

Lücken der Altersmedizin

Das bittere Ende kommt noch

Gesundheit ist das höchste Gut, es bleibt dabei. Doch wie handelt das deutsche Gesundheitswesen? Es tut so, als gäbe es den demographischen Umbruch nicht, und lässt die Alten im Stich.

Von Martina Lenzen-Schulte und Joachim Müller-Jung



Der alte Patient als teurer Exot: die Altersmedizin in Deutschland hat eklatante Lücken

17. Dezember 2010

Wer leidet da an wem: der Arzt am Patienten oder doch der Patient an seinem Leiden - oder ist vielleicht doch das System krank - multimorbide, siechend? Die Wahrheit ist: Wir hören die Leidensgeschichten gepeinigter Menschen und erleben dabei, wie das gute Leben im Alter, zu dem der Wunsch nach Gesundheit als dem höchsten Gut untrennbar gehört, zusehends an den Realitäten der Gesundheitsversorgung und der Last des demographischen Wandels zusammenbricht. Mittelknappheit auf der einen Seite und die Ansprüche - auch ein gehobenes Anspruchsdenken - auf der anderen gefährden den sozialen Frieden. Gegen das "Zipperlein" wird heute kein Wickel angelegt, sondern Colchicin- oder Kortisonpräparate genommen, wer sich krank wähnt, geht in die Praxis und verlangt nach der besten Pille. Aber auch wer sich nur krank fühlt, weil die Grenze zwischen - oft besser unbehandelten - Altersbeschwerden und behandlungsbedürftigen Leiden zunehmend verschwimmt, verlangt nach dem Arzt.

Der Doktor seinerseits ist in seinem Behandlungsspielraum immer stärker eingeschränkt, finanziell und zeitlich, durch Fallpauschalen und Budgets. Im „Bundesgesundheitsblatt“ vom Sommer dieses Jahres heißt es in der „Morbiditätsprognose“ für das Jahr 2050, wenn schon jeder siebte Deutsche älter als achtzig Jahre sein wird: Demenz und Lungenentzündung überlasteten die Sozialkassen, Augenleiden, Bluthochdruck, Osteoporose und ein Dutzend weiterer Krankheiten würden rapide zunehmen. In den Praxen treffen sich multimorbide und eingebilddete Patienten - Leistungsempfänger der eine wie der andere. Wohin in das führen kann, gewiss führen muss, wenn nicht offener über Prioritäten - also auch über die gewollte und ungewollte Leistungsverweigerung - in einem zunehmend labileren Gesundheitssystem geredet wird, tritt in diesen Tagen immer klarer zutage.

Schon heute hat der Unmut älterer Patienten und auch der Unmut im Umgang mit älteren Patienten berechtigte Gründe. Die Alten werden ohnehin schon, was ihre medizinische Behandlung angeht, geradezu stiefmütterlich behandelt. Es wird ihnen indes noch viel schlechter ergehen, wenn sich Deutschland nicht rasch dazu entschließt, Strukturen für eine bessere geriatrische Versorgung für die Hochbetagten zu installieren.

Geriatric-Check als Behandlungsroutine?

Die Vielfalt der sonstigen ambulanten Versorgung durch Fachärzte in Deutschland steht in krassem Gegensatz zu derjenigen für alte Menschen. Die Überweisung eines Herzkranken an den Kardiologen ist selbstverständlich, wenn seine Beschwerden die Künste des Hausarztes überfordern. Niedergelassene Geriater, die eine fachärztliche Ausbildung zur Behandlung älterer Patienten genossen haben, sind dagegen Exoten. Es gibt hierzulande lediglich vier Schwerpunktpraxen für Geriatrie, zu denen man einen geriatrischen Patienten mit seinen ganz eigenen Bedürfnissen schicken könnte - in Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt. Das allein erklärt hinlänglich, wie wenig man bereit ist, den spezifischen gesundheitlichen Defiziten älterer Patienten Rechnung zu tragen, wenn sie etwa als über Siebzigjährige an vielen Krankheiten gleichzeitig leiden.

Viel zu häufig kommt es deswegen zu Einweisungen in die Klinik, beklagt etwa Dieter Lüttje, der Vorstandsvorsitzende des Bundesverbandes Geriatrie. Eine einzige Klinik in Deutschland behandelt ältere Patienten ambulant, die übergroße Mehrheit der Geriatriepatienten landet im Krankenhaus - und das auch nur nach umständlichen Überweisungsformalitäten. Zur Krankheit kommt die Gängelung des Patienten. Das geriatrische Knowhow von Krankenhausärzten lässt sich deshalb nicht einmal in Klinikambulanzen nutzen, um wenigstens auf diese Weise das Facharztdefizit aufzufangen.

Klinikaufenthalte belasten jedoch nicht nur die Kostenträger um ein Vielfaches, im ungünstigen Fall werden sie zur Lebensgefahr für die Alten. An geeigneten Reformvorschlägen mangelt es nicht. Das neue „Weißbuch Geriatrie“ dokumentiert das eindrücklich - auch widerlegt es die oft wiederholte Befürchtung, eine gute medizinische Versorgung älterer Menschen treibe die Kosten in die Höhe. Modellrechnungen belegen im Gegenteil, dass die Einsparungen infolge vermindelter Pflegebedürftigkeit weit über den Kosten einer fachärztlichen geriatrischen Behandlung liegen. Die Geriater fordern einen Geriatric-Check. Beim Oberschenkelhalsbruch oder dem Herzinfarkt sollte schon nach der Aufnahme ins Krankenhaus der Bedarf einer geriatrischen Sonderbehandlung festgestellt werden. In Belgien ist es inzwischen sogar Pflicht, dass ein älterer Patient während seines Aufenthaltes in der Klinik mindestens einmal einem Facharzt für Geriatrie vorgestellt wird.

Vorenthaltene Leistungen

Die Strukturen verhindern heute schon und erst recht in der älteren Gesellschaft die adäquate Versorgung der großen Mehrheit im Land. Die Mängelliste ist dabei so alt wie lang. Auf ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen trifft man die Ärzte schon lange, die weitgehend ungehört vorbeten, was der „Klientel“ von morgen fehlt.

Chirurgische Eingriffe an den Augen, die die Seh- und Lesefähigkeit nachweislich wiederherstellen, werden den Alten ebenso vorenthalten wie Herzoperationen, die eine Vielzahl von sonst notwendigen Krankenhausaufenthalten überflüssig machen. Längst weiß man, dass Rehabilitationsmaßnahmen nicht ein teurer, unnötiger Luxus nach Knochenoperationen infolge einer Sturzverletzung im Alter sind. Vielmehr erhalten solche Maßnahmen oft die Selbständigkeit und verringern die Pflegebedürftigkeit. Bestimmte Krebsformen kommen bei über Fünfundsechzigjährigen doppelt so häufig vor wie bei Jüngeren. Sie sind entgegen landläufiger Meinung im Alter nicht selten sogar aggressiver als in jungen Jahren.

Der alte Patient als der Exot

Onkologen mit geriatrischem Weitblick beklagen schon seit vielen Jahren, dass dies immer noch zu wenig berücksichtigt wird und sachgerechte, mitunter durchaus eingreifende Krebstherapien den alten Menschen häufig vorenthalten werden - aufgrund von unterstellter, aber nicht nachgewiesener Gebrechlichkeit. Wenn die Patienten schließlich doch gepflegt werden müssen, fehlt es auch in den Heimen am Sachverstand. Folge, immer wieder: eine „Übersorgung“ mit ruhigstellenden Medikamenten. Der Patient auf dem Abstellgleis.

Im günstigsten Fall, wohlgemerkt, kommen demnächst Jahr für Jahr 16 000 alte Kranke hinzu, die einer geriatrischen Fachbetreuung bedürfen. Die Bettenzahl in den Krankenhäusern müsste allein für sie verdoppelt werden. Mit der Zahl an Klinikchefs für ältere Patienten an den drei Dutzend Universitätskliniken rangiert Deutschland in Europa kurz vor Island. Der alte Patient ist immer noch der Exot: ungewollt und teuer.

Text: F.A.Z.

Bildmaterial: dapd