

C. Lucke¹ · D. Krause² · D. Lüttje³

¹ Klinikum Hannover, Geriatriisches Zentrum Hagenhof, Langenhagen

² Klinikum Hannover, Geriatriisches Zentrum Hagenhof, Langenhagen

³ Krankenhaus Natruper Holz, Abteilung Geriatrie, Medizinische Klinik I, Osnabrück

Die Betreuung von Patienten im hohen Lebensalter durch den Internisten in der Praxis

Zum Thema

Die Betreuung hochbetagter Menschen in der Praxis durch den niedergelassenen Internisten ist durch eine Vielzahl von Besonderheiten gekennzeichnet: Der alte Patient leidet nicht an einer, sondern meist an einer Reihe von Erkrankungen. Die Erkrankungen zeichnen sich durch eine unspezifische Symptomatik, einen verzögerten Krankheitsverlauf sowie eine verzögerte Genesung aus. Sie führen häufig zu andauernder Bettlägerigkeit und verursachen erhebliche Probleme bei der Versorgung, die das familiäre Umfeld – sofern vorhanden – kaum aufzufangen weiß. Die Betreuung ist kostenintensiv und mit dem Budget des Arztes kaum zu bestreiten.

Schlüsselwörter

Alter · Multimorbidität · Geriatrie „I's“ · Arzt als Vertrauensperson · Ausbildung

Ausgehend von den fünf geriatriischen „I's“ (Instabilität, Immobilität, intellektueller Abbau, Inkontinenz, iatrogene Störung) werden in diesem Beitrag die besonderen Anforderungen an die ärztliche Betreuung alter Patienten formuliert.

Die Ausbildung des Internisten ist nicht auf die Betreuung geriatrischer Patienten ausgerichtet [17]. Der Internist – möglicherweise mit Schwerpunktausbildung – hat in der Klinik häufig eine beachtliche Perfektion in kardialer oder gastroenterologischer und onkologischer Diagnostik und Therapie erlangt, aber die Bewältigung psychosozialer Probleme alter Menschen hat er dem jüngsten Kollegen auf seiner Station oder dem Sozialarbeiter überlassen. In der hausärztlichen Praxis ist er tagein/tagaus mit Problemen konfrontiert, die seines Erachtens kaum in das Gebiet der Inneren Medizin fallen und dennoch bewältigt werden müssen (Demenzen, Schwindel, Inkontinenz, psychosoziale Absicherung, Sterbebegleitung u. a. m.). Er hat keine Möglichkeiten zur Delegation, muss sich um diese Probleme kümmern und Lösungen finden.

Auch seine Praxis ist möglicherweise nicht ausreichend für die Betreuung alter und behinderter Menschen eingerichtet. Ist sie für Rollstuhlfahrer erreichbar? Haben Türen und Gänge eine genügende Breite? Sind schriftliche Hinweise lesbar? Sind die Patiententouletten behindertengerecht und mit sichtbarem Alarmknopf versehen? Ist sein Praxispersonal für den Umgang mit alten Menschen ausgebildet, geduldig, einfühlsam und hilfsbereit [21]?

In den englischsprachigen und skandinavischen Ländern gibt es seit vielen Jahren den Facharzt für Geriatrie, auch im niedergelassenen Bereich, während es in der Bundesrepublik nur die fakultative Weiterbildung für klinische Geriatrie gibt. Entwicklungen im medizinischen Bereich, die sich in den USA bewährt haben, sind in der Vergangenheit auch bei uns übernommen worden; aber selbst wenn es den niedergelassenen Geriater bei uns geben sollte, wird die Betreuung alter Menschen weiterhin vorwiegend in den Händen geriatrisch versierter Allgemeinmediziner und Internisten liegen.

Diese Betreuung alter Menschen beinhaltet selbstverständlich das gesamte Spektrum der Inneren Medizin [1, 3, 40, 43, 47, 53]; darauf wird in mehreren Beiträgen dieses Heftes eingegangen; dies soll – trotz seiner unbestrittenen Bedeutung – nicht Gegenstand unseres Beitrages sein. Altenmedizin ist mehr als Innere Medizin im Alter [12, 13, 56]. Die Schwerpunkte liegen anders: Man behandelt nicht eine Erkrankung, man wägt vielmehr ab, welche Erkrankung man schwerpunktmäßig behandeln soll; man überschreitet die Grenzen zu anderen Fachgebieten (z. B. bei der Inkontinenz, der Demenz, bei der Rehabilitation von Frakturpatienten, bei der Suizidalität, dem Schwindel u. v. a. m.). Man sorgt sich nicht um die Arbeitsfähigkeit, sondern um den Erhalt der Selbständigkeit.

Prof. Dr. C. Lucke
Klinikum Hannover, Geriatriisches Zentrum
Hagenhof, Rohdehof 3, 30853 Langenhagen

Tabelle 1
Die fünf geriatrischen „I's“

Instabilität
Immobilität
Intellektueller Abbau
Inkontinenz
Iatrogene Störung

Die klinische Symptomatik zahlreicher Erkrankungen – man denke nur an das delirante Bild nach operativen Eingriffen und bei hochfieberhaften Infekten – ist im Alter atypisch [z. B. 36]. Hinter gängigen, dem Internisten aus der täglichen Praxis geläufigen Symptomen können sich auch völlig unerwartete Erkrankungen des gerontopsychiatrischen Formenkreises verbergen.

Geriatric unterscheidet sich von der Inneren Medizin nicht in der Qualität, hingegen in den wahrscheinlichen Diagnosen, im Erscheinungsbild der Krankheiten und der anderen Gewichtung der Indikationen [19].

Deshalb verlassen wir in unserem Beitrag die klassische, organbezogene Systematik und wenden uns dem weniger spezifischen Beschwerdebild des Patienten und der fachübergreifenden klinischen Symptomatik zu. Diese Vorgehensweise erfordert nicht selten ein gesondertes Untersuchungsvorgehen, u. a. das Assessment [2].

Die geriatrischen „I's“

Geriatrer weisen gern auf die fünf *geriatrischen „I's“* hin, die den Schwerpunkt ihrer Tätigkeit ausmachen (Tabelle 1). Auch wenn hier nicht der Raum ist, ausführlich auf jedes Mitglied dieses Quintetts einzugehen, so möchten wir doch dieser Vorgabe folgen, da sie spezifische Seiten geriatrischer Tätigkeit kennzeichnen. Unabhängig von der Diagnostik und Therapie, die beim Jung-Senior und bei alten Menschen angemessen ist, stellen sie spezifische Probleme dar, die für das hohe Alter charakteristisch sind [64].

Instabilität

Stürze – als Ausdruck von Instabilität – sind im Alter ein besonderes Problem, zumal sie häufig zu *Frakturen* führen, nicht selten gleichzeitig zu mehreren Frakturen. Die Ursachen von Stürzen

sind vielfältig [8, 30, 42, 45, 58], und häufig lässt sich trotz intensiven Befragens kein spezifischer Grund eruieren. Der betreuende Arzt sollte sich dadurch nicht entmutigen lassen und nach den Sturzursachen fahnden. Häufig lässt sich das Sturz- und Frakturrisiko auch ohne eingreifende therapeutische Maßnahme verringern, z. B. durch so simple Maßnahmen wie

- festes Schuhwerk (Kampf den „Schlappen“),
- adäquate Beleuchtung, besonders in den Fluren,
- Entfernen von Telefonschnüren, zumal der alte Mensch zum Telefon „eilt“,
- Entfernen von Schwellen,
- Anbringen von Geländern neben den Stufen vor dem Haus,
- Teppiche haben nicht nur Kanten, sie sind gelegentlich nicht rutschfest und werfen Falten.

Spätestens nach dem ersten Sturz sollten prophylaktische Maßnahmen getroffen werden: Ein alter Mensch, der einmal stürzt, stürzt wiederholt!

Stürze gehören zu den häufigsten Notfallsituationen, und die jährliche Sturzquote beträgt bei über 65-Jährigen 30%, bei über 80-Jährigen sogar 50%! Stürze und ihre Folgen sind die häufigste Ursache für Einschränkungen der Alltagsaktivität, mehr als die Erkrankungen des Herzens und der Gelenke. Häufige Stürze führen mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Einweisung ins Heim.

Die Abklärung von *Sturzursachen* ist eine Domäne hausärztlich tätiger Internisten. Man klärt die Sehfähigkeit des alten Patienten ab (Presbyopie, Katarakt, senile Makulopathie) [28, 61]. Eine erhebliche Beeinträchtigung des Sehvermögens wurde bei 13% der über 65-Jährigen und bei 27% der über 85-Jährigen gefunden [23]; sie mindert das Ausmaß der Selbständigkeit erheblich [28]. Man sucht nach orthostatischer Hypotonie (im Rahmen von Hypovolämien, durch mangelnde Trinkmenge, durch Elastizitätsschwund von Blutgefäßen, durch aggressive Behandlung eines Hypertonus usw.) und nach kardialen Ursachen synkopaler Ereignisse. Hier leisten das EKG und das Langzeit-EKG wertvolle Hilfe.

Während zentralnervöse Ursachen zum Sturz führender Synkopen eher selten sind (epileptische Anfälle, transi-

torisch-ischämische Attacken u. a.), kommt den iatrogenen Ursachen eine wesentlich größere Bedeutung zu. Patienten mit häufigen Stürzen haben von ihrem Arzt häufiger Tranquilizer, Hypnotika, Diuretika, Nitrate sowie Neuroleptika verschrieben bekommen. Die Verordnung von fünf und mehr Medikamenten geht mit einer signifikant höheren Sturzrate einher [8, 50, 55, 59]. Die Multimedikation stellt einen unabhängigen Risikofaktor für Stürze dar. Nicht nur aus Kostengründen, auch zum Wohle des Patienten sollte der Arzt routinemäßig die Medikation überprüfen.

Knochenbrüche, besonders im Hüftbereich, sind die gefürchtetste Konsequenz von Stürzen. 10% unserer Patienten mit proximalen Femurfrakturen wiesen zusätzlich eine Radius- bzw. eine subcapitale Humerusfraktur auf. Besteht nach einem Sturz ein Frakturverdacht, so sollte der Patient in eine chirurgische Klinik eingewiesen werden, in der der operative Eingriff umgehend durchgeführt und zügig mit der Mobilisierung begonnen wird. Jede Verzögerung bedeutet für den Patienten ein weiteres und erhebliches Risiko. Auch wenn die Ergebnisse operativer Behandlungen dank neuer und zumeist belastungsstabiler Osteosynthesen deutlich verbessert wurden, sollten die Konsequenzen proximaler Femurfrakturen nicht unterschätzt werden: 6 Monate nach der Fraktur waren 17,6% der Patienten und sogar 29,9% der Heimbewohner verstorben. Nur 76% der Überlebenden waren gehfähig [4].

Schwindel ist kein Krankheitsbild, sondern ein Symptom, über das zahlreiche alte Menschen klagen. 30% aller in häuslicher Umgebung lebenden über 65 Jahre alten Menschen berichten von Schwindelsymptomen [14], 60% der über 60-Jährigen hatten in einer anderen Untersuchung in den vergangenen 24 Monaten über Schwindelattacken geklagt [34]. Für die hausärztliche Praxis ist der „Schwindel“ ein ungeliebtes diagnostisches Problem [46], das von „diagnostischer Vergeblichkeit“ gekennzeichnet ist; trotz gezielten Suchens ist der Schwindel nicht immer sicher einzuordnen.

Schwindel kann als *Verlust der Körpersicherheit im Raum* definiert werden, der durch einander widersprechende Meldungen aus verschiedenen Sinnesorganen entsteht [21].

Tabelle 2
**Ursachen von Schwindel im Alter
 (nach [21])**

Vestibulärer Schwindel

- benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel
- Morbus Menière
- Akuter einseitiger Vestibularisausfall
- Innenohrentzündung
- Posttraumatisch
- Schädigung der Vestibulariskerne (ischämisch, cerebrovaskulär)

Schwankschwindel

- ZNS-Störung (vaskulär, Epilepsie, Parkinson)
- Medikamentös (Sedativa, Antidepressiva)
- Psychogen

Präsynkopaler Schwindel

- Hyper- und Hypoglykämie
- Schilddrüsenfunktionsstörungen
- Störungen der Blutdruckregulation (Medikamente, orthostatische Dysregulation, vasovagal)
- Anämie, Polyglobulie, Hyperviskosität
- Kardial (Arrhythmie, Vitien, Herzinsuffizienz)

Okulärer Schwindel

- Sehstörungen
- Augenmuskelstörungen

„**Altersschwindel**“; eine Ausschlussdiagnose

Zumindest eines der drei Systeme – Tiefensensibilität, Vestibularorgan und optisches System – ist durch inadäquate Reizverarbeitung empfindlich gestört. Brandt hat die Ursachen von Schwindel kürzlich in dieser Zeitschrift dargestellt und auf die prozentuale Häufigkeit der verschiedenen Ursachen in einer Spezialambulanz hingewiesen [11]; die Häufigkeitsverteilung unterscheidet sich beim Hochbetagten deutlich davon [12]. Alte Menschen klagen über Schwindel und meinen dabei eine allgemeine Unsicherheit, die mit den klassischen Ursachen einer vestibulären Störung oder eines phobischen Geschehens häufig wenig zu tun hat. In Tabelle 2 haben wir – der Systematik von Füsgen [21] folgend – Formen von Schwindel im Alter zusammengestellt.

Während Patienten mit einem vestibulären Schwindel ggf. von der Abklärung durch einen HNO-Arzt profitieren, erkennt man aus Tabelle 2 die ursächliche Bedeutung von internisti-

schen Erkrankungen und die therapeutischen Ansatzpunkte. Nicht immer führen die therapeutischen Bemühungen zu einem befriedigenden Ergebnis; es besteht aber kein Grund, nicht das zu tun, was man tun könnte.

Die Möglichkeiten der Therapie sind im Alter häufig begrenzt; im Vordergrund sollte eine ursächliche Therapie stehen. Der Wunsch der Patienten und ihrer Angehörigen nach einer medikamentösen Therapie ist groß, die Erfolge bleiben meist begrenzt. Therapeutisch werden Dimenhydrinat und andere Antihistaminika sowie Sulpirid angewandt. Die Verordnung eines Gehhilfsmittels und die krankengymnastische Übungsbehandlung sind dringend zu empfehlen, um Sicherheit zu vermitteln und der Angst vor Schwindelattacken und Stürzen zu begegnen, die die Symptomatik oft verstärkt.

Immobilität

Man könnte die Immobilität als häufige Geißel des Alters bezeichnen. Ihre Ursachen sind vielfältig und reichen von Erkrankungen aus dem orthopädischen Formenkreis über neurologische Erkrankungen, Durchblutungsstörungen der Extremitäten, Depressionen und Demenzen bis hin zur Immobilität beim Schmerzsyndrom und Immobilisierung durch Angehörige [10, 29]. „Bed is bad“ sagen die Amerikaner, und in der Schweiz heißt es: „Das Bett ist die Freude der Jugend und der Tod des Alters“. Deshalb gehört es zu den Kernaufgaben des Arztes, die Mobilität seines Patienten zu wahren bzw. wiederzugewinnen. In den letzten Jahren sind vielerorts geriatrische Kliniken entstanden, die bezüglich der Mobilisierung Erstaunliches leisten. Allerdings handelt es sich vorwiegend um Patienten nach „akutem Knick in der Lebenslinie“, nach Schlaganfällen, nach Frakturen und nach Amputationen. Wird ein alter Patient in der häuslichen Umgebung bettlägerig, beispielsweise bei einem grippalen Infekt oder wegen schmerzhafter Sturzfolgen, so droht dauerhafte Immobilität, falls keine zielgerichtete Mobilisierung erfolgt. Der Arzt muß entscheiden, ob eine Mobilisierung durch Angehörige oder durch Mitarbeiter der Sozialstation ausreicht oder ob er häusliche Krankengymnastik verordnen muss. Bei drohendem Mobilitätsverlust empfiehlt sich die Be-

handlung in einer geriatrischen Tagesklinik. Die Angehörigen werden entlastet und bemerken bald deutliche Fortschritte.

Wünschenswert wäre es, wenn der Arzt die Angehörigen in das „Handling“ schwer behinderter Patienten einweisen würde, z. B. in das Umsetzen eines Halbsseitengelähmten vom Bett in den Rollstuhl [5]. Bei derartigen Techniken haben viele Ärzten erhebliche Kenntnislücken, die auf mangelhafter Ausbildung an unseren Universitäten und Krankenhäusern beruhen. Doch hängt davon nicht selten die Entscheidung ab, ob ein Patient zu Hause bleiben kann oder in einem Pflegeheim betreut werden muss.

Hilfsmittel geben Patienten mit Gleichgewichtsstörungen, Schwindel oder muskulärer Schwäche Sicherheit bei der Fortbewegung. Die Hilfsmittelversorgung eines bewegungseingeschränkten Patienten setzt eine genaue Diagnostik voraus und erfordert ein subtiles Abwägen der Möglichkeiten. Das Angebot der Industrie ist unüberschaubar, und man hüte sich davor, einfach einen Rollstuhl oder einen Rollator zu verschreiben. Kann der Patient mit dem Bremssystem umgehen, paßt der Rollator durch die Tür zur Toilette? Hier sollte man auf die Erfahrung eines versierten Therapeuten bauen, der auch den Gebrauch des Hilfsmittels mit dem Patienten einübt. Keineswegs sollte man die Auswahl des Rollstuhls dem Sanitätshaus überlassen. Eine versierte Ergotherapeutin wird den optimalen Rollstuhl mit idealer Sitzhöhe, richtiger Breite und minimalem Gewicht verordnen. Die Rollstühle, die man älteren Menschen zur Verfügung stellt, sind oft zu schwer, zu hoch und zu breit, schwer lenkbar und unzweckmäßig ausgestattet [5].

Es ist ein Stück Unabhängigkeit und Lebensqualität, wenn kleine Wege in geschlossenen Räumen allein zurückgelegt werden können, um sich ein Taschentuch zu holen, eine Blume zu gießen, die Wohnungstür zu öffnen, das WC aufzusuchen, zum Speisesaal zu fahren usw.

Das sind Aktivitäten, die es durch eine fachgerechte Rollstuhlversorgung zu ermöglichen gilt [5].

Viele Internisten betreuen ihre alten Patienten auch im Pflegeheim. Hier ergeben sich nicht selten Probleme, weil die Bewohner einen Vertrag mit dem Träger des Heimes abgeschlossen ha-

ben und der Arzt gegenüber den Pflegedienstmitarbeitern nicht weisungsbefugt ist [37]. Seine Zuständigkeit begrenzt sich auf den ärztlichen Bereich; dazu gehört auch die Versorgung von Wunden, besonders von Druckgeschwüren. Zu seiner Sicherheit sei ihm dringend empfohlen, stets schriftliche Anweisungen zu geben, zumal sich gerichtliche Verfahren wegen vermeintlicher Fehlbehandlung häufen.

Intellektueller Abbau

Die *Demenz* raubt dem Patienten nach und nach die Fähigkeit, verstehend an der Welt teilzunehmen und handelnd auf sie einzuwirken [33]. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil Demenzkranker [24]. Gaben Kurz u. Lauter [33] im Jahre 1991 in dieser Zeitschrift die Häufigkeit der Demenz bei den 85- bis 90-Jährigen noch mit etwa 20% an (leichtere Fälle allerdings mit wesentlich höherer Prävalenz), so lag sie in neueren Untersuchungen der gleichen Altersgruppe doppelt so hoch! Hebert et al. [24] fanden jenseits des 85. Lebensjahres eine jährliche Neuerkrankungsrate von 8,4%. Die Demenz stellt nicht nur ein individuelles und intrafamiliäres, sondern auch ein sozialpolitisches Problem von wachsender Bedeutung dar.

Für den niedergelassenen Internisten stellen sich in diesem Zusammenhang drei Aufgabenbereiche:

- die Diagnostik,
- die medikamentöse Therapie und
- die soziale Betreuung von Patient und Angehörigen.

Die Demenz ist – neben der Depression – die im Alter am häufigsten verkannte Erkrankung; möglicherweise scheuen sich die Ärzte, das Wort *Demenz* oder *Altersschwachsinn* auszusprechen. Nicht nur in den Frühstadien wird diese für den Patienten und sein soziales Umfeld so wichtige Diagnose übersehen. Sie sollte aber frühzeitig erkannt werden, zumal die medikamentöse Therapie nur in früheren Stadien erfolgversprechend ist und Maßnahmen für die weitere Betreuung rechtzeitig getroffen werden sollen.

Im deutschen Sprachraum haben sich zur Abklärung durch den Nichtpsychiater einfach anwendbare oder durchführbare Tests wie der MMST

[20] sowie der Uhrentest [67] bewährt. Haben das klinische Bild und die Tests Auffälligkeiten ergeben, müssen potentiell reversible Ursachen dementiellen Verhaltens ausgeschlossen werden: sedierende Wirkung von Medikamenten, Normaldruck-Hydrozephalus, chronisch-subdurales Hämatom, Hypothyreose, Vitaminmangelzustände und Depressionen. Letztere täuschen gar nicht selten ein dementielles Krankheitsbild vor; andererseits gehen Frühstadien der senilen Demenz häufig mit einer Depression einher.

Patienten und ihre Angehörigen drängen auch hier auf eine medikamentöse Therapie, von der sie eine grundlegende Besserung erwarten. Das Ziel der medikamentösen Behandlung sind die Verbesserung des Gedächtnisses bzw. das Bemühen, den Verlust herauszuzögern, sowie der Erhalt der Unabhängigkeit.

Hier beginnt die Problematik: Substanzen, die in seriösen Untersuchungen ihre Wirksamkeit erwiesen haben, führen keineswegs bei allen Patienten zu einer Besserung; es gibt keine Möglichkeit, den Erfolg im Einzelfall vorherzusagen; wenn eine Wirkung eintritt, so ist sie erst nach mehreren Wochen zu erwarten, und gleichzeitig schreitet die Erkrankung fort. Schließlich nehmen die Patienten häufig zahlreiche Medikamente ein, und mit jedem Medikament wächst die Gefahr der Interaktionen, der Verwechslung und mangelhafter Compliance (s. unten).

Die Auswahl des geeigneten Medikamentes stellt den Arzt vor nicht geringe Schwierigkeiten. Die besten Erfolge scheinen mit den Cholinesterasehemmern erzielt zu werden, wobei die Nebenwirkungsrate bei Donepezil wesentlich geringer als bei Tacrin ist [41]. Im übrigen sei auf den Beitrag von Frau Stoppe in diesem Heft verwiesen. Bezüglich der so wichtigen medikamentösen Behandlung bei Verhaltensstörung im Rahmen der Demenz (z. B. Agitation, Wandern, unkooperatives Verhalten, Umherlaufen, Affektlabilität, Schlafstörungen usw.) sei auf die Fachliteratur verwiesen [62].

Nicht weniger wichtig als die Betreuung des Patienten ist die der pflegenden Angehörigen. Von ihnen wird ein Ausmaß an Einsatzbereitschaft, Geduld und Toleranz gefordert, das sie auf Dauer kaum zu leisten vermögen. Sie

leben in der Betreuung ihres Angehörigen am Leben vorbei. Für ihren Einsatz ernten sie selten Dank, und selten steht ihnen ein verständnisvoller und einfühlsamer Gesprächspartner zur Verfügung. Hier ist der Arzt gefordert, der zuhört und in der Not die Pflegenden berät, der Hilfe vermittelt („wenigstens ein freier Nachmittag pro Woche“) und mit den Möglichkeiten der Pflegeversicherung vertraut ist. Der Arzt kann erkennen, wann die Pflege im häuslichen Bereich nicht mehr zu leisten ist, und begegnet den Schuldgefühlen der Angehörigen, wenn der Umzug ins Heim unvermeidlich wird.

Inkontinenz

Die Harninkontinenz ist eine in der Geriatrie häufige Erkrankung, deren Prävalenz mit dem Alter zunimmt. Während sie bei 60-Jährigen bei etwa 10% liegt, steigt sie bei 80-Jährigen auf ca. 40% an. In Pflegeheimen liegt der Anteil inkontinenter Patienten sogar bei bis zu 70% [21]. Multimorbidität ist ein Risikofaktor für das Auftreten einer Inkontinenz.

Leider handelt es sich bei der Inkontinenz um eine Erkrankung, die – gerade in der Hauptrisikogruppe – als stigmatisierend empfunden und daher nur selten beim Arztbesuch zur Sprache gebracht wird. Ältere Frauen neigen dazu, nach mehreren Geburten eine Harninkontinenz als notwendiges Übel zu akzeptieren, das auch von Mutter und Großmutter bereits bekannt war. Daher ist trotz hohen Leidendrucks die Hemmschwelle vor der Konsultation des Arztes erheblich. Gleichzeitig ist der Internist im Laufe seiner Ausbildung mit einer derartigen Problematik selten konfrontiert worden, da die Beherrschung unmittelbar vital bedrohlicher Zustände oder die Diagnostik internistischer Erkrankungen im engeren Sinne im Vordergrund stand.

Somit ist es für den niedergelassenen Internisten, der geriatrische Patienten betreut, notwendig, eine hohe Sensibilität im Umgang mit diesem Thema zu entwickeln und im Verdachtsfall den Patienten bzw. die Patientin direkt auf die Frage der Inkontinenz anzusprechen. Dies geschieht heute noch zu selten [21]. Nur bei Kenntnis der Problematik können die korrekten diagnostischen Wege beschritten und therapeutische Interventionen geplant werden.

Die Formen der Inkontinenz sind:

- Stressinkontinenz,
- Urge-Inkontinenz,
- Reflexinkontinenz,
- Überlaufinkontinenz,
- extraurethrale Inkontinenz.

Die Basisdiagnostik erbringt oft bereits entscheidende Hinweise, so dass zur Abklärung nicht immer eingreifende diagnostische Maßnahmen notwendig sind. Ursächlich sind zum Teil Begleit- und Vorerkrankungen sowie altersbedingte Veränderungen der Blasenkapazität und der Detrusoraktivität. Eine häufige Ursache für die Entstehung oder Aggravierung einer Harninkontinenz ist jedoch auch die Medikation. Die Kenntnis der Medikamente, die eine solche Problematik auslösen können, ist daher für den Internisten dringend notwendig. Nicht immer sind dies Medikamente, bei denen der Zusammenhang so offensichtlich ist, wie bei den Diuretika (Tabelle 3, nach [21]).

Unter den Therapiemöglichkeiten kann daher bereits das Umsetzen von Medikamenten eine wichtige Rolle spielen. Neben der medikamentösen Therapie der Harninkontinenz (z. B. mit Anticholinergika, α -Sympathomimetika, α_1 -Rezeptorenblockern, trizyklischen Antidepressiva oder Östrogenen) mit ihren bekannten Nebenwirkungen kommen weitere, dem Internisten oft weniger vertraute Prinzipien hinzu. Dabei ist ein konsequentes Beckenbodentraining besonders zu erwähnen. Es kann im Rahmen der Physiotherapie verordnet und muss langfristig durchgeführt werden. Begleitend ist ein Toilettentraining sinnvoll, bei dem Trinkmenge und Miktionsgewohnheiten protokolliert und im zeitlichen Verlauf an physiologische Verhältnisse angepasst werden.

Sind die therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft, stehen verschiedene Hilfsmittel zur Verfügung, die die Symptomatik lindern (z. B. Pessar, Kondomurinal, Dauerkatheter oder Vorlagen). Welche dieser verschiedenen Möglichkeiten zur Anwendung kommen soll, muss mit dem Patienten eingehend besprochen werden.

Iatrogene Störung

Als iatrogene Schädigungen bezeichnen wir sämtliche negativen Auswirkungen

Tabelle 3

Häufig verordnete Medikamente mit Einfluss auf die Kontinenz (nach [21])

Häufig verordnete Medikamente mit Einfluss auf die Kontinenz

Medikament	Wirkung
ACE-Hemmer	Begünstigung einer Stressinkontinenz
Anticholinergika	Harnverhalt, Überlaufinkontinenz, Verwirrtheit, Obstipation
Antidepressiva	Anticholinerge Wirkung, Sedierung
Antihistaminika/Antiemetika	Anticholinerge Wirkung, Verminderung der Detrusorkontraktilität
Anti-Epileptika	Absenkung des Auslasswiderstandes
Anti-Parkinsonmittel	Anticholinerge Wirkung, Sedierung
Alpha-Andrenergika und Kalzium-Antagonisten	Harnverhalt
Betablocker	Erhöhung der Detrusorkontraktilität
Cholinergika	Erhöhung der Detrusorkontraktilität
Digitalisglykoside	Fraglich Steigerung der Blasenkontraktilität
Diuretika	Polyurie, Pollakisurie, Harndrang
Muskelrelaxantien	Absenkung des Auslasswiderstandes
Narkotika, Analgetika	Sedierung, Verwirrtheit, Harnverhalt, Obstipation
Neuroleptika	Immobilität, Sedierung, anticholinerge Wirkung, Verminderung der Detrusorkontraktilität
Ophthalmologika	Anticholinerge Wirkung, Verminderung der Detrusorkontraktilität
Prostaglandin-Synthese-Inhibitoren	Blasenmuskelrelaxation
Psychopharmaka	Muskelrelaxation des Beckenbodens
Sedativa, Schlafmittel	Sedierung, Verwirrtheit, Immobilität

medizinischer Maßnahmen (Diagnostik, Therapie, Pflege usw.). Hierzu zählen auch Schädigungen durch unterlassene präventive, diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Patienten über 65 Jahre erleiden im Vergleich mit jüngeren Patienten doppelt so oft Komplikationen im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen. Multimorbidität erhöht das Risiko [32, 49].

Als typische Gefahrenpunkte für iatrogene Schädigung sind zu bedenken:

- Krankenhausaufenthalt an sich, speziell mit dem Risiko der Orientierungsstörung und der Sturzgefährdung,
- Exsikkosezustände bei Vorbereitung zu diagnostischen Maßnahmen, besonders bei vorhergehender Nahrungs-/Flüssigkeitskarenz,

- relevante Hypoxämie während endoskopischer Eingriffe (obere und untere Intestinoskopie, Bronchoskopie),
- Überhang von Sedativa/Tranquilizern nach endoskopischen Untersuchungen,
- Infektion durch Venenzugänge bzw. Harnblasenkatheterisierung,
- Kontrakturen bzw. Dekubitalgeschwür durch Pflegefehler (s. unten),
- Polypharmakotherapie mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW).

Alle Risiken gelten gleichermaßen für stationäre wie ambulante Behandlung. Nur durch besondere Berücksichtigung des erhöhten Gefährdungspotentials für ältere Patienten ist eine Reduktion des Schädigungsrisikos zu erreichen.

Bei der Betreuung von immobilen Patienten wird der Arzt zunehmend

häufiger mit der Prophylaxe und der Therapie von *Druckgeschwüren* konfrontiert. Wurden derartige Geschwüre beim bettlägerigen Patienten vor Jahren noch als weitgehend schicksalsmäßig, kaum vermeidbar und ohnehin im Verantwortungsbereich der Pflege und nicht des Arztes angesiedelt betrachtet, so trifft heutzutage den Arzt die Verantwortung für ein solches Geschehen, sofern er nicht sein Bemühen um Prävention und Behandlung anhand seiner Dokumentation lückenlos belegen kann (BGH, Karlsruhe).

Als Dekubitalulkus wird jede Läsion des Gewebes und/oder der Hautoberfläche bezeichnet, die durch länger anhaltenden Druck, evtl. unterstützt durch Scherkräfte und Reibung, entsteht [21]. Daher basiert jede Prävention und Therapie auf einer konsequenten Druckentlastung des gefährdeten oder verletzten Gewebes.

Vorbeugen ist besser als heilen, diese Erkenntnis gilt ganz besonders für den Dekubitus. Arzt und Pflegekräfte sollten erkennen, welcher Patient dekubitusgefährdet ist. In geriatrischen Kliniken und gut geführten Pflegeheimen hat sich die Norton-Skala bewährt. Anhand der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Zustandes, der Aktivität, der Beweglichkeit und der Inkontinenz lässt sich mit dieser Skala das Risiko eines Patienten, einen Dekubitus zu entwickeln, mit großer Sicherheit erkennen.

Der Arzt muss klare Anweisungen zur Lagerung, zu den Verbänden, zur Hautpflege usw. geben. Liegt trotz aller präventiven Maßnahmen ein Druckgeschwür vor, so hat er Angaben zur Therapie zu machen, abgestorbenes Gewebe zu entfernen (Debridement) und ggf. eine systemische antibiotische Therapie einzuleiten. Eine zumindest wöchentliche Dokumentation ist dringend zu empfehlen, zumal der Dekubitus von den Gerichten zunehmend als Kunstfehler angesehen wird. Sinnlose und unzeitgemäße, leider noch immer häufig anzutreffende Maßnahmen wie Eisen und Föhnen, Wund- und Heilsalben, Antiseptika und Wasserstoffsuperoxid etc. sind obsolet und müssen zugunsten einer Erfolg versprechenden lokalen Wundbehandlung und konsequenter Lagerung abgeschafft werden.

Besondere Schwerpunkte des ärztlichen Handelns beim alten Patienten

Wir haben bisher mit den „geriatrischen I's“ Hauptproblemfelder bei alten Patienten angesprochen. Im Folgenden wollen wir auf einige wesentliche Tätigkeitsbereiche zu sprechen kommen, die besondere Anforderungen an den hausärztlich tätigen Arzt stellen.

Pharmakotherapeutische Aspekte bei der Behandlung älterer Patienten in der Praxis

Die pharmakotherapeutische Behandlung älterer und hochbetagter Patienten ist auch bei klar indizierter Medikamentenauswahl in der Praxis oft problematisch. Alten Menschen werden überproportional viele Medikamente verordnet. Jeder GKV-Versicherte über 60 Jahre nimmt im Durchschnitt ständig drei verschiedene Präparate [60]. 50% aller Bürger von 70 und mehr Jahren nehmen fünf oder mehr Medikamente ein [61]. Diese Multimedikation entspricht der Multimorbidität älterer Menschen, lässt aber die erforderliche Hierarchisierung von Diagnosen und Medikamenten vermissen. Hier ist der hausärztlich betreuende Arzt/Internist gefordert. Im englischsprachigen Raum gibt es inzwischen anerkannte Listen von Medikamenten, die für geriatrische Patienten als Fehlmedikation gelten [66].

Pharmakotherapie im Alter wurde in der ärztlichen Ausbildung der letzten Jahrzehnte nur gestreift. Inzwischen gibt es in Deutschland eine Reihe aktueller Veröffentlichungen zu diesem Thema [9, 18, 21, 52], aber leider keine Vorschriften, Dosisempfehlungen für ältere Menschen in die Fachinformationen aufzunehmen. Zahlreiche Wirkkeits- und Dosisfindungsstudien haben ältere und hochbetagte Probanden ausgeschlossen. Dies erschwert *evidence based medicine* in der Geriatrie.

Die erheblichen Veränderungen des alternden Organismus mit der Verschiebung von Muskel- zu Fettgewebe sowie der Reduktion aller Flüssigkeitskompartimente erlauben kein automatisches Fortschreiben der Pharmakotherapie vom 50-jährigen zum 80-jährigen Patienten [18, 52]. Der ältere Organismus ist für unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) vermehrt gefährdet. Sie neh-

men mit fortschreitendem Alter sowie mit der Zahl eingenommener Medikamente linear zu [9, 18].

UAW sind bei älteren Patienten die Ursache für 1,75% aller ambulanten Arztbesuche, für 5–23% aller Klinikeinweisungen sowie für eine erhebliche Zahl von Todesfällen innerhalb und außerhalb der Klinik [21, 39]. UAW entstehen bei Alterspatienten gehäuft durch Antihypertensiva sowie durch Antiparkinsonmittel, Psychopharmaka, Digitalisglykoside und NSAIDs. Sie betreffen besonders das Kardiovaskulär- und Zentralnervensystem mit unspezifischem Erscheinungsbild (Schwäche, Schwindel, Schlaflosigkeit, aber auch Delir, Sturzneigung und Inkontinenz). Diese Veränderungen werden nicht selten als Altersveränderungen fehlgedeutet und führen bei vielen Patienten zur Intensivierung der Pharmakotherapie.

Eine Polypharmakotherapie führt auch zu einem weiteren Kardinalproblem der Pharmakotherapie im Alter, der mangelhaften Compliance. Die Medikamentencompliance ist bei älteren Patienten gleich gut oder gar besser als bei Jüngeren, sinkt jedoch diametral mit der Zahl einzunehmender Medikamente. Bei einem Medikament wird altersunabhängig von einer Compliance von 80–85% ausgegangen, bei gleichzeitiger Gabe von fünf Medikamenten sinkt sie auf 40%. Intensive, wiederholte Gespräche mit den Patienten sowie schriftliche Einnahmempfehlungen und Fachinformationen in Großdruck können die Compliance von Alterspatienten verbessern [18]. Sie kann allerdings im Alter durch kognitive/oder funktionelle Beeinträchtigungen erheblich eingeschränkt werden [38]. Selbständig lebende alte Menschen sind oft nicht in der Lage, Einnahmeschemata zu befolgen. Tages- oder Wochendosetten stellen nur eine eingeschränkte Hilfe dar. Die Applikation von Augentropfen, das Abzählen von Tropfen bei Sehstörungen sowie der Umgang mit Medikamentenverpackungen werden zum Problem. Blister-Packungen und „kindersichere“ Schraubverschlüsse sind häufig auch erstaunlich „seniorenicher“ und bereiten jedem zweiten Alterspatienten deutliche Schwierigkeiten [31].

Eine optimale Pharmakotherapie im Alter unter Vermeidung der häufigsten Ursachen iatrogenen Schädens ist durch Beachtung folgender Thesen erreichbar:

1. Medikamente zurückhaltend und konsequent verordnen
2. Sorgfältig abwägen zwischen Risiko und Nutzen
3. Vermeiden von Polypragmasie
4. Überprüfen möglicher Interaktion
5. Erreichen hoher Compliance
6. Frühzeitiges Erkennen unerwünschter Nebenwirkungen
7. Periodisches Überprüfen der Indikationsstellung.

Verkehrstauglichkeit

Eine besondere Bedeutung und Verantwortung kommt dem betreuenden Arzt bei der Beurteilung der Verkehrstauglichkeit eines alten Menschen zu. Wenn auch der Anteil alter Menschen als Verursacher von Verkehrsunfällen im Vergleich mit anderen Altersgruppen gering ist [16], so gibt es doch innerhalb der Altersgruppe der Senioren einen mit dem Alter zunehmenden Anteil von Unfallverursachern. Dabei sind typische Problemfelder abgrenzbar.

Überdurchschnittlich häufiges Fehlverhalten von Senioren beobachtet man beim Überholen, beim Abbiegen, beim Wenden und beim Gewähren der Vorfahrt. Problematisch wird die Situation, wenn die Verkehrstüchtigkeit aufgrund kognitiver Defizite oder nachlassender Sinnesleistung beeinträchtigt oder bereits ein Schlaganfall überstanden ist. Schnelligkeit und Wendigkeit bei der Reizverarbeitung lassen nach, die erhöhte Ermüdbarkeit verstärkt die Reizüberlastung. Hier ist der langjährige Arzt in beratender und führender Funktion gefordert. Der bisweilen starrsinnige Senior vertraut ihm mehr als allen Familienmitgliedern, zumal der Arzt die objektiven Defizite am besten sieht und belegen kann. Der Arzt sollte die Eigenverantwortlichkeit seines Patienten fördern, ihm die Einsicht in die Defizite erleichtern und nur in Ausnahmefällen, bei fehlender Einsicht, die Möglichkeit der Begutachtung durch einen verkehrsmedizinisch qualifizierten Facharzt (Gesundheitsamt oder TÜV) in die Wege leiten.

Der Arzt als Vertrauensperson

Häufig steht der hausärztlich tätige Internist im Range einer Vertrauensperson, nicht selten ist er die einzige Vertrauensperson. Arzt und Patient kennen sich seit Jahren, und das Wort des

Arztes gilt. Diese Position gilt es zu nutzen, wenn das Alter unüberhörbar an die Tür klopft. Der Arzt sollte mit dem Patienten in Ruhe besprechen, wie sich die Ärzte verhalten sollten, wenn er in eine kritische Situation gerät. Er sollte den Patienten bei der Abfassung seines Patiententestaments beraten und den Zeitpunkt bestimmen, wann ein Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung zu stellen ist. Er sollte mit dem ambulanten Pflegedienst kooperieren und ihn ggf. kontrollieren, er muss den richtigen Zeitpunkt für die Übersiedlung in ein Pflegeheim erkennen. Je älter der Patient ist, desto schwerer fällt ihm die Entscheidung. Der Patient muss sich schrittweise an diesen Gedanken gewöhnen; der Entschluss fällt leichter, wenn das Heim in der bekannten Wohngegend liegt und der alte Mensch dort einige Bewohner kennt.

Gewalt gegen alte Menschen spielt sich in aller Regel im Verborgenen ab; dabei handelt es sich sowohl um physische als auch um psychische Gewalt.

Werden Grundbedürfnisse eines Menschen und/oder seiner Umwelt beeinträchtigt oder deren Befriedigung verhindert, – auch durch Androhung – so ist dieses Gewalt [26].

Bei gewalttäglichem Vorgehen gegen alte Menschen handelt es sich um ein besonders verabscheuenswertes Verhalten, da sich die misshandelte Person kaum zur Wehr setzen kann. Andererseits darf die psychische Belastung der Pflegenden nicht unterschätzt werden. Wettstein schätzt die Häufigkeit von Betagtenmisshandlung auf etwa 10% und Hirsch u. Bredenbach auf 4–10% [26, 68].

Es gibt eine Reihe von Merkmalen beim Betagten, die das Risiko der Misshandlung erhöhen; dazu gehören die Unselbständigkeit bei den Verrichtungen des täglichen Lebens, die Demenz, die Aphasie, eine gemeinsame Wohnung mit der Betreuungsperson, die soziale Isolation und eine Vorgeschichte von Gewalt. Es gibt auch Merkmale bei der Betreuungsperson, die das Risiko erhöhen: Alkohol- und Drogensucht, psychische Krankheiten, finanzielle Abhängigkeit vom Gepflegten, die gemeinsame Wohnung und unbewältigte Konflikte aus der Vergangenheit [68].

Wenn der Arzt den Verdacht auf eine Misshandlung schöpft, muss er das Gespräch mit dem Misshandelten, dann mit dem Täter suchen. Die Anamnese

sollte separat erhoben werden. Wettstein hat Faktoren zusammengestellt, aufgrund derer der Verdacht auf Misshandlung erhoben werden sollte [68].

Der Arzt ist als Vertrauensperson bei entsprechenden Gewalthandlungen zu Interventionen aufgerufen. Er berät über die Möglichkeit der Entlastung pflegender Angehöriger (Tagespflege, Kurzzeitpflege, Einschalten ambulanter Pflegedienste). Eine Familienberatung pflegender Angehöriger sowie die Unterstützung zur Aufrechterhaltung des sozialen Netzes können wichtige Angebote sein. Er stellt den Kontakt zur örtlichen Sozialstation her und strebt ggf. eine Trennung mit Unterbringung an einem anderen Ort an.

Als Vertrauensperson – ob Allgemeinarzt oder Internist – wird der Arzt von seinen alternden und besonders seinen alten Patienten bisweilen mit *Suizidgedanken* konfrontiert. Für ihn stellt sich die Situation anders als für den psychiatrisch tätigen Kollegen dar, denn er betreut seinen Patienten schon seit Jahren. Nun muss er – als ärztlicher Lebensgefährte – die Suizidgefährdung erkennen (präsuizidales Syndrom), muss realisieren, dass die Suizidrate mit dem Alter steigt und Suizide häufiger tödlich enden, weil aggressivere Vorgehensweisen gewählt werden [7].

Hegt der Arzt den Verdacht auf Suizidalität, sollte er seinen Patienten darauf ansprechen.

Suizide zu verhindern setzt voraus, darüber angstfrei zu diskutieren und das Verhalten nicht als verwerfliche Scheinlösung zu entwerten [27].

Der Patient ist für das Gespräch dankbar; suizidale Patienten sind häufig vereinsamt und haben keine Bezugspersonen. Nicht umsonst haben 75% aller Suizidanten ihr Vorgehen angekündigt, sozusagen als Hilfeschrei.

Der Arzt muss die Notwendigkeit einer stationären Einweisung abschätzen. Erleichtert wird ihm die Entscheidung, wenn vorangehende Suizidversuche bekannt sind, wenn der Patient selbst die Einweisung wünscht oder die Bezugspersonen überfordert sind. Ein Internist wird sich bei der Betreuung suizidgefährdeter Patienten im ambulanten Bereich überfordert fühlen, er sollte sich deshalb – umgehend der fachlichen Hilfe eines psychiatrischen Kollegen vergewissern.

Angstgefühle bei alten Menschen

Alte Menschen klagen häufig über Angst; auf gezieltes Befragen erfährt man das wahre Ausmaß von Ängsten im Alter. Nicht selten verbergen sich dahinter Krankheitsbilder unterschiedlicher Art. Der Arzt muss die Ursache erkennen und ihr begegnen, keineswegs nur durch ein Rezept. Die erschreckend hohe Rate von Benzodiazepinabhängigkeit unter alten Menschen ist auch auf das ungezielte Verschreiben dieser Substanzgruppe zurückzuführen.

Gesunde alte Menschen gaben als Ursache ihrer Ängste folgende Gründe an [63]:

- Angst vor Krankheit, Hilflosigkeit und Abhängigkeit,
- Angst, Opfer eines Verbrechens zu werden,
- Angst vor Armut,
- Angst, dass nahen Angehörigen etwas zustoßen könnte,
- Angst vor geistigen Leistungseinbußen.

Die Ängste erscheinen sinnvoll und begründet, doch sollte man sich stets fragen, ob sie möglicherweise erstes Symptom eines bisher nicht erkannten Krankheitsgeschehens sind (Demenz, Depression, psychotische Entgleisung). Besonders Verarmungsängste entbehren häufig jeglicher Realität; andererseits reicht die Rente allein selten für die Betreuung im Pflegeheim aus.

Nachlassende körperliche und geistige Kräfte, verbunden mit Einschränkungen durch chronische Krankheiten, fördern das Angstsymptom [15]. Bei Depressionen, beim Paranoid und im Rahmen hirnganischer Krankheitsbilder stehen Angstsymptome häufig im Vordergrund der Symptomatik.

Die Angst vor Stürzen scheint ein bisher wenig beachtetes Phänomen zu sein. Jeder dritte Sturzpatient war schon vor dem Sturz ängstlich und besonders vorsichtig [30]. Stürze und Frakturen können zu Ängsten vor weiteren Stürzen führen, so dass das Gehen vermieden wird [54]. Man spricht auch vom Post-Fall-Syndrom. Deshalb sollte ein Frakturpatient wieder ein sicheres Gangbild erreichen, ggf. mit einem Hilfsmittel, um den Teufelskreis von Angst, Schonverhalten und zunehmender Gangunsicherheit zu durchbrechen.

Häufig ist eine Pharmakotherapie der Angstsymptome unvermeidlich. Man sollte aber zunächst abklären, welche Störung hinter den Symptomen steht und danach entscheiden, ob man mit einem Benzodiazepin, einem Antidepressivum oder einem Neuroleptikum therapiert [15]. Auf die Möglichkeiten der Psychotherapie sei ausdrücklich verwiesen.

Sterbebegleitung

Alte Menschen würden am liebsten zu Hause sterben, nicht im Krankenhaus und nicht im Pflegeheim. Doch wie sieht die Realität aus? In einer deutschen Großstadt starben von den über 65-Jährigen 49,7% im Krankenhaus, 29,1% außerhalb von Institutionen und 21,2% in Alten- und Pflegeheimen. Nur 4,6% der bis 69-Jährigen, aber 43,2% der mehr als 90-Jährigen verstarb im Heim! [6]. Die Betreuung durch die Hausärzte erfolgte im letzten Lebensjahr „sehr engmaschig“. Mehr als 80% der im Privathaushalt lebenden und mehr als 90% der Heimbewohner waren von ihren Hausärzten mehrfach im Quartal betreut worden, ein Hinweis auf die überragende Bedeutung niedergelassener Ärzte während der letzten Lebensphase. Auf diese intensive Betreuung ist es zurückzuführen, dass Hochbetagte seltener als junge Alte in Kliniken eingewiesen wurden. Hochbetagte beschlossenen ihr Leben vermehrt in Einrichtungen stationärer Altenhilfe – und nicht im Krankenhaus [6].

Sterbebegleitung durch den Hausarzt wird in Zukunft vermutlich eine größere Bedeutung erhalten. Gaßmann u. Schnabel weisen zu Recht auf das verstärkte Interesse an Alternativen zur bisherigen Praxis hin, auf die Palliativmedizin und die Hospizbewegung [22]. Zunehmend sei eine ärztliche Versorgung eingefordert, die sich nicht nur an physischen Behandlungserfolgen orientiere, sondern den Menschen als Ganzes im Zentrum der Betreuung rücke. Sind wir Ärzte darauf vorbereitet, sind wir dafür ausgebildet? Im Zentrum hausärztlicher Sterbebegleitung müssen die Kommunikation mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie die Schmerztherapie stehen [22]. Besonders ältere Ärzte haben noch immer erhebliche Vorbehalte gegen Betäubungsmittel („Persistenz des Morphin-Mythos“). Die physische Belastung des Arztes im

Rahmen der Sterbebegleitung sowie die erhebliche zeitliche Beanspruchung wird mit zunehmendem Alter als belastend empfunden, zumal sie auch unzureichend honoriert wird. Zweifellos muss dieses wichtige Thema im studentischen Unterricht und im Rahmen der Fortbildung vermehrt berücksichtigt werden.

Ausbildungsfragen zur Altenmedizin

Trotz des enormen Zuwachses der Zahl alter Menschen und der zunehmenden Bedeutung geriatrischen Wissens haben sich die Universitäten im studentischen Unterricht und die für die ärztliche Fort- und Weiterbildung verantwortlichen Gremien dieser Aufgabe nur zögernd angenommen [44]. Dabei scheint das Interesse an solcher Fortbildung groß zu sein; es liegen uns jedoch aus dem deutschsprachigen Raum keine fundierten Untersuchungen über den Bedarf an Fort- und Weiterbildung im Bereich der Altenmedizin vor. Offensichtlich haben die Allgemeinmediziner weit mehr Fortbildungsaktivitäten entwickelt als die Internisten [25, 44].

In den USA spricht man es deutlicher aus: „Viele ältere Ärzte behandeln alte Patienten ohne ausreichende Kenntnisse, um es auch qualitativ gut zu tun“ [69], oder „die meisten praktizierenden Ärzte, besonders die, deren Ausbildung vor 1975 endete, haben nie eine Ausbildung in Altenmedizin erhalten, weder an der Universität noch während ihrer Assistentenzeit oder danach“ [51]. Die führenden englischsprachigen Fachzeitschriften für Innere Medizin haben in den 80er Jahren nur zögerlich Artikel zur Altenmedizin veröffentlicht [48], haben sich aber u. E. dieser Notwendigkeit im letzten Jahrzehnt zunehmend gestellt. Für den deutschsprachigen Raum scheint ein erheblicher Nachholbedarf zu bestehen.

Angloamerikanische Untersuchungen belegen das große Interesse von Internisten und Allgemeinmedizinerinnen an Fort- und Weiterbildung in Fragen der Altersmedizin [51, 69]. Wichtiger als Fragen der Diagnostik scheint den Ärzten die optimale Versorgung alter Menschen und eine akzeptable Lebenssituation in Anbetracht offensichtlich nachlassender Funktionen. Befragt nach den Gebieten mit höchstem Fortbildungsbedarf, nannten amerikanische Allge-

meinmediziner am häufigsten die Demenz, die Multimorbidität, Depressionen und Schlaganfälle; Internisten am häufigsten Demenz, gefolgt von Depressionen, Multimorbidität und ethischen Fragen. Um dem wachsenden Bedarf an ärztlicher Betreuung älterer und alter Menschen zu begegnen, wird eine Zunahme der Ärzte bis zum Jahr 2030 auf das Doppelte bis Dreifache geschätzt [57].

Wir haben auf die engmaschige Betreuung durch niedergelassene Ärzte während der letzten Lebensphase hingewiesen. Solange sich die Kliniken immer mehr zu hochspezialisierten Fachabteilungen entwickeln, Krankenhausaufenthalte immer kürzer und die verfügbaren Betten weiter reduziert werden, wird sich die ärztliche Betreuung alter Menschen immer mehr in die Hände der niedergelassenen Ärzte, der Allgemeinmediziner und der Internisten, verlagern. Sie sollten ihre Tätigkeit so auffassen, wie es von Cassel in einer Internistischen Fachzeitschrift formuliert wurde [13]:

Um für alte Menschen adäquat zu sorgen, wird der Arzt zu ihrem Advokaten; er muss die Medikation kontrollieren und integrieren, muss das soziale Netz überprüfen, zukünftige Bedürfnisse einplanen und die Patienten bei wesentlichen Entscheidungen beratend führen. Krankenhausaufenthalte sollten vermieden werden, es sei denn, es handelt sich um absolut zwingende Situationen oder um größere chirurgische Eingriffe. Man muss die erheblichen Gefahren kennen und um das Risiko wissen, dass der bisher geschickt ausbalancierte funktionelle Zustand außer Kontrolle zu geraten droht.

Zusammenfassung

Der Aufgabenbereich des niedergelassenen Internisten geht bei der Betreuung alter Menschen weit über die „Innere Medizin im Alter“ hinaus. Seine Tätigkeit ist mehr problem- als diagnoseorientiert; notgedrungen ist sie fachübergreifend, zur Psychiatrie, zur Neurologie, zur Urologie, zur Orthopädie usw. In Anbetracht der häufigen Multimorbidität muß der Internist den Schwerpunkt seines Handelns mit Einfühlungsvermögen und Erfahrung setzen. Man hüte sich vor Polypragmasie und besonders der Polypharmakotherapie.

Es wird auf die fünf geriatrischen „I's“ eingegangen, die wesentliche Anteile der Behandlung Hochbetagter zusammenfassen. Dabei wird besonders auf iatrogene Schäden eingegangen, da sie zunehmend zu Haftpflichtansprüchen und gerichtlichen Verfahren führen.

Der Internist ist nicht nur der Arzt des alten Menschen, der Krankheiten heilt und Schmerzen lindert, er ist auch dessen Vertrauter und Anwalt. Er berät, wann der Führerschein abgegeben werden soll, wie das Patiententestament verfasst und Pflegegeld beantragt wird, wann ambulante Hilfsdienste eingeschaltet und evtl. der Umzug in ein Heim angestrebt werden sollte. Er schützt den alten Menschen vor Gewalt durch Angehörige oder durch Pflegekräfte; er lindert Angst und ist dem alten Patienten, den suizidale Gedanken quälen, Gesprächspartner und Vertrauensperson. Er begleitet Sterbende in häuslicher Umgebung und im Heim.

Für diese Aufgaben ist der Internist zum Zeitpunkt der Niederlassung nicht genügend ausgebildet. Generell hinkt die Ausbildung in der Betreuung Hochbetagter der im westlichen Ausland hinterher. Selbst wenn es einmal den ausgewiesenen Altenmediziner geben sollte, wird die Betreuung alter Menschen schwerpunktmäßig weiterhin in den Händen der Internisten und Allgemeinmediziner liegen. Dieser Tatsache gilt es bei der Ausbildung, aber auch in der Fort- und Weiterbildung Rechnung zu tragen.

Fazit für die Praxis

In dieser Übersicht haben wir darzustellen versucht, wie sich die Betreuung hochbetagter Menschen durch den Internisten von der üblichen Inneren Medizin im Alter unterscheidet. Der Internist muss sich fragen, ob ein geplanter diagnostischer Eingriff seinem alten Patienten nutzt und ob der dieselben Konsequenzen aus dem Befund ziehen würde. Multimorbide alte Patienten bieten eine Reihe von Problemen, und der einfühlsame, verständnisvolle Arzt wird abwägen, wann er therapeutisch eingreifen und wann er mit „auf dem Rücken verschränkten Händen“ helfen soll. Unser Beitrag soll nicht die Bedeutung der Inneren Medizin im Alter schmälern, er möchte aber aufzeigen, dass sie beim alten Menschen nur einen Teil der Bemühungen des hausärztlich tätigen Internisten darstellt.

Literatur

- Ades PA (1999) **Cardiac Rehabilitation in older coronary patients.** JAGS 47:98–105
- Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment (AGAST) (Hrsg) (1995) **Geriatrisches Basisassessment. Handlungsanleitungen für die Praxis.** MMV Medizin Verlag, München
- Aronow WS (1998) **Management of older persons after myocardial infarction.** JAGS 46:1459–1468
- Becker C, Fleischer S, Hack A, Hinderer J, Horn A, Scheible S, Can H, Muche R, Gebhard F, Kinzl L, Nikolaus Th (1999) **Unfallfolgen nach Sturz: Funktionelle Defizite und soziale Beeinträchtigungen nach proximalen Femurfrakturen Älterer.** Z Gerontol 32:312–317
- Berting-Hüneke Ch, Krause D, Lüttje D, Tjarks K (1997) **Selbständigkeit im Alter – trotz chronischer Erkrankungen und Behinderungen.** Springer, Berlin Heidelberg New York
- Bickel H (1998) **Das letzte Lebensjahr: Eine Repräsentativstudie an Verstorbenen.** Z Gerontol 31:193–204
- Binder H, Selim M, Friedl-Francesconi H (1995) **Depression.** In: Füsgen I (Hrsg) Der ältere Patient. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S 188–207
- Blake AJ, Morgan K, Bendall MJ, Dallosso H, Ebrahim SB, Arie TH, Fentem PH, Bassey EJ (1988) **Falls by elderly people at home: prevalence and associated factors.** Age Ageing 17 (6):365–372
- Borchelt M, Steinhagen-Thiessen E (1995) **Medikamentöse Therapie.** In: Füsgen I (Hrsg) Der ältere Patient. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S 538–572
- Borck B, Krause D, Weyer I, Lucke C (1995) **Beweglichkeitsstörungen.** In: Füsgen I (Hrsg) Der ältere Patient. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore
- Brandt Th (1995) **Schwindel – Die häufigsten Formen.** Internist 36:1105–1113
- Bruder L, Lucke C, Schramm A, Tews WP, Werner H (1992) **Was ist Geriatrie.** Internist 33:M65–M81
- Cassel C (1997) **Geriatric medicine as a challenge to internists.** South Med J 90 (7):762–764
- Colledge RN, Barr-Hamilton RM, Lewis SR, Sellar RJ, Wilson JA (1996) **Evaluations of investigations to diagnose the cause of dizziness in elderly people: a community based controlled study.** Brit Med J 3/3:788–792
- Dimroth G (1995) **Angst.** In: Füsgen (Hrsg) Der ältere Patient. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S 104–111
- Emsbach M, Friedel B (1999) **Unfälle älterer Kraftfahrer.** Z Gerontol Geriat 32:318–325
- Engelbrecht J (1997) **Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte in Geriatrie in Deutschland – heutiger Stand.** Z Gerontol Geriat 30:85–88
- Estler KJ (1997) **Arzneimitteltherapie im Alter.** Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart

19. Evans G (1994) **General medicine and geriatrics, where is the difference? The example of infective disease.** Schweiz Med Wochenschr 125:1847–1854
20. Folstein M, Folstein S, McHugh P (1975) **„Mini-Mental-State“: a practical method for grading of the cognitive state of patients for the clinician.** J Psychiatr Res 12:189–198
21. Füsigen I (1999) **Der ältere Patient in der Hausarztpraxis.** Urban und Vogel, München
22. Gaßmann R, Schnabel E (1997) **Zum Stellenwert der Betreuung Sterbender in der hausärztlichen Tätigkeit.** Z Gerontol Geriat 30:375–380
23. Havlik RJ (1986) **Aging in the eighties: impaired senses for sound and light in persons age 65 years and over.** NCHS, Advance Data, Vital and Health Statistics of the National Center of Health Statistics 125
24. Hebert LE, Scherr PA, Beckett LA, Albert MS, Pilgrim DM, Chown MJ, Funkenstein HH, Evans DA (1995) **Age-specific incidence of Alzheimer's disease in a community population.** JAMA 273 (17):1354–1359
25. Hirsch RD (1997) **Ärztliche Weiter- und Fortbildung in der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie.** Z Gerontol Geriat 30:89–93
26. Hirsch RD, Bredenbach C (1999) **Gewalt gegen alte Menschen in der Familie: Untersuchungsergebnisse der Bonner HsM Studie.** Z Gerontol Geriat 32:449–472
27. Illhardt FJ, Wolf R (1998) **Suizid im Alter: Zusammenbruch der Wertorientierung?** Z Gerontol Geriat 31:1–8
28. Keller BK, Morton JL, Thomas VS, Potter JF (1999) **The Effect of Visual and Hearing Impairments on Functional Status.** JAGS 47:1319–1325
29. Krause D, Lucke C (1994) **Gefähigkeit und Selbständigkeit im hohen Alter.** Orthopäde 23:2–5
30. Krause D, Plaumann M, Lucke C (1997) **Sturzursachen im Alter.** Geriat Forsch 7 (3):113–122
31. Kruse W (1992) **Altern und Krankheit im Alter.** In: Kruse, Nikolaus (Hrsg) Geriatrie. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York, S 7-13
32. Kruse W, Rampmeier J, Frauenrath-Volkers C (1991) **Drug-prescription patterns in old age.** Europ J Clin Pharmacol 41:44
33. Kurz A, Lauter H (1991) **Demenz – Untersuchungswege und Behandlungsmöglichkeiten bei erworbener globaler Hirnleistungsstörung.** Internist 32:453–459
34. Lawson J, Fitzgerald J, Birchall J, Aldren CP, Kenny RA (1999) **Diagnosis of geriatric patients with severe dizziness.** JAGS 47:12–17
35. Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, Cooper J, Demonaco HJ, Gillivan T, Hallisey R, Ives J, Laird N, Laffel G et al. (1995) **Systems analysis of adverse drug events. ADE Prevention Study Group.** JAMA 275 (1):33–35
36. Lew MA, Graeme-Cook FM (1999) **An 82-year-old woman with numerous chronic disorders and a recent febrile illness.** New Eng J Med 341 (11):827–834
37. Lucke M (1998) **Sicherstellung der medizinischen Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen: Dokumentationspflicht auch für den Arzt! Aktiv – das ganze Leben 2:10**
38. Lüttje D, Wieshahn J (1997) **Pharmakotherapie im Alter.** Z Allg Med 73:334–342
39. Manesse CK, Derckx FHM, De Ridder MAJ, Man In't Veld AJ, Van der Cammen TJM (2000) **Contribution of adverse drug reactions to hospital admissions of older patients.** Age Ageing 29:35–39
40. Manns MP, Lankisch PG (Hrsg) (1995) **Gastroenterologische Probleme im Alter.** Internist 36:637–754
41. Mayeux R, Sano M (1999) **Treatment of Alzheimer's disease.** N Eng J Med 341 (22):1670–1679
42. McIntosh S, Da-Costa D, Kenny RA (1993) **Outcome of an integrated approach to the investigation of dizziness, falls and syncope in elderly patients referred to a „syncope“ clinic.** Age Ageing 2:53–58
43. Mead GE, Elder AT, Faulkner S, Flapan AD (1999) **Cardioversion for atrial fibrillation: the views of consultant physicians, geriatricians and cardiologists.** Age Ageing 28:73–75
44. Meier-Baumgartner HP (1997) **Weiter- und Fortbildung in der Gerontologie.** Z Gerontol Geriat 30:83–84
45. Meier-Baumgartner HP (1997) **Gehstörungen und Stürze im Alter.** Z Gerontol Geriat 30:257–258
46. Meyer B, Dreykluft H-R, Abholz H-H (1993) **Schwindel in der hausärztlichen Praxis.** Z Allg Med 69:622–626
47. Michet CJ, Evans JM, Fleming KC, O'Duffy JD, Jurissov ML, Hunder GG (1995) **Common rheumatologic diseases in elderly patients.** Mayo Clin Proc 70:1205–1214
48. Morley JE, Vogel K, Salomon DH (1990) **Prevalence of geriatric articles in general medical journals.** JAGS 38:173–176
49. Mühlenberg W, Platt D (1998) **Altersveränderungen der Niere und ihre Bedeutung für die Pharmakotherapie.** Med Welt 49:572–580
50. Nikolaus Th, Specht-Leible N, Bach M (1999) **Medikamentenverordnung und mehrfache Stürze bei älteren zu Hause lebenden, multimorbiden Menschen.** Z Gerontol Geriat 32:307–311
51. Perez ED, Mulligan T, Meyers ME (1991) **Interest in geriatrics education among family practitioners and internists in Virginia.** Acad Med 66:558–559
52. Platt B, Mutschler E (1999) **Pharmakotherapie im Alter.** Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart
53. Preston JA, Retchin SM (1991) **The management of geriatric hypertension in health maintenance organizations.** JAGS 39:683–690
54. Raasch G (1999) **Psychologische Intervention bei Angst vor Stürzen.** Geriat Forsch 9:84–86
55. Renteln-Kruse von W (1997) **Stürze im Alter und Pharmaka.** Z Gerontol Geriat 30:276–280
56. Reuben DB, Zwanziger J, Bradley TB, Beck JC (1994) **Is geriatrics a primary care or subspecialty discipline?** JAGS 42:363–367
57. Reuben DB, Zwanziger J, Bradley TB, Fink A, Hirsch SH, Williams AP, Salomon DH, Beck JC (1993) **How many physicians will be needed to provide medical care for older persons? Physician manpower needs for the twenty-first century.** JAGS 41:444–453
58. Runge M (1997) **Die multifaktorielle Pathogenese von Gehstörungen, Stürzen und Hüftfrakturen im Alter.** Z Gerontol Geriat 30:267–275
59. Schäufele M, Weyerer S (1999) **Psychopharmakagebrauch und Sturzhäufigkeit bei Alten- und Pflegeheimbewohnern: Eine prospektive epidemiologische Studie in Mannheim.** Euro J Ger 1 (2):124–130
60. Scholz H (1996) **Arzneitherapie im höheren Lebensalter.** Arzt und Krankenhaus 7:213–219
61. Steinhagen-Thiessen G, Borchelt M (1996) **Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter.** In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg) Die Berliner Altersstudie. Akademie-Verlag, Berlin, S 151–183
62. Stoppe G, Staedt J (1999) **Psychopharmakotherapie von Verhaltensstörungen bei Demenzerkrankten.** Z Gerontol Geriat 32:153–158
63. Stuhlmann W (1992) **Angst im Alter.** In: Müller U (Hrsg) Angst und Angsterkrankungen. Roederer, Regensburg
64. Tinetti ME, Baker DI, McAvay G, Claus EB, Garrett P, Gottschalk M, Koch ML, Trainor K, Horwitz RI (1994) **A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community.** N Eng J Med 331 (13):821–82
65. Tinetti ME, Inouye SK, Gill TM, Doucette JT (1995) **Shared risk factors for falls, incontinence, and functional dependence.** JAMA 273 (17):1348–1353
66. United States General Accounting office GAO/HEHS – 95-152-152 **Prescription drugs and the elderly.**
67. Watson YI, Arfken CL, Birge SJ (1993) **Clock completion: an objective screening test for dementia.** JAGS 41:1235–1240
68. Wettstein A (1997) **Betagtenmisshandlung.** In: Wettstein et al. (Hrsg) Checkliste Geriatrie. Georg Thieme, Stuttgart New York, S 88–90
69. Williams ME, Connolly NK (1990) **What practicing physicians in North Carolina rate as their most challenging geriatric medicine concerns.** JAGS 38:1230–1234