Alters-Chirurgie – Einleitung

C. Busch M. Rehner H.W. Schreiber

Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Deutschland

«Das 21. Jahrhundert ist ein Jahrhundert des Alters. Doch unsere gegenwärtige Gesellschaft ist keine Freundin des Alters, ihre Strukturen stammen aus einer Zeit, in der nur wenige Menschen ein hohes Alter erreichten» [1].

Allgemeines und Demographie

Altern ist Schicksal des Lebens, das sich der Mensch nicht selbst gegeben hat. Altern ist keine Krankheit, sondern ein natürlicher Prozess, der von Beginn an über Entwicklung, Differenzierung und Reife zum gleichzeitigen Altern führt [2].

Gegenwärtig und in der nahen Zukunft noch deutlich verstärkt erleben die Industrienationen eine nie da gewesene Zunahme der Gruppe älterer Menschen und zugleich geringere Raten an Geburten. In der Bundesrepublik Deutschland erhöhte sich zwischen 1950 und 1985 die Zahl der 60- bis 65-Jährigen um 152%, die der 70- bis 75-Jährigen um 88%, die der 75- bis 80-Jährigen um 45%, die der 80- bis 85-Jährigen um 240%, die der 85- bis 90-Jährigen um 378% und die der 90-Jährigen und älteren so genannten Hochbetagten um 830%. In der Summe hat sich die durchschnittliche Lebenszeit während der letzten 100 Jahre mehr als verdoppelt [1, 3–6].

Hinsichtlich des möglichen erreichbaren Höchstalters finden sich historische Aussagen der Psalmisten und von Herodot mit Schätzungen von etwa 80 Jahren und futurologischen Annahmen von bis zu 150 Jahren. A. Schopenhauer bewertete dies differenzierter und realitätsnah: «Wenn die natürliche Lebensdauer 70–80 Jahre wäre, so müssten die Leute zwischen 70 und 80 Jahren vor Alter sterben. Dies ist aber nicht der Fall. Sie sterben wie die jüngeren an Krankheit. Krankheit ist wesentlich eine Abnormität, nicht das natürliche Ende. Erst zwischen 90 und 100 Jahren sterben die Menschen, dann in der Regel vor Alter ohne Krankheit, ohne Todeskampf» [7]. Der Internist und Naturwissenschaftler H. Mohr [8] schreibt

unter dem Titel «Biologische Grenzen der Medizin» zur Sterblichkeit: «Die einzige wissenschaftliche Erklärung für die innere Sterblichkeit ist die genetische Determination». Die mittlere natürliche Lebenserwartung liegt bei etwa 83 Jahren; das höchste erreichbare Alter des Menschen bei 95(–100) Jahren. Wir leben heute zum ersten Mal in der Geschichte des Menschen in einer Zeit maximaler Lebenserwartung. Die genetisch vorgegebene Lebensspanne ist (weitgehend) ausgeschöpft. Ziel der Medizin kann es deshalb nicht sein, die Lebensspanne künstlich zu verlängern. Die Anstrengungen der Ärzte bei der Beeinflussung des Alterungsprozesses sollten sich viel mehr darauf richten, durch Prävention und Therapie die Gesundheitsspanne sowie die Lebensspanne künstlich anzugleichen. Unsere wissenschaftlich-technische Kultur hat gezeigt, dass Lebensspanne und Lebenserwartung heute nahezu identisch sind [8–10].

Langlebigkeit hat ihren Preis. Jeder dritte über 80-Jährige ist pflege- und hilfsbedürftig. Die Demenzrate steigt bei den 90- bis 94-Jährigen auf über 40%; nur 1% der Gesamtbevölkerung leidet bei uns an der Alzheimer-Krankheit, bei den mehr als 65-Jährigen sind es 10%, bei den 80-Jährigen über 20% [8, 11].

Für die Krankheitsstatistik schätzt man, dass aufgrund der Altersverschiebung, z.B. die Zahl der Krebserkrankungen bis zum Jahre 2030 um rund 50% zunehmen wird. So erkranken von 100 000 Menschen unter 65 Jahren 200 an Krebs. Bei den über 65-Jährigen ist die Morbidität zehnfach höher. Für die häufigsten Krebserkrankungen (Prostata, Darm, Lunge, Bauchspeicheldrüse, Magen, Blase) beträgt der Anteil der über 60-Jährigen bis zu 80%. Krebs ist im Wesentlichen eine Alterskrankheit [12, 13].

Sequenzstrategische Analysen haben gezeigt, dass Altern keinen Abstieg bedeuten muss. Demenz ist kein gesetzmäßiges Schicksal. Einen Abfall erleidet allein die nicht trainierte, fluide, nicht aber die kristallisierte Intelligenz. Sie ist bis ins

höchste Alter stabil und erweiterungsfähig. Überdies steht dem älteren Menschen ein Fundus an Intelligenzreserven zur Verfügung [6, 12]. Ihre Mobilisierung kann, wie wir aus der Geschichte und aus dem aktuellen Alltag wissen, eine beachtliche Leistungssteigerung erbringen, die unter Umständen unabhängig ist von Alter, Bildung und Leistungsfähigkeit. «Manches von dem, was Hänschen nicht gelernt hat, kann Hans im hohen Alter noch lernen» [12]. Das gilt analog auch für die Möglichkeit des Erhaltens körperlicher Fitness, wenngleich das Nachlassen hier eher sichtbar werden kann [14].

«Die alten Leute gibt es gar nicht» [15, 69]. Es gibt nur Menschen, die allmählich alt werden. Sie zeigen dabei die gleiche individuelle Vielfalt wie in jüngeren Jahren – auch wenn die körperlichen und oft auch geistigen Kräfte nachlassen [16, 17]. Zudem verläuft der Prozess des Alterns mit großer Variation. Eines aber verbindet die 100-Jährigen: Sie fühlen sich fast alle jünger – je älter sie sind, um so mehr.

Obgleich viermal mehr Frauen als Männer ein sehr hohes Alter erreichen, leiden Frauen aus bisher unbekannten Gründen stärker unter Gesundheitsstörungen als gleichaltrige Männer. Die Altersforscher kamen zu dem Schluss, dass man zwischen dem «dritten» und «vierten» Alter unterscheiden sollte. Erst unter den Hochbetagten, etwa vom 85. bis 90. Lebensjahr an, nehmen körperlicher und geistiger Abbau Dimensionen an, die zu verbreiteter Hilfsbedürftigkeit führen und wirksame gesellschaftliche Unterstützung erfordern [3, 4, 19, 20].

P.B. Baltes [3] weist in diesem Zusammenhang auf die Entwicklung einer bemerkenswerten Diskordanz hin, die sich zwischen der Altersstruktur der Bevölkerung und derjenigen des deutschen Parlaments entwickelt hat: «Es gibt dort eine historische Veränderung in Richtung eines zunehmenden Ausschlusses der Älteren, vor allem der über 60jährigen vom Parlamentsgeschehen. In den ersten vier Wahlperioden nach dem Zweiten Weltkrieg betrug der Anteil von 60jährigen und Älteren im Bundestag zwischen 17 und 25%. Ungefähr seit 1972 hat sich der Anteil dieser Altersgruppe gut halbiert: auf etwa 10% und weniger. Das ist gerade mal ein Drittel des prozentualen Anteils der über 60jährigen an der Wahlbevölkerung. Die Diskrepanz zwischen der Größe der Wählergruppe und der Anzahl ihrer Vertreter im Bundestag nimmt sogar noch dramatisch zu, wenn man die Personen ab 70 betrachtet. Nota bene! In der gesamten Bevölkerung sind mehr als 10 Millionen älter als 70. Eine einzige Person hatte dieses Alter bei ihrer Wahl in dem heutigen Bundestag».

Der Alterungsprozess kann durch Fortsetzung normaler körperlicher wie geistiger Aktivitäten gebremst, in intellektuellen Bereichen aufgehalten und hier sogar umgekehrt werden [1, 3, 4].

Das übliche Ausgrenzen und Sich-selbst-Überlassen der Älteren im so genannten «wohlverdienten Ruhestand» kann eine «Ausschilderung» zum körperlichen wie geistigen Abbau bedeuten. Dieses durch obligate Verrentung und Pensionierung geförderte Brachland kann im Ergebnis zu einer grandiosen

«Rückschrittsfalle» werden [3, 18]. Zu diesen Beobachtungen gibt es historische Erfahrungen: «Im Alter sich zu pflegen oder pflegen zu lassen, bloß um seine Kräfte zu schonen, so aber das Leben zu verlängern – diese Sorgfalt bewirkt gerade das Widerspiel, nämlich frühes Altwerden und Verkürzung des Lebens», so I. Kant [21] in seiner Antwort auf C.W. Hufelands Schrift (1878) «Die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern» [22].

Für die Alters-Chirurgie zeichnet sich damit ein quantitativ – vermutlich auch qualitativ im Sinne von Schwierigkeit, Aufwand und Komplexität der Eingriffe – wachsender Bedarf ab. Die genannten demographischen Zahlen spiegeln die Probleme der Altersmedizin bei weitem nicht realistisch wider. Hier ist mit noch deutlich höherem medizinischen und chirurgischen Behandlungsbedarf zu rechnen. Ursachen sind die Multimorbidität älterer Patienten, die zunehmende Operabilität durch qualifizierte Vorsorge, Vorbehandlungseffekte, Nachbehandlungen und Rehabilitation, eine Absenkung des Narkoserisikos und speziell auch eine Verringerung des Operationstraumas durch minimal invasive Verfahren und den sich daraus ergebenden früheren und besseren Mobilisierungsmöglichkeiten [17, 23–26].

Ob all diese Einzelmerkmale sich zu einer wachsenden Operationsfrequenz für diese Altersgruppen summieren, sich multiplizieren oder gar ein exponentielles Wachstum bedingen, müssen wir offen lassen. Hierzu liegen bisher nur orientierende Schätzungen vor, und die gesamte Thematik ist ein weitgehend unbearbeitetes Feld der empirischen sozialmedizinischen Forschung.

Zum Umfang der chirurgischen Versorgung älterer Patienten stellt Nissen [27] fest: «Die gerontologische Chirurgie umfasst die gesamte Chirurgie, noch dazu bei Kranken, die von vornherein ein größeres operatives Risiko darstellen. Sie erfordert Vertrautheit und Erfahrung mit verschiedenartigen chirurgischen Aufgaben, zu deren Meisterung eine Technik notwendig ist, die den Operationsschock auf ein Minimum reduziert; dazu gehört schonende Behandlung des Gewebes, geringe Narkosetiefe, Vermeidung jedes Zeitverlustes beim Eingriff».

Aufklärung

Aufklärung ist obligater Teil von Diagnose und Therapie. Sie ist älter als die Erfüllung historisch junger juristischer Aufgaben. Kranksein ist ein Stück Lebensgeschichte, eine neue Erfahrung, ein Schicksalsereignis, mit dem sich der Betroffene arrangieren muss. Deshalb ist die Aufklärung gerade für den älteren Patienten mehr als eine momentane naturwissenschaftliche Defektanalyse. Der Dialog zwischen dem Kranken und dem Arzt ist eine menschliche Begegnung grundsätzlicher Art. Hier spürt der Patient, ob und wie er als Mensch mit seinem Leiden angenommen wird. Die Erfahrung wird zum prägenden Katalysator der Therapie. Der Kranke möchte dem Menschen, d.h. der Menschlichkeit im Arzt, dem er unter Umständen mehr oder minder zufällig begegnete, glauben;

dem Fachmann muss er sich anvertrauen. Dieses Vertrauen basiert auf der Vereinbarung, dass der Arzt eine zeitgerechte optimale medizinische Behandlung durchführt und diese human umsetzt. Das liegt zugleich im Sinn und Auftrag der Ethik. Niemand ist so auf die Respektierung seiner Würde angewiesen wie der kranke alte Mensch [27]. Jeder Patient hat seine eigene Vorstellung von sich selbst, von seinem Umfeld und von seiner ihm zunächst fremden Umwelt im Hospital. Dies gilt auch für den Hilflosen mit einer Demenz und den Depressiven [28–32].

Die ärztliche Sprechstunde ist Begegnung in unserem Zeitge-triebe. Für viele ist sie die einzige geschützte Insel der Menschlichkeit. Eine solche unverrechenbare Kompetenz durch die Zeit bewahrt zu haben, macht wesentlich den ethischen Inhalt ärztlicher Berufsauffassung aus [11, 33]. Der Arzt muss ein kluger Beobachter der Natur und ihrer Wissenschaft sein, um ihr Helfer und Assistent zu werden. Seine Bestimmung und Aktionen sind letztlich dort, wo sich Befindlichkeit, Form und Funktion entzweit haben. Gerade bei der Beratung des älteren Patienten erinnern wir uns an T. Billroths Schreiben an R. Toppius (4. Mai 1883) [34]: «Es kommen beim Arzt, auch wenn er noch so viel gelernt hat, so viele persönliche Eigenschaften mit ins Spiel, die fast immer mehr auf den Erfolg influenzieren, als das Wissen, so dass man oft genug sieht, wie die Persönlichkeit den Sieg über Wissen und Können trägt».

Indikationen, Kontraindikationen, Therapiegrenzen

Wenn ein Patient chirurgisch krank, eine konservative Therapie nutzlos und der Leidensdruck groß ist und wenn der operative Eingriff Heilung oder Besserung verspricht, der Kranke zustimmt und kooperativ ist, so bedeutet das Alter nach adäquater Vorbereitung kein Limit. Unter diesen Voraussetzungen sind chirurgische Eingriffe im Alter mit nahezu gleichen Risikoquoten, wie wir sie von jüngeren Kranken kennen, erfolgreich durchzuführen. Dabei erlebt der ältere Mensch die Befreiung von Beschwerden und das Glück eines neuen Stück Lebens sehr viel bewusster als der jüngere.

Problematisch wird die Indikationsstellung beim multimorbiden Kranken. Hier ist man auf eine exakte Diagnostik, auf eine sorgfältige Vorbereitung im interdisziplinären Verbund und wiederum auf den Willen des Patienten zur Mitarbeit verstärkt angewiesen. Schwierig sind die Verhältnisse bei den Notfalleingriffen. Hier ist der Patient primär ein Schwerkranker, eine Vorbereitung kann nur kurzfristig erfolgen, er kann quo ad vitam unmittelbar gefährdet sein.

Persönlichkeit, klinisches Bild, Verlaufseinschätzung und eventuell auch Scores (ASA, APACHE) können statistische Risiken und Chancen immer verbindlicher einkreisen. Für den einzelnen Kranken bleibt immer ein Rest an Nicht- oder Noch-nicht-Wissen. Solange es solche Unwägbarkeit und damit auch eine sinnvolle Chance gibt, ist die Indikation zum kleinstmöglichen effektiven Eingriff zu prüfen [35–39].

Die Grenze zwischen Indikation und Kontraindikation liegt in der Abwägung zwischen dem Erkennen von effektiver Nützlichkeit, zumutbarer persönlicher Belastung und den Gefahren sowie der Fragwürdigkeit der operativen Therapie. Sichere Schlagbäume der Kontraindikationen sind die bewusste Verweigerung des Kranken, der unaufhaltsame Ausfall vitaler biologischer, z.B. zerebraler, Systeme und die von Erfahrung und Befund getragene Feststellung des Beginns eines nahen Sterbens. Um diese Grenze zu sehen und zu differenzieren, stützt sich der Arzt auf die Kompetenz von Realerfahrung zur individuellen Prognose mit der Rückversicherung in Wissen und Gewissen. Solche Entscheidungen können schwer sein. Der Arzt wird den Willen des Kranken respektieren, sinnvolle kollegiale und konsiliarische Hilfe nutzen und den Rat der Pflegepersonen und der Angehörigen hören.

Der operierte und gefährdete ältere Kranke kommt meist zur Intensivstation. Die Indikation stützt sich auf die gleichen Prämissen wie die zur Operation: Solange es eine Chance auf Erfolg gibt, wird die Intensivtherapie durchgeführt. Richtig indizierte Technik ist ein Förderband zu einem Mehr an Sicherheit und an Humanität. In diesem Verständnis kann die richtig eingesetzte Technik gar nicht gut genug sein.

Es ist verständlich, wenn man sich mit der Beendigung der Intensivtherapie schwer tun kann. Sie sollte enden, wenn sie aussichtslos ist. Die Behandlung bleibt, aber sie wechselt ihren Inhalt: Jetzt geht es um intensive persönliche pflegerische Betreuung; kein Allein-Lassen, Gespräch und Beistand, körperlicher Kontakt, Linderung von Leiden – vor allem Schmerz –, Durst, Atemnot, Angst und Verwirrung.

Sterben ist keine Krankheit, es ist der letzte Abschnitt im Leben. Der Kranke soll dem Tod ruhig entgegensehen können. Dem Sterbenden sollen die Umstände des Ausscheidens aus dem Leben erträglich gemacht werden.

Zu den Grenzfragen zählt auch die Lebensverlängerung angesichts des Todes. Sie kann angezeigt sein, wenn der Kranke noch in der Lage ist, als Person in Freiheit und Selbstverantwortung Entscheidungen zu treffen und dies auch tun möchte. Für den Arzt stellt sich das Problem der Einstellung oder des Unterlassens so genannter lebensverlängernder Maßnahmen bei Patienten, die nicht mehr in der Lage sind, sich selbst zu äußern. Hier sollte gelten: Wenn ein solches Leben offenkundig irreversibel dem Tode nahe ist, wenn es ohne ärztliche Hilfe dem Sterben geweiht ist, wenn man dieses menschliche Leben nicht mehr verlängern kann, sondern nur das Sterben verlängert und das Eintreten des Todes verzögert, so unterziehe man es nicht länger einer vergeblichen medizinischen Behandlung. Gerade ein solches Unterlassen oder Einstellen unwirksamer therapeutischer Maßnahmen ist human, menschengemäß und menschenwürdig. Was ein Arzt tut, soll zur Förderung des Lebens sein – auch der Erträglichkeit des Lebens eines Menschen im Sterben. Die meisten Menschen haben weniger Angst vor dem Tod als Angst vor dem Sterben. Weil sie Sterben mit Leiden und Schmerzen verbinden, sollte die Hilfe des Arztes auf die Befreiung von Schmerzen

gerichtet sein. Das kann auch bedeuten, dass der Sterbeprozess verkürzt wird [28, 40].

Weitere ausführliche Details sind in den Leitlinien zum Umfang und zur Begrenzung der ärztlichen Behandlungspflicht nachzulesen – eine Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Therapiebegrenzung und ärztliche Sterbebegleitung [17, 41].

Ethik

Man hört und liest, dass Entscheidungen nur individuell und unter dem Eindruck der jeweiligen Situation für den Einzelfall getroffen werden können. Dies ist immer so, es kann nicht anders sein. Nur: der Einzelfall kann keine eigene situative Ethik – mal so, mal so – hergeben. So dürften anerkannte ethische Prinzipien paralysiert werden. Ethik läuft dabei Gefahr, zu einem Konstrukt von Beliebigkeiten zu werden. Da wir in unserer multikulturellen Gesellschaft hierzu keinen unbedingten Konsens mehr haben, seien einige tragende Thesen der Ethik wiederholt [28, 37, 42–49].

Wir verstehen Ethik – ähnlich der Medizin – als Handlungswissenschaft, als normative Disziplin, nicht als Religion, nicht als Ideologie. Sie ist eine Empfehlung, das Leben des einzelnen Menschen für sich selbst und in der Gemeinschaft zu entwickeln und zu bestehen. Aristoteles ordnete sie neben Ökonomie und Politik in die praktische Philosophie ein [50].

Ethik könnte eine Lebensversicherung für alle sein. Als Weltethos ist sie am ehesten geeignet, einen globalen Konsens zu erlangen [15, 51–54].

Ethik gründet sich auf zwei Bezugspunkte: auf das Gewissen – d.h. auf die moralische Unterscheidung von Gut und Böse, von Recht und Unrecht – und auf das Wissen. Dies meint die sachgemäße Entscheidung über Richtiges und Falsches. Sokrates sagte dazu: «Wissen bedeutet Ethik und Ethik bedeutet Wissen». In dieser Vernetzung muss das Wissen durch das Gewissen justiert werden. Konflikte sind möglich, wenn das Gesetz Verhaltens- und Handlungsweisen erlaubt, die das Gewissen nicht mit tragen kann.

Nach dieser Definition kann es keine neue Ethik – auch keine eigene Situationsethik – geben, sondern jeweils erneute Prüfungen über neues Wissen, neue Indikationen, Technikfolgen und anderes mehr. Ethik war vor der Technik da [55]. Das Gewissen ist mit der Aufgabe, das Leben und die Unversehrtheit des Menschen zu schützen, eine stabile Größe. Wissen ist nicht festgeschrieben, weil es sich ständig erweitert, ändert und erläutert werden muss. Damit liegt die Pflicht zur Weiter- und Fortbildung im ethischen Auftrag.

Der Arzt befindet nicht und niemals über den Wert oder Unwert des Lebens; er befindet über Wert und Unwert seines Tuns oder Nicht-Tuns, d.h. auch über den Wert seiner Therapie für das Leben [7, 45–47, 56–59].

Jeder Mensch ist ein eigenständiges unersetzbares einmaliges Individuum mit einer eigenen Lebensführung und Vorstellung

von seinem Leben. Jeder besitzt eine eigene unantastbare Würde. Sie ist unabhängig von Alter, Geschlecht, Gesundheit und Krankheit, von Leistung und Hilflosigkeit sowie vom sozialen Umfeld. Sofern dies geleugnet wird, degenerieren Würde und Recht zu Leben. Das Lebensrecht jedes Einzelnen kann nicht in der Verfügung anderer Menschen, einer Gruppe oder Partei stehen. Kein Mensch hat das Recht, so über einen anderen Menschen zu verfügen, dass er diesem das Recht zum Leben abspricht. Alles Handeln von Menschen, von dem andere unmittelbar betroffen sind, kann nur in Respektierung der anderen und ihres Selbstbestimmungsrechts bestehen. Darum kann alles nur dem Leben dienen und nicht dem Tod [60–62]. Ohne dieses Lebensrecht aller gibt es keine Rechtssicherheit. Diese Grundannahme unterliegt derzeit Versuchen zur Destabilisierung. Auf dieser jetzt philosophisch induzierten Prüfstrecke kann auch der alte Mensch sein. Den so Betroffenen möchte man ob einer alters- oder krankheitsbedingten Inkompetenz mit verblasster Persönlichkeit sowie einem mangelnden Selbstbewusstsein und Bewusstsein für den Wert seines Lebens ein minderes Menschsein und ebenso eine mindere Würde zusprechen. Für diese in Fremdbeurteilung Verurteilten soll es keinen Anspruch auf eine kostenträchtige aufwendige Palliativ- oder Intensivtherapie mehr geben. Die Konsequenzen können gar das Lebensrecht einbeziehen.

Nach einem solchen Dammbruch wäre der mitwirkende Arzt nicht mehr Bewahrer und Schützer des Lebens, sondern würde dabei sich selbst mitsamt seiner Disziplin beschädigen. Die Euthanasie wird die Menschlichkeit nicht fördern [45, 63, 64].

Wenn das Leben unser höchstes Gut ist, dann stehen wir als Ärzte hier in besonderer Verantwortung. So sieht dies auch die Bevölkerung wie für keine andere Berufssparte. Wenn dem so ist, dann brauchen wir Ärzte einen verlässlichen Lebens- und Berufskompass sowie einen Ausweis über sozial- wie gesundheitspolitische Kompetenzen. Die konkrete Definition dieses Gutes kann für den einzelnen schwierig sein; hier sollte er die Hilfe und Anleitung anderer, die über bewährte Erfahrung, Kultur, Moral, Ethik und Mitmenschlichkeit verfügen, nutzen können [11, 16, 39, 42, 48, 52, 65–67].

Rationalisierung und Rationierung

Eine zunehmende Fokussierung erfährt derzeit die Anerkennung der Wirtschaftlichkeit in der Medizin als reale Bezugsgröße. Die Notwendigkeit der Problemvermessung ist unbestritten. Nach offiziellen Schätzungen werden die Industriestaaten in 30 Jahren mindestens 9–16% ihres Sozialprodukts zusätzlich ausgeben müssen, um den Ansprüchen und den Bedürfnissen älterer Bürger gerecht zu werden. Dies dürfte erhebliche wirtschaftliche Folgen haben. Wird diese Herausforderung nicht zeitig kompensiert, ist eine Destabilisierung entsprechend betroffener Volkswirtschaften möglich. Wirtschaftliche wie politische Institutionen geraten in ein kritisches Klima.

In der Folge geht es um die Verhütung einer dominierenden Ökonomisierung in der gesundheitlichen Versorgung älterer Kranker im Sinne einer Rationierung von Leistungen. Verdeckte Zugänge dazu können auch so genannte Quality-Systeme («quality adjusted life year») sein, d.h. mathematisch quantifizierte Werteinheiten, die die therapeutisch zusätzlich zu erwartende Lebenszeit mit der zu erwartenden Lebensqualität ermitteln. Damit verknüpft werden auch soziale Produktivität und Nützlichkeit des Kranken. Sie sind geeignet, den alten Kranken zu marginalisieren.

Jeder Mensch jeden Alters hat ein Recht auf gesundheitliche Fürsorge und Versorgung im Krankheitsfall. Die Gesellschaft und die staatlichen Institutionen als Organisatoren zur Einhaltung dieses Anspruchs haben die Verpflichtung, durch Bereitstellung von Mitteln und Einrichtungen dafür zu sorgen. Die Bereitschaft dazu ist offensichtlich nicht mehr prinzipiell uneingeschränkt vorhanden. Diese umfassende Verpflichtung wird durch mehrere Konstrukte des praktisch-politischen Umsatzes nicht nur von den Rändern her aufgelöst.

Begriffe und Inhalte wie «Stabilität von Beitragssätzen» zur Sozialversicherung oder auch «Budgetierungen» sollen augenscheinlich konkurrierende Werte sein, mit denen man sich insgesamt aus der Verantwortung zurückziehen möchte. Auf diese Weise wird ein ehrliches Bekenntnis vermieden, was die politisch Verantwortlichen noch für möglich und finanzierbar halten und was die Solidargemeinschaft in Zukunft nicht mehr tragen soll.

Der politischen Makroebene der Allokation obliegt die Pflicht, den Bürger und die Gesellschaft darüber aufzuklären, welchen Prinzipien sie selbst folgt, nach welcher Werteskala sie den alten Bürger und den alten Kranken einschätzt und ob sie bereit und gewillt ist, Ausgrenzungen und damit einen ethischen Dominoeffekt in Kauf zu nehmen oder sie auszuschließen.

Diese Verantwortung wird durch die genannten ökonomischen Konstrukte auf behandelnde Ärzte und klinische Einrichtungen übertragen. Damit soll und kann in Grenzen vermutlich auch der durchaus vernünftige Effekt erreicht werden, vorhandene Rationalisierungsmöglichkeiten aufzudecken und zu realisieren. Letztlich ist aber schon erkennbar und unvermeidlich, dass am Ende Rationierung und Ausgrenzung von Leistungen stehen. Alles spricht dafür, dass in diesem Fall die älteren Kranken überwiegend betroffen sein dürften.

Ein humaner Gemeinsinn muss jeden, auch den ökonomischen, Pessimismus ersetzen. Ein Mehr an Ökonomie darf nicht pauschal zu Lasten der kranken älteren Mitbürger plaktiert werden, ihre Ausgrenzung durch Rationierung darf es nicht geben. Alles andere wäre unmenschliche Autosabotage, die schließlich jeder zu fürchten hätte.

Es geht letztlich nicht nur um Solidarität zwischen den Generationen, sondern vor allem um Solidarität zwischen den Menschen. Nur so hat das Alter eine positive Zukunft [54].

Der Internist H. Mörl betonte in seinem Referat anlässlich der Leopoldina 1999: «Wir Ärzte aller Fachgebiete konnten

bis vor kurzem folgendes erreichen: Durch Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation der primären Ursachen des frühzeitigen Todes und der verschiedenen Krankheiten und durch Verlangsamung des Alterungsprozesses die Lebenserwartung erhöhen. Nun eröffnen sich uns völlig neue Perspektiven: Am Erkennen von Genen, die das Zellwachstum und die Zellreifung steuern, gibt es erfolgversprechende Ansätze zur Gentherapie» [2].

Resümee

Altern bedeutet nicht zwangsläufig körperlichen und geistigen Abbau, es ist keine Krankheit. Wie der alte Mensch seine Befindlichkeit erfährt, weiß nur er selbst. Seine Lebensqualität ist nicht Gegenstand einer Fremdbeurteilung. Der Mensch, gerade auch der alte Mensch, möchte leben, und nicht sterben. Er fürchtet nicht den Tod, sondern qualvolles Sterben.

Entgegen der bisherigen Ansicht wird belegt, dass selbst bis ins hohe Alter hinein spezifische Behandlungen möglich sind und dass es auch bei strenger Indikationsstellung weder auf dem Gebiet der inneren Medizin noch der Chirurgie eine Altersgrenze gibt.

Der Umgang mit den älteren Mitbürgern ist ein sensibler Indikator unserer Kultur. Mit dem demographischen Alter-Werden haben die Menschen heute einen früher unvorstellbaren Fortschritt und Gewinn an reichen Lebensjahren erzielt. Es ist nur natürlich, wenn sich neue Aufgaben und Möglichkeiten für die größer werdende Gruppe der älteren gesunden wie kranken Mitbürger in unserer Gesellschaft stellen. Eine Ausgrenzung durch formale Verurteilungen zur Inaktivität darf nicht in einer fatalen Rückschrittsfalle münden.

Nach der neuesten so genannten Sterbetafel der Bundesrepublik Deutschland (Pressemitteilung Statistisches Bundesamt Wiesbaden, 21. November 2002) liegt die Lebenserwartung bei Jungen, die derzeit geboren werden, bei 74,8 Jahren, für Mädchen bei 80,8 Jahren. Die Menschen werden älter, Kinder werden seltener, die Berufsphasen kürzer.

Ein humaner Gemeinsinn muss jeden Pessimismus ersetzen. Ein Mehr an Ökonomie darf nicht pauschal zu Lasten der kranken älteren Mitbürger gehen. Ihre Ausgrenzung durch Rationierung wäre eine infame Diffamierung.

H. Schipperges bemerkt zu diesem Thema: «Das Altern erscheint als die erste, die größte Herausforderung an die Medizin in einer Welt, die im Jahre 1900 nur 1,6 Milliarden Menschen zählte, im Jahre 2000 aber 6,1 Milliarden. Die Zahl der 60jährigen hat heute bereits die Zahl der 20jährigen überstiegen» [68]. U. Lehr äußert ähnliche Sorgen: «Durch die Erhöhung der Lebenserwartung beim Menschen, die in Deutschland um die vorige Jahrhundertwende etwa um 45 Jahre betrug, heute dagegen bei gut 75 Jahren liegt, ist die Gesellschaft vor neue Aufgaben gestellt. Da es für viele Alte keine Aufgaben mehr gibt und sie von den Jungen verdrängt werden,

droht ein Generationskonflikt. Es ist völlig falsch, ältere Menschen nur als Kostenfaktor zu sehen, als Altenlast, Rentenlast, Pflegelast. Warum diskutieren wir ältere Menschen nicht als Wirtschaftsfaktor? Warum lenken wir unser Augenmerk nicht stärker auf die Kompetenzen und Potentiale Älterer, durch die auch eine älter werdende Gesellschaft nur gewinnen kann? Doch oft wird ihr Angebot nicht angenommen, ihre Dienste nicht abgerufen, auch in der Wirtschaft, der Wissenschaft, der Politik» [69]. H.G. Gadamer schreibt dazu in seiner

Arbeit: «Als erstes fragt man sich: Was gibt diesem Thema sein heutiges Gewicht? Wir können uns nicht darüber täuschen, dass – gegenüber früheren und älteren Kulturen – in unserer Gegenwart ein bedeutsamer Wandel in der Wertschätzung des Alters und seiner Rolle im Leben der Gesellschaft eingetreten ist. Solcher Wandel ist Teil der Geschichte und darin auch der Entwicklung der Medizin und hier der Chirurgie. Allein geblieben ist die Erfahrung, dass niemand ohne Hoffnung leben kann» [70].

Literatur

- Baltes PB: Altern hat Zukunft. Die Zeit 25.10.2002, Politik, pp 14.
- Mörl H: Altern aus internistischer Sicht. Nova Acta Leopoldina NF 1999;81:325–349.
- Baltes PB: Der schwierige Weg in das vierte Lebensjahr und ein Plädoyer für gesellschaftliche Reformen. Die Zeit, 15.09.2002, Politik, p 12.
- Baltes PB: Die zwei Gesichter des Alterns der Intelligenz. Jahrbuch 1993, Leopoldina 1994;39:169–190.
- Brauchbar M, Heer H: Zukunft Alter, Herausforderung und Wagnis. München, Artemis und Winkler, 1993.
- Schreiber HW: Grenzen der Alterschirurgie, wo liegen sie, lassen sie sich definieren? Arzt und Krankenhaus 1996;7:206–212.
- Schoppenhauer A: Gedanken zur Ethik vorgestellt von W. Seelig. Frankfurt/M., Ullstein, 1991.
- Mohr H: Biologische Grenzen der Medizin, Nova Acta Leopoldina NF 1997;76:227–236,303.
- Harley CB: Telomere loss: Mitotic clock or genetic time bomb? Mutal Res 1991;256:271–282.
- Hayflick I: The cellular basis of biological ageing. Kurzfassung der 30. Karl-August-Forster-Lecture über programmierte Biosynthesen. Mainz, 1993 (zitiert nach [12]).
- Friedan B: The Foundation of Age. New York, Simon and Schuster, 1993.
- Schriebers H: Alt sein und alt werden. Festvortrag 02.07.1992, 25-Jahrfeier Universität Ulm. Ulmensien 1993;6:82–92.
- Schriebers H: Leidwesen Mensch; in Becker V, Schipperges H (Hrsg): Krankheitsbegriff, Krankheitswesen. Berlin, Springer, 1995, pp 77–91.
- Rhyu MS: Telomeres, telomerase und immortality. J Natl Cancer Inst 1995;87:884–894.
- Lehr U: Demographischer Wandel, Herausforderungen einer alternden Gesellschaft. Forsch Lehre 1997;4(2):63–67.
- Peterson PG: Gray dawn: The global aging crisis. Foreign Aff 1999;Jan/Feb:42–55.
- Pichlmayr R: Der Wert maximaler Intensivtherapie für die Chirurgie. Dtsch Ärztebl 1984;81:2639–2640.
- Beger HG, Öttinger W, Rössler D, Schreiber HL: Grenzen der Intensivtherapie in der Chirurgie. Dtsch Ärztebl 1991;88:4482–4489.
- Meyer KU, Baltes PB (Hrsg): Die Berliner Altersstudie. Berlin, AkademieVerlag, 1996.
- Stein R: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 13.11. 1996, Natur und Wissenschaft.
- Kant I: Der Streit der Fakultäten. 3. Abschnitt, der Streit der philosophischen Fakultät mit der medizinischen. Herausgegeben von S. Dietzsch. Reclam, Leipzig, 1984, pp 200 ff.
- Hufeland CW: Die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern. Wien, Franz Haas, 1997, Faksimile, Ausgabe Hamburger Verlag W. Lichters.
- Kraas E, Schwermann R, Henneberg T: Alter als Risikofaktor beim chirurgischen Eingriff: Gibt es verbindliche Grenzen? Langenbecks Arch Chir 1983;361:255–261.
- Lorenz W, Ohmann C, Stöltzing H, Thon K: Grundlagen chirurgischer Indikationen: Hilfen zur Entscheidungsfindung. Langenbecks Arch Chir 1986;369:57–63.
- Peter K: Narkoserisiko, welches Verfahren? in Heberer G, Witte J (Hrsg): Chirurgie im hohen Alter. Erlangen, Perimed Fachbuch-Verlag, 1982, pp 48–55.
- Schulte am Esch I, Kochs E: Central Nervous System Monitoring in Anesthesia and Intensive Care. Berlin, Springer, 1994.
- Nissen R: Die Chirurgie des alternden Menschen: Indikation und Kontraindikationen; in, Nissen R: Fünfzig Jahre erlebter Chirurgie. Ausgewählte Vorträge und Schriften. Stuttgart, Schattauer, 1978, pp 284–295.
- Diehl V, Diehl A: Ethische Herausforderungen in der Medizin; in Diehl V, Thomas H (Hrsg): Menschlichkeit der Medizin. Herford, Busse Seewald, 1992, pp 13–34.
- Eigler FW: Therapiegrenzen im hohen Lebensalter; in Heberer G, Witte J (Hrsg): Chirurgie im hohen Alter. Erlangen, Perimed Fachbuch-Verlag, 1982, pp 44–147.
- Ermancora F: (1992/1993): Grundrecht auf Unverfügbarkeit des leiblichen Lebens; in Diehl V, Thomas H (Hrsg): Menschlichkeit der Medizin. Herford, Busse Seewald, 1992, pp 123–136.
- Franke H: Auf den Spuren der Langlebigkeit, Stuttgart, Schattauer, 1985.
- Fuchs C: Ethische Konflikte und Kostendynamik, demographische Entwicklung und medizinischer Fortschritt. Arzt und Krankenhaus 1993;93:113–118.
- Engelhardt D: Leiden und Sterben – und das Ziel ärztlichen Handelns. Arzt und Christ 1989;35: 85–92.
- Billroth T: Briefe von Theodor Billroth. Hannover, Hahn, 1895, p 247.
- Heberer G, Witte J: Chirurgie im hohen Alter. Erlangen Perimed Fachbuchverlag, 1982.
- Jonas H: Technik, Medizin und Ethik: Zur Praxis des Prinzips Verantwortung, 2. Aufl. Frankfurt/M., Insel, 1987.
- Jucc JM: Ethical principles in clinical care. J Am Med Assoc 1990;263:696–700,
- Knaus WA, Zimmermann JF, Wagner DP, Draper BA, Lawrence DE: APACHE – Acute physiology and chronic health evaluation: A physiologically based classification system. Crit Care Med 1991;13: 818–829.
- Lehmann K: Mit dem Pluralismus leben. Renovatio 1996;52:1–10.
- Opderbecke HW, Weissauer W: Grenzen zwischen Leben und Tod. Praxis der Intensivbehandlung, 4. Aufl. Stuttgart, Thieme, 1995, pp 70–77.
- Pichlmayr R: Leitlinie zum Umfang und zur Begrenzung der ärztlichen Behandlungspflicht in der Chirurgie. Entwurf der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 113. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 12. April 1996, Berlin.
- Böckle F: Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht. Langenbecks Arch Chir 1980;352:57–60.
- Heiss HW, Illhardt FJ: Intensivmedizinische Maßnahmen beim älteren Menschen: Ethische Überlegungen zur Indikationsstellung. Intensivmed Notfallmed 1983;30:343–349.
- Herranz G: Gebote und Verbote der Sterbehilfe; in Diehl V, Thomas H (Hrsg): Menschlichkeit der Medizin. Herford, Busse Seewald, 1992, pp 221–259.
- Koch T: Sterbehilfe oder Euthanasie als Thema der Ethik. Z Theol Kirche 1987;84:86–117.
- Koch T: Das unbedingte Lebensrecht eines jeden Menschen. Ethik in der Medizin 1987;2:118–128.
- Koch T: Lebensqualität und Ethik – am Beispiel der Medizin. Veröffentlichung der Joachim-Jungius-Gesellschaft der Wissenschaften Hamburg, Nr. 69. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1992, pp 5–15.
- Pieper A: Einführung in die Ethik, 3. Aufl. Tübingen, Francke, 1994.
- Spaemann R: Die Herausforderung des ärztlichen Berufsethos durch die medizinische Wissenschaft. Med Klin 1991;86:595–600.
- Aristoteles: Nikomachische Ethik. übersetzt und herausgegeben von F. Dirlmeier, Stuttgart, Reclam 1969.
- Küng H: Projekt Weltethos. München, Piper, 1990.
- Kuhse H: The Sanctity of Life Doctrine in Medicine. A Critique. Oxford, Oxford University Press, 1987.
- von Lutterotti M: Der Arzt und das Tötungsverbot; in Diehl V, Thomas H (Hrsg): Menschlichkeit der Medizin. Herford, Busse Seewald, 1992, pp 177–203.
- Nagel E: Ökonomische Gesichtspunkte der onkologischen Chirurgie. Was wissen wir darüber, sind sie relevant, müssen/dürfen wir sie beachten? Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 10 April 1996, Berlin, Referat 113.
- Schreiber HW: Ethische Anliegen: Aktuelles zur Ethik. DGC Kongreßband. Berlin, Springer, 1999, pp 830–832.

- 56 Rohner A: Die Chirurgie beim alten Menschen. Bern, Huber, 1975.
- 57 Schipperges H: Die Medizin in der Welt von Morgen. Düsseldorf, Econ, 1976.
- 58 Schreiber HL: Leitlinie zum Umfang und zur Begrenzung der ärztlichen Behandlungspflicht in der Chirurgie. Entwurf der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 113. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 12. April 1996, Berlin.
- 59 Diehl V, Thomas H (Hrsg): Menschlichkeit der Medizin, Herford, Busse Seewald, 1993.
- 60 Troidl H, Kusche J: Risikoforschung in der Chirurgie: Heutige und künftige Strategien aus der Sicht des Kliniklers. *Langenbecks Arch Chir* 1983;361: 243–249.
- 61 Virt G: Der Patient ist Person. Österreichische Gesellschaft für Chirurgie, Mitteilungen 1998;2:36–40.
- 62 Weissauer W: Rechtliche Aspekte der Sterbehilfe. *Krankenhausarzt* 1975;48:307–312.
- 63 De Wachter M: Active euthanasia in The Netherlands. *JAMA* 1989;262:3316–3319.
- 64 Singer P: Praktische Ethik. Stuttgart, Reclam, 1984.
- 65 Greten H: Positionen und Perspektiven. *Med Klin* 1996;61:257–261.
- 66 Nühlen-Graab M: Philosophische Grundlagen der Gerontologie. Heidelberg, Quelle und Meyer, 1990.
- 67 Schuster HP: Ethische Probleme im Bereich der Intensivmedizin. *Internist* 1996;40:260–269.
- 68 Schipperges H: Medizin im Alter, Lernen aus der Geschichte? *Forsch Lehre*, 1997;4:61–62.
- 69 Lehr U: Die Alten gibt es nicht. *Refugium* (Frankfurt/M.) 1998;2:4–8.
- 70 Gadamer HG: Das Altern, Gewinn und Verlust, *Forsch Lehre* 1997;4:58–60.