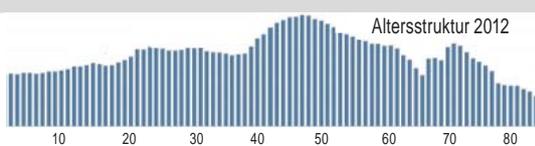


Wie Meereswogen

Im Jahr 2000 fragte die *Süddeutsche Zeitung* führende Politiker: „Was wissen Sie, was Deutschland noch nicht weiß?“ Die damalige CDU-Vorsitzende Angela Merkel prophezeite keineswegs: „Dass ich in fünf Jahren Bundeskanzlerin sein werde.“ Kurz und präzise antwortete sie: „Dass die Veränderung unserer Altersstruktur dramatisch sein wird.“

Zwölf Jahre später weiß Deutschland darüber schon recht genau Bescheid: Wie Meereswogen rollen die „Alten“ auf unsere Gesellschaft zu. Heute ist die Welle der über 70-Jährigen bereits die zweithöchste, und in 25 Jahren – also nach der nächsten Generation – wird



sie die höchste sein. Dahinter folgt eine bedrohliche „Ebbe“, weshalb die Bevölkerung Deutschlands bereits heute schrumpft und vergreist.

Die Naturwissenschaftlerin Merkel, deren Doktorarbeit den *Mechanismus von Zerfallsreaktionen* beschrieb, wird wohl wissen, was das bedeutet: verfallende Häuser, verarmende Kommunen – und zu wenige Ärzte für zu viele alte Patienten. In einigen Bundesländern vom Saarland über Nordhessen und Sachsen-Anhalt bis Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern ist all das bereits zu beobachten.

Der Autor unserer Titelgeschichte versuchte als Vorstand der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) von 2007 bis 2011, den drohenden Zerfallsreaktionen entgegenzuwirken. Heute ist er wieder vollzeitlich Hausarzt und findet, dass die Geriatrie ein spannendes und motivierendes Arbeitsfeld sein kann.

gh

Wenn Kranksein zum Normalzustand wird

Multimorbidität im Alter

Auf die Zunahme der Altersmorbidity ist die Medizin weder fachlich noch strukturell ausreichend vorbereitet. Neue Leitlinien, Vergütungs- und Weiterbildungsmodelle sind gefordert.

Dass die Menschen immer älter werden, ist eine beglückende und zugleich bedrückende Erfahrung. Beide Seiten der Medaille kann man auf den medizinischen Fortschritt zurückführen. Einerseits müssen immer weniger Patienten in jungen Jahren an Infektionskrankheiten oder im mittleren Alter am Herzinfarkt sterben, aber dafür haben wir nun Jahrzehnte Zeit, um schmerzhafte Gelenkschäden, krebsauslösende Mutationen und demenzfördernde Ablagerungen im Gehirn anzusammeln. Deshalb leiden Patienten heute an mehr Krankheiten und sind länger pflegebedürftig als früher. Und das wiederum überfordert nicht nur Krankenversicherungen und Pflegeheime, sondern auch die Ärzte.

Die Behandlung älterer, an einer Vielzahl von Beschwerden leidenden Patienten ist ein Problem, für das die Medizin noch keine befriedigenden Lösungen hat. Ein gutes Dutzend Leitlinien befasst sich explizit mit geriatrischen Fragestellungen^[1], doch findet man darin vor allem Aussagen zu definierten Alterskrankheiten wie Diabetes, Harninkontinenz oder Herzinsuffizienz, nicht aber zum eigentlichen Problem der Multimorbidität.

„Ist es sinnvoll, bei einem 85-jährigen Patienten mit sechs behandlungsbedürftigen Krankheiten tatsächlich sechs Leitlinien anzuwenden?“, fragte der Chefarzt einer geriatrischen Klinik im Deutschen Ärzteblatt 2011. Die Antwort kann nur „Nein“ lauten, denn entscheidend ist das Gesamtbild, das sich aus dem individuellen Mix an Krankheiten und den äußeren Lebensumständen ergibt, zum Beispiel: Wie mobil ist der Patient, wie gut ist er versorgt, wie viel Freude hat er noch am Leben?

Multimorbidität messbar machen

Eine Forschungsgruppe der KV Hessen hat Empfehlungen für eine ganzheitliche Bewertung von Alterskrankheiten aus hausärztlicher Sicht im Internet publiziert^[2]. Dort findet man auch einige nützliche Kennzahlen und Punktesysteme zur Quantifizierung komplexer geriatrischer Probleme wie Sturzrisiko oder Hilfsbedürftigkeit (Barthel-Index, PBGBA-Profil). Einen fächerübergreifenden Index, der die Krankheitsschwere multimorbider Patienten messbar macht, gibt es bislang nicht. Dementsprechend mangelt es auch an Daten zur Prävalenz der Multimorbidität.



Foto: ©Anja Bach/Trillium

Der Sachverständigenrat (SVR) schätzt, dass zwei Drittel der über 65-jährigen Deutschen an mindestens zwei chronischen Krankheiten leiden^[3]; bei über 80-Jährigen wird Kranksein fast schon zum Normalzustand. Das liegt daran, dass die Inzidenz von Schlaganfall und Krebs, Polymyalgia rheumatica und Autoimmunerkrankungen, Herzinsuffizienz und Demenz im Alter stark zunimmt, so dass ein gleichzeitiges Auftreten immer wahrscheinlicher wird.

Intelligente Programme

Seit rund zwanzig Jahren fordert der SVR – leider ohne Erfolg – konsolidierte Leitlinien für die Behandlung multimorbider Patienten. Er verlangt Studien, die eine Evidenz für häufige Krankheitskombinationen und gegen die weit verbreitete „Polypharmakotherapie“ liefern. Vier bis fünf gleichzeitig verordnete Arzneistoffe sind keine Seltenheit; ab dieser Zahl, so behaupten Experten, trete man aber in ein zunehmend chaotisches System ein, in dem die Neben- und Wechselwirkungen nicht mehr vorhersagbar seien.

Der verschreibende Arzt erhält bei multimorbiden Patienten aus der EDV ständig Warnhinweise, die ihn allein durch die schiere Menge eher in Lethargie als in Alarmbereitschaft versetzen. Was wir deshalb brauchen, sind intelligente Computerprogramme, die den Kontext der Mehr-

facherkrankung analysieren und daraus praktikable Empfehlungen ableiten können.

Multimorbidität überfordert aber auch die Patienten – vor allem dann, wenn sie alleinstehend und womöglich dement oder immobil zu Hause leben. Viele sind kaum noch in der Lage, die zahlreichen Medikamente auseinanderzuhalten, regelmäßig einzunehmen und die Verlaufsparmater (Blutdruck, Blutzucker, Gerinnungs-, Leber- und Nierenwerte usw.) vorschriftsmäßig kontrollieren zu lassen. Auch hier ist intelligente IT-Unterstützung gefragt – und vorerst leider nicht in Sicht.

Altersmedizin – ein junges Fach

Die *Geriatric Medicine Society* der EU definiert Geriatrie als „Spezialdisziplin, die sich mit den körperlichen, mentalen, funktionellen und sozialen Bedingungen der Behandlung und Pflege – auch am Lebensende – befasst. Die Patienten sind durch einen hohen Grad von Gebrechlichkeit und aktiven Mehrfacherkrankungen charakterisiert, was einen ganzheitlichen Behandlungsansatz erfordert“.

Eine deutsche Expertenkommission schrieb dazu 1991: „Dieses vielfache Kranksein kann ein einzelnes Organ betreffen, aber die verschiedenen Diagnosen können auch alle Grenzen zwischen den traditionellen organbezogenen Gebieten der Medizin sprengen“.

Daraus resultiert die Forderung nach einer besseren Verankerung der Altersmedizin als eigenständiger Disziplin an den Universitäten. Angesichts der in diesem Jahrhundert rasch voranschreitenden Vergreisung der Bevölkerung ist das Fach zwar inzwischen im Curriculum des Medizinstudiums Pflicht, doch es mangelt an spezialisierten Dozenten.

Ende der 1990er-Jahre gab es in ganz Deutschland vier geriatrische Lehrstühle; seither ist nur einer dazugekommen. Der *Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie*

ist bisher nur in drei Bundesländern umgesetzt, nämlich in Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt. Mit der Ausweitung auf die gesamte Bundesrepublik beauftragte der Deutsche Ärztetag 2010 die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DDG); angestrebt wird eine sechsjährige Weiterbildungszeit.

Bessere Vergütung für Hausärzte

Für eine flächendeckende Versorgung benötigt man allerdings neben solchen Spezialisten vor allem fachkundige Allgemein- und Hausärzte, die mit den Besonderheiten der Multimorbidität vertraut sind. Sie können in Deutschland nach der Facharztanerkennung die *Zusatzbezeichnung Geriatrie* erwerben, indem sie eineinhalb Jahre an einer weiterbildungsbefugten Klinik tätig sind.

Problematisch ist, dass die Vergütung der Multimorbidität im jetzigen EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) nur schlecht dargestellt ist. Es gibt lediglich einen pauschalen „Chronikerzuschlag“ bei Behandlung von zwei und mehr definierten Erkrankungen; dieser wird einmal pro Quartal ab mindestens zwei Patientenkontakten fällig und berücksichtigt nicht, dass es einen großen Unterschied macht, ob der Patient an zwei, vier oder sechs chronischen Krankheiten leidet und ob in einem Quartal neue Erkrankungen mit all dem Aufwand für Diagnostik und Ersteinstellung hinzukommen.

Hier setzt der neue „Hausarzt-EBM“ an, der noch 2013 eingeführt werden soll – ein ehrgeiziges Ziel der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Bisher gesplittete Leistungen sollen zu einer einzigen Ziffer für die hausärztliche Grundleistung zusammengefasst werden, und Zusatzziffern sollen den erhöhten Aufwand für chronische Mehrfacherkrankungen, Erstmanifestationen und Verschlechterung bereits bestehender Krankheiten abdecken.

Ein motivierendes Arbeitsfeld

Mit steigendem Alter der Patienten werden leicht zu heilende Krankheitsbilder immer seltener und chronische Krankheiten, deren Verlaufsform man nur noch stabilisieren kann, häufiger. Es geht darum, Verschlimmerung und Entgleisung zu vermeiden, schwere Komplikationen wie Appoplex oder Nierenversagen zu verhindern und den Patienten möglichst lange Mobilität, Schmerzfreiheit und ein Leben in ihrer eigenen Wohnung zu erhalten.

Die Wunschformel „bleib vor allem gesund“ verliert mit der Zeit ihre Sinnhaftigkeit; irgendwann wird Gesundheit bzw. Gesundung zur Illusion. Hier setzt die Palliativmedizin an, die auch im Angesicht des Todes noch ein lebenswertes Dasein ermöglicht und das Sterben menschenwürdig begleitet. Dieses Spannungsfeld zwischen kurativer und palliativer Medizin – also zwischen Heilung und Linderung – ist für den geriatrisch tätigen Arzt immer wieder eine große Herausforderung, aber in ihr liegt auch eine wesentliche Motivation des Arztberufes. 🌸

Literatur

- [1] Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, www.dggeriatrie.de/aerzte/leitlinien
 [2] Hausärztliche Leitlinie Geriatrie: www.pmforschungsgruppe.de/pdf/03_publicationen/geriatrie1_II.pdf
 [3] Anforderungen des Sachverständigenrats an Leitlinien zur Multimorbidität: www.svr-gesundheit.de/index.php?id=183



Dr. med. Carl-Heinz Müller, Trier
 ehem. KBV-Vorstand
dr.c-h.mueller@t-online.de

Alert Fatigue – ein neues Syndrom?

The screenshot shows the AID KLINIK website interface. At the top, there is a search bar with the text 'Finden' and navigation links 'Home' and 'Zurück'. Below the search bar, there are three colored boxes indicating alerts: an orange box for 'Interaktionen (2)', a yellow box for 'Niereninsuffizienz (3)', and a red box for 'Doppelverordn. (1)'. Below these boxes is a table with two columns: 'Handelsname' and 'Wirkstoffe'. The table contains one entry: 'Ciprobay® 500 mg' under 'Handelsname' and 'Ciprofloxacin-HCl 1H2O' under 'Wirkstoffe'.

Das Internet-Arzneimittelportal des Universitätsklinikums Heidelberg (www.aid-klinik.de).

Je mehr Arzneimittel einem Patienten gleichzeitig verschrieben werden, desto unüberschaubarer sind deren potenzielle Risiken und desto wichtiger werden Fehlervermeidungsstrategien. Heute identifizieren elektronische Warnsysteme Risikokonstellationen wie Wechselwirkungen, Doppelverordnungen, Allergien, unangemessene Dosierungen oder Abweichungen von Leitlinien bereits bei der Verordnung und warnen den verschreibenden Arzt mit Ausrufezeichen, Pop-Up-Fenstern und bisweilen bunten Farben. Je umfangreicher die Datenbank, desto besser werden Risiken vermieden, so die irrierte Ansicht zur Einführung solcher Systeme.

Zunehmend wird nun erkannt, dass elektronische Entscheidungsunterstützungen zu einem neuen Krankheitsbild beim Anwender führen: *Alert Fatigue* heißt das Phänomen, das Ärzte durch ständige Warnhinweise beim elektronischen Verordnen „eher in Lethargie als in Alarmbereitschaft“ versetzt – so die Beschreibung des „Syndroms“ auf S. 204, wie es Dr. Carl-Heinz Müller am eigenen Leib erfährt. Zu viele Warnungen sind trivial und im Einzelfall oft unzutreffend/falsch. Bloßes Warnen hilft nicht; vielmehr muss eine wirksame Entscheidungsunterstützung den Gewarnten dazu bringen, klinisch relevante Fehlerverordnungen zu vermeiden. Solche „intelligente Datenbanken“ sind inzwischen ein eigenes Forschungsgebiet geworden.

Intelligente Datenbank

Am Universitätsklinikum Heidelberg entwickelt die Abteilung Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie unter der Leitung von Prof. Dr. Walter E. Haefeli seit über zehn Jahren ein elektronisches Arzneimittelinformationssystem zur wissensbasierten Verordnung und Verabreichung von Arzneimitteln. Grundprinzip ist die algorithmusbasierte Verknüpfung von präparat-, medikations-, und patientenspezifischen Charakteristika, um die Warnhinweise möglichst spezifisch zu machen. So treten gewisse Wechselwirkungen nur auf, wenn beide Präparate oral (präparatspezifisch) oder in einer bestimmten Dosierung (medikationsspezifisch) verabreicht werden. Die Datenbank muss folglich möglichst umfangreich alle genannten Informationen vorhalten, damit das wissensbasierte System hochsensitiv herausfiltern kann, was in der jeweils individuellen Situation relevant ist. Hierfür werden Arzneimitteldaten in einem strukturierten, ISO13485-qualitätsgesicherten Prozess kontinuierlich in einem interdisziplinären Team mit ärztlicher, pharmazeutischer und IT-Expertise erhoben, im klinischen Alltag getestet und immer wieder optimiert.

Dipl.-Ing. Jens Kaltschmidt
 Klinische Pharmakologie und
 Pharmakoepidemiologie
jens.kaltschmidt@med.uni-heidelberg.de