

Der Geriater ist als Spezialist für Altersmedizin für die Behandlung sehr alter Menschen ausgebildet. Er sollte aber auch verschiedene andere notwendige Therapeuten vernetzen.

Kinder gehen zum Kinderarzt, denn ihr Organismus funktioniert anders als der von Erwachsenen. Und alte Menschen sollten eben zu Experten für Altersmedizin – also dem Geriater, der sich auskennt. Denn auch der Organismus eines 90-Jährigen funktioniert anders als der eines beispielsweise 30-Jährigen. Der typische Geriater muss ein Netzwerker zwischen den Disziplinen sein. Denn je nach Leiden oder Symptom, wird der alte Patient in unterschiedlichen medizinischen Bereichen behandelt werden müssen. Von vielen Ärzten und Therapeuten, die im Zweifelsfalle nichts voneinander wissen und sich nicht austauschen.

Eigentlich ist in jedem Fall aber das Wissen von Experten der Altersmedizin vonnöten, um hochbetagten Patienten eine ausgezeichnete Versorgung zu gewährleisten. Gerade deshalb werden Geriater und Medizin der Zukunft eine strategisch wichtige Rolle spielen. Bei ihnen laufen alle Fäden zusammen.

Die Zukunft der Medizin steht deshalb vor großen Herausforderungen, wie die wachsende Komplexität von diagnostischen und therapeutischen Prozessen, die Zunahme dementieller Syndrome, die Verknappung von Ressourcen sowie der Rückgang familiäre Unterstützung in der Betreuung. Vor genau diesem Kontext sucht die Altersmedizin für ältere Menschen individuelle Lösungen.

Häufig gestellte Fragen an den Geriater und die Altersmedizin

Welche Patienten behandeln Geriater? Bei einem Teil akut erkrankter alter Patienten treten spezifische Krankheitserscheinungen in den Hintergrund. Das klinische Bild wird aufgrund alterstypischer Multimorbidität und Vulnerabilität durch funktionelle Defizite und/oder durch Störungen primär nicht betroffener Organsysteme dominiert, Expertise in der Altersmedizin ist vonnöten.

Ein **typisches Fallbeispiel** für die Altersmedizin wäre ein hochbetagter, kognitiv eingeschränkter Patient mit einer höhergradigen Herzinsuffizienz, einer Niereninsuffizienz Stadium 4 bis 5 und einer schweren Polyarthrose, der in Folge einer Dekompensation gestürzt war oder immobil wurde. Durch Verlust seiner Alltagskompetenz hat er Hilfebedarf bei den Aktivitäten des täglichen Lebens wie Nahrungsaufnahme, An- und Auskleiden, Kontinenz, Körperhygiene, etc. Weitere Komplikationen zu erwartende Komplikationen sind Hospitalinfektionen, erneute Stürze, Delir und Mangelernährung. Die funktionellen Einbußen können bereits zu Beginn einer Erkrankung oder aber im Verlauf die diagnostischen und therapeutischen Bemühungen bestimmen.

Was sind Ziele und Besonderheiten geriatrischer Arbeit?

Es ist vorrangiges Ziel der Altersmedizin, diese „geriatrischen Patienten“ zu identifizieren, dem funktionellen Abbau und der Beeinträchtigung des gesamten Organismus entgegenzuwirken und das bisherige Niveau an Autonomie zu erhalten oder wiederherzustellen. Wegen der komplexen Situation dieser Patienten nutzt der Geriater zusätzlich zu den klassischen ärztlichen Untersuchungsmethoden das geriatrische Assessment, um alterstypische Multimorbidität, funktionelle Defizite, aber auch mentale und psychische Probleme sowie das soziale Umfeld des Patienten abzubilden.

Im Rahmen der Altersmedizin muss die multiprofessionelle Therapie im therapeutischen Team geplant werden, der Geriater muss leiten und

die Ergebnisse der Behandlung überprüfen. Für diese Arbeit ist die kontinuierliche Vorhaltung geriatricspezifischer Ressourcen hinsichtlich Ausstattung und Personal sowie eine auf den geriatrischen Patienten fokussierte Organisation in der Abteilung oder Praxis notwendig.

Worin besteht der theoretische Hintergrund geriatrischer Arbeit?

Wegen der altersbedingt eingeschränkten Organreserven reagieren betagte Patienten auf unterschiedliche Auslöser häufig mit ähnlichen Reaktionsmustern. Diese werden als geriatrische Syndrome bezeichnet wie Sturz und Immobilität, Inkontinenz, Mangelernährung, Sarkopenie, Frailty/Gebrechlichkeit, Exsikkose, chronischer Schmerz, Delir u. a. Aufgrund ihrer multikausalen Verursachung unterscheiden sich Syndrome der Altersmedizin vom klassischen Syndrom-begriff.

Eine Behandlung muss sowohl die Auslöser aber auch die Reaktionen der verschiedenen Organsysteme im Kontext der Multimorbidität berücksichtigen. Dazu bedarf es der Priorisierung einer Multimedikation ergänzt durch nicht-medikamentöse Therapieformen wie Krankengymnastik, Ergotherapie, Sprach- und Schlucktherapie sowie soziale Maßnahmen.

Was muss ein Geriater können?

Neben dem multidisziplinären geriatrischen Assessment, der Kenntnis geriatrischer Syndrome sowie der Planung und Leitung des multiprofessionellen Teams, muss der Geriater vor allem gute differentialdiagnostische und pharmakologische Kenntnisse vorweisen.

Unter Berücksichtigung der häufigsten chronischen Alterskrankheiten wie Hypertonie, Herzinsuffizienz, Vorhofflimmern, koronare Herzerkrankung, Diabetes mellitus, chronische

Atemwegserkrankungen, Durchblutungsstörungen, Niereninsuffizienz, Mangelernährung, Anämie, Arthrose, Osteoporose, Demenz, Depression, chronische Schmerzen u. a. wird deutlich, dass der Geriater über umfassende Kenntnisse und Fertigkeiten in der Inneren Medizin, ergänzt durch Aspekte anderer Fachgebiete verfügen muss.

Hierzu gehören beispielsweise die Beurteilung von EKG, Langzeit-EKG und -Blutdruckmessung, Spirometrie, Endoskopie inkl. PEG-Anlage, Sonographie inkl. Duplexdiagnostik, Echokardiographie, Doppler-Druck-Messung, Schluckdiagnostik, Beurteilung von Standard-Röntgenuntersuchungen u.a. Eine qualifizierte Altersmedizin ist zudem ohne Kenntnisse der internistischen Intensivmedizin nicht machbar. Spezielle Techniken wie EEG, ENG, CT, Herzkatheter und andere sind wichtige Ergänzungen in der Hand des konsiliarisch hinzugezogenen Organspezialisten.

Womit beschäftigt sich geriatrische Forschung?

Die Kompression der Morbidität mit Erhalt der Autonomie bis ins hohe Alter stellt das übergeordnete Ziel geriatrischer Forschung dar. Grundlagen-orientierte Schwerpunkte der Altersforschung umfassen beispielsweise die Bereiche Sarkopenie, Frailty, Immunologie und körperlicher Aktivität bzw. Ambient Assisted Living. Neben der Präzisierung des geriatrischen Assessments erlangen aktuell vor allem Themen im Bereich der Mangelernährung, des körperlichen Trainings auch von Demenzpatienten, der Sturzprävention und der Polypharmazie mit seinen Interaktionen sowie die Einschätzung neuer Medikamente etc. klinisch Relevanz.

Die wachsende Qualität kommt auch in einer Aufwertung der Publikationsorgane zum Ausdruck – wie steigende Impact Faktoren/ Reichweiten. Wesentliche Elemente geriatrischer Arbeit konnten zudem auf hohem Evidenzlevel bestätigt werden. Prominentes Beispiel ist der positive Effekt einer Assesement-basierten

geriatrischen Behandlung auf Funktion und Überleben der Patienten im Vergleich zu einer herkömmlichen Behandlung (Cochrane Database Syst Rev. 2011 Jul 6;(7):CD006211).

Wo werden Geriater benötigt?

Krankheitsspezifische und funktionsorientierte Maßnahmen müssen sich bei der Behandlung alter, multimorbider Patienten sinnvoll ergänzen. Deshalb ist es zweckmäßig, dass Geriater auf unterschiedlichen Ebenen der medizinischen Versorgung in die Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Hochbetagte Patienten werden selbstverständlich nach den krankheitsspezifischen Leitlinien in den jeweiligen (Organ-)Abteilungen versorgt.

Wenn jedoch Funktionsdefizite oder alterstypische Multimorbidität das klinische Bild bestimmen, können gleich zu Beginn oder im Verlauf einer akuten Erkrankung geriatrische Maßnahmen wie Assessment, multiprofessionelle Therapie und Rehabilitation in den Vordergrund rücken. Jeder Mediziner, der alte Patienten behandelt, sollte das Primat einer funktionserhaltenden Behandlung zum richtigen Zeitpunkt erkennen.

Der Geriater muss gewährleisten, seine Therapie bedarfsweise zu Gunsten einer gezielten Intervention (etwa einer sofortigen PTA, einer Hüft-TEP, einer Krisenintervention bei schwerer Psychose, einer Lyse bei cerebraler Ischämie etc.) zurückzustellen oder zu unterbrechen. Dies stellt auch im aktuellen DRG-System für alle Beteiligten eine optimale Versorgungsform dar, da die Übernahme der Patienten zur geriatrischen Komplexbehandlung die Verweildauer in den verlegenden Abteilungen verkürzt. Zudem können viele Hochbetagte durch Erhalt ihrer bestehenden Alltagskompetenz ins gewohnte Umfeld entlassen werden.

Für die ambulante Medizin gilt, dass alte Patienten natürlich von Ihren Haus- und Fachärzten behandelt werden. Erst wenn umfassende

Diagnostik und Therapie zur Aufrechterhaltung von Teilhabe und Autonomie notwendig werden oder komplexe Fragestellungen aus Multimorbidität und Polypharmazie resultieren, sollten Geriater wie andere spezialisierte Fachärzte auf Überweisung tätig werden.

Wie will sich die Geriatrie – die Altersmedizin – im Fächerkanon einordnen?

In den meisten europäischen Ländern ist Geriatrie ein eigenständiges Fach oder ein Schwerpunkt in der Inneren Medizin.

In Österreich können mit der Novellierung der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung Allgemeinmediziner und Fachärztinnen bestimmter Fachrichtungen – Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie, Physikalische Medizin und Remobilisation – seit 1. Juli 2011 das Additivfach Geriatrie erwerben, wofür sie eine umfassende, drei Jahre dauernde Ausbildung absolvieren müssen.

In Deutschland ist die Geriatrie als Schwerpunkt in der Inneren Medizin in 3 Bundesländern (Berlin, Brandenburg, Sachsen-Anhalt) anerkannt. Jedenfalls setzt die Behandlung der häufigsten altersassoziierten Erkrankungen Kenntnisse und Fertigkeiten der internistischen Basisweiterbildung voraus. Weiter sind die meisten geriatrischen Kliniken – vor allem im Akutbereich – internistischen Abteilungen zugeordnet. Deswegen hält man in Deutschland den Facharzt für Altersmedizin nur als Schwerpunkt in der Inneren Medizin für sinnvoll. Wie bei Gastroenterologie, Rheumatologie, Kardiologie etc.

Für Fachbereiche mit hohem Anteil betagter Patienten wie der Neurologie, der Psychiatrie oder der Allgemeinmedizin, gibt es weiterhin eine fachbezogene klinische Zusatzweiterbildung in Geriatrie.

Welche Rolle spielt die Altersmedizin in der Krankenversorgung bisher und in Zukunft?

Geriatrie verfügt nach der Kardiologie mittlerweile über die zweitgrößte Anzahl von spezialisierten internistischen Betten in deutschen Krankenhäusern. Die Geriater sind in die Bereitschaftsdienste der jeweiligen Kliniken und, wenn vorhanden auch in die internistische Notaufnahme integriert. Die frühzeitige und kontinuierliche Einbindung geriatrischer Kompetenz in die Behandlungsabläufe wird die Qualität der Versorgung hochbetagter, multimorbider Patienten steigern. Es ist nicht Ziel der Etablierung des Fachgebietes Geriatrie, alle alten Patienten zu behandeln oder Spezialisierungen in den jeweiligen Organfächern für den alten Menschen zu kopieren.

LITERATUR:

ELLIS G, WHITEHEAD MA, O'NEILL D, LANGHORNE P, ROBINSON D. COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT FOR OLDER ADULTS ADMITTED TO HOSPITAL. COCHRANE DATABASE SYST REV. 2011 JUL 6;(7):CD006211. DOI: 10.1002/14651858.CD006211.PUB2.

QUELLE: [HTTP://WWW.DGGERIATRIE.DE/](http://www.dggeriatrie.de/) DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GERIATRIE (DGG)