
Zur Definition des Altersbegriffs aus der Sicht der Medizin

Eggert Beletes

Einführung

Die Erkenntnis, dass er alt geworden ist, trifft den Menschen in der Regel völlig unvorbereitet. Auch unsere Gesellschaft hat sich nicht gerade frühzeitig und bislang schon gar nicht ausreichend mit ihrer so genannten Überalterung auseinandergesetzt.

Wenn nun nach der Biologie die Medizin aufgefordert wird, das Alter zu definieren, dann kann sie dies bestenfalls unter Verweis auf biologische Daten zum Alterungsprozess tun oder mit dem allgemeinen Hinweis darauf, dass Altsein etwas mit dem Befinden zu tun hat. Man ist so alt, wie man sich fühlt. Andere Definitionen sollte der Arzt tunlichst gar nicht erst versuchen. Allein schon deswegen, weil kalendarisches und individuelles biologisches Alter oftmals weit auseinanderdriften, haben sich die Ärzte in Deutschland immer wieder vehement und bislang mit Erfolg geweigert, für Diagnostik- und Therapieentscheidungen Altersbegrenzungen zu definieren bzw. anzuerkennen. In anderen Ländern sind festgeschriebene Altersgrenzen für medizinische Maßnahmen durchaus üblich. Es sei nur an die ökonomisch begründete Altersbegrenzung der Finanzierung von Hüftgelenken in England erinnert. Auch in Deutschland wurde ja unlängst von politischer Seite die Forderung erhoben, bestimmte medizinische Maßnahmen (hier wurde nun wiederum an die Hüftgelenke gedacht) ab

einem noch zu definierenden Lebensalter aus der solidarischen Finanzierung herauszunehmen. Die Ärzteschaft lehnt solche Pläne entschieden ab, weil sie ihr weder zielführend noch gerecht erscheinen. Wir meinen aber auch, dass die Phänomene um das Altwerden und das Altsein gesamtgesellschaftlich gesehen noch immer völlig falsch eingeschätzt werden und dass es viele andere Wege gibt, wie positiv mit dem Alter verfahren werden kann.

Kaum beginnt in unseren Tagen ein uralter Menschheitstraum in Erfüllung zu gehen, nämlich der Traum, alt, ja sogar sehr alt werden zu können, gleich glaubt die Mehrheit unserer Bevölkerung, darüber klagen zu müssen, dass viel zu viele Menschen zu alt würden und dass das insgesamt zu kostspielig sei. Diese Neigung zum Jammern ist ein schreckliches Phänomen.

Statt traurig nach den Problemen zu suchen, die mit dem Altwerden zusammenhängen, sollten wir uns zunächst einmal über den beträchtlichen Gewinn, den uns das Altwerden bislang gebracht hat, aber auch noch bringen wird, richtig freuen. Altwerden zu können ist (und die alten Menschen selbst sind) in erster Linie ein Gewinn für die Gesellschaft. Auf einer Tagung der Konrad-Adenauer-Stiftung in Cadenabbia ist es naheliegend, dabei an Konrad Adenauer selbst zu erinnern, dessen hohes Alter für unser Land wahrhaftig ein Nutzen war.

Glücklich sollten wir uns auch wähen, weil es gerade unserer Generation vergönnt ist, die Erfüllung dieses Menschheitstraumes erleben und mitgestalten zu dürfen.

Noch unsere unmittelbaren Vorfahren haben sich so viel „Altwerden“ nicht einmal vorstellen können. Vor etwa 70 Jahren gab es im Deutschen Reich nur vier Menschen, die das 100. Lebensjahr überschritten hatten. Heute leben in der Bundesrepublik Deutschland mehr als 10.000 (!) Menschen, die über 100 Jahre alt sind. Rein aus Kapazitätsgründen kann unser Bundespräsident bei dieser großen Zahl

wahrhaftig nicht mehr jedem persönlich zu seinem 100. Geburtstag gratulieren.

Vorwiegend dann, wenn die älteren Menschen im Laufe ihres langen Lebens spezielle Fähigkeiten und Kompetenzen erworben haben und gesundheitlich noch in der Lage sind, diese weiterzugeben, sind sie für die Gesellschaft ausgesprochen förderlich. Es gibt heutzutage viele alte und auch sehr alte Menschen, die für die Gesellschaft durch ihr Engagement sehr hilfreich sind oder jedenfalls sein könnten. Dass sie jüngeren Menschen teilweise sogar wesentlich überlegen sind, vergisst man – im Gegensatz zu manchen Gesellschaften der Dritten Welt – bei uns gar zu oft. Grundvoraussetzung für die meist ehrenamtliche Übernahme solcher sozialen Aufgaben (z. B. der Großelternfunktion) ist der Erhalt von Selbständigkeit: Sich dafür einzusetzen, ist eine Aufgabe aller gesellschaftlichen Kräfte.

Was haben nun Ärzte speziell mit dem Altern zu tun?

Es gehört in unseren Tagen auch zu den ärztlichen Aufgaben, Selbständigkeit (einschließlich der eigenen Lebensgewohnheiten des alten Menschen) so lange als nur irgend möglich nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Aus medizinischer Sicht wird für uns dabei immer deutlicher, dass alte Menschen nicht einfach verbrauchte Erwachsene sind. Sie sind ganz anders und bedürfen im Krankheitsfall einer speziellen Betreuung sowie auch einer speziellen Medizin. Denn bei der geriatrischen Betreuung geht es primär nicht um Gesundheit, sondern um ein „Sich-noch-lange-wohl-fühlen-Können“ und auch um ein „Sich-trotz-Krankheiten-Wohlfühlen“. Gesundheit im Alter ist „körperliches, seelisch-geistiges und soziales Wohlbefinden“. Es kommt also nicht darauf an, ob man laut Arzturteil oder Laborbe-

fund gesund ist, sondern darauf, ob man sich gesund fühlt. Der so genannte „subjektive Gesundheitszustand“ ist ganz entscheidend für die Lebensqualität im Alter. Hier schließt Gesundheit die Fähigkeit ein, sich mit etwaigen Belastungen, Einschränkungen, Behinderungen (im körperlichen, seelisch-geistigen und sozialen Bereich) auseinanderzusetzen und adäquat damit umzugehen. Auch das Verhalten des Arztes dem Patienten gegenüber bestimmt weitgehend das subjektive Gesundheitsgefühl. Dem Arzt-Patienten-Verhältnis kommt in der Geriatrie eine besondere, noch höherwertige Bedeutung zu als in vielen anderen Fachdisziplinen. Besonders im Alter korreliert der subjektive Gesundheitszustand viel stärker mit Langlebigkeit als der vom Arzt festgestellte „objektive“ Gesundheitszustand. Der Arzt bzw. alle im Rahmen der Rehabilitation Tätigen sollten um diese Zusammenhänge wissen, denn sowohl ein Zuwenig als auch ein Zuviel an Information – dazu noch im ungünstigen Augenblick gegeben – kann je nach den individuellen Voraussetzungen und den momentanen situativen Gegebenheiten zu einer erheblichen Unsicherheit des Patienten und einer Fehleinschätzung des Gesundheitszustandes führen und damit das Empfinden entscheidend beeinflussen.

Für all diese Aufgaben brauchen wir mit hoher Sicherheit in Zukunft – auch wenn das selbst von manch ärztlicher Seite noch immer nicht verstanden wird – eine besondere ärztliche Spezialisierung: den Geriater, den es bis heute noch nicht als Facharzt gibt. Eine analoge Problematik und Diskussion gab es vor gut 100 Jahren. Damals wurde, mehr oder weniger von staatlicher Seite und gegen den massiven Widerstand vieler Ärzte, die Pädiatrie als eigene Spezialisierung eingeführt. Die Ärzte argumentierten und dachten, dass sie selbstverständlich kleine Patienten auch ohne Spezialisierung korrekt behandeln könnten. Heute bedarf es keiner Argumentation mehr für die Rechtfertigung.

tigung der Pädiatrie, für die Geriatrie müssen wir uns jedoch noch stark machen. Auch wenn der Deutsche Ärztetag die Zusatzbezeichnung Geriatrie bereits vor 12 Jahren, also 1992, eingeführt hat, reicht das bei weitem nicht aus.

Altwerden ist sicher nicht in erster Linie ein Verdienst der individuellen ärztlichen Betreuung. Im Wesentlichen haben wohl die heute üblichen vernünftigen Wohn- und Essbedingungen und ein allgemein hoher Hygienestandard mit Ausrottung der großen Volksseuchen dazu geführt, dass so viele Menschen ein hohes Alter erreichen. Es geht aber nicht nur darum, dass wir alt werden, sondern vor allem darum, dass wir gesund alt werden können, und das hat nun wohl doch viel mit individueller ärztlicher Betreuung zu tun. Hier liegt eine wesentliche Aufgabe für die Medizin und die Ärzte von heute. Wenn auch mit der Zunahme der allgemeinen Lebenserwartung sowohl auf die Gesellschaft insgesamt als auch auf jeden Einzelnen eine ungeheure Verantwortung zukommt, so können Ärzte hierbei dennoch eine speziell helfende Rolle übernehmen. Es kann als eine vornehme, wenn nicht sogar die vornehmste Aufgabe des Arztes betrachtet werden, Menschen während ihres ganzen Lebens so zu begleiten, dass sie in der Jugend verantwortungsvoll mit ihrer Gesundheit umgehen, um möglichst gesund und unabhängig ein hohes Alter erreichen zu können. Die Ärzteschaft sollte diese vorsorgende Aufgabe geradezu als ihre soziale Verpflichtung ansehen. Vorrangiges Ziel einer aktiven, präventiv ausgerichteten gesundheitlichen Versorgung ist es, die Chance auf ein gesundes Altwerden schlechthin zu vergrößern. Altersbezogene Prävention beginnt schon in jungen Lebensjahren. Das Vorbeugen muss eingeübt werden. Wenn auch gesundes Altwerden als eine lebenslange Aufgabe anzusehen ist, so hat die Vorbereitung des gesunden Alterns vorwiegend im Kindesalter zu erfolgen. So merkwürdig es auch klingen mag, der Pädiater hat ganz wesentlichen Ein-

fluss auf ein gesundes Altwerden. Da sich die Vorbereitung des Altwerdens von der Kindheit bis ins hohe Alter fortsetzt, bedarf es natürlich der Zusammenarbeit verschiedener medizinischer und nicht-medizinischer Fachberufe. Dem Hausarzt kommt dabei entsprechend seinen Kenntnissen über Lebenssituation, gesundheitliche Vorgeschichte und Risikofaktoren des Patienten eine koordinierende Betreuungsaufgabe zu.

Es besteht sicher ein Zusammenhang zwischen positivem Altersbild und Lebensqualität. Ich glaube, dass das von unserer Gesellschaft immer wieder unterschätzt wird. Jung, dynamisch, runzelfrei, beweglich und sportlich zu sein gilt als Ideal. Bedauerlicherweise tragen viele Ärzte allein durch ihre Bereitschaft, Schönheits- und Verjüngungsoperationen auf Wunsch durchzuführen oder mit einem so genannten Anti-Aging-Programm zu werben, wesentlich zu solch einem altersfeindlichen Bild bei. Auch da könnte ein Umdenken bzw. eine andere Definition, die die Schönheit im Alter wieder entdeckt, hilfreich sein.

Welche Probleme haben Ärzte mit dem Älterwerden unserer Bevölkerung?

1. Multimorbidität

Je älter ein Mensch wird, umso mehr wird er die so genannten Alterskrankheiten, die gewissermaßen als eine Art Abnutzung verstanden werden können, an seinem Körper wahrnehmen und sich damit arrangieren müssen. Es handelt sich dabei z. B. um einen Verlust der Sinnesschärfe, um Bewegungseinschränkungen, Schluckstörungen, Schmerzen, Gangunsicherheiten, emotionale Unsicherheiten, seelische Verstimmungen usw.

Das Risiko, einen Tumor zu bekommen, oder auch nur

die Furcht vor einem möglichen Tumorleiden nehmen mit zunehmendem Alter zu. Insgesamt kann man mit Sicherheit davon ausgehen, dass bei fortgeschrittenem Lebensalter sich auch Multimorbidität einstellt. Weil wir aber heute, selbst dann, wenn es sich um Mehrfachrisiken handelt, den Umgang mit krankheitsbedingten Einschränkungen zunehmend besser beherrschen, spielt für uns Ärzte die Multimorbidität im Sinn der Risikoabwägung z. B. bei Operationsplanungen nicht mehr eine so beherrschende Rolle, wie es noch vor wenigen Jahren der Fall war. Wir können durchaus auch Hochbetagte, also deutlich über 90-Jährige, mit gutem Erfolg operieren, selbst wenn sie mehrere chronische Leiden haben.

2. Indikationsproblematik

Infolge des zunehmenden Alters haben wir bei unseren hochbetagten Patienten auch wachsende Probleme mit unseren Entscheidungen zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Speziell bei alten und sehr alten Patienten kann es ausgesprochen schwierig sein, vernünftig abzuwägen, wie groß einerseits der Benefit unserer Diagnostik und Therapie noch sein wird und wie viel Lebensqualität wir andererseits für den Rest des Lebens durch unsere Maßnahmen nehmen.

Besonders schwierig erscheinen mir Indikationsentscheidungen dann, wenn wir den Eindruck haben, dass aufgrund des hohen Alters nicht mehr viel Lebenszeit zur Verfügung steht. Dabei geht es mir zunächst einmal um Fragen der Lebensqualität und nicht etwa um ökonomische Probleme oder um Ressourcenknappheit.

Dazu drei jüngst erlebte Beispiele aus meiner Klinik:

a. Eine gering verwirrte, nur noch wenig mobil erscheinende 90-jährige Frau, die bezüglich ihrer Gesundheitsangelegen-

heiten von der Tochter zwar „gemanagt“ wird, aber nicht in einem Betreuungsverhältnis lebt, weil sie selbst noch immer klare Entscheidungen treffen kann und offensichtlich auch will, hatte unsere Klinik aufgesucht, um sich an einem großen, wachsenden Tumor an der rechten Halsseite behandeln zu lassen. Sonst klagte sie kaum über irgendwelche Beschwerden. Wir diagnostizierten einen gut operabel erscheinenden Tonsillentumor rechts mit einer großen, die Arteria carotis interna partiell umwachsenden Halsmetastase, die nur unter Inkaufnahme von relativ großen Funktionseinbußen (Entfernung des Nervus hypoglossus, des Nervus glossopharyngeus, des Nervus vagus) zu entfernen war. Im Fall einer operativen Therapie musste mit erheblichen, dauerhaft anhaltenden postoperativen Schluckstörungen und einer operationsbedingten Aspirationsgefahr gerechnet werden. Diese zu erwartenden Probleme kann man durch Anlegen einer Magensonde (PEG) und eines Tracheostomas (Luftröhrenschnittes) relativ sicher, aber eben unter Einbuße von viel Lebensqualität beherrschen. Bei der Beratung der Patientin haben wir mit ihr gemeinsam versucht, abzuwägen, welche Behandlung für sie wohl das Beste sei. Eine wenn auch fragliche, so doch immerhin mögliche Verlängerung des Lebens durch einen umfangreichen operativen Eingriff mit daraus folgendem Verlust von viel Lebensqualität galt es gegen das Belassen des Tumors mit sicherem Wachstum und folgendem Tod am Tumor abzuwägen. Und das alles mit erheblichen Unsicherheiten auf ärztlicher Seite bei der Prognoseeinschätzung. Ökonomische Gesichtspunkte spielten bei unseren Überlegungen bislang noch keine Rolle, wenn wir auch wissen, dass selbst das in Zukunft nicht ausbleiben kann. Die Patientin hat uns, sicher auch weil sie aufgrund ihrer Zerebralsklerose nur noch sehr bedingt entscheidungsfähig war, freie Hand gelassen.

b. Eine 78-jährige Frau war infolge einer Hirnhautentzündung gehörlos geworden. Sie wollte ein Cochleaimplant eingesetzt bekommen. Solch ein Gerät kostet allein, ohne Krankenhaus- und Operationskosten, immerhin 20.000 € und bedarf nach der Operation noch einer oft langwierigen Übungsbehandlung, die natürlich wiederum Kosten bedingt. Zudem kann man generell bei älteren Menschen nicht voraussagen, ob sie mental in der Lage sein werden, das Gerät überhaupt zu nutzen, und natürlich kann man noch weniger voraussagen, wie lange das Gerät überhaupt genutzt werden kann. Bei unserer Entscheidung wollte ich mich einer Altersbegrenzung nicht unterordnen; weder das kalendarische noch das biologische Alter sollte den Ausschlag geben. Und doch war ich in meiner Entscheidung nicht frei. In der Tagespresse wollte ich weder positiv noch negativ erwähnt werden. Deshalb habe ich im Internet nachgesucht, wie alt der älteste Patient bei einer Cochleaimplantoperation war. Ich ermittelte 84 Jahre. Daraufhin erfolgte die Operation – glücklicherweise mit relativ gutem Erfolg. Bei diesem Fall waren Alter und Ökonomie in unseren Köpfen durchaus schon sehr nahe beieinander.

c. Ich wurde zu einem 104-jährigen ehemaligen Universitätsprofessor gerufen, dem ich in diesem hohen Alter sein erstes Hörgerät verordnen sollte. Er war noch aus Zeiten der DDR gesetzlich krankenversichert.

Mit 104 Jahren ist die Chance, mit einem Hörgerät noch wesentlichen Erfolg zu erzielen, ausgesprochen gering, schon weil aller Wahrscheinlichkeit nach zeitlich nur noch wenig Raum für eine vernünftige Gewöhnungsphase bleibt. Sollte ich nun auf Kosten der Solidargemeinschaft ein entsprechendes Gerät verordnen oder mich aus ökonomischen Gründen dem Wunsch widersetzen? Hier wird auch für mich, der ich eine Altersbegrenzung bei Gesundheitsfragen im Grunde kategorisch ablehne, allein aus öko-

nomischer Sicht eine Altersbegrenzung tatsächlich sinnvoll, nur möge sie niemals pauschal vorgeschrieben sein.

3. Die spezielle Ressourcenproblematik in der Transplantationschirurgie

Noch deutlicher wird die Ressourcenproblematik bei den aus natürlichen Gründen knapp bemessenen Transplantationsorganen, wenn außerdem noch ein fortgeschrittenes Alter hinzukommt. Alte Menschen eignen sich für die Transplantationseingriffe weder als Spender noch als Empfänger so gut wie junge Menschen. Uns allen ist aber auch bekannt, dass schlechthin viel zu wenig Organe zur Verfügung stehen, dass es deshalb Wartelisten gibt und dass öfter auch junge Menschen sterben, weil nicht rechtzeitig ein passendes Organ für sie zur Verfügung steht. Können oder wollen wir es uns da leisten, knappe Organe auch an alte – wie auch immer man das definieren mag – Patienten abzugeben?

Zur Minderung dieses ethischen Dilemmas ist das Programm „old for old“ ins Leben gerufen worden, in dem alte Spender ihre alten Organe für alte Empfänger zur Verfügung stellen. Das heißt: Hier hat die Solidargemeinschaft bereits eine kalendarische Altersgrenze zu definieren versucht.

4. Besondere medizinische Probleme

Heutzutage gibt es immer mehr alte Menschen, die nicht mehr gut und schon gar nicht mehr allein essen können. Der Fütterungsprozess bindet viel Zeit und Pflegekräfte. Einfacher wird es, wenn man diesen Menschen eine Magensonde (PEG) legt und sie über diese ernährt. Auf solche Weise werden zwar Zeit und vor allem Arbeitskräfte gespart, aber es geht eben auch Zuwendung verloren.

Ich glaube, dass die Indikation zum Anlegen einer PEG viel zu großzügig gestellt wird. Hoffentlich nimmt das mit

weiter ansteigendem Durchschnittsalter nicht noch mehr zu. Hier haben wir Ärzte wiederum eine wichtige Weichenstellerfunktion.

Eine ähnliche Problematik gibt es im Rahmen der Betreuung von altersdementen Patienten.

Schlussfolgerung

All diese Probleme sind aus ärztlicher Sicht nicht durch willkürliche Festsetzung einer Altersgrenze – sei sie kalendarisch oder auch biologisch definiert – zu lösen. Von politischer Seite gibt es zwar immer wieder einmal Vorstöße, eine Altersgrenze festzulegen, um dadurch Kosten zu reduzieren. Wir Ärzte wehren uns gegen solche Grenzziehungen, weil wir meinen, dass solche willkürlich gezogenen Grenzen die Individualität, auf die es in der ärztlichen Betreuung immer ankommt, zu wenig beachten können. Wir wollen zudem nicht diejenigen sein, die mögliche Hilfe aufgrund einer politisch vorgegebenen Altersdefinition vorenthalten müssen.

An dem ersten Beispiel mit dem Tumor bei der 90-jährigen Patienten ist hoffentlich deutlich geworden, wie schwer im Individualfall das Abwägen zwischen Lebenslänge und Lebensqualität sein kann, zumal beides gerade im höheren Lebensalter nur sehr ungewiss vorausbestimmt werden kann. In solchen Fällen werden weder Politiker noch sonstige gesellschaftliche Gruppen uns Ärzten mit irgendwelchen *Festlegungen* helfen können.

Welche Aufgaben ergeben sich aus dem Gesagten für die Ärzteschaft und die Gesellschaft?

Wir haben zunächst nicht dafür zu sorgen, dass mehr Menschen alt werden, sondern dafür, dass es mehr Menschen gelingt, gesund alt zu werden, und auch dafür, dass das Altsein mit seiner Multimorbidität erträglich gestaltet wird. Das kann geschehen durch:

1. Verbesserung der Aus-, Weiter- und Fortbildung für Ärzte. Langsame Besserung ist zwar in Sicht, noch immer fehlt es aber an Lehrstühlen für Geriatrie.
2. Erhöhung der Pflegekraftkapazität und Ausbau der altersgerechten Rehabilitation. Dabei sollte allen immer wieder bewusst sein, dass es sich hierbei um einen durchaus ernst zu nehmenden Wirtschaftszweig handelt, der viele Arbeitskräfte binden kann.
3. Verbesserung der Prävention mit besonderer Aufmerksamkeit auf kindliche und jugendliche Altersgruppen, z. B. Vermeidung von relevanten Risiken, Verzicht auf Drogen, Nikotin und Alkohol, gesunde Ernährung, körperliche Bewegung, Hygiene (Zahn- und Mundpflege eingeschlossen). Geistig aktivere Menschen, Personen mit einem höheren IQ, einem breiteren Interessensradius und einem weiter reichenden Zukunftsbezug wie auch mit einem größeren Ausmaß an Sozialkontakten erreichen ein höheres Lebensalter. Gesundes Altern fängt also im Kindergarten und mit der Erziehung an. Damit können spätere Ressourcen gespart werden.
4. Ferner: Die gerade im Gesundheitswesen neu entstehenden Organisationsformen – Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Tageskliniken, Hausarztverbund, ambulante Pflegezentren, integrierte Versorgung – sollten von Anfang an altengerecht entwickelt und aufgebaut werden. Gerade die Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung werden für eine

vernünftige Betreuung im Alter eine Schlüsselstellung haben. Förderung der Interdisziplinarität hat dabei eine hohe Bedeutung.

5. Die Kindersicherung z. B. bei Arzneimittelflaschen, die oftmals geradezu einer „Altensicherung“ gleichkommt, sollte sinnvoll umgeändert werden.
6. Die Palliativmedizin und die Hospizsituation sollte verbessert werden.
7. Es gilt, die Risikofaktoren für ein beschleunigtes Altern bzw. für Gesundheitsstörungen und Krankheiten im Alter aufzudecken und allgemeine Strategien für ein „erfolgreiches Altern“ zu entwickeln. Daraus lassen sich dann adaptierte Empfehlungen für die individuelle Lebensführung ableiten.

Wir müssen jedoch versuchen, das Maximum an Behandlung und Pflege bei einem Minimum von Kosten zu erreichen. Auch ist zu beachten, dass allein durch die Erwerbstätigkeit von Frauen, die berufliche Mobilität der Kinder, die eine Wohnortnähe immer seltener gegeben sein lässt, und die zunehmende Scheidungsrate (für die Schwiegermutter wird man sorgen, für die Ex-Schwiegermutter sicher nicht) pflegende Angehörige fehlen werden. Die Zukunft wird schon allein durch die Zunahme der Betagten und Hochbetagten eine allgemeine Geriatriisierung vieler medizinischer Fächer mit sich bringen und die Geriatrie als Disziplin fordern und fördern.

Die erwartete Definition des Alters kann und will ich freilich nicht geben. Ich denke, das wird niemand können, ohne am wirklichen Leben vorbeizugehen.