

Das Gute in der Altersmedizin

Autor(en): **Grob, Daniel**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Bulletin / Vereinigung der Schweizerischen Hochschuldozierenden
= Association Suisse des Enseignant-e-s d'Université**

Band (Jahr): **42 (2016)**

Heft 1

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-893862>

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.

Das Gute in der Altersmedizin

Daniel Grob*

1. Einleitung: Von Gratwanderungen

Die Altersmedizin (Geriatric) ist ein junger Zweig der medizinischen Wissenschaften. Auch wenn das erste Lehrbuch für Geriatrie in unserer westlichen Gesellschaft bereits 1914 publiziert wurde (Nascher JL), so fristete das Fach in der Schweiz bis gegen Ende des 20. Jahrhunderts ein Mauerblümchen-Dasein – nur in den grösseren Städten war die geriatrische Frage präsent. Erst mit dem Wachsen des gesellschaftlichen Bewusstseins, dass ein bedeutender demografischer Wandel («Alterung der Bevölkerung») bevorsteht, richtete sich die öffentliche und gesundheitspolitische Aufmerksamkeit zunehmend auch auf die Geriatrie.

Die Altersmedizin beschäftigt sich primär, wenn auch nicht ausschliesslich, mit hochaltrigen, das heisst in der Regel über 80-jährigen Menschen, welche mehrfach krank (polymorbid), gebrechlich und fast immer auch mehrdimensional krank sind. Mehrdimensionale Krankheit bezieht sich auf die von der WHO definierten Gesundheitsdimensionen: somatische, psychische, soziale, funktionelle, ökonomische Gesundheitsdimension, um die wichtigsten zu nennen.

Im klinischen Umgang mit dieser sehr fragilen Gruppe von Patientinnen und Patienten zeigt es sich immer wieder: Es ist ein schmaler Grat zwischen dem ärztlichen Handeln, welches «Gutes» zur Folge hat und dem Handeln, welches dem Patienten oder der Patientin letztlich Schaden zufügt oder zumindest keinen Nutzen. Loten wir diese Gratwanderung in der Folge etwas aus. Dazu muss zuerst auf die Besonderheiten dieser hochaltrigen, geriatrischen Patientinnen und Patienten eingegangen werden, welche – epidemiologisch gesehen – einer Subpopulation der alten Menschen entsprechen.

2. Besonderheiten geriatrischer Patientinnen und Patienten

Geriatrische Patientinnen und Patienten sind häufig *kognitiv behindert*: Die Prävalenz von dementiellen Erkrankungen in dieser Altersgruppe liegt bei über 30 Prozent. Depressive Zustände sind fast ebenso häufig, ebenso die Beschäftigung mit dem absehbaren Tod: Geriatrische Patientinnen und Patienten stehen *am Lebensende*. Sie zeigen auch häufig eine *atypische klinische Krankheitspräsentation*: Die lehrbuchmässige Symptomatik von Krankheiten beim hochbe-

tagten Menschen ist eher selten. So manifestieren sich schwere körperliche Erkrankungen häufig über ein Delir (Verwirrungszustand); Herzinfarkte können sich lediglich über Übelkeit oder Bauchschmerzen manifestieren, ein Geschwür im Magen über eine Blutarmut. Diese atypische, manchmal auch wirklich kryptische (verborgene) Symptompräsentation bedeutet im klinischen Alltag, dass – häufiger und intensiver als bei jüngeren Menschen – die modernen diagnostischen Möglichkeiten in Anspruch genommen werden müssen wie Computertomografie (CT), Magnetresonanz-Bildgebung (MRI), Szintigrafie, Labor etc. Dies, um rasch eine korrekte Diagnose als Grundlage von Entscheidungsprozessen und letztlich Behandlungen zu erhalten.

Die geriatrischen Patientinnen und Patienten sind äusserst *fragil*, ihr Zustand kann sich infolge knapper körperlicher (und psychischer) Reserven sehr rasch verschlechtern – bereits ein «banaler» viraler Infekt oder ein Sturz können ein fragiles gesundheitliches Gleichgewicht rasch zum Kippen bringen, wenn man nicht medizinisch interveniert.

Geriatrische Patientinnen und Patienten haben auch eine hohe Inzidenz von sekundären Krankheits- bzw. Therapiekomplikationen: Alte Menschen sind generell verletzlicher und damit *anfälliger für Komplikationen*. Besondere Sorgfalt ist damit in der Indikationsstellung von therapeutischen Prozeduren angezeigt, um letztlich nicht mehr Schaden als Nutzen zu stiften. Dies gilt insbesondere heute, wo in der modernen Medizin fast alles «machbar» ist. Die Indikations-

* Stadtspital Waid, Tièchestrasse 99, 8037 Zürich.

E-mail: daniel.grob@waid.zuerich.ch; dr.grob@bluewin.ch
www.akutgeriatrie.ch; www.danielgrob.ch



Daniel Grob, Dr. med. MHA, ist Chefarzt an der Universitären Klinik für Akutgeriatrie am Zürcher Stadtspital Waid. Er war von 2007 bis 2015 Mitglied der Zentralen Ethikkommission (ZEK) der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW). Er ist Gründungspräsident des Alzheimerforums Schweiz und Gesundheitsrat des Kantons Appenzell Ausserrhoden. Zudem ist er Verwaltungsrat des Pflegezentrums Rotacher, Stiftungsrat von Pro Seniorweb, Vizepräsident des Vereins zur Förderung der Altersmedizin und Altersarbeit *altaVita* und Co-Leiter des Zentrums für Alter und Mobilität der Universität Zürich (ZAM). Im Jahr 2001 wurde Daniel Grob der Nascher-Förderpreis der Stadt Wien verliehen.

stellung zu einem invasiven Eingriff ist eine Entscheidungssituation, in welche möglichst viele Parameter einzubeziehen sind (siehe unten). Dass dies in einer der häufigen Notfallsituationen besonders schwierig bis unmöglich ist, begründet sich in den im Notfall eng begrenzten Zeitressourcen und naturgemäss sehr beschränkten Informationen.

Geriatrische Patientinnen und Patienten haben auch einen hohen Bedarf an die akutmedizinische Behandlung *begleitenden Rehabilitationsleistungen*: Frührehabilitation ist sehr wichtig, insbesondere um die Tage an Bettlägerigkeit zu minimieren: Jeder Tag Bettlägerigkeit hat zwei bis drei Tage Frührehabilitation zur Folge, wenn man das Ziel verfolgt, die Patientin wieder auf den funktionellen Stand vor der Erkrankung zu bringen. Solche früh-rehabilitativen Massnahmen werden aber häufig wieder unterbrochen von akuten Erkrankungen. Aus diesem Grund können inhaltlich nicht wie bei jüngeren Menschen medizinische/chirurgische Therapie und (Früh-)Rehabilitation zeitlich und örtlich getrennt werden. Beides ist zu integrieren: Frührehabilitative Massnahmen beginnen am ersten Tag einer Hospitalisation und enden am letzten – deren Intensität und Inhalt sind aber je nach Verlaufsstadium sehr verschieden.

Die Bedeutung von sozialen und Umweltfaktoren für die Genesung und Rückkehr nach Hause ist sehr hoch: Die Wohnsituation zu Hause, das familiäre Unterstützungsnetz, das Vorliegen formeller und informeller Hilfe sind entscheidend für die funktionelle Gesundheit geriatrischer Patienten und deren Rückkehr nach Hause in die angestammte Wohnung: Ein Ziel, das die allermeisten der hochbetagten Menschen formulieren.

3. Vom Guten in der Altersmedizin

Das Gute in der Medizin realisiert sich prinzipiell in zwei Dimensionen: Einerseits in der Definition und Erreichung eines Behandlungsziels, andererseits im Prozess, wie dieses Ziel erreicht wird.

Bereits die Definition des Behandlungsziels ist im altersmedizinischen Bereich schwierig: Was will der kranke oder verunfallte hochaltrige Mensch? Wie kann Medizin eingesetzt werden, seine Ziele zu erreichen? Und was geschieht, wenn die primär intendierten Ziele schlicht nicht erreichbar sind oder wenn der Weg zum primären Ziel (z.B. eine Operation, ein Eingriff) nicht den Intentionen des alten Menschen entspricht? Bei hundert Patientinnen und Patienten mit der gleichen Hauptdiagnose (zum Beispiel «Hüftfraktur» oder «Herzschwäche») ist der behandelnde Arzt mit hundert divergenten primären Zielen konfrontiert, welche vom «guten Tod» bis

zu «nächsten Sommer noch einmal Venedig sehen» reichen können. Viele dieser primären Ziele erweisen sich als unerreichbar. Zielsetzung in der Altersmedizin wird damit zu einem dynamischen Prozess im Behandlungsverlauf, gerade im Hinblick auf die Fragilität des alten Körpers und dessen Neigung zu Komplikationen. Besonders anspruchsvoll wird es, wenn der alte Mensch beispielsweise wegen einer Demenz an Urteilsfähigkeit einbüsst und das Ziel nicht mehr selber definieren kann. Dann muss sein mutmasslicher Wille mit Hilfe von Patientenverfügung und Bezugspersonen ermittelt werden. So wird im wahrsten Sinne des Wortes in der Altersmedizin «der Weg zum Ziel». Die täglich monitorierten Fort- oder Rückschritte im Behandlungsprozess werden dann zur Basis einer individualisierten, sich dauernd verändernden Zielsetzung. *Das Gute in der Altersmedizin reflektiert sich damit nicht primär an einem standardisierten Behandlungsergebnis («outcome») einer Hauptdiagnose eines alten Menschen, sondern am Behandlungsprozess, der individualisiert und patientennahe abläuft.* Die Qualität des Weges ist entscheidend, nicht die Erreichung eines vordefinierten, häufig auch vorurteilsbehafteten Behandlungsziels! So ist zu fragen, welche grundlegenden Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit ein Behandlungsprozess ablaufen kann, der letztlich zum Guten für den hochaltrigen Menschen beiträgt. Ein Gesundheitswesen, welches die Erfüllung der folgenden Voraussetzungen nicht (mehr) gestattet, ist nicht altersgerecht – und steht quer zum demografischen Wandel! Die Behandlungsqualität bei hochaltrigen Menschen ist nur zu erreichen mit spezifischen altersmedizinischen Strukturen, sprich akutgeriatrischen Kliniken. In den 60er-Jahren des letzten Jahrhunderts wurden Kinderkliniken gebaut angesichts des «Baby-Booms» – jetzt ist es höchste Zeit für altersmedizinische Kliniken, welche sich den Herausforderungen der alternden Baby-Boom-Generation stellen können!

4. Gutes tun für hochaltrige Menschen:

Die Voraussetzungen

Gutes tun ist ein in der Medizin «selbstverständliches» Motiv jedes Arztes und jeder Ärztin. Im Umgang mit hochbetagten, fragilen, gebrechlichen Menschen gibt es aber einige Voraussetzungen, deren Beachtung die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass medizinische Interventionen letztlich zum Guten beitragen. Dies insbesondere im heutigen Umfeld, wo juristische, ökonomische, aber auch medizinische Regularien den Handlungsspielraum der Ärzteschaft bestimmen. Im Folgenden seien die wichtigsten sechs Voraussetzungen erwähnt, die auf der Erfahrung des Autors aus 25 Jahren klinisch-geriatrischer Tätigkeit im Akutspital und Pflegezentrum basieren.

4.1. Alte Menschen gern haben

Grundvoraussetzungen jeder medizinischen Beschäftigung mit Menschen ist jene, dass ein Arzt schlicht Menschen «gern haben muss». Es mag dies als selbstverständliches Postulat erscheinen. Bei hochaltrigen, nicht selten verwirrten oder demenzkranken, kommunikationsbehinderten, manchmal «widerspenstigen» Menschen, ist dies ein Postulat, das naturgemäss nicht alle Ärztinnen und Ärzte (und auch nicht alle Therapeutinnen oder Pflegefachleute) erfüllen können oder wollen. Die hochaltrigen Menschen, die ein langes Leben erfolgreich hinter sich brachten, haben in diesem langen Leben Erfahrungen gemacht, Handlungsstrategien entwickelt, die sie, im Spital, in einer gesundheitlichen Krise, nicht so einfach «über Bord werfen». Sie haben häufig ihre klaren Vorstellungen, wie es weitergehen soll – und diese Vorstellungen stehen nicht selten im Widerspruch zur Vorstellung der deutlich jüngeren Ärztinnen und Ärzte oder im Widerspruch zu den Möglichkeiten des Gesundheits- bzw. Sozialsystems (so bspw. die Vorstellung, «man müsste nur jemanden haben, der zu Hause für einen schaut, dann würde es schon gehen...»). So «verweigern» diese hochaltrigen Menschen manchmal Therapien, sie geben sich «beratungs-resistent», sie sind nicht selten aus einer Aussensicht eigensinnig bis stur. Diese Menschen in ihrer Eigenheit zu begleiten, auf ihrem Wege zu unterstützen, geht nur mit Wertschätzung und viel Zeit. Patriarchale Strategien helfen nicht – sie führen höchstens zu Konflikten, die letztlich begründet sind im Widerstreit zur aktuellen Leistungsorientierung, dem Jugendwahn und Effizienzdenken.

Besonders anspruchsvoll sind Situationen, in denen sich diese hochaltrigen Menschen in Folge von Demenzerkrankungen respektive passageren Verwirrheitszuständen als nicht urteilsfähig erweisen. Dann gilt es, die Behandlungen mit deren Bezugspersonen zu planen, ohne die Würde alter Menschen zu verletzen: Ein äusserst anspruchsvoller Prozess – dies insbesondere dann, wenn die Vorstellungen des Patienten abweichen von den Vorstellungen der Bezugspersonen. Nicht selten sind zudem auch die Bezugspersonen (Kinder bspw.) untereinander uneins.

4.2. Kenntnisse, die weit über die Medizin hinausgehen

Geriatrische Patientinnen und Patienten sind wie erwähnt mehrdimensional krank. Um sie behandeln und begleiten zu können, bedarf es damit nicht nur medizinischen Wissens im engeren Sinne. Psychiatrisches Wissen (im Hinblick auf die häufigen Demenz- und Depressionserkrankungen) und juristisches Grundwissen (zum Beispiel bezogen auf die Rahmenbedingungen der fürsorgerischen Unterbringung,

der Anwendung von Zwang oder der im Erwachsenenschutzrecht definierten Delegation von Entscheidungen an Bezugspersonen) sind unabdingbar. Aber auch gesundheitsökonomisches Wissen ist relevant; letzteres insbesondere, um die Bedürfnisse dieser Menschen möglichst zu erfüllen im Kontext der heute bestehenden ökonomischen Rahmenbedingungen, wie sie zum Beispiel durch die Fallpauschalen in den Spitälern (Swiss-DRG) oder die Regulatorien der AHV und Ergänzungsleistungen vorgegeben werden. Dass grundlegende ethische Prinzipien wie die Respektierung der Autonomie sowie Fürsorge- und Gerechtigkeitspostulate zu beachten sind, versteht sich. So setzt der Umgang mit hochaltrigen Menschen heute neben solidem medizinischem Wissen auch grundlegende Kenntnisse im Gesundheitsrecht, der Gesundheitsökonomie und der Medizinethik voraus – bis hin zu familientherapeutischem Grundwissen. Die Breite der Problemstellungen wird von jungen Ärztinnen und Ärzten als attraktiv wahrgenommen in einem Umfeld, das die Ärzteschaft zunehmend zu mechanistischen «Leistungserbringern» degradiert.

4.3. Vertrauen vermitteln: To inspire confidence

Hochaltrige Menschen stehen per definitionem am Lebensende. Die meisten der geriatrischen Patientinnen und Patienten sind schon deutlich jenseits der statistischen mittleren Lebenserwartung. Das wissen diese Menschen. Viele von ihnen sind stolz auf ihr Alter, andere benutzen das Alter häufig als Erklärung für alle möglichen bestehenden Leiden und Defizite. So wird beim Ansprechen auf erkennbare Gedächtnisleistungs-Defizite häufig zur Antwort gegeben, dies sei doch klar, schliesslich sei man schon 90. Auch häufige muskuloskelettale Beschwerden werden, auch wenn sie sehr behindernd respektive schmerzhaft sind, gerne «dem Alter» zugeschrieben. Hochaltrige Menschen sprechen auch häufig spontan vom Tod bzw. formulieren klare Todeswünsche («Herr Doktor, ich möchte am liebsten sterben»). Häufig leiden diese sehr alten Menschen aber nicht an klar lebenslimitierenden Erkrankungen – und sie sterben deshalb auch nicht «einfach so». Sie leiden an chronischen Erkrankungen oder Unfallfolgen. Häufig ist ihr gesamtes soziales Umfeld schon «weg-gestorben», manchmal auch die eigenen Kinder, was eine besondere Belastung darstellt.

Wie also geht man im Alltag um mit chronisch kranken, häufig auch verunfallten, alleinstehenden Menschen am Lebensende? Das Rezept des schwedischen Arztes und damaligen Bestseller-Autors Axel Munthe (1857–1949) war das folgende: „I was not a good doctor, my studies had been too rapid, my hospital training too short. But there is not the slightest doubt, that I was a successful doctor. What is the secret of

success? To inspire confidence” (Munthe A 1929). *To inspire confidence*: Vertrauen vermitteln. Den hochbetagten Menschen vermitteln, dass auch diese jetzige Krise überwunden werden kann. Und dass die behandelnde Ärztin sie nicht fallen lässt – auch nicht angesichts eines früher oder später eh bevorstehenden Todes. So gilt die Maxime in der Altersmedizin: Vertrauen vermitteln und dem Patienten auf seinem Weg beistehen. Zeigt er oder sie unter primärer Behandlung einer akuten Erkrankung oder eines Unfalls Zeichen der Erholung, so ist diese selbstverständlich zu unterstützen. Zeigt der Verlauf unter Behandlung aber, dass der Patient mit seiner jetzigen Krankheitsbelastung doch Richtung Tod geht – so ist auch dieser Weg mit ihm zu gehen. Alte Menschen soll man nie mit allen Möglichkeiten am Leben erhalten, aber man darf sie auch nicht durch Therapie-Restriktion in den Tod ziehen. Dies ist im ärztlichen Umgang mit diesen Menschen ein Ruf nach Geduld, Zeit und Kommunikation. Dieser Ruf steht heute in scharfem Widerspruch zu den Management-Modellen moderner Medizin, die sich am Effizienzstreben industrieller Prozesse anlehnen.

4.4. Mut, individualisierte Lösungen umzusetzen

Medizin mit hochaltrigen Menschen ist eine höchst individualisierte Medizin. Die Unterschiedlichkeit der Menschen in allen Gesundheitsdimensionen nimmt mit jedem Lebensjahrzehnt zu. Dies führte den englischen Geriater Bernhard Isaacs schon in den 90er Jahren zur durchaus saloppen, aber wahren Aussage: *«Alte Menschen sind keine homogene Biomasse»* (Isaacs B. 1992). Geriatriche Patientinnen und Patienten sind wie erwähnt häufig polymorbid, das heisst Träger mehrerer chronischer Erkrankungen. Für jede dieser chronischen Erkrankungen existieren Handlungs- und Therapieanleitungen, sogenannte Guidelines. Solche Guidelines werden primär entwickelt, um die Qualität medizinischer Versorgung zu verbessern. Boyd et al. haben schon vor zehn Jahren darauf hingewiesen, dass die Beachtung all dieser Guidelines und Handlungsanleitungen bei mehrfach kranken Menschen zu unerwünschten Nebenwirkungen führen kann, so bspw. unerwünschte Arzneimittel-Wirkungen oder höhere Kosten ohne Zuwachs an Behandlungsqualität. Der amerikanische Medizinethiker David Callahan skizzierte in diesem Kontext eine Analogie des Arztes mit einem bildenden Künstler: *«Wenn ein Stein z.B. zu etwas gestaltet werden soll, das Bedeutung und Aussage hat, muss der Künstler ständig zwei unterschiedliche Aspekte miteinander verbinden. Da gibt es einerseits eine schier unendliche Zahl von Wegen, auf die er an sein Material herangehen kann, begrenzt ausschliesslich durch seine Kreativität und sein Vorstellungsvermögen. Deswegen ist die Bildhauerei – wie*

die Medizin – immer neu offen für gute Ideen. Auf der anderen Seite aber muss der Künstler Qualität und Merkmale seines Werkstoffs kennen. Ihm müssen die Bruchpunkte, die relative Härte, die Schleiffähigkeit des Materials, kurz: dessen Eigenschaften sehr gut bekannt sein. Wenn er es versäumt, auf diese Züge Rücksicht zu nehmen, wird er das ganze Werkstück ruinieren, weil er versucht hat, sein Ziel mit ungeeigneten Mitteln zu erreichen, die nicht in Übereinstimmung mit der Natur des Materials stattfinden. [...] Die Kunst, das Sterblichkeitsschicksal menschlich zu gestalten, verlangt die Fähigkeit, sich zwischen den Polen Möglichkeit und Einschränkung, Offenheit und Begrenzung, frei hin und her bewegen zu können. Kontrollierendes Verhalten, das im Griff behält, und Loslassen, das Entwicklungen akzeptiert, gehören beide dazu» (Callahan D 1993).

Die ärztliche Kunst des geriatrisch Tätigen liegt darin, im Einzelfall – angesichts der höchst individuellen Wirklichkeit des Patienten – gezielt und rational gegen bestimmte eindimensional entwickelte Behandlungsrichtlinien und Guidelines zu verstossen. Es braucht diese Therapiefreiheit und damit Mut und Erfahrung, um individualisierte Lösungen umsetzen zu können. Die Behandlungsqualität hochaltriger Menschen ist nicht zu messen an der Adhärenz an eindimensionalen Behandlungsrichtlinien, sondern benötigt den Einbezug von Variablen wie Betreuungskoordination, Beratungsdienstleistungen (*Empowerment*) und gemeinsame Entscheidungsfindung (*shared decision making*).

4.5. Immer einen Schritt hinter dem Patienten und der Patientin gehen

Hochaltrige Menschen kommen wegen Unfall oder Krankheit ins Spital – mit dem Wunsch nach Genesung, wie Jüngere auch. Bei einigen von ihnen ist der Verlauf aber so schwer, dass sie sterben. Die Mortalitätsrate in einer akutgeriatrischen Klinik beträgt um die fünf Prozent: Jeder 20. Patient bzw. jede 20. Patientin stirbt. Es stirbt sich im Spital fast immer aus der Erkrankung heraus: Nur die allerwenigsten Patientinnen kommen ins Spital *zum Sterben*. Damit kommen Entscheidungsprozesse ins Spiel, auf die unten noch näher eingegangen wird. Aber ebenso hat es der Arzt zu verteidigen, dass seine Patientinnen im Spital auch sterben *dürfen*: Sterben braucht Zeit – und dies ist im modernen Akutspital unter Fallpauschalen-Finanzierung ein kritischer Faktor geworden. In der universitären Klinik für Akutgeriatrie am Stadtspital Waid dauert es durchschnittlich fünf bis sechs Tage vom Moment an, in dem das Team davon ausgeht, dass der Patient sterben wird, bis zum Moment, in dem er dann wirklich stirbt. Dieser Übergang vom kranken Leben in den Tod setzt auch Bescheidenheit

seitens der Ärzteschaft voraus: Die Entwicklung beobachten, Genesungsfortschritte unterstützen, aber auch akzeptieren lernen, wenn die Entwicklung Richtung Tod geht. Nie «den lead» übernehmen, immer «einen Schritt hinter dem Patienten gehen». Wie häufig hat sich eine primäre Einschätzung («der Patient wird sterben»/«er wird es schaffen») als falsch herausgestellt! Man reduziert Therapien oder verzichtet bewusst auf eine Behandlung – und der Patient erholt sich. Oder man interveniert medizinisch – und der Patient stirbt.

Ärzte polymorbider Patientinnen und Patienten sind generell nicht sehr gut in der Erstellung einer «terminalen» Prognose – dies insbesondere bei hochaltrigen Menschen, die immer wieder für eine Überraschung gut sind.

Auch wenn Sterben eigentlich dem primären Spitalzweck, welcher auf Gesundung und Heilung ausgerichtet ist, widerspricht, wird das Spital immer ein wichtiger Sterbeort bleiben, da Sterben meist «aus der Erkrankung heraus» geschieht. Also sind entsprechenden palliativen Prozessen im Spital Raum (und Zeit!) zu geben. Und dies auch dann, wenn «Sterben im Spital» auch heute noch hin und wieder als image-schädigend für den Ruf eines Spitals wahrgenommen wird. Es ist dies ein Postulat einer humanen Medizin.

4.6. Zeit und angepasste Entscheidungsfindung

Hochaltrige Menschen werden heute nicht selten aus einer eindimensionalen, organspezifischen Sicht behandelt wie jüngere Menschen – und drohen dann Komplikationen zu erleiden, welche das Potential haben, die Qualität ihrer letzten Lebensjahre zu belasten. Auch wenn die moderne Medizin immer minimal-invasiver und damit «altersgerechter» wird, bleiben bei alten Menschen höhere Interventionsrisiken als bei jüngeren Menschen. Eingriffe bei alten Menschen bedürfen damit einer besonders sorgfältig angelegten Indikation – mit Einbezug vieler Faktoren. Im Denken vieler Medizinerinnen und Mediziner findet sich auch heute noch die simplifizierende Dichotomie «Palliativmedizin versus kurative Medizin». Kurative Medizin mit dem organspezifischen Fokus auf Lebensverlängerung: Irgendwie kann aus dieser Sicht mit den heutigen Möglichkeiten immer – «bis zum bitteren Ende» – invasiv interveniert werden; und wenn es dann «am Schluss» gar nicht mehr geht, folgt das Etikett «palliativ». Solchen (zu) einfachen Modellen ist mit einem strukturierten Modell zur Entscheidungsfindung entgegenzutreten. Medizin mit auch einem geriatrisch-palliativen Fokus ist «die Weiterführung der für den Patienten optimalen Therapie mit geändertem Therapieziel» (Borasio 2015). Solche Therapieziele basieren auf dem Verstehen und der Kenntnis des Patienten und seinen Wün-

schen. Wo steht der Patient? Was erwartet er (noch) von seinem Leben? Was will er noch erledigt haben? Diese Kenntnisse in Verbindung mit den aktuell vorliegenden Hauptproblemen bzw. -Diagnosen führen dann zu Behandlungszielen wie Heilung, Lebensverlängerung, Rehabilitation nach Hause, Linderung/Vermeidung von Leiden oder schlicht Optimierung der Lebensqualität (wobei der Patient entscheidet, was er unter Lebensqualität versteht: «*Quality of life is whatever the patient says it is*», Borasio 2015). Gerade bei hochbetagten, polymorbiden Menschen sollte damit vor medizinischen Interventionen ein strukturierter Zugang zur Indikationsstellung vorgeangestellt werden. Strukturierte Abläufe, wie sie sich in Guidelines und Checklisten finden, sind wichtige Instrumente zur Behandlungsoptimierung – dies vor dem Hintergrund der heute zunehmenden Fragmentierung der medizinischen Leistungserbringung und Inkonzanz der persönlichen Betreuung. Wo früher sowohl im Spital als auch in Pflegezentren über häufig lange Zeit konstante Bezugspersonen (zuständige Ärzte, Ärztinnen und Pflegefachkräfte) vorhanden waren, sind es heute multiprofessionelle Teams, deren Zusammensetzung sich im Wochenrhythmus ändern kann. Strukturierte Zugänge gestatten es auch, die (rechtlichen) Vorgaben des im Jahre 2013 eingeführten Erwachsenenschutzrechts, allfällige Patienten- oder Datenschutzgesetze wie auch medizinisch-ethische Richtlinien zu beachten. In der Schweiz sind dies die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften, welche zum Beispiel Sterbehilfe, intensivmedizinische Massnahmen oder Zwangsmassnahmen betreffen (SAMW 2015).

Behandlungsziele können kurzfristig definiert werden, zum Beispiel im rehabilitativen Bereich bezogen auf bestimmte im Rehabilitationsprozess zu erreichende Funktionsziele. Sie sollten aber auch längerfristig definiert werden; dies vor allem wenn es darum geht, die Indikation zu einer invasiven Massnahme zu stellen. Letzteres ist zunehmend anspruchsvoll: Der Spezialist (Kardiologe, Orthopäde und andere mehr), der die Indikation zu einem Eingriff stellt, hat häufig weder die Informationen noch die Zeit, Entscheidungen in einen grösseren Kontext zu stellen, oder er steht unter dem Druck der Notfallsituation. Dies ist heute mit ein Grund, weshalb kooperative geriatrisch-fachspezifische Dienstleistungen aufgebaut werden: Gerontotraumatologische Abteilungen, geriatrisch-urologische Programme, geriatrisch-nephrologische Dienstleistungen, um nur einige zu nennen.

Ein mehrstufiges Modell mit sieben Schritten zur Priorisierung von Behandlungszielen bei geriatrischen

Patientinnen und Patienten kann sich im Alltag als «Denkmodell» als nützlich erweisen (Grob D 2015, adaptiert nach Riat F 2012):

Schritt 1: Erfasse das bestehende Hauptproblem und die wichtigsten bestehenden Krankheiten/Komorbiditäten sowie das Vorliegen grosser geriatrischer Syndrome.

Dies geschieht durch Anamnese, körperliche Untersuchung, Labor- und bildgebende Verfahren sowie insbesondere durch die Durchführung eines multidimensionalen geriatrischen Assessments, welches sich hier hervorragend eignet. Bei letzterem sollen insbesondere die kognitiven, funktionellen und sozialen Ressourcen und Defizite adressiert werden.

Schritt 2: Identifiziere die übergeordneten Patienten-Präferenzen.

Wo steht und was möchte der Patient: Steht für ihn Heilung und Lebensverlängerung im Vordergrund? Ist für ihn Lebensdauer kein Thema, sondern primär Linderung/Vermeidung von Leiden oder Optimierung der Lebensqualität? Oder ist man mit einem Sterbewunsch konfrontiert, dem sorgfältig nachzugehen ist? Sterbewünsche werden häufig geäussert und sind Ausdruck völlig unterschiedlicher Intentionen (Grob D. 2012).

Schritt 3: Lege die übergeordneten Behandlungsziele fest.

Diesbezüglich sind bei urteilsunfähigen Personen Daten, sofern vorhanden, aus jeweils vorliegenden Patientenverfügungen und/oder Bezugspersonen einzubeziehen. Bezugspersonen können auch hilfreich sein bei der Interpretation des in einer Patientenverfügung geäusserten mutmasslichen Willens auf den aktuell vorliegenden Zustand.

Schritt 4: Schätze die Lebenserwartung des Patienten.

Die statistische Lebenserwartung eines alten Menschen zu kennen, ist wichtig, aber natürlich nicht hinreichend. Entsprechende Daten zur Lebenserwartung nach Alter werden von den statistischen Ämtern publiziert (Schweiz. Eidgenossenschaft 2015). So hat ein 85-jähriger Schweizer Mann noch eine statistische Lebenserwartung von 5.7 Jahren und eine 90-jährige Frau noch eine solche von 4.4 Jahren. Konfrontiert mit dem individuellen Patienten am Krankenbett helfen diese Zahlen wenig. Aber sie machen immerhin in der Regel einen ungefähren Zeithorizont deutlich. Klinisch relevanter als die statistische Lebenserwartung sind Daten aus Lebenserwartungs-Studien, welche funktionelle Parameter (wie Gehgeschwindigkeit), Lebensstil-assoziierte Faktoren oder spezifisch vorliegende Krankheiten einbeziehen. Die Abschätzung der Lebenserwartung bleibt

schwierig. Das «Bauchgefühl» erfahrener geriatrische Kliniker ist im Einzelfall am Krankenbett ein, wenn nicht reproduzierbarer, so doch ernstzunehmender Faktor.

Schritt 5: Definiere die in Bezug auf Schritt 1 (Hauptprobleme) aktuell im Vordergrund stehende(n) Intervention(en) (invasiv, nicht invasiv) und versuche, Evidenz zu schaffen bezüglich Indikationsdringlichkeit, Alternativen, Komplikationsraten, Outcome-Daten.

Schritt 6: Erarbeite respektiere revidiere den Behandlungsplan.

Dies insbesondere unter Einbezug der Patientenpräferenzen, der Lebenserwartung und des Nutzen-Risiko-Verhältnisses der jeweils möglichen Interventionen. Bei nicht urteilsfähigen Menschen ist die Erstellung und Kommunikation eines Behandlungsplans mit den zuständigen Bezugspersonen gemäss Erwachsenenschutzrecht vorgeschrieben.

Schritt 7: Diskutiere und validiere den Behandlungsplan mit dem Patienten und seinen Bezugspersonen.

Aus Patientensicht entscheidend ist, dass der Plan seinem (geäusserten oder mutmasslichen) Willen entspricht und seine eigenen übergeordneten Ziele reflektiert. Weiterhin relevant ist, dass dieser Behandlungsplan nicht nur im engeren Sinne «medizinische» Interventionen, sondern auch die pflegerische, sozialmedizinische Betreuung umfasst. Die Kernaussage hinter jedem Behandlungsplan ist jene, dass wir, als Geriaterinnen und Geriater, den Patienten nicht allein lassen oder «abschieben», sondern das Möglichste tun, um seinem Willen und seinen Präferenzen Nachachtung zu verschaffen, auch wenn die Betreuung im Verlauf in andere Hände übergeht. So sind, auch wenn man sich für eine invasive Strategie entscheidet, die Prozeduren bei komplikationslosem bzw. komplikationsbelasteten Verlauf nach Möglichkeit zu antizipieren. Die Entscheidung für den vorgeschlagenen Behandlungsplan liegt letztlich beim Patienten und seinen Bezugspersonen.

5. Zusammenfassung

Aus einer erfahrungsbasierten Praxis-Sicht sind es primär folgende Faktoren, welche die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass die Altersmedizin letztlich «zum Guten» beiträgt:

- Alte Menschen gern haben
- Kenntnisse, die weit über die Medizin hinausgehen
- Vertrauen vermitteln: *to inspire confidence*
- Mut, individualisierte Lösungen umzusetzen
- Genügend Zeit und angepasste Entscheidungsfindung
- Immer einen Schritt hinter dem Patienten bzw. der Patientin gehen

Dies mag unspektakulär erscheinen. Aber wenn es gelingt, in der universitären Lehre, der ärztlichen Weiterbildung und in Fortbildungen das Bewusstsein für diese sechs Faktoren zu vermitteln, können wir getrost auf die Medizin der Zukunft blicken: Eine auch geriatrische Medizin, die sich dem demografischen Wandel stellt und junge Ärztinnen motiviert,

sich mit der rasch wachsenden Gruppe hochaltriger Menschen zu beschäftigen. ■

Ich danke Herrn Dr. Roland Kunz, Chefarzt Geriatrie und Palliativmedizin des Spitals Affoltern für seine kritischen Kommentare und Anregungen.

Literatur

Buchbeiträge und Zeitschriftenartikel

Boyd CM, Darer J et al. (2005) Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients with multiple comorbid diseases. JAMA 294; 6: 716–724

Callahan D. (1993) The troubled dream of life – living with mortality. Verlag Simon & Schuster, New York City, 199

Grob D. (2012) Vom Umgang mit Sterbewünschen: «ich möchte sterben» heisst nicht «ich will mich umbringen». Schweiz. Ärztezeitung 93(13): 493–494

Grob D (2015) Von einer kurativ-palliativen Dichotomie hin zur Priorisierung von Behandlungszielen. Der informierte Arzt 12; 20–23

Isaacs B. (1992). The Challenge of Geriatric Medicine, Oxford University Press, Oxford.

Munthe Axel (1929): The Story of San Michele. ISBN 0-7867-1017-9

Nascher JL. (1914): The diseases of old age and their treatment. Philadelphia. P Blakiston's Son & Co.

Riat F, Rochat S, et al (2012). Principes d'évaluation et de prise en charge des patients âgés polymorbides : guide à l'intention des cliniciens. Rev Med Suisse 8: 2109–2114

Internet-Hinweise

Borasio GD. (2015) Palliative Care in der Geriatrie: Es ist schon 10 nach 12. Referat am 15. Zürcher Geriatrieforum Waid, (https://www.stadt-zuerich.ch/waid/de/index/kliniken/klinik_fuer_akutgeriatrie/geriatrieforum/Geriatrieforum.html). Zugriff am 11.10.2015)

Erwachsenenschutzrecht (2013). Das Schweizerische Erwachsenenschutzrecht ist Teil des Schweizerischen Zivilgesetzbuches. Nähere Informationen unter (http://www.fmh.ch/files/pdf12/Erwachsenenschutzrecht_2013_D.pdf), Zugriff am 11.10.2015)

SAMW - Schweiz. Akademie der medizinischen Wissenschaften (2015). Die aktuell gültigen Richtlinien finden sich unter: (<http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html>), Zugriff am 11.10.2015)

Schweizerische Eidgenossenschaft, Statistik Schweiz (2015). Lebenserwartung. (<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/04/04.html>), Zugriff am 11.10.2015)