

Thema: Die Menschen in NRW werden immer älter. Etwa eine halbe Million Rheinländer sind 80 Jahre oder älter, bis zum Jahr 2030 soll ihre Zahl noch einmal um ein Drittel steigen. Niedergelassene wie Klinikärzte stellt das vor spannende Herausforderungen.
von Jocelyne Naujoks und Bülent Erdogan

Die Alten und die Medizin: Geriatriische Versorgung an Rhein, Erft und Wupper



mit dem *Rheinischen Ärzteblatt*. Jeder zweite Patient bleibe in seiner Alltagskompetenz hinter der Zeit vor dem Unfall zurück. Gute Medizin, Pflege und Reha könnten hier Lebensqualität erhalten oder zurückbringen, sagt Unger. Das gelte auch für das postoperative Delir, dessen Charakter als medizinischer Notfall mit der Bezeichnung „Durchgangs-Syndrom“ früher oft verkannt wurde. Als problematisch erweist sich häufig noch das hypoaktive Delir. „Etwa ein Drittel dieser Verwirrheitszustände lassen sich durch eine gute Pflege verhindern“, sagt der Neurologe und Geriater.

In der interdisziplinären und berufsübergreifenden Morgenbesprechung beraten Unger und seine Kolleginnen und Kollegen die Krankengeschichte der neu aufgenommenen Patienten, erörtern deren familiäre wie soziale Situation und stecken den Rahmen für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt ab. Was wünscht sich die Patientin, was können und wollen Angehörige oder Bekannte beitragen? Ist ein selbstständiges Leben weiter möglich, reicht eine Kurzzeitpflege zur Rückkehr in den Alltag aus, ist doch eine längere Reha-Phase angezeigt oder wird eine Unterbringung in einem Seniorenheim die wahrscheinliche nächste Etappe in der Biographie des Patienten sein? Ist das Ziel die permanente Remission der Erkrankung oder Symptomatik oder besteht es darin, dem Patienten einen würdevollen Lebensabend im häuslichen Umfeld zu ermöglichen?

Seit Februar 2015 betreiben das EVKK und die Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sporttraumatologie der Kliniken der Stadt Köln im Stadtteil Merheim ein gemeinsames Alterstrauma-Zentrum (ATZ) mit 14 Betten in Kalk. Die gemeinsame Behandlung beginnt dabei bereits in der Notaufnahme in Merheim. Bei allen Patienten, die älter als 70 Jahre sind, wird zusätzlich zu den routinemäßig erfassten Begleiterkrankungen ein Alters-Risiko-Score ermittelt. „Im Bedarfsfall betreut ein Geriater unserer Klinik den Patienten mit. Das Augenmerk legen wir dabei vor allem auf Einschränkungen der Mobilität und Sturzgefahr sowie auf erste Anzeichen von Demenz oder Depression“, sagt Unger. Ist eine geriatrische Früh-Reha sinnvoll, werden die Patienten nach Kalk verlegt. „Den chirurgischen Heilungsverlauf wiederum verfolgt dort dann der Kollege aus Merheim“, so Unger. Nach diesem Vorbild soll jetzt auch ein krankenhausinternes ATZ hinzukommen.

Was ist ein geriatrischer Patient?

Geriater definieren ihre Patienten üblicherweise als Personen mit mehreren alterstypischen Erkrankungen, höherem Lebensalter, meist über 70 Jahre, („die geriatrische Multimorbidität ist hierbei vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen“, so die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie) – beziehungsweise als Patienten mit einem Alter über 80 Jahre, alterstypisch erhöhter Vulnerabilität, zum Beispiel wegen des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen, der Gefahr der Chronifizierung und des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus.

Wenn man vor lauter Bäumen den Wald nicht sieht, empfiehlt es sich, einige Schritte zurückzutreten, um eine bessere Perspektive zu gewinnen – so als tauschte man den Tele-Zoom gegen das Weitwinkel-Objektiv. Für die Ärztinnen und Ärzte, Pflegenden, Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden und Psychologen im sechsten Stock des Evangelischen Krankenhauses Kalk (EVKK) im gleichnamigen Kölner Stadtteil ist dieser Blick aufs Ganze essentiell. Denn die Patienten, die nach einer einschneidenden Erkrankung oder einem folgenschweren Unfall auf die Station kommen, sind mehr als die Summe ihrer Organ-Systeme. Es sind zum Beispiel Patienten, die neben der frischen Oberschenkelhalsfraktur an kognitiven Störungen wie Demenz leiden, zusätzlich zur kardiovaskulären Erkrankung in einer depressiven Episode stecken oder nach der eigentlich erfolgreichen Operation ein Delir erleiden und dringend einer besonderen Therapie, Ansprache und Aktivierung bedürfen.

Hohe Mortalität nach Schenkelhalsbruch

Da passt es gut, dass der Ausblick aus den Behandlungszimmern und Gemeinschaftsbereichen der 1989 eröffneten Klinik für Akutgeriatrie und Frührehabilitation über die gesamte Domstadt, bis zur Ville und ins Bergische reicht. Die ärztliche Leitung der insgesamt 71 Betten zählenden Geriatrie hat Dr. Heinz L. Unger: „Jeder vierte ältere Patient mit Oberschenkelhalsfraktur verstirbt in den ersten zwölf Monaten nach der Operation“, sagt der Chefarzt im Gespräch

Eine Station für Demenzkranke

Im Herbst vergangenen Jahres ging die sogenannte Memory-Station für Patienten mit kognitiven Einschränkungen wie der Alzheimer-Demenz in Betrieb. Ausgestattet ist die Station mit sieben Zweibettzimmern, in denen Niederflurbetten das Sturzrisiko senken und mögliche Sturzfolgen mindern helfen sollen. Handläufe in den Zimmern, Signalfarben im Bad, ein spiegelungsarmer Fußboden in dunkelblauer Farbe sollen den besonderen Bedürfnissen dieser Patienten ebenso gerecht werden wie das höhere Lumen der Stationsbeleuchtung.

Auffälligstes Merkmal ist die „Bücherwand“ – eine Foto-Tapete, mit der auch der Ausgang der Station verkleidet ist. Das Kalkül: Wo kein Ausgang erkennbar ist, da büxt auch niemand aus – entsprechend sinkt für Patienten wie Personal der Stress. Patienten, die nachts nicht schlafen können und auch nicht im Bett bleiben oder sich dorthin zurückbringen lassen möchten, können im „Nachtcafé“ Platz nehmen, an dessen großem Tisch sich gemütlich die Kölner Skyline beobachten lässt. Tagsüber kommen dort die Patienten mit einer Neuro-Psychologin zum Training der Hirnaktivität zusammen. Ein voluminöser Sessel ermöglicht auch sonst eher als bettlägerig eingestuft Patienten, gemeinsam Zeit mit den anderen Patienten zu verbringen und ihre Stimmen zu hören, wenn diese gemeinsam zum Beispiel singen und sich dabei an den Händen fassen. Damit die Wege zu Ergometern, der Vibrationsplatte oder einer Appara-

wie frührehabilitativer Behandlungsbedarf. Außerdem können Kliniken ein geriatrisches Konsil anfordern. Die Kapazität seiner Klinik hält Unger „gerade noch für ausreichend“, um den Senioren und Hochbetagten unter den 400.000 Bürgerinnen und Bürgern der „Schäl Sick“ eine geriatrische Komplexbehandlung anbieten zu können. „Allerdings müssen wir die einweisenden Kollegen an manchen Tagen um ein wenig Geduld bitten, bis das nächste Bett frei wird.“ Für ausbaufähig hält er auch die Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg: „Wünschenswert wäre eine engere Verzahnung mit den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen“, sagt Unger.

In der hausärztlichen Praxis von Bernd Zimmer in Wuppertal ist gute Altersmedizin vor allem eine Sache des Kopfes: „Aufmerksam sein für die Bedürfnisse älterer Menschen, hilfsbereit sein, das Miteinander von Patient, Arzt und Medizinischen Fachangestellten in der Praxis, das zählt mehr als ein ebenerdiger Eingang oder die technische Ausstattung“, sagt Zimmer. Hausärztinnen und -ärzte begleiten ihre Patienten häufig ein Leben lang – ein Vorteil, sagt Zimmer, der auch Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein ist. „Der Geriater hat die Chance, gemeinsam mit dem Patienten alt zu werden. Das erlaubt ihm, seinen Patienten bestmöglich zu versorgen“, so Zimmer. Der Hausarzt kenne die Biografie seines Patienten sowie sein soziales Umfeld. So könne der Arzt auch besser einschätzen, wer in die Versorgung des Patienten eingebunden werden könne oder ob der Patient auf professionelle Hilfe angewiesen sei.



*Die Bücherwand-Tapete der Memory-Station im Evangelischen Krankenhaus Kalk in Köln sticht gleich ins Auge. Die Ausgangstür (nicht im Bild) ist ebenfalls mit der Tapete verkleidet, um das Risiko zu senken, dass demente Patienten die Station auf eigene Faust verlassen. Die Türen der sieben Patientenzimmer der Station sind mit markanten Kölner Motiven versehen. Das soll den Patienten erleichtern, das eigene Zimmer wiederzufinden.
Foto: Evangelisches Krankenhaus Kalk*

tur, mit der standunsichere Patienten wieder an das Stehen gewöhnt werden, nicht zu lang werden, sind diese auf der Station untergebracht. Bei Bedarf begleiten sogenannte Demenz-Lotsinnen die Patienten.

Die Verweildauer der Patienten in Kalk liegt im Durchschnitt bei 18 Tagen. Zusätzlich zu den Überweisungen durch Hausärzte und von Patienten, die von der eigenen Notaufnahme oder der internistischen Abteilung kommen, nehmen Unger und sein Team auch Patienten aus anderen Kliniken im Rechtsrheinischen auf. Basis hierfür ist ein nach dem ISAR-Test („Identification of Seniors at Risk“ für Patienten über 75 Jahre) ermittelter akut-kurativer

Potenziale aufzeigen statt Defizite zu betonen

Für Zimmer stehen – anders als vielleicht in anderen Fachrichtungen – nicht die Defizite des Patienten im Fokus: „Die Idee der hausärztlichen Geriatrie ist weniger, den Patienten zu heilen, als ihm vielmehr zu ermöglichen, seine Lebensziele zu verwirklichen“, sagt Zimmer. Im Gegensatz zu jungen Patienten hätten Hochbetagte nämlich längst erkannt, dass sie in aller Regel nicht mehr vollständig gesund würden. Ihr Wunsch sei es, unabhängig zu bleiben. „Sie wollen weiterhin jeden Mittwoch zum Altentreffen gehen und zweimal im Jahr ihre Enkelkinder besuchen“, be-

Der Schluckstörung auf der Spur

Häufigste Ursache für neurogene Schluckstörungen ist der Schlaganfall. Auch andere neurologische Erkrankungen können zu Störungen beim Kauen und Schlucken führen. Oft sind dabei die Beweglichkeit im Mund- und Rachenraum sowie die Sensibilität eingeschränkt. Anzeichen für Schluckstörungen sind häufiges Verschlucken, eine gurgelnde Stimme, vermehrtes Husten und Räuspern während oder nach dem Essen, nicht erklärbar Fieberzustände und Entzündungen der Bronchien. In Köln-Kalk durchlaufen alle Patienten ein Dysphagie-Screening. Bei einem Verdacht führen die Ärzte eine endoskopische Schluckuntersuchung durch (FEES-Test). Das Ergebnis hat Auswirkungen auf Viskosität und Konsistenz von Getränken und Speisen.

richtet der Allgemeinmediziner. Die Altersmedizin zeige Möglichkeiten auf, den Patienten autonom und alltagskompetent zu halten, ihm die Schmerzen zu nehmen oder ihn wieder dazu zu bringen, selbstständig zu gehen. Es gehe darum, die Potenziale des Patienten zu betonen.

Zimmer lässt seine Patienten dazu halbjährlich einen Fragebogen ausfüllen, in welchem sie beschreiben, was sie in ihrem Alltag noch tun können und was nicht mehr. Der Vergleich der Bögen ermöglicht ein Bild über Behandlungserfolge und die gesundheitliche Entwicklung des Patienten. Gleichzeitig dienen sie dazu, dem Patienten zu zeigen, was er im Alltag noch selbstständig bewältigen kann: „Die Fragebögen zeigen, was die Patienten können und weniger, was sie nicht mehr können“, berichtet Zimmer aus seiner Praxis. Eine große Rolle spiele dabei auch, dem Patienten wieder etwas zuzutrauen und ihm das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zurückzugeben. Das sei einfacher, wenn der Arzt den Patienten seit Längerem begleite und bereits verschiedene Krankheiten mit ihm gemeistert habe, bemerkt der Wuppertaler Mediziner.

Gemeinsam mit seinen Patienten überlegt Zimmer dann, welche gesundheitlichen Probleme den Patienten beeinträchtigen und welche Möglichkeiten es gibt, den Alltag zu erleichtern. Dabei komme es darauf an, was der Patient möchte und wozu der Arzt ihn motivieren kann, sagt Zimmer: „Unser Ziel ist es, zu verstehen, was der Patient will, was für ihn im Leben schön und wichtig ist.“ Dazu gehöre auch, die Grenzen des Patienten zu akzeptieren.

Maßgeblich sei für ihn in der Behandlung stets, was er dem Patienten unter welchen Bedingungen zumuten könne. Dazu müsse der Arzt zum Beispiel auch bedenken, wann der Patient ein Schmerzmittel einnehmen muss, um an der Physiotherapie schmerzfrei teilnehmen zu können. „Geriatric ist wie Schach spielen“, vergleicht Zimmer seine Arbeit. So sei der behandelnde Arzt, der seinen Patienten bereits viele Jahre kennt, auch in der Lage, beispielsweise bei der Suche nach einem geeigneten Physiotherapeuten die Persönlichkeit des Patienten zu berücksichtigen. Welcher Logopäde passt zu welchem Patienten? Wer kann den Patienten am besten motivieren, seine Therapie durchzuhalten? All diese Fragen gelte es zu bedenken, so Zimmer.

Moderieren und koordinieren

Um die Lebensziele von Patienten zu respektieren und deren Autonomie so weit als möglich zu bewahren, sei eine enge Kooperation mit Krankengymnasten, Logopäden und Ergotherapeuten, Krankenpflegern sowie Kollegen aus anderen Fachrichtungen notwendig. Hausarzt zu sein, das bedeute niemals Einzelkämpfertum, sondern immer Teamwork. Die Vernetzung mit den Gesundheitsfachberufen und ärztlichen Kollegen in der Region sei dabei unerläss-

lich. Zu klären, welche Angebote es in der Region gibt, wo die Pflegeberatungsstelle der Stadt ist oder wo sich Familienangehörige an ein Demenz-Servicezentrum wenden können, all das gehört für Zimmer zum Kanon der Aufgaben eines Allgemeinmediziners.

Zimmer empfindet sich als als Netzwerker zwischen den Professionen und sieht sich in der Rolle eines gesamtverantwortlichen Moderators zwischen den Fachärzten und den an der Behandlung des Patienten Beteiligten. Damit verbunden sei, die Expertise der an der Behandlung beteiligten Professionen zu nutzen: So wisse beispielsweise die Pflegekraft, die den Patienten jeden Tag sehe, mehr über den Allgemeinzustand des Patienten, als es ihm möglich sei, sagt Zimmer.

Wie sein Kölner Kollege Unger setzt auch der Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein auf eine verbesserte Kommunikation zwischen Hausarztpraxen und stationären geriatrischen Einrichtungen: „Kommunikation ist in der Medizin alles, aber in der Geriatrie ist sie unverzichtbar“, sagt Zimmer. Das kann zum Beispiel durch eine stärkere Beteiligung von geriatrischen Kliniken in der Hausärztlichen Verbundweiterbildung in Nordrhein der Fall sein – und später durch gemeinsame Fortbildungen. „Eine Option könnten auch gemeinsame Visiten von Hausärzten und Klinikkollegen in der stationären Versorgung darstellen. Große Bedeutung kommt in jedem Fall einem guten Überleitungsmanagement zu – zwischen Praxis und Klinik und wieder zurück.“ Die Geriatrie müsse Teil der allgemeinmedizinischen Weiterbildung bleiben. Damit lasse sich der Beruf der Allgemeinmedizinerin und des –mediziners zukunfts-fest gestalten.

„Die Baby-Boomer kommen erst noch“

Einen zusätzlichen Bedarf von circa 15.000 geriatrischen Betten in Akutkrankenhäusern und Reha-Kliniken prognostiziert der Bundesverband Geriatrie (BVG) für das Jahr 2025. Diese Zahl nannte dessen Geschäftsführer Dirk van den Heuvel auf der MCC-Tagung „Health Aktuell: Geriatrie 2016“ in Köln. Aktuell liegt die Zahl der Betten bundesweit bei circa 27.000. Für seine Schätzung, die im April auch Eingang in das neue Weißbuch Geriatrie finden soll, hat der BVG die Zahl der Patienten über 70 Jahren, die im Jahr 2013 mit zehn und mehr Nebendiagnosen in Abteilungen wie der Inneren Medizin, der Allgemeinchirurgie oder Orthopädie/Unfallchirurgie lagen, errechnet und für 2025 einen Anstieg dieser Patientengruppe von zehn Prozent angenommen. Im Ergebnis kommt der BVG auf circa 140.000 zusätzliche Patientinnen und Patienten, die einen besonderen geriatrischen Versorgungsbedarf haben könnten. Für diese Patienten seien für eine geriatrisch ausgerichtete stationäre und rehabilitative Versorgung circa 15.000 Betten notwendig. Man sei mit dem Parameter „zehn und mehr Nebendiagnosen“ konservativ vorgegangen, sagte van den Heuvel auf der Tagung in Köln. Bei einer Fallzahlsteigerung von 25 Prozent wären es circa 350.000 zusätzliche Patientinnen und Patienten. „Und die Baby-Boomer kommen dann erst noch“, sagte van den Heuvel.