



Leopoldina
Nationale Akademie
der Wissenschaften



September 2015

Kurzfassung der Stellungnahme

Medizinische Versorgung im Alter – Welche Evidenz brauchen wir?

Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina
acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften
Union der deutschen Akademien der Wissenschaften

Sehr alt zu werden, ist heute in Deutschland keine Ausnahmereischeinung mehr. Rund 4,5 Millionen Menschen (5,4 Prozent der Bevölkerung) sind 80 Jahre und älter, und ihre Zahl wächst. Seit den letzten Dekaden sind es die über 85-jährigen Menschen, die am schnellsten und am meisten an Lebenszeit gewinnen. Für diese wachsende Bevölkerungsgruppe lässt sich eine Vielzahl positiver Nachrichten vermelden. Die steigende Lebenserwartung und die über eine längere Zeit bessere Gesundheit alter Menschen sind neben anderen Faktoren auch auf therapeutische und präventive Leistungen zurückzuführen. Kranke alte Menschen haben jedoch unter Umständen wesentlich andere medizinische Bedürfnisse als jüngere, was im Gesundheitssystem Deutschlands nicht entsprechend berücksichtigt wird.

Der hohe Standard, der in der Medizin sowohl in der Versorgung als auch in der Erforschung von Erkrankungen und der Entwicklung von Therapien gilt, ist typischerweise auf Patientinnen und Patienten mittleren Alters mit einer einzelnen Erkrankung ausgerichtet. Entsprechend wird häufig Wissen, das an Menschen im mittleren Alter gewonnen wird, auf alte Patientinnen und Patienten übertragen – obwohl diese sich körperlich und geistig, in ihren medizinischen Versorgungsprioritäten und Lebensumständen von Jüngeren unterscheiden. Dies ist keine gute wissenschaftliche Praxis und führt oftmals nicht nur zu einer unangemessenen Versorgung, sondern gefährdet alte Menschen mitunter.

Alte Menschen, die häufig chronisch mehrfach erkrankt sind, nehmen viele Medikamente gleichzeitig ein, die jeweils auf eine Einzelerkrankung ausgerichtet sind. Diese polypharmazeutische Behandlung entspricht bisweilen nicht den Gesundheitszielen alter Patientinnen und Patienten und kann sogar ein beträchtliches Gesundheitsrisiko darstellen. Es fehlt externe Evidenz, wie multimorbide alte bis sehr alte Menschen besser zu behandeln wären. Es mangelt an Leitlinien, die auf die aktuellen Wissenslücken und Gefahren hinweisen. Gleichzeitig werden wichtige Medikamente oft nicht angeboten. Daher ist zwangsläufig eine Forschung indiziert, die für alte Menschen spezifisch wissenschaftliche Evidenz hervorbringt. Neue Behandlungsziele rücken in den Vordergrund und bestimmen die Indikationsstellung für pharmakotherapeutische, operative und andere Interventionen: Bei jüngeren Patientinnen und Patienten bestimmen Heilung, Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder die langfristige Prognose das Handeln. Demgegenüber sind es bei alten Patientinnen und Patienten häufig die Selbstständigkeit, die Lebensqualität trotz Beschwerden und die Symptomlinderung.

Der Druck, die Versorgungssituation für alte Menschen schnell und wirksam zu verändern, wächst mit dem sich rasch vollziehenden demografischen Wandel. Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Pflegende müssen sich in ihrem Regelbetrieb – gerade auch im Krankenhausbereich – auf alte und sehr alte Menschen einstellen. Das betrifft auch die Aus-, Fort- und Weiterbildung des Personals und die Zusammenarbeit mit anderen Versorgenden. Von der fehlenden wissenschaftlichen Evidenz bis zur Umsetzung in die Praxis der Versorgung muss an allen Punkten der medizinischen Versorgungskette der alte Mensch mit seinen Besonderheiten gezielt in den Blick genommen werden.

Wer ist ein „alter“ bzw. „geriatricher“ Patient?

Geriatrische Fachgesellschaften haben 2007 in Deutschland und 2008 im EU-Rahmen eine Definition ausgearbeitet: Nicht das chronologische Alter an sich, sondern ein Zustand charakterisiert demnach „alte“ bzw. „geriatriche“ Patientinnen und Patienten. Als solche gelten Personen höheren Alters, bei denen entweder gleichzeitig mehrere Erkrankungen auftreten oder die physiologisch besonders anfällig sind, was sich z.B. in Komplikationen und Folgeerkrankungen, in der Gefahr von Chronifizierung und einem erhöhten Risiko des Verlustes an Autonomie niederschlägt. Empirisch nehmen aktuell besonders Menschen über 80 Jahre geriatriche Versorgung in Anspruch. In klinischen Studien wird jedoch häufig die Grenze schon bei 65 Jahren, zuweilen schon eher, gezogen.

Was ist „alt“ aus Sicht der Altersforschung?

Ausgehend von den unterschiedlichen und charakteristischen Erfahrungen im Lebensverlauf hatte der Altersforscher Paul Baltes die Begriffe „Erstes Lebensalter“ für die Kindheit und Jugend, „Zweites Alter“ für die mittleren erwachsenen Jahre sowie „Drittes“ und „Viertes Alter“ für das letzte Lebensdrittel geprägt. Als Erfolgsgeschichte lässt sich die Herausbildung einer relativ krankheits- und behinderungsarmen Phase eines „Dritten oder jungen Alters“ (etwa 60 bis 80/85 Jahre, z.T. auch älter) bezeichnen. Sie ist zu unterscheiden von einer heute und erst recht in Zukunft keineswegs kurzen Phase eines „Vierten Alters“ (etwa ab 80/85 Jahre, auch „hochaltrig“ genannt, da über die Hälfte der Altersgenossen schon verstorben ist), in der Krankheitsrisiken akkumulieren, Multimorbidität (Mehrfacherkrankungen) zur Norm wird und Alltagsfunktionalität durch vielfache gleichzeitige Veränderungen (z.B. kognitive, motorische und sensorische Verluste) stark gefährdet ist. Befunde auf der Grundlage von Forschungen zum Verlauf der kognitiven Leistungsfähigkeit, von Pflegebedürftigkeit sowie zu Wohlbefinden legen in Zukunft eventuell sogar die Abgrenzung eines „Fünften Alters“ nahe. Man kann allerdings derartige, eher chronologisch orientierte Phaseneinteilungen des Alters auch kritisieren, etwa mit dem Argument, dass die Unterschiede zwischen den Individuen mit dem Alter immer mehr zunehmen und außerordentlich hoch sind: Es gibt erhebliche Überlappungen zwischen den unterschiedlichen Phasen des Alters, und ein bedeutsamer Teil der über 85-Jährigen liegt hinsichtlich gesundheitlicher, funktionaler und kognitiver Parameter im Spektrum der 65 bis 84-Jährigen (und vice versa).

Bereits in der Ausbildung von Medizinstudierenden sowie der Studierenden und Auszubildenden der weiteren mit alten Menschen befassten Berufsgruppen ist ein umfassendes und hoch differenziertes Bild alter Menschen zu vermitteln, das Stärken und Verletzlichkeiten gleichermaßen berücksichtigt.

Ansatzpunkte für eine evidenzbasierte medizinische Versorgung¹

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass es „den alten Patienten“ bzw. „die alte Patientin“ nicht gibt: Keine Patientengruppe ist interindividuell so unterschiedlich wie die der Älteren. Für die medizinische Versorgung müssen individuelle Unterschiede wie Geschlecht, sozioökonomischer, ethnisch-kultureller und lebensbiografischer Hintergrund daher besonders beachtet werden.

Angehörige und das Nahumfeld sind durch Unterstützung des kranken und/oder funktionell eingeschränkten alten Menschen meist stark beansprucht und brauchen daher im Rahmen der regulären Versorgung besondere Aufmerksamkeit und Unterstützung (strukturell, psychosozial und finanziell).

Wie sich im hohen Alter biologische Vorgänge sowie funktionelle und soziale Bedürfnisse verändern, ist gut beforscht. Dennoch gibt es für die Gruppe alter und sehr alter Patientinnen und Patienten nur wenige Studien, die den Standards der evidenzbasierten Medizin (EbM) genügen. Dies hat mehrere Ursachen, zu deren wichtigsten gehört, dass die etablierten Verfahren der wissenschaftlichen Erkenntnisgewinnung und Standardisierung in der Medizin nicht den Charakteristika und Gesundheitszielen alter Menschen entsprechen. Die wissenschaftsbasierten Grundlagen für eine evidenzbasierte geriatrische Versorgung stehen somit weitgehend aus. Deshalb sind auch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie Akteure anderer Gesundheitsfachberufe nicht ausreichend auf ihre Versorgungsaufgabe gegenüber alten und sehr alten

Patientinnen und Patienten vorbereitet. Eine Verbesserung der Datenlage und Versorgungssituation ist demnach dringend geboten.

Konkret sollten randomisierte kontrollierte Studien auch an alten und sehr alten Menschen durchgeführt werden. Daneben stehen weitere Studienmethoden zur Verfügung, die vermehrt gefördert und durchgeführt werden sollten, weil sie die Bedürfnisse und Anforderungen an die medizinische Versorgung alter Menschen besser abbilden können: pragmatische Studien, die die Lebenswirklichkeit der Patientinnen und Patienten einbeziehen, Mehrfachkomponenteninterventionen (komplexe Interventionen) sowie Beobachtungsstudien. Es sollte nicht (nur) die Wirksamkeit einer Therapie, sondern ein gesamter Versorgungsalgorithmus Gegenstand der Forschung sein. Risiken sollten in ihrer Koexistenz untersucht und wenn möglich individuell in absoluten Zahlen präsentiert werden. Da diese Arten von Studien von der Industrie bislang nicht genügend unternommen werden, müssen hierfür auch vermehrt öffentliche Mittel bereitgestellt werden.

Klinische Studien für Arzneimittel, die Menschen über 65 Jahre und speziell auch über 80 Jahre verschrieben werden sollen, müssen diese Altersgruppen ausreichend repräsentieren und eine altersbezogene Nutzen-Risiko-Bewertung vornehmen. Hierbei sollten altersspezifische Merkmale, insbesondere Gebrechlichkeit („Frailty“), bei den Ein- und Ausschlusskriterien sowie in der Auswertung und Interpretation berücksichtigt werden. Die Zulassung von Arzneimitteln sollte ähnlich wie bei Kindern üblich (Pediatric Regulation der EU) an die Durchführung von Studien mit alten und sehr alten Patientinnen und Patienten geknüpft werden.

¹ Unter „Evidenzbasierung“ der medizinischen Versorgung verstehen wir die Entscheidung zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse, professioneller Expertise und der Werte und Präferenzen der Betroffenen. Dies bezieht sich auf individuelle und populationsbezogene Entscheidungen.

Neben herkömmlichen Indikatoren der Wirksamkeitsprüfung (wie Heilung, Linderung und Überleben) sollten wichtige funktionale und andere Ziele geprüft werden, insbesondere Aktivitäten des täglichen Lebens, Partizipation und Lebensqualität. Der Erhalt von Alltagsfunktionen und damit Lebensqualität ist das vorrangige Ziel alter und sehr alter Menschen. Hören, Sehen und Mobilität spielen für die Teilhabe alter Menschen eine überragende Rolle.

Methodische Schwierigkeiten sind ein wichtiger Grund für den Ausschluss alter Menschen aus kontrollierten Studien. Patientenorientierte Studienziele, aber auch Herausforderungen des Studiendesigns und der Auswertung (z.B. Fallzahl-Größe, fehlende Daten) müssen akzentuiert werden. Die entsprechende Weiterentwicklung methodologischer Kenntnisse ist daher unumgänglich. Hierzu muss geriatrisch-gerontologische, biostatistische und informationstechnische Expertise verknüpft werden. Bei der Forschung mit alten Menschen stellen sich zudem in besonderem Maße ethische und rechtliche Fragen, so z.B. zur Einwilligungsfähigkeit der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer. In den Forschungsethikkommissionen sollte daher altersmedizinische Expertise vertreten sein. Ebenso müssen Aufklärungs- und Einwilligungsdokumente im Rahmen von geriatrischer Versorgung und Studien an den Bedarf alter und sehr alter Personen angepasst werden.

Der Erforschung von Interventionen bei Multimorbidität kommt höchste Priorität zu. Da die parallele Einnahme von Medikamenten nicht vermeidbar ist, muss die Interaktion von Wirkstoffen erforscht und validiert werden. Daneben sind aber auch Studien zur Verringerung der Polypharmazie notwendig, insbesondere zum Absetzen von Medikamenten.

Verhaltens- und Technikinterventionen spielen für den Erhalt von Selbstständigkeit und die Verzögerung eines Umzuges in ein Pflegeheim eine zunehmend wichtige Rolle. Daher

sollte auch die altersmedizinische Forschung die Verknüpfung mit solchen Interventionen gezielt in den Blick nehmen. Der Nutzen von Hilfsmitteln, Technik und Wohnraumanpassungen ist kaum untersucht. Es fehlen v.a. Studien mit größeren Fallzahlen und repräsentativen Teilnehmergruppen inkl. Kontrollgruppen, aber auch zur Ethik der Anwendung. Dies gilt auch für den Bereich der Telemedizin, der derzeit am häufigsten untersucht wird.

Evidenzbasierte Patienteninformationen als Voraussetzung für die Partizipation von Patientinnen und Patienten in medizinischen Entscheidungsprozessen müssen auch in der geriatrischen Versorgung zur Verfügung stehen. Sie sind an die Voraussetzungen alter Menschen anzupassen. Notwendig ist eine Bestimmung von Therapieerwartungen und -präferenzen in Gruppen älterer Menschen mit unterschiedlichem sozioökonomischem und kulturellem Hintergrund sowie in verschiedenen Versorgungssettings. Die bessere Kenntnis unterstützt die Planung klinischer Studien durch adäquate Berücksichtigung patientenrelevanter Gesundheitsziele.

Diagnostik ist gemeinhin und für alle Altersgruppen gemäß den Maßstäben der EbM kaum beforscht. Es bleibt zu fordern, dass Hersteller nicht nur die Sicherheit, sondern auch den patientenrelevanten Nutzen nachweisen müssen.

Der Behandlungsbedarf alter Patientinnen und Patienten wird derzeit nicht oder nicht frühzeitig genug erkannt. Das führt häufig zu kostenträchtiger Über-, Unter- und Fehlvorsorgung. Es sollte daher schon in der Notaufnahme mit einem geriatrischen Assessment begonnen werden, sofern es der Zustand der Patientin oder des Patienten erlaubt. Dies ist im Besonderen für die Entscheidung, ob die Patientin oder der Patient auf die geriatrische Station oder aber in eine Fachabteilung verlegt werden soll, von Bedeutung. Das Assessment sollte dann auf der jeweiligen Station fortgesetzt und innerhalb der ersten 72 Stunden abgeschlossen werden.

Das Überleitungsmanagement und der Informationsfluss zwischen den Versorgungssettings, z.B. Krankenhaus und Hausärztin/-arzt, bleiben dringend zu optimieren, damit Informationsverluste zum Nachteil der Patientinnen und Patienten reduziert werden können. Ein einheitliches und aufeinander abgestimmtes Informationsmanagement primär- und sekundärversorgender Leistungserbringer und -einrichtungen sollte angestrebt werden, um die intra- und intersektorale Kommunikation und infolgedessen Versorgung zu verbessern und wissenschaftliche Erkenntnisse aus den Datensammlungen zu gewinnen.

Gesundheitsdienstleister müssen sich mit Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern über deren Gesundheitsziele und die Gestaltung des letzten Lebensabschnitts verständigen und diese gemeinsam aushandeln. Die Rückkehr in die häusliche Umgebung nach einem Heimeinzug sollte erleichtert und eine wichtige Zielgröße auch innerhalb von Forschungsprojekten sein.

Geriatrische Grundkenntnisse sollten für die medizinischen Fachdisziplinen und Gesundheitsberufe verpflichtend sein, in der universitären Ausbildung beginnen und im Postgraduiertenbereich vertieft werden. In der Aus-, Weiter- und Fortbildung kommt multiprofessioneller Kompetenz und den Konzepten der EbM eine hohe Bedeutung zu. Sie so zu verankern, dass sie zum Standardrepertoire des medizinischen Personals gehören, sollte wichtiges Ziel der Bildung sein.

Um die Herausforderungen medizinischer Forschung und Gesundheitsforschung für alte Menschen bewältigen zu können, ist es unabdingbar, die Methodenausbildung zu verstärken und weiterzuentwickeln. Hier besteht in Deutschland ein großes Defizit. Ein erster Schritt dazu wäre es, hierzu entsprechende Schwerpunkt-Professuren einzurichten.

Schließlich muss – u.a. durch fächerübergreifende Angebote altersmedizinischer Wei-

ter- und Fortbildung – erreicht werden, dass negative Altersbilder in der Versorgung abgebaut werden.

In seinen Gutachten von 2000 und 2009 hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) bereits ausdrücklich darauf aufmerksam gemacht, dass die „adäquate Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Patienten hohen Alters“ eine der vordringlichen Aufgaben im Gesundheitssystem ist. Es ist trotz oder gerade wegen der prekären Nachwuchslage in der Medizin – im Speziellen auch in der Altersmedizin – dringend erforderlich, eine altersmedizinische Versorgungsoffensive zu starten.

Mitwirkende in der Arbeitsgruppe

Leitung: Prof. Dr. Cornel C. Sieber (Institut für Biomedizin des Alterns, Universität Erlangen-Nürnberg)

Mitwirkende: Prof. Dr. Annette Becker, MPH (Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Universität Marburg), Prof. Dr. Roland Eils (Abteilung Theoretische Bioinformatik, Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg), Prof. Dr. Georg Ertl (Medizinische Klinik und Poliklinik I, Universität Würzburg), Prof. Dr. Jörg Hasford (Institut für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie, Ludwig-Maximilians-Universität München), Prof. Dr. Dr. Jürgen Heesemann (Max von Pettenkofer-Institut, Ludwig-Maximilians-Universität München), Prof. Dr. Frank Jessen (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Köln), Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf), Prof. Dr. Gabriele Meyer (Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg), Prof. Dr. Henning Rosenau (Deutsches, Europäisches und Internationales Straf- und Strafprozessrecht, Medizin- und Biorecht, Universität Augsburg), Prof. Dr. Cornel C. Sieber (Sprecher) (Institut für Biomedizin des Alterns, Universität Erlangen-Nürnberg), Prof. Dr. Ursula M. Staudinger (Columbia Aging Center, Mailman School of Public Health, New York (USA)), Prof. Dr. Dr. Daniel Strech (Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover), Prof. Dr. Petra Thürmann (Philipp Klee-Institut für Klinische Pharmakologie, Wuppertal, Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie, Universität Witten/Herdecke), Prof. Dr. Hans-Werner Wahl (Abteilung für Psychologische Altersforschung, Universität Heidelberg), Prof. Dr. Hans-Peter Zenner (Sprecher) (Universitätsklinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Tübingen und Mitglied des Präsidiums der Leopoldina)

Wissenschaftliche Mitarbeiter/Redaktion: Dr. Katja Patzwaldt (Jacobs University Bremen), Dr. Stefanie Westermann (Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina)

Kontakt:

Dr. Stefanie Westermann
Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina
Abteilung Wissenschaft – Politik – Gesellschaft (Leiter der Abteilung: Elmar König)
Tel.: +49 (0)345 472 39-867
E-Mail: politikberatung@leopoldina.org

Die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften und die Union der deutschen Akademien der Wissenschaften unterstützen Politik und Gesellschaft unabhängig und wissenschaftsbasiert bei der Beantwortung von Zukunftsfragen zu aktuellen Themen. Die Akademiemitglieder und weitere Experten sind hervorragende Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus dem In- und Ausland. In interdisziplinären Arbeitsgruppen erarbeiten sie Stellungnahmen, die nach externer Begutachtung vom Ständigen Ausschuss der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina verabschiedet und anschließend in der *Schriftenreihe zur wissenschaftsbasierten Politikberatung* veröffentlicht werden.

Deutsche Akademie der
Naturforscher Leopoldina e. V. –
Nationale Akademie der
Wissenschaften
Jägerberg 1
06108 Halle (Saale)
Tel.: (0345) 472 39-867
Fax: (0345) 472 39-839
E-Mail: politikberatung@leopoldina.org
Berliner Büro:
Reinhardtstraße 14
10117 Berlin

acatech – Deutsche Akademie
der Technikwissenschaften e.V.
Residenz München,
Hofgartenstraße 2
80539 München
Tel.: (089) 5 20 30 9-0
Fax: (089) 5 20 30 9-9
E-Mail: info@acatech.de
Hauptstadtbüro:
Unter den Linden 14
10117 Berlin

Union der deutschen Akademien
der Wissenschaften e.V.
Geschwister-Scholl-Straße 2
55131 Mainz
Tel.: (06131) 218528-10
Fax: (06131) 218528-11
E-Mail: info@akademienunion.de
Berliner Büro:
Jägerstraße 22/23
10117 Berlin