

Das Konzept Gebrechlichkeit

Ein Schlüssel zur modernen Medizin?

Stefan Neuner-Jehle

Chefredaktor Primary and Hospital Care; Leiter Chronic Care, Institut für Hausarztmedizin, Zürich



Stefan Neuner-Jehle

Die Ansichten, wohin sich die moderne Medizin sinnvollerweise bewegen soll oder wird, sind vielfältig: Digitalisierte Medizin, angereichert mit künstlicher Intelligenz? Personalisierte Medizin mit exakt auf den genetischen Hintergrund des Individuums passenden Interventionen? Hochtechnisierte Spitzenmedizin, ökonomisch auf Effizienz getrimmtes Gesundheitswesen, oder perfektionierte interprofessionelle Zusammenarbeit?

Es ist natürlich naiv zu denken, es gäbe *den* goldenen Schlüssel für die Lösung aller Probleme, mit denen sich Medizin und Gesundheitssysteme heutzutage herumschlagen. Zu denken, man hätte ihn gefunden, ist anmassend. Wahrscheinlicher ist, dass ein ganzes Massnahmenpaket nötig ist, in der Art wie es Gesundheitsstrategen skizzieren (in der Schweiz zum Beispiel in Form von «Gesundheit2020»). Ein weiteres Schlüsselement möchte ich Ihnen hier näherbringen: Die *Gebrechlichkeit*.

Warum soll ein so negativ besetzter Begriff nun der Schlüssel für ein modernes Medizinverständnis sein? *Gebrechlichkeit* und verwandte Begriffe wie *Fragilität* (*frailty*) und *Vulnerabilität* meinen, dass eine erhebliche Gefährdung vorliegt, zu zerbrechen (zusammenzuberechen, sich etwas zu brechen), und darum eine erhöhte Vorsicht und Aufmerksamkeit im Umgang mit der/dem Gebrechlichen nötig ist. Gebrechliche Menschen bedürfen mehr Unterstützung und Fürsorge als robuste, gesunde Menschen.

Kann das Konzept der Gebrechlichkeit, respektive deren Vermeidung und der menschenwürdige Umgang damit ein Leuchtturm für die moderne Medizin sein? Folgende Gründe sprechen dafür: Bisher fokussierte – vereinfacht ausgedrückt – die wissenschaftlich orientierte Medizin auf die Verbesserung pathologischer biologischer Prozesse, ergänzt durch die psychosoziale Perspektive. Erst relativ junge Fächer wie Geriatrie oder Rehabilitationsmedizin kümmerten sich um die Hochaltrigen und Gebrechlichen, und die palliative Medizin hat sich erst in den letzten Jahren zum eigenständigen Fach entwickelt. Erst seit Kurzem werden alte und gebrechliche Patientinnen und Patienten vermehrt in Wirksamkeitsstudien und Leitlinien-Empfehlungen eingeschlossen. Bisher war aufgrund zu strikter Aus-

schlusskriterien keine Aussage zur Wirksamkeit vieler Therapeutika bei dieser fragilen Population möglich. Gleichzeitig steigt aber mit der demografischen Entwicklung und der Hochaltrigkeit die Zahl gebrechlicher Menschen, die Gesundheitssysteme sind gefordert – nicht nur in der Bewältigung der Versorgung von Gebrechlichen, sondern auch im Bemühen, die Lebensphase der Gebrechlichkeit möglichst weit ans Ende eines Menschenlebens zu schieben und damit ihre Dauer zu verkürzen.

Das Leid infolge Gebrechlichkeit zu lindern, ist ein moralischer Imperativ, welcher der modernen Medizin wieder einen menschlicheren Inhalt geben könnte. Denken Sie an Patient/-innen, die schrittweise ihre Autonomie verlieren, stürzen, verunsichert und überfordert sind, unter Schmerzen leiden. Welches Potenzial an zu verbessernder Lebensqualität durch erhöhte Aufmerksamkeit und Zuwendung! Welch ein Gegenwert für gezielte Interventionen, der einer erfolgreichen koronaren Katheterintervention oder raffinierten bildgebenden Diagnostik in nichts nachsteht. Salopp ausgedrückt, wird das Problem also zur möglichen Lösung für die Orientierungslosigkeit der modernen Medizin.

Die Vulnerabilität der gebrechlichen Patient/-innen bedeutet aber auch, dass sie Schutz vor allzu aggressiver Diagnostik und Therapie benötigen. Wenn der Nutzen einer Intervention immer unwahrscheinlicher (oder aufgrund der oben angesprochenen Datenlage immer unsicherer) wird, weil Hochaltrigkeit und Gebrechlichkeit dominieren, dann ist der Verzicht auf diese Intervention oft eine gute Option. Schutzbedürftigkeit meint in diesem Sinne also auch Schutz des gebrechlichen Patienten vor unnötiger oder sogar schädlicher Diagnostik und Therapie. Wir Ärztinnen und Ärzte sind gefordert, uns für unsere vulnerablen Patientinnen und Patienten nicht nur zu überlegen, was sie brauchen, sondern auch, was sie besser nicht bekommen. Nicht zu vergessen ist, dass es mit der Konstruktion eines Betreuungsapparates nicht getan ist. Für eine erfolgreiche Verbesserung oder Stabilisierung eines gebrechlichen Zustandes braucht es eigene Aktivitäten und Selbstverantwortung des Patienten. Hier ist ein gesundes Mittelmass zwischen betreut werden, überversorgt sein und für sich selbst sorgen gefragt.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med.
Stefan Neuner-Jehle, MPH
Institut für
Hausarztmedizin Zürich
Pestalozzistrasse 24
CH-8091 Zürich
stefan.neuner-jehle[at]
usz.ch