

Daniel Callahan

Ethik, Altern und Technologie

Immer war es schon so, daß Menschen alternen, krank wurden und starben. Als die Lebenserwartungen noch kurz waren und der Krankheitsverlauf nicht lange zu dauern pflegte, brachte diese biologische Realität keine Probleme mit sich. Menschen starben in allen Altersstufen des Lebenslaufs, und der Tod war für Junge wie für Alte gleichermaßen wahrscheinlich. Diese Situation hat sich auf drastische Weise verändert. Die Gesundheitsfürsorge für ältere Menschen ist zwangsläufig zum schwerwiegendsten Langzeitproblem der entwickelten Länder der Welt geworden. Mit einem steigenden Anteil der Alten im Verhältnis zu den Jungen (denn die älteren Menschen bilden in vielen Ländern die proportional am schnellsten zunehmende Gruppe in der Bevölkerung) und mit über 75% der Menschen einer Bevölkerung, die über 65 Jahre werden, bevor sie sterben, kann man wahrhaftig sagen, daß die Zukunft der Gesundheitsfürsorge den Alten gehört.

Aufgrund dieser sich abzeichnenden Entwicklung entstehen einige akute moralische Probleme. Eines davon ist nicht sehr neu, stellt sich nun aber mit vermehrter Brisanz: Sollte das Alter ein ausschlaggebender Grund sein für eine je unterschiedliche Entscheidung über die Pflege eines Patienten? Auch wenn dies nicht offen zugegeben oder gerechtfertigt wurde, ist in der Praxis in den meisten Fällen sicher so verfahren worden. Mehr und mehr geht der Trend jedoch dahin, das Alter nicht als Kriterium für die individuelle Fürsorge zu werten. Nicht das Alter des Patienten, sondern seine individuelle medizinische Notsituation hat höchste moralische Relevanz.

Diese Entwicklung mit ihrer Ablehnung einer einst üblichen Benachteiligung der Älteren wird jedoch überschattet von einem noch schlimmeren Problem. Angesichts der steigenden medizinischen Kosten und Knappheit der Mittel — wird es da möglich sein oder einen moralischen

Sinn haben, eine Gesundheitsfürsorge für die Älteren zu schaffen ohne jegliche Berücksichtigung des Alters? Die Schwierigkeit einer positiven Antwort auf diese Frage besteht darin, daß sie wahrscheinlich eine unbegrenzbare Verpflichtung zur Anwendung ganz gleich welcher Technologien und ganz gleich welcher Kosten, die der zukünftige medizinische Fortschritt bringen wird, nach sich zöge. Wenn dem nachgegeben wird, ist es gut möglich, daß die bezeichnenderweise umfangreichen Anforderungen an die Gesundheitsfürsorge, die Teil des Alterns sind, beginnen werden, die Ansprüche anderer Altersgruppen oder gesellschaftliche Ansprüche anderer Art als Gesundheitsprobleme zu beeinträchtigen und zu übertönen.

Grenzen des Fortschritts

Das zutiefst zugrundeliegende Problem ist hier nicht das Altern als solches, sondern die Kombination einer alternden Gesellschaft und eines konstanten technologischen Fortschritts. Es gibt immer mehr Möglichkeiten, ältere Menschen am Leben zu erhalten — zu immer höheren Preisen. Dialyse, Chirurgie am offenen Herzen, künstliche Hüften und verschiedene Formen der intensiven Akutbehandlung sind für die Älteren schon eine Selbstverständlichkeit. In Anbetracht des biologischen Faktums des Alterns, des körperlichen Verfalls und der menschlichen Sterblichkeit gibt es buchstäblich unzählige — aktuelle und potentielle — Möglichkeiten, die alternenden Körper in Gang zu halten. Die Frage ist daher: Wie weit wollen wir gehen in unserem Bestreben, den Tod alternder Menschen zu bekämpfen und damit fortzufahren, die durchschnittliche menschliche Lebenszeit zu verlängern?

Diese Frage kann in zweifacher Weise verstanden werden. Eine Möglichkeit ist zu fragen, ob es — abgesehen von den Kosten — für die Medizin angemessen ist, den Tod älterer Menschen solange wie möglich hinauszuzögern. Wenn wir den Tod als einen natürlichen Teil des Lebens betrachten, könnten wir geneigt sein zu sagen, daß er bis zu einem bestimmten Grad als der biologisch bestimmte Endpunkt des Alterns zu akzeptieren ist. Wir könnten jedoch sehr wohl mit diesem Standpunkt als einer *allgemeinen* Behauptung übereinstimmen und trotzdem sehr hart

darum zu kämpfen haben, wo dieser Endpunkt angesetzt werden soll. Der Tod, so könnten wir sagen, sollte selbstverständlich akzeptiert werden — aber besser nächstes Jahr als dieses Jahr, und noch besser das Jahr darauf usw. Wir könnten außerdem darauf abzielen, jeden Menschen so lange, wie es biologisch möglich ist, leben zu lassen — etwa bis er 110 Jahre alt ist —, und in die Erforschung dieses Zieles massiv investieren.

In Reaktion auf diese Möglichkeiten bin ich selbst sehr geneigt, zu sagen, daß wir keine spezielle moralische Verpflichtung haben, auf eine unbegrenzte Verlängerung des Lebens älterer Menschen hinzuarbeiten oder dafür zu sorgen, daß alte Menschen das biologische Maximum einer Lebensspanne erreichen. Erstens ist es nicht evident, daß die Verlängerung eines Lebens um einige Jahre das Glück vermehrt oder die geistige Entwicklung steigert. Auf der anderen Seite: Auch wenn der Tod immer ein trauriges (wenn auch nicht notwendigerweise tragisches) Ereignis darstellt, ist es schwer einzusehen, warum man im Tod nach einem ziemlich langen — wenn nicht sogar sehr langen — Leben etwas ungeheuer Schlimmes sehen will. Unter der Voraussetzung, daß wir in jedem Alter als noch nicht «reif» für den Tod gelten müssen, ist doch der Tod eines älteren Menschen Teil des Lebens, und nicht unbedingt ein Verstoß gegen seinen Wert. Selbst wenn wir daher alles Geld der Welt besäßen und keinen anderen Verwendungszweck dafür hätten, bin ich nicht davon überzeugt, daß das Ausgeben dieses Geldes für die kontinuierliche Lebensverlängerung älterer Menschen einen großen Beitrag zur menschlichen Wohlfahrt bedeuten würde.

Wie dem auch sei — wir haben nicht unbegrenzt viel Geld zur Verfügung. Jedes entwickelte Land sieht sich konfrontiert mit der Belastung der Kosten für die Gesundheitsfürsorge, und darüberhinaus gibt es noch viele andere gesellschaftliche Bedürfnisse. Auf die eine oder andere Weise — offen zugestanden oder geheim — werden wir der Gesundheitsfürsorge für die Älteren gewisse Grenzen setzen müssen. Wir können es uns nicht leisten, gegen alle biologischen Grenzen des Alterns anzukämpfen, ohne dabei die Kosten zu berücksichtigen.

Wie ist diesem Problem zu begegnen? Vor allem können wir zwei Antworten, die attraktiv, aber unangemessen sind, zunächst beiseite schieben. Eine von ihnen lautet, daß eine effizientere

Medizin — d. h. eine, die am ökonomischsten mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen umgeht und die auf einem besseren technologischen Stand ist — uns helfen könnte, die Älteren zu einem erschwinglichen Preis mit der Pflege, die sie brauchen, zu versorgen. Aber dies ist zu optimistisch. Kein Zweifel, eine effizientere Medizin könnte mehr Leben retten und für eine bessere Gesundheit sorgen zu sogar geringeren Preisen als heute. Aber kein auch noch so hoher Grad an Effizienz wird wahrscheinlich dazu in der Lage sein, die hohen Kosten für die Lebensverlängerung alter Menschen in Zukunft zu decken. Die andere Antwort lautet: Wenn wir nur mehr Geld für die Forschung investieren würden, so könnten wir Heilmittel für die chronischen und degenerativen Krankheiten finden, die die alten Menschen auf so vernichtende Weise beeinträchtigen. Es besteht jedoch kein Grund zur Annahme, daß eine intensivere Forschung die Kosten dämpfen könne. Tatsächlich scheint das Gegenteil der Fall zu sein, hauptsächlich weil die schwierigsten und kostspieligsten Krankheiten im Alter nicht durch preiswerte Immunisierungen oder allgemeine Gesundheitsbehandlungen bekämpft werden können.

Der große Erfolg der biomedizinischen Wissenschaften insgesamt und besonders die Beseitigung der hauptsächlich infektiösen Krankheiten sollten nicht zu der Schlußfolgerung führen, daß die degenerativen Krankheiten des Alters in gleicher Weise überwunden werden können. Krebs, Herzkrankheiten, Schlaganfall und die Alzheimersche Krankheit haben bewiesen, daß sie sehr hartnäckige Gegner sind. Ein einfaches Präventionsprogramm oder eine Immunisierung sind wenig geeignet, sie zu beseitigen. Selbst wenn dieses Wunder gelänge, würden andere Krankheiten sofort deren Platz einnehmen.

Alles das soll einfach nur ausdrücken, daß es letztlich naiv und vielleicht unverantwortlich ist, darauf zu setzen, daß die Zukunft ein ökonomisches Wunder oder einen überwältigenden medizinischen Fortschritt bringen werde. Wir sollten stattdessen mit den wahrscheinlichsten Zukunftsmöglichkeiten arbeiten und unser Vorgehen planen mit diesen Gedanken im Hintergrund. Die wichtigste historische Tendenz geht in Richtung a) einer steigenden Lebenserwartung für die Älteren mit einer besonders großen Zunahme für diejenigen über 85 Jahre und b) einer wachsenden Anfälligkeit für Krankheiten

und Invalidität, die als Begleiterscheinung der gehobenen Lebenserwartung auftritt.

Am wichtigsten erscheint es mir, daß wir aus Planungsgründen voraussetzen und bedenken, daß der steigende Erfolg der akuten Pflegemedizin für die Behandlung älterer Menschen, besonders die Verlängerung ihrer Lebenserwartung, gleichzeitig auch die Belastung der Krankheitsanfälligkeit vermehren wird. Im Resultat werden wir wahrscheinlich mehr ältere Menschen und vor allem mehr *krankte* ältere Menschen haben.

Drei Reformen sind notwendig

Wie können wir mit dieser wahrscheinlichen Tendenz moralisch fertig werden, besonders, wenn es sich als Irrtum erwiese, daß die medizinische Wissenschaft für uns das Problem lösen kann? Ich glaube, daß die heutige Medizin drei bedeutende Reformen braucht, die wiederum mit grundsätzlichen Veränderungen unserer Erwartungen zusammenhängen.

Als erste Veränderung sollten wir den Gedanken ernst nehmen, daß es weder eine moralische Verpflichtung noch eine wirtschaftliche Durchführungsmöglichkeit dafür gibt, den medizinischen Fortschritt, der sich das Ziel setzt, das Leben älterer Menschen zu bewahren und zu verlängern, vorwärts zu treiben und zu unterstützen. Wir werden uns mehr und mehr fragen müssen, was die langfristigen individuellen und gesellschaftlichen Konsequenzen dieses medizinischen Fortschritts sein könnten. Die Tatsache, daß ein bestimmtes Medikament oder eine Therapie das Leben eines älteren Menschen retten kann, sollte dadurch nicht gleichzeitig die gesellschaftliche Billigung der entsprechenden Anwendung begründen. Wir werden uns fragen müssen, um welches Leben und um welche Kosten es sich handelt.

Die zweite Veränderung betrifft die Suche nach einer ausgewogenen Balance zwischen Heil- und Pflegemedizin. Mit erstgenannter meine ich die Medizin, die auf Heilung spezialisiert ist — mit der letztgenannten meine ich die Medizin, deren Ziel es ist, das Leiden der Menschen zu erleichtern und ihnen psychologische und gesellschaftliche Unterstützung zu bieten. Die heutige Biomedizin ist vor allem an Heilung, nicht so sehr an Pflege interessiert. Aber angesichts der Tendenz zu steigender Hinfalligkeit älterer Men-

schen wird in Zukunft nicht mehr die Heilung, sondern die Pflege die größere Notwendigkeit darstellen. Gleichzeitig würde eine Verlagerung in diesem Gleichgewicht außerdem helfen, ein besseres Verhältnis zwischen Lebensdauer und Lebensqualität herzustellen — ein Verhältnis, das vom Enthusiasmus der alles verändern wollenden Heilmedizin gewöhnlich mißachtet wird.

Die dritte Veränderung könnte darin bestehen, dem Umfang der kostspieligen Heilmedizin, die für ältere Menschen zur Verfügung steht, gewisse gesellschaftliche Grenzen zu setzen, besonders durch eine Beschränkung der staatlichen Beihilfen. Das ist für manche sicher eine geschmacklose Vorstellung, und es wird oft eingewendet, dies wäre eine Form unfreiwilliger Euthanasie. Doch das ist ein falscher Vergleich. Denn trotz einer sicher sehr starken moralischen Verpflichtung, sich für die angemessene Gesundheitsfürsorge älterer Menschen einzusetzen, ist es erstens schwer einzusehen, wie man fordern kann, daß diese Verpflichtung unbegrenzt sein soll, so daß man jedem auch noch so kostspieligen und aufwendigen medizinischen Fortschritt folgen muß. Wenn es eines Tages die Entwicklung eines künstlichen Herzens geben sollte — werden wir dann moralisch verpflichtet sein, dieses Herz mit gleichem Recht einem 100 Jahre alten Menschen wie einem 40 Jahre alten Menschen zu geben, nur weil es das Leben des einen wie des anderen gleichermaßen effektiv verlängern kann? Meiner Meinung nach: Nein.

Zweitens wäre der Preis für eine konsequente Durchsetzung des medizinischen Fortschritts für die Behandlung älterer Menschen — ganz gleich, wie weit er führen würde — das Risiko einer ernstzunehmenden Ungerechtigkeit in bezug auf die Aufmerksamkeit für die Bedürfnisse anderer Altersgruppen. Nicht nur haben die Jüngeren aus naheliegenden Gründen einen hohen Anspruch auf Gesundheitsfürsorge; man könnte sogar sagen, daß sie im Vergleich mit den Älteren eine gewisse Priorität für sich beanspruchen können, da sie noch nicht alt werden konnten. Die Älteren können keinen verstärkten Anteil an der Gesundheitsfürsorge auf Kosten junger Menschen erhalten, weil diese jungen Menschen noch lange leben müssen, um überhaupt die Chance zu haben, alt zu werden. Und über diese konkurrierenden Gesundheitsprobleme anderer Altersgruppen hinaus gibt es zusätzlich

auch noch weitere gesellschaftliche Bedürfnisse. Es würde wenig Sinn haben, das Erziehungssystem der Jüngeren zu schwächen oder einen wachsenden Wohnungsmangel der Familien zu tolerieren oder kulturelle Institutionen aufzugeben, nur um dem medizinischen Fortschritt für die Älteren zu folgen, wohin auch immer er führen mag.

Wenn es auch eine schmerzende Vorstellung sein mag, die Gesundheitsfürsorge für die Älteren einzuschränken, plädiere ich an dieser Stelle doch für eine Begrenzung der Zuschüsse für diesen Fortschritt. Wenn wir bloß den Fortschritt stoppen könnten (was nicht in jedem Fall wünschenswert wäre), so würden wir mit fast ausschließlicher Sicherheit lernen, wie wir mit den Kosten für die Gesundheitsfürsorge in den alternden Gesellschaften umzugehen haben. Als Alternative dazu werden wir den Fortschritt rationieren müssen. Ist das so schrecklich? Nicht unbedingt. Die älteren Menschen in den entwickelten Ländern der Welt leben die längsten

Leben in der Geschichte der Menschheit. Angesichts der historischen Trends ist es nur wenig wahrscheinlich, daß es einen Rückschritt hin zu kürzeren Lebenserwartungen geben könnte. Eine Begrenzung der Gesundheitsfürsorge für ältere Menschen würde nur einige Formen der sich entwickelnden technologischen Medizin verlangsamen. Den Fortschritt zu begrenzen ist nicht dasselbe, wie die Gesundheitsfürsorge einzuschränken.

Aus dem Englischen übersetzt von Astrid Dehé

DANIEL CALLAHAN

Mitbegründer und Direktor von «The Hastings Center». Studierte in Yale (B.A.) und Harvard (Dr.phil.). Gewähltes Mitglied des Institute of Medicine an der National Academy of Sciences der Vereinigten Staaten von Amerika. Veröffentlichungen: etwa 30 Bücher, u. a.: *What Kind of Life: The Limits of Medical Progress* (1990); *Setting Limits: Medical Goals in An Aging Society* (1987). Anschrift: Dr. Daniel Callahan, The Hastings Center, 255 Elm Road, Briarcliff Manor, N.Y. 10510, USA.