

Vorwort zur Reihe

Altersmedizin dient dem älteren Patienten, indem sie wie kein zweites Fach seine Besonderheiten und Bedürfnisse ganzheitlich in den Blick nimmt. Sie ist aber auch vielseitig, spannend und effektiv.

Dies anhand ausgewählter Handlungsfelder deutlich zu machen, ist ein wichtiges Anliegen der Reihe »Altersmedizin in der Praxis«. Das wichtigste Ziel ist es jedoch, das auch in der Altersmedizin exponentiell anwachsende Wissen für den Versorgungsalltag kompakt und praxisnah aufzubereiten.

Doch braucht man dazu heute noch Bücher? Haben nicht Internet und Zeitschriften das Buch längst abgelöst, weil sie häufig einen rascheren Zugriff auf manchmal schnell veraltetes Fachwissen erlauben? Das mag in einzelnen Bereichen und zu manchen Fragestellungen zutreffen; doch wer sich vertieft mit einem Thema auseinandersetzen möchte, wer nicht nur Fachinformationen, sondern auch ausgewogene Bewertungen sucht, wer sich durch einen erfahrenen Autor fundiert in ein Thema hineinführen lassen möchte, der greift besser zu einem Buch. Nicht zuletzt bieten Bücher eher Sponsor-unabhängige Informationen als kostenlos zugängige Publikationen.

Die Reihe »Altersmedizin in der Praxis« erhebt nicht den Anspruch, das weite und wachsende Gebiet der Altersmedizin vollständig darzustellen. Es geht vielmehr darum, einzelne für die altersmedizinische Praxis wichtige Themen aufzuarbeiten und in einer didaktisch gut aufbereiteten Form auf dem neuesten Wissensstand zu präsentieren.

An wen richtet sich die Reihe? Natürlich in erster Linie an Ärzte jeglicher Fachrichtung, die regelmäßig ältere Patienten in der Praxis, dem Krankenhaus oder in einem anderen Kontext betreuen. Die Bücher richten sich ebenfalls an Ärzte in Weiterbildung und an Studen-

ten, aber auch an andere Professionelle des Gesundheitswesens, die Umgang mit älteren Patienten haben. Die einzelnen Bände können dabei sowohl als fundierte Einführungen und Übersichten zu den jeweiligen Themen gelesen werden, als auch als kompakte Nachschlagewerke für den Einsatz in der täglichen Praxis dienen.

Die Herausgeber
Johannes Pantel und Rupert Püllen

Vorwort

Als die Herausgeber dieser Buchreihe mich aufforderten, mit einem Buch zur Multimorbidität beizutragen, habe ich zunächst ambivalent reagiert. Einerseits war mir sofort klar, dass Multimorbidität ein zentrales Thema der Medizin ist, auch in aktuellen Debatten und keineswegs auf die Geriatrie oder das Segment der älteren Menschen begrenzt. Andererseits musste ich aber auch feststellen, wie wenig Beachtung diesem Thema tatsächlich geschenkt wird und wie wenig strukturiertes Material vorhanden ist, welches man für ein Fachpublikum aufarbeiten könnte. Das veranlasste mich, gründlich darüber zu reflektieren und es gab mir wiederum auch reichlich Anlass darüber nachzudenken, wie Medizin, medizinisches Wissen und diagnostische und therapeutische Strategien heute angemessen gelernt, gelebt und wieder gelehrt werden können.

Zurückblickend erinnere ich mich nicht, während meines Medizinstudiums in den mittleren und späten 1980er Jahren jemals explizit mit der Frage Multimorbidität, geschweige denn mit systemtheoretischen Ansätzen zur Frage der Komplexität und Komplexitätsbewältigung konfrontiert worden zu sein. Dagegen erinnere ich mich aber sehr wohl an verschiedene Erfahrungen und Begebenheiten, die mir wie Schlaglichter immer wieder einmal die Bedeutung dieses Phänomens deutlich werden ließen, und zwar lange bevor in einer wissenschaftlichen Sitzung in einem großen europäischen Geriatrie-Kongress vor 2 Jahren das Ende der Ära der ICD-Diagnosen ausgerufen wurde. Da war der ältere Herr, dem ich in meinem Pflegepraktikum im Krankenhaus bei basalen Alltagsverrichtungen zu helfen hatte und der sehr stark von Gebrechlichkeit und kognitiven Problemen betroffen war. Er war der erste multimorbide Patient, dem ich in professioneller Art und

Weise begegnete, oder sagen wir besser, begegnen sollte. Auf meine Frage, worunter der Mann eigentlich leide und wie man ihm helfen könnte, erhielt ich damals die Antwort, man wisse es nicht genau, es habe aber sicher etwas mit dem Gehirn zu tun, weswegen eine Szintigraphie des Gehirns gemacht werden sollte. Letzteres zog mich fortan dann als Student zunächst in den Bann, aber eigentlich war nicht klar, weshalb genau seine Alltagskompetenz dadurch behindert sein sollte. Ich erhielt einen Hinweis auf das dysfunktionale Organ, dem die ganze Situation zuzuschreiben war, aber weder einen auf die äußerst vielfältigen Konsequenzen einer neurodegenerativen Erkrankung noch auf die Wechselbeziehungen mit anderen Organfunktionen oder Dysfunktionen, was eigentlich das Spannendere gewesen wäre.

Sehr gut erinnere mich auch an mein erstes Weiterbildungsjahr in der Inneren Medizin Anfang der 1990er Jahre und an meinen Supervisor, der mich auf die Intensivstation mitnahm und dort aufforderte, unter seiner Aufsicht probehalber die Anordnungskurven zu schreiben, was mir damals sehr schwer erschien. Auf meine Nachfrage erklärte er mir, dass die Intensivmedizin der strukturierteste Teil der Medizin sei, mithin also trotz der klinischen Schwere der Situation oftmals das Leichtere, und dass die zunächst leichter erscheinende Arbeit auf der peripheren Station (z. B. die Beratungsgespräche) oftmals das wesentlich Komplexere und Anspruchsvollere sei. Ich habe lange darüber nachgedacht, fand aber in den vielen Jahren meiner ärztlichen Tätigkeit genau diese Einschätzung oftmals bestätigt. Immer wieder habe ich mir durchaus selbstkritisch die Frage gestellt, ob die vorliegende Situation wirklich so einfach war, wie es zunächst schien, oder ob sie nicht doch entscheidender von einer unterliegenden Komplexität und Vielschichtigkeit geprägt war und der gewählte diagnostische und therapeutische Zugriff unangemessen simplifiziert ausfiel?

Noch eine Erinnerung aus meiner Weiterbildungszeit gab mir lange zu denken. Ein Kollege, ebenfalls in der Weiterbildungszeit, kritisierte mich einmal recht deutlich, als ich einen betagten älteren Herrn aufgrund der von ihm geschilderten thorakalen Beschwerden einer kardiologischen Diagnostik unterziehen wollte. Der Kollege hielt mir vor, ich hätte nicht die realen Lebensumstände des Patienten berücksichtigt und hätte als Erstes klären müssen, inwiefern diese Prozeduren mehr

Nutzen als Risiken nach sich ziehen würden. Die Risiken- und Nutzen-abwägungen hatte ich aus meiner Studienzeit damals nicht als diskursiv anspruchsvoll erlebte Aufgabe mitgebracht. Wie mühsam es sein kann, diesen essentiellen Teil der Medizin ernsthaft zu bearbeiten, merke ich im klinischen Alltag auch heute immer noch, obwohl ich gerade diesen Aspekt als Hochschuldozent im Medizinischen Feld immer wieder betone.

Bestimmt ließen sich noch viele weitere Anekdoten aus dem Alltag der Medizin finden, die Schlaglichter auf das Ringen der Medizin nach Eindeutigkeit und das mögliche Scheitern an der ungeheuren Mannigfaltigkeit der konkret vorliegenden Lebenssituationen werfen. Dieses Erahnen eines möglichen Scheiterns in der Situation der Multimorbidity befördert die Sehnsucht nach eindeutiger Erklärung und begründet sicher auch, warum man der Multimorbidität, der Komplexität nicht mit dem wissenschaftlichen oder praktisch-klinischen Enthusiasmus begegnet, den dieses Phänomen verdient.

Auch wenn uns katalogisierte Aus- und Weiterbildungsziele, ICD-Entitäten und Leitlinien etwas anderes suggerieren wollen, erscheint die medizinische Welt im diffusen Licht der Komplexität oft unsicher. Mit diesem Buch will ich zeigen, wie Komplexität in der Medizin dennoch erfasst, begriffen und bewältigt werden kann. Es wendet sich primär an Ärzte und andere professionelle Kräfte mit unterschiedlichem Erfahrungsgrad. Es erhebt von vornherein nicht den Anspruch, die Thematik erschöpfend zu behandeln, denn dieser Anspruch stünde im Widerspruch zum Thema der Komplexität selbst. Das Buch soll freilich Impulse geben, sowohl den praktisch klinisch Interessierten, als auch denjenigen, die sich eher mit theoretischen Aspekten befassen, indem es zur Rückreflexion in die klinischen Bezüge anregt.

Wie kann das gelingen? In meiner Laufbahn als Hochschuldozent musste ich eines Tages einen erfahrenen Kollegen um Rat bitten, wie die Flut der sich überschneidenden Anforderungen unterschiedlicher Lehrveranstaltungen bewältigt werden könne. Sein Rat war weise: Geben Sie primär Ihre klinischen Erfahrungen weiter! Ich habe diesen Rat, so gut es ging, beherzigt und rückblickend kann ich resümieren: Nie waren Lerneffekte unmittelbarer und fruchtbarer als durch gelungene Besprechungen an Fällen, seien es Demonstrationen oder aufgear-

beitete kritische Reflexionen. Warum war das so und was waren die Bedingungen für das Gelingen? Heute meine ich, dass im konkreten Fall eindrucksvoller, schneller und effektiver vermittelt werden konnte, was im Katalog oder in einer zu stark vereinfachten Darstellung mühsam und unvollständig blieb: Das Erkennen eines Musters. Die Muster der Lebensmöglichkeiten mit der Bedrohung durch Krankheit und den Bezügen in den Lebenswelten waren letztlich das Faszinierende, das unmittelbar aufgenommen werden konnte und unser Lernen und Handeln inspirierte. So wird man in diesem Buch zwar auch einiges an theoretischen Darstellungen, durchaus auch Schematisierungen und Kategorisierungen finden, aber es war mir ein wesentlicher Anspruch, auch durch konkrete Fallschilderungen Entscheidungssituationen und -möglichkeiten fassbar zu machen. Allen Leserinnen und Lesern wünsche ich, dass sie sich und ihre Erfahrungen durch dieses Buch bestätigt, zugleich aber auch herausgefordert finden werden.

Ich widme das Buch allen Patienten, Mitarbeitern und Kollegen, sie alle zählen zu meinen Lehrern, seien sie sich dieses Lehrer-Seins bewusst gewesen oder nicht. Dadurch, dass ich sie kennenlernen, die gemeinsame sorgende Zuwendung zum Kranken mit ihnen teilen und darüber kritisch reflektieren durfte, haben sie alle zum Erfahrungsschatz, zur Kenntnis und zum Repertoire an Reflexionsvermögen beigetragen, welches alles zur Basis meines verantwortlichen ärztlichen Handelns, Beratens und Lehrens geworden ist.

Heinrich Burkhardt, im Oktober 2018