

Dr. Heinz Schödl
Arzt für Allgemeinmedizin
4070 Eferding

Krisen im Alter – aus der Sicht eines prakt. Arztes

Danke den Organisatoren für die heutige Einladung, wünsche Ihnen, sehr geehrte Damen und Herren einen guten Morgen und darf mich vor meinem Referat kurz vorstellen:

Ich bin seit 33 Jahren praktischer Arzt in Eferding, der kleinsten Bezirksstadt in OÖ, wir haben den Vorteil der Nähe des Zentralraumes mit der Möglichkeit unter drei Spitalsorten zur stationären Einweisung zu wählen, nämlich Grieskirchen, Wels und Linz, der Nachteil ist das Fehlen einer Spitalstruktur vor Ort mit Ambulanz, wir sind nach Ordinationsende an 365 Tagen im Jahr, Tag und Nacht, Sonn- u. Feiertag die erste Anlaufstation im medizinischen Belangen.

Es kommt hier im Laufe der Jahre zu vielen dramatischen Situationen, bei denen wir sehr oft erste Anlaufstation sind. Dies bei PKW Unfällen bis zu Geburten, von Einweisungen laut Unterbringungsgesetz bis hin zu Totenbeschau bei aufgefundenen Leichen, Suiziden und anderen dramatischen Ereignissen.

Daneben kommt es zu einer zunehmenden Belastung durch Konsultationen, die durchaus in der Ordinationszeit möglich wären, das Telefon läutet Tag und Nacht.

Mein Thema ist aber heute „Geriatrische Krisen“:

Im **DUDEN** wird eine *Krise* als eine Entscheidung bezeichnet, die den Wendepunkt einer gefährlichen Entwicklung darstellt. Dass es sich um einen Wendepunkt handelt, kann jedoch oft erst dann konstatiert werden, *nachdem* die Krise abgewendet oder beendet wurde.

Nimmt die Krise einen dauerhaft negativen Verlauf, so spricht man von einer *Katastrophe*(=*Niedergang*).

Die *Krise* ist zeitlich begrenzt, sie stellt die bisherigen Erfahrungen, Ziele und Werte in Frage. Krisen im Alter aus hausärztlicher Sicht mit Fallbeispielen, eventuellen Forderungen und Perspektiven darf ich Ihnen nun an Hand einiger Fallbeispiele aus meiner Praxis berichten:

Beispiel I, Patient, m, heute im 92 Lj.

Seit mehr als zwei Jahrzehnten ist er und auch bis zu ihrem Tod seine Frau meine Patienten. Es verbindet mich nicht nur ein dramatisches gesundheitliches Ereignis, sondern auch eine intellektuelle Freundschaft mit Diskussionen über Geschichte, Heimatkunde und ähnliches. Die Gattin leidet an einem inoperablen Mitralklappenversagen, an dem sie 2004 mit Begleitkomplikationen verstorbt. Sie hat mir in den letzten Tagen ihres Lebens das Versprechen abgenommen, ihrem Mann nach ihrem Tod als Arzt und Freund zur Seite zu stehen. Ich habe das Versprechen bis heute gehalten. Nach dem Tod der Gattin erfolgt ein sozialer Rückzug mit einem konsekutiven Abbau und leichter Verwahrlosung sowie Mangelernährung. Eine Unterstützung wie z.B. durch Altenhilfe, Essen auf Rädern, Wohnungsreinigung etc. wird abgelehnt. Weder die 2 Töchter als nächste Angehörige als auch ich als Arzt und Freund können diesen Rückzug stoppen. Es kommt wie es kommen muss, nach etwas mehr als 2 Jahren des Alleinseins wird er in seiner Wohnung am Boden liegend mit einem Schenkelhalsbruch vom Kosovo Albaner, der seinen Garten betreut und dem er in den letzten Tagen abgegangen ist, durch einen Blick ins Fenster entdeckt.

Ich werde gerufen und breche mit Brachialgewalt die Türe auf, die selbstverständlich mit im Schloss steckenden Schlüssel verschlossen ist. Auch heute wird die Türe nach meinem Eintreten sofort wieder verschlossen! Man sieht dies bei alten Menschen übrigens nicht selten, besonders lustig ist es, wenn nach dem Versperren der Tür auch noch der Schlüssel abgezogen wird und in eine Tasche wandert, aus der er später erst nach längerem Suchen wieder hervorkehrt.

Mein Freund und Patient ist exsicciert, desorientiert und in einem bemitleidenswerten Allgemeinzustand. Er wird stationär eingewiesen, erfolgreich operiert und anschließend zur Remobilisation noch 3 weitere Wochen stationär behandelt. Eine Aufnahme ins Altenheim lehnt er kategorisch ab, so kommt er wieder in seine Wohnung, allerdings mit einer organisierten 24 Stunden Pflege. Er ist anfänglich noch zeitweise verwirrt, hat eine Menge an Medikamenten zu schlucken, unter anderem Antidementiva, vorerst ist er auch noch mangelernährt.

Mit Hilfe der Pflegerinnen aus der Slowakei überwindet der Patient seine Krise, fasst Vertrauen zu den Pflegerinnen, er findet wieder Sinn im Leben und blüht auf. Das Essen, das die Pflegerinnen zubereiten schmeckt ihm, er kommt zu neuen Kräften. Die Medikamente

werden reduziert, die Antidementiva abgesetzt und werden bis heute nicht mehr benötigt. Heute hat er ein Schmerzpflaster, einen milden ACE Hemmer für den Blutdruck und ASS. Der MSSE ist für einen 92-jährigen sensationell. Nach seinem Unfall betrug er 23/30.

Die 24 Stunden Betreuung funktioniert bis heute, er hat eine sehr persönliche Beziehung zu den Pflegerinnen entwickelt und ist enttäuscht, wenn einmal Ersatz für 14 Tage kommt, da die gewohnte Person aus irgendwelchen Gründen verhindert ist.

Mit Hilfe dieser Pflegerinnen und in seiner gewohnten Umgebung trat eine rasche Besserung ein, der Vereinsamung war ein neuer, positiver Lebensabschnitt gefolgt, der im großen und ganzen bis heute anhält.

Die entscheidende Wende trat also mit der sozialen Integration der Pflegerinnen in sein Leben ein, die er jetzt in jeder Situation seines Lebens akzeptierte. Die Krise ist überwunden.

Forderungen und Perspektiven:

Leider gelingt es selten mit Überzeugungsarbeit den Patienten zu seinem Vorteil rechtzeitig zu überzeugen. Selbst wenn sehr enge freundschaftliche Bande bestehen und viele enge Bekannte und Verwandte zu diesem Schritt raten.

Perspektiven: Nie aufgeben, immer hoffen, keine Prophezeiungen - v.a. wenn sie negativ sind. Enge Überwachung, ohne dass sich Patient überwacht fühlt, Aktivierung von Nachbarn, Freunden, Bekannten, diese sollen nach Absprache wechseln, auch Telefonanrufe können hilfreich sein.

Forderungen:

Natürlich ist der Heilungsauftrag für den Arzt das Primäre. Doch auch der Auftrag für ein gutes Sterben zu sorgen, ist ethisch gleichrangig. Wer weiß, ob die Krise überwunden wird oder es zur Katastrophe kommt ?

Wie meistert man den „Spagat“ zwischen Leben und Tod ?

Wir Mediziner sind bis heute schlecht bis gar nicht auf solche Situationen vorbereitet worden, auch schaut uns der Jurist meist über die Schulter.

Wir hätten in der Palliativmedizin heute viele Möglichkeiten, das Sterben so zu gestalten, wie Menschen es sich wünschen, nämlich friedlich.

In Zeiten einer Überalterung der Bevölkerung, ab 2030 über 1/3 60-jährige hat man darüber ethisch moralisch nachzudenken. Palliativmedizin sollte eine verpflichtende Weiterbildung für Ärzte werden

Beispiel II, m., Jg. 1939

Er ist jahrzehntelanger Patient mit metabol. Sy, KHK, massiver Adipositas , Nikotinabusus . Er wird nach einem Myocardinfarkt vor dem 60.Lebensjahr pensioniert und bezieht als ehemaliger hoher Beamter eine Pension, die ihm einen ausufernden Lebensstil ermöglicht. Seine Frau hat ihn mit allen Genussmitteln zu versorgen und bedient ihn von allen Seiten. Seine Gesundheitsdaten sprechen eine deutliche Sprache, es ist nur mehr die Frage wie lang er diesen Lebensstil aushält. Dann erkrankt seine Frau an einer konsumierenden Erkrankung. Schon in der Zeit der häufigen stationären Spitalsaufenthalten seiner kranken Frau ändert er seinen Lebensstil grundlegend. Er hat jetzt für seine Frau und die Schwiegermutter zu sorgen. 2007 verstirbt seine Frau, er schaut sich weiterhin rührend um die alte Schwiegermutter um, heute ist die alte Dame im 93 Lj., beide werden von den Nachbarn unterstützt, sowohl was Essen als auch Wohnungsreinigung betrifft. Die Laborwerte haben sich dramatisch verbessert, es können viele Medikamente eingespart werden. Durch seinen jahrelang ausufernden Blutzucker kam es zu schweren Fußskelettveränderungen, die eine orthopädische Operation mit Bohrdrahtversteifungen notwendig machten. Der Heilungsprozess war komplikationslos und nicht durch Wundheilungsstörungen verkompliziert, wie man es oft bei Diabetes beobachtet. Operationsbedingt benötigt er orthopädische Schuhe um kleine Strecken zu Fuß zurücklegen zu können. Er bezieht Pflegegeld der Klasse I. Einen Behindertenausweis zur Parkerleichterung hat er bis heute nicht beansprucht, da er den Führerscheinentzug bei der amtsärztlichen Untersuchung fürchtet. Diese Angst ist nicht unberechtigt obwohl der Langzeitzucker im Normbereich ist, es besteht aber weiter eine koronare Eingefäßerkrankung, ein Bluthochdruck sowie eine mäßige Erhöhung der Leberfunktion. Der PKW ist für ihn notwendig, da keine in der Nähe seines Wohnortes akzeptable öffentliche Verkehrsverbindung in die Bezirksstadt besteht. Denn hier besucht er den Arzt, hier befindet sich die Apotheke, auch für seine anderen Bedürfnisse des täglichen Lebens stehen entsprechende Geschäfte zur Verfügung.

Auch hier kam es durch die schwere, letztendlich tödliche Erkrankung der Gattin zu einer entscheidenden Wende. Dass es sich hier um einen Wendepunkt handelte, konnte erst dann konstatiert werden, nachdem die Krise abgewendet war.

Eine **Forderung** könnte lauten: Praktikable Vorgehensweise bei der Ausstellung von Behindertenausweisen mit der gesetzlichen Verpflichtung, keine Schlechterstellung als sie bis vor Antragstellung bestand, herbeizuführen. Es ist auch zu hinterfragen, ob wirklich der

örtliche Amtsarzt, der auch für Führerscheinentzüge aus anderen Gründen mit seinem Gutachten bei der Führerscheineinheit der Verwaltungsbehörde verantwortlich ist, nicht diese Agenda an andere geschulte Ärzte abgeben könnte.

Perspektiven: Baubewilligungen künftig von der Verkehrssituation abhängig machen. Es sollte, wenn möglich, ein öffentliches Verkehrsmittel leicht erreichbar sein und die Infrastruktur mit Straße, Kanalisation etc sollte vorhanden sein. Vorhandene Strukturen nutzen, Reduktion des Bauens auf der „grünen Wiese“.

Beispiel III, Jahrgang 1924, m., alleinstehend

Er wird in den 80-iger Jahren mein Patient. Er lebt in der Gaststube des ehem. Gasthauses, seine Frau in der gemeinsamen Wohnung nebenan. Er ist damals Mitte siebzig, rüstig und versorgt sich selbst. Immer wieder erzählt er von seinen schweren Jahren in der Kindheit, wo er am elterlichen Hof schon mithelfen musste. Im Zweiten Weltkrieg war er Soldat in Russland, nur wenige haben aus seiner Kompanie überlebt. Nach dem Krieg arbeitet er manuell schwer als Hilfsarbeiter. Nach der Pensionierung lebt er, wie schon erwähnt, getrennt von seiner Frau Tür an Tür. 2000 erleidet er einen Herzinfarkt, in der Folge werden seine großen Gelenke-Knie und Hüfte durch Totalendoprothesen ersetzt. Er versorgt sich weit über das 80. Lebensjahr selbst und fährt mit seinem PKW zum nahegelegenen Supermarkt. Seine zunehmend dement werdende Frau wird vom einzigen gemeinsamen Sohn und den Hilfsorganisationen vor Ort betreut. Eine Übergabe des Hauses der Eltern an den einzigen Sohn wird von der Mutter, die damals noch testierfähig war, abgelehnt. Eines Tages verursacht er beim Ausparken am Parkplatz eines Supermarktes einen leichten Blechschaden. Er ist Jahrzehnte unfallfrei gefahren. Er steigt aus, gibt seine Personalien an und nennt seine Versicherung. Der gegnerische PKW Lenker holt die Polizei, da er der Meinung ist, ein so alter Mann dürfe keinen PKW mehr lenken. Es kommt wie es kommen muss, der Führerschein wird ihm entzogen. Dies auf Grund eines verkehrspsycholog. Gutachten, das vom Amtsarzt gefordert wird. Der alte Mann kann den für ihn wichtigen nächsten Supermarkt nur fußläufig etwa 1500 m entfernt erreichen. Dies ist für ihn auf Grund seiner Gelenke und Wirbelsäule nicht mehr möglich. Er kauft sich ein kleines Elektromoped und fährt mit diesem einkaufen. Es dauert nicht lange, wird ihm auch das Fahren mit diesem untersagt. Mit dem Landtagsabgeordneten einer Partei, der er nahe steht, suchen wir in seiner Causa den Bezirkshauptmann auf. Wir wollen eine örtlich und

zeitlich begrenzte Fahrerlaubnis erwirken. Zum Beispiel: Nur bei Schönwetter und trockener Fahrbahn, bei Tageslicht im Umkreis von 3 Kilometern von seinem Haus entfernt. Auch das wird kategorisch abgelehnt.

Er fällt in eine verständliche Trauerreaktion, sein Selbstwertgefühl ist stark in Mitleidenschaft gezogen. Er muss sein Leben neu organisieren. Er sucht um Pflegegeld an, was ihm auch bewilligt wird, er wird mit Essen auf Rädern versorgt und hat dann gemeinsam mit seiner hochgradig dementen Gattin eine 24 Stunden Pflege. Heute lebt er wieder allein in seinem Haus, seine Frau ist mittlerweile verstorben. Er wird jetzt wieder von den Hilfsorganisationen und seinem Sohn versorgt, für die 24 Stunden Betreuung reichen die Geldmittel nicht aus. Der Weg ins Heim ist durch die nicht zeitgerecht erfolgte Übergabe verbaut.

Forderung: Erleichterte Bedingungen zur Wiedererlangung bei Führerscheinentzug auf Grund des Alters. Anstelle einer verkehrspsychologischen Testung, Probefahrt mit Fahrlehrer. Null Promille, Fahrten nur bei Tageslicht und guten Fahrverhältnissen, eventuell PS Beschränkung, Kennzeichnung wie L 17-Fahrerlaubnis nur in einem Umkreis von wenigen Kilometern. Nicht nur Einkaufsmöglichkeiten sondern auch soziale Kontakte gehen durch den Führerscheinentzug verloren.

Perspektiven: Einkaufszentren europaweit nur an der Peripherie. Neue Formen des Kundenservices durch Hol- u. Bringdienst der jeweiligen Großhandelskette. Dies wäre schon bei der Baubewilligung zu vereinbaren. Da die wachsende Überalterung Tatsache ist, sollte die Selbständigkeit zu bewahren bis ins hohe Alter oberstes Ziel sein.

Beispiel IV, m., Jg. 1938, leitender Angestellter jetzt Pensionist, früher aktiver Sportler

Nach einem sehr aktiven Berufsleben geht er mit 60 Jahren in Pension, er betreibt weiterhin aktiv den Reitsport und spielt Tennis. Er lebt mit seiner 2. Frau in seinem Einfamilienhaus und betreut mit Liebe und Hingabe die Enkeltochter, die aus einer gescheiterten Beziehung seiner Tochter stammt.

Im Juli 2004 fällt meinem Patienten auf, dass seit 3 Monaten das Neugedächtnis nachgelassen hat, das Altgedächtnis ist gut erhalten. Der Ehefrau fällt auf, dass er räumlich desorientiert ist, Ereignisse der letzten 6 Wochen sind nicht richtig zuordnenbar.

Im August 2004 wird an einer Fachabteilung eines OÖ Krankenhauses eine neurol. DU durchgeführt und eine leichte Demenz, wahrscheinlich degenerativer Genese diagnostiziert.

Im Herbst 2004 wird eine Stenose der A. carotis int. links gestentet, der cerebrale Abbauvorgang geht unvermindert rasant weiter. Er wird in kurzer Zeit zum Pflegefall und von der Gattin zu Hause betreut. 2009 ist er trotz großer Bemühungen seiner Frau nicht mehr möglich, ihn zu Hause zu betreuen und zu pflegen. Er kommt ins Pflegeheim, wo er 2010 eine Pulmonalarterienembolie erleidet. Jetzt ist er antikoaguliert und dämmert vor sich hin. Die Antidementiva wurden von mir im Rahmen eines Konsiliums abgesetzt, bis vor einem Jahr war er regelmäßig in ambulanter Kontrolle an einer neurol. Fachabteilung. Wie lange sein Leiden dauert, kann ich nicht sagen, es ist das Leiden der nächsten Angehörigen, er selbst lebt in einer anderen Welt.

Forderung und Perspektiven zugleich: Durch die explosionsartige Vergrößerung der Zahl an Demenzerkrankten kommt es durch die restriktive Verschreibeverordnung bei Demenzkranken, zu einer Unterversorgung der Patienten mit geeigneten Pharmaka, die den Intellektabbau zumindest verzögern können. Der Hauptverband der Versicherungsträger hat verordnet, dass eine halbjährliche Überprüfung der Therapie mit Antidementiva anhand eines Minimentaltest durch den Facharzt verpflichtend ist. So werden die ohnehin schon desorientierten Patienten mit dem Roten Kreuz zum FA gekarrt, bestenfalls durch Untersuchung am Wohnort vom FA begutachtet. All das hat nur den Sinn einer restriktiven Verschreibebestimmung und Einsparung der Medikamentenkosten. Es ist nicht einsichtig, warum nicht der Hausarzt nach erstmaliger Diagnose einer Demenz durch den FA oder die Fachabteilung die Weiterverschreibung der antidementiven Therapie ohne weitere fachärztliche Untersuchung vornehmen kann.

Warum machen wir Allgemeinmediziner eine teure Ausbildung in Geriatrie sowie Palliativmedizin, wenn wir dann von unserer ureigensten Tätigkeit, nämlich dem Verschreiben der geeigneten Medikation, von den Schreibtischtätern im Hauptverband ausgeschlossen werden? Warum sollte nicht wie in anderen Ländern Europas, z.B. Frankreich, die Weiterverschreibung der Medikation durch den Hausarzt erfolgen? Es ist nicht einsichtig, warum wir Reanimationen, Elektroschocks bis hin zu Amputationen durchführen dürfen, jedoch nicht notwendige Medikation für die uns anvertrauten Patienten. Die Gefahr eines Mißbrauches sehe ich nirgends. Aber auch keinen Einspruch des Patientenanwaltes, in dieser Schlechterstellung des Demenzkranken obwohl er ja sonst häufig medienwirksam Meinung zu allen möglichen Themen kundtut.

Weiters könnte man darüber nachdenken, ob nicht mit einer Feststellung des Minimalstatus die Einstufung in die entsprechende Pflegegeldstufe erfolgen kann. Dies würde wiederum Bürokratie und Kosten einsparen.

Einige abschließende Worte für die Zukunft:

Wie wird die ärztliche Versorgung in Zukunft aussehen? Dass ein Ärztemangel greifbar ist wissen alle bis auf die Bundesregierung, der es obliegt für öffentliche Universitäten zu sorgen und für Neugründungen verantwortlich sind. Wir wissen, dass der Bedarf an Ärzten steigen wird, dies hängt mit der Überalterung der Bevölkerung aber auch mit der zunehmenden Feminisierung und Spezialisierung in der Medizin zusammen. Der Run auf das Medizinstudium hat zu rigorosen Aufnahmemethoden geführt. Bevorzugt dieses System aber nicht jene, die viel analytisches Denken aber vielleicht nicht genug Sozialkompetenz mitbringen?

Die Medizin braucht beides, Ersteres scheint derzeit das Übergewicht zu haben.

Votieren Sie bitte für die Errichtung einer Medizinischen Universität in Linz!

Noch einige abschließende Worte über Menschen am Ende ihres Lebens, die hausärztlich im Pflegeheim aber auch zunehmend mehr zu Hause betreut werden :

Es wird als bedrohlich empfunden, wenn man am Ende des Lebens vielfach als äußerungsunfähiges Opfer einer High Tech Medizin zu werden droht. Die Menschen wünschen sich eine adäquate Versorgung in ihrer letzten Lebensphase, die die medizinischen, psychosozialen und spirituellen Aspekte umfasst.

Die Palliativmedizin lehrt uns, letzte Dinge im Leben anders zu sehen als bisher. So führt unsere Vorstellung in den letzten Zügen des Lebens zu verdursten und zu ersticken dazu, dass reflexartig Sterbenden Flüssigkeit und Sauerstoff verabreicht bekommen. Das Durstgefühl in der Sterbephase korreliert nicht mit der Menge der zugeführten Flüssigkeit, sondern mit dem Grad der Trockenheit der Mundschleimhäute. Die Gabe von Sauerstoff trocknet die Mundschleimhäute zusätzlich aus, das Durstgefühl wird dadurch verstärkt, unabhängig von der zugeführten Flüssigkeit, sondern mit dem Grad der Trockenheit der

Mundschleimhäute. Die Gabe von Sauerstoff trocknet die Mundschleimhäute zusätzlich aus, das Durstgefühl wird dadurch verstärkt, unabhängig von der zugeführten Flüssigkeitsmenge.

Ein letztes Wort über lebenslangliches Lernen: Wie immer die Schlagworte lauten, sie klingen hohl. Lernen ist wichtig, nicht nur um erfolgreich zu sein sondern auch um sich in der Welt der Moderne orientieren und bewähren zu können. Lernen steht in der Schule im Mittelpunkt, vielleicht etwas überbetont. Lernen kann geprüft werden, **v e r s t e h e n** nicht. Verstehen entzieht sich dem PISA Test. Deshalb sollte künftig im Vordergrund stehen: Man lernt um verstehen zu können.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit, wünsche Ihnen einen interessanten Verlauf der heutigen wissenschaftlichen Tagung, wünsche Ihnen weiterhin viel Erfolg und Zufriedenheit in Ihrem schönen und schweren Beruf.

Nachtrag: Die persönlichen Daten, wie etwa das Geburtsdatum, sind aus Gründen der Anonymität verändert.