
GESUNDHEIT IM ALTER

1. Auflage

Herausgeber:

Bundesärztekammer



**Texte und Materialien der Bundesärztekammer
zur Fortbildung und Weiterbildung**

Bundesärztekammer

Gesundheit im Alter

Texte und Materialien
der Bundesärztekammer
zur Fortbildung und Weiterbildung

Band 19

Herausgeber:

Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern
Herbert-Lewin-Straße 1
50931 Köln

GESUNDHEIT IM ALTER

1. Auflage

Herausgeber:

Bundesärztekammer



**Texte und Materialien der Bundesärztekammer
zur Fortbildung und Weiterbildung**

Redaktion:

PD Dr. H. P. Meier-Baumgartner, Hamburg

für die Bundesärztekammer:

Dr. phil. B. Dietz, Köln

Dr. med. J. Engelbrecht, Köln

Gesundheit im Alter - Köln, Bundesärztekammer, 1998

ISSN 0945-1951

NE: Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung, Bd. 19, 1. Auflage 1998

Mit den in diesem Werk verwandten Personen- und Berufsbezeichnungen sind, auch wenn sie nur in einer Form auftreten, gleichwertig beide Geschlechter gemeint.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, daß solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Warenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Bundesärztekammer unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen

© **Bundesärztekammer * Köln * 1. Auflage 1998**

ISSN 0945-1951

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	
Einleitung	
Kapitel I: Alte Menschen in der Gesellschaft - Langlebigkeit verpflichtet ...	
Kapitel II: Demographische Entwicklung und gesundheitspolitische Implikationen	
Kapitel III: Prävention	
Einleitung	
a) Somatische Aspekte	
b) Soziologische Aspekte	
c) Psychologische Aspekte	
Kapitel IV: Krankheit, Verletzung und Behinderung	
a) Symptomatik	
b) Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie	
c) Gerontopsychiatrie	
d) Sucht	
e) Pharmakotherapie	
Kapitel V: Rehabilitation älterer Menschen	
a) Die Sicht der gesetzlichen Leistungsträger	
b) Ambulante und stationäre geriatrische Rehabilitation	
Kapitel VI: Schnittstellenproblematik	
a) Die Rolle des Hausarztes	
b) Rehabilitation/Pflege	
Kapitel VII: Mißhandlung und Gewalt gegen alte Menschen	
Kapitel VIII: Qualitätssicherung in der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen	
Kapitel IX: Ethik	
a) Palliativmedizin	
b) Betreuung Sterbender - Sterbebeistand	

Kapitel X: Forschung und Lehre in der Geriatrie	
Kapitel XI: Weiter- und Fortbildung in der Geriatrie	
Anhang	
Ausgewählte Literatur	
Entschlüsse des 101. Deutschen Ärztetages	
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	

Vorwort

Die zunehmende Lebenserwartung bei gleichzeitigem Geburtenrückgang hat seit längerem zu einer Veränderung der Bevölkerungsstruktur geführt und läßt für die Zukunft weitere starke demographische Verschiebungen erwarten. In der öffentlichen Diskussion über die daraus resultierenden Folgen wird immer wieder auf die zukünftige Finanzierbarkeit unserer Sozialversicherungssysteme hingewiesen. Auch Krankenversicherungen und soziale Dienstleistungen werden mit der durch die Altersverschiebung bedingten höheren Morbidität und Pflegebedürftigkeit konfrontiert. Die Pflegeversicherung ist dabei nur eine erste Reaktion, um die Situation älterer Menschen zu verbessern.

Vorrangiges Ziel einer aktiven, präventiv ausgerichteten gesundheitlichen Versorgung muß es jedoch sein, die Chance auf ein weitgehendes gesundes Altwerden zu vergrößern. Daß altersbezogene Prävention schon in jüngeren Lebensjahren und bei den dort herrschenden Lebenszusammenhängen ansetzen sollte, haben Untersuchungen gezeigt. Aber auch im höheren Alter ist es für eine umfassende Gesundheitsförderung nicht zu spät.

Alte Menschen sollten die Möglichkeit erhalten, ihrem Lebensalter, ihren Fähigkeiten und Erfahrungen entsprechend soziale Funktionen zu erfüllen. Ältere Menschen sind dann ein Gewinn für die Gesellschaft, denn sie haben im Laufe ihres Lebens viele Erfahrungen und Fertigkeiten erworben, die im Alltag ihren positiven Niederschlag finden.

Notwendige Hilfen sollten so angelegt werden, daß Selbständigkeit und Lebensgewohnheiten des alten Menschen so lange wie möglich erhalten bleiben oder nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ wiederhergestellt werden.

Für eine erfolgreiche Prävention und Betreuung älterer Menschen ist die Zusammenarbeit der verschiedenen medizinischen und nicht-medizinischen Fachberufe notwendig. Der Hausarzt muß mit seinen Kenntnissen über Lebenssituation, gesundheitliche Vorgeschichte und Risikofaktoren des Patienten die Betreuung koordinieren.

Die Autoren des Berichts „Gesundheit im Alter“, der auf Veranlassung des 98. Deutschen Ärztetages entstand, haben die Rahmenbedingungen für ein gesundes Altern aufgezeigt. Neben den notwendigen gesundheitspolitischen Voraussetzungen sollte die Ärzteschaft diese Aufgaben als ihre soziale Verpflichtung ansehen.

Für ihre Unterstützung und sachkundige Erstellung des Berichtes „Gesundheit im Alter“ dankt die Bundesärztekammer allen ehrenamtlich oder hauptamtlich Beteiligten, namentlich Herrn PD Dr. Meier-Baumgartner.

Köln, im April 1998

Dr. med. Dr. h.c. Karsten Vilmar
Präsident der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages

Einleitung

„Nichts trifft den Menschen so unvorbereitet wie die Erkenntnis, daß er alt geworden ist.“ Dieser Spruch gilt besonders für den Arzt und natürlich für seine Patienten. Wir sind deshalb sehr dankbar, daß der Deutsche Ärztetag das Thema „Gesundheit im Alter“ behandelt.

Jeder Mensch wird älter, daran läßt sich nichts ändern. Die Zunahme des Lebensalters bedeutet diesbezüglich nicht eine Elimination des Alterungsprozesses, sondern eine Zunahme alter Menschen. Es kommt aber nicht nur darauf an, daß wir alt werden, sondern wie wir alt werden. Mit der Zunahme der Lebenserwartung kommt auf jeden einzelnen für sich, aber auch auf die Gesellschaft insgesamt eine ungeheure Verantwortung zu. Dies gilt im besonderen für den Arzt.

Damit es möglich ist, die gewonnenen Jahre bei guter Gesundheit, sozialer Integration und guten kognitiven Fähigkeiten zu nutzen, muß an die Verantwortlichkeit eines jeden appelliert werden. Es besteht sicher ein Zusammenhang zwischen Prävention, positivem Altersbild und Lebensqualität. Gesundes Altwerden ist eine lebenslange Aufgabe. Eine Aufgabe, die schon in der Kindheit beginnt und sich bis ins hohe Alter fortsetzt.

Dabei ist bemerkenswert, daß viele Arbeiten zeigen, daß der sogenannte subjektive Gesundheitszustand entscheidend für die Lebensqualität im Alter ist, daß es außerordentlich wichtig für das eigene Wohlbefinden ist, daß man sich auch im hohen Alter gebraucht fühlt. Grundlage guten Alters ist Aktivität, regelmäßige Forderung ohne Überforderung und soziale Integration. Wir haben in der vorliegenden Schrift versucht, diese Aspekte mit Hilfe von namhaften Referenten zu beschreiben. Außerdem wird in unserer Publikation eingegangen auf die speziellen Aspekte von Krankheit und Behinderung im Alter mit besonderer Berücksichtigung der Fragen der Psychosomatik und der Gerontopsychiatrie.

Ein weiterer Schwerpunkt der Schrift ist die Rehabilitation des geriatrischen Patienten, deren Bedeutung vom Gesetzgeber deutlich unterstrichen wird (Rehabilitation vor Pflege). Weitere Kapitel gelten der Schnittstellenproblematik zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Ein Schwerpunkt liegt sicher in der ambulanten Betreuung, die vom Hausarzt koordiniert und begleitet wird. Die Kapitel „Lücken im System“ am Beispiel von Gewalt und Verwahrlosung weisen auf Mängel hin. Ebenso das Kapitel „Lehre und Forschung“, das zwar Ansätze der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte aufweist, aber weiterhin den Mangel an Lehrstühlen für Geriatrie beklagt. Dazu gehört auch die Bedeutung der Qualitätssicherung, besonders unter dem Aspekt der verminderten Ressourcen. Wir müssen heute versuchen, das Maximum an Behandlung und Pflege bei einem Minimum von Kosten zu erreichen. Diesbezüglich sind Überlegungen zum Wie, Wo und Wodurch dringend angezeigt.

Wir haben uns, bedingt durch die Breite des Themas, beschränkt auf die allgemeinen Aspekte der Gerontologie im Rahmen der psychischen, sozialen, rehabilitativen und medizinischen Aspekte. Es wurde darauf verzichtet, auf die Biologie des Alterns einzugehen, ebenso auf die einzelnen Fachgebiete, die sich mit dem alten Menschen befassen. Die Zukunft wird schon allein durch die Zunahme der Betagten und Hochbetagten zu einer allgemeinen Geriatriisierung vieler medizinischer Fächer führen und die Geriatrie als Disziplin fördern. Hier sind dringend weitere Angebote der Aus-, Weiter- und Fortbildung zu fordern. Dies gilt sowohl für die Praxis als auch für die Lehre und den Forschungsbereich.

Wir glauben, daß die vorliegende Arbeit adäquat und übersichtlich auf die Problematik der Zunahme der Betagten und Hochbetagten hinweist und die Verantwortung der Ärzte im besonderen, aber auch die Verantwortung jedes einzelnen und der Gesellschaft insgesamt darstellt.

Wir möchten uns bei allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe (vgl. Anhang), die diese Schrift erstellt hat, für ihre speditive, verantwortungsvolle und unter großem Zeitdruck geleistete Arbeit herzlich bedanken. Ebenfalls bedanken möchten wir uns für die rege Mitarbeit bei den Treffen und für die Bereitschaft, die einzelnen Kapitel so zu ordnen, daß - wie wir glauben - eine Schrift „aus einem Guß“ entstanden ist.

Schließlich bedanken wir uns auch für die Kompromißbereitschaft der einzelnen Mitglieder, ihre persönlich-fachlichen Anliegen zum Wohle des Gesamtanliegens „Gesundheit im Alter“ gelegentlich zurückzustellen, um so den Delegierten des Deutschen Ärztetages ein durch Einzelanliegen nicht belastetes Gesamtwerk vorlegen zu können. Die Hauptintentionen der vorliegenden Schrift sind, die Erkenntnis von der zunehmenden Zahl alter Menschen, die Bedeutung der Prävention, die rechtzeitige Erkennung von Risikofaktoren, die adäquate geriatrische Behandlung und Rehabilitation, die Integration stationärer, ambulanter sowie der kurativ rehabilitativen Behandlung und schließlich auch die Integration von Krankenversicherungsleistungen und Pflegeleistung darzustellen. Dies alles bedingt einen wichtigen Schwerpunkt in der medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung, der bei der Prävention beginnt und bei der Palliativmedizin und der Betreuung des Sterbenden endet. Es ist eine vornehme, wenn nicht die vornehmste Aufgabe des Arztes, Menschen während ihres Lebens so zu begleiten, daß sie in der Jugend verantwortungsvoll mit ihrer Gesundheit umgehen, um möglichst gesund und unabhängig ihr Alter zu erreichen, und daß sie sowohl in der Jugend wie im Alter diesbezüglich beraten und behandelt werden. Daß der alte Mensch nicht einfach ein alter Erwachsener, sondern ein anderer geworden ist, ein Mensch, dessen Fähigkeiten und Bedürfnisse dem Arzt bekannt sein müssen, wird durch die vorliegende Schrift deutlich.

Köln, im März 1998

H. P. Meier-Baumgartner

Kapitel I: Alte Menschen in der Gesellschaft - Langlebigkeit verpflichtet

Wir alle werden älter - ob wir wollen oder nicht - von Tag zu Tag, von Woche zu Woche, von Jahr zu Jahr. Daß wir älter werden, daran können wir nichts ändern. Aber wie wir älter werden, das haben wir zum Teil selbst in der Hand. Es kommt nicht nur darauf an, wie *alt* wir werden, sondern *wie* wir alt werden. Alt werden und sich dabei wohl fühlen, kommt nicht von alleine; hier muß auch jeder einzelne etwas tun, um sich ein „gesundes Altwerden“ zu sichern. Aber gesellschaftliche Rahmenbedingungen sind notwendig, um dies zu ermöglichen und zu fördern.

1. Das Alter hat viele Gesichter

Altern heißt einmal: Zunahme an Lebensjahren, Zunahme an Erfahrungen, guten und schlechten; Erfahrungen, aus denen man gelernt hat und Erfahrungen, die man verdrängen und vergessen möchte. Altern heißt, mit vielen Situationen im Laufe seines Lebens konfrontiert gewesen zu sein, schwierige Lebenssituationen gemeistert zu haben. Altern heißt sehr oft, Wissen und Kenntnisse erworben zu haben, zu Experten geworden zu sein. Altern - die sogenannte „Altersgrenze“, die mit dem Berufsende gegeben ist, zu überschreiten - bedeutet heutzutage für viele Menschen, einen neuen Lebensabschnitt zu beginnen, eine „späte Freiheit“ zu gewinnen, lang gehegte Pläne zu realisieren, Reisen zu unternehmen, Neues zu ergründen. Man möchte die - im Vergleich zu unseren Vorfahren - „gewonnenen Jahre“ richtig nutzen, zumal man sich heute viel besserer Gesundheit erfreut als dies Gleichaltrigen zu Beginn oder Mitte unseres Jahrhunderts vergönnt war.

Altern kann aber auch heißen: nachlassende Leistungsfähigkeit im körperlichen und geistigen Bereich; Abbau und Verfall; Zunahme an Krankheiten, gesundheitlichen Problemen und körperlichen Leiden. Altern kann heißen: Verlust an Attraktivität, Zunahme an Isolation, Gefühle der Einsamkeit, Verlust der Mobilität - sei es aus körperlichen oder finanziellen Gründen. Altern kann heißen: sich einschränken müssen, Ziele zurückstecken oder aufgeben zu müssen, von keinem mehr gebraucht zu werden und sich von der Gesellschaft abgeschoben zu fühlen.

Altern heißt heute in unserer Gesellschaft aber auch, in eine Problemgruppe eingereiht zu werden. Somit werden vielfach die Älteren erst zu einer Problemgruppe gemacht - und das oft schon in einem Alter, in dem sie als 45jährige schon der Gruppe der „älteren Arbeitnehmer“ zugeordnet werden und als 55jährige mit dem vorzeitigen Ruhestand rechnen müssen.

2. Das Bild des älteren Menschen in unserer Gesellschaft

Manche Medien zeichnen uns bereits ein Horrorgemälde eines alternden, „ergrauenden“ Volkes, das man mit Vorstellungen von Hinfälligkeit, allgemeinem Leistungsabfall und fehlender Innovationsfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und Generationenkonflikten verbindet. Doch ein solches Bild ist verzeichnet. Die Veränderung der Altersstruktur unserer Bevölkerung stellt die Gesellschaft gewiß vor große Herausforderungen, genauso wie eine erheblich höhere Lebenserwartung jedem einzelnen neue Aufgaben stellt. Aber hier wie dort stehen möglichen Bedrohungen und Risiken auch eine Vielzahl von Möglichkeiten und Chancen gegenüber - zumeist noch kaum erkannt. Die Tatsache, daß ältere Menschen einen Gewinn für die Gesellschaft bedeuten können, daß sie auf vielen Gebieten sich im Laufe eines Lebens besondere Kompetenzen erworben haben, teilweise jüngeren Menschen sogar überlegen sind, vergißt man heutzutage in unserer Gesellschaft - im Gegensatz zu manchen Gesellschaften der Dritten Welt gar zu oft.

Allerdings gibt es gewisse Voraussetzungen, unter denen nicht nur dem Leben des einzelnen mehr Jahre, sondern den zusätzlichen Jahren mehr Leben geschenkt werden kann - Voraussetzungen, unter denen Männer und Frauen kompetent altern können. „Kompetent altern“ heißt hier, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu entwickeln, den Alltag selbständig zu meistern, für sich selbst zu sorgen - und auch für andere Menschen da zu sein. Heutzutage sollte sich ein jeder Mensch auch im höheren Alter für die Gemeinschaft mitverantwortlich wissen. Die Gesellschaft wiederum - und das sind wir alle - muß aufhören, die Älteren generell als Betreuungsobjekt zu behandeln und sie zu entmündigen; vielmehr sollte sie nach den besonderen Möglichkeiten der Älteren fragen und helfen, diese Potentiale zu realisieren.

Generell muß man feststellen: Es besteht ein Zusammenhang zwischen einem positiven Altersbild und der Zuweisung von Kompetenzen. Ein negatives Altersbild hingegen geht mit Kompetenzverlust einher. Wir haben es hier mit einer sich selbst verstärkenden Wechselwirkung zu tun: Kompetenzverlust trägt zu einem negativen Altersbild bei wie umgekehrt Kompetenzgewinn zu einem eher positiven Altersbild führt.

Eine differenzierte Betrachtung etwaiger Altersveränderungen im intellektuellen Bereich, im Hinblick auf die Lernfähigkeit wie auch auf psychomotorische Fähigkeiten macht deutlich, daß dem kalendarischen Alter eine relativ geringe Bedeutung zukommt, daß hingegen innerhalb ein- und derselben Altersgruppe erhebliche Leistungsunterschiede sichtbar werden. Der Gesundheitszustand, der Ausbildungsstand, das berufliche Training, Selbstvertrauen und Motivationsfaktoren gewinnen hier an Bedeutung. Schließlich konnte man zeigen, daß das Erleben und Verhalten älterer Menschen und die erbrachte Leistung auch von den Erwartungen der Umwelt mitbestimmt wird.

3. Das Altern unserer Gesellschaft

Aber nicht nur der einzelne wird älter, auch unsere Gesellschaft altert. Der Anteil der über 60-, 70-, 80-, 90- und Hundertjährigen steigt, jener der unter 20jährigen sinkt (vgl. Kap. II). Dieser demographische Wandel hat Konsequenzen auf die Familienstruktur, auf die Arbeitswelt, auf die Gestaltung der Umwelt und nicht zuletzt auch auf die gesundheitlich Versorgung.

Wir haben nicht nur eine verlängerte Lebenszeit, sondern auch eine verlängerte Jugendzeit, einen verspäteten Eintritt in das Berufs- und Arbeitsleben. Das hat gewisse Auswirkungen auf die Bereitschaft zur Familiengründung. Die Familienphase ist kürzer, die Familie erlebt eine Umstrukturierung. Nachlassender Heiratswunsch, verspätetes Heiratsalter, ein Rückgang der Geburtenzahlen, zunehmende Scheidungsraten charakterisieren die familiäre Situation. Der ältere Mensch lebt nicht mehr mit der Familie zusammen. Dennoch sind - wie zahlreiche Untersuchungen zeigen - ältere Menschen heute keineswegs familiär desintegriert und von der jüngeren Generation abgeschoben, sondern bei ihnen selbst überwiegt der Wunsch nach Unabhängigkeit und Selbständigkeit. „Innere Nähe durch äußere Distanz“ oder „Intimität auf Abstand“ kennzeichnet die familiären Beziehungen.

Ein Wunsch nach verstärkten Kontakten zu den Kindern entspringt vorwiegend einer defizitären Lebenssituation im Alter. Wir fanden ihn bei jenen älteren Menschen ausgeprägt, die eine gestörte Partnerbeziehung hatten, die finanzielle Belastungssituationen und Störungen gesundheitlichen Wohlbefindens erkennen ließen, die keine außerfamiliären Kontakte hatten, die einen geringeren Interessensradius und geringere geistige Aktivität zeigten und bei jenen Frauen, für die die Kinder der einzige Lebensinhalt war, die über Jahrzehnte hinweg durch eine ausschließliche Familienzentriertheit geprägt waren. Doch dieser Anteil älterer Menschen ist relativ klein und wird in Zukunft noch geringer sein.

Generell ist festzustellen, daß familiäre Kontakte positiv erlebt werden, daß die ältere Generation keineswegs nur die Nehmende, sondern weit häufiger die Gebende ist. Großeltern sind die „sandwich-generation“, die oft noch die eigenen Eltern, aber auch Kinder und Kindeskinde ideell, finanziell bzw. materiell unterstützen. Freilich, das familiäre Netzwerk ist heute schon im Vergleich zu dem unserer Großeltern stark zusammengeschrumpft und wird auch in Zukunft noch kleiner werden. Ein Kind hat heutzutage nicht nur weniger Geschwister, es hat auch weniger Vettern, Cousinen, Tanten und Onkel, es hat andererseits oft neben seinen vier Großeltern noch lebende Urgroßeltern.

Diese veränderte Familienstruktur hat Auswirkungen auf die Pflege, sofern diese im Alter einmal notwendig werden sollte. Familienpflege hat schon heute ihre Grenzen und wird auch in Zukunft immer weniger realisierbar sein, bedingt u.a. durch:

- das höhere Alter, in dem Pflegebedürftigkeit eintritt und damit dem höheren Lebensalter der potentiellen Pflegepersonen; Pflege bedeutet dann für sie oft Überforderung der körperlichen und seelischen Kräfte;
- das Fehlen pflegender Töchter aufgrund der geringeren Kinderzahl;

- die zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen;
- die zunehmenden Scheidungsraten (für die Schwiegermutter wird man sorgen, für die Ex-Schwiegermutter sicher nicht);
- die beruflich geforderten Mobilität der Kinder, die eine Wohnortnähe immer seltener gegeben sein lässt.

Wir werden also in Zukunft weit mehr gut ausgebildetes Pflegepersonal brauchen, ebenso spezifische Wohnformen, in denen Service-Leistungen angeboten werden. Wir müssen alles tun, um möglichst Hilfs- und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, um gesund alt zu werden. Wir müssen alles tun, um möglichst Hilfsbedürftigkeit zu vermeiden.

4. Zunehmende Langlebigkeit - eine Verpflichtung für den einzelnen und die Gesellschaft

„Altwerden bei psychophysischem Wohlbefinden“, das ist die Devise, die Herausforderung unserer Zeit und die Aufgabe für jeden einzelnen und die Gesellschaft. Doch was sind die Voraussetzungen für ein solches Wohlbefinden, für eine sogenannte „Lebensqualität“ im Alter? Sicher gibt es objektive Kriterien (wie relative Gesundheit, finanzielle Sicherung, Unabhängigkeit und soziale Integration) für eine solche Lebensqualität, doch diese Voraussetzungen gehören unbedingt durch Facetten des subjektiven Erlebens der Lebenssituation ergänzt.

Gesundes Altwerden ist eine lebenslange Aufgabe - eine Aufgabe, die in frühester Kindheit (eigentlich schon in der Schwangerschaft) beginnt, ist eine Aufgabe für das Schulkind, den Jugendlichen, den jungen Erwachsenen. Gesundes Altwerden ist dann eine Aufgabe, die im mittleren und höheren Erwachsenenalter von ganz großer Bedeutung ist - eine Aufgabe, die uns alle angeht.

Doch Gesundheit, was ist das eigentlich? Gesundheit ist nicht nur das Fehlen von Krankheit; Gesundheit ist vielmehr - der WHO-Definition entsprechend - „körperliches, seelisch-geistiges und soziales Wohlbefinden“. Es kommt also nicht darauf an, ob man laut Arzturteil und Laborbefund gesund ist, sondern auch, ob man sich gesund fühlt. Der sogenannte „subjektive Gesundheitszustand“ ist, wie unsere, aber auch internationale Untersuchungen zeigen, ganz entscheidend für eine Lebensqualität im Alter. Gesundheit schließt aber auch die Fähigkeit mit ein, sich mit etwaigen Belastungen, mit Einschränkungen, mit Behinderungen (im körperlichen, seelisch-geistigen und sozialen Bereich) auseinanderzusetzen und adäquat damit umzugehen.

Diskutiert man heutzutage „Gesundheit“ unter dem Aspekt der Prävention, der Vermeidung von Risikofaktoren, dann erwähnt man gesunde Ernährung, Verzicht auf Drogen, Nikotin, Alkohol, die Notwendigkeit körperlicher Bewegung, Hygiene (Zahn- und Mundpflege eingeschlossen) und die Wahrnehmung von Vorsorge-Untersu-

chungen. Es ist jedoch auch wichtig schon in jungen Jahren die Fähigkeit zu entwickeln, sich mit Stress und Belastungen auseinanderzusetzen. Wir werden uns sogar zu fragen haben, ob manche gutgemeinten Erziehungsweisen, die dem Kind und Jugendlichen Stress und Belastung fernhalten wollen, die ihm alle Schwierigkeiten aus dem Weg räumen, letztendlich die Chance nehmen, aktive Auseinandersetzungsformen mit Problemen einzuüben und statt dessen die Flucht in eine Traumwelt zu begünstigen. Ein Teil unserer Drogenproblematik dürfte auch unter diesem Aspekt zu sehen sein. - Darüber hinaus hat Wohlbefinden auch etwas zu tun mit „Gebrauchtwerden“.

Ein gesundes Älterwerden basiert auf fünf Grundpfeilern:

- der Schaffung günstiger Entwicklungsbedingungen in Kindheit und Jugend (Optimierung);
- der Prävention, der Vorbeugung von Krankheiten, der Verhinderung von Abbau- und Verlusterscheinungen (im körperlichen, geistigen und sozialen Bereich);
- der adäquaten kurativen Behandlung;
- der Rehabilitation, dem weitmöglichsten Rückgängigmachen von Störungen, ausgelöst durch Krankheiten verschiedenster Art (von Knochenbrüchen bis zum Schlaganfall), aber auch dem weitgehenden Rückgängigmachen von Folgen sogenannter „kritischer Lebensereignisse“ im psychischen Bereich wie Pensionierung, Tod eines nahestehenden Menschen, Umzug in ein Altenheim und dergleichen mehr;
- dem „Management“ von Situationen bei bleibenden Einschränkungen, dem Zutrinkommen mit irreversiblen Problemsituationen, der Sicherung des Erreichten.

Alle diese fünf Grundpfeiler sind während des ganzen Lebens von Bedeutung.

5. Die Bedeutung der Aktivität für ein gesundes Altern

Es gilt, „nicht nur dem Leben Jahre zu geben, sondern den Jahren Leben zu geben“! Wir haben eine zunehmende Langlebigkeit. Unser aller Ziel muß sein, diese Jahre zu „gewonnenen Jahren“ (Imhof, 1981) zu machen, zu Jahren, die nicht das Sterben und Dahinsiechen verlängern, sondern zu Jahren, in denen man noch „voll im Leben steht“, integriert ist, teilhaben kann, mitgestalten kann.

Die Bedeutung der Aktivität für ein Altwerden bei psychophysischem Wohlbefinden wurde in der Wissenschaft schon lange erkannt. Spätestens seit Anfang der 1970er Jahre betonen Mediziner, Psychologen, Sportwissenschaftler und andere Disziplinen: Körperliche, geistige und soziale Aktivität ist den Erkenntnissen der neueren gerontologischen Forschung zufolge die Voraussetzung für Lebensqualität in der dritten (oder vierten) Lebensphase.

Auf den Wert körperlicher Aktivität, körperlichen Trainings, den Wert der Aktivierung körperlicher Kräfte und der Abforderung körperlicher Leistungen sowohl als Prävention bzw. Geroprophylaxe und als Therapeutikum haben viele Untersuchungen hingewiesen.

Die meisten körperlichen Altersveränderungen (in bezug auf die Muskulatur, die Atmungsorgane und sonstige Funktionen), die zwar - je nach Individuum - in sehr unterschiedlichem Lebensalter eintreten können, ähneln denen, die auch ein Mangel an Bewegung im Gefolge hat: Der junge, bewegungsarme, wenig aktive Mensch wirkt alt - genau wie der alte, sehr bewegungsreiche, aktive Mensch eher jung wirkt. Der Nachweis, daß die für das einzelne Individuum „richtigen“ sportlichen Aktivitäten, in richtiger Dosierung ausgeübt, das psychische Wohlbefinden steigern und die relevanten physiologischen Werte auch beim 40-, 50- und sogar 70jährigen noch verbessern können, ist mehrfach seitens der Sportmedizin erbracht worden (Meusel, 1995).

Doch auch die Notwendigkeit geistiger und sozialer Aktivitäten für eine Lebensqualität im Alter wurden nachgewiesen: Geistig aktivere Menschen, Personen mit einem höheren IQ, einem breiteren Interessensradius und einem weitreichenderen Zukunftsbezug wie auch mit einem größeren Ausmaß an Sozialkontakten erreichen - wie die bekannten internationalen Längsschnittstudien übereinstimmend feststellen - ein höheres Lebensalter bei psychophysischem Wohlbefinden als jene, die weniger Interessen haben und geistig weniger aktiv sind (Lehr, 1996).

In gerontologischen Untersuchungen zeigte sich immer wieder ein enger Zusammenhang zwischen Aktivität einerseits und einer erlebten Lebensqualität im Alter andererseits. Die größere Aktivität sorgt für geistige Anregungen, für sensorische und soziale Stimuli, für einen größeren Interessensradius, andererseits aber auch für körperliche Aktivitäten, Bewegung und eine gesundheitsbewußtere Lebensführung (auch im Hinblick auf Ernährung, Hygiene und sonstige Vorsorgemaßnahmen, die wiederum ihrerseits in einem direkten Zusammenhang mit einem Wohlbefinden im höheren Lebensalter stehen). Geistig aktivere Menschen bemühen sich um mehr Anregung und Stimulation und trainieren dadurch ihre geistigen Fähigkeiten zusehends und steigern sie somit, während bei geistig mehr passiven Menschen eine geringere Suche nach Anregung und neuen Interessen feststellbar wurde und auch eine geringere Auseinandersetzungsbereitschaft mit Problemsituationen, so daß die noch vorhandenen geistigen Kräfte im Laufe der Zeit mehr und mehr verdämmern. Funktionen - auch geistige - die nicht gebraucht werden, verkümmern, wie man es im Hinblick auf Lernfähigkeit und Gedächtnis schon früher nachgewiesen hat (Lehr, 1996). Andererseits wurden die Plastizität und damit die Trainierbarkeit dieser Fähigkeiten nachgewiesen (Baltes, 1984).

Fest steht, daß zu einem psychophysischen Wohlbefinden kognitive Aktivität gehört. Man sollte auch den älteren Menschen geistige Aufgaben stellen, muß ihnen Informationen zukommen lassen und sie zu geistiger Aktivität herausfordern. Eine Reduzierung der geistigen Aktivität, der Herausforderung und der Informationen, die es zu verarbeiten gilt, kann aus einem Menschen im jüngeren oder mittleren Erwachsenenalter „einen alten Menschen“ machen wie umgekehrt geistige Herausforderung einen Älteren zu einem durch spontane Aktivität gekennzeichneten Verhalten helfen kann, wie man es im allgemeinen nur „von den Jüngeren“ erwartet.

6. Die Beeinflußbarkeit von Alternsprozessen - Erkenntnisse psychologisch-gerontologischer Grundlagenforschung

Erkenntnisse gerontologischer Grundlagenforschung haben die Beeinflußbarkeit von Alternsprozessen sowohl im Sinne einer Prävention als auch einer Rehabilitation deutlich werden lassen.

1. Hier wäre zunächst vor allem die Widerlegung des Defizit- Modells zu nennen und der Nachweis, daß Altern nicht Abbau und Verlust bedeuten muß (Lehr, 1996). Diese Erkenntnis konnte erst gewonnen werden, nachdem Psychologen den sog. „normalen“ Alternsprozeß untersuchten, also nicht nur vom Krankengut einer Klinik oder einer ärztlichen Praxis ausgingen. Der Nachweis einer Plastizität im Alter (Baltes, 1984) erst ließ Rehabilitationsmaßnahmen sinnvoll erscheinen und öffnete den Blick für das Rehabilitationspotential älterer Menschen. - Konsequenz: Krankheitsfolgen, die früher für irreversibel gehalten wurden, lassen sich oft durch gezielte Maßnahmen weitgehend zurückführen, zumindest verbessern.

2. Es erfolgte eine Abkehr von den „wear-and-tear-Theorien“, den Schonungstheorien oder der „Lebenskraft-Aufbrauchs-Theorie“, der zufolge man annahm, daß Inaktivität und Ruhigstellung die noch verbliebenen Kräfte in Alter erhalte. Die Medizin hat eine Korrektur durch die „Inaktivitätstheorie“ vorgenommen; die Psychologie konnte die „disuse-Hypothese“ bestätigen, die besagt, daß Fähigkeiten und Funktionen, die nicht geübt und gebraucht werden, verkümmern (Lehr, 1996). Konsequenz: Prävention und Rehabilitation müssen auf eine Aktivierung der Fähigkeiten im physischen und psychischen Bereich ausgerichtet sein.

3. Der Nachweis von Alternsformen und die Infragestellung von Altersnormen: Die gerontologische Grundlagenforschung konnte eine Vielzahl von Alternsformen nachweisen (Thomae, 1983). Dabei wurde deutlich, daß Altern sowohl biologisches Schicksal ist, aber auch soziales Schicksal, finanziell-ökonomisches Schicksal und nicht zuletzt epochales Schicksal. Die Mehrdimensionalität oder auch Multifaktorialität der Alternsprozesse ist erwiesen. Konsequenz: Interventionsmaßnahmen müssen neben medizinischen Gesichtspunkten auch psychologische und soziale Aspekte mit einbeziehen.

4. Die Individualität der Alternsprozesse konnte ebenso nachgewiesen werden (Thomae, 1987; Baltes, 1984). Altern ist biographisch bestimmt. Es kommt ganz stark darauf an, in welchem Lebensalter und in welcher spezifischen Lebenssituation man historische Ereignisse (wie z.B. Inflation, Krieg, Flüchtlingsschicksal, Ausbombung, Vertreibung, Währungsreform u.a.m.) erlebte. Epochale Momente bestimmten auch die Sozialisationsfaktoren. Viele Verhaltensweisen, die heutzutage als „altersbedingt“ gesehen werden (z.B. Einstellung und Verhalten im religiösen und sexuellen Bereich, vielleicht auch im politischen Bereich) sind auf diese Art zu erklären und bei der morgen älter werdenden Generation nicht zu erwarten. Konsequenz: Rehabilitationsmaßnahmen müssen nach individuellen Rehabilitationsplänen erfolgen und haben die Biographie des Patienten mit einzubeziehen.

5. Die Bedeutung des sozialen Netzwerkes bei der Bewältigung gesundheitlicher Einschränkungen und psychischer Probleme im Alter ist durch viele Studien nachgewiesen. „Significant others“ können oft die Lebenssituation erleichtern, können jedoch auch hindernd wirken und zur Verstärkung der Beeinträchtigungen beitragen. Konsequenz: Die soziale Umwelt, die Angehörigen, die Partner sind unbedingt in die Rehabilitationsmaßnahmen mit einzubeziehen; sie sind zu informieren und -sofern eine häusliche Pflege nötig wird - zu qualifizieren. Angehörige brauchen aber neben der Anleitung auch Unterstützung, um selbst nicht vorschnell pflegebedürftig zu werden.

6. Die Bedeutung der Umwelt für menschliches Erleben und Verhalten wurde bereits in den 1970er Jahren nachgewiesen. Schon 1970 hat Lawton die „docility-Hypothese“ formuliert, nach der mit zunehmender Kompetenz von Individuen die erklärte Varianz zugunsten von Umgebungsfaktoren abnimmt. Das heißt mit anderen Worten: je kompetenter ein älterer Mensch ist, je weniger behindert er ist, je wohler er sich fühlt, um so weniger werden Umweltfaktoren bedeutsam; - dies bedeutet aber auch: je schlechter es ihm geht, je stärker sein gesundheitliches Wohlbefinden eingeschränkt ist, um so bedeutsamer werden für ihn ökologische Faktoren. Oft bestimmen Umweltgegebenheiten (Wohnsituation, Wohneinrichtung, Stadt-Land, landschaftliche Gegebenheiten, Transportsysteme und dergleichen) den Grad der Pflegebedürftigkeit. Untersuchungen haben gezeigt: günstige Umweltbedingungen erweitern den Verhaltensradius und entlocken mehr Aktivität, mehr Sozialkontakte, bieten mehr Stimulation; ungünstige Umweltbedingungen führen zu einer Restriktion des Lebensraumes, zu Einschränkungen, zu einem weiteren Nachlassen der Fähigkeiten und Fertigkeiten. Konsequenz: Ökologische Aspekte müssen unbedingt in Interventionsmaßnahmen einbezogen werden; oft ist eine ganz auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnittene Wohnungsanpassung vonnöten, um dem gesundheitlich beeinträchtigten älteren Menschen ein Höchstmaß an Selbständigkeit und Unabhängigkeit zu sichern. Allgemeine Richtlinien für „Altenwohnungen“ helfen da nur begrenzt weiter.

7. Die Bedeutung der kognitiven Repräsentanz hat sich in vielen psychologischen Untersuchungen als erlebens- und verhaltensbestimmender Faktor herausgestellt (Thomae, 1971; Lehr, 1996). Der Mensch verhält sich nun einmal nicht nach der Situation, wie sie objektiv ist, sondern danach, wie er sie subjektiv erlebt. Das gilt für seine familiäre Situation, die Wohnsituation, die gesundheitliche Situation bzw. die Krankheit. Das gilt aber auch für das Verhalten des Arztes dem Patienten gegenüber, das weitgehend dessen subjektives Gesundheitsgefühl mitbestimmt. Es zeigte sich in Untersuchungen der Bonner Längsschnittstudie, daß der subjektive Gesundheitszustand stärker mit Langlebigkeit korrelierte als der vom Arzt festgestellte „objektive“ Gesundheitszustand. Konsequenz: Der Arzt bzw. alle im Rahmen der Rehabilitation Tätigen sollten um dieses Ergebnis wissenschaftlicher Untersuchungen wissen. Sowohl ein Zuwenig als auch ein Zuviel an Information - dazu noch im ungünstigen Augenblick gegeben - kann je nach individueller Voraussetzung und momentanen situativen Gegebenheiten zu einer erheblichen Unsicherheit des Patienten und seiner Fehleinschätzung des Gesundheitszustandes führen und damit die weiteren Fortschritte der Rehabilitation entscheidend beeinflussen. Das Arzt-Patienten-Verhältnis gehört weit stärker in die Mediziner-Ausbildung einbezogen.

8. Die Bedeutung der Auseinandersetzungsformen mit gesundheitlichen Belastungen ist durch eine Vielzahl von Untersuchungen bei den verschiedensten Krankheitsbildern (Schlaganfall, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Tumorerkrankungen, Niereninsuffizienz u.a.) nachgewiesen worden. Als rehabilitationsfördernd erwiesen sich dabei jene Coping-Stile, die zunächst einmal die Erkrankung bzw. Behinderung akzeptierten, dann aber in Auseinandersetzungsformen einmündeten, die unter dem Label „sachliche Leistung“, „Aufgreifen von Chancen“, „Hoffnung auf Wende“, „Anpassung an die Gegebenheiten der Situation“ zusammenzufassen sind. Als anti-rehabilitativ erwiesen sich „evasive Reaktionsformen“, „Niedergeschlagenheit und Depression“ wie auch „Widerstand“ und „aggressive Durchsetzung eigener Bedürfnisse“. Die letztgenannten Reaktionsformen fanden sich vorwiegend dann, wenn der Patient von der Unveränderbarkeit seiner Lebenssituation überzeugt war, wenn er die Kontrolle über seine Situation völlig verloren zu haben glaubte. Konsequenz: Es gilt, dem Patienten in jeder Situation neben der gegebenen Begrenzung auch die Möglichkeiten einer Veränderung seiner Situation (und sei es auch nur in kleinsten Teilbereichen) deutlich zu machen. Es gilt, ihn zu einer Akzeptanz seines Leidens zu bringen, aber zugleich Wege aufzuzeigen, das Beste daraus zu machen, alle Möglichkeiten auszuschöpfen und mit den Problemen innerlich fertigzuwerden. Eine Reaktivierung körperlicher Kräfte sowie geistiger und sozialer Fähigkeiten ist in weit mehr Fällen möglich und erfolgreich als von vielen (in der Geriatrie unerfahrenen) Ärzten angenommen wird. Allerdings sind Rehabilitationsmaßnahmen oft äußerst mühsam und mancher Patient sträubt sich zunächst dagegen. Auch hier gilt „Förderung durch Fordern“, gezieltes Neueinüben, Trainieren, Abverlangen von Leistungen und ständiges Mut-Machen. Überzeugen von den Möglichkeiten kleiner Veränderungen und Verbesserungen der Lebenssituation, kann große Erfolge zeigen und zur Verbesserung der Lebenssituation im Alter erheblich beitragen. Man sollte nicht nur fragen, was eine Person in einer spezifischen Situation (nach dem Schlaganfall z.B.) nicht mehr kann, sondern sollte fragen, was sie noch kann und sollte zuerst noch vorhandene Fähigkeiten stärken und abrufen und dann gezielt die verlorenen herausfordern und stärken.

Kapitel II: Demographische Entwicklung und gesundheitspolitische Implikationen

A. Demographische Entwicklung

1. Gesundheitspolitisch relevante Trends

1.1 Alterung der Population

In allen Industriestaaten altern die Bevölkerungen. Dieser säkulare Trend wurde in der Vergangenheit vornehmlich durch den Rückgang der Geburtenziffern bedingt (aging at the bottom), zukünftig wird er vor allem durch den Rückgang der altersspezifischen Sterblichkeitsziffern in höheren Altersstufen (aging at the top) getragen, da sich die Säuglings- und Kindersterblichkeit auf einem relativ niedrigen Niveau stabilisiert hat.

1.2 Singularisierung und Feminisierung

Zu den wesentlichen demographischen Begleitumständen des Alterungsprozesses der Population gehört die zunehmende Tendenz der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland zum Single-Dasein, sichtbar im drastisch ansteigenden Anteil von Ein-Personen-Haushalten an der Gesamtzahl der Haushalte (Singularisierung).

1994 gab es in der vorgenannten Altersgruppe insgesamt 9,12 Millionen Privathaushalte, darunter 5,07 Ein-Personen-Haushalte ($\cong 55,6\%$). In 4,28 Millionen dieser Ein-Personen-Haushalte waren Frauen die Bezugsperson (Statistisches Jahrbuch 1996).

In einem Zeitraum von 22 Jahren ist es in Westdeutschland zu einer Verdoppelung der Zahl der Ein-Personen-Haushalte in der Altersgruppe 75 Jahre und älter gekommen (Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten, hrsg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend). In diesem Zusammenhang ist jedoch zu beachten, daß zwischen der hier aufgezeigten strukturellen sozialen Isolation und emotionaler Vereinsamung zu unterscheiden ist.

Ein weiterer signifikanter Aspekt der Bevölkerungsentwicklung ist das Überwiegen des Anteils der weiblichen gegenüber der männlichen Wohnbevölkerung (Feminisierung), verursacht durch die wesentlich höhere Lebenserwartung von Frauen im Vergleich zu Männern sowie in der Bundesrepublik Deutschland bei den 70jährigen und älteren durch zusätzliche historische Begleitumstände, insbesondere die kriegsbedingte Dezimierung der männlichen Population (Gefallene des Zweiten Weltkrieges).

Am 30.06.1994 lebten in der Bundesrepublik Deutschland 41,8 Millionen Frauen und 39,6 Millionen Männer. Dies entspricht einem Geschlechtsquotienten weiblich zu männlich gleich 1,06. Dieses Verhältnis ändert sich wesentlich in der älteren Bevölkerung. Bei den 65jährigen und älteren standen 4,4 Millionen Männern 8,1 Millionen Frauen gegenüber (Geschlechtsquotient von 1,8).

B. Statistische Korrelate der wesentlichen demographischen Trends

1. Entwicklung der Lebenserwartung

Summarischer Ausdruck des Trendverhaltens der altersspezifischen Sterblichkeitsziffern in der Wohnbevölkerung ist die Lebenserwartung, ausgedrückt in Form der Anzahl der Jahre, die ein Neugeborenes (0-jähriger) im Mittel zu leben hat (durchschnittliche bzw. mittlere Lebenserwartung) bzw. die Anzahl der Lebensjahre, die z.B. ein 60jähriger im Mittel noch zu erleben hat (fernere Lebenserwartung).

Aus Tabelle 1 wird der Anstieg der Lebenserwartung in der Bundesrepublik Deutschland im Zeitraum von 1950-1993/95 ersichtlich. Innerhalb dieses Zeitraumes hat sich die mittlere Lebenserwartung in den alten Bundesländern um 8,9 Jahre (Männer) bzw. 11,3 Jahre (Frauen) erhöht. Bei den 60jährigen beträgt der adäquate Zuwachs an fernerer Lebenserwartung 2,1 Jahre in der männlichen bzw. 5,3 Jahre in der weiblichen Bevölkerung.

2. Entwicklung der Bevölkerungsstruktur nach Altersgruppen

In der Bundesrepublik Deutschland, wie auch in anderen EU-Staaten, lassen sich entsprechend den Modellrechnungen bis zum Jahre 2040 folgende wesentliche bevölkerungspolitische Trends nachweisen:

- Abnahme des Anteils der unter 20jährigen,
- Abnahme des Anteils der 20- bis 60jährigen,
- erhebliche Zunahme der Hochbetagten (über 80jährige).

Aufgrund der rückläufigen Alterssterblichkeit wird insbesondere die Zahl der über 80jährigen stärker steigen als die der über 60jährigen. Entsprechend dem Bericht der Regierung der Bundesrepublik Deutschland für die Internationale Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung 1994 ist in einem Zeitraum von 80 Jahren (1950-2030) damit zu rechnen, daß die Anteile der

- 65jährigen und älteren auf etwa das Dreifache,
- 80jährigen und älteren auf das 7,5fache (weiblich) bzw. 5,5fache (männlich)

bezogen auf den Ausgangswert des Jahres 1950 zunehmen werden. Der Trend der Zunahme der ab 65jährigen spiegelt sich auch in der Änderung der Besetzungsziffern wider (s. Tabelle 2).

Der Berechnung der Besetzungsziffern für das Jahr 2040 liegt die 8. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes für das gesamte Bundesgebiet bis 2040 zugrunde. Sie basiert auf der Bevölkerungsfortschreibung mit Stand vom 31.12.1992, gegliedert nach Geschlecht und Altersjahren und geht davon aus, daß die Sterbewahrscheinlichkeiten und damit die Lebenserwartung ab dem Jahre 2000 konstant bleiben.

Aus den Angaben der Tabelle 2 wird ersichtlich, daß es bezogen auf 1994 im Jahre 2040 in der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland Zuwächse von 2,5 Millionen bei den 65- bis 80jährigen (Anstieg 27,2%) bzw. 1 Million bei den 80jährigen und älteren (Anstieg 30,3%) geben wird. Danach wird sich die demographische Situation hinsichtlich der Überalterung der Bevölkerung wieder entspannen.

C. Auswirkungen der demographischen Trends auf den Gesundheitszustand und deren gesundheitspolitische Implikationen

Der Sachverhalt, daß immer mehr Menschen ein hohes bzw. sehr hohes Alter erreichen, führt zur Erhöhung des Bestands an alten multimorbiden Kranken, da die Prävalenzraten chronischer Krankheiten mit zunehmendem Lebensalter ansteigen. Entsprechend nimmt der Bestand an Hilfe- und Pflegebedürftigen zu, ohne daß sich das individuelle Risiko des alten Menschen, zu erkranken bzw. hilfs- und pflegebedürftig zu werden, geändert haben muß. Dies führt zu einer Geriatriisierung von Krankenbehandlung und Rehabilitation.

Einer Erhöhung des Bestands an polymorbiden hilfs- und pflegebedürftigen Kranken des höheren Lebensalters entgegen wirkt die zunehmende Effektivität von Maßnahmen der Prävention, Krankenbehandlung und Rehabilitation. Das belegen z.B. die Ergebnisse der National Long Term Care Surveys in den USA. Im Zeitraum 1982 - 1989 konnte in der Population der 65jährigen und älteren der USA ein statistisch signifikanter Rückgang der Morbidität an chronischen Erkrankungen sowie der Auswirkungen von diesen (Disability, Aufnahme in Altenheimen) nachgewiesen werden (Manton et al., 1995).

Da eine Statistik zur Gesamtmorbidität der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland nicht vorliegt, muß diese Aussage anhand der verfügbaren „Hilfskennziffern“ belegt werden. Nach den aktuellen Ergebnissen des Mikrozensus zur Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands vom April 1992 waren zur Zeit der Befragung 24,9% der 65jährigen und älteren krank oder unfallverletzt.

Die Analyse der Krankheitsfälle in der Bundesrepublik Deutschland zeigt den Altersgradienten der (stationären) Morbidität auf (s. Tabelle 3).

Letztlich ist das Outcome der Multimorbidität im höheren Lebensalter oft die Hilfs- und Pflegebedürftigkeit.

Aus Tabelle 4 werden die diesbezüglichen altersgruppenspezifischen Prävalenzraten der Pflegebedürftigkeit in der Population der Bundesrepublik Deutschland ersichtlich. Jeder sechste bis siebente der 80jährigen und älteren war pflegebedürftig.

Nach den Ergebnissen der Infratest-Heimerhebung 1994 gab es in unserem Land 420.000 Personen mit erheblicher Pflegebedürftigkeit. 45% von diesen wiesen - entsprechend den Fremdauskünften - häufig, 29% gelegentlich psychische Auffälligkeiten auf.

Wesentliche Rahmenbedingungen dieses Prozesses zunehmender Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im höheren Lebensalter bestehen darin, daß die Ansprüche der Betroffenen an Art, Umfang und Qualität der Betreuungsleistungen zunehmen. Für die Population der älteren Menschen heißt dies konkret: Nicht nur Verlängerung der Lebensdauer (fernere Lebenserwartung), sondern Verbesserung der Lebensqualität. Die Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes mit seiner Maxime „Rehabilitation vor Pflege“ wird in unserem Land eine katalytische Wirkung hinsichtlich des Auf- und Ausbaus der geriatrischen Rehabilitation haben müssen, vor allen Dingen im ambulanten Sektor. Nach § 18 Abs. 1 SGB XI haben Versicherte gegen den zuständigen Träger einen Anspruch auf Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation mit Ausnahme von Kuren.

Gesundheitspolitisch relevant ist des weiteren der Sachverhalt, daß international in den letzten Jahrzehnten die Wirksamkeit von Maßnahmen der geriatrischen Rehabilitation im Sinne einer „community effectiveness“ nachgewiesen werden konnte.

D. Gesundheitspolitische Implikationen - Ziele und Aufgaben der geriatrischen Rehabilitation

Der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit soll, so sieht es das Pflegeversicherungsgesetz vor, durch Rehabilitationsmaßnahmen vorgebeugt werden. Daraus wird ein enorm und rasch steigender Bedarf nach geriatrischer Rehabilitation resultieren.

Das Ziel der geriatrischen Rehabilitation wird die Integration älterer und hochbetagter Menschen in das häusliche und gesellschaftliche Umfeld sein sowie die Wiederherstellung von deren Fähigkeit zur Selbstbestimmung und Selbsthilfe.

Die Spezifik der Ziele, Aufgaben und Methoden der Rehabilitation im Alter werden in der „Krefelder Erklärung“ der Fachtagung „Rehabilitation im Alter - eine sozial- und gesundheitspolitische Herausforderung“ vom 17.06.1994 in Form von 10 Thesen zusammenfassend formuliert.

Von besonderer Bedeutung für die geriatrische Rehabilitation im Zusammenhang mit der Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes sind die programmatischen Forderungen, daß

- geriatrische Rehabilitation von den vorhandenen Fähigkeiten und Lebenserfahrungen des älteren Menschen ausgehen muß (These 1),
- die wichtigste Einheit zur Versorgung älterer Menschen die Familie ist (These 4),
- die gewünschte Wirkung der geriatrischen Rehabilitation nur bei wohnortnaher Arbeit und sorgfältiger Bewahrung des Umfeldes und der sozialen Bezüge des älteren Menschen entfaltet werden kann (These 6).

In der Vergangenheit war der Bedarf nach Rehabilitationsleistungen fast vollständig dadurch bestimmt, in welchem Umfang im Erwerbsleben stehende Versicherte der gesetzlichen Rentenversicherung der Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen bedurften. Die Hinwendung zur geriatrischen Rehabilitation erfordert einen tiefgreifenden Umdenkungsprozeß. Art und Umfang der geriatrischen Rehabilitation müssen auf die Erfordernisse älterer und hochbetagter Menschen ausgerichtet sein; es muß ein entsprechendes Angebot an Versorgungsstrukturen vorgehalten werden. Fortgeschrittenes Lebensalter und Multimorbidität sind in der Regel für eine wohnortferne Rehabilitation nicht geeignet. Oftmals dürfte die wohnortnahe ambulante Rehabilitation für viele multimorbide geriatrische Patienten die einzig sinnvolle Form sein.

Tab. 1: Lebenserwartung im früheren Bundesgebiet und in der DDR / den neuen Bundesländern (1950-1993/95)*

	Durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt und fernere Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren			
	Früheres Bundesgebiet		DDR/neue Bundesländer	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
	0 Jahre			
1950	64,6	68,5	63,9	68,0
1960	66,9	72,4	66,5	71,4
1970	67,4	73,8	68,1	73,3
1980	69,9	76,6	68,7	74,6
1993/95	73,5	79,8	70,7	78,2
	60 Jahre			
1950	16,2	17,5	15,9	17,6
1960	15,5	18,5	15,6	18,2
1970	15,3	19,1	15,2	18,3
1980	16,4	20,7	15,4	18,8
1993/95	18,3	22,8	17,0	21,4

Quellen: 1. Bericht der Regierung der Bundesrepublik Deutschland für die Internationale Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung 1994, Anhang Tabelle 3
2. Statistisches Jahrbuch 1997 für die Bundesrepublik Deutschland

* Auf eine Stelle hinter dem Komma auf- bzw. abgerundet

Tab. 2: Besetzungsziffern der Alten (65- bis 80jährige) und sehr Alten (über 80jährigen), 1994 und 2040¹⁾

	65- bis 80jährige	über 80jährige
1994 (Quelle 1)	9,2 Mio.	3,3 Mio.
2040 (Quelle 2)	11,7 Mio.	4,3 Mio.

¹⁾ Auf der Grundlage der 8. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung

Quellen: 1. Statistisches Jahrbuch 1996 (eigene Berechnungen)
2. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.), Sondergutachten 1996, Gesundheitswesen in Deutschland Band I, S. 95

Tab. 3: Krankenhausfälle pro 1000 altersgleiche Einwohner (1993), nach Krankheits- und Altersgruppen aufgeschlüsselt

Diagnose	0 - 65	65 - 75	über 75	insgesamt
insgesamt	141	279	411	170
<u>davon:</u>				
Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD 390-459)	14	75	127	26
Neubildungen (ICD 40-239)	14	50	49	19
Krankheiten der Verdauungsorgane (ICD 520-579)	14	28	37	17
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (ICD 710-739)	10	22	21	12
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (ICD 320-389)	7	22	37	10
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane (ICD 580-629)	11	20	21	14
Verletzungen und Vergiftungen (ICD 800-999)	17	20	45	19
Krankheiten der Atmungsorgane (ICD 460-519)	11	14	25	12
Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen sowie Störungen im Immunsystem (ICD 240-279)	4	11	12	51
Psychiatrische Krankheiten	8	6	12	85
Sonstige	30 ^a	11	25	29 ^a

^a 15 schwangerschaftsbedingt (ICD 630-676)

Quelle: Sondergutachten 1996. Gesundheitswesen in Deutschland, Band I, S. 120

Tab. 4: Pflegebedürftige in Privathaushalten nach Altersgruppen der Bevölkerung (in Prozent der Gesamtbevölkerung)

Alter	Männlich	Weiblich	Insgesamt
<u>Bevölkerung:</u>			
- 15	0,4	0,6	0,5
16 - 39	0,3	0,4	0,5
40 - 59	0,7	0,3	0,7
60 - 64	2,0	1,1	1,5
65 - 69	2,6	1,1	1,5
70 - 74	3,9	2,9	3,3
75 - 79	7,2	5,9	6,4
80 - 84	8,9	11,5	10,8
85 u. m.	21,2	28,2	26,5
<u>Senioren:</u>			
60 - 79	3,2	2,4	2,7
80 und älter	13,4	18,6	17,1
60 und älter	4,6	6,2	5,6

Personen in Privathaushalten in Prozent der Gesamtbevölkerung (Erhebungszeitpunkt 1991, hochgerechnet auf die Altersstruktur der Bevölkerung zum Jahresende 1993). Neuabgrenzung in Anlehnung an die gültigen Regelungen der §§ 14, 15 PflegeVG. Pflegeintervallmodell (aktualisierte Fassung): Infratest 1994

Quelle: Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten, Endbericht. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“, Ulrich Schneekloth u.a., Band 111.2, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen u. Jugend, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 1996

Kapitel III: Prävention - Einleitung

Ziel einer umfassenden geriatrischen Versorgung ist neben der Verringerung von Morbidität und Mortalität der Erhalt der Selbständigkeit, der Selbstbestimmung und der damit verbundenen Lebensqualität älterer Menschen. Hilfebedarf und Behinderungen manifestieren sich vor allem dann, wenn eine Diskrepanz zwischen den Fähigkeiten des älteren Menschen und den Anforderungen seiner Umwelt besteht. Die Aufgabe der Prävention besteht darin, die medizinische Versorgung zu verbessern, aber auch Wege zu finden, die eine selbstbestimmte Lebensweise älterer Bürger fördern und die Anpassung der Lebensbedingungen älterer Menschen an ihre individuellen Fähigkeiten beinhalten.

Wie sich der Gesundheitszustand im Lebenslauf des Menschen entwickelt, hat zunehmend Beachtung in der epidemiologischen und geriatrischen Forschung gefunden. Dazu hat unter anderem die Theorie der Kompression der Morbidität von Fries (1980) beigetragen. Damit ist gemeint, die Entstehung von Morbidität und Behinderung in möglichst späte Lebensabschnitte bis nahe an das Eintreten der Mortalität zu verschieben, um so die behinderungsfreie Lebenserwartung zu verlängern und die Dauer der Lebenszeit mit gesundheitlicher Einschränkung zu verkürzen. Damit ist auch ein zentrales Ziel der geriatrischen Prävention benannt. Neben der Lebenserwartung an sich kann damit die Lebenserwartung in gesundem, behinderungsfreiem Zustand ein Maß für die gesundheitliche Situation einer Bevölkerung sein („active life expectancy“, Katz et al., 1983).

Rothenberg und Koplan (1990) zeigten, daß bei älteren Menschen Erkrankungen mit hoher Prävalenz vor allem primär nicht lebensbedrohliche Krankheiten wie Arthritis und sensorische Schädigungen sind. Sie sind jedoch mit einer hohen funktionalen Beeinträchtigung verbunden. Auch Pope und Tarlov (1991) führten die 17 häufigsten chronischen Krankheiten innerhalb der amerikanischen Gesellschaft auf, worunter mit Ausnahme von Herzkrankheiten und Diabetes nur Erkrankungen genannt waren, die nicht zu erhöhter Mortalität, jedoch zu deutlichen Einschränkungen im täglichen Leben führen können.

Diese und zahlreiche ähnliche Beobachtungen sprechen dafür, in der geriatrischen Prävention das biomedizinische Modell mehr noch als bei Kindern und Erwachsenen um soziale und psychologische Dimensionen zu ergänzen. Außerdem erhalten Entwicklung und Prognose des funktionellen Gesundheitszustandes, von Funktionseinschränkungen und Hilfebedarf mindestens dasselbe Gewicht wie das Auftreten spezifischer Krankheiten.

Die Weltgesundheitsorganisation (1980) hat mit der Entwicklung ihres Modells „**Impairment - Disabilities - Handicap**“ nicht nur biomedizinische Dimensionen der Behinderung berücksichtigt, sondern auch die psychischen und sozialen Folgen. Es

wird die physische oder psychische Krankheit in Beziehung gesetzt zu den damit einhergehenden Benachteiligungen und Behinderungen im Leben des Betroffenen. Die ICDH (International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps) definiert sechs Dimensionen, in denen sich eine Behinderung und die potentielle Benachteiligung einer betroffenen Person zeigen können: Orientierung, physische Unabhängigkeit, Mobilität, Beschäftigung, soziale Integration und ökonomische Unabhängigkeit.

Die beschriebene Kette von Schädigungen - Funktionseinschränkungen - Behinderungen ist dabei keine lineare Progression, sondern die verschiedenen Stufen der Einschränkungen können unabhängig voneinander auftreten. Es ist durchaus möglich, eine Funktionseinschränkung zu haben, ohne daß dadurch eine manifeste Behinderung entsteht. Umgekehrt können Menschen in ihrer Lebenssituation behindert sein, ohne daß eine objektivierbare Funktionseinschränkung vorliegt.

Trotz der dargestellten Überlegungen haben das medizinische Risikofaktorenmodell und eine klinische Präventivmedizin auch im Alter einen zentralen Stellenwert. Allerdings ist nicht für alle denkbaren Präventionsmaßnahmen auch die vermutete Wirksamkeit in methodisch überzeugenden Studien gesichert. Dies wird vor allem aus einer Zusammenstellung einer amerikanischen Arbeitsgruppe deutlich (US Preventive Services Task Force 1996, s. Anhang). So fehlen z.B. noch Belege für die langfristige Wirksamkeit des Screenings auf Prostatakarzinome, obwohl es in Deutschland wie in den USA verbreitet empfohlen und eingesetzt wird.

In der präventiv orientierten interventionellen Gerontologie sind in den letzten Jahren auch integrierte Konzepte einer Erfassung des Hilfebedarfs, der Beurteilung der Lebenssituation und einer Ableitung von Hilfsmaßnahmen im interdisziplinären Team entwickelt worden. Das „komprehensive geriatrische Assessment“ beinhaltet eine systematische quantitative und qualitative Beschreibung der Fähigkeiten und Defizite eines Patienten nach funktionellen, psychologischen und sozialen Gesichtspunkten mit dem Ziel eines rationalen Interventionsplans einschließlich einer gezielten Langzeitbeobachtung. Kontrollierte Studien haben diesen Ansatz validiert, jedoch meist nur im angelsächsischen Raum und kaum unter den Bedingungen der Primärversorgung. Am meisten profitieren anscheinend Patienten mit „mittelschweren“ Problemen, deren Versorgung nicht mehr besonders einfach und bei denen der naturgesetzliche Verlauf noch richtunggebend zu beeinflussen ist. Eine wichtige vorausgehende Erkenntnis war, daß das Ausmaß der Hilfsbedürftigkeit von Patienten von den Ärzten oft verkannt wird (sog. „hidden morbidity“: Williamson et al., 1964; Williams, 1972, u.a.). Offensichtlich entspricht der patienteninitiierte Kontakt allein gerade im Bereich der Geriatrie nicht dem vorhandenen Hilfs- und Unterstützungsbedarf älterer Mitbürger. Zur Überprüfung der Wirksamkeit eines geriatrischen Assessment unter den Bedingungen der dezentralen hausärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik sind kontrollierte Interventionsstudien notwendig, die neben spezifischer Morbidität und Mortalität den Hilfebedarf und den Verlust der Selbständigkeit als Endpunkt setzen.

Kapitel III: Prävention

a) Somatische Aspekte

Die durchschnittliche Lebenserwartung in Deutschland ist in diesem Jahrhundert um etwa drei Jahrzehnte gestiegen. Parallel dazu ist das Interesse an der Biologie des Alterns gestiegen und in der breiten Öffentlichkeit hat sich die Auffassung etabliert, daß der quantitative Gewinn an Lebenszeit mit einer akzeptablen Lebensqualität kombiniert sein sollte.

Es gilt, die Risikofaktoren für ein beschleunigtes Altern bzw. Gesundheitsstörungen und Krankheiten im Alter aufzudecken und allgemeine Strategien für ein „erfolgreiches Altern“ zu entwickeln. Daraus lassen sich dann adaptierte Empfehlungen für die individuelle Lebensführung ableiten.

Formal wird zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden. Unter den besonderen Bedingungen des alternden Menschen bedeutet Primärprävention, Krankheiten, die sich gehäuft im Alter manifestieren, zu verhüten. Die Sekundärprävention zielt auf die Früherkennung und/oder Frühtherapie von Gesundheitsstörungen zur Erhöhung der Heilungschancen und/oder zur Verminderung der Krankheitslast, z.B. in bezug auf die Demenz. Die Tertiärprävention beabsichtigt die Vermeidung des Wiederauftretens einer erfolgreich behandelten Krankheit, die Vorbeugung des Fortschreitens einer chronischen Erkrankung.

Die Sekundärprävention wird oft im höheren Lebensalter in den Vordergrund gerückt, während die Möglichkeiten und Sinnhaftigkeit einer Primärprävention unterschätzt werden. Für verschiedene Krankheiten (z.B. koronare Herzkrankheit, Osteoporose) konnte gezeigt werden, daß das dafür spezifische Risikofaktorenkonzept auch im Alter seine volle pathogenetische Gültigkeit behält und somit auch die Bekämpfung dieser Risikofaktoren im Alter noch sinnvoll ist. Daneben ist zu berücksichtigen, daß der Zeitpunkt, ab dem das biologische Alter beginnt, und die Intensität, mit der Alterungsprozesse ablaufen, erhebliche interindividuelle Unterschiede aufweisen.

1. Funktionseinbußen und Krankheiten im Alter

Obwohl Querschnittsuntersuchungen einen signifikanten Rückgang in zahlreichen physiologischen Variablen über den gesamten Lebensverlauf zeigen, sind doch die interindividuellen Unterschiede erheblich. Das heißt, jedes Individuum altert auf eigene Weise bezüglich seiner einzelnen Organfunktionen (Heterogenität der Altersverläufe). Die Grenzen zwischen „altersphysiologischem“ Funktionsdefizit und

„pathologischen“ Gesundheitsstörungen sind oft schwer zu ziehen. In jedem Fall prädisponieren die fortschreitenden Funktionseinbußen über nachlassende Adaptations- und Kompensationsmöglichkeiten zur definitiven Krankheit.

Ältere Menschen leiden in der Regel an mehreren Erkrankungen, die überwiegend chronisch verlaufen. Diese Multimorbidität bedingt ein gesteigertes Risiko für weitere akute Erkrankungen, da die Reserve und die Anpassungsmöglichkeiten des Organismus begrenzt sind.

Es können vier Typen von Gesundheitsstörungen bzw. Krankheiten im Alter unterschieden werden:

1. Krankheiten, die gehäuft im Alter auftreten (z.B. cerebraler Insult, Morbus Parkinson, Altersdiabetes),
2. Krankheiten, die schon viele Jahre vorbestehen und im Alter progredient werden (z. B. Arthrosen, Osteoporose, Lungenemphysem),
3. akut traumatische Ereignisse (z.B. proximale Femurfrakturen) und
4. Funktionseinbußen bestimmter Organe (z.B. Muskelatrophie, Hirnatrophie; Nachlassen des Seh- und Hörvermögens).

2. Allgemeine präventive Maßnahmen

Durch Prävention lassen sich akute Krankheiten verhindern (z.B. Infektionskrankheiten durch Impfungen) und das Auftreten chronischer Krankheiten sowie ihrer klinischen Manifestationen läßt sich hinauszögern (z. B. Atherosklerose → Myokardinfarkt → Herzinsuffizienz; Osteoporose → Fraktur → Immobilität). Bei den chronischen Erkrankungen wird dadurch die Morbidität auf einen späteren Lebensabschnitt verschoben und eine kürzere Phase der Invalidität und Abhängigkeit vor dem Tod erreicht.

Im Rahmen dieser Übersicht können nicht für alle im höheren Lebensalter häufigen Erkrankungen die möglichen Präventionsstrategien detailliert abgehandelt werden. Es sollen einige allgemeine präventive Strategien sowie einige konkrete Beispiele exemplarisch dargestellt werden.

Tabelle 1 gibt zunächst eine Übersicht über allgemeine Prinzipien der Prävention. Wie in den beiden letzten Punkten der Tabelle 1 hervorgehoben wird, sollten die allgemeinen Prinzipien der Prävention wie Risikofaktorenvermeidung, gesunde Ernährung, Bewegung etc. möglichst früh im Leben aufgenommen und möglichst konsequent durchgehalten werden. Andererseits gilt, daß es nie zu spät ist, den individuellen Lebensstil gesundheitsorientiert zu ändern. Auch eine medikamentöse Intervention oder Nahrungssupplementation kann noch im hohen Alter sinnvoll sein. So wurde z.B. in einer französischen Studie an über 3000 Frauen im mittleren Alter von 84 Jahren gezeigt, daß eine Supplementation mit Calcium und Vitamin D bereits nach 18 Monaten durch Verbesserung der Skelettstabilität die Inzidenz von proximalen Femurfrakturen um ca. 35% senken kann.

Im Einzelfall ist oft eine ärztliche Beratung nötig, um Art und Dosierung von Präventionsmaßnahmen abzustimmen. Als typisches negatives Beispiel ist hier ein plötzlicher exzessiver Beginn von sportlichen Aktivitäten im höheren Alter zu nennen mit dem Risiko von Unfällen oder Überbelastung der Gelenke und des Herzkreislaufsystems. Dagegen kann ein individuell angepasstes, allmählich steigendes Gymnastikprogramm unter kompetenter Anleitung auch bei Hochbetagten durch Verbesserung der Durchblutung, Kräftigung der Muskulatur und Koordinierung von Bewegungsabläufen generell gesundheitsfördernd sein und u.a. dem sehr häufigen Risiko von Stürzen und Frakturen im Alter vorbeugen.

Zur sinnvollen Vorbeugung von Unfällen und Erkrankungen im Alter gehört auch die Nutzung von allen heute verfügbaren Ressourcen um bereits bestehende Funktionsdefizite zu kompensieren. Diese Möglichkeiten reichen von Prothesen, Hip Protector, Brille, Hörgerät über Gehstock, Deltarad, Rollstuhl bis hin zum Telefonalarmgerät und Haustier. Umgebungsfaktoren (z.B. die Einrichtungen von Bad und Treppenhaus) sollten altersgerecht gestaltet werden.

Ein weiterer sehr wichtiger Punkt ist die Körperhygiene des älteren Menschen. Sie unterscheidet sich grundsätzlich nicht von der jüngerer Menschen. Eine mangelhafte Hygiene und Körperpflege kann aber bei alten Menschen besonders rasch fatale Folgen haben. Als Beispiele seien hier die bakterielle Infektion des Urogenitalsystems bei äußerer Keimbeseidung genannt sowie das erhöhte Risiko regionaler oder systemischer Entzündungen in der Folge von fehlender Zahn- oder Fußpflege.

3. Spezielle Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen

In allen Lebensphasen, aber auch noch im fortschreitenden Alter kann durch Meidung oder Reduktion bestimmter Risikofaktoren eventuell in Kombination mit medikamentöser oder diätetischer Intervention das Risiko der klinischen Manifestationen von Erkrankungen reduziert werden. In Tabelle 2 werden beispielhaft zwei wichtige kardiovaskuläre Erkrankungen und zwei Erkrankungen des Bewegungsapparates ausgewählt. Verschiedene bekannte Risikofaktoren, aber auch übliche Interventionsmaßnahmen wirken sich hier teilweise unterschiedlich aus.

Koronare Herzkrankheit und cerebraler Insult haben einen wichtigen gemeinsamen Pathomechanismus: die Arteriosklerose. Die Tabelle zeigt bis auf kleine Ausnahmen eine weitgehende Konkordanz der Risikofaktoren bzw. protektiven Interventionsmaßnahmen. Es ist herauszuheben, daß mehrere kardiovaskuläre Risikofaktoren (Rauchen, Östrogenmangel, Bewegungsarmut, Diabetes mellitus) gleichzeitig auch Osteoporoserisikofaktoren darstellen.

Zwischen Osteoporose und Osteoarthrose findet sich dagegen keinerlei Konkordanz. Nach klinischer Erfahrung schließen sich diese beiden Erkrankungen des Bewegungsapparates häufig gegenseitig aus. Die übergewichtige adipöse Patientin hat durch Konversion im Fettgewebe postmenopausal höhere endogene Östrogenreser-

ven. Sie neigt zur Arthrose und hat ein höheres Risiko für das Endometrium-Karzinom und eventuell auch für das Mammakarzinom, kaum jedoch für die Osteoporose. Dazu passend zeigt eine aktuelle amerikanische Untersuchung, daß postmenopausale Frauen mit hohen Knochendichtewerten ein signifikant höheres Brustkrebsrisiko haben als Frauen mit niedrigen Werten.

Aus Tabelle 2 geht hervor, daß das Risiko für koronare Herzkrankheit und cerebralen Insult sehr gut durch eigenverantwortliche Änderung des Lebensstils und durch gezielte Intervention beeinflussbar ist. Auch das erhöhte Frakturrisiko bei Osteoporose läßt sich gut beeinflussen, kaum dagegen die fast schicksalsmäßig progredienten Osteoarthrosen. Eine individuelle Beratung zur Präventionsstrategie kann naturgemäß nur unter Berücksichtigung der Prädisposition und der unterschiedlichen Auswirkungen der einzelnen Risiko- und Schutzfaktoren erfolgen.

Als zweiter wichtiger Komplex sei die extrem häufige Problematik von Kollaps bzw. Synkopen und damit assoziierten Stürzen und Frakturen exemplarisch angeführt. Pro Jahr ereignen sich in Deutschland ca. 70.000 sogenannte Oberschenkelhalsfrakturen. Die Mortalität im ersten Jahr danach ist signifikant erhöht und beträgt 10-15%. Für etwa 30-40% der Betroffenen bedeutet das aktuelle Bruchereignis auch einen Bruch in der Lebenslinie. Sie erreichen danach nicht mehr ihren vorherigen relativen Gesundheitsstatus, d.h. sie verlieren ihre Selbständigkeit und Unabhängigkeit und werden dauerhaft hilfs- und pflegebedürftig. Ein Risikofaktor ist die Osteoporose. Hier ist eine Vorbeugung durch Östrogen-Gestagen-Gabe sowie im höheren Alter durch Vitamin D-Calzium-Einnahme möglich. Stürze sollten vermieden werden. Einem großen Teil der zahlreichen sturzbedingten Frakturen (Tabelle 3) kann durch individuelle Beratung und Intervention erfolgreich begegnet werden. Jahre- und jahrzehntelang eingeübte Verhaltensweisen lassen sich allerdings oft nur in einem langfristigen interdisziplinären Betreuungskonzept beeinflussen.

Tab. 1: 10 Punkte zur allgemeinen Prävention von Leistungsminderungen und Erkrankungen im höheren Lebensalter

1. Adäquate Ernährung: Vermeiden einer hypokalorischen Mangelernährung; insbesondere proteinreiche Diät, evtl. Supplementation von Vitaminen, Mineralien, Spurenelementen;
2. Regelmäßiges körperliches Training und Erhöhung der normalen alltäglichen Bewegungsaktivitäten (z.B. Gymnastik und häufiges Spaziergehen zum Erhalt der Muskelmasse, Verbesserung von Bewegungsabläufen, Gangsicherheit, Durchblutung);
3. Regelmäßiges geistiges Training (Gedächtnistraining, brain jogging, Ergotherapie);
4. Vermeiden von exzessivem Genußmittelkonsum (Nikotin, Alkohol) sowie von Kanzerogenen und nicht-indizierten Medikamenten;
5. Vermeiden von Noxen und Risikofaktoren für spezielle chronische Erkrankungen (vgl. Tab. 2 und 3);
6. Verstärkung der körpereigenen Abwehr, z.B. durch Impfungen aber auch optimale Ernährung und körperliche Aktivität (s.o.);
7. Hygiene, Körperpflege und Zahnpflege;
8. Positive Lebenseinstellung, größeres Selbstvertrauen, Vermeiden von psychosozialen Streß;
9. Primäre Prävention um so erfolgreicher je früher sie einsetzt (Kindheit, Adoleszenz);
10. Präventionsmaßnahmen sollten während des ganzen Erwachsenenalters durchgehalten werden.

Tab. 2: Unterschiedliche Effekte bekannter Risikofaktoren und medikamentöser/diätetischer Interventionen auf die klinische Manifestation von vier ausgewählten Erkrankungen

(+ = Risiko ↑, - = Risiko ↓, o = kein eindeutiger Effekt)

	KHK	CVI	OPO	OAR
Arterieller Hypertonus	+	+	o	o
Hyperlipidämien	+	+	o	o
Rauchen	+	+	+	o
Alkohol (< 50g/d)	(-)	+	(+)	o
Früher Östrogenmangel	+	(+)	+	o
Diabetes mellitus	+	+	+	o
Adipositas	+	+	+	+
Bewegungsarmut	+	+	+	+
Salicylate (z. B. 100mg/d)	-	-	o	o
Antioxidantien (Vit. C, E)	-	-	o	-
Östrogensubstitution	-	-	-	o
Calcium/Vitamin D	o	o	-	o

KHK = koronare Herzkrankheit, CVI = zerebrovaskulärer Insult, OPO = Osteoporose, OAR = Osteoarthritis (Arthrosen)

Tab. 3: Übersicht über die wichtigsten Faktoren, die allein oder in Kombination Synkopen oder gehäufte Stürze bei älteren Personen verursachen können

1. *Medizinische Faktoren:*

- kardiovaskuläre Störungen und Arrhythmien mit zerebraler Minderperfusion,
- neurologische Erkrankungen mit Störung neuromuskulärer Koordination, Gangbild,
- Funktionsminderung der Sinnesorgane,
- Hirnleistungsminderung, hirnorganisches Psychosyndrom, Demenz, Psychose

2. *Umgebungsfaktoren:*

- enge Möblierung, Teppichfalten, Elektrokabel, schlechte Beleuchtung etc.,
- glatter Fußboden, Schnee, Glatteis,
- fremde Umgebung (Krankenhaus, Heim)

3. *Medikamentöse Faktoren:*

- Sedativa, Hypnotika, Psychopharmaka, Muskelrelaxantien,
- Antihypertensiva, Diuretika

Kapitel III: Prävention

b) Soziologische Aspekte

Die demographische Entwicklung stellt sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht wachsende Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen. In diesem Zusammenhang wird der Bedarf an Präventionsmaßnahmen im Rahmen einer zielgerichteten Präventionspolitik (Rosenbrock et al., 1994) zunehmen, damit schon die zahlreichen Einflüsse in früheren Lebensabschnitten auf den Alternsprozess mit berücksichtigt werden können. Die Wissenschaft (neben der Gerontologie z.B. auch die Gesundheits- und Pflegewissenschaft) hat zahlreiche Nachweise dafür erbracht, daß das Erreichen eines hohen Alters nicht notwendigerweise Abbau und Verlust von Fähigkeiten und Fertigkeiten bedeuten, vorausgesetzt, daß bestimmte Rahmenbedingungen im Sinne der Prävention erfüllt sind. Eine den Grundsätzen einer lebenslangen Vorbereitung auf das Alter entsprechende Präventionspolitik muß Gesundheitssituation, Familienverhältnisse, Arbeitsleben, kulturelle und soziale Teilhabe sowie die ökonomische Sicherung und Vorsorge mit berücksichtigen, um dem differentiellen Altersbild in der Gesellschaft gerecht zu werden (Deutscher Bundestag, 1994).

Unter soziologischen und versorgungsstrukturellen Gesichtspunkten betrachtet sind dies folgende zentrale Bereiche:

- Vorsorgemaßnahmen im Bereich der allgemeinen Lebensführung besitzen für die Gesunderhaltung und für das Erreichen einer höheren Lebensqualität einen entscheidenden Stellenwert. Ebenfalls entscheidend sind die präventive Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung durch die Reduzierung von Gesundheitsrisiken. Dies geht einher mit der Umsetzung eines positiven ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses unter Einbeziehung von Einflüssen aus der sozialen und materiellen Lebens-, Arbeits- und Umwelt. Voraussetzung sind u.a. die Transparenz über das Angebot präventionsbezogener Dienstleistungen und Waren, die Verbesserung der Koordinierung der Anbieter und ihrer Angebote sowie eine breite, qualitativ hochstehende Behandlung und Rehabilitation.

Fester Bestandteil der Prävention ist daher die Entwicklung von Qualitätsstandards zur Sicherung einer Langzeitqualität präventiver Leistung. Dazu gehört auch eine Gesundheitsberichterstattung, die gesundheitliche Risiken, Gesundheitszustand der Bevölkerung, Standort und Entwicklungslinien der gesundheitlichen Versorgung und die Kosten aufzeigen soll, um die Effektivität und Effizienz der Prävention für die Zukunft abschätzen zu können.

- Bei der Prävention im Alternsprozeß erhalten vor allem Lebensstilmerkmale ein besonderes Gewicht. Dies berücksichtigend, nutzen alternde Menschen die an sich verfügbaren Möglichkeiten nicht in gleicher Weise. Kumulativ (gehäuft) benachteiligte alte Menschen - Personen mit einer niedrigeren Ausgangsbegabung, einem schlechteren Bildungsstand, Menschen, die in ungünstigeren sozio-ökonomischen Verhältnissen leben, die weniger aktiv sind, usw. - profitieren weniger von den Möglichkeiten, welche Hygiene, Medizin, Wirtschaft und Ökologie für die Lebensverlängerung und für die Erhaltung von Kompetenz bieten. Je eingeschränkter die Bedingungen sind, denen eine Person über ihre Biographie hinweg ausgesetzt war, desto eingeschränkter scheint ihre Überzeugung von der eigenen Wirksamkeit. Desto begrenzter sind wohl auch Handlungspläne und natürlich die tatsächliche Gestaltung des eigenen Lebens im Hinblick auf die Nutzung präventiver Chancen (Olbrich, 1991; Kruse, 1995). Insofern müssen Präventionsmaßnahmen bei einem solchen Verständnis von Kompetenz sowohl bei der Person als auch bei ihrer Situation ansetzen. Dies betrifft zum einen den Stellenwert individueller und je nach Lebenssituation spezifischer Verstärkung von Bewältigungsfertigkeiten im Sinne von primärer und sekundärer Prävention. Zum anderen müssen neben Personenfaktoren auch Faktoren der sozialen und dinglichen Umwelt zu Ansatzpunkten der Prävention gewählt werden (Tertiärprävention) (Wahl/Baltes, 1993). Darüber hinaus kann als wissenschaftlich gesichert gelten, daß sowohl wichtige Anteile der Verursachung von Krankheiten als auch Ansätze zu deren Prävention in den Lebens-, Arbeits- und Umweltverhältnissen liegen, die nicht individuell, sondern nur politisch gestaltet werden können.
- Gesundheitspolitische Maßnahmen betreffen insbesondere im Rahmen der Primärprävention im frühen und mittleren Lebensalter folgende Bereiche:

Erwerbsarbeit nimmt einen wesentlichen Teil der Lebenszeit in Anspruch. Arbeitsanforderungen sollten im Alter dynamisch gestaltet werden. Sie sollten sich nicht am „Idealtypus“ des jungen und hochleistungsfähigen Menschen ausrichten. Gefordert sind vielmehr eine dem Alter angemessene Arbeitsgestaltung, eine dem Alter entsprechende Qualifizierung zur Kompetenzerhaltung und Erweiterung, altersgerechte Arbeitszeitregelungen und altersbezogene präventive Personalplanung unter Einschluß von Modellen des gleitenden Übergangs in die Rente und die dem Alter angemessene Gestaltung von Arbeitsinhalten und Arbeitsanforderungen.

Von Bedeutung ist auch die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. Aufgrund eines Wandels in der Arbeitsorganisation, vor allem aber eines Wandels in der Altersstruktur der Gesellschaft, wird sich die Arbeitswelt vermehrt auf die besonderen Potentiale, Probleme und Bedürfnisse älterer, möglicherweise schon beeinträchtigter Beschäftigter einstellen müssen. Gefragt sind in Zukunft Arbeitsbedingungen und Qualifizierungsmaßnahmen, die auch älteren Arbeitnehmern Sinn und Selbstbestätigung der Arbeit gewähren und Arbeitsplätze unter gesundheitsfördernden Gesichtspunkten attraktiv machen: Durch zügige Rehabilitationsverfahren, durch stufenweise Wiedereingliederung und durch altersgerechte Arbeitsgestaltung.

- Grundsätzlich sollte die öffentliche Diskussion darüber intensiviert werden, welche Bedeutung körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden, Befindlichkeitsstörungen, Krankheiten und Behinderungen für die verschiedenen Lebensphasen von Menschen in unserer Gesellschaft haben. In diesem Zusammenhang muß einerseits die Frage nach persönlicher Verantwortung und kollektiver Mitverantwortung für Gesundheit, die Behandlung von Krankheiten und die Rehabilitation von Kranken und Behinderten neu diskutiert werden. Andererseits sollte aber auch die Reduzierung ungleich verteilter Krankheitsrisiken ein zentrales Ziel der Gesundheitsförderungs politik sein. Die Massenmedien haben hier großen Einfluß auf die Vermittlung von Informationen und die Entwicklung von Einstellungen. Sie sollten daher die Möglichkeiten und Chancen der Gesundheitsförderung allgemein bekanntmachen.

- Die Stärkung der Fähigkeit zur eigenverantwortlichen Gestaltung von Lebensweisen sollte vor allem durch familien- und bildungspolitische Maßnahmen unterstützt werden. Zukunftsorientierte Gesundheits-, Präventions- und Sozialpolitik muß sich am Lebenslauf und den unterschiedlichen Lebenssituationen und Anforderungen der Menschen unterschiedlicher Altersgruppen orientieren und Rahmenbedingungen schaffen, die das Miteinander der Generationen fördern. Veränderungen in den Familienstrukturen, d.h. insbesondere die kleiner werdenden familialen Netze und die zunehmende Singularisierung erfordern zum einen dort familienunterstützende Maßnahmen, wo familiäre Netze noch existieren und zum anderen dort familienersetzende Maßnahmen, wo familiäre Netze nicht mehr existieren bzw. nicht ausreichen. Aufgrund des steigenden Anteils im eigenen Haushalt lebender älterer Menschen (darunter insbesondere Verwitwete und hochbetagte Frauen), die bei eintretenden Einschränkungen zur Aufrechterhaltung ihrer eigenständigen Lebensführung auf Hilfe- und Pflegeleistungen angewiesen sind, sollten folgende Forderungen berücksichtigt werden:
 - Ausbau der hauswirtschaftlichen und pflegerischen Dienste, die Familienangehörige entlasten und das selbständige Wohnen der zu betreuenden bzw. zu pflegenden Person weitestgehend ermöglichen sollten (z.B. Tagespflege/ Kurzzeitpflege, die sich mit den Öffnungszeiten ebenfalls an den Bedürfnissen der Familien orientieren sollten und auch an Wochenenden und für die Urlaubszeit zur Verfügung stehen).
 - Entlastung der Familienangehörigen von der instrumentellen Pflege da, wo sie es wünschen, um sie für die emotionale Pflege frei zu machen. Gleichfalls muß pflegenden Familienangehörigen die Möglichkeit gegeben werden, sich einen Freiraum zu schaffen, um sich vor Überforderung zu schützen.
 - Stärkung außer- und überfamilialer Netze, z.B. in Form von Nachbarschaftshilfen, da die Bedeutung dieser Netzwerke zunimmt.
 - Ausbau von Beratungsangeboten für pflegende Familienangehörige, in denen zum einen Fachwissen vermittelt wird, zum anderen bezüglich spezifisch familialer Probleme eine psycho-soziale Beratung stattfindet (Ausweitung des Wissens über

diverse Problemlagen des Alters und familiale Beziehungen im Alter in der Familienbildung und Beratung).

- Berücksichtigung des durch die Pflegeversicherung weiter steigenden Beratungs- und Informationsbedarfs der älteren Bevölkerung. Dies liegt u.a. an der steigenden Zahl und Heterogenität von Trägern, Angeboten, Diensten und Einrichtungen. Die Beratung sollte neben informierenden und aufklärenden Aufgaben auch leistungsschließend und vermittelnd wirken, möglichst frei von Interessenbindung. Im Sinne der Qualitätssicherung sollte sie auch als Verbraucherberatung tätig sein.
- Qualifizierung der Ärzte bzw. des Pflegepersonals, bei denen die Wissensvermittlung über die Differenzierung des Alters und der Bedarfslagen im Alter besonders Bedeutung zukommen muß.
- Berücksichtigung und Integration der Hilfpotentiale „aktiver Älterer“, um ihr Erfahrungswissen einzubinden, ihnen sinnvolle Möglichkeiten der Beschäftigung anzubieten und damit auch die Möglichkeit zum Erhalt und Aufbau sozialer Kontakte.
- Dem Wohnen im Alter wird hinsichtlich einer entsprechenden Politik der Gesundheitsförderung und Prävention eine besondere Bedeutung zukommen, wenn es um die Bedeutung von Lebenszufriedenheit und Lebensqualität geht. Daher sollten die verschiedenen Formen des Wohnens im Alter zukünftig in ihrer Entwicklung und Bedeutung durch Studien entsprechend beobachtet, begleitet und bewertet werden:
 - Im Mittelpunkt steht die Wohnanpassung unter alten- und behindertengerechten Bedingungen und unter besonderer Berücksichtigung architektonischer, infrastruktureller, ökonomischer und ökologischer Bedingungen.
 - Die Wohnquartiere müssen mit einem möglichst umfassenden Angebot an ergänzenden und unterstützenden (ambulanten) Diensten und Einrichtungen ausgestattet sein. Die Angebote zur Tages- und Kurzzeitpflege müssen ausgeweitet werden sowie begleitend durch Öffentlichkeitsarbeit flankiert werden.
 - Infrastruktureinrichtungen der Altenhilfe und auch Begegnungs-, Freizeit- und Kultureinrichtungen sollten eine flexible und vielfältige Nutzung ermöglichen und in der Regel dezentral, quartierbezogen und vor allem gemeinwesenorientiert und damit generationenübergreifend angeboten werden. Dabei spielt Vernetzung der beteiligten Institutionen durch örtliche Kooperations- und Koordinationsbeziehungen eine wichtige Rolle. Dies kann durch die Förderung der Servicezentren, Informations-, Anlaufs- und Vermittlungsstellen und von kommunalen Leitstellen geschehen. Die Integration von (auch ehrenamtlichen und selbsthilfebezogenen) Beratungsdiensten ist anzustreben.
 - Darüber hinaus sollte überlegt werden, wie das Betreute Wohnen aufgrund seiner wachsenden Bedeutung rechtlich und materiell abgesichert werden kann.

- Der zukünftigen siedlungsstrukturellen Verteilung der Altengenerationen ist durch eine möglichst flächendeckende Ausstattung mit den verschiedenen alter(n)sgerechten Formen institutionellen Wohnens Rechnung zu tragen.
- Als Folge größerer Anteile (alleinstehender) Hochaltriger und sich verändernder Wohnbedürfnisse zukünftiger Altengenerationen ist langfristig auf eine stärkere Betonung des Wohnaspektes auch in den stationären Einrichtungen der Pflege hinzuwirken. Dies gilt auch für das Wohnen älterer Menschen in den Behinderteneinrichtungen.
- Zur stärkeren Betonung des Wohnaspektes gehört auch die Wahrung der Persönlichkeitsrechte und der Intimsphäre der älteren Menschen in den stationären Einrichtungen. Wohnstandard für Alleinstehende muß das Einzelzimmer sein. Auf Wunsch sollte auch die Möglichkeit zum gemeinschaftlichen Wohnen im Zimmer ermöglicht werden.
- Zur besseren Übersicht und Orientierung für die Bewohner sollten die stationären Einrichtungen möglichst übersichtlich gestaltet sein. Insbesondere diejenigen Bewohner, die zeitweise desorientiert oder verwirrt sind, können sich dadurch freier bewegen.
- In Anbetracht der wachsenden Bedeutung einer lebenslangen Bildung für das individuelle und gesellschaftliche Überleben in einer sich ständig verändernden Welt sollten zudem gesellschaftliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, die lebenslanges Lernen unterstützen. Dabei sollten vermehrt zielgruppenspezifische Bildungsangebote für Erwachsene angeboten werden. Besondere Berücksichtigung sollte dabei die anteilmäßig ansteigende Bevölkerungsgruppe der endgültig aus dem Erwerbsleben Ausgeschiedenen erfahren, da bei ihnen die für Erwachsene wichtige - wenn nicht sogar wichtigste - Weiterbildungsmöglichkeit - das Lernen im Prozeß der Arbeit - meist nicht mehr gegeben ist. Das bedeutet jedoch nicht „Mehr vom Üblichen und Selben“. Statt dessen sollten die Rahmenbedingungen so ausgelegt werden, daß sie lebensweltbezogenes, selbstbestimmtes, selbstorganisiertes und selbstkontrolliertes lebenslanges Lernen anstoßen und fördern.
- Schließlich müssen präventive Maßnahmen zu einer Absicherung der finanziellen Situation im Alter beitragen und so das Entstehen von Altersarmut vermeiden helfen. Zum anderen ist aber bei Vorliegen einer unzureichenden Absicherung im Alter diese durch dann einsetzende Maßnahmen zu lindern oder zu beheben.

Diese soziologischen und versorgungsstrukturellen Rahmenbedingungen sind die Grundlage für eine Prävention im Alter. Wenn die Prävention von Krankheiten ein stärkeres Gewicht annimmt, so wird sich dies langfristig auf den Gesundheitszustand der künftigen älteren Generationen positiv auswirken können (Kruse, 1996). Die Annahme, daß die ältere Generation von heute in einer besseren allgemeinen körperlichen Verfassung sei als die älteren Generationen in der Vergangenheit, läßt auch

eine Projektion in die Zukunft zu: In einem Maße, in dem sich die Prävention verbessert, Krankheiten und Verschleiß verhindert bzw. möglichst weit hinausgeschoben werden können und ein besseres Gesundheitsverhalten besteht, bestehen auch die Chancen zu einer Verbesserung der Gesundheit zukünftiger älterer Generationen.

Kapitel III: Prävention

c) Psychologische Aspekte

Prävention umfaßt zwei Bereiche: Zum ersten Bereich gehören jene Maßnahmen, die auf die (möglichst lange) Erhaltung seelisch-geistiger Fähigkeiten zielen. Zu diesen zählen kognitive Fähigkeiten (Intelligenz, Lernen, Gedächtnis), alltagspraktische Fertigkeiten (die sich vor allem in der selbstverantwortlichen Gestaltung des Alltags widerspiegeln), die Aufrechterhaltung einer tragfähigen Lebensperspektive bei Veränderungen der Lebenssituation (kompetenter Umgang mit den Anforderungen im Alltag) sowie die Bewältigung von seelischen Anforderungen und Belastungen.

Zum zweiten Bereich gehören Maßnahmen, die auf die Förderung und Erhaltung einer gesundheitsbewußten Lebensführung zielen. Hier sind vor allem die Vermeidung von Risikofaktoren, die ausreichende körperliche Aktivität sowie die gesunde Ernährung zu nennen, also Merkmale, die in hohem Maße zur Erhaltung der Gesundheit und der körperlichen Leistungsfähigkeit im Alter beitragen.

In bezug auf psychologische Strategien der Prävention sind folgende von besonderer Bedeutung: (a) Das kontinuierliche Lernen sowie die Nutzung und Erweiterung bestehender Fähigkeiten und Fertigkeiten im gesamten Lebenslauf, (b) die Entwicklung und Verwirklichung eines über die Arbeitswelt hinausgehenden Interessenspektrums im gesamten Lebenslauf, (c) die bewußte und verantwortliche Auseinandersetzung mit den Entwicklungsaufgaben, Krisen und Konflikten in verschiedenen Abschnitten der Biographie, (d) die rechtzeitige Vorbereitung des Menschen auf das Alter sowie (e) die Suche und Nutzung von Informationen hinsichtlich einer selbständigkeitserhaltenden und selbständigkeitsfördernden Gestaltung seiner Umwelt. Weiterhin sind (f) die Vermeidung von Risikofaktoren (mit dem Ziel eines Alterns in Gesundheit) sowie (g) eine ausreichende physische, kognitive und soziale Aktivität (mit dem Ziel möglichst weit erhaltener Selbständigkeit und sozialer Kompetenz) im gesamten Lebenslauf als Aspekte der Prävention zu verstehen. Mit anderen Worten: Die Prävention möglicher Einbußen und Verluste im Alter beginnt im Grunde genommen in frühen Lebensjahren und sollte sich über den gesamten Lebenslauf erstrecken, d.h. sie sollte auch im Alter fortgesetzt werden.

Im folgenden werden diese Aussagen auf drei zentrale Bereiche seelisch-geistiger Fähigkeiten übertragen: (1.) Auf jenen der kognitiven Leistungsfähigkeit, (2.) auf jenen der Gestaltung des Alltags sowie (3.) auf jenen der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und der Verarbeitung von Belastungen.

1. Kognitive Leistungsfähigkeit

Die kognitive Leistungsfähigkeit im Alter ist vom (schulischen und beruflichen) Bildungsstand des Menschen sowie von Formen und Graden kognitiver Aktivität in früheren Lebensjahren und im Alter beeinflusst. In bezug auf die kognitive Leistungsfähigkeit ist die Differenzierung zwischen der Lösung vertrauter und der Lösung neuartiger kognitiver Probleme hilfreich. Bei der Lösung vertrauter kognitiver Probleme erzielen ältere Menschen keine schlechteren Leistungen als jüngere Menschen - im Gegenteil: Die im Lebenslauf ausgebildeten Wissensstrukturen und Problemlösungsstrategien können dazu beitragen, daß ältere Menschen in solchen Situationen sogar jüngeren Menschen überlegen sind. Entscheidend für die Erhaltung dieser kognitiven Kompetenz sind die in früheren Lebensabschnitten und im Alter bestehende Bereitschaft und Fähigkeit des Menschen, Wissensstrukturen und Lösungsstrategien aufzubauen, einzusetzen und kontinuierlich weiterzuentwickeln. Bei der Lösung neuartiger kognitiver Probleme erzielen ältere Menschen zwar häufig schlechtere Leistungen als jüngere Menschen - der altersbedingte Rückgang kognitiver Ressourcen ist vor allem in diesen Situationen erkennbar. Doch ist hier auch festzustellen, daß der Umfang dieser Verluste erheblich davon beeinflusst ist, (a) inwieweit sich Menschen in früheren Lebensaltern mit neuartigen kognitiven Problemen beschäftigt haben, (b) in welchem Umfang sie sich auch im Alter mit solchen Problemen auseinandersetzen. Die Lern- und Veränderungsfähigkeit Älterer (und die dieser Fähigkeit zugrundeliegende neuronale Plastizität) ist in zahlreichen Interventionsstudien nachgewiesen worden. Sie spricht dafür, auch im Alter das Gedächtnis zu trainieren, bestehende Lern- und Gedächtnisstrategien einzusetzen und zu erweitern sowie erworbene Wissenssysteme durch den Erwerb neuer Kenntnisse weiter zu differenzieren. Mittlerweile sind Trainingsprogramme entwickelt worden, durch die ältere Menschen dazu angeregt werden sollen, die Lern- und Veränderungsfähigkeit zu nutzen, dem Verlust kognitiver Ressourcen entgegenzuwirken und Lern- und Gedächtnisstrategien sowie Wissenssysteme zu erweitern.

2. Gestaltung des Alltags

Große Bedeutung für die Zufriedenheit im Alter besitzt die Art und Weise, wie Menschen ihren Alltag gestalten. Unter Alltagsgestaltung sind dabei mehrere Aspekte zu verstehen: Die Ausübung von Interessen und die damit verbundene Rhythmisierung des Alltags, die verschiedenen Formen der (kognitiven, sozialen und physischen) Aktivität im Alltag, die Selbständigkeit bei der Ausführung der einzelnen Aktivitäten des täglichen Lebens sowie die Ausübung inner- und außerfamiliärer Rollen.

Der Austritt aus dem Beruf eröffnet Möglichkeiten einer „späten Freiheit“. Gleichzeitig sind auch die psychologischen Anforderungen zu berücksichtigen, die aus dem Berufsaustritt erwachsen. Zum einen verändert sich das Spektrum sozialer Rollen, zum anderen der „soziale Status“ des Menschen. Ob der Berufsaustritt verarbeitet und die nachberufliche Zeit kreativ gestaltet wird, hängt vor allem von folgenden drei

Faktoren ab: (1.) Inwieweit haben Menschen bereits in früheren Lebensjahren außerberufliche Interessen entwickelt, die es ihnen ermöglichen, das Leben im Alter bewußt und verantwortlich zu gestalten? (2.) Inwieweit haben sie sich auf den Berufsaustritt und die nachberufliche Phase gedanklich vorbereitet („Antizipation“)? (3.) Inwieweit bieten das unmittelbare soziale Umfeld sowie die Gesellschaft Möglichkeiten, in der berufsfreien Zeit subjektiv bedeutsame und sozial anerkannte Rollen auszuüben? Die beiden erstgenannten Aspekte weisen auf die Bedeutung individueller (persönlicher) Entwicklungsprozesse für Zufriedenheit im Alter hin; der letztgenannte Aspekt betont die Stellung des Alters in unserer Gesellschaft. An den Menschen ist die Forderung zu richten, sich rechtzeitig auf sein Alter vorzubereiten, d.h. über Formen des persönlich sinnerfüllten, kreativen und produktiven Alters zu reflektieren. Dabei ist die Art und Weise, wie Menschen ihr Alter gestalten und wie sie die Möglichkeiten zu einem persönlich sinnerfüllten Alter wahrnehmen, auch davon beeinflusst, wie das Alter in der Gesellschaft bewertet wird und inwieweit in einer Gesellschaft die Bereitschaft besteht, die Kompetenzen älterer Menschen zu erkennen und zu nutzen (zum Beispiel im Sinne des Humanvermögens älterer Menschen für die Gesellschaft).

Hinsichtlich der Selbständigkeit im Alltag sind fünf Aspekte von Bedeutung, die ebenfalls das Gebiet der Prävention berühren: (1.) Die Erhaltung der Gesundheit sowie ein ausreichendes Maß an physischer Aktivität; damit sind zentrale Grundlagen für die Erhaltung der Mobilität im Alter angesprochen. (2.) Ein ausreichendes Maß an kognitiver Aktivität, zu der auch die Beschäftigung mit neuen Inhalten und Entwicklungen in den Bereichen Kultur, Gesellschaft und Technik gehört. Kognitive Aktivität und Bildung (im Sinne „persönlicher Weiterbildung“) sind für die Orientierung in einer sich wandelnden Umwelt von großer Bedeutung. (3.) Die Gestaltung der Wohnung im Sinne des anregenden (stimulierenden), barrierefreien und unterstützenden Wohnens. Barrierefreiheit und Prothetik (im Sinne des unterstützenden Wohnens durch den Einbau von Hilfsmitteln) gewinnen an Bedeutung, wenn Behinderungen eingetreten sind oder wenn die physische Leistungsfähigkeit des Menschen erkennbar verringert ist. Diese beiden Wohnmerkmale tragen dazu bei, daß auch im Falle bestehender Behinderungen Selbständigkeit im Alltag erhalten bleibt. Der rechtzeitige Erwerb von Kenntnissen über eine altersfreundliche Gestaltung der Umwelt versetzt den Menschen auch eher in die Lage, die sich bietenden (zum Beispiel technischen) Möglichkeiten zur Kompensation von sensorischen und motorischen Einbußen zu nutzen. (4.) Die Integration in ein soziales Netzwerk (hier kommt zum Beispiel der Nachbarschaft große Bedeutung zu), durch die Sicherheit vermittelt wird und im Notfall Hilfen erbracht werden können. (5.) Die Erhaltung der Selbständigkeit im Alter ist schließlich von der infrastrukturellen Umwelt beeinflusst: Zu dieser zählen (a) medizinische Versorgungssysteme, (b) bildungs-, sport- und bewegungsbezogene Angebote mit dem Ziel der Erhaltung und Förderung von Kompetenz, (c) mobile und soziale Dienste mit dem Ziel, Hilfen in Notlagen zu geben, (d) die Erreichbarkeit von Geschäften, Behörden und kulturellen Einrichtungen („Dezentralisierung“) sowie (e) die altenfreundliche Gestaltung des Verkehrs. Kenntnisse über dieses Spektrum an Angeboten versetzen ältere Menschen auch eher in die Lage, rechtzeitig Hilfe und Hilfsmittel in Anspruch zu nehmen.

3. Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und Verarbeitung von Belastungen

Das Alter ist zunächst vor dem Hintergrund der Entwicklungsaufgaben zu verstehen, die dieser Lebensabschnitt an den Menschen richtet. Veränderungen in den sozialen Rollen und in der Gestaltung des Alltags (nach Ausscheiden aus dem Beruf) sowie die Verwirklichung neuer Formen von Kreativität und Produktivität sind Beispiele für diese Entwicklungsaufgaben. Die erfolgreiche Auseinandersetzung mit diesen Aufgaben ist auch im Sinne möglichen seelischen Wachstums im Alter zu verstehen. Im Alter (vor allem im hohen Alter) nimmt die Wahrscheinlichkeit von Verlusten zu, die den Menschen mit Grenzen seiner Existenz konfrontieren; zu nennen sind hier vor allem der Verlust nahestehender Menschen sowie gesundheitliche Einbußen. Im Falle bestehender Hilfsbedürftigkeit oder Pflegebedürftigkeit, der Notwendigkeit des Einzugs in eine stationäre Einrichtung oder der Pflege eines schwerkranken Familienmitglieds sind die Anforderungen an die psychischen Ressourcen des älteren Menschen besonders hoch. Prävention aus psychologischer Sicht umfaßt hier jene Maßnahmen, die zur Erhaltung oder Wiederherstellung des psychischen Gleichgewichts in Grenzsituationen beitragen. Zunächst ist auf die Bedeutung der Widerstandsfähigkeit älterer Menschen in solchen Grenzsituationen hinzuweisen, die durch die Persönlichkeit sowie durch die im Lebenslauf entwickelten Techniken der Belastungsverarbeitung und Konfliktbewältigung bedingt ist - die bewußte und verantwortliche Auseinandersetzung mit Belastungen und Konflikten im Lebenslauf bildet eine zentrale Grundlage für die Erhaltung oder Wiederherstellung des psychischen Gleichgewichts. Weiterhin kommt der sozialen und infrastrukturellen Umwelt große Bedeutung für die Verarbeitung von Belastungen zu. Zu nennen sind hier Beziehungen zu engen Vertrauten in Familie, Nachbarschaft und Freundeskreis (dabei ist die Qualität der Beziehungen wichtiger als die Anzahl von Bezugspersonen) sowie ein differenziertes System organisierter (formeller) Hilfen. Zu diesen Hilfen gehören ärztliche Versorgung (einschließlich der Beratung in persönlichen Krisen) sowie Angebote der ambulanten, mobilen und sozialen Dienste (letztere umfassen zum Beispiel Nachbarschaftshilfen und Besuchsdienste).

Kapitel IV: Krankheit, Verletzung und Behinderung

a) Symptomatik

1. Multimorbidität

Mit zunehmendem Lebensalter steigt die Zahl der gleichzeitig bei ein und demselben Kranken vorhandenen, vorwiegend chronisch werdenden oder primär chronischen Erkrankungen mit z.T. exponentiell zunehmender Prävalenz (vgl. Kap. II). Bei kranken Betagten gilt deshalb Multimorbidität (Vielfacherkrankungen) als ein Grundprinzip für Diagnostik und Therapie. Vielfacherkrankungen betreffen die körperliche und seelische Gesamtheit des Organismus. Von den bei gründlicher Untersuchung zu diagnostizierenden Vielfach-Befunden sind Hauptdiagnosen von den insgesamt noch wesentlich häufigeren Nebenbefunden - als Ausdruck der Polyopathie - zu trennen.

Auch schwerwiegende Erkrankungen, die wichtige Regulationssysteme betreffen (Herz, ZNS, Schilddrüse u.a.), verlaufen häufig oligo-symptomatisch. Hinweisende Symptome sind dann nicht selten Fernsymptome (Manifestationswirkung). Zum anderen verlaufen Krankheiten nebeneinander als unzusammenhängende, nicht monokausal zu deutende Funktionsstörungen. Verschiedene Erkrankungen können zu gleichartigen Funktionseinschränkungen führen. Damit einher geht die mit höherem Lebensalter wachsende Bedeutung von Syndromen wie Inkontinenz, Verwirrtheit, Stürze, Immobilität u.a. Bedeutsam ist es, einzelne pathologische Befunde nicht als selbständige Entitäten zu interpretieren und selektiv symptomatisch zu behandeln („korrigieren“). Erwähnung verdient des weiteren, daß sich Normwert-Bereiche für einige Laborparameter im hohen Lebensalter von denen im jüngeren Alter unterscheiden, ohne daß ihnen deshalb in jedem Fall auch ein Krankheitswert zukommen muß.

Unter Betagten finden sich Personen mit behandlungsbedürftigen und behandelbaren Krankheitszuständen, die therapeutisch vernachlässigt werden. Dies geschieht, weil Symptome auf hohes Lebensalter per se zurückgeführt, nicht erkannt oder aber erfaßt, jedoch gar nicht bzw. nicht adäquat behandelt, sondern „hingenommen“ werden.

Viele ältere Menschen besitzen einen ausgesprochenen „Gesundheitsoptimismus“, der in zahlreichen Studien als positive Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes registriert wurde. Die subjektive Selbsteinschätzung erschien dabei als gut korrelierender Faktor bezüglich der weiteren prognostischen Entwicklung. Positive Selbsteinschätzung kann jedoch dazu führen, relevante Befunde zu übersehen, ein Risiko, das bei Multimorbidität ansteigt.

Empirisch ist festzustellen, daß ältere Männer häufig kränker sind als Frauen, wenn sie ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, was sich z.B. in einer Studie zur Latenzzeit zwischen Auftreten von Symptomen bis zur Diagnosestellung kolorektaler Karzinome zeigte.

Es bestehen methodische Schwierigkeiten, Phänomene von Multimorbidität zu systematisieren. Für die medizinische Versorgung ist jedoch bedeutsam, die Zahl von Beschwerden und objektiv erhebbaren Befunden unbedingt einer gesamtklinischen Bewertung zu unterwerfen, um - möglichst unter Vermeidung polypragmatischen Vorgehens - zu einer Behandlungshierarchie zu gelangen, die Prioritäten setzt.

2. Altern versus Krankheit und Behinderung

Hohes Alter ist nicht Krankheit. Steigendes Lebensalter beeinflusst jedoch Symptomatologie und Verlaufsformen von Erkrankungen durch inter-individuell unterschiedlich ablaufende strukturelle und funktionelle Veränderungen der Organe. Das Altern von Organen erfolgt intra-individuell nicht synchron und nicht uniform. Die Ergebnisse von Längsschnittstudien haben die Bedeutung wesentlicher Einflüsse von Krankheiten auf sogenannte Altersbefunde besonders deutlich gemacht. Altern ist charakterisiert durch stärker werdende Einschränkungen der Adaptationsfähigkeit des Organismus an Umgebungsbedingungen und der Fähigkeit zur Aufrechterhaltung seiner Homöostase (verlängerte Adaptationszeit, Abnahme der Regulationsbreite, veränderte Kompensationsmechanismen; vgl. Kap. V b). Unter basalen Bedingungen ist Kompensationsfähigkeit auch betagter Vielfacherkrankter häufig noch gegeben, jedoch nicht mehr in Belastungssituationen, z.B. Exazerbationen chronischer oder zusätzlich akuter Erkrankung.

Zusammen mit unterschiedlichen Krankheitsfolgen bedingt dies die ausgesprochen große Heterogenität der „Gruppe alter Patienten“. In der Summe resultieren Krankheitsfolgen und Veränderungen durch Alternsvorgänge in funktionellen Einschränkungen unterschiedlichen Schweregrades. Diesem Sachverhalt trägt auch die ergänzende Klassifizierung von Behinderungen Rechnung. Als Zusatzklassifikation zur Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) beschreibt die Internationale Klassifikation der Krankheitsfolgen (International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps; ICIDH) Manifestation von Krankheit im Rahmen eines dreidimensionalen Konzeptes als „Manifestation von Gesundheitsstörungen“. Dementsprechend führen Krankheiten (Disease) zu Schädigungen (Impairment), die in Fähigkeitsstörungen (Einschränkung von Funktionen; Disability) und auf der gesellschaftlichen Ebene in „sozialer Beeinträchtigung“ (Handicap) münden.

Pflegebedürftigkeit ist gegeben, wenn aufgrund der angenommenen Irreversibilität des Krankheitszustandes durch die weitere ärztliche Behandlung keine wesentliche Verbesserung der Handlungs- und Leistungsbeeinträchtigung erreichbar ist. Pflegebedürftigkeit ist eine sozialrechtliche Kategorie (Stähelin, 1996; s. auch Kap. VI b).

3. Konsequenzen für Diagnostik und Behandlung

Für die adäquate Diagnostik im fortgeschrittenen Lebensalter sind die o.g. Merkmale deshalb sowohl in einer krankheits-(bzw. diagnose-)orientierten als auch in einer funktionsorientierten Vorgehensweise zu berücksichtigen. Eine hochqualifizierte medizinische Diagnostik ist unter stetig sorgsamer Beachtung der sich ergebenden therapeutischen Konsequenzen und unter Ausnutzung der Möglichkeiten modernster Verfahren unabdingbar zur exakten Festlegung der Diagnosen, welche die Therapiemöglichkeiten bestimmen. Umfassende Abklärung mit Fokussierung auf Funktionseinschränkungen bzw. Fähigkeitsstörungen zur Bestimmung ihres Ausmaßes/Schweregrades sowie der (auch prognostischen) Beurteilung von Hilfs- bzw. Pflegebedarf erfolgt mit Assessment-Verfahren. Deren Resultate beschreiben die Behandlungsbedürftigkeit. Sie dienen auch zur Erstellung individueller Behandlungspläne (s. Kap. V b).

4. Verletzungen

Innerhalb der Krankheiten alter Menschen spielen akute Verletzungen eine besondere Rolle (s. Kap. II, Tab. 3).

Das Unfallereignis trifft im allgemeinen relativ gesunde alte Menschen, die sich bis zum Unfall meist selbst versorgt haben. Der Unfall trifft den alten Menschen nicht nur zu Hause, sondern auch im Straßenverkehr und vermehrt bei sportlicher Betätigung. Die jetzt notwendige stationäre Behandlung muß auf die spezielle Altersphysiologie ausgerichtet sein. Das Ziel ist es, den ursprünglich gesunden alten Menschen möglichst schnell wieder „gesund“ in seine gewohnte Umgebung zu entlassen (Rehabilitation vor Pflege!). Dies ist der dringende Wunsch alter Menschen. Aus ökonomischer Sicht ist Rehabilitation billiger als Pflege.

Der alte Mensch kann Behinderungen in seinem Bewegungsapparat nicht wie das Kind oder der Jugendliche ausgleichen. Die Wiederherstellung der vollen Gehfähigkeit, aber auch der uneingeschränkten Mobilität der oberen Extremitäten sind Voraussetzungen für ein selbständiges Leben im eigenen Haushalt.

Die Lebensqualität hängt von einem intakten und schmerzfreien Bewegungsapparat ab. Um diese Ziele erreichen zu können, bedarf es gerade bei der Behandlung alter Menschen einer interdisziplinären wohlorganisierten Zusammenarbeit.

Kapitel IV: Krankheit, Verletzung und Behinderung

b) Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie

Im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung wird jeder geriatrisch arbeitende Arzt eine Einschätzung der psychosomatischen Dimension der vorliegenden Symptome bzw. Störungen vornehmen. Wird eine psychosomatische (Mit-)Begründung der Beschwerden des alten Patienten gesehen, besteht oft noch eine erhebliche Unsicherheit darüber, inwieweit auch eine Behandelbarkeit solcher Störungen im Alter gegeben ist. Hierzu sind in den letzten fünf Jahren seitens der Gerontopsychosomatik theoretische und klinische Modelle entwickelt worden, die nachfolgend in der gebotenen Kürze übersichtsartig dargestellt werden. Bei gegebener Indikation kann heute eine erfolgreiche gerontopsychosomatische Behandelbarkeit auch bei alten Patienten erwartet werden.

1. Grundlagen

Die Gerontopsychosomatik ist als Querschnittsfach Teil der Versorgungsaufgaben des *Facharztes für Psychotherapeutische Medizin* mit einer besonderen Nähe sowohl zur *Inneren Medizin/Geriatrie* als auch zur *Gerontopsychiatrie*. Innerhalb der studentischen Ausbildung werden gerontopsychosomatische Inhalte im zweiten klinischen Studienabschnitt innerhalb des scheinpflichtigen Praktikums „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ vermittelt. Die Gerontopsychosomatik nimmt die gerontologischen Forschungsergebnisse zur Kompetenz und Lernfähigkeit im Alter auf und vertritt ein *Entwicklungsparadigma des gesamten Lebenslaufs*. Neben der spezifischen Auseinandersetzung mit möglichen gesundheitlichen Belastungen und Einschränkungen sowie Behinderungen für alte Menschen stellt der normale körperliche Alternsprozess eine zentrale und unentrinnbare Entwicklung dar, die es zu meistern gilt. Da der somatische Alternsprozess der „Motor“ dieser anstehenden Entwicklung ist, wird er als „*somatogener Organisator*“ der Entwicklung in der zweiten Hälfte des Erwachsenenlebens bezeichnet (Heuft, 1994). Der Organisator repräsentiert das die Entwicklung im jeweiligen Lebensabschnitt führende „Organ“. Aus verhaltenstherapeutischer Sicht werden negativ konnotierte Altersstereotypen und das Gleichgewicht zwischen kognitiven und motivationalen Systemen betont.

Beispielhaft für das Verständnis solcher durch den somatogenen Organisator ausgelöster Entwicklungsaufgaben seien hier der Umgang mit dem verkürzten nächtlichen *Schlafbedarf* (Fehldiagnose: „Schlafstörung“), der sich verändernden *sexuellen Funktionsabläufe* (notwendige kreative „Neugestaltung“ der sexuellen Kommunika-

tion) und dem Umgang mit *Schmerzerleben* als komplexe bio-psycho-soziale Problem- und ggf. Konfliktlagen alter Menschen genannt, die zur Integration medizinisch-geriatrischer, soziotherapeutischer und psychotherapeutischer Maßnahmen anhalten.

2. Versorgungsbedarf

- Nach einem aktuellen Planungsgutachten zur gerontopsychiatrischen Versorgung der Stadt Solingen wird der Anteil *psychisch kranker* Menschen jenseits des 65. Lebensjahres von den befragten Internisten mit 15% und von den Allgemeinmedizinern mit 20% angegeben (Wolter-Henseler, 1996; entsprechend auch Cooper & Sosna, 1983), wobei gleichzeitig der Anteil ≥ 65 jähriger Patienten in der Fachpsychotherapie nur 0,5% betrug.
- Jüngste Untersuchungen ≥ 60 jähriger Patienten der Rheinischen Kliniken Essen, eines *geriatrischen Akutkrankenhauses*, belegen, daß rund 20% der Patienten die Fall-Kriterien einer klinisch bedeutsamen psychogenen Beeinträchtigung und die Kriterien mindestens einer psychischen Diagnose nach ICD-10 erfüllen.
- Nach einer Studie an der Essener Memory Clinic zeigte sich, daß rund 25% von 1000 Patienten, die unter dem Verdacht einer *Gedächtnisstörung im Alter* untersucht wurden, tatsächlich unter einer Neurose, akuten Belastungsreaktion oder Persönlichkeitsstörung im Alter litten (Heuft et al., 1997).

Damit ist das Problem der Fehlallokation von in der zweiten Hälfte des Erwachsenenlebens psychosomatisch erkrankten Patienten in praktisch allen somatischen Fachgebieten angesprochen. Im *ambulantem* Bereich ist für diese Patientengruppe eine enge Zusammenarbeit zwischen den Allgemeinmedizinern und Internisten mit geriatrischem Schwerpunkt einerseits und Fachärzten für Psychotherapeutische Medizin andererseits dringend wünschenswert. Für den *Konsiliardienst* innerhalb eines Allgemeinkrankenhauses lassen sich zwei zentrale Aufgabenstellungen herausarbeiten: (1.) das Problem der Krankheitsverarbeitung (Coping) in der somatischen Maximaltherapie der Hochleistungsmedizin, bei der eine psychosomatische Mitbehandlung deutlich günstigere Behandlungsverläufe zeigen kann, und (2.) das rechtzeitige Erkennen funktioneller, somatoformer bzw. dissoziativer Störungen neben vorbestehenden somatischen Grunderkrankungen.

Der **Behandlungsbedarf** ist offensichtlich; jedoch fordern ältere Patienten bei einer psychogenen Symptombildung ihrerseits (noch) selten psychotherapeutische Interventionen, und ihre Ärzte denken (noch) wenig an diese Behandlungsindikation. Es ist damit zu rechnen, daß im Sinne eines Kohorteneffektes eine Altersgeneration nachfolgen wird, die ihrerseits durch eine andere Sozialisation psychotherapeutischen Interventionen grundsätzlich positiver gegenüber eingestellt ist und entsprechende Behandlungsangebote aktiver nachsuchen wird.

3. Psychosomatisch-psychotherapeutische Therapieverfahren

Die wichtigsten psychotherapeutischen Grundorientierungen der Gerontopsychosomatik sind die *psychoanalytische* und *kognitiv-behaviorale Alterspsychotherapie*

sowie *Entspannungsverfahren*. Hauptindikationsbereiche der psychoanalytischen Psychotherapien sind neurotische Konflikte, Somatisierungsstörungen, Aktualkonflikte ohne repetitives (neurotisches) Konfliktmuster (siehe „Manual des Arbeitskreises zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik“, 1996) und Traumareaktivierungen. Die Reaktivierung traumatischer Lebensereignisse kann im Rahmen des (körperlichen) Alternsprozesses auch mit einer Latenz von mehreren Jahrzehnten bewirkt werden, ohne daß zwischenzeitlich die Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) vorliegen müssen.

Die Indikationsstellung der Verhaltenstherapie erfolgt symptom- bzw. störungs- und ressourcenbezogen (Übersicht bei Bayen u. Haag, 1996) und zielt auf die Funktionsfähigkeit im kognitiven Bereich, auf Aktivitäten des täglichen Lebens, Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen und depressive Störungen. Die veränderte Lernfähigkeit korreliert wenig mit dem chronologischen Alter, eher mit Variablen wie der individuellen Lerngeschichte, dem Training und der Motivation. Altersspezifische Verhaltenstherapie bezieht sich beispielsweise auf irrationale Denkstile und ein Realitätsorientierungstraining (ROT) (Literaturübersicht bei Heuft u. Marschner, 1994).

Neben *einzeltherapeutischen* Behandlungsverfahren mit Frequenzen in einer Spanne von 1-4 Behandlungsstunden pro Woche sind psychoanalytisch-orientierte und verhaltenstherapeutisch konzipierte *Gruppentherapien* nachgewiesen effektiv. Bei altersgemischten Gruppen sollte strikt die Bildung von Außenseiterpositionen verhindert werden (z.B. ein 75jähriger Patient unter sonst 50jährigen oder jüngeren). Wie bei jüngeren Patienten gilt der Grundsatz: „Soviel ambulant wie möglich“. Allerdings bringt die seit einigen Jahren in einer ganzen Reihe von Kliniken entwickelte Konzeption einer stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung unabhängig vom Lebensalter auch einen enormen Fortschritt für die Betroffenen.

Stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlungen erfolgen heute in der Akutbehandlung grundsätzlich in einem multimodalen Therapiesetting, in dem psychoanalytische und verhaltenstherapeutische Interventionen je nach der Problemlage zusammen zur Anwendung kommen. Die stationären Behandlungen werden - abgesehen von Kriseninterventionen, z.B. für zwei Wochen - in der Regel einen 6-12wöchigen, fokalthérapeutisch konzipierten Rahmen benötigen, um ausreichend effektiv sein zu können. Wenn die Akuität, Komplexität oder Schwere der Erkrankung eine voll- oder teilstationäre Behandlung indiziert erscheinen läßt, sollte diese gerade im Alter gemeindenah und mit konkreten Bezügen in das anschließende „ambulante“ Umfeld erfolgen. Neben der stationären wohnortnahen Akutbehandlung werden in jüngerer Zeit auch im Bereich der *psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation* Konzepte für ältere und alte Menschen entwickelt. Da sich die therapeutischen Zielsetzungen einer Akut- und einer Rehabilitationsbehandlung definitionsgemäß unterscheiden, sollten auch zukünftig beide Behandlungsmöglichkeiten für alte Menschen unter dem Aspekt der differentiellen Therapieindikation weiterentwickelt werden.

Darüber hinaus sollten Kenntnisse über die psychischen Folgen des normalen Alternsprozesses und chronischer gesundheitlicher Behinderungen in allen medizini-

schen Fachgebieten im Rahmen der *Psychosomatischen Grundversorgung* vertieft erworben werden. Somatoforme Störungen werden oft durch den somatischen „Multimorbiditätsaspekt“ alter Menschen übersehen (Hirsch et al., 1992). - Bei großer Variabilität der Dauer einzelner Sitzungen und der Gesamtbehandlung gelingt über den Ich-stützenden und kompetenzfördernden Ansatz einer supportiven psychodynamischen Psychotherapie auch die Begleitung somato-psychisch Schwerkranker. - Psychotherapeutische Behandlungsansätze bei dementiellen Prozessen (Bauer et al., 1995) stehen noch am Anfang.

Die Behandlungsverweigerung fachpsychotherapeutischer Behandlung gegenüber alten Menschen bei nachgewiesenen effektiven Therapieverfahren besonders in Deutschland gründet sich sowohl auf negative Altersbilder (Radebold, 1992) als auch auf die Abwehr der (auch politischen) Biographie alter Menschen (Lohmann u. Heuft, 1997) seitens der Behandler. Da sich eine selbständige Lebensführung bis ins hohe Alter ganz wesentlich auf die psychische Gesundheit stützt, ist die Versorgungslage für psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelbare Symptome bzw. Krankheiten alter Menschen insgesamt sowohl aus ethischen wie ökonomischen Bedingungen dringend weiterzuentwickeln.

Kapitel IV: Krankheit, Verletzung und Behinderung

c) Gerontopsychiatrie

Ältere Menschen, die unter psychischen und Verhaltensstörungen leiden, bilden das primäre Aufgabengebiet der Gerontopsychiatrie. Epidemiologische Untersuchungen belegen, daß ca. 25% der über 60jährigen unter einer psychischen Störung leiden. Von diesen sind ca. ein Viertel bis ein Drittel dringend psychiatrisch behandlungsbedürftig. Treten auch die kognitiven Störungen bei Älteren erheblich häufiger als bei Jüngeren auf, so sind die übrigen psychischen Störungen im Alter nicht so selten wie man häufig annimmt. Hierzu gehören insbesondere: depressive und Angst-Störungen sowie neurotische, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Sucht und suizidales Syndrom. Leider werden diese Krankheitsbilder oft nicht erkannt. Aufgrund der Besonderheiten älterer Menschen (erhöhte soziale Vulnerabilität, veränderte Fähigkeit zur Adaptation, veränderte körperliche Gegebenheiten, Multimorbidität, Neigung zur Chronizität, verzögerte Rekonvaleszenz und Veränderung der Pharmakokinetik sowie -dynamik) sowie der großen inter- und intraindividuellen Schwankungsbreite der körperlichen, psychischen und sozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten bedarf es individuell ausgerichteter Interventionen. Ein mehrstufig gegliedertes und zunehmend spezialisiertes regionales Versorgungssystem mit nicht-professionellen (Selbst-, Bürger-, Nachbarschaftshilfe) und professionellen (ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen der Gerontopsychiatrie sowie der Altenhilfe) Hilfen ist erforderlich.

1. Gerontopsychiatrisches Assessment

Bevor gerontopsychiatrische Interventionen (Prävention, Behandlung, Rehabilitation, Pflege) durchgeführt werden, ist ein „gerontopsychiatrisches Assessment“ notwendig. Dieses geht über die übliche medizinische Diagnostik (z.B. Labor- und Röntgenuntersuchung, Computertomogramm) und psychometrische Untersuchungsverfahren hinaus und ist prozeßorientiert. Erstellt wird dieses multiprofessionell und interdisziplinär. Es soll

- das Ausmaß der Einbußen, die vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten (Kompetenzen) und deren Möglichkeiten an Aktivierung bzw. Reaktivierung festgestellt werden,
- ein diesbezüglicher Behandlungs- bzw. Rehabilitationsplan unter Einbeziehung der regional vorhandenen Hilfs-, Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten einzelfallbezogen erstellt,
- Angehörige des Betroffenen sowie dessen soziales Umfeld einbezogen und

- die Interventionen auf deren für den Patienten und seinen Bezugspersonen nützlichen Effekt überprüft oder verändert werden.

Das Assessment gibt Auskunft über den allgemeinmedizinischen (Stichwort: Multimorbidität, Polypathie), psychischen (kognitiv, affektiv), pflegerischen (z.B. „Alltagsaktivitäten“), sozialen (z.B. Beziehungsgefüge) und wirtschaftlichen (z.B. Höhe der Rente) Zustand eines Patienten sowie über real vorhandene Möglichkeiten (z.B. Sozialstation, Selbsthilfegruppe, Hausarzt, Klinik), die zu einer Verbesserung des Zustands führen und zu dessen Stabilisierung beitragen können. Das Gerontopsychiatrische Assessment orientiert sich daran, wie ein alter Mensch mit seinen Einbußen umgeht, über welche Kompetenzen er verfügt und wie er diese einsetzt. Aufgrund dieses Assessments wird ein individueller Interventionsplan erstellt und später auf dessen Effizienz überprüft.

Von dem Krankheitsbild, der Situation und der Problemstellung eines Patienten ist es abhängig, welche und wieviele Untersuchungen zur Klärung des Gesamtbildes und der Gesamtsituation erforderlich sind. Entscheidend ist, daß nicht einzelne Untersuchungsergebnisse oder Problembereiche bewertet werden, sondern in eine „ganzheitlich“ ausgerichtete Sichtweise eingefügt werden. Geklärt wird durch das Assessment auch, welcher Behandlungsort (zu Hause, Alteneinrichtung, Tagesklinik, Klinik, Rehabilitationseinrichtung) erforderlich ist, welche Interventionen durchzuführen sind, wer diese ausführen und „wohin“ behandelt werden soll.

2. Mehrdimensionale multiprofessionelle Behandlung

Da der Alternsprozeß mehrdimensional verläuft und eine psychische Erkrankung nicht nur eine Ursache hat, ist eine sinnvolle und effektive Behandlung auf mehreren Ebenen von verschiedenen Berufsgruppen, die patienten- und teamorientiert miteinander arbeiten, erforderlich. Oft sind die Grenzen zwischen einer Behandlung und Rehabilitation fließend, z.T. sind auch präventive Aspekte einzubeziehen. Je nach Behandlungsort (zu Hause, Alteneinrichtung, Tagesklinik, Klinik) ergeben sich die Behandlungsmöglichkeiten. Grundsätzlich sollte man versuchen, einen Patienten dort zu behandeln, wo er lebt. Eine Reihe von therapeutischen Interventionen, die aufeinander abgestimmt sind, stehen zur Verfügung:

1. Milieuthérapie

Neben der Architektur, der Einrichtung u.ä. ist das Milieu mitentscheidend, ob und wie Interventionen durchgeführt werden können und wirken. Die Milieuthérapie gehört zur „Grundausstattung“ einer gerontopsychiatrischen Behandlung. Die wichtigsten Komponenten sind: eine konstante einfühlsame Bezugsperson, ein patientenorientierter strukturierter Tagesablauf und eine streßarme gut überschaubare Umgebung. Natürlich sind die Möglichkeiten im häuslichen Rahmen anders als in einem Altenheim oder in der Klinik. Voraussetzung für eine Milieuthérapie ist, daß alle Beteiligten über Ressourcen und Inkompetenzen, Lebensgeschichte, soziale und derzeitige Situation der Patienten informiert sind sowie Angehörige bei stationären kranken Alten in das therapeutische Setting einbezogen werden.

2. Ergotherapie

Die Ergotherapie mit ihren vielfältigen Behandlungsangeboten wird ambulant, teilstationär und stationär durchgeführt. Durch die Anwendung verschiedener Medien (z.B. Farben, Ton, Holz, Speckstein) werden nonverbale Kompetenzen gefördert und die Freude am kreativen Schaffen geweckt. Selbstvertrauen, Selbstsicherheit, Ausdauer und kommunikatives Verhalten werden ohne Leistungsdruck verstärkt. Angeboten werden: Hirnleistungs-(Gedächtnis-)training, Realitäts-Orientierungs-Training, Sensibilitäts- und Wahrnehmungstraining, Förderung der Aktivitäten des täglichen Lebens, gestalterische Techniken, Gestaltungstherapie, handwerkliche Techniken und Koch- und Haushaltstraining. Je nach Behandlungsort erfolgt die Ergotherapie einzeln oder im Gruppenrahmen.

3. Sozialarbeit

Sozialarbeiter fördern und unterstützen die Kooperation und Koordination der verschiedenen regionalen Einrichtungen der Altenhilfe und der Klinik sowie die Angehörigenarbeit einzeln und in Gruppen. Sie

- helfen den Patienten im materiellen und sozialen Bereich,
- nehmen Kontakt mit Institutionen im sozialen Versorgungsnetz auf,
- bereiten eine Heimübersiedlung vor,
- organisieren soziale Hilfe im Umfeld vor der Entlassung nach Hause,
- beraten Angehörige,
- vermitteln Wissen über existentielle und soziale Hilfen sowie im Sozialrecht,
- sie stärken den Patienten in seinen Kompetenzen im Umgang mit Alltagsaktivitäten und -konflikten.

4. Medikamentöse Behandlung

Die medikamentöse Behandlung in der Gerontopsychiatrie muß nach dem Grundsatz erfolgen: einfach, sparsam, individuell und situativ. Eine relativ engmaschige Kontrolle der Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten ist erforderlich. Vor der medikamentösen Behandlung sollte eine Reihe von Fragen geklärt werden (z.B. Art und Umfang der Medikation, mögliche nichtmedikamentöse Alternativen, Eß- und Trinkgewohnheiten, Compliance).

Neben einer häufig erforderlichen internistischen Medikation (z.B. für Herz, Kreislauf, Blutdruck, Infektion) werden je nach Krankheitsbild und Symptomatik Psychopharmaka (Neuroleptikum, Antidepressivum, Tranquilizer/Hypnotikum, Nootropikum, Antidementivum) gegeben.

Besonders wichtig ist zudem, für eine ausreichende Zufuhr von Flüssigkeit und altersentsprechende Nahrung zu sorgen. Einschleichende Medikamentengabe (beginnend meist mit 1/3 der „Erwachsenendosis“), Beachtung der Halbwertszeiten, Vermeidung von Kombinationspräparaten, baldige Absetzversuche (bei Tranquilizern) u.a. gilt es zu berücksichtigen.

5. Krankengymnastik und Bewegungstherapie

Einzeln und in Gruppe wird je nach Indikation die Krankengymnastik ambulant oder stationär durchgeführt. Im Rahmen einer stationären Behandlung werden Gruppen-

gymnastik, Hockergymnastik und Entspannungsgruppen angeboten. Häufig wird dies mit Musik unterstützt. Patienten mit massiven Bewegungsstörungen, Lähmungen und Gangstörungen unterschiedlichster Genese sowie Bettlägerige werden bevorzugt einzeln behandelt.

Sie hat als Ziel die Verbesserung und Schulung: der Koordination, der Konzentration, der Feinmotorik, der Kreativität und der Reaktion. Durchgeführt wird sie einzeln oder in der Gruppe. In der Bewegungstherapie haben organisch-funktionelle Störungen und psychisches oder soziales Fehlverhalten bei den Patienten gleiche Priorität.

6. Pflege

Die Pflege wird heute nach dem Modell des Lebens (Lebensaktivitäten, Lebensspanne, Abhängigkeit/Unabhängigkeits-Kontinuum, Faktoren, welche die Lebensaktivitäten beeinflussen können und Individualität im Leben) unter Einbeziehung des Bereichs „mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen“ durchgeführt. Regelaufgaben für das Pflegepersonal in der Gerontopsychiatrie sind:

- allgemeine Pflege (z.B. Pflegedokumentation, Mobilisation, Sicherstellung der Nahrungsaufnahme),
- spezielle Pflege (z.B. einzelfall- und gruppenbezogene Behandlungs- und Betreuungspflege, Gestaltung und Durchführung von Aktivitäten außerhalb der Station),
- mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten (z.B. Therapie- und Arbeitsbesprechungen, Supervision, Stationsorganisation).

7. Psychotherapie

Psychotherapie kann durch ein Verfahren, in Kombination mit einem anderen oder als Teil einer multimodalen Therapie (in Tageskliniken oder Kliniken) durchgeführt werden, und zwar in Einzel-, Paar-, Familien- oder in Gruppentherapie. Abhängig ist dies weniger vom kalendarischen Alter als vielmehr von der Art, Schwere und Dauer des Krankheitsbildes, dem Allgemeinzustand des Patienten und seinem sozialen Umfeld. Die Psychotherapie wird ambulant, teilstationär oder in der Klinik (z.B. Gerontopsychiatrische Abteilung, psychosomatische bzw. psychotherapeutische Klinik) durchgeführt.

An psychotherapeutischen Verfahren werden heute bei alten Menschen hauptsächlich durchgeführt (siehe auch Kap. IV b): psychoanalytische und tiefenpsychologisch orientierte sowie verhaltens- und kognitiv-behavioristische. Bewährt haben sich auch Entspannungsverfahren, die oft in Kombination mit anderen Psychotherapieverfahren eingesetzt werden. Generelle Zielvorstellungen der Psychotherapie sind: Beschwerdefreiheit, Wiedergewinnung von Liebesfähigkeit, Genußfähigkeit, Trauerfähigkeit, Kontaktvermögen und Arbeitsfähigkeit (nicht berufliche). Diese Zielvorstellungen richten sich zudem nach den psychosozialen Aufgaben und Krisen, die je nach Alterskohorte unterschiedlich sind. Bei jeder Psychotherapie ist weniger das Lebensalter als vielmehr die Dauer der psychischen Störung oder Erkrankung für eine Prognose entscheidend.

3. Rehabilitation

Fähigkeitsstörungen in Folge von psychischen Störungen, die durch kurative Maßnahmen nicht genügend beeinflussbar sind, sind das Aufgabengebiet der gerontopsychiatrischen Rehabilitation. Dies trifft besonders auf therapieresistente, chronifizierte Zustandsbilder (z.B. chronifizierte Depressionen, Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis) und auf kognitiv-mnestische Beeinträchtigungen (Demenzen) zu. Notwendig ist eine ausreichende Erfolgsaussicht für die angestrebten Maßnahmen unter Berücksichtigung von z.T. körperlicher oder psychischer Belastbarkeit. Die Voraussetzungen für eine Rehabilitationsmaßnahme werden in einem gerontopsychiatrischen Assessment überprüft. Als Maßnahmen, die von einem multiprofessionellen Team durchgeführt werden sollen, werden eingesetzt:

- körperliches Aktivierungstraining (Verbesserung von Beweglichkeit, motorischer Geschicklichkeit und Ausdauer) zur Abschwächung psychiatrischer Symptomatik,
- spezifisches kognitiv-mnestisches Training (verschiedene Lern- und Aktivierungsprogramme) zur Verbesserung von selektiver Aufmerksamkeit, Verarbeitungsgeschwindigkeit und Lernen sowie
- psychologische und psychotherapeutische Methoden (Entspannungstraining, Selbstsicherheitstraining, soziales Training, Kommunikationstraining, systemtherapeutische Ansätze, Angehörigenberatung und -führung) zur Besserung der psychischen und sozialen Leistungsfähigkeit.

Der Rehabilitationserfolg wird durch die Milieuthapie deutlich verbessert. Nach Möglichkeit sollen gerontopsychiatrische Rehabilitationsmaßnahmen ambulant durchgeführt werden.

4. Versorgungsstrukturen

Vielfältig und regional sehr unterschiedlich ist das Angebot an gerontopsychiatrischen Einrichtungen und deren Vernetzung mit Einrichtungen der Geriatrie, Altenhilfe, Allgemeinmedizin und -psychiatrie.

1. Ambulanter Bereich

Im ambulanten Bereich wird die Versorgung psychisch kranker Älterer primär durch die niedergelassenen Hausärzte und die Sozialstationen bzw. ambulante Kranken- und Altenpflagedienste, sekundär durch Nervenärzte bzw. Psychiater und kaum durch Sozialpsychiatrische Dienste gewährleistet. Nur in sehr geringem Umfang sind Psychotherapeuten einbezogen. Wenige in Gerontopsychiatrie erfahrene Ärzte arbeiten derzeit im ambulanten Bereich. Gerontopsychiatrische Ambulanzen bzw. Dienste, z.B. an Landeskrankenhäusern, werden erst jetzt vermehrt eingerichtet und haben außer der Betreuung von Heimen, Ambulanzsprechstunden eher eine „Komm-Struktur“. Ist die Ambulanz Teil eines Gerontopsychiatrischen Zentrums, werden Patienten vermehrt auch im häuslichen Umfeld aufgesucht. Manche gerontopsychiatrische Ambulanzen verfügen zudem über eine „Gedächtnissprechstunde“ oder „Memory-Clinic“ und/oder eine „psychotherapeutische Sprechstunde“.

2. Teilstationärer Bereich

Gerontopsychiatrische Tageskliniken sind ein teilstationäres Behandlungsangebot, mit dem eine vollstationäre Behandlung ersetzt, verkürzt oder vermieden werden kann. Seit 1991 hat die Anzahl der Tageskliniken erheblich zugenommen. Derzeit gibt es 29 Tageskliniken in der Bundesrepublik Deutschland. Weitere Tageskliniken sind in Planung oder in der Umsetzungsphase. Ihre Größe liegt zwischen 10 und 30 Plätzen, im Mittel um 15 Plätze. Alle verfügen über ein multiprofessionelles Team. Deutlich ist der Trend zu größerer Differenzierung des therapeutischen, speziell des psychotherapeutischen Angebotes. Depressive stellen die am häufigsten behandelte Patientengruppe dar. Zugenommen hat die Bereitschaft, Demenzkranke zu integrieren. Auch Abhängigkeitskranke werden vermehrt in den Tageskliniken behandelt.

3. Gerontopsychiatrisches Zentrum

Gerontopsychiatrische Zentren (GZ), die „als treibende Kraft der geronto-psychiatrischen Versorgung“ bezeichnet werden (Expertenkommission 1988), sind in einigen Regionen bereits verwirklicht (z.B. Bonn, Gütersloh, Kempten, Kaufbeuren, Münster), weitere im Aufbau. Zudem arbeiten einige Einrichtungen in der Bundesrepublik - nach einer Umfrage mindestens 18 -, die über eine gerontopsychiatrische Tagesklinik und Ambulanz verfügen, im Sinne eines GZs. Gerontopsychiatrische Zentren bestehen aus einer Ambulanz bzw. einem ambulanten Dienst, einer Tagesklinik und Altenberatung. Hinzu kommen für eine Versorgungsregion wichtige übergeordnete Tätigkeiten. Nachgewiesen werden kann, daß durch die Arbeit eines GZs die Versorgung psychisch kranker alter Menschen erheblich verbessert werden kann.

4. Klinisch-stationärer Bereich

Die klinisch-stationäre Behandlung findet meist in gerontopsychiatrischen Abteilungen von Landes- bzw. Bezirkskrankenhäuser statt. In psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäuser ist z.T. eine Station für psychisch kranke ältere Menschen zuständig. Nach einer Hochrechnung stehen in der Bundesrepublik Deutschland (alte Bundesländer) ca. 0,2 gerontopsychiatrische Betten für 1000 Einwohner zur Verfügung. Seit dem Gesundheitsstrukturgesetz sind in diesen Abteilungen nur noch akute Patienten („Behandlungsfälle“). Pflegebedürftige („Pflegefälle“) werden in Heimen versorgt. Behandelt werden in der Gerontopsychiatrie alle psychiatrischen Krankheitsbilder. Zu beobachten ist, daß zunehmend eher schwerstkranke multimorbide Patienten, die auch eine psychische Störung haben, in gerontopsychiatrische Abteilungen eingewiesen werden, psychisch kranke alte Menschen (z.B. depressive) ohne körperliche Leiden dagegen eher in Universitätskliniken oder z.T. auch in somatische Krankenhäuser. Deutlich vermehrt haben sich auch die Hoch- und Höchstbetagten. Ein Teil der Patienten wird mangels regionaler Behandlungsalternativen aufgenommen. Psychotherapeutische bzw. Psychosomatische Kliniken fühlen sich erst seit kurzem für psychisch kranke alte Menschen (z.B. bei Neurosen, oder Psychosomatosen) zuständig.

5. Heimbereich

Besonders schwierig ist derzeit die Situation der Altenheime und Altenpflegeheime. Vermehrt werden Hoch- und Höchstaltrige mit chronischen psychischen und/oder körperlichen Störungen aufgenommen. Hinzu kommt, daß in nur wenigen Altenpflegeheimen ein in der Gerontopsychiatrie erfahrener Arzt konsiliarisch tätig ist.

5. Rechtliche Fragen

Die Gerontopsychiatrie hat neben einem Versorgungsauftrag auch einen öffentlich-rechtlichen. Deshalb muß sie sich mit mehreren juristischen und ethischen Problem-bereichen intensiver als andere medizinische Disziplinen auseinandersetzen, insbesondere mit dem Betreuungsrecht, dem jeweils länderspezifischen Unterbringungsgesetz und dem Pflegeversicherungsgesetz.

Eine adäquate und differenzierte Anwendung des Betreuungsgesetzes (Neufassung von einigen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches [BGB] und des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit [FGG]), welches dem Be-treuten ein Maximum an Selbständigkeit zugesteht, im Gegensatz zum früheren Vormundschaftsgesetz, bedarf einer guten Zusammenarbeit von Arzt, Richter und Betreuer. Eine Betreuung für alle Aufgabenkreise (z.B. Vermögenssorge, Woh-nungsangelegenheiten, Heilbehandlung) ist nur als Ausnahme vorgesehen.

Die Gesetzesgrundlage für eine Einweisung in die Gerontopsychiatrie gegen den Willen eines Patienten oder bei dessen Einsichtsunfähigkeit kann das Betreuungs-recht („Freiheitsentzug mittels vormundschaftlicher Genehmigung“ § 1906 Abs. 1 BGB) oder das Unterbringungsgesetz, welches länderspezifisch ist, sein. Immer ist es ein gravierender Eingriff in die Persönlichkeitsrechte des Betroffenen. Besteht eine Betreuung, muß gegebenenfalls der Betreuer eine Unterbringung vom Gericht genehmigen lassen. Möglich ist unter bestimmten Voraussetzungen - die häufig z.B. bei Demenzkranken gegeben sind - bei Eilbedürftigkeit eine sofortige Einrichtung ei-ner Betreuung durch den Richter. Bestehen die Voraussetzungen für eine Einwei-sung in eine psychiatrische Klinik nach dem Unterbringungsgesetz, so ist in den meisten Ländergesetzen vorgegeben, daß diese der einweisende Arzt beim Ord-nungsamt beantragt. Besonders schwierig und belastend ist der Umgang mit Zwangs- und Gewaltmaßnahmen für alle Beteiligten. Diese sind bei betreuten Pa-tienten durch das Gericht genehmigungspflichtig. Diese sinnvoll und wirklich als „ultima ratio“ einzusetzen, ohne zu Schaden und Verletzung der Menschenwürde von allen Beteiligten zu führen, bedarf vielschichtiger, intensiver, selbstkritischer und alternativer Bemühungen.

Das Pflegeversicherungsgesetz (Sozialgesetzbuch [SGB] XI), fünfte Säule der So-zialversicherung, hat zu nachhaltigen Veränderungen der Pflege chronisch kranker und hilfsbedürftiger alter Menschen geführt. Als pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes gelten die Personen, die wegen Krankheit oder einer Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer in erheblichem Maße der Hilfe bedürfen. Nach der Häufigkeit und Zeitdauer der notwendigen Hilfen sind drei Pflegestufen definiert, die unterschiedliche Leistungen in einem bestimmten Umfang finanzieren. Wie sich gezeigt hat, wird die Schwere der Hilfsbedürftigkeit von chronisch psychisch kranken alten Menschen immer noch zu wenig berücksichtigt und anerkannt.

Kapitel IV: Krankheit, Verletzung und Behinderung

d) Sucht

Die im Alter am häufigsten benutzten Suchtmittel sind Psychopharmaka (insbesondere Benzodiazepine), Alkohol und Nikotin.

Die Mehrzahl aller ärztlich verordneten Medikamente erhalten über 65jährige. Die Verordnungshäufigkeit steht in Beziehung zu der im Alter ansteigenden Morbidität.

Dagegen läßt sich die starke Zunahme der Verordnungshäufigkeit von **Psychopharmaka** nicht allein mit der im Alter leicht erhöhten Prävalenz psychischer Störungen erklären: Über 65jährige machen etwa ein Sechstel der Bevölkerung aus, sie erhalten aber fast die Hälfte aller Schlaf- und Beruhigungsmittel. Vielmehr ergeben sich Hinweise darauf, daß die Zunahme der Psychopharmakaverordnungen (insbesondere von Tranquilizern) vor allem mit der Zunahme körperlicher Erkrankungen im Alter korreliert.

Neben einer möglichen Fehlbehandlung körperlicher Beschwerden bzw. Erkrankungen im Alter lassen die Ergebnisse der Berliner Altersstudie auch auf eine Fehlmedikation psychischer Störungen im Alter schließen: Ältere Menschen (über 70jährige) mit einer Depression erhielten in 40% der Fälle Benzodiazepine, aber nur in 6% Antidepressiva verordnet. Zumindest bezüglich Benzodiazepinen wird ein Zusammenhang zwischen ärztlicher Verschreibungspraxis und Medikamentensucht im Alter gesehen.

Bis vor wenigen Jahren wurde angenommen, daß **Alkohol**-Abhängigkeit im Alter kein Problem darstelle. Vermutet wurde, daß durch die Übersterblichkeit Alkoholiker gar nicht erst ein höheres Lebensalter erreichen. Heute ist belegt, daß Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit auch im Alter vorkommen und daß Erkrankungen, die mit der toxischen Wirkung von Alkohol zusammenhängen, einen beträchtlichen Teil der Aufnahmen älterer Patienten in Allgemeinkrankenhäuser verursachen. Bei den Alkoholkranken wird jene größere Gruppe, die bereits im frühen oder mittleren Erwachsenenalter einen Alkoholmißbrauch betrieben („early onset“), von jener unterschieden, die erst im späten Lebensalter damit begannen („late onset“).

Das Rauchen ist eine gesellschaftlich tolerierte und auch bei älteren Menschen weit verbreitete Sucht. **Nikotin**-Abhängigkeit ist ein kardio- und zerebrovaskulärer Risikofaktor und stellt einen die Sekundärprävention bei vaskulärer Erkrankung erschwerenden Faktor dar.

Über das Ausmaß von Sucht in der Altenbevölkerung liegen bisher wenig gesicherte Daten vor. Bisherige Annahmen gehen davon aus, daß etwa 5% der über 65jährigen an Mißbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten (betroffen vor allem Frauen) leiden, 0,5-3% wiederum Alkohol süchtig mißbrauchen (darunter sind überwiegend Männer anzutreffen).

Angenommen wird darüber hinaus eine große Dunkelziffer: Die Sucht der Alten spielt sich in unserer Gesellschaft überwiegend in Einsamkeit zu Hause ab. Und auch dort, wo Angehörige noch vorhanden sind und von der Sucht wissen, sind häufig Scham und Verleugnungstendenzen zu beobachten. Zudem ist die Sucht älterer Menschen auch für die Professionellen nicht leicht zu erkennen, da die begleitenden Symptome unspezifisch sind und die Grenze zwischen ärztlich indiziertem Gebrauch und einem Mißbrauch speziell von Medikamenten in keiner anderen Altersgruppe so schwer zu ziehen ist.

Die Abhängigkeit von illegalen Drogen spielt bisher in westlichen Ländern bei Älteren keine wesentliche Rolle. Auch liegen über weitere Suchtmanifestationen wie Spiel-, Eß- und Stehlsucht im Alter keine Zahlen vor.

1. Gründe

Folgende Entstehungsbedingungen für Suchterkrankungen im Alter werden vorrangig diskutiert:

- Das Alter konfrontiert mit einer Vielzahl von Einschränkungen, Beschwerden, Verlusten.
- Viele ältere Menschen haben nie gelernt, mit Problemen adäquat umzugehen und aktiv Lösungen anzustreben.
- Die Selbsttherapie bei vielfältigen mit dem Alter und mit Erkrankungen im Alter einhergehenden Beschwerden, z.B. mit Alkohol als „Stärkungsmittel“ oder als „Einschlafhilfe“, liegt daher nahe.
- Zudem werden ängstlich-unruhige Spannungszustände bei Depressionen oder Angststörungen bzw. körperliche Beschwerden oder Einschränkungen der Lebensfreude im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen noch zu häufig mit Benzodiazepinen behandelt.
- Hinzu kommt ein Wegfall der sozialen Kontrolle (am Arbeitsplatz, im Verein, in der Familie) nach Ausscheiden aus dem Beruf und bei zunehmender Isolation.
- Bei nicht wenigen der im Alter Süchtigen ist zudem eine späte erneute Dekompensation einer früheren „early-onset“ Sucht eingetreten.

2. Erkennen

Das Erkennen, Voraussetzung für eine adäquate Behandlung, ist im Alter schwieriger als bei Jüngeren (s.o.). Folgende Symptome sollten differentialdiagnostisch an eine Suchterkrankung denken lassen: Gleichgewichtsstörungen und wiederholte Stürze;

Konzentrations- und Gedächtnisstörungen; Unterernährung und Vitaminmangel; Harn- und Stuhlinkontinenz; Polyneuropathie; allgemeine Ängstlichkeit, innere Unruhe, Antriebsminderung, depressive Verstimmung oder Verwirrtheit und Halluzinationen; soziale Isolation und Verwahrlosung. Wichtig erscheint es, überhaupt an die Möglichkeit von Sucht im Alter zu denken und gezielt danach zu fragen (z.B. trinken Sie Ihren Tee oder Kaffee gerne „mit Schuß“?).

3. Therapie

Grundsätzlich sind Behandlungserfolge zumindest ebenso häufig wie bei Jüngeren. Die wenigen Fachkliniken in der Bundesrepublik, die spezielle Behandlungskonzepte für süchtige Ältere anbieten, berichten sogar von höheren Abstinenzquoten als bei Jüngeren. Auch lassen sich bei zum Teil hochbetagten Menschen und jahrzehntelangem Benzodiazepinmißbrauch mittels fraktioniertem Entzug gute Erfolge dokumentieren.

Voraussetzung sind „realistischer Optimismus“ (statt falsch verstandener „Toleranz“: „In solch einer Situation würd' ich mich auch zumachen ...“), Respekt vor der Persönlichkeit und den Lebensumständen der Betroffenen, Motivationsarbeit zur Reduktion oder gar Aufgabe des Suchtmittelgebrauchs und Hilfestellung bei Erarbeitung von Lösungsstrategien. Häufig gehört die Einbeziehung des sozialen Umfeldes, insbesondere der Angehörigen, dazu.

Gefordert ist also eine „therapeutische Grundhaltung“, in deren Zentrum das Gespräch steht. Grundsätzlich gehört eine solche Vorgehensweise in die Hand des Hausarztes.

Häufiger als bisher sollte der Hausarzt aber bei der Behandlung psychisch und speziell süchtig kranker alter Menschen als „casemanager“ aktiv werden und rechtzeitig andere Dienste einbeziehen wie ambulante Pflegedienste und Sozialarbeiter, bzw. die Mitbehandlung des niedergelassenen Nervenarztes anstreben.

Sofern eine regionale Selbsthilfegruppe vorhanden und die Bereitschaft da ist, auch ältere Süchtige aufzunehmen, sollte deren Einbeziehung erwogen werden.

Die Erfahrung lehrt, daß mit Hilfe eines derartigen psychische, soziale und körperliche Aspekte berücksichtigenden Vorgehens einem Großteil der Süchtigen im Alter geholfen werden kann.

Unter Umständen machen die Schwere der Sucht, die Komplexität der psychischen Probleme oder/und die ungünstigen sozialen Umstände eine stationäre Therapie erforderlich. Bedauerlich ist nur, daß sich bisher erst wenige Kliniken den speziellen Behandlungserfordernissen älterer Süchtiger gestellt haben. Mit einer modifizierten Vorgehensweise gelingt es, auch Ältere für die Auseinandersetzung mit psychodynamischen Zusammenhängen zu sensibilisieren und die Suchterkrankung zu be-

arbeiten . Dazu gehören u.a. altershomogene Therapiegruppen, freundlich-verstehendes therapeutisches Milieu und kürzere Therapiesitzungen.

4. Prävention

Präventiv könnten drei Strategien wirken:

- Die in der Primärversorgung tätigen Ärzte bedürfen einer speziellen Schulung, damit psychische Störungen im Alter rechtzeitig erkannt und adäquat behandelt werden. Der Grundsatz muß dabei lauten: Gespräch vor Medikament. Psychopharmaka sollten nur verordnet werden, wenn eine klare Indikation dafür vorliegt und wenn diese regelmäßig überprüft wird. Die Gefährlichkeit auch einer „Low-Dose-Dependency“ speziell bei Älteren ist zu fokussieren. Alkoholische „Hausmittel“ und deren Empfehlung sind zu problematisieren. Auch ist den Patienten zu verdeutlichen, daß Nikotin ein außerordentlich hohes Suchtpotential besitzt und daß chronisches Rauchen ein Hochrisikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen ist.

Zur adäquaten Behandlung psychischer Störungen im Alter gehört nicht nur, eine Übermedikation zu vermeiden. Vielmehr ist gleichzeitig davor zu warnen, behandlungsbedürftige psychische Störungen wie Depression oder Angst unter- oder fehlzumedizieren. Häufiger als bisher sollte der Hausarzt zudem den niedergelassenen Nervenarzt zur Mitbehandlung einbeziehen. Psychosomatische, psychotherapeutische und (geronto-) psychiatrische (Tages-) Kliniken, aber auch Suchtberatungsstellen sollten sich der speziellen Gruppe älterer Süchtiger öffnen.

- Ältere selbst sind zu motivieren, aktiv an der Lösung psychosozialer Krisen beizutragen oder nicht zu verändernde Einschränkungen zu akzeptieren - anstatt auf der Verschreibung von psychotropen Substanzen zu bestehen. Auch der „Antizipation“ der mit dem Alter einsetzenden Veränderungen und Verluste ist, vor Eintritt in das Alter, Beachtung zu schenken.
- Die Gesellschaft muß dazu bereit sein, Älteren Lebensbedingungen zu sichern, die es lebenswert erscheinen lassen, alt zu werden. Dazu gehören neben Bereitstellung materieller Hilfen vor allem Respekt, Anerkennung, Interesse, Phantasie, Anteilnahme und Trost.

Kapitel IV: Krankheit, Verletzung und Behinderung

e) Pharmakotherapie

Es existieren keine speziellen Medikamente für alte Patienten oder gegen das Altern. Rationale Behandlung betagter Patienten mit Arzneimitteln basiert auf den grundlegenden Prinzipien, wie sie auch für jüngere Patienten gelten, dem wissenschaftlich fundierten Einsatz und der Individualisierung. Kriterien erfolgreicher Pharmakotherapie sind ihre Sicherheit und ihr Nutzen.

1. Therapiesicherheit

Alternsvorgänge und Krankheitsfolgen im Alter können jedoch die Disposition (Aufnahme, Transport, Verteilung, Abbau und Ausscheidung) sowie auch die Wirkungsweise von Arzneimitteln maßgeblich beeinflussen. Als wichtige Einflußfaktoren sind zu nennen: eingeschränkte Nierenfunktion, Labilität im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, vermindertes Durstempfinden, schlechter Ernährungsstatus, geringe Muskelmasse und niedriges Körpergewicht, Genußmittelkonsum, Begleiterkrankungen als relative oder absolute Kontraindikationen sowie der Schweregrad von Erkrankungen. Neben anderen sind diese Faktoren bei der Arzneimittelauswahl, der Dosierung und der gleichzeitigen Behandlung mit mehreren Medikamenten zu berücksichtigen. Die bekannte Tatsache des erhöhten Risikos für Komplikationen ist auch Ausdruck eingeschränkter Homöostase und Funktionsreserven in Belastungssituationen im hohen Lebensalter (s. auch Kap. IV a).

Mögliche Folgen von Fehllindikationen und/oder Fehldosierungen sind unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Komplikationen, aber auch ausbleibender Behandlungserfolg. Untersuchungen zeigten, daß bis zur Hälfte der unerwünschten Ereignisse bei entsprechender Sorgfalt prinzipiell vermeidbar sind. Zu den im Alter überdurchschnittlich häufig durch Arzneimittel verursachten und/oder verschlechterten Symptomen zählen Verwirrheitszustände, Depression, Stürze, Orthostase, Obstipation, Harninkontinenz und Parkinsonismus. Multimorbidität und uncharakteristische Symptomatik erschwert das Erkennen von Nebenwirkungen. Es bedarf deshalb besonderer Aufmerksamkeit für Komplikationen durch Arzneimittel, um einen bedeutenden Morbiditätsfaktor im höheren Lebensalter möglichst zu minimieren. Die Häufigkeit von Komplikationen wächst mit steigender Komplexität der Therapieschemata. Patienten mit Mehrfachbehandlung sind deshalb per se als Risikopatienten zu betrachten und entsprechend zu überwachen.

Auch die Arzneimittelanwendung durch Patienten selbst bestimmt als wichtiger Faktor die Therapiesicherheit. Hohes Alter allein scheint kein Risikofaktor für mangelnde Therapietreue zu sein. Im höheren Lebensalter treffen jedoch sehr häufig mehrere Gegebenheiten zusammen, von denen bekannt ist, daß sie korrekte und regelmäßige Medikamenteneinnahme (Medikamenten-Compliance) negativ beeinflussen können. Zu nennen sind neben unzureichendem Krankheits- und Therapiewissen wiederum Folgen von Mehrfacherkrankungen und -behinderungen, beispielsweise eingeschränkte Seh-, Hörfähigkeit und Händigkeit sowie verminderte Gedächtnisleistungen, aber auch unzureichende (soziale) Unterstützung und Isolation. Kontinuierliche Medikamentenbehandlung mit komplexen Therapieschemata kann eine besondere Problematik an Schnittstellen der Versorgungskette, Übergang ambulant/stationär und vice versa, sein. Dies betrifft unter Umständen auch den Fluß von therapierelevanten Informationen. Zur Sicherstellung kontinuierlicher Arzneimittelaufnahme können Maßnahmen aller Art an der Versorgung Beteiligten genutzt werden, interdisziplinäre Zusammenarbeit hat sich als erfolgreich erwiesen.

Als Folge genannter Mehrfach-Behinderungen wächst mit steigendem Hilfs-, Pflegebedarf ebenfalls die Zahl der Personen, die Medikamente nicht mehr ohne Unterstützung anderer richten/einnehmen können. Entsprechend geht die Eigenverantwortung der Patienten für die Medikamentenanwendung auf Angehörige und/oder professionelle Helfer über. Dies ist bei der Verordnung durch entsprechende Aufklärung und therapiesichernde Instruktionen zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang wird auf die Bedeutung altersrelevanter pharmakotherapeutischer Kenntnisse auch der Kranken-, Altenpflegeberufe sowie anderer medizinischer Berufe hingewiesen.

2. Therapienutzen

Wirksame Arzneimitteltherapie trägt wesentlich zum Überleben und zur Aufrechterhaltung selbständiger Lebensweise insbesondere chronisch Kranker bei. Die für die Therapiesicherheit gemachten Ausführungen sind Voraussetzung auch für den Nutzen.

Ein Großteil der Pharmakotherapie im Alter dient der Behandlung von Symptomen und der Linderung von Leiden. Hinzuweisen ist darauf, daß insbesondere die Möglichkeiten der Schmerzbehandlung noch zu oft nicht ausreichend genutzt werden. Besonders bei der Beurteilung von Langzeitbehandlungen sind Aspekte der Lebensqualität (z.B. Nebenwirkungsarmut) wichtig. Diese sollten - neben der notwendigen Beachtung von Therapiekosten - auch als Kriterium praktizierter Pharmakotherapie in den Blickpunkt gerückt werden.

Deutliche Fortschritte sind zu verzeichnen beim Wissen um den Nutzen von Arzneimitteln im Rahmen der primären und sekundären Prävention im höheren Lebensalter. Zu nennen ist beispielsweise die Behandlung der arteriellen Hypertonie zur Prävention der bevölkerungsmedizinisch wichtigen kardio- und zerebrovaskulären Folgen der Atherosklerose (s. auch Kap. III a). Für andere Bereiche präventiver

Arzneimittelbehandlung können zukünftig entsprechende Ergebnisse erwartet werden.

3. Qualitätssicherung

Auf den Bevölkerungsanteil der über 65jährigen entfällt die Mehrzahl aller ärztlich verordneten Arzneimittel. Es ist zu erwarten, daß der Behandlungsbedarf weiter steigen wird. Diesem quantitativen Aspekt ist auch auf der qualitativen Seite Rechnung zu tragen. Als wesentliche ärztliche Maßnahme ist deshalb der Arzneimittelbehandlung im Alter in Forschung (Grundlagen - und klinische Forschung), Lehre sowie in Fort- und Weiterbildung ein essentiell wichtiger Platz einzuräumen (s. auch Kap. X und XI). Es sind verstärkte Anstrengungen notwendig, Ergebnisse der Therapieforschung in die Praxis zu implementieren. Die Pharmakotherapie sollte zum Bestandteil qualitätsfördernder und -sichernder Aktivitäten in der medizinischen Versorgung älterer Patienten werden. Dies betrifft sowohl den ambulanten wie auch den institutionellen Bereich. Es sind z.B. ärztliche Qualitätszirkel zu fördern. Ziel ist, sicherzustellen, daß zum einen alte Patienten nicht unnötigerweise übermedikamentiert werden und zum anderen - auch unter Berücksichtigung ökonomischer Rahmenbedingungen - indizierte Medikamentenbehandlung im Alter nicht vorenthalten, sondern zum Nutzen eingesetzt wird.

Kapitel V: Rehabilitation älterer Menschen

a) Die Sicht der gesetzlichen Leistungsträger

Als gesetzliche Leistungsträger für die Rehabilitation älterer Menschen kommen vorrangig die Krankenkassen, aber bedingt auch die Träger der Kriegsopferversorgung, der Kriegsopferfürsorge, der Unfallversicherung und der Sozialhilfe in Betracht. Älteren Menschen steht ein breitgefächertes Angebot von Leistungen der Vorsorge, Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge zur Verfügung. Aufgrund des gesetzlichen Auftrages ist die Krankenversicherung allein für medizinische Leistungen zuständig.

Die Hauptversorgung älterer Menschen wird durch die Krankenbehandlung (vgl. § 27 SGB V) sichergestellt. Hierzu gehören die ärztliche Behandlung zur Erkennung, Heilung, Linderung und zur Verhütung einer Verschlimmerung von Krankheiten, die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, die häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, die Krankenhausbehandlung sowie medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation einschließlich Belastungserprobung und Arbeitstherapie. Die medizinischen und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation dienen dazu, einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu verbessern oder eine Verschlimmerung zu verhindern. Zu den medizinischen und ergänzenden Leistungen der Rehabilitation zählen ambulante und stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen in qualifizierten Einrichtungen sowie ambulante Rehabilitationskuren (vgl. §§ 40, 41, 43 SGB V).

Neben der Krankenbehandlung und Rehabilitation haben Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten auch zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit eine besondere präventive Bedeutung. Hierzu gehören Gesundheitsuntersuchungen und medizinische Vorsorgeleistungen, z.B. im Rahmen von Kuren (vgl. §§ 23, 24, 25 SGB V).

Für die Gewährung der Leistungen der Krankenkassen gelten die Prinzipien:

- frühe und bedarfsgerechte Versorgung,
- ambulant vor stationär,
- Wirtschaftlichkeit,
- Qualität.

Die Leistungen der Krankenkassen stehen in einer engen Verbindung und Wechselwirkung zu den Leistungen der Pflegeversicherung (vgl. SGB XI).

Bisher findet die Rehabilitation älterer Menschen vorrangig in stationären Rehabilitationseinrichtungen statt. Ambulante Rehabilitationsstrukturen sind - abgesehen von einzelnen Modellen - bisher kaum vorhanden. Die ambulante Behandlung in den Praxen niedergelassener Ärzte ist in der Regel kurativ geprägt. Sie kann insbesondere bei chronischen Erkrankungen und Behinderungen rehabilitativen Zielen vielfach nicht gerecht werden.

Bei der Versorgung treten vorrangig folgende Probleme in Erscheinung:

- Es fehlt die enge Verzahnung zwischen der Krankenbehandlung, der Pflege und der Rehabilitation im Sinne aufeinander abgestimmter Therapiekonzepte. Die Rehabilitation muß möglichst frühzeitig, z.B. in engem Zusammenhang mit dem Akutereignis, z.B. Schlaganfall, veranlaßt werden.
- Es müssen mehr ambulante rehabilitative Versorgungsangebote geschaffen und damit gleichzeitig Kompensationseffekte im stationären Versorgungsbereich erreicht werden. Die ambulante geriatrische Rehabilitation bedarf einer modellhaften Erprobung.
- Es fehlt ein Case-Management zur bedarfsgerechteren und frühzeitigeren Einleitung gebotener Maßnahmen einschließlich der Vernetzung.
- Das Zusammenwirken zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenkassen bei der Feststellung rehabilitationsbedürftiger Patienten und Veranlassung konkreter Rehabilitationsmaßnahmen ist verbesserungsbedürftig. Den z.Zt. in Verhandlungen befindlichen Rehabilitationsrichtlinien nach § 92 SGB V ist eine hohe Bedeutung beizumessen.

Um die Eingliederung in das private und gesellschaftliche Leben zu fördern, werden im Rahmen der Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung Hilfen gewährt. Es handelt sich hierbei um Leistungen insbesondere der Sozialhilfe, die jedoch subsidiär erbracht werden. Die Leistungen können darin bestehen, daß bestimmte Geräte im Umfeld des Behinderten installiert oder bestimmte Veränderungen vorgenommen werden. Dazu zählen auch persönliche Hilfen, z.B. eine Begleitperson für die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Als Hilfen kommen u.a. in Betracht:

- Hilfen zur Ermöglichung oder Erleichterung der Verständigung mit der Umwelt,
- Hilfen zur Ermöglichung oder Erleichterung der Versorgung des Haushaltes, z.B. bestimmte technische Gebrauchsgegenstände,
- Hilfen zur Verbesserung der wohnungsmäßigen Unterbringung, z.B. Treppenlifte, Wohnungsumbauten. Diese Leistungen fallen in die Zuständigkeit insbesondere des Trägers der Sozialhilfe, der diese Leistungen jedoch nur subsidiär erbringt.

Über soziale Leistungen und die in Betracht kommenden Leistungsträger erteilt die zuständige Krankenkasse Auskünfte. Sie vermittelt bei Bedarf auch Kontakte zur Pflege. Darüber hinaus berät die Krankenkasse den Versicherten über die ihm zu-

stehenden Leistungen und wirkt bei festgestelltem Bedarf auf eine Durchführung geeigneter Maßnahmen hin.

Kapitel V: Rehabilitation im Alter

b) Ambulante und stationäre geriatrische Rehabilitation

1. Einführung

Eine der wesentlichen Voraussetzungen für ein aktives Alter ist Gesundheit. Sie wird beeinflusst durch biologisch-genetische, psychische und soziale Faktoren. Funktionsverluste im Alter können sich langsam und wenig auffällig entwickeln oder als Folge einer akuten Erkrankung entstehen. Immer ist es wichtig, daß rechtzeitig interveniert wird, da eine spontane Besserung ohne rehabilitative Prozesse im Alter oft nicht eintritt.

Alter ist niemals Krankheit, aber im Alter sind Krankheit und Behinderung gehäuft. Krankheiten und Behinderungen werden oft nicht bemerkt oder nicht ernst genommen, bis sie als sogenannte Risikofaktoren zu Komplikationen führen.

Die Zunahme des Lebensalters bringt diesbezüglich ungeheure Verantwortung in das Leben des Einzelnen, aber auch in die Gesellschaft. Da der vorzeitige Tod immer weniger häufig wird, wird es immer wahrscheinlicher, daß Risikofaktoren zu chronischen Krankheiten führen, die dann wiederum durch akute Komplikationen zu Behinderungen führen.

So führt die Arteriosklerose zum akuten Ereignis, dem Herzinfarkt; sie führt aber auch zur chronischen Erkrankung, zur koronaren Herzkrankheit. Die chronische Bronchitis führt zur chronischen Ateminsuffizienz, die Osteoporose zum chronischen Schmerz und zur Fraktur, die Arthrose zu Immobilität.

Neben der Prävention im Alter wird sich das Gesundheitswesen der Zukunft mehr und mehr darauf ausrichten müssen, entsprechend der zunehmenden Anzahl behinderter älterer Menschen eine bedürfnisgerechte Behandlung und insbesondere auch Rehabilitation zu garantieren. So wird in der Medizin schrittweise von der Heilung einer Krankheit zur Verhütung vermeidbarer Krankheiten und zur Rehabilitation nach Eintritt von Behinderungen übergegangen werden müssen. Da man nicht davon ausgehen kann, daß durch Prävention im Erwachsenenalter alle Krankheiten im späteren Leben zu beseitigen sind, wird die Rehabilitation bei älteren Menschen von immer größerer Bedeutung sein.

Rehabilitationsmaßnahmen vollziehen sich beim älteren Menschen grundsätzlich mit den gleichen Methoden wie die Rehabilitation im jüngeren Lebensalter. Auch hier ist das ganze Bemühen darauf ausgerichtet,

- nachweisbare körperliche und psychische Schäden (impairment),
- die dadurch bedingten Fähigkeitsstörungen (disability) sowie
- nachfolgende Beeinträchtigungen (handicap)

so zu behandeln, daß der Patient wieder in die Lage versetzt wird, möglichst unabhängig ein eigenverantwortliches Leben zu führen, d.h., so es denn auch sein Wunsch ist, in seiner gewohnten Umgebung trotz eventuell bleibender Behinderung möglichst lange zu verbleiben.

Diese Arbeit kann nur geleistet werden, wenn die Ärzte bereit sind, mit einem interdisziplinären Team zusammenzuarbeiten und sich nicht nur an der Diagnose, sondern vor allem an der Behinderung entsprechend der Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation ICDH zu orientieren.

Obwohl Medizinstudenten praktisch an keiner Universität während ihrer Ausbildung das Fach „Geriatrische Rehabilitation“ kennenlernen, müssen Ärzte sowohl stationär wie ambulant Rehabilitationsmaßnahmen für ältere Menschen anordnen, überwachen und leiten. Nachdem die Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ 1992 vom Ärztetag beschlossen wurde und nun auch in allen Bundesländern umgesetzt ist, finden in den Landesärztekammern vermehrt Fortbildungskurse in Geriatrie statt.

Geriatrisches Wissen muß besonders auch dem Hausarzt vermittelt werden. Spielt doch der Hausarzt eine zentrale Rolle bei der langfristigen Betreuung und Behandlung des chronisch kranken alten Patienten. Da er den Patienten über Jahre kennt, die Anamnese und die soziale Einbettung ihm bekannt sind und da er den Patienten regelmäßig sowohl in chronischer wie akuter Situation sieht, sollte er befähigt sein, auch in der Durchführung rehabilitativer Prozesse eine zentrale Rolle einzunehmen.

Sowohl dem Arzt wie dem Patienten gilt es zu vermitteln, daß sich Rehabilitation im Alter lohnt. Es gilt Abschied zu nehmen von dem Klischee, Alter bedeute Krankheit, Behinderung, Immobilität, Hilfs- ja letztlich Pflegebedürftigkeit. Es gilt aufzuzeigen, welche guten Chancen (durch Einsatz rechtzeitiger und gezielter Rehabilitationsmaßnahmen) bestehen, die Autonomie des alten Menschen in der Alltagsgestaltung bis ins hohe Alter weitgehend zu erhalten. Die Plastizität des Gehirns ermöglicht Lernen bis zum Tod. Es ist an der Zeit, daß die Gesellschaft und besonders die Medizin dieses Wissen auch lebt und dem Menschen im Sinne des „Fördern durch fordern“ ein Milieu bietet, in dem er unter dem Stichwort „Dennoch“ - trotz „Einbußen des Alters“ eine möglichst große Selbständigkeit bewahrt.

2. Spezielle Gesichtspunkte einer geriatrischen Rehabilitation

Im Gegensatz zu der Rehabilitation in der Jugend, die sich auf den Ausfall in einem Organsystem bezieht und ihren Sinn in der Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit

sieht, muß die geriatrische Rehabilitation Rücksicht nehmen auf die normalen funktionellen Veränderungen des Alters (Tabelle 1):

Tab. 1: Normale funktionelle Veränderungen des Alters

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Abbau kardio-zirkulatorischer und pulmonal-respiratorischer Reserven;- degenerative Veränderungen des Bewegungsapparates und Abnahme der Muskelkraft;- nachlassende Koordinationsfähigkeit mit verminderter Geschicklichkeit;- Schäden an den Sinnesorganen (Augen, Ohren, Nase, Propriozeptoren);- degenerative Veränderungen des peripheren und zentralen Nervensystems;- Verlangsamung, rasche Ermüdbarkeit, Gleichgewichtsstörungen;- Koordinationsstörungen. |
|---|

Zusätzliche Probleme können durch

- kognitive Defizite,
- emotionale Schwierigkeiten / Depressionen,
- Urin- und Stuhlinkontinenz auftreten.

Keine Veränderung an sich ist eine Kontraindikation. Keine Veränderung darf einfach hingenommen werden, ihre Ursache ist zu hinterfragen und wenn immer möglich, ist eine Therapie bzw. Rehabilitation einzuleiten.

Dennoch muß betont werden, daß diese multikausalen Funktionseinbußen die Rehabilitationsbemühungen erschweren und verlängern. Da neben therapeutischem immer auch pflegerischer Aufwand entsteht, ist ein Rehabilitationsaufenthalt in einer geriatrischen Klinik teurer als die herkömmliche Rehabilitation im Erwerbsalter.

Rehabilitation im Alter erfordert eine realistische Zielsetzung, eine Indikation, die der individuellen Belastbarkeit entspricht. Rehabilitation darf nie nach dem Lebensalter begrenzt werden, sondern ist abhängig von der Erkrankung, der Multimorbidität und dem Willen des Patienten, seiner Möglichkeit zu kooperieren und seinem eigenen Ziel. Da sich Inaktivität im Alter sehr schnell auf alle Organsysteme des Menschen auswirkt, muß sofort nach einer Erkrankung gehandelt werden. Hier liegt noch vieles im argen, so daß sich ein Großteil der geriatrischen Rehabilitation zuerst der Schäden annehmen muß, die unnötigerweise durch mangelnde Aktivität entstanden sind. Dabei wäre es viel einfacher und humaner, das Auftreten dieser Schäden durch sorgfältig aktivierende therapeutische Pflege zu verhindern, statt sie erst nach Eintreten zu behandeln.

Dies ist mit ein Grund, warum einerseits die geriatrische Rehabilitation in die Hand des niedergelassenen Arztes gehört, damit bei chronischen Prozessen rechtzeitig eingegriffen wird, andererseits in möglichst vielen Krankenhäusern geriatrische Abteilungen entstehen, damit der geriatrische Patient sofort nach einer akuter Erkrankung rehabilitativ behandelt wird. Auch im Pflegeheim muß rehabilitativ gearbeitet

werden, damit die Bewohner im Rahmen ihrer Möglichkeiten gefordert werden, um ihre Restfähigkeiten zu erhalten, ja im Einzelfall sogar zu verbessern.

Der Hausarzt muß eine Rehabilitation idealerweise mit der Feststellung einer Schädigung beginnen, nicht erst dann, wenn funktionelle Einschränkungen auftreten. Im Krankenhaus soll Rehabilitation mit dem Auftreten der akuten Erkrankung (z.B. Schlaganfall) beginnen. Dies macht eine Abgrenzung einer kurativen Phase der Erkrankung ohne rehabilitative Maßnahmen von einer rehabilitativen Nachphase nicht mehr länger möglich. Die klinische Geriatrie ist dafür ein typisches Beispiel, da sie sowohl akut erkrankte geriatrische Patienten direkt aufnimmt wie geriatrische Patienten nach akuter Erkrankung zur weiteren stationären Rehabilitation übernimmt. Geriatrie ist diesbezüglich nicht gleich Rehabilitation, aber ohne Rehabilitation gibt es keine Geriatrie. Daß Rehabilitation schon im Krankenhaus beginnen soll, hat auch der Gesetzgeber erkannt, der schon bei der Annahme einer drohenden Behinderung rehabilitative Maßnahmen fordert (SGB V). So ist geriatrische Rehabilitation in gewissem Sinne eine „Geisteshaltung“, eine Rehabilitation der Person, die dank einer speziellen Optik den Patienten im Sinne der Prävention vor dem Abgleiten in Unselbständigkeit bewahrt.

3. Rehabilitation in der Geriatrie

Bei der Rehabilitation in der Geriatrie handelt es sich um den Begriff Rehabilitation im umfassenden Sinn, d.h. sie bezieht sich auf alle zum Leben gehörenden Tätigkeiten, außer auf die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit.

Rehabilitation in der Geriatrie heißt der Versuch einer somatischen, psychischen und sozialen Wiedereingliederung, ein Vermeiden von Abhängigkeit, meist kein Abschluß, sondern Fortsetzung auf unbestimmte Zeit. Integration der Bemühungen von Krankenhaus und krankenhausexternem Bereich ist eine weitere hervorstechende Eigenschaft. Das Idealziel der Rehabilitation, d.h. die umfassende Wiedereingliederung, kann in der Geriatrie oft nicht erreicht werden, oft muß man sich mit Teilerfolgen zufriedengeben. Die Multimorbidität schränkt dabei den Erfolg maßgeblich ein.

Nach Steinmann (1976, 1978) teilen wir die geriatrische Rehabilitation in drei Teile ein, an die sich dieses Kapitel hält: 1. Die präventive Rehabilitation, 2. die allgemeine Rehabilitation und 3. die gezielte Rehabilitation. Diese Einteilung wurde aus didaktischen Gründen gewählt. In der Praxis vermischen sich mit wechselndem Schwerpunkt die einzelnen Anteile.

4. Die prophylaktische oder präventive Rehabilitation

Abgesehen davon, ob im Alter eine oder mehrere Krankheiten vorliegen, schreitet der Alterungsprozeß dauernd bei jedem Menschen weiter und setzt seine Leistungsfähigkeit herab. Dieses Weiterschreiten gilt es möglichst aufzuhalten. Die Altersveränderungen sollen statt zu einem Rückzug zu einem „Dennoch“ in unserem Denken führen. Die Maßnahmen, die dazu getroffen werden müssen, haben präventiven

Charakter und werden deshalb als präventive Rehabilitation bezeichnet. Sie bezwecken den Grad der vorhandenen Leistungsfähigkeit möglichst lange zu erhalten, eventuell sogar zu steigern, die Reserven zu mobilisieren und den Patienten vor Komplikationen der sogenannten Risikofaktoren zu bewahren.

Das Ziel dieser Rehabilitation definieren wir in Anlehnung an die WHO: „Den alten Menschen so lange wie möglich gesund in seinen vier Wänden zu belassen.“

Für das Alter typisch sind eine stetige Zunahme der Immobilität und eine stetige Abnahme der Adaptionfähigkeit. Dieser Entwicklung gilt es entgegenzuwirken, die präventive Rehabilitation umfaßt deshalb eine ganze Reihe von Maßnahmen wie sie in Tabelle 2 aufgezeigt werden.

Tab. 2: Maßnahmen zur präventiven Rehabilitation

<p>1. Medizinischer Teil</p> <ul style="list-style-type: none">- Periodische ärztliche Kontrollen- Screening Untersuchung- Behandlung pathologischer Zustände- Beratung in Ernährungsfragen
<p>2. Sozialer Teil</p> <ul style="list-style-type: none">- Adaption der Wohnung- Förderung der sozialen Integration- Vermittlung von Hilfen
<p>3. Aktivierung</p> <ul style="list-style-type: none">- Altersturnen- Altersschwimmen- Bildungswochen- Seniorenakademie

5. Die allgemeine Rehabilitation

Unter allgemeiner Rehabilitation verstehen wir alle Bemühungen, um den chronisch kranken behinderten Patienten. Wenn man chronisch definieren soll, so ist es vor allem ein Fehlen der spontanen Rekonvaleszenz. Dieses Ausbleiben führt zu Bettlägerigkeit, zu festgefahrenen Situationen, zum therapeutischen Nihilismus, zu Mutlosigkeit des Arztes, des Pflegepersonals und des Patienten.

Dem allen gilt es zu begegnen durch eine Haltung, die in der Pflege beim chronisch Kranken therapeutisch-aktivierende Pflege genannt wird. Zugrunde liegt dieser Haltung das Wissen um, vereinfacht ausgedrückt, die Gefahr der Inaktivität, das Wissen darum, daß die früher oft verordnete Ruhe bei den meisten chronisch Kranken nichts als Schaden bringt. Bett und absolute Ruhe dürfen nur sehr sparsam und in ganz akuten Situationen verordnet werden. Die Bettruhe hat ihre Indikation bei akuten Krankheitszuständen, überdosiert wirkt sie „giftig“. Die Überdosis droht besonders bei alten und chronisch kranken Menschen, die dazu diesem „Gift“ gegenüber besonders empfindlich sind.

Jedes Organsystem, besonders auch die Psyche, erleidet während einer längeren Bettruhe Schaden; deshalb sind wir angesprochen, jeden Menschen, wenn immer möglich, aus dem Bett zu nehmen. Wenn die Patienten nicht nur aus dem Bett genommen, sondern auch noch mit ihren Kleidern angezogen werden, dann gewinnen sie die Selbstachtung, ihre Würde wieder, nehmen sich zusammen auch hinsichtlich der Beherrschung ihrer Körperfunktionen und erfüllen so das Sprichwort „Kleider machen Leute“.

Aktivierend-therapeutische Pflege, d.h. Verrichtungen, die die Patienten selber tun können, sie selber tun lassen, braucht oft mehr Zeit, als wenn die Pflegerin es tut und erregt nicht selten auch das Mißfallen der Angehörigen. Es ist Pflicht des Arztes, Angehörige diesbezüglich aufzuklären.

Aktivierend-therapeutische Pflege sollte heute im geriatrischen Bereich überall durchgeführt werden. Sie beginnt bei der Grundpflege, die weitmöglichst vom Patienten selbst ausgeführt werden soll. Mit besonderem Einsatz muß das Selbsthilfetraining geübt werden. Hier wirkt die Pflege nicht nur aktivierend, sondern oft auch therapeutisch. Aktivierend-therapeutische Pflege muß besonders im Pflegeheim Grundlage der rehabilitativen Bemühungen sein. Ohne rehabilitatives Element, zu dem auch Ergotherapie gehört, ist ein Pflegeheim ein „trauriger Ort“. Hier muß vermehrt auch die Stimme der Pflege und des Arztes zu Gehör kommen. Qualitätssicherung darf nicht mehr allein in der Durchführung der traurig-berühmten „Satt-sauber-trocken“-Pflege bestehen, sondern muß immer auch ein rehabilitatives Element berücksichtigen. Wie in den USA durch das Minimal-Data-Set sollten auch in deutschen Pflegeheimen Qualitätskontrollen durchgeführt werden, die sich an der Lebensqualität der Patienten zu messen haben.

6. Die gezielte Rehabilitation

Gezielte Rehabilitation ist vom personellen Bedarf und vom apparativen Aufwand her gesehen kostspielig. Sie kann sowohl stationär, teilstationär wie auch ambulant durchgeführt werden. Es handelt sich dabei um die Rehabilitation bei speziellen Ausfällen wie z.B. bei einer Hemiplegie. Sie braucht deshalb ein gezieltes krankheitsorientiertes Vorgehen, was ein bestimmtes Wissen voraussetzt.

Die gezielte geriatrische Rehabilitation erfordert ein Konzept, das vom Arzt mit dem Patienten und einem Team von Therapeuten bestimmt und durchgeführt wird.

Die Rehabilitation des Hemiplegikers z.B. beginnt kurz nach der Erkrankung. Sie beginnt mit der Lagerung im Bett, die spastikhemmend durchgeführt wird. Sämtliche Pflegehandlungen sind so durchzuführen, daß sie den Patienten fördern und keineswegs schaden.

Für die meisten Geriatrien gilt heute wohl allgemein das Vorgehen nach Bobath als eine der besten therapeutischen Wege. Man versucht dabei, unter Vermeidung von Spastizität die verbliebenen Restfunktionen zu stimulieren und auszunützen. Dies gilt sowohl für Lagerung, Mobilisation und Haltung beim Sitzen wie Nahrungsaufnahme und Selbsthilfetaining.

Wie auch bei der Schlaganfallerkrankung wird gezielte Rehabilitation bei vielen anderen Krankheiten durchgeführt, man denke nur an die primär chronische Polyarthrit, Status nach Endoprothese, Amputationen, kognitive Störungen, Morbus Parkinson etc. Spezielle Konzepte gibt es auch bei Inkontinenz. Sowohl Urin- wie Stuhlinkontinenz müssen rehabilitativ angegangen werden. Auch die palliative Krebsbehandlung im geriatrischen Bereich kann als Rehabilitationsversuch gewertet werden. Im Vordergrund steht hier die richtig dosierte Schmerzmittelabgabe. Hier gilt es vor allem, dem Arzt die Hemmung vor der Vergabe von Opiaten zu nehmen und die rechtzeitige und häufige Dosierung dieser Mittel zu ermöglichen. Überhaupt gilt es, den chronischen Schmerz ernst zu nehmen und ihn, da er oft eine Mobilisation unmöglich macht, zu bekämpfen. Vornehmliches Ziel aller Bemühungen ist dabei, eine aktive positive Auseinandersetzung des Patienten mit seiner Behinderung. Wird die Behinderung verdrängt oder nur passiv depressiv angenommen, so ist der Prozeß der Rehabilitation von Anfang an fraglich. Die aktive Auseinandersetzung mit dem Geschehen ist dabei ein Prozeß, der sich während der Rehabilitation entwickelt.

Die gezielte Rehabilitation im Alter erfordert zu Beginn eine genaue Diagnosenstellung, bzw. die Durchführung eines Assessments und sich daraus ableitend das Erstellen eines Rehabilitationsplans. Es ist davor zu warnen, Syndrome, die im Alter häufig sind, symptomatisch zu therapieren ohne die auf ihre Ätiologie zu hinterfragen und einen Rehabilitationsversuch durchzuführen. Dies gilt besonders für die vier im Alter häufig vorkommenden „I“s:

Inkontinenz - Inkompetenz - Instabilität - Immobilität.

7. Die Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit eines geriatrischen Patienten durch das Assessment

So wie es für den Mediziner selbstverständlich ist, den Patienten anamnestisch zu befragen und ihn gründlich zu untersuchen, gilt heute für den geriatrischen Patienten, daß er eine zusätzliche Untersuchung - das Assessment - bekommt. Das geriatrische Assessment ist eine Methode zur standardisierten und mehrdimensionalen Erfassung von medizinischen, funktionalen und psychosozialen Problemen, die beim älteren Patienten vermehrt auftreten. Hierfür gibt es langjährig erprobte, einfach und schnell durchzuführende Testverfahren, die hinreichende Validität, Sensitivität und Reliabilität besitzen. Insbesondere dem niedergelassenen Arzt und demjenigen, der Heime betreut, dienen diese Assessmentverfahren auch der Verlaufsbeobachtung.

Der Arzt sollte bei jeder Konsultation neben der medizinischen Untersuchung an die Möglichkeit einer Rehabilitation denken und sich fragen:

- Zeichnet sich eine drohende Behinderung ab?
- Liegt bereits ein Schaden vor?
- Verursacht dieser Schaden eine Funktionseinschränkung?
- Welche sozialen Beeinträchtigungen bewirken Schaden und Funktionseinschränkung?
- Sind medizinische und soziale Maßnahmen zur Rehabilitation angezeigt?

Die Beurteilung des Patienten (Assessment) umfaßt körperliche, psychisch-geistige und soziale Aspekte. Wenn nötig, muß eine Pflegeanamnese - durch die Pflege erhoben - beigefügt werden. Wichtige Ergänzungen liefern die Mitglieder des geriatrischen Teams; sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich muß ihre Erfahrung genutzt werden.

Neben der medizinischen Diagnostik wird durch das Assessment eine umfassende Bestandsaufnahme des älteren Patienten gemacht, insbesondere mit dem Ziel, die Defizite und Fähigkeiten herauszufinden. Auf dem Sektor der Prävention wird mit dem Assessment das Ziel verfolgt, Risiken zu erkennen, so daß man rechtzeitig intervenieren, z.B. Stürze verhindern kann.

Damit auch beim geriatrischen Patienten die vorhandenen Ressourcen gezielt eingesetzt werden, können durch das Assessment die Therapieschwerpunkte - der Therapieplan - festgelegt werden. Gleichzeitig kann auch eine Prognose für die Hilfsbedürftigkeit und das Rehabilitationspotential abgegeben werden. Bei der Durchführung des Assessments zur Verlaufsbeobachtung können die Behandlungsergebnisse verfolgt werden.

Es hat sich gezeigt, daß die Durchführung eines Assessments nicht nur die Mortalität verringert und die Pflegeheimeinweisungen sowie Medikamente in Zahl und Menge vermindert, sondern daß auch die medizinische Diagnostik hier noch eine wesentliche Ergänzung erfährt, daß die Rehospitalisierung deutlich zurückgeht und daß die Anwendung dieser Methode gleichzeitig der Qualitätssicherung dient.

Aus allen Befunden ist ein sogenanntes Rehabilitationspotential abzuleiten und daraus muß mit dem Patienten zusammen ein Rehabilitationsziel formuliert werden. Das weitere Vorgehen ist dann mit den Therapeuten (Rehabilitationsteam) und dem Patienten festzulegen.

8. Das Rehabilitationsteam (interdisziplinäre Zusammenarbeit)

Rehabilitation ohne interdisziplinäre Zusammenarbeit ist undenkbar. Dabei handelt es sich einerseits um ein Team verschiedener Fachärzte, wobei der Hausarzt in der Ambulanz, der Geriater im stationären Bereich, eine integrierende und die Behandlung leitende Funktion hat (Abklärung von Symptomen durch Urologen, Geronto-

psychiater, Neurologen, Ophthalmologen etc.), Beiziehen von Sozialpädagogen und Psychologen, sowie Einsatz des engeren geriatrischen Teams (Pflegekräfte, Krankengymnasten, Masseur und Bademeister, Ergotherapeuten, Logopäden, Diätassistenten).

Die wichtigste Rolle dabei spielen natürlich der Patient und seine Familie. Ohne die Motivation des Patienten und die Übernahmebereitschaft der Familie bleibt jegliches rehabilitatives Arbeiten fraglich.

Ein Rehabilitationsteam ist nicht, wie üblich nur im klinischen Bereich, sondern auch in der ambulanten Rehabilitation möglich. Vorbedingungen dazu sind:

- eine interdisziplinäre Teamarbeit,
- konsequente Durchführung aktivierender Pflege,
- Leitung durch einen erfahrenen Arzt,
- regelmäßige Teamgespräche.

9. Stufenplan der Rehabilitation

Einen eigentlichen verbindlichen Stufenplan der Rehabilitation gibt es nicht. Die Rehabilitation kann beim behinderten und kranken alten Patienten sehr vielschichtig sein. Je nachdem, ob die Behinderung schleichend auftritt oder mit einer akuten Erkrankung oder einem Unfall beginnt. So beginnt die Rehabilitation entweder beim Hausarzt im ambulanten Bereich oder im Krankenhaus.

Prinzipiell gilt, dies muß betont werden, daß sowohl im ambulanten, teilstationären wie stationären Bereich das rehabilitative Geschehen möglichst früh beginnen soll, um den Patienten vor Folgeschäden zu bewahren.

10. Rehabilitation in der geriatrischen Klinik

Eine geriatrische Klinik nimmt ältere Patienten auf, die an internistischen Erkrankungen leiden oder medizinischer Rehabilitation bedürfen. Sie ist daher auf einen vorübergehenden Aufenthalt mit therapeutisch aktivierender Pflege sowie regelmäßig intensiver ärztlicher Behandlung eingestellt. Dafür sind Stationen mit einem Mehrbedarf an Platz (ca. 25%), behindertengerechter Einrichtung und Möblierung erforderlich. Dazu benötigt die Klinik gut ausgebaute Funktionsräume für das therapeutische Team. Die Personaldichte sowohl der Pflege wie der Ärzte und Therapeuten muß so hoch sein, daß therapeutisch rehabilitatives Arbeiten über 24 Stunden möglich wird (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 1990).

Eine gerontopsychiatrische Abteilung kann ebenfalls rehabilitativ eingesetzt werden. Hier kommt neben Pflege und Behandlung besonders der sozialen Betreuung hoher Rang zu. Einen besonders hohen Stellenwert hat hier neben der psychiatrischen, psychologischen Betreuung die Behandlung durch Ergotherapie und Maltherapie in Gruppen.

Für jedes große Allgemeinkrankenhaus wie für jedes psychiatrische Krankenhaus muß heute eine geriatrische und gerontopsychiatrische Abteilung gefordert werden. Daraus resultiert, daß die Aus- und Weiterbildung der Ärzte auf diesem Sektor unbedingt forciert vorangebracht werden muß.

Die Aufgaben der geriatrischen Klinik liegen in einer Übernahme rehabilitationsfähiger geriatrischer Patienten aus anderen Krankenhausabteilungen, Überprüfung und Abklärung von Pflegebedürftigkeit, außerdem sind Direktaufnahmen von zuhause möglich, wenn die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der geriatrischen Klinik dies zulassen. Besonders wichtig ist hier die schon erwähnte Zusammenarbeit mit den Hausärzten im geriatrischen Screening/Assessment.

Die primär rein rehabilitative Geriatrie entwickelt sich in Deutschland immer mehr zu einer Disziplin, die auch über diagnostisch medizinisch therapeutische Maßnahmen verfügt. Dies ermöglicht die Teilnahme an der Notaufnahmeverversorgung und verhindert unnötige Wartezeiten in herkömmlichen internistischen Krankenhausabteilungen. Immer mehr Patienten werden von Hausärzten deshalb direkt in geriatrische Kliniken eingewiesen, wo sie idealerweise sowohl medizinisch diagnostisch als auch rehabilitativ behandelt werden.

Immer wichtiger wird der Einsatz der geriatrischen Klinik auch zur Vermeidung einer Pflegebedürftigkeit. Ist es doch im Gesetz vorgesehen, daß - bevor von Pflegebedürftigkeit gesprochen wird - alle Rehabilitationsmaßnahmen ausgenützt werden sollen. Es gilt zu verhindern, daß wegen nicht erfolgter oder nur ungenügender Rehabilitation der betagte Patient vorschnell in ein Pflegeheim übersiedelt. Ein solcher Schritt sollte immer nur nach eingehender, konsiliarischer, fachkompetenter Beratung erfolgen.

11. Die Tagesklinik

Die geriatrische Tagesklinik nimmt Patienten auf, für die eine ambulante Rehabilitation nicht ausreicht, andererseits eine stationäre Behandlung nicht oder nicht mehr erforderlich ist. Tageskliniken sind wie geriatrische Abteilungen an Krankenhäusern auf den besonderen Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf der betagten Patienten eingerichtet.

Vorteil der Tagesklinik ist, daß der Patient bei gleicher Diagnostik und Behandlung wie in der Klinik, in seiner gewohnten Umgebung verbleiben kann.

Außerdem können die Angehörigen im Anschluß an eine stationäre Behandlung während des tagesklinischen Aufenthaltes den Umgang mit der Behinderung erlernen und sich rechtzeitig damit auseinandersetzen.

12. Ambulante Rehabilitation

Unter ambulanter Rehabilitation verstehen wir eine multiprofessionelle Behandlungsform, die sich, wie die stationäre Behandlung, auf rehabilitationsmedizinische Erkenntnisse stützt und die gleichen rehabilitationsmedizinischen Verfahren einsetzt, um Patienten mit Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen verschiedener körperlicher und/oder geistiger und seelischer Funktionen ambulant zu behandeln. Der Behandlungsort kann das eigene Zuhause (mobile Rehabilitation) oder ein Zentrum sein, zu dem der Patient gefahren wird.

In Anbetracht des zu erwartenden, ständig steigenden Rehabilitationsbedarfs für ältere, multimorbide und behinderte Menschen und der knapper werdenden finanziellen Mittel, in Anbetracht der Leitlinie „ambulant vor stationär“ ist dem Aufbau von ambulanten Versorgungsstrukturen besondere Beachtung zu schenken.

Eine ambulante geriatrische Rehabilitation ist aber nur dann indiziert, wenn ein komplexes Krankheits- und Behinderungsbild vorliegt, dessen Behandlung das Zusammenwirken mehrerer Berufsgruppen unter der Leitung eines Arztes erfordert. Daraus ergibt sich auch die regelmäßige Notwendigkeit von Teambesprechungen als Besonderheit dieser Therapieform.

Für die Durchführung der ambulanten geriatrischen Rehabilitation sind verschiedene Organisationsmodelle möglich:

- Integration in der vertragsärztlichen Versorgung (z.B. Schwerpunktpraxis),
- ambulantes Rehabilitationszentrum (auch mit Anbindung an vorhandene Versorgungsangebote),
- Kooperationsmodell,
- Tagesklinik mit niedergelassenen Ärzten,
- Anbindung an eine geriatrische Abteilung im Krankenhaus,
- Anbindung an eine Rehabilitationsklinik.

13. Zusammenfassung

Rehabilitation in der Geriatrie ist nicht nur eine Methode, sondern vor allem eine Geisteshaltung. Es gilt, in der Handlungsweise und Beurteilung des Arztes dauernd ein rehabilitatives Denken einzubauen, das sowohl bei regelmäßigen Untersuchungen wie bei akuten Erkrankungen immer die Frage einer drohenden Behinderung oder die Gefahr einer Zunahme der Behinderung mit in den Therapieplan einbezieht. Gelingt es, dieses rehabilitative Denken verstärkt in das Handeln des Hausarztes zu implementieren, können viele Patienten vor einer dauernden Behinderung bewahrt werden. Außerdem wird auch der behinderte Patient durch begleitende therapeutische Maßnahmen vor einer Verschlimmerung seines Leidens bewahrt. Die Zunahme der Betagten und Höchstbetagten wird es mit sich bringen, daß sich die Optik der Medizin immer mehr in präventives und rehabilitatives Handeln verschiebt. Dies muß seinen Niederschlag in der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte finden.

Kapitel VI: Schnittstellenproblematik

a) Die Rolle des Hausarztes

1. Kennzeichen und Chancen der geriatrischen Aufgabe des Hausarztes

Es entspricht dem Wunsch der älteren Bevölkerung, so lange wie möglich in der eigenen gewohnten Häuslichkeit zu verbleiben. Dies setzt voraus, daß mit dem Hausarzt ein jederzeit zugänglicher Ansprechpartner vorhanden ist, der die Versorgung flexibel den Bedürfnissen des Patienten, z.B. durch Hausbesuchstätigkeit, anpaßt und die gesundheitliche Betreuung kontinuierlich und langfristig unter Einbeziehung weiterer Fachgruppen des Gesundheits- und sozialen Unterstützungswesens versieht.

Dabei ist davon auszugehen, daß 90 Prozent aller älteren Menschen kontinuierlich durch einen Hausarzt medizinisch versorgt werden, und die überwiegende Mehrheit aller Kontakte dieser Altersgruppe mit dem Gesundheitswesen im hausärztlichen Versorgungssektor stattfindet. In der Regel kennt der Hausarzt seine älteren Patienten und ihre Lebensbedingungen mehr als zehn Jahre. Mehr als die Hälfte aller über 80jährigen in der ambulanten Versorgung werden ausschließlich über Hausbesuche durch den Allgemeinarzt medizinisch versorgt.

Die derzeit bei uns gegebenen strukturellen Voraussetzungen (Sozialgesetzbuch [SGB] V) der ambulanten Versorgung ermöglichen durchaus eine sachgerechte ambulante geriatrische Versorgung, sofern sie sinnvoll genutzt werden. Dies betrifft:

a) Die allgemeinmedizinische Funktion

Hierbei handelt es sich um den Umgang mit dem unselektierten Patientengut und die daraus abgeleitete Aufgabe, Krankheiten und Risiken frühzeitig zu erkennen und weitmöglichst über Gesundheitsberatung, Primär- und Sekundärprävention abzufangen. Besondere Chancen der allgemeinmedizinischen Funktion des Hausarztes liegen im Bereich der Prävention.

Die Verschiedenartigkeit älterer Menschen im gesundheitlichen Status, in der körperlichen Leistungsfähigkeit und in der Selbständigkeit ist auch darauf zurückzuführen, inwieweit:

- Risikofaktoren in früheren Lebensjahren vermieden wurden,
- körperliche Funktionen in früheren Lebensjahren trainiert wurden,

- Krankheiten, die die Ursachen für chronische Erkrankungen im Alter bilden, rechtzeitig diagnostiziert und behandelt wurden,
- gesundheitsbewußtes Verhalten in früheren Lebensjahren entwickelt wurde und
- eine bewußte Vorbereitung auf das eigene Älterwerden stattgefunden hat.

Der Hausarzt betreut in der Regel Patienten über weite Abschnitte des Lebenslaufes und hat damit die Möglichkeit, den Patienten bei seiner Vorbereitung auf das eigene Älterwerden zu unterstützen. Weiterhin kann er ihn darüber aufklären, inwieweit er durch sein eigenes Verhalten dazu beitragen kann, daß er seine Gesundheit, sein Wohlbefinden und seine Selbständigkeit möglichst lange bewahrt. In bezug auf die Prävention ist von Bedeutung, daß Patienten erkennen, daß die Lebensqualität im Alter auch von ihrem eigenen Verhalten mitbestimmt, Alter also nicht ausschließlich oder primär als ein schicksalhafter Prozeß interpretiert wird.

In die allgemeinmedizinische Funktion fallen auch der jederzeit gewährleistete Zugang alter Menschen zum Gesundheitssystem sowie die Erkennung und der sachgerechte Umgang mit geriatrischen Notfallsituationen. Zentraler Bestandteil der allgemeinmedizinischen Funktion ist die Behandlung von Gesundheitsstörungen, die keiner weiteren Abklärung durch Spezialisten bedürfen und die mit den in der Hausarztpraxis zur Verfügung stehenden Mitteln hinreichend behandelt und kontrolliert werden können.

b) Hausärztliche Steuerfunktion

Aus den allgemeinmedizinischen Aufgaben ergibt sich die Steuerfunktion als gezielte Zusammenarbeit mit niedergelassenen und den zuständigen stationären Spezialisten sowie teilstationären und stationären geriatrischen Einrichtungen. Die Steuerfunktion umfaßt hier eine sinnvolle Abfolge von z.B. differentialdiagnostischen Maßnahmen sowie das In-Gang-Setzen und -Halten eines erforderlichen innerärztlichen Informationsaustausches, z.B. über die jeweils bereits vorliegenden Befunde des Patienten. Die Steuerfunktion ist angesichts der Langzeitversorgung des Hausarztes auch als perspektivische Aufgabe zu sehen, die sich auf die individuellen Lebensbedingungen und Ansprüche des Patienten ebenso wie auf das umfassende Krankheitsspektrum einschließlich sozialmedizinischer, sozialer und psychologischer Aspekte bezieht. Die Versorgungssteuerung alter Menschen erfordert vom Hausarzt ein prospektives Denken, welches die wahrscheinliche gesundheitliche Entwicklung einschließlich ihrer lebensqualitativen Aspekte und der konkreten Einflußmöglichkeiten seitens des Gesundheitswesens umfaßt.

c) Soziale Integrationsfunktion

Sie dient der Verhinderung von Kompetenzverlusten und der Aufrechterhaltung möglichst weitgehender Selbständigkeit. Dies erfordert eine kontinuierliche Betreu-

ung, die Risiken rechtzeitig erkennt und durch wiederholte rehabilitative Impulse abfängt. Hierbei handelt es sich um ein weiteres Spezifikum der hausärztlichen geriatrischen Aufgabe, das erst durch die Kenntnis des persönlichen Beziehungsgefüges, psychologischer Belastungsmomente, sozialer Einflußfaktoren und der Interessen und Ansprüche des Patienten sowie der jeweiligen Wohn- und Umgebungsverhältnisse möglich wird. Eine besondere Rolle kann hier die Zusammenarbeit mit Angehörigen spielen, aber auch die Motivation des Patienten, ihm zustehende soziale Hilfen in Anspruch zu nehmen. Dies erfordert es, eine engmaschige ambulante geriatrische Rehabilitation aufzubauen, die ein differenziertes Spektrum unterschiedlicher, sicher oftmals an Umfang und Zeitaufwand nur begrenzter Maßnahmen flexibel zum Einsatz bringt. Dies wiederum erfordert Kooperation und Koordination, jedoch keineswegs immer mit einem größeren „Team“, sondern überwiegend mit wahlweise unterschiedlichen Berufsgruppen des ambulanten rehabilitativen und sozialen Unterstützungssystems.

d) Koordinationsfunktion

Angesichts der Multimorbidität und der häufig komplexen Problemkonstellationen bei zu Hause lebenden älteren Patienten bedarf es einer Instanz, welche unterschiedliche Befunde und Bedürfnisse integrativ zusammenführt und daraus ein an den individuellen Prioritäten orientiertes Problemmanagement ableitet, welches unterschiedliche Berufsgruppen z.B. aus dem Bereich der ambulanten Rehabilitation oder der Pflege einbezieht. Es geht also vorrangig um eine Versorgungsplanung, die z.B. auch Kontakte zwischen Pflegediensten und pflegenden Angehörigen herstellt, in Grenzen steuert und dabei auch die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen berücksichtigt.

e) Familienmedizinische Funktion

Die hausärztliche Versorgung alter Menschen muß vielfach einen systemischen Ansatz leisten. Das Zusammenleben älterer Ehepaare mit Multimorbidität und Behinderungen beider Partner oder die Pflege des einen durch den anderen, sowie hilfs- und pflegebedürftige alte Menschen im Haushalt der Folgegeneration erfordern es, den ärztlichen Blick auch auf das jeweils gegebene, oft komplizierte Netz von Beziehungen und Hilfen sowie auf die Erhaltung seiner Stabilität zu lenken. Die gesundheitlichen Belange aller Beteiligten müssen in einer oftmals schwierig zu entscheidenden Prioritätensetzung berücksichtigt, Hilfen müssen von außen bedarfs- und bedürfnisgerecht eingesetzt werden. Auch für ältere Menschen, die bereits eine Pflegestufenzuteilung erlangt haben, gilt es, rehabilitative Möglichkeiten zu suchen und durchzusetzen, was wiederum eine subtile Kenntnis der familiären Strukturen und oftmals gegebener Widerstände gegen entsprechende Maßnahmen erfordert.

2. Probleme und Erfordernisse

Die geriatrische Aufgabe des Hausarztes unterliegt spezifischen Voraussetzungen und Regeln, die sich in charakteristischer Weise vom Aufgabenbereich, den Voraussetzungen und dem Arbeitsstil der Klinik und der geriatrischen Rehabilitationseinheiten sowie teilstationärer, geriatrischer Einrichtungen unterscheiden. Eine Durchführung klinisch-geriatrischer Konzepte auf den ambulanten Sektor ist deshalb nur in engen Grenzen möglich.

Im Hinblick auf eine planmäßige und gezielte Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und anderen medizinischen Fachspezialisten, insbesondere auch dem klinischen Geriater, sollten die jeweiligen Optionen in bezug auf ihre Zielsetzungen, Möglichkeiten und Methoden abgestimmt werden.

Nicht immer gelingt die Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor bei der medizinischen Behandlung alter Menschen befriedigend. Dies gilt z.B. für die Planung gezielter Maßnahmen, welche nach der Entlassung aus der akuten stationären Versorgung den Übergang in die eigene Häuslichkeit erleichtern (Vermeidung des sogenannten Drehtür-Effektes).

Seitens der Hausärzte bedarf es eines intensiven Lern- und Umdenkprozesses, der ihnen die Versorgungsfunktionen für den geriatrischen Patienten erschließt und dabei behilflich ist, daß sie erschöpfend genutzt werden. Es ist zu erwarten, daß die Zusatzqualifikation „Geriatric“ hierzu wesentlich beiträgt.

Bei ihrem jetzigen Entwicklungsstand gilt es, geriatrische Kompetenzen zu bündeln und die Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmedizin und Geriatrie durch gemeinsam entwickelte, aufeinander abgestimmte Konzepte so zu fördern, daß Effektivitätsreserven ausgeschöpft werden.

3. Ausblick

Der Weg der Zukunft sollte sein:

- unter anderem durch die **Einführung standardisierter Meß- und Evaluationsverfahren**
 - Behinderung, Krankheit und Gefährdung frühzeitig zu erkennen,
 - die Zusammenarbeit mit anderen Fachgruppen zu erleichtern,
 - die Effektivität entsprechender Maßnahmen zu überprüfen (Assessment);
- Leitlinien und Standards der hausärztlichen Geriatrie zu entwickeln und eine darauf gerichtete **spezifische Qualitätssicherung** zu etablieren;
- die **interdisziplinäre** und gleichermaßen **interprofessionelle Zusammenarbeit** zu systematisieren und feste, definierte Formen der Zusammenarbeit zu sichern.
- eine systematische, integrierte, **ambulante geriatrische Rehabilitation** auf- und auszubauen.

Vor allem aber gilt es zu verstehen, daß eine im besten Sinne „**ambulante Geriatrie**“ vom Hausarzt ein verändertes Denken und Handeln erfordert. Hierzu gehört ein planmäßiges und systematisches Nachdenken über den Patienten und mit dem Patienten. Es gehört die Fähigkeit dazu, extrapolativ die zukünftigen Perspektiven einschließlich der Effektivität präventiver Maßnahmen und z.B. präventiv gedachter pharmakotherapeutischer Ansätze - auch in Zusammenarbeit mit anderen Spezialisten - zu erwägen.

Angesichts der versorgungsepidemiologischen, der humanitären und der ökonomischen Dimensionen der hausärztlichen Geriatrie, sollte dem weitgehenden Mangel an Morbiditäts- und Versorgungsdaten in diesem Bereich dringend durch eine systematische wissenschaftliche Durchdringung mit entsprechender Forschungsförderung begegnet werden.

Kapitel VI: Schnittstellenproblematik

b) Rehabilitation/Pflege

1. Einleitung

Die gesetzliche Pflegeversicherung (Sozialgesetzbuch [SGB] XI) trat am 01.01.1995 als fünfte Säule des Sozialversicherungssystems Deutschlands in Kraft. Die Aufgaben der Pflegekassen werden von den Krankenkassen wahrgenommen.

2. Gesetzliche Vorgaben

Im § 2 und 3 des SGB XI sind sowohl das Selbstbestimmungsrecht der pflegebedürftigen Menschen, als auch der **Vorrang der häuslichen Pflege** vor der teilstationären, der Kurzzeitpflege und der vollstationären Pflege festgeschrieben. Die häusliche Pflege, die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn sowie die Versorgung durch professionelle Pflegedienste soll durch Leistungen aus der Pflegeversicherung unterstützt werden.

Ähnlich wie in der gesetzlichen Rentenversicherung wird in den §§ 5 und 31 SGB XI der **Vorrang der Prävention und Rehabilitation** betont. Die Pflegekassen sind verpflichtet, bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hinzuwirken, daß frühzeitig alle geeigneten Maßnahmen der Prävention, der Krankenbehandlung und der Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine bereits bestehende Pflegebedürftigkeit zu vermindern oder eine Verschlimmerung derselben zu verhüten. Die Maßnahmen müssen geeignet und zumutbar sein.

3. Rehabilitation älterer Menschen

Die überwiegende Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland ist über 60 Jahre alt. Das Wissen der an der Versorgung dieser Patienten beteiligten Berufsgruppen über die Erfolgsaussichten von Rehabilitationsmaßnahmen ist (noch) gering.

Grundsätzlich kommen auch im fortgeschrittenen Alter **ambulante, teilstationäre und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen** in Betracht. Bei den ambulanten Maßnahmen handelt es sich **vorrangig** um Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie. Diese können auch in der Häuslichkeit erbracht werden Rehabilitationsmaß-

nahmen im weiteren Sinne sind auch die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, Hilfsmitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie Umbaumaßnahmen im häuslichen Umfeld.

Insbesondere angezeigt sind Rehabilitationsmaßnahmen bei älteren Menschen nach apoplektischen Insulten, Frakturen oder auch bei Spätstadien der Multiplen Sklerose oder beim Morbus Parkinson.

4. Zusammenwirken der Berufsgruppen

Hausärzte, Krankenhausärzte, Heimärzte, Pflegefachkräfte im ambulanten und stationären Bereich, Krankengymnasten, Ergotherapeuten und Logopäden sind aufgefordert den gesetzlich fixierten Anspruch der älteren Menschen auf Rehabilitationsmaßnahmen zur Vermeidung einer sonst drohenden Pflegebedürftigkeit durchzusetzen. Dafür ist die frühestmögliche Antragstellung bei den Kostenträgern erforderlich. Die Pflegekassen sind verpflichtet, Hinweisen nachzugehen.

5. Akzeptanz der Rehabilitationsmaßnahmen

Auch bei den älteren Menschen selbst ist das Wissen um die Erfolgsaussichten von Rehabilitationsmaßnahmen noch gering. Die Mitwirkungsbereitschaft der Versicherten und deren Pflegeperson wird zusätzlich dadurch gedämpft, daß aus der eingetretenen Besserung durch Rehabilitationsmaßnahmen eine Herabstufung der Pflegebedürftigkeit mit Leistungskürzung resultieren kann. Die Pflegebedürftigen fühlen sich bestraft. Dies trifft sowohl für ambulant, als auch stationär betreute Patienten zu. Die Akzeptanz sollte durch Aufklärung der Patienten und der Pflegepersonen gesteigert werden.

6. Rolle des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

Den pflegerischen und ärztlichen Mitarbeitern der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung wurde in der Pflegeversicherung nicht nur die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit übertragen, sondern auch die **Verpflichtung**, die **Notwendigkeit** und die **Erfolgsaussichten von Rehabilitationsmaßnahmen zu prüfen** und den Kassen entsprechende Hinweise zu geben. Die Auswertung der Pflegegutachten aus den ersten drei Jahren hat ergeben, daß die Medizinischen Dienste dieser Verpflichtung aus unterschiedlichen Gründen noch nicht ausreichend nachgekommen sind. Teilweise wird dies erklärt durch die unerwartet hohen Antragszahlen im ersten Jahr nach Inkrafttreten der Pflegeversicherung. Andererseits resultiert dies aus der mangelnden Kenntnis der Erfolgsaussichten von Rehabilitationsmaßnahmen im fortgeschrittenen Alter. Diesem **Informationsdefizit** soll durch **Seminare** des

Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände zur Problematik „Rehabilitation vor Pflege“ abgeholfen werden.

Besonders notwendig erscheint die gründliche Prüfung der Rehabilitationsmöglichkeiten bei der Beantragung eines direkten **Überganges vom Krankenhaus ins Pflegeheim**.

Es müßten bei diesen Fällen vermehrt Untersuchungen im Krankenhaus durch MDK-Mitarbeiter durchgeführt und die Problematik mit den behandelnden Krankenhausärzten diskutiert werden.

7. Kostenträger der Rehabilitationsmaßnahmen

Kostenträger für ambulante, teilstationäre und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen im fortgeschrittenen Alter, ist üblicherweise die zuständige **Krankenversicherung**, in Ausnahmefällen die Berufsgenossenschaft oder die Träger der Kriegsopferversorgung. Sofern die Maßnahme dringend erforderlich ist, der Kostenträger aber noch nicht feststeht, sind die **Pflegekassen** bis zur endgültigen Klärung zur **Vorleistung** verpflichtet (§ 32 SGB XI).

Die Kosten für Pflegehilfsmittel zur Pflegeerleichterung bei bereits eingetretener Pflegebedürftigkeit sind von den **Pflegekassen** zu übernehmen, ebenso der Zuschuß von max. 5000 DM für notwendige Umbaumaßnahmen im häuslichen Umfeld. Hilfsmittel, die der Linderung von Beschwerden, der Vermeidung einer Erkrankung oder dem Ausgleich einer Behinderung dienen, werden auch bei anerkannter Pflegebedürftigkeit weiterhin von den **Krankenkassen** zur Verfügung gestellt.

Die **Krankenkassen- und Pflegekassenmitarbeiter** gehen den Hinweisen von MDK-Gutachtern auf die Notwendigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen noch nicht in ausreichendem Umfang nach, obwohl ein gesetzlicher Anspruch der Pflegebedürftigen vorliegt. Gründe hierfür sind wiederum mangelnde Einsicht in die Notwendigkeit derartiger Maßnahmen, hoher Arbeitsanfall sowie die Kostenexplosion im Gesundheitswesen.

Die oben aufgezeigten Probleme bei der Durchsetzung des gesetzlich definierten Anspruches älterer Menschen auf Rehabilitationsmaßnahmen zur Vermeidung einer Pflegebedürftigkeit oder zur Verminderung derselben, machen deutlich, daß eine bessere Kooperation und eine **bessere Verzahnung** der verschiedenen Versorgungsbereiche (ärztliche, nichtärztliche Behandler, Gutachter und Kostenträger) **dringend erforderlich** ist.

8. Zusammenfassung

Der im Pflegeversicherungsgesetz gemäß SGB XI verankerte Anspruch, insbesondere älterer Menschen auf Leistungen der Rehabilitation zur Vermeidung einer Pflegebedürftigkeit oder der Verhütung einer Verschlimmerung derselben, wird auch im

ritten Jahr nach Inkrafttreten der Pflegeversicherung nur selten verwirklicht. Eine bessere Kooperation zwischen den ältere Menschen betreuenden, behandelnden und begutachtenden Berufsgruppen ist ebenso wie eine bessere Verzahnung der Leistungen der verschiedenen Kostenträger erforderlich.

Kapitel VII: Mißhandlung und Gewalt gegen alte Menschen

1. Gewalt und Kriminalität im öffentlichen Raum

Die Gefahr für ältere Menschen, im öffentlichen Raum Opfer von Kriminalität und Gewalt zu werden, ist statistisch gesehen relativ gering. Sowohl für die polizeilich registrierte Kriminalität als auch bei kriminologischen Dunkelfeldstudien zeigt sich regelmäßig und zuverlässig, daß das statistische Risiko, Opfer einer Straftat zu werden, jenseits des sechzigsten Lebensjahres deutlich nachläßt. Eine 1992 im Auftrag des Bundesfamilienministeriums durchgeführte Repräsentativbefragung ergab, daß dies nicht nur für Kontaktdelikte wie Raub (≥ 60 J.: 1,1‰, ≤ 60 J.: 3,8‰) oder Körperverletzungen (≥ 60 J.: 1,5‰, ≤ 60 J.: 13‰), sondern auch für Diebstahl (≥ 60 J.: 12,4‰, ≤ 60 J.: 21,3‰) und tendenziell für Einbruch gilt (≥ 60 J.: 9‰, ≤ 60 J.: 10,4‰)*. Tötungsdelikte an alten Menschen wurden wiederholt von Rechtsmedizinern analysiert; die Frequenz ist relativ gering, die Begehungsweise nicht auffällig brutal. Die Opfer der aktuellen Straßen- und Gewaltkriminalität sind (ebenso wie die Täter) überwiegend unter 21 Jahre alt.

Die Erklärung für das vergleichsweise geringere Risiko einer aktuellen Viktimisierung älterer Menschen liegt vermutlich in zwei Gruppen von Faktoren. Zum einen reduziert sich im hohen Alter die Zahl und Variationsbreite der Gelegenheiten für kriminelle Viktimisierung, weil sinkende Mobilität und zunehmende Morbidität den Lebenskreis einengen. Der räumliche Aktionsradius wird mit zunehmendem Alter geringer, die Umweltbezüge „schrumpfen“ auf die Wohnung und das naheliegende Wohnumfeld zusammen. Zum zweiten nimmt zwar – im Gegensatz zu verbreiteten Überzeugungen – nicht die Furcht, wohl aber die spezifische Vorsicht mit dem Alter zu, weil älteren Menschen ihre wachsende Verletzlichkeit zunehmend bewußt wird. Auch kleinere Verletzungen können bei älteren Menschen zu gravierenden Schäden führen, Regenerations- und Heilungsprozesse laufen verzögert und erschwert ab. Dabei machen es alterstypische Verluste und Einbußen, etwa des sensorischen Systems, wahrscheinlich, daß eine entsprechende Verletzung als *zusätzliche* Behinderung und insofern auch unabhängig von ihrer akuten Schwere als stärkere Belastung erlebt wird.

2. Gewalt und Mißhandlung in engen sozialen und Pflegebeziehungen

Dieser multifaktoriell bedingte soziale Rückzug hat freilich Schattenseiten. Abgesehen von den Gefahren und Folgen sozialer Isolierung steigt mit der Konzentration auf den sozialen und insbesondere familiären Nahraum zugleich auch das Risiko für Konflikte in diesem Bereich. Die Eskalationsprodukte derartiger Konflikte, die von

* Alle Angaben bezogen auf 1991, alte Bundesländer.

Vernachlässigung über Einschränkung des freien Willens, psychischen und physischen Mißhandlungen bis hin zum Phänomen des sogenannten „Genozids“ reichen können, tauchen jedoch in der offiziellen Polizeilichen Kriminalstatistik nur selten auf. Dies gilt freilich nicht nur für innerfamiliäre Konflikte und Gewalt, sondern auch für den Bereich privater und professioneller Pflege.

Eine Abschätzung des Problemumfanges ist hier auch deswegen schwierig, weil sich Betroffene und Opfer nicht selten entweder gar nicht mehr klar äußern können (Behinderte, Schwerkranke, Demente) oder dies faktisch nur in Gegenwart bzw. durch Vermittlung von Pflegenden tun (die wiederum potentielle oder reale Täter sind). Dementsprechend schwer ist es, hier Fehlwahrnehmungen (infolge Gebrechlichkeit, Vereinsamung, Geisteskrankheit) von ernstzunehmenden Auskünften über Vernachlässigung und Mißhandlung zu trennen. Wie können Angehörige und professionelle Helfer - Ärzte (hier vor allem die Hausärzte als wichtige „Schnittstelle“), Pflegepersonal, Fachkräfte im ambulanten Bereich - erkennen, wenn Konflikte sich zuspitzen, Vernachlässigung auftritt oder gar Mißbrauch und Gewalt stattfindet? Die Betroffenen selbst erstatten auch dann, wenn sie dazu in der Lage wären, häufig keine Anzeige aus Scham für das Verhalten der Angehörigen bzw. Pflegepersonen oder weil sie fürchten, dann in Institutionen „abgeschoben“ zu werden; von den Angehörigen oder Pflegenden wird das Problem aus Furcht vor Stigmatisierung, Schuldgefühlen oder Strafe in der Regel nicht angesprochen oder geleugnet.

Voraussetzung für eine medizinische Objektivierung von Mißhandlung und Vernachlässigung ist eine regelhafte und lückenlose medizinische Betreuung von alten Menschen, die jedoch in Ausmaß und Güte von deren sozialer Einbindung abhängig ist. Die Betreuung im Umfeld der Angehörigen geht nicht selbstverständlich mit einer regelmäßigen bzw. bedarfsorientierten ärztlichen oder fachpflegerischen Betreuung einher. Im Bereich von institutionalisierter Hilfe im Pflege- und Wohnbereich wird sie in Abhängigkeit von objektiver Notwendigkeit und Hilfsbedürftigkeit dagegen die Regel sein bzw. als Angebot zumindest näher an den alten Menschen herangetragen. Weiter dürfte die Sensibilität für Mißstände auch im Bereich professioneller Hilfe um so größer sein, je unabhängiger diese agieren kann; diese Unabhängigkeit kann beispielsweise selbst bei Ärzten, die regelhaft konsiliarisch in Wohnheimen tätig sind, durchaus in Frage stehen – etwa aufgrund von finanziellen Interessen oder befürchteter Aspekte der eigenen Verantwortlichkeit. Diese Schwierigkeiten spitzen sich zu, wenn Mißhandlungen und Gewalt durch Ärzte oder Pflegepersonal selbst ausgeübt werden; die aus hier Loyalitäts-, Abhängigkeits- und Verantwortungskonflikten entstehenden Dynamiken werden Entdeckung und Dokumentation solcher Vorkommnisse zusätzlich behindern.

Zudem sind neben den nur subtil zu erfassenden Folgen seelischer Mißhandlung auch körperliche Schädigungen aus medizinischer Sicht objektiv nur schwer erfassbar. Die Phänomenologie von Verletzungen der körperlichen Integrität im Alter ist vielfältig. Selbst bei eindeutiger Sachlage nach polizeilichen Ermittlungen kann die Zurechnung von Verletzungshandlungen zur Kausalität von Schädigungen bis hin zum Tod des Opfers ein Problem darstellen, da die Bewertung vor dem Hintergrund einer oftmals multimorbiden Disposition relativiert werden muß. Um so größer ist die Bedeutung der sorgfältigen Dokumentation und Klassifikation von morphologischen

Verletzungsbefunden im Bereich von diskreten oder subtileren Gewaltformen als „natürlich“ oder „nicht-natürlich“ induziert.

Die Phänomenologie der Gewalteinwirkung im höheren Lebensalter durch Personen im oder außerhalb des sozialen Umfeldes ist ebenso vielfältig. Nur in seltenen Ausnahmefällen finden sich Delikte mit der Beweiskraft morphologisch eindeutiger Spuren etwa scharfer Gewalt. Die Einwirkung stumpfer Gewalt ist eher die Regel bei Körperverletzungen von älteren Menschen: Sie reicht von Hämatomen an exponierten Stellen wie Kopf, Streckseiten der Extremitäten, Griffspuren an den Oberarmen über Frakturen, die z.B. im Fall von Rippenbrüchen selbst bei ärztlicher Untersuchung übersehen werden können. Hinsichtlich der Kausalität müssen hier stets die im Alter häufigen Folgen von Stürzen und eventuelle innere Dispositionen, die zu einer Akzentuierung von Befunden nach Minimaltraumen führen (z.B. durch verstärkte Blutungsneigung, erhöhte Knochenbrüchigkeit), abgegrenzt werden. Vor diesem Hintergrund ist es offensichtlich, daß die diagnostische Schwelle hin zum Mißhandlungsbefund relativ hoch gesteckt ist, um allein von der Phänomenologie her einen entsprechenden Verdacht in den Raum zu stellen.

Dies gilt um so mehr für Unterlassungsdelikte. Hier sind insbesondere die Fälle von Verwahrlosung von Pflegebedürftigen zu nennen. Die Zurechenbarkeit von Verantwortlichkeit beispielsweise für Größe und Ausdehnung von Durchliegegeschwüren, für den Grad einer Kachexie bzw. Dehydratation oder die Entstehung von Infektionen ist grundsätzlich schwierig, um so mehr, je weiter weg vom institutionalisierten Pflegebereich mit entsprechenden Kontroll- und Dokumentationspflichten ein Mensch betreut wird. Eine kürzlich durchgeführte Untersuchung an Verstorbenen wies bei etwa einem Viertel bis einem Drittel aller älteren Menschen erhebliche Vernachlässigungsanzeichen mit z.T. fortgeschrittenen Dekubitalulcera nach. Die in Pflegeheimen Verstorbenen zeigten dabei deutlich häufiger als Klinikodesfälle älterer Menschen derartige Läsionen. Aufgedeckte Einzelfälle von dokumentierter menschenunwürdiger Behandlung im Angehörigenbereich könnten die Spitze eines Eisbergs sein. Andere subtile Gewaltformen wie nichtindizierte oder falsch dosierte medikamentöse Sedierungen wären nur durch aufwendige chemisch-toxikologische Untersuchungen zu belegen. In der Praxis werden entsprechende Verfehlungen nur im Extremfall offenbar, etwa bei ungeklärten Todesfällen.

Der Europarat hat 1992 eine internationale Analyse vorgelegt, wonach 1-8% der Älteren durch ihre Angehörige Gewalt erfahren. Für die Bundesrepublik läßt sich auf der Basis der oben angesprochenen Dunkelfeldbefragung (konservativ) schätzen, daß im Jahr 1991 340.000 Menschen im Alter von 60 bis 75 Jahren mindestens einmal Opfer physischer Gewalt im sozialen oder familiären Nahraum wurden (die aus dieser Befragung abschätzbaren relativen Größenordnungen für verschiedene Viktimisierungsformen gibt Tabelle 1 wieder). Bei dieser Befragung war allerdings wegen einer Rekrutierung über Haushalte die Gruppe der über 75jährigen erheblich unterrepräsentiert. Insbesondere sind pflegeabhängige Personen kaum erfaßt, da der Kontext professioneller und institutionalisierter Pflege unberücksichtigt geblieben ist. Seriöse Zahlen für diesen Bereich liegen bislang nicht vor; jedoch dürfte das entsprechende Viktimisierungsrisiko für diese Personengruppen kaum geringer einzuschätzen sein, denn natürlich sind, auch wenn hier der Forschungsstand noch defizi-

tärer ist, Mißhandlungen im Rahmen professioneller und medizinischer Pflege von vornherein ebenso wenig auszuschließen wie im Kontext familiärer Betreuung oder Konflikte. Ärzte werden hierbei auch außerhalb des gerontopsychiatrischen Sektors nicht selten mitschuldig, indem sie Mißhandlungsspuren und Vernachlässigungszeichen ignorieren, nicht einschreiten oder bestimmte Maßnahmen (z.B. Fixierungen, nicht indizierte medikamentöse Ruhigstellung) dulden, decken oder fördern.

Tab. 1: Opfererfahrungen älterer Menschen (≥60 Jahre) in engen sozialen Beziehungen (1991; alte und neue Bundesländer)

	Opfer	Konfidenzintervall (0,95)
Physische Gewalt	3,4%	3,13 - 3,67%
Vernachlässigung/mißbräuchlicher Einsatz von Medikamenten	2,7%	2,14 - 3,36%
Chronische verbale Aggression	0,8%	0,45 - 1,15%
Wirtschaftliche Ausnutzung	1,3%	0,85 - 1,75%

3. Defizite und Ansätze zur Intervention

Es ist eine Besonderheit der Gewalt in familiären und professionellen wie privaten Pflegebeziehungen, daß die „Täter“ überwiegend nicht Fremde sind, sondern in der Regel über längere Zeit vertraute Personen des unmittelbaren Umfeldes, oft Familienangehörige. In aller Regel sind Gewalttaten in pflegenden oder privaten Kontexten nicht Zeichen böser Absichten, sondern haben (etwa aufgrund starker Belastungen oder Überforderungen der pflegenden Person) eine aktualgenetische und im Kontext privater, familiärer Pflege oft auch eine biographische Vorgeschichte. Ein auch interventionspraktisch wichtiger Unterschied zur öffentlichen Kriminalität liegt bei Gewalthandlungen im sozialen Nahraum eben darin, daß nicht nur die Betroffenen, sondern auch die „TäterInnen“ unter ihren „Taten“ leiden, und zwar oft gerade auch dann, wenn sie nicht von anderen bemerkt werden.

Ein differenzierteres Verständnis wird zudem die sozialen und personalen Kontextbedingungen von Bedrohungserleben und Bewältigungsreaktionen ebenso wie die verfügbaren persönlichen und sozialen Ressourcen berücksichtigen müssen. Wer sich als gut eingebunden und gestützt durch ein funktionierendes soziales Netz erlebt, der wird weniger Angst und Sorgen vor Gewalt und Mißhandlung haben, allerdings nur dann, wenn dieses Netz nicht in erster Linie der Verbreitung von Schreckensmeldungen (von den Medien z.T. unverantwortlich potenziert) dient, sondern wenn es im Bedarfsfall auch praktisch greifbare Hilfestellung bieten kann. Dies gilt um so mehr, als institutionalisierte Hilfs- und Unterstützungsangebote für Gewalt- und Kriminalitätsoffer in vielen Bereichen fehlen. Dies gilt gleichermaßen für den Pflegebereich, in denen Beratungs- und Hilfeangebote für Opfer und Angehörige ebenso fehlen wie Supervisions- und Beratungsangebote für Pflegende. Chronische Überforderung („burn out“), die nicht aufgefangen, abgebaut oder wenigstens ange-

messen artikuliert werden kann, mündet zu häufig in mehr oder minder gewaltsame Konfliktlösungsstrategien, die von nicht indizierter medikamentöser Ruhigstellung und Fixierung bis zu Bedrohung und unmittelbarer körperlicher Zwangsausübung, in Extremfällen auch zur Tötung von Patienten reichen können.

Ältere Personen können bei Gewalterfahrungen von angemessener sozialer Unterstützung in besonderem Maße profitieren. Allerdings mag effiziente Hilfestellung bei Alltagsaufgaben das Opfer zwar aktuell entlasten, kann aber längerfristig zu gesteigerter Hilflosigkeit und sozialer Abhängigkeit führen. Darüber hinaus gibt es natürlich auch inkompetente oder destruktive soziale Reaktionen gegenüber Gewaltopfern; sie reichen bis zu einer expliziten Diskriminierung und Ausgrenzung des Opfers und führen so im Extremfall zu einer *sekundären Viktimisierung*. Resultieren können daraus erhebliche depressive Reaktionen bis hin zu suizidalen Tendenzen und Handlungen. Diese Schwierigkeiten werden sich in bezug auf ältere Opfer schärfer konturieren, wenn zum einen mit der Verkleinerung sozialer Netze die potentielle Optionsmenge für soziale Unterstützung verringert und sich gleichzeitig die Anforderungen an Quantität und Qualität der Unterstützungsleistungen erhöhen. Auf individueller Ebene stellt sich die Frage, mit Hilfe welcher Strategien und Mechanismen es Individuen gelingt, die Folgen einer Opfererfahrung zu bewältigen. Fundiertes Wissen fehlt hier im Bereich des höheren und hohen Lebensalters weitgehend; es stellt jedoch gleichzeitig die unverzichtbare Voraussetzung für Hilfsangebote bei der Unterstützung von Kriminalitäts- und Gewaltopfern dar, die mehr sein will als bloße materielle Wiedergutmachung (wobei schon diese oft nicht gewährleistet ist).

Das der Hausarzt in besonderem Maße Vertrauensperson ist und weitgehende Einblicke in familiäre Strukturen gewinnen kann, erlangt er hieraus auch besondere Einflußmöglichkeiten (und Verpflichtungen), sich Gewaltphänomenen im sozialen Nahraum anzunehmen. Voraussetzungen sind Hausbesuche und Ganzkörperuntersuchungen einschließlich rückwärtiger Körperteile. Im Hinblick auf die Pflegeversicherung ergeben sich zusätzliche Möglichkeiten der Intervention durch kontrollierende Instanzen (z.B. die medizinischen Dienste der Krankenkassen).

4. Fazit: Behutsame Reaktion ohne Tabuisierung

Die Thematik 'Gewalt gegen alte Menschen' steckt in einem Sensibilisierungs-Skandalisierungs-Dilemma. Denn einerseits muß die öffentliche wie private Aufmerksamkeit für diese Problematik geschärft werden. Es muß mehr konkrete Hilfsangebote für Opfer und Betroffene, mehr Hilfe und Beratung für überforderte Angehörige oder Pflegende und ein dichteres (auch, aber nicht nur institutionalisiertes) soziales Netz mit Entlastungen und Alternativen geben. Im Pflegebereich sind spezifische Ausbildungs-, Beratungs- und Supervisionsangebote für professionell oder privat Pflegende ebenso erforderlich wie Beratungsangebote für Betroffene. Andererseits aber dürfen weder Opfer stigmatisiert noch Täter undifferenziert angeprangert werden, nicht zuletzt auch angesichts der Gefahr falscher Beschuldigungen (mit dramatischen sozialen „Kosten“ für die Betroffenen). Gerade weil der hier angesprochene

Bereich mit sehr starken emotionalen und moralischen Bewertungen besetzt ist, können Überreaktionen leicht provoziert, aber nur sehr schwer korrigiert werden.

Kapitel VIII: Qualitätssicherung in der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen

In den letzten Jahren ist immer häufiger die Frage nach der Qualität und der Qualitätssicherung der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen in den Vordergrund gerückt.

Die aktuelle Gesetzeslage in der Bundesrepublik Deutschland - das Gesundheitsstrukturgesetz, das Krankenhaus-Finanzierungsgesetz, die Bundespflegesatzverordnung und nicht zuletzt die Pflegeversicherung - haben der Aufforderung zur Qualitätserbringung und Qualitätssicherung Rechnung getragen.

Ganz formal ist mit Maßnahmen der Qualitätssicherung für die betreffenden Einrichtungen die Verpflichtung verbunden, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie humane Behandlung und Pflege zu gewährleisten. Bezüglich der Umsetzungen dieser zunächst plausiblen Forderungen bestehen jedoch noch erhebliche Defizite, denn bisher werden für die Bundesrepublik Deutschland die nach den diversen gesetzlichen Vorgaben geforderten Qualitätssicherungsmaßnahmen nicht erfüllt und entsprechende Strukturen und Maßnahmen sind trotz der inzwischen in vielfältiger Weise vorhandenen Modelle im praktischen Alltag bislang kaum vorhanden. Es fehlt der Praxis, trotz rechtlicher Vorgaben, bislang noch an klaren Handlungsrichtlinien, um die Forderungen nach einer Qualitätssicherung auch entsprechend ausfüllen zu können. Ja, häufig fehlt es an einer konkreten Vorstellung von „Qualität“.

Somit stellen Fragen der Qualitätsdefinition, Qualitätssicherung und Qualitätsstandards Praktiker, Politiker und auch Wissenschaftler bisher vor eine Reihe ungelöster Probleme, nicht nur in der Bundesrepublik Deutschland.

Allerdings haben die jüngsten Gesetzesmaßnahmen die Diskussionen und Entwicklungen sowie die Auseinandersetzung mit der Qualität der Versorgung insgesamt in einem positiven Sinne gefördert. Der Umgang mit kranken, hilfs- und pflegebedürftigen älteren Menschen erfordert eine Qualitätsdiskussion und -kennzeichnung anderer Art als dies etwa im Akutbereich üblich ist (Görres, 1992).

Für die weitere Diskussion um zukünftige Formen, Schwerpunkte und Kriterien von Qualitätssicherung und Qualitätsstandards in der Geriatrie und Altenhilfe zeichnen sich dabei drei Analyseebenen ab: Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität (Donabedian, 1966; in der Weiterentwicklung u.a. Görres, 1998).

- Ansatzpunkte im Bereich der **Strukturqualität**: Sie beschreibt die Bedingungen, unter denen die Versorgungsleistungen erbracht werden. Dazu gehören etwa die Art der Einrichtung, der Personalschlüssel von Einrichtungen, die finanziellen

Mittel, die Ausbildungsqualität der darin tätigen Personen sowie die Ausstattung der Einrichtungen. Aber auch die Zahl geriatrischer Einrichtungen etwa in einem Bundesland oder in der Bundesrepublik Deutschland ist der Maßstab für eine hohe oder niedrige Qualität in der Versorgung älterer Menschen. Dazu gehört auch die Qualität der Zusammenarbeit der verschiedenen Einrichtungen untereinander. Die Verbesserung der Strukturqualität wird daher auch in der Vernetzung verschiedener Versorgungsangebote deutlich: Zum Beispiel zwischen Kurzzeitpflege, Sozialstation, Altenhilfe, Altenbegegnungsstätte, Therapie, betreutes Wohnen, Nachbarschaftshilfen, Hausärzten und Krankenhäusern.

Ein weiterer wichtiger Schritt im Hinblick auf eine wirksame Qualitätssicherung im strukturellen Bereich (Strukturqualität) ist die Entwicklung einer flächen- und bedarfsdeckenden Infrastruktur mit geriatrischen Einrichtungen und Einrichtungen der Altenhilfe. Im Sinne einer strukturellen Qualitätssicherung bedarf es hier Versorgungseinrichtungen, die in differenzierter Weise auf die spezifischen Bedürfnisse älterer Menschen abgestimmt sind und unter Betonung rehabilitativer und ganzheitlicher Konzepte u.a. eine entsprechende Diagnostik, therapeutisch-aktivierende Pflege und die Beachtung des sozialen Umfeldes und der Lebensbedingungen der Betroffenen berücksichtigen.

Sicher ist, daß der Ausbau der Geriatrie und stationären Altenhilfe immer nur im engen Zusammenhang mit der Entwicklung der entsprechenden komplementären Einrichtungen (so etwa im Akut- bzw. ambulanten Bereich) zweckmäßig ist; wie kein anderes Fachgebiet sind Geriatrie und Altenhilfe für die Entwicklung ihrer Leistungsfähigkeit auf diesen Zusammenhang angewiesen.

Zur Planung und Weiterentwicklung gehören darüber hinaus strukturelle Verbesserungen der Versorgung älterer Menschen in Form einer integrierten Gesundheitsplanung (Gesundheits-, Pflege- und Altenberichterstattung), die bisher häufig noch seitens der Behörden durch getrennte Zuständigkeitsbereiche ausgeführt werden. Dies sind z.B. organisationsübergreifende Konsensuskonferenzen, deren Aufgaben u.a. darin bestehen - z.B. mit Hilfe gerontologisch/geriatrischen und pflegerischen Fachwissens -, Qualitätsstandards zu entwickeln und in die Praxis zu integrieren.

Ein letzter struktureller Schritt auf dem Weg zu einer umfassenden Qualitätssicherung in Geriatrie und stationärer Altenhilfe liegt in der generellen Ausweitung einer Aus-, Fort- und Weiterbildungsinfrastruktur sowie in der Sicherstellung eines systematischen Wissens- bzw. Theorie-/Praxistransfers. Insbesondere gerontologisch-geriatrisches Wissen wurde bisher nur unzureichend an die Praxisfelder weitervermittelt, so daß dort auf der Grundlage eines sicher nicht zu unterschätzenden Erfahrungswissens häufig ohne ein differenziertes Hintergrundwissen verfahren wird. Qualifizierungs- und Personalentwicklungskonzepte in der Geriatrie werden einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätserbringung und Qualitätssicherung insgesamt leisten.

- Ansatzpunkte im Bereich der **Prozeßqualität**: Im Gegensatz zu der Strukturqualität bezieht sich die Prozeßqualität unmittelbar auf die Behandlung bzw. Pflege

selbst. Dazu gehören z.B. die Erstellung eines Behandlungs- und Pflegeplanes und die im Team gemeinsame Festlegung eines Behandlungs- und Pflegeziels unter Berücksichtigung der Bedürfnisse des Patienten und seiner Angehörigen. Dem therapeutischen Team kommt hier eine tragende Rolle zu. Es bedarf einer klaren durchschaubaren Zielsetzung, einer Orientierung in kleinen Schritten und einer geduldigen Koordination der Behandlung. So sollten etwa Behandlungsziele mit den Patienten und den Angehörigen gemeinsam festgelegt werden. Patienten und Angehörige sollten sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich umfassend beraten werden, etwa durch Einzelgespräche und im Rahmen von Gesprächsgruppen.

Zur Prozeßqualität gehören auch die Arbeitsbedingungen des medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Personals. Eine qualitative Erweiterung von Arbeitsinhalten, Entscheidungs- und Gestaltungsspielräumen, die Unterstützung von Selbständigkeit, Verantwortung und gesundheitsfördernden Arbeitsweisen, die Herausbildung neuer Formen der Arbeitsorganisation, gemeinsames Handeln und Lernen in interdisziplinären Teams. Der Erwerb von Schlüsselqualifikationen sowie konzeptionell ausgereifte inner- und außerbetriebliche Qualifizierungsmaßnahmen lassen nicht nur eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen, eine erhöhte Motivation und ein positiveres Betriebsklima auf seiten des ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Personals erwarten, sondern darüber hinaus auch eine Verbesserung der Behandlungs- und Pflegequalität, die unmittelbar den Patienten und Bewohnern zugute kommt.

Zudem ist im Sinne einer guten Prozeßqualität neben einer gründlichen Diagnostik auch die Erfassung der Gesamtpersönlichkeit der Patienten, einschließlich ihrer psychischen sozialen Bedingungen erforderlich, um die verbleibenden Kräfte des Patienten und seines Umfeldes erkennen, reaktivieren, fördern und stabilisieren zu können. Für den Arzt bedeutet dies, im einzelnen Maßnahmen der Qualitätssicherung anzuwenden, die von der täglichen Besprechung mit dem Team über eine umfassende Visite bis hin zu der Frage reichen, wie Patienten und Angehörige ausreichend in den Behandlungsprozeß einbezogen werden können. Häufig werden für den Behandlungs- und Pflegeprozeß sogenannte Standards entwickelt, an denen sich Behandlung und Pflege orientieren sollen und die dazu beitragen, die Qualität ständig zu verbessern und damit allen Patienten die größtmögliche Qualität zu gewährleisten. Anhand dieser Standards kann dann auch die Qualität entsprechend kontrolliert werden.

- Ansatzpunkte im Bereich der **Ergebnisqualität**: Im Zusammenhang mit der geforderten und auch für die Geriatrie immer wichtiger werdenden Qualitätssicherung kommt der Ergebnisqualität im Sinne einer Ergebnisvariablen eine besondere Rolle zu. Die Ergebnisqualität ist der am schwersten zu beurteilende Teil der Versorgungsqualität, weil dazu normalerweise ein Maßstab notwendig ist, woran sich das Ergebnis von Behandlung und Pflege zu messen hat. Dies ist dann relativ einfach, wenn sich zuvor beeinträchtigte Funktionen bei einem Patienten im Anschluß an eine hausärztliche, ambulante oder stationäre Behandlung verbessert haben. Schwerer ist die Ergebnisqualität dann zu beurteilen, wenn es darum geht,

eine Verbesserung des Wohlbefindens oder der Lebensqualität der Patienten im Anschluß an eine Behandlung festzustellen.

Sicherung der Ergebnisqualität heißt vor allem, eine Erhöhung der Kompetenz und eine verstärkte Kontinuität in der Lebensqualität zu erreichen. Denn in Zukunft muß die Qualität auch danach beurteilt werden, wie trotz Krankheit und Behinderung die Individualität bewahrt wird und eine durch Krankheit und Pflegebedürftigkeit eingeschränkte Lebensqualität und Kompetenz stabilisiert oder sogar gebessert werden können. Dazu müssen u.a. die pflegerisch-therapeutischen Angebote so ausgebaut oder in Kooperation mit geriatrisch-rehabilitativen Einrichtungen so angeboten werden, daß die noch vorhandenen Selbsthilfepotentiale auch durch ambulant rehabilitative Angebote so gut wie möglich gefördert werden, was einer Reihe von Patienten den langfristigen Verbleib in der eigenen Wohnung ermöglicht. Zumindest müssen die verbliebenen Fähigkeiten erkannt und stabilisiert werden, so daß einer vorzeitigen Verschlechterung des Gesundheitszustandes entgegengewirkt wird.

Insofern ist die Sicherung der Weiterversorgung bei älteren Menschen eines der wichtigsten Ziele der Ergebnisqualität und knüpft unmittelbar an die Fragen der Nachsorge und Vernetzung der Hilfemaßnahmen an.

Dies erfordert für die Ergebnisqualität, daß vor allem rehabilitative Bemühungen im stationären, teilstationären und im ambulanten Bereich nahtlos ineinander übergehen müssen. Rehabilitationserfolge im stationären Bereich drohen zu verkümmern, wenn nach Entlassung aus der Klinik spezielle Therapieverfahren nicht weitergeführt werden, der alte Mensch nicht hinreichend zur Selbsthilfe motiviert wird und Angehörige und Freunde aufgrund mangelnder Kenntnisse über die Krankheit und über Rehabilitationsmaßnahmen zur Unter- oder Überversorgung neigen. Gerade hier kommen dann den ambulanten sozialpflegerischen Diensten, ambulanten Rehabilitationsangeboten und dem Hausarzt eine besondere Bedeutung zu, um die Qualität der Versorgung langfristig zu sichern.

Während in einer Vielzahl medizinischer Fächer langjährige Erfahrungen mit Methoden und Instrumenten der internen und externen Qualitätssicherung vorliegen, steht die Entwicklung geeigneter Konzepte für die Geriatrie noch am Anfang.

Vor allem müssen die multifaktorielle Beeinflussung etwa des Rehabilitationsverlaufs und -ergebnisses berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang kommt dem standardisierten geriatrischen Assessment neben anderen Methoden eine besondere Rolle zu (Deckenbach et al., 1997).

Darüber hinaus werden zunehmend Methoden des „Goal Attainment Scaling“ (GAS) eingesetzt, um den Grad der individuellen Therapiezielerreichung zu quantifizieren und zudem Aspekte der Kosteneffizienz nachweisen zu können. Für die Geriatrie hat sich etwa das geriatrische Basis-assessment der „Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment“ (AGAST) bewährt (AGAST, 1995), für die Patientenbeurteilung und Dokumentation in der Langzeitpflege das „Resident Assessment Instrument“ (RAI) (Gilgen/Garms-Homolova, 1995). Für den Bereich der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie (vgl. dazu Kap. IV) existieren entsprechende Programme etwa

der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM) als Kernmodul einer Basis- und Ergebnisdokumentation (Psy-BaDo) (Heuft/Senf, 1998). Seit einigen Jahren werden auch Programme zur Sicherung und Weiterentwicklung von Qualität in Form poststationärer Patientenbefragungen verfolgt, um einerseits die Wahrnehmungen und Bewertungen von Strukturen und Prozessen der Behandlung (etwa Rehabilitationszufriedenheit) und andererseits ihre gesundheitlichen Effekte zu erfassen. Mit diesem Qualitätsscreening wird insbesondere die Entwicklung eines klinikvergleichenden Informationssystems beabsichtigt, das neben der Beobachtung von Behandlungsprofilen vor allem eine Bewertung unterschiedlicher Einrichtungen im Vergleich zu einem Referenzwert gestattet (Raspe et al., 1997).

Inzwischen ist bei Politikern, Wissenschaftlern und Praktikern unbestritten, daß die Qualität in der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen verbessert werden muß (Meier-Baumgartner et al., 1996). Hilfreich dabei können auch Beratungsgremien auf Bundes-, Länder- oder Einrichtungsebene sein, die die Praxis darin unterstützen, realisierbare Möglichkeiten der Qualitätssicherung zu entwickeln und durchzuführen. Dazu gehören auch Möglichkeiten der Qualitätskontrolle im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich, an denen auch die Patienten bzw. Bürger selbst im Rahmen von Konferenzen beteiligt sein sollten.

Ein weiteres Instrument, um einen kontinuierlichen Wissensfluß bezogen auf die Lebenssituation älterer Menschen und ihrer Entsprechung durch verfügbare relevante Dienste zu gewährleisten, ist die Etablierung einer routinemäßigen Altersberichterstattung. Die Altersberichterstattung wäre nicht nur eine konkrete Maßnahmenplanung in der und für die Altenpolitik, sondern soll auch den Versuch unternehmen, Veränderungen in den Orientierungen, Einstellungen, Zielsetzungen und Lebensbedingungen von Alterskohorte zu Alterskohorte und für jede Alterskohorte im Zeitablauf zu erfassen und Veränderungen in der Alterspopulation selbst eine höhere Aufmerksamkeit entgegenzubringen, z.B. bezogen auf Eintritt und Dauer der Pflegebedürftigkeit. Darüber hinaus soll die Altersberichterstattung auch der Überprüfung konkreter Maßnahmen im Sinne einer Bewertung und schließlich ebenso wie die Gesundheits- und Pflegeberichterstattung der Qualitätssicherung dienen.

Kapitel IX: Ethik

a) Palliativmedizin

Die Palliativmedizin - das heißt die lindernde Behandlung des Kranken, wenn es keine Hoffnung auf Heilung mehr gibt - ist kein neues Aufgabengebiet der Ärzte, in Deutschland aber ist ihre große Bedeutung für Medizin und Gesellschaft erst im letzten Jahrzehnt zunehmend bewußt geworden.

1. Definition

In Anlehnung an die Definitionen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der European Association for Palliative Care (EAPC) beschreibt die 1994 in Köln gegründete Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) in ihrer Satzung Definition und Zielsetzung der Palliativmedizin: „Gegenstand der Palliativmedizin ist die Behandlung und Begleitung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung. Die Palliativmedizin bejaht das Leben und sieht Sterben als einen natürlichen Prozeß. Sie lehnt aktive Sterbehilfe in jeder Form ab. Die Palliativmedizin arbeitet multidisziplinär und basiert auf der Kooperation der Ärzte verschiedener Disziplinen, des Krankenpflegepersonals und anderer Berufsgruppen, die mit der ambulanten und stationären Betreuung unheilbar Kranker befaßt sind. Durch eine ganzheitliche Behandlung soll Leiden umfassend gelindert werden, um dem Patienten und seinen Angehörigen bei der Krankheitsbewältigung zu helfen und ihm eine Verbesserung der Lebensqualität zu ermöglichen.“

2. Patienten

Als Gegenpol zur Kurativmedizin gilt Palliativmedizin grundsätzlich für alle Patienten mit chronischen Krankheiten im fortgeschrittenen Stadium. In den speziellen Einrichtungen für Palliativtherapie werden jedoch vorwiegend Krebskranke aufgenommen, seltener auch Patienten mit der Immunschwächekrankheit AIDS und mit unheilbaren neurologischen Erkrankungen.

Etwa 75% aller Krebspatienten bedürfen früher oder später der palliativen Therapie. Im Jahr 1996 starben in Deutschland an bösartigen Neubildungen insgesamt 212.888 Menschen. 70,0% dieser Sterbefälle entfielen auf Patienten, die 65 Jahre oder älter waren bzw. 41,4%, die 75 oder mehr Jahre zählten (Statistisches Bundesamt, Recherchedienst, Wiesbaden 1997). Der Altersbereich der (Krebs-)Patienten

auf der Kölner Palliativstation lag in der Zeit von 1983-1996 zwischen 17 und 94 Jahren, wobei das Durchschnittsalter 61,2 Jahre betrug.

Der große Anteil älterer Menschen mit der Todesursache Krebs verdeutlicht, daß der Palliativmedizin auch in der Geriatrie eine Bedeutung zukommt.

3. Ziel und Aufgaben

Das *Ziel der Palliativmedizin* ist es, die Patienten so zu behandeln, zu pflegen und zu begleiten, daß auch der Schwerkranke wieder Lebensfreude empfinden kann. „Leben bis zuletzt“ ist die Grundidee der Hospizbewegung, die sich von Irland und England ausgehend in alle Erdteile verbreitete und die zum Ausgangspunkt der Palliativmedizin im umfassenden Sinn wurde.

Beginnend mit „Our Lady’s Hospice“ (1879, Dublin) und „St. Joseph’s Hospice“ (1905, London) widmen sich die Hospize der Betreuung unheilbar Kranker mit nur noch kurzer Lebenserwartung, wobei das erklärte Ziel die Verbesserung der Lebensqualität der Patienten und die gleichzeitige Unterstützung der Angehörigen ist. Zusätzlich stellt sich das 1967 gegründete Londoner „St. Christopher’s Hospice“ die Aufgaben der Forschung und Lehre auf dem Gebiet der „Hospice Care“, z.B. Schmerztherapie/Symptomkontrolle, Kommunikation mit Schwerkranken und Sterbenden. Nach Eröffnung der ersten Palliativstation („Palliative Care Unit“) 1975 am „Royal Victoria Hospital“ in Montreal wurde die Bezeichnung „Palliative Care“ (statt „Hospice Care“) eingeführt.

Zum Leben gehört auch das Sterben. So ist es ein weiteres Anliegen der Palliativmedizin, dem Gedanken an das Sterben und den Tod seine Zeit zu geben, damit es dem Schwerkranken gelingen möge, ganz allmählich in die Wahrheit des nahen Todes hineinzuwachsen, versöhnt mit seinem Leben. Doch jeder stirbt auf seine Weise - dies müssen wir annehmen.

Es ist weder mit der Palliativmedizin vereinbar, Leben aktiv zu verkürzen und dem Schwerkranken den Tod zu bringen, noch Leben um jeden Preis zu verlängern und bei dem Schwerkranken alle nur denkbaren intensivmedizinischen Maßnahmen zu ergreifen.

Die *Aufgaben einer Station für palliative Therapie* (Palliativstation) sind vielgestaltig (Tab. 1). Dem ganzheitlichen Konzept der Palliativmedizin entsprechend umfassen sie den physischen, mentalen, psychischen, spirituellen und sozialen Bereich. Hierbei ist die Sorge um den körperlichen Zustand des Kranken die Basis für alle weiteren Bemühungen, d.h. die kompetente medizinische Symptomkontrolle zur Verringerung der Schmerzen und anderen Beschwerden (Tab. 2) auf ein erträgliches Maß und die einfühlsame Pflege sind die beiden notwendigen Voraussetzungen, damit Gespräche den Kranken überhaupt erreichen können.

Tab. 1: Aufgaben der Station für palliative Therapie, Universitätsklinik für Chirurgie, Köln

<p>Unheilbar Krebskranke:</p> <p>Sorge um den physischen Zustand, - symptombezogene Behandlung („symptom control“), - symptom-, bedürfnisorientierte Pflege</p> <p>Kommunikation, weitere Unterstützung - mental, - psychisch, - spirituell, - sozial</p> <p>Sterbebegleitung, Mitbetreuung und Trauerbegleitung, der Angehörigen</p> <p>Lehre, Fortbildung, Information Forschung</p>
--

Tab. 2: Art und Häufigkeit körperlicher Symptome im fortgeschrittenen Krebsstadium bei Aufnahme auf die Station für palliative Therapie, Universitätsklinik für Chirurgie, Köln 07.04.1983-07.04.1993 (N = 648)

Symptom	Häufigkeit (%)
Körperliche Schwäche	83
Schmerzen	81
Appetitlosigkeit	69
Übelkeit, Erbrechen	56
Obstipation	47
Schlafstörung	44
Dyspnoe	41
Husten	32
Ödeme	30
Miktionsbeschwerden	24
Dysphagie	17
Neurologische Störungen	16
Aszites	13
Tumorblutung	12
Weitere Symptome:	
Xerostomie, Durst, Diarrhoe, Ikterus, Pruritus, Fieber, Singultus, Schwindel, Schwitzen, pathologische Fraktur, sichtbare Haut- und Schleimhautveränderungen, starke Geruchsbildung, motorische Unruhe u.a.	

Kommunikation bedeutet über das Gespräch hinaus auch liebevolle, mitfühlende Hinwendung zum Kranken: Dasein, Hinhören, Aushalten, Schweigen, Berühren, ein freundlicher Blick, die innere Haltung, die ausstrahlt. Und natürlich auch Beistand in der Sterbestunde sowie den Angehörigen Stütze sein in dieser Zeit und danach.

Darüber hinaus besteht die Aufgabe, Lehre und Fortbildung in Palliativmedizin anzubieten für alle Berufsgruppen, die mit Schwerkranken und Sterbenden betraut sind, und auch in unserer Gesellschaft diese Idee zu vertreten - für einen bewußteren Umgang mit dem Sterben und so auch mit dem Leben. Forschung auf dem weiten Gebiet der Palliativmedizin ist eine Herausforderung der Zukunft.

Auf dem Gebiet der Palliativmedizin lassen sich vier Phasen im Krankheitsverlauf unterscheiden (Tab. 3). Diese Definition der Lebensendphasen orientiert sich an den noch möglichen Aktivitäten des Patienten und an der geschätzten zeitlichen Prognose. Sie ist für die praktische Arbeit hilfreich, da Palliativtherapie bei Patienten mit sehr verschieden weit fortgeschrittenen Krankheitsgeschehen durchgeführt wird.

4. Organisationsformen

Die Palliativmedizin kann grundsätzlich an jedem Ort verwirklicht werden. Die Umsetzung der Idee ist jedoch in speziellen Einrichtungen leichter möglich.

Einrichtungen für Palliativmedizin in Klinik/Krankenhaus sind:

- die *Palliativstation* als eigene Station,
- der *Palliativbereich* mit einer weitgehenden Integration von Palliativbetten in eine andere Station und
- der *palliativmedizinische Konsiliardienst*, dessen Mitarbeiter die schwerkranken und sterbenden Patienten auf allen Stationen des Krankenhauses konsiliarisch betreuen.

Der Ort des Sterbens sollte, wenn irgend möglich, das Zuhause des sterbenden Menschen sein oder wieder werden. So ist es ein erklärtes Ziel der Palliativmedizin, auch Schwerkranken, bei denen eine stationäre Behandlung nicht mehr zwingend erforderlich ist, nach Hause zu entlassen und ihre Versorgung in der Familie durch ambulante Dienste zu unterstützen bzw. zu ermöglichen.

Organisationsformen der Palliativmedizin im ambulanten Bereich sind: *Hausbetreuungsdienst*, *ambulanter Palliativdienst* und *ambulantes Hospiz*. Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Qualifikation und ihres Leistungsangebots.

Hospize, stationäre und *teilstationäre*, sind eigenständige Einrichtungen, in denen schwerkranke und sterbende Menschen eine palliativmedizinische Behandlung und Pflege erfahren, wenn ein stationärer Klinikaufenthalt nicht (mehr) erforderlich ist und die ambulante Versorgung in der Familie nicht erbracht werden kann.

In Deutschland wurde die erste Palliativstation 1983 in der Chirurgischen Universitätsklinik Köln eröffnet, das erste Hospiz 1986 in Aachen. Derzeit bestehen in unserem Land 34 Palliativstationen und 43 stationäre Hospize (Stand: November 1997; Angaben: Deutsche Hospiz Stiftung).

Tab. 3: Definition der Lebensphasen in der Palliativmedizin

Phase	Aktivität	Prognose
1. Rehabilitationsphase	weitgehend normales gesellschaftliches Leben trotz fortgeschrittener Krankheit	viele Monate, manchmal Jahre „die letzten Monate“ , „die letzten Jahre“
2. Präterminalphase	eingeschränkte Möglichkeiten des aktiven Lebens	mehrere Wochen bis Monate, „die letzten Wochen“
3. Terminalphase	Bettlägerigkeit, oft Rückzug nach innen oder Ruhelosigkeit	wenige Tage bis eine Woche, „die letzten Tage“
4. Sterbephase	Zustand „in extremis“, Mensch „liegt im Sterben“, Bewußtsein nicht auf Außenwelt gerichtet	einige Stunden bis ein Tag, „die letzten Stunden“

5. Bedeutung der Palliativmedizin

Der Wert der *Palliativstation* kann auf verschiedenen Ebenen betrachtet werden:

1. *Ebene des Patienten:*
 - Erfahrung der Verbindung von Medizin und Menschlichkeit,
 - familiäre Atmosphäre und Geborgenheit auf einer Klinikstation,
 - leben können bis zuletzt trotz Einschränkungen und zu gegebener Zeit auch sterben dürfen,
 - hohe Akzeptanz bei Patienten und ihren Angehörigen.
2. *Ebene der Klinik:*
 - Kontinuität der Sorge um die Krebspatienten der Klinik auch in der Präterminal und Terminalphase bis zum Tod,
 - neue Maßstäbe in der Behandlung, Betreuung und Begleitung Schwerkranker und Sterbender,
 - Kristallisationspunkt der Palliativmedizin: Erfahrungsgewinn und Forschung, z.B. auf den Gebieten Schmerztherapie und Symptomkontrolle, Umgang mit unheilbar Kranken und Sterbenden u.a.,
 - Multiplikatorwirkung durch Lehre, Fortbildung und Information: Übertragung der Erfahrungen auch auf andere Arbeitsgebiete und -orte in der Medizin.
3. *Ebene der Gesellschaft:*
 - oftmals Ersatz für ein verlorenes „soziales System Familie“, besonders in der Großstadt,
 - Bewußtmachen eines häufig verdrängten Teils des Lebens: Leiden und Sterben,
 - Erziehung zur Verantwortlichkeit auch für Menschen, die an der Grenze des Lebens zum Tod stehen,
 - Erkenntnis, daß aktive Sterbehilfe nicht die Antwort auf Leiden ist, sondern daß auch der Schwerkranker leben will, wenn er Hilfe und Liebe erfährt.

Kapitel IX: Ethik

b) Betreuung Sterbender - Sterbebeistand

Tod ist der Endzustand, dem alles Lebende zwangsläufig unterworfen ist. Sterben aber ist die letzte Strecke des Lebens, d.h. des Weges, den ein Individuum auf seinen Endzustand hin geht.

Früher war es üblich, daß zu Hause gestorben wurde, im Kreise der Familie und der Angehörigen. Heute sterben 70% aller Menschen in der Bundesrepublik Deutschland im Krankenhaus.

Die Würde des Sterbens hängt vor allem vom Verhalten der Mitmenschen, seien es Angehörige, Pfleger, Theologen oder Ärzte ab. Man kann sowohl zu Hause wie im Pflegeheim oder auch im Akutkrankenhaus menschlich sterben.

Dieses Verhalten der Mitmenschen muß geprägt sein von der eigenen Grundeinstellung, braucht aber auch ein spezielles Know how, das gelehrt und gelernt werden muß. Dazu gehört auch, daß jeder Arzt fähig sein muß, die Diagnose „der Patient ist sterbend“ zu stellen. Für diese Beurteilung, die sicher auch zur geriatrischen Beurteilung (Assessment) gehört, ist eine genaue medizinische Untersuchung des Patienten erforderlich. Dies erfordert Zeit und oft auch den Versuch einer Therapie, wenn nicht klar ist, ob eine Depression zugrunde liegt, eine Dehydratation, eine Vergiftung mit Tranquilizern, eine Herzinsuffizienz, ein entgleister Diabetes oder, wie es so oft ist, eine Mischung mehrerer Diagnosen.

Eine mögliche Definition des Sterbenden könnte lauten: „Ein Sterbender ist ein Kranker oder Verletzter, bei dem der Arzt aufgrund einer Reihe klinischer Zeichen zu der Überzeugung gekommen ist, daß die Krankheit irreversibel verläuft.“ Sterben ist diesbezüglich keine Krankheit, sondern ein Zustand, eine eigenständige Lebensphase, die es zu respektieren gilt.

Ärzte müssen aus ihrer Erfahrung heraus und aus dem Gesamtbild des Patienten, diese Diagnose zu stellen versuchen, damit sie dann aus der diagnostisch-kurativen Phase in die Phase der palliativen Therapie und später der Sterbebegleitung finden. Es ist wichtig, daß dies aus- und besprochen wird mit dem Patienten, mit den Angehörigen und im Team und daß auch die Unsicherheit darüber besprochen wird.

Das neue Behandlungsziel heißt dann: Spüren, was der Patient braucht, ihm das Leben und Sterben so angenehm und würdig wie möglich zu machen.

Es kann generell für die Phase des Sterbens und der Sterbebegleitung recht wenig festgelegt werden bis auf die beiden Maximen: „Zufriedenstellende Schmerzlinderung“ und „mitmenschliche Begleitung“.

Dafür müssen Bedingungen gefordert werden, Bedingungen wie sie aber in jedem Krankenhaus möglich sein sollten. Es geht um die Zimmergröße, es geht um die Möglichkeit, daß Angehörige Tag und Nacht beim Patienten sein können, dort auch schlafen und essen können, und es geht darum, daß genug pflegende Mitarbeiter da sind.

Es muß gründlich und gekonnt auf den Beschwerdekomples der terminalen Lebensphase eingegangen werden, insbesondere auf:

- Schmerz,
- gastrointestinale Beschwerden (Verstopfung, Ileus, Anorexie und Durst),
- Schwäche, Atemsymptome, zentralnervöse Beschwerden.

Behandlungsziel bei terminalen Schmerzen muß sein:

- Herausfinden der Ätiologie,
- Schmerzprävention,
- Löschen der Schmerzerinnerung,
- der Patient soll wach, möglichst nicht sediert, aber emotional ausgeglichen sein;
- die Schmerztherapie sollte eine möglichst einfache Verabreichung beinhalten.

Keine medizinische oder pflegerische Handlung ist an sich segensreich, sondern nur bei gezielter, maßvoller und humaner Anwendung. So gibt es beim Sterbenden kein Drängen auf genügend Flüssigkeits- oder Nahrungsaufnahme. Auch die übertriebene Angst vor dem Verdursten muß hier angesprochen werden.

Die gleiche Haltung gilt auch für den Arzt, der nicht unnötig Infusionen, Blutkontrollen, Thromboseprophylaxe oder Sauerstoffmasken verordnen soll, der aber andererseits bei Schluckbeschwerden einen Soor diagnostizieren und behandeln muß und nicht einfach als gegeben hinnehmen soll, der gegen Übelkeit, Erbrechen Medikamente verordnet und gegen Unruhe und Angst zum Gespräch bereit ist, damit der Patient ein Maximum an Wohlbefinden haben kann. Für den Arzt wie für die Pflegenden besteht bei der Sterbebegleitung die Gefahr, daß beide ihren Beruf mit bester Professionalität ausüben können, ohne die Probleme, die der Patient hat, seine Sorgen, zu sehen und ihn allein lassen.

Zur medikamentösen Therapie des Sterbenden gehört vor allem eine ausreichende, auch prophylaktisch gegebene Schmerztherapie. Es ist heute allgemein bekannt, daß Schmerzmittel bei chronischem Schmerz in regelmäßigen Abständen gegeben werden sollen, so daß die Schmerzen gar nicht auftreten und daß sich manchmal eine Kombination mit entspannenden, schmerzlösenden oder auch antidepressiven Medikamenten empfiehlt. Noch immer werden Opiate zu niedrig und in zu großen Abständen dosiert. Und es besteht immer noch die Angst vor der Abhängigkeit. Diese Angst ist beim geriatrischen Patienten, nicht nur beim Sterbenden, sondern auch bei schweren schmerzhaften Prozessen, bei chronisch Kranken, unbegründet.

Leider werden die Diskussionen um das Sterben und um das „Danach“ heute in weiten Bereichen vermieden. Ein wesentlicher Grund liegt in der Unmöglichkeit, sich seinen eigenen Tod vorzustellen, d.h. diese unausweichliche Situation des Sterbens gedanklich einmal vorwegzunehmen. So weicht man diesem Problem aus und hält Sterben und Tod aus seinen täglichen Überlegungen fern.

Dieses Verhalten ist auch die Erklärung für die weit verbreitete Scheu vor dem Kontakt mit Sterbenden: Denn dabei tritt der eigene Tod zwangsläufig in den Blickpunkt. Diese Scheu verhindert oft die für die aktuelle Sterbesituation dann notwendigen und angemessenen Verhaltensweisen, Handlungen und Zuwendung. Man kann aber nicht die Tatsache verdrängen, daß das Sterben das älteste und schwerste Problem des Lebens darstellt, also letztlich etwas Alltägliches ist.

Die neuerliche Diskussion und das Bemühen um Sterbebeistand versuchen, diesen Defiziten entgegenzuwirken. Was kann man hier tun? Und wie soll man es tun? Effektiver und wirkungsvoller Sterbebeistand - das heißt den jeweiligen Bedürfnissen der Sterbenden angemessen - kann nur der gewähren, der sich selbst in einer guten inneren Verfassung befindet, ein affektives Gleichgewicht besitzt und so die den Patienten berührenden Probleme integrativ bewältigen kann. Wichtigste Voraussetzung dafür ist, daß er sich mit seiner eigenen Endlichkeit ernsthaft auseinandergesetzt hat. Ohne eine solche Auseinandersetzung bleibt es ihm nämlich verwehrt, die Sprache und Verhaltensweisen zu erlernen, die ihn in die Lage versetzen, einem Sterbenden mit psychologischem Feingefühl menschlichen Beistand zu leisten, sei es auf psychischem, geistigem oder geistlichem Gebiet.

Jeder Sterbende - insbesondere der chronisch kranke und ältere Mensch - ist besonders sensibel für ein ehrliches und wahrhaftes Verhalten in dieser Situation ihm gegenüber. Und er möchte sich in der angebotenen zwischenmenschlichen Beziehung dann voll geborgen fühlen können.

Helfende haben zu akzeptieren, daß jeder Sterbevorgang individuell und von jeweils eigenen Gesetzmäßigkeiten geprägt verläuft, so daß es deshalb keine allgemein verbindlichen Regeln geben kann. Man muß sich deshalb bemühen, in die jeweilige Situation hineinzuhorchen und sich dann seinem Gefühl entsprechend zu verhalten: Und jedem Weniger an medizinischer Behandlung oder jedem Verzicht auf weitere medizinische Bekämpfung einer Krankheit muß immer ein Mehr an pflegerischer Betreuung und menschlicher Zuwendung entsprechen, wenn die Würde des einzelnen als Mensch nicht mißachtet werden soll. Dann wohl wird sich für den Sterbenden ein angemessener Beistand ergeben - und für den Helfer zudem eine reiche Erfahrung, die ihm später in seiner eigenen Sterbesituation hilfreich sein kann.

Einige Beispiele:

Zum angemessenen Beistand beim Sterben gehört es auch, eine würdige räumliche Atmosphäre zu schaffen, z.B. durch einen Blumenstrauß und andere freundliche Dinge. Unerläßliche Minimalforderung an die Pflege Schwerkranker und Sterbender ist die Befriedigung derjenigen Grundbedürfnisse, die auch ein Säugling hat, aber nicht selbst befriedigen kann, nämlich Ernährung, Reinigung, das Betten sowie das

Recht auf Schmerzlinderung und menschliche Zuwendung. Letztere kann - wie im Kleinkindesalter - durch Hautkontakte - z.B. durch In-den-Arm-nehmen, Streicheln oder längeres Händehalten - erfolgen und führt sehr oft zu einer erheblichen Entspannung des Betreuten selbst dann, wenn er „offensichtlich“ nicht mehr ansprechbar ist.

Aber auch wenn ein Sterbender sich nicht mehr bemerkbar machen kann, lassen sich bei Zuwendung oft doch noch Zeichen von Bewußtsein erleben. Deshalb sollten weder Angehörige noch Pflegende oder Helfer - wie es häufig in unbedachter Weise geschieht - über das Sterben eben dieses Menschen im Sterbezimmer reden. Ein solches Verhalten wäre das Beispiel eines absolut negativen Sterbebeistandes. Auch ein Sterbender ist nie ein zu betreuendes Objekt, sondern immer ein mithandelndes und empfindendes Subjekt.

Die Forderung nach „Wahrheit am Krankenbett“, d.h. die Aufklärung eines Schwerkranken über Diagnose und Prognose seines Leidens um jeden Preis, beeinflußt das Bemühen um Schwerkranken und Sterbende negativ. Wenn man sie ihm mitteilen will, muß es mit Feingefühl und sorgfältig dosiert, dem jeweiligen Auffassungsvermögen sowie seiner grundsätzlichen Einstellung zum Tode angepaßt und entsprechend formuliert werden. Die Frage nach der Wahrheit über die Schwere der Erkrankung ist deshalb letztlich die Frage nach der angemessenen Wahrheit.

Wenn für einen Menschen zu erkennen ist, daß sein Leben zu Ende geht, sollte man ihm signalisieren, daß man trotzdem bei ihm bleibt. Bei allem nun folgenden Bemühen hilft nur einfühlsame Anteilnahme. Zeitdruck darf keine Rolle spielen. Alles Handeln muß darauf gerichtet sein, Anstrengungen für den Sterbenden so gering wie möglich zu halten. Was bedeutet das?

Ein Sterbender ist umzulagern, sobald er wegen Schmerzen oder Unbequemlichkeit darum bittet. Gerade dieser Dienst erfordert viel Geduld, kann aber - insbesondere nach langem Krankelager - in den letzten Stunden Linderung verschaffen. Oft wird eine halbsitzende Stellung für längere Zeit mit Unterstützung im Rücken als besonders angenehm empfunden.

Schwitzt ein Sterbender, werden Einreibungen mit Erfrischungsmitteln (z.B. Kölnisch Wasser oder Alkohol) als angenehm empfunden, ebenso häufiger Wäschewechsel. Weil Sterbende trotz dieses Schwitzens leicht frieren, sollte man sie zugedeckt halten, ggf. aber nur unter einem leichten Leinentuch.

Durst belästigt einen Sterbenden oft stark. Kann er nicht mehr trinken, sollte man Flüssigkeit mit einem Teelöffel oder einer Pipette einflößen, ihn ggf. an einem nassen Schwamm, einem Tuch oder an einer Babyflasche saugen lassen.

Sterbende äußern in der letzten Stunde manchmal den Wunsch nach mehr Licht. Ein gutes Sterbezimmer sollte deshalb hell oder gut beleuchtet, gut gelüftet und ruhig gelegen sein.

Nicht selten hat ein Patient in seinen letzten Stunden das Bedürfnis, noch zu erzählen. Die Aufgabe des Helfenden besteht dann darin zuzuhören und herauszufinden, welche persönlichen Probleme oder Erlebnisse hier noch einmal aufscheinen. Es darf dann aber nicht die Auffassung greifen, seine Aussagen korrigieren oder ihn sogar vom Gegenteil überzeugen zu müssen.

Erfahrungen unserer südeuropäischen Nachbarn zeigen, daß es sowohl für Angehörige wie auch für den Sterbenden hilfreich sein kann, wenn dem Schmerz des Abschiednehmens durch Lamentieren Ausdruck gegeben wird. Dieses Verhalten dokumentiert zum einen dem Sterbenden, daß jemand in dieser schweren Phase bei ihm ist, und es erleichtert gleichzeitig den Angehörigen, ihre Schmerzen zu lindern. Und es ist für beide - auch in der heutigen Zeit noch - in dieser Situation hilfreich, dann ganz einfach die alten Gebete wie das „Vater unser“ oder das „Ehre sei dem Vater“ zu beten, die die Erinnerungen an frühere Zeiten aufklingen lassen und Erleichterung verschaffen.

Es kann Schwierigkeiten in der Beziehung zwischen Ärzten und Pflegepersonal auf der einen, dem Sterbenden und seinen Angehörigen sowie eventuell ehrenamtlichen Helfern auf der anderen Seite geben. Sofern erforderlich, hat in jedem Fall die akute Behandlung Vorrang. Ansonsten sollten alle Betreuer aufeinander zugehen und darüber sprechen, wie jeder helfend tätig sein kann. Im Grunde genommen sind nämlich Mitarbeiter in Krankenhäusern und Heimen dafür dankbar, wenn sie zusätzliche Hilfen erfahren.

Vornehmste Aufgabe des Sterbebeistandes ist es also, dem Sterbenden das Gefühl zwischenmenschlicher Kontakte, des Dabeiseins und des Mitempfindens zu vermitteln. Es gibt aber nicht „die Sterbenden“ als homogene Gruppe. Deshalb muß im Umgang mit ihnen vielmehr die Entscheidung aus der jeweiligen Notwendigkeit und Situation entstehen.

Die Legitimation zum Sterbebeistand entspricht einem tiefen menschlichen Empfinden, einer Lebensnotwendigkeit, die aus Humanität und Religiosität gewährt werden muß und deshalb nicht nach Maß und Zahl bewertet werden darf. Und sie trägt für den Helfenden ihren Lohn in sich.

Kapitel X: Forschung und Lehre in der Geriatrie

Die demographische Entwicklung in den westlichen Industrienationen hat in einer Vielzahl von Ländern dazu geführt, die Forschung im Bereich von chronischen Erkrankungen und Krankheiten, die bevorzugt im höheren Lebensalter auftreten, zu verstärken und die Geriatrie als eigenständiges Fach an den Universitäten zu etablieren. Beispielhaft seien hier die skandinavischen Länder, die Niederlande, Großbritannien, die Vereinigten Staaten, die Schweiz, aber auch Frankreich und Italien genannt. Im Gegensatz hierzu stellt sich bei ähnlicher Entwicklung der Altersstruktur in Deutschland ein anderes Bild dar. Repräsentative Umfragen zur Situation der Geriatrie an deutschen Universitäten und Hochschulen existieren bisher nicht. Eine 1988 im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie durchgeführte Umfrage läßt keine Rückschlüsse zu, da hinsichtlich der Situation an den Medizinischen Fakultäten nur sehr lückenhafte Angaben gemacht wurden. Das Hauptaugenmerk lag bei dieser Untersuchung in der Erfassung der Studienangebote im Bereich Gerontologie.

Um ein Bild über die aktuelle Situation an deutschen Hochschulen zu erhalten, wurde daher jetzt zur Erstellung des Berichts eine Umfrage an den Medizinischen Fakultäten durchgeführt und um die Beantwortung folgender drei Fragen gebeten:

1. Gibt es an der entsprechenden Universität eine C 3- oder C 4-Professur für Geriatrie, klinische Geriatrie oder Innere Medizin in Kombination mit Geriatrie?
2. Wird Forschung mit geriatrischem Schwerpunkt betrieben?
3. Wird in der Lehre die Geriatrie berücksichtigt?

Von insgesamt 37 angeschriebenen Universitäten antworteten 34 (rund 92%). Insgesamt gibt es an deutschen Hochschulen und Universitäten vier C 4-Professuren (oder korporationsrechtliche Gleichstellung) in Geriatrie, klinischer Geriatrie oder Innerer Medizin mit Schwerpunkt Gerontologie. An einer Medizinischen Fakultät ist eine C 3-Professur für Geriatrie eingerichtet, an einer weiteren Universität ist eine C 3-Professur konkret geplant. Hinsichtlich der Forschung mit geriatrischem Schwerpunkt ergibt sich folgendes Bild: An 14 Universitäten bestehen Forschungsaktivitäten, die einen Forschungsschwerpunkt mit geriatrischem Inhalt im engeren Sinne haben (Inkontinenz, Immobilität, Sturzprävention, Malnutrition, Osteoporose, Demenz, Pharmakotherapie sowie Forschung in Alten- und Pflegeheimen). An zwei Universitäten ist ein interdisziplinärer Forschungsschwerpunkt „Geriatrische Forschung“ geplant. Bis auf zwei Ausnahmen werden keine für den Alternsprozeß und die Entstehung chronischer Krankheiten so wichtigen Longitudinaluntersuchungen durchgeführt. Nur vereinzelt beschäftigen sich Studien mit Krankheitsfolgen wie Fähigkeitsstörungen und Handicaps. Präventive Aspekte werden kaum berücksichtigt, Forschung in Institutionen (Alten- und Pflegeheimen) findet praktisch nicht statt. An vielen Universitäten (n = 10) wird keine geriatrische Forschung betrieben, andere wei-

sen wissenschaftliche Projekte aus, die zumindest auch ältere Patienten einschließen (Beispiel: Arteriosklerose, Schlaganfall). Noch desolater stellt sich der Umfrage zufolge das Bild im Bereich der Grundlagenforschung zum Thema „Altern“ dar. Hier wurde nur von fünf Universitäten über Forschungsaktivitäten berichtet. Die Umfrage zeigte aber auch, daß interdisziplinäre Forschungsprojekte unter Einbeziehung der Grundlagenfächer durchaus realistische Chancen auf Drittmittelförderung haben.

Ein ähnliches Bild ergibt sich in der Lehre im Bereich des Studiengangs Humanmedizin. Spezifisch geriatrische Inhalte werden nur an 15 Universitäten vermittelt. An insgesamt vier Universitäten sind diese Veranstaltungen in scheinpflichtige Vorlesungsreihen oder Seminare eingebunden. An vier Universitäten ist es möglich, den PJ-Abschnitt Innere Medizin in Geriatrie abzuleisten. An einer weiteren Universität ist dies geplant.

Die Umfrage zeigte deutlich, daß entgegen den Forderungen, die bereits im „Ersten Altenbericht“ des Bundesministeriums für Familie und Senioren aufgestellt wurden (1993) und im Zwischenbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ wiederholt wurden (1994), geriatrische Inhalte in der medizinischen Ausbildung nur unzureichend berücksichtigt werden und die Forderung nach Schaffung von Geriatrielehrstühlen und interdisziplinärer geriatrischer Forschung nur in Ansätzen umgesetzt ist.

Für eine positive Haltung und Einstellung zu multimorbiden, chronisch kranken, alten Menschen ist es von entscheidender Bedeutung, daß Medizinstudenten bereits in einer frühen Phase ihrer Ausbildung Vorlesungen, Seminare und Praktika in Geriatrie (und Gerontologie) als Pflichtveranstaltungen angeboten bekommen. Geriatrische Themen müssen Prüfungsinhalte in der Medizinausbildung werden. Anzustreben ist - soweit vorhanden - eine Vernetzung der Fortbildungsinhalte mit denen der Gerontopsychiatrie, Gerontologie und des Studienganges „Public Health“.

Bereits im vorklinischen Abschnitt der Ausbildung sollten die Medizinstudenten an die Geriatrie herangeführt werden (z.B. im Rahmen der Berufsfelderkundung). Weiter ist zu fordern, daß an allen Medizinischen Universitäten und Hochschulen die Möglichkeit geschaffen wird, daß Medizinstudenten im Praktischen Jahr klinische Geriatrie als Wahlfach zu den Pflichtfächern Innere Medizin und Chirurgie belegen können. Gegenwärtig wird die klinische Geriatrie anstelle der Inneren Medizin abgeleistet.

Die Forderung nach Schaffung von Geriatrielehrstühlen ist nach wie vor aktuell und vor dem Hintergrund des demographischen Wandels verstärkt zu betreiben. Wie die jetzt durchgeführte aktuelle Umfrage zeigt, existiert die geriatrische Forschung praktisch nur an den Universitäten, an denen auch die Geriatrie etabliert ist (C 4-, C 3-Professuren oder universitäre Kooperation mit geriatrischen Einrichtungen). Interdisziplinäre Forschung mit dem Schwerpunkt in klinischer Geriatrie und die Schaffung von Sonderforschungsbereichen sind daher anzustreben.

Die Schaffung von entsprechenden Lehrstühlen für Geriatrie aber auch Gerontologie und Gerontopsychiatrie ist eine *Conditio sine qua non*, um qualifizierten akademi-

schen Nachwuchs für diesen Bereich zu interessieren und auszubilden. Entsprechende Berufsaussichten für junge Wissenschaftler können der geriatrischen Forschung einen nachhaltigen Schub verleihen.

Es bleibt festzuhalten, daß die Forschung und Lehre in der Geriatrie bisher nicht den Stellenwert besitzt, der ihnen zukommt. Geriatrische Inhalte müssen bereits zu Beginn des Studiums der Humanmedizin zwingend und als Prüfungsstoff Aufnahme finden. Die Schaffung von Lehrstühlen und selbständigen geriatrischen Einheiten an den Medizinischen Universitäten sind von essentieller Bedeutung zur Förderung der Forschung im Bereich der Geriatrie (Grundlagenforschung, geriatrische Problemfelder, Forschung zu Aspekten des Versorgungssystems, Forschung im Bereich Prävention des Alternsprozesses usw.), aber auch zur Förderung von qualifiziertem akademischem Nachwuchs.

Kapitel XI: Weiter- und Fortbildung in der Geriatrie

1. Weiterbildung

Der Deutsche Ärztetag hat 1992 in der (Muster-)Weiterbildungsordnung bei fünf Gebieten eine fakultative Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ geschaffen: Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Nervenheilkunde, Neurologie sowie Psychiatrie. In Hessen und Rheinland-Pfalz wurde das Gebiet Nervenheilkunde nicht eingeführt, so daß sich in diesen beiden Bundesländern die fakultative Weiterbildung in klinischer Geriatrie auf vier Gebiete beschränkt.

Der Begriff der fakultativen Weiterbildung bedeutet, daß der Arzt in bestimmten Gebieten über die obligatorischen Inhalte hinaus für näher bezeichnete gebietsergänzende Tätigkeiten spezielle Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erwerben kann.

Tab. 1: Fakultative Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ im Rahmen der Gebietsbezeichnung „Allgemeinmedizin“

Definition:

Die Klinische Geriatrie umfaßt Prävention, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation körperlicher und seelischer Erkrankungen im biologisch fortgeschrittenen Lebensalter, die in besonderem Maße zu dauernden Behinderungen und dem Verlust der Selbständigkeit führen, unter Anwendung der spezifischen geriatrischen Methodik in stationären Einrichtungen mit dem Ziel der Wiederherstellung größtmöglicher Selbständigkeit.

Weiterbildungszeit:

- 2 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gem. §8 Abs. 1.
- 1 1/2 Jahre der Weiterbildung in der Klinischen Geriatrie müssen zusätzlich zur Gebietserweiterung abgeleistet werden.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis spezieller Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie und Symptomatologie von Erkrankungen und Behinderungen des höheren Lebensalter,
- den speziellen geriatrisch relevanten diagnostischen Verfahren,
- der speziellen geriatrischen Therapie von körperlichen und seelischen Erkrankungen im biologisch fortgeschrittenen Lebensalter,
- der Behandlung der Stuhl- und Urininkontinenz,
- den speziellen pharmakodynamischen Besonderheiten und der Dosierung von Arzneimitteln sowie der Medikamenteninteraktionen bei Mehrfachverordnungen,
- altersadäquater Ernährung und Diätetik,
- physio- und ergotherapeutischen, prothetischen und logopädischen Maßnahmen,
- der Reintegration zur Bewältigung der Alltagsprobleme,
- der Gerontoprophylaxe einschließlich der Ernährungsberatung und Hygieneberatung,
- der Sozialmedizin, insbesondere der Nutzung sozialer Einrichtungen zur Wiedereingliederung und der Möglichkeiten teilstationärer Behandlung und externer Hilfen,
- der Anleitung des therapeutischen Teams,

- den Einweisungsmodalitäten nach den entsprechenden gesetzlichen Grundlagen,
- dem Versicherungs- und Rentenwesen und Sozialhilfebereich.

Von der Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. wurde ein Inhaltskatalog zu dieser fakultativen Weiterbildung vorgelegt (s. Anhang).

Die Weiterbildungsordnung ist in den Bundesländern zu verschiedenen Zeiten in Kraft getreten. Dies bedeutet, daß noch nicht oder noch nicht endgültig in allen Bundesländern über die Anträge zur Befugnis zur Weiterbildung gem. §8 der Weiterbildungsordnung entschieden wurde. Somit ist auch eine genaue Zahl der Weiterbildungsstätten noch nicht bekannt.

Zur Zeit erarbeitet die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde einen Entwurf für eine Schwerpunktbezeichnung „Gerontopsychiatrie“. Geplant ist folgende Definition: „Die Gerontopsychiatrie umfaßt Prävention, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von psychischen und psychosomatischen Störungen oder Erkrankungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im höheren Lebensalter (in der Regel jenseits des 60.-65. Lebensjahres).“

2. Fortbildung

Qualifizierte Fortbildungsangebote zu geriatrischen Themen werden von allen Ärztekammern angeboten. Darüber hinaus gibt es eine Fülle von Veranstaltungen, die von medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften (international, überregional und regional) als auch von Universitätskliniken und Krankenhäusern sowie Qualitätszirkeln initiiert werden.

Bei Durchsicht der Fortbildungsaktivitäten finden wir zum einen die fachspezifischen Themen, fokussiert auf das Alter, zum anderen nimmt die Zahl der interdisziplinären Veranstaltungen deutlich zu. Diese Entwicklung spiegelt den Berufsalltag in der Geriatrie im Sinne des interdisziplinären geriatrischen Teams wider.

3. Qualifizierte Versorgung durch Kooperation

Für eine erfolgreiche Prävention und Betreuung geriatrischer Gesundheitsprobleme ist die Zusammenarbeit der verschiedenen medizinischen und nicht-medizinischen Fachberufe notwendig. Der Hausarzt kann mit seinen Kenntnissen über die Lebenssituation, die gesundheitliche Vorgeschichte und die Risikofaktoren des Patienten die Betreuung koordinieren.

Im Auftrag des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung und mit Unterstützung der Bundesärztekammer hat Herr PD Dr. Meier-Baumgartner (Hamburg) im Jahre

1993 mit namhaften Autoren ein Curriculum für ein Fortbildungsseminar in Geriatrie für Ärzte erarbeitet. Dieses Curriculum wurde im gleichen Jahr erstmals im Rahmen eines interdisziplinären Seminars erprobt. Die Resonanz war sehr positiv, so daß die Veranstaltung seitdem mehrfach durchgeführt wurde.

Tab. 2: Curriculum für ein Fortbildungsseminar in Geriatrie

Block I	Prävention von Krankheiten im Alter
Block II	„Alt und krank“
Block III	Das Geriatrie Assessment
Block IV	Versorgungsformen und Therapiemöglichkeiten für den alten kranken Patienten
Block V	Das Geriatrie Team
Block VI	Die Rehabilitationsmöglichkeiten beim alten Menschen
Block VII	Gerontopsychiatrie
Block VIII	Langzeit- und Terminalpflege
Block XI	Gesetze und Vorschriften für die Altenhilfe und Altenpflege
Block X	Häufige Erkrankungen im Alter

Das Interdisziplinäre Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“, eine Multiplikatorenveranstaltung der Bundesärztekammer, hat sich wiederholt mit dem Thema „Gesundheit und Alter“ auseinandergesetzt, zuletzt im Rahmen des 22. Forums im Januar 1998, auf dem die Schwerpunktthemen „Die Hormonbehandlung des alternenden Menschen“ und „Miktionsstörungen im Alter“ behandelt wurden. Ziel der Veranstaltung ist ein qualifizierter Meinungs austausch zwischen namhaften Wissenschaftlern und der niedergelassenen Ärzteschaft. Die behandelten Themen finden anschließend Eingang in einen Berichtband sowie in die Programme ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen der Landesärztekammer.

Anhang

Anhang 1 (zu Kapitel III: Prävention - Einleitung):

Tab. 1: Präventive Empfehlungen der US Preventive Services Task Force (1996) für Personen im Alter von 65 Jahren und darüber

Interventions Considered and Recommended for the Periodic Health Examination	Leading Causes of Death
	Heart diseases
	Malignant neoplasms (lung, colorectal, breast)
	Cerebrovascular disease
	Chronic obstructive pulmonary disease
	Pneumonia and influenza

Interventions for the General Population

SCREENING

Blood pressure [Ch 3]

Height and weight [Ch 21]

Fecal occult blood test [1] and/or sigmoidoscopy [Ch 8]

Mammogram +/- clinical breast exam [2] (women <=69 yr) [Ch 7]

Papanicolaou (Pap) test (women) [3] [Ch 9]

Vision screening [Ch 33]

Assess for hearing impairment [Ch 35]

Assess for problem drinking [Ch 52]

COUNSELING

Substance Use

Tobacco cessation [Ch 54]

Avoid alcohol/drug use while driving, swimming, boating, etc. [*] [Ch 57 , 58]

Diet and Exercise

Limit fat & cholesterol; maintain caloric balance; emphasize grains, fruits, vegetables [Ch 56]

Adequate calcium intake (women)

Injury Prevention [Ch 57 , 58]

Lap/shoulder belts

Motorcycle and bicycle helmets

Fall prevention [*]

Safe storage/removal of firearms [Ch 50 , 59]

Smoke detector [*]

Set hot water heater to <120-130 degrees F [*]

CPR training for household members

Dental Health [Ch 61]

Regular visits to dental care provider [*]

Floss, brush with fluoride toothpaste daily [*]

Sexual Behavior

STD prevention: avoid high-risk sexual behavior;* use condoms [*] [Ch 62]

IMMUNIZATIONS [Ch 66]

Pneumococcal vaccine

Influenza [1]

Tetanus-diphtheria (Td) boosters [Ch 56]

Regular physical activity [*] [Ch 55 , 58]

CHEMOPROPHYLAXIS

Discuss hormone prophylaxis (women) [Ch 68]

Interventions for High-Risk Populations

POPULATION

POTENTIAL INTERVENTIONS (See detailed high-risk definitions)

Institutionalized persons

PPD (HR1); hepatitis A vaccine (HR2); amantadine/rimantadine (HR4)

Chronic medical conditions; TB contacts; low income; immigrants; alcoholics

PPD (HR1)

Persons ≥ 75 yr; or ≥ 70 yr with risk factors for falls

Fall prevention intervention (HR5)

Cardiovascular disease risk factors

Consider cholesterol screening (HR6)

Family h/o skin cancer; nevi; fair skin, eyes, hair

Avoid excess/midday sun, use protective clothing [*] (HR7)

Native Americans/Alaska Natives

PPD (HR1); hepatitis A vaccine (HR2)0

Travelers to developing countries

Hepatitis A vaccine (HR2); hepatitis B vaccine (HR8)

Blood product recipients

HIV screen (HR3); hepatitis B vaccine (HR8)

High-risk sexual behavior

Hepatitis A vaccine (HR2); HIV screen (HR3); hepatitis B vaccine (HR8); RPR/VDRL (HR9)

Injection or street drug use

PPD (HR1); hepatitis A vaccine (HR2); HIV screen (HR3); hepatitis B vaccine (HR8); RPR/VDRL (HR9); advice to reduce infection risk (HR10)

Health care/lab workers

PPD (HR1); hepatitis A vaccine (HR2); amantadine/rimantadine (HR4); hepatitis B vaccine (HR8)

Persons susceptible to varicella

Varicella vaccine (HR11)

Anmerkungen und Quellen:

[1] Annually.

[2] Mammogram q1-2 yr, or mammogram q1-2 yr with annual clinical breast exam.

[3] All women who are or have been sexually active and who have a cervix: $q \leq 3$ yr. Consider discontinuation of testing after age 65 yr if previous regular screening with consistently normal results.

[*] The ability of clinician counseling to influence this behavior is unproven.

HR1 =

HIV positive, close contacts of persons with known or suspected TB, health care workers, persons with medical risk factors associated with TB, immigrants from countries with high TB prevalence, medically underserved low-income populations (including homeless) or living in a shelter, alcoholics, injection drug users, and residents of long-term care facilities (see Ch. 25). See Ch. 25 for indications for BCG vaccine.

HR2 =

Persons living in, traveling to, or working in areas where the disease is endemic and where periodic outbreaks occur (e.g., countries with high or intermediate endemicity; certain Alaska Native, Pacific Island, Native American, and religious communities); men who have sex with men; injection or street drug users. Consider for institutionalized persons and workers in these institutions, and hospital and laboratory workers. Clinicians should also consider local epidemiology (see Ch. 66, 67).

HR3 =

Men who had sex with men after 1975; past or present injection drug use; persons who exchange sex for money or drugs, and their sex partners; injection drug-using, bisexual, or HIV-positive sex partner currently or in the past; blood transfusion during 1978-1985; persons seeking treatment for STDs. Clinicians should consider local epidemiology (see Ch. 28).

HR4 =

Consider for persons who have not received the vaccine or are vaccinated late; when the vaccine may be ineffective due to major antigenic changes in the virus; for unvaccinated persons who provide home care for high-risk persons; to supplement protection provided by vaccine in persons who are expected to have a poor antibody response; and for high-risk persons in whom the vaccine is contraindicated (see Ch. 66).

HR5 =

Persons aged 75 years and older; or aged 70-74 with one or more additional risk factors including: use of certain psychoactive and cardiac medications (e.g., benzodiazepines, antihypertensives); use of ≥ 4 prescription medications; impaired cognition, strength, balance, or gait. Intensive individualized home-based multifactorial fall prevention intervention is recommended in settings where adequate resources are available to deliver such services (see Ch. 58).

HR6 =

Although evidence is insufficient to recommend routine screening in elderly persons, clinicians should consider cholesterol screening on a case-by-case basis for persons ages 65-75 with additional risk factors (e.g., smoking, diabetes, or hypertension) (see Ch. 2).

HR7 =

Persons with a family or personal history of skin cancer, a large number of moles, atypical moles, poor tanning ability, or light skin, hair, and eye color (see Ch. 12).

HR8 =

Blood products recipients (including hemodialysis patients), persons with frequent occupational exposure to blood or to blood products, men who have sex with men, injection drug users and their sex partners, persons with multiple recent sex partners persons with other STDs (including HIV), travelers to countries with endemic hepatitis B (see Ch. 66).

HR9 =

Persons who exchange sex for money or drugs and their sex partners; persons with other STDs (including HIV); and sexual contacts of persons with active syphilis. Clinicians should also consider (see Ch. 26).

HR10 =

Persons who continue to inject drugs (see Ch. 53). (High Risk Codes, Table 4. Age 65 and older, continued)

HR11 =

Healthy adults without a history of chickenpox or previous immunization. Consider serologic testing may be considered for presumed susceptible adults (see Ch. 65 , 66). Quelle: US Preventive Services Task Force (1966), Table 4

Anhang 2: Inhaltskatalog der Fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie“*

Spezielle Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

1. Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie und Symptomatologie von Erkrankungen und Behinderungen des höheren Lebensalters

Dazu gehören:

- 1.1 Demographische Entwicklungen und Epidemiologie der im Alter häufigen Erkrankungen, besonders im Hinblick auf präventive Maßnahmen
- 1.2 Grundlagen der Biologie des Alterns und ihre Bedeutung für das Krankheitsgeschehen unter Berücksichtigung der Definitionsproblematik von Alter, Alternsprozess und Alterskrankheit
- 1.3 Die im Alter häufigen Krankheitsgruppen, insbesondere Erkrankungen des Kreislaufsystems, der Atmungsorgane, der Verdauungsorgane, der Sinnesorgane, des Stoffwechsels und des endokrinen Systems, des Urogenitalsystems, des Bewegungsapparates, des blutbildenden Systems, neurologische Krankheiten (z.B. zerebrale Insulte, M. Parkinson, Neuropathien) und psychische Krankheiten (z.B. Demenzen, Depressionen, Wahnkrankheiten). Hierbei haben alterstypische Erscheinungsbilder und Verlaufsformen, Multimorbidität und die sich daraus ergebenden Interaktionen spezielle Bedeutung
- 1.4 Spezielle geriatrische Syndrome (z.B. Immobilität, Sturz, Synkope, Verwirrtheit)
- 1.5 Psychische und soziale Einflüsse auf Entstehung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen im Alter

2. den speziellen geriatrisch relevanten diagnostischen Verfahren

Dazu gehören:

- 2.1 Besonderheiten der Anamneseerhebung (u.a. Gesprächsführung angesichts sensorischer und kognitiver Einschränkungen, Gewinnung und Einbeziehung fremdanamnestischer Informationen)
- 2.2 Besonderheiten der Diagnostik im Alter (veränderte Normbefunde, Abwägen von Belastung und prognostischem bzw. therapeutischem Gewinn, Risikoerkennung, Einbeziehung von Befunden mitbetroffener Gebiete, Längsschnittbeurteilung, Einwilligungsfähigkeit)
- 2.3 Psychometrische Testverfahren und Schätzskalen sowie ihre Bewertung auf dem Boden gerontopsychologischen Grundwissens
- 2.4 Besonderheiten der gerontopsychiatrischen Anamnese- und Befunderhebung, insbesondere bei Demenzerkrankungen und depressiven Störungen (Erfassung der Defizite)

* Inhaltskatalog der Fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie“, hrsg. v. der Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V., o.O. 1993

und erhaltenen Potentiale, biographisches Verständnis, Erfassung und Beurteilung der Lebenssituation, Differentialdiagnose der Demenzen und Depressionen)

- 2.5 Geriatrisches Assessment (interdisziplinär orientierte Erfassung der medizinischen Daten, des körperlichen, psychischen und sozialen Befindens, der Kompetenz in der Bewältigung von Alltagsaufgaben (ADL), des ökonomischen Status und der Wohnverhältnisse)
- 2.6 Kenntnisse in der Anwendung von apparativen und nichtapparativen Diagnoseverfahren bei alten Patienten

3. der speziellen geriatrischen Therapie von körperlichen und seelischen Erkrankungen im biologisch fortgeschrittenen Lebensalter

Dazu gehören:

- 3.1 Indikationsstellung sowie Abwägung von Kontraindikationen und Einsatzmöglichkeiten unter Berücksichtigung der voraussichtlichen Verbesserung von Lebensperspektive und Lebensumständen (z.B. Therapie auf der Intensivstation, Chemotherapie, Prothesenversorgung)
- 3.2 Die Behandlung der im Alter häufigen Krankheiten und Störungen, insbesondere des Kreislaufsystems, der Atmungsorgane, der Sinnesorgane, des Stoffwechsels und des endokrinen Systems, des Urogenitalsystems, des Bewegungsapparates, des blutbildenden Systems, der Wundheilung (z.B. Nekrosen, Decubiti) sowie der neurologischen (z.B. zerebrale Insulte, M. Parkinson, Neuropathien) und psychischen Krankheiten (z.B. Demenzen, Depressionen, Wahnkrankheiten). Hierbei haben alterstypische Erscheinungsbilder und Verlaufsformen sowie die damit verbundenen Interaktionen spezielle Bedeutung. Der Therapieplan muß die Gesichtspunkte der geriatrischen Pflege und der nichtärztlichen Therapieberufe einbeziehen
- 3.3 Wahrnehmung und therapeutische Berücksichtigung der Faktoren, die sich aus der Multimorbidität, den körperlich-seelischen Wechselwirkungen und den sozialen Einflüssen ergeben
- 3.4 Kenntnisse von stationären, teilstationären und ambulanten Versorgungsstrukturen sowie Erfahrungen mit deren therapeutischen Möglichkeiten
- 3.5 Die Fähigkeit zur einzelfallbezogenen Beschränkung auf wesentliche, Kompetenz bzw. Kompetenzbewußtsein und Wohlbefinden der Patienten verbessernde Therapiemaßnahmen
- 3.6 Die Fähigkeit zum sofortigen und gleichzeitigen Einsatz aller für geriatrische Patienten wichtigen therapeutischen Gesichtspunkte und Handlungsweisen, insbesondere in Not- und Akutsituationen
- 3.7 Die Fähigkeit zur Langzeitbetreuung unter den **besonderen** Bedingungen der Heimversorgung von Schwerpflegebedürftigen
- 3.8 Wissen über Möglichkeiten und Grenzen krankheitsspezifischer Rehabilitation und Fähigkeit zur psychischen Führung der Rehabilitationspatienten (Definition erreichbarer Ziele, Verdeutlichung der bereits erzielten Fortschritte, Verbesserung der Übungsbereitschaft und Zuversicht)

- 3.9 Aufrechterhaltung einer therapeutisch aktiven Grundhaltung trotz eintretender Defektheilung (z.B. beim Schlaganfall)
- 3.10 Erhaltende und fordernde Therapiemaßnahmen begleitender Krankheiten (z.B. Weiterbehandlung eines alten Schlaganfalles bei akuter anderer Therapie)
- 3.11 Die Aufrechterhaltung von Rehabilitationserfolgen (Erhaltungstherapie)
- 3.12 Angehörigenschulung und -beratung im Hinblick auf die nachstationäre Weiterversorgung von chronisch kranken und pflegebedürftigen alten Menschen
- 3.13 Besonderheiten des therapeutischen Umgangs mit Demenzkranken (z.B. Wahrnehmungs- und Orientierungshilfen, Reizabschirmung, psychologische und medikamentöse Beeinflussung von Angst und Erregung, Wahrnehmung von Bedürfnissen, Verbesserung des Kompetenzgefühls, Antriebsförderung, Tagesstrukturierung, spezielle Verhaltenstrainingsmaßnahmen)
- 3.14 Auseinandersetzung mit den Ansätzen nichtmedikamentöser und medikamentöser Hirnleistungsverbesserung
- 3.15 Emotionale Stützung und Begleitung alter Menschen in der letzten Lebensphase
- 3.16 Ethische Fragen (z.B. Begrenzung und Beschränkung von Maßnahmen)

4. der Behandlung der Stuhl- und Urininkontinenz

Dazu gehören:

- 4.1 Differentialdiagnostik der Inkontinenzformen
- 4.2 Differentialtherapie (Pflege, Physiotherapie, Medikamente, Hilfsmittel, Patienten- und Angehörigenanleitung, besonders in nichtmedikamentösen Maßnahmen)
- 4.3 Konzepte der Inkontinentenpflege und -dauerbetreuung

5. den speziellen pharmakodynamischen Besonderheiten und der Dosierung von Arzneimitteln sowie der Medikamenteninteraktion bei Mehrfachverordnungen

Dazu gehören:

- 5.1 Pharmakokinetik und -dynamik im Alter
- 5.2 Probleme der Polypharmakotherapie (z.B. Arzneimittelinteraktionen, Einflüsse von Begleitkrankheiten, Darreichungsformen und Diät)
- 5.3 Therapieprioritäten angesichts der Multimorbidität und Gefahren der Polypragmasie
- 5.4 Probleme der Compliance

6. altersadäquater Ernährung und Diätetik

Dazu gehören:

- 6.1 Stoffwechsel- und Ernährungsbedarf im Alter

6.2 Erkennung von Mangelzuständen

6.3 Gefährdung durch Ober- bzw. Untergewicht

6.4 Besondere Ernährungsformen (z.B. spezielle Kostformen, parenterale und Sondenernährung)

7. physio- und ergotherapeutischen, prothetischen und logopädischen Maßnahmen

Dazu gehören:

7.1 Grundlagen, Behandlungskonzepte und Zielsetzung der einzelnen Methoden

7.2 Indikationen und Einsatzmöglichkeiten

7.3 Neurophysiologische (z.B. Bobath), neuropsychologische (Gedächtnis- und Orientierungstraining, Apraxie-Therapie) und logopädische Therapieverfahren

7.4 Möglichkeiten der Hilfsmittelversorgung

7.5 Prothesenversorgung (kritische Indikationsstellung, Trainingsmaßnahmen)

8. der Reintegration zur Bewältigung der Alltagsprobleme

Dazu gehören:

8.1 Planung und Vermittlung der nachstationären Weiterversorgung und Erhaltungstherapie

8.2 Angehörigenberatung und -schulung

8.3 Hilfsmittelversorgung

8.4 Wohnraumanpassung

9. der Geroprophylaxe einschließlich der Ernährungsberatung und Hygieneberatung

Dazu gehören:

9.1 Identifikation und ganzheitliche Betreuung von Patienten mit hohem Risiko (Gesundheit, soziales und räumliches Umfeld)

9.2 Prinzipien der Kompetenzerhaltung und -förderung im Alter

10. der Sozialmedizin, insbesondere der Nutzung sozialer Einrichtungen zur Wiedereingliederung und der Möglichkeiten teilstationärer Behandlung und externer Hilfen

Dazu gehören:

10.1 Grundsatzwissen über Strukturen der Altenhilfe und Altenpflege

10.2 Wissen über regionale Versorgungsstrukturen, deren Vernetzung und sinnvolle Inanspruchnahme

11. der Anleitung des therapeutischen Teams

Dazu gehören:

11.1 Wissen über die Arbeitsfelder aller in der Altenversorgung tätigen Berufe

11.2 Fähigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit

12. den Einweisungsmodalitäten nach den entsprechenden gesetzlichen Grundlagen

Dazu gehören:

12.1 Unterbringungsgesetze und -modalitäten (PsychKG der Bundesländer), Betreuungsrecht (BtG)

12.2 Gutachterliche Stellungnahmen

12.3 Beurteilung der Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit

13. dem Versicherungs- und Rentenwesen und Sozialhilfegesetzbereich

Dazu gehören:

13.1 Die einschlägigen Grundlagen aus dem Sozialgesetzbuch (SGB V), Bundessozialhilfegesetz (BSHG) und Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG) für geriatrische Rehabilitation und für die Gewährung sozialer Hilfen (z.B. Blindengeld, Mittel für Wohnraumanpassung, häusliche Krankenpflege)

13.2 Einstufung der Pflegebedürftigkeit

Ausgewählte Literatur

Allgemeine Literatur zum Thema Geriatrie

Adressen-Kompendium Gerontologie, hrsg. v. M. G. Sulyma, 2. Aufl. München 1992

Ältere Menschen - Neue Perspektiven. Dokumentation des Deutschen Seniorentages, Berlin, 24.5. bis 26.5.1992, hrsg. v. der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen, Bonn 1992

Erster Altenbericht, hrsg. vom Bundesministerium für Familie und Senioren, Bonn 1993

H. Döhner, R. Mutschler, M. Schmoecker (Hrsg.): Kooperation, Koordination und Vernetzung in der Altenarbeit. Dokumentation des Experten-Workshops am 17. November 1994 in Hamburg, Hamburg 1995

Forschungs- und Modellvorhaben im Familien, Alters- und Sozialbereich in der 12. Legislaturperiode, hrsg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 114), Stuttgart 1996

A. Kruse: Geriatrie - Gesundheit und Kompetenz im Alter. Aufgaben der Prävention und Rehabilitation, in: P. J. Allhoff, J. Leidel, G. Ollenschläger, P. Voigt (Hrsg.): Handbuch der Präventivmedizin, Heidelberg 1996, S. 601-628

U. Lehr: Psychologie des Alterns, Heidelberg (8. Aufl.) 1996

R. G. Matthesius, K.-A. Jochheim, G. S. Barolin, Chr. Heinz (Hrsg.): ICDH - International Classification of Impairment, Disabilities, and Handicaps, Berlin 1995

H. Meusel: Bewegung, Sport und Gesundheit im Alter, Wiesbaden, 1995

US Preventive Services Task Force: Guide to clinical preventive services. Williams and Wilkins 1996

K. P. Real (Hrsg.): Thema Alter 1998. Verzeichnis der lieferbaren Bücher, Frankfurt a.M. 1998

R. Rosenbrock, H. Kühn, B. M. Köhler (Hrsg.): Präventionspolitik. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin 1994

L. Rosenmayr: Altern im Lebenslauf. Soziale Position, Konflikt und Liebe in den späten Jahren, Göttingen 1996

E. Steinhagen-Thiessen, W. Gerok, M. Borchelt: Innere Medizin und Geriatrie, in: Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung, hrsg. v. P. B. Baltes, J. Mittelstraß (Akademie der Wissenschaften zu Berlin. Forschungsbericht 5), Berlin 1992

World Health Organization. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. Reprinted with revised foreword, Geneva 1993

Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. (Hrsg.): Zeitschriftenbibliographie Gerontologie 1996 der Literaturdatenbank Soziale Gerontologie und Altenarbeit GEROLIT, Bd. XX, Frankfurt a.M. 1996

Kapitel I: Alte Menschen in der Gesellschaft

P. B. Baltes, O. G. Brim jr. (Hrsg.): Life span development and behavior (Vol. 6), New York 1984

M. Kentner (Hrsg.): Arbeit und Alter. Soziale, wirtschaftliche und politische Aspekte (IAS Institut für Arbeits- und Sozialhygiene Stiftung, Mitteilung 22), Karlsruhe 1998

U. Lehr, H. Thomae: Formen seelischen Alterns, Stuttgart 1987

H. Thomae: Die Bedeutung einer kognitiven Persönlichkeitstheorie für die Theorie des Alterns, ZfG (1971), S. 8-18

Kapitel II: Demographische Entwicklung und gesundheitspolitische Implikationen

K. G. Manton, E. Stalhard, L. Corder: Changes in Morbidity and Chronic Disability in the U.S. Elderly Population: Evidence From the 1982, 1984, and 1989 National Long Term Care Surveys, Journal of Gerontology: Social Sciences 50 (1995) 4, S. 194-204

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Sondergutachten 1996

Gesundheitswesen in Deutschland - Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Band I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung, Baden-Baden 1996

Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Statistische Jahrbücher für die Bundesrepublik Deutschland 1996 und 1997, Wiesbaden 1996, 1997

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Arbeitshilfe zur Rehabilitation bei älteren Menschen, Frankfurt a.M. 1990

Dokumentation der Fachtagung „Rehabilitation im Alter. Eine sozial- und gesundheitspolitische Herausforderung“ am 17. Juni 1994 in Krefeld, hrsg. vom Hartmannbund - Verband der Ärzte Deutschlands e.V. und dem Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., Bonn [1995]

Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten, Endbericht. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“, Ulrich Schneekloth u.a., hrsg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen u. Jugend, Bd. 111.2), Stuttgart 1996

Kapitel III: Prävention (allgemein)

W. B. Applegate, S. T. Miller, M. J. Graney, J. T. Elam, R. Burns, D. E. Akins: A Randomized, Controlled Trial of a Geriatric Assessment Unit in a Community Rehabilitation Hospital. New Engl J Med (1990) 322, S. 1572-1578

J. F. Fries: Aging, natural death and the compression of morbidity. New Engl J Med (1980) 303, S. 130-135

A. M. Pope, A. R. Tarlov (Hrsg.): Disability in America: Towards a national agenda for prevention. Division of Health Promotion and Disease Prevention, Institute of Medicine, Washington D.C. 1991

R. G. Rothenberg, J. P. Koplan: Chronic disease in the 1990s, in: Annual Review of Public Health, hrsg. v. L. Breslow, J. E. Fielding, L. B. Lave, Vol.11, CA: Annual Reviews Inc., Palo Alto 1990, S. 267-296

E. M. Badley: The genesis of handicap: Definition, models of disablement, and role of external factors. Disability and Rehabilitation (1995) 17, S. 53-62

- A. Bandura: Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* (1977) 84, S. 191-215
- M. M. Baltes, U. Mayer, M. Borchelts, I. Maas, H.-U. Wilms: Everyday competence in old and very old age: An interdisciplinary perspective. *Ageing and Society* (1993) 13, S. 657-680
- J. A. Brody, D. B. Brock, T. F. Williams: Trends in the health of the elderly population. *Ann Rev Public Health* (1987) 8, S. 211-234
- M. E. Duffy, E. MacDonald: Determinants of functional health of older persons. *Gerontologist* (1990) 30, S. 503-509
- D. Fabacher, K. Josephson, F. Pietrszka, K. Linderborn, J. Morley, L. Rubenstein: An In-Home Preventive Assessment Program for Independent Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *J Am Ger Soc* (1994) 42, S. 630-638
- A. Grand, P. Grosclaude, H. Bocquet, J. Pous, J. L. Albaredo: Disability, psychosocial factors and mortality among the elderly in a rural french population. *J Clin Epidemiol* (1990) 43 (8), S. 773-782
- C. Hendriksen, E. Lund, E. Strömgard: Consequences of Assessment and Intervention among Elderly People: A Three Year Randomized Controlled Trial. *BMJ* (1984) 289, S. 1522-1524
- U. Junius, C. Niederstadt, G. Fischer: Geriatrisches ambulantes Screening - eine Übersicht, Teil I: Konzept und methodische Entwicklung. *Z Gerontol* (1994) 27, S. 227-232
- U. Junius, C. Niederstadt, G. Fischer: Geriatrisches ambulantes Screening - eine Übersicht, Teil II: Evaluation der Effektivität und aktuelle Empfehlungen zum Screeninginsatz. *Z Gerontol* (1994) 27, S. 233-239
- S. Katz, L. G. Branch, M. H. Branson, J. A. Papsidero, J. C. Beck, D. S. Greer. Active life expectancy. *New Engl J Medicine* (1983) 309, S. 1218-1224
- B. K. Keller, J. F. Potter: Predictors of mortality in outpatient geriatric evaluation and management clinic patients. *J Gerontol: Medical Sciences* (1994) 49, S. 246-251
- E. Lefton, S. Bonstelle, D. Frengley: Success with an Inpatient Geriatric Unit: A Controlled Study of Outcome and Follow-up. *J Am Geriat Soc* (1983) 31, S. 149-155
- U. Lehr, R. Schmitt-Scherzer, E. J. Zimmermann: Vergleiche von Überlebenden und Verstorbenen in der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA), in: Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA), hrsg. v. U. Lehr, H. Thomae, Stuttgart 1987, S. 228-249
- K. B. Manton, B. J. Soldo: Dynamics of health changes in the oldest old: New perspectives and evidence. *Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society* (1985) 63 (2), S. 206-285
- R. McEwan, N. Davison, D. Forster, P. Pearson, E. Stirlin: Screening Elderly People in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. *Br J Gen Pract* (1990) 40, S. 94-97
- H.-W. Müller (Hrsg.): Prävention von Krankheiten im Alter. Kongreßbericht 1990 (Schriftenreihe der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege e.V.), [Frankfurt a.M. 1991]
- J. Rodin, E. J. Langer: Long-term effects of a control-relevant intervention with the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology* (1977) 35, S. 897-902
- J. Rodin, C. Timko, S. Harris: The construct of control: Biological and psychological correlates. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* (1985) 6, S. 3-55

M. E. P. Seligman: Helplessness - on depression, development, and death, San Francisco 1975

A. Stuck, A. Siu, G. Wieland, J. Adams, L. Rubenstein: Comprehensive Geriatric Assessment: A Meta-Analysis of Controlled Trials. *Lancet* (1993) 342, S. 1032-1036

T. Teasdale, L. Shuman, E. Snow, R. Luchi: A Comparison of Placement Outcomes of Geriatric Cohorts Receiving Care in a Geriatric Assessment Unit and on General Medicine Floors. *J Am Geriat Soc* (1983) 31, S. 529-534

M. E. Tinetti, L. Powell: Fear of falling and low self-efficacy: A cause of dependence in elderly persons. *J Gerontol* (1993) 48 (Special Issue), S. 35-38

M. E. Tinetti, D. Richman, L. Powell: Falls efficacy as a measure of fear of falling. *J Gerontology Psych Sci* (1990) 45, S. 239-243

L. M. Verbrugge, A. M. Jette: The disablement process. *Soc Sci Med* (1994) 38, S. 1-14

E. Williams: Sociomedical Study of Patients over 75 in General Practice. *BMJ* 1972; II, S. 445-448

J. Williamson: Prevention, Screening and Case Finding: an Overview. In: R. Taylor, E. Buckley (Hrsg.): *Preventive Care for the Elderly: A Review of Current Developments*. R Coll Gen Pract, Occ Paper 35, London 1987, S. 45-48

J. Williamson, I. Stokoe, S. Gray, M. Fisher, A. Smith, A. McGhee, E. Stephenson: Old People and their Unreported Needs. *Lancet* (1964) 2, S. 1117-1120

Kapitel III a: Prävention - Somatische Aspekte

A. Kruse: Geriatrie - Gesundheit und Kompetenz im Alter: Aufgaben der Prävention und Rehabilitation, in: *Handbuch der Präventivmedizin*, hrsg. v. P. J. Althoff u.a., Heidelberg 1996, S. 601-628

J. D. Ringe/P. J. Meunier: *Senile Osteoporose: Prävention von Schenkelhalsfrakturen*, Stuttgart 1996

Kapitel III b: Prävention - Soziologische Aspekte

Armut im Alter. Untersuchung zur Lebenslage ökonomisch unterversorgter älterer Frauen in Nordrhein-Westfalen durch die Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Institut für Gerontologie, bearb. v. G. Naegele u.a. (Landessozialbericht, Bd. 1), hrsg. vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Duisburg 1992

Deutscher Bundestag (Hrsg.): *Zur Sache. Themen parlamentarischer Beratung. Zwischenbericht der Enquête-Kommission Demographischer Wandel*, Bonn 1994

A. Kruse: Entwicklungspotentialität im Alter. Eine lebenslauf- und situationsorientierte Sicht psychischer Entwicklung, in: P. Boscheid (Hrsg.): *Alter und Gesellschaft*, Stuttgart 1995

E. Olbrich: Prävention, Rehabilitation, Irreversibilität - Psychologische Beiträge zur Entwicklung, Erhaltung und Stärkung von Kompetenz im Alter, in: R.-M. Schütz, R. Schmidt, H. P. Tews (Hrsg.): *Altern zwischen Hoffnung und Verzicht. Prävention, Rehabilitation, Irreversibilität*. Deutsche Gesellschaft für Gerontologie, Lübeck 1991, S. 144-155

H.-W. Wahl, M. M. Balthes: Ökologische Aspekte geriatrischer Rehabilitation, in: A. Niederfranke (Hrsg.): Fragen geriatrischer Rehabilitation. Beiträge des Symposiums „Fragen geriatrischer Rehabilitation“ (Schriftenreihe des BMFuS, Bd. 21), Stuttgart 1993, S. 53-69

Kapitel III c: Prävention - Psychologische Aspekte

A. Kruse: Psychologie des Alters, in: K. P. Kisker, H. Lauter, J. E. Meyer, C. Müller, E. Strömgen (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 8: Alterspsychiatrie, Heidelberg 1989, S. 1-58

A. Kruse: Potentiale im Alter, in: Zeitschrift für Gerontologie (1990) 23, S. 235-245

A. Kruse: Alltagspraktische und sozioemotionale Kompetenz, in: M. M. Balthes, L. Montada (Hrsg.): Produktives Alter, Frankfurt a.M. 1996, S. 92-102

P. Oster: Die gesundheitliche Situation älterer Menschen, in: A. Kruse (Hg.): Jahrbuch der Medizinischen Psychologie, Bd. XV: Psychosoziale Gerontologie, Bd. 1: Grundlagen, Göttingen 1998, S. 79-86

Kapitel IV a: Krankheit, Verletzung und Behinderung - Symptomatik

R. Gilgen: Assessment der Pflegebedürftigkeit. Ther. Umsch. (1997) 54, S. 351-355

C. Jagger, N. A. Spiers: Factors associated with decline in function, institutionalization and mortality of elderly people. Age Ageing (1993) 22, S. 190-197

K.-A. Jochheim, R.-G. Matthesius: Zum Konzept der ICDH und zum Stand ihrer internationalen Diskussion, in: R.-G. Matthesius, K.-A. Jochheim, G. S. Barolin, G. Heinz (Hrsg.): Die ICDH - Bedeutung und Perspektiven, Berlin 1995, S. 5-12

L. Pientka: Funktionelle Beeinträchtigung im Alter: Epidemiologische Aspekte. Ther. Umsch. (1997) 54, S. 298-302

G. Schlierf, W. Kruse, P. Oster: Epidemiologie von Erkrankungen und Behinderungen Hochbetagter. Z. Gerontol. (1990) 23, S. 108-111

Kapitel IV b: Krankheit, Verletzung und Behinderung - Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie

Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik (Hrsg.): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD), Bern 1996

J. Bauer, J. Qualmann, H. Bauer: Psychosomatische Aspekte bei der Alzheimer-Demenz und bei vaskulären Demenzformen, in: G. Heuft, A. Kruse, H. G. Nehen, H. Radebold (Hrsg.): Interdisziplinäre Gerontopsychosomatik, München 1995, S. 214-228

U. J. Bayen, G. Haag: Verhaltenstherapeutische Konzepte bei Älteren, Köln 1996

G. Heuft: Persönlichkeitsentwicklung im Alter - ein Entwicklungsparadigma. Z Gerontol (1994) 27, S. 116-121

G. Heuft, C. Marschner (1994) Psychotherapeutische Behandlung im Alter - state of the art. Psychotherapeut (1994) 39, S. 205-219

G. Heuft, H. G. Nehen, J. Haseke, M. Gastpar, H. J. Paulus, W. Senf: Früh- und Differentialdiagnose von 1000 in einer Memory Clinic untersuchten Patienten. Nervenarzt (1997) 68, S. 259-269

R. D. Hirsch, J. Bruder, H. Radebold, H. K. Schneider (Hrsg.): Multimorbidität im Alter, Bern 1992

R. Lohmann, G. Heuft: Biographical Reconstruction of WWII Experience: an Exploration of German Remembrance. Int J Aging Hum Dev (1997) 45: 67-83

H. Radebold: Psychodynamik und Psychotherapie Älterer, Heidelberg 1992

D. K. Wolter-Henseler: Gerontopsychiatrie in der Gemeinde. Bedarfsermittlung und Realisierungsmöglichkeiten für ein Gerontopsychiatrisches Zentrum am Beispiel einer Großstadt (KDA-Reihe Forum, Bd 30), Köln 1996

Kapitel IV c: Krankheit, Verletzung und Behinderung - Gerontopsychiatrie

R. D. Hirsch, B. Baumgarte, A. Brand, R. Kortus, Chr. Kretschmar, F. Leidinger, H. Loos, H. Radebold, C. Wächtler: Gerontopsychiatrie - zum Selbstverständnis der Gerontopsychiatrie. Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie und Untergruppe der Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie des Arbeitskreises der Leiter der öffentlichen Psychiatrischen Krankenhäuser in der BRD, Bonn 1992

R. D. Hirsch, R. Kortus, H. Loos, C. Wächtler: Gerontopsychiatrie im Wandel: vom Defizit zur Kompetenz, Melsungen 1995

K. Oesterreich: Gerontopsychiatrie, München 1993

Kapitel IV d: Krankheit, Verletzung und Behinderung - Sucht

H.-J. Rumpf, B. Bromisch, M. Botzet, A. Hill, U. Hapke, U. John: Epidemiologie des Alkoholmißbrauchs im höheren Alter, Freiburg (im Druck)

C. Wächtler: Psychiatrische Aspekte der Sucht im Alter, in: Alter und Sucht, hrsg. v. d. Hamburgischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren, Stade 1990

D. K. Wolter-Henseler, H.-J. Luderer: Sucht und Abhängigkeit im Alter, in: Depressionen im Alter, hrsg. v. H. Radebold u.a., Darmstadt 1997

Kapitel IV e: Krankheit, Verletzung und Behinderung - Pharmakotherapie

J. Klauber, H. Schröder, G. W. Selke: Arzneiverordnungen nach Alter und Geschlecht, in: Arzneiverordnungs-Report '96, hrsg. v. U. Schwabe u. U. Paffrath, Stuttgart 1996, S. 497-511

W. Kruse: Medikamente in der Geriatrie: Probleme bei der Arzneimittelanwendung und Lösungsmöglichkeiten (Schriftenreihe 25, Bundesministerium für Familie und Senioren), Stuttgart 1994

World Health Organization, Regional Office for Europe, Fl. Caird (Hrsg.): Drugs for the elderly, Copenhagen 1985

Kapitel V a: Rehabilitation älterer Menschen - Die Sicht der gesetzlichen Leistungsträger

Arbeitshilfe zur Rehabilitation bei älteren Menschen (Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 6), Frankfurt a.M. 1990

H. P. Meier-Baumgartner u.a.: Empfehlungen für die geriatrische Rehabilitation, hrsg. v. d. Bundesarbeitsgemeinschaft der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen e.V., Jena 1996

Rahmenkonzept zur Entwicklung der geriatrischen Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung vom 28. März 1995

Kapitel V b: Rehabilitation älterer Menschen - Ambulante und stationäre geriatrische Rehabilitation

Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment (Hrsg.): Geriatrisches Basisassessment (Schriftenreihe Geriatrische Praxis), München 1995

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Arbeitshilfe zur Rehabilitation bei älteren Menschen, Frankfurt a.M. 1990

B. Deckenbach, M. Borchelt, E. Steinhagen-Thiessen: Qualitätssicherung in der geriatrischen Rehabilitation - Ansätze und Methoden, in: Die Rehabilitation, Jg. 36. (1997), H. 3

H. P. Meier-Baumgartner, G. Hain, P. Oster, E. Steinhagen-Thiessen, W. Vogel: Empfehlungen für die geriatrische Rehabilitation, Jena 1996

T. Nikolaus, N. Specht-Laible: Das geriatrische Assessment, München 1991

Kapitel VI a: Schnittstellenproblematik - Die Rolle des Hausarztes

T. Nikolaus u.a.: Funktionsuntersuchungen bei älteren Patienten in einer Hausarztpraxis, in: Zeitschrift für Gerontologie (1994) 27, S. 437-441

Kapitel VI b: Schnittstellenproblematik - Rehabilitation/Pflege

M. Brieskorn-Zinke: Gesundheitsförderung in der Pflege, Stuttgart 1996

L. Juchli: Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege, 7. Neubearb. Aufl. Stuttgart 1995

A. Margulies u.a. (Hrsg.): Onkologische Krankenpflege, Berlin 1994

Kapitel VII: Mißhandlung und Gewalt gegen alte Menschen

W. Greve, A. Niederfranke: Bedrohung durch Gewalt und Kriminalität im Alter, in: Zeitschrift für Klinische Psychologie (im Druck)

V. Maisch: Patiententötungen, München 1997

K. Püschel, A. Heinemann, H. P. Meier-Baumgartner: Gewalt gegen alte Menschen: Aus Sicht der Rechtsmedizin, in: Geriatrie Praxis 9 (1,2), 1997, S. 24-31

P. Wetzels, W. Greve, E. Mecklenburg, W. Bilsky, W., C. Pfeiffer: Gewalt im Leben alter Menschen (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 105), Stuttgart 1995

Kapitel VIII: Qualitätssicherung in der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen

B. Deckenbach, M. Borchelt, E. Steinhagen-Thiessen: Qualitätssicherung in der geriatrischen Rehabilitation - Ansätze und Methoden, in: Rehabilitation 36, 1997, S.160-166

S. Görres: Qualitätssicherung in Medizin und Pflege. Bestandsaufnahme, Theorieansätze, Perspektiven (zur Veröffentlichung vorgesehen), Bern 1998

H. P. Meier-Baumgartner, G. Hain, P. Oster, E. Steinhagen-Thiessen, W. Vogel: Empfehlungen für die geriatrische Rehabilitation, hrsg. v. d. Bundesarbeitsgemeinschaft der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen e.V., Jena 1996

AGAST, Arbeitsgruppe Geriatriches Assessment: Geriatriches Basisassessment. Handlungsanleitungen für die Praxis, München 1995

A. Donabedian: Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly, 2, 1966, S. 166-206

R. Gilgen, V. Garms-Homolova: Resident Assessment Instrument (RAI): System zur Klientenbeurteilung und Dokumentation in der Langzeitpflege - eine Übersicht, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2, 1995, S. 25-28.

S. Görres: Qualitätssicherung in der Geriatrie. Dimensionen, Inhalte und Methoden, in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 2, 1992, S. 90-111

G. Heuft, W. Senf (Hrsg.): Psy-BaDo - Kernmodul einer Basis- und Ergebnisdokumentation in der Fachpsychotherapie (hrsg. i. A. der Psych-AWMF-Fachgesellschaften), Stuttgart 1998

H. Raspe, U. Weber, S. Voigt, A. Kosinski, H. Petras, H.: Qualitätssicherung durch Patientenbefragungen in der medizinischen Rehabilitation: Wahrnehmungen und Bewertungen von Rehastrukturen und -prozessen („Rehabilitationszufriedenheit“), in: Rehabilitation 36, 1997, S. XXXI-XLII

Kapitel IX a: Ethik - Palliativmedizin

E. Aulbert, D. Zech (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin, Stuttgart 1997

D. Doyle, G. W. C. Hanks, N. MacDonald (Hrsg.): Oxford textbook of palliative medicine, Oxford 1993

H. Pichlmaier, J. M. Müller, I. Jonen-Thielemann (Hrsg.): Palliative Krebstherapie, Berlin 1991

Kapitel IX b: Ethik - Betreuung Sterbender - Sterbebeistand

U. Koch, C. Schmeling: Betreuung von Schwer- und Todkranken, München 1982

A. Kruse: Die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod - Möglichkeiten eines ärztlichen Sterbebeistandes, in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 64 (1988), S. 317-332

G. Schmied: Sterben und Trauern in der modernen Gesellschaft, Opladen 1985

R. Schmitz-Scherzer: Sterben und Tod im Alter, in: Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung, hrsg. v. P. B. Baltes u. J. Mittelstraß (Akademie der Wissenschaften zu Berlin. Forschungsbericht 5), Berlin 1992, S. 544-562

Kapitel X: Forschung und Lehre in der Geriatrie

W. Tokarski: Zur gerontologischen Ausbildungssituation an den wissenschaftlichen Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland (KDA-Forum, Band 13), Köln 1990, S. 34-41

Zwischenbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“, hrsg. vom Deutschen Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Bonn 1994

Kapitel XI: Weiter- und Fortbildung in der Geriatrie

H. P. Meier-Baumgartner (Hrsg.): Curriculum für ein Fortbildungsseminar in Geriatrie (Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung, Bd. 3), Köln 1997

Fortschritt und Fortbildung in der Medizin, Band 22 (1989/99), hrsg. v. d. Bundesärztekammer, Köln 1998

(Muster-)Weiterbildungsordnung nach den Beschlüssen des 95. Deutschen Ärztetages 1992

Inhaltskatalog der fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie“, hrsg. v. der Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V., o.O. 1993

**EntschlieÙungen
des 101. Deutschen Ärztetages**

Zu Punkt VI der Tagesordnung: Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

1. Bericht „Gesundheit im Alter“

Der 101. Deutsche Ärztetag nimmt den Bericht der Arbeitsgruppe „Gesundheit im Alter“ zustimmend zur Kenntnis und fordert die Verantwortlichen in der Gesundheitspolitik, bei den Krankenkassen und in der ärztlichen Selbstverwaltung auf, die darin enthaltenen Vorschläge und Ziele mit Nachdruck zu unterstützen. Insbesondere die nachfolgenden Vorschläge sollten mit Priorität realisiert werden:

1. Die Einführung von qualifizierten Lehrangeboten im Bereich der Geriatrie in der Ausbildung von Medizinstudenten. „Gesundheit im Alter“ sollte ein deutlicher Schwerpunkt der ärztlichen Prüfungen werden.
2. Die verstärkte Berücksichtigung geriatrischer Fragestellungen, Kenntnisse und Fähigkeiten in der ärztlichen Weiter- und Fortbildung.
3. Die aktive Förderung der Verzahnung von akuter Behandlung und ambulanter, teil- bzw. stationärer geriatrischer Rehabilitation.
4. Keine Kürzung der Beiträge zur Pflegeversicherung, sondern ihre Nutzung zur strukturellen und personellen Qualitätsverbesserung in der aktivierenden Pflege.
5. Einführung von fachlichen Standards für geriatrische Einrichtungen und Sicherstellung einer ausreichenden Infrastruktur zur Verbesserung der Versorgung älterer Menschen.
6. Institutionalisierung einer kontinuierlichen Berichterstattung „Gesundheit im Alter“, um die Lebenssituation älterer Menschen aufzuzeigen und zu verbessern.
7. Die Einrichtung eines interdisziplinären Zentrums für Altersforschung zur Grundlagen- und Rehabilitationsforschung.

2. Voraussetzungen schaffen für die soziale Integrationsfunktion zugunsten älterer Patienten

Der Deutsche Ärztetag begrüßt den vorgelegten Bericht „Gesundheit im Alter“, der Probleme bei der gesundheitlichen und sozialen Versorgung älterer Menschen umfassend darstellt.

Den Ärzten ist in diesem Bericht eine soziale Integrationsfunktion zugeordnet. Damit ist gemeint, daß den Patienten bei Inanspruchnahme von Heil- und Hilfsmitteln Bera-

tung und Unterstützung gewährt oder die Einschaltung von Pflegediensten und Einrichtungen vorbereitet wird, daß die Möglichkeiten der Sozial- und Altenhilfe auch denjenigen zugute kommen, die derartige Hilfen nicht mehr selbst beantragen können. Die rechtzeitige Hinzuziehung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, die Auswahl geeigneter Wohnungsanpassungshilfen u.ä. sind ebenfalls Teil einer solchen sozialen Integrationsfunktion. Zur Bewältigung dieser Aufgaben braucht der Arzt kompetente Unterstützung und eine diesen Leistungen angemessene Vergütung.

Voraussetzung für die Wahrnehmung dieser zusätzlichen Aufgaben ist demnach eine Ergänzung der Gebührenordnungen dahingehend, daß

- zugunsten einer gemeinsamen systematisierten Krankenhausentlassungsplanung, an der neben dem Krankenhausarzt und dem Patienten auch der weiterbehandelnde Arzt teilnimmt, Hausbesuche im Krankenhaus abrechenbar werden sowie
- für die sehr zeitaufwendigen Aufgaben der sozialen Integrationsfunktion eine Gebührenposition geschaffen wird, die „Kontakte zu Dritten“ wie Sozialämtern, Hilfsmittelherstellern etc. abdeckt.

Danach könnten mehrere Ärzte gemeinsam Mitarbeiter in einem „Sozialbüro“ anstellen, die sie bei den oben skizzierten Aufgaben unterstützen. Eine solche Lösung ist der ausschließlichen Einschaltung von Krankenkassen oder Sozialstationen, die unabhängig von den behandelnden Ärzten tätig werden, vorzuziehen.

3. Pflegeversicherung

Der DÄT fordert den Gesetzgeber auf, weiterhin die Vorgaben des SGB XI in bezug auf die Pflegeversicherung beizubehalten, d.h. in Alten- und Pflegeheimen einen Anteil des examinierten Personals von 50 % vorzuschreiben.

Begründung:

Der Hausarzt/in kann seinen Patienten nur dann wirklich helfen, wenn er eng mit dem Pflegepersonal zusammenarbeitet. Von besonderer Bedeutung ist dabei ein optimal ausgebildetes Personal, das über Ursachen von Störungen und Umgang mit Störungen aufgeklärt ist. Aus vielen Untersuchungen ist bekannt, daß mangelnde Ausbildung und damit Überforderung des Personals zu den Hauptursachen von Fehlbehandlungen und Mißhandlungen von Heimbewohnern (aber auch zu geringer Arbeitsmotivation und „Ausbrennen“ des Personals) führen.

**Verzeichnis der Autorinnen
und Autoren**

Schriftleitung:

PD Dr. H. P. Meier-Baumgartner
Medizinisch-Geriatriische Klinik
Albertinen-Haus
Sellhopsweg 18-22
22459 Hamburg
Tel.: (040) 5581-1301
Telefax: (040) 5581-1000

Autorinnen und Autoren:

Dr. J. Engelbrecht
Bundesärztekammer
Leiterin des Dezernats Fortbildung
und Gesundheitsförderung
Herbert-Lewin-Str. 1
50931 Köln
Tel.: (0221) 4004-410
Telefax: (0221) 4004-388

Prof. Dr. G. Fischer
Leiterin der Abteilung Allgemeinmedizin
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
Tel.: (0511) 532-6530
Telefax: (0511) 532-4176

Prof. Dr. St. Görres
Universität Bremen
Fachbereich 11
Human- und Gesundheitswissenschaften
Studienlehrgang
Lehramt Pflegewissenschaften
Postfach 33 04 40
28334 Bremen
Tel.: (0421) 218-7443, -7247
Telefax: (0421) 218-4973

Dr. W. Greve
Kriminologisches Forschungsinstitut
Niedersachsen e.V.
Lützerodestr. 9
30161 Hannover
Tel.: (0511) 348-3623
Telefax: (0511) 348-3610

H. Grigoleit
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
Frankfurter Str. 84
53721 Siegburg
Tel.: (02241) 68143
Telefax: (02241) 108-248

Prof. Dr. R. Heinrich
Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft

für Geriatrie
Chefarzt des Zentrums für
Akutgeriatrie und Frührehabilitation am
Städt. Krankenhaus München-Neuperlach
Oskar-Maria-Graf-Ring 51
81737 München
Tel.: (089) 6794-221, -229
Telefax: (089) 6794-579

PD Dr. G. Heuft
Ltd. Oberarzt der Klinik für
Psychotherapie u. Psychosomatik
Universitätsklinikum Essen
Virchowstr. 174
45147 Essen
Tel.: (0201) 7227-360, -366
Telefax: (0201) 7227-180

Prof. Dr. Dr. R. D. Hirsch
Rheinische Landesklinik Bonn
Abteilung für Gerontopsychiatrie
Kaiser-Karl-Ring 20
53111 Bonn
Tel.: (0228) 551-2204, -2392
Telefax: (0228) 551-2262

Dr. I. Jonen-Thielemann
Klinik und Poliklinik für Chirurgie
der Universität zu Köln
Station für palliative Therapie
Dr. Mildred Scheel-Haus
Joseph-Stelzmann-Str. 9
50931 Köln
Tel.: (0221) 478-3356, -5001
Telefax: (0221) 478-3383

Prof. Dr. A. Kruse
Direktor des Instituts für Gerontologie
Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Bergheimer Str. 20
69115 Heidelberg
Tel.: (06221) 548-181
Telefax: (06221) 545 961

Prof. Dr. W. Kruse
Ärztin für Allgemeinmedizin-
Psychotherapie
Leiterin des Lehrgebietes
Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum der RWTH Aachen
52074 Aachen
Tel.: (0241) 8088-093
Telefax: (0241) 8888-458

Prof. Dr. Dr. h.c. U. Lehr
Wissenschaftlicher Stiftungsvorstand
Deutsches Zentrum für Altersforschung
an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Bergheimer Str. 20
69115 Heidelberg
Tel.: (06221) 548-102, -101
Telefax: (06221) 548-100

Dr. K. Leistner
Medizinischer Dienst der Spitzenverbände
Fachgebiet Reha, Geriatrie,
Pflegeversicherung
Lützowstr. 53
45141 Essen
Tel.: (0201) 8327-127
Telefax: (0201) 8327-490

Prof. Dr. G. Lob
Chirurgische Klinik und Poliklinik der
Ludwig-Maximilians-Universität München
Klinikum Großhadern
Marchioninistr. 15
81366 München
Tel.: (089) 7095-3500
Telefax: (089) 7095-8899

PD Dr. H. P. Meier-Baumgartner
Medizinisch-Geriatrie Klinik
Albertinen-Haus
Sellhopsweg 18-22
22459 Hamburg
Tel.: (040) 5581-1301
Telefax: (040) 5581-1000

Dr. E. Mohr
Med. Dienst der Krankenversicherung Hamburg
Leiterin der Abteilung 4: Pflege
Bürgerweide 4
20535 Hamburg
Tel.: (040) 257922-30, -32
Telefax: (040) 2543599

Prof. Dr. Th. Nikolaus
Geriatrie Klinik Bethesda Ulm
Eberhardtstr. 91
89073 Ulm
Tel.: (0731) 187-3131
Telefax: (0731) 187-3266

Prof. Dr. K. Püschel
Direktor des Instituts für Rechtsmedizin
der Universität Hamburg
Butenfeld 34
22529 Hamburg
Tel.: (040) 4717-2130
Telefax: (040) 4717-3934

Prof. Dr. Dr. H. H. Raspe
Medizinische Universität zu Lübeck
Institut für Sozialmedizin
St. Jürgen-Ring 66
23564 Lübeck
Tel.: (0451) 5300-140, -141

Telefax: (0451) 5300-142

Dr. W. von Renteln-Kruse
Leitender Arzt
Reha-Zentrum Reuterstraße
Geriatrie Klinik
Reuterstr. 101
51467 Bergisch-Gladbach
Tel.: (02202) 127300
Telefax: (02202) 127100

Prof. Dr. J. D. Ringe
Leitender Arzt der Medizinischen Klinik IV
Klinikum Leverkusen
Dhünnberg 60
51375 Leverkusen
Tel.: (0214) 132291
Telefax: (0214) 132294

Prof. Dr. B.-P. Robra
Medizinische Fakultät der Universität
Magdeburg
Institut für Sozialmedizin
Leipziger Str. 44
39120 Magdeburg
Tel.: (0391) 5328043
Telefax: (0391) 5414-258

Prof. Dr. R.-M. Schütz
Präsident der Deutschen Gesellschaft
für Gerontologie und Geriatrie
Medizinische Universität Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
Tel.: (0451) 500-2400
Telefax: (0451) 500-6518

Prof. Dr. E. Steinhagen-Thiessen
Evangelisches Geriatrie-Zentrum Berlin GmbH
Reinickendorfer Str. 61
13347 Berlin
Tel.: (030) 4507-8888
Telefax: (030) 45053933

Dr. C. Wächtler
Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll
6. Psychiatrische Abteilung
Langenhorner Chaussee 560
22419 Hamburg
Tel.: (040) 5271-2372, -2337
Telefax: (040) 5271-1605

Redaktion:

Dr. B. Dietz
Bundesärztekammer
Dezernat Fortbildung
und Gesundheitsförderung
Herbert-Lewin-Str. 1
50931 Köln

Tel.: (0221) 4004-414
Telefax: (0221) 4004-388

Dr. J. Engelbrecht
Bundesärztekammer
Leiterin des Dezernats Fortbildung
und Gesundheitsförderung
Herbert-Lewin-Str. 1
50931 Köln
Tel.: (0221) 4004-410
Telefax: (0221) 4004-388

PD Dr. H. P. Meier-Baumgartner
Medizinisch-Geriatriische Klinik
Albertinen-Haus
Sellhopsweg 18-22
22459 Hamburg
Tel.: (040) 5581-1301
Telefax: (040) 5581-1000

