

Der Geriater Thomas Münzer findet, sein Fachgebiet werde unterschätzt : "Mit der richtigen Medizin sind alte Menschen nicht teurer"

Autor(en): **Leuenberger, Beat / Münzer, Thomas**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Curaviva : Fachzeitschrift**

Band (Jahr): **87 (2016)**

Heft 12: **Kosten am Lebensende : ist die teuerste Medizin, Pflege und Betreuung die sinnvollste?**

PDF erstellt am: **06.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-804234>

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.

Der Geriater Thomas Münzer findet, sein Fachgebiet werde unterschätzt

«Mit der richtigen Medizin sind alte Menschen nicht teurer»

Geriatrer betreiben eine Medizin, die nicht alles anbietet, was möglich ist – und tragen damit zur Kostenkontrolle im Gesundheitswesen bei. Doch wenn es um das Dafür und Dawider von teuren chirurgischen Eingriffe und Krebstherapien geht, ist der Rat der Altersmediziner noch selten gefragt.

Interview: Beat Leuenberger

Herr Münzer, es gibt eine Reihe von Faktoren, die sich auf die Kosten am Lebensende auswirken: die genetische Ausstattung, das Geschlecht, die Umwelt, der Lifestyle, akute und chronische Krankheiten, ökonomische und soziale Bedingungen. Welche Faktoren wirken sich am stärksten aus?

Thomas Münzer: Die grössten Kostentreiber sind akute und chronischen Erkrankungen und die damit verbundene Polymedikation. Weiter gibt es Lifestyle-Faktoren, die gelegentlich Kosten verursachen. Beispielsweise wenn jemand so stark raucht, dass eine Krankheit entsteht. Sicher ist, dass Alter zu funktionellen Defiziten führt, zu Immobilität, zu Abhängigkeit, zum Wechsel von einer unabhängigen in eine abhängige Wohnform und schliesslich zum Tod.



* PD Dr. med. Thomas Münzer, FMH Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie, ist Chefarzt der Geriatrischen Klinik in St. Gallen.

Welche Erkrankungen gehören konkret zu den Kostentreibern?

Alle, die im Alter relevant sind, sogenannte Zivilisationskrankheiten wie Diabetes, hoher Blutdruck, Übergewicht. Im Alter gibt es aber noch andere Faktoren, die aufgrund der Biologie eine wichtige Rolle spielen, zum Beispiel altersbedingte Abnahme der Muskelmasse, Sarkopenie, verbunden mit vermehrten Stürzen und Gebrechlichkeit.

In der Altersmedizin ist immer wieder die Rede davon, dass eine gewisse Anzahl von Medikamenten, die jemand gleichzeitig einnimmt, nicht überschritten werden sollte, damit nicht mehr Schaden als Nutzen entsteht.

Ja, das ist schon ein Thema, aber auch eine Frage der Individualität. Jedes Medikament, gerade bei alten Menschen, muss immer überprüft werden bezüglich Nutzen, Wirkung, Risiko und sogar Kosten. Doch meiner Meinung nach sollte Alter kein Grund sein, jemandem ein Medikament vorzuenthalten. Aber es muss sehr überlegt eingesetzt werden, weil wir es mit Menschen zu tun haben, die biologisch nahe am Lebensende sind. Das heisst, das Ziel der Medikation muss in einen anderen Fokus rutschen.

«Die grössten Kostentreiber sind akute und chronische Erkrankungen und die Polymedikation.»

In welchen?

Ziel ist bei den meisten alten Menschen die Stabilisation und nicht die Heilung. Der Fokus kann auch mehr auf palliative Medizin gerichtet sein. Entscheidend ist dabei die Frage, welches Problem und welche Krankheit aktuell behandelt werden müssen, gerade wenn viele gleichzeitig vorhanden sind.

Können nicht auch Wechselwirkungen einen grossen Schaden anrichten?



Soll man jemandem aufgrund einer zusätzlichen Erkrankung eine Operation vorenthalten, ja oder nein?

Foto: AZ/Alex Spichale

Theoretisch können sehr viele Medikamente mit sehr vielen anderen wechselwirken. Doch im Alltag gibt es nur ganz wenige schwierige und gefährliche Wechselwirkungen, die wir Ärzte im Auge behalten müssen, weil sie so gravierend sind, dass sie klinische Konsequenzen haben. Wichtig ist also, diese schwerwiegenden zu kennen.

Sie plädieren für eine integrative Rolle der Geriatrie in der Medizin. Welche Bedeutung könnte sie bei der Kostenkontrolle haben?

Die Gesundheitsversorgung alter Menschen ist eine extrem komplexe Angelegenheit. Jede alte Person macht ja ein Pingpong zwischen den verschiedenen Behörden, Spitälern, Hausärzten und Spezialisten. Hier könnten die Geriater eine integrative Rolle spielen und den Überblick über die Gesamtsituation behalten, damit es zu weniger Doppelspurigkeiten und zu vernünftigen Lösungen kommt.

Allerdings spielt die Geriatrie im Alltag keine grosse Rolle für diejenigen, die sich nicht im Spital befinden.

Das stimmt. Deshalb braucht es langfristige Hausärzte mit Kompetenzen in Altersmedizin. So viele Geriater, wie es bräuchte, um der demografischen Entwicklung gerecht zu werden, wird es kaum je geben. Leider ist es immer noch ein unattraktiver Beruf.

Weshalb?

Es geht um alte Leute, die nahe am Tod stehen, um komplexe medizinische und sozialökonomische Situationen. Man kann das Gefühl bekommen, nicht mehr viel zu erreichen, ist womöglich deswegen frustriert...

... als Arzt?

Ja, Geriatrie ist nicht so «sexy» wie zum Beispiel Kardiologie, wo man mit Kathedern oder anderen beeindruckenden Geräten arbeiten kann. Alte Leute sind medizinisch unattraktiv für junge Ärztinnen und Ärzte, die mittlerweile zu Medizintechnikmanagern geworden sind und sehr viel apparative Medizin betreiben müssen – was sie spannender finden.

Auf Sie trifft dies aber nicht zu?

Nein, wir machen «Low tech, high touch»-Medizin. Also wenig Technik, aber viele Gespräche und körperliche Untersuchungen. Wir hören viel zu und nehmen uns Zeit.

Sie haben es mit polymorbiden alten Menschen zu tun. Können Sie alle nach dem gleichen Schema behandeln?

>>

In der Schweiz wird das Lebensende eingehend wissenschaftlich untersucht

Wann ist Medizin die Kosten wert?

Ein grossangelegtes Forschungsprojekt des Bundes befasst sich mit dem Lebensende. Unter anderem wurde erstmals untersucht, wie viel die Schweizerinnen und Schweizer zu zahlen bereit sind für die medizinische Betreuung von Schwerkranken.

Die Aargauer Nationalrätin und Gesundheitspolitikerin Ruth Humbel (CVP) wünscht, dass endlich darüber geredet wird: Wie viel darf die Medizin am Lebensende kosten? Die Frage sei dringend, weil der medizinische Fortschritt dazu führt, dass ein Leben immer verlängert werden kann – mit entsprechenden Folgekosten. Bis zu einem Viertel aller Gesundheitsausgaben werden schon heute kurz vor dem Tod verursacht. Die Medizin am Lebensende ist damit ein wesentlicher Kostentreiber im Gesundheitswesen. «Darüber», sagt Ruth Humbel, «muss breit und öffentlich diskutiert werden.»

Die Grundlagen für eine breite Diskussion sind vorhanden. Das nationale Forschungsprogramm «Lebensende» (NFP 67) untersucht ganz unterschiedliche Aspekte des Lebensendes – auch die Kosten. Bereits liegen die Ergebnisse einer Umfrage bei der Schweizer Bevölkerung vor. Die Studie fragte: Was denken die Menschen in unserem Land über Kosten und Wert von lebensverlängernden Massnahmen? Grundsätzlich sind die Schweizerinnen und Schweizer bereit, solidarisch über die Krankenkasse an die medizinischen Kosten für Schwerkranke zu bezahlen. Mit Grenzen allerdings: Wenn die Lebensqualität merklich verbessert und ein normales Leben dank einer bestimmten Therapie möglich wird, ist das den Schweizerinnen und Schweizern 200 000 Franken im Jahr wert. Wird freilich nur das Leben verlängert, die Lebensqualität aber nicht gesteigert oder reduziert sie sich gar, dann sinkt die Bereitschaft, dafür zu bezahlen.

Konkret: Jede fünfte Krebstherapie strapaziert die Solidarität der Beitragszahler über Gebühr. Bei Menschen, die über 70 Jahre alt sind, würden gar gegen ein Drittel aller Patientinnen und Patienten die Limiten überschreiten.

Obergrenzen und Rationierungen?

Wie sollen diese Untersuchungsergebnisse in die Gesundheitspolitik einfließen? Müssen Obergrenzen gezogen werden? Muss die medizinische Versorgung rationiert werden? Es sind schwierige Fragen, mit der Gesellschaft und Politik konfrontiert sind. «Aber wir müssen uns diesen Fragen stellen», sagt Gesundheitspolitikerin Humbel. «Früher oder später braucht es zumindest gewisse Leitplanken, denn es kommen immer mehr Medikamente zu immer

höheren Preisen auf den Markt», sagte sie im Oktober der Zeitung «NZZ am Sonntag». Die Zeitung zitiert auch die Solothurner SP-Nationalrätin und Gesundheitsexpertin Bea Heim. Sie warnt ausdrücklich vor Obergrenzen und Rationierungen: «Es gibt andere Ansätze, um Kosten zu sparen: eine konsequente Qualitätsstrategie, das Vermeiden unnötiger Eingriffe und Abschlüsse bei überhöhten Preisen für Hilfsmittel und Medikamente.»

Erkenntnisse in der Praxis umsetzen

Auch die Studierenerheber sehen in Rationierungen keine Lösung. Sie fordern vielmehr die Politik auf, Richtlinien zur Verhinderung versteckter Rationierungen auszuarbeiten.

Wie allerdings anderswo und anderswie Kosten eingespart werden können bei der medizinischen Versorgung am Lebensende, dazu macht die Studie keine Angaben. Die vom Bundesrat 2010 in Auftrag gegebene Untersuchung soll die Grundlage bilden für politische Entscheidungen, die in verschiedenen Formen und Ausprägungen mit dem Lebensende zu tun haben. Ein Teil der

Untersuchungen ist abgeschlossen, einzelne Teilprojekte sind noch in Arbeit.

Es geht dabei um weit mehr als nur um finanzielle Aspekte. Zum Beispiel wird auch untersucht, wie Pflege und Betreuung auf die veränderten religiösen Bindungen und Nicht-Bindungen von Schwerkranken und Sterbenden eingehen sollen und können. Ein anderes Projekt befasst sich mit dem selbstbestimmten Sterben und mit der Beihilfe zum Suizid: «Das Projekt soll klären, welche Bedingungen sinnvoll in einen Zusammenhang mit Autonomie gebracht und wie sie spezifiziert werden können.» Und es wird auch untersucht, wie Angehörige einem Menschen den Wunsch erfüllen können, dass er zuhause stirbt: «Viele Menschen sterben im Spital oder in einem Heim, da sie kurz vor dem Tod notfallmässig eingewiesen werden. Ausschlaggebend dafür, dass das so ist, sind die psychische und physische Belastung aller Beteiligten, fehlendes Wissen über den Sterbeprozess und Umgang mit typischen Symptomen, aber auch mangelhafte Unterstützung oder gar unangemessene Reaktionen von Fachleuten in Krisensituationen. Dass sterbende Personen ihre letzten Tage auf der Intensivstation anstatt in ihrem vertrauten Umfeld verbringen, kann für die Angehörigen belastend sein, weil sie den Sterbenden den Wunsch nach einem Tod zuhause nicht erfüllen konnten.» Dass dies möglich wird, dafür soll die Studie die Grundlagen liefern. ●

www.nfp67.ch/de

Nein. Zwar können von aussen betrachtet zwei Menschen vollkommen gleich aussehen. Wenn man aber dahinter schaut, kommen verschiedene Personen zum Vorschein. Die eine hat ein finanzielles Problem, eine andere ein soziales oder kognitives. Alte Menschen sind nicht nur polymorbid, sondern multidimensional erkrankt. Dazu gehört eine soziale, eine psychische und eine funktionelle Dimension dazu. Diese Dimensionen sehen wir nicht, wenn wir nicht systematisch danach suchen. Doch wir müssen sie berücksichtigen, wenn wir gute Medizin praktizieren wollen.

Alle möchten jung sterben, aber so spät wie möglich. Wird das dereinst die Realität sein?

Die Chancen, dass dies möglich wird, stehen schlecht. Altwerden ist ein derart komplizierter Prozess; es steckt eine komplexe Biologie dahinter. Man kann nicht an einem Rädchen drehen und damit rechnen, dass alle anderen Rädchen nach unseren Vorstellungen mitdrehen. Vielleicht können wir einmal die Gesamtlebensspanne verlängern. Doch klinisch wird dies wahrscheinlich in den nächsten Jahrzehnten nicht relevant sein.

Eine längere Lebensspanne würde das Alter noch teurer machen.

Nicht unbedingt, denn eigentlich wollen wir ja nicht das Alter verhindern, sondern altersassoziierte Krankheiten, die teuer sind. Sie sind das Problem. Alt werden ist an sich keine Krankheit. Teuer wird es, wenn Menschen im Alter krank werden und aufgrund ihrer Biologie eine andere Medizin nötig haben und mehr Zeit brauchen.

Wie verläuft die Abnahme der körperlichen Funktionen im Verlauf des Lebens?

Eigentlich ist das Leben ein Kontinuum: Wir kommen ohne Funktionalität zur Welt und eignen uns in der Folge viel Funktionalität an. Doch irgendein Ereignis, ein Unfall, eine schwere Krankheit können wiederum zu einem funktionellen Defizit führen. Dies kann Menschen in jedem Alter treffen. Gravierende Ereignisse wie Stürze, Lungenentzündungen, grosse Operationen führen zu einer Abnahme der Funktionalität im Alter.

Und Funktionsdefizite, die vorwiegend das Alter treffen, sind wiederum mit Kosten verbunden.

Ja, und mit Aufwand und Zeit. Wir möchten die Schwelle der Gebrechlichkeit möglichst weit hinausschieben, weil Gebrechlichkeit und die damit verbundene Abhängigkeit von anderen Menschen die grossen Probleme sind. Wenn wir mit einfachen Massnahmen Gebrechlichkeit und Abhängigkeit verhindern können, haben wir viel erreicht.

Eine Studie aus Schottland, die im Fachmagazin «The Lancet» publiziert wurde, zeigt allerdings, dass 90 Prozent der Menschen im Alter von 85 Jahren krank sind.

Tatsächlich gibt es nur sehr wenige Menschen in diesem Alter, die keine gesundheitlichen Probleme haben. Aber es gibt sie. Doch die gesamten Gesundheitskosten sind im Jahr 2014 für die 80-Jährigen bei 6 Milliarden Franken pro Jahr angelangt, die Pflegeheimkosten sind von 1,5 Milliarden Franken 2009 auf 2,5 Milliarden 2014 angestiegen. Die Kosten sind gewaltig gestiegen in den vergangenen Jahren.

Was hat zu dieser enormen Kostenzunahme geführt?

Das ist schwierig zu sagen. Die wichtigsten Faktoren sind sicher die demografische Entwicklung einerseits und der Ausbau der Leistungen andererseits. Doch ab einem bestimmten Alter nehmen die Gesundheitskosten wieder ab. Teuer sind die Neugeborenen, nachher halten sich zumindest die Spalkosten einigermaßen in Grenzen. Die «teuersten» Menschen sind, bezogen auf die Spalkosten, zwischen 60 und 84 Jahre alt. Das ist das Alterssegment, für das man viel in medizinische und operative Massnahmen investiert. Häufig kommt es zu Komplikationen, etwa, wenn man einem gebrechlichen alten Menschen eine grosse Operation angedeihen lässt. Dass Gebrechlichkeit ein Sterblichkeitsfaktor ist, übersieht man manchmal.

In erster Linie sind demnach Spitalaufenthalte mit hohen Kosten verbunden?

Ja, doch sind die Leute einmal pflegebedürftig, werden sie nicht mehr so häufig in die Spitäler eingewiesen. Gleichzeitig gehen aber die Pflegeheimkosten in die Höhe. Die Kosten pro Kopf ergeben eine klare Altersassoziation, weil sich im Segment der 60- bis 85-Jährigen die meisten Leute finden, die «kostentreibend» sind. Das ist auch das Segment, das am schnellsten wächst.

«Geriatern könnten eine integrative Rolle spielen, damit es zu vernünftigen Lösungen kommt.»

Doch laut Erhebung des Bundesamts für Sozialversicherung verursachen Schweizerinnen und Schweizer nach dem 70. Altersjahr insgesamt weniger Gesundheitskosten als in den 70 Jahren zuvor. Wie ist dies zu erklären?

Weil sie nicht noch einmal 70 Jahre leben. Es gibt Leute, die sterben mit 70. Es gibt aber noch einen anderen Grund: Ich denke, bei Menschen ab einem gewissen Alter wird auch eine andere Medizin gemacht und anders behandelt, was ich sinnvoll finde.

Was bedeutet eine «andere Medizin» konkret?

Das heisst, dass sich Ärzte viel mehr Zeit nehmen, um Nutzen und Wirkung von aufwendigen Therapien zusammen mit Patienten und Angehörigen zu evaluieren. Nehmen wir ein Beispiel: den Ersatz einer Aortenklappe. Ich bin der Meinung, dass man mit jeder Person die Vor- und Nachteile eines solchen Eingriffs sehr gut überlegen muss: Inwiefern profitieren sie davon, welches sind die Risiken; welches sind die Konsequenzen, wenn sie sich dagegen entscheiden? Häufig geht es ums Nicht-mehr-Überleben respektive ums Sterben. Aber es gibt viele alte Leute, die nehmen das in Kauf.

Sprechen Sie mit ihnen darüber?

Ja, natürlich! Das besprechen wir regelmässig. Bei manchen Tumorerkrankungen geht es um ähnliche Themen: Was ist der Nutzen einer aggressiven oder toxischen Chemotherapie?

Kürzlich haben besorgte Ärzte in der Schweiz eine Akademie gegründet mit dem Ziel, überbordende Medizin, gerade auch in Alter, einzudämmen. Was halten Sie davon?

>>

Ich bin der Meinung, es bräuchte keine neue Akademie, sondern lediglich Gespräche mit den Geriatern. Sie betreiben schon lange eine Medizin, die nicht alles anbietet, was möglich ist.

Rennen die Gründer der Akademie bei Ihnen offene Türen ein?

Ja, das kann man so sagen. Was auffällt, ist, dass an keinem Tumorboard Geriater präsent sind; auch auf Intensiv- und Notfallstationen nicht. Die interventionelle Medizin, die Hochtechnologiemedizin: Das sind die teuren Disziplinen. Und hier sind keine Geriater dabei, die ihr Wissen in die Waagschale werfen könnten, um diejenigen Patienten zu identifizieren, die einen Benefit davon haben. Um herauszufinden, ob sie eine Intervention wirklich wollen und ob sie wissen, was sie bedeuten kann, muss man mit den Leuten sprechen. Diese Dialoge werden aber selten geführt. Der andere Punkt ist: Wer eine Intervention vornimmt, will, dass sie gut kommt. Doch sie kommt nicht immer gut. Um dies zu korrigieren, unternehmen Ärzte alles, was in ihren Möglichkeiten liegt – ein ganz normaler Vorgang. Das Problem dabei ist: Das intensive Bemühen ist extrem teuer.

Können Sie dafür ein Beispiel geben?

Wird etwa ein über 80-Jähriger am Darm operiert, und es geht danach die Naht auf, wird eine zweite Operation nötig. In diesem Rahmen kommt es zu einem unbeobachteten hohen oder tiefen Blutdruck. Der Person geht es nicht gut, es sind eventuell auch noch Bakterien im Bauch vorhanden. Dies macht schliesslich eine Intensivbehandlung nötig. Wenn aber jemand einmal auf einer Intensivstation ist, wird die maximale Medizin erbracht, um die Person am Leben zu erhalten.

Dann kann man nicht mehr abrechen?

Genau! Das ist das grosse Problem der modernen Medizin: Wenn man einmal angefangen hat damit, kann man fast nicht mehr aufhören. Es wollen immer alle das Beste, auch für alte Menschen. Doch ob es dies für sie wirklich immer ist, ist eine grosse Frage.

Und diese können Geriater am besten beantworten?

Sie könnten zumindest in den Evaluationsprozess involviert werden, weil sie mehrdimensional denken.

Die Ausgaben für die Vorsorge liegen praktisch bei null. Könnten denn nicht mit wenig Präventionsausgaben ein Vielfaches an Folgekosten vermieden werden?

«Gesundheitsförderung Schweiz», eine Stiftung der Krankenkassen, hat ein Programm auf die Beine gestellt, «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter», das Präventionsprojekte in vier Bereichen unterstützt: Sturzprävention, Bewegungsförderung, Psychische Gesundheit und schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen. Prävention fliesst jetzt also auch ein in den Bereich der alten Menschen – eine sehr positive Entwicklung.

Gibt es neben Prävention noch andere Faktoren, die die Gesundheitskosten eher senken als erhöhen?

Aus einer amerikanischen Studie geht hervor, dass zwei Faktoren die medizinischen Kosten in den letzten sechs Lebensmonaten einer Person senken: Verwandte, die in der Nähe wohnen, und eine Demenzerkrankung.

Welches ist der Zusammenhang mit einer Demenzerkrankung?

Das ist eine ganz schwierige Thematik: Wie viel Maximalmedizin soll man, darf man, kann man jemandem mit einer Demenzerkrankung zumuten, wenn sie so schwerwiegend ist, dass die Person keinen Benefit mehr von einem Eingriff hat? Wenn eine schwere Demenzerkrankung vorliegt, ist man wahrscheinlich zurückhaltend.

Bei einer an Demenz erkrankten, nicht mehr urteilsfähigen Person müssen die Verwandten mit einem Eingriff einverstanden sein. Das sind unter Umständen ebenfalls schwierige Gespräche.

Ja, gewiss. Doch manchmal sind auch die Verwandten der Meinung, es mache keinen Sinn mehr, die Mutter, den Vater zu operieren oder ihnen eine andere komplizierte Behandlung angedeihen zu lassen. Aber keine Frage: Manchmal ist es auch sinnvoll, eine demenzkranke Person zu operieren. Zu einer Entscheidung zu kommen, ist ein enorm zeitaufwendiger Prozess.

Und welche Rolle spielen Verwandte, die in der Nähe wohnen?

Sie haben einen positiven Effekt auf die Entscheidungsfindung. Diese geht schneller vonstatten und ist möglicherweise kostendämpfend, wenn Kinder zugegen sind, mitdiskutieren und Besonnenheit ausstrahlen.

Sagt die Studie, die Sie erwähnten, auch etwas über kostentreibende Faktoren?

Ja, sie nennt unter anderem «mehr als vier chronische Erkrankungen» und «Funktionsdefizite». Es ist klar: Sie gehen mit einer längeren Rehabilitationszeit einher. Die Verbesserung der Funktionalität während eines Spitalaufenthalts wirkt sich auch nach der Entlassung kostendämpfend aus. Denn damit entscheidet sich, ob jemand in ein Altersheim gehen muss oder wieder nach Hause gehen kann. Funktionserhaltung ist etwas Elementares in der Geriatrie.

Das letzte halbe Jahr im Leben eines Menschen ist meistens das teuerste. Kann man daran nichts ändern?

Nein, das kann man nicht. Aber das gilt für jede Alterskategorie, nicht nur für das Alter. Was man tun kann, ist, sich zu überlegen, welche Medizin man für welche Alterskategorie machen soll.

Ist es aus medizinischer Sicht überhaupt sinnvoll, bei Hochaltrigen grosse Operationen durchzuführen? Oder kommt es eher einer Ressourcenverschwendung gleich?

Wichtig wäre, bei verschiedenen Eingriffen einen Geriater an Bord zu haben. Dies würde in manchen Situationen zu anderen Entscheidungen führen. Meistens geht es nicht um die medizinische Notwendigkeit, sondern um die Entscheidungsfin-

«Um herauszufinden, was die Leute wirklich wollen, muss man mit ihnen sprechen.»

dung. Ich mache ein Beispiel aus meiner Praxis: Einen Monat nach einer Operation wurde eine ältere Frau zu uns auf die Geriatrie verlegt, wo wir eine Demenz diagnostizierten. Das heisst, dass sie vermutlich in demenstem Zustand über die Operation aufgeklärt wurde und dieser zustimmte. Niemand hatte die Demenz bisher festgestellt, auch deshalb nicht, weil kognitiv eingeschränkte Menschen nicht wollen, dass ihre Defizite demaskiert werden. Diese Menschen sagen zu allem Ja.

Und die Ärzte sitzen ihnen gegenüber und bemerken das nicht?

Ja, das passiert immer wieder – Anästhesisten, Chirurgen, Onkologen, auch Hausärzten. Vor Kurzem betreute ich einen Patienten, der ein sehr teures Chemotherapeutikum bekam wegen einer Blutbildungsstörung – er war sogar noch in einer Studie dabei –, und niemand hatte bemerkt, dass er dement ist.

Würden Sie aus geriatrischer Sicht im Allgemeinen hochaltrigen Menschen eher von grossen Operationen und teuren medikamentösen Therapien abraten?

Nein, aber es wäre sinnvoll, wenn vermehrt Geriater beigezogen würden, die zum Beispiel die Chirurgen auf eine vorhandene Demenz von Patienten hinweisen könnten. Denn es ist bekannt, dass Demenz per se ein Risikofaktor ist für erhöhte perioperative Sterblichkeit. Eine demente Person hat nach einer Operation schlechtere Karten als eine nicht demente. Im Wissen, dass jemand dement ist, würde man die Entscheidungsfindung eventuell anders gestalten, wenn ein Geriater zugegen wäre. Denn die Frage ist ja, stimmt eine Person einem Eingriff zu, weil sie die vorangegangene Aufklärung verstanden hat oder weil sie sie nicht verstanden hat?

Was ist eigentlich das Ziel der Entscheidungsfindung? Sind Sie zufrieden, wenn sich eine demente Patientin gegen eine Operation entscheidet und an den Folgen einer defekten Aortenklappe stirbt?

Nein. Zwar ist es vermutlich billiger. Doch es ist schwierig, den Entscheid bei einer manifesten Demenz auf die eine oder andere Seite zu beeinflussen. Darf man, soll man jemandem aufgrund einer zusätzlichen Erkrankung eine Operation vorenthalten, ja oder nein?

Was sagen Sie?

Eher nein, denn Alter und Demenz sind keine Gründe, um jemanden nicht zu operieren. Man muss sich nur bewusst sein, was es für Konsequenzen haben kann. Das ist entscheidend.

Nicht nur sehr alte Menschen leiden an chronischen Krankheiten, sondern auch viele jüngere – zwischen 60- und 75-Jährige. Sind sie die wirklich teuren Patienten?

Ja, die teuren Patienten sind die jüngeren mit mehreren Co-Morbiditäten. Sie kosten viel, und sie leiden mehr. 80-Jährige haben zwar auch ihre Krankheiten, aber sie sind relativ fit, sonst wären sie nicht so alt geworden. Wenn jemand sehr alt wird und immer noch lebt, hat er eine biologische Selektion hinter sich. Diejenigen, die 80 oder 90 Jahre alt werden und

noch nicht vorher an ihren Co-Morbiditäten gestorben sind, sind biologisch besser in Schuss.

Bekommen alte Menschen eher zu wenig oder zu viel Medizin? Eventuell zu viel oder nicht die richtige Medizin – nicht aus chirurgischer, kardiologischer und onkologischer Sicht, sondern aus geriatrischer Sicht.

Was machen die anderen medizinischen Disziplinen anders als die Geriater?

Wir beziehen die psychosozialen Aspekte mit ein. Dafür haben die Chirurgen, Kardiologen, Onkologen oft keine Zeit, und dafür sind sie nicht immer optimal ausgebildet. Vielleicht braucht es irgendwann einmal eine geriatrische Minimalausbildung für Ärzte in anderen Fachgebieten, so wie es in den USA bereits praktiziert wird. Angehörige von Disziplinen, die stark im Alterssegment tätig sind, müssen obligatorisch Geriatriekurse belegen: Urologen, Augenärzte, Orthopäden, Traumatologen.

Wäre die Gesundheitsversorgung von alten Menschen günstiger, wenn die Geriatrie mehr mit einbezogen würde?

Zuerst einmal möchte ich sagen: Alte Menschen sind nicht teurer als jüngere, wenn man die für sie richtige Medizin betreibt. Im Gegenteil: Teuer sind die Mittelalterlichen, die 65- bis 75-Jährigen. Unsere Patienten sind im Durchschnitt 80 Jahre alt. Sie sind eher wieder «billiger».

Sofern man mit ihnen bespricht, ob sie alle medizinischen Leistungen, die möglich sind, wirklich wollen oder nicht?

Genau. Alte Menschen brauchen nicht mehr Medizin, nicht teure Medizin, sondern eine massgeschneiderte Medizin. Diese garantiert ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis. Im Idealfall profitieren alle davon.

Wie viel darf also das Lebensende kosten?

Das kann man nicht in Franken ausdrücken! Was aus meiner Sicht die Herausforderung sein wird, ist, dass wir eine individualisierte Medizin machen sollten. Wenn wir Richtlinien, die für 50-Jährige zutreffen, bei 80-Jährigen anwenden, machen wir wahrscheinlich eine zu teure Medizin. Wenn wir aber die Biologie, den psychosozialen Kontext und den Wunsch der Patientinnen und Patienten berücksichtigen, können wir in einem guten Dialog einen Konsens finden, der eine günstigere Medizin ermöglicht. Die Kunst ist nicht, einfach nur technokratisch die Kosten zu dämpfen, sondern eher, jeden und jede ganz ausführlich zu befragen, was sie möchten und was nicht, und auf dieser Grundlage einen guten Weg zu finden.

Damit streben Sie aktiv eine günstige Medizin an?

Ja, aus unserer Sicht machen wir eine kostengünstige und vernünftige Medizin. Allerdings vertreten gewisse Krankenkassen eine andere Meinung. Sie nehmen teure spitzenmedizinische Massnahmen als normal hin. Wir hingegen befinden uns mit unserer Medizin in einem Rechtfertigungskampf, der extrem viel Energie verschleisst. Das kostet manchmal Nerven. ●

«Es wäre sinnvoll, wenn vermehrt Geriater beigezogen würden vor einer grossen Operation.»
