

J. Bruder, C. Lucke, A. Schramm, H.P. Tews, H. Werner

WAS IST GERIATRIE?

Expertenkommission der
DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR GERIATRIE
und
DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR GERONTOLOGIE
zur Definition des Faches Geriatrie

INHALTSVERZEICHNIS

A. Einige Daten zur geriatrischen Versorgung	3
B. Zur Notwendigkeit der eigenen Identität des Geriaters	3
C. Eine neue Definition geriatrischer Tätigkeit	4
D. Dimensionen geriatrischer Medizin	5
1. Wissensmodifikation	5
2. Multimorbidität	7
3. Risikoerkennung	8
4. Senile Demenz	8
5. Einwilligungsfähigkeit und Schutz von Rechten	9
6. Psychosomatische Zusammenhänge	9
7. Hierarchisierung	10
8. Rehabilitation	10
9. Irreversibilität	11
10. Todesnähe	11
11. Polarität.....	12
12. Weiterversorgung	12
13. Umfeldbezogenheit	12
14. Angehörigenarbeit	13
15. Konsiliarwirkung	14
16. Interdisziplinarität	14
17. Strukturell-organisatorischer Umbruch	15
E. Zum Nutzen der vorgestellten Definition für die Entscheidung zwischen geriatrischer und internistischer Behandlung	16
F. Zur Kontroverse: Geriatriisierung der Spezialgebiete oder Spezialisierung in Geriatrie	17
G. Abschließende Bemerkungen	17

A. Einige Daten zur geriatrischen Versorgung

Die Zahl sehr alter Menschen mit hohem Morbiditätsrisiko wächst rasch. So werden z.B. die über 90jährigen von 1955 - 1995 um etwa 1.000% auf über 200.000 zugenommen haben. Immer häufiger wird das Nebeneinander von behandelbaren Krankheiten, chronischen Einschränkungen und unaufhaltsamen Rückbildungsprozessen zum Durchschnittsfall. Die Erwartungen an die Qualität der Versorgung steigen.

Geriatrische Behandlung findet in Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulant statt. Im Krankenhausbereich stehen in Deutschland derzeit ca. 4.500 Betten in etwa 70 Abteilungen mit internistisch-geriatrischer Orientierung zur Verfügung. Hinzu kommen in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern etwa 13.000 Betten in Abteilungen für psychisch kranke alte Menschen. Hierbei sind die Einrichtungen in den neuen Bundesländern und in Berlin nicht berücksichtigt. 17.500 Betten machen weniger als 3% der insgesamt vorhandenen 670.000 stationären Behandlungsplätze aus. Aber auf die über 65jährigen entfallen nahezu 40% der Pflagetage.

In den alten Bundesländern gibt es unterschiedlich weit vorangeschrittene Planungen für den Ausbau der stationären geriatrischen Versorgung. Die Zahl der in den nächsten 10 Jahren vorgesehenen Betten liegt zwischen 6.000 und 10.000. Besonders von politischer Seite wird darüber hinausgehend immer mehr gefordert, geriatrische Kliniken flächendeckend und wohnortnah zur Verfügung zu stellen.

Etwa 270.000 pflegebedürftige und kranke alte Menschen werden ständig in Pflegeheimen versorgt, durchschnittlich 2-3 Jahre lang bis zu ihrem Tod. Aus den erwähnten demographischen Gründen wird die Zahl der Plätze für pflegeheimbedürftige alte Menschen in den nächsten Jahren erheblich anwachsen müssen. Etwa eine Million pflegebedürftiger Menschen wird darüber hinaus im familiären Umfeld betreut.

Bei der Ermittlung des künftigen Bedarfs sind zwei Probleme zu berücksichtigen: Erstens haben sich Prognosen über den Anstieg der Lebenserwartung in den letzten 30 Jahren überwiegend als zu niedrig erwiesen. Zweitens ist es strittig, ob der Zuwachs an Jahren vorwiegend Lebens-

zeit in Gesundheit oder Lebenszeit in Krankheit und Abhängigkeit bedeutet. Einiges spricht dafür, daß der größere Teil der verlängerten Lebenszeit durch Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit gekennzeichnet ist.

B. Zur Notwendigkeit der eigenen Identität des Geriaters

Wer zum gegenwärtig noch kleinen Kreis geriatrisch engagierter Ärzte zählt, befindet sich in einer unübersichtlichen und schwierigen Situation. Nicht selten empfindet der Geriater, zu einer Minderheit zu gehören und ein von Ärzten anderer Fachgebiete eher gering angesehenes Feld der Medizin gewählt zu haben. Zugleich hat der einzelne Arzt aber oft das Bewußtsein, eine schwere und neue Aufgabe in einem zunehmend wichtigen Bereich zu bewältigen. Immer wieder wird ihm daneben deutlich, daß geriatrische Medizin bisher über keine befriedigende inhaltliche Bestimmung im Sinne ihrer Eigenständigkeit verfügt.

Die Entwicklung in der Geriatrie unterscheidet sich erheblich von den bisherigen Verselbständigungsprozessen medizinischer Teilgebiete. Für diese galt in der Regel, daß neues und spezielles Wissen allmählich anwuchs. Wenn es einen ausreichend großen Umfang erreicht hatte, um die Kapazität der sich damit befassenden Ärzte auszulasten und ein abgegrenztes, eigenes Zugehörigkeitsgefühl zu ermöglichen, kam es zu einer endgültigen Abtrennung und Neubenennung (Neurologie, Orthopädie, Dermatologie, Urologie). Die Identitätsentwicklung erfolgte also weitgehend auf der Grundlage einer neuen Wissensbasis innerhalb des Muttergebietes. Bei der Geriatrie dagegen haben nicht nur der Zuwachs an Wissen, sondern über einzelne Gebiete hinausreichende Faktoren zur Entstehung des eigenen Faches geführt. Dazu zählen das häufige Versagen der traditionellen Medizin bei der Betreuung alter Menschen, der notwendige interdisziplinäre Zugang zur Bewältigung der Probleme, deren Komplexität und schließlich die Summe der im folgenden näher zu erläuternden Dimensionen wie etwa: HIERARCHISIERUNG, TODESNÄHE und POLARITÄT.

Zu lange wurde auf die selbstverständliche Akzeptanz eigenständiger geriatrischer Arbeit vertraut. Bedauerlicherweise geriet die - auch

theoretische - Beschreibung ihrer grundsätzlichen Merkmale dadurch in Vernachlässigung. Die Auseinandersetzung um die Anerkennung der Eigenständigkeit geriatrischer Medizin und um die Entwicklung von Ausbildungsstrukturen wurde nicht ausdrücklich genug geführt. Allein mit der Berufung auf Standardmerkmale wie Alter und Multimorbidität ließ sich in den etablierten Medizingebieten mit einem bereits hohen Anteil alter Menschen kein Verständnis für die Notwendigkeit geriatrischer Spezialisierung erreichen.

Der beschriebene Theoriemangel muß auch im Hinblick auf Arbeitssituation und professionelle Identität des einzelnen geriatrisch tätigen Arztes bewertet werden. Unter dem Einfluß der beschriebenen Widersprüche ist es schwer, das Selbstbewußtsein zu entwickeln, das zu jeder spezialisierten Tätigkeit gehört. Mit Recht beansprucht der geriatrisch arbeitende Arzt jedoch Klarheit bezüglich seiner beruflichen Rolle und die Chance, daraus Orientierung und Sicherheit abzuleiten. Ein wichtiger Grund für den gegenwärtigen Mangel geriatrisch engagierter Ärzte liegt sicher auch in den sehr begrenzten Möglichkeiten formal anerkannter geriatrischer Spezialisierung. Außerdem ist anzunehmen, daß Theoriedefizit und definitorische Unklarheit dazu beigetragen haben, daß die üblichen strukturellen Hierarchiestufen der Versorgung in der Geriatrie im Gegensatz zu den etablierten medizinischen Teilgebieten nahezu völlig fehlen, also Einrichtungen der Standardversorgung, der Schwerpunktversorgung und der universitären Versorgung, Ausbildung und Forschung. Für selbstbewußte und ehrgeizige Ärzte, die man sich in der Geriatrie wünschen muß, fehlt damit eine Perspektive für die professionelle Entwicklung. Dieser Umstand unterhält den Mangel an Geriatern.

C. Eine neue Definition geriatrischer Tätigkeit

Alter ist kein ausreichendes Beschreibungsmerkmal eines geriatrischen Patienten. Alte Patienten sind nicht a priori aufgrund ihres Alters von jüngeren Patienten so deutlich zu unterscheiden, daß sie ein insgesamt andersartiges, spezialisiertes ärztliches Vorgehen erfordern. Deshalb ist Geriatrie keinesfalls eine Medizin aller über 65jährigen Patienten.

Ein typischer Mangel bisher vorliegender nicht altersbezogener Geriatrie-Definitionen war ihre zu große Allgemeinheit. Sie beschränkten sich auf die Betonung der Multimorbidität, Chronizität und Komplexität verschiedener Einflußfaktoren und Verlaufsmerkmale. Mit ihrer Hilfe ließ sich der geriatrische Patient häufig nicht von einem internistischen Patienten unterscheiden.

Eine gelungene Definition muß geriatrische Tätigkeit von den bereits vorhandenen Gebieten, insbesondere von der Inneren Medizin als andersartig und eigenständig abgrenzen. Zugleich sollten sich alle Felder geriatrischer Medizin in ihr wiederfinden können: Geriatrische Akut- und Rehabilitationskliniken, gerontopsychiatrische Kliniken, Pflegeheime, ambulante und konsiliarische Dienste. Sie muß verständlich sein und - soweit es geht - einfach. Entscheidungsprozesse, die mit ihrer Hilfe vollzogen werden, sollten reproduzierbar sein. Die in dieser Definition festgehaltenen Merkmale sollten sich außerdem möglichst so gut erfassen lassen, daß sie u.a. als Entscheidungshilfe in Akutsituationen dienen können. Eine solche Situation ist z.B. die Nachtdienstaufnahme eines alten Patienten in ein Allgemeinkrankenhaus, das neben einer internistischen auch eine geriatrische Abteilung besitzt, wobei es nun um die richtige Zuweisung geht.

Im folgenden wird eine inhaltliche Bestimmung geriatrischer Tätigkeit vorgelegt, die insgesamt 17 Dimensionen umfaßt. Diese lassen sich drei verschiedenen Aspekten zuordnen: Erstens geht es um spezielle und eigene Wissensinhalte. Der zweite Aspekt betrifft charakteristische Formen der Wahrnehmung und des Verstehens, besonders im Hinblick auf die Integration zahlreicher unterschiedlicher Gesichtspunkte des geriatrischen Patienten. Häufiger als in anderen organspezialisierten Teilgebieten muß darüber hinaus der Betrachtungsstandort gewechselt werden, und manchmal kommen ein und derselben Gesichtspunkt unterschiedlich große oder sogar wechselnde Bedeutungen zu. Der dritte grundsätzliche Aspekt geriatrischer Identität betrifft das Erleben der Arbeit. Die speziellen psychologischen und emotionalen Anforderungen und Rahmenbedingungen geriatrischer Arbeit erfordern ein besonders hohes Maß an Verarbeitungs- und Bewältigungskraft.

Die 17 Dimensionen sind unterschiedlich komplex, unterschiedlich abstrakt und unterschiedlich klar voneinander abgrenzbar. Keine hat aus-

schließlich in der Geriatrie Bedeutung. Einige sind sich inhaltlich nah oder verweisen aufeinander. Jede für sich hat aber erkennbar eigenes Gewicht und leistet einen unabhängigen Beitrag zum Verständnis von Geriatrie. Für den einzelnen Patienten müssen nicht alle 17 Dimensionen zugleich Bedeutung haben, aber alle zusammen verdeutlichen die Komplexität geriatrischer Arbeit. Erst ihre Summe begründet die Eigenständigkeit der Geriatrie. Deshalb verschließt dieses Gebiet sich einer kurzen Definition.

D. Dimensionen geriatrischer Medizin

1. GERIATRISCHE MEDIZIN BEFASST SICH MIT DEN ALTERSBEDINGTEN FAKTOREN, DIE DAS WISSEN VIELER MEDIZINISCHER FACHGEBIETE MODIFIZIEREN (WISSENS-MODIFIKATION)

Ein medizinisches Teilgebiet entsteht und gewinnt Eigenständigkeit, wenn demographische oder epidemiologische Veränderungen, die Notwendigkeiten der Patientenversorgung und die Fülle des angesammelten Wissens ein so großes Gewicht entwickeln, daß das Hervortreten aus der Gesamtmedizin – die Spezialisierung – unumgänglich wird.

Die sich wandelnde Altersstruktur der Bevölkerung, die Versorgungsprobleme kranker alter Menschen, aber auch das in den letzten Jahren angesammelte Wissen über Physiologie, Pathophysiologie und Pathologie des alten Menschen sind Realitäten, die zur Entwicklung der Geriatrie führten.

Geriatriisches Wissen basiert auf dem Teilwissen zahlreicher medizinischer Fachgebiete. Die in der geriatrischen Forschung gewonnenen Erkenntnisse über altersbedingte Veränderungen von Parametern und über die Zusammenhänge von Alter und Krankheit modifizieren dieses Wissen. Dies wird an den folgenden acht Punkten deutlich:

- *MIT ZUNEHMENDEM LEBENSALTER ÄNDERN SICH STRUKTUR UND FUNKTION DES MENSCHLICHEN ORGANISMUS*

Physiologische Altersveränderungen auf der Ebene des Gesamtorganismus, der einzelner Organsysteme und auf zellulär-molekularer

Ebene müssen in der Geriatrie im Hinblick auf ihre funktionellen Auswirkungen betrachtet werden. Physiologische Altersveränderungen können zu totalem Funktionsverlust (z.B. Hörverlust bei höheren Frequenzen), Funktionsminderung bei gleichzeitiger Strukturveränderung (z.B. Korrelation der Nierenfunktion mit der abnehmenden Zahl der Nephrone) oder zur Funktionsminderung ohne erkennbare Strukturveränderung (z.B. Abnahme der Nervenleitungsgeschwindigkeit) führen. Es sind jedoch auch Funktionssteigerungen möglich wie die erhöhte Ausschüttung anti-diuretischen Hormons bei osmotischen Veränderungen.

Die Kenntnis der veränderten Körperzusammensetzung, der strukturellen und funktionellen Veränderungen der Organsysteme und der altersbedingten Veränderungen an den vegetativen Systemen (Homöostase, Thermoregulation, Rezeptoren, kardiovaskuläre und pulmonale Funktionen) eröffnet das Verständnis für pathogenetische Vorgänge und besondere Reaktionsweisen des Organismus im Alter. Daraus ergeben sich weitreichende Konsequenzen für Diagnostik und Therapie in allen medizinischen Teilgebieten.

Physiologische Altersveränderungen sind interindividuell variabel und zeigen auch intraindividuell an einzelnen Organsystemen unterschiedlich starke Ausprägungen. Sie variieren zudem historisch: der 75jährige ist heute biologisch jünger als der 75jährige vor 50 Jahren. Altersveränderungen sind schwer meßbar. Fixpunkte wie in der Entwicklung Jugendlicher (Zahnung, Knochenkalzifikation zur Altersbestimmung) gibt es in der Geriatrie nicht. Die altersbedingten physiologischen Funktionsänderungen bilden sich langsam und kaum merklich aus. Ihre richtige Einschätzung erfordert deshalb viel Wissen und Erfahrung in der Betreuung alter Menschen.

- *NORMWERTE SIND IM ALTER VERÄNDERT UND MÜSSEN ANDERS INTERPRETIERT WERDEN*

Normwerte, z.B. für Lungenfunktions-, Herz-Kreislauf- oder neurophysiologische Parameter ändern sich mit zunehmendem Lebensalter. Die Kenntnis dieser Veränderungen ist zur Beurteilung und Differenzierung zwischen normal und pathologisch unerlässlich.

Die meisten biochemischen Daten zeigen im Alter die gleichen Referenzwerte wie im jüngeren Lebensalter. Eine wichtige Ausnahme ist die

Blutsenkungsgeschwindigkeit, die im Alter höher ist als in jüngeren Jahren. Andere biochemische Werte müssen im Alter anders interpretiert werden: z.B. überschätzt das unkorrigierte Serumkreatinin die Nierenfunktion des alten Menschen, die besser durch die Kreatinin-Clearance repräsentiert wird. Bei einigen Tests ist ein verändertes Krankheitsspektrum in Betracht zu ziehen. So ist die Erhöhung der alkalischen Phosphatase im Alter ebenso häufig Zeichen einer Erkrankung des Skelettsystems wie des hepatobiliären Systems.

- *PHYSIOLOGISCHE ALTERSVERÄNDERUNGEN BEEINFLUSSEN IN VIELFÄLTIGER FORM ENTSTEHUNG, VERLAUF UND PROGNOSE VON KRANKHEITEN IM ALTER*

Die typische geriatrike pathogenetische Kette geht von der physiologischen Altersveränderung stufenlos in Krankheit über und kann schließlich zu Sekundärerkrankungen führen (Osteoporose-Schenkelhalsfraktur-Immobilisationssyndrom-reaktive Depression). Die Übergänge sind fließend und oft schwer erkennbar.

Physiologische Altersveränderungen im Immunsystem führen zu verstärkter Anfälligkeit gegen Infektionen und zu gehäuftem Auftreten von Autoimmunerkrankungen. Sie bestimmen den Krankheitsverlauf und die Prognose. Einige maligne Erkrankungen, z.B. die chronische lymphatische Leukämie und epitheliale Tumoren, verlaufen im Alter weniger bösartig.

- *KRANKSEIN IM ALTER IST GEKENNZEICHNET DURCH VERÄNDERTE EPIDEMIOLOGIE UND MULTIMORBIDITÄT*

Einige Erkrankungen zeigen im Alter eine hohe Inzidenz, u.a. Demenz, Schlaganfall, Polymyalgia rheumatika, Herpes zoster, Angiodysplasien des Colons und Autoimmunerkrankungen.

Typischerweise muß im Alter nicht nur mit einem veränderten Krankheitsspektrum, sondern auch mit einer Vielzahl gleichzeitiger Erkrankungen gerechnet werden (s. a. MULTIMORBIDITÄT). Der alte Mensch ist also grundsätzlich in dreifacher Hinsicht gefährdet: durch Interaktionen verschiedener Erkrankungen, durch Interaktionen von verschiedenen Krankheiten mit verschiedenen Therapien und schließlich durch Nichtbeachtung wichtiger Krankheiten.

- *KRANKHEITSBILDER HABEN IM ALTER EIN ANDERES GEWICHT*

Das veränderte Gewicht einzelner Krankheiten ergibt sich daraus, daß triviale Störungen bei alten Menschen in vieler Hinsicht weitreichende, zum Teil fatale Folgen haben können. Eine an sich harmlose Radiusfraktur kann zu weitgehendem Verlust der Selbstversorgungsfähigkeit führen. Andererseits ist etwa die systolisch/diastolische Hypertonie bei einem 80jährigen in therapeutischer und prognostischer Hinsicht völlig anders zu bewerten als bei einem 50jährigen. Das veränderte Gewicht von Krankheiten im Alter zwingt häufig dazu, diagnostische und therapeutische Akzente anders zu setzen als bei jüngeren Patienten.

- *ERKRANKUNGEN IM ALTER ZEIGEN OFT EINE UNCHARAKTERISTISCHE SYMPTOMATIK UND EINEN ATYPISCHEN VERLAUF*

Manche Erkrankungen sind im Alter dadurch gekennzeichnet, daß typische Symptome wie Fieber bei Infektionskrankheiten, Brustschmerz bei Herzinfarkt oder Schmerzen bei perforierter Appendizitis fehlen. Schilddrüsenerkrankungen präsentieren sich atypisch in einer Mono- oder Oligosymptomatik.

Dagegen manifestieren sich viele Erkrankungen bei alten Menschen durch allgemeine Symptome sowie Funktionsverluste, die zunächst nicht an spezifische Erkrankungen denken lassen: Nahrungsverweigerung, Sturz, Harninkontinenz, Schwindel, akute Verwirrtheit, Gewichtsverlust, Antriebsschwäche u.a.m.

Häufig kommt es zu Fehleinschätzungen und Fehlinterpretationen von Symptomen und Behinderungen durch den alten Menschen selbst. Gravierende Symptome wie Atemnot, Ödeme, Blutungen oder Inkontinenz werden verharmlost, als altersbedingt angesehen und deshalb häufiger nicht spontan berichtet. Der Geriater muß gezielt nach diesen Beschwerden fragen.

Verlauf und Inhalte vieler psychischer Erkrankungen erfahren durch das Alter eine Abwandlung: Zunahme der Chronifizierungsneigung, Akzentuierung schuld-wahnhafter Inhalt, aber auch Intensitätsabnahme psychosomatischer und neurotischer Symptome.

● *IM ALTER IST DIE ADAPTIONSFÄHIGKEIT AN BELASTUNGEN VERMINDERT*

Aufgrund physiologischer Altersveränderungen ist die Adaptionfähigkeit von Organsystemen an Belastungen eingeschränkt. Die funktionelle Reservekapazität nimmt ab. Normale Belastungen werden gut bewältigt, die Leistungsgrenze wird jedoch schneller erreicht. Bei Überschreiten der maximalen Funktionsgrenze durch körperliche, psychische oder soziale Einflüsse kommt es zur Dekompensation. Die verminderte Adaptionfähigkeit begünstigt und beschleunigt das Auftreten von Erkrankungen.

● *PHYSIOLOGISCHE ALTERSPROZESSE VERÄNDERN DIE PHARMAKOKINETIK UND PHARMA-KODYNAMIK*

Die Besonderheiten der klinischen Pharmakologie und Pharmakotherapie im Alter sind ein wichtiger Gegenstand der Geriatrie. Neben altersbedingt veränderten pharmakokinetischen Parametern, z.B. anderer Arzneimittelverteilung bei veränderter Körperzusammensetzung oder Verminderung der renalen Eliminationsfähigkeit, müssen auch die Einflüsse bereits behandelter und nichtbehandelter Erkrankungen des alten Patienten berücksichtigt werden. Auch seine psychische und soziale Situation, besonders die Qualität seiner Versorgung, müssen in pharmakotherapeutische Überlegungen einfließen.

Als Zeichen einer veränderten Pharmakodynamik gelten beispielsweise die im hohen Alter stärker und länger anhaltenden Effekte einiger Analgetika und die erhöhte Empfindlichkeit für Arzneimittelwirkungen aufgrund veränderter homöostischer Funktionen, z.B. verstärkte Orthostasereaktionen bei antihypertensiver Therapie.

Unerwünschte Wirkungen von Medikamenten treten im Alter besonders häufig auf, vor allem bei Digitalisglykosiden, Diuretika, Psychopharmaka und nicht-steroidalen Antirheumatika. Darüber hinaus führt die Vielzahl gleichzeitig vorliegender Erkrankungen in vielen Fällen zur Polypharmakotherapie. Risikofaktoren für die Polypharmakotherapie sind neben der Multimorbidität auch die Hilfslosigkeit des Therapeuten angesichts chronischer, irreversibler Erkrankungen (ut aliquid fiat), hohes Lebensalter, Krankenhaus- und Pflegeheimbehandlung und mehrere gleichzeitig behandelnde Ärzte. Die Interaktionen der verschiedenen Arzneimittel können den

alten Menschen gefährden. Das Auftreten unerwünschter Wirkungen ist direkt abhängig von der Zahl der verabreichten Medikamente.

2. GERIATRISCHE MEDIZIN BESCHÄFTIGT SICH GLEICHZEITIG ODER ZEITLICH VERSETZT MIT VIELEN VERSCHIEDENEN AKTIVEN ODER INAKTIVEN KRANKHEITEN (MULTIMORBIDITÄT)

Mit zunehmendem biologischen Alter wächst die Prävalenz gleichzeitig nebeneinander bestehender ruhender Leiden und aktiver Krankheiten. Dieses vielfache Kranksein kann ein einzelnes Organ betreffen (Organpolyopathie). Andererseits können die verschiedenen Diagnosen alle Grenzen zwischen den traditionellen organbezogenen Gebieten der Medizin überschreiten. Darüber hinaus werden die einzelnen Erkrankungen in ihrer Bedeutung von psychosozialen Faktoren bestimmt bzw. modifiziert.

Bei der Multimorbidität kann es sich um kausalunabhängige Begleiterkrankungen handeln oder um kausalabhängige Kombinationskrankheiten. Das Neuauftreten einer Erkrankung oder die Entgleisung eines Leidens kann in spezifischer Weise geriatrische Krankheitsketten auslösen. So führt beispielsweise eine Pneumonie auf dem Boden eines Lungenemphysems zu kardialer Dekompensation; diese läßt eine zuvor asymptotische Karotisstenose kritisch werden mit der Folge eines Hirninfarktes.

Stabile Gleichgewichte abhängiger Erkrankungen werden durch neue Krankheitsprozesse, Änderungen im psychosozialen Umfeld oder auch durch Therapiemaßnahmen (Medikamente, Operationen, physikalische Therapie) destabilisiert. Dadurch können zusätzliche Krankheiten oder Krankheitsketten entstehen.

Die nebeneinander bestehenden Leiden und Krankheiten haben unterschiedliche Schweregrade und unterschiedliche Bedeutung für den Patienten hinsichtlich Lebenserwartung, Leidensdruck und Kompetenz. Alle therapeutischen Maßnahmen müssen dementsprechend gewichtet werden.

Die Kombinationsmöglichkeiten der primär unabhängigen Erkrankungen machen die Geriatrie zu einer ausgesprochenen Individualmedizin für jeden einzelnen Patienten. Die Kompetenz des Geriaters muß aus der Beherrschung der Inneren Medizin oder der Nervenheilkunde und

aus Teilkenntnissen benachbarter Fächer erwachsen und ganzheitlich auf den einzelnen zentriert sein. Das läßt den reinen Organspezialisten in der Regel für die Behandlung des typischen multimorbiden geriatrischen Patienten wenig geeignet erscheinen. Da der Geriater aber nicht in allen Fachgebieten eingehende Kenntnisse und Fähigkeiten besitzen kann, benötigt er in großem Umfang konsiliarische Unterstützung (Konsiliarbedarf).

3. GERIATRISCHE MEDIZIN BEFASST SICH UNTER PRÄVENTIVEN GESICHTSPUNKTEN MIT DER IDENTIFIKATION VON RISIKOPATIEN (RISIKOERKENNUNG)

Alte Menschen mit chronischen Erkrankungen, Behinderungen oder Funktionsverlusten neigen dazu, ihre Symptome dem Arzt nicht mitzuteilen, sondern erst dann Hilfe zu suchen, wenn eine gesundheitliche bzw. soziale Krise eingetreten ist. Der Geriater muß deshalb bisher unbekannte Erkrankungen oder Risikofaktoren bei alten Menschen erkennen, um dem drohenden Verlust der physischen, psychischen oder sozialen Unabhängigkeit vorzubeugen.

Die Erfüllung dieser präventiven Aufgabe ist bei denjenigen alten Menschen weniger problematisch, die von sich aus den Arzt aufsuchen oder diesem bereits bekannt sind. Bei ihnen muß besonders an die Erkrankungen gedacht werden, über die häufig spontan nicht berichtet wird: Inkontinenz, Demenz, Depression, Störungen des Bewegungsapparates, Parkinson-Syndrom. Ein weiterer Schwerpunkt geriatrischer Risikoerkennung liegt bei alten Menschen, die aus eigenem Antrieb Hilfe nicht suchen können oder wollen. Dies gilt besonders für über 80jährige, für alte Menschen nach Partnerverlust oder Wohnortwechsel sowie für chronisch Kranke und Behinderte. Wer als Risikopatient eingestuft wurde, muß in der Regel unter ständiger geriatrisch orientierter Beobachtung bleiben. Sie muß ebenso wie die Fallidentifikation überwiegend im ambulanten Bereich erfolgen.

Zur geriatrischen Risikoerkennung gehört einerseits die Akzeptanz von gegenwärtig bei alten Menschen noch selten durchgeführten Präventivmaßnahmen (z. B. Früherkennung von Mammatumoren im Alter), andererseits aber auch der Mut, aus einem erkannten Risiko keine Konsequenzen zu ziehen, wenn dies im Hinblick auf eine besondere Lebenssituation angemessen

erscheint. Die Fallidentifikation darf nicht dazu führen, alte Menschen durch ein Übermaß an Diagnostik zu belasten oder durch nicht angebrachte Unterstützungsmaßnahmen abhängig zu machen bzw. in die Patientenrolle zu drängen. Die Risikoerkennung erfordert daher viel Erfahrung, Phantasie und Einfühlungsvermögen in alte Menschen und ihre Angehörigen. Durch deren Beratung und Unterstützung kann ein wichtiger Beitrag zur geriatrischen Prävention geleistet werden.

4. GERIATRISCHE MEDIZIN WIRD OFT ANGESICHTS DES GEISTIGEN NIEDERGANGS DER KRANKEN GELEISTET (SENILE DEMENZ)

Etwa 30 - 50% aller erheblich kranken alten Menschen haben entweder kurzfristig Hirnleistungsstörungen mit einer reversiblen Verwirrtheitssymptomatik oder bleibende kognitive Defizite im Sinne einer senilen Demenz. Wegen der künftigen Zunahme sehr alter Menschen wird die Zahl der Demenzkranken weiter wachsen. Oft wird der Verlauf der körperlichen Krankheiten und das Gelingen der Therapie durch die störenden Einflüsse der Demenz geprägt. Nicht selten bestimmt sie sogar den gesamten Behandlungsprozeß. Um hiermit angemessen umgehen zu können, sind umfangreiche Kenntnisse dieser Krankheit erforderlich. Der Geriater muß lernen, Einschränkungen und Verluste, aber auch weiterhin vorhandene Fähigkeiten möglichst differenziert zu erkennen und zu quantifizieren. Er muß die einzelnen Defizite vor dem Hintergrund einer gewachsenen und individuellen Persönlichkeit sehen können. Oft ermöglicht dies, das schwierige und gestörte Verhalten der Gegenwart besser einzuordnen und zu beeinflussen. Besonders wichtig ist gutes Verständnis für die Wechselwirkungen zwischen Affekten und Kognitionen (z.B. blockiert Angst Denkabläufe, versagendes Denken und Erinnern erzeugen Angst). Insbesondere in den unbefristeten therapeutischen Beziehungen (z.B. im Langzeit- und Pflegeheimbereich) ist ein breites Wissen der vielfältigen Aspekte von Demenz erforderlich, denn die Störungen wirken sich - anders als bei vielen weiteren psychischen Krankheiten - auf nahezu alle Handlungen und damit Lebensbereiche der Patienten aus. Deshalb erfordert die Geriatrie viel Erfahrung in der Verhaltensbeobachtung Dementer. Dies ist die Voraussetzung für einfallsreiche Versuche, abgewandelte oder neue Umgangsweisen mit den Kranken zu erproben.

Weil Demenz so verbreitet und so schwerwiegend ist, kann nur geriatrisch tätig sein, wer zur Auseinandersetzung auch mit dieser Krankheit bereit und befähigt ist.

5. GERIATRISCHE MEDIZIN MUSS SICH MIT DEM PROBLEM GESTÖRTER WILLENSBILDUNG UND DEM BESONDEREN RECHTLICHEN SCHUTZBEDÜRFNIS DER KRANKEN BEFASSEN (EINWILLIGUNGSFÄHIGKEIT UND SCHUTZ VON RECHTEN)

Die große und zunehmende Bedeutung der senilen Demenz erfordert im Zusammenhang mit der häufigen Multimorbidität alter Menschen besondere Aufmerksamkeit für das Problem von Willensfähigkeit und Schutz der Rechte der betroffenen Kranken. Im Zusammenhang mit akuten Erkrankungen geht es um die Einwilligung bzw. Einwilligungsfähigkeit in diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Wo Ärzte dagegen an der langfristigen Versorgung willensgeschwächter oder willensunfähiger Kranker beteiligt sind, ist die differenzierte Einschätzung bleibender Defizite der Willensbildung und Einsichtsfähigkeit notwendig. Einerseits muß sichergestellt werden, daß nur dann der Verlust der Einwilligungsfähigkeit diagnostiziert wird, wenn er tatsächlich erfolgt ist. Das ist eine schwerwiegende Entscheidung. Andererseits ist zu vermeiden, daß ein einwilligungsunfähiger Kranker dadurch gefährdet wird, daß man ihn - etwa aus Scheu vor dieser Entscheidung - für einwilligungsfähig hält. Damit setzte man ihn dem Risiko von Manipulation und Täuschung aus. Unabhängig von diesen Gesichtspunkten ist gerade bei einwilligungsunfähigen Demenzkranken darauf zu achten, ihre nach wie vor entstehenden Wünsche und Bedürfnisse zu erkunden und - wenn möglich - auch zu erfüllen.

Die Auseinandersetzung mit den Problemen der Willensbildung und Einwilligungsfähigkeit ist die Voraussetzung für rechtliche Unterstützungsmaßnahmen wie Bevollmächtigung und Betreuung (bisher Pflegschaft und Vormundschaft). Das 1992 in Kraft tretende Betreuungsgesetz wird aller Voraussicht nach zu einem geschärften Bewußtsein für Rechtsprobleme kranker alter Menschen führen und die Aktivitäten und Kontakte geriatrisch tätiger Mediziner mit Angehörigen des Rechtswesens (Vormundschaftsrichter, Rechtspfleger, Betreuer) vermehren. Der Umfang dieser medizinisch-juristischen Kooperation wird infolge der Demenz-Epidemiologie und der

lebensverlängernden medizintechnologischen Möglichkeiten stetig wachsen. Er kennzeichnet die Geriatrie in besonderem Maße.

6. GERIATRISCHE MEDIZIN FINDET IM SPANUNGSFELD VON KÖRPERLICHEN UND PSYCHISCHEN VERÄNDERUNGEN STATT (PSYCHOSOMATISCHE ZUSAMMENHÄNGE)

In keinem Lebensalter sind die Grenzen zwischen Körper und Seele so durchlässig wie in den defizitreichen letzten Jahren des hohen Alters. Die vielfältigen körperlichen Beschwerden können - je nach Persönlichkeit, insgesamt aber zunehmend - die psychische Befindlichkeit und das Erleben eines alten Menschen weitgehend prägen. Die Intensität dieses Einflusses wird mitbestimmt durch das Ausmaß seiner noch vorhandenen Inanspruchnahme durch sinnvolle Aufgaben, Interessen und soziale Bindungen. Im Extremfall kann es zu einer weitgehenden Einnengung auf das Krankheitserleben kommen. Aber auch in umgekehrter Weise ist bei guter psychischer Befindlichkeit das Erleben nachlassender körperlicher Beschwerden möglich.

Es geht bei der Betonung psychosomatischer Zusammenhänge in der Geriatrie nicht um völlig neue, altersspezifische Wechselwirkungen, sondern um die grundsätzlichen Erfahrungen, die auch in jüngeren Lebensabschnitten gemacht werden. Sie sind jedoch sehr viel ausgeprägter und vielfältiger, d.h. ein körperliches Symptom kann psychisch auf unterschiedlichen Wegen beeinträchtigen. So lösen degenerative Gelenksbeschwerden erstens Schmerzen aus. Zugleich symbolisieren sie den Verlust von Kompetenz durch Immobilität. Drittens schränken sie die Möglichkeit von Begegnungen ein, beinhalten also auch potentiell die Verarmung an Beziehungen. Viertens bedeuten sie das Angewiesensein auf Hilfe bzw. Abhängigkeit von anderen. Fünftens verkörpern sie das Risiko eines rascheren Voranschreitens der Krankheit und eines Leistungsrückganges aufgrund von Trainingsmangel. Das Beispiel zeigt, daß es im Rahmen psychosomatischer Zusammenhänge auch zirkuläre Beziehungen gibt: Körper-Seele-Körper.

Zwei wichtige Gruppen psychosomatischer Zusammenhänge bei kranken alten Menschen sind hervorzuheben: Erstens eine Vielfalt von depressiven Reaktionen auf die körperlichen Beschwerden und Einbußen und zweitens Akti-

vitätsverluste und Funktionseinbußen bis hin zur verkürzten Lebenserwartung bei seniler Demenz.

Erst in zweiter Linie bezieht sich die Betonung körperlich-seelischer Zusammenhänge bei alten Menschen auf die traditionellen Psychosomatosen (Asthma bronchiale, Neurodermitis, Colitis ulcerosa etc.). Diesbezügliche spezielle psychotherapeutische Überlegungen und Techniken können jedoch im Rahmen der geriatrischen Spezialisierung nicht erwartet und verlangt werden. Hier geht es vielmehr um Aspekte von Verständnis und Zugang zum durchschnittlichen Alterspatienten. Die vielfältigen und wechselseitigen Beeinflussungen zwischen seelischem und körperlichem Erleben machen bei einer großen Zahl geriatrischer Patienten eine einfühlsame emotionale Stützung durch den Arzt erforderlich, und zwar meist über lange Zeit. Auch deshalb hat die Geriatrie neben der Nähe zur inneren Medizin besonders enge Beziehungen zur Psychiatrie.

7. GERIATRISCHE MEDIZIN ERFORDERT DAS GEWICHTEN VON UNTERSCHIEDLICHEN NOTWENDIGKEITEN UND MASSNAHMEN UND DIE BESCHRÄNKUNG AUF EINE BEGRENZTE ZAHL DIESER MASSNAHMEN (HIERARCHISIERUNG)

Die Aspektvielfalt geriatrischer Medizin (s.a. MULTIMORBIDITÄT, SENILE DEMENZ, PSYCHOSOMATIK, TODESNÄHE, UMFELDBEZOGENHEIT) zwingt einerseits zur Berücksichtigung einer großen Zahl von Faktoren und fordert andererseits manchmal schwierige und schmerzliche Beschränkungen auf eine begrenzte Zahl von Maßnahmen. Diese Thematik kommt insgesamt in der medizinischen Ausbildung zu kurz, und sicher läßt sie sich nicht leicht vermitteln. Die Dimensionen PSYCHOSOMATIK, TODESNÄHE und UMFELDBEZOGENHEIT charakterisieren ihre Schwierigkeit. Sie erfordern eine verhältnismäßig subjektive Einschätzung der Lebenssituation des Patienten und der ihm aller Wahrscheinlichkeit nach verbleibenden Zeit und Erlebensmöglichkeiten. Gerade im Hinblick auf weitere technische Medizinfortschritte gewinnt die Dimension der Beschränkung und Hierarchisierung immer größere Bedeutung, so mühevoll dies im Einzelfall auch sein mag. Weil diese Schwierigkeit bei hochaltrigen Patienten oft sehr ausgeprägt ist, gehört sie zu den charakteristischen Merkmalen geriatrischer Medizin.

8. GERIATRISCHE MEDIZIN BEINHÄLTET DIE WIEDERHERSTELLUNG, VERBESSERUNG UND ERHALTUNG VON FUNKTIONEN (REHABILITATION)

Rehabilitation spielt in der Geriatrie eine überraschende Rolle. Normalisierung und Erhaltung von Funktionen sind das weitestgehende Ziel von Rehabilitation. Während sie sich beim jüngeren Menschen in der Regel an die Phase der Akutbehandlung anschließt, stellt sie beim alten Patienten bereits einen integralen Anteil der geriatrischen Akutbehandlung dar. Andernfalls kommt es häufig zu schwer korrigierbaren Fehlentwicklungen, z.B. Kontrakturen, Dekubiti und Muskeltrophien, aber auch zu schweren psychischen Entgleisungen. Beim alten Menschen läßt sich eine Normalisierung oft nicht mehr erreichen. Man muß sich dann auch mit Geringerem zufrieden geben können. Oft bleibt es bei der Verlangsamung von Rückbildungsprozessen. Rehabilitation des alten Menschen heißt aber auch, geistig-seelische Funktionsstörungen zu berücksichtigen und möglichst zu behandeln. Die Behandlung psychischer Störungen stellt oft sogar einen wesentlichen Anteil der rehabilitativen Bemühungen dar.

Die Frührehabilitation erfolgt zumeist im Akutkrankenhaus oder - wenn vorhanden - in einer Rehabilitationsklinik im unmittelbaren Anschluß an die Behandlung im Akutkrankenhaus. Für das hohe Lebensalter ist allerdings die Langzeitrehabilitation typischer. Sie widmet sich besonders den Patienten mit Defektheilungen (z.B. nach Schlaganfällen oder Amputationen), bei denen häufig ein lebenslanger Kampf gegen die fortschreitende Behinderung notwendig wird.

Die Aufgaben des Geriaters bei der Rehabilitation sind vielfältig. Er beurteilt, ob eine Rehabilitationschance besteht und welcher Patient rehabilitiert werden soll. Er stellt das rehabilitierende Team zusammen, sorgt für die individuelle, abschnittsweise Zielsetzung der Rehabilitation, er beobachtet die Rückbildung der Störungen, er ändert ggf. das Rehabilitationsprogramm ab und setzt in Abstimmung mit dem therapeutischen Team den Schlußpunkt der Rehabilitationsbemühungen fest. Häufig muß der akut behandelnde Geriater ein adäquates Rehabilitationszentrum bzw. die Möglichkeit zur ambulanten Rehabilitation erst finden. Nicht selten gehen nach der Behandlung in der Rehabilitationsklinik bereits erreichte Funktionsverbesserungen wieder verloren. Deshalb muß der Geriater Wege fin-

den, das Niveau des Erreichten zu erhalten (Erhaltungstherapie, s.a. WEITERVERSORGUNG). Zur Organisation von Rehabilitation durch den Geriater zählt auch die Beteiligung an den erforderlichen administrativen Regelungen.

Ein weiteres zentrales Merkmal von Rehabilitation ist die ständige Motivierung des Patienten. Der Geriater stellt die bereits erzielten Erfolge der therapeutischen Bemühungen heraus. Er hält Kontakt zu den Angehörigen und weist sie in die Betreuung der Behinderten ein. Er sollte die Folgen unkritischer Polypragmasie kennen, um rehabilitative Bemühungen nötigenfalls auf einen sinnvollen Umfang beschränken zu können. Er dämpft übertriebene Erwartungen von Patienten und Angehörigen an die Wirksamkeit therapeutischer und medikamentöser Maßnahmen, aber er ermutigt auch durch Verdeutlichung des realistisch Erreichbaren.

Erfolgreiche Rehabilitation alter Menschen ist nur bei einer ärztlichen Grundhaltung möglich, die auf Erhaltung des jeweiligen Leistungsniveaus des Patienten ausgerichtet ist. Dabei darf der Arzt das Problem der Verhältnismäßigkeit von therapeutischem und materiellem Einsatz zum erreichbaren Effekt nicht aus den Augen verlieren.

Die Rehabilitation alter Menschen stellt ein neues und erfolgversprechendes medizinisches Tätigkeitsfeld dar. Ganz offensichtlich findet derzeit ein Umdenken in der Öffentlichkeit statt. Aber noch immer stößt man hier sogar bei Ärzten und bisweilen auch bei Kostenträgern auf viel Unverständnis. Der Geriater muß allerdings berücksichtigen, daß auch die Ressourcen der Kostenträger nicht unbegrenzt sind. Trotzdem zählt es zu seinen wesentlichen Aufgaben, Leistungsfähigkeit und Erfolge geriatrischer Rehabilitation zu verdeutlichen.

9. GERIATRISCHE MEDIZIN BEFASST SICH MIT CHRONISCHEN, UNUMKEHRBAREN KRANKHEITEN (IRREVERSIBILITÄT)

Geriatrisches Handeln richtet sich nicht nur auf umkehrbare oder linderungsfähige akute und chronische Krankheiten, sondern ist auch dort noch zuständig, wo ein chronischer Krankheits- oder Rückbildungsprozeß weitgehend unaufhaltsam bis zum absehbaren Tod voranschreitet und wo nur kleine Erleichterungen zu erzielen sind.

Auch hier ist ärztliche Begleitung unverzichtbar, mag diese Tätigkeit auch dem traditionellen ärztlichen Bedürfnis nach mindestens erheblicher Linderung (wenn nicht schon Beseitigung) von Leiden zuwiderlaufen. Der Arzt ist zur Aufmerksamkeit für Veränderungen verpflichtet, aus denen sich neue Ansätze für lindernde Maßnahmen ergeben können. Er ist auch dafür zuständig, daß alle an der Versorgung des alten Patienten Beteiligten möglichst deutlich erkennen, welche Einbußen und welche Fähigkeiten er jeweils noch hat. Angesichts der Irreversibilität und des nicht mehr fernen Todes hat der Arzt dafür zu sorgen, daß einzelne Einschränkungen nicht zu einer ausschließlich defizitären Sichtweise bei Pflegekräften oder Angehörigen führen. Er muß also bei allen Beteiligten gegen Resignationstendenzen und zu defizitbetontes Erleben angehen. Vor allem zeichnet ihn eine ständige Offenheit für kleine neue Hilfsansätze aus (permanente Suchhaltung). Die Dimension Irreversibilität beinhaltet sehr wesentlich, auf die emotionalen Befindlichkeiten und Unterstützungsbedürfnisse der die Hauptlast tragenden Pflegeberufe und der versorgenden Angehörigen einzugehen.

10. GERIATRISCHE MEDIZIN FINDET BIS ZUM ODER ANGESICHTS DES TODES STATT (TODESNÄHE)

Der geriatrische Patient steht relativ nahe vor dem Lebensende, seine biologischen und psychischen Ressourcen sind oft weitgehend aufgebraucht. Das Überleben geriatrischer Patienten ist zumeist eng mit ihrem Lebenswillen verbunden. Diesen zu wecken oder zu stärken - Lebensperspektiven müssen erkennbar gemacht werden - ist eine notwendige Voraussetzung für sinnvolles Weiterleben. Das hippokratische Gebot, Leben zu verlängern, begegnet gerade in der Geriatrie und gerade angesichts der durch Fortschritt und Technisierung der Medizin vermehrten Möglichkeiten zur Lebensverlängerung andererseits dem Gebot, unerträgliches Leiden nicht zu verlängern. Der Tod kommt zum geriatrischen Patienten häufig als Freund und nicht als Feind.

Fast alle Menschen möchten in häuslicher Umgebung sterben. Wenn der Tod absehbar und auch durch klinische Behandlung nicht mehr abwendbar ist, müssen den Betroffenen pflegerische und emotionale Hilfen gegeben werden, damit dieser Wunsch möglichst häufig erfüllt werden kann.

Geriatrie beinhaltet in besonderem Maße, alte Menschen umsichtig und fürsorglich - oft über

lange Zeit - bis zum Tode zu begleiten (Sterbehilfkunde). Dies und die lindernde Therapie während des Sterbens selbst, aber auch die Unterstützung der Trauernden sind wichtige Tätigkeitsmerkmale des Geriaters. Der sterbende alte Mensch sollte darauf vertrauen können, daß ihm gerade dann, wenn die Möglichkeiten lebenserhaltender Medizin erschöpft sind, die volle Zuwendung des Geriaters erhalten bleibt.

11. GERIATRISCHE MEDIZIN BEDEUTET DIE GLEICHZEITIGKEIT UNTERSCHIEDLICHER GRUNDEINSTELLUNGEN: DAS IRREVERSIBLE LEIDEN FÜRSORGLICH ZU BEGLEITEN UND DIE KRANKHEIT DENNOCH THERAPEUTISCH AKTIV ZU BEKÄMPFEN (POLARITÄT)

So wichtig die mit IRREVERSIBILITÄT und TODESNÄHE beschriebenen Inhalte auch sind, so kennzeichnen sie doch nur eine Seite des ärztlichen Verhaltens in der Geriatrie. In der genannten Offenheit für neue Ansatzpunkte zur Linderung und Hilfe steckt die Forderung nach einer ständigen Bereitschaft zur therapeutischen Aktivität. Mehr als in anderen medizinischen Teilgebieten geht es also einerseits um die Fähigkeit zum aufmerksamen, fürsorglichen Begleiten, andererseits aber auch darum, schnell und überlegt zu handeln, wenn akute Verschlechterungen oder neue Krankheiten auftreten und das gesamte Spektrum ärztlicher und medizintechnischer Maßnahmen zu bedenken ist. Diese Polarität zwischen gelassenem Respekt vor dem Unaufhaltsamen und der offensiven Auseinandersetzung mit Teilaspekten des Krankheitsgeschehens kennzeichnet geriatrisches Handeln in besonderem Maße.

12. GERIATRISCHE MEDIZIN STELLT DIE KONTINUITÄT DER VERSORGUNG SICHER (WEITERVERSORGUNG)

Kennzeichnend für den Entwicklungsstand geriatrischer Medizin ist, daß es weder im stationären noch im ambulanten Bereich ausreichend spezialisierte rehabilitative Angebote gibt. Dies führt insbesondere dann zu Schwierigkeiten, wenn Patienten in den wenigen vorhandenen Rehabilitationskliniken erfolgreich behandelt wurden, aber zur Aufrechterhaltung oder weiteren Verbesserung des bisherigen Behandlungsergebnisses nach der Entlassung in ihrer Heimatregion unbedingt gezielt weiterbehandelt

werden müssen. Dies betrifft z.B. spezielle krankengymnastische Verfahren (Bobath), Ergotherapie, Logopädie, aber auch psychiatrischpsychotherapeutische Betreuung. Die Anbahnung der häuslichen Weiterversorgung kann den klinischen Arzt erheblich beanspruchen, vor allem bei Patienten ohne Angehörige, die zuvor wenig oder keine kontinuierliche ärztliche Betreuung benötigten. In solchen Fällen kann es auch um elementare Maßnahmen wie die Sicherung der Grundpflege gehen, um die Vermittlung von Hilfsmitteln und -diensten (z.B. Notruf, Essen auf Rädern), aber auch um Weichenstellungen für finanzielle Hilfen. Die Sicherung der Weiterversorgung ist eines der wichtigsten Kooperationsfelder mit allen in der Altenarbeit engagierten Berufsgruppen.

Zu den wesentlichen Aufgaben der Weiterversorgung gehört es, für den Patienten ein geduldiger und belastbarer Gesprächspartner zu sein, wenn die Rückkehr in die bisherige Wohnsituation fraglich wird. Die mit dieser Unsicherheit zwangsläufig verknüpften Ängste können ihn emotional sehr hilfsbedürftig machen. Eine solche Beratung darf nicht zur Entlassung in die häusliche Umgebung führen, ohne daß sich Arzt und Patient sicher sind, daß ambulant alle notwendigen Unterstützungs- und Behandlungsmaßnahmen erfolgen.

Ein wichtiger Aspekt der Sicherstellung der Weiterversorgung ist die Beratung der Angehörigen, insbesondere im Hinblick auf angemessene Pflege und auf Trainingstechniken. Ausserdem benötigen Angehörige oft Anstöße um zu erkennen, wo sie durch mehr Zurückhaltung den Mobilisationsprozeß des Kranken stärker fördern können. Im Hinblick auf die emotionalen Belastungen durch die Pflege sollten sie auf familienorientierte, psychologisch unterstützende Beratungsangebote hingewiesen werden.

13. GERIATRISCHE MEDIZIN SIEHT DEN PATIENTEN IN SEINER INDIVIDUELLEN LEBENSITUATION (UMFELDBEZOGENHEIT)

Mit dem Alter und abnehmender Mobilität werden Zahl der Bezugspersonen und Vielfalt von Erlebnismöglichkeiten geringer. Die Bedeutung des verbleibenden Umfeldes erhöht sich. Dazu zählen zunächst die gewohnten Personen - Familie, Nachbarn und Freunde -, aber auch die

räumliche Umgebung, die Wohnung mit ihrer Einrichtung, das Haus und der vertraute Stadtteil. Zum Umfeld gehören darüber hinaus auch liebgewordene Gepflogenheiten, die an den Wohnort gebunden sind und die der alte Mensch nicht missen möchte. Wichtige biographische Ereignisse können in der Erinnerung an die Umgebung gebunden sein. Manches wurde buchstäblich mit den eigenen Händen geschaffen und vermittelt immer noch ein Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit, auch wenn dies objektiv kaum gerechtfertigt sein mag. Häufig verbindet sich damit die Erwartung bzw. Vorstellung gesicherter Nachbarschaftshilfe in Krisensituationen. Entsprechend intensiv ist die Bindung an das Umfeld.

Deshalb gilt der Grundsatz, das Umfeld des alten Menschen so lange wie möglich zu erhalten. Das Ausmaß der Behinderungen ist abzuklären, aber auch das Vermögen, die Selbständigkeit zu bewahren. Ein und dieselbe Erkrankung gewinnt je nach sozialer Situation des Patienten unterschiedliches Gewicht. Dieser Beurteilungsprozeß kann sehr komplex und deshalb schwierig sein. Er erfordert viel Erfahrung und kennzeichnet geriatrische Medizin in besonderem Maße. Bei der Einschätzung (Assessment) sollten alle an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen einbezogen werden (Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heim- und Familienpflegekräfte). Nicht selten müssen Einschränkungen von Selbständigkeit, die nicht durch ambulante Hilfsdienste zu kompensieren sind, ja sogar gewisse Risiken (Sturzgefahr, mangelhafte Sauberkeit, Vereinsamung) in Kauf genommen werden, wenn eine Heimübersiedlung vermieden werden soll. Neben der akuten Überprüfung, ob ein Patient in seinem alten Umfeld zurechtkommt, ist eine längere Beobachtungsperiode durch Angehörige, Hausarzt und Sozialstation häufig unumgänglich. Der Geriater muß dabei die Ursachen von Störungen und Behinderungen erkennen und möglichst beheben. Er hat für ambulante Hilfsdienste und -mittel zu sorgen und vielleicht sogar bauliche Veränderungen vorzuschlagen. Die Angehörigen sind in die Betreuung einzuweisen.

Wenn sich die Übersiedlung ins Heim nicht vermeiden läßt, ist die psychische Unterstützung des Betroffenen eine wichtige Aufgabe des Arztes. Teile der alten Umgebung sollten bewahrt werden (Mitnahme von Möbeln und Bildern, Organisation regelmäßiger Besuche durch die Angehörigen und Freunde). Das Pflegepersonal muß mit den Eigenheiten des alten Menschen

vertraut gemacht werden, um möglichst gut mit ihm umgehen und Konflikte vorbeugen zu können.

14. GERIATRISCHE MEDIZIN BEINHALTET DIE ZUSAMMENARBEIT MIT ANGEHÖRIGEN (ANGEHÖRIGENARBEIT)

Wenn langfristige therapeutische Beziehungen entstehen oder erreichte Therapieeffekte langfristig gesichert werden sollen, wie z.B. nach erfolgreicher Rehabilitation, hat der Beitrag der Angehörigen großes Gewicht. Immer mehr Menschen leben heute in Multigenerationen-Beziehungen. Ältere erleben zugleich ihre kleinen Enkelkinder, ihre Kinder und ihre gebrechlichen Eltern. Dies führt zu einer Ausweitung der Angehörigenthematik. Angehörige können aufgrund natürlicher Begabung, aber auch als Ergebnis gründlicher und psychologisch geschickter Beratung eine selbst unter fachlichen Gesichtspunkten hohe Kompetenz in Betreuung und Pflege entwickeln. Das manifeste und z. T. latente Versorgungspotential der Angehörigen ist also groß. Besonders für die Pflege senil Demen- ter mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit gilt aber, daß ihre Angehörigen ein großes Bedürfnis nach emotionaler Unterstützung und besserem Verständnis dessen haben, was sie erleben und bewältigen müssen. Folgende Gesichtspunkte sind daher u.a. zu berücksichtigen:

- das Wissen über den Krankheitsprozeß;
- das Verständnis verwirrten Verhaltens und der Schwankungen der Leistungsfähigkeit;
- die Unterscheidung zwischen Krankheit und schwierigen Persönlichkeitsanteilen;
- das Hineinwachsen in die Rolle der fürsorglich-verantwortlichen Bezugsperson (Rollenumkehr-Problem, besonders bei pflegenden Kindern);
- die Einsamkeit des zurückbleibenden, geistig gesunden Ehepartners;
- das Erlernen eines angemessenen, d.h. nicht zu erschöpfenden pflegerischen Einsatzes, denn Pflege kann über lange Zeit notwendig werden;
- das Steuerungsvermögen für Schuldgefühle;

- das Angebundensein;
- die Mobilisation innerfamiliärer Hilfpotentiale;
- die Inanspruchnahme von instrumentellen und personellen Hilfen.

Geriatrisch tätige Ärzte müssen besonders bereit sein zur Angehörigenberatung. Wichtig ist, daß pflegende Ehepartner selbst nicht selten schon Einschränkungen aufweisen und Hilfen benötigen.

15. GERIATRIE BEDEUTET BERATENDES HINEINWIRKEN IN ANDERE GEBIETE DER MEDIZIN (KONSILIARWIRKUNG)

Die Notwendigkeit geriatrischer Konsiliartätigkeit ergibt sich daraus, daß in anderen Fachgebieten die Konzentration auf Diagnosen des jeweiligen Faches im Vordergrund steht. Wesentliche gleichzeitig bestehende Erkrankungen des alten Patienten werden dabei häufig übersehen und vernachlässigt. Dies gilt in besonderem Maße für psychische Erkrankungen wie frühe Stadien der Demenz und Depressionen, aber auch für andere Störungen wie Parkinson-Syndrom oder Gangstörungen. Die sozialen Bedingungen und Lebensumstände des alten Menschen werden oft wenig berücksichtigt. Im Rahmen seiner Konsiliartätigkeit ist es Aufgabe des Geriaters, wichtige Begleiterkrankungen festzustellen, ihre Bedeutung für den alten Patienten zu beurteilen und adäquate Therapiemaßnahmen einzuleiten. Er zieht dabei Angehörige anderer Berufsgruppen zu Rate.

Unzureichende Kenntnisse und unzureichende Ausnutzung rehabilitativer Möglichkeiten sowie die fehlende Einbeziehung kommunaler und sozialer Einrichtungen in die Betreuung alter Menschen über die fachbezogene Therapie hinaus verzögern den Rehabilitationsprozeß und stehen einer Rückkehr des Patienten in seine häusliche Umgebung oft im Wege. Geriatrische Konsiliartätigkeit trägt dazu bei, Rehabilitationschancen richtig einzuschätzen und Ursachen für Rehabilitationshindernisse rechtzeitig zu erkennen und zu beeinflussen. Konsiliartätigkeit erstreckt sich auch auf die Planung und Organisation der Versorgung alter Menschen nach der Entlassung aus der Klinik (s.a. WEITERVERSORGUNG).

Auf dem Gebiet der klinischen Pharmakotherapie gehört die Konsiliartätigkeit aufgrund des hohen Arzneimittelverbrauchs und der veränderten Pharmakokinetik und Pharmakodynamik im Alter zu den wichtigsten Bereichen geriatrischer Beratung.

Geriatrische Konsiliartätigkeit findet im ambulanten Bereich ebenso wie in Tageseinrichtungen oder Alten- und Pflegeheimen statt. In Kliniken wird diese Aufgabe von der Geriatrischen Fachabteilung wahrgenommen, oder ein Geriater wird von außen hinzugezogen, wenn eine eigene Fachabteilung noch nicht besteht. Der konsiliarisch tätige Geriater sollte den übrigen Medizinbereichen die Grundsätze multidimensionaler Diagnostik und Therapie im Alter vermitteln. Er bewirkt durch seine Beratung, daß nicht nur Pathologie und Symptomatik einer Erkrankung, sondern auch mentale, affektive und soziale Funktionen in die Beurteilung komplexer Krankheitsbilder einbezogen werden.

Das individualisierte diagnostische und therapeutische Vorgehen bei kranken alten Menschen unter Beachtung ihrer speziellen Bedürfnisse und ihrer verlorengegangenen, erhaltenen oder wiedergewonnenen Funktionen sollte so zum Standard auf allen Gebieten der Medizin werden. Der beratende Geriater muß dabei den Eindruck vermeiden, als sei die Geriatrie eine übergeordnete Disziplin, die in andere Fachgebiete hineinregiert. Seine Aufgabe ist es vielmehr, in enger Kooperation die Kollegen anderer Fachgebiete so anzuregen, daß sie ihre Arbeit fachbezogen und dennoch mit Rücksicht auf die spezifischen geriatrischen Probleme ihrer alten Patienten durchführen können. Dies müßte Schritt für Schritt dazu führen, daß geriatrisches Denken und Handeln in alle Felder medizinischer Tätigkeit einfließt (Geriatrisierung der Medizin).

16. GERIATRISCHE MEDIZIN LEBT VON DER KOOPERATION MIT BENACHBARTEN BERUFSGRUPPEN (INTERDISZIPLINARITÄT)

Die Notwendigkeit zur berufsgruppenübergreifenden Kooperation zwischen Ärzten, Altenpflegekräften, Psychologen, Sozialarbeitern, Soziologen, Ergotherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Freizeitgestaltern und administrativ Tätigen ist ein zentrales Merkmal der Geriatrie. Dies hat verschiedene Gründe: Der wichtigste ist die Komplexität von Kranksein im

Alter. Zahlreiche Dimensionen geriatrischer Medizin wie REHABILITATION, MULTIMORBITÄT, PSYCHOSOMATISCHE ZUSAMMENHÄNGE, SENILE DEMENZ und das häufige Nebeneinander von Krankheit und Pflegebedürftigkeit betreffen viele Lebensbereiche. Ihnen kann man nicht aus der Perspektive nur einer Berufsgruppe gerecht werden. Jede Berufsgruppe sollte sich aber um ein ganzheitliches Verständnis des Alterspatienten bemühen.

Dauer und Langsamkeit der Krankheits- und Rückbildungsprozesse machen das Hand-in-Hand-Arbeiten viel mehr als in anderen medizinischen Fachbereichen erforderlich. Zwar ist z.B. in Langzeit- und Pflegeeinrichtungen die ärztliche Präsenz nicht ununterbrochen erforderlich wie etwa im Akutkrankenhaus. Umso wichtiger wird dann, sich reibungslos zu ergänzen bzw. abzulösen. Dazu gehört eine besondere Schulung und Disziplin in der Weitergabe von Informationen (Verlaufsbeschreibung). Die Umsetzung dieses Grundsatzes zwingt zu vergleichsweise hochentwickelten Austausch- und Verständigungstechniken zwischen den Berufsgruppen.

Zwei Schwerpunkte lassen sich im Hinblick auf Interdisziplinarität voneinander abgrenzen. Der erste betrifft alle Fragen des berufstypischen speziellen Wissens, also das Bemühen um Verständnis und möglichst auch genauere Kenntnis der jeweiligen medizinischen und nichtmedizinischen Nachbargebiete. Dabei kann sich das charakteristische Spannungsverhältnis zwischen Spezialist und Universalist konstruktiv auswirken, denn zweifellos gilt folgende Schwierigkeit besonders für Gerontologie und Geriatrie: Je offener und engagierter man als Geriater für die Aspekte der Nachbardisziplin ist, desto häufiger setzt man sich dem Risiko von Insuffizienzgefühlen aus, wenn die Grenzen des eigenen Faches überschritten werden. Dieses Dilemma läßt sich in der Geriatrie intensiver als in jedem anderen Medizingebiet erfahren, aber es trägt auch zu ihrer Attraktivität bei. Der zweite Aspekt betrifft die Dynamik, die sich aus dem unterschiedlichen Ansehen der beteiligten Berufsgruppen ergibt. Einerseits mußten die Angehörigen der nichtärztlichen Berufe bisher den Eindruck haben, daß die Ärzte insgesamt verhältnismäßig gleichgültig gegenüber dem geriatrischen Behandlungsbedarf geblieben sind. Dies ist an dem Mangel an geriatrischen Versorgungsstrukturen und geriatrisch engagierten Ärzten, an fehlenden Ausbildungsmöglichkeiten, Lehrstühlen und Forschungsinstitutionen zu erkennen. In wohl kei-

nem Medizinbereich ist die Diskrepanz zwischen der Versorgungslast und der geringen Zahl der beteiligten fachkundigen Ärzte so groß wie in der Geriatrie. Es darf nicht unterschätzt werden, wie sehr dies Quelle von latenten oder manifesten Vorwurfshaltungen der nichtärztlichen Berufe gegenüber den Ärzten ist. Unabhängig davon und aufgrund einer langen Berufsgeschichte hat der Arztberuf andererseits ein viel klareres und gewachseneres Selbstverständnis und höheres Ansehen als die übrigen Berufsgruppen in Gerontologie und Geriatrie. Jenseits aller individuellen Merkmale birgt dies Konfliktstoff, der prinzipiell nicht vermeidbar ist. Mit der zunehmenden Zahl geriatrisch engagierter Ärzte wird er eher noch wachsen. Zu lernen, damit gut umzugehen und ein Gleichgewicht zwischen ärztlichem Statusvorteil einerseits und Partnerschaftlichkeit und Offenheit auf der anderen Seite zu erreichen, charakterisiert die Interdisziplinarität der Geriatrie wesentlich.

17. GERIATRISCHE MEDIZIN FINDET IM ZEICHEN INSTITUTIONELLER, ADMINISTRATIVER UND STRUKTURELLER ENTWICKLUNGEN STATT (STRUKTURELL-ORGANISATORISCHER UMBRUCH)

Die derzeit rasch ablaufenden demographischen und damit auch epidemiologischen Umwälzungen haben einen wachsenden Bedarf an geriatrischer Versorgung entstehen lassen. Die Befriedigung dieses Bedarfes wird von zunehmend durchsetzungskräftigen Interessengruppen, von Fachgesellschaften bis hin zu Betroffenenorganisationen, auch immer mehr eingefordert. Aufgrund wissenschaftlicher und praktischer Erkenntnisse der letzten Jahre im In- und Ausland sind die Elemente geriatrischen Handelns inzwischen bekannt, die zu einer besseren Versorgung alter Menschen führen können. Der äußere Rahmen, in dem sich dieses geriatrische Handeln umsetzen ließe, befindet sich jedoch im Umbruch. Neue, differenziertere und von ihrer Kapazität her ausreichende Akutbehandlungs-, Rehabilitations- und Versorgungsstrukturen müssen flächendeckend geschaffen bzw. ausgebaut werden. Dabei vollzieht sich in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen die strukturelle und inhaltliche Ablösung geriatrischer Medizin von den Mutterfächern Innere Medizin und Nervenheilkunde. Geriatrische Strukturen expandieren derzeit stark und diffe-

renzieren sich zunehmend: Geriatriische Kliniken in Akutkrankenhäusern, Geriatriische Rehabilitationskliniken, Geriatriische Tageskliniken, Gerontopsychiatrische Fachabteilungen und Tageskliniken; geriatriische und gerontopsychiatrische Versorgung in Rehabilitationspflege-, Kurzzeitpflege- und Dauerpflegeeinrichtungen sowie im ambulanten Versorgungsbereich.

Der inhaltlich-wissenschaftlichen und strukturellen Spezialisierung der Geriatrie, die von Universalisten argwöhnisch beobachtet wird, steht das Bestreben der Geriatrie nur scheinbar gegenüber, die gesamte Medizin zu "geriatriisieren", d.h. die gewonnenen Erkenntnisse der Altersheilkunde tatsächlich all jenen zugänglich zu machen, die an der Versorgung kranker alter Menschen beteiligt sind. Andere medizinische Teilgebiete werden dabei nicht beraubt, sondern bereichert.

Wenn neue geriatriische Strukturen entstehen, können sie zu erheblichen Verschiebungen der Nachfrage führen. Solange die Strukturentwicklung nicht abgeschlossen ist, besteht zugleich die Gefahr von Fehlentwicklungen, weil einzelne Elemente falsch bewertet oder Teilaspekte überbewertet werden. Der strukturelle Umbruch kann zu Unsicherheit bezüglich der zukünftigen Lebens- und Arbeitssituation aller in diesem Feld Tätigen führen. Die Arbeit muß oft als Pionierarbeit unter unzulänglichen strukturellen und personellen Bedingungen geleistet werden. Etablierte Gebiete der Medizin haben derartige Probleme nicht (mehr).

Die Entwicklung der Geriatrie wird stark beeinflusst von neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen (SGB V, Abgrenzung Akutbehandlung/Rehabilitation), vom Kostenträgerstreit sowie der Absicherungsproblematik des Pflegerisikos. Als Experte ist der Geriater gefordert, das gesellschafts- und gesundheitspolitische Umfeld seiner Arbeit mitzugestalten.

Die Summe dieser Entwicklungs- und Umbruchprozesse kennzeichnet Geriatrie wie kein anderes Gebiet der Medizin.

E. Zum Nutzen der vorgestellten Definition für die Entscheidung zwischen geriatriischer und internistischer Behandlung

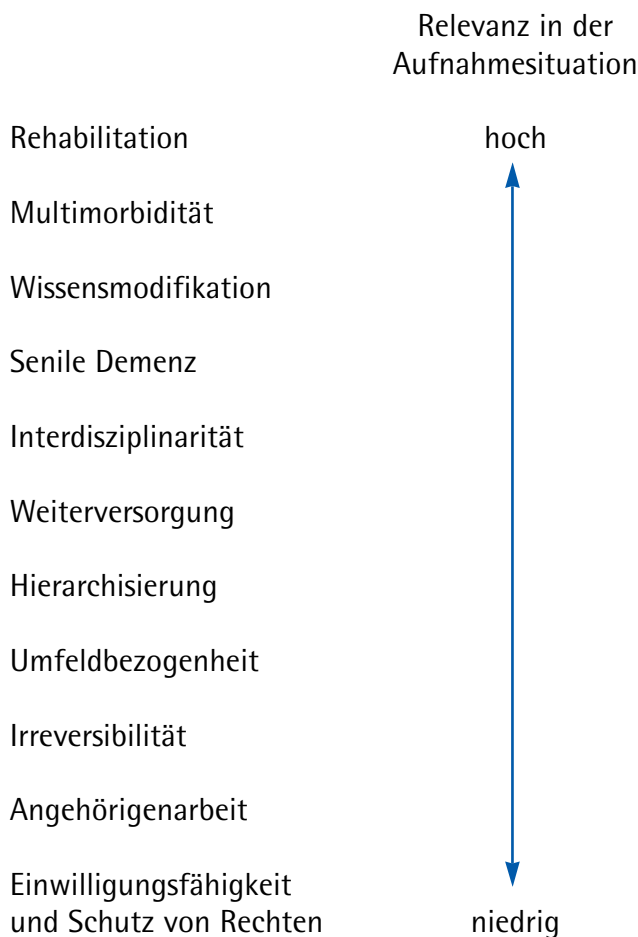
Nach der Vorstellung der Dimensionen stellt sich die Frage nach ihrem bereits erwähnten Nutzen für geriatriische Entscheidungsprobleme. Oft wird ein alter Patient mit einem akuten Krankheitsbild in den Abendstunden ins Krankenhaus eingewiesen. Können die beschriebenen Dimensionen dem diensthabenden Assistenzarzt die Entscheidung für geriatriische oder internistische Behandlung erleichtern?

Die Expertengruppe hat in einem ersten Schritt zu bestimmen versucht, welche der dargestellten Dimensionen überhaupt eine erkennbare Relevanz für diese akute Entscheidung haben. Sie hielt alle außer den folgenden sechs Dimensionen für wichtig:

PSYCHOSOMATISCHE ZUSAMMENHÄNGE,
POLARITÄT,
KONSILIARWIRKUNG,
RISIKOERKENNUNG,
TODESNÄHE,
STRUKTURELL-ORGANISATORISCHER
UMBRUCH.

Diese Bewertung betrifft nur die akute Entscheidungssituation und sagt nichts über den Definitionsbeitrag sämtlicher 17 Dimensionen zur Geriatrie aus.

Eine weitere wichtige Frage ist, welches Gewicht den einzelnen Dimensionen in der Aufnahmesituation zukommt. Ein mehrfach wiederholter Einschätzungsprozeß führte zu folgender Rangreihe:



Die Position auf dieser Skala repräsentiert also die jeweilige Bedeutung der Dimension für die Einweisung in die geriatrische Abteilung. Die Autorengruppe ist sich der Tatsache bewußt, daß diese Ordnung nur einen ersten Operationalisierungsschritt der Entscheidung darstellt. Weitere Präzisierungen sind erforderlich.

F. Zur Kontroverse: Geriatriisierung der Spezialgebiete oder Spezialisierung in Geriatrie

Der Auffassung einer eigenständigen Geriatrie wird immer wieder entgegengehalten, hohes Alter bzw. alte Patienten seien in allen medizinischen Bereichen so zahlreich, daß man die ausreichende Verankerung geriatrischer Gesichtspunkte in jedem von ihnen fordern müsse, d.h. die Geriatriisierung der Fachgebiete. Wie soll diese Geriatriisierung aber geleistet werden, wenn es keine entsprechenden Aus- bzw. Weiterbildungsstrukturen und -inhalte gibt? Es ist unlogisch, gegen eine derartige Qualifizierung zu sein und zugleich das selbstverständlich und überall einfließende geriatrische Denken und Handeln zu fordern.

Ein weiteres verbreitetes Argument gegen eine eigene geriatrische Identität: Der Geriater könne im Hinblick auf die einzelnen Spezialprobleme als Universalist niemals ausreichend qualifiziert sein, um ihnen wie der Spezialist gerecht zu werden. Diesem Argument liegt ein ungenügendes Verständnis der integrativen, aber zugleich interdisziplinär orientierten Arbeitsweise der Geriatrie zugrunde. Jeder Geriater sollte imstande sein, die Grenzen seiner Zuständigkeit bzw. Kompetenz zu erkennen. Wie im Zusammenhang mit INTERDISZIPLINARITÄT erläutert, sind Verständnis für die Nachbargebiete und kritisches Bewußtsein der eigenen Möglichkeiten ein charakteristisches Merkmalspaar geriatrischer Tätigkeit.

G. Abschließende Bemerkungen

Wie bereits angedeutet, drückt die Länge der hier vorgestellten inhaltlichen Bestimmung geriatrischer Arbeit die Unmöglichkeit einer kurzen Definition aus. Das liegt am übergreifenden Charakter dieses ärztlichen Tätigkeitsbereiches, in den mehr als in andere Medizingebiete außerdem Wissen aus nichtmedizinischen Disziplinen einfließt. Umfangreicherer Erläuterungen bedurfte über die Wissensaspekte hinaus die Tatsache, daß geriatrische Arbeit durch bestimmte Formen der Wahrnehmung, der Einstellung und der emotionalen Anforderungen charakterisiert ist. Diese lassen sich sehr viel schwerer als Wissen vermitteln. In der Regel muß man in einer entsprechend geprägten Umgebung gearbeitet haben, um sie gut zu erfassen.

Damit ist erneut das Thema der Weiterbildung und entsprechend geeigneter Institutionen und Strukturen angesprochen. Die Expertenkommission wurde im Laufe ihrer Arbeit an vielen Stellen immer wieder zur Auseinandersetzung mit der Frage angeregt, wie die Elemente der hier dargestellten geriatrischen Arbeit in Aus- und Weiterbildungsprozesse einfließen können. Sie hat sich dann aber auf die vorrangige Aufgabe beschränkt, zunächst einmal die schwierige inhaltliche Bestimmung geriatrischer Medizin zu leisten. Dabei war sie zunehmend davon überzeugt, daß sich mit größerer Klarheit der Inhalte deutlichere und überzeugendere Vorstellungen von neuen geriatrischen Versorgungs- und Weiterbildungsstrukturen ergeben und durchsetzen werden.