
5. Fall: Grenzen der Behandlungspflichtigkeit bei altersbedingten Beschwerden

Im vorliegenden Fall handelt es sich um einen 65-jährigen männlichen Patienten. Er war bis vor einem Jahr als Sachbearbeiter vorwiegend sitzend tätig. Mit dem Ruhestand entschloss er sich nach bisheriger sportlicher Abstinenz, täglich mit mehreren Kollegen und mit seiner deutlich jüngeren Lebensgefährtin zu joggen. Bei steigender Trainingsintensität kam es jetzt zu zunehmenden Schmerzen während des Laufens und rezidivierenden Kniegelenksergüssen. Trotz drastischer Gewichtsreduktion, physiotherapeutischer Behandlung und Veränderungen des Schuhwerks nahmen die Gelenkbeschwerden soweit zu, dass er nur noch mit erheblichen Schmerzen gehen konnte. Seine Knie entwickelten schon bei geringer Belastung hartnäckige Ergüsse. Beim niedergelassenen Orthopäden zeigte die Röntgendiagnostik eine schwere Kniegelenksarthrose beidseits, die sich in der Arthroskopie bestätigte und ausgedehnte Defektzonen im Knorpelbesatz des Gelenks zeigte. Ursächlich dafür war wahrscheinlich ein Motorradunfall mit knienaher Unterschenkelfraktur beidseits vor 30 Jahren. Die wiederholt durchgeführte medikamentöse Therapie mit Antiphlogistika, physikalischen Anwendungen und Gelenkpunktionen erbrachte keine dauerhafte Besserung. Aufgrund des starken Wunsches weiter sportlich aktiv zu bleiben und ggf. einmal einen Marathonlauf mitzumachen, stellte er sich jetzt mit der Bitte um eine operative Sanierung der Knie vor.

Therapieoptionen:

1. Operative Therapie mit partiellem oder komplettem Gelenkersatz beidseits.
2. Operative Therapie mit dem Versuch der Wiederherstellung des Knorpels durch Knorpeltransplantation.
3. Sportartwechsel bzw. Sportkarenz mit begleitender antiphlogistischer und krankengymnastischer Behandlung.

Hintergrundinformationen:

Knorpeldegeneration und nachfolgende Arthrosen sind physiologische Alterungsprozesse. Faserknorpel, als Ersatzgewebe durch einwandernde Zellen nach Eröffnung des Knochenraumes gebildet, erreicht nicht die Belastbarkeit des normalen Gelenkknorpels. Ein zerstörter Knorpelbesatz des Gelenkes ist nur durch kompletten oder partiellen operativen Gelenkersatz sicher zu behandeln. Die Transplantation von körpereigenen Knorpelzellen zur Bildung eines neuen Gelenkknorpels ist auch weitgehend experimentell und nicht durch evidenzbasierte Daten gesichert. Gesichert ist bislang nur die Verwendung von Knorpel-Knochen-Transplantaten als Methode, einen kleineren Gelenkflächendefekt wiederherzustellen. Die Notwendigkeit eines zweiten Eingriffs und die hohen Kosten machen diese Methode zur aufwändigsten aller zurzeit angewandten Verfahren. Dennoch wird auch hier nicht die gleiche Belastbarkeit erreicht wie bei normalem Gelenkknorpel. Bei 85 Prozent der Patienten wird es zu einer Besserung der Beschwerden reichen und etwa 50 Prozent können auf ein normales Sportniveau zurückkehren. Die Alternative ist der Gelenkersatz durch künstliche Gelenkprothesen, die partiell oder komplett sein können. Der operative Aufwand dieser Maßnahme ist standardisiert und zeigt befriedigende bis gute Ergebnisse. Die Sterblichkeit der Operation ist gering, so auch die Morbidität. Dennoch

wird kaum einer der so operierten Patienten wieder dauerhaft joggen oder Marathon laufen können, wenn er nicht die Haltbarkeit der Prothesen gefährden will.

Fragen zur Diskussion:

1. Haben physiologische Verschleißerscheinungen Krankheitswert?
2. Ist es gerechtfertigt, zur Aufrechterhaltung eines trendigen, jugendlichen Lebensstils teure und risikobehaftete Operationen durchzuführen?
3. Muss die Solidargemeinschaft dafür aufkommen?

Diehl

Zu den einzelnen Fragen:

1. Wenn Verschleißerscheinungen mit Arthrosen zu Dauerschmerz und Funktionseinschränkung führen, haben sie erheblichen Krankheitswert, auch ohne den exalтиerten Wunsch, noch Marathon laufen zu wollen.

2. Nein, der trendige 65-jährige Mann hat Gründe eine solche Forderung zu stellen, die sicher sehr persönlicher Natur sind und aus seiner Anamnese auch sicher nachzuvollziehen sind, aber nicht unbedingt von der Solidargemeinschaft voll akzeptiert werden müssen. Wenn alle konservativen Maßnahmen ausgeschöpft wurden und die Schmerzen in erheblichem Ausmaß weiter bestehen, sollte auch eine Operation mit Gelenkersatz zur Erledigung der alltäglichen Aufgaben durchgeführt werden, nicht aber zur Befriedigung von „modischen“ Wünschen!

3. Konservative Schmerzbehandlung sowie konservative Therapie sollten von der Solidargemeinschaft getragen werden, Gelenkersatz jedoch als Selbstzahler, wenn alltägliche Verrichtungen schon durch konservative Therapie ermöglicht werden!

Mieth

An solche Fälle sollte man am besten mit Klugheitsregeln herangehen. Eine Ableitung von Bewertungen aus allgemeinen philosophischen Prinzipien scheint schwierig. Bei Klugheitsannäherungen an das Problem werden praktische Erfahrungen benötigt. Als Ethiker ist man in der misslichen Lage, dass einem solche praktischen medizinischen Erfahrungen fehlen. Es bleibt daher nur der Weg über die Narratio (Erzählung), d. h. über die Präfiguration, Configuration und Refiguration der Fall-Erzählung. Die Theorie dazu hat Paul Ricoeur geliefert. Ich wandle sie ein wenig ab: Wenn man eine Erzählung aufnimmt, erinnert sie an Konstellationen, die man kennt (Präfiguration); man denkt sich mit in die Sache hinein (Configuration) und man sucht nach Übertragbarkeiten auf andere Fälle (Refiguration).

Vier Punkte scheinen mir wichtig:

1. Was die Ursächlichkeit anbetrifft, so spielen Unfall und Lebensstil eine Rolle. Diese Ursächlichkeit mag zum Verständnis wichtig sein und auch für die Frage der technischen Behebung, aber ethisch bringt sie in meinen Augen nichts.

2. Verschleiß ist Krankheit. In diesem Fall ist der Verschleiß nicht nur altersbedingt. Zur Behandlung gehört der Rat, zur Minimierung des Verschleißes selbst beizutragen.

3. Das Ziel des Patienten kann ohnehin nicht erreicht werden. Den Lebensstil, den er sich wünscht, kann er mit keiner der genannten alternativen Maßnahmen erreichen. Folglich kann man ihm auch keine Maßnahme empfehlen, mit der er dieses Ziel erreichen könnte, sondern man muss sich an die Maßnahmen halten, die im Einverständnis mit ihm als diejenigen beurteilt werden, die der Herstellung eines normalen Lebensniveaus dienen können.

4. In diesem Falle muss das Elementargut Gesundheit, im Sinne einer Wiederherstellung der Beweglichkeit, von der Solidargemeinschaft gezahlt werden. Alles darüber hinaus, soweit es das sportliche Niveau bzw. unsichere Sondergüter betrifft, müsste der Patient bezahlen.

Die Unterscheidung von Elementargütern und Sondergütern bedeutet eine Stufe von Anspruchsrechten und Solidaritätspflichten.

Görner

Mir scheint die Marathonteilnahme des geschilderten Patienten nicht das wirkliche Problem zu sein: Offensichtlich kann er nicht einmal eine Treppe gehen, ohne dass es Schmerzen bereitet. Diesen Aspekt halte ich für wesentlich entscheidender. Meines Erachtens müsste der Arzt mit dem Patienten ein Aufklärungsgespräch über das führen, was von einer Operation tatsächlich zu erwarten ist. Die Marathonteilnahme wird sich dann ohnehin relativieren. Angesichts seiner Beschwerden, völlig unabhängig von intensiver sportlicher Betätigung, halte ich die Operation aber generell für gerechtfertigt. Falls der Patient ohne Operation in absehbarer Zeit im Rollstuhl landet, wäre es auch unter ökonomischen Gesichtspunkten wohl wenig zweckmäßig, ihm die Operation zu verweigern.

Schmidt-Jortzig

Schon bei nicht-sportlicher Belastung ist derzeit der körperliche Zustand des Patienten stark eingeschränkt. Dies gilt auch bei altersentsprechender Einschätzung und ohne irgendwelche sportlichen Ambitionen in Rechnung zu stellen. Laut Bericht kann der Patient „nur noch mit erheblichen

chen Schmerzen gehen“, und „seine Knie entwickeln schon bei geringer Belastung hartnäckige Ergüsse“.

Wenn ich die Hintergrundinformationen richtig einordne, ist aus rationaler Sicht zweifellos der Gelenkersatz durch künstliche Gelenkprothesen die richtige Therapie. Dies nicht nur, weil sie heutzutage standardisiert ist und durchweg solide Ergebnisse verspricht. Vielmehr eröffnet sie dem Patienten auch normale, gedeihliche Zukunftsperspektiven, denn die Nicht-mehr-Fähigkeit zu besonderen sportlichen Aktivitäten bedeutet für jemanden, der sich in seinem bisherigen Leben durchweg sportlich inaktiv verhielt, nun wahrlich keinen unerlässlichen Faktor seiner Lebensqualität. Ohnehin ist ja offenbar auch durch andere, noch aufwändigere oder noch im Experimentierstadium befindliche Therapien künftiges Joggen oder Marathonlaufen nicht mehr möglich.

Übrigens spielt das Alter für die gegebene Therapieempfehlung keine Rolle, auch wenn der Fall des neuen Kniegelenks für einen 65-Jährigen das Beispiel für die jüngste hitzige Diskussion um die Grenzen des Gesundheitssystems lieferte. Schon juristisch lassen daran die verschiedenen internationalen Verpflichtungen keinen Zweifel. Denn sowohl der pragmatische Gesundheitsbegriff nach dem Internationalen Rechtspakt von 1966 und der EU-Grundrechtecharta als auch der physiologische Gesundheitsbegriff nach Sozialcharta und EG-Recht verpflichten dazu, dem Patienten das für ihn erreichbare Höchstmaß an Gesundheit zu ermöglichen und ihm also die entsprechenden Faszilitäten und Wege dafür zu öffnen. Allenfalls kann man über die Finanzierungsfrage streiten. Aber dazu eignet sich ein Fall wie der vorliegende sicher nicht. Denn bei ihm gehört ja die offenkundig medizinisch richtige Therapie auch sozial zum Standard, und der Patient hat seine Therapiebedürftigkeit auch nicht oder jedenfalls nicht dominant durch Eigenverschulden herbeigeführt.

Erlinger

Wenn man sich die Fragen, die hier zur Diskussion stehen, ansieht, so fällt auf, dass die zweite und speziell die dritte Frage (ob die Solidargemeinschaft aufkommen muss) sich eigentlich auf eine gesellschaftliche Vereinbarung beziehen: Was will die Gesellschaft aus den Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlen? Es handelt sich also um eine politische Frage.

In der amerikanischen Zeichentrickserie *Die Simpsons*, die sich dadurch auszeichnet, dass viele schwierige Themen darin ironisiert werden, gibt es eine Folge, in der eine Wahl stattfindet. Großvater Simpson und die Mitbewohner im Altersheim stellen eine eigene Liste auf und gewinnen die Wahl, weil sie eine große Bevölkerungsgruppe darstellen und eine besonders hohe Wahlbeteiligung haben.

Erst einmal an der Macht, gestalten die Alten alle Gesetze ausschließlich nach ihren Bedürfnissen und Wünschen: Nächtliche Ausgangssperre für alle unter 60, absolutes Ruhegebot und ähnliches.

Die EU schätzt, dass sich im Durchschnitt der EU das Zahlenverhältnis der 20 bis 64-jährigen zu den 65-jährigen und Älteren von 4,2:1 im Jahr 2000 auf 2:1 im Jahr 2050 verschieben wird.¹ Dann stellen die über 65-jährigen ein Drittel der wahlberechtigten Bevölkerung. Eine höhere Mobilisierung als Wähler vorausgesetzt, könnte allein dies eine absolute Mehrheit der abgegebenen Stimmen bedeuten.

Jens Jessen beschrieb in der *Zeit* vom 21. August 2003 den Staatsstreich der Senioren: „Die Alten werden durchaus sehen, wo sie bleiben. Ihre Mobilmachung wird nicht auf sich warten lassen. Alte, die mit hypochondrischer Sorge um ihre Gesundheit leben, sind eine Plage; aber Alte, die sich um ihre Gesundheit nicht mehr sorgen, sind die Desperados von Morgen. (...) Aber mit der jugendlichen Fortschrittsfeindlichkeit ist es jetzt vorbei, die Alten sind

wieder da, sie wollen Zukunft, und sie verschaffen sich Zukunft.“

Es wird keinen Staatsstreich zu geben brauchen. Ein Wählerpotenzial oben dargestellten Ausmaßes wird von den Parteien nicht vernachlässigt werden. Die Wünsche alter Menschen werden ein immer größeres Gewicht in der Gesellschaft entfalten.

Die Frage, ob die Solidargemeinschaft für die Verlängerung der Jugend aufkommen soll, wird per Mehrheitsbeschluss bejaht werden.

Anmerkung

¹ Zitiert nach *Heidel*, DAngVers 3/03, S. 1 ff.