

Der folgende Beitrag stammt aus dem Buch:

Carigiet, Erwin & Grob, Daniel (Hrsg.). (2003). **Der alte Mensch im Spital – Altersmedizin im Brennpunkt** (S. 150–156). Zürich: Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich.

(Reprint des Zentrums für Gerontologie der Universität Zürich mit freundlicher Genehmigung der Herausgeber)

Zur integralen Betreuung alter Menschen – ein biopsychosoziales Modell in der Akutspitalbehandlung?

Claus Buddeberg

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Claus Buddeberg
Abteilung Psychosoziale Medizin
UniversitätsSpital
Rämistrasse 100
8091 Zürich
Email: claus.buddeberg@usz.ch

In den hoch entwickelten Ländern erreichen immer mehr Menschen bei relativ guter Gesundheit ein hohes Alter. Akute Gesundheitskrisen, die eine Spitalbehandlung notwendig machen, sind jedoch gerade in den letzten Monaten eines langen Lebens keine Seltenheit. Der folgende Beitrag soll deutlich machen, dass die Zielsetzungen einer Spitalbehandlung akut erkrankter hochbetagter Menschen sehr verschieden sein können, je nachdem, aus welcher Sichtweise man diese definiert.

Akute Herzkrise oder lebensbedrohliches Ereignis?

Frau G., eine 88-jährige ehemalige Kindergärtnerin, wird mit einer akuten Herzkrise und Verdacht auf einen Herzinfarkt auf die Notfallabteilung eines grossen Spitals eingewiesen. Bei ihrem Eintreffen ist sie bei vollem Bewusstsein, ihr Zustand ist nicht akut lebensbedrohlich. Wie soll ihr der diensthabende Notfallarzt begegnen, worauf soll er seine Aufmerksamkeit richten?

Variante A: Dr. K. begrüsst die Patientin, stellt sich kurz vor, während seine Hand schon nach dem Puls von Frau G. tastet. "Wir machen jetzt gleich ein EKG, untersuchen einige Laborwerte und legen ihnen eine Infusion" sagt er, während er sein Stethoskop auf die Herzregion der Patientin setzt. "Der Herzschlag ist zwar etwas beschleunigt, aber das bekommen wir schnell in den Griff...". Soweit Variante A der Aufnahme von Frau G. auf der Notfallabteilung.

Variante B: Dr. P. begrüsst die Patientin, stellt sich kurz vor, nimmt sich einen Stuhl und setzt sich neben die Patientin. Er schaut sie ermunternd an und wartet einen kurzen Augenblick. "Meine Mutter ist auch mit 88 Jahren an einem Herzinfarkt gestorben... Ich habe wirklich ein reiches Leben gehabt...", äussert sich Frau G., bevor sie ihre Herzschmerzen anspricht und Dr. P. die üblichen Massnahmen zur Abklärung eines akuten Herzinfarktes einleitet.

Kommentar

Sowohl das Vorgehen von Dr. K. (Variante A) als auch das von Dr. P. (Variante B) findet tagtäglich in vielen Akutspitälern statt. Worin unterscheiden sich die beiden Vorgehensweisen? Bei **Variante A** konzentriert sich der Notfallarzt primär auf **das kranke Organ**, in diesem Fall das durch einen Infarkt geschädigte Herz. Sein Vorgehen ist aktiv, zielgerichtet, kompetent, die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Schritte werden schnell eingeleitet. Anders das Vorgehen bei **Variante B**: Hier gibt der Arzt durch seine zunächst abwartend-zugewandte Haltung der Patientin die Möglichkeit, eine kurze Bemerkung zu ihrer Sichtweise ihres akuten Krankseins zu äussern. D.h. in einem ersten Schritt wendet sich Dr. P. Frau G. als **einer kranken Person** zu, ehe er sich um das kranke Herz kümmert.

Organbezogenes versus biopsychosoziales Krankheitsmodell

Die Frage, für was sich Ärzte und Ärztinnen zuständig fühlen sollen, wenn sie in einer Akutsituation wie einer Herzkrise einem alten Menschen begegnen, kann unterschiedlich beantwortet werden. Etwas vereinfacht lässt sich die Frage in folgenden zwei polaren Haltungen beantworten: **Variante A:** Ich bin zuständig für gestörte Organfunktionen, geschädigte Organe und die möglichen biologischen Ursachen, welche die Störung bzw. Schädigung herbeigeführt haben sowie für die Beseitigung bzw. Milderung ihrer negativen Konsequenzen. **Variante B:** Ich bin zuständig für einen kranken Menschen und sein Leiden und interessiere mich für seine Sichtweise der Krankheit und seine Erwartungen an die Behandlung. Ich bin weiter zuständig für die gestörten Organfunktionen, deren genaue Abklärung und optimale Behandlung. Und schliesslich interessiere ich mich auch für die soziale Lebenssituation der Patientin, wie sie wohnt, ob sie Angehörige und Bekannte hat und wie ihre finanziellen Verhältnisse sind.

Das Krankheitsmodell bei Variante A ist einseitig biologisch und organbezogen. Psychologische und soziale Aspekte werden ausser Acht gelassen. Variante B charakterisiert ein biopsychosoziales Krankheitsmodell, in welchem neben den biologischen Aspekten der Krankheit auch psychosoziale Gesichtspunkte des kranken Menschen Beachtung finden.

Ist-Wahrnehmung und Soll-Vorstellungen der heutigen Medizin

Im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1992/93 und 1997 wurde eine Zufallsstichprobe von 1220 Personen aus allen Sprachregionen der Schweiz u.a. zu ihrer Wahrnehmung der heutigen Medizin und ihren Zielvorstellungen für die Zukunft befragt. Die auffälligsten Unterschiede in der Bewertung zwischen heute (IST) und morgen (SOLL) waren dabei [1, S. 242]:

IST-Wahrnehmung

Organbetrachtung der Medizin im Vordergrund

Medizin stützt sich nur auf wissenschaftliche Evidenz

Medizin orientiert sich an Krankheiten

Medizin orientiert sich an den Bedürfnissen der Gesellschaft

SOLL-Vorstellung

Ganzheitliche Betrachtung der Patientin/des Patienten

Medizin soll alles akzeptieren, was nützlich ist

Medizin soll sich an der Gesundheit orientieren

Medizin soll sich an den Bedürfnissen des Individuums orientieren

Diese Zielformulierungen erfordern eine Neuorientierung der Ärzteschaft und aller übrigen im Gesundheitswesen tätigen Personen dahingehend, dass sie psychologischen und sozialen Aspekten von Gesundheit und Krankheit die gleiche Beachtung schenken wie biologischen Vorgängen, welche im Denken und Handeln der Schulmedizin nach wie vor dominieren.

Notwendige Rahmenbedingungen für eine biopsychosoziale Altersmedizin

Sind die Rahmenbedingungen günstig und geeignet, damit sich die in einem Akutspital tätigen Personen in umfassender, d.h. biopsychosozialer Weise um einen alten, akut erkrankten Menschen kümmern können? Eine ganzheitliche, sich am kranken Menschen orientierende Behandlung hängt nicht nur von den Idealvorstellungen der Ärztinnen und Ärzte¹, der Pflegepersonen und Sozialarbeitenden usw. ab, sondern je länger desto mehr auch von den **Rahmenbedingungen**, welche den in einem Akutspital tätigen Personen durch Krankenhaus- und Versicherungsträger sowie durch Gesundheitspolitikerinnen und -politiker und damit nicht zuletzt durch uns alle als Bürgerinnen und Bürger gesetzt werden. Die wichtigsten dieser Rahmenbedingungen sollen im Folgenden kurz erwähnt werden. Es sind dies

- gesetzliche Bestimmungen
- ethische Prinzipien
- Standesregeln
- vertragliche Vereinbarungen
- der soziokulturelle Kontext.

Gesetzliche Bestimmungen

Der Leistungsumfang und die Finanzierung einer Spitalbehandlung werden durch Gesetze und vertragliche Vereinbarungen geregelt. Darauf soll an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden. Viel weniger bekannt sind die **Patientenrechte**. Je mehr Spezialisten und Pflegepersonen sich um eine Patientin oder einen Patienten kümmern, desto mehr besteht die Gefahr, dass dieser Mensch im Ungewissen ist, **wer ihm gegenüber wofür verantwortlich ist. Dies trifft in besonderer Weise für alte Menschen im Akutspital zu.** Im Einzelnen handelt es sich u.a. um folgende Rechte der Patientinnen und Patienten:

- Das Recht auf sorgfältige Behandlung
- das Recht auf Selbstbestimmung
- das Recht auf Geheimhaltung
- das Recht auf Information, einschliesslich Einsicht in die Krankengeschichte
- das Recht auf Kontakt zur Aussenwelt, insbesondere zu Angehörigen
- der Schutz der menschlichen Würde.

Patientenrechte können nur respektiert werden, wenn in einem Spital eine ausreichende Zahl von Betreuungspersonen mit unterschiedlicher fachlicher Ausrichtung vorhanden ist und **diese Personen auch genügend Zeit haben, die Rechte der Patientinnen und Patienten zu respektieren**. Gegenwärtig besteht die Gefahr, dass die Betreuungspersonen immer mehr Zeit für die Dokumentation ihrer Leistungen aufwenden müssen, die ihnen dann für den direkten Kontakt mit den Patientinnen und Patienten fehlt.

Ethische Prinzipien

Die Pluralisierung von Wertvorstellungen in den hochentwickelten westlichen Gesellschaften stellt die einzelnen Ärztinnen und Ärzte, die Pflegenden und die Sozialarbeitenden in einem Spital immer wieder vor die Frage, was obere Priorität habe: Das Wohl oder der Wille des Kranken? Kehren wir zum eingangs erwähnten Fallbeispiel zurück. Wie soll sich das Behandlungsteam verhalten, wenn Frau G. die Vorstellung hat, sie möchte jetzt ebenso wie ihre Mutter mit 88 Jahren an einem Herzinfarkt sterben? Soll oder muss diesem Wunsch entsprochen werden oder nicht? Ethisch verantwortungsvolles Handeln im Akutspital ist nur möglich, wenn Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegepersonen über eine **ethische Basiskompetenz** verfügen, d.h. in der Lage sind, ethische Problemstellungen wahrzunehmen und in adäquater Weise zu lösen.

Standesregeln

Standesregeln haben zum Ziel, die Beziehung von Ärzten zu ihren Patientinnen und Patienten, zu Kolleginnen und Kollegen und gegenüber Partnern im Gesundheitswesen zu regeln. Betrachtet man die einzelnen Artikel einer Standesordnung, so beinhalten sie einerseits konkrete Auslegungen und Ausführungen gültiger Gesetze und ethischer Prinzipien. Andererseits sind darin auch berufsständische Interessen geregelt. Liest man die aktuelle Standesordnung der FMH [2], so fällt dabei auf, **wie wenig auf die besonderen und berechtigten Anliegen von Alterspatientinnen und -patienten Bezug genommen wird**. Es zeigt sich meines Erachtens darin, dass die Altersmedizin in der Schweiz ein nach wie vor "stiefmütterlich" behandeltes Gebiet ist.

Vertragliche Vereinbarungen

Wie ist der durch die Grundversicherung abgedeckte Katalog von medizinischen Leistungen, auf die über 90-Jährige Anspruch haben? Von Gesetzes wegen spielt es keine Rolle, ob eine akut erkrankte Patientin 40 oder 90 Jahre alt ist. Kämen jedoch alle potentiell möglichen diagnostischen und therapeu-

tischen Massnahmen der Spitzenmedizin ohne Einschränkungen zur Anwendung, wäre unser Gesundheitswesen wohl nicht mehr finanzierbar. Die Diskussion, wo wir uns selbst Beschränkungen auferlegen, muss in den kommenden Jahren in aller Offenheit geführt werden. Sonst besteht die Gefahr, dass alte Menschen immer mehr in die Position einer benachteiligten Randgruppe geraten und es vom spontanen Entscheid eines Arztes oder einer Ärztin abhängt, wie ein hochbetagter Mensch in einer akuten Krankheitssituation behandelt wird.

Soziokulturelle Rahmenbedingungen

In den hochentwickelten Ländern hat sich die Stellung der alten Menschen grundlegend gewandelt. Je älter und kränker sie werden, desto weniger sind sie sozial geachtet. In einer Zeit, in welcher Jugendlichkeit einen hohen Stellenwert hat, besteht für diejenigen, welche diesem Ideal nicht mehr entsprechen können, die Gefahr, dass sie als "Bedrohung für den eigenen Wohlstand" betrachtet werden. Hier geht es nicht nur um Wert- sondern auch um Sinnfragen des Lebens. Die Diskussion darüber wird nicht in der Offenheit und Breite geführt, wie es eigentlich angebracht wäre.

Biopsychosoziales Behandlungsmodell: Ein Luxus?

Weit verbreitet ist die Meinung, der biopsychosoziale Ansatz in der Spitalbehandlung alter Menschen sei aufwändig, teuer und letztlich überflüssig. In Zeiten, in denen gerade die Kosten für Spitalbehandlungen gesenkt und die Aufenthaltsdauer der Patienten verkürzt werden müssen, sei eine ganzheitliche, biopsychosoziale Behandlung und Betreuung leider nicht mehr möglich. Die wenigen Studien, welche bisher zur Effizienz eines biopsychosozialen Behandlungsmodells in der stationären Versorgung alter Menschen durchgeführt wurden, **bestätigen diese Vorurteile nicht.**

So ergab eine Studie an über 60-Jährigen, welche wegen nichtpsychiatrischen Störungen stationär behandelt werden mussten, klare Vorteile für den biopsychosozialen Behandlungsansatz gegenüber einem rein somatischen [3]. Über einen Zeitraum von 12 Monaten ab Beginn der stationären Behandlung hatten die ganzheitlich behandelten Patientinnen und Patienten in den folgenden Monaten zwar höhere ambulante Behandlungskosten, dafür aber deutlich weniger Kosten für stationäre Behandlungen, da sie seltener rehospitalisiert werden mussten. Insgesamt führte somit der biopsychosoziale Behandlungsansatz während der stationären Behandlung zu einer deutlichen Senkung der Gesundheitskosten in den folgenden 12 Monaten.

In einer anderen Studie zeigte sich, dass die Zufriedenheit der Alterspatienten am Ende eines stationären Aufenthaltes bei den ganzheitlich behandelten Patientinnen und Patienten deutlich höher war als

bei den traditionell somatisch behandelten [4]. Die ganzheitlich behandelten Patientinnen und Patienten zeigten zudem eine bessere Krankheitsbewältigung ihrer meist komplexen und multimorbiden Gesundheitsprobleme.

Die Mehrzahl der (Alters)Patientinnen und -Patienten, welche wegen einer akuten Krankheit hospitalisiert werden müssen, wünscht eine ganzheitliche Behandlung nach dem biopsychosozialen Modell (siehe die erwähnten Soll- Erwartungen an die Medizin der Zukunft aus den schweizerischen Gesundheitsbefragungen). Die gegenwärtigen Rahmenbedingungen in der Medizin favorisieren dieses Modell nicht. Mit dem Argument der angeblichen Kosteneinsparung wird der psychosoziale Anteil des Krankseins alter Menschen ignoriert und verleugnet. Diesem "Trend in die falsche Richtung" kann nur durch methodisch gute Vergleichsstudien Einhalt geboten werden. Für die Planung und Durchführung solcher Studien ist eine interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit eine unabdingbare Voraussetzung. Ebenso notwendig ist, dass für diese Art von klinischen Studien in der Altersmedizin von Stiftungen und vom Schweizerischen Nationalfonds entsprechende Forschungsgelder zugesprochen werden.

Literaturverzeichnis

- 1 Horisberger, B. (2002) Sehnsucht nach dem omnipotenten Arzt? In: Stauffacher, W., Bircher, J. [Hrsg] *Zukunft Medizin Schweiz*, Basel: S. 236-249.
- 2 FMH VdSÄ (1997) Standesordnung FMH, *Schweizerische Ärztezeitung* 78: S. 373-383.
- 3 Kominski, G., Andersen, R., Bastani, R., Gould, R., Hackman, C., Huang, D., et al. (2001) UPBEAT: The impact of a psychogeriatric intervention in VA medical centers, *Medical Care* 39: S. 500-512.
- 4 Schmeling-Kludas, C. (1997) Ein bio-psycho-soziales Behandlungskonzept verbessert die Krankheitsbewältigung geriatrischer Patienten, *Z Gerontol Geriat* 30: S. 242-247.