

Was genau ist ein Geriater?

Und vor welchen Aufgaben steht die Altersmedizin hierzulande?

(27. August 2015) Der Geriater ist der Spezialist für die Behandlung sehr alter Menschen. Kinder gehen zum Kinderarzt – ganz klar! Ihr Organismus funktioniert anders als der von Erwachsenen. Und alte Menschen? Die sollten im besten Falle zum Altersmediziner, also zum Geriater. Der kennt sich aus. Denn auch der Organismus eines 90-Jährigen funktioniert anders, als der eines 30-Jährigen.

Vor allem: Der typische Geriater wird immer mehr zum Netzwerker zwischen den Disziplinen. Denn je nach Leiden oder Symptom, wird der alte Patient in unterschiedlichen medizinischen Bereichen behandelt, von vielen Ärzten und Therapeuten, die im Zweifelsfalle nichts voneinander wissen und sich nicht austauschen. Eigentlich ist in jedem Fall aber das Wissen der Altersmediziner vonnöten, um hochbetagten Patienten eine ausgezeichnete Versorgung zu gewährleisten. Gerade deshalb werden Geriater in der Medizin der Zukunft eine strategisch wichtige Rolle spielen. Bei ihnen laufen alle Fäden zusammen.

Die Zukunft der Medizin steht deshalb vor großen Herausforderungen. Da wäre die wachsende Komplexität von diagnostischen und therapeutischen Prozessen, die Zunahme dementieller Syndrome, die Verknappung von Ressourcen. Aber auch die familiäre Unterstützung wird weniger. Vor genau diesem Kontext sucht die Medizin des Alterns für ältere Menschen individuelle Lösungen. Anlässlich des vom 3. bis 5. September in Frankfurt am Main stattfindenden größten deutschsprachigen Altersmedizinkongresses, möchte die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) mit einigen Antworten auf wichtige Fragen von Angehörigen und Patienten verdeutlichen, wie die Geriatrie zur Optimierung und Zukunftssicherung der Versorgung sehr alter Patienten beitragen kann.

Häufig gestellte Fragen an Geriater:

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. Ein typisches Beispiel wäre ein hochbetagter, kognitiv eingeschränkter Patient mit einer höhergradigen Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz Stadium 4-5 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 sind zu befürchten: Hospitalinfektionen, erneute Stürze, Delir, Mangelernährung etc. 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 Geriatrie, diese „geriatrischen Patienten“ zu identifizieren, dem funktionellen Abbau und der Beeinträchtigung des gesamten Organismus entgegenzuwirken und das bisherige Niveau an Autonomie zu erhalten oder wiederzustellen. 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, die multiprofessionelle Therapie im therapeutischen Team zu planen, zu leiten und die Ergebnisse der Behandlung zu überprüfen. Für diese Arbeit ist die kontinuierliche Vorhaltung geriatrispezifischer 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 diese 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 Geriatrie 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 (Altersforschung) umfassen beispielsweise die Bereiche Sarkopenie, Frailty, Immunologie und körperlicher Aktivität/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 (Interaktionen, Einschätzung neuer Medikamente etc.) klinische Relevanz. Die wachsende Qualität kommt auch in einer Aufwertung der Publikationsorgane zum Ausdruck (steigende Impact Faktoren/ Reichweiten). Wesentliche Elemente geriatrischer Arbeit konnten zudem auf hohem Evidenzlevel bestätigt werden. Prominentes Beispiel ist der positive Effekt einer Assessment-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 vorbestehenden 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 im Fächerkanon einordnen?

In den meisten europäischen Ländern ist Geriatrie ein eigenständiges Fach oder ein Schwerpunkt in der Inneren Medizin. In Deutschland ist sie als Schwerpunkt in der Inneren Medizin bereits in 3 Bundesländern (Berlin, Brandenburg, Sachsen-Anhalt) anerkannt. Da die Behandlung der häufigsten alters-assoziierten Erkrankungen Kenntnisse und Fertigkeiten der internistischen Basisweiterbildung voraussetzen und die meisten geriatrischen Kliniken (vor allem im Akutbereich) internistischen Abteilungen zugeordnet sind, ist ein Facharzt nur als Schwerpunkt in der Inneren Medizin (neben Gastroenterologie, Rheumatologie, Kardiologie etc.) sinnvoll. Für Fachbereiche mit hohem Anteil betagter Patienten wie der Neurologie, der Psychiatrie oder der Allgemeinmedizin, wird wie bisher eine fachbezogene klinische Zusatzweiterbildung in Geriatrie erhalten bleiben. Kurse zur Geriatrischen Grundversorgung sollten für alle Ärzte insbesondere in der ambulanten Versorgung angeboten werden.

Welche Rolle spielt die Geriatrie 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.

Das Papier wurde von folgenden Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) erarbeitet und konsentiert: M. Denkinger (Ulm), V. Goede (Köln), W. Hofmann (Neumünster), A. Kwetkat (Jena), M. Meisel (Dessau), R. Püllen (Frankfurt), Ralf-Joachim Schulz (Köln), U. Thiem (Herne).

Pressekontakt der DGG

Nina Meckel
medXmedia Consulting
Nymphenburger Str. 19, Vorderhaus
80335 München
Tel: +49 (0)89 / 230 69 60 69
Fax: +49 (0)89 / 230 69 60 60
E-Mail: presse@dggeriatrie.de

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG)

Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft der Ärzte, die sich auf die Medizin der späten Lebensphase spezialisiert haben. Wichtige Schwerpunkte ihrer Arbeit sind neben vielen anderen Bewegungseinschränkungen und Stürze, Demenz, Inkontinenz, Depressionen und Ernährungsfragen im Alter. Häufig befassen Geriater sich auch mit Fragen der Arzneimitteltherapie von alten Menschen und den Wechselwirkungen, die verschiedene Medikamente haben. Bei der Versorgung geht es darum, den alten Menschen ganzheitlich zu betreuen und ihm dabei zu helfen, so lange wie möglich selbstständig und selbstbestimmt zu leben. Die DGG wurde 1985 gegründet und hat heute rund 2000 Mitglieder.