

Die älteren Menschen und die Medizin

Autor(en): **Knoblauch, Markus**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Alter & Zukunft : Magazin der Pro Senectute Kanton Zürich**

Band (Jahr): **7 (1999)**

Heft 2

PDF erstellt am: **14.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-818427>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

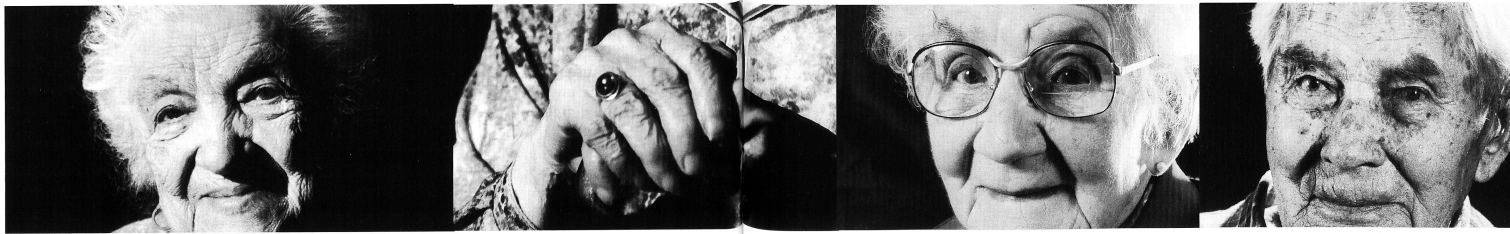


Foto: Dierckx/Zeits

Die älteren Menschen und die Medizin

**Prof. Dr. med. Markus Knoblauch*

Ein grosser Teil der Menschen in unserem Land darf heute bei recht guter Gesundheit ein hohes Alter erreichen und die Lebenserwartung steigt von Jahrgang zu Jahrgang. Dazu einige Zahlen: $\frac{2}{3}$ der 1930 geborenen Frauen können damit rechnen, ihren 80. Geburtstag zu erleben. Männer leben durchschnittlich etwas weniger lang; bei ihnen sind es $\frac{2}{3}$ des Jahrganges 1940, welche 80 Jahre alt werden können. Nur etwa 20% der heute 80jährigen und noch älteren Menschen leben in einem Heim. 40% der über 80jährigen sind absolut selbständig, 20% sind auf leichte Hilfe angewiesen, wiederum 40% sind weitgehend pflegebedürftig.

Wir verdanken diese Tatsachen einer ganzen Reihe von Faktoren, medizinischen wie auch anderen, z.B. der verbesserten Ernährung, der allgemeinen und persönlichen Hygiene, der guten sozialen Bedingungen usw. Medizinische Gründe gibt es viele: die niedere Sterblichkeit von Neugeborenen und Kindern, die Möglichkeit, bei vielen Infektionen mittels Antibiotika entscheidend einzugreifen, die Ausmerzungen von Infektionskrankheiten durch Impfungen (z.B. Pocken, Kinderlähmung, Tetanus), die hervorragenden Operationstechniken und Anästhesiemöglichkeiten, die modernen Medikamente, mit welchen z.B. Schmerzen, Ent-

zündungen, Bluthochdruck, Zuckerkrankheit und viele bösartige Geschwülste erfolgreich behandelt werden können. All diese Errungenschaften sind das Resultat von Forschung und Schulung.

Innovative «Gesundheitsindustrie ...»

Der Erhaltung und Wiederherstellung der menschlichen Gesundheit dienen heute wichtige Industriezweige, welche ihrerseits für unzählige Menschen eine Erwerbsmöglichkeit bieten. Das Wiederherstellen der Gesundheit sowie die Aufrechterhaltung der Lebensqua-

lität eines Menschen kostet somit Geld, häufig mehr, als der einzelne zahlen könnte. Darum haben wir in unserem Lande ein Versicherungssystem auf dem Solidaritätsgedanken zwischen Gesunden und Kranken, Jungen und Alten aufgebaut. Es ist eine Tatsache, dass wir das hervorragende, immer innovativere Angebot der «Gesundheitsindustries» (vom Arzt bis zum Spital, vom Forscher bis zum Industrietechniker, vom Medikament bis zum Herzschrittmacher) immer mehr beanspruchen.

... kostet Geld

Damit haben mittlerweile die Kosten des Gesundheitswesens ein Ausmass erreicht, das den Einzelnen und die Gemeinschaft nicht mehr unberührt lässt. Der Ruf erschallt weit und breit, die Gesundheitskosten dürften nicht mehr weiter ansteigen, das tragbare Mass sei voll oder bereits überschritten. Aber die medizinischen Angebote werden sich weiter vermehren und verbessern und wir Menschen werden davon profitieren. Bekanntlich können wir nicht mehr und Besseres zum gleichen, wenn möglich sogar zum tieferen Preis haben. Was tun?

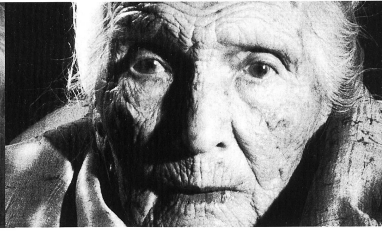
Keine diskriminierenden Einschränkungen

Ich denke, dass wir uns alle, d.h. die ganze Gesellschaft unseres Landes, über Richtlinien und Regeln einigen müssen, wieviel Geld wir für unsere Gesundheit einsetzen wollen und

auf wen und wie wir es verteilen wollen. Ich kann mir nun vorstellen, dass die Älteren, in deren letzten Lebensjahren natürlicherweise ein erheblicher Teil der Gesundheitskosten anfällt, sich besorgt als Ziel von Sparübungen und Einschränkungen sehen oder befürchten, dass der Solidaritätsgedanke zu ihren Ungunsten immer mehr verlassen wird, so dass sie diskriminierende Einschränkungen der medizinischen Leistungen hinnehmen müssen oder aber ihre Prämien ins Unbezahlbare wachsen sehen. Dies darf meines Erachtens auf keinen Fall geschehen, und zwar nicht nur weil wir und unsere Kinder die Älteren von morgen und übermorgen sind.

Sechs Thesen im Hinblick auf die stets wachsenden Möglichkeiten medizinischer Massnahmen bei beschränkten Mitteln möchte ich aufstellen:

1. Es darf auch angesichts knapp werdender Mittel keine Diskriminierung in bezug auf Zuteilung und Empfang medizinischer Leistungen aufgrund von finanziellem oder sozialem Status, Geschlecht, Alter, Rasse oder Religion geben.
2. Die obligatorische Grundversicherung darf nur notwendige, nachweisbar wirksame medizinische Massnahmen decken. Leistungen, die vorwiegend dem Wohlbefinden dienen, dürfen durch die Grundversicherung nicht bezahlt werden. Für solche Ansprüche müssen individuelle Zusatzversicherungen abgeschlossen werden.



3. Auch alten Menschen muss die moderne Medizin voll zugute kommen. Sie vermag unter anderem für die Verbesserung der Lebensqualität enorm viel zu leisten. Als Beispiele seien nur die künstlichen Hüftgelenke erwähnt, der Ersatz der trüb gewordenen Augenlinsen, die Behandlung der schweren Angina pectoris mittels Ballons, Stents oder Bypass-Chirurgie oder die Operationen bei engem Spinalkanal.

4. Zur Wahrung der menschlichen Würde muss die bestmögliche, ganzheitliche Pflege und Behandlung der menschlichen Grundbedürfnisse inkl. wirksamer Schmerzbehandlung und - auf Wunsch - künstlicher Versorgung mit Flüssigkeit und Nahrung auch bei todkranken oder schwerbehinderten Menschen garantiert sein.

5. Behinderungen wie z.B. eine schwere Alzheimerische Erkrankung oder hohes Alter rechtfertigen für sich allein keine generelle Einschränkung der medizinischen Leistungen. Jede diesbezügliche Entscheidung darf aber im Sinne von Ziffer 6 abgewogen werden.

6. Die Einschränkung medizinischer Leistungen soll dort möglich sein, wo der Nutzen medizinisch stark umstritten, unverhältnismässig klein oder nicht relevant ist; wo alle Massnahmen angesichts eines nahenden Todes mit grosser Wahrscheinlichkeit nutzlos sind; wo das Risiko einer medizinischen Leistung angesichts der Gesamtsituation des Patienten übergross ist; vielleicht auch dann, wenn Aufwand und Nutzen in einem völlig unausgewogenen Verhältnis zueinander stehen und angenommen werden muss, dass durch den Aufwand wertvolle Mittel für Mitmenschen verloren gehen, welche mehr davon profitieren würden.

Wichtiger gesellschaftlicher Konsens

Bei der Diskussion um die Einschränkung, d.h. Rationierung medizinischer Leistungen, geht es unter anderem darum, festzuhalten, dass derartige Entscheide - verdeckt oder offen

- nicht allein durch Einzelpersonen, Berufsgruppen oder Institutionen gefällt werden, sondern dass betroffene Menschen, Pflegendе, Ärzte, Versicherer sich in ihren Entscheiden von einem Konsens in der Gesellschaft getragen wissen. Die Gesellschaft als Ganzes muss in diese Entscheidungsfindung einbezogen werden. Sie muss zunehmend von den Fachleuten über das Verhältnis von Nutzen und Aufwand aufgeklärt werden, um Stellung dazu nehmen zu können, was machbar, sinnvoll oder aber nur wünschbar oder sogar sinnlos ist. Diese Diskussion muss überall geführt werden, unter Bürgerinnen und Bürger, in der Politik, in den Medien, zwischen Fachleuten und Laien. Nur durch den so erreichten Konsens können wir verhindern, dass in Zukunft irgend eine Instanz aufgrund finanzieller oder anderer Erwägungen entscheidet, wer welche medizinische Leistung zu gute hat oder nicht.

Hilfreiche Patientenverfügung

Ich möchte insbesondere alle älteren Menschen ermuntern, sich zu überlegen, was sie bei Krankheit und Behinderung an medizinischen Massnahmen beanspruchen und auf sich nehmen wollen. Die Ärzte sind froh, bei schwerer Krankheit oder Unfall von Angehörigen oder auch über eine schriftliche Patientenverfügung (siehe auch Artikel von Prof. Dr. med. Walter Hitzig) zu erfahren, was der Wunsch des Patienten ist. Häufig müssen nämlich weittragende Entscheide schnell gefällt werden, obschon diese Entscheide im Ermessensbereich liegen. Da der Arzt davon ausgeht, für den Patienten das Bestmögliche zu veranlassen, kann er in Gefahr geraten, über das Ziel hinauszuschiessen.

Als Beispiel sei folgende Situation geschildert: «Ein über 80jähriger Mann erleidet zu Hause einen Herzinfarkt. Innerhalb kurzer Zeit ist die Rettungsequipe an Ort, findet den Patienten aber bereits bewusst- und pulsflos vor. Für

lange Überlegungen bleibt keine Zeit, es zählt jede halbe Minute. Die Equipe beginnt sofort mit der Reanimation, welche insofern erfolgreich ist, als Puls und Blutdruck sich durch die Behandlung normalisieren. Während der nächsten 10 Tage liegt der Patient auf der Intensivstation des Spitals, ohne aber je das Bewusstsein wiederzuerlangen. Er muss dabei künstlich beatmet werden. Nach dieser Zeit versagt das Herz des Patienten seinen Dienst endgültig.»

Es gibt zu dieser Begebenheit zwei Kommentare:

- Fachleute wissen, dass eine Reanimation bei alten Menschen, wenn sie ausserhalb des Spitals, d.h. zu Hause oder auf der Strasse geschieht, nur eine äusserst geringe Chance hat, auf die Dauer erfolgreich zu verlaufen; unser Patient hatte somit von Anfang an nur eine winzig kleine Chance, zu genesen. Da seine Chance aber nicht gleich Null war und diese Chance bei etwas jüngeren Menschen deutlich höher liegt, könnte nur ein allgemeiner gesellschaftlicher Konsens die Ärzte von der Pflicht entheben, in dieser Situation die Reanimation durchzuführen.

- Ausser, und das ist der nächste, zweite Kommentar, ausser zufällig anwesende Angehörige hätten der Equipe sagen können, der Patient habe für derartige Situationen den Wunsch geäussert, dass keine Reanimation durchgeführt würde. In diesem Fall hätte das Team nicht mit der Reanimation beginnen müssen oder die Behandlung wiederum abbrechen können.

Gerade bei Ermessensentscheiden oder in kritischen Situationen ist deshalb die Kenntnis des Willens des Patienten hilfreich. Im Rahmen des Möglichen werden derartige Willensäusserungen auch respektiert. Auch wenn das Leben seinem Ende zugeht, soll der Patient sagen, was er will und nicht will. Ich habe gelernt, dass der

Mensch ein sehr gutes Gefühl für seinen gesundheitlichen Zustand hat und dass ältere Menschen meistens spüren, wann ihre innere Uhr am Ablaufen ist. Ich bin jeweils froh, wenn sie mir dies zu verstehen geben. Wir, Ärzte und Pflegendе, können uns dann entsprechend verhalten. Es ist letztlich schöner, die letzten Stunden, Tage oder Wochen des Lebens gefasst und ruhig zu verbringen, als von medizinischer Aktivität umgeben zu sein, mit welcher wir uns letztlich doch nicht vom Tode loskaufen können.

*Prof. Dr. med. Markus Knoblauch ist Chefarzt am Kreisspital Männedorf.

Foto: Urs Weiser

