

Einleitung

Was ist »Altersmedizin«?

Wenn ein Säugling Bauchweh hat, ein 5-jähriges Mädchen stark erkältet ist oder ein 14-jähriger Junge plötzlich Fieber bekommt, dann wird den Eltern ganz selbstverständlich geraten, mit ihren Kindern zum Kinderarzt zu gehen. Kinderärzte kennen sich mit den besonderen Abläufen und Organfunktionen im Körper eines Kindes genau aus. Diese unterscheiden sich nämlich sehr oft von den Abläufen und Funktionen im Körper eines erwachsenen Menschen. Das hat man schon vor über 150 Jahren erkannt und um 1850 in Würzburg die erste Universitäts-Kinderklinik eröffnet.

Dass auch der Organismus von Senioren seine sehr eigenen Abläufe hat und sich Organfunktionen im Alter oft sogar sehr wesentlich von den Organfunktionen jüngerer Erwachsener unterscheiden, wurde erst viel später zu Beginn des 20. Jahrhunderts erkannt. Dem Arzt Ignatz Nascher (1863–1944) fiel 1908 bei einem Besuch des Wiener Versorgungsheimes Lainz auf, dass die hier versorgten älteren Patienten eine im Vergleich zu anderen Altersgenossen deutlich niedrigere Sterberate hatten. Das beeindruckte ihn sehr, denn die mittlere Lebenserwartung lag in Österreich um die Jahrhundertwende bei 40–43 Jahre. Was machte man anders im Versorgungsheim Lainz? Im Gespräch mit einem der behandelnden Ärzte erfuhr er: »Wir verfahren mit den Patienten hier so, wie ein Kinderarzt (Pädiater) mit den Kindern.« Diese Erkenntnis veranlasste Dr. Nascher, in Anlehnung an den Begriff »Pädiatrie« den Begriff »Geriatric« zu prägen, als Bezeichnung für die Altersmedizin. Er legte damit den Grundstein für diese medizinische Fachrichtung.

In London machte die Ärztin Marjorie Warren ähnliche Beobachtungen bei den stationär versorgten Patienten und stellte fest, dass das Überleben deutlich besser wurde, wenn jeder der betagten Patienten seinen individuellen gesundheitlichen Bedürfnissen entsprechend behandelt wurde und nicht alle nach dem gleichen, einheitlichen Schema. Während ihrer leitenden Tätigkeit im Middlesex County Hospital ab 1935 erarbeitete sie erstmals konkrete klinische Konzepte zur Behandlung stationär versorgter chronisch Kranker, woraus sich in den folgenden Jahren die geriatrietypischen, individuell angepassten Therapiekonzepte entwickelten (Warren 1951).

Heute wissen wir, dass jeder ältere Mensch auch in gesundheitlicher Hinsicht ein Individuum ist und eine individuelle Diagnostik und Therapie benötigt. Das liegt daran, dass sich die Funktionen unserer Organe und unseres Körpers im Laufe des Lebens ganz unterschiedlich verändern. Dabei spielt zum einen sicher die Art und Weise eine Rolle, wie sehr wir auf unseren Körper im Laufe des Lebens achten: ob wir ihn regelmäßig überanstrengen durch Stress und schwere körperliche Arbeit; ob wir auf ihn hören, wenn er Ruhe braucht oder aber diese »Rufe« ignorieren; ob wir ihm zumuten, mit Schadstoffen fertigzuwerden wie Nikotin, Alkohol oder Drogen; ob wir ihn regelmäßig bewegen und damit unseren Muskeln die Möglichkeit geben, stark zu bleiben und den Körper zu halten. Natürlich spielen auch Erkrankungen, Unfälle oder vererbte oder angeborene Funktionsstörungen eine Rolle. Und zu guter Letzt ist natürlich auch unsere persönliche Einstellung zum Altwerden von großer Bedeutung.

Was macht ein Geriater (Altersmediziner)?

Ein Geriater ist ein Arzt, der eine zusätzliche, spezielle Ausbildung in Altersmedizin erworben hat und daher spezialisiert darauf ist, ältere Menschen, sogenannte geriatrische Patienten, gezielt zu behandeln. Ein Geriater kennt sich mit den Veränderungen der Organfunktionen im Alter aus und kann daher besser einschätzen, z. B. welche Medikamente sich für

einen älteren Menschen eignen und welche dagegen überwiegend schaden würden. Auch ist ein Geriater in der Lage, durch spezielle, gezielte Untersuchungen und Testverfahren (Assessments) festzustellen, wo ein geriatrischer Patient seine Schwierigkeiten und Probleme hat und wo er hingegen vollkommen fit ist. Wenn ein Patient z. B. immer wieder stürzt, ist es sicher wenig hilfreich, mit ihm das Sprechen zu üben, denn das kann er ja. Hier ist es viel sinnvoller, gemeinsam mit dem Patienten herauszufinden, warum er immer wieder stürzt, ob er an Schwindel oder unter Schmerzen leidet, ob er vielleicht eine Schwäche in den Beinen verspürt oder ob er möglicherweise schlechter sieht als sonst. Wenn man auf so differenzierte Weise mit Hilfe der Assessments erfährt, wo die Ursache für das Stürzen liegt, kann man sie auch ganz gezielt behandeln und dem Patienten wieder helfen, sich sicherer zu bewegen.

Was sind Geriatrische Assessments?

Geriatrische Assessments sind bestimmte Untersuchungsmethoden, die zwei wichtige Aufgaben in der Geriatrie haben:

1. Diagnosestellung

Mit Hilfe von geriatrischen Assessments kann ein Geriater feststellen, wo ein Patient Probleme hat und wo nicht. Das hilft zu vermeiden, dass ein Patient für etwas behandelt wird, wo ihm gar nichts fehlt. Auf der anderen Seite kann durch die Assessments viel genauer herausgefunden werden, wann und wo der Patient Probleme hat und wo sie herkommen. Dadurch kann man sie auch sehr gezielt behandeln.

2. Therapiekontrolle

Assessments haben noch eine weitere wichtige Aufgabe: Man kann mit ihrer Hilfe prüfen, ob sich ein bestimmtes körperliches Problem unter der eingesetzten Therapie schon gebessert hat, z. B., ob ein Patient mit Unsicherheit beim Laufen schon wieder sicherer geworden ist und vielleicht sogar ohne einen Stock eine Strecke gehen kann. Dafür vergleicht man das Ergebnis des Assessments vor der Therapie mit dem Ergebnis des Assessments nach der Therapie und

kann daraufhin auch ziemlich genau sagen, wo der Patient noch Übung braucht oder auch welches Hilfsmittel er weiterhin braucht.

Geriatrische Assessments kommen routinemäßig im Rahmen von geriatrischen Behandlungen im Krankenhaus zum Einsatz, inzwischen aber auch zunehmend in Arztpraxen.

Was sind »geriatrische Syndrome«?

Unter einem geriatrischen Syndrom versteht man einen Befund, der im Unterschied zu jüngeren Patienten bei geriatrischen Patienten typischerweise durch mehrere, meist kombinierte Ursachen begründet wird und zu einer ganzen Kette von Folgestörungen führen kann. Betrachtet man zum Beispiel das geriatrische Syndrom »Sturz«, so ist zunächst einmal klar, dass man in jedem Alter stürzen kann, z.B. Kinder stürzen auf dem Spielplatz, Erwachsene beim Skilaufen oder von der Gartenleiter.

Meistens sind solche Stürze durch Stolpern oder Gleichgewichtsverlust bedingt und die Betroffenen können sich an den Sturz genau erinnern. Da ihre jüngeren Körper noch sehr viel belastbarer sind, heilen die Sturzfolgen wie Knochenbrüche, Verstauchungen oder Blutergüsse bei Erwachsenen gewöhnlich nach einer Behandlung auch schnell und folgenlos ab.

Bei geriatrischen Patienten sind Stürze dagegen oft durch mehrere gleichzeitig wirkende Faktoren bedingt wie bspw. Sehstörungen, Muskelschwäche, Taubheitsgefühle an den Füßen oder Beinen (Polyneuropathie) und Schwindelgefühle. Häufig kann auch eine Störung des Pulschlages oder des Blutdruckes zu einem Sturz führen. Dann kann es auch vorkommen, dass sich die Personen gar nicht mehr an den Sturz erinnern, also eine Erinnerungslücke haben (Synkope). Das ist eine sehr wichtige Information für die behandelnden Ärzte und Therapeuten. Man unterscheidet daher bei geriatrischen Patienten auch zwischen einem intrinsisch (= durch eine Fehlfunktion von Herz, Kreislauf oder anderen Organen)

und einem extrinsisch (= durch äußere Einwirkung bedingt, wie Aufprall, Stoß oder Stolpern) bedingten Sturz. Diese Informationen sind für die Ursachensuche sehr wichtig, um daraus Erkenntnisse zu ziehen, wie man zukünftig weitere Stürze vermeiden kann.

Oft klappt es auch nicht mehr rechtzeitig, den Sturz abzufangen. Wenn dann auch noch eine erhöhte Knochenbrüchigkeit (Osteoporose) hinzukommt, kann es schnell passieren, dass ein oder mehrere Knochen brechen. Sehr häufig sind das dann Teile des Oberschenkelknochens oder der Hüfte. Wenn der Betroffene versucht hat, sich beim Sturz noch abzufangen, kann es auch oft zu einem Bruch von Handgelenk oder Oberarm kommen. Auch wenn die Knochenbrüche dann durch Operation oder Ruhigstellung versorgt wurden, bleiben in vielen Fällen Folgestörungen bestehen. Nach Brüchen von Oberschenkel oder Hüfte bleibt meist eine eingeschränkte Gehfähigkeit bestehen, weswegen die Patienten dann eine Gehhilfe (Rollator oder Stock) benutzen. Dadurch, dass man mit zunehmendem Alter gerade bei fehlender Bewegung sehr schnell Muskelmasse verliert (Sarkopenie), kann es durch die abnehmende Bewegung nach einem Sturz auch innerhalb von Tagen bis Wochen zu einem Schwund der Muskelmasse und der Muskelkraft kommen, was das Risiko für einen neuen Sturz erhöht. Spüren diese Patienten zusätzlich Angst vor neuen Stürzen und bewegen sich deshalb auch weniger (Vermeidungsverhalten), steigt das Risiko zu stürzen noch einmal an. Ein Sturz beim älteren Menschen kann also – anders als bei vielen jüngeren Menschen – zum einen durch mehrere zusammenspielende Ursachen ausgelöst werden und zum anderen sehr weitreichende Folgen haben, welche die Selbstständigkeit im Alltag bedrohen und auch massiv einschränken können.

Weitere Beispiele für geriatrische Syndrome sind Störungen der Hirn- und Gedächtnisfunktion (Demenz/Delir), Blasenschwäche (Harninkontinenz), Mangelernährung (Malnutrition), Schluckstörungen (Dysphagie) oder auch eine gestörte Mundgesundheits- oder Blutarmut (Anämie).

Wie erfolgt eine geriatrische Behandlung im Krankenhaus?

In Deutschland gibt es drei verschiedene Formen von geriatrischer Krankenhausbehandlung, die allerdings nicht in allen Bundesländern gleichermaßen angeboten werden:

1. *Akutgeriatrie*

In einer Akutgeriatrie werden Patienten ab einem Alter von 70 Jahren behandelt, die an einem geriatrischen Syndrom leiden und eine akute behandlungsbedürftige Erkrankung haben wie z.B. eine Lungenentzündung oder ein Schmerzsyndrom. Sie werden gewöhnlich vom Hausarzt oder einem anderen mitbehandelnden Arzt eingewiesen, können aber auch im Notfall über eine Notaufnahme aufgenommen werden. Sind sie stationär aufgenommen, erhalten sie während des meist 15-tägigen Krankenhausaufenthaltes sowohl ärztlich-pflegerische Diagnostik und Therapie als auch bereits von Anfang an therapeutisches Training wie in einer Rehabilitation. Diese Kombination aus akuter Behandlung und Rehamaßnahmen nennt man daher auch geriatrische Frührehabilitation oder geriatrische Komplexbehandlung. Diese werden in Abteilungen angeboten, die sich Akutgeriatrie oder auch einfach nur Geriatrie nennen. Die Patienten werden von einem Behandlungsteam betreut, das sich aus Altersmedizinern (Geriatern), Pflegefachkräften, Therapeuten (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie), Sozialarbeitern und Neuropsychologen zusammensetzt. Um genau zu wissen, woran der jeweilig neu aufgenommene Patient leidet, ob Funktionsstörungen von Körper oder Gedächtnis vorliegen, vielleicht eine Muskelkraftminderung oder Gehstörung bestehen und ob der Patient seine Alltagsfähigkeiten noch selbstständig durchführen kann, untersucht man den Patienten mit Hilfe geriatrischer Assessments. Diese werden zu Beginn des Aufenthaltes und kurz vor der Entlassung durchgeführt. Man vergleicht dann die Ergebnisse miteinander und kann so erkennen, in welchen Bereichen der Patient nach der Entlassung möglicherweise weitere Unterstützung benötigt. Diese kann nach

Absprache vom Sozialdienst organisiert werden. Gemeinsam mit dem Patienten und seinen Angehörigen werden diese Angebote besprochen, damit der Patient selbst entscheiden kann, welche Maßnahmen er bevorzugt. Bei Entlassung bekommt der Patient gewöhnlich einen Entlassbrief für den Hausarzt mit, in dem sowohl die Diagnosen und durchgeführten Therapien als auch die Ergebnisse der geriatrischen Assessments und die Medikamente aufgeführt sind.

2. *Geriatrische Rehabilitation*

In einer geriatrischen Rehabilitation werden ebenfalls Patienten über 70 Jahre aufgenommen. Der Unterschied ist, dass der Patient nicht an einer akut behandlungsbedürftigen Erkrankung leidet. Meist sind diese Patienten schon wieder deutlich gesünder als Patienten in der Akutgeriatrie und können sich im Alltag ohne oder mit nur wenig Unterstützung selbst versorgen. Ein Aufenthalt in einer geriatrischen Rehabilitation ist nur dann möglich, wenn vorher bei der Krankenkasse ein Antrag gestellt wurde und dieser für einen bestimmten Zeitraum (meist für drei Wochen) bewilligt wurde. Auch in einer geriatrischen Rehabilitation wird der Patient von einem Team betreut, allerdings liegt hier der Behandlungsschwerpunkt bei den Therapeuten. Anders als in der Akutgeriatrie machen die Geriater in einer geriatrischen Rehabilitation gewöhnlich nicht jeden Tag Visite, weswegen die Patienten mitunter auch an manchen Tagen keine Ärzte sehen, obwohl sie da sind. Ebenso wie in einer Akutgeriatrie werden auch in einer geriatrischen Rehabilitation geriatrische Assessments durchgeführt und deren Ergebnisse vom Aufnahmezeitpunkt mit denen vom Entlasszeitpunkt verglichen, um aus den Unterschieden Schlüsse darüber ziehen zu können, wo der Patient nach Entlassung noch Unterstützungsbedarf hat.

3. *Geriatrische Tagesklinik*

Für die Aufnahme in eine geriatrische Tagesklinik muss kein Antrag bei der Krankenkasse gestellt werden. Hier genügt eine Einweisung vom Hausarzt. Das Besondere an einer tagesklinischen (oder auch teilstationären) Behandlung ist, dass die Patienten nachts und am Wochenende zu Hause sind. Sie kommen an den Wochentagen morgens in die Tagesklinik, werden dort entsprechend der geriatrischen Assessmentergebnisse von Ärzten, Pflege Mitarbeitern und Therapeuten betreut und behandelt und gehen nachmittags wieder nach Hause. Oft gibt es dafür

auch Fahrdienste. Patienten, die in eine Tagesklinik kommen, sind gewöhnlich fitter als Patienten in einer Akutgeriatrie und sind auch nicht akut erkrankt. Ein tagesklinischer Aufenthalt bietet sich für die Patienten an, die ihre Selbstständigkeit im Alltag erhalten wollen oder sich auch nach längeren Krankenhausaufenthalten wieder langsam in den häuslichen Alltag einleben wollen.

Gibt es auch eine geriatrische Behandlung in Arztpraxen?

Im ambulanten Bereich werden geriatrische Patienten meist von ihren Hausärzten behandelt, die idealerweise über Grundkenntnisse der Altersmedizin verfügen. Das ist jedoch nicht immer der Fall, da Hausärzte trotz ihrer breiten Ausbildung eigene Schwerpunkte haben, die nicht immer die Altersmedizin mit einbeziehen. Man kann daher offen danach fragen. Inzwischen gibt es sehr vereinzelt auch erste Praxen in Deutschland, in denen eine spezielle geriatrische Diagnostik von ausgebildeten Geriatern angeboten wird. Das ist bisher aber noch sehr selten. Allerdings wird auch in diesen Praxen keine Behandlung angeboten, die der Komplexbehandlung in einer Akutgeriatrie oder einer geriatrischen Rehabilitation gleicht. Auch gibt es im ambulanten Bereich leider bis heute keine geregelte Teamarbeit aus Geriatern, Pflegefachkräften, Therapeuten und Sozialarbeitern. Therapeuten können nur nach ärztlicher Überweisung handeln, Pflegefachkräfte können meist erst nach Bewilligung eines Pflegegrades aktiv werden und für eine sozialdienstliche Beratung kann man sich an lokale Bürgerbüros oder auch an Seniorenberatungszentren unterschiedlicher Trägerschaften wenden. Im ländlichen Bereich ist auch in diesen Fällen der Hausarzt der erste Ansprechpartner.

Was im Alter besser wird

Für viele Menschen ist Altern vor allem mit körperlichem und geistigem Abbau und Funktionsverlust verbunden. In unserer Gesellschaft wird Altern daher auch oft sehr negativ betrachtet. Dabei wird dann übersehen, dass Altern auch eine ganze Reihe Vorteile mit sich bringt:

- *Zeit*

Durch den Eintritt in den Ruhestand endet die Verpflichtung für eine Berufstätigkeit. Hinzu kommt, dass sich die familiären Verpflichtungen ändern, die Kinder sind inzwischen erwachsen und selbstständig und der Alltagsstress wird weniger. Man hat mehr Zeit für sich und seine Interessen. Wer sich dennoch eine neue Aufgabe suchen will, kann das tun und dabei ganz gezielt nach einem Aufgabenfeld schauen, das den eigenen Ansprüchen auch entspricht. So gibt es Senioren, die sich ein Ehrenamt suchen oder eine Weiterbildung und mitunter auch ein Studium beginnen. Dadurch, dass der Druck wegfällt, finanziell unabhängig werden zu müssen, kann man sich auch viel entspannter in neue Aufgaben einarbeiten.

- *Lebenserfahrung*

Zu keinem früheren Zeitpunkt verfügt man über so viel Lebenserfahrung wie im hohen Alter. Diese Lebenserfahrung kann einem persönlich helfen, Krisen besser zu bewältigen. Wenn man diese Lebenserfahrung mit anderen, jüngeren Menschen teilt (aber nicht aufdrängt!), kann man damit sehr hilfreich unterstützen und Mut machen.

- *Einflussnahme*

Menschen, die auf ein langes Leben zurückblicken, haben sehr oft Zeiten, Abläufe und Entwicklungen erlebt, die jüngere Menschen nur aus Büchern oder Medien kennen. Hochbetagte Menschen können als Zeitzeugen sehr wesentlichen Einfluss auf den Umgang mit Geschichte nehmen und dazu beitragen, dass nicht vergessen wird, was in Erinnerung bleiben soll. Darüber hinaus regt der Austausch mit Hochbetagten über das »Früher« und »Heute« auch dazu an, Entwicklungen zu hinterfragen und neue Ideen aufkommen zu lassen.

- *Lesen ohne Brille*

Viele ältere Menschen benötigen mit zunehmendem Lebensalter eine Lesebrille. Das hängt mit der schwächer werdenden Verformbarkeit der Augenlinse zusammen. Dadurch kann man in der Ferne besser sehen als in der Nähe (Altersweitsichtigkeit). Kurzsichtige Menschen erleben mit zunehmendem Alter jedoch oft, dass sie aufgrund der Altersweitsichtigkeit auch ohne Brille lesen können und beim Zeitunglesen die Brille abnehmen, statt aufsetzen.

- *Gewicht darf höher sein*

Bei älteren Menschen gelten für den sogenannten Body-Mass-Index (BMI) andere Grenzwerte. Während bei jüngeren Menschen die Grenze des BMI von Normalgewicht zu Übergewicht schon bei 25 kg/m^2 liegt, verschiebt sie sich bei hochbetagten Personen auf $> 25 \text{ kg/m}^2$. Das liegt an einer veränderten Verteilung von Fettgewebe und Wasseranteilen im Körper. Ältere Menschen mit einem höheren BMI haben bei schweren Erkrankungen auch eine größere Genesungschance als Patienten mit einem niedrigeren BMI.

- *Zurückgeben können*

Gerade wenn die Ehefrau aufgrund von akuten oder chronischen Erkrankungen eine Pflegebedürftigkeit entwickelt und der Ehemann in den Part des Pflegenden kommt, sprechen nicht wenige davon, etwas zurückgeben zu können, wofür sie tiefe Dankbarkeit empfinden. Denn meistens haben die Ehefrauen zu Gunsten der Kinder in der Vergangenheit verzichtet.

- *Normalität*

Nirgendwo sonst werden Krankheit und Defizite so gut toleriert und akzeptiert wie in einer intakten Familie. Betroffene müssen sich nicht verstellen, sie müssen nicht zwingend Leistungen erbringen, zu welchen sie körperlich einfach nicht mehr in der Lage sind. In seiner Erkrankung angenommen zu werden und diesen Zustand, eben auch eine Pflegebedürftigkeit als Normalität zu akzeptieren, ist ein innerfamiliärer, sehr positiver Effekt für alle Beteiligten.