

Alter und Gesundheit: immer dieselben Themen und Fragen?

Norbert Schmacke

12. Fachtagung Palliative Geriatrie in Berlin 06.10.2017

Sowohl aus Sicht der Wissenschaft als vor allem aus der Perspektive Kranker und Hilfsbedürftiger könnte die Frage gestellt werden, ob es – sagen wir – in den letzten 20 Jahren wirklich neue bedeutende Gesichtspunkte bei der Thematisierung von Alter und Gesundheit gegeben hat. Mit bedeutend meine ich: sich dem tatsächlichen Bedarf an umfassender Versorgung von alten und hochbetagten Menschen zu nähern. Man könnte sich damit trösten, dass es um die Frage des halb vollen oder halb leeren Glases geht, denn natürlich wäre es töricht zu verkennen, dass es eine Reihe von bemerkenswerten Entwicklungen in der gerontologischen Debatte und in der geriatrischen Betreuung gegeben hat. Dazu darf man getrost auch rechnen, dass palliative Konzepte heute ernster genommen und auch umfänglicher realisiert werden als dies früher der Fall war. Trotzdem erscheint es wichtig, immer wieder an die grundlegenden Defizite zu erinnern, deren Auswirkungen betroffene alte Menschen wie ihre Zugehörigen und die Professionellen täglich erleben. Denn diese Defizite sind nicht zufällig sondern haben System: deshalb sind sie so schwer durch Proklamationen und nicht einmal durch Gesetze abzustellen.

1. Zunahme der Lebenserwartung

Die Menschen in Ländern wie Deutschland werden – erwartbar – weiter kontinuierlich älter, ein Befund, der ungeachtet der weiterbestehenden Unterschiede zu Geschlecht und sozialer Lage für alle Fragen von Alter und Gesundheit hoch relevant ist:

1950	1980	2010	Nähere Zukunft
M 64,5	69,6	77,2	Über 80
F 72,4	76,3	80,9	Über 85

Dieser Wandel ist von Generation zu Generation spürbar und muss erst einmal in Ruhe zur Kenntnis genommen werden, ehe den Problematisierungen zu viel Raum gegeben wird. Niemand wollte das im Ernst mit umgekehrtem Trend erleben, und es gibt zudem keinen Grund zu der Annahme, dass die

Gesellschaft mit den altersassoziierten Problemen, Erkrankungen und Behinderungen materiell nicht klar kommen könnte. Dass Länder wie Deutschland wegen des demographischen Wandels auf Zuwanderung angewiesen sind, soll dennoch angemerkt werden, ohne die damit einher gehenden Voraussetzungen hier erörtern zu wollen. Alt werden zu können ist ein Privileg und eine Chance. Aber natürlich bringt vor allem das hohe Alter einen spezifischen Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsbedarf mit sich. Und diesen als der Gesellschaft zugehörig zu begreifen: das bleibt offenkundig eine große Herausforderung, um diesen inflationär eingesetzten Begriff auch zu verwenden.

Frage: ist wirklich verstanden, dass dieser demographische Wandel ein Privileg ist und keinen Hintergrund für eine pessimistische Grundhaltung abgibt?

2. Verdrängen und Patentlösungen

Nun hilft bei der Bewältigung der altersassoziierten Probleme weder ein unbegründetes Hoffen auf die Prävention noch auf die Entwicklung von ‚Magic Bullets‘ zur Behandlung. Es ist geradezu erschütternd, mit welcher Naivität in der Politik immer auf die Verstärkung der Prävention gesetzt wird. Über präventable Erkrankungen Bescheid zu wissen und angemessene Konzepte zu entwickeln ist ein wunderbares Feld öffentlicher Gesundheit, von der Kindheit bis ins hohe Alter wohl bemerkt. Aber zu meinen, man könne damit etwa die Bedeutung der Demenz oder der Krebserkrankungen deutlich reduzieren führt zu schmerzhaften Enttäuschungen. Ebenso wenig werden das Beschwören des Kampfes gegen den Krebs (Nixon sprach tatsächlich 1971 erstmals vom ‚war on cancer‘) oder das Setzen auf die Genforschung die Dimensionen der altersassoziierten Beschwerden und Erkrankungen bei Seite schaffen können. Und zu dieser Diskussion gehört auch immer wieder die Forderung nach guten klinischen Studien, die vor unrealistischen Hoffnungen schützen müssen, so unbequem die Ergebnisse manchmal auch sein mögen. Die aus Sicht des Autors und vieler Kliniker von Beginn an völlig überhöhten Erwartungen an die forsch „Antidementiva“ genannten Cholinesterasehemmer sind ein Beispiel hierfür. Die S3-Leitlinie „Demenzen“ hält gleichwohl an der Empfehlung zu einem breiten und langfristigen Einsatz dieser Substanzen fest. Auf der anderen Seite wurde aber auch übersehen, dass Demenz sehr oft durch Gefäßprozesse mitbedingt ist und insofern wie alle arteriellen Gefäßerkrankungen partiell präventabel ist.

Da die Ressourcen tatsächlich nicht beliebig vermehrbar sind, fehlen die so verausgabten Mittel für mäßig oder schlecht untersuchte Behandlungskonzepte am Ende immer der unabweislich erforderlichen Beratung, Betreuung und Pflege. Die Debatte um den tatsächlichen Nutzen von Behandlungskonzepten – inclusive hinzunehmender Nebenwirkungen - zu führen erweist sich immer

wieder als außerordentlich kompliziert. Und für Laien ist kaum durchschaubar, welche Versprechungen seriös sind und welche nicht. Schon wer mit dem Begriff „Innovation“ winkt, hat gute Chancen, Gehör zu finden. Und diese Innovationsspirale ist endlos, echte Innovationen aber sind selten.

Frage: wann wird angemessen wahrgenommen, dass Präventions- und Therapieprinzipien harten Regeln der Priorisierung bzw. Posteriorisierung unterliegen?

3. Kuration oder Palliation

Dies ist mein längster Abschnitt: Wer von Innovationen redet, denkt zumeist in der Kategorie ‚Kuration‘. Was genau dann unter Kuration verstanden wird, bleibt ebenso häufig unklar. Laien müssen zunächst einmal ja unter Heilung das Sprichwörtliche „Alles wird gut“ verstehen. Und in der Tat kann die moderne Medizin etwa seit Mitte des 20. Jahrhunderts stolz von derartigen Heilungserfolgen sprechen. Die heute fast nur noch in Negativschlagzeilen auftauchenden Antibiotika sind ein reiner Segen für die Menschheit: die Syphilis wurde zu einer gut behandelbaren Erkrankung, die Tuberkulose ist prinzipiell gut behandelbar geworden. Chirurgie und die zugehörige Narkosetechnik haben die Überlebenschancen von Schwerverletzten dramatisch verbessert. Und auch im Bereich der Krebserkrankungen gibt es seit der Erfindung der Chemotherapeutika erste komplette Heilerfolge und eine Reihe von Behandlungsmöglichkeiten, die das Überleben deutlich verlängern. Ein wenig beachteter Effekt der Esoterikwelle im Gesundheitswesen ist in diesem Zusammenhang, dass die tatsächlichen Fortschritte der Medizin kleingeredet und Menschen damit massiv verunsichert werden können.

Zur modernen Medizin gehört notwendigerweise (und zum Glück) auch das Arsenal der Behandlungsmethoden, welche die Lebensqualität verbessern, ohne damit die Lebenserwartung beeinflussen zu können. Und dies gehört dann bei strikter Sprachdisziplin alles in den Bereich ‚Palliation‘. Die Grenzen zwischen Kuration und Palliation sind nicht immer leicht zu ziehen, und vor allem werden sie gern von der Mainstream-Medizin verwischt. Erst wenn überdeutlich ist, dass das Dritt- oder Viertlinienschema der Therapie etwa bei einer fortgeschrittenen Krebserkrankung mehr schadet als nützt, wird über eine Beendigung dieses Weges nachgedacht. Und dann folgt häufig immer noch der unsägliche Satz: „Wir können nichts mehr für Sie tun“. Palliation wird leider nach wie vor in der Öffentlichkeit und auch bei vielen Professionellen verkürzt als Sterbebegleitung verstanden, so wichtig dieser Bereich von Palliative Care auch fraglos ist und bleibt. Ich habe einen radikalen Vorschlag: die Lösung dieses Dilemmas läge vielleicht darin, auf die Begriffe Kuration und Palliation ganz zu verzichten und in Forschung und Praxis nur noch darüber zu reden, welche Ziele ein

Behandlungsansatz verfolgen soll, welcher Nutzen für angebotene Konzepte nachgewiesen ist und mit welchen bedeutenden Nebenwirkungen zu rechnen ist. Es würde sich dann zeigen, dass die Angebote einer spezialisierten Geriatrie, Gerontopsychiatrie und Palliativmedizin in aller Regel viel früher wahrgenommen werden müssten. Und das Dilemma verweist darauf, dass die Verbindung aller Spezialangebote mit der ‚Alltagsversorgung‘ in Klinik und Praxis unzureichend ist. Nicht umsonst ist jetzt vor allem in der Forschung seit einigen Jahren von „Early Integrated Palliative Care“ die Rede. Das würde schlicht heißen: im Krankenhaussektor müssten erstens alle so genannten Normalstationen einen niedrighwelligen Zugang zu geriatrisch/gerontopsychiatrischen und palliativer Kompetenzteams haben und zweitens kontinuierlich Fortbildungen zu diesen Themen anbieten. Denn es ist definitiv keine gute Idee, das Überbringen schlechter Nachrichten und die Suche nach Lösungen für ein Weiterleben mit schweren Beeinträchtigungen allein auf die Schultern von Spezialisten zu verlagern.

Ich möchte Ihnen hier über eine eigene Untersuchung berichten, die Anfang 2018 in „Pfleger und Gesellschaft“ erscheinen wird. Es geht um den Nutzen eines palliativen Liaisondienstes an einem städtischen Klinikum in Bremen aus Sicht der dort tätigen Professionellen. Der PLD im Klinikum Links der Weser ist als ein von der Klinikleitung implementierter Spezialdienst nach nunmehr sechs Jahren in der Behandlungskette der Klinik anerkannt. Die Erfahrungen mit der zuvor Inagjährig bestehenden Palliativstation können dies erleichtert haben. Der Schwerpunkt der Inanspruchnahme des PLD bzw. einer Zusammenarbeit mit den MitarbeiterInnen des PLD liegt auf Stationen bzw. der Tagesklinik mit TumorpatientInnen. Die Beschäftigten bewerten hoch, dass Schwerkranken durch den Dienst neue Perspektiven jenseits der traditionellen Behandlungskonzepte eröffnet werden können. Dabei bezieht sich diese durchgängige Wertschätzung ex-pressis verbis ausschließlich auf die Palliative Care Pflege Fachkraft. Der Dienst wird entsprechend der Vorannahme der Untersuchung zugleich als Entlastung für die VertreterInnen der Fachberufe gesehen, die innerhalb des herkömmlichen Denkens von Kuration versus Palliation ihre Grenzen häufig als Versagen erleben. Als besonders bedeutend wird die Hinzuziehung des PLD beim ‚Überbringen schlechter Nachrichten‘ geschildert. Die Interviews sprechen dafür, dass sich die ÄrztInnen nach wie vor schwer damit tun, eine neue Rolle in der Kooperation mit den Mitarbeitenden des hoch geschätzten PLDs zu finden. Stärker aus der Pflege als aus der Medizin heraus scheint sich Verständnis für eine frühzeitige Integration der Palliation in das Behandlungskonzept zu finden. In die generelle Wertschätzung fließt die Einschätzung ein, dass dem PLD stark kompensatorische Züge anhaften. Schwächen in der Psychoonkologie bis hin zum Fehlen stationsbezogener klinischer PsychologInnen, hoher Zeitdruck, kurze Verweildauern und das Gefühl eigener Unzulänglichkeiten im Umgang vor allem mit Krisen werden als weitere wesentliche Ursachen für die Inanspruchnahme des Dienstes angenommen. Dies korrespondiert mit häufigem Stationswechsel der jungen ÄrztInnen, mit dem Fehlen der

Inanspruchnahme interdisziplinärer Fortbildungen durch die Teams auf den Stationen und mit fehlender oder nur sporadischer Supervision.

Durch den immer selbstverständlicher gewordenen Kontakt zum PLD wird offenkundig erfahrbar, wie eine stärker patienten- und angehörigenbezogene Versorgung aussieht oder aussehen könnte. Der PLD kann insofern als Initiator einer neuen interdisziplinären, bereichs- und berufsgruppenübergreifenden Kultur in der Klinik gedeutet werden. Es kommt darauf an, die hier gewonnenen positiven Erfahrungen endlich in der Breite umzusetzen.

Frage: wie weit sind die Bemühungen gediehen, Palliation tatsächlich als integralen Bestandteil der Versorgung zu verstehen und nicht als ein add-on einer irgendwie dann doch noch fremden Welt jenseits der ‚eigentlichen‘ Medizin?

4. Pflege und Medizin

Nun soll der Blick auf das Verhältnis zwischen Pflege und Medizin gerichtet. Das Thema füllt Bibliotheken, in der Praxis bewegt sich in Deutschland sehr wenig. Das Thema Delegation versus Substitution ärztlicher Leistungen ist erst einmal wieder versandet, nachdem der Gemeinsame Bundesausschuss einen ganz leisen Startschuss zur Entwicklung von Modellvorhaben zur Delegation ermöglicht hatte. Man muss aber auch hier noch einmal daran erinnern, dass diese Debatten schon eine Engführung in sich beherbergen, die in krassem Gegensatz zu den Anforderungen moderner teamorientierter Versorgungskonzepte stehen. Die Strukturen wirken wie zementiert: im ambulanten Sektor böten bei einer weiteren Öffnung durch den Gesetzgeber momentan allenfalls die Medizinischen Versorgungszentren die Chance einer berufsgruppenübergreifenden und stärker auch aufsuchenden Arbeit von ‚Primary Care Teams‘ – ein Fremdwort in der hiesigen Versorgung. Die Verbindung zwischen ambulanter Medizin und heimstationärer Versorgung ist ein weiteres ungelöstes Problem, über das viel geredet wird, ohne dass tragfähige Strukturen aufgebaut werden. Und so werden auch nach Umsetzung des neuen Hospizgesetzes die Hausärztin und der Hausarzt flüchtige Gäste bleiben, und die Stationsleitungen werden weiter ihre liebe Mühe und Not haben, eine Neurologin oder einen Urologen auf die Station zu bekommen. Und gleichzeitig wird das Lied vom Vorrang der häuslichen Pflege weiter gesungen werden, ohne danach zu fragen, wie dieselbe gefördert werden müsste und wo die Grenzen jeder noch so komplexen ambulanten Pflege bei bestimmten Gruppen Kranker und Pflegebedürftiger zu verorten sind.

Frage: wann kann nicht mehr verschwiegen werden, dass Deutschland unter den vergleichbaren Ländern bei der Wertschätzung der Pflege quasi das Schlusslicht darstellt?

5. Orte der Kommunikation

Wo immer die Rede von aufwändiger Pflege und Versorgung ist, taucht unweigerlich die Frage auf, wer mit wem welche Themen bespricht und nach gemeinsamen Lösungen sucht: sowohl in denkbaren professionellen Settings wie unter Einbeziehung der Betroffenen und ihrer Zugehörigen. Je komplexer die Problemlagen werden, umso schwerer wird es, einen Ort zu definieren, an dem solche Gespräche stattfinden können. Angehörige leisten, soweit sie dazu in der Lage sind, in der Regel stellvertretend eine Organisationsarbeit, die häufiger als notwendig für Ratlosigkeit, Missverständnisse, Erschöpfung und Resignation gut ist. Pflegerinnen und Pfleger berichten von dem Problem, einen Gesprächstermin in der Arztpraxis zu bekommen. Nach der Papierform ideale Plattformen wie die ethischen Fallkonferenzen bleiben extrem seltenen, ausgewählten Situationen vorbehalten, und Insider berichten stereotyp, dass es fast unmöglich ist, Ärztinnen und Ärzte in solche Gruppen einzubinden. Permanent aber ist die Rede von Multimorbidität und sektorenübergreifender Versorgung. Beides ruft eindeutig nach Orten der Abstimmung und Kommunikation. Sie fehlen, selbst auf den Krankenhausstationen, wo Teamsitzungen zunehmend exotischen Charakter haben.

Frage: Wann ist der Punkt gekommen, dass Kommunikation innerhalb der Fachberufe und mit den Patientinnen und Patienten nicht länger als Kür missverstanden wird?

6. Wo ist der Weg?

Es gibt ihn nicht, den einen Weg. Wichtig wäre zunächst einmal der Wille, jenseits der eingefahrenen rechtlichen, fiskalischen und organisatorischen Strukturen sich darauf zu verständigen, welche Versorgungsdefizite in ordentlichen Forschungs- bzw. Modellvorhaben adressiert werden sollten. Diese Aussage geht von der Unterstellung aus, dass es nicht gelingen wird, Top-Down-Lösungen zu verordnen, wie dies der Gesetzgeber (vermeintlich jedenfalls) immer wieder versucht hat, z.B. unter der Überschrift ‚Integrierte Versorgung‘. Die Lösungen liegen nicht in der Schublade, und zwar weil noch so gut durchdachte und begründete Reformvorhaben bislang fast immer an der Überführung in die Regelversorgung gescheitert sind. Dort herrschen die ehernen Gesetze der Besitzstands- und Statuswahrung. Dort werden Reformanstöße gern unbeachtet liegen gelassen. Das trifft Bereiche wie die Geriatrie besonders hart, weil sie nicht über starke Lobbyisten verfügt und wohl auch, weil die Versorgung alter und hochbetagter häufig multimorbider Menschen nicht so positiv bewertet wird wie die ‚Heldenmedizin‘ oder neuerdings die esoterisch angehauchte ‚ganzheitliche‘ Medizin, die sich

ihre Tortenstücke aus dem Versorgungskuchen herausschneidet. Insofern kommt es am Ende immer wieder darauf an, geriatrische, gerontopsychiatrische und palliative Versorgung so auszustatten und zu bewerten, dass die Arbeit in ihren Einheiten als erfüllend erlebt werden kann. Mit so guter Qualität, dass wir alle im Prozess des Älterwerdens keine Angst davor haben, die letzte Lebenszeit in einer heimstationären Einrichtung zu verbringen, wenn wir spüren, dass die eigenen vier Wände ein Leben in Würde nicht mehr ermöglichen.

Abschlussfrage: welche gesellschaftlichen Gruppierungen können die Kraft entfalten, dass nicht immer die alten Themen und Fragen diskutiert werden sondern das Offensichtliche getan wird: die Versorgung den Notwendigkeiten anzupassen, die sich aus dem Bevölkerungsaufbau ganz schlicht ableiten lassen.

Literatur

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/02_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile

http://www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2015/PDFs_Download/Demenz/REV_S3-leitlinie-demenzen.pdf

Schmacke N. Palliativmedizin: Stiefkind der Medizin.

<http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/palliativmedizin-stiefkind-der-medicin-1.2379045>

Gaertner J u.a. Integrating palliative care and oncology: towards a common understanding

<http://apm.amegroups.com/article/view/5639/6432>

Block K, Foth T, Stamer M, Schmacke N. Allgemeinmedizin und Pflege in der ambulanten und heimstationären Versorgung Verlag: Weinheim ; Basel : Beltz Juventa, (2012)

Prof. Dr. Norbert Schmacke
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Universität Bremen/ Abteilung 1 Versorgungsforschung
Privat: Marsseel 48
28719 Bremen
Schmacke@uni-bremen.de