

**Die letzte Lebenszeit medizinisch gut begleiten.
Prof.Dr.med. Asmus Finzen (Psychiater,
Nervenarzt und Wissenschaftspublizist,
ehem. leitender Krankenhausarzt in
Deutschland und der Schweiz)**

Vielen Dank für die Einführung. Sie können daraus entnehmen, dass das Einzige was ich nicht gemacht habe, war, mich gründlich mit der Altersmedizin zu beschäftigen. Damit habe ich erst vor ein paar Jahren angefangen. Vielleicht deshalb, weil ich selbst alt geworden bin. Es ist allgemein ein Phänomen, dass die Medizin einen Bogen um das Alter gemacht hat. Medizinische Ausbildung konzentriert sich auf die Akutmedizin. Man hat entweder gesund zu werden, oder zu weichen. So ist die Devise gewesen. In früheren Zeiten sind sehr viele Menschen an akuten Erkrankungen, die man heute natürlich heilen kann, wie z.B. die Lungenentzündung, gestorben. Die chronische Medizin hat man aber möglichst weit von sich gewiesen. Und auch heute ist es so, dass in medizinischen Praxen chronische Krankheiten vorherrschen. Aber die Altersmedizin steckt noch immer in den Kinderschuhen. Vielleicht ist das auch so, weil Hausarztpraxen und internistische Praxen heute eigentlich altersmedizinische Praxen sind, ohne dass das so gesagt wird. Das Durchschnittsalter der Patienten in solchen Praxen liegt in etwa bei meinem Alter, also so um die 70 Jahre.

Das Thema, das Sie mir vorgegeben haben, ist eigentlich ein anderes als das, worüber wir hier heute diskutieren. Die letzte Lebenszeit medizinisch begleiten. Wann fängt aber die letzte Lebenszeit an? Ich würde mich da jetzt selber einordnen. Aber wann hat die letzte Lebenszeit z.B. bei einem Menschen wie Helmut Schmidt begonnen, die wohl in etwa 20 Jahre gedauert hat. Das ist eine Strecke, in der Menschen in der Tat medizinisch begleitet werden müssen. Eine gute medizinische Begleitung sorgt auch für bessere Lebensqualität im Alter. Wenn man weiß, dass Menschen über 60 heute im Durchschnitt fünf Medikamente bekommen und einnehmen, dann fasst man sich als jemand, der sich mit Pharmakotherapie auskennt, an den Kopf und denkt: Das kann doch nicht wahr sein! Das macht die Leute dann doch erst richtig krank! Ich kenne aus dem Bekannten-, aus dem Freundeskreis Menschen, die täglich fünf Medikamente bekommen - das ist eine ganze Menge. Dabei ist die Interaktion von den Medikamenten überhaupt nicht zu überschauen. Mit hoher Wahrscheinlichkeit würde es vielen Patienten besser gehen, wenn sie weniger Medikamente bekämen. Klar, Diabetes muss man behandeln! Das wirkt auch demenzprophylaktisch. Hohen Blutdruck muss man

behandeln, das wirkt auch demenzprophylaktisch und damit ist es aber eigentlich auch schon getan. Das ist alles, was nötig zu tun ist, wenn ein Mensch diese Erkrankungen hat. Im Grunde greift die Altersmedizin direkt ein in die Alterspflege. Darum möchte ich auch, dass unsere Vorträge gemeinsam diskutiert werden. Es geht, auch aus ärztlicher Sicht, um die Vermittlung eines Bildes von gesunder Lebensführung. Gesunde Ernährung, Vermeiden von Überlastung, sich viel bewegen – das ist das Wichtigste: laufen, laufen, laufen oder schwimmen, schwimmen, schwimmen! Nicht Leistungssport, sondern ganz gewöhnliche Alltagsbewegung. Ansonsten werden Erkrankungen im Alter genauso behandelt wie Erkrankungen in jüngeren Lebensjahren. Deswegen könnte man eigentlich sagen, man braucht keine spezielle Altersmedizin.

Aber das ist doch nicht ganz richtig, denn der Stoffwechsel z.B. verlangsamt sich beim älteren Menschen. Ein Medikament, welches bei einem 30 bis 40 Jährigen nach 12



Prof. Dr. med. Asmus Finzen

Stunden zur Hälfte ausgeschieden wird, dazu gehören z.B. alle gängigen Tranquilizer, Valium benötigt sogar 24 Stunden, dauert bei einem 60 bis 70 Jährigen doppelt so lange. Wenn also jemand Valium einnimmt und das tun sehr sehr viele Menschen im Alter, dann bedeutet das, dass nach 48 Stunden erst die Hälfte weg ist. Das heißt dann kumuliert diese Menge an Wirkstoffen und wird immer mehr und dann haben diese Medikamente insofern tatsächlich eine gefährliche Wirkung, als dass sie die Neigung zu stürzen, sich zu verletzen, Knochen zu brechen, vervielfachen. Aber heute kann man hier auch sehr viel leisten, was früher nicht möglich war. Zu meiner Zeit war ein Oberschenkelhalsbruch eine fast tödliche Diagnose, weil das damals nicht genagelt werden konnte. Heute ist das natürlich anders.

Hausärztliche Begleitung ist heute wichtig. Eine vertrauensvolle Beziehung zu jemandem aufbauen ist wichtig. Allerdings ist das in der heutigen Medizin nicht immer gewährleistet, eher selten geworden. Das ist ein besonderes Problem im deutschen Gesundheitswesen. In Deutschland gehen Menschen im Durchschnitt etwa 19 Mal zum Arzt. In Norwegen vier Mal. Die meisten von denen, die 19 Mal zum Arzt gehen, die sehen den Arzt in der Praxis nicht jedes Mal, oder nur ausnahmsweise. Die Konsequenz ist, dass, obwohl wir so viele Ärzte haben, wie noch nie zuvor, fast 400.000, die Ärzte keine Zeit haben, um mit dem Patienten zu sprechen. Aber diese Zeit zu haben für den Patienten, die ist ein ganz wichtiger Anteil von einer guten ärztlichen Betreuung – im Alter noch mehr, als in jüngeren Jahren. Sie ist auch notwendig, damit der Arzt Entwicklungen verfolgen kann. So dass er beispielsweise auch eine beginnende Demenz erspürt, bevor sie klinisch diagnostizierbar ist. Das ist der eine Aspekt, den wir hier behandeln wollen. Beim zweiten geht es

um die demenzielle Erkrankung an sich, beim dritten Aspekt schließlich geht es um die vielfältigen ethischen Fragen, die bei der Sterbehilfe, bzw. in der Sterbephase von Bedeutung sind; wann immer diese auch anfangen mag. Das ist letztes Jahr, eigentlich in den letzten beiden Jahren, ein heftig diskutiertes Thema gewesen, bei dem es hieß, der Minister wolle die Sterbehilfe verbieten, was natürlich völliger Unsinn ist! Die Hilfe beim Sterben ist eine vornehme ärztliche und pflegerische Aufgabe. Was verboten ist und was verboten sein soll ist meiner Meinung nach die Euthanasie, die freiwillige oder unfreiwillige Tötung von Kranken auf deren Verlangen oder gar ohne deren Verlangen. Das eine ist mit bis zu fünf Jahren Gefängnis versehen, das andere mit lebenslanger Haft. Ich sehe auch keinen Anlass, die zu ändern.

Was verboten werden sollte, ist die Beihilfe zum Suizid. Wenn Sie sich das Gesetz anschauen und was dabei herausgekommen ist, dann ist das so, als hätte der Berg eine Maus geboren, denn die individuelle Suizidhilfe ist nach wie vor erlaubt. Sie dürfen also als Angehöriger, jenem, der sich das Leben nehmen will, helfen. Was schwierig ist, ist ein tödliches Medikament zu bekommen. Das ist illegal. Ein Arzt darf das nicht verschreiben. Ärzte dürfen nach ihrer Berufsethik in 12 von 16 Bundesländern keine Suizidhilfe leisten. Das ist letztlich Juristenfutter und da wird sich dann zeigen, ob das neue Gesetz, der §217 Strafgesetzbuch, Vorrang hat vor der ärztlichen Standesordnung. Ich denke ja, aber auf jeden Fall sind die Ärzte verschüchtert.

So, aber zurück zum Thema Demenz und dem Umgang damit. Sie merken, wir reden von der Demenz und nicht von der alzheimerischen Erkrankung, obwohl im Alltag allgemein von Alzheimer geredet wird. Das hat damit zu tun, dass die Alzheimer-Demenz die häufigste ist. Es gibt aber auch noch andere und es ist wichtig, diese zu unterscheiden. Das eine ist die Demenz durch Gefäßerkrankungen, das andere sind Demenzen, die durch körperliche Erkrankungen gefördert werden können, ohne zunächst erklären zu können, was die Ursache, bzw. der Grund dahinter ist. Große chirurgische Eingriffe wie Gelenktransplantationen oder Operationen am Herzen, wie z.B. Bypass Operationen, führen häufig dazu, dass gefährdete Menschen, die eigentlich viele Jahre geistig gesund hätten leben können, in eine Demenz, die vielleicht erst später gedroht hätte, abgleiten. Da gehe ich dann doch noch einmal auf das zurück, was Herr Meyer gesagt hatte. Es spielt auch der Zeitgeist und wie etwas angeschaut wird eine Rolle. Als ich noch studiert habe und auch während meiner frühen Facharztzeit, da redete man nicht von der Demenz, sondern von der Arterienverkalkung. Die Leute hatten dasselbe, aber man glaubte, eine Ursache zu kennen; nämlich die Arterienverkalkung.

Man hat eine Therapie dafür gehabt, Medikamente entwickelt und Infusionen gegeben, um die Gehirndurchblutung zu verbessern. Das hat vielleicht einen Placeboeffekt gehabt, aber es hat die Demenz letztlich nicht verändert, nicht beeinflusst. Lange

gab es gegenüber diesem Krankheitsbild eine fatalistische Haltung in der Medizin. Die Ärzte haben sich nicht genug darum gekümmert. Bestes Beispiel dafür ist Klaus Dörner und Ursula Plog's Buch, „Irren ist menschlich“, wo die Arterienverkalkung noch in der vierten Auflage fortgeschrieben wurde, als man schon längst von alzheimerischer Erkrankung und von vaskulärer Demenz sprach. Auch die Progressiven unter uns sind also nicht davor gefeit, auf einem oder auf beiden Augen blind zu sein, wenn es um bestimmte Aspekte der Medizin geht.

Diese allgemein verbreitete Haltung hat dazu geführt, dass die Medizin überhaupt nichts gemacht hat. Sie hat die Patienten so schnell wie möglich in Pflegeheime abgeschoben, ich nenne das einfach mal so, und hat sich um das weitere Schicksal nicht gekümmert. Die Initiativen, sich um die Patienten in den Heimen besser zu kümmern und zu sorgen, sind nicht von den Ärzten gekommen. Die sind von Angehörigen gekommen oder von allgemeinnützigen Organisationen, die als Kleinträger fungiert haben. In den alten psychiatrischen Anstalten war es noch so, dass die Patienten bis zu ihrem Lebensende dort bleiben konnten. Aber sie (die Heime) waren völlig davon überfordert und aktive Behandlung wurde entsprechend auch nicht geleistet. Diese fatalistische Haltung ist in der Bevölkerung auch weiterhin sehr verbreitet. Nach dem Motto: Bei Alzheimer kann man sowieso nichts machen. Gunter Sachs hat sich erschossen, als er befürchtete, er könne eine alzheimerische Erkrankung haben. Patienten mit einer solchen Erkrankung sind nach wie vor stigmatisiert. Wenn Sie einmal überlegen, was dem armen Rudi Assauer alles passiert und wie er in der Boulevard Presse zum Gespött der Nation gemacht wird. Das ist eine massive Stigmatisierung! Man hat, wenn man das so betrachtet, gute Gründe Angst zu haben.

Aber es hat in den letzten Jahren eine Wende in der Demenzmedizin gegeben, bzw. in der Demenzpsychiatrie. Die Wende hat unter anderem auch darin bestanden, dass sich nun mehrere medizinische Disziplinen um die Demenz streiten: die innere Medizin, die Neurologie und die Psychiatrie. Die psychiatrische und die neurologische Fachgesellschaft haben gerade vorletzte Woche neue Leitlinien zur Behandlung von Demenz vorgestellt. Die erste Wende in der Demenzmedizin hatte schon in den 90er Jahren angefangen. Da hat die Industrie uns glauben machen wollen, dass sie Antidementativa, also Anti-Alzheimer Medikamente entwickelt hat und hat Milliarden Geschäfte damit gemacht. In den Leitlinien von 2016 kommen diese Medikamente jetzt nur noch am Rande vor, als Medikamente mit einer schwachen Evidenz. Das bedeutet faktisch, man solle es lieber lassen. Die Patienten haben eher Schaden als Nutzen davon. Die gleiche schwache Evidenz gilt übrigens auch gleichermaßen für Ginkopräparate. Diese Riesenkampagne um den Verkauf nicht wirksamer Präparate hat allerdings das gleiche bewirkt, wie wir es schon aus der Schizophreniebehandlung Ende der 30er und 40er Jahre kennen, als die Insulinschocktherapie eingeführt wurde. Da wurde plötzlich die

Aufmerksamkeit auf die Patienten gelenkt. Man dachte die Therapie würde helfen, hat sie dann doch nicht, aber die Einstellung der Therapeuten zu ihren Patienten hatte sich geändert. Das Gleiche ist in der Demenzmedizin passiert – die Einstellung der Ärzte hat sich geändert: Man will nicht kapitulieren, man will nicht aufgeben. Und weil man im Moment keine wirksamen Therapiemöglichkeiten hat, legt man in den Leitlinien Gewicht auf Prävention – das kann man auch in späteren Lebensjahren noch machen. Die Prävention besteht hauptsächlich in gesunder Lebensführung und in der Behandlung chronischer Krankheiten wie Diabetes und Bluthochdruck. Man weiß, dass man den Beginn von Demenzerkrankungen dadurch hinausschieben kann. In der Prävention wird deshalb nun Gewicht auf psychosoziale Hilfen gelegt und zwar nicht nur im palliativen Sinn. Schon bei beginnender Demenz sollen psychosoziale Hilfen eingesetzt werden, im Sinne von Training mit dem Umgang der Symptomatik und den Einschränkungen der Demenz, die ja i.d.R. langsam fortschreitet. Das bedeutet letztlich, dass über Jahre mehr Selbstständigkeit gewährleistet ist und dass soziale Kompetenzen geprägt werden, die in jüngeren Generationen eine Selbstverständlichkeit sind, bei älteren Menschen aber keineswegs. Solche Hilfen werden als Begleitung bis zum Lebensende gefordert und erleichtern das Schicksal und verbessern das Leben von Demenzkranken.



Es gibt eine Konsequenz daraus, die für mich persönlich von größtem Interesse ist: Die Fachgesellschaften fordern etwas, was bis vor kurzem niemand wollte – zu wissen, ob man eine Demenz bekommen kann oder nicht! Man weiß heute nämlich, je früher man die Demenz diagnostiziert, besser noch, wenn man das Risiko diagnostizieren kann, ist die Prognose umso besser, weil präventive Maßnahmen und psychosoziale Hilfen besser greifen können. Die meisten Kranken werden nicht rechtzeitig, nicht frühzeitig diagnostiziert. Die meisten werden gar nicht diagnostiziert, sondern erst, wenn sie schusselig werden und starke geistige Ausfälle haben. Dann wird die Diagnose einfach gestellt. Da wo die Diagnose gestellt wird, wird eine Mikropunktion am Rückenmarkskanal gemacht, man wird ins MRT geschoben, ein belastendes Verfahren, das nicht sehr viel an Diagnosesicherheit bringt. Sicherheit bringt es erst, wenn die Krankheit schon sehr ausgebildet ist, wenn auch schon der blindeste Arzt die Diagnose aufgrund seiner Untersuchung stellen kann. Man weiß heute aber, dass es Stoffe im Blut gibt, die

sich aufbauen - bis zu 20 Jahre bevor die Krankheit beginnt. Das ist ein Ansatzpunkt dafür, dass man ganz früh, im Anfangsstadium, die Krankheit erkennen kann und die Frühdiagnose mit einem Milliliter Venenblut absichern könnte, wenn es eine solche Untersuchung gäbe. Es sind nun drei internationale Gruppen dabei, solche Tests zu entwickeln. Ich bin auch in einer beteiligt. Eine gute Freundin von mir hat mich vor ein paar Jahren davon überzeugt, dass das etwas wäre. Wir haben keine Geldgeber gefunden, aber beide unsere Altersersparnisse investiert. Schließlich haben wir dann einen gemeinnützigen Fonds als Unterstützer gefunden. Ich bin nun medizinischer Berater



der Gesellschaft mit Sitz in Henningsdorf und habe dabei einiges über Demenz gelernt. Ich gehöre zu denjenigen die sagen: Frühdiagnostik, ja! Das sagen nun auch die beiden Fachgesellschaften. Der Patient hat ein Recht auf Frühdiagnostik – das Recht auf „Nicht-wissen-wollen“ bleibt davon allerdings unberührt. Nur wenn die Krankheit frühzeitig diagnostiziert wird, wird es auch möglich sein, Medikamente dagegen zu entwickeln. Denn dann, wenn die Krankheit voll ausgeprägt ist, sind die Ausfälle, die wir haben, irreversibel. Was der Test noch kann ist, Differenzialdiagnosen zu

machen zwischen Gefäßerkrankungen, gegen die man heute schon ganz viel machen kann - man kann sie zum Stillstand bringen – und er kann sie gegen Scheindemenzen, die im Alter häufig sind und die von Depressionen bestimmt werden, unterscheiden. Wenn also Gunter Sachs diesen Test gemacht hätte, hätte er es vielleicht gelassen. Aber das weiß man nicht. Wir haben uns über lange Zeit den Mund fusselig geredet, um Leute für diesen Test zu interessieren; aber das will doch niemand wissen, hieß es immer. Wir müssen aber dafür sorgen, dass es Leute wissen wollen, weil man dann nämlich eine ganze Menge tun kann!

Ich möchte nun noch ganz kurz auf die ethischen Fragen eingehen, wenn Demenz vorhanden ist. Das kann man eigentlich nicht ganz kurz. Da kann ich dann eigentlich nur mein Buch empfehlen. Bei Interesse schicke ich Ihnen das gern zu. Die ethischen Fragen sind eigentlich einfach: Aktive Sterbehilfe ist nicht erlaubt. Suizidhilfe ist auch nicht erlaubt, wenn der Mensch nicht selbstbestimmungsfähig ist. Das fiele dann unter aktive Sterbehilfe. Aber es gibt die Patientenverfügung, die auch nicht die Suizidhilfe erlauben kann und auch nicht die aktive Sterbehilfe, dafür aber den Abbruch von Behandlung.

Es stellt sich also die Frage, und das bewegt mich das Thema, wann beginnt die Phase des Sterbens? Wann beginnt die Phase, in der man Hilfe beim Sterben leisten kann? Hilfe beim Sterben besteht darin, dass keine Maschinen mehr eingesetzt werden, um das Leben zu erhalten und dass ärztliche Handlungen, die nicht mehr sinnvoll sind, abgebrochen werden. Ein Patient kann also in seiner Patientenverfügung bestimmen, dass er z.B. bei einer Lungenentzündung keine Behandlung mit Antibiotika mehr haben will. Er kann auch verfügen, und da wird es ethisch ganz kritisch, dass er nicht mehr künstlich ernährt wird über PEG (Anmerkung der Redaktion: PEG = ein endoskopisch angelegter künstlicher Zugang von außen in den Magen). PEG ist eine einfache, künstliche Ernährung von außen. Meine Frau ist vier Monate im Koma gewesen und ist so ernährt worden. So hat man ihr das Leben gerettet. Aber wenn das dauerhaft ist, und (Demenz)Patienten werden immer häufiger mit solchen Instrumentarien versehen, kann man das untersagen. Das wird dann schwierig. Denn dagegen stellen sich oftmals Menschen, die sie (den Menschen) lange gepflegt haben, oder Angehörige. Ich will nur sagen: Das ist eine massive ethische Frage, die sich zuspitzen wird in den nächsten Jahren und wir müssen das intensivst diskutieren. Immer in dem Bewusstsein, keine Euthanasie, also keine Krankentötung und auch keine Suizidhilfe zu erlauben. Das muss man den Leuten immer wieder klar und deutlich sagen. Patientenverfügungen gibt es zwar schon seit fünf bis sechs Jahren, aber sie greifen noch nicht überall und nicht richtig. Die meisten Leute etwa, die in Altenpflege kommen oder die, die an Demenzerkrankungen leiden, haben keine und oft auch keine Bevollmächtigten. So, nun habe ich mein Zeit wohl ausgeschöpft und mache Schluss. Vielen Dank!

