

# Spitzenmedizin in der Geriatric: *Einfach* spitze?

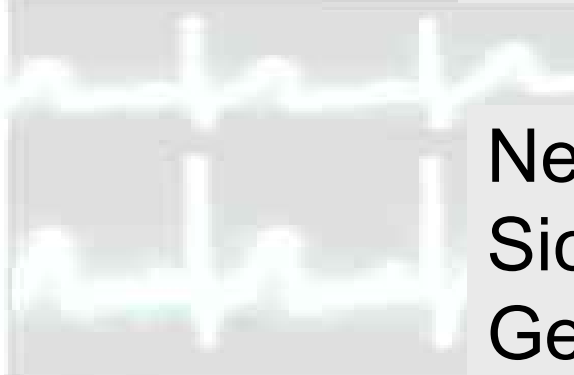
Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. Eckhard Nagel

**15. Geriatrietag in Stuttgart**

27.09.2006



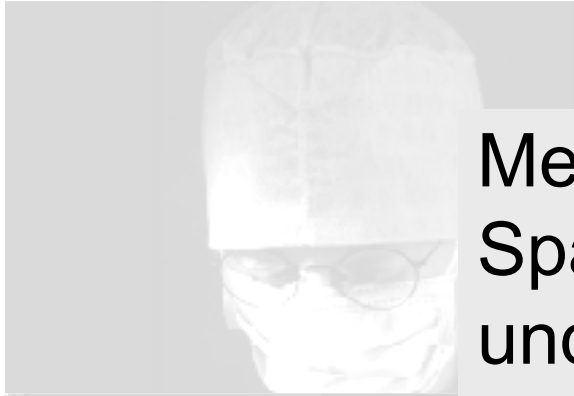
Medizinischer Fortschritt im Spannungsfeld knapper Ressourcen und gesellschaftlicher Entwicklungen



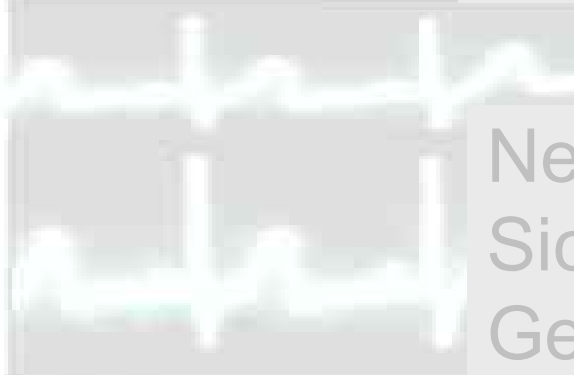
Neue Schwerpunktsetzung: Sicherung der Versorgung in der Geriatrie



Die ärztliche Aufgabe in der Geriatrie



Medizinischer Fortschritt im Spannungsfeld knapper Ressourcen und gesellschaftlicher Entwicklungen



Neue Schwerpunktsetzung: Sicherung der Versorgung in der Geriatrie



Die ärztliche Aufgabe in der Geriatrie



# Medizinischer Fortschritt

- höhere Lebenserwartung der Bevölkerung
- vielfach bessere Lebensqualität bei chronisch Kranken





## ***„Explosion des Machbaren“***

- Einrichtung geriatrischer Spezialabteilungen
- Eurotransplant -Senioren-Programm (ESP = Old-for-Old-Programm)
- Bypass-Operation für über 85-Jährige
- Gelenkersatztherapie
- Adjuvante Medizintechnik, z.B. Rollatoren
- Verbesserte Behandlung neurologischer Erkrankungen

# Medizinischer Fortschritt

- Dieser Fortschritt ist nicht zum Nulltarif erhältlich,  
da neben
  - *Prozessinnovationen* (machen bestehende Behandlungsoptionen kostengünstiger)
  - häufig auch
    - *Add-on-Technologien* (vergrößern Kreis der Behandlungsfähigen)



# Medizinischer Fortschritt

- Je mehr Krankheiten behandelt werden, umso mehr haben die Menschen Gelegenheit, andere, bisher weniger verbreitete Krankheitsbilder zu entwickeln.

*„Wir haben in Deutschland mit die höchsten Raten an Nierenkranken in der ganzen Welt, aber nicht, weil unsere Medizin so schlecht ist, sondern weil sie so gut ist.“*

*W. Krämer, 1997*



# Medizinischer Fortschritt – These 1

Wohin führt der medizinische Fortschritt?

Untermauerung dieser Aussage meist durch die sog. „**Medikalisierungsthese**“

(d. h. durch immer neu hinzukommende Therapien werden immer mehr Menschen älter und damit kränker, also immer teurer für unser Gesundheitswesen)

*„Die Medizin ist so weit fortgeschritten, dass niemand mehr gesund ist.“*

*Aldous Huxley*



# „Jungbrunnen als Fortschrittsfalle“



Lucas Cranach d. Ä.



# Medizinischer Fortschritt – These 2

Wohin führt der medizinische Fortschritt?

Die sog. „**Kompressionsthese**“

(d. h. die Gesundheitsausgaben steigen regelmäßig erst kurz vor dem Tode stark an).





# Medizinischer Fortschritt – beide Thesen werden empirisch gestützt

| Altersgruppen    | Gesundheitsausgaben für Überlebende* | Gesundheitsausgaben für Sterbende* |
|------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| 60 bis unter 65  | 3 620,05                             | 88 552,67                          |
| 65 bis unter 70  | 3 777,67                             | 76 105,54                          |
| 70 bis unter 75  | 4 017,74                             | 58 606,24                          |
| 75 bis unter 80  | 4 331,67                             | 45 062,95                          |
| 80 bis unter 85  | 4 669,31                             | 35 242,50                          |
| 85 bis unter 90  | 5 007,00                             | 27 552,57                          |
| 90 bis unter 95  | 5 639,18                             | 20 098,00                          |
| 95 bis unter 100 | 7 749,33                             | 11 217,27                          |

\*(Durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben im Jahr in DM)

Quelle: Kruse A, Knappe E, Schulz-Nieswandt F, Schwartz FW, Wilbers J, Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten? 2003



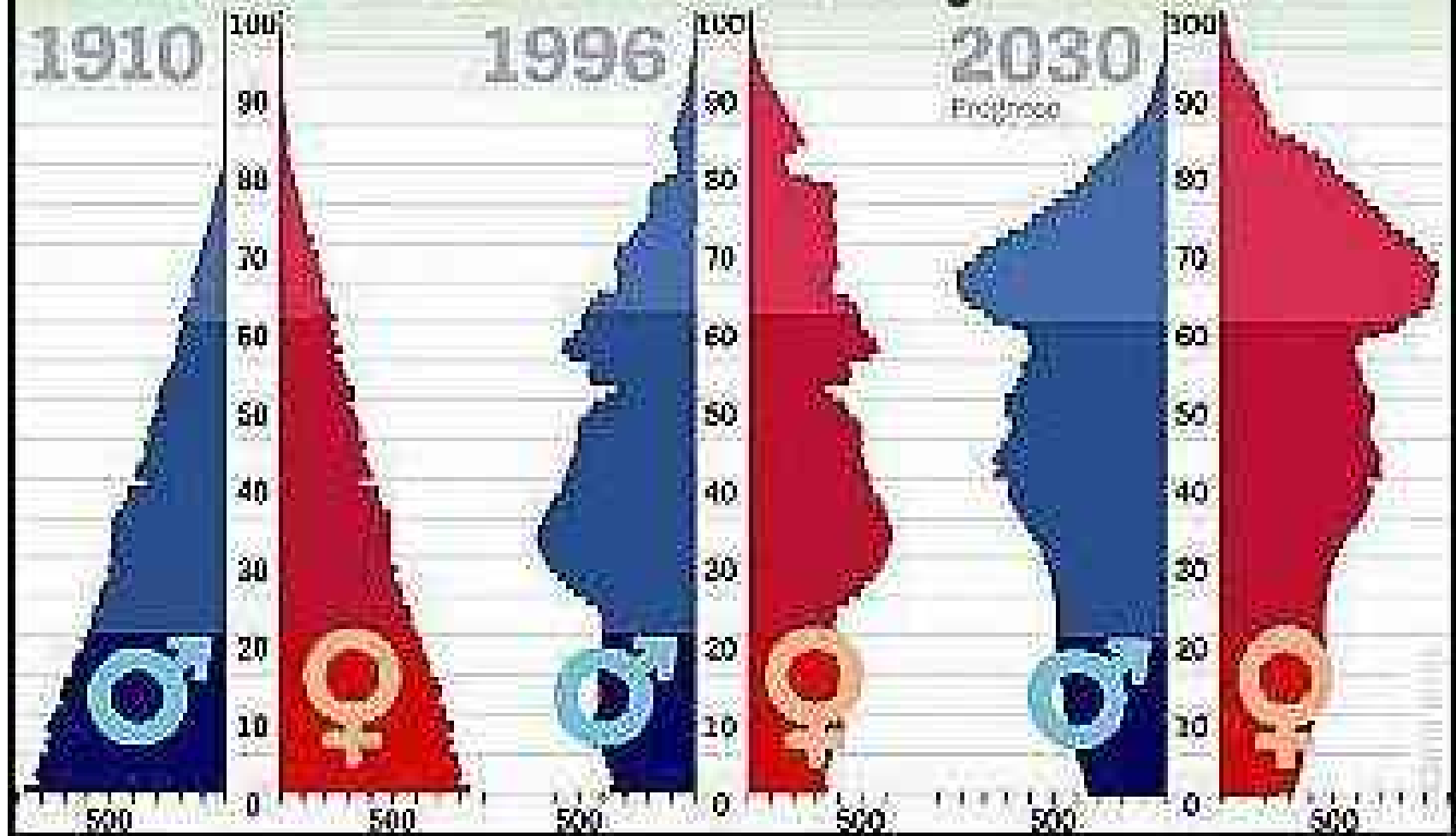
# Medizinischer Fortschritt

- Der Gewinn an Lebensjahren geht in der westlichen Welt einher mit den zu beobachtenden und prognostizierten demographischen Entwicklungen in Deutschland:





# Altersstruktur der Bevölkerung in Tausend





# Implikationen für das Gesundheitswesen

- Vom subjektiven Standpunkt aus wird der medizinisch-technische Fortschritt, gerade auch in der Geriatrie, positiv gewürdigt.
- Die maximale Lebenserwartung der Menschen wird auf ca. 125 Jahre geschätzt.
- Bei der heutigen Annäherung der mittleren Lebenserwartung an dieses Maximum verändert sich jedoch die Erwartung an den Fortschritt:

*„Viel mehr an Jahren ist nicht zu gewinnen, wohl aber die Verbesserung ... des Lebensglückes in dieser noch verfügbaren Zeit.“*

*Hermann Bünte (2005),  
ehem. Direktor der chirurgischen Klinik am Universitätsklinikum Münster*



# Implikationen für das Gesundheitswesen



- Ökonomische Implikationen
- Strukturelle Implikationen

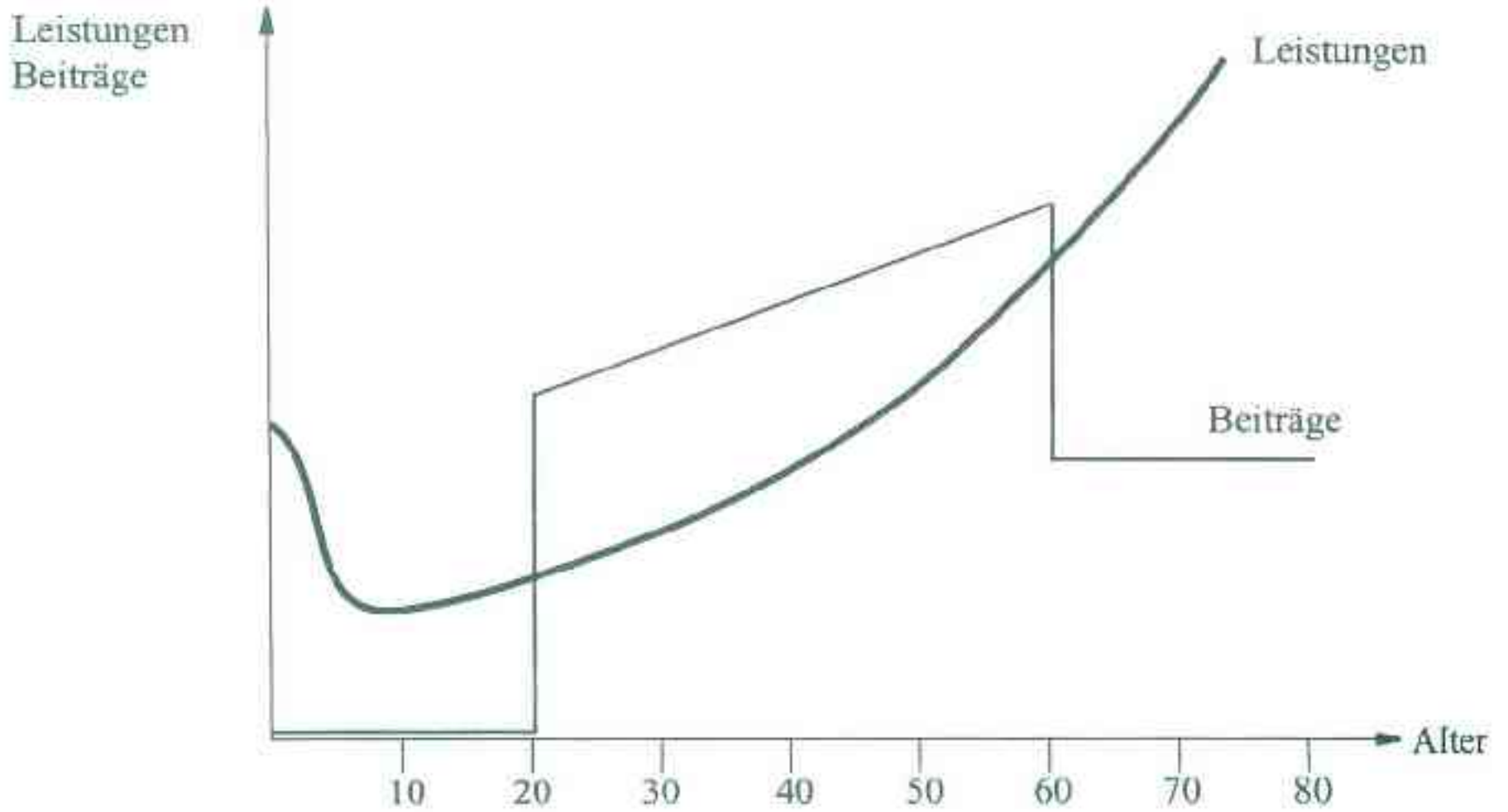


# Implikationen für das Gesundheitswesen



- **Ökonomische Implikationen**
  - Ausgabenanstieg
  - Einnahmenerosion der GKV
  - Wer zahlt, wer nimmt Leistungen in Anspruch?





Quelle: Schulenburg, Gesundheitswesen und demographische Evolution



# Implikationen für das Gesundheitswesen



- Strukturelle Implikationen
  - Bildung neuer Schwerpunkte
  - Etablierung der Pflegeversicherung
  - Ausweitung der häuslichen Pflege
  - Renteneintrittsalter in der Diskussion

*„Die heute 65-Jährigen haben fast ein Viertel ihres Lebens noch vor sich.“*

*Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2006),  
„Gesundheit in Deutschland“, Daten zur ferneren Lebenserwartung*

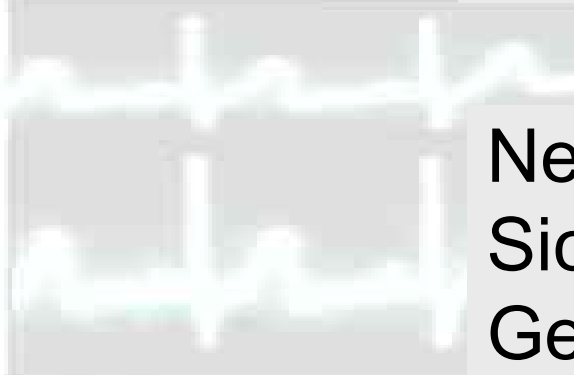
# Strategische Frage

Was bedeutet  
„*Sicherung der Versorgung*“  
in der Geriatrie?





Medizinischer Fortschritt im Spannungsfeld knapper Ressourcen und gesellschaftlicher Entwicklungen



**Neue Schwerpunktsetzung:  
Sicherung der Versorgung in der  
Geriatric**



Die ärztliche Aufgabe in der Geriatric



# Sicherung der Versorgung in der Geriatrie

- Man hat erkannt, dass die Altersmedizin eigene, spezifische Qualifikationen (ähnlich der Kinder- und Jugendmedizin) erfordert.
- Ein flächendeckendes Angebot spezifischer geriatrischer Spezialabteilungen ist nötig.
- Der Mangel an spezifischer Forschung wurde erkannt.
  - Problem: Mehrfachmedikation im Alter
  - Problem: Forschung an Nicht-Einwilligungsfähigen



# Sicherung der Versorgung in der Geriatrie

- Der Würdeschutz muss über ein ganzes Leben gelten und kann nicht zu bestimmten Zeiten ausgesetzt werden.
- Die Ausgrenzung von bestimmten Patientengruppen, z.B. Altersrationierung, verstößt eindeutig gegen den Würdeschutz jeder menschlichen Person.
- Vgl. Niederlande: Diskutiert wurde eine Zugangsbeschränkung zur Herztransplantation bei über 50-Jährigen.



# Sicherung der Versorgung in der Geriatrie

- Jeder medizinische Fortschritt macht es schwieriger, zwischen der Machbarkeit und der Notwendigkeit einer ärztlichen Maßnahme zu unterscheiden.





# Technischer Imperativ

- Kräfte, Zwänge, Verheißungen, Hoffnungen, die einen weiteren Einsatz bewirken
- gestützt durch den Wunsch der Technik und der Spitzenmedizin, alles, was menschenmöglich ist, auch auszuschöpfen







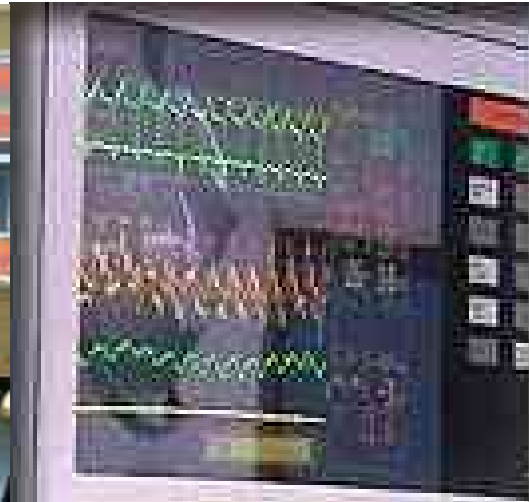
# Ethischer Imperativ

- Überlegung und Sensibilisierung dafür, was gemacht werden darf
- Die moderne Medizin ist naturwissenschaftlich ausgerichtet, ohne jedoch eine reine Naturwissenschaft zu sein.
- Die Frage, was der Mensch ist und was Krankheit und sein Tod für ihn bedeuten, lässt sich naturwissenschaftlich nicht beantworten.



# Handlungsunsicherheit unter juristischer Kontrolle

- Viele Ärzte haben aber auch einfach Angst davor, juristisch belangt zu werden
  - die Furcht, etwas unterlassen zu haben, was einklagbar notwendig war
- Eine Maximalversorgung auf der Intensivstation ist daher nicht selten Ausdruck einer Defensivmedizin.





# Strafrecht & Haftungsrecht

- BGH: Forderung nach optimaler Behandlung, unter Vernachlässigung ökonomischer Gesichtspunkte
- Widerspruch zum Wirtschaftlichkeitsgebot im Sozialrecht



*„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“*

*§ 12 SGB V*



# Sicherung der Versorgung in der Geriatrie: Erfordernisse

- Widerspruchsfreiheit des Rechtssystems
- Vorhersehbarkeit und Berechenbarkeit für den Arzt





## Sicherung der Versorgung – Erwartungshaltung der Ärzte



(1921)

Tod und Leiden zu bekämpfen ist für viele  
Mediziner eine starke Motivation,  
den Beruf zu ergreifen.



# Sicherung der Versorgung – Erwartungshaltung der Handelnden



- Das Krankenhaus gilt als eine Institution, in der Menschen geheilt werden und gesunden.
- Im Selbstverständnis der Handelnden ist es etwas Wertvolles, wenn er ins Leben zurückgeführt wird.



# Sicherung der Versorgung – Erwartungshaltung der Handelnden

- Das Missverständnis des ärztlichen Behandlungsauftrags bringt es mit sich, dass Ärzte unter einem Leistungsdruck stehen, Leben zu erhalten.
- Auch der gesellschaftliche Erwartungsdruck, den die Medizin dank ihrer enormen Fortschritte selbst erzeugt hat, ist ungeheuer groß.





# Todesnähe als Dimension der Geriatrie

- Der geriatrische Patient steht relativ nahe vor dem Lebensende.

*Die „Polarität zwischen gelassenem Respekt vor dem Unaufhaltsamen und der offensiven Auseinandersetzung mit Teilaspekten des Krankheitsgeschehens kennzeichnet geriatrisches Handeln in besonderem Maße.“*

(Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und Deutschen Gesellschaft für Gerontologie zur Definition des Faches Geriatrie)





# Todesnähe als Dimension der Geriatrie

- Viele Ärzte empfinden den Tod infolge einer nicht therapierbaren Erkrankung oft als persönliches Versagen.
- Jemanden in den Tod zu begleiten, das lässt sich schwer als Erfolg „verbuchen“.
- Angesichts Sterbender müssen sich Ärzte ihre eigenen Hilf- und Machtlosigkeit eingestehen.

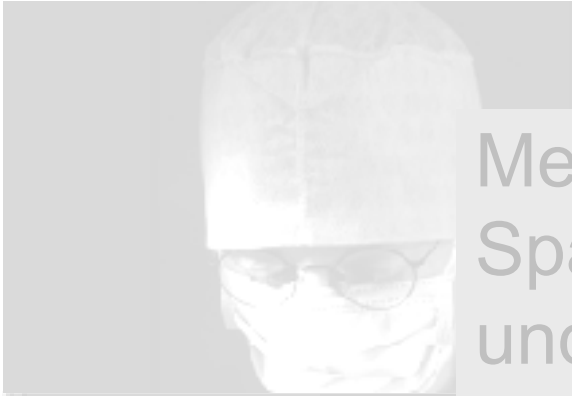
*„Von Berufs wegen ist der Tod ihr Feind, um nicht zu sagen – ihr Todfeind.“*

*Frank Nager, Medizinethiker 1998*

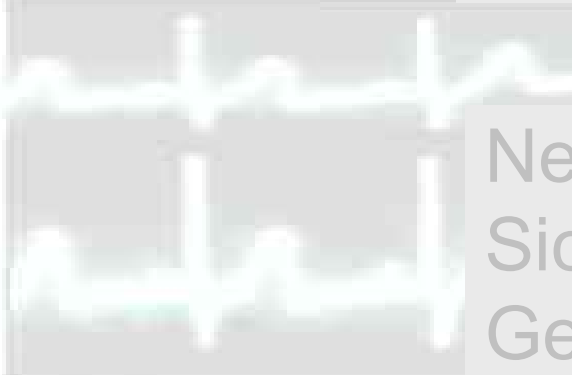


# Todesnähe als Dimension der Geriatrie

- Trotz der „aufsässigen Allgegenwart“ des Todes im beruflichen Alltag bleibt der Tod den Ärzten häufig fremd.
- Die wenigsten Mediziner sehen es als ihre Hauptaufgabe an, den Tod anzunehmen und für den einzelnen einfühlsam zu gestalten.
- Nicht selten empfindet der Geriater, zu einer Minderheit zu gehören und ein von Ärzten anderer Fachgebiete eher gering angesehenes Feld der Medizin gewählt zu haben.



Medizinischer Fortschritt im Spannungsfeld knapper Ressourcen und gesellschaftlicher Entwicklungen



Neue Schwerpunktsetzung: Sicherung der Versorgung in der Geriatrie



**Die ärztliche Aufgabe in der Geriatrie**



# Die ärztliche Aufgabe in der Geriatrie

- Für eine menschenwürdige Spitzenmedizin in der Geriatrie ist es notwendig, die
  - persönliche und
  - menschliche Dimensionin die medizinische Versorgung zu integrieren.
- Die Therapie älterer Patienten darf nicht auf ein „technisches Problem“ reduziert werden.





Die fachliche Kompetenz und Expertise des Arztes sind die notwendige, aber eben nicht die hinreichende Bedingung für sein ärztliches Handeln.



# Die ärztliche Aufgabe in der Geriatrie ...

**„... manchmal zu heilen, häufig zu lindern  
und immer zu trösten.“**



**„Guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours“**

Ambroise Paré, Chirurg (1510-1590)



# Die ärztliche Aufgabe in der Geriatrie



„Der Heilkundige solle sich von jenen Patienten fernhalten, die schon ganz von den Krankheiten überwältigt sind.“

Hippokratische Tradition




# Die ärztliche Aufgabe in der Geriatrie



„Kann ein Arzt nicht heilen, sei seine Therapie noch nicht zu Ende; denn barmherziger Beistand und Anteilnahme sind ebenso wichtig.“

Christliche Tradition





Auf das hippokratische Missverständnis, ein Arzt könne für einen unheilbar Kranken „*nichts mehr tun*“, reagierte die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie bereits 1996.



## „Ärztliche Sterbebegleitung enthält

- spezifischen Therapiemaßnahmen,
- Linderung von Beschwerden während des Sterbevorgangs und
- menschliche Zuwendung zum Patienten“




## Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung (1998/2004)

- Hierin macht die Ärzteschaft deutlich, dass sie aktive Sterbehilfe ablehnt.
- Es kann jedoch Situationen geben, in denen Maßnahmen zur Lebensverlängerung nicht mehr angebracht sind.
- Das Therapieziel ist dann in Richtung palliativ-medizinische Maßnahmen zu ändern.




## Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung (1998/2004)

- Ausdrücklich schreiben die Grundsätze für alle Patienten eine unverzichtbare Basisbetreuung vor.
- Mit dieser Basisbetreuung soll das Recht des Einzelnen auf ein menschenwürdiges Dasein garantiert werden.



„Der Arzt hat in jedem Fall für eine Basisbetreuung zu sorgen. Dazu gehören u.a.

- Menschenwürdige Unterbringung
- Zuwendung, Körperpflege
- Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit
- Stillen von Hunger und Durst.“



Die „einfache“ Basisbetreuung  
ist Teil der Spitzenmedizin –  
insbesondere in der Geriatrie.



- Im Englischen gibt es im Kontext der Patientenbehandlung den Begriff „**Caring**“
- Er steht nicht einfach für die Versorgung, sondern für die Sorge um den Patienten – für das „Sich Kümmern“ um den Einzelnen.



## Spitzenversorgung in der Geriatrie

- „Caring“ meint eine persönliche, *menschliche* Dimension, die über die eigentliche medizinische Versorgung hinausgeht.
- Es meint die Sorge darum, dass sich der Patient z.B. nicht gedemütigt, geängstigt oder übergangen fühlt.





## Spitzenversorgung in der Geriatrie

- Unabhängig von konfessionellen oder religiösen Hintergründen ist die ärztliche und pflegerische Tätigkeit heute mit der Ethik der Fürsorglichkeit verbunden.
- Will man die Beziehung zwischen Arzt und Patient beschreiben, kann man nach Klaus Dörner auch die Bezeichnung **familienähnlich** oder **freundschaftlich** als „vielleicht am wenigsten falsch“ hinzuziehen.

„**therapeuein**“ (*griech.*): pflegen, begleiten, bedienen,  
behandeln, achtsam anwesend sein;  
(Kinder) versorgen, (Eltern) ehrfurchtsvoll behandeln





- Die primär an betriebswirtschaftlichen Zielen ausgerichteten gesundheitspolitischen Vorgaben durchdringen die ärztliche Entscheidungsfindung.
- Ärztlicher und pflegerischer Handlungsspielraum im klinischen Alltag können eingeengt werden.
- Es bleibt weniger Zeit für ruhiges Nachdenken und integrative Überlegungen.



Das ausführliche individuelle Gespräch, die  
Zuwendung zum Patienten -  
betriebswirtschaftlicher Luxus?



## Rahmenbedingungen für *Spitzenversorgung*

- Durch die Einführung der Fallpauschalenbasierten Vergütung (DRG-System) zum 01.01.2004 hat sich die Problematik noch einmal zugespitzt.
- Aus ökonomischer Sicht wird es zudem zukünftig sinnvoll erscheinen, **mehr** diagnostische und therapeutische Leistungen in **weniger** Zeit umzusetzen.
- Es wird befürchtet, dass dies nur auf Kosten einer fürsorglichen Patientenbetreuung zu realisieren sein wird.



## Rahmenbedingungen für *Spitzenversorgung*

- Was derzeit im Gesundheitswesen passiert, hat ein betroffener Medizincontroller im Rahmen eines Forschungsinterviews kürzlich so beschrieben:

*„Und es ist nicht mehr so lustbetont, d.h. der Spaß geht verloren. Und wenn der Spaß verloren geht, dann, wenn man die Leute anguckt, dann verschwindet das Lächeln und wenn das verschwindet, dann merkt der Patient das.“*



# Rahmenbedingungen für *Spitzenversorgung*



*Wenn das Lächeln bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Gesundheitswesen verschwindet, dann wird uns allen, die wir spätestens im Krankheitsfall auf ihre Zuwendung angewiesen sind, das Lachen vergehen.*



## Spitzenversorgung in der Geriatrie - Forderung

- Medizinische Indikation und Wille des Patienten als Entscheidungsbasis für Therapieentscheidung – nicht Alter des Patienten.

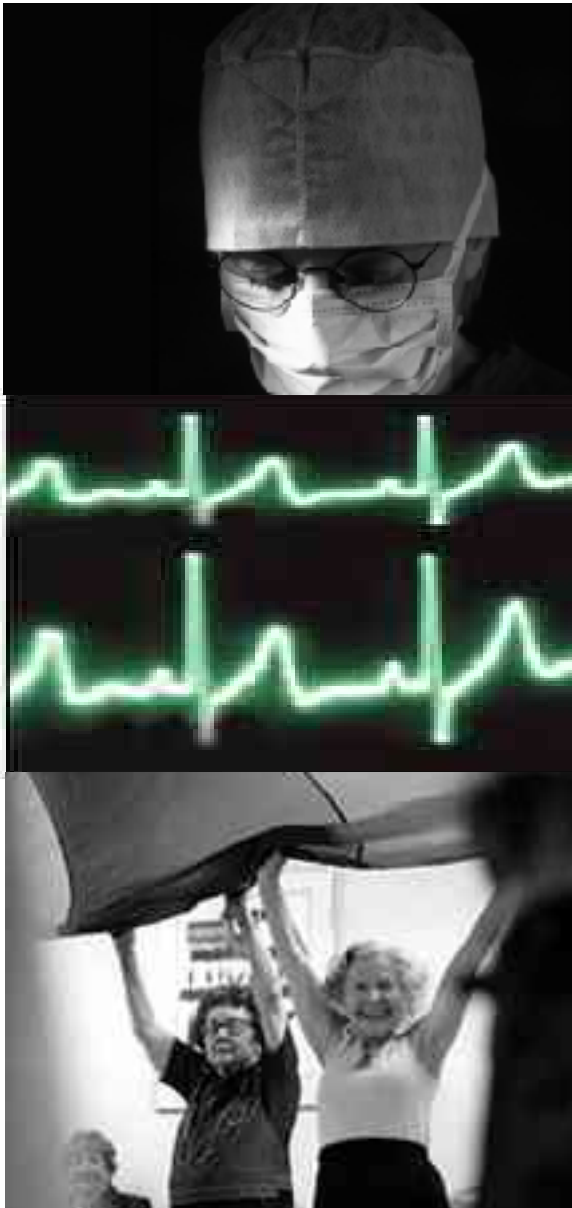






## Spitzenversorgung in der Geriatrie - Fazit

- Geriatrie bedeutet Therapiebegrenzung oder voller Therapieeinsatz.
- Die prima vista geforderte Langfristigkeit der Wirkung medizinischer Eingriffe ist nicht entscheidungsrelevant in der Geriatrie.
- Der Fokus liegt auf einer Verbesserung der Lebensqualität (Mehrung des „Lebensglückes“), nicht auf der Lebensverlängerung.
- Teil der Lebensqualität ist die erfahrene Zuwendung durch Arzt und Pflegende.



# Spitzenmedizin in der Geriatric: *Einfach* spitze?

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. Eckhard Nagel

**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit.**

27.09.2006