

Ist unsere Medizin altersfeindlich?

Nein, aber ...

Die steigenden Kosten im Gesundheitswesen werden zu einem grossen Teil dem wachsenden Anteil älterer Patienten angelastet. Gleichzeitig gibt es immer wieder Diskussionen, ob bestimmte teure Massnahmen bei einem alten Menschen überhaupt noch getroffen werden sollten. Wir sprachen mit Dr. med. Thomas Münzer, Geriatriche Klinik des Kompetenzzentrums Gesundheit und Alter in St. Gallen, über die Frage der Altersfeindlichkeit in der Medizin.

The Medical Journal: Herr Dr. Münzer, die meisten Patienten sind nicht mehr ganz jung. Wo auch immer man die Grenze zum Altsein setzen mag, eigentlich kann Medizin per se gar nicht altersfeindlich sein, oder?

Dr. med. Thomas Münzer: Das stimmt, die Medizin per se ist überhaupt nicht altersfeindlich, jedenfalls nicht mit Absicht. In praktisch allen Fällen beginnt es mit dem wohlgemeinten Versuch, jemanden zu behandeln, aber die Behandlungseffekte können eben im weitesten Sinne altersfeindliche Ausmasse annehmen. Das kann zum Beispiel passieren, wenn man für die geriatrische Medizin relevante Belange bei der Behandlungsplanung oder -durchführung nicht berücksichtigt. Was wir auch kennen, ist die Frage, ob sich eine bestimmte Massnahme bei älteren Person noch lohnt oder nicht. Da tritt dann schon eine latente Altersfeindlichkeit zutage.

Was bedeutet «latente Altersfeindlichkeit»?

Münzer: Das ist etwas ganz Subtiles. Wir haben hier am Spital beispielsweise neben der Akutmedizin auch einen rehabilitativen Auftrag. Nun kann es passieren, dass während eines Rehabilitationsaufenthalts einer alten Person ein akutes Ereignis auftritt und auf der Kostenträgerseite meist mangels geriatrischen Wissens nicht nachvollzogen werden kann, dass dieses akute Ereignis die eigentliche Rehabilitationsdauer verzögern wird. Probleme mit der Finanzierung des weiteren Aufenthalts dieser älteren Person sind die Folge.

Wie äussert sich die Altersfeindlichkeit in der Medizin?

Münzer: Man muss natürlich auch ganz klar sehen, dass Altersfeindlichkeit ein gesell-



Dr. med. Thomas Münzer, Oberarzt der Geriatriischen Klinik, Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter, St. Gallen

schaftliches Phänomen ist. Die Bedürfnisse älterer Menschen werden häufig ausgeklammert, sei es im gesellschaftlichen Leben, der Werbung, in den Medien, und das kommt eben auch in medizinischen Institutionen vor. In der Geriatrie erleben wir das meist nicht so konkret wie in anderen Institutionen. Dort fallen mitunter durchaus sehr diskriminierende Aussagen, wie «Warum muss man Alte überhaupt noch reanimieren, und was sollen die auf der Intensivstation?».

Was schätzen Sie, wie häufig so etwas vorkommt?

Münzer: Ich denke, das ist eine sehr, sehr kleine Zahl. Aber es ist natürlich immer das Extrem, an das man sich erinnert. Was man häufig hört, sind diese Verknüpfungen von Altsein und Gesundheitskosten. Wenn man sich die Interpretationen der Bevölkerungsstatistiken anschaut, werden die Alten oft zum Sündenbock gemacht: Das Gesundheitswesen wird teurer, weil wir immer mehr alte Menschen versorgen müssen. Das ist ein weitverbreitetes Beispiel für latente Altersfeindlichkeit. Dabei könnte man, wenn man das etwas spitzfindig interpretiert, auch sagen, dass junge Menschen, bevor sie sterben, mehr kosten als alte. Natürlich werden bei einem jungen Menschen oder bei einem Kind, das vom Tod bedroht ist, viel mehr medizinische Massnahmen eingeleitet als für

jemanden, der biologisch betrachtet kurz vor seinem Lebensende steht. Die Frage ist nur: Was ist an diesem Mechanismus altersfeindlich und was nicht? Es fällt auch auf, dass bei den über 85-Jährigen die Kosten dramatisch nach unten gehen. Die Frage bleibt, ob das normal ist oder ob diesen Menschen, bewusst oder unbewusst, lebenserhaltende Massnahmen vorzuenthalten wurden. Das ist eine ganz komplexe Geschichte, unsere Position als Geriater ist aber ganz klar: Das biologische Alter allein darf sicher kein Argument dafür sein, jemandem eine Therapie vorzuenthalten.

Es kann doch aber auch sinnvoll sein, gewisse Dinge zu unterlassen ...

Münzer: Ja, das stimmt. Altersfeindlich kann es vor allem dann werden, wenn geriatrisch Unerfahrene über die Therapie bei sehr alten Menschen entscheiden. In der Regel werden dann Studien oder Guidelines als Entscheidungshilfe zurate gezogen, aber die beruhen meist auf den Daten von 40-, 50- oder vielleicht einmal 60-Jährigen. Wenn man diese Empfehlungen auf die 80- oder 90-Jährigen extrapoliert, vernachlässigt man biologisch relevante Altersphänomene und natürlich auch die psychologischen und sozialen Bedürfnisse alter Menschen. Man muss aber in diesem Kontext entscheiden und sollte nicht blind irgendwelche Guidelines auf Hochbetagte anwenden. Das kann ins Auge gehen. In solchen Situationen können Geriater Entscheidungshilfen anbieten.

Sind alte Patienten eigentlich einfacher oder schwieriger im Umgang mit ihren Ärztinnen und Ärzten?

Münzer: Ich denke, da kommt ein Generationenwechsel auf uns zu. Es gibt noch eine Generation sehr genügsamer, bescheidener Menschen, die im Rahmen zweier Weltkriege extreme Entbehrungen erfahren haben und bei denen die Rolle der Ärztinnen und Ärzte noch eine ganz andere ist. Jetzt kommen nach und nach die Babyboomer in die Jahre. Sie sind aktiver, gesundheitsorientierter und anspruchsvoller.

Was wünschen sich alte Menschen von den betreuenden Ärzten?

Münzer: Wenn wir von der Generation reden, die jetzt 80 Jahre oder älter ist, geht es um ganz

einfache Dinge. Sie wollen ernst genommen werden und keine Schmerzen haben. Letztlich geht es um die Idee, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte die alten Menschen in ihrer Biologie und in ihrer Person rundum berücksichtigen. Das wünschen sich natürlich alle Patienten. Bei Älteren ist es aber ganz besonders wichtig, möglicherweise weil sie wegen einer latenten Altersdiskriminierung immer das Gefühl haben müssen, sie würden als alter Mensch in dieser Gesellschaft nicht ernst genommen.

Wo hört die freundliche Fürsorge auf und wo fängt die Bevormundung an?

Münzer: Das ist in der Tat ein schmaler Grat. Wir dürfen aber nie vergessen, dass es Situationen gibt, in denen jeder Patient darauf wartet, dass die Experten, nämlich Ärzte und Pfl-

gende, eine klare Position beziehen. Gleichzeitig müssen wir ihm die Chance lassen, aktiv am Entscheidungsprozess teilzuhaben. Leider passiert es immer wieder, dass alle Verantwortung schliesslich dem Patienten aufgebürdet wird und er sozusagen alleine entscheiden soll, ob er sich operieren lässt, eine Chemotherapie machen will oder nicht und so weiter. Meiner Meinung nach ist das schade, denn so verlieren Ärztinnen und Ärzte eigentlich das, was der Patient wünscht, nämlich den Status als akzeptierte Experten.

Wie kann man Altersfeindlichkeit im medizinischen Alltag vermeiden?

Münzer: Das Allerwichtigste ist genügend Zeit, um zuzuhören. Ein alter Mensch besteht nicht nur aus einer Anhäufung von Diagnosen, sondern aus Vorzügen, Schwächen, Ressourcen,

und er ist in einen psychosozialen Kontext eingebettet. Man muss zuhören können und versuchen, gerade hochbetagte Patienten in diesem Kontext aktiv in den Entscheidungsprozess einzubeziehen. ♦

Herr Dr. Münzer, wir danken Ihnen für das Gespräch.

Das Interview führte Dr. Renate Bonifer.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Thomas Münzer
Oberarzt
Geriatrische Klinik
Rorschacherstrasse 94
9000 St. Gallen
E-Mail: thomas.muenzer@geriatrie-sg.ch

Der angiogene Switch

Meine Freundin Mara hat wieder mal Krebs. Seit drei Wochen spiele ihr Darm verrückt, sagt sie, sie könne nichts mehr halten. Diesmal ist es bestimmt Krebs. Mara hat schon oft Krebs gehabt, bei ihr kommt und geht der Krebs wie Figuren auf einer Bühne. Mara ist Schauspielerin, hat aber zum Glück einen Bruder, der Onkologe ist. Der Onkologe bewahrt kühlen Kopf. Das ist sein Beruf. Bei seiner Schwester jedoch fällt es ihm schwer. Mara ist eine sehr gute Schauspielerin. Sie kann sich in ihren Darm hineinversetzen und die dramatischen Veränderungen in ihrem Innern sehen. Sie sieht, wie einzelne Zellen in ihren Blutgefässen sich aus ihrer Verankerung lösen, als Migranten in ihrem Darm herumirren und eine neue Kolonie gründen. Alles Unglück der Welt spielt sich in Maras Darm ab. Der Onkologe schickt seine Schwester in regelmässigen Abständen zur Darmspiegelung, zur Sicherheit auch zur Magenspiegelung und zum Ultraschall. Mit dem CT ist er zurückhaltend, wegen der Strahlenbelastung. Heute sind Mara und ich wieder mal essen gegangen. Es war ein ziemlich teures Restaurant, wo man lauter eingerollte oder aufeinandergeschichtete Speisen bekam. Winzige Portionen, die wie Vorspeisen aussahen. Nach der Hauptspeise, die ich für eine zweite Vorspeise gehalten hatte, sagte sie, der angiogene Switch habe bei ihr schon stattgefunden. Damit meinte sie, der Krebs in ihr habe angefangen zu wachsen, und das, obwohl sie jeden Tag zwei Äpfel esse und jede Menge Vitamin C zu sich nehme. Dazu nippte sie an ihrem Rotwurzelsal-

beitee, den sie in einer Thermosflasche von zu Hause mitgebracht hatte. Ich war schon beim dritten Glas Rotwein. Mara war erst letzte Woche wieder einmal durchgecheckt worden. Ein Krebs entwickelt sich nicht in sieben Tagen. «Und was sagt deine Therapeutin?», fragte ich sie. Mara ist seit 15 Jahren in Analyse. Die Therapeutin, sagte Mara, halte ihr obsessives Interesse an ihren Verdauungsorganen für ein Ablenkungsmanöver, sie solle sich lieber mit ihren Geschlechtsorganen beschäftigen. Mara ist verheiratet, schläft aber schon lange nicht mehr mit ihrem Mann. Am Nebentisch sassen vier Herren. Spesenesser vermutlich. Einer horchte auf. Er sah ziemlich gut aus und war teuer angezogen. Er verliess das Lokal vor uns und legte im Vorbeigehen seine Visitenkarte neben Maras Teetasse. Mara setzte ihre Lesebrille auf und studierte die Karte. «Krebsspezialisten kann man immer brauchen», sagte sie und bestellte ein Glas Rotwein.

Christine Rinderknecht

Christine Rinderknecht

Christine Rinderknecht, geboren 1954 in Nussbaumen, hat Germanistik, Romanistik und Literaturkritik in Zürich, Paris und Berlin studiert, als Autorin und Dramaturgin am Theater gearbeitet und Kurzgeschichten veröffentlicht. 1994 erschien ihr erster Erzählband «Bruchstein und Backstein», 2002 «Ein Löffel in der Luft», 2005 «Lilli».