

Zeitschrift: Curaviva : Fachzeitschrift

Herausgeber: Curaviva - Verband Heime und Institutionen Schweiz

Band: 81 (2010)

Heft: 12: Heimkinder gestern und heute : was uns die dunklen Jahre lehren

Artikel: Lebensverlängerung nicht mehr im Vordergrund - die 4. Generation aus geriatrischer Sicht : Übertherapiert? Vernachlässigt?

Autor: Hürny, Christoph / Münzer, Thomas

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-805567>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 23.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Lebensverlängerung nicht mehr im Vordergrund – die 4. Generation aus geriatrischer Sicht

Übertherapiert? Vernachlässigt?

Die medizinische Versorgung Hochbetagter geht oft zu wenig auf die spezielle Situation der Menschen in diesem hohen Alter ein. Nötig wäre eine Gesamtsicht, welche Gebrechlichkeit, Langsamkeit, kognitiven Abbau und biografische Hintergründe mit einbezieht.

Von Christoph Hürny und Thomas Münzer

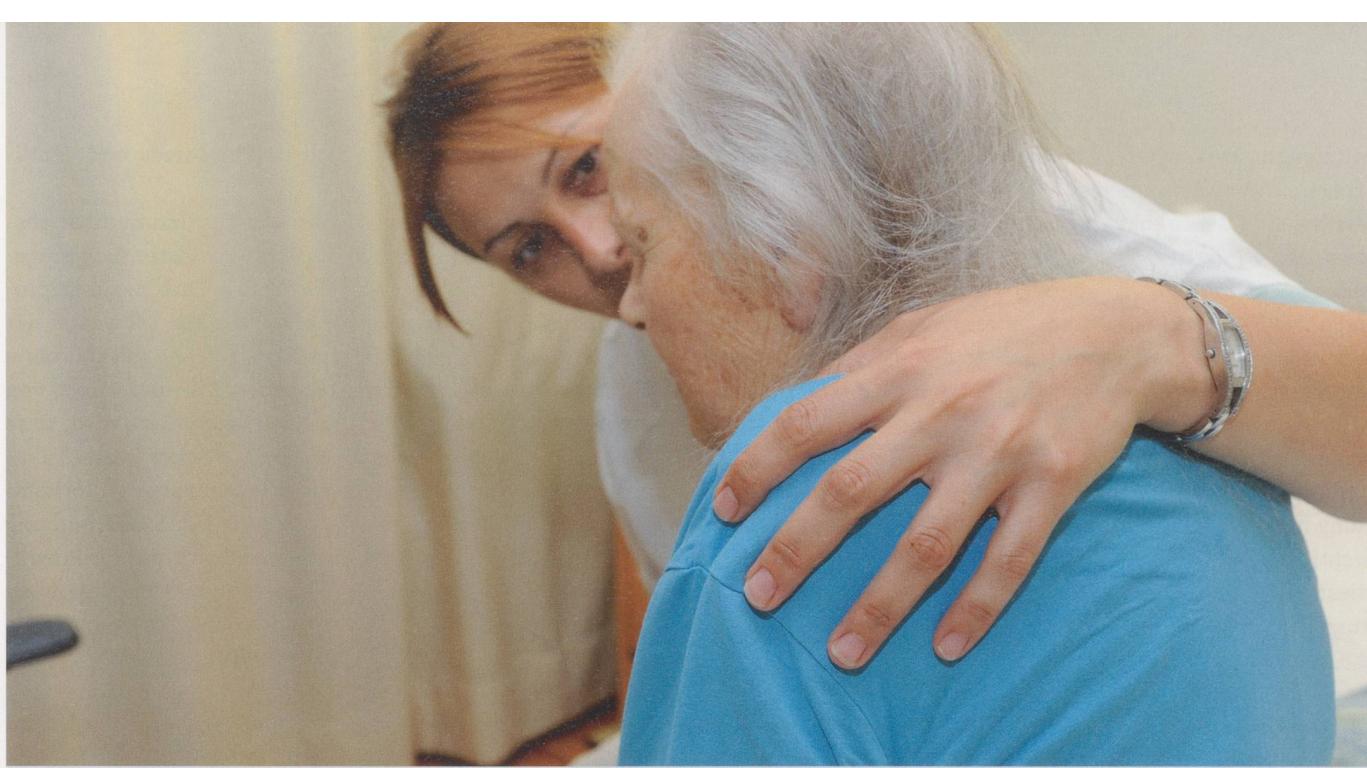
Die Schweiz hat im europäischen Vergleich eine der höchsten Dichten an Spitalbetten und Plätzen in Altersheimen und Pflegeinstitutionen. Daher kann in der Schweiz grundsätzlich nicht von einer medizinischen Unterversorgung der Hochbetagten gesprochen werden. Trotzdem finden sich in einigen Bereichen des Gesundheitswesens Indizien für eine latente Altersfeindlichkeit. So haben wir in den letzten Jahren zunehmend die Erfahrung gemacht, dass im stationären Bereich dringend nötige medizinische Massnahmen bei alten Menschen zum Teil nur unter Vorbehalt von den Kostenträgern finanziert und im Akutbereich sogar Kürzungen vorgenommen werden. Obwohl aus geriatrischer Sicht noch Behandlungs- und Rehabilitationspotenzial vorliegt, wird die Aufenthaltsdauer in geriatrischen Kliniken oft ohne differenzierte Begründung gekürzt. Die Folge ist dann die frühzeitige oder unnötige Verlegung der betroffenen Person in eine Pflegeinstitution. Derartige Mechanismen führen zu einer Verlagerung der Kosten vom Kostenträger hin zur betroffenen Person, die in der Folge je nach Einkommensverhältnissen auf soziale Unterstützung angewiesen ist. Weitet sich dieser Trend weiter aus, besteht die Gefahr, dass die adäquate medizinische Ver-

sorgung alter Menschen einer schlechenden Rationierung zum Opfer fällt.

4 Spezialisten, 15 Medikamente

Im Folgenden beschreiben wir anhand eines Patientenbeispiels, wie Behandlungen alter Menschen in nichtgeriatrischem Kontext aber auch zu Übertherapie führen können, die den Bedürfnissen der Betroffenen nicht entspricht. Eine 87-jährige Frau aus einem Pflegeheim wurde wegen akuter Bauchschmerzen ins Spital eingeliefert. Da sie an einer Demenz erkrankt und daher aus Sicht der behandelnden Ärzte nicht entscheidungsfähig war, wurde nach mehreren Stunden medizinischer Abklärung die hochbetagte Schwester der Patientin nachts telefonisch informiert, dass eine Notfalloperation nötig sei. Die diagnostischen Abklärungen ergaben einen Dünndarmvolvulus (eine Form der Darmverdrehung). Die Patientin wurde operiert und anschliessend auf die Intensivstation verlegt und beatmet. Da es nach Entfernung des Beatmungsschlauchs zu einem Versagen der Atmung kam, wurde der Schlauch wieder eingelegt. Auf der Intensivstation kam es zu erhöhten Entzündungszeichen und tiefen Blutdruckwerten. Sie wurden mit Medikamenten behandelt.

Die Patientin konnte stabilisiert und auf die normale Station verlegt werden. Innert kurzer Zeit kam es dort zu weiteren Komplikationen, so dass die Patientin von einem Hormonspezialisten, einem Herzspezialisten, einem Infektspezialisten und einem Augenarzt untersucht wurde. Jeder machte Vorschläge, die dann auch verordnet und umgesetzt wurden. Nach 14 Tagen erlitt die Patientin einen Krampfanfall und wurde neurologisch untersucht. Zwischenzeitlich waren computertomogra-



Hochaltrige Menschen sind eine besonders fragile Patientengruppe.

Foto: Robert Hansen

fische Untersuchungen des Bauchs, der Lunge und des Gehirns und eine Messung der Hirnströme vorgenommen worden. Da die Patientin nicht mehr ausreichend Nahrung zu sich nahm, legten die Gastroenterologen eine Nährsonde ein und empfahlen eine künstliche Ernährung. Die Patientin wurde in die geriatrische Klinik verlegt mit dem Auftrag, Ernährung und Muskelkraft aufzubauen. Auf dem Überweisungsschreiben waren 15 verschiedene Medikamente angegeben.

Von den Erinnerungen gelebt

Wer aber war diese Frau? Die Geriatrie sprach mit der Schwester der Patientin deren Biografie an. Sie war gelernte Schneiderin und arbeitete ab 1932 in Basel in einem französischen Bekleidungsgeschäft. Eines Tages kam ein Mann in das Geschäft und wollte eine Krawatte kaufen; dieser Mann wurde ihr erster Ehemann. Sie folgte ihm nach Tschechien, wo er nach der Machtübernahme durch die Nazis als Jude deportiert und ermordet wurde. Die Patientin blieb zunächst in Tschechien, heiratete später noch einmal. Der zweite Mann starb nach drei Jahren Ehe an einem Krebsleiden. Die Ehe blieb kinderlos und die Patientin lebte von ihren Erinnerungen an früher. Seit Jahren bestand eine schwere Demenz, die zur Einweisung ins Pflegeheim geführt hatte. Die Patientin erhielt regelmässig Besuch von ihrer Schwester. Sie konnte sich in einem einfachen Gespräch mitteilen, erkannte ihre Schwester aber nicht immer. Sie hatte keine Patientenverfügung verfasst, aber stets den Willen geäussert, nie stark von fremder Hilfe abhängig sein zu müssen. Angesichts der Gesamtsituation und in Kenntnis des biografischen Hintergrundes sowie der ungünstigen medizinischen Prognose und des mutmasslichen Willens der Patientin haben wir beschlossen, alle Medikamente bei ihr abzusetzen. Sie verstarb einen Tag später im Beisein ihrer Schwester.

Zeitdruck bringt alte Menschen rasch aus der Fassung.

Unser Beispiel zeigt, wie die heutige Medizin von Vorstellungen ausgeht, die der vierten Generation nicht immer gerecht werden. Oberstes, zum Teil aber unreflektiertes Ziel der modernen Spitzenmedizin ist die Erhaltung des menschlichen Lebens um jeden Preis. Alte Menschen werden bei dieser Maximalversorgung oft gleich behandelt wie junge, obwohl die Voraussetzungen anders sind. Eine ganze Reihe von Faktoren fand aus geriatrischer Sicht bei dieser Patientin nicht ausreichende Berücksichtigung.

Die Nähe zum Tod

Bei der Erstbeurteilung der Patientin wurde der Körperfund extensiv abgeklärt; von der psychischen und der sozialen Situation war nur wenig bekannt, und es wurden kaum Anstrengungen unternommen, mehr zu erfahren. Angesichts der offensichtlichen Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten und verminderten Entscheidungskraft der Patientin wäre das Abschätzen ihres mutmasslichen Willens aber notwendig gewesen. Eine wichtige Tatsache war die schwere Demenz. Diese Krankheit hat eine schlechte Prognose und führt schliesslich zum Tod. Auch dieser Umstand wurde nicht mit einbezogen.

Die mit 87 Jahren gegebene Nähe zum Tod fand ebenfalls keine Beachtung. Bei polymorbidem Hochbetagten führt eine schwere akute Erkrankung häufig zum Tod, auch wenn die Behandlungsmöglichkeiten voll ausgeschöpft werden. Die Möglichkeit, abzuwarten, wurde zu Beginn und auch im späteren Verlauf nicht erwogen. Im weiteren Verlauf kamen verschiedene Spezialisten dazu, die medizinisch korrekte Behandlungsvorschläge machten, aber kein beteiligter Arzt hat die Gesamtsicht behalten und alle Faktoren zu integrieren versucht, um abzuwägen, ob das Fortführen der Behandlung sinnvoll sei.

>>

Mit zunehmendem Alter kommt es beim Menschen zu einer irreversiblen Abnahme der Organ- und Körperfunktionen. Hierbei sind die Grenzen zwischen normalem Alterungsprozess und Krankheit fliessend. Generell aber gilt, dass alte Menschen fragil sind, das heisst, sie reagieren empfindlicher auf akute Veränderungen, weil sie weniger funktionelle Reserven haben. Ein weiteres Phänomen bei alten Menschen ist der verzögerte Heilungsprozess. Da alte Menschen ihre biologische Reservekapazität bereits für das normale Funktionieren nahezu ausschöpfen, benötigt ihr Körper mehr Zeit für die Erholung. Im Fallbeispiel oben wurden für die Entscheidungsfindung massgebliche altersbiologische Prinzipien nicht berücksichtigt. Die Chance, dass diese Patientin mehrere chirurgische Eingriffe, die lange Liegezeit, die Entzündung und die schlechte Ernährung ohne grossen Schaden und länger überlebt hätte, war sehr gering. Im Wissen um die biologischen Veränderungen bei Hochbetagten hätten die behandelnden Ärzte möglicherweise andere Entscheidungen gefällt und sich weniger auf das Überleben, sondern um möglichst gutes Wohlbefinden in den letzten Lebenstagen konzentriert und so das wahrscheinlich unvermeidbare Ereignis, nämlich den Tod der Patientin, menschlicher gestalten können.

Im Alter geht zudem alles langsamer: wahrnehmen, denken, fühlen, bewegen und sogar innere Körpervorgänge laufen erheblich langsamer ab. Zeitdruck bringt alte Menschen rasch aus der Fassung. Ein wesentliches Merkmal der modernen Medizin ist aber die Verkürzung der Aufenthaltsdauer in Spitäler, teilweise aus Gründen der Kostensenkung. Dieser Trend betrifft auch geriatrische Institutionen. Die Beschleunigung medizinischer Prozeduren, Abklärungen und Therapien ist aufgrund der veränderten physiologischen Voraussetzungen gerade bei alten Menschen nicht immer sinnvoll. In unserem Fallbeispiel könnte der Zeitdruck auf der Notfallstation zum vorschnellen Handeln beigetragen haben.

Erschwerte Kommunikation

Alte Menschen sind durch vielfältige Einbussen in ihren Kommunikationsmöglichkeiten eingeschränkt. Die Wahrnehmung – das Sehen, Hören, Tasten, Riechen und Schmecken – ist mehr oder weniger eingeschränkt. Sprach- oder Sprechstörungen nach Hirnschlag, verminderte Hirnleistung bei Demenz und Delirium sowie depressive Verstimmungen können die Kommunikation zusätzlich erschweren. Zudem behindert die altersbedingte Verlangsamung der Verarbeitungsgeschwindigkeit die Kommunikation beim Erfassen komplexer Situationen. Bei der Untersuchung und Behandlung alter Menschen müssen daher die Kommunikationsmöglichkeiten

überprüft werden. Grundsätzlich ist langsames und deutliches Sprechen Voraussetzung.

Im oben beschriebenen Fallbeispiel war die Kommunikationsfähigkeit der Patientin durch die Demenz wesentlich eingeschränkt. Die einzige Person, die in den Entscheidungsprozess mit einbezogen werden konnte, war die Schwester der Patientin. Wie reagiert aber eine über 80-jährige Frau ohne medizinische Fachkenntnisse, die mitten in der Nacht von einem Chirurgen telefonisch darüber informiert wird, dass ihre Schwester notfallmäßig operiert werden müsse? Entsprechend der für ihre Generation bezeichnenden Autoritätsgläubigkeit wird sie, ohne viel zu fragen, ihre Zustimmung geben. Somit war die Einwilligung zum Eingriff gegeben und juristisch betrachtet die Aufklärungspflicht erfüllt. Dass diese Entscheidung fragwürdig war, wurde erst viel später erkannt. Der betreuende Hausarzt, der in Kenntnis der Gesamtsituation den Entscheid hätte relativieren können, wurde nicht kontaktiert.

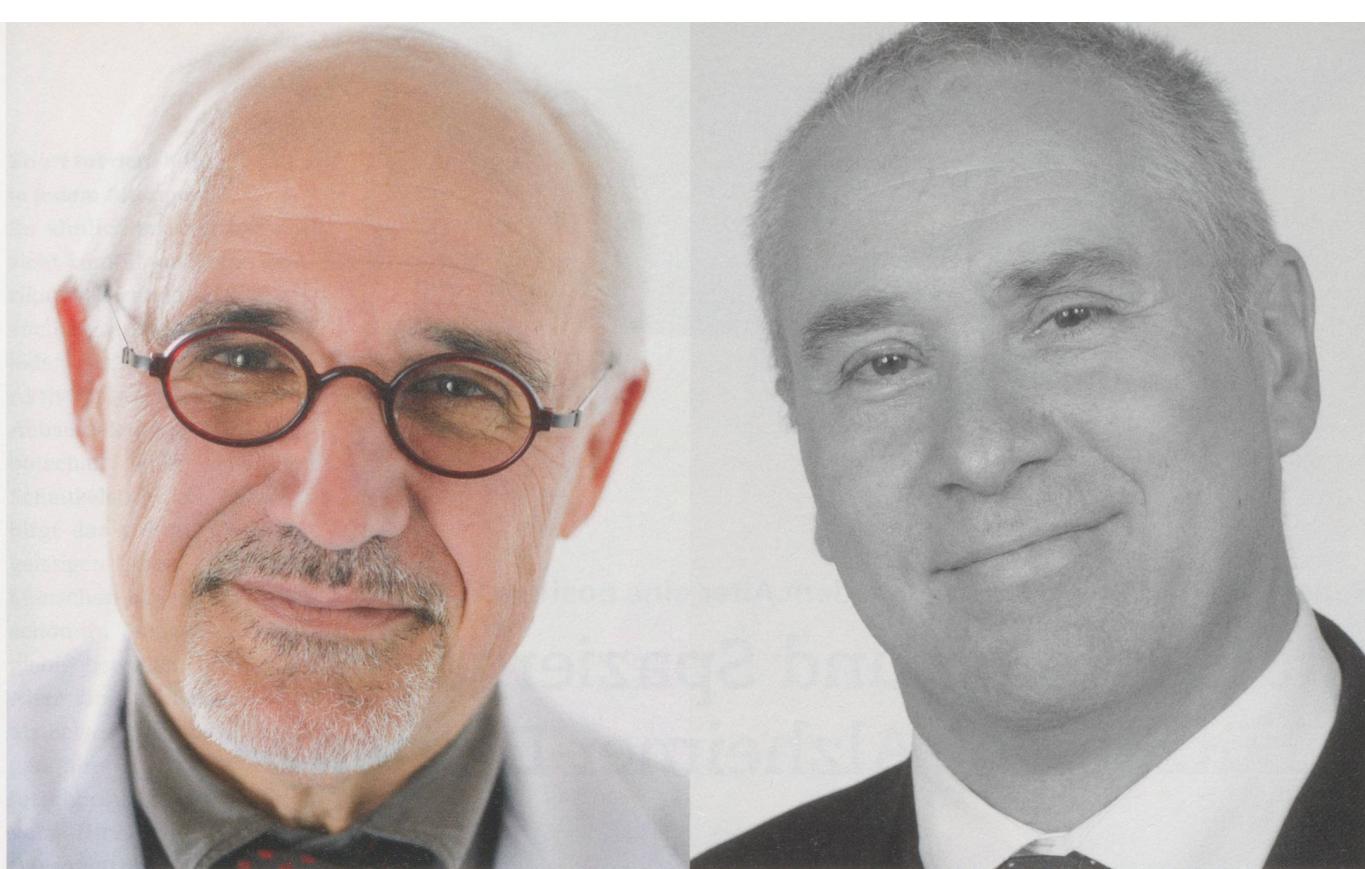
Sie verstehen nicht, worum es geht

Die Patientin unseres Fallbeispiels war schwer dement und offensichtlich nicht entscheidungsfähig. Dass in einer solchen Situation die Ergründung des mutmasslichen Willens der Patientin unabdingbar ist, haben wir bereits erwähnt.

Aber auch weniger kognitiv eingeschränkte Patienten sind eine besonders fragile Gruppe, weil die Störung der Gedächtnisleistung zu fehlender Krankheitseinsicht und zur Bagatellisierung von Symptomen führen kann. Zudem ist das Vorliegen einer kognitiven Einschränkung einer der wichtigsten Risikofaktoren für die Entwicklung eines Deliriums, eines Krankheitsbildes, das mit Bewusstseinsstörungen, Störungen der Aktivität sowie Unruhe einhergehen kann und relativ häufig tödlich verläuft. Die Berücksichtigung der Gedächtnisfunktion spielt auch eine Rolle bei den vielen diagnostischen und therapeutischen medizinischen Massnahmen. Kognitiv eingeschränkte Patienten können im Rahmen von Aufklärungsgesprächen überschätzt werden, weil sie ihre Defizite nicht eingestehen können. Sie willigen ein, hätten aber unter Umständen nicht gewollt, wenn sie verstanden hätten, um was es geht. Sie schämen sich aber, dies zuzugeben. In dieser Situation ist das Erkennen der kognitiven Störung wichtig und die fremdanamnestische Klärung des Sachverhalts von Bedeutung, damit die Verantwortung für den Entscheid durch den Patienten, die Angehörigen und den Arzt gemeinsam getragen werden kann.

Nicht zu viel und nicht zu wenig

Die Analyse des Fallbeispiels zeigt, welche Faktoren für eine massgeschneiderte Behandlung hochbetagter Menschen entscheidend sind. Neben körperlichen müssen psychische und



Die adäquate medizinische Versorgung alter Menschen könnte einer schlechenden Rationierung zum Opfer fallen, warnen die Geriater Christoph Hürny (links) und Thomas Münzer.

Fotos: zvg

soziale Faktoren mit einbezogen werden. Besondere Aufmerksamkeit ist der Denk- und Entscheidungsfähigkeit zu schenken, um den mutmasslichen Willen abschätzen zu können. Dazu sind biografische Daten aus dem langen Leben von grosser Bedeutung. Altersveränderungen, insbesondere altersbedingte Einschränkungen der Kommunikationsfähigkeit, sind zu beachten und zu überbrücken. Das labile Gleichgewicht infolge von Gebrechlichkeit (frailty) im hohen Alter und das Ausmass der Polymorbidität sind zu beachten. Schliesslich stehen Hochbetagte naturgemäß in ihrem Lebenszyklus dem Tod näher als jüngere Erwachsene. All diese Faktoren führen zum Schluss, dass kurative Behandlungen mit dem Ziel einer definitiven Heilung bei Hochbetagten nur selten möglich sind. In der Regel besteht eine palliative Situation, das heisst, dass nicht das Überleben, sondern das Wohlbefinden des Patienten im Vordergrund steht.

Medizinische Entscheidungen beruhen auf wissenschaftlicher Evidenz. Das in Studien erarbeitete Wissen wird von den Fachgesellschaften in Richtlinien für Diagnose und Behandlung bestimmter Krankheiten umgesetzt. Bis vor wenigen Jahren schlossen Studien über 65-jährige Patienten kaum ein, und spezifische Studien über Hochbetagte (über 80 Jahre) gibt es auch heute noch selten. In der Regel werden die Ergebnisse von Studien über jüngere Patienten auf die hochaltrigen übertragen. Die Hochbetagten unterscheiden sich aber in vielen Belangen wesentlich von den jüngeren Erwachsenen. Es ist also wenig Evidenz, wenig Wissen vorhanden. Da die sehr alten Menschen so verschieden sind, ist die routinemässige Anwendung von Behandlungsalgorithmen wenig sinnvoll. In unserem Fallbeispiel wäre bei einer 50-jährigen, sonst gesunden Frau mit einem Darmvolvulus eine Operation klar ange-

zeigt gewesen, bei einer dementen 87-jährigen Frau hingegen fraglich. Wenn wir an Grenzen des Wissens stossen, sind wir gezwungen, Ermessensentscheide zu fällen. In der Altersmedizin beruht jeder Entscheid auf Wissen und Ermessen. Dabei ist es wichtig, sich des Ermessensanteils bewusst zu sein. Im Gegensatz zum Wissen beruht Ermessen auf der persönlichen Erfahrung des Arztes, auf erlebten ähnlichen Situationen, ist fokussiert auf das Individuum, argumentiert qualitativ, ist wertgebunden, nicht objektiv und enthält immer auch die Sinnfrage. Idealerweise entsteht durch das Zusammenspiel von Wissen und Ermessen eine für den Patienten massgeschneiderte Lösung.

Geriatrie als Wegweiser?

Als Geriater sind wir gezwungen, uns bei jedem alten Patienten zu überlegen, ob eine diagnostische oder therapeutische Massnahme wirklich sinnvoll ist, ob sie dem Patienten etwas bringt oder ihm mehr schadet. Wenn dieses Prinzip in der gesamten Medizin Anwendung fände, gingen die diagnostischen und therapeutischen Eingriffe rapide zurück und die Kosten sänken. Könnte die Geriatrie zum Wegweiser für die Medizin werden? ●

Zu den Autoren: Prof. Dr. med. Christoph Hürny ist Chefarzt an der Geriatrischen Klinik St.Gallen, Dr. med. Thomas Münzer ist Oberarzt an der gleichen Klinik. Beim obenstehenden Text handelt es sich um einen Auszug aus dem Beitrag der beiden Geriater im neuen Sozialalmanach von Caritas Schweiz zum vierten Lebensalter (siehe Kasten). Die ungekürzte Fassung des Beitrags ist dort nachzulesen.