eintreffen in der Klinik fand ich ihn in äußerst schwachem Zustand vor. Es schien mit ihm zu Ende zu gehen. Ich beschloss, an seinem Bett sitzen zu bleiben und von ihm Abschied zu nehmen. Dann wurde ihm das Essen gebracht. Das Tablett wurde auf den Nachttisch gestellt und nach einiger Zeit unberührt wieder abgeräumt. Ich schlug Alarm. Mein Vater wurde an einen Tropf angeschlossen und erhielt flüssige Nährstoffe. Nach drei Tagen konnte er wieder selbstständig essen. Nach weiteren vier Tagen wurde der „Sterbende“ gesund entlassen.“*

5. Diskriminierungsrisiken durch eine fortschreitende Digitalisierung

Die Digitalisierung der Gesellschaft hat inzwischen auch das Gesundheitswesen erreicht. Vielen Älteren wird dadurch der Zugang zu Einrichtungen der medizinischen Versorgung erschwert. Vor allem für Menschen, die das Internet nicht nutzen, wächst der Aufwand, eine Fachärztin bzw. einen Facharzt zu finden oder einen Behandlungstermin zu bekommen, erheblich.

Viele der Teilnehmenden an einer BAGSO Aktion „Leben ohne Internet – geht's noch?“ berichteten von stark reduzierten Zeiten, in denen mit den Praxen telefonisch Kontakt aufgenommen werden kann. Was dazu führt, dass der Anschluss dauerhaft besetzt ist oder lange Wartezeiten in Kauf genommen werden müssen. Teilweise wird per Bandansage auch direkt auf das Online-Angebot zur Terminvergabe verwiesen und dazu aufgefordert, freie Termine per Computer, Smartphone oder Tablet zu buchen.

Die von der BAGSO Befragten berichteten ferner, dass auch der nicht-digitale Zugang zu Krankenkassen in den letzten Jahren zunehmend eingeschränkt wurde. Die Warteschlangen in den Geschäftsstellen würden länger und der persönliche Kontakt reduziert. Informationen zu Krankheiten werden den Befragten oft nur digital bereitgestellt und auch an Gesundheitskursen oder den Bonuspunktprogrammen ist eine Teilnahme oftmals nur über eine Internetbuchung möglich.

Diese Service-Einschränkungen treffen inzwischen auch für Krankenhäuser und Reha-Einrichtung zu. Selbst ein Termin für die Pflegeeinstufung ist laut Aussage der Befragten häufig nur noch über das Internet möglich.

Viele ältere Menschen fühlen sich durch diese Entwicklung ausgegrenzt. Seit einigen Jahren wird zu Recht die soziale Inklusion von sogenannten Randgruppen und Minderheiten gefordert. Was hier stattfindet ist Exklusion, eine der stärksten Formen von Diskriminierung. Dies gilt es zu verhindern.

Auch für das Gesundheitswesen ist zu fordern: Es gibt ein Recht auf ein analoges Leben – jedenfalls solange die Digitalisierung nicht große Bevölkerungsgruppen ausschließt. Die Nutzung der digitalen Kommunikation darf im Gesundheitswesen nicht dazu führen, dass Menschen, die auf ein leistungsfähiges Gesundheitssystem in besonderer Weise angewiesen sind, der Zugang zu ihm erschwert wird.

6. Fazit

Mein Fazit: Es lohnt sich, auch im Alter fit zu bleiben. Denn es gibt zu wenig spezialisierte Ärzte und immer noch nicht genügend Präventionsangebote für Ältere. Was einige Kritiker dazu veranlasst zu behaupten, dass die Medizin einen stetig wachsenden Teil der Bevölkerung vernachlässigt.

Entsteht in Deutschland eine Drei-Klassen-Medizin? Bildet sich neben den Privat- und Kassenpatienten eine dritte Gruppe: die der älteren Patienten?

Soweit würde ich nicht gehen. Aber aufpassen müssen wir schon. Denn eines ist klar, die Möglichkeiten der Medizin steigen ins Unermessliche, die finanziellen Mittel der Kassen aber bleiben begrenzt. Schon heute zeichnet sich ab, dass der Kostendruck in der gesundheitlichen Versorgung in den nächsten Jahren weiter ansteigen wird. Damit steht das Thema Rationierung weiterhin auf der Tagesordnung. Es wäre verhängnisvoll, wenn es in Deutschland künftig zu einer Diskriminierung Älterer im Gesundheitswesen käme, wie sie z. B. in England schon heute gang und gäbe ist.

Wenn, wie eingangs zitiert, laut dem Deutschen Alterssurveys nur 7,2 Prozent der 70 bis 85-jährigen davon berichten, dass sie im Gesundheitswesen diskriminiert wurden, mag diese Zahl uns zunächst beruhigen. Doch bildet diese Zahl wirklich das Ausmaß der Diskriminierung Älterer im Gesundheitswesen ab? Es ist wohl eher davon auszugehen, dass nicht wenige ihre Benachteiligung als angemessen empfinden, weil sie sich die negativen gesellschaftlichen Altersbilder zu eigen gemacht haben. Nicht selten wirken die so internalisierten defizitären Altersbilder wie eine sich selbsterfüllende Prophezeiung („self fulfilling prophecy“). Es ist aus der Altersforschung bekannt, dass ältere Menschen durch die Internalisierung von den immer noch stark verbreiteten defizitären Bildern vom Alter und der daraus resultierenden Selbststereotypisierung dazu neigen, die ihnen zugeschriebenen Rollen und Fähigkeiten zu übernehmen und ihre noch vorhandenen Ressourcen entsprechend eher negativ einschätzen.

Dass wir als BAGSO heute über die Zugangsbarrieren Älterer in der Gesundheitsversorgung sprechen und auf bestehende Benachteiligungen und künftige Gefahren hinweisen konnten, ist ein guter Anfang zur Verhinderung von Diskriminierungen älterer Menschen im Gesundheitswesen. Für die Einladung und die Möglichkeit hier Gedanken aus der BAGSO zum Thema vorzutragen, möchte ich mich abschließend noch einmal herzlich bedanken.

Jens-Peter Kruse