GERIATRIE FORUM

Die Crux mit den Besonderheiten des Alters

Im nachfolgenden „Geriatrie Forum“ findet sich ein lesenswerter Artikel von Dr. med. Nicole Doser Joz-Roland zu den Besonderheiten des Schmerzes im Alter. Sie zeigt auf, dass sowohl die Schmerzperzeption als auch die -Manifestation im Alter anders sind als bei jungen Menschen; damit hat auch der ärztliche Umgang mit diesen Menschen besonders zu sein. Noch nicht lange her hat sich in **„der informierte @rzt“** auch Prof. Dr. med. Reto Kressig aus Basel zum Schmerz im Alter geäussert, insbesondere bei gleichzeitiger Demenz. Er stellte seine Ausführungen unter den Sub-Titel „häufig atypisch oder nicht rapportiert“.

Für erfahrene geriatrisch tätige Ärztinnen und Ärzte ist die Tatsache der „Besonderheit“ ihrer alten Patientinnen und Patienten wohl Alltag: Sie denken z.B. in ihren differentialdiagnostischen Überlegungen immer auch „das Besondere“ oder das „Aussergewöhnliche“ mit, welches in akutgeriatrischen Kliniken, die sich fast ausschliesslich mit Hochbetagten befassen, fast zur Normalität wird.

Wie aber vermittelt man heute Studierenden, Gesundheitspolitikern, Spitalleitungsmitgliedern, Krankenkassen-Verantwortlichen und Anderen, dass Medizin mit Hochbetagten etwas Besonderes ist und damit besondere Strukturen und besondere Prozesse benötigt? Das ist unglaublich schwierig.

Zum einen, weil heutzutage Erfahrung wenig, Daten aber viel bedeuten und „das Besondere“ sich häufig nicht so einfach eindimensional messen lässt. Zum andern, weil heute die Medizin sehr fragmentiert ist und „das Besondere“ sich häufig erst in einer umfassenden, integrierten Sicht darstellt. Eine hochgradige Aortenstenose ist nichts Besonderes, eine hochgradige Aortenstenose bei einer gebrechlichen, 90-jährigen, Patientin aber sehr wohl.

Nicht von ungefähr haben die Geriaterinnnen und Geriater seit nun Jahrzehnten so viel Wert auf ein „umfassendes (comprehensive)“ geriatrisches Assessment unter Einbezug mehrerer Gesundheitsdimensionen gelegt.

Dass sich zudem im Gehirn vieler Spitalärztinnen und -ärzte das Denken in Kollektiven (Fallpauschalensystem) (leider) verankert hat, führt im Alltag zu einer häufig unglaublichen Simplifizierung:

Dr. med. Daniel Grob
Zürich

Jede Patientin/jeder Patient mit einer bestimmten Hauptdiagnose hat bitteschön in der definierten mittleren Aufenthaltsdauer wieder gesund zu werden – am liebsten noch etwas darunter, damit auch die Spitalkasse stimmt. Die Gauss-Kurve schrumpft zu einer Linie …

So sagte mir kürzlich ein Vertrauensarzt einer grossen Krankenkasse, „High-Outlier“ (also die ökonomisch unerwünschten Patienten und Patientinnen, welche einer sehr langen Hospitalisationszeit über der definierten Zeit bedürfen), „dürfte es eigentlich gar nicht geben“. Dass ein Patient „besonders“ sein kann, wird schlicht negiert.

Das Einzige, was hilft, diese eben häufig geriatrie-typische Besonderheit zu vermitteln, ist die persönliche Erfahrung am Krankenbett. Man muss die „Besonderheit“ selber erfahren! Geriatrisch tätigen Spitalärztinnen und -ärzten sei deshalb empfohlen, einmal mit der Spitalökonomin oder dem Spitaldirektor oder dem Vertrauensarzt auf Visite zu gehen. Das öffnet die Augen für das „Besondere“.

Dr. med. Daniel Grob, Zürich

Literatur:

1. Kressig RW. Schmerz im Alter – und bei gleichzeitiger Demenz. Der informierte @rzt 12_2012