

Der Hausarzt und die zehn „Denkanstöße“ beim Behandeln und Betreuen seiner geriatrischen Patienten



Dr. Peter Landendörfer

Es handelt sich im Folgenden nicht um den Spiegel kapitaler Fehler beim Umgang mit alten Patienten. Vielmehr sollen es praktische Hinweise sein, welche die hausärztliche Kompetenz beim Behandeln und Betreuen der alten Patienten verbessern sollen. Immerhin besuchen jetzt schon mehr als 80 Prozent unserer alten Menschen regelmäßig, und das über Jahrzehnte, mit ihren Beschwerden und Krankheiten zuerst ihren Hausarzt. Dadurch wird er für sie zu einem wichtigen Vertrauten und Begleiter im Alter. Die demographische Entwicklung unserer Gesellschaft fordert den Hausarzt als kompetenten Fachmann und Case Manager der alten und kranken Menschen, damit sie so möglichst lange ein aktives, selbstbestimmtes und sinnvolles Leben führen können. Das geht nur mit Kompetenz, die man nicht a priori durch lebenslange „Erfahrung“ erwerben kann. Hier sind Rückgriffe auf wissenschaftlich fundierte geriatrische Erkenntnisse ebenso nötig wie Teamfähigkeit gegenüber den jeweils notwendigen nichtärztlichen Therapeuten.

Im Alter ist es halt so

Der ältere Mensch wird dann zum älteren Patienten, wenn die Multimorbidität mit ihrer Polypharmakotherapie zu Funktionsstörungen und Partizipationsdefiziten im gewohnten Alltag führen. Mit steigendem Lebensalter nehmen Störungen im gewohnten Alltagsleben zu. 96 Prozent der über 70-Jährigen haben mindestens eine mittelschwere bis schwerwiegende Krankheit. Aber dennoch bezeichnet fast ein Drittel dieser älteren Menschen seine Lebensqualität unabhängig vom aktuellen Gesundheitszustand als gut bis sehr gut und ein weiteres Drittel immerhin noch als ausreichend. Gravierender als Krankheit an sich wirkt sich die Partizipationsstörung älterer Menschen aus, die durch ihre zunehmenden Funktionsstörungen erzwungen wird. Die soziale Isolation macht vielen älteren Menschen mehr Sorgen als ihre behandelbaren Beschwerden und Krankheiten. Somit tun wir den älteren Patienten keinen Gefallen, ihre Klagen und Sorgen mit dem Hinweis auf ihr Alter abzutun. Dahinter steckt immer der Ruf nach kompetenter Hilfe und Unterstützung.

„Diagnose über alles – und die Funktion?“

Wer aufmerksam die täglichen Klinik-Entlassungsbriefe unserer älteren Patienten studiert, hat bei der reichhaltigen Medikationsliste nicht

selten den Eindruck, dass Diagnosen behandelt worden sind, aber nicht der alte Mensch. Stehen beim jüngeren, akut erkrankten Menschen die Krankheiten im Mittelpunkt ärztlicher Therapie, müssen beim älteren, chronisch erkrankten Patienten zusätzlich seine Funktionsstörungen beachtet werden, die seine Alltagsfähigkeit und Partizipation beeinträchtigen. Nicht wenige Hausärzte sind mit dieser neuen Dimension der funktionsbezogenen Betreuung, die gleichberechtigt neben der Dimension der Therapie steht, noch nicht vertraut. Den in ihrer Alltagsfunktion beeinträchtigten älteren Patienten die entsprechenden Hilfen anzubieten, übersteigt gewöhnlich unser ärztliches Fachwissen und Können. In enger Absprache mit einem multiprofessionellen geriatrischen Team kann älteren Menschen das gewohnte Leben in ihrer bisherigen Umgebung erleichtert werden.

Demenz – die nicht gehörten Botschaften

Dass ältere Menschen zum Gesundheitsoptimismus neigen, erleben wir sehr häufig, meistens aber dann, wenn wir auf ihr Gedächtnis zu sprechen kommen. Viele wollen aus Scham oder Furcht vor der Wahrheit nicht über ihre „Vergesslichkeit“ sprechen. Dass hier das eine oder andere nicht mehr so spontan wie gewohnt einfällt, wird mit dem Alter entschuldigt, weil dadurch das alltägliche Leben noch nicht beeinträchtigt ist. Angehörige sind da

meistens realistischer und berichten von den kognitiven Defiziten. Diese „Botschaften“, werden sie versteckt oder offen an uns herangebracht, sollten Warnsignale sein, eine „Vergesslichkeit“ als abwendbar gefährlichen Verlauf (AGV) ernst zu nehmen und umgehend mit der entsprechenden Diagnostik zu beginnen. Beim geringsten Verdacht auf eine kognitive Störung im Alter sind Screening-Verfahren genauso zwingend wie ein EKG bei Klagen über Herzschmerzen. Ideale hausärztliche Testverfahren zur Früherkennung sind der Uhren-Test, besser noch der DemTect, ergänzt vom Mini-Mental-State-Test (MMST) als Ausgangstest für eine spätere Verlaufskontrolle. Da sich hinter jeder kognitiven Störung im Alter eine depressive Verstimmung verbergen kann, sollte immer die Geriatrische Depressionsskala (GDS) durchgeführt werden.

Sturz – das semantische Problem

Selbstständigkeit im Alter hat entscheidend mit Mobilität zu tun. Gerade durch einen Sturz kann die Selbstständigkeit und Partizipation des alten Menschen gravierend gestört werden. Bei 40 Prozent der Einweisungen in ein Pflegeheim spielen Sturzereignisse die entscheidende Rolle. Darüber hinaus verursacht jeder Sturz die Angst vor dem nächsten Sturz und unterhält dadurch den fatalen Teufelskreis der so genannten Sturzkrankheit.

Alte Menschen berichten spontan selten von Stürzen, schon gar nicht von Ereignissen, die einem Sturz nahekommen, wie Stolpern, Beinahe-Fällen oder Gangunsicherheiten. Grund dafür ist einerseits die Angst, Einschränkungen in ihrer Selbstständigkeit in Kauf nehmen zu müssen. Andererseits handelt es sich auch um ein semantisches Problem. Anders als in anglo-amerikanischen Ländern, wo „stürzen“ eben „to fall“ heißt, ist der Sturz bei uns mit nachhaltigen Verletzungsfolgen assoziiert und Fallen als ein unerhebliches Ereignis nicht der Rede wert. Daher tut der Hausarzt gut daran, bei jedem Check-up, zumindest aber halbjährlich, seinen alten Patienten die Fragen zu stellen: „Sind Sie in der letzten Zeit einmal gestolpert oder sind Sie manchmal unsicher beim Gehen?“ Die Antwort wird erstaunlich häufig positiv ausfallen.

Mit einfachen Testverfahren können wesentliche Teilfunktionen der Sturzgenese abgeklärt werden: Mit dem Timed-Up-And-Go-Test die Mobilität, mit dem Chair-Rising-Test die motorische Kraft und mit dem Tandem- oder Semi-Tandem-Test die Balance. Die therapeutische und rehabilitative Konsequenz sind ergo- und physiotherapeutische Übungsprogramme, welche Kraft, Balance und Alltagsfähigkeit stabilisieren.

sieren, die Angst vor dem nächsten Sturz mildern und die Selbstständigkeit im gewohnten Lebensumfeld sichern.

Altengerechtes Wohnen – was geht es mich an?

Stolperfallen in der Wohnung älterer Menschen lassen sich nie völlig beseitigen. Oft hängen an kleinen Teppichbrücken Erinnerungen an frühere Zeiten, die wir in ihrer individuellen Bedeutung nicht nachvollziehen können und trotz der Stolpermöglichkeit pietätvoll akzeptieren müssen. Hinweise auf herumliegende Strom- oder Telefonkabel sind schon eher erfolgreich, ebenso wie Ratschläge, Rutschgefahren in Bad und Toilette zu beseitigen. Ferner sparen ältere Menschen in ihren Wohnräumen nicht selten mit Licht, besonders wenn sie nachts aufstehen müssen.

Mit praktischem Gespür für die vielfältigen Sturzgefahren in den Wohnungen älterer Menschen kann der Hausarzt seine alten Patienten und ihre Angehörigen beraten und dazu beitragen, mit wenigen Mitteln die größten Stolperfallen zu beseitigen.

Nachtkästchen – Pharmamüllhalde der Älteren

Compliance im Alter ist ein Problem, das durch die neueste Rabattregelung der Gesundheitspolitik an Dramatik gewaltig zugenommen hat. Doch ist dies nur ein Grund, wenn ältere Patienten durch die ständig wechselnden Verpackungen oder die ungewohnte Form und Farbe der Medikamente verunsichert werden. Weitaus bedenklicher ist die Tatsache, dass 50 Prozent unserer älteren Patienten ihre Medikamente nicht nach unserer Vorschrift einnehmen. Teilweise geschieht dies absichtlich, weil sie die Medikamente nicht vertragen oder weil sie Angst vor den Nebenwirkungen haben. Teilweise vergessen sie einfach die vorgeschriebene Einnahme.

Älteren Menschen sollte man nach Möglichkeit nicht mehr als fünf verschiedene Medikamente verordnen (Goldene 5-er Regel). Dies gelingt freilich nicht immer. Aus diesem Grund ist es ratsam, regelmäßig, am besten jedes Quartal, die Medikamentenpläne zu überprüfen, bei unselbstständigen Patienten unbedingt mit den Angehörigen. Nicht zu vergessen sind die vielen

Anzeige

Wir setzen auf Kompetenz + Service!

- ★ 1.700 Kunden
- ★ 180 Mio Euro Abrechnungsvolumen
- ★ 1,2 Mio Rechnungen und Mahnungen im Jahr
- ★ 80 Mitarbeiter/innen

Gute Privatabrechnung muss nicht teuer sein.
Unsere Tarife sind einfach, übersichtlich und fair.
Rufen Sie uns an!

Infos unter **089 14310-115**
Herr Wieland wird Sie gerne beraten.



Medas GmbH
Treuhandgesellschaft für
Wirtschaftsinkasso und
medizinische Abrechnungen
Messerschmittstraße 4
80992 München
Telefax 089 14310-200
info@medas.de
www.medas.de



Foto: BilderBox.com

Präparate der Selbstmedikation, die sich ältere Menschen zulegen und die mitunter durchaus interaktive pharmakologische Bedeutung haben. Sinnvolle Unterstützung für die alltägliche Compliance bieten die verschiedenen Dosierhilfen, die nach anfänglichen Schwierigkeiten meist gerne angenommen werden.

Hausbesuche bei Alten – eine Last?

Ein althergebrachtes Spezifikum hausärztlicher Tätigkeit ist der Hausbesuch bei kranken Patienten, vor allem bei chronisch kranken und älteren Menschen. Nirgends erlebt der Hausarzt Lebensumfeld und sozialen Kontext besser als in den Wohnungen seiner Patienten. Die erlebte Anamnese ist der große Vorteil, wodurch Behandlung und Betreuung entscheidend beeinflusst werden. Ältere und chronisch kranke Menschen, vor allem wenn sie in ihrer Mobilität, sei es krankheits- oder situationsbedingt beeinträchtigt sind, profitieren vom regelmäßigen, verlässlich terminierten Besuch ihres Hausarztes. Dabei sollte genügend Zeit für die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, aber auch für ein Gespräch eingeplant werden. Dass dabei der Blick auf das Lebensumfeld wertvolle Informationen über Wohn- und Ernährungsgewohnheiten verschafft, der Grund für eine etwaige Intervention sein kann, ist eben der unschätzbare Vor-

teil, der nur durch Hausbesuche zu gewinnen ist. Bei entsprechenden Hinweisen empfiehlt sich die Kontaktaufnahme mit den Angehörigen oder Vertretern des multiprofessionellen geriatrischen Teams.

Entlassungsmedikation bei Alten – Zeugnis von Ignoranten oder Hilflosen?

So manche Medikationsempfehlungen bei Krankenhausentlassung älterer Menschen muten geradezu abenteuerlich an. Sie sind nicht nachvollziehbar, weil man merkt, wie wenig bei unseren klinischen Kollegen pharmakologisches Können oder gesundes Einfühlungsvermögen in die Lebensrealität älterer Menschen vorhanden sind. Man wird den Eindruck nicht los, dass einfach zu sehr die Diagnose, nicht aber der alte Patient selbst im Mittelpunkt therapeutischer Überlegungen stand. Unverträglichkeit und Interaktion können bei den kurzen Liegezeiten des herrschenden Zeitalters der Diagnosis related groups (DRG) deutscher Krankenhäuser gar nicht mehr überprüft werden; damit wird nach der Entlassung aus dem Krankenhaus der Hausarzt konfrontiert. Wenn dann auch noch die funktionellen Defizite des alten Menschen unberücksichtigt bleiben, ist der Hausarzt in besonderer Weise gefordert, Therapie und häusliches Lebensumfeld altengerecht mitzugestalten.

Hausarzt im Pflegeheim – wer gibt an?

Die Problematik ärztlicher Versorgung in der stationären Pflege führte jüngst zu der Forderung unserer Gesundheitspolitiker, Möglichkeiten für die Anstellung von Hausärzten zu schaffen. Sie sind für mich äußeres Zeichen, dass die Rolle des Hausarztes in Pflegeheimen nicht überall ideal geregelt ist, woran nicht allein die Heime schuld sind. Eine bessere Prozessqualität hausärztlicher Betreuung von stationären Pflegeeinrichtungen sollte keine billige Forderung übereifriger Pflegeleitungen sein, sondern Anlass zu einer kooperativen Zusammenarbeit zum Wohle der von beiden Seiten gut behandelten und betreuten Patienten. Dabei wäre mit einfachen Mitteln und einem Mindestmaß an gutem Willen den oftmals berechtigten organisatorischen Wünschen der Verantwortlichen in den Heimen entgegenzukommen. Verbindlichkeit und Regelmäßigkeit in der Terminierung von Besuchsterminen ist eine notwendige Voraussetzung guter Kooperation, die zu verhindern hilft, dass sich keine Pflegekraft Zeit für den Hausarzt nehmen kann, weil Pflege oder Betreuungsmaßnahmen im gleichen Zeitraum unaufschiebbar sind. Visiten ohne eine fachlich kompetente Pflegekraft machen keinen Sinn. Die notwendigen Informationen zur weiteren Behandlung und Betreuung erreichen damit nicht die verantwortliche Ebene. Hier setzen die Praxisverbände der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns an. In diesen Kooperationsformen übernehmen die Ärzte einen gemeinsamen Versorgungsauftrag. Mit einer gemeinsamen Rufbereitschaft sowie in regelmäßigen, abgesprochenen Besuchen im Heim wird eine kontinuierliche Betreuung sichergestellt.

Häufig wird über die lästige Dokumentation geklagt, die nach der Visite von den Pflegekräften gefordert wird. Dadurch ist aber die Verbindlichkeit der hausärztlichen Anordnungen festgeschrieben, die auf diesem Weg eine andere und nicht zuletzt juristische Qualität erhält. Um die statistisch überhöhten Wochenendeinweisungen ins Krankenhaus zu reduzieren, wäre ein kurzer Kontrollanruf vor dem Wochenende eine Möglichkeit, gefährdete Patienten und deren Behandlung mit den zuständigen Pflegekräften abzusprechen. Überhaupt empfiehlt sich ein verpflichtendes Recall-System, in dem detailliert festgelegt ist, bei welchen Ereignissen, Beschwerden und Krankheiten zwingend eine Nachricht an den Hausarzt zu erfolgen hat, zum Beispiel Sturz, akute Wesensveränderung, Fieberzustand, Ess- und Trinkstörung oder schlecht heilende Wunden. Schließlich ist wie bei jeder Zusammenarbeit mit eigen-

verantwortlichen Institutionen die vertrauensvolle und regelmäßige Kommunikation der beste Weg, dem alten und kranken Menschen adäquat zu helfen.

Multiprofessionelles geriatrisches Team – ohne mich!

Der Hausarzt wird heutzutage immer häufiger in die Funktion eines Case Managers gedrängt, ohne dass er die Position kompetent ausfüllen kann. Diese Aufgabe gewinnt jedoch eine wichtige gesellschaftspolitische Dimension: die wachsende Zahl alter und kranker Menschen wird künftig unser Gesundheitssystem mit massiven Behandlungs- und Betreuungskosten belasten. Vor diesem Hintergrund erhält die Forderung der Sozialpolitiker „ambulant vor stationär“ eine herausragende Bedeutung, der wir allein aber nicht nachkommen können.

Es ist leider so, dass wir uns ärztliche Kompetenz für die Behandlung der verschiedenen Krankheiten erworben haben, nicht aber für die daraus resultierenden Betreuungs- und Unterstützungsstrategien. Gefragt ist also ein fachübergreifendes, multiprofessionelles Team, das im Bedarfsfall für den einzelnen älteren Patienten ein Gesamtbehandlungskonzept erstellen kann, welches individuell, effizient, effektiv und obendrein noch kostengünstig ist. Zusammengesetzt ist es aus verschiedenen nichtärztlichen Disziplinen, die für die jeweiligen Funktionsdefizite im Alltag des älteren Menschen zuständig sind. Im ambulanten Bereich agiert es als loses, nicht institutionalisiertes Team, dessen einzelne Partner bedarfsorientiert zum Einsatz kommen.

Es wäre aber äußerst kontraproduktiv, wenn der Hausarzt die Fachkompetenz der einzelnen Therapeuten und Berater nicht ernst nehmen

würde. *Primus inter pares* ist er nicht allein wegen seiner Stellung als Arzt, sondern weil er allein die wirtschaftliche und organisatorische Verantwortung gegenüber den Krankenkassen trägt. Im Blick auf schwierige Probleme unserer demographischen Entwicklung sollte uns das Wohl des Patienten dazu bringen, eitle und überkommene Standesdünkel hintanzustellen. Dort wo Hausärzte ein funktionierendes Unterstützungsteam aufgebaut haben, erhalten ältere und kranke Menschen schnelle und kompetente Hilfe. Diese ermöglicht es ihnen, trotz ihrer Funktionsdefizite in ihrer gewohnten Lebensumwelt selbstständig zu leben und am sozialen Umfeld teilzunehmen.

Dr. Peter Landendörfer, Allgemeinmedizin, Geriatrie, Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin an der TU München, Fasanenweg 1, 91332 Heiligenstadt, E-Mail: dr.landendoerfer@gmx.net

Anzeige

SONORING®
Schmitt-Haverkamp

Die Nr. 1 im Ultraschall

Wir sind für Sie da bis 31. 12. 2007 in einer unserer 7 Sonotheken, eine ganz in Ihrer Nähe.

Bis 15.12. laden wir jeweils samstags zum Fröhschoppen in unseren Sonotheken ein.

Zentrale und Sonotheke (direkt neben KVB)
Elsenheimerstraße 41 • 80687 München
Tel. 089 / 30 90 99 0 • Fax. 089 / 30 90 99 30
E-Mail: info@schmitt-haverkamp.de
www.schmitt-haverkamp.de

Unsere 5 Sonotheken:
Deggendorf • Dresden • Erlangen
Jena • Leipzig • Memmingen • München