

Geriatric

Eine junge Disziplin kann den internistischen Alltag bereichern*

Ch. Chappuis

Der Beitrag der Geriatrie für den Internisten in der Praxis und im Spital

Ausgangspunkt

Seit 1.1.2000 gibt es beim Facharztstitel Innere Medizin neu den Schwerpunkt Geriatrie [1]. Mit diesem Datum fand somit die Geriatrie als Fachdisziplin mit spezifischer Weiterbildung ihre Anerkennung; sie ist also zum heutigen Zeitpunkt $\frac{5}{4}$ Jahre jung.

Die Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin (SGIM) hat sowohl rückblickend die Entwicklung wahrgenommen als auch vorausschauend die Verantwortung erkannt, dass im Bereich der Weiterbildung auf dem Gebiet der Geriatrie Handlungsbedarf besteht; denn Internisten in der Praxis haben heute einen grösseren Prozentanteil von über 65jährigen Patienten zu betreuen und sind somit alternde Praktiker mit alternden Patienten, auch die Internisten im Spital betreuen mehr und mehr Patienten in veränderten Altersstrukturen. Während ich z.B. bei meiner ersten Assistentenstelle auf der Inneren Medizin im Gemeindespital Riehen 1966 selten einen über 90jährigen Patienten zu behandeln hatte und höchstens 10% über 80jährige, sind heute bis zu einem Drittel der stationären intern-medizinischen Patienten über 80 Jahre alt. Die Notwendigkeit qualifizierter Aus-, Weiter- und Fortbildner im Fachbereich Geriatrie für die Vermittlung von Haltungen, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Ärzte ist unbestritten.

Worin besteht nun aber der Beitrag? Welches sind die Lernziele der Weiterbildung? Was schafft die Motivationen dafür, als Schwerpunkt Geriatrie zu wählen? In den jahrelangen Vorbereitungen der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie war immer wieder folgendes Argument zu hören: Jeder Internist behandelt alte Menschen, praktiziert also Geriatrie, ist Geriater; das Rad muss somit nicht neu erfunden werden. Es stimmt natürlich, dass jeder Internist schon immer auch betagte Patienten betreut hatte; aber es stimmt auch, dass innerhalb der Betreuung dieser Menschen Verbesserungen nötig – und möglich sind.

Auf dem Gebiet der Pädiatrie zeigt uns die Erfahrung in der jüngsten Vergangenheit dasselbe: Anfang des 20. Jahrhunderts äusserten sich

praktizierende Ärzte dahingehend, dass sie bei ihrer täglichen Arbeit zugleich Pädiater seien, es also keine zusätzlichen Spezialisten brauche. Im Laufe der Zeit erkannten die Hausärzte jedoch, dass ihnen Kollegen, die sich vertieft mit der speziellen Materie befasst hatten, für ihre Alltagsarbeit sehr hilfreich sein können. Und ein heutiges Beispiel aus unserer Arbeit bestätigt diese Einsicht: Bei der Bearbeitung hämatologischer und kardiologischer Probleme im Praxis- und Spitalalltag betrachten wir es als grosse Hilfe, Hämatologen und Kardiologen zu Rate ziehen zu können.

Aus diesen gemachten und hier nur kurz beschriebenen Erfahrungen ergibt sich für die Geriatrie also die Aufgabe, ihrerseits ihren Beitrag zu leisten zur Inneren Medizin, indem sie ihre speziellen wissenschaftlichen Erkenntnisse [2] und ihre Arbeitsweisen [3] sichtbar und bewusst macht und bei den Kollegen die Neigung dazu weckt, ihre Erfahrungen aufzunehmen und vermehrt in ihre Alltagsarbeit einzubauen.

Wie definiert sich Geriatrie?

Geriatrie ist derjenige Zweig der Medizin, der sich mit der Betreuung der Menschen in einem bestimmten Lebensabschnitt befasst (wie analog dazu die Pädiatrie). Die klinischen, psychologischen, sozio-ökonomischen und präventiven Aspekte des betagten Menschen haben je ihre charakteristische Prägung, die es erfordert, wissenschaftlich erforscht zu werden. Geriatrie befasst sich mit der Gesundheit, die Arthur Jores als «altersgemässe Entfaltungsmöglichkeit» [4] beschreibt. In der Pädiatrie ergibt sich die Gesundheit aus dem, was noch nicht ist, was sich möglicherweise aus der Potentialität des Kindes entfalten kann. Entfaltungsmöglichkeiten beim alten Menschen seinerseits bestehen aus dem, was war. Auch ihnen wohnt eine Potentialität inne, nämlich die Gestaltung und Prägung des Lebens im letzten Abschnitt, zum Ende, zum Tod hin. Zum Inhalt der Geriatrie gehören also die Fragen um das Sterben, um

* Vortrag anlässlich der SGIM-Jahrestagung vom 10. bis 12.5.2001 in Lausanne.

Korrespondenz:
Dr. med. Ch. Chappuis
Zentrum Geriatrie-Rehabilitation
Spital Bern Ziegler
Postfach
CH-3001 Bern

charles-chappuis@spitalbern.ch

den Tod. Diese Fragen zu bearbeiten und Antworten zu finden, sind die Aufgabe des Geriaters.

Welches ist die charakteristische Arbeitsweise?

Die klinische Arbeit in der Geriatrie geht zuerst von Phänomenen und/bzw. Symptomen aus. «Phänomenon» bedeutet sichtbar machen, ans Licht bringen, anzeigen oder verkünden; Symptom stammt von συμπτειν (griechisch), was in unserer Sprache mit zusammenfallen, zusammentreffen oder alarmierend Krankheitsmerkmale zeigend ausgedrückt wird. Wir wollen dazu als Beispiel ein in der Geriatrie häufig vorkommendes Symptom als Ausdruck des Phänomens Instabilität nehmen. Es gehört mit zu den in der Geriatrie ebenfalls oft vorkommenden drei anderen Phänomenen, nämlich der Immobilität, der intellektuellen Veränderung und der Inkontinenz.

Der Sturz ist im Alter ein häufiges Symptom. Internisten haben die Gewohnheit, vom Symptom zur Diagnose zu kommen und auf diese Weise eine Krankheit zu definieren. Daraus leiten sie die anzuwendende Therapie ab, die dann das Resultat bewirkt. Die Krankheit, die das Sturzsymptom auslöst, ist aber nicht eine Monomorbidität, sondern vielmehr eine Multimorbidität, und zwar mit den vielfältigsten Interpendenzen. Beispiel: Vordergründig imponiert eine Gonarthrose und diese Diagnose könnte das Symptom Sturz auch erklären. Der betreffende Patient hat aber noch einen Diabetes mellitus mit Polyneuropathie, eine Orthostase, eine Kardiopathie mit Herzinsuffizienz, eine Pollakisurie und eine Nykturie. Sturzerlebnisse führen beim alten Menschen häufig zur Angst, wieder zu stürzen, und deshalb zu Rückzug und depressiver Verstimmung. Durch all dies werden die Aktivitäten des täglichen Lebens mehr und mehr verunmöglicht, die häusliche Situation gestaltet sich immer schwieriger und nach und nach werden die Sozialkontakte abgebaut, wodurch es zu Isolation, Einsamkeit, evtl. sogar Verwahrlosung kommt; das Selbstwertgefühl wird durch all dies beeinträchtigt, es treten depressive Zustände auf mit der Gefahr von Suizidalität.

Beim Symptom Sturz haben wir uns also einerseits mit intrinsischer, somatischer und psychischer Ätiologie auseinanderzusetzen, andererseits jedoch auch mit extrinsischer Ätiologie als solcher aus dem Umfeld. Im aufgezeigten Modell soll gezeigt werden, wie sich die einzelnen Schritte von der Diagnostik zur Therapie ergeben:

Anamnese, Status und differentialdiagnostische Erwägungen erfolgen zunächst unabhän-

gig vom Alter des Patienten. Die Anamnese ist auch beim Betagten korrekt zu erheben, der Status sorgfältig und umfassend durchzuführen; eine Differentialdiagnose wird wie gelernt aufgestellt.

Die Leitlinie für ein angepasstes geriatrisches Denken und Handeln sollte nun wie folgt formuliert werden:

Was muss ich als Arzt wissen bzw. ausschliessen, um die Situation des betagten Patienten günstig zu beeinflussen?

Zu diesem Zeitpunkt muss nun der Aspekt des Alters miteinbezogen werden. Die Arbeitsweise nach dem bio-psycho-sozialen Modell [5] kommt zum Tragen. Die sogenannten geriatrischen Assessment-Instrumente sind eine Hilfe für den Arzt, nichts zu übersehen. Diese Assessment-Instrumente [6] sind Kontroll-Instrumente; sie dienen der Qualitätssicherung der eigenen Arbeit. Als Beispiele seien der einfache «Get up and Go-Test» [7] oder der Minimental-Status (MMS) nach Folstein [8] erwähnt.

Es erhebt sich die Frage, ob diese Arbeitsweise eine Bereicherung darstellt, und sehr schnell ist die Antwort zu hören: So zu arbeiten, braucht enorm viel Zeit; ausserdem bringt sie nicht viel bzw. wenig; denn

- Zeit wird in der Praxis schlecht bezahlt;
- die Zeit, die der Arzt im Spital aufwendet, verringert im Gegensatz zu technischen Untersuchungen und Massnahmen das Spitaldefizit nicht;
- Fallkostenpauschalen sollen die Hospitalisationsdauer verkürzen, d.h. mehr Patienten mit kürzerer Aufenthaltsdauer, so steht es in den neuesten Jahresberichten von Spitalabteilungen.

Hier sei die Frage gestattet: Gibt es denn mehr Schweizer – oder sind die Schweizer kränker geworden?

Im Spital- und Praxisalltag scheinen heute vor allem Tempo und Geschwindigkeit zu zählen; analog zum TGV die MGV (médecine en grande vitesse). Die Informatik bietet sich an, die verlangte Beschleunigung zu erleichtern; also nimmt der Arzt am besten den PC mit auf die Visite. Der Patient kann dann zuschauen und warten, bis seine Daten eingegeben sind.

Die statistisch relevanten Antworten erfolgen rasch; denn PCs sind Zeitsparmaschinen, die jedoch ihrerseits Zeit fressen – welche Zeit? Die Antwort lautet: Es ist jene Zeit, die wir dem therapeutischen Feld des Patienten einzuräumen hätten. Also ist MGV in der Geriatrie nicht zu brauchen; denn betagte Patienten brauchen Zeit – und für betagte Patienten benötigen wir Zeit. Das Zeitproblem lässt sich in unserer Situation, wie das Beschriebene beweist, nicht getreu der Auffassung der heutigen Postmo-

derne mit noch grösserer Bewirtschaftung der Zeit lösen. Der Zeitforscher Karl-Heinz Geissler sagt dazu: «Wer zu schnell ist, den bestraft das Leben» [9]. Wie aber kann die Geriatrie mit der «richtigen Zeit» den Praxis- und Spitalalltag bereichern?

Bereicherung heisst anreichern, gewinnen, vervollkommen. Also lautet die Antwort, die Geriatrie bereichert exemplarisch die Medizin mit einer notwendigen Ergänzung: sie arbeitet ausser mit EBM (Evidence based Medicine) mit VBM [10] (Values based Medicine)

Values based Medicine – Wertabgestützte Medizin.

Werte:	Gesundheit, Finanzen
Bewertung, Wertordnung:	der Mensch als Person, Persönlichkeit, hat Anspruch auf Würde
Werthaltungen, Tugenden:	Kompetenz, Hingabe

Gesundheit

Liliane Juchli definiert Gesundheit als «Fähigkeit, mit der Wirklichkeit zu leben» [11] und Karl Barth als «Fähigkeit zum Menschsein» [12], d.h. Mensch mit Charakteristikum Vernunft; nicht Tier mit dem Charakteristikum Bewegung; nicht Pflanze mit dem Charakteristikum Leben; nicht Stein mit dem Charakteristikum Struktur. Zum Menschsein gehört die Wirklichkeit des Alterns und Alters als Teil eines Ganzen. Die Geriatrie leistet einen Beitrag dafür, dass dieser Teil des Ganzen der mensch-

lichen Existenz menschlich gelebt werden kann. Denn auch ein Betagter mit einem Hemi-syndrom nach Apoplexie kann fähig sein, mit dieser Wirklichkeit zu leben und so gesund seine ihm zur Verfügung stehende Zeit zu gestalten. Ja, es wird die Behauptung gewagt, dass ein Dementer die Fähigkeit hat, mit *seiner* Wirklichkeit zu leben.

Finanzen

Der Wert, den die Gesellschaft der Gesundheit beimisst, widerspiegelt sich in den Finanzen, die diese für sie aufwendet. In der Schweiz sind es rund 10% des Bruttoinlandproduktes; das sind etwa 40 Milliarden Franken pro Jahr. Ganz sicher kann gesagt werden, dass das Gesundheitswesen nicht alleine wegen der Alten so teuer ist, wie es ist. So ist das letzte Lebensjahr eines unter 70jährigen teurer als das eines über 80jährigen. Es mag so scheinen, als ob eine Gesellschaft den «Wert» eines unter 70jährigen höher einschätzt als den eines über 80jährigen. Doch ausschlaggebend ist generell die Distanz zum Tod; zwei Drittel der gesamten Gesundheitskosten eines Menschenlebens entstehen im letzten Lebensjahr, 30% in den letzten drei Lebensmonaten.

Was leistet die Geriatrie zum Wert «Finanzen»?

Würden alle über 80jährigen konsequent mit der strukturierten standardisierten Arbeitsmethode des geriatrischen Assessments abgeklärt und die sich daraus ergebenden Massnahmen

Abbildung 1.

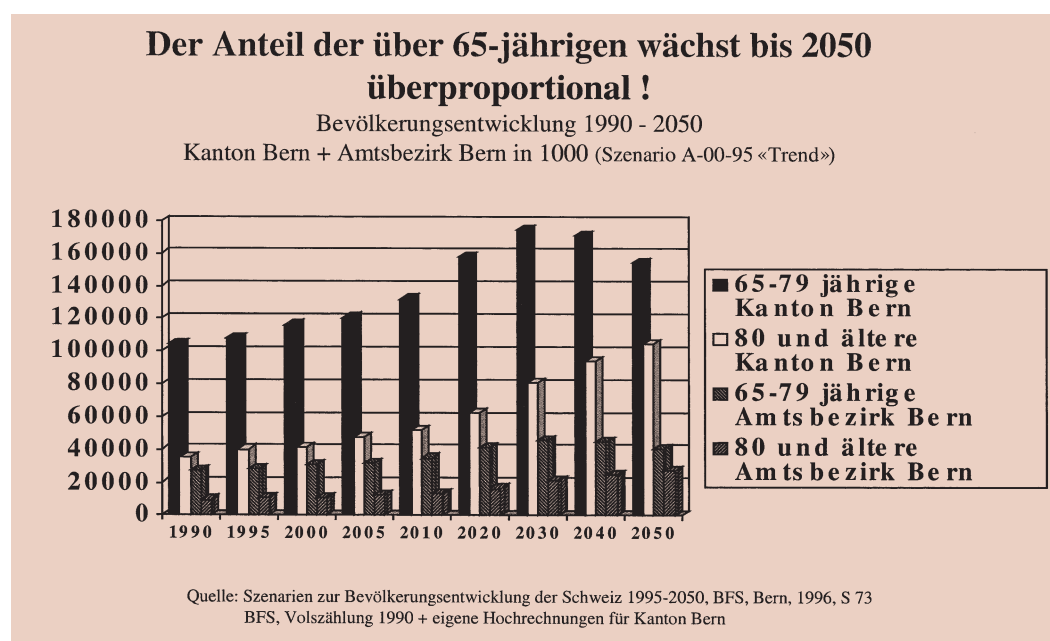
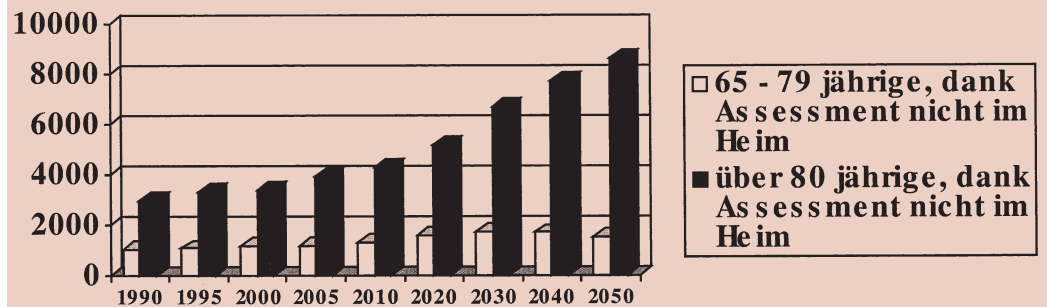


Abbildung 2.

Dank umfassendem geriatrischem Assessment nicht im Heim !

Anzahl Personen, die dank Assessment wieder nach Hause entlassen werden könnten
Kanton Bern (Szenario A-00-95 «Trend»)

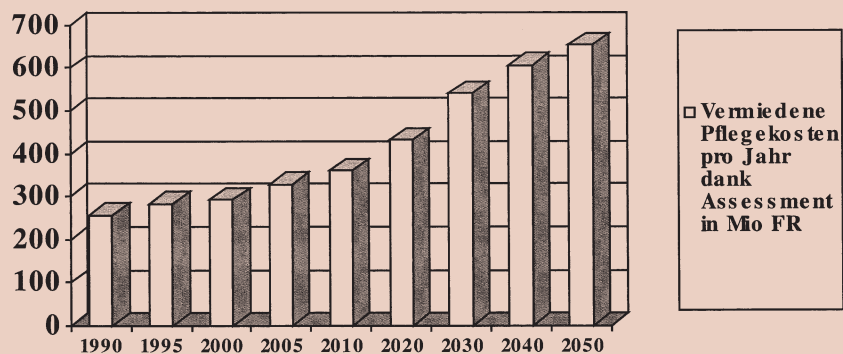


Quelle: Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 1995-2050, BFS, Bern, 1996, S 73
BFS, Volszählung 1990 + eigene Hochrechnungen (Erfolgsfaktor Assessment 1.68 \approx 40.48%)

Abbildung 3.

Jährliche Pflegeheimkosten die dank Assessment vermieden werden können

Kanton Bern 1990 - 2050 in Mio SFR (Szenario A-00-95 «Trend»)



Quelle: Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 1995-2050, BFS, Bern, 1996, S 73
BFS, Volszählung 1990 + eigene Hochrechnungen (Erfolgsfaktor Assessment 1.68 \approx 40.48% / Fr 176.- pro Pflegetag)

umgesetzt, liessen sich pro Jahr 40% der Heimeinweisungen vermeiden [13]. Rechnungsbeispiel für den Kanton Bern siehe Abbildung 1-3. Fazit: Die Geriatrie ist auch volkswirtschaftlich betrachtet eine Bereicherung.

Wertordnung

Der Mensch als Person/Persönlichkeit hat Anspruch auf Würde. Zur Würde zählt

- Lebensphasen erleben können;
- Sinn und Sinnhaftigkeit in diesen Phasen finden können;
- über sich selbst reflektieren.

Der Geriater im Spital kann mit seinen jungen Kollegen üben, gleichsam als Assistenten dem betagten Patienten bei der Sinnfindung zu helfen, und so zu seiner menschlichen Würde beitragen. Er kann ihm allerdings nicht sagen, wo Sinn und Sinnhaftigkeit zu finden sind, sondern ihm nur bei der Suche danach behilflich sein [14]. Als erstes ist es wichtig, dem Betagten einfach zuzuhören, wenn dieser Bruchstücke aus seinen Lebensphasen erzählt. Mit der Zeit gelingt es auf diese Weise vielleicht, aus all den erzählten Fragmenten ein Bild zusammenzutragen. Dass dieses Bild dann für den betagten Erzähler evtl. nicht identisch ist mit dem, das wir als Zuhörer gewinnen, ist unbedeutend.

Wichtig für den Patienten ist, dass ihm durch das Erzählen etwas möglich werden kann, das auch zu seiner Selbstreflexion beiträgt [15]. Wohl nie entsteht dabei etwas vollständig Abgeschlossenes. In seinen Gedanken «Leben als Fragment» gibt der Theologe Henning Luther drei Punkte zu bedenken [16]:

1. Jedes Stadium des Lebens stellt immer auch einen Bruch dar, einen Verlust und nicht nur Wachstum und Gewinn. Nicht realisierte Wünsche der Vergangenheit bleiben bestehen, wie auch die nicht positiv verarbeiteten Schuld- und Versagenserfahrungen. Darüber soll man trauern dürfen, auch und gerade der Betagte.
2. Auf jeder Stufe unseres Lebens sind wir Fragmente und Entwürfe unserer Zukunft. Wir sind Baustellen, von denen wir nicht wissen, ob und wie an ihnen weitergebaut wird. Wir wissen immer nur, dass der Bau noch nicht vollendet ist. Gegen die Erstarrung steht die Sehnsucht, die Bewegung des Aufbruchs und der Selbstüberschreitung. Deshalb soll man hoffen können, eine Perspektive haben. Auch der Betagte soll eine Perspektive, eine Zukunft haben in Jahren, Tagen, Stunden oder nur Sekunden.
3. In jedem Stadium unserer Ich-Entwicklung sind wir durch andere herausgefordert und in Frage gestellt. Wir sind nur wir selbst, indem wir verletzlich und offen für andere sind. Deshalb sollen wir nicht verzichten, den Mitmenschen in Liebe zu begegnen. Auch der Betagte möchte menschliche Liebe schenken und empfangen können.

Fazit: Die Geriatrie bereichert zwischenmenschliche Begegnungen.

Werthaltung, Tugend: Kompetenz – Hingabe

Kompetenz bedeutet Sachkundigkeit, Zusammentreffen. Der Geriater ermöglicht dem Internisten zusätzliche Sachkundigkeit, stellt diesem die seine zur Verfügung; er gibt sich im Schwerpunkt einer speziellen Aufgabe hin; er ist Enthusiast – bisweilen vielleicht Fantast.

Ein Geriater muss die Aspekte des Alters im biopsychosozialen Modell kennen und in die Praxis umsetzen können, er muss Vorbildfunktion übernehmen, ein guter Kommunikator [17] sein und er muss sich der Philosophie und Seelsorge öffnen.

Kompetenz und Hingabe brauchen

- **Augen**, die sehen, Bedürftigkeit wahrnehmen, Unscheinbares nicht übersehen, durch das Vordergründige hindurchzusehen vermögen;
- **Ohren**, die hören, hellhörig sind auf die Stimme der Angst und Not des betagten Patienten, die nicht verschlossen sind für sie, die das Unbequeme nicht überhören;
- **Hände**, die fühlen, behutsam sind, halten können, nicht zu Fesseln werden, die Kraft sind und Kraft geben auch und gerade dem betagten Patienten.

Fazit: Geriatrie bereichert unsere Werthaltung: «Das Alter ist unsere Zukunft.»

Literatur

- 1 Schwerpunkt Geriatrie. Anhang zum Weiterbildungsprogramm «Facharzt FMH für Innere Medizin» vom 1.1.1995 und zum Weiterbildungsprogramm «Facharzt FMH für Allgemeine Medizin» vom 1.1.1997. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(Suppl 4a):825–69.
- 2 Straus Sharon E. Geriatric medicine, recent advances. BMJ 2001; 322:86–9.
- 3 Chappuis Ch. Medizinische Betreuung alter Menschen. Schweiz Ärztezeitung 1991;72:1644–51.
- 4 Jores A. Menschsein als Auftrag. Bern: H. Huber; 1978. S. 137ff.
- 5 Adler R.H. Psychosomatik als Wissenschaft. Stuttgart: Schattauer; 2000.
- 6 Rubenstein LZ, Stuck AE, Siu AL, Wieland D. Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: Overview of the evidence. J Am Geriatr Soc 1991;39(Suppl):8S–18S.
- 7 Mathias S, Nayak US, Isaacs B. Balance in elderly patients: The «get up and go» test. Arch Phys Med Rehabil 1986;67:387–9.
- 8 Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12:189–98.
- 9 Geissler KA. Zeitwohlstand in «Vom Tempo der Welt». Freiburg: Herder; 1999. S. 189ff.
- 10 Rapin Ch-H., et al. De l'accompagnement des mourants à une médecine respectueuse des valeurs ou «Values Based Medicine». Info Kara 1999;54:3–5.
- 11 Juchli L. Alt werden – Alt sein. Rocom Basel, 1993.
- 12 Barth K. Ansprache zum Tag der Kranken. DRS 1965.
- 13 Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet 1993;342:1032–6.
- 14 Chappuis Ch. Rehabilitation – Aspekte am Lebensende. Schweiz Ärztezeitung 1999;80:912–5.
- 15 Streib H. Heilsames Erzählen. Wege zum Menschen 1996;48:339–59.
- 17 Luther H. Leben als Fragment. Wege zum Menschen 1991;42:262ff.
- 18 Ziegler A. Verantwortung für das Wort – Kommunikation und Ethik. Huber Frauenfeld, 2000.