

Diplomarbeit

Lebenssystem Partnerschaft „70 plus“

- das geriatrische Assessment
im extramuralen Bereich

eingereicht von

Maria Wendler

0433034

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der gesamten Heilkunde

(Drⁱⁿ. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut / Klinik für Sozialmedizin und Epidemiologie

unter der Anleitung von

Dr. Martin Sprenger, MPH

Univ.-Prof. emeritus Dr. Horst Richard Noack

20. Jänner 2011

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, 20. Jän. 2011

Maria Wendler

für meine Großväter

*Wie jede Blüte welkt und jede Jugend
Dem Alter weicht, blüht jede Lebensstufe,
Blüht jede Weisheit auch und jede Tugend
Zu ihrer Zeit und darf nicht ewig dauern.
Es muss das Herz bei jedem Lebensrufe
Bereit zum Abschied sein und Neubeginne,
um sich in Tapferkeit und ohne Trauern
In andre neue Bindungen zu geben.
Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne,
Der uns beschützt und der uns hilft zu leben*

*Wir sollen heiter Raum und Raum durchschreiten,
An keinem wie einer Heimat hängen.
Der Weltgeist will nicht fesseln und uns engen
Er will uns Stuf' um Stufe heben, weiten*

*Kaum sind wir heimisch einem Lebenskreis
Und traulich eingewohnt, so droht Erschlaffen,
nur wer bereit zum Aufbruch ist und Reise,
mag lähmender Gewöhnung sich entrafen.
Es wird vielleicht auch noch die Todesstunde
Uns neuen Räumen jung entgegenschenden,
des Lebens Ruf an uns wird niemals enden...
Wohlan denn, Herz, nimm Abschied und gesunde*

(„Stufen“ Hermann Hesse, 1877 - 1962)

Man sollte sich an dieser Stelle bei allen wichtigen und für die Arbeit und Studienkarriere bedeutsamen Menschen bedanken. Ich tue dies hier auf die denkbar kürzeste Art - und bei Gelegenheit persönlich:

DANKE!

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	1
Abstract	2
Einleitung – die demographische Entwicklung Österreichs	3
Zusammenfassung für interessiertere Leser	5
Summary for more interested readers...	10
Geriatric in Theorie.....	12
Dimensionen und Aufgaben der Geriatric.....	13
Wie alles begann...	13
Definition Geriatric	14
Dimensionen der Geriatric	16
Das „System Partnerschaft“ in der Geriatric	17
Glossar der geriatricen Medizin	19
Frailty	19
Stürze und ihre Folgen	20
Demenz	23
Depression	25
Schlaf	27
Delirium	28
Ernährung und Mangelernährung	29
Inkontinenz	31
Unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Polypragmasie	33
Weitere Teilfaktoren mit Einfluss auf geriatric Problemstellungen	35
Belastung und Gesundheit betreuender Personen.....	38
Das geriatric Assessment.....	42
Für wen ist das geriatric Assessment geeignet?	44
Instrumente des geriatricen Assessments	45
... und Praxis.....	50
Zu Hause zu Besuch.....	51
Abhängigkeit	51
Überraschungen	55
Klassisch geriatric?	58
Im Namen der Prävention	61

Methodik.....	63
Resultate.....	66
Spezielle Problematiken	70
10 weitere Punkte und Erkenntnisse durch die Assessments	78
Diskussion.....	79
Spezielle Problematiken	86
Schlussfolgerung.....	90
Und die Zukunft?	97
Anhang.....	102
Instrumente des geriatrischen Assessments.....	102
Quellen und Literaturverzeichnis.....	102

Tabellenverzeichnis

Tab.1	Paare mit ger. Problemstellungen – Veränderungen über die Zeit	S.68
Tab.2	Altersverteilung der Teilnehmenden	S.69
Tab.3	Veränderungen des TUG	S.72
Tab.4	Veränderungen des TUG ger. Personen	S.72
Tab.5	IADL Veränderungen gesamt	S.73
Tab.6	IADL Abnahme A 1 und 3 im Vergleich	S.73
Tab.7	Anzahl der Wirkstoffe/Tag in der Kohorte	S.75
Tab.8	Gruppenänderung über die Zeit	S.82
Tab.9	Veränderung über die Zeit bei y-betreuten Paaren	S.83
Tab.10	Paare mit ger. Problemstellungen – Veränderungen über die Zeit	S.84

Abbildungsverzeichnis

Abb.1	Bevölkerungspyramide Österreich 2008, 2030, 2050	S.3
Abb.2	Bevölkerung nach breiten Altersgruppen 1950 – 2050	S.4

Abkürzungen

ADL	Activities of daily living – Aktivitäten des täglichen Lebens
BI	Barthel Index – Instrument zur Feststellung der vorhandenen ADL
CG	Care Giver – betreuende Person
CGA	Comprehensive Geriatric Assessment – umfassendes GA
CGI	Caregiver Burden Inventory
Cog	Cognition - Kognition
CR	Care Receiver – betreute Person
GA	Geriatrisches Assessment
GDS	Geriatric Depression Scale – geriatrische Depressions-Skala
GP	General Practitioner – AllgemeinmedizinerIn
IADL	Instrumental Activities of daily Living – erweiterte Fähigkeiten des tägl. Lebens
MCI	Mild Cognitive Impairment
MMSE	Mini Mental State Examination – Test der Kognition
MNA	Mini Nutritional Assessment – Assessment zur Erkennung von Mangelernährung
TUG	Timed up and go – Instrument zur Feststellung von Mobilität und Sturzgefahr
UAW	unerwünschte Arzneimittelwirkung
VAS	Visual Analogue Scale oder visuelle Analogskala

Zusammenfassung

Fragestellung: Ist das geriatrische Assessment im extramuralen Bereich ein sinnvolles Instrument zur regelmäßigen Dokumentation von Veränderungen geriatrischer Patienten und ergibt sich so eine Möglichkeit zur Prognose zukünftiger Geschehen?

Hintergrund: Die in den letzten Jahren zunehmende Diskussion über die medizinische Versorgung älterer Menschen in Österreich hat zu Veränderungen geführt, Mängel in der geriatrischen Grundversorgung, speziell im extramuralen Bereich bestehen jedoch weiterhin. Geriatrische Assessments werden hauptsächlich in institutionalisierter Umgebung durchgeführt, das geriatrische Assessment im extramuralen Bereich (speziell im Hausbesuch-Setting) ist bis jetzt kaum beachtet. Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Durchführbarkeit des GA in diesem Setting. Zielgruppe waren Ehepaare höheren Alters und deren Follow-up über 1½ Jahre, um „medizinische Karrieren“ darzustellen und zu charakterisieren. Weiteres Ziel ist ein Beitrag zu der laufenden Diskussionen bezüglich Geriatrie und Allgemeinmedizin in Österreich.

Methodik: 44 Ehepaare „70 plus“ einer allgemeinmedizinischen Praxis in einem Randbezirk von Graz wurden 3 mal im Verlauf von 1 ½ Jahren mit Hilfe eines kombinierten Assessments getestet. Teil dieses Assessments waren eine ausführliche Anamnese einschließlich Sehen, Hören, medizinische und soziale Situation, das geriatrische Screening nach Lachs, der Timed-up-and-go-Test (TUG), Barthel Index und Instrumentellen Fertigkeiten des täglichen Lebens (IADL), die Mini-Mental-Status-Examination (MMSE) kombiniert mit einem 11:10-Uhrentest, die geriatrische Depressionsskala (GDS), Caregiver Burden Inventory und bei Bedarf das Mini Nutritional Assessment und der Tinetti-Test.

Resultate: Das Assessment erwies sich als gute Möglichkeit, akute und chronische Änderungen der Gesundheit darzustellen und spezifische Interventionen zu setzen. Es gab Hinweis auf bis jetzt übersehene Problematiken und war hilfreich in der Analyse von komplexen Abhängigkeiten im „System Partnerschaft“. Es ermöglichte eine objektivere Darstellung subjektiv wahrgenommener Veränderungen des Gesundheitszustandes.

Schlussfolgerung: Obwohl zeitintensiv, ist das GA eine Chance zur qualitativ besseren Betreuung von alternden Menschen im extramuralen Bereich. Eine Implementierung der geriatrischen Medizin und somit des GA im extramuralen Bereich scheint aufgrund der (Lebens-)Qualitätsverbesserung und wahrscheinlich erreichten Kostenersparnis wünschenswert.

Abstract

Question: Is a comprehensive geriatric assessment in general practice a useful tool for a continuing documentation of changes in the health of geriatric patients and is it therefore possible to evaluate prognostic features for future health-events?

Introduction: In the face of demographic change, the basic care of elderly people in the Austrian society has been topic of recent discussions and changes. There still exists a lack of routine and accomplishment of geriatric assessments, diagnoses and interventions in the primary care setting. This thesis goes into the question of practicability and usefulness of a comprehensive geriatric assessment in the home-care setting. Main focus laid on the living situation of couples over 70 years and the follow-up of their „medial careers“ over the period of 1½ years. Two of the main goals were the search for health characteristics that deliver a clue to the couples' further health development and to contribute some additional statement to the running discussions about primary and geriatric care in Austria.

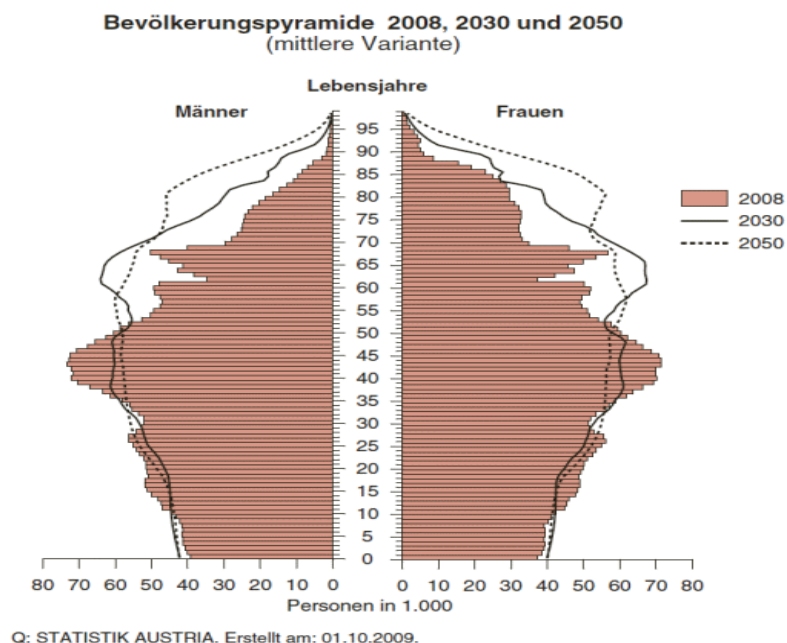
Methods: 44 couples over 70 years were chosen out of the register of a general practitioner in a suburban district of Graz. They were assessed three times in a period of 1½ years. Basic components were a detailed anamnesis including vision and hearing, medication, medical and social situation, the geriatric screening of Lachs, the Timed-up-and-go-test (TUG), Barthel Index (BI) and Instrumental Activities of Daily Life (IADL), the Mini Mental State Examination (MMSE) combined with a 11:10-Clock drawing test, the Geriatric Depression Scale (GDS) and the Caregiver Burden Inventory. Additional tests like the Mini Nutritional Assessment (MNA) and the Tinetti-Test were carried out, if necessary.

Results: The Assessment proved to be a useful tool to make slow worsening tendencies and undiscovered health problems visible, as well as complex dependencies of partners on each other. Most of the couples showed worsening tendencies over the time, partly because of the ongoing process of ageing, partly because of their pre-existing morbidity. The Assessment made it possible to verify subjective impressions of the practitioner in a more objective way.

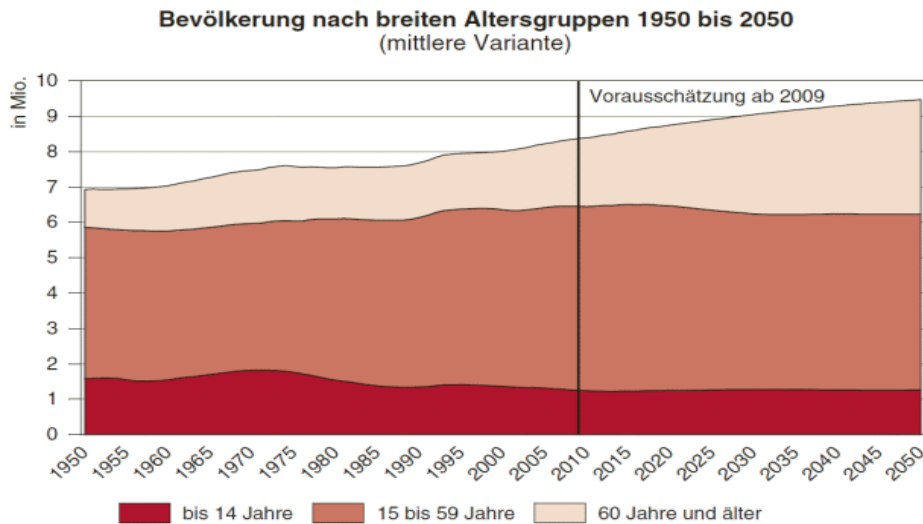
Conclusion: A comprehensive geriatric Assessment in this form is a time consuming tool but proves to be useful in the documentation and follow-up of the health situation and development of older individuals and couples. Implemented in the basic care for elderly, geriatric medicine - and thus the geriatric Assessment - could be cost saving and could improve the quality of care and the quality of life for geriatric patients.

Einleitung – die demographische Entwicklung Österreichs

Das Altern - auf gesellschaftlicher Ebene gesehen also das Altern der Bevölkerung - und die damit verbundenen Konsequenzen erlangen in der heutigen Zeit mehr und mehr Aktualität, es ist ein Thema, mit dem sich die moderne Gesellschaft durchaus auseinandersetzen muss. Dies gilt auch für Österreich (siehe Grafik)¹. Die Bevölkerungspyramide wächst sich immer mehr zu einem Pilz aus, das „alte Europa“ veraltet buchstäblich, rechnet man die Zuwanderer nicht mit ein. Die Familienstruktur befindet sich im Wandel, früher existierende Großfamilien mit mehreren Generationen unter einem Dach sind immer seltener zu finden, im Schnitt werden die Familien immer kleiner, Paare in industrialisierten Staaten bekommen weniger Kinder. Dazu kommt, dass die Gruppe der Personen über 65 stetig und flächendeckend am wachsen ist². Hintergründe dieser Entwicklung gibt es mehrere, zum Teil gesellschafts- und sozialpolitische, sowie geschichtliche. Ein Faktor ist hierbei, dass die sogenannte „Baby-Boom-“ Generation, also Jahrgänge der späten 50er und frühen 60er Jahre, nun das höhere Alter erreichen². Nun werden jene Generationen alt, die keinen Weltkrieg mehr miterleben mussten. Durch die medizinischen und gesellschaftlichen Entwicklungen steigt die Lebenserwartung. War die Lebenserwartung von Frauen früher deutlich höher, als jene der Männer, so gleicht sich diese immer mehr an.³ Alt werden ist jedoch nicht mit gesund bleiben gleich zu setzen. Eine höhere Lebenserwartung bedeutet auch ein höheres Risiko mit (chronischen) Erkrankungen zu leben.



Diese demographische Entwicklung ist bekannt und betrifft Österreich genauso wie andere Staaten. Die österreichische Bevölkerung wird in den nächsten Jahren weiterhin steigen, im Jahr 2030 soll sie in etwa 9 Mio. erreicht haben, 2050 etwa 9,5 Mio (siehe Grafik)⁴.



Der am stärksten wachsende Anteil ist jene Bevölkerungsgruppe über 60 Jahren, 2030 haben etwa 30% der Bevölkerung diese Altersgrenze überschritten². Derzeit macht diese Gruppe einen Anteil von ca. 23% der österreichischen Bevölkerung aus². Teilt man die Gruppe der über 60-Jährigen weiter, so zeigt sich, dass die Gruppe der Menschen über 75 Jahren einem massiven Wachstum unterliegt. 2008 waren dieser Gruppe 662.000 Menschen zuzurechnen, 2030 werden es 1,02 Mio. sein, 1,58 Mio. im Jahr 2050, dies entspricht einem Zuwachs von 139%².

Mit dieser Zunahme an älteren Menschen passiert auch eine Zunahme der „alterstypischen“ Erkrankungen wie z.B. der Demenz: Laut der österreichischen Alzheimer-Gesellschaft sind zur Zeit etwa 100.000 Menschen in Österreich an einer Form der Demenz erkrankt. Diese Zahl soll sich bis 2050 auf etwa 230.000 erhöhen⁵. Weltweit leben rund 30 Mio. Menschen mit Alzheimerdemenz, jährlich erkranken 4,6 Mio. Menschen daran⁶. Durch die zunehmende Alterung – natürlich auch in den bevölkerungsreicheren Ländern (z.B. China, Indien) und in den Entwicklungsländern - wird die Zahl der betroffenen Menschen mit Alzheimerdemenz im Jahr 2050 die 100-Millionen-Grenze überschritten haben⁶. Betrachtet man die oben dargestellten Zahlen, könnte einem die Bedeutung des niedergelassenen Bereiches - sei es nun die Allgemeinmedizin oder der geriatrische Facharzt oder eine Kombination daraus - in der Betreuung der alternden Bevölkerung deutlich werden.

Zusammenfassung für interessiertere Leser

Hintergrund

In Anbetracht der demographischen Entwicklung, die letztendlich auch vor Österreich nicht Halt macht, hat sich in den letzten Jahren eine Diskussion über die Aufgabenverteilung in der Geriatrie entwickelt. Speziell die Ressourcenverteilung zwischen extra- und intramuralem Bereich ist immer wieder Thema. Die entstehende „Bevölkerungslast“ durch alte Personen wird jedoch – allein schon aus Kostengründen - nicht alleine im intramuralen Bereich getragen werden können, der extramurale Bereich ist Teil der Zukunft der Geriatrie^{7,8,9,10}. Die unterschiedlichen Methoden des geriatrischen Assessments (GA) werden im extramuralen Bereich in Österreich jedoch noch kaum angewendet, der geriatrische Patient und sein engstes soziales Netzwerk sind hier noch wenig erforscht. Ihr Einsatz erfolgt derzeit vor allem im intramuralen Bereich, allerdings wird dabei meist ein individueller Patient betrachtet und die biopsychosoziale Situation nur abgefragt. Aufgrund des fehlenden Einblicks in die reale Lebenssituation (z.B. Hausbesuch), könnte manche Problematik unentdeckt bleiben. Hieraus resultieren Versorgungsdefizite, Anonymisierung und Tabuisierung gewisser Problemstellungen, mit all den damit verbundenen Konsequenzen. Im extramuralen Bereich werden viele Fragestellungen oft akut, „aus dem Bauch heraus“ und auf die jeweilige Situation abgestimmt behandelt. International existieren u.a. Empfehlungen, welche die Rolle des Hausbesuches und des Assessments zu Hause stützen¹¹, halten teilweise aber an einer Etablierung eines geriatrischen Teams zur Durchführung desselben fest¹². Der Allgemeinmediziner/die Allgemeinmedizinerin mit Zugang zur häuslichen Umgebung hat in dieser Struktur die Rolle des Case-Managers, der koordinierenden, verschreibenden und informierenden „Instanz“¹³.

In dieser Verlaufsbeobachtung ging es also einerseits um die Praktikabilität des geriatrischen Assessments im allgemeinmedizinischen Bereich, andererseits auch um die Charakterisierung einer typischer Betreuungssituation im Alltag von betagten Menschen, ihrem „medizinischen Werdegang“ in diesem Zeitraum, die Rolle der Allgemeinmedizin und die objektive Darstellung subjektiver Wahrnehmungen, um auf diese Weise eventuell eine Verbesserung der Betreuungsqualität zu erreichen und präventive Maßnahmen zu ermöglichen, die das Leben von betagten Paaren zu Hause verlängern. Ein beobachteter Verlauf über die Zeit scheint ein wesentlicher Teil und wichtiger Aspekt einer „Spätprävention“ (Prävention im hohen Alter) zu sein. Ziel ist es, mit dieser Arbeit einen

Beitrag zu der laufenden Diskussion in der Frage nach der Basisversorgung in der Geriatrie zu leisten.

Methodik

Zentraler Bestandteil dieser Arbeit war die Durchführung eines umfassenden Assessments geriatrischer Fragestellungen bei einer Kohorte von 44 Ehepaaren im Alter von etwa 70 Jahren und älter, um deren „gesundheitliche Karrieren“ sichtbar zu machen. Die Testverfahren des hier durchgeführten Assessments (z.B. Minimental State Examination, Barthel Index, Activities of daily Life, Timed-up-and-go, Geriatric Depression Scale u.a.) sind etablierte, standardisierte Testverfahren und werden z.B. auch durch die österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie empfohlen¹⁴. Die Verlaufsbeobachtung fand ebenfalls unter Anwendung dieser Testverfahren im Setting eines Hausbesuches statt. Dadurch sollten sowohl schleichende als auch rasche Veränderungen in der Gesundheit und im Lebenssystem der Partnerschaften registriert werden, um so einen Hinweis auf einen prognostischen Wert des GA zu erhalten. Hintergrund ist das Ziel einer verbesserten extramuralen Betreuung und Intervention im Sinne prophylaktischer Maßnahmen. Da gesundheitliche Veränderungen auch bei verhältnismäßig gesunden Paaren möglich sind, kann ein plötzliches und unerwartetes Auftreten „gesundheitlicher Katastrophen“ zu einem raschen Kippen in eine geriatrische Betreuungssituation führen. Der alte Mensch als vulnerables Individuum ist hier einem erhöhten Risiko ausgesetzt.

Die Kohorte wurde anhand der Kartei einer allgemeinmedizinischen Praxis in einem Randbezirk der Stadt Graz ausgewählt, Einschlusskriterium war u.a. die Erfüllung des Alters von 70 Jahren von mindestens einer Person des Paares, um durch bestehende Altersunterschiede den cut-off des „geriatrischen Alters“ von 65 Jahren zu erreichen, Ausschlusskriterien waren u.a. eine aktuelle terminale Erkrankung, Ablehnung der Teilnahme und eine ungesicherte Rechtslage (Mündigkeit, Vertretungsvollmacht) bei Demenz.

Resultate

Im Rahmen der Assessments zeigte sich eine Verteilung der letztendlich 79 Personen auf gesamt 37 Ehepaare und zwei andere Partnerschaften. Die im Follow-up verbleibenden Paare (4 Drop outs), teilten sich am Ende in 5 „fitte“ Paare, 4 Paare mit „spezifischer Problematik/Krankheit“, 10 „geriatrische Paare“ und 20 Paare mit einer

Betreuungssituation (14 betreute Männer, 6 betreute Frauen) und eine Witwe, welche zuvor ebenfalls in einer Betreuungssituation lebte, deren Mann aber im Verlauf verstarb.

Es zeigte sich im Rahmen des Follow-up, dass eine bereits schlechtere gesundheitliche Ausgangslage auch in Folge zu einer kontinuierlichen Verschlechterung der eigenen Gesundheit, aber auch des „Systems Partnerschaft“ als Ganzes führt, was bei geriatrischen Paaren zu einer vermehrten Abhängigkeit von Dritten, bei Paaren in einer Betreuungssituation zu einer höheren Betreuungsbelastung und damit größeren psychischen und physischen Gesundheitsbelastung führte. Dies wiederum hatte für beide Partner in diesem System Folgen.

Durch das Assessment und die intensiviertere Gesprächsart wurde der Kontakt zu den PatientInnen intensiviert und verbessert, konnten Probleme wie Inkontinenz, Polypragmasie, sinkende Mobilität, Depression, soziale Isolierung, Mangelernährung, Abhängigkeiten im täglichen Leben von einander aber auch von Dritten u.ä. festgestellt werden. Komplexe Abhängigkeiten in den Partnerschaften kamen dadurch ebenfalls zum Vorschein. Durch die regelmäßige Durchführung der Assessments wurden Verläufe klarer erkennbar und durch PatientInnen, Angehörige oder dem Hausarzt wahrgenommene Verschlechterungen objektiviert. In mehreren Fällen ermöglichte dies auch eine konkrete Intervention mit konsekutiver Verbesserung, Erleichterung oder Entlastung der betroffenen Personen und ihrer Angehörigen.

Diskussion und Schlussfolgerung

Das geriatrische Assessment erscheint als Werkzeug in der geriatrischen Allgemeinmedizin als ebenso geeignet wie im intramuralen Bereich. Als zeitaufwendiges Instrument fehlt ihm im extramuralen Bereich aber noch die entsprechende Möglichkeit zur regelmäßigen Durchführung. Eine Weiterentwicklung, Etablierung und Akzeptanz (Kurzassessments als Minimalvariante, Verrechenbarkeit bei entsprechender erworbener Kompetenz etc.) des Assessments als Hilfsmittel zur qualitativen Betreuung geriatrischer Patienten zu Hause scheint wünschenswert. Zusätzlich ergäbe sich durch eine solche Etablierung eine erleichterte Kommunikation zwischen extra- und intramuralem Bereich, welche ebenfalls wichtiger Teilaspekt einer qualitativen Betreuung sein kann.

Hauptargument für eine Entwicklung der geriatrischen Medizin im extramuralen Bereich ist die notwendige Basisversorgung einer immer größer werdenden Gruppe älterer Menschen, deren Bedürfnisse ebenso gedeckt werden müssen. Diese extramurale geriatrische Versorgung würde nicht in Konkurrenz zu einer intramuralen Spezialisierung

stehen, da mit der steigenden Zahl der geriatrischen Patienten auch die Zahl der nicht extramural lösbarer Probleme steigen wird. Eine Implementierung im extramuralen Bereich dient also zum Schutz, zur Entlastung und zur Kostenersparnis in diesem Bereich. Zusätzlich bleibt so die Möglichkeit eines Alterns in größtmöglich wahrgenommener Lebensqualität in vertrauter Umgebung für den alten Menschen bewahrt.

Das bereits existierende System der Allgemeinmedizin scheint am ehesten die notwendigen Strukturen für eine extramurale Langzeitversorgung geriatrischer Patienten zu haben, ein Konzept des Facharztes für Allgemeinmedizin mit Zusatzfach Geriatrie erscheint als ein durchaus gangbarer Weg.

Das geriatrische Assessment selbst als nützliches Instrument der Verlaufsbeobachtung und Geriatrie-spezifischen Datenerhebung als Grundlage für Erkennung und Setzung präventiver Maßnahmen könnte ähnlich wie für jüngere Personen z.B. in eine „Vorsorgeuntersuchung 70 plus“ einfließen, welche die Möglichkeit einer Statuserhebung und Ausgangspunkt eines Verlaufs – eventuell auch bei „augenscheinlich fitten“ Personen - bietet.

Ziel wäre es hier, schleichende Verschlechterungen rechtzeitig zu erkennen und Maßnahmen ergreifen zu können. Ähnlich der Demenztherapie wird die kontinuierliche Verschlechterung bei sich bereits verschlechternden Personen nicht aufgehalten, kann vielleicht aber verlangsamt werden und Möglichkeiten zu einem möglichst langem Erhalt von Lebensqualität und Alltag durch rechtzeitige Installation entsprechender „(Sicherheits)netz(werk)e“ eröffnen.

Routine im Assessment führt zur Sensibilisierung gegenüber bestimmter Problematiken und auch im täglich Praxisstress wird vielleicht das eine oder andere Thema, das aufgrund der Routine „im Hinterkopf“ behalten wurde, angesprochen. Sogar bei augenscheinlich gesunden Paaren und Personen wurde durch diese Gespräche eine Motivation zu bereits empfohlenen Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen vermittelt. Klassische Beispiele hierfür wären die empfohlene Routinekontrolle beim Urologen oder die Mammographie.

Der Aspekt der Paarbeziehung, aber auch der familiären Betreuung, ist sowohl extramural als auch intramural zu berücksichtigen, er hat sich in dieser Kohorte in manchen Fällen als ausschlaggebend für das ungehinderte Leben zu Hause erwiesen. PartnerInnen und Familienmitglieder sind die Stütze des Systems und dürfen als solches weder ignoriert noch vernachlässigt werden. Patient und Betreuer müssen als eine Einheit angesehen werden. Eine qualitative Betreuung umfasst das „System Partnerschaft“ und sieht nicht nur

die augenscheinlich betroffene Person alleine. Gerade in der Geriatrie erreicht auch die Komplexität der Abhängigkeiten im Alltag von Partnerschaften, in denen beide Teile ihre Schwächen und Probleme haben, ein Level, das nur durch genaue Betrachtung erfasst werden kann.

Unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung, kann die Fragestellung der Betreuung alter Menschen nicht ignoriert werden, die intramurale Versorgung wird diese „Bevölkerungslast“ nur bedingt und nicht alleine tragen können, Partner und Familie sowie die Betreuung zu Hause mit Hilfe professioneller Berufe bleiben die unersetzbare Stütze eines jederzeit zu kippen drohenden Systems. Der Bedarf an entsprechenden Hilfsdiensten, Therapiemöglichkeiten (Physiotherapie, Ergotherapie zu Hause u.ä.), Pflegekräften und Entlastungsmöglichkeiten (Tagesbetreuung, Kurzeitaufenthalte in Pflegeeinrichtungen) wird Hand in Hand mit dieser Entwicklung steigen. Auch hier sind Fortschritt, Weiterentwicklung und Verfügbarmachung notwendig, damit eine Basisversorgung des alten Patienten zu Hause, eingebettet in ein Netzwerk von Strukturen und Hilfsdiensten, überhaupt möglich ist.

Summary for more interested readers...

Introduction

In the face of demographic change, the basic care of elderly people in the Austrian society has been topic of recent discussions and changes, but there still exists a lack of routine and accomplishment of geriatric assessments, diagnoses and interventions in the primary care setting. The comprehensive geriatric assessment is mostly carried out in institutional settings such as hospitals and long-term care facilities. Under the aspect that most of the geriatric and even demented cases are cared for at home with the help of informal caregivers such as spouses or adult children, the present situation seems to be rather insufficient. This thesis goes into the question of practicability and usefulness of a comprehensive geriatric assessment in the home care setting. The Assessment was a combination of various tools that are recommended by the Austrian society of geriatrics and gerontology. Main focus laid on the living situation of couples over 70 years old, to follow their “medial careers” over the period of one and a half years. Two of the main goals were the search for markers and features in the Assessment that deliver a clue to the couples' further health development and to contribute some additional statement or idea to the running discussions about primary and geriatric care in Austria.

Methods

44 couples with one partner over 70 years were chosen out of the register of a GP in a suburban district of Graz. They were assessed 3 times in a follow-up period of 1 ½ years to search for predicting features in the system, the health and the living situation of a „70 plus partnership” that finally lead to a change into a geriatric (care) situation for one or both of the partners. Basic components were a detailed anamnesis including vision and hearing, medication, medical and social situation, the geriatric screening of Lachs, the Timed-up-and-go-test (TUG), Barthel Index (BI) and Instrumental Activities of Daily Life (IADL), the Mini Mental State Examination (MMSE) combined with a 11:10-Clock drawing test, the Geriatric Depression Scale (GDS), the Caregiver Burden Inventory and additional Tests like the Mini Nutritional Assessment (MNA) and the Tinetti-Test, if necessary.

Results

Although the size of the studied cohort was limited, some tendencies were visible: The chance of a further worsening in health and situation was much higher for individuals in an

already bad health shape, the care for partners with complex problems showed its influence on both, the caregiver's and the care-receiver's health. Most of the couples, even in the healthier groups, showed worsening tendencies, partly because of the ongoing process of ageing, partly because of their pre-existing morbidity. The Assessment proved to be a useful tool to evaluate and follow-up the patients' changes in the field of geriatric problems and made it possible to verify subjective impressions of the practitioner in a more objective way. It also led to some surprises and to the discovery of several problems with the demand for concrete intervention, that had been missed before. Thus, the implementation and general acceptance of the geriatric assessment in the home care setting could be a first step to a competent and qualitative care management with follow-up, intervention and prevention for geriatric persons at home.

Discussion and Conclusion

A comprehensive GA in a primary care setting seems to be very useful and important to discover and approach typical geriatric problems that otherwise might stay unrecognised. Even in healthier couples the identification of possible risks, that are likely to develop consequences in the near future (e.g. unrecognised balance problems), is possible because of this intensive way of anamnesis and structured interrogation. It also seems to improve the partnership between the doctor and the patient in the home care setting and displays the importance of a systematic analysis of partners as a functional unit. Due to the Assessment, complex dependencies of partners on each other became obvious in several cases. In the daily routine of a general practitioner, an assessment as time consuming as this (1h/person) can't be carried out under the existing pressure of time and money. Routine in assessing patients can of course accelerate the process of assessment. A regular accomplishment of such assessments also sharpens the practitioner's consciousness for these specific problems and could approve the quality of care in general. After a first comprehensive assessment, follow-up won't need as much time as the initial assessment, but still: time is needed.

Under the aspect of demographic change and the fact, that the primary care setting and the general practitioner always will play a role in the care for geriatric patients, the establishment of adequate expertise in general medicine and subsidiary of geriatricians in the extramural area - or a good combination of both (family doctors with the additional speciality Geriatric medicine) – should be as much supported as the development of a range of additional services that are also crucial for the home care management of geriatric patients.

Geriatric in Theorie...

Dimensionen und Aufgaben der Geriatrie

Wie alles begann...

Anfang des 20. Jahrhunderts kommt es zu einigen, für die Geriatrie wichtigen Ereignissen in der medizinischen Geschichte. Zum einen ist dies die Veröffentlichung eines amerikanischen Arztes im New York Medical Journal¹⁵, in dem die erste Definition des geriatrischen Faches zu finden ist: „Geriatrics from geras, old age and iatrikos, relating to the physician is a term I would suggest as addition to our vocabulary, to cover the same field in old age that is covered by the paediatrics in childhood, to emphasize the necessity of considering senility and its disease apart from maturity and to assign it a separate place in medicine ...“¹

Zum anderen ist es die erste Beschreibung einer präsenilen Demenz bei Auguste D. und kurz darauf die Beschreibung der senilen Demenz durch einen deutschen Psychiater und Neuropathologen in Deutschland. Ersterer ist Dr. Ignatz Leo Nascher (1863 in Wien geboren), der 1908 das „Versorgungsheim Lainz“ (seit 1994 Geriatriezentrum am Wienerwald) besucht und dort die Idee zur Definition einer neuen medizinischen Disziplin hatte, Zweiterer ist ein gewisser Dr. Alois Alzheimer, dessen langjähriger Assistent Emil Kraepelin in seinem Buch „Psychiatrie – ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte“ 1910 die Demenz nach seinem Entdecker „Alzheimer-Demenz“ und „Morbus Alzheimer“ nennt^{16,17}. Seit dieser Zeit entwickelt sich das „Fach Geriatrie“ Schritt für Schritt aus den anderen Disziplinen heraus und etabliert sich sukzessive auch in den medizinischen Systemen aller Länder. Diese schrittweise Entwicklung fand jedoch nicht ohne Kampf um die Akzeptanz des Faches und um Integration unter Kollegen¹⁸ statt. In den letzten Jahren und in der gegenwärtigen Zeit findet ein weiterer Schritt in dieser Richtung statt: die Etablierung des Faches Geriatrie als universitäres Unterrichtsfach zeigt einen positiven Trend.

Die Geriatrie unterscheidet sich von anderen Spezialitäten durch ihre Universalität, die Spezialisierung heißt hier nicht Endokrinologie, Kardiologie, Neurologie oder Psychiatrie sondern „Alter“ und dessen Einfluss auf alle Erkrankungen steht im Zentrum des „geriatrischen Denkens“. Geriatrie im intramuralen Bereich bedeutet somit vielerorts die Rückkehr zu einem allgemeinen Ansatz der Medizin, nachdem die Fachspezialität schon

I Frei übersetzt: „Ich empfehle, ähnlich dem Begriff Pädiatrie im Kindesalter, den Begriff Geriatrie zu unserem Vokabular hinzuzufügen – wobei geras (hohes) Alter bedeutet und iatrikos die Verbindung zum medizinischen Beruf herstellt, auch um die Notwendigkeit zu Betonen, dass das die Senilität und die damit verbundenen Krankheiten getrennt vom Alter im Allgemeinen gesehen werden und einen eigenen Platz in der Medizin bekommen.“

erreicht wurde - mit Ausnahme der Fachärzte für Allgemeinmedizin (nicht in Österreich), die ihren allgemeinmedizinischen Ansatz behalten und sich „einfach nur“ auf eine spezifische Patientengruppe konzentrieren. Es spielt jedoch keine Rolle, ob man nun den intramuralen oder extramuralen Bereich betrachtet, die „geriatrietypischen“ Erkrankungen und Problemstellungen sind breit gefächert und bedürfen oft auch spezialisierten Wissens. Die Geriatrie ist somit ein eigenständiges Fach, dass auf die Kooperation mit anderen Spezialitäten angewiesen ist. Ebenso wie sich andere Fächer um die Kooperation mit der geriatriischen Spezialität bemühen, um eine optimale Betreuung multimorbider, betagter PatientInnen zu erreichen.

Geriatrie steht nicht in Konkurrenz zu anderen Fächern, sondern bietet die Möglichkeit der Entlastung für andere Spezialisierungen, da sie Fachwissen und Möglichkeiten besitzt, den alternden Menschen multidimensional und Bedürfnis-angepasst auf dem letzten Abschnitt seines Weges zu begleiten.

Die demographische Entwicklung führt uns immer mehr in die Richtung einer alternden Gesellschaft^{II}, in der sowohl alt als auch jung eine optimale Betreuung zur Verfügung gestellt bekommen sollten. Mit dem Ausbau der medizinisch-geriatriischen Versorgung im extramuralen und institutionalisierten Bereich (Pflegeheime, Altersheime) können unnötige Krankenhauseinweisungen und Notaufnahmen, iatrogene Ursachen und Folgen (z.B. Polypragmasie¹⁹) vermieden oder zumindest die Zahl verringert werden^{20,21}. Niedergelassene FachärztInnen oder AllgemeinmedizinerInnen mit Zusatzausbildung haben hier - ähnlich wie jetzt schon ÄrztInnen in der Allgemeinmedizin - nicht nur die Aufgabe der Langzeitbetreuung, sondern auch die Aufgabe der vorangehenden Triage. Oftmals werden sie diejenigen sein, die ausreichend Einblick haben, um eine Entscheidung „geriatriischer PatientIn“ oder „alte/r PatientIn mit spezifischer Problematik“ im Bezug auf eine stationäre Einweisung zu treffen. Mit der intramuralen Schaffung entsprechender geriatriischer Stationen können „Normalstationen“ entlastet und die Bedürfnisse sämtlicher Patientengruppen besser wahrgenommen werden.

Definition Geriatrie

Die Geriatrie und die Betreuung geriatriischer Patienten ist die Betreuung und Pflege von Menschen, die am Ende eines unterschiedlich langen Lebens um den Erhalt ihrer Unabhängigkeit oder ihrer bestmöglichen Lebensqualität kämpfen. Dies trifft v.a. allem auf die Menschen in einem Alter von über 80 Jahren zu, da hier die Wahrscheinlichkeit

II siehe Vorwort

multipler, chronischer Erkrankungen und anderer geriatrischer Probleme, wie z.B. Schwindel, Frailty, Stürze, höher ist. Ein geriatrischer Patient definiert sich jedoch nicht über sein Alter alleine, sondern auch über seine Erkrankungen und Probleme (UEGMS-GMS-Definition akzeptiert und überarbeitet 2008)²²:

- Geriatrie ist die medizinische Spezialdisziplin, die sich mit physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen befasst. Dazu gehört die Behandlung alter Patienten bei akuten Erkrankungen, chronischen Erkrankungen, präventiver Zielsetzung, (früh-)rehabilitativen Fragestellungen und speziellen, auch palliativen Fragestellungen am Lebensende.
- Diese Gruppe älterer Patienten weist eine hohe Vulnerabilität („Frailty“) auf und leidet an multiplen aktiven Krankheiten. Sie ist deshalb auf eine umfassende Betreuung angewiesen. Krankheiten im Alter können sich different präsentieren und sind deshalb oft besonders schwierig zu diagnostizieren. Das Ansprechen auf Behandlung ist oft verzögert und häufig besteht ein Bedarf nach (gleichzeitiger) sozialer Unterstützung.
- Geriatrische Medizin geht daher über einen organzentrierte Zugang hinaus und bietet zusätzliche Behandlung in einem interdisziplinären Team an. Hauptziel dieser Behandlung ist die Optimierung des funktionellen Status des älteren Patienten mit Verbesserung der Lebensqualität und Autonomie.
- Die geriatrische Medizin ist zwar nicht spezifisch altersdefiniert; konzentriert sich jedoch auf typische bei älteren Patienten gefundene Erkrankungen. Die meisten Patienten sind über 65 Jahre alt. Patienten, die am meisten von der geriatrischen Spezialdisziplin profitieren, sind in der Regel 80-jährig und älter.

Dimensionen der Geriatrie

Die Geriatrie ist also ein Fach mit umfassenden bio-psycho-sozialem Ansatz, in dem das Ziel nicht unbedingt die Heilung an sich sein kann, sondern die Erhaltung von Funktionen, Unabhängigkeit und Lebensqualität Ziel ist. Sie ist Teil der Begleitung alter Menschen in einem unter Umständen sehr schwierigem Abschnitt ihres Lebens. Die Konfrontation mit Machtlosigkeit im Zusammenhang mit einer Vielzahl irreversibler Erkrankungen und Tod ist unvermeidbar, die Berücksichtigung des Umfelds der betroffenen Person notwendig und die Verantwortung gegenüber der betroffenen Person und gegenüber den Angehörigen eine etwas andere als in jüngeren Patientengruppen. Diese Verantwortung spiegelt sich z.B. in der Notwendigkeit der Hierarchisierung von Krankheiten ab, da oft nicht jede und nicht Alles gleichzeitig behandelbar ist. Dies spiegelt sich in der Verantwortung der Wahrung der Rechte, des Willens und der Wünsche der Patienten, aber auch in der Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit und Fahrtauglichkeit²³ wieder, zeigt sich in der Beratung und Aufklärung z.B. von Patienten in frühen Demenzstadien zur Verfassung einer Patientenverfügung und nicht zuletzt im Umgang mit Angehörigen und Betreuenden^{III}.

Ein breitgefächertes und auf das Alter spezifiziertes Wissen von (chronischen und alterstypischen) Erkrankungen mehrerer Disziplinen (z.B. Psychiatrie, Neurologie, Innere Medizin, Orthopädie, Onkologie), veränderter Symptomatik, veränderter Pharmakokinetik und -dynamik, psychosomatischer Zusammenhänge, Rehabilitationsmöglichkeiten, Empowerment und Validation und nicht zuletzt palliativ-medizinisches Wissen und Wissen um Prävention und Kostenersparnis für das Gesundheitssystem sind vielfältige Komponenten der Geriatrie. Interdisziplinarität und Konsiliarfunktion sind weitere Bestandteile der geriatrischen Medizin.

III Vgl. "Was ist Geriatrie?" Quellenangabe 18

Das „System Partnerschaft“ in der Geriatrie

Die steigende Lebenserwartung und zunehmende Alterung der Bevölkerung bringt eine Zunahme an Menschen mit mehreren Erkrankungen und verschiedener Formen funktioneller Abhängigkeit mit sich. Die Lebenssituation wird für die einzelnen Personen immer komplexer, die Ansprüche an die Lang-Zeit-Versorgung und Betreuung zu Hause immer höher²⁴. Bei einem mangelnden Ausbau geriatrischer Versorgung außerhalb der Krankenhäuser wird bei einer Zunahme der informellen Betreuung die Zahl der Krankenhauseinweisungen und ambulant versorgter Fälle massiv steigen²⁴, da es sich eben „nur“ um eine Laienversorgung handelt. Doch diese Laien sind die wichtigste Stütze in der Betreuung, es sind Familienangehörige, zum einen erwachsene Kinder und deren Partner, zum anderen der/die LebensgefährtIn, selbst schon höheren Alters und nicht bei bester Gesundheit.

Eine österreichische Studie ergab, dass 65% der zu Hause betreuten Personen an Erkrankungen des ZNS, v.a. aber degenerative Erkrankungen wie Alzheimer-Demenz leiden, 53% Erkrankungen des Skelettsystems hatten und mehr als zwei Drittel der Betreuten Frauen über 80 Jahren waren²⁵. Auch in Österreich werden z.B. über 80% der dementen PatientInnen unentgeltlich von Angehörigen zu Hause betreut²⁶. Generell lebt der Hauptteil der über 65-Jährigen Menschen zu Hause, Abhängigkeiten in den IADL und ADL (also in den instrumentellen und persönlichen Tätigkeiten des alltäglichen Lebens, wie z.B. die eigene Körperhygiene und Medikamenteneinnahme, oder aber auch Einkaufen und Telefonieren) werden durch Angehörige kompensiert. Durch das jahrelange Zusammenleben in einer Partnerschaft passiert es also oft, dass die Übernahme von Tätigkeiten schleichend vonstatten geht. Die Veränderungen fallen anfangs nicht auf, da ein Geben und Bekommen in der Partnerschaft als (eheliche) Pflicht wahrgenommen wird und sich aus vorhergehenden Verhaltensmustern entwickelt²⁷. Zusätzlich wird vieles als „Alterserscheinung“ verharmlost. Dies führt zu der Theorie, dass die Betreuungsbelastung in Partnerschaften langsamer zunimmt, als bei außenstehenden Betreuenden wie z.B. erwachsene Kindern. Diese verspüren v.a. in der ersten Zeit der Betreuung eine hohe Belastung, welche nach Erreichen einer gewissen Routine wieder abnimmt, um bei Verschlechterung der Gesundheit der betreuten Person wieder zuzunehmen (U-Form). Im Gegensatz dazu steigt die Belastung der Ehepartner über die Zeit linear an²⁸.

Eine funktionierende Betreuung - ohne Hilfe von außen - in partnerschaftlichen Systemen ist nur dann möglich, wenn sich die noch vorhandenen Fähigkeiten der beiden Partner

ergänzen und sie so als Einheit funktionieren oder eine der beiden Personen noch fit genug ist, die Bedürfnisse des anderen zu decken und die Ausfälle zu kompensieren. Diese Kompensation kann bis zu einem gewissen Belastungsgrad stattfinden, irgendwann ist jedoch eine Grenze erreicht und das System an sich dekompenziert allmählich. Bei akutem Ausfall der „besseren Hälfte“ kommt es oft auch zu einer akuten Dekompensation, das System kippt und Gesundheit und Lebensqualität einschränkende Konsequenzen, wie z.B. Verlust der Autonomie, Institutionalisierung, Hospitalisierung (mit all ihren Konsequenzen) passieren. Zu Hause lebende Paare müssen daher immer als Einheit erfasst werden.

Dass die Belastung gerade bei Demenz-Betreuenden sehr hoch ist, ist allgemein bekannt^{29,30,31}. Diese Paare befinden sich in einer Hochrisikogruppe, der Erhalt von Funktionalität und Lebensqualität, sowie der möglichst lange Erhalt eines Lebens in gewohnter Umgebung für möglichst lange Zeit ist hier eine besondere Herausforderung. Nicht nur, weil sowohl die betreuende als auch die betreute Person selbst den sukzessiven funktionellen Abbau der betroffenen Person miterleben muss und zusehends Abhängigkeiten entstehen, sondern auch, weil neben den demenztypischen Veränderungen des Charakters und der Fähigkeiten auch anstrengende Verhaltensweisen, Depression und zusätzliche Belastungen hinzukommen. Der Verlust dieses geliebten Menschen und der Wandel zu einem hilflosen, abhängigen Individuum müssen verkraftet werden, Trauer, Schamgefühl, Depression und Ängste³² des Betreuenden sowie dessen Coping-Strategien spielen – nicht nur in der Demenzbetreuung, sondern in jeder belastenden Betreuungssituation - eine große Rolle^{33,34,35}. Sie haben Einfluss auf die körperliche und psychische Gesundheit der betreuenden Person³³, des Caregivers (CG) und auch auf die Gesundheit der betreuten Person. Mit den entsprechenden Maßnahmen zur Evaluierung und Unterstützung der Betreuungssituation, Lösen von Problemen und entlastende Interventionen³⁶, sowie Behandlung z.B. von Depression erhöhen sich die Lebensqualität und die subjektiv wahrgenommene Gesundheit von Betreuenden^{32,37} und somit auch der betreuten Person. Sie schützen also die Lebensqualität und vor Institutionalisierung³⁶.

Glossar der geriatrischen Medizin

In dem folgenden Kapitel werden beispielhaft einige wesentliche „geriatrietypische“ Erkrankungen und deren Problematik im Alltag von älteren Menschen, deren gesundheitliche, psychische und soziale Relevanz und Perspektiven zur Prävention, Behandlung und Zukunft aufgezählt. Eine Auflistung sämtlicher in der Geriatrie ebenso relevanten Krankheiten würde den Rahmen sprengen.

Frailty

Frailty/das Frailty-Syndrom ist ein spezifisches Krankheitsbild in der Geriatrie; es ist ein „multidimensionales Syndrom mit einem Verlust an Reserven (Energie, körperliche Fertigkeiten, Kognition und Gesundheit), welches zu einer erhöhten Verwundbarkeit führt^{IV}“. Im deutschen Sprachgebrauch kommen die Begriffe „Gebrechlichkeit“ und „Vulnerabilität“ dem Zustand „Frailty“ nahe, sind jedoch kein eigentliches Synonym für dieses Syndrom. Der Begriff Frailty als solches wird daher auch in der deutschsprachigen Literatur verwendet. Linda P. Fried und Kollegen schlugen letztendlich die folgenden Kriterien vor, um eine medizinische Definition dieses umfassenden und aus vielen Faktoren heraus entstehenden Syndroms zu erreichen, vor. Bei Zutreffen von mindestens 3 Kriterien wird die Person als frail bezeichnet^{38,39}:

- Gewichtsverlust: ungeplant, > 5% des Körpergewichts vom vorangegangenen Jahr, 7,5% innerhalb der letzten 18 oder 15% innerhalb der letzten 36 Monate.
- Schwäche: Greifstärke in den untersten 20% der altersentsprechenden Norm für Geschlecht und BMI
- Mattigkeit/Erschöpfung: durch Assessment (< 3 auf einer Likert-Skala oder selbst) festgestellt oder Messung der maximal erreichbaren Stufe an Belastung mittels des VO₂ max.
- Langsamkeit: Ergebnisse im Bereich der untersten 20% der altersentsprechende Vergleichsgruppe auf einer Gehstrecke von 15 Fuß (= 4,5 m)
- Geringes körperliches Aktivitätsniveau (< 90 kcal/Woche): Schätzung anhand der angegebenen körperlichen Aktivität.

IV Vgl. Rockwood et al. “A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people”. *Canadian Medical Association Journal* 2005, 173:489-49

Allgemeiner formuliert heißt dies, dass betroffene Personen einem höheren Risiko von Stürzen und deren konsekutiven Konsequenzen ausgesetzt, in ihrem Alltag gebrechlicher und hilfsbedürftiger sind und eine höhere Morbidität und Mortalität aufweisen⁴⁰. Personen, die dieses Stadium der Gebrechlichkeit erreicht haben, haben auch eine erhöhte Wahrscheinlichkeit eines weiteren funktionellen Abbaus⁴¹, aber auch Personen, bei denen nur eines oder zwei Kriterien zutreffen, sind gefährdeter, im Laufe der nächsten Zeit drei oder mehr Kriterien zu erfüllen, also auch frail zu sein⁴⁰. Frailty an sich gilt als „pre-death“ Syndrom, also als Vorbote und Begleiter eines Lebensabschnittes, der mit dem Tod endet⁴¹. Mit diesem assoziiert sind Zustandsbilder, welche typischerweise im hohen Alter auftreten: Schlaganfall, Demenzen, Delirium, Parkinson, Hüftfrakturen, Inkontinenz, Pneumonie, Dehydratation, Synkopen und Wunden der unteren Extremitäten stehen im engen Zusammenhang mit Frailty⁴¹.

Personen mit Frailty-Syndrom haben also eine höhere Wahrscheinlichkeit zu stürzen, mehrere Erkrankungen zu haben, in einem Pflegeheim oder Altersheim untergebracht zu werden und eine höhere Mortalität. Fried und Kollegen fanden eine Gesamtprävalenz von 6,9%³⁸, die mit dem Alter und vor allem bei Frauen stark zunahm, ähnliche Ergebnisse wurden auch bei der Hertfordshire-Studie gefunden⁴⁰. Weiters fand Fried 2001 eine 4-Jahres Inzidenz von ca. 7%, Xiu, Fried et al. eine 7,5-Jahres Inzidenz von 9% bei Frauen zwischen 70-79 Jahren, welche anfangs noch nicht als frail zu bezeichnen waren.

Mit der steigenden Anzahl an alten Menschen wird sich auch die Zahl der gebrechlichen Menschen erhöhen, somit auch deren Betreuungs- und Krankenhauskosten. Ein Assessment mit nachfolgenden Konsequenzen – also Prävention und multidimensionale Intervention – ist in diesem Bereich sinnvoll. Transmurale Betreuung und Follow-up sowie extramurale Assessments und präventive Maßnahmen mit der Allgemeinmedizin als Basis für Case-Management und Monitoring sind wichtig⁴². Umfassendere Daten und Forschung bezüglich dieses Themas wären auch in Österreich wünschenswert.

Stürze und ihre Folgen

Stürze sind eine häufige Erscheinung in der älteren Bevölkerung. Etwa mehr als ein Drittel der Bevölkerung über 65 Jahre stürzt jedes Jahr mindestens einmal, die Hälfte davon immer wieder⁴³. Diese Stürze haben in manchen Fällen durchaus ernsthafte Folgen wie Subduralhämatome, Hüftfrakturen oder andere Frakturen, in harmloseren Fällen sind Hämatome und Weichteilverletzungen die Folge. Weniger offensichtliche Konsequenz ist die Angst vor weiteren Stürzen, die ebenfalls negative Auswirkungen auf die Gesundheit

der betroffenen Person hat. Die Ursachen für Stürze sind meist eine Kombination aus mehreren Faktoren - Einzelursachen sind möglich, aber selten⁴³. Oftmals kommt es bei einer „chronischen“ Prädisposition mit Auftreten eines zusätzlichen akuten Faktors zum Sturz. Einzelne Faktoren wie z.B. Depression, Orthostatische Dysregulation, kognitive Einschränkungen, Frailty, Arthritis, eingeschränkter Visus und vorangegangene Stürze spielen in der Ätiologie von Stürzen eine wichtige Rolle, ebenso wie bestimmte Medikamentengruppen das Risiko zu stürzen verstärken (Trizyklische Antidepressiva, Benzodiazepine, Antikonvulsiva, Klasse 1A-Antiarrhythmika etc.)⁴³. Weitere Merkmale stürzender Personen sind ein hohes Alter, das Leben alleine zu Hause, drei oder mehr Erkrankungen und eine geringe körperliche Aktivität⁴⁴ bzw. mangelnde Muskelkraft/Sarkopenie. Der „Risikofaktor Alter“ wird bei der Tatsache deutlich, dass im Alter von 80 Jahren und darüber eine von zwei Personen pro Jahr stürzen⁴⁵. Die Prävalenz steigt bei Frauen mit zunehmendem Alter^{44,45}.

Bereits angedeutete Folgen von Stürzen sind weitere Stürze und Angst vor Stürzen. Diese Angst kann zu sozialer Isolierung und geringerer körperlicher Aktivität führen, beides wiederum negative Faktoren^{45,46}. Eine geringere Mobilität und eine Abnahme der IADL sind unabhängig von anderen Erkrankungen mit Stürzen verbunden⁴⁴. Körperliche Verletzungen (68,1%) und größere Verletzungen (5,9%) - davon 1% Hüftfrakturen, 3% andere Frakturen und 2% Verletzungen der Hirnstruktur, die Notwendigkeit einer ärztlichen Untersuchung (23,5%) und Behandlung (17,2%), eine Abnahme des funktionellen Status (35,3%), sozialer (16,7%) und körperlicher Aktivität (15,2%) zeigten sich in der Studie von Stel et al.⁴⁶ als wesentliche Gesundheits- aber auch Kostenfaktoren. Eine weitere Folge für die Patienten ist eine erhöhte Mortalität, z.B. nach Hüftfrakturen (Frakturen im Bereich des Hüftgelenks und des Oberschenkelhalses). Sowohl Männer als auch Frauen haben nach einer erlittenen Fraktur eine höhere Mortalität als die Normalbevölkerung ihres Alters⁴⁷. Geschlechts- und Altersunterschiede bei Männern und Frauen bestehen durchaus. Männer sind im Schnitt 4 Jahre jünger als Frauen und weisen sowohl im Langzeitüberleben als auch im ersten Jahr nach einer Fraktur eine höhere Mortalität auf⁴⁷. Häufig gefunden wird eine höhere Anzahl an Begleiterkrankungen, speziell Malignität, Herzinsuffizienz, COPD, Demenz, Diabetes, Hemiplegie nach Insult, alle Arten von Gefäßerkrankungen und – bei Männern oft unterdiagnostiziert – Osteoporose⁴⁷.

Maßnahmen zur Primär- und Sekundärprävention existieren⁴⁸: Körperliches Training

bestehend aus mehreren Komponenten wie z.B. Kraft, Ausdauer und Balance in Gruppen oder alleine zu Hause ebenso wie Tai Chi zeigten positiven Effekt auf die Sturzrate. Sicherheitsinterventionen zu Hause haben v.a. bei eingeschränktem Visus und in Kombination mit körperlichen Training bei Menschen mit höchstem Sturzrisiko einen Erfolg. Graduelles Absetzen von psychotropen Medikamenten und eine Weiterbildung der AllgemeinmedizinerInnen verbessern ebenfalls die Sturzzraten. Herzschrittmacher bei Patienten mit kardial bedingten Synkopen und Carotis-Sinus-Syndrom sind ebenfalls sinnvoll. Die Gabe von Vit D ist bei Personen mit einem niederen Vitamin D-Spiegel nützlich. Die Behandlung von Osteoporose und das Tragen von Hüftprotektoren verhindert zwar nicht das Stürzen an sich, hat aber einen Einfluss auf das Frakturgeschehen⁴⁹. Wirkungsvolle Maßnahmen können aber auch nur bei Feststellung des Sturzrisikos durch ein Assessment individuell angepasst und durchgeführt werden, umgekehrt ist ein Assessment auch hier nur mit darauffolgenden, entsprechenden Interventionen sinnvoll. Eine Minimalstform des Assessments wäre die Frage nach stattgehabten Sturz im Laufe des letzten Jahres und die Durchführung eines rasch durchführbaren Gangtests (z.B. Timed-up-and-Go)⁴⁹. Bei jeder Person mit einem Sturz sollte eine Kontrolle der aktuellen Medikation (Umstellungen, Zahl und Art) und eine Suche nach der Ursache stattfinden, oftmals sind Stürze erste Zeichen schleichender Veränderungen, die sich anders nicht bemerkbar gemacht haben oder nicht angesprochen wurden (z.B. Demenz, Schwindel, Mb. Parkinson, Hypotonie etc.). Eine häufige Konsequenz von Stürzen ist der Erwerb von Gehhilfen, teils nach Empfehlung, teils aber auch aus eigener Motivation. Eine professionelle Einschulung zur richtigen Benutzung des Gerätes (z.B. durch PhysiotherapeutInnen) ist ebenfalls nützlich⁴⁹. Zusammenfassend ist also festzuhalten, dass eine Sturzprävention Funktion, Gesundheit (auch Depression und Angst⁵⁰) und Überleben alter Menschen verbessern kann, sowohl die Zahl von Krankenhauseinweisungen und als auch Gesundheitskosten reduziert. Gefährdet sind alte Menschen über 65 Jahren, speziell Frauen höchsten Alters. Die primäre Versorgung, also der allgemeinmedizinische Bereich spielt im Screening, Follow-up und Interventions-Koordination eine wichtige Rolle⁴⁴.

Demenz

Auszug von der Homepage der Österreichischen Alzheimer-Gesellschaft⁵¹:

„Etwa 100.000 ÖsterreicherInnen leiden an einer dementiellen Erkrankung. 2050 wird diese Zahl auf etwa 230.000 angestiegen sein - denn mit dem Alter steigen Inzidenz- und Prävalenzzahlen. In Österreich wird jährlich etwa eine Milliarde Euro für die Versorgung Demenzkranker ausgegeben (75% nicht-medizinische-, 25% medizinische- und 6% Medikamentenkosten).

Die Alzheimer-Krankheit ist für 60-80% der Demenzen verantwortlich, gefolgt von der vaskulären Demenz (15-20%) und der Demenz mit Lewy-Bodies (7-20%). Andere Demenzformen sind selten (unter 10%). Mischformen sind häufig⁵¹...“

„Die Betreuung von DemenzpatientInnen stellt eine enorme physische, psychische, gesundheitliche und finanzielle Belastung für Angehörige dar. DemenzpatientInnen verlieren im Krankheitsverlauf ihre Unabhängigkeit und bedürfen permanenter Außenhilfe. Über 80% der PatientInnen wird unentgeltlich von Angehörigen betreut. Ohne diese beachtliche Leistung der Angehörigen müssten unverhältnismäßig mehr Pflegeheime errichtet werden und es würden die öffentlichen Sozialausgaben dramatisch ansteigen. Die Leistung der betreuenden Angehörigen stellt also einen beträchtlichen Vermögenswert für die Gesellschaft dar. Schätzungsweise leisten mehr als 100.000 ÖsterreicherInnen unbezahlte Betreuungsarbeit und sparen dem öffentlichen Sozialsystem viele Millionen Euro pro Jahr. Der überwiegende Anteil dieser BetreuerInnen sind erwachsene Kinder, die ihre Eltern pflegen oder ältere Personen, die ihre Partner betreuen. Obwohl diese Menschen eine wichtige Funktion in unserer Gesellschaft erfüllen, erhalten sie unzureichend Unterstützung aus öffentlicher Hand...“⁵²

Demenzen, allen voran die Alzheimer-Demenz, entstehen durch die eine oder andere Form irreversibler Degeneration. Ihr Verlauf ist daher progressiv und eine Heilung nicht möglich. Demenz ist der progrediente Verlust einer geliebten Person gekoppelt mit zunehmender Belastung aufgrund von typischen Problemen wie zunehmende Behinderung, Inkontinenz, eingeschränkte Kommunikation durch Verlust der Sprachfähigkeit und zunehmende Pflegebedürftigkeit in allen Bereichen des Lebens bis hin zum maximal pflegebedürftigen, bettlägerigen Menschen.

Mit dem Alter steigt auch das Risiko an Demenz zu erkranken, mit der Zunahme der

Bevölkerung auch die Anzahl der dementen Menschen. Damit steigen wiederum die Kosten, die für das Management und die Betreuung betroffener Personen aufgebracht werden müssen.

Die Prävalenz im Alter zeigt einen exponentiellen Verlauf, beträgt die Erkrankungswahrscheinlichkeit im Alter zwischen 60 und 65 nur rund 1%, verdoppelt sie sich alle 5 Jahre und erreicht ihren Gipfel im Alter von 90-95 Jahren mit etwa 40%^{53,54}. Danach scheint ein Plateau erreicht zu sein, die Zahlen in diesem Altersbereich sind jedoch dünn gesät⁵³. Die Inzidenz steigt ebenfalls mit dem Alter an, etwas höhere Inzidenzen sind in NW-Europa im Vergleich zu Südeuropa zu finden. Die Inzidenz nimmt bei Frauen stärker zu als bei Männern, Frauen haben v.a. im hohen Alter ein höheres Risiko, an Demenz zu erkranken. Dies liegt u.a. scheinbar an dem selektiven Überleben der Männer, haben sie in „jüngerem Alter“ das höhere Risiko zu erkranken, so werden nur gesündere Männer älter. Die Inzidenz scheint bei Männern im Alter von 80-85 Jahren ein Plateau zu erreichen, während sie bei Frauen weiter steigt⁵⁵.

Erste Anlaufstelle ist auch bei zunehmenden Gedächtnisschwierigkeiten meist die allgemeinmedizinische Praxis, entweder durch die betroffene Person selbst oder aber durch Angehörige, die im Rahmen des eigenen Besuches über die Schwierigkeiten mit den Angehörigen berichten. Wie sich zeigt, sind diese Klagen durchaus ernst zu nehmen⁵⁶, jüngste Entwicklungen führten erst unlängst zu der Entwicklung eines Screening-Tools, welches die subjektiv wahrgenommenen Probleme Angehöriger und Betroffener als Basis zur Erkennung von Demenz verwenden⁵⁷.

Wichtig ist aber auch die Tatsache, dass Gedächtnisprobleme und Auffälligkeiten nicht unbedingt das erste Symptom einer Demenz sein müssen, Demenz betrifft auch andere kognitive Bereiche (z.B. exekutive Funktion, Konzentration, Raumeinteilung, semantische Erinnerung, verbales Verständnis und räumlich-visuellen Wahrnehmung, die beim sog. Clock-Drawing Test evaluiert werden)^{58,59}. Da eine Früherkennung für eine möglichst erfolgreiche Verlangsamung des degenerativen Prozesses, für die Vorbereitung auf die schwierige Zukunft, eine Erhaltung der Lebensqualität und eine qualitative Betreuung zu Hause, aber auch durch frühe Intervention und Aufklärung zum Schutz der betreuenden Angehörigen wichtig ist (Coping, reduzierte Stressbelastung, Schutz vor Depressionen etc.)^{60,61}, sollte diese immer ein Ziel der Primärversorgung sein⁶². Über die Jahre hinweg wurden mehrere Werkzeuge zur Testung der kognitiven Leistungsfähigkeit entwickelt, die eine Hilfestellung zur Diagnostik liefern können (z.B. MMSE, Clock-Drawing-Test, Mini-

Cog, GPCog etc.), dennoch sind die Frühstadien der Demenz oft unerkannt⁶³ und wichtige Zeit in Behandlung und Vorbereitung verloren. Grund dafür sind u.a. mangelnde spezifische Ausbildung während und nach der Universität¹³, mangelndes Selbstvertrauen, Demenz zu diagnostizieren (fehlende Erfahrung) und zu managen (einschließlich Verhaltensauffälligkeiten und anderen Problemen)⁶¹, Zeitdruck und fehlende Kommunikationsfertigkeiten¹³. Der Vorteil der Allgemeinmedizin in der Betreuung dementer Menschen ist die Möglichkeit des therapeutischen Vertrauensverhältnisses, eine konstante Betreuung durch vertraute Menschen zu Hause im gewohnten Umfeld, Case-Management und Unterstützung der Angehörigen mit Kenntnis der häuslichen, lokalen und regionalen Unterstützungsmöglichkeiten⁶⁴ und die Möglichkeit einer Verlaufsbeobachtung der betroffenen Person im gewohnten Umfeld (im Vergleich zu verändertem Verhalten und Verwirrung durch Verlust der Orientierung in fremder Umgebung etc.). Doch dazu benötigen auch die AM eine entsprechende Unterstützung und Ausbildung¹¹, Möglichkeiten zum Abbau finanziellen und zeitlichen Drucks, Kenntnis und Existenz von Netzwerken sozialer Dienste und Hilfestellern und vieles mehr.

Depression

Depressionen im Alter sind ebenfalls parallel mit der demographischen Entwicklung in ihrer Zahl am zunehmen und durchaus keine normale Konsequenz der Alterns. Sie führen zur Belastung des Gesundheitssystems. Trotzdem ist das Thema der Depression im Alter ein eher vernachlässigtes aber durchaus relevantes Thema in der Basisversorgung alter Menschen. Die Prävalenz von Depressionen im Alter über 65 Jahren liegt bei 40% in der Gruppe der institutionalisierten und bei 8-15% in der Gruppe der zu Hause lebenden alten Menschen⁶⁵. Personen mit Depression entwickeln durch diese eine schlechtere körperliche Funktion, kognitive Leistungsminderung, soziale Isolierung und andere negativ-Symptome, die Lebensqualität und Lebensfunktionalität einschränken^{65,66}. Der Verlauf chronischer Erkrankungen wird ebenfalls negativ beeinflusst. Umgekehrt leiden Menschen mit chronischen Erkrankungen auch öfter an Depression und Menschen mit einer negativen Einschätzung der eigenen Gesundheit haben ein höheres Risiko an Depressionen zu leiden⁶⁵. Risikofaktoren zur Depression sind weibliches Geschlecht, chronische Erkrankungen, chronische Schlafstörungen, belastende Lebensereignisse, Abnahme der Funktionalität und soziale Isolation^{66,67}. Depressionen in Kombination mit chronischen Erkrankungen (z.B. Demenz) führen also leicht zu einer sich nach unten schraubenden Spirale von Tabuisierung und sozialer Isolierung, Funktionseinbußen und weiterem Abbau,

Verschlimmerung von Depressionen und Erkrankungen und diese wiederum zu einer sozialen Isolierung usw.

Psychosoziale Faktoren wie Tabuisierung und Kritik bzw. nicht-ernst-nehmen der Erkrankung durch die Familie zeigen einen ebenso prädiktiven Wert wie eine funktionelle Behinderung⁶⁷. Die Identifikation von Betroffenen und Risikopersonen ist daher auch in diesem Bereich wichtig. Unter anderem betrifft dies auch Personen mit Demenzerkrankungen. Die Ursachen der erhöhten Prävalenz von Depressionen bei Alzheimer-Betroffenen ist nach wie vor nicht geklärt, eine familiäre (genetische) Belastung scheint aber prädisponierend zu sein, ebenso wie ein frühes Einsetzen der Demenz⁶⁸. Bezüglich der Demenzerkrankungen ist auch zu berücksichtigen, dass die Gefahr der Depressionen bei den betreuenden Personen ebenfalls erhöht ist, da die Betreuung von Menschen mit Demenz eine große Belastung darstellt. Die Belastung entsteht unter anderem durch weniger „erwartete“ Symptome als eine Abnahme der kognitiven Fähigkeiten: Verhaltensstörungen, Änderungen des Schlaf-Wach-Rhythmus mit nächtlicher Unruhe und Umherwandern; Schlafstörungen und Stimmungsschwankungen belasten sowohl die betroffene als auch die betreuende Person^{68,70}. Es gilt hier also nicht nur, DemenzpatientInnen, sondern auch ihre pflegenden Angehörigen als Risikopersonen zu sehen, besonders, wenn es sich um die Pflege von Betagten durch Betagte (Eheleute) oder die Pflege von hochbetagten Personen durch betagte Personen (oftmals Mutter-Tochter/Schwiegertochter, beide über 65 Jahre alt) handelt und auch die zweite Person bereits in einem „geriatrietypischen“ Alter befindet und entsprechende Erkrankungsrisiken hat. Depression ist auch hier mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität verbunden.

Ein weiteres Beispiel für eine erhöhte Gefährdung an Depressionen zu leiden, findet sich bei von der Parkinson-Krankheit betroffenen Personen: Apathie und Depressionen treten bei dieser Krankheit gehäuft auf, entweder isoliert oder in Kombination⁶⁹. Das Vorliegen einer Apathie bringt auch ein erhöhtes Risiko der Depression mit sich, sowohl Depression als auch Apathie haben Einfluss auf die Kognition, Depression hat vor allem einen negativen Einfluss auf die emotionale Gesundheit und die Kommunikation der Betroffenen⁶⁹.

Auch im Alter ist eine Therapie von Depressionen mittels Psychotherapie und Medikamenten möglich⁶⁶; alternative Maßnahmen wie moderates körperliches Training in Gruppen und bei dementen Personen das gemeinsame Erleben positiver Ereignisse⁷⁰ und die Entlastung betreuender Personen bzw. die Möglichkeit/Schaffung von Ruhepausen

zeigen sich ebenso als sinnvoll^{70,11}. Ziel der Maßnahmen ist eine Verbesserung der depressiven Symptomatik und somit der Morbidität, Mortalität, Compliance und eine Verzögerung einer frühzeitigen Institutionalisierung, die durch ein Zusammenbrechen der betreuenden Person sehr wahrscheinlich wird.

Schlaf

Gesunder, ungestörter Schlaf ist für den Menschen wichtig, egal in welchem Alter man sich befindet. Auch im Alter haben die richtige bzw. falsche Schlafdauer und Schlafstörungen Einfluss auf das Wohlbefinden der Menschen. Schlafstörungen und Schlaflosigkeit sind mit einer höheren Morbidität und Mortalität verbunden. Außerdem haben sie Einfluss auf die Mobilität älterer Menschen⁷¹. Studien zeigen, dass Schlaf und Schlafverhalten einen Hinweis auf andere Krankheiten geben. Mangelnder Schlaf in der Nacht und Tagesmüdigkeit an sich sind mit einem erhöhten Sturz- und Frakturrisiko verbunden⁷². Die Verbindung zwischen einem erhöhten Schlafbedürfnis und Stürzen kann über mehrere Faktoren hergestellt werden: kognitiver Abbau, Depression, abnehmende Muskelkraft, Medikamente und chronische Erkrankungen des kardiovaskulären Systems oder Diabetes können zu einer gesteigerten Tagesmüdigkeit und erhöhtem Sturzrisiko führen. Auch primäre Schlafstörungen wie das Schlaf-Apnoe-Syndrom haben Einfluss auf die Schlafqualität und somit auf die Tagesmüdigkeit. Schlafschuld selbst führt zu langsameren Reaktionen und verminderter Vigilanz⁷³. Die Einnahme von Benzodiazepinen in diesem Zusammenhang ist ebenfalls von Nachteil. Mit dem steigenden Sturzrisiko erhöht sich auch das Frakturrisiko und somit die Wahrscheinlichkeit negativer gesundheitlicher Ereignisse, Institutionalisierung und Mortalität.

Zur Schlafdauer ist zu bemerken, dass sowohl zu kurze als auch zu lange Schlafdauer negative Auswirkungen haben kann⁷³: „Kurzschläfer“ und „Langschläfer“ weisen höhere Mortalität und Morbidität wie „normale Schläfer“ (7-8h) auf. Dies kann unter Umständen auch darauf zurückzuführen sein, dass sowohl Kurz- als auch Langschläfer an sich schon schlechterer Gesundheit sind⁷³. Eine weitere Verbindung wurde zwischen der sozialen Situation und der Schlafdauer gefunden, ein geringerer sozioökonomischer Status ist oft mit zu kurzer oder zu langer Schlafdauer verbunden, auch hier sind Morbidität und Mortalität generell höher⁷³. Es kann also festgehalten werden, dass sozioökonomischer Status, Gesundheit und Lebensstil Einfluss sowohl auf Schlaf als auch auf Gesundheit haben, es gibt jedoch auch direkten Einfluss von Schlaf auf die zuvor genannten Faktoren. Diese Mechanismen sind noch nicht restlos geklärt, bekannt ist jedoch, dass Schlaf

Einfluss auf das endokrinologische, immunologische und metabolische System des Menschen hat und somit die Gesundheit beeinflusst⁷³. Die Frage nach Schlaf, Dauer und Qualität sollte also auch Teil eines umfassenden Assessments sein.

Delirium

Das Delir ist eine Störung des Bewusstseins und der Kognition. Es zeigt einen plötzlichen Beginn und unterschiedliche Verläufe, ausgelöst meist durch einen oder mehrere Risikofaktoren. Neben dem Hyperdelir, bei dem es zu starker motorischer Unruhe kommt, existiert auch das Hypodelir - dessen Diagnose durch unauffälligen Verlauf wesentlich schwerer ist - und fluktuierende Formen, in denen sich einzelne Perioden der motorischen Agitation und anderen aktiven Symptomen mit Perioden ablösen, in denen die betroffene Person sehr ruhig (bis zu lethargisch) oder auf den ersten Blick etwas niedergeschlagen oder normal erscheint^{74,75}. Prädisponierende Faktoren sind ein Alter über 65 Jahren, männliches Geschlecht, kognitive Erkrankungen wie Demenz, vorangehendes Delir, Depression, funktionelle Einschränkungen/Abhängigkeit, Immobilität, Stürze in der Vorgeschichte, Seh- und Hörbehinderung, Dehydration, Malnutrition, Medikamente bestimmter Gruppen, Multimorbidität und parallele Existenz einer/mehrerer chronischer Erkrankungen⁷⁵. Die Prävalenz des Delirs liegt bei bis zu 30% aller PatientInnen bei Krankenhauseinweisung^{74,75}, die Inzidenz erreicht je nach Station und Erkrankung bis zu 35%⁷⁵, auf Intensivstationen erkranken bis zu 87% der PatientInnen an einem Delir⁷⁴. 83% der Menschen leiden im letzten Stadium ihres Lebens an einem Delir, 60% der institutionalisierten Personen (Heime) oder post-akuten Pflege erleben ein Delir⁷⁴. Besonders gefährdet sind Personen nach einer akuten Operation, die Inzidenz liegt hier bei bis zu 60%, speziell akute Operationen von hüftnahen Frakturen oder Gefäß-chirurgische Eingriffe sind mit einer erhöhten Inzidenz verknüpft⁷⁵. Unter Personen mit Frailty erreicht das Delir eine Prävalenz von bis zu 60% bei Hospitalisierung⁷⁶. Aus dem extramuralen Bereich gibt es vergleichbar weniger Daten, die Prävalenz wird aber auf bis zu 1% geschätzt⁷⁵. Die Folgen des Delirs sind umfassend, eine erhöhte Mortalität, sowohl kurz^{77,78}- als auch längerfristig, ein negativer Einfluss auf Kognition, psychische Morbidität und physische Funktionalität, ein verlängerter Krankenhausaufenthalt, Risiko der Institutionalisierung und Kosten für die Gesundheitsträger^{74,75} sind vorhanden. Während dem Krankenhausaufenthalt direkt bedeutet Delir ein erhöhtes Risiko der Dehydration, Malnutrition, Inkontinenz bzw. Katheterismus, es ist oftmals Vorbote einer lebensbedrohlichen Erkrankung⁷⁵ und kann eine entstehende Demenz ankündigen⁷⁵ bzw.

eine noch nicht entdeckte Demenz in den Vordergrund bringen. Viele Fälle von Delir sind vermeidbar⁷⁵, die Inzidenz des Delirs kann auch als Qualitätsmerkmal eines Krankenhauses gesehen werden^{74,76}, da viele der Risikofaktoren gut beeinflussbar sind: Verminderung von Seh- und Hörbehinderungen (durch entsprechende Hilfestellungen und Verhalten), angepasste Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr, frühzeitige Mobilisierung und Vermeidung von Immobilität, bestmögliche Reduktion von Risikomedikamenten und Vermeidung von Polypharmazie, Schlafhygiene und entsprechende Ausbildung (Wissen und Aufmerksamkeit) der betreuenden Personen (Pflegepersonal, Krankenschwestern, ÄrztInnen) können Delirium verhindern^{74,75,79,80}. Oben genannte Maßnahmen sind auch bei Auftreten des Delirs zu ergreifen, gemeinsam mit einer medikamentösen Unterstützung können sie den Verlauf des Delirs positiv beeinflussen. Geriatrische FachärztInnen in Konsiliarfunktion sind ebenfalls „präventive Faktoren“^{75,76}. Längerfristige und weniger offensichtliche Folgen des Delirs sind die Erinnerung an Halluzinationen und Angstzustände, die durch das Delir ausgelöst wurden und zu sozialem Rückzug und Isolation führen, weiter bestehende kognitive Probleme, Depression und die Begünstigung einer Demenz⁷⁵. Folgen und Konsequenzen des Delirs sind also nicht unerheblich, ebenso wenig die Kosten. Prävention und Risikoreduktion von Delir bereits im extramuralen Bereich (Vermeidung von Polypharmazie, Malnutrition, ausreichende Flüssigkeitszufuhr, Sturzprävention, Motivation zu körperlicher Aktivität⁸¹ u.ä.) ist möglich und sinnvoll.

Ernährung und Mangelernährung

Die richtige Ernährung ist das ganze Leben über ein wichtiger Teilfaktor für eine intakte Gesundheit. Auch im Alter spielt die richtige Ernährung eine wichtige Rolle zur Erhaltung und Wiedererlangung der bestmöglichen Gesundheit. Chronische Erkrankungen ändern den Bedarf der Menge und der Zusammensetzung der Ernährung, ein Mangel mancher Spurenelemente kann zu kognitiver Verschlechterung führen oder auch Depressionen verstärken⁸². Eines der wichtigsten Screening-Instrumente bezüglich des Ernährungsstatus im Alter ist das Mini Nutritional Assessment (MNA), 1994 eingeführt und seither oft erprobt⁸³. Malnutrition schließt Unterernährung, Überernährung und Mangelernährung, also die fehlende Zufuhr bestimmter Komponenten in der Ernährung ein. Oftmals geht eine Unterernährung auch mit einer Mangelernährung einher. In der alten Bevölkerung gibt es mehrere Risikogruppen. Kaiser et al.⁸³ versuchten mit Hilfe existierender Studien die Prävalenz der Unterernährung festzustellen. Die Auswertung ergab, dass gerade die Gruppe der Personen mit Langzeit-Krankenhausaufenthalt/Rehabilitation eine hohe

Gefährdung und eine hohe Prävalenz einer Mangelernährung zeigen, etwa 50% der Personen sind mangelernährt. Bei hospitalisierten Personen liegt die Prävalenz lt. Kaiser et al. bei etwa 38%, weitere 43% sind gefährdet. Das Leben zu Hause scheint ein wichtiger protektiver Faktor zu sein, denn es zeigte sich, dass nur etwa 6% der zu Hause lebenden mangelernährt sind und auch die Gruppe der Risikopersonen nur etwa 32 % ausmacht (im Vergleich zu ca. 50% in Langzeit-Institutionen)⁸³. Das Leben alleine zu Hause in sozialer Isolation hingegen ist wiederum eine Gefährdung für eine unzureichende Ernährung: Viele alte Menschen tendieren dazu, wenig und unausgewogen zu essen, wenn die Struktur des gemeinsamen Essens (Kochen, Tisch decken, regelmäßige Zeiten und ähnliches) oder das Hungergefühl wegfällt, „Wasser und Brot“ bzw. „Tea and Toast“ - Diäten sind in solchen Fällen häufig und führen zu Mängeln⁸². Die Folgen der Mangelernährung sind vielfältig, Schwäche und Gebrechlichkeit unterstützen die Entwicklung des Frailty-Syndroms, das Infektions- und Komplikationsrisiko steigt, die Wundheilung ist verschlechtert, Regeneration erfolgt langsamer, die Rekonvaleszenzzeiten sind länger, Depressionen häufiger⁸⁴, die Lebensqualität ist beeinträchtigt und die Mortalität erhöht^{84,85}. Mangelernährung nach einem Krankenhausaufenthalt ist häufig. Einerseits kann sie die Schwere einer Erkrankung spiegeln, andererseits kann sie Hinweis auf eine unzureichende Ernährung während dem stationären Aufenthalt sein - d.h. die Zufuhr der benötigten Energie und Nährstoffe wurde nicht angepasst. Der Krankenhausaufenthalt ist bei Mangelernährung im Schnitt 11 Tage länger als bei normalem Ernährungszustand⁸⁴. Gleichzeitig mit der Mangelernährung findet sich oft auch eine Dehydratation⁸⁴. Mangelernährung kann Ursache und Konsequenz kognitiver Veränderungen sein, gerade Personen mit Demenz sind einem hohen Risiko der Mangelernährung ausgesetzt⁸⁶. Vitamin D, B12, Folsäure und Kalzium-Mangel haben Einfluss auf die Knochenzusammensetzung, die nervale Degeneration und auf die Blutbildung (Anämie), eine Proteinmangelernährung führt zu einer verschlechterten Wundheilung, Abnahme der kardialen und pulmonalen Leistung, Ödeme, Immunschwäche, Muskelkraft⁸² und vieles mehr. Sie ist unabhängig vom BMI ein Zeichen der erhöhten Mortalität⁸⁴. Eine frühe Identifikation von Depressionen ist im Zusammenhang mit der Ernährung sehr wichtig, da sie ein unabhängiger und häufiger Risikofaktor ist. Menschen mit chronischen Erkrankungen, Demenz, Polypragmasie, nach persönlichem Verlust, mit Behinderung und in sozialer Isolation sind sowohl Depressions- als auch Mangel-gefährdet⁸². Oftmals gehen Depression und Mangelernährung Hand in Hand, welcher der beiden Faktoren zuerst

aufgetreten ist, kann später oft nicht mehr festgestellt werden. Aufgrund dieser Tatsachen existiert die Empfehlung auch die Ernährung in einem umfassenden Assessment zu berücksichtigen, als validiertes Tool empfiehlt sich durchaus das MNA⁸³. Minimalste Maßnahme wäre die regelmäßige Frage nach dem Gewicht und die Verlaufsdocumentation desselben, um Änderungen festzuhalten und um sich bei Bedarf auf die Suche nach ungewollten Gewichtsverlust begeben zu können.

Inkontinenz

Oftmals wird in der Geriatrie von den von Isaacs definierten „geriatrischen Giganten“ (geriatric giants)⁸⁷ gesprochen. Es sind Problemstellungen, welche für die Geriatrie eine wesentliche Rolle spielen. Bei allen geriatrischen PatientInnen ist meist zumindest einer dieser Giganten mehr oder weniger stark vorhanden und hat negative Auswirkungen für die betroffene Person und ihr betreuendes Umfeld:

- Immobilität
- Instabilität
- beeinträchtigte Kognition (impaired Intellect)
- Inkontinenz
- (Infektion, als 5. Gigant immer wieder zu den ursprünglichen 4 Giganten hinzugefügt)

Inkontinenz ist also einer dieser Giganten der Geriatrie. Der Begriff Inkontinenz umfasst sowohl die Harn- als auch die Stuhlinkontinenz. Zusätzlich dazu gibt es noch das „Syndrom der überaktiven Blase“ (Overactive Bladder OAB), welches im eigentlichen Sinne Harndrang mit vermehrter Frequenz und Nykturie verkörpert, mit oder ohne Inkontinenz (OAB_{wet/dry}). Die Harninkontinenz an sich lässt sich in mehrere Typen einteilen, neben Mischformen und seltener permanenter Inkontinenz sind die Stress-Inkontinenz und die Drang-Inkontinenz die beiden häufigsten Vertreter. Synonym für die Drang-Inkontinenz ist „OAB_{wet}“. Unabhängig davon, ob die betroffene Person nun unter OAB, Harninkontinenz oder Stuhlinkontinenz leidet, ist die Lebensqualität^{88,89,90} eingeschränkt, die Betreuungsbelastung⁹¹ höher (Risiko der Institutionalisierung) und auch die gesundheitlichen Ausgaben erhöht⁹¹. Die Beeinträchtigung der Lebensqualität nimmt bei kombinierter Inkontinenz (OAB_{wet/dry} plus Stuhlinkontinenz) massiv zu⁸⁸.

Harninkontinenz, sei es nun Stress- oder Dranginkontinenz, aber auch die überaktive Blase betreffen nicht nur ältere Menschen und Frauen, dennoch sind sowohl weibliches Geschlecht (v.a. für Inkontinenz) und Alter zwei wichtige Risikofaktoren. Die Studie von C. Temmel et al.⁹⁰ zeigte, dass in Europa etwa 10% der Männer und 17% der Frauen an einer überaktiven Blase leiden. 65% der Männer und 67% der Frauen gaben eine Einschränkung ihrer Lebensqualität an. Etwa ein Drittel der betroffenen Personen leidet unter einer Dranginkontinenz⁹⁰, wobei die Prävalenz der Harninkontinenz bei Frauen höher ist als bei Männern^{90,92}. Die Prävalenz der Stuhlinkontinenz ist schwerer abzuschätzen, aber etwa eine von 5 Frauen, die wegen ihrer Harninkontinenz medizinischen Rat sucht, leidet auch an einer Stuhlinkontinenz^{88,93}. Generelles Problem der Inkontinenz ist die Stigmatisierung und Tabuisierung des Themas, viele Betroffene empfinden Peinlichkeit und Scham darüber zu reden und entwickeln Coping-Strategien (Einlagen, Toilett- und Trinkverhalten, Wissen um Toiletten vor Ort etc.) und leben so oft jahrelang mit den Beschwerden, ohne medizinischen Rat zu suchen^{88,94}, teils auch aus dem Glauben heraus, dass es keine Therapiemöglichkeiten gibt⁹⁴. Sie führen somit ein Leben in Angst vor Zwischenfällen, mit Schamgefühl, teilweiser sozialer Isolierung. Neben Alter und weiblichen Geschlecht gibt es noch weitere Risikofaktoren, dies sind u.a. neurologische Erkrankungen (z.B. Demenzielle Syndrome, Insult⁹⁵), systemische Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus⁹⁶), Übergewicht (BMI > 30 zeigt ein 2,2 fach höhere Prävalenz wie Personen mit einem BMI < 24)⁹², geringere körperliche Aktivität und Depression. Eine positive Familienanamnese scheint ebenfalls eine Rolle zu spielen. Im jüngeren Alter ist die Zahl der Geburten als eine der Ursachen für Stressinkontinenz ein wichtiger Faktor⁹³, verliert mit dem zunehmenden Alter an Bedeutung⁹¹.

Wie zuvor angesprochen bedeutet Inkontinenz auch eine höhere Betreuungsbelastung und Pflegebedürftigkeit. Inkontinenz kann primäre oder sekundäre Ursache zur Übersiedlung in eine Pflegeeinrichtung sein, z.B. als zusätzlicher Faktor einer zuvor bereits erhöhten Betreuungsbelastung aufgrund von Demenz. Fest steht, dass die Prävalenz unter institutionalisierten Personen weitaus höher als bei zu Hause lebenden Personen ist, Inkontinenz führt außerdem zu einer höheren Abhängigkeit und geringeren Autonomie⁹². Neben Delirium, Mangelernährung, Depression, Dekubitus, Stürzen, funktionellen Einschränkungen und Infektionen zählt Inkontinenz auch zu den sogenannten „Hazards of Hospitalisation“⁹⁷. Depressionen, Delirium, Demenz, Medikamente und Mobilitätsprobleme können zu Inkontinenz führen, Inkontinenz selbst erhöht ebenso das

Risiko für Depressionen, Dekubitus, Infektionen und Stürze (inkl. Frakturen)⁸⁸. Präventive Maßnahmen (körperliche Aktivität, Senkung des BMI) helfen nicht nur, das Risiko für Inkontinenz sondern z.B. auch für Schlaganfälle und Diabetes zu senken, Therapiemöglichkeiten wie Beckenbodentraining, Biofeedback, Verhaltenstraining und schlussendlich medikamentöse und operative Therapien existieren^V, können aber nur nach Identifikation von Risikopersonen und von betroffenen Personen erfolgreich sein. Diese Identifikation kann aber durchaus im extramuralen Bereich stattfinden⁹³. Entsprechende Interventionen können Institutionalisierung verhindern und Lebensqualität erhöhen (sowie Konsequenzen einer geminderten Lebensqualität verhindern).

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Polypragmasie

Mehr als ein Drittel⁹⁸ bzw. beinahe 40%⁹⁹ der verschriebenen Arzneimittel werden von älteren Menschen konsumiert. Gerade durch die große Wahrscheinlichkeit einer Multimorbidität ist auch die Wahrscheinlichkeit der Polypragmasie/Polypharmazie in der Gruppe der älteren Personen erhöht. Damit steigt auch das Risiko der unerwünschten Arzneimittelwirkungen und Hand in Hand damit das Risiko für stationäre Aufenthalte aufgrund derselben. Damit verbunden wiederum sind Mehrkosten für das Gesundheitssystem. Bis zu 30% der Krankenhauseinweisungen bei geriatrischen PatientInnen sind mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) assoziierbar oder direkte Folge derselben^{99,100}. Der Schweregrad und Ausprägung dieser UAWs ist unterschiedlich und reicht von harmlos bis hin zu lebensbedrohlich. Typisch sind vor allem unspezifische Symptome wie Schwindel, Obstipation, Depression, Stürze mit folgender Hüftfraktur, Verwirrtheit/Delir oder Müdigkeit^{99,100,101}. Viele dieser Zustände erhöhen jedoch unabhängig von anderen Risikofaktoren die Mortalität der betroffenen Person. Bereits 1977 veröffentlichten Porter et al. eine Studie, die belegte, dass in etwa einer von 1000 älteren PatientInnen aufgrund einer UAW sterben^{VI}. Viele der UAW sind vermeidbar, vor allem jedoch lebensbedrohliche und tödliche UAW¹⁰¹. Dies würde durch einfache präventive Maßnahmen erreicht werden können. Diese präventiven Maßnahmen beginnen bei der richtigen Verschreibung der Medikamente und deren Überprüfung auf ihre Notwendigkeit. Oftmals ist es so, dass multimorbide Menschen bei mehreren Fachspezialitäten und allgemeinmedizinisch betreut werden, die Zahl der betreuenden ÄrztInnen erhöht die Zahl der eingenommenen Medikamente. Ohne konsequente

V Siehe Literaturverzeichnis 88-97

VI Vgl. "Medikamenteninteraktionen in der Geriatrie" Literaturverzeichnis Quelle 100

Überprüfung der Medikamentenliste der PatientInnen durch z.B. den Hausarzt kommt es zu Kombinationen, die ein Risiko der UAW und allen ihren Folgen bergen¹⁰². Ebenfalls wichtig ist eine verbesserte Therapie-Adhärenz der PatientInnen, denn nicht selten wird ein verschriebenes Medikament nicht genommen und trotzdem dessen Nicht-Wirkung bzw. die Symptompersistenz beklagt, was zu einer Verschreibung von weiteren Medikamenten führen kann. Oftmals verlieren PatientInnen auch den Überblick über die abgesetzten und eingesetzten Medikamente und nehmen daher mehr Medikamente als eigentlich notwendig. Eine klare Auflistung und Aktualisierung kann daher sehr hilfreich sein.

Geht man davon aus, dass in etwa 90% der Personen über 65 Jahren zumindest ein Medikament, mehr als 40% jedoch mehr als 5 Medikamente und bis zu 12% zehn oder mehr Medikamente einnehmen¹⁰¹ und das Interaktionsrisiko von 13% bei zwei Arzneimitteln auf 38% (4 Medikamente) bzw. 82% (mehr als 7 Medikamente) steigt¹⁰³, erkennt man die hier entstehende Problematik.

In der Studie von Gurwitz et al. persistierten die meisten der UAW (> 70%) länger als einen Tag¹⁰¹. Unter den am häufigsten verschriebenen Medikamenten befanden sich jene für kardiovaskuläre Erkrankungen, Antibiotika, Antiinfektiva, Diuretika, NSARs und Opioide, Antidepressiva und Beruhigungsmittel. Davon waren die Medikamente für kardiovaskuläre Erkrankungen, Diuretika, NSARs, Antikoagulationsmedikamente und Opioide am häufigsten mit vermeidbaren negativen Auswirkungen verknüpft. Zwar zeigten auch Antibiotika eine hohe Nebenwirkungs- und Wechselwirkungsrate, doch konnten sie nur in etwa 3,1% der Fälle vermieden werden.

Wichtig bei der Verschreibung von Medikamenten im Alter sind die Kenntnis über die altersbedingten Veränderungen in Pharmakokinetik und Pharmakodynamik. Eine veränderte Körperzusammensetzung, Abnahme der Nierenfunktion und Konkurrenz der einzelnen Wirkstoffe im System der CYP-Enzyme sind neben andern Faktoren zu berücksichtigen¹⁰⁴. Faustregeln wie „Start low go slow“ (niedrig beginnen und langsam aufdosieren) erweisen sich als nützlich, Hilfestellungen wie der Einsatz von klinischen Pharmakologen intramural oder auch unterstützende Computersysteme intra- sowie extramural, eine entsprechende Aufmerksamkeit in der Primärversorgung und die Verwendung von Hilfestellungen wie z.B. der Beers-Kriterien¹⁰⁰, einer Liste an Wirkstoffen und Medikamenten, die bei älteren Patienten nicht verwendet oder so gut wie möglich vermieden werden sollten, sind hilfreich. Genaue Medikamentenanamnese (auch nicht-rezeptpflichtiger Substanzen!) und Schulung der PatientInnen respektive der betreuenden

Personen, regelmäßige Kontrolle der verschriebenen Medikamente und eine ständige Aufmerksamkeit bezüglich der möglichen Risiken und Wechselwirkungen, also eine „rationelle und obligate“ Polypharmazie im Gegensatz zu einer „unüberlegten Polypharmazie“ ist wichtig und kann negative Auswirkungen verhindern¹⁰⁵.

Weitere Teilfaktoren mit Einfluss auf geriatrische Problemstellungen

Nach wie vor nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erhebend, wird in diesem Unterkapitel noch kurz die Thematik von sozialer Unterstützung und sozialem Netzwerk, der Einfluss der eigenen persönlichen Unabhängigkeit - sowohl psychisch als auch physisch - und der Zusammenhang zwischen geriatrischen Problemstellungen und der allgemeinen Lebensqualität im Alter behandelt.

Körperliche Aktivität und Unabhängigkeit sind wesentliche Faktoren für eine bessere körperliche und geistige Gesundheit im Alter, entsprechend gesunder Lebensstil in jüngeren Jahren und entsprechende Verhaltensmuster erhalten auch die Möglichkeit des gesunden Alterns^{106,107}. Körperliche Funktion im Alter per se ist wichtiger Faktor für die Erhaltung sozialer Funktion und Integration und somit protektiv gegenüber psychischer Probleme wie z.B. Depressionen. Zusätzlich ist ein Erhalt der körperlichen Funktion günstig für Balance und Gang, Senkung des Sturzrisikos und kardiovaskulärer Fitness^{107,108}. Bei Verlust der eigenen Funktion und Entstehung einer Abhängigkeit in Teilbereichen des täglichen Lebens kommt es auch zu einem Gefühl des Verlustes der Selbstbestimmung und der Fremdkontrolle. Ein „überprotektives“ Verhalten der betreuenden Personen kann zusätzlich negative Auswirkungen auf die Gesundheit der betreuten Personen haben. Bei einem starken Gefühl der Fremdkontrolle (u.a. bedingt durch Einschränkungen im alltäglichen Leben) sinkt die subjektive Lebensqualität durch das Gefühl des Autonomieverlustes, Depressionen können die Folge sein¹⁰⁹. Eine zu frühe Übernahme oder Hilfestellung bei Bereichen im täglichen Leben (aus überschießender Sorge heraus oder wegen Bequemlichkeit - z.B. das Anlegen von Kathetern oder PEG-Sonden bei institutionalisierten PatientInnen zu Reduktion des Pflegeaufwands, Erledigung von Einkäufen oder Haushaltstätigkeiten, obwohl diese noch mit der betroffenen Person gemeinsam ausgeführt werden könnten, Tabuisierung und Verstecken z.B. von Demenz als „Schutz“ für die betroffene Person, oder aber auch Resignation oder Bequemlichkeit der betroffenen Person selbst) kann zu einem Verlust eigentlich noch möglicher Funktionen und somit zu einer stärkeren Abhängigkeit führen.

So wie das Zuviel an Unterstützung negative Einflüsse hat, so hat auch das Zuwenig an

Unterstützung und an Netzwerk negative Auswirkungen auf die betroffenen Personen¹¹⁰. Mangelnde soziale Kontakte führen zum Beispiel zu sozialer Isolation und geringerer Integration, geringerer Mobilität und Depression. Geringere Mobilität und Depression ihrerseits wiederum können für Einschränkungen im alltäglichen Leben verantwortlich sein, eine abnehmende körperliche Aktivität kommt bei älteren Menschen als Reserveverlust rasch zur Geltung und hat negative Auswirkungen auf mehreren Ebenen. Mangelnde Betreuung und unbemerkter Funktionsverlust schränken wiederum die Lebensqualität ein, ein Nicht-zurecht-kommen im Alltag kann zu Unterernährung, Stürzen, Verwahrlosung, Depression und Isolation führen. Die Größe des sozialen Netzwerkes steht in engem Zusammenhang mit der Mortalität, je geringer die soziale Isolation ist, desto geringer auch das Morbiditäts-, Institutionalisierungs- und Mortalitätsrisiko. So zeigte eine Studie von Farouk Mookadam et al. bei Patienten nach akutem Myokardinfarkt, dass ein schlechtes soziales Netzwerk negativen Einfluss auf das Überleben der Betroffenen hatte¹¹¹.

Es gibt deutliche Hinweise, dass Bewegungstherapie und körperliche Aktivität Gesundheit und Lebensqualität auch im Alter nachhaltig verbessern und durchaus positive Auswirkungen haben (neben den hinlänglich bekannten positiven Auswirkungen z.B. bei Diabetes, kardiovaskulären und pulmonalen Erkrankungen auch auf Depression, Sturzrisiko und andere „geriatrische“ Bereiche)^{106,108}. Auch - oder nicht nur - bei demenzkranken Personen ist eine Unterstützung und möglichst lange Nutzung der eigenen Fähigkeiten und Funktionen, die Abwehr sozialer Isolation und soziale Integration sowie die Akzeptanz der Demenz und ihrer Folgen und damit verbundene Gefühle (z.B. Validation nach Naomi Feil¹¹²) als günstig beeinflussend bekannt¹¹³.

Zusammenfassend gilt zu sagen, dass Lebensqualität durch viele verschiedene Faktoren beeinflusst wird, körperliche und geistige Gesundheit, kognitive Funktion und Weiterentwicklung, soziale Integration und Wertbestätigung sind hierbei wichtige Teilaspekte. Die biopsychosoziale Lebenssituation des Menschen ist in ihrer Gesamtheit wichtig, Umfeld und familiäre Unterstützung, finanzielle Ressourcen, Lebensstil und Abwechslung im Lebensalltag sind ebenfalls ausschlaggebend¹¹³. Eine richtige Kombination aus Hilfestellung und Förderung der eigenen Kompetenz, also eine ausgewogene Situation zwischen einem Zuviel und einem Zuwenig an Betreuung und Unterstützung hilft dabei, dass Betroffene mit einem Gefühl der Selbstbestimmung altern. Dies vermindert den Stress und Negativgefühle¹¹¹ der betreuten und der betreuenden

Personen und verzögert Institutionalisierung und Depression. Eine schlecht wahrgenommene Lebensqualität, körperliche Inaktivität, wenig soziale Unterstützung und das steigende Alter an sich sind Risikofaktoren für eine Umsiedlung in ein Alten- oder Pflegeheim¹¹⁰. Eine verminderte Lebensqualität und Depression haben aber nicht nur Einfluss auf das Leben und die Gesundheit der betroffenen Personen, sondern auch auf die Belastung und die Gesundheit betreuender Personen. Dekompensation und Belastung in diesem Bereich haben jedoch wiederum negative Auswirkungen auf die PatientInnen selbst. Auch hier wird die Wichtigkeit, der Gesamtanalyse des Umfelds und der betroffenen Person deutlich. Ein Leben zu Hause - mit bestmöglicher Qualität - ist nur dann möglich, wenn Bedürfnisse gedeckt werden können und eine Gesundheitsförderung im Alter existiert.

Belastung und Gesundheit betreuender Personen

Der Verlust eigener Funktion und Autonomie bedeutet die Abhängigkeit von anderen Personen. Je nach Schwere der Erkrankungen und Grad des Funktionsverlustes handelt es sich um eine Kombination aus professioneller und informeller Betreuung. Im Laufe der Zeit und mit Fortschreiten der bestehenden Problematiken verlagert sich die Betreuung von einer beinahe rein informellen Pflege (nimmt man die Betreuung durch den Hausarzt als minimal-Variante der professionellen Betreuung) mehr und mehr zu einer kombinierten und schlussendlich - bei Institutionalisierung - zu einer beinahe rein professionellen Pflege. Tatsache ist jedoch, dass der Großteil alter, abhängiger Menschen zu Hause betreut und auch gepflegt wird. Wichtige Hauptbereiche dieser Betreuung sind die Hilfe im Haushalt, in der persönlichen Pflege und emotional-soziale Unterstützung¹¹⁴. Je nach Bedürfnissen ändert sich selbstverständlich auch die notwendige Zeit und Aufwand der Betreuung. Die informelle Betreuung, also die Betreuung durch Familienangehörige, Partner oder Menschen aus dem nahen Umfeld (Nachbarn, Freunde oder 24h-Betreuung etc.) macht hier den Hauptteil der Betreuung aus. Durch die bestehende Lebenserwartung und sozio-kulturelle Einflüsse sind Frauen, also Partnerinnen und Töchter/Schwiegertöchter im Vergleich zu Männern einem höheren „Risiko“ ausgesetzt, die Betreuung für den Partner, einen oder beide Elternteile zu übernehmen¹¹⁴.

Wichtig im Bezug auf die Betreuungsbelastung ist auch die Frage, ob es sich um eine externe oder interne Betreuung oder Pflege handelt, d.h. ob die betreuende Person mit der betreuten Person zusammen lebt oder nicht. Gerade in der Betreuung von Personen hohen Alters (80 +) gilt zu berücksichtigen, dass auch die Betreuungspersonen selbst meist schon ein höheres Alter erreicht haben, seien es nun PartnerInnen im annähernd gleichen Alter oder Kinder, die ebenfalls schon über 60 Jahre alt sind. Wichtiger Aspekt im Unterschied der externen und internen Pflege ist, dass sich Mitglieder des eigenen Haushaltes, z.B. also erwachsene Kinder im gleichen Haushalt (meist auch selbst mit schlechterer Gesundheit oder geringerem sozio-ökonomischen Status) und EhepartnerInnen eher dazu verpflichtet fühlen, eine Betreuung zu übernehmen^{29,114} und mehr Zeit für die Betreuung aufwenden, als extern lebende Angehörige. Extern lebende Angehörige (speziell jüngere Männer) haben „legitime Entschuldigungen“ wie Familienerhalt und Arbeit - eine Möglichkeit die pensionierte Mitbewohner nicht mehr haben¹¹⁴.

Der Anteil an kleinen Hilfestellungen, wie z.B. das Einkaufen für die Eltern, Begleitung

bei Einkäufen und Erledigungen oder der „persönliche Taxidienst“ ist hoch und zählt ebenfalls zur informellen Betreuung, da auch dies Zeichen der Einschränkungen im täglichen Leben sind. Solche Betreuungsdienste können oftmals auch leicht von erwachsenen Kindern und Umfeld (Nachbarn, Freunde etc.) übernommen werden. Bei größerer Abhängigkeit und Verlust von Funktionen in persönlicheren Bereichen des täglichen Lebens (Körperhygiene etc.) beschränkt sich die Betreuung meist auf Familienmitglieder oder auf professionelle Betreuende. Wie bereits in der Einleitung „Das System Partnerschaft 70+“ erwähnt, ist die Belastung durch die Betreuung eines bedürftigen Angehörigen, je nach Bedürfnissen, Situation und Charakteristik der Betreuung für Betreuende im gleichen Haushalt, in einem anderen Haushalt, als Kind oder Partner eine jeweils andere³⁰. Tatsache ist jedoch, dass jede Form der Betreuung auch eine mehr oder weniger große Belastung mit sich bringt und je nach Dauer und Schwere der Betreuung auch negative Auswirkung auf die Gesundheit und Mortalität der Betreuenden hat^{33,115}. Wichtige Kofaktoren in diesem Bereich sind körperliche und mentale Gesundheit sowohl der betreuten als auch der betreuenden Person. So ist z.B. der Einfluss der Alzheimer-Demenz auf die Gesundheit der betreuenden Personen bekannt und dokumentiert. Die Abnahme der kognitiven Fähigkeiten des Betroffenen geht Hand in Hand mit der Abnahme der Lebensqualität der betreuenden Person¹¹⁶. Nicht nur bei Demenzerkrankten, sondern auch bei Personen mit Schlaganfall¹¹⁷, Morbus Parkinson¹¹⁸, Krebserkrankungen^{119,120} oder aber auch „einfach nur“ eingeschränkter Mobilität entsteht mit zunehmender oder bestehender Krankheit eine Belastung für die betreuenden Personen im unmittelbaren Umfeld.

Folgen dieser Betreuungsbelastung sind eine schlechtere Gesundheit – sowohl körperlich als auch psychisch – und eine höhere Mortalität der betreuenden Personen. Ausgehend von der gesundheitlichen Situation der betreuenden Personen ist auch deren Risiko gesundheitsbeeinflussender Ereignisse und Mortalität ein anderes. So zeigte sich z.B. in der Studie von Fredman et al.¹²¹, dass eine Betreuung in mindestens einem Punkt der (I)ADL (Aktivitäten des täglichen Lebens) keinen Einfluss auf die Abnahme der Gehgeschwindigkeit von betreuenden Personen hatte, sofern keine Risikofaktoren eines metabolischen Syndroms vorlagen, die Gehgeschwindigkeit aber mit steigender Belastung bei Vorliegen eines metabolischen Syndroms sehr wohl abnahm. Diese Abnahme ist mit einer Einschränkung im täglichen Leben der Betreuenden, sinkender Gesundheit und erhöhter Mortalität assoziiert. Eine erfahrene Belastung bedeutet für den Körper negativen

Stress, entsprechende Biomarker und physische Symptome sind bei Personen in belastender Betreuungssituation entsprechend erhöht. In der oben genannten Studie zeigte es sich, dass die meisten betreuenden Personen ältere Frauen und Personen in der Langzeitbetreuung (> 4 Jahre) eher jüngere Frauen waren, die nicht mit der betreuten Person verheiratet sind. Dies entspricht auch Ergebnissen anderer Studien, es handelt sich hierbei aufgrund der höheren Lebenserwartung oft um die Betreuung von hochbetagten Frauen (80+) durch deren Töchter/Schwiegertöchter^{30,37,114,118}.

Die psychische Belastung ist bei weiblichen Betreuenden meist höher als bei männlichen Betreuenden, der Unterschied zwischen externer Betreuung zur internen Betreuung liegt in der Management-Belastung und in Selbstvorwürfen für externe Betreuende im Vergleich zum Miterleben aller Probleme und Verhaltensänderungen durch interne Betreuende³⁰ (in diesem Fall also meist Ehepartner).

Neben psychischen Konsequenzen wie Depressionen und Angst/Sorge, sowie Belastung durch Trauer, Verlust und Schamgefühl sind auch eine abnehmende Immunfunktion, ein Anstieg des kardiovaskulären Risikos und das Risiko eines „caregiver collapse“, also das Zusammenbrechen der betreuenden Person (ähnlich einer Burn-out-Problematik) Folgen der Belastung^{29,60}.

Bei fortschreitender Erkrankung ist die Betreuung auch mit zunehmenden Stress verknüpft, gerade bei Demenz spielen auch Verhaltensauffälligkeiten und Aggressionen, gestörter Nachtschlaf und zunehmender körperlicher und geistiger Abbau der betreuten Person neben der Wahrnehmung von Verlust und Trauer eine große Rolle. Eine große gesundheitliche Belastung der betreuenden Personen und deren sinkende Lebensqualität und Gesundheit haben wiederum negative Auswirkungen auf die betreute Person. Das Risiko zur Institutionalisierung steigt. Hand in Hand damit die Kosten für das Gesundheitssystem. Das Assessment der betreuenden Personen und deren Lebensqualität ist also auch wichtiger Teil der Patientenbetreuung, v.a. solange die betroffene Person noch zu Hause lebt¹¹⁶.

Um also betroffenen Personen möglichst lange zu Hause behalten zu können, ist die Wahrnehmung der Bedürfnisse und Probleme der betreuenden Personen wichtig. Möglichkeiten zur Entlastung und Auszeit sind essentiell. Positive Copingstrategien, also aktive Bewältigung der Situation ist für eine geringere Belastungswahrnehmung wichtig. Negative (passive) Bewältigung hat eine negative Auswirkung auf die subjektive Belastung^{117,118,122,123}.

Möglichkeiten der Entlastung und Hilfestellungen (z.B. Tageszentren oder Kurzaufenthalte für die betreuten Personen, Kurzzeitpflegedienste für zu Hause etc.) können nur dann in Anspruch genommen werden, wenn sie auch existieren und die Betreuenden von ihrer Existenz wissen.

Männer und Frauen, besonders als Ehepartner, scheinen unterschiedliches Verhalten bezüglich der Hilfesuche aufzuweisen. Brown und Chen ¹²⁴ stellten folgendes fest: Frauen haben eher die Einstellung, dass sie die Einzigen sind, die optimale Pflege zur Verfügung stellen können, während Männer eher die Haltung eines „Betreuungsmanagers“ einnehmen, d.h. Betreuungsaufgaben eher abgeben, diese aber so gut wie möglich koordinieren. Es geht ihnen um das möglichst stressfreie „Zusammensein“, dass unter Umständen auch in Institutionen stattfinden kann. Sie sind eher bereit, früher und schneller Hilfe von außen anzunehmen. Männliche Betreuende erleben in der Betreuung auch weniger Stress und sind einem geringeren Depressions-Risiko ausgesetzt, während Frauen schneller auf ihr eigenes Wohlergehen und Wohlbefinden verzichten. Oftmals ist eine Verdrängungsprozess im Vordergrund und verzögert die Hilfesuche und das Einrichten sozialer Hilfsnetzwerke, es kommt eher zur Katastrophe, bevor Maßnahmen ergriffen werden.

Gerade bei geriatrischen Paaren ist es auch wichtig, Ausschau nach Drittbetreuern zu halten, die ebenfalls von Bedeutung für das funktionierende System sind. Wie bereits erwähnt, hat hier am ehesten und auch den einfachsten Zugang zu familiären Strukturen nach wie vor der/die AllgemeinmedizinerIn. Durch teilweise jahrelange Begleitung und Aufbau eines Vertrauensverhältnisses besteht hier ein wichtiger Zugang zur Motivation und Information bezüglich Hilfestellungen und eine gute Möglichkeit der Verlaufsbeobachtung, um eventuelle „Katastrophen“ vermeiden zu können, auch wenn das kein sicherer Schutz davor ist.

Das geriatrische Assessment

In den letzten Jahren hat sich das „geriatrische Assessment“ (GA), also eine umfassende Evaluierung, Funktionsfeststellung und Gesamtbeurteilung des alternden Menschen in den Bereichen der körperlichen Funktion, Kognition, sozio-ökonomischer Status und spezifischer Lebensumstände als wichtige Sammlung evaluierter Testverfahren und wichtige Stütze in der Betreuung des geriatrischen Patienten etabliert.

„Geringe Änderungen in den Fähigkeiten einer älteren Person, alltägliche Aufgaben durchzuführen oder in der Fähigkeit einer betreuenden Person Unterstützung zu gewährleisten, kann Einfluss auf wichtige Entscheidungen des Lebens haben. Ältere Personen sind verletzlicher gegenüber reversiblen Problemen, die zu Behinderung beisteuern, aber schon kleine Verbesserungen im funktionellen Status können signifikant positiven Einfluss haben. Deshalb bedarf es in der Betreuung älterer Menschen, dass der Arzt/die Ärztin den funktionellen, sozialen und andere Aspekte der Situation des Patienten zusätzlich zum üblichen Fokus auf medizinische Probleme berücksichtigt. Die Domänen des multidimensionalen Assessments, wie z.B. mentale Gesundheit, körperliche Gesundheit, Funktion und soziale Situation setzen das Feld der Geriatrie von anderen Feldern der Medizin ab.“ [aus: Handbook of Geriatric Assessment¹²⁵].

„Die Betonung des funktionalen Assessments und der Prävention funktioneller Behinderung ist ein wesentliches Qualitätskriterium geriatrischer Betreuung. Deshalb stellt das im interdisziplinären Team durchzuführende geriatrische Assessment einen obligaten Leistungsstandard der nach dem Österreichischen Krankenanstaltsplan 2000 in Österreich flächendeckend neu entstehenden Abteilungen und Departments für Akutgeriatrie/Remobilisation (Standards der Akutgeriatrie/Remobilisation, ÖBIG 1999) dar. Das rechtzeitige Erkennen von Funktionsdefiziten ist bei älteren Menschen besonders wichtig, denn es könnte sich um frühe Warnzeichen einer organischen Erkrankung bzw. um Warnzeichen für Verlust von Selbstständigkeit und Autonomie handeln...“ [aus: „Geriatrie - der ältere Mensch mit seinen Besonderheiten“¹²⁶]

Das geriatrische Assessment ist also das Hauptwerkzeug eines Geriaters/einer Geriaterin, v.a im klinischen Bereich. In Österreich haben Bestrebungen zur Etablierung des Faches Geriatrie als eigener Facharzt im klinischen Bereich und noch viel mehr im extramuralen Bereich zugenommen und zeigen erste Ergebnisse. Wie oben erwähnt wurde im Krankenanstaltsplan 2000 eine flächendeckende Einrichtung geriatrischer Stationen

vorgesehen, im extramuralen Bereich gibt es seit Jahren einen „Diplomfortbildungskurs Geriatrie“ der österreichischen Ärztekammer, jedoch bis jetzt ohne Konsequenzen für die Teilnehmenden (abgesehen von dem vertiefenden Wissenserwerb im Bereich der Geriatrie, z.B. aber keine Verrechenbarkeit von Leistungen im Bereich Geriatrie). Die neueste Entwicklung im Fach Geriatrie in Österreich ist die gesetzliche Möglichkeit der Anerkennung dieser AbsolventInnen als Fachärzte für Geriatrie und das Ziel der Etablierung des geriatrischen Faches an mehreren Kliniken in Österreich sowie in universitären Lehrplänen. International hat diese Entwicklung bereits stattgefunden. Ein weiterer Fortschritt ist die Empfehlung zur Verwendung des geriatrischen Assessments im extramuralen Bereich, hier stellt sich jedoch die Frage der Möglichkeit nach einem interdisziplinärem Team, wie es eigentlich zur Durchführung des Assessments verlangt wurde. Intramural, also in spezialisierten Zentren und Kliniken, findet das Assessment interdisziplinär statt, im extramuralen Bereich bleibt es meist dem/der AllgemeinmedizinerIn alleine überlassen. Es macht jedoch Sinn, den/die Hausarzt/Hausärztin in die Betreuung geriatrischer Patienten mit einzubeziehen, da dies erste Anlaufstelle bei einer Reihe von teilweise auch sehr persönlichen Problemen und Fragestellungen ist und sich aufgrund einer oftmals langjährigen Betreuung Einblicke eröffnen und Informationen ergeben, die im klinischen Bereich erst mühsam erfragt werden müssen, falls sie überhaupt erfragt werden (können). In der Kommunikation zwischen intramuralen und extramuralen Bereich hat das GA unterstützende Funktion. Von ÄrztInnen subjektiv wahrgenommene Verschlechterungen oder Veränderungen können durch Testergebnisse und Scores ein objektives Maß erhalten. Auch wenn die Testergebnisse allein nicht in der Lage sind, die Situation des Patienten komplett darzustellen, so können sie einen Eindruck übermitteln, subjektiv wahrgenommene Verläufe objektiviert darstellen und zwischen Klinik und extramuralem Bereich übermittelt werden.

Für wen ist das geriatrische Assessment geeignet?

Alter

„Chronologisches Alter allein ist kein sehr spezifischer Prädiktor geriatrischer Probleme und führt zum Einschluss von Patienten, die von einem GA nicht profitieren können. Alter allein (z.B. mehr als 75 Jahre) sollte nur als generelle Voraussetzung für eine Screening-Untersuchung dienen.[...] Um auch präventiv tätig zu sein, sollte man die Altersgrenze für die Durchführung des Assessments bei 65 Jahren ansetzen.“ [ebenda¹²⁶]

„Die geriatrische Medizin ist zwar nicht spezifisch altersdefiniert; konzentriert sich jedoch auf typische, bei älteren Patienten gefundene Erkrankungen. Die meisten Patienten sind über 65 Jahre alt. Patienten, die am meisten von der geriatrischen Spezialdisziplin profitieren, sind in der Regel 80-jährig und älter.“²²⁴

Problemstellungen und Multimorbidität

Gerade der ältere Mensch mit einer multidimensionalen geriatrischen Problematik profitiert von einem geriatrischen Assessment mit darauffolgender angepasster Intervention. Im Sinne der Prävention profitieren all jene von einem GA, die in Gefahr laufen, in eine geriatrische (Betreuungs-)Situation zu kommen. Auch hier kann das GA nur erfolgreich sein, wenn auch entsprechende präventive Maßnahmen getroffen werden. Das vorrangigste Ziel ist eine individuelle Planung und Intervention nach Erhebung des Patientenstatus. In der Betreuung von DiabetespatientInnen kann die Blutabnahme zur Feststellung des HbA1c ohne darauffolgende Intervention auch unterlassen werden.

Zusätzlich ist das GA eine Möglichkeit, von dem/der HausärztIn subjektiv wahrgenommene Zustandsänderungen und Verschlechterungen auch in diesen Gebieten zu objektivieren und zu dokumentieren. Es ist zu bedenken, dass die Besuchsfrequenz der PatientInnen in einer allgemeinmedizinischen Praxis auch keine regelmäßige ist. Dauerrezepte werden oftmals von Angehörigen mitgenommen, hoher zeitlicher Druck im täglichen Betrieb erlaubt oft nur das Eingehen auf akute Probleme. Es bleibt keine Zeit, sämtliche mögliche Gefahrenbereiche „abzuklopfen“, akute Probleme mit höchster Dringlichkeit werden besprochen, subakute oder chronische Probleme werden oftmals von den betroffenen Personen selbst nicht als wichtig angenommen oder durch Gewohnheit und Verdrängung nicht zur Sprache gebracht.

Die Durchführung des GA führt zu einer ausführlicheren Beschäftigung und einer intensiveren Interaktion mit dem untersuchten Patienten, was immer wieder zu weiteren,

unerwarteten Ergebnissen führen kann.

Durch ein ausführliches GA ist die Möglichkeit zur Dokumentation eines „Status Quo“ gegeben, von dem ausgehend auch eine gezielte Verlaufsbeobachtung möglich ist (z.B. bei beginnenden demenziellen Symptomen, Mild Cognitive Impairment).

Im klinischen Bereich kommt der Kontakt mit geriatrischen PatientInnen meist erst nach Eintreten eines akuten Ereignisses zu Stande, welches auch oft im Zusammenhang mit der geriatrischen Allgemeinsituation entstanden ist. Die 82-jährige Schenkelhalsfraktur aufgrund einer zunehmenden Gebrechlichkeit und kontinuierlicher Verschlechterung wird natürlich ein Assessment bekommen, wo diese Gebrechlichkeit auch festgestellt wird, präventive Maßnahmen erster Linie kommen hier jedoch zu spät.

Instrumente des geriatrischen Assessments

Im Laufe der letzten Dekaden haben sich einige Instrumente des geriatrischen Assessments entwickelt und sich als zuverlässig erwiesen. Einer der wohl bekanntesten Vertreter ist hierbei u.a. die Minimal State Examination (Folstein et al.), aber auch ein Pool anderer Instrumente hat sich im Bereich der Geriatrie und des GA als unverzichtbar erwiesen. Hier verwendete und beschriebene Assessmentinstrumente sind größtenteils auch Teil des „österreichischen geriatrischen Basisassessments^{14c}“, eine Auswahl aus einer Vielzahl möglicher und etablierter Testinstrumente, die den Bereich der körperlichen Funktion, Mobilität, Kognition, Depression und Ernährung abdecken.

Selbsthilfefähigkeit und erweiterte Aktivitäten des täglichen Lebens

Erhaltung von eigener Funktion führt zu einem längeren Leben in Unabhängigkeit und ist eines der wichtigen Ziele der Geriatrie. Erkrankungen haben Einfluss auf die Funktion im täglichen Leben, Einschränkungen dadurch Einfluss auf die Lebensqualität, eine als schlecht wahrgenommene Lebensqualität wiederum negativen Einfluss auf die Gesundheit. Krankheit allein ist für die betroffene Person nicht wichtig, das Funktionieren mit der Krankheit im täglichen Leben und in sozialer Funktion ist wichtig. Im engeren Sinne ist dies die Fähigkeit zur eigenen Körperpflege und Hygiene, im weiteren Sinne die Fähigkeit zu einer selbstständigen Mobilität (z.B. Auto, öffentliche Verkehrsmittel), Kommunikation (z.B. Telefonieren) und Erhaltung (z.B. Umgang mit Geld). Beispiele für die Testung der unmittelbaren Funktionen im täglichen Leben (ADL) sind der Katz Index of Activities of Daily Living, FIM (funktionale Selbstständigkeitmessung) und der Barthel Index^{14,126}. Hierbei erfragte Bereiche sind körperliche Hygiene Inkontinenz, Ankleiden,

Selbstständigkeit beim Essen, Mobilität im häuslichen Umfeld und Transfer. Beim Barthel Index spezifisch ist ein Maximum von 100 Punkten zu erreichen, Werte unter 70 Punkten bedeuten eine Einschränkung in den Fähigkeiten des täglichen Lebens, bei denen wahrscheinlich bereits ein Pflegebedarf besteht¹³. Der Barthel-Index misst die Funktion im täglichen Leben im Rahmen der notwendigen physischen Assistenz, hat also auch den Vorteil der Beantwortung durch die betreuenden Personen z.B. bei dementen Personen, in Fällen wo die eigene Schwäche nicht wahrgenommen wird. Beispiele für die erweiterten Aktivitäten des täglichen Lebens sind der Fragebogen nach den Instrumental Activities of Daily Living (IADL) und OARS-5 Items-IADL Questionnaire (OARS-5-IADL)^{14,126} oder aber auch kombinierte Assessments wie das Determination of Need Assessment (DONA)¹²⁶.

Bei dem Assessment der IADL ist es Ziel herauszufinden, inwieweit die betroffene Person in erweiterten Bereichen des täglichen Lebens Einschränkungen aufweist. Bereiche hier sind die Bewältigung von Haushaltstätigkeiten (Kochen, Waschen, Haushalt generell, Einkaufen), Einnahme von Medikamenten, Nutzung eigener und öffentlicher Verkehrsmittel, Kommunikation und Geldhaushalt. Einschränkungen in diesen Bereichen beeinflussen durchaus die Unabhängigkeit gegenüber anderen, können zu sozialer Isolation und zu Einschränkungen der Lebensqualität führen, ohne das die betroffene Person in ihren eigenen ADL Einschränkungen aufweist.

Mobilität

Mobilität, als Voraussetzung für die Funktion im täglichen Leben und als Parameter für die körperliche Gesundheit, ist ebenfalls wichtiger Teilfaktor des GA. Auch hier gibt es bereits eine Vielzahl von Tests, die sich als nützlich erwiesen haben. Einer der am einfachsten durchzuführenden Tests ist der sogenannte „Timed up and Go“, bei dem die zu testende Person die Aufgabe hat, von einem Stuhl aufzustehen, 3 m zu gehen, umzudrehen und sich wieder hinzusetzen. Die dafür benötigte Zeit liefert Hinweis auf eine reduzierte Gehgeschwindigkeit, durch die Beobachtung der Person könne mangelnde Kraft der unteren Extremität und andere Auffälligkeiten wie z.B. Kleinschrittiger Gang, Schwanken, Schlurfen etc. wahrgenommen werden. Eine Zeit über 30 Sekunden ist Hinweis auf Einschränkungen im täglichen Leben und eine erhöhte Sturzgefahr¹²⁷. Der Timed up and Go (TUG) ist somit eine minimale aber komplexe Form des Assessments und kann durch weitere Instrumente des GA ergänzt werden. So z.B. der Mobilitätstest nach Tinetti, bei dem u.a. Schritt- und Gangbild genauer betrachtet und Gleichgewicht, Balance,

Rumpfstabilität und andere wichtige Eigenschaften getestet werden. Auch mit diesem Test ist ein erhöhtes Sturzrisiko feststellbar^{127,128}. Der Chair-rising-Test, Tandem-Stand, Tandem-Walk-Performance, 10m-Walking Test und 6 Minutes Walking Test wären als weitere mögliche Testverfahren zur spezifischen Testung der Mobilität zu nennen^{14,127}. Ein unauffälliger TUG (unter 10 Sekunden) liefert bereits einen guten Hinweis auf eine normale Gangfunktion und ungestörte Mobilität¹⁴.

Mentale Gesundheit

Die mentale Gesundheit im Bereich des geriatrischen Assessments teilt sich hauptsächlich auf 2 Bereiche auf: kognitive Leistung und psychische Gesundheit. Haupterkrankungen im Bereich der psychischen Gesundheit sind Depression und Angst und diese sind durchaus in der Lage, auch die kognitive Leistungsfähigkeit einzuschränken. Einschränkungen in der kognitiven Leistung können mehrere Ursachen haben, z.B. Demenz, Depression, Delir – um nur ein paar zu nennen. Teil des geriatrischen Assessments ist es also auch, eben solche Defizite festzustellen:

Kognition

Einer der wohl bekanntesten Vertreter der kognitiven Testverfahren ist die Mini Mental State Examination (MMSE Folstein et al.,1975). Es ist ein Testverfahren, das mehrere Dimensionen der Kognition testet, unter anderem zeitliche und örtliche Orientierung, abstraktes Denken, Wortregistrierung und Erkennung, Aufmerksamkeit und visuelle Wahrnehmung. Die maximal zu erreichende Punktezahl liegt bei 30 Punkten, cut-off für dementielle Veränderungen ist nach Folstein ein Score von 21/22 Punkten. Der Mini Mental hat keine Möglichkeit, zwischen einzelnen dementiellen Syndromen oder zwischen Demenz und Depression zu unterscheiden, er gibt nur die Möglichkeit, kognitive Einschränkungen darzustellen. Durch eine befriedigende Sensitivität (87%) und Spezifität (82%) gute Test-Retest Reliabilität und Inter-observer Reliabilität¹²⁵ hat sich dieser Test über lange Jahre als Goldstandard in der Testung kognitiver Einschränkung bewährt. In den Jahre zunehmende Kritikpunkte wie zu lange Durchführungszeit, kulturellen und bildungsabhängigen Bias¹²⁹ haben zu einer Entwicklung weiterer Testverfahren geführt, welche sich ebenfalls im Bereich des Demenzscreenings etabliert haben. Die Verfügbarkeit der Testverfahren u.a. auch in den unterschiedlichen Sprachen ist nach wie vor variabel, Tests wie die MMSE und der Clock-drawing Test zählen zu den am leichtesten verfügbaren Tests und sind auch in der klinischen Routine sehr weit verbreitet¹²⁹.

Der Clock-drawing-Test – oftmals auch Uhrentest oder Clock-Compilation-Test genannt – ist ebenfalls ein seit Jahren etabliertes Screening-Instrument mit einer ausreichend hohen Spezifität und Sensitivität^{130,131}. Hauptsächlicher Kritikpunkt an diesem Testverfahren ist eine Vielzahl von Möglichkeiten zur Auswertung des Tests. Im österreichischen geriatrischen Basisassessment¹⁴ werden die Auswertung nach Schulmann et al. und Sunderland et al. angeführt. Er ist als minimal-Screening für Demenz verwendbar, ein negativer Uhrentest schließt jedoch Demenz nicht vollständig aus¹³². Eine Kombination von Uhrentest und MMSE hat sich als nützlich erwiesen, da somit die Rate der falsch negativen Ergebnisse reduziert werden kann^{133,134} und auch eine bessere Früherkennung möglich ist¹³³.

Weitere Testverfahren im Bereich der kognitiven Testung sind z.B. das SPMSQ (Short portable Mental Status Questionnaire)¹²⁵, Cognitive Capacity Screen¹²⁵, AD8⁵⁷, GPCog (GP: General Practitioner), Mini-COG (Mini cognitive Assessment) und Memory Impairment Screen, letztere 3 für die Anwendung unter Zeitdruck geeignet, also durchaus auch im allgemeinmedizinischen Setting durchführbar, bei weitem aber nicht so leicht verfügbar wie MMSE und Clock¹²⁹.

Durch die ÖGGG weiters zur Verfügung gestellt wurde der Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TFDD, Ihl et al.)¹⁴.

Depression

Im Bereich des Depressionsscreenings werden im österreichischen geriatrischen Basisassessment die Geriatrische Depressions-Skala (GDS-15, Yesavage et al.)¹⁴ und das Depression Status Inventory (DSI, Zung et al.)¹⁴ genannt. Bei der GDS handelt es um einen aus 15 Fragen bestehenden Test mit den Antwortmöglichkeiten „ja“ und „nein“. Ein cut-off von 5 Punkten (15 maximal) ist als Hinweis auf Depression definiert. Bei kognitiv stark eingeschränkten Personen ist der Test nicht mehr sinnvoll durchführbar¹⁴.

Ernährungs-Screening

Als Minimalvariante des Screenings zur Mangel-/Unterernährung gilt die Frage nach dem Gewicht, ungewolltem Gewichtsverlust und Appetitlosigkeit im Laufe der letzten Monate. Ein auffällig geringer BMI (cut-off BMI von 21 kg/m²) oder eine relevante, ungewollte Gewichtsabnahme (z.B. mehr als 3 kg in den letzten 3 Monaten oder mehr als 10% des Körpergewichts im letzten Jahr) bedürfen einer weiteren Abklärung. Zur Verwendung bei älteren Personen haben sich QINS (Questionnaire for Initial Nutritional Screening,

Johnson et al.)¹³, Nutritional Risk Screening und das Mini-Nutritional Assessment (Guigaz et al.) als tauglich erwiesen^{83,85}. Das MNA besteht im Grunde aus 2 Teilen, einer Vor-Anamnese und einer Anamnese. Vorteil in dieser Struktur liegt darin, dass bei normaler Voranamnese (12/14 Punkten) kein Weiterführen des Assessments notwendig ist.

Caregiver Burden

Im Bereich der Betreuungsbelastung liegen ebenfalls mehrere mögliche Screening-Instrumente vor, prominente Vertreter sind das Zarit-Burden Interview (Zarit et al.) und das Care-Giver Burden Inventory oder auch Care Giver Burden Index (CGI, Novak et al.)¹²⁵. Beide Testverfahren behandeln die durch die Abhängigkeit der betreuten Personen erfahrene Belastung und Einschränkung in mehreren Bereichen, u.a. soziale Kontakte, persönliche Gefühle, familiäre Reaktionen, Grad der Abhängigkeit und Einfluss auf körperliche und psychische Gesundheit. Bei erhöhter Belastung muss immer auch auf eine mögliche Depression der betreuenden Person geachtet werden.

Das geriatische Screening nach Lachs

Das Screening nach Lachs ist eine Zusammenstellung von Fragen betreffend mehrerer Bereiche geriatrischer Problematiken und dient zur groben Evaluierung geriatrischer Risikobereiche, wie z.B. Sehen, Hören, grobe Kraft und Beweglichkeit, Kontinenz, Ernährung, kognitiver Status, Depression und soziale Unterstützung.

... und Praxis...

Zu Hause zu Besuch

Abhängigkeit

Besuch 1

Der Termin mit Frau O. war schnell vereinbart, das Ehepaar hatte sich rasch dazu bereit erklärt, bei meiner Befragung und dem Assessment teilzunehmen. Die Adresse verriet mir nicht mehr, als dass sich das Haus des Ehepaares am Rand der Stadt, etwas außerhalb, aber durchaus noch im Einzugsbereich des Bezirkes und der dortigen Infrastrukturen befindet. Mit der Tatsache, dass mein Auto es mit dem zweiten Gang in der 30er Zone beinahe nicht den Hügel hinaufschafft, habe ich nicht gerechnet. Nach Kontrolle der Hausnummer klinge ich an der Gartentür des kleinen Einfamilienhauses. In unmittelbarer Umgebung stehen 2 weitere Häuser, eines davon ein moderner Neubau, ein zweites wie dieses im Stil der 60er Jahre. Wie es sich herausstellt, handelt es sich bei dem Neubau um das Haus des Schwiegersohns, bei dem anderen Nachbarhaus um das Haus der Cousine, alleinstehend, selbst über 75 Jahre alt und kränklich. Kurze Zeit später öffnet sich die Haustür und Frau O. bittet mich über die 9 Stufen vor der Eingangstüre hinauf in das Haus. Beim Betreten des Wohnzimmers stolpere ich als erstes einmal über die Türschwelle. Frau O. ruft ihren Gatten hinzu und überlässt mir zuerst das Gespräch mit ihm, da sie für sich und ihr Enkerl noch kochen muss. Ihr Gatte bekommt sein Essen auf Rädern geliefert. Diese Lösung bestehe schon seit mehreren Monaten, da sie nicht immer kochen möchte und nicht immer warm essen will, während ihr Gatte immer darauf bestehe.

Während Frau O. in der Küche werkt, setze ich das Gespräch mit Herrn O. fort. In der Anamnese des 83-Jährigen zeigt sich eine jahrelange Hypertonie, Hepatitis C, eine vor ca. 1 Jahr festgestellte Demenz, diagnostiziert im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes aufgrund einer subtrochantären Fraktur nach Sturz und Insult mit Pulmonalarterien-Embolie während dieser Zeit. Zur Therapie der Demenz bekam Herr O. Rivastigmin (Exelon Transtec 4,6 mg©) verordnet. Die Zahl der zusätzlich eingenommenen Medikamente lag bei 4 Präperaten. Auf die Diagnose der Demenz angesprochen, zeigt sich Herr O. betrübt und belastet, seine Situation habe sich im Laufe des letzten Jahres verschlechtert. Da der letzte MMSE im Rahmen des Aufenthaltes vor etwa einem Jahr durchgeführt wurde, ist Herr O. gerne dazu bereit, sämtliche Tests, inklusive dem MMSE und dem Uhrentest mit mir durchzuführen. Damals angesuchtes Pflegegeld wurde mit Stufe 2 bewilligt. Es zeigt sich, dass er durchaus schon Einschränkungen im täglichen Leben

(Barthel-Index 80/100, IADL 7/16) erfährt, durch die Fraktur ist seine Mobilität etwas eingeschränkt und Stiegen steigen funktioniert kaum mehr (die Treppen ins Haus erweisen sich für ihn als massives Hindernis). Der MMSE liegt im Vergleich zum Vorbefund unverändert bei 26 Punkten, der Uhrentest ergibt 5 von 9 Punkten. Bei Frau O. (78) bestehen zur Zeit keine akuten gesundheitlichen Probleme, die bestehenden Therapien wegen Hypertonie, Aortenklappenersatz, Hypothyreose und chronischer Obstipation werden scheinbar eingehalten. Die chronischen Schmerzen aufgrund einer Spondylarthrose und Gonarthrose seien erträglich und bedürfen keiner Behandlung, ein Kuraufenthalt deswegen wurde aber gewünscht und daraufhin auch darum angesucht. Die Werte der durchgeführten Tests sind im Großen und Ganzen unauffällig, die Betreuungsbelastung wird als nicht schlimm wahrgenommen.

Besuch 2

Herr O. wurde erst vor kurzem wieder aus dem Krankenhaus nach Sturz mit Schenkelhalsfraktur entlassen. Die Ursache für den Sturz wurde nicht gefunden, eine TIA wird angenommen. Durch diese zweite Fraktur ist Herr O. nur mehr mit dem Rollator in der Wohnung mobil. Seit er aus dem Krankenhaus entlassen wurde, hat er das eigene Haus bis auf einen Kontrolltermin nicht mehr verlassen. Durch seine eingeschränkte Mobilität muss er von der Rettung abgeholt und die Stiegen hinunter getragen werden. Durch die zusätzliche Immobilität und der Notwendigkeit des Rollators ist die Mobilität im Haus ebenfalls eingeschränkt. Das passieren der Türschwellen und Teppichkanten sind ein Problem. Frau O. weigert sich zu diesem Zeitpunkt weiterhin, den Wohnzimmerteppich oder andere Teppiche wegzuräumen.

Der kognitive Abbau ist laut beiden Partnern weiter fortgeschritten. Der durchgeführte MMSE zeigt 19/30 Punkten, Herr O. - ehemaliger Ingenieur – bemüht sich redlich, sämtliche Aufgaben zu lösen, bemerkt aber im Laufe der Testung seine eigene Einschränkung, vor allem beim Kopfrechnen. Sein Stimmungsbild ist generell depressiv, auf der geriatrischen Depressionsskala erreicht er 6 Punkte. Durch den Sturz und den fortschreitenden kognitiven Abbau haben auch seine Fähigkeiten im Alltag weiter abgenommen (Barthel 50/100, IADL 2/16). Zusätzlich ist eine Stuhlinkontinenz hinzugekommen. Hand in Hand mit diesen Veränderungen zeigt sich eine gesteigerte Betreuungsbelastung für Frau O., deren gesundheitlicher Status unverändert geblieben ist. Für sie am belastendsten erweist sich die Tatsache, dass ihr Gatte nun vollständig und

rund um die Uhr von ihr abhängig ist und sie deswegen vor allem das Gefühl hat, zu Hause eingesperrt und isoliert zu sein. Die in der Nachbarschaft lebende Familie ist zu ihren Hauptkontakten geworden, Freundinnen für einen Kaffee kann sie nicht mehr treffen, da sie ihren Gatten nicht alleine lassen kann und einladen will sie diese nicht, da es ihr peinlich ist. Die arbeitenden Kinder will sie nicht mit der Betreuung des Gatten belasten, fremde Hilfe lehnt sie kategorisch ab. Um eine Pflegegelderhöhung wird nach dem Gespräch mit Hilfe des Hausarztes angesucht, da z.B. die Kosten allein für Inkontinenz-Einlagen bzw. Windelhosen gestiegen sind.

Besuch 3

Die Situation von Herrn O. hat sich weiter verschlechtert, der kognitive Abbau ist weiter fortgeschritten, immer wieder treten visuelle Halluzinationen auf (Spielzeugautos und Insekten, welche sich die Wände entlang bewegen). Sämtliche Medikamente wurden abgesetzt, die Erhöhung um Pflegegeld wurde mit Stufe 6 bewilligt. Seine Gattin gibt an, dass er in letzter Zeit immer weniger und schlechter esse und ihm das Essen auch nicht mehr schmecke, Herr O. hat im Verlauf der letzten Monate 6kg abgenommen. Zusätzlich zur Stuhlinkontinenz besteht nun auch eine Harninkontinenz, Herr O. schafft es aufgrund der eingeschränkten Mobilität meist nicht mehr rechtzeitig auf die Toilette, Windelhosen werden von ihm jedoch entfernt. Der Vorschlag eines Leibstuhls wird von Frau O. abgelehnt. Trotzdem, dass die Teppiche in dem vom Wohn- ins Schlafzimmer umgewandelten Zimmer und die Teppiche im Gang nun entfernt wurden, stürzt Herr O. regelmäßig, v.a. auf dem Weg zur Toilette. Da Frau O. ihren Gatten alleine nicht wieder auf die Beine bekommt, muss sie ihren Schwiegersohn oder die nächsten Nachbarn anrufen, um ihr zu helfen. Sind diese nicht zu Hause, stellt sie sich auf die Straße und hält vorbeifahrende Fahrzeuge an. Wenn ihr Gatte nachts stürzt und sie niemanden erreicht, bleibt er am Boden, wird zugedeckt und am nächsten Morgen von ihrem Schwiegersohn oder Vorbeifahrenden wieder aufgehoben. Eine unterstützende Betreuung oder 24h-Hilfe werden nach wie vor abgelehnt, obwohl im ersten Stock Räumlichkeiten zur Unterbringung frei wären. Auch die Bitten der Kinder, sich zumindest Hilfe für den Haushalt zu suchen, werden abgelehnt.

Frau O. erweist sich mit ihren mittlerweile 80 Jahren jedoch zunehmend mit der Situation überfordert, die Betreuungsbelastung ist massiv angestiegen, sie äußert auch den zunehmenden Wunsch einfach davonzulaufen. Als entlastende Maßnahme war zum

Zeitpunkt des 3. Besuches der gewünschte Kuraufenthalt bewilligt, währenddessen der Gatte in Kurzzeitpflege in einem Pflegeheim untergebracht werden sollte. Dies war die einzige entlastende Maßnahme, welche Frau O. akzeptiert hatte.

Auf die Frage hin, welche Maßnahmen getroffen werden würden, wenn Frau O. sich selbst gesundheitlich verschlechtern würde und ihren Gatten nicht mehr betreuen könnte, gab es keine Antwort. Frau O. war sich sicher, dass ihre Gesundheit auch die nächsten Jahre so bleiben werde. Ein „Plan B“ war nicht vorhanden, Herr O. also von der Gesundheit seiner Frau absolut abhängig.

Überraschungen

Besuch 1

Herr und Frau L. sind ein Ehepaar im Alter von 73 Jahren. Sie leben im zweiten Stock eines 4-stöckigen Hauses (ohne Lift) in einer Siedlung im urbanen Gebiet. Zu Fuß sind es 10 min. zum nächsten Lebensmittelgeschäft, 12 min zur Bank und zur Apotheke, ebenso zur Bushaltestelle. Herr L. war lange Jahre in der Metallverarbeitung tätig, Frau L. ist gelernte Schneiderin, durch Familie und Kinder hat sie ihren Beruf jedoch nie ausgeübt. Da die Kinder schon lange erwachsen und auch die Enkelkinder bereits im Maturaalter sind, genießen die beiden nun ihren Ruhestand. Sie gehen beinahe jeden Tag spazieren und zweimal die Woche tanzen, den Weg dorthin und zurück (ca. 4km) gehen sie zu Fuß. Herr L. besitzt noch den Führerschein, Frau L. besitzt ihn, wenn fährt aber ihr Mann. Meistens benutzen die beiden jedoch die öffentlichen Verkehrsmittel, da Herr L. aufgrund einer Glaskörpertrübung am rechten Auge nur mehr einen 10%igen Visus besitzt. Das andere Auge ist lt. Augenarztbefund in Ordnung. Herr L. sieht kein Problem darin, auch mit seinem eingeschränkten Visus Auto zu fahren. Bei Frau L. ist außer einer Hypertonie keine chronische Erkrankung, bei Herrn L. ist ein „latenter Diabetes“, Hypertonie und diverse beruflich bedingte Gelenksabnützungen bekannt. Ein Prostata Karzinom wurde entfernt und gilt als ausgeheilt, die urologischen Kontrollen sind einmal im Jahr empfohlen.

Beide beschreiben sich zu diesem Zeitpunkt als gesund, zufrieden und beschwerdefrei. In den durchgeführten Tests jedoch fällt bei Herrn L. ein MMSE von 27/30 und in Kombination dazu ein Uhrentest mit nur 4 von 9 Punkten auf. Darauf angesprochen berichtet Herr L. über zunehmende Schwierigkeiten in der Funktion des Kurzzeitgedächtnisses und Namensgedächtnisses. Ansonsten habe er keine Schwierigkeiten.

Besuch 2

Die Situation des Ehepaares ist nach wie vor unverändert, Frau L. klagt nur über hin und wieder auftretenden Schwindel und Tinnitus bei Anstrengung, weswegen sie bereits 2008 in Behandlung war, welcher daraufhin leiser geworden ist, jetzt aber bei Anstrengung etwas lauter wird. Ihr wird regelmäßiges Blutdruckmessen mit Protokoll empfohlen, um dann zur Kontrolle zum Hausarzt zu gehen. Die Hypertoniemedikation wird in Folge angepasst und zusätzlich Betahistin (Betaserc©) aufgrund der vergangenen positiven Erfahrungen verschrieben. Das erneut durchgeführte kognitive Assessment bei Herrn L. bestätigt die

Ergebnisse des letzten Mals, es wird von einem „Mild Cognitive Impairment“ ausgegangen.

Zwischen Besuch 2 und 3

Frau L. ruft am Ende eines Praxisnachmittages in der Ordination des Hausarztes an und klagt über diffuse Beschwerden wie Schwindel und Kopfschmerzen, Schwäche in der linken Hand und Gangunsicherheit. Der Hausarzt schickt die Patientin mit der Rettung und Verdacht auf Insult ins Krankenhaus. Auf der Fahrt verschlechtert sich der Zustand, die Sprache wird zunehmend verwaschen. Im Krankenhaus wird ein Mediainfarkt rechts festgestellt. Durch rasches Handeln erholt sich die Patientin bald wieder. Zusätzlich bekommt sie überraschend schnell einen Reha-Platz unweit von Graz. Herr L. ist in der Zwischenzeit alleine zu Hause und dekompenziert - völlig unerwartet für alle Beteiligten. Im Haushalt kommt er kaum zurecht, bei Ordinationsbesuchen wirkt er verwirrt und unsicher, vergisst mehrmals E-card und Geldtasche oder Rezepte sowie Termine. Er hat Schwierigkeiten mit Datum und Jahreszahl und wirkt gesamt desorientiert. Die Gattin berichtet, dass er einmal nicht zu ihr zum Reha-Zentrum (20 min mit dem Auto entfernt) gefunden hätte, sondern auf einmal vor dem Haus der Tochter gestanden sei (1h Autofahrt). Die Situation scheint sich aber nach ein paar Wochen einzupendeln

Besuch 3

Frau L. ist seit 2 Wochen wieder zu Hause, vom Schlaganfall ist beinahe nichts mehr zurück geblieben, Sprache und Gang haben sich wieder erholt, einzige Residuen sind der Schock über das plötzliche Eintreten des Ereignisses und eine geringere Kraft in der linken Hand, die sich v.a. bei Finger-Daumen-Koordination und Umgreifen von Sachen äußert. Frau L. hat Schwierigkeiten, ein Glas mit der Hand hochzuheben oder ihr Essen zu schneiden. Sie erzählt, dass ihre Mutter ebenfalls, sogar etwas jünger, einen Schlaganfall hatte, der ebenfalls keine Restsymptomatik hinterließ. Dies war ihr erst durch ihre eigene Krankheit wieder eingefallen. Herr L. wirkt bei dem Besuch geordnet und glücklich. Frau L. und er berichten über seine anfänglichen Schwierigkeiten zurecht zu kommen mit einem Schmunzeln und Verharmlosung. Die Tatsache, dass die Tochter über den Zustand der Wohnung am Anfang dieser Periode schockiert war, wird vergessen. Letztendlich scheint Herr L. die meisten Schwierigkeiten auch gemeistert zu haben. Er selbst sagt über die Zeit ohne seine Frau, dass es ihm den Boden unter den Füßen weggezogen hätte und er erst

realisiert habe, wieviel sie in seinem täglichen Leben eigentlich übernimmt. Bei dem in diesem Gespräch durchgeführten MMSE und Uhrentest erreicht Herr L. 27/30 Punkten beim MMSE auf und die 9/9 Punkten beim Uhrentest (Im Vergleich zu den wesentlich schlechteren Uhrentests die letzten Male). Gegenüber dem Hausarzt wird eine Empfehlung zu einer Kontrolle der Kognition in einem Jahr gegeben, da die Ergebnisse dieser Testung unter Umständen durch die wieder-erhaltene Stabilität im Alltag und das momentane Glücksgefühl beeinflusst sein könnten.

Was das Ehepaar getan hätte, wenn Frau L. nach dem Insult mit Resterscheinungen wie z.B. einer eingeschränkten Mobilität oder rollstuhlpflichtig zurückgekommen wäre, kann das Ehepaar nicht beantworten. Das Leben im 2. Stock wäre für die beiden jedoch nicht in Frage gekommen, da dies eine Isolation für und massivste Einschränkungen der Lebensqualität bedeutet hätte.

Klassisch geriatrisch?

Besuch 1

Frau und Herr S. leben in einem Einfamilienhaus an einem Steilhang am Rand der Stadt, sozusagen in der letzten Ecke. Ohne Auto geht es von hier aus nicht. Das nächste Geschäft, Bank und Apotheke sind mit dem Auto in etwa 12 min entfernt. Sofern man fahren kann also durchaus nicht weit. Bus ist keiner in der Nähe. Bei meinem ersten Besuch öffnet Herr S.(82) mir die Haustüre, da Frau S.(87) aufgrund ihrer Gonarthrose, einer „mehr oder weniger fehlgeschlagenen“ Endoprothese im linken Knie, Polyneuropathie (DM 2), St. p. PAVK mit Stent, Wirbelsäulen-und Hüftproblemen sowie durch osteoporotische Wirbelsäulenveränderungen beinahe vollständig immobil ist. Im Haus bewegt sie sich mit einem Rollator, auswärts ist sie kaum mehr, außer eine ihrer beiden Töchter aus dem Ausland ist zu Besuch und Gatte und Tochter helfen ihr. Hinzukommen eine Hypertonie, Vorhofflimmerarrhythmie, Polyarthritits der Fingergelenke, diabetische Nephropathie und diabetische Retinopathie, sowie eine Osteoporose. Da sie selbst eigentlich nicht mehr kochen kann (stehen in der Küche), macht sie im sitzen was möglich ist, ihr Mann kocht dann vorbereitete Kleinigkeiten oder es gibt kaltes Essen. Gesamt meint Frau S. auch, immer wieder keinen Hunger zu haben. Mit einem BMI von 21 befindet sie sich Frau S. bereits im Risikobereich zur Mangelernährung. Die Patientin nimmt gesamt 12 Medikamente. Pflegegeld Stufe 3 ist bewilligt. Den Haushalt erledigen sie und ihr Gatte gemeinsam, für schwerere Arbeiten kommt die Nachbarin zum helfen. Herr S. ist im großen und ganzen körperlich noch sehr fit, seine Anamnese ergibt eine Cholezystektomie vor 4 Jahren, Psoriasis, Hörgeräte beidseitig und Status post Kataraktoperation bds. Ansonsten sind keine chronischen Erkrankungen bei ihm bekannt. Im Einzelgespräch berichtet Frau S. über ihren Gatten, dass er zunehmend Schwierigkeiten mit dem Kurzzeitgedächtnis habe, ständig Sachen verlege und abends oft überanstrengt wirke und Kopfschmerzen habe. Von sich selbst berichtet Frau S., dass sie darunter leide, so wenig aus dem Haus zu kommen, lehnt aber jegliche andere Hilfe (bis auf die Nachbarin) ab, da ihr Mann strickt dagegen sei. Auf Vorsorgeuntersuchungen und Kontrollen angesprochen meint Frau S., dass sie regelmäßige HbA1c-Kontrollen durchführe und im Krankenhaus bezüglich dessen betreut sei, Mammographie habe sie die letzte vor mehreren Jahren gemacht.

Herr S. erreicht beim MMSE 26/30 Punkten und zeigt Schwierigkeiten in der Konzentration und zeitlichen Orientierung (Jahr und Monat mit Mühe, genaues Datum

unmöglich). Beim Uhrentest erreicht er 3 von 9 Punkten, das Ziffernblatt ist stark durcheinander, Zeiger fehlen.

Besuch 2

5 Tage nach dem ersten Besuch war Frau S. in der Ordination ihres Hausarztes aufgetaucht, um wegen eines ertasteten Knotens in der Brust nachzufragen. Folgeuntersuchungen ergeben ein Mamma-Karzinom. Es werden jedoch keine weiteren chirurgischen Maßnahmen ergriffen, eine Hormontherapie wird in enger Zusammenarbeit mit der Fachärztin beschlossen. Stimmungsmäßig geht es Frau S. schlechter, da ihr Mann sich kognitiv verschlechtert und immer mehr Nachlässigkeit zeigt, was für sie mehr und mehr zur Belastung wird. Abends muss sie nach ihrem Mann ins Bett gehen, um überprüfen zu können, ob er den Herd und andere Geräte abgeschaltet und alles von den Herdplatten weggestellt habe. Oftmals fährt er einkaufen, um dann Dinge zu kaufen, die er erst am Vortag gekauft hat, nicht aber die Dinge, die ihm Frau S. aufgetragen hat. Er selbst findet, dass er keine Probleme in dieser Hinsicht habe. Vor kurzem erst hatte sich Frau S. bei ihrer Tochter über den Alkoholkonsum ihres Gatten beklagt und diese in der Ordination wegen Maßnahmen nachgefragt. Im Gespräch mit Herrn S. verneint dieser jeglichen Alkoholkonsum. Frau S. hingegen berichtet, dass er immer wieder angetrunken sei und irgendwo Alkohol versteckt haben müsse, da sie offen herumstehende Flaschen bereits entfernt habe. Durch ihre beschränkte Mobilität könne sie aber nicht sein Zimmer im Keller überprüfen, da sie nicht die Stiegen hinunterkomme.

Besuch 3

Bei der Begrüßung riecht Herr S. nach Alkohol. Auf die Frage nach Medikamenten hin gibt sich Herr S. empört, er brauche keine. Herr S. verweigert die Einnahme der verordneten Demenz-Medikation, der Verdacht einer Mischdemenz wurde in der Zwischenzeit bei ihm bestätigt. Ebenso verweigert er die Einnahme anderer Medikamente (z.B. gegen seine Kopfschmerzen, die er nach wie vor hat), wenn notwendig trinke er etwas Whisky. Frau S. berichtet bezüglich ihrem Mann, dass er nach wie vor Alkohol konsumiert und die kognitive Situation sich weiter verschlechtert hat (MMSE korrelierend dazu 24/30, Uhrentest 4/9). Ebenso wie sich ihre eigene körperliche Verfassung verschlechtert habe. An manchen Tagen sei sie nicht einmal in der Lage in die Küche zu gehen und da ihr Mann kaum mehr Anweisungen von ihr annehme, gäbe es oft mehrere Tage „nichts Vernünftiges“

zu essen. Die letzten Monate hat Frau S. 7 kg abgenommen. Sie wirkt depressiv und überfordert. Sie selbst sagt, keine Lebensqualität mehr zu haben und nicht mehr weiter zu wollen. Mit der Tochter gemeinsam habe sie aber mittlerweile auch ein Pflegeheim ausgesucht, in welches sie umsiedeln würde, wenn es zu Hause nicht mehr geht. Essen auf Rädern werde sie in Kürze bestellen. Als ich das Haus verlasse, kommt Herr S. mit hinaus, um schnell noch einkaufen zu fahren. In offensichtlich angetrunkenem Zustand.

Epilog: 3 Monate später stürzt Frau S. in der Nacht aus dem Bett heraus. Verdachtsursache ist eine Hypoglykämie, da Frau S. mit ihren Zuckerwerten entgleist scheint. In Rücksprache mit dem Krankenhaus ergibt sich, dass die Betreuung ihres Diabetes mittels telefonischer Übermittlung des HbA1c stattgefunden habe und sonst nichts unternommen wurde, Frau S. war über zwei Jahre nicht mehr persönlich vorstellig. Aufgrund des Sturzes, eines stark reduzierten Allgemeinzustandes und der nicht klaren Ursache des Sturzes sowie den entgleisten Glukosewerten wird Frau S. stationär aufgenommen.

Ihr Mann bleibt in der Zwischenzeit alleine zu Hause. Die Töchter rufen beide verzweifelt in der Praxis des Hausarztes mit der Bitte um einen Hausbesuch bei Herrn S. an, da dieser gar nicht zurecht zu kommen scheint. Die Nachbarin wird ebenfalls um Hilfe gebeten. Als eine der Töchter auf Besuch ist, gelingt es zuständigen Ärzten und der Tochter, Herrn S. von einer Vorsorgevollmacht zu überzeugen, um notwendige weiter versorgende Maßnahmen für ihn und seine Frau treffen zu können. Eine durchgeführte kognitive Testung zeigt einen MMSE von 17 im Vergleich zu vormals erreichten 24 Punkten. Zu diesem Zeitpunkt zeichnet es sich bereits ab, dass ein Leben zu Hause ohne Hilfe nicht mehr möglich sein wird, keine der beiden Töchter aber in irgendeiner Form selbst die Betreuung der Eltern übernehmen kann, da sie beide im Ausland gebunden sind und auch dort keine Ressourcen für eine Betreuung zu Hause haben würden. Frau S. weigert sich, zu Hause Hilfe anzunehmen und bittet im Gespräch mit der Heimleitung des angestrebten Altenheimes, die Zimmer für sie und ihren Gatten möglichst weit auseinander zu legen...

Im Namen der Prävention

Frau K. ist 74 Jahre alt, sportlich und lebensfroh. Ihre Hypertonie, Diabetes und ihr Glaukom in regelmäßiger Kontrolle und gut eingestellt. Herr K., 76 Jahre alt, ist ebenso sportlich und fit. Anamnestisch sind ein Tinnitus, St.p. Strumektomie, St. p. TURP (transurethrale Prostatektomie) aufgrund eines Prostata-Karzinoms im Frühstadium vor 5 Jahren, eine erektile Dysfunktion und eine beschwerdefreie Spondylarthrose zu finden. Frau R. (72) und Herr R. (78) sind ebenso wie Ehepaar K. kein „geriatrisches Ehepaar“. Frau R. gibt anamnestisch Stessinkontinenz, Schlaflosigkeit, chronische Gastritis und Spondylarthrose an, Herr R. eine vor mehreren Jahren durchgeführte Operation eines Prostata-Karzinoms und beginnende Schwerhörigkeit. Seit mehr als 50 Jahren ist er Raucher. Er geht jedoch regelmäßig in eine Art Fitness- und Wellnessklub trainieren.

Beide Ehepaare wurde aufgrund ihres Alters in die Kohorte mit hineingenommen. Da gesundheitlich keine akuten Probleme bestehen, die chronischen Erkrankungen in laufender Behandlung sind und sich auch keine Auffälligkeiten im Assessment ergeben, werden im Gespräch hauptsächlich fällige Kontrolltermine und Vorsorgemöglichkeiten besprochen. Beide Herren geben an, trotz Empfehlung ihrer Hausärzte und Urologen in den letzten 5 Jahren bei keiner urologischen Kontrolle gewesen zu sein, da sie keine Beschwerden beim Harnlassen hatten und die Prostata schon behandelt sei. Beim nächsten Besuch finden sich ebenfalls keine Änderungen im Zustand der beiden Ehepaare. Herr R. war in der Zwischenzeit beim HNO-Facharzt, das Ergebnis des Audiogramms ließ den Facharzt eine Empfehlung zum Hörgerät aussprechen. Frau K. hatte inzwischen die wieder fällige Augenarztkontrolle, Mammographie und HbA1c-Kontrolle hinter sich. Die Herren wurden im Rahmen dieses zweiten Gesprächs durch ihre Gattinnen an die eigentlich fälligen urologischen Termine erinnert, welche sie schlussendlich auch wahrnahmen, jedoch nicht wegen der ausgesprochenen Empfehlungen. Bei Herrn K. trat nach einer mehrtägigen Fahrradtour mit Frau und Enkelkindern ein blutiger Harn auf, Herr R. ging zur Kontrolle, weil seine Frau ihm letzten Endes keine Ruhe gab und er in letzter Zeit immer häufiger nachts auf die Toilette musste. Die Kontrollen ergaben bei Herrn K. einen kleinen papillomatösen Tumor der Blasenwand, der durch die Bewegungsbelastung scheinbar zu bluten begonnen hatte. Das histologische Ergebnis war ein Carcinoma in situ der Blasenwand, nicht invasiv. Es wurde mittels TURB (transurethrale Endoskopie der Blase) entfernt und eine neue Kontrolle vereinbart. Bei Herrn R. ergab die Untersuchung ein niedrig differenziertes, lokoregionär metastasiertes

Blasenkarzinom. Bei unserem dritten Gespräch hatte Herr R. Bereits mehr als 20 kg Gewicht verloren, zum Rauchen aufgehört und mehrere Zyklen Strahlentherapie hinter sich. Er trug die Diagnose mit scheinbarer Gelassenheit und hatte eine sehr realistische Einstellung bezüglich seiner Prognose. Er verstarb jedoch früher als erwartet etwa 2 Wochen nach unserem letzten Gespräch.

Methodik

Fragestellung

- Ist das geriatrische Assessment (GA) im extramuralen Bereich ein sinnvolles Instrument zur regelmäßigen Dokumentation von Veränderungen geriatrischer Patienten und ergibt sich so eine Möglichkeit zur Prognose zukünftiger Geschehen?

Ziel dieses GA war es, die „gesundheitlichen Karrieren“ einer Kohorte von älteren Paaren im extramuralen Verlauf zu beobachten, um eventuell Hinweise auf prognostische Werte, gesundheitliche Risiken und Fragestellungen in der extramuralen Betreuung geriatrischer und alter PatientInnen zu identifizieren und darzustellen.

Die dadurch auftretenden Fragestellungen und Diskussionspunkte zur Betreuungsqualität von „70+ Paaren“ im niedergelassenen Bereich sollen zu der laufenden Diskussion bezüglich der zukünftigen Versorgung geriatrischer und alter Personen im Hinblick auf die aktuelle demographische Entwicklung und die noch nicht komplett gelöste Versorgungsfrage beitragen. Da ein umfassendes Assessment ein zeitlich aufwendiges Verfahren ist, wurde im Rahmen dieser im Hausbesuch-Setting durchgeführten Befragungen auch die Frage nach der Praktikabilität eines lange dauernden Assessments gestellt.

Einleitung

Zielgruppe der Geriatrie sind ältere Menschen - im Alter von 65 Jahren und darüber. Die Durchführung eines GA zu Hause ist ein in Österreich noch wenig erforschtes Thema. Es wurde daher als Setting für diese Diplomarbeitsstudie gewählt. Die verwendeten Instrumente zur Durchführung des geriatrischen Assessments sind größtenteils auch Teil des „österreichischen geriatrischen Basisassessments“ und bereits validiert, standardisiert und auch international etabliert. Da durch ein einmaliges Assessment kein Verlauf dargestellt werden kann, wurden 3 Befragungen im Zeitraum von eineinhalb Jahren, ebenso im Rahmen eines Hausbesuches, durchgeführt. Wichtiger Aspekt war die Erkennung von Risikofaktoren mit prognostischer Relevanz. Diese existieren ja oft vor Entstehung eines gesundheitlichen Problems/einer Erkrankung. Daraus ergibt sich die Zielsetzung einer verbesserten extramuralen Betreuung betagter Personen und Intervention im Sinne von präventiven Maßnahmen.

Rekrutierung und Auswahl

Aufgrund des prospektiven Verlaufes war Haupteinschlusskriterium das erreichte Alter von 65 Jahren beider Partner spätestens zum Ende der eineinhalb Jahre und das Überschreiten der Altersgrenze von 70 Jahren zumindest eines Partners bis zum Zeitpunkt des zweiten Assessments. Ausschlusskriterien waren in Anlehnung an das Kapitel „Geriatrisches Assessment“ des Buches „Geriatric – der ältere Mensch mit seinen Besonderheiten“¹²⁶ terminale Erkrankung, sehr fortgeschrittene Demenz und medizinisch instabile Patienten sowie eine ungeklärte Rechtslage (z.B. bei mittelgradiger und schwererer Demenz). Eine intensivstationspflichtige Erkrankung und unausweichliche Langzeitinstitutionalisierung¹²⁶ waren aufgrund des extramuralen Settings nur bedingte Ausschlusskriterien, da bei notwendigem stationärem Aufenthalt (ev. auch intensivstationär) die betroffene Person nicht unmittelbar zugänglich und eine Langzeitinstitutionalisierung durch den prospektiven Verlauf anfangs nicht auszuschließen war.

Die potentiellen TeilnehmerInnen wurden aus einer Kartei einer allgemeinmedizinischen Praxis in einem Randbezirk von Graz herausgesucht, indem zuerst PatientInnen gesucht wurden, die bereits das 70. Lebensjahr erreicht oder überschritten hatten und dann das Vorhandensein von PartnerInnen kontrolliert. Dadurch ergab sich trotz vorhandener Altersunterschiede eine Erfüllung der Alterskriterien bei mehr als 50 Paaren.

Diese etwas mehr als 50 Paare wurden per Brief über einen in Kürze folgenden Anruf mit einer kurzen Beschreibung der geplanten Studie und einer Aufklärung zur selbstverständlichen freiwilligen Teilnahme kontaktiert. Im darauffolgenden Telefongespräch erklärten sich 48 Paare bereit, an den Testungen teilzunehmen. Die teilnehmenden Personen hatten selbstverständlich auch weiterhin das Recht der unbegründeten Ablehnung, welches fallweise auch in Anspruch genommen wurde.

Design

Drei - in ihrer Struktur gleich bleibende Hausbesuche wurden im Verlauf von 1 ½ Jahren, also in etwa alle 9 Monate durchgeführt. Zwischentestungen zur Kontrolle des gesundheitlichen Verlaufes nach stationärem Aufenthalt wurden bei Bedarf (wenn nicht durch die Klinik) ausgeführt und in die Kartei des Hausarztes übertragen. Inhalt der drei Assessment-Durchgänge waren bereits validierte und etablierte Testverfahren aus dem Bereich der Geriatrie (siehe Tabelle). Einzig das kognitive Assessment wurde generell bei Assessment 1 und 3 und nur bei Bedarf auch im Rahmen des 2. Assessments (Bestätigung auffällender Werte des ersten Assessments, angegebene deutliche Verschlechterung der

Kognition etc.) durchgeführt. Grund für dieses Vorgehen war die zu erwartende geringe Änderung des kognitiven Status innerhalb von 9 Monaten und ein deutlicherer Kontrast über den Abstand von 18 Monaten. Angaben über subjektive Verschlechterungen in allen Bereichen wurden zur Kenntnis genommen und bei Bedarf durch spezifische Testungen (z.B. Mini Nutritional Assessment, Tinetti-Test, MMSE und Uhrentest) evaluiert.

	Testung 1	Testung 2	Testung 3
Anamnese	×	×	×
Barthel-Index	×	×	×
IADL	×	×	×
MMSE	×	b.B.	×
Uhrentest	×	b.B.	×
TUG	×	×	×
BMI	×	×	×
MNA	b.B.	b.B.	b.B.
Tinetti	b.B.	b.B.	b.B.

Anm.: b.B. = bei Bedarf , andere Abkürzungen siehe Abkürzungsverzeichnis oder Kapitel „geriatrisches Assessment“

Ethische Aspekte

Bei den Assessments handelt es sich um keine Körper-invasiven Maßnahmen, sehr wohl aber um ein Eindringen in die Privatsphäre der teilnehmenden Personen, da die Assessments im Rahmen von Hausbesuchen durchgeführt wurden. Die teilnehmenden Personen erklärten sich sowohl telefonisch als auch schriftlich an der Teilnahme bereit und akzeptierten somit auch diesen Aspekt der Studie. Ein mündliches Einverständnis wurde für jeden der folgenden Besuche eingeholt (telefonische Terminvereinbarung), ein Zurücktreten dokumentiert und die Kooperation daraufhin beendet.

Das beschriebene Vorgehen und Studiendesign wurde bei der Ethikkommission der medizinischen Universität Graz eingereicht und die Durchführung bewilligt. Die durch die Teilnehmenden unterschriebene Einwilligungserklärung hält sich an die zum damaligen Zeitpunkt verfügbare Vorlage und ist eine durch die Kommission bestätigte und kontrollierte Einwilligungserklärung^{VII}.

VII Sämtliche Unterlagen wie Einwilligungserklärung, Rekrutierungsbrief und Testbögen sind bei Interesse oder Notwendigkeit jederzeit nach persönlicher Kontaktaufnahme übermittel- und einsehbar.

Resultate

Gesamtsituation

Bei den bis zum Ende teilnehmenden Paaren handelte es sich um 37 Ehepaare, eine Lebensgemeinschaft und ein Paar, das aus Schwägerin und Schwager gebildet wurde. Aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation ließen sich die Paare im Verlauf in mehrere Gruppen einteilen:

1. Paare mit Betreuungssituation (x- und y-betreut)
2. „geriatrische Paare“ (multidimensionale Problematik mit Abhängigkeiten)
3. Paare mit „spezifischer Problematik“ (nicht geriatrisch)
4. „fitte“ Paare (keine Einschränkung durch bestehende Erkrankungen)

Die Paare der „geriatrischen“ Gruppe wiesen bereits einen deutlichen Grad an gegenseitiger und zusätzlicher Abhängigkeit (von Dritten) aufgrund ihrer Krankheitssituation mit „Geriatrischen“ Problematiken auf.

Im ersten Assessment befanden sich 17 Paare in einer ungleichen gesundheitlichen Situation, also in einer mehr oder weniger stark ausgeprägten Betreuungssituation. Diese Gruppe wurde weiter in eine Gruppe der „x-Betreuten“ (5) und „y-Betreuten“ (12), also in Gruppen geteilt, bei denen entweder die Partnerin oder der Partner durch den/die PartnerIn betreut wurde. Einer der betreuten Herren verstarb im Verlauf, die Zahl der Paare, die an allen 3 Assessments teilnahmen reduzierte sich also auf gesamt „39 ½“ Paare.

8 Paare präsentierten sich mit einer mehrdimensionalen Problematik, Einschränkungen und Abhängigkeiten im täglichen Leben, wie sie in der Geriatrie als typisch gesehen werden (Multimorbidität, Polypragmasie, Sturzrisiko, Einschränkungen in ADL und IADL etc.).

Bei 7 Paaren waren beide Partner mit einer spezifischen Erkrankung belastet, die als solche empfunden wurde (z.B. COPD, rheumatische Erkrankung, beginnender Parkinsonismus und ähnliches plus andere chronische Erkrankungen), aber noch keine oder kaum Einschränkungen im täglichen Leben verursachten.

8 Paare schienen noch augenscheinlich „fitte“ Paare zu sein. Auch wenn hier schon gesundheitliche Fragestellungen und mehrere chronische Erkrankungen vorlagen, waren diese unter regelmäßiger Kontrolle (z.B. Hypertonie, Diabetes mellitus, KHK) und bedeuteten keine Einschränkungen der Lebensqualität oder der täglichen Funktion.

Aufgrund von gesundheitlichen Veränderungen wechselten im Verlauf/Follow-up 9 Paare

ihre Zuordnungsgruppe. Von den augenscheinlich „fitten“ Paaren verblieben 5 Paare in dieser Gruppe, ein Paar fiel aus der Studie und zwei wechselten aufgrund gesundheitlicher Verschlechterungen die Gruppe.

Pflege- und Betreuungsbedarf

Zu Beginn der eineinhalb Jahre wurden zwei Paare durch eine 24h-Pflege unterstützt, 2 Betreuende nahmen die Hilfe durch die Hauskrankenpflege einmal täglich in Anspruch. Nach dem abgelaufenen Zeitraum befand sich weiterhin zwei Paare in 24h-Betreuung, eine Betreuende nahm die 24h-Betreuung aufgrund der entstandenen Pflegebedürftigkeit des Gatten und 3 Betreuende regelmäßig oder zeitweilig die Hilfe der Hauskrankenpflege in Anspruch. Bei den zehn „geriatrischen“ Paaren waren 5 von der regelmäßigen Hilfe durch Kinder oder Nachbarn angewiesen, ebenso entwickelte sich eine solche Notwendigkeit bei der PatientIn, deren Gatte verstarb.

Zusammenfassend ist hier also festzuhalten, dass von den „39 ½“ Paaren sich „30 ½“ Paare in einer Lebenslage befanden, in der eine regelmäßige Inanspruchnahme von Hilfestellungen jeglicher Art (informell wie Partner, 24h-Betreuung etc. und professionell) und regelmäßiger medizinischer Betreuung abhängig waren.

Y-betreute Paare

In diesen anfangs 12 (mit Berücksichtigung des Todesfalles in dieser Gruppe 11) und letzten Endes 14 Paaren war die Funktion des Systems von der Funktion der Partnerin abhängig, sie war die „tragende Säule“. Während des Beobachtungszeitraumes verschlechterte sich die Situation von 9 der 14 Paare bzw. betroffenen Personen kontinuierlich, in einem Fall kam es zum Eintritt eines plötzlichen Ereignisses (Mediainsult) zusätzlich zu einer kontinuierlichen Verschlechterung. In drei Fällen blieb die Situation über die 1½ Jahre annähernd unverändert und bei zwei Paaren besserte sich die Situation aufgrund spezifischer Interventionen zumindest vorübergehend.

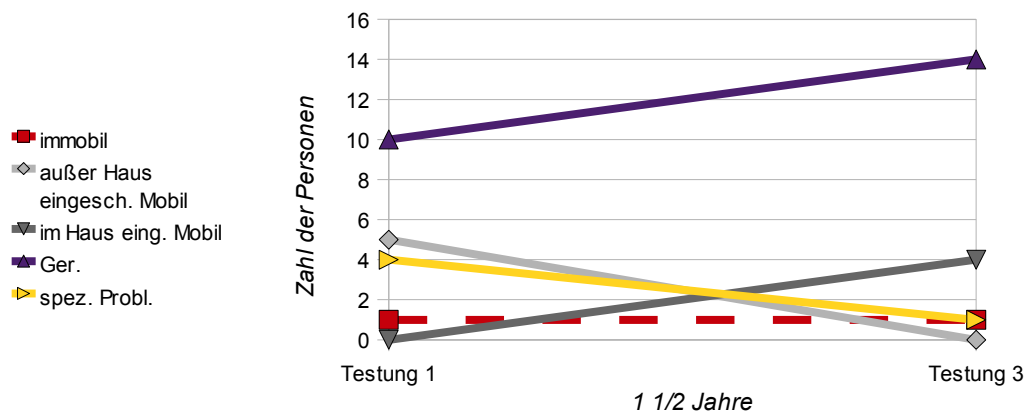
Neben bestehenden chronischen Erkrankungen waren für die Betreuung folgende Erkrankungen ausschlaggebend: Demenz (3 bzw. 4), Mb. Parkinson mit Demenz (2), Mb. Parkinson (2) dabei zusätzlich ein Insult, Depression mit MCI (1), Frailty (1), schwere COPD plus Frailty (1), beginnende Demenz/MCI (1), stark eingeschränkter Visus mit Abhängigkeit in den ADL (2), allgemeine Multimorbidität (1). Neben den Veränderungen im Gesundheitszustand der Betreuten (Care Receiver CR) waren auch Veränderungen im Gesundheitszustand der Betreuenden (Caregiver CG) festzustellen.

X-betreute Paare

Bei sechs Paaren zeigte sich in den IADL oder ADL eine Abhängigkeit vom Partner. Ursachen für die Abhängigkeit waren neben anderen chronischen Erkrankungen, die keinen wesentlichen Einfluss auf die ADL-Situation nahmen, Demenz (1), Einschränkungen des Bewegungsapparates (3), Sehbehinderung (1) und Status post Insult mit Hemiplegie (1). Im Verlauf verschlechterte sich in vier Fällen die körperliche Gesundheit kontinuierlich, sodass die Abhängigkeit im täglichen Leben, v.a. im Bereich der Mobilität, zunahm.

Paare mit geriatrischen Problemstellungen und Einschränkungen im täglichen Leben

Im Verlauf wuchs diese Gruppe von 8 auf 10 Paare an. Ursache dafür war die kontinuierliche Verschlechterung zweier Ehepaare, die zuvor nur eine spezifische Gesundheitsproblematik aufwiesen, durch die beiderseitige kontinuierliche Verschlechterung aber durchaus in eine Situation der eingeschränkten Lebenssituation und Änderungen im Lebensstil gezwungen waren. Insgesamt war bei allen 10 Ehepaaren eine kontinuierliche Verschlechterung der Situation festgestellt worden, mit Ausnahme einer Patientin: Diese erfuhr eine kognitive Besserung nach Intervention und Therapie ihrer Depression.



Tab.1.: Paare mit ger. Problemstellungen - Veränderung über die Zeit

Paare mit spezifischen gesundheitlichen Problemen

Dieser Gruppe zugeteilt wurden Personen mit einer hervorstechenden Gesundheitsproblematik, deren alltägliches Leben aber durchaus noch aktiv und unabhängig und ohne jegliche Hilfe von außen gestaltet war. Von den bereits angesprochenen 7 Paaren wechselten 5 die Zuteilungsgruppe (2 Verschlechterung zu einer

gesamt geriatrischen Situation, 2 mal Veränderung hin zu einer y-betreuten Situation, 1 mal zu einer x-betreuten Situation). Von den ehemals fitten Paaren wechselten zwei Paare in diese Gruppe.

Augenscheinlich fitte Paare

In dieser Gruppe befanden sich Paare, deren Alter und bestehenden chronischen Erkrankungen kaum Einfluss auf den Lebensstil aufwiesen, die nach wie vor aktiv Sportarten nachgingen und sich nicht oder nur minimal in der Ausführung ihres täglichen Lebens eingeschränkt fühlten. In dieser Gruppe kam es im Verlauf der eineinhalb Jahre zu zwei katastrophalen Ereignissen (Insult der Gattin mit Dekompensation des Mannes, Diagnose eines metastasierten Karzinoms).

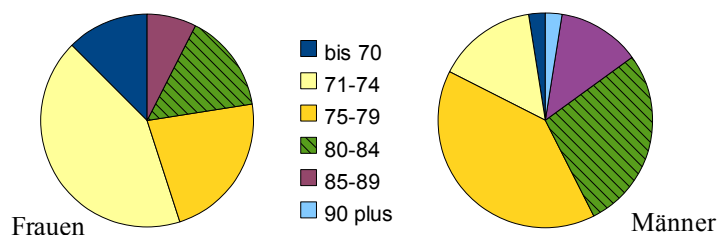
Drop outs

Im Laufe der eineinhalb Jahre kam es zu einem Drop out von 9 Personen und 4 Paaren. Ein Herr verstarb (Demenz und maligner Tumor), seine Gattin setzte die Assessments fort, da sie es für sich als sinnvoll erachtete und sich erfreut zeigte, dass man ihrem Gesundheitszustand soviel Interesse entgegenbrachte. Bei weiteren 2 Paaren (1 x-betreut, 1 y-betreut) kam es zum Tod der eigentlich betreuenden Person, beide Male aufgrund einer späten Diagnose bereits metastasierter, aggressiv-maligner Tumoren (Zentrales Bronchus-Ca und Pankreas-Ca) woraufhin die verbleibenden Partner eine weitere Teilnahme ablehnten. Ein fittes Ehepaar verzog (Zweitwohnsitz am Land) und ein Paar verweigerte nach anfänglicher Zustimmung bereits im Laufe der ersten Testung eine weitere Teilnahme.

Alter

Die Altersverteilung gesamt zum Zeitpunkt des ersten Assessments sah folgendermaßen aus:

Alter	x	y
bis 70	5	1
71-74	17	6
75-79	9	16
80-84	6	11
85-89	3	5
90 plus	0	1



Hierbei auffällig ist die Tatsache, dass das Hauptsegment der Frauen in einem jüngeren Altersbereich liegt, als jenes der Männer. Bei genauerer Betrachtung der Altersverteilung in den Paaren zeigt sich, dass bei 29 Paaren die Frauen um mindestens ein Jahr jünger sind, bei 6 Paaren kaum ein Altersunterschied vorliegt und bei 4 Paaren der Mann jünger als die Frau ist. Der größte Altersunterschied lag in der Partnerschaft des über 90-jährigen, er hatte seine Frau bei einem Autounfall verloren und seine jetzige Lebenspartnerin ist um 19 Jahre jünger. 16 der Männer hatten zum Zeitpunkt des ersten Assessments bereits das 80. Lebensjahr erreicht.

Zeitlicher Aufwand

Durch zwei Testgespräche mit einzelnen Patienten zeigte es sich, dass für den ersten Durchgang mit kompletten Assessment und Anamnesegespräch trotz bereits vorhandener medizinischer Eckdaten mindestens 1 Stunde einberaumt werden müsse, exklusive Anfahrt, Vorbereitung und Auswertung. Letzten Endes betrug die durchschnittliche Gesprächsdauer im ersten Durchgang in etwa 2 Stunden pro Paar, nicht mit eingerechnet die für die Hausbesuchsstrecke notwendige Zeit und die Zeit zur Auswertung und Vorbereitung des Gespräches. In diesem ersten Durchgang durften also mindestens 2½ Stunden Zeitaufwand für das Gespräch, Vorbereitung und Ausarbeitung pro Paar gerechnet werden. Die Anfahrt nicht eingerechnet, da ein Assessment eventuell auch in der, den PatientInnen vertrauten Praxis durchgeführt werden könnte.

Diese Zeit verringerte sich durch die bereits vorhandene Basisinformation im Verlauf der Durchgänge auf letztendlich etwa 2h, aufgeteilt auf Gespräch, Auswertung und Vorarbeit, also auf etwa 1h pro Person.

Spezielle Problematiken

Frailty

Aufgrund der fehlenden Verfügbarkeit einer Handkraftmessung war eine genauere Einteilung der betroffenen Personen in die Kategorien „frail“ und „prefrail“ eingeschränkt. Gesamt erfüllten aber vier Personen im Verlauf mindestens 3 der Freed Kriterien, waren also als frail einzustufen. Mindestens 2 Kriterien erfüllten letzten Endes acht Personen. Im Verlauf ergab sich, dass betroffene Personen mit bereits einem positiven Kriterium meist ein weiteres innerhalb der eineinhalb Jahren entwickelten.

Die am häufigsten zutreffenden Kriterien waren ungewollte Gewichtsabnahme, geringe körperliche Aktivität und verminderte Gehgeschwindigkeit. Ebenso spielte die subjektive Müdigkeit und Abgeschlagenheit eine Rolle.

	Assessment 1	Assessment 2	Assessment 3
Prefrail 1 Kriterium	7	3	1
Prefrail 2 Kriterien	2	6	8
frail	3	3	4
immobil geworden	0	1	1

Sturz

Im Rahmen des ersten Assessments berichteten 12 Personen, in den letzten Monaten (max. 1 Jahr) gestürzt zu sein, 7 davon mehr als einmal. Im zweiten Assessment waren von diesen Personen 3 erneut gestürzt, eine davon wiederum mehrmals. Zusätzlich berichteten in diesem zweiten Assessment sechs Personen erstmals und gleichzeitig mehrmals gestürzt zu sein. Im 3. Assessment kamen weitere drei Personen dazu, die von einem Sturz innerhalb der letzten neun Monate berichteten (ohne davor gestürzt zu sein), drei davon stürzten mehrmals.

Unter den Personen, die bereits in den vorhergehenden Assessments eine positive Sturzanamnese hatten, stürzten 10 erneut, 5 davon mehrmals. Gesamt hatten also 22 Personen eine positive Sturzanamnese, 16 davon stürzten mehrmals, 13 innerhalb des letzten Jahres zumindest einmal und 6 Personen innerhalb des letzten Jahres mehrmals.

Weitere 5 Personen gaben zum Zeitpunkt des dritten Assessments Angst vor Stürzen bzw. bewusste Konzentration aufgrund von Sturzgefahr an, waren zu dem Zeitpunkt aber noch nicht gestürzt. Jene Personen, die zum Zeitpunkt des ersten oder zweiten Assessments eine solche Vorsicht äußerten, waren bis auf eine Person im dritten Assessment in der Gruppe der Personen mit positiver Sturzanamnese. Die häufigsten Verletzungen im Rahmen dieser Stürze waren Prellungen, Hämatome und andere Weichteilverletzungen, sowohl an den Extremitäten als auch im Gesichtsbereich. Zu einer Fraktur kam es nur bei einem Patienten, dieser erlitt aber innerhalb von 2 Jahren sowohl eine Schenkelhalsfraktur links als auch rechts.

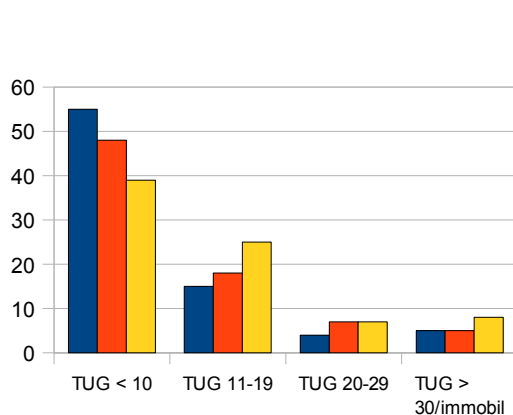
Mobilität

Ausschlaggebend für die Überprüfung der Mobilität war einerseits die Durchführung des TUG, andererseits der ebenfalls durchgeführte Barthel Index und IADL-Score.

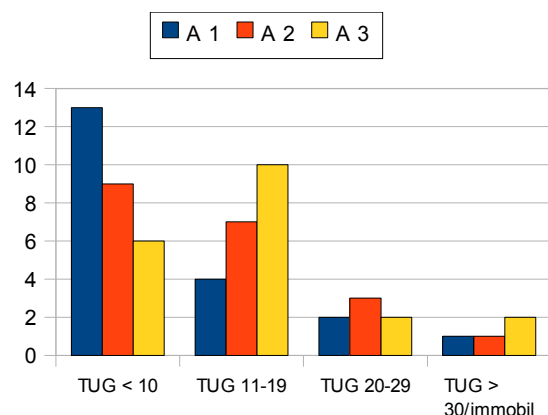
Bei unklarer Ursache oder neu auftretender Gangunsicherheit wurde bedarfsorientiert ein Tinetti-Test durchgeführt. Bei eindeutiger Ursache, eindeutiger Sturzgefahr oder bei vorangehender Durchführung im stationären Bereich wurde der Tinetti-Test nicht noch einmal durchgeführt.

Im Verlauf der eineinhalb Jahre zeigte sich ein klar negativer Trend im Bereich der erreichten Timed-up-and-Go-Werte, selbst im Bereich der „fitten“ und „spezifisch kranken“ Ehepaare nahmen die Zeiten zur Absolvierung der Aufgabe teilweise zu, d.h. die Gehgeschwindigkeit ab. Am stärksten änderte sich die Situation in der Gruppe der geriatrischen und betreuten Personen. Hier waren eindeutige Trends in Richtung einer Verschlechterung festzustellen. Die festgestellten Verschlechterungen im TUG gingen mit einer Verschlechterung der Gesamtsituation der Paare bzw. mit einer gesteigerten Betreuungsbelastung Hand in Hand.

Vor allem bei jenen Ehepaaren, bei denen die Mobilitätseinschränkung stark zunahm, war auch ein Zuwachs der Betreuungsbelastung (in Betreuungssituation) oder die zunehmende Abhängigkeit des Paares von der unmittelbaren Umwelt (Kinder, Nachbarn etc.) zu registrieren. Auch der gesundheitliche Abbau in den anderen Gruppen (fit, spezifische krank, Caregiver) waren Tendenzen zu einer steigenden TUG-Zeit bemerkbar, die Zahl der Teilnehmenden jedoch zu gering, um eine klare Aussage treffen zu können. In der Gruppe der Caregiver schienen in manchen Fällen die erreichten Zeiten des TUG in engem Zusammenhang mit der Betreuungsbelastung und dem damit verbundenen gesundheitlichen Einfluss zu stehen.



Tab. 3 Veränderungen des TUG in 3 Assessments

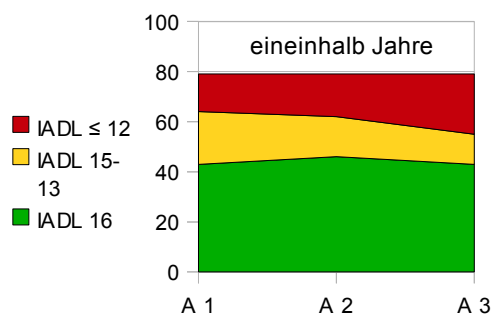


Tab. 4: Veränderung des TUG ger. Personen

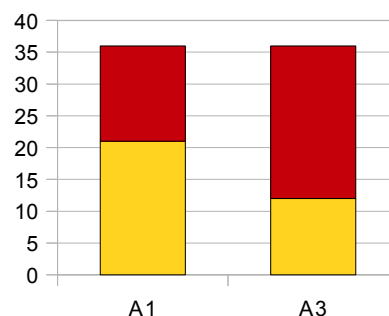
ADL und IADL

Im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens und den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens zeigte sich, dass sich die Personen mit eingeschränkten Fähigkeiten wie zu erwarten in der Gruppe der betreuten und der geriatrischen Personen lagen.

Überraschend war jedoch, dass im IADL-Bereich auch Personen der „fitten“ und „spezifisch kranken“ Personen bis zu 3 Punkte Abzug im Bereich der IADL aufwiesen. Tendenziell zeigte sich bei diesen beiden Gruppen jedoch eine Besserung der Fähigkeiten. Gesamt waren es 36 Personen, die im ersten Assessment bereits IADL-Punkte von 15-13 oder unter 12 aufwiesen. Die gleiche Anzahl an Personen war auch im dritten Assessment von einer Einschränkung der IADL betroffen, die Verteilung hatte sich aber verändert (siehe Tab.5)



Tab. 5.: IADL Veränderungen gesamt



Tab.6: IADL Abnahme - A 1 und 3 im Vergleich

In der Gruppe der Betreuten und geriatrischen Personen fand in den eineinhalb Jahren eine Abwanderung der Personen mit 15-13 Punkten in den IADL zu der Gruppe der Personen mit 12 oder weniger Punkten statt. 4 Personen wiesen zum Zeitpunkt des dritten Assessments einen IADL-Score von 0, sieben Personen unter 5 auf, was einer absoluten Abhängigkeit im Überleben (wenn auch nicht einer absoluten Abhängigkeit im täglichen Leben) gleich kam. 9 dieser 11 Personen mit einem Score von 0-5 wiesen auch im Barthel-Index Werte unter 50 Punkten auf, waren also auch in der täglichen Funktion von der Pflege durch andere abhängig. Sämtliche immobile und höhergradig demente Personen befanden sich in dieser Gruppe. Ohne die Betreuung durch den/die Partnerin als informelle Betreuung und mit teilweiser (2 Paare) oder vollständiger Unterstützung (2 Paare) durch professionelle Hilfe von außen könnten diese Personen nicht zu Hause leben.

Kognition

In der Vorbereitung auf das erste Assessment war bei 8 Personen eine Form der Demenz bekannt und diagnostiziert. Zwei der betroffenen Personen litten unter einer Demenz, die im Rahmen ihrer Parkinson-Erkrankung aufgetreten war (Lewy-Body Demenz), bei drei betroffenen Personen lautete die Diagnose Demenz vom Alzheimerstyp, eine Person lief unter der Diagnose „vaskuläre Mischdemenz“ und zwei Personen liefen unter „nicht näher klassifizierten Demenz“. Von diesen 8 Personen wurden 5 von ihrer Gattin zu Hause betreut, eine Dame durch den Gatten versorgt. Eine Dame lebte in einer gesamtgeriatrischen Situation (Gatte St. p. Insult mit eingeschränkter Mobilität) und war daher mit 24h-Betreuung versorgt, ein Herr verstarb aufgrund eines Karzinoms zwischen dem ersten und zweiten Assessment. Im weiteren Verlauf der Assessments kam es zur Identifikation von zwei weiteren Personen mit Verdacht auf Alzheimerdemenz. Einer der beiden Fälle wurde vom Facharzt, der andere vom Hausarzt als gerechtfertigter Verdacht mit dieser Diagnose bestätigt. In zwei Fällen zeigte sich eine im Verlauf eindeutig demenzielle Entwicklung. Bei weiteren 10 Personen zeigten sich schlechtere Ergebnisse im MMSE (27 - 26 Punkte) oder Uhrentest (7 Punkte abwärts), verbunden mit subjektiv angegebenen Beschwerden der zunehmenden Vergesslichkeit durch den/die PartnerIn oder der betroffenen Person selbst. Jene Personen, die selbst eine zunehmende Vergesslichkeit oder Gedächtnisleistungsstörungen im Alltag angaben und sowohl beim Uhrentest als auch im MMSE eine verminderte Punktezahl zeigten, wurden mit dem Vermerk „MCI“ (Mild Cognitive Impairment) in der Kartei versehen und eine Kontrolle im nächsten Jahr vermerkt, um diese Entwicklung weiter zu verfolgen. Bei zwei Personen schien eine kognitive Leistungsminderung aufgrund einer Depression vorzuliegen.

Depressive Symptomatik

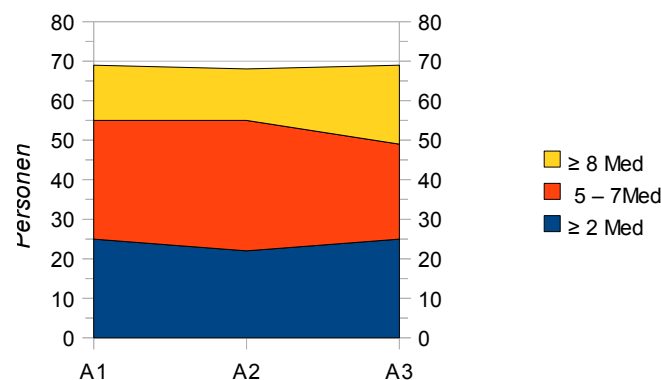
Auch in diesem Teilbereich des Assessments zeigten sich unübersehbare Tendenzen. Am stärksten betroffene Gruppen waren wieder die Gruppe der geriatrischen Paare und die Paare in Betreuungssituation. Bei ersteren war eine kontinuierliche Zunahme der Punkte parallel zu einer Zunahme der depressiven Symptomatik sichtbar, welche wiederum parallel mit einer Verschlechterung des Zustandes einherging.

In der zweiten Gruppe zeigten sich komplexe Zusammenhänge zwischen der depressiven Symptomatik der Betreuten und ihrer gesamten Verschlechterung sowie parallel dazu eine Zunahme der Betreuungsbelastung und dadurch ebenfalls steigende Werte auf der GD-

Skala. Gesamt wiesen 26 Personen beim ersten Assessment 2-4 und 7 Personen mehr als 5 Punkte auf der GDS auf. Beim dritten Assessment hatten sich die Zahlen zu 39 Personen mit 2-4 Punkten und 13 Personen mit mehr als 5 Punkten (= Hinweis auf vorliegende Depression) erhöht.

Polypragmasie

Vom ersten bis zum dritten Assessment nahmen beinahe konstant 25 Personen mehr als 2 Medikamente ein. Von den anfänglich 30 Personen mit 5-7 Medikamenten nahm die Zahl auf 24 Personen ab, womit die Zahl der Personen, die 8 oder mehr Medikamente einnahm, um 6 Personen von 14 auf 20 stieg. Hauptursache für die Zunahme der Medikamentenzahlen waren fachärztliche intramurale und extramurale Kontrollen und stationäre Aufenthalte. Die größte Gruppe der „Vienschlucker“ war jene der betreuten Personen. 10 davon hatten über den Tag verteilt 8 oder mehr Wirkstoffe in unterschiedlicher Dosierung zu sich zu nehmen.



Tab. 7.: Anzahl Wirkstoffe/Tag in der Kohorte

Ernährung und Gewichtsabnahme

Zum Zeitpunkt des ersten Assessments lag die Zahl der Personen mit BMI unter 21 kg/m² bei sieben Personen, diese Zahl nahm bis zum dritten Assessment auf 11 zu. Diese sieben Personen berichteten von einem seit mehr als einem Jahr gleich bleibenden Gewicht oder nur geringen Gewichtsabnahme bei gleichbleibenden normalen Essverhalten und unverändertem Hungergefühl. Bei den drei Personen, die im Verlauf der Beobachtung das Unterschreiten des BMI von 21 stattfand, wurde eine genauere Anamnese durchgeführt,

die betreuenden Personen oder die betroffene Person selbst zum Protokoll der täglichen Ernährung über eine Woche hinweg angehalten und in zwei Fällen ein MNA durchgeführt (im dritten Fall war die Ursache für die Gewichtsabnahme aus der häuslichen Situation heraus klar und auf ein MNA wurde verzichtet – siehe Fallbeispiel „klassisch geriatrisch?“).

In zwei weiteren Fällen kam es zu einer ungewollten Gewichtsabnahme, in einem Fall durch das Auftreten einer akuten malignen Krebserkrankung, im anderen Fall aufgrund der bestehenden Depression. Nach Behandlung der Depression nahm die Patientin auch wieder an Gewicht zu.

Caregiver Burden

Die Abhängigkeit der „geriatrischen“ Paare von außen war eine wesentlich größere, als die von Paaren mit einer eindeutigen Betreuungssituation, dennoch fanden sich auch in erst genannter Gruppe drei Paare, bei denen sich ein Partner durch den anderen belastet fühlte (trotz Unterstützung von außen). Insgesamt nahmen die Zahl der Personen mit Betreuungsbelastung über die Zeit hin leicht ab (von 21 auf 19 Personen), was an der Tatsache lag, dass sich die Gesundheit der Partner in zwei Fällen besserte. Die Zahl jener Personen, die sich durch den/die Partnerin stärker belastet fühlte, nahm im Laufe der eineinhalb Jahre und 3 Assessments von 8 auf 15 Personen zu. Von diesen 15 Personen wiesen alle beim ersten Assessment bereits einen, wenn auch gering positiven CGI auf. Als cut-off zwischen geringer Belastung und merkbarer Belastung wurden hier 15 Punkte genommen, größten Einfluss hatten hier die Abhängigkeit der anderen Person und der negative Einfluss auf die eigene Gesundheit. Von den letzten Endes über 15 Punkten liegenden Personen lagen 4 Personen über 40 Punkten und wiesen parallel dazu einen GDS-Punktwert von 5 (3 Personen) und 4 (eine Person) auf. 3 weitere Personen hatten CGI-Werte zwischen 30 und 40. Bei diesen lagen die GDS-Werte ebenfalls im Bereich der 4 und 5 Punkte.

Weitere Gesprächsthemen

Weitere Problematiken, die in den Gesprächen behandelt und erfragt wurden, waren u.a. die Existenz oder das Ansuchen um Pflegegeld (3 erfolgreiche Anträge, 2 Erhöhungen aufgrund des Assessments und des tatsächlich gestiegenen Betreuungsaufwandes), Inkontinenz (bestehend, verschlechternd oder neu auftretend, gesamt 6 Personen), Verschlechterungen im Sehen (1 Empfehlung zur Sehhilfenberatung im Odilieninstitut^{VIII}) oder Hören (2 Audiogramme mit Hörgeräteempfehlung langten in der Praxis des Hausarztes ein), Feststellung zur Indikation eines Balance-Trainings mit Überweisung an die Physiotherapie (2), andere gesundheitliche Probleme (Obstipation, Schwindel, Schmerzproblematiken) und vieles mehr.

VIII Einrichtung für sehbehinderte Personen in Graz

10 weitere Punkte und Erkenntnisse durch die Assessments

1. Geriatrie ist die Versorgungsmedizin des älteren Menschen: Der älteste Patient dieser Kohorte ist jetzt 93 Jahre alt, die älteste Patientin 89 Jahre jung.
2. Biopsychosoziales: Testamente und Patientenverfügungen können die Lebensqualität verbessern.
3. Kognition: Verschlechterungen können schleichend oder rasch sein, auf die Angehörigen sollte gehört werden
4. Konsequenzen eines stationären Aufenthaltes: Nach einer TIA bei Demenz nach 14 Tagen und Komplikationen bettlägrig nach Hause?
5. Verschlechterungen: plötzliche Verschlechterungen machen betroffen, schleichende Veränderungen werden leicht übersehen
6. Hinterfragen des Vertrauensverhältnisses 1: Kann man auf alles Vertrauen, was der Patient sagt? Ungereimtheiten sollte nachgegangen werden.
7. Hinterfragen des Vertrauensverhältnisses 2: Was wird durch Nähe übersehen? Unter Umständen eine Demenz, das Bauchgefühl kann täuschen.
8. Depression ist gut zu behandeln und kann zur kognitiven Verbesserung führen.
9. Das Fehlen von Plan B: Von allen teilnehmenden Paaren hatte nur ein einziges Paar einen „Plan B“, sollte es zu Hause nicht mehr weiter gehen.
10. Freundlichkeit und Offenheit: die meisten Personen sind froh, wenn sie einmal in aller Ruhe über ihre Gesundheit und gesundheitlichen Probleme reden können, es ist eine wertvolle Chance, wenn auch zeitaufwändig.

Diskussion

Rekrutierung und Auswahl

Bereits vor Beginn der Rekrutierung stellte sich die Frage, ob das Einschlusskriterium „Alter“ als einziges wesentliches Einschlusskriterium nicht zu wenig und zu unselektiv ist, es blieb jedoch dabei, da es sich um eine prospektive Beobachtung handelte, in der Verläufe bei Paaren höheren Alters begleitet und Dokumentiert werden sollten. Es stellte sich also nicht die Frage des „sinnlosen“ Assessments „gesunder“ Patienten mit einem Alter über 65 und wie bereits angesprochen, ist die Altersgruppe „65 plus“ die Zielgruppe der geriatrischen Medizin.

Ziel war es hier, die durch den Hausarzt subjektiv wahrgenommenen Situation (Patient kommt bei der Türe herein, der Eindruck: „dem geht's eh so gut wie eh und je“) zu objektivieren und eventuell wichtige zusätzliche Informationen zu erhalten bzw. übersehene Problemstellungen aufzudecken. Bei gesünderen und „eben doch schon älteren“ Paaren wurden die Gespräche also neben dem Assessment zum Erhalt von Ausgangswerten auf empfohlene Vorsorge und Prävention konzentriert, in der Hoffnung diesbezüglich eine Motivation bei den PatientInnen zu erreichen. Schlussendlich steht und fällt eine erfolgreiche Therapie oder auch Prävention und Vorsorge mit der Compliance der betroffenen Person.

Diese Vorgehensweise zeigte sich im Verlauf wichtig, da es auch in der Gruppe der „fitten“ Paare wesentliche gesundheitliche Veränderungen und kontinuierliche Verschlechterungen zu registrieren gab. Die Zahl dieser „fitten Paare“ war jedoch zu gering um feststellen zu können, ob ein katastrophales Ereignis oder eine langsame Verschlechterung häufiger als Ursache für eine Situationsänderung verantwortlich sind. Derartige Paar-Verläufe und Ereignisse in einer solchen Kohorte zu beobachten und das Erkrankungs- und v.a. Institutionalisierungsrisiko im extramuralen Bereich genauer zu betrachten, um sinnvolle Rückschlüsse auf mögliche präventive Maßnahmen zu erhalten, wäre eine Frage, die im Rahmen dieser Arbeit nicht beantwortbar ist und weiterer Analyse bedürfte.

Die angegebenen Ausschlusskriterien (intensiv-)stationspflichtige Erkrankung und Langzeitinstitutionalisierung sowie ungeklärte Rechtslage (z.B. bei Demenz) wurden bei der Rekrutierung berücksichtigt, relativierten sich im Verlauf insofern, als dass es sich um

eine prospektive Studie handelte und eine Langzeitinstitutionalisierung hätte stattfinden können. Somit wären die betroffenen Personen nicht mehr frei verfügbar gewesen und aus der Kohorte ausgeschieden. Es ist jedoch erfreulich, dass bis zum Zeitpunkt der dritten Befragung keine Person in die Lage einer Langzeitinstitutionalisierung gekommen war und sämtliche betroffene Personen im Verlauf von teilintensivstationären und stationären Aufenthalten wieder in die häusliche Pflege entlassen wurden und somit weiter teilnehmen konnten.

Zwischenassessment und Design

Dem guten Beobachter mag vielleicht aufgefallen sein, dass die anfangs angeführten Zwischenassessments und auch das zweite durchgeführte Assessment in den Resultaten kaum erwähnt werden, Grund dafür ist die Entwicklung über die Zeit. Bei Analyse der erreichten Werte und Verläufe zeigte es sich, dass die vom ersten zum zweiten Assessment wahrgenommenen Veränderungen (sowohl Verschlechterungen als auch Verbesserungen nach Intervention) in das dritte Assessment fortsetzten, d.h. die Tendenz in die bemerkte Richtung weiterging. Auch bei stationärem Aufenthalt und Verschlechterung des Gesundheitszustandes war zu erkennen, dass solche Verschlechterungen zwar schnell auftreten, ihre Besserung aber kaum möglich ist und wenn, sehr lange andauert. Solch akute Ereignisse waren eher noch Auslöser für eine bemerkbare kontinuierliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes, wie sie sonst vielleicht weniger massiv stattgefunden hätte.

Es spiegelt sich hier also die Tatsache der verringerten Reserve, verlängerten Krankheitsdauer und geringeren Möglichkeit zur Wiedererlangung vorheriger Funktionen im Alter wieder.

Somit war zurückblickend der deutlichste Kontrast zwischen Ausgangszustand und erreichtem Zustand - zwischen dem ersten und dem eineinhalb Jahre später stattfindenden dritten Assessment - am größten, Entwicklungen dahingehend wurden durch dieses zweite Assessment oder Zwischenassessments bestätigt. Wahrscheinlich wären auch jene Verschlechterungen, die zwischen dem zweiten und dritten Assessment aufgetreten waren, durch ein weiteres Assessment bestätigt worden, klare Verläufe also erkennbar gewesen. Dies verleiht den Assessments einen prädiktiven und präventiven Wert, es bleibt aber die Frage nach dem optimalen Zeitraum zur Wiederholung solcher Assessments offen.

Warum das System Partnerschaft?

Das „System Partnerschaft 70+“ als solches wurde deshalb als Modellsystem für diese Arbeit ausgewählt, da es in vielen Fällen dieses System ist, welches die Unabhängigkeit alternder Menschen erhält und auch in der Zukunft der einen oder anderen Form das tragende System der alternden Bevölkerung werden könnte. Mit abnehmender Familiengröße und abnehmender Zahl an Ehen, flexibleren Partnerschaften usw. könnte es durchaus sein, dass sich im hohen Alter „Zweckgemeinschaften“ bilden, ähnlich wie hier bei dem Paar des Schwagers und der Schwägerin, welche beschlossen hatten, nach dem Tod ihrer Ehepartner zusammenzuziehen, um so der Einsamkeit und der Heimunterbringung zu entgehen.

Die steigende Lebenserwartung und demographische Entwicklung sind zwei Dinge, die durchaus schon bekannt sind, in letzter Zeit immer aktuelleres Thema wurde jedoch auch die Diskussion um die „Compression or Expansion of Morbidity“ (Kompression oder Ausdehnung von Erkrankung im Alter – altert der Mensch länger gesünder oder ist er mit seiner höheren Lebenserwartung auch länger krank?). Lange Zeit war man der Meinung, dass mit der höheren Lebenserwartung auch die Gesundheit des alternden Menschen eine bessere ist¹³⁵. Eine vor kurzem erst erschienene Studie zeigt, dass ein hohes erreichtes Alter nicht unbedingt ein Altern in Gesundheit bedeutet. Mitunter durch den medizinischen Fortschritt und der sozioökonomischen Entwicklungen der letzten Jahrzehnte ist es dazu gekommen, dass der Mensch älter wird, aber mit seinem Alter scheinbar auch eine zunehmende Zahl an Jahren krank erlebt^{136,137}. Lösungen für ein möglichst langes Leben zu Hause oder im informell-professionell betreuten Bereich werden also gesucht und gefunden werden müssen. Wenn eine solche Lösung die Entstehung von „Senioren-Wohngemeinschaften“ ist, so wird es auch dort notwendig sein, die zusammenlebenden Personen als funktionierende Einheit mit gegenseitiger Ergänzung zu sehen.

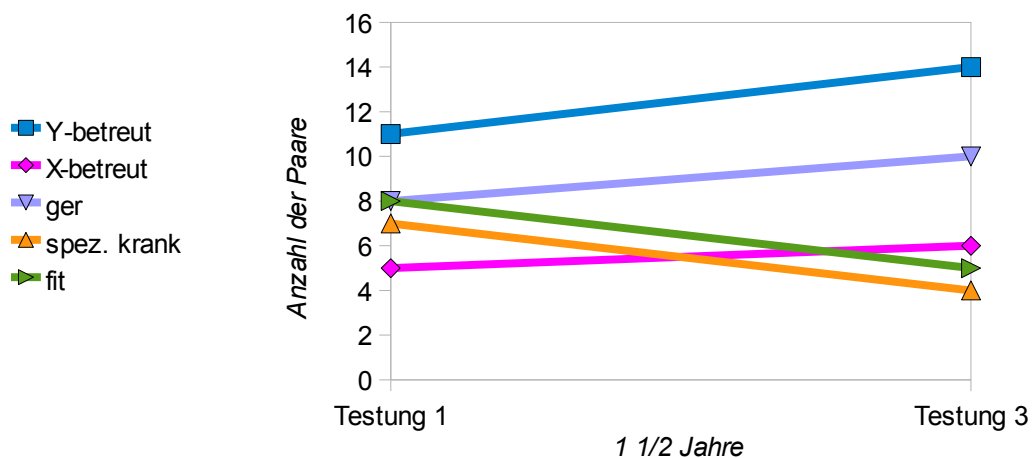
Gruppen und Gruppenwechsel

Die Auswahl und Einteilung der Gruppen in „fit“, „spezifisch krank“, „geriatrisch“ und „betreut“ fand aufgrund der erreichten Werte der Paare in den Assessments statt. Der sehr subjektive Ausdruck „fit“ oder „augenscheinlich fit“ spiegelt die wahrgenommene und durch die Assessments objektivierte Sicht wieder. Würde man diese „fitten“ Paare auf der Straße treffen, würde man nicht glauben, dass sie bereits um die 75 Jahre alt sind und mindestens eine, wenn nicht mehrere chronische Erkrankungen haben.

Im Verlauf der Testungen wechselten 9 Paare die Gruppe, zwei Herren mit anfangs

spezifischer Problematik wurden zunehmend abhängig von der Betreuung durch ihre Partnerinnen, ebenso musste ein Partner seine Frau im Alltag zunehmend unterstützen und Haushaltsverrichtungen mehr und mehr übernehmen. Bei zwei Paaren, bei denen eigentlich eine eher spezifische Situation vorgelegen hatte, verschlechterte sich die Situation so weit, dass sie „Paare mit geriatrischen Problemstellungen und Einschränkungen im täglichen Leben“ wurden, d.h. der Gruppe der geriatrischen Paare aufgrund ihrer zunehmend schlechten Gesundheit, multidimensionaler Problematiken und zunehmender Abhängigkeit voneinander und von Dritten zugeteilt wurden. Bei einem Paar, das anfangs nach außen hin durchaus fit wirkte, verschlechterte sich die Situation des Gatten soweit, dass die Partnerin das Gefühl hatte, ihn nicht mehr alleine lassen zu können und in ständiger Sorge war, dass ihm irgendetwas zustoßen könnte, da er sich als komplett uneinsichtig gegenüber seinen Schwierigkeiten erwies. Zwar zeigte sich noch keine positive Belastung im CGI, die Punktwerte der GDS stiegen bei der Gattin jedoch von 1 auf 4. Beim Gatten zeigte sich im Verlauf eine Änderung des MMSE von 26 auf 25 und des Uhrentests von 9 (max.) auf 6 Punkte. Da es sich um die Eltern eines Arztes handelte, wurde diesem nahegelegt, eine genauere Abklärung und eventuelle Therapie in Richtung Demenz bei seinem Vater einzuleiten, da die Therapie-Compliance des Paares so und so von der ärztlichen Zustimmung des Sohnes abhängig war.

Bei einem Paar starb der Ehemann, die bis dahin betreuende und relativ gesunde Gattin zeigte im Verlauf einen Abbau in Gesundheit, Mobilität und IADL.



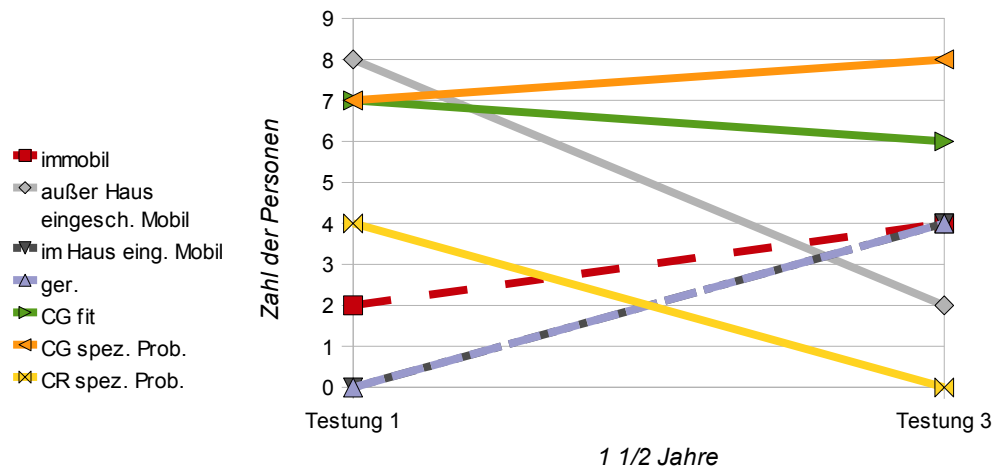
Tab.8.: Gruppenänderung über die Zeit

Y-betreute Paare

Im Verlauf der Assessments zeigte sich in dieser Gruppe, dass durchaus spezifische Interventionen auf Seiten der betreuenden und auf Seiten der betreuten Personen notwendig waren. Unter den spezifischen Interventionen bei den betreuenden Personen sind folgenden anschauliche Beispiele für eine komplexe Einflussnahme gewisser Faktoren auf den Alltag solcher Paare zu nennen:

Die bis zum Zeitpunkt des dritten Assessments feststellbare Verbesserung der Gesamtsituation wurde durch gezielte Intervention erkannter Problematiken erreicht. In einem Fall war dies die Entlastung der betreuenden und zunehmend belasteten/depressiv wirkenden Partnerin (trotz 24h-Pflege des Gatten) durch einen gemeinsamen Kuraufenthalt mit dem immobilen Patienten, den sie nicht alleine lassen konnte und wollte. Durch den „Tapetenwechsel“ und die in der Kuranstalt vorhandene Zusatzbetreuung erreichte sie die notwendige Entlastung und Entspannung (CGI konstant hoch, GDS abnehmend).

In einem anderen Fall half die Information und Inanspruchnahme eines Hausbesuches durch einen Notar zur Nachlassregelung, die Depressionen des Ehepaars zu mindern und die subjektive Lebensqualität zu verbessern, woraufhin sich konsekutiv sowohl die empfundene Betreuungsbelastung und depressive Symptomatik der betreuenden Gattin besserte.



Tab.9.: Veränderung über die Zeit bei y-betreuten Paaren

X-betreute Paare

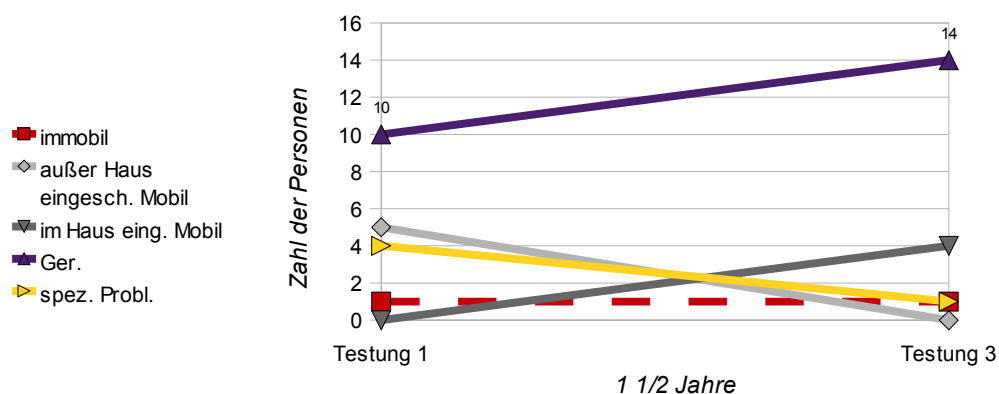
Eine Patientin zeigte im Verlauf der eineinhalb Jahre eine Besserung, sie erreichte nach anfänglicher beinahe vollständiger Immobilität wieder ein Level der Teilmobilität im Haus

(Gehstrecke 5-10 m, Aufstehen teilweise mit Hilfe des Gatten, zuvor immobil und nur sitzend), im Gegensatz dazu verschlechterte sich die Mobilität einer Dame soweit, dass sie den Rollstuhl nicht mehr verlassen konnte, das zuvor noch mögliche Gehen mit einem 4-Punkt-Stock war nicht mehr möglich. Bei einer Patientin wurde im Verlauf der Testung der Verdacht eines MCI ausgesprochen, die Testung mit MMSE und Clock war aber nur eingeschränkt möglich, da aufgrund der Sehbehinderung und eines teilweisen Analphabetismus eine genauere Testung mit diesen Testverfahren nicht möglich war, jedoch Teilergebnisse und Aussagen der im Hause lebenden Familie den dahingehenden Verdacht stärkten. Es zeigten sich also auch hier gesundheitliche Trends, Aufgrund der geringen Zahl an „x-betreuten“ Paaren sind jedoch keine weiteren Aussagen möglich. Auch hier kann wahrscheinlich durch eine erweiterte Forschung im Bereich der extramuralen Versorgung geriatrischer PatientInnen und Paare die eine oder andere Erkenntnis gewonnen werden.

Paare mit geriatrischen Problemstellungen und Einschränkungen im täglichen Leben

Der in den Resultaten angesprochene Fall der Verbesserung einer PatientIn durch gezielte Intervention mit aktiver Depressionstherapie ist ein weiteres Beispiel für eine durch das Assessment aufgedeckte Problematik, die Depression war vorher nicht bekannt. Durch die fortschreitende Verschlechterung des Gatten verschlechterte sich die Situation des Paares insgesamt jedoch, da ihre Mobilität vom Führerschein und dem gemeinsamen Verlassen des Hauses mit dem Gatten abhängig war.

Insgesamt war in dieser Gruppe zu erkennen, dass eine bereits bestehende eingeschränkte Mobilität außer Haus sich vermehrt zu einer eingeschränkten Mobilität auch im Haus entwickelte und auch Paare, die vorerst nur spezifische Problematiken aufwiesen in diese Gruppe der Paare mit geriatrischen Problemstellungen wechselten (siehe Tab.9)



Tab.10.: Paare mit ger. Problemstellungen - Veränderung über die Zeit

Alter

Das größte Segment der Herren lag in einem Alter über 75 Jahren, nur 7 Herren lagen unter dieser Altersgrenze. Dass die Ehe/Partnerschaft ein Vorteil und Schutz vor sozialer Isolierung und unter Umständen Grund für eine bessere Ausgangslage für ein Altern mit Qualität ist, bleibt hier eine Vermutung, da es an einer Vergleichsgruppe alleinstehender Männer des selben Alters mangelt. Fakt ist aber, dass die mit der Partnerschaft verbundene informelle Betreuung und das niedrigere Risiko der Institutionalisierung, sowie die dadurch teilweise höhere Lebensqualität in einer solchen Situation zu berücksichtigen und zu bedenken sind. Inwieweit diese Altersstruktur in Partnerschaften, also der „Vorteil der jüngeren Ehefrau“ auch in der Zukunft erhalten bleibt und Einfluss auf eine zu Hause mögliche Eigenhilfe hat, bleibt abzuwarten. Wichtiger Bereich für das Leben und Bleiben zu Hause durch eine informelle Betreuung ist und wird in Zukunft weiterhin die 24h-Betreuung sein. Damit verbundene Problematiken sollten ebenfalls analysiert und bearbeitet werden^{IX}.

Zeitlicher Aufwand und Hausbesuchsstruktur

Die Dauer eines ausführlichen Assessments von einer Stunde oder mehr eröffnet die Möglichkeit eines ausführlichen Gespräches, welches Beitrag zu einer verbesserten Arzt-Patienten-Beziehung liefern kann und die schon oft angesprochene Möglichkeit der Identifikation unerkannter Problematiken liefert. Zu berücksichtigen ist hier das Setting des Hausbesuches, es könnte Einfluss auf Gesprächsstruktur und Informationsgehalt haben. So könnten z.B. MMSE-Werte durch die Befragung zu Hause besser ausfallen, als im intramuralen Bereich (durch Desorientierung bei verschlechtertem Gesundheitszustand). Inwieweit MMSE und andere kognitive Testungen zu Hause von intramuralen Testungen abweichen, ist ebenfalls eine Frage, die hier nicht beantwortet wird.

Zum zeitlichen Aspekt des Assessments ist noch zu sagen, dass die notwendige Zeit durch Hilfestellungen wie z.B. entsprechende Software, Möglichkeiten zur automatischen Auswertung der einzelnen Testbögen im Ordinationsbereich und weiteren personellen Ressourcen wahrscheinlich reduziert werden kann, aber dennoch Zeit gebraucht wird.

IX A. Zwaring, „Ambulante Altenpflege und Altenbetreuung in Österreich: Versuch einer Bestandsaufnahme“ *Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master für wirtschaftswissenschaftliche Berufe Management im Gesundheitswesen* (5,2010)

Spezielle Problematiken

Frailty – sie existiert

Die Tatsache, dass im Laufe der Zeit weitere Frailty-Symptome entwickelt werden, muss bei Zutreffen von mehr als einem Kriterium bereits zu einer erhöhten Aufmerksamkeit führen und somit eine regelmäßige Verlaufskontrolle stattfinden, die dann unter Umständen auch eine genauere Klärung fehlender Kriterien ermöglicht.

Beispiel dafür findet sich wiederum in dieser durchgeführten Verlaufsbeobachtung: Ein Patient berichtete im Rahmen seiner Erkrankung zuerst nur von einer geringen körperlichen Aktivität, da er schnell außer Atem kam, im dritten Assessment hatte sich im Verlauf der letzten Monate auch eine Empfindung der andauernden Erschöpfung und Abgeschlagenheit entwickelt. Hand in Hand dazu ging bei dieser Person die subjektiv empfundene Lebensqualität hinunter und die Werte der GDS hinauf. Es zeigt sich also auch hier wieder die Komplexität und die engen Zusammenhänge geriatrischer Problemstellungen und Gesundheitseinflüsse.

Sturz – eine Frage zur Lage

Die Frage nach Stürzen braucht nicht viel Zeit und zählt zu jenen Fragen, die durch Assessmentroutine auch im stressigen Alltag schnell erfragt werden können. Das Auftreten von Stürzen muss beachtet und Ursachen gesucht werden, auch dies gehört zu einer guten Betreuung alternder Menschen. Da es sich initial um eine reine „Ja oder Nein“-Frage handelt, ist eine erste Stuserhebung denkbar einfach. Die Ursache für einen stattgehabten Sturz zu finden, kann sich als schwieriger erweisen und eventuell nicht allein extramural abgeklärt werden. Sturz und Folgen sind also ein weiteres Beispiel für eine koordinierte Betreuung durch mehrere (spezialisierte) Disziplinen wie z.B. Physiotherapie, intramurale und extramurale Geriatrie und andere Spezialfächer. Wie in vielen anderen Bereichen der Geriatrie ist auch hier die Frage der „diagnostischen Notwendigkeiten“ zu stellen. So liegen z.B. zwischen einer 75-jährigen und einer 90-jährigen geriatrischen Person aber auch zwischen gleichaltrigen geriatrischen Personen Welten und Entscheidungen bezüglich der „in Gang Setzung“ des kompletten „diagnostischen Räderwerks“ müssen individuell getroffen werden.

Mobilität – schnell getestet

Es haben sich Tendenzen gezeigt, dass gesundheitliche Veränderungen auch deutlichen Einfluss auf die im TUG erzielten Resultate aufweisen, also eine zunehmende Zeit

Rückschluss auf eine „Systemänderung“ liefert. Eine Erforschung der Abhängigkeit des TUG von einer sich verschlechternde Situation und dessen Verlauf bei beiden Partnern als einfacher Parameter zur Feststellung einer gesundheitlichen Verschlechterung wäre interessant.

Der TUG als einfache und beinahe überall durchführbare Schnellprüfung der eingeschränkten Mobilität als solches wäre eines der Assessmentinstrumente, welches sowohl in einem Kurz-oder Basis- als auch in einem ausführlichen Assessment (für den extramuralen Bereich) einen fixen Platz haben kann und ist somit einer der genormten Parameter für eine Kommunikation zwischen extra- und intramuralem Bereich.

Kognition – MMSE und Uhrentest

Die Durchführung des Assessments führte im Verlauf zur Aufdeckung beginnender kognitiver Probleme und lieferte eine gute Möglichkeit ausführlicherer Differentialdiagnosen. Als Beispiel dafür sind folgende zwei Fälle zu erwähnen: Bei zwei Personen schien eine kognitive Leistungsminderung aufgrund einer Depression vorzuliegen, in einem Fall bestätigte sich dies durch verbesserte Werte in MMSE und Uhrentest (24/7 auf 28/8) und geringerer Werte in der GDS und VAS (4/4 auf 2/8) nach eingeleiteter medikamentöser Therapie und Motivation zu vermehrter sozialer Aktivität des Paares (regelmäßiges Mittagessen oder zum Sohn fahren anstatt sich immer nur besuchen lassen) bei unveränderter körperlicher Gesundheit. Im zweiten Fall waren depressive Phasen bekannt, nun kamen aber noch Gedächtnisprobleme (2x täglich das Gleiche einkaufen, kein selbstständiger Gewandwechsel etc.) und Verhaltensstörungen (Aggression) hinzu. Die betroffene Person verweigerte aber schon seit Jahren angetragene und vorgeschlagenen Therapien gegen die Depression - zur Verzweiflung der Gattin, deren Betreuungsbelastung aufgrund der Verschlechterung des Gatten deutlich zunahm (Assessment 1&2 CGI: 0, Assessment 3 CGI: 21). Inwieweit die Depression alleine für die Veränderungen des kognitiven Zustandes verantwortlich ist oder doch eine demenzielle Entwicklung eine Rolle spielt, bleibt unklar, der Betroffene ist zu keiner fachärztlichen Abklärung bereit, einzig und allein Untersuchungen durch den Hausarzt werden akzeptiert.

Individuelle Fähigkeiten im täglichen Leben – ADL und IADL

Die tendenzielle Verbesserung der „fitten“ und „spezifisch kranken“ Personen im Bereich der IADL bleibt aufgrund der geringen Gruppengröße zu hinterfragen, eine konkrete Ursache dafür war keine zu finden. Es bleibt hier zu erforschen, inwieweit die

durchgeführten Assessments und in diesen beiden Gruppen eher als „Präventionsgespräch“ angelegten Interviews Motivation zu einer Verbesserung und Erhaltung der Situation und Gesundheit und auch Motivation zur Ergreifung anderer präventiver Maßnahmen führte.

Unter den betreuenden Personen blieb die Situation im Bereich der IADL und ADL in etwa gleich, „das Funktionieren“ der betreuenden Person war aber auch Hauptvoraussetzung zu einer Weiterführung der Betreuung und des bis dahin gehabten Lebensstils, d.h. dass sich durch die Betreuung einer anderen Person der „Zwang zur Funktionalität“ ergibt. Interessant wäre hier eine Betrachtung der Situation und Funktionalität vor und nach dem Tod der betreuten Person, in dem einzelnen vorhandenen Beispiel zeigte sich nach dem Tod des Gatten eine kontinuierliche Verschlechterung der Witwe. Inwieweit dies auf einen altersphysiologischen Prozess, auf den fehlenden „Funktionsdruck“ oder beide Faktoren zurückzuführen ist, bleibt hier in Frage gestellt.

Geriatrische Depressionsskala – Depressive Symptomatik

Selbst in diesem Bereich der persönlichen Problematiken fand sich unter den Befragten keine Ablehnung und eine Möglichkeit zum offenen Gespräch, die geriatrische Depressionsskala als Teil des Assessments wurde von den befragten Personen gut angenommen und bereitwillig beantwortet.

Inwieweit befragte Personen an sich in der Lage sind, die Fragen zu beantworten zeigt sich im Rahmen des Besuches rasch: Ein Patient wurde aufgrund seiner voranschreitenden gesundheitlichen Verschlechterung nicht mehr getestet, ein weiterer Patient mit Sprachverlust bei Demenz beantwortete die Fragen bereitwillig mit Kopfnicken und Kopfschütteln, inwieweit dieser Test aussagekräftig ist, bleibt zu hinterfragen. Aus der Gesamtsituation heraus machte der Betroffene im häuslichen Umfeld aber keinen unglücklichen oder aufgewühlten Eindruck - ein Eindruck, der bei ambulanter/stationärer Testung mit Desorientierung und Verunsicherung im Hintergrund wahrscheinlich nicht wahrnehmbar gewesen wäre. Der Hausbesuch lieferte in diesem Zusammenhang zumindest einen subjektiven Eindruck aus dem alltäglichen Leben der betroffenen Person, die in keinem Vergleich zu einer Situation im stationären Umfeld steht.

Polypragmasie – Medikamente in Un- und Vielzahl

Die Zahlen sprechen für sich...

Ernährung und Gewichtsabnahme – Frage zur Lage, Ursachenforschung leicht gemacht

Im Verlauf der Gespräche zeigte es sich, dass Harn- und Stuhlregelmäßigkeit und Konsistenz gekoppelt mit dem (nicht-) vorhandenem Appetit wichtiger Bestandteil der täglichen Betrachtung der eigenen Gesundheit älterer Personen sind, d.h. die meisten Personen klare Angaben über ihren eigenen Zustand oder aber auch den Zustand ihrer betreuten Partner liefern konnten. In den wenigsten Fällen war keine Aussage zur täglichen Ernährung zu finden. Das „Ernährungs-Protokoll“ einer betreuenden Dame bezüglich der ihrem Gatten verabreichten Nahrung sah folgendermaßen aus: sie sammelte sämtliche Etiketten der Nahrungsmittel, die ihr Mann bekam oder schrieb auf kleine Zettelchen, was er sonst gegessen hatte (nie wieviel), tat einen Gummiring herum und überreichte das „Protokoll“ dem verblüfften Hausarzt bei der Visite eine Woche später. Der zunehmende Gewichtsverlust des Gatten wurde somit zumindest teilweise erklärt...

Eine Schulung informeller Betreuender ist in vielen Fällen notwendig, um eine ausreichende Ernährung zu Hause betreuter Personen zu erreichen - auch wenn diese oftmals instinktiv besser funktioniert als im intramuralen Bereich⁸³, da eine höhere Flexibilität und mehr Zeit existiert – so benötigte die Fütterung eines der letztendlich schwer erkrankten Alzheimerpatienten 5x täglich 35-50 min aufgrund einer beginnenden Schluckstörung. Basisinformationen bezüglich einer richtigen Ernährung können durch den Hausarzt auch in diesem Bereich vermittelt werden, eine Unterstützung im Rahmen eines existierenden Netzwerkes z.B. durch entsprechend ausgebildete ErnährungsberaterInnen wäre wünschenswert.

In allen weiteren Fällen einer entdeckten drohenden oder existierenden Mangelernährung wurde nach Möglichkeiten gesucht, die körperliche Gewichtsreserve durch Änderungen des Ernährungsbewusstseins und zusätzlicher Unterstützung (Aufbaunahrung, Nahrungszusatz etc.) zu steigern, längerfristige Ergebnisse sollten durch den Hausarzt kontrolliert werden. Das Um und Auf in diesem Zusammenhang ist und bleibt jedoch die Compliance nicht nur der betroffenen Person, sondern des Paares.

Schlussfolgerung

Im Rahmen dieser Verlaufsbeobachtung von zuerst etwas mehr und letzten Endes beinahe 40 Paaren im höheren und hohen Alter hat sich bestätigt, dass das „Lebenssystem Partnerschaft 70 plus“ ein System ist, welches sich nicht selten in einer sehr unsicheren Balance befindet und dessen Stabilität von vielen Faktoren abhängig ist. In den Partnerschaften des höheren Alters gibt es mehr oder weniger stark vulnerable Individuen, ist jedoch ein gewisser Grad an körperlichem Abbau, an Krankheit und Multimorbidität erreicht, scheint die kontinuierliche Verschlechterung kaum mehr aufzuhalten.

Dies hängt zum einen mit dem fortschreitenden Alter - und den damit verbundenen physiologischen Alterungsprozessen an sich - zum anderen aber mit durch Krankheit bestehenden Gesundheitsbelastung zusammen. Jede Kleinigkeit kann bei diesen vulnerablen Personen eine Kettenreaktion hervorrufen, wie sie bei weniger empfindlichen Personen nicht ausgelöst worden wäre. Somit läuft dieses empfindliche System, welches das unabhängige oder beinahe unabhängige Leben zu Hause ermöglicht, immer in Gefahr, in ein Ungleichgewicht zu geraten.

Das System wird in manchen Fällen plötzlich, meist jedoch durch langsame und kontinuierliche Veränderungen auf die Probe gestellt. Die Problematik hierbei ist, dass plötzliche Ereignisse rasch erkennbar sind, da sie das System überfordern und es innerhalb von kürzester Zeit zum Kippen bringen. Ein solch plötzliches Kippen ist für außenstehende Personen leicht erkennbar. Solche Ereignisse führen meist zu einer gezielten und raschen Intervention, haben aber auch ernsthafte Folgen, oftmals ist das Leben in seinem vorherigen Verlauf nicht mehr möglich.

Sehr viel häufiger jedoch wird das Funktionieren des Systems durch die langsame und schleichende Veränderung auf die Probe gestellt. Diese schleichende Veränderung steht letztendlich vor katastrophalen Entwicklungen, manch eine Entwicklung bleibt jedoch unvorhersehbar und unvermeidbar (z.B. die Entstehung eines Karzinoms).

Ein Beispiel für eines dieser „katastrophalen Ereignisse“ wäre eine Schenkelhalsfraktur der betreuenden Person, während der Gatte an Demenz leidet. Dies wäre eine Situation, die ohne die Möglichkeit einer Kompensation durch das Umfeld schnell in eine Sackgasse führt und daher rasch die volle Aufmerksamkeit bekommen muss. Viel weniger auffällig hingegen ist der kontinuierliche Abbau einer betreuenden Person bei immer stärker werdender Betreuungsbelastung, da der Gatte mit Demenz sich ebenso verschlechtert. Die

angepinkelten Unterhosen und die beginnende Stuhlinkontinenz sind kein Thema, über das man mit Kindern redet. Dass durch gestörten Schlaf und mangelnde Rücksicht auf die eigene Gesundheit eine körperliche Schwäche entsteht, bleibt mit dem Fokus auf die Betreuung nebensächlich. Doch kann nicht auch dies der Grund für einen Sturz und eine Fraktur werden?

Grundsätzlich stellen sich hier mehrere Fragen: Ist der Sturz mit Fraktur, also das plötzliche Ereignis, nicht einfach Folge der Überlastung des Systems an sich und Zeichen, dass das Leben in seiner bisherigen Form an Grenzen gestoßen ist? Wäre die Fraktur daher vermeidbar gewesen, wenn man diese vorangehende kontinuierliche Entwicklung bemerkt hätte? Wie viel Zeit hat man von den ersten Anzeichen bis hin zu einem Caregiver-Kollaps? Wer kann denn diese Verschlechterung bemerken? Partner, Familie, Außenstehende? Wie viel Prävention ist möglich? Wie viel Zeitaufwand ist notwendig, ist es das denn „wert“?

Entwicklungen und Verläufe

Im Rahmen dieser Arbeit wurden ein Paar Tendenzen und Entwicklungen sichtbar, die ein paar dieser Fragen beantworten könnten:

Bei den 40 Paaren befanden sich am Ende 20 Paare in einer Caregiver-Carereceiver-Situation, 14 Männer und 6 Frauen wurden durch den/die PartnerIn betreut. Von diesen 20 Caregiver waren 10 soweit gesund, dass sie sich selbst als „fit“ bezeichneten und sie auch in beinahe allen Bereichen des Assessments Maximalwerte erreichten. 10 weitere Caregiver hatten bereits mit einer spezifischen Gesundheitsproblematik zu kämpfen. Diese war das tägliche Leben nicht beeinträchtigend, wurde aber durchaus als Krankheit oder Störung empfunden. Bei 9 dieser Paare war eine gesundheitliche Verschlechterung der betreuten Person und parallel dazu eine steigende Belastung der betreuenden Person zu verzeichnen. Gleichzeitig damit fand sich eine Abnahme in der Flexibilität, Unabhängigkeit, Mobilität und Lebensqualität des Paares als Einheit.

Bei vier Paaren wäre die gesundheitliche Situation im Vergleich zum ersten und zweiten Assessment als stabil zu bezeichnen, es fanden sich keine oder nur unwesentliche Änderungen in der Gesundheit, trotzdem war auch hier durch die Betreuungssituation meist eine geringe bis deutliche Zunahme der Betreuungsbelastung zu sehen. Diese Tendenz stimmt mit der Tatsache überein, dass **längerfristige Betreuung Belastung bedeutet**. Und diese Belastung hat negative Einflüsse auf Gesundheit und Psyche, und dies

nicht nur bei der betreuenden Person.

In drei Fällen verbesserte sich die Situation des Paares, in zwei Fällen durch gezielte Intervention, welche durch das Assessment in Gang gesetzt wurde, in einem Fall erholte sich die Betroffene langsam von einem stationären Aufenthalt, von dem sie vor dem ersten Assessment erst kürzlich nach Hause zurück entlassen worden war. Ihr Gatte meinte im letzten Gespräch, dass es mehr als ein Jahr gebraucht hätte, damit seine Frau wieder annähernd „die Alte“, also in einem Zustand ähnlich dem vor dem Krankenhausaufenthalt war.

Bei den „geriatrischen“ Paaren, also bei jenen Paaren, wo sich beide Personen in einer problematischen Gesundheitssituation mit Multimorbidität und Einschränkungen im täglichen Leben (Mobilität, IADL, ADL) befinden, wurde erkennbar, dass dieses **unabhängige Leben nur in der Partnerschaft** funktioniert. Ein Partner wäre ohne den anderen und teilweise beide ohne die Hilfe von Dritten nicht mehr fähig, alleine und in Unabhängigkeit zu leben. Bei diesen Paaren war zwar in mehreren Fällen schon eine informelle Betreuung vorhanden, beinahe alle oder alle Tätigkeiten im täglichen Leben (ADL) durch das Paar bewältigt - nur ein Paar aus dieser Gruppe befand sich bereits in kontinuierlicher ADL-Betreuung zu Hause. In diesen Fällen ist nicht nur eine Person für sich, sondern das System als ganzes in einer extrem gefährdeten Situation, verschlechternde Verläufe über die Zeit jedoch vorprogrammiert.

Viele dieser Paare leben in einem **System der gegenseitigen Ergänzung und Unterstützung** - manche schon so sehr voneinander abhängig und beide schon so eingeschränkt in ihrem täglichen Leben, dass sich die Frage stellt, wie dieses System alleine überhaupt in relativer Unabhängigkeit existieren kann. Hier ist es die informelle Betreuung (unter Umständen auch die 24h Betreuung als Teil der informellen Pflege), welche die Unabhängigkeit aufrecht erhält und vor Institutionalisierung bewahrt.

Ein Beispiel für eine solche Situation wären der Mann, der fahren aber nicht einkaufen gehen kann und die Frau, die nicht Autofahren, aber einkaufen kann. Grund dafür wäre wahrscheinlich die Demenz des Gatten, trotz der er nach wie vor mit dem Auto fährt, aber nicht mehr in der Lage ist, mit Geld umzugehen (Schillinge würden vielleicht noch funktionieren) und der fehlende Führerschein der Gattin, die aufgrund der eingeschränkten Mobilität (z.B. degenerative Veränderungen der Wirbelsäule und des Bewegungsapparates) nicht mit den öffentlichen Verkehrsmitteln fahren kann und sich weigert ein Taxi zu

nehmen, da der Gatte „eh noch so gut fährt“. Doch was, wenn der Gatte wirklich nicht mehr fahren kann? Wer erledigt dann die Einkäufe?

In dieser Verlaufsbeobachtung war eine der häufigsten Arten der informellen Betreuung der „Taxidienst“ und das Einkaufen oder auch die Hilfe bei schwereren Haushaltstätigkeiten durch Kinder und in manchen Fällen durch Nachbarn. Ohne diese Hilfe wäre ein Leben zu Hause nicht mehr möglich gewesen.

In Bereichen des täglichen Leben halfen sich die Paare soweit selbst, die Partner sich also gegenseitig, sodass ihrer Meinung nach keine andere Hilfe notwendig schien. War der eine der Kopf und der andere die Füße, blieb genug Unabhängigkeit für das Leben zu Hause. Von außen betrachtet stellte sich aber mehr als nur in einem Fall die Frage nach der Notwendigkeit einer intensiveren Betreuung (sowohl professionell als auch informell).

Selbst in einer bewusst als gefährdet wahrgenommenen Situation machten sich viele der Paare **keine Gedanken**, wie eine **spätere Versorgung** aussehen sollte, wenn es durch irgendeinen Grund zum Verlust der gemeinsamen Autonomie kommen sollte. Viele meinten darauf angesprochen, dass, wenn es soweit wäre, irgendeine Lösung gefunden wird, inwieweit sie mit dieser aber glücklich werden würden, blieb in Frage gestellt. Einzig bei einem Ehepaar hatte die Gattin schon eine konkrete Vorstellung, wie ihr Leben weitergehen sollte, sofern es zu Hause nicht mehr ging, sah sich aber durch das Verhalten des Gatten gezwungen, so lange auf diese Veränderung in ihrem Leben zu warten, bis eine gesundheitliche Katastrophe eintrat, die eine Situation schuf, in der das Setzen einer solchen Maßnahme notwendig wurde^X.

Ein weiteres häufiges Verhalten im Bereich der Abhängigkeit nach außen und von Kindern war es, **Verschlechterungen** vor den Kindern zu **verheimlichen** und nicht darüber zu klagen, um diesen „nicht noch mehr zur Last zu fallen“ oder aus Angst, dass diese schlussendlich nicht mehr bereit wären, Hilfe zu Verfügung zu stellen und somit die Möglichkeit des relativ unabhängigen Lebens zu Hause wegfiel. Solche Vorhaben waren meist erfolgreich und der Anschein wurde gewahrt. Es ist somit auch hier das **Hinauszögern bis zu einer „Katastrophe“**, in dem Glauben, dass das Leben zu Hause anders nicht möglich ist, welches letztendlich zu einem gezwungenen Lebenswandel mit einem hohen Anteil an Fremdbestimmung führt.

X Siehe „klassisch geriatrisch?“

Dieses Verhalten war nicht nur bei den geriatrischen Paaren, sondern auch bei den Paaren in einer Betreuungssituation festzustellen, nur dass hier oftmals der Glaube an die eigene Gesundheit unter den betreuenden Personen noch wesentlich größer war.

Das **Annehmen von Hilfe** von außen wird manchmal bis auf Biegen und Brechen **abgelehnt**, schlussendlich kommt es ebenfalls zu der einen oder anderen Katastrophe, nach der eine Weiterbetreuung und ein Leben in seiner bisherigen Form nicht mehr möglich ist. Oftmals wird mit der Verschlechterung des kranken Partners gerechnet, nicht jedoch damit, dass diese Belastung irgendwann einmal für einen selbst zu groß wird. Eine Verschlechterung der eigenen Gesundheit wird nicht erwartet und sie wird auch nicht wahrgenommen. Zwar werden bei der Beantwortung des CGI die Fragen „Meine Gesundheit hat gelitten“, „die Betreuungstätigkeit hat mich körperlich krank gemacht/schwächt mich“ oder „ich bin körperlich erschöpft“ (hoch)positiv beantwortet, aber keine Konsequenz daraus gezogen.

Von den letzten Endes also gesamt 79 Personen und 39 Paaren befanden sich also 27 Paare in einem durchaus erhöhten Risiko, mehr oder weniger unbemerkt in eine Katastrophe zu schlittern, deren Ausgang unter Umständen den Verlust des gemeinsamen unabhängigen Lebens zu Hause bedeuten würde, entweder aufgrund von Institutionalisierung, Notwendigkeit einer „aufgezwungenen“ und nicht selbst entschiedenen 24h-Pflege oder anderen Folgen, wie z.B. auch der Tod des Partners/der Partnerin.

Bei zwei Paaren trat diese „Katastrophe“ im Verlauf der Beobachtung ein, durch einen Insult und eine TIA bei Demenz, von der sich die betroffenen Herren beide nicht mehr erholten, und zu bettlägerigen Pflegefällen wurden. In einem Fall kam von nun an die Hauskrankenpflege drei mal täglich, da die Gattin die Betreuung alleine managen wollte, sah sich aber dadurch in ihren Freiheiten begrenzt und auch belastet, im zweiten Fall wurde eine 24h-Pflege „gezwungener Maßen“ angenommen, die Betreuungssituation blieb aber so komplex, dass diese Art der Betreuung auch nur eine minimale Entlastung bot.

Ein weiteres Paar stand bereits in Betreuung mit einer 24h-Hilfe, der vormals jedoch noch recht unabhängige Mann verlor diese Unabhängigkeit im Verlauf. Somit wurde die Betreuung in diesem Haushalt einfach auf ihn erweitert.

Die Position des Außenstehenden – die Rolle des Allgemeinmediziners in diesem System

Der Allgemeinmediziner/die Allgemeinmedizinerin als Vertrauensperson für gesundheitliche Thematiken im alltäglichen Leben nimmt eine Schlüsselrolle in der Betreuung seiner PatientInnen ein. Unter ihnen sind auch die alten und ältesten PatientInnen. Eine oft schon mehrjährige Betreuung hat einen Zugang geschaffen, wie ihn sonst keine ärztliche Berufsgruppe erlebt. In manchen Fällen sind sogar ganze Familien und bis zu drei Generationen Patienten bei dem gleichen Arzt/der gleichen Ärztin. Das dadurch gewonnene Vertrauensverhältnis und die dadurch gewonnene Konstanz geben die Möglichkeit einer „Teamarbeit“ mit Angehörigen und eventuell auch die Möglichkeit einer entsprechenden Aufklärung, Erklärung und Verfügbarkeitsmachung gewisser notwendiger Hilfestellungen und Hilfsmittel, sowie in manchen Fällen eventuell auch die Möglichkeit der positiven Beeinflussung in Sachen Motivation zur Prävention und Zukunftsplanung.

Der/die HausärztIn haben ein klares Bild der Situation in der sich das Paar oder die Familie befindet, wissen wie viel Betreuung bereits geleistet wird. Das Abschätzen, wie viel Betreuung notwendig werden wird, wie viel den einzelnen Personen, dem Paar als Einheit und der Umwelt als Unterstützung zuzutrauen ist, wird mit diesem Hintergrund einfacher, die soziale Anamnese muss nicht erst mühevoll erhoben werden, sie besteht bereits als umfassendes Bild.

Von den getesteten Paaren wurden z.B. 8 Paare von ihrem Hausarzt in einer sehr regelmäßigen Frequenz (alle 2-4 Wochen) in fixem Intervall, 3 weitere Paare bei Bedarf besucht, diese Möglichkeit aber auch sehr regelmäßig in Anspruch genommen. In diesen Fällen war es also dem Hausarzt möglich, sich regelmäßig selbst ein Bild von der aktuellen Situation zu machen. In anderen Fällen war es typisch, dass die betreuende Person oder die Kinder die Ordination zum holen der Dauerrezepte besuchten, bei der Frage nach dem Befinden der Personen, für welche die Rezepte geholt wurden, kam meist Antworten wie „So wie immer eigentlich.“ oder „Es gibt nichts Neues, Herr Doktor“. Da es nicht möglich ist, ohne Veranlassung sämtliche dieser Paare oder Patienten zu besuchen, ist man auf den Wahrheitsgehalt dieser Aussagen angewiesen, sollte aber gleichzeitig bedenken, dass schleichende Veränderungen auch von Angehörigen, PartnerInnen und Betreuenden nicht unbedingt wahrgenommen werden. Verdrängung und „sich nicht eingestehen wollen“ spielen hier ebenfalls eine große Rolle.

Deshalb erlebte auch der Hausarzt durch die durchgeführten Assessments die eine oder

andere Überraschung und es wurden Probleme entdeckt, die großen Einfluss auf die Situation des Paares hatten, aber nie erwähnt wurden. Die medizinische Betreuung gibt dem Arzt/der Ärztin scheinbar also das Recht, Einblick in den Alltag und in das Leben der PatientInnen zu nehmen, liefert die Vertrauensbasis für Behandlungen und gesundheitliche Empfehlungen, aber nicht automatisch den Zugang zu uneingeschränkter Information über die PatientInnen.. Der Arzt/die Ärztin hat in der Funktion der Vertrauensperson in medizinischen Dingen die Erlaubnis zu fragen, d.h. aber nicht automatisch, dass er neue Information erzählt bekommt. Es liegt also oftmals scheinbar in der Verantwortung des Mediziners/der Medizinerin, nach diesen Veränderungen und Informationen zu fragen, wenn das Ziel einer qualitativen Betreuung erreicht werden will. Denn auch gesundheitliche Probleme werden durch die Betroffenen mit anderen Augen beurteilt. Nicht nur einmal bekam ich also in den Assessments die Antwort „Danach hat der Herr Doktor ja nicht gefragt“ oder „der Herr Doktor hat ja nicht soviel Zeit, dann will ich ihn mit sowas nicht auch noch belasten“ oder „Ich hab' gedacht so eine Kleinigkeit interessiert ihn ja gar nicht...ich hab mich ja selbst schon dran gewöhnt“.

Die Position des Hausarztes/der Hausärztin eröffnet also Möglichkeiten und Einblicke, die im intramuralen Setting niemals so zur Geltung kommen können, diese Position verpflichtet jedoch auch zum ständigen Hinterfragen der wahrgenommenen und mitgeteilten Information und des „Bauchgefühls“. Optimal wäre eine regelmäßige Möglichkeit zur Objektivierung von subjektiven Eindrücken und Verläufen. Eine solche Option im geriatrischen Bereich könnte ein effektives und auch Kosten abgedecktes Assessment bieten.

Die Möglichkeit zur Erkennung von Verläufen und zur entsprechenden individuellen Intervention und Prävention wird dadurch eröffnet. Es muss hier eine Unterscheidung zwischen verhinderbaren und unvermeidbaren katastrophalen Ereignissen stattfinden, die Wahrscheinlichkeit, dass ein solches „unvermeidbares“ Ereignis abgewendet werden kann, ist geringer (aber ebenso möglich, z.B. Frühdiagnosen bei Karzinom). Die Frage wie viele gravierende, plötzliche Ereignisse mit konsekutiver Dekompensation der Gesamtsituation, Abhängigkeitsentstehung, iatrogenen Folgen, Institutionalisierung oder sogar Tod durch das Setzen von präventiven Interventionen und die Schaffung entsprechender „Sicherheitsnetze“ verhindert werden können, bleibt offen.

Es scheint jedoch möglich zu sein, ähnlich wie bei sorgfältig durchgeführten regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen in jüngeren Jahren, bei regelmäßigen Blutdruck-Kontrollen oder

Qualitätssicherung bei Diabetes – die ja auch aufgrund des präventiven Gedanken eingeführt wurden – eine bessere Chance und bessere Möglichkeiten zur „Spätprävention“ (im Sinne einer Intervention und Prävention auch im hohen Alter) zu erhalten.

Ein umfassendes Assessment – in welcher Weise auch immer^{XI} – in der „geriatrischen Allgemeinmedizin“ könnte - wie die Vorsorgeuntersuchung, Blutzuckertagesprofile oder Blutdruckmessungen - zur Beobachtung eines Verlaufes mit der Möglichkeit zur entsprechender individueller Intervention verwendet werden, auch wenn diese Intervention sich nicht auf eine medikamentöse Einstellung beschränkt, sondern die Schaffung eines unterstützenden Umfeldes bedeutet, in dem auch Partner wie Angehörige, Physiotherapie, Ergotherapie, Hauskrankenpflege und vieles mehr mit einbezogen sind. Es ist eine multidimensionale und ganzheitliche Intervention. Denn auch wenn der Grundstein eines gesunden Alterns in früheren Jahren gelegt wird, kann der alte, kranke Mensch zwar nicht unbedingt geheilt, ihm aber durch gezielte „Spätintervention“ ein Altern in größtmöglicher Unabhängigkeit und mit größtmöglicher Lebensqualität - noch dazu für die allgemeine Gesellschaft sehr wahrscheinlich kostensparend - ermöglicht werden.

Und die Zukunft?

Allgemeinmedizin mit geriatrischer Kompetenz

Die Allgemeinmedizin als Konzept der Basisversorgung der breiten Masse muss aufgrund der Kostenersparnis für das Gesundheitssystem und als Möglichkeit der spezifischen Selektion zur Entlastung für Krankenhäuser und Spezialambulanzen bestehen bleiben. International gehen - im Gegensatz zu Österreich - die Tendenzen durchaus in diese Richtung, die Wichtigkeit der allgemeinmedizinischen Versorgung wurde in anderen Ländern bereits erkannt und eine Unterstützung dieses Systems propagiert.

Teil dieser Basisversorgung ist und wird immer mehr auch die Versorgung der alternden Bevölkerung. Geriatrie als Teilkompetenz und Komponente des allgemeinmedizinischen Wissens ist daher nicht nur wünschenswert, sondern auch notwendig, betrachtet man die laufende demographische Entwicklung.

Für eine geriatrische Basisversorgung gäbe es wahrscheinlich mehrere Möglichkeiten, z.B. auch die des niedergelassenen Facharztes. Doch würde eine solche Art der Versorgung wahrscheinlich dazu führen, dass der alte Patient/die alte PatientIn „halt zu einem Facharzt“ überwiesen wird, so wie er/sie früher zu einem Internisten, HNO-, Lungen- oder

XI validierte Kurzassessments mit geringerem Zeitaufwand oder ausführliche, zeitintensive Assessments

sonst einem Facharzt überwiesen wurde. Und dies, um letzten Endes mit einem Bündel an Assessment-Werten, begonnenen Interventionen und guten Vorschlägen entweder wieder zum Hausarzt zurückzukehren oder stationär aufgenommen zu werden (geht man davon aus, dass der FA für Geriatrie ähnliche Strukturen wie andere niedergelassene Fachärzte aufweisen). Eine solche Form der fachärztlichen Versorgung bestünde wiederum nur aus Momentaufnahmen, ein Erfahren und Erfragen der Patienten-individuellen Situation wäre wieder notwendig und eine kontinuierliche Betreuung im Verlauf wäre wahrscheinlich wieder der Allgemeinmedizin überlassen (außer der Facharzt fährt auf Hausbesuch). Eine Allgemeinmedizin mit entsprechender Kompetenz hätte die Möglichkeit der „mitwachsenden“ Betreuung. Konzepte wie z.B. eine „Vorsorgeuntersuchung 70 plus“ mit entsprechenden Assessments, welche für den qualifizierten Durchführenden kein „Hobby“ sondern auch regulär verrechenbar wäre, scheint eine mögliche Lösung der gezielten Altersprävention und Vorsorge.

Es hat sich im Rahmen dieser drei durchgeführten Assessments gezeigt, dass ein solches Assessment sinnvoll ist, gerade im Rahmen der Verlaufsbeobachtung und der dadurch möglichen Interventionen und Präventionen. Die Akzeptanz unter den PatientInnen war groß und die hier erreichten Ergebnisse entsprechen jenen einer bereits 2004 durchgeführten Pilotstudie in Vorarlberg zur Entwicklung eines geriatrischen Assessments im extramuralen Bereich: Auch in der Studie von E.Mann et al. zeigte sich eine allseits große Akzeptanz eines Assessments und eine Möglichkeit zur Erkennung von geriatrischen Fragestellungen und Möglichkeiten zur individuellen Intervention¹³⁸.

Zwar erscheint gerade bei bereits gesundheitlich belastenden Personen eine kontinuierliche Verschlechterung kaum aufzuhalten, aber ähnlich wie in der Demenztherapie der Abbau durch Intervention zumindest verzögerbar und die Lebensqualität verbesserungsfähig. Die eindeutige Wahrnehmung von Verschlechterung im Verlauf ist auch erst dann möglich, wenn der subjektive Eindruck in irgendeiner Form objektivierbar wird. Eine Vorsorgeuntersuchung oder die Möglichkeit zum validierten Assessment im Alter könnten eine solche Möglichkeit liefern.

Die erleichterte Kommunikation zwischen intramuralem und extramuralem Bereich durch einen routinierten Gebrauch validierter Assessments durch beide Seiten als Möglichkeit einer „objektivierte Verlaufsdocumentation“ wären ein weiterer Vorteil, der den Betroffenen als qualitative Verbesserung zu Gute käme.

Insgesamt scheint es jedenfalls, als wären in der Allgemeinmedizin die meisten der

notwendigen Strukturen für eine qualitative und individuelle Langzeit- und Basisversorgung im Alter gegeben und scheinbar nur wenige Veränderungen in diesem System notwendig, um diese Basisversorgung mit Qualität zu versehen. Das Konzept des Facharztes für Allgemeinmedizin mit Zusatzfach Geriatrie erscheint in diesem Zusammenhang ein durchaus gangbares zu sein.

Wichtig ist das Bewusstsein, dass ein Zusatzfach Geriatrie in der Allgemeinmedizin und die extramural praktizierte Geriatrie nicht in Konkurrenz zum intramuralen Bereich stehen, es ist und bleibt eine Form der Basisversorgung. Hand in Hand mit der steigenden Zahl der PatientInnen im hohen Alter wird auch die Zahl der spezifischen und nicht extramural lösbaren Probleme steigen. Durch mangelnde Selektion käme es rasch zu einer Überlastung der spezialisierten Kliniken und Stationen, denn - wie bereits erwähnt - können viele stationäre Aufnahmen und ambulante Einweisungen geriatrischer Patienten eigentlich im Vorfeld vermieden werden, ein Teil der Einweisungen bleibt jedoch notwendig und ist unvermeidbar.

Das extramurale Team – Möglichkeiten der umfassenden Betreuung

Die oben geforderte extramurale Basisversorgung geriatrischer Patienten kann aber nur mit entsprechender Einbettung in Netzwerke und Strukturen möglich sein, die ebenfalls die Betreuung und Versorgung geriatrischer Personen im Alltag garantieren. Dies sind zum einen Hilfsdienste wie Hauskrankenpflege, leistbare 24h-Betreuung, die Möglichkeit der Physiotherapie und Ergotherapie zu Hause oder im extramuralen Setting, Essensdienste, Sozialdienste und zum anderen Tagesbetreuungsstätten und mögliche Kurzzeit-Aufenthalte zur Entlastung der Angehörigen, geht man von dem Ziel eines möglichst qualitativen und langen Verbleibs zu Hause aus. Auch die Möglichkeiten einer pharmakologischen Beratung bei Polypragmasie in komplexen Fällen durch klinische Pharmakologen oder intramurale Spezialisten (in Krankenhäuser arbeitende FachärztInnen für Geriatrie) sowie entsprechende computertechnische Entwicklungen und Systeme werden als nützliche Unterstützung gebraucht werden. Den HausärztInnen fällt in diesem Zusammenhang die Rolle der Manager, Berater, der Empfehlenden und der Überweisenden zu.

Sollte es zu keiner Entwicklung einer geriatrischen extramuralen Basisversorgung kommen, so werden all diese unterstützenden Systeme, Netzwerke und Dienstleister trotz allem gefordert sein und der Bedarf dafür steigen.

Auch die Thematik der Polypragmasie und entsprechende Schulung von medizinischen Berufen (PharmazeutInnen, ÄrztInnen etc.) ist im Hinblick auf die dadurch erreichte

Kostenersparnis durchaus zu bedenken. Sie erweist sich schließlich immer wieder als Schwachpunkt in der Betreuung älterer PatientInnenen (man betrachte z.B. die Zahl der verabreichten Medikamente in dieser Kohorte, „Spitzenreiter“ war ein Patient mit 17 Wirkstoffen, deren Zahl durch Intervention nach Assessment von 22 zumindest auf diese 17 reduziert werden konnte...).

Gesundheit bis ins höchste Alter? - Zumindest Lebensqualität!

„Ich habe mir ja nie erwartet, bis zu meinem Tod gesund zu bleiben, aber ich bin lange Zeit dankbar dafür gewesen, dass ich noch lebe und auch noch zu Hause lebe, nicht so wie viele andere in meinem Alter in irgendeinem Heim. Oder sie sind schon verstorben. Aber das ist jetzt auch vorbei und wenn es notwendig ist, wird das halt auch noch kommen.“ (Frau S. bei ihrem 3. Assessment)

„Es ist schon traurig, wie schlecht es mir manchmal geht und ich weiß, dass es mir noch schlechter gehen wird. Aber ich kann trotz allem nicht unzufrieden sein, ich hab meine Gattin in meiner Nähe und ich weiß, dass sie zu mir hält. Meine Kinder wohnen gleich daneben und können mich besuchen. Wenn ich nun im letzten Teil meines Lebens bin, dann so und nicht anders.“ (Herr O. beim ersten Assessment)

Wer wünscht sich nicht, in Würde und mit größtmöglicher Lebensqualität zu altern? Heilung ist nicht immer Ziel der Medizin, kann es nicht immer sein. Denn irgendwann ist der Zeitpunkt erreicht, in dem der biologische Verfall nicht mehr aufzuhalten ist und auch ein geistiger Abbau immer wahrscheinlicher wird. In seiner solchen Situation wünsche ich mir - und ich glaube viele andere Menschen auch - dass am letzten Stück des Weges die Möglichkeit gegeben ist, in Frieden zu Hause zu leben, in einer vertrauten und mit Erinnerungen versehenen Umgebung, mit Menschen, die mit diesen Erinnerungen verbunden sind. Oder aber diese Menschen lösen zumindest ein Gefühl der Bekanntheit und Vertrautheit aus, auch wenn das Wiedererkennen nicht mehr möglich ist. Besser als dass mehrere neue, noch fremdere Personen ohne emotionale Bindung die tägliche Wahrnehmung einnehmen. Und wenn sich unter diesen vertrauten Menschen ein kompetenter vorsorgender Hausarzt befindet, wäre es sicher eine Erleichterung und mit eine Chance, genau dort zu leben, zu bleiben und zu gehen, wo es mir am angenehmsten erscheint.

Anhang

Instrumente des geriatrischen Assessments

Die wichtigsten, zu dieser Studie notwendigen Assessmentinstrumente sind bei Interesse u.a. als kompakte Assessment-Broschüre über die Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (österreichisches Basisassessment) erhältlich. Informationen dazu finden sich unter www.geriatrie-online.at.

Für diese Arbeit relevante Unterlagen und Assessmentinstrumente sind selbstverständlich auch bei Interesse oder Notwendigkeit jederzeit nach persönlicher Kontaktaufnahme (marywe@gmx.at) erhältlich.

Quellen und Literaturverzeichnis

Die meisten der nachfolgenden Quellen waren in vollständiger Form bis auf weiteres abrufbar und stehen zumindest als Abstract der breiten Masse zu Verfügung. Für den Erhalt von Volltext-Versionen sind speziellere Zugänge, teils kostenpflichtig, notwendig.

An dieser Stelle würde ich mich daher gerne bei der Universität und dem Team der geriatrischen Abteilung der Universitätsklinik Tromsø bedanken, die in der Zeit meines Aufenthaltes in Nordnorwegen meine Literatursuche mit dem vorhandenen Literaturservice, nützlichen Hinweisen und Hintergrundwissen unterstützt haben.

- 1 Grafik der Bevölkerungspyramide Österreich, Statistik Austria
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/027331.html. (verfügbar am: 19.01.2011)
- 2 „STATISTIK AUSTRIA - Bevölkerungsprognosen,”
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html. (verfügbar am: 19.01.2011)
- 3 „STATISTIK AUSTRIA - Sterbetafeln,”
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_masszahlen/sterbetafeln/index.html#index1. (verfügbar am: 19.01.2011)
- 4 Grafik der Bevölkerung nach breiten Altersgruppen, Statistik Austria
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/027330.html. (verfügbar am: 19.01.2011)
- 5 „Zahlen & Statistik,” Österreichische Alzheimergesellschaft/Informationen,
<http://www.alzheimer-gesellschaft.at/index.php?id=46>. (verfügbar am: 18.10.2010)
- 6 Alzheimer's Disease International Factsheet December 2008
<http://www.alz.co.uk/adi/pdf/prevalence.pdf> (verfügbar am: 19.01.2011)
- 7 G. Naegele, „Perspektiven einer fachlich angemessenen, bedarfs- und bedürfnisgerechten gesundheitlichen Versorgung für ältere Menschen,” *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 42, Nr. 6 (Dezember 1, 2009): 432-440.
- 8 H Villars u. a., “The primary care physician and Alzheimer's disease: an international position paper,” *The Journal of Nutrition, Health & Aging* 14, Nr. 2 (Februar 2010): 110-120.
- 9 Julia Hannum Rose u. a., “Geriatric oncology and primary care: promoting partnerships in practice and research,” *Journal of the American Geriatrics Society* 57 Suppl 2 (November 2009): S235-238.
- 10 Chad Boulton u. a., “The urgency of preparing primary care physicians to care for older

- people with chronic illnesses,” *Health Affairs (Project Hope)* 29, Nr. 5 (Mai 2010): 811-818.
- 11 Audit Commission for Local Authorities and the National Health Service in England and Wales., *Forget me not 2000/2002 : developing mental health services for older people in England* (London: Audit Commission for Local Authorities and the National Health Service in England and Wales, 2002).
 - 12 Joseph Gallo, *Handbook of geriatric assessment*, 4. Aufl. (Sudbury Mass.: Jones and Bartlett Publishers, 2006), Teil III, Kapitel 15, Assessment of older Adults in their Home, S. 379
 - 13 E. Pucci u. a., “General practitioners facing dementia: are they fully prepared?” *Neurological Sciences* 24, Nr. 6 (Februar 1, 2004): 384-389.
 - 14 Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie [Homepage], Franz Böhmer et al. „österreichisches geriatrisches Basisassessment“ *der österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie*, Folder: ilse.howanietz@wienkav.at, Informationen verfügbar unter: <http://www.geriatrie-online.at/>
 - 15 John E. Morley “A Brief History of Geriatrics” *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59:1132-1152 (2004) <http://biomed.gerontologyjournals.org/cgi/content/full/59/11/1132#F06>.
 - 16 Deutsche Alzheimergesellschaft e.V. [Homepage], Prof. Dr. Konrad Maurer, “Auguste D.,” *Archiv Alzheimer-Info, deutsche Alzheimer Gesellschaft e.v .02/1997* , <http://www.deutsche-alzheimer.de/index.php?id=106>.
 - 17 Neal Cutler, *Understanding Alzheimer's disease* (Jackson: University Press of Mississippi, 1996)
 - 18 J. Bruder, C. Lucke, et al. „Was ist Geriatrie?“ - *Expertenkommission der deutschen Gesellschaft für Geriatrie und der deutschen Gesellschaft für Gerontologie* Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. [Homepage], <http://www.dggeriatrie.de/php/showsite.php?menu=04&GSAG=1cd997946e06978cbad5507f476e99ec>. (Download: was ist Geriatrie?)

- 19 Jerry H Gurwitz u. a., "Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting," *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 289, Nr. 9 (März 5, 2003): 1107-1116.
- 20 Joseph G Ouslander u. a., "Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: frequency, causes, and costs: [see editorial comments by Drs. Jean F. Wyman and William R. Hazzard, pp 760-761]," *Journal of the American Geriatrics Society* 58, Nr. 4 (April 2010): 627-635.
- 21 DDR. Randolf Messner „Das heimärztliche Modell in der Geriatrie“ 8.Tagung für Allgemeinmedizin und Geriatrie der ÖGGG, Wien am 9./10. Oktober 2010, Vortrag von DDR. R. Messner, Abstract unter: <http://www.geriatrie-online.at/dynasite.cfm?dsmid=101042&dspaid=828477> (verfügbar: 19.01.2011)
- 22 The Geriatric Section of the UEMS [Homepage] "Geriatric medicine definition in english, german, french, dutch, slovakian and bulgarian" Important Documents of the Geriatric Medicine Section of the U.E.M.S.: Geriatric medicine Definition: <http://www.uemsgeriatricmedicine.org/documents.php?m=4&c=important>.
- 23 „Demenz- Diagnose, Behandlung und Beratung“© Schweizerische Alzheimervereinigung, Yverdon-les-Bains, 2008, Schweizerische Alzheimervereinigung [Homepage]/Publikationen http://www.alz.ch/d/pdf/konsensus_def_d.pdf
- 24 Staffan Karlsson et al. "Older People Receiving Public Long-Term Care in Realtion to Consumption of Medical health Care and Informal Care" *The Open Geriatric Medicine Journal*, 2008, 1, 1-9, 1874-8279/08 2008 Bentham Science Publishers Ltd.
- 25 Gustav Kamenski u. a., "Characteristics and trends in required home care by GPs in Austria: diseases and functional status of patients," *BMC Family Practice* 7 (2006): 55.
- 26 Österreichische Alzheimer Gesellschaft [Homepage] „Betreuung- Risiken und Belastungen“ <http://www.alzheimer-gesellschaft.at/index.php?id=82>. (Verfügbar: 14.11.2010)
- 27 Linda Garand u. a., "Caregiving burden and psychiatric morbidity in spouses of persons

- with mild cognitive impairment,” *International Journal of Geriatric Psychiatry* 20, Nr. 6 (6, 2005): 512-522. Sekundärliteratur zu: R J Montgomery und K Kosloski, “A longitudinal analysis of nursing home placement for dependent elders cared for by spouses vs. adult children,” *Journal of Gerontology* 49, Nr. 2 (März 1994): S62-74.
- 28 Josep Lluís Conde-Sala u. a., “Differential features of burden between spouse and adult-child caregivers of patients with Alzheimer's disease: an exploratory comparative design,” *International Journal of Nursing Studies* 47, Nr. 10 (Oktober 2010): 1262-1273.
- 29 M. Braun u. a., “Die subjektive Belastung pflegender Ehepartner von Demenzkranken,” *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 43, Nr. 2 (April 1, 2010): 111-119.
- 30 Carla J M Schölzel-Dorenbos u. a., “Quality of life and burden of spouses of Alzheimer disease patients,” *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 23, Nr. 2 (Juni 2009): 171-177.
- 31 R Schulz und S R Beach, “Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study,” *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 282, Nr. 23 (Dezember 15, 1999): 2215-2219.
- 32 Amanda F Elliott, Louis D Burgio, und Jamie Decoster, “Enhancing caregiver health: findings from the resources for enhancing Alzheimer's caregiver health II intervention,” *Journal of the American Geriatrics Society* 58, Nr. 1 (Januar 2010): 30-37.
- 33 Anne Visser-Meily u. a., “Psychosocial functioning of spouses of patients with stroke from initial inpatient rehabilitation to 3 years poststroke: course and relations with coping strategies,” *Stroke; a Journal of Cerebral Circulation* 40, Nr. 4 (April 2009): 1399-1404.
- 34 Brent T. Mausbach u. a., “A 5-year longitudinal study of the relationships between stress, coping, and immune cell β 2-adrenergic receptor sensitivity,” *Psychiatry Research* 160, Nr. 3 (9, 2008): 247-255.
- 35 Young Sun Rhee u. a., “Depression in family caregivers of cancer patients: the feeling of burden as a predictor of depression,” *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology* 26, Nr. 36 (Dezember 20, 2008): 5890-5895.
- 36 R. Searson u. a., “Activities enjoyed by patients with dementia together with their spouses

- and psychological morbidity in carers,” *Aging & Mental Health* 12, Nr. 2 (März 2008): 276-282.
- 37 Helen Lavretsky, Prabha Siddarth, und Michael R Irwin, “Improving depression and enhancing resilience in family dementia caregivers: a pilot randomized placebo-controlled trial of escitalopram,” *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 18, Nr. 2 (Februar 2010): 154-162.
- 38 L P Fried u. a., “Frailty in older adults: evidence for a phenotype,” *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* 56, Nr. 3 (März 2001): M146-156.
- 39 B. Iglseder, “Frailty – Kriterien und Entwicklung von Frailty” Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie [Homepage] Journal Club <http://www.geriatrie-online.at/dynasite.cfm?dsmid=93024&dspaid=730236>.
Zusammenfassung von: Qian-Li Xue u. a., “Initial manifestations of frailty criteria and the development of frailty phenotype in the Women's Health and Aging Study II,” *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* 63, Nr. 9 (September 2008): 984-990.
- 40 Holly Syddall u. a., “Prevalence and correlates of frailty among community-dwelling older men and women: findings from the Hertfordshire Cohort Study,” *Age and Ageing* 39, Nr. 2 (März 2010): 197-203.
- 41 Nicola Fairhall u. a., “Frailty Intervention Trial (FIT),” *BMC Geriatrics* 8 (2008): 27.
- 42 Ramon Daniels u. a., “Interventions to prevent disability in frail community-dwelling older persons: an overview,” *European Journal of Ageing* 7, Nr. 1 (2, 2010): 37-55.
- 43 Mary E Tinetti, “Clinical practice. Preventing falls in elderly persons,” *The New England Journal of Medicine* 348, Nr. 1 (Januar 2, 2003): 42-49.
- 44 K-G Gassmann, R Rupprecht, und E Freiberger, “Predictors for occasional and recurrent falls in community-dwelling older people,” *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie: Organ Der Deutschen Gesellschaft Für Gerontologie Und Geriatrie* 42, Nr. 1 (Februar

- 2009): 3-10.
- 45 John T Chang u. a., "Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials," *BMJ (Clinical Research Ed.)* 328, Nr. 7441 (März 20, 2004): 680.
- 46 Vianda S Stel u. a., "Consequences of falling in older men and women and risk factors for health service use and functional decline," *Age and Ageing* 33, Nr. 1 (Januar 2004): 58-65.
- 47 Pia Nimann Kannegaard u. a., "Excess mortality in men compared with women following a hip fracture. National analysis of comedications, comorbidity and survival," *Age and Ageing* 39, Nr. 2 (März 2010): 203-209.
- 48 Lesley D Gillespie u. a., "Interventions for preventing falls in older people living in the community," *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, Nr. 2 (2009): CD007146.
- 49 „Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention," *Journal of the American Geriatrics Society* 49, Nr. 5 (Mai 2001): 664-672.
- 50 M M Gardner, M C Robertson, und A J Campbell, "Exercise in preventing falls and fall related injuries in older people: a review of randomised controlled trials," *British Journal of Sports Medicine* 34, Nr. 1 (Februar 2000): 7-17.
- 51 „Zahlen & Statistik," ÖAG [Homepage], <http://www.alzheimer-gesellschaft.at/index.php?id=46>. (verfügbar: 18.10.2010)
- 52 „Risiken und Belastungen," ÖAG [Homepage], <http://www.alzheimer-gesellschaft.at/index.php?id=82>. (verfügbar:18.10.2010)
- 53 U. Ziegler, G. Doblhammer „Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland – Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002" *Diskussionspapier 24 - Publikationen Rostocker Zentrum*, Januar 2009 <http://www.rostockerzentrum.de/publikationen/diskussionpapiere/default.htm>

- 54 A Lobo u. a., "Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group," *Neurology* 54, Nr. 11 (2000): S4-9.
- 55 L Fratiglioni u. a., "Incidence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group," *Neurology* 54, Nr. 11 (2000): S10-15.
- 56 „Wie man Alzheimer erkennt“ *der Standard [online]* > Gesundheit > Alzheimer&Demenz, <http://derstandard.at/1285199666956/Neurologie-Wie-man-Alzheimer-erkennt>. 1.Oktober 2010 (verfügbar: 19.01.2011)
- 57 James E Galvin u. a., "Relationship of dementia screening tests with biomarkers of Alzheimer's disease," *Brain: A Journal of Neurology* (September 7, 2010)
- 58 Thomas Leyhe u. a., "Clock test deficits are associated with semantic memory impairment in Alzheimer disease," *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 22, Nr. 4 (Dezember 2009): 235-245.
- 59 K I Shulman, "Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test?," *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15, Nr. 6 (Juni 2000): 548-561.
- 60 M. Braun u. a., "Die subjektive Belastung pflegender Ehepartner von Demenzkranken," *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 43, Nr. 2 (3, 2010): 111-119.
- 61 Stephen Turner u. a., "General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia," *Age and Ageing* 33, Nr. 5 (September 2004): 461-467.
- 62 I Cantegreil-Kallen u. a., "[Detection of Alzheimer's disease in general medicine: preliminary results of a Sentinelles general practitioner's network survey]," *La Revue De Médecine Interne / Fondée ... Par La Société Nationale Francaise De Médecine Interne* 25, Nr. 8 (August 2004): 548-555.
- 63 Steve Iliffe u. a., "Primary care and dementia: 1. diagnosis, screening and disclosure," *International Journal of Geriatric Psychiatry* 24, Nr. 9 (September 2009): 895-901.

- 64 Louise Robinson u. a., "Primary care and dementia: 2. Long-term care at home: psychosocial interventions, information provision, carer support and case management," *International Journal of Geriatric Psychiatry* 25, Nr. 7 (Juli 2010): 657-664.
- 65 Huang Chang-Quan u. a., "Health status and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of published literature," *Age and Ageing* 39, Nr. 1 (Januar 2010): 23-30.
- 66 Jürgen Unützer, "Clinical practice. Late-life depression," *The New England Journal of Medicine* 357, Nr. 22 (November 29, 2007): 2269-2276.
- 67 Jeffrey M Lyness u. a., "Risks for depression onset in primary care elderly patients: potential targets for preventive interventions," *The American Journal of Psychiatry* 166, Nr. 12 (Dezember 2009): 1375-1383.
- 68 Els IS Most, Philip Scheltens, und Eus JW Van Someren, "Prevention of depression and sleep disturbances in elderly with memory-problems by activation of the biological clock with light - a randomized clinical trial," *Trials* 11, Nr. 1 (2010): 19.
- 69 Miyako Oguru u. a., "Apathy and depression in Parkinson disease," *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 23, Nr. 1 (März 2010): 35-41.
- 70 R Searson u. a., "Activities enjoyed by patients with dementia together with their spouses and psychological morbidity in carers," *Aging & Mental Health* 12, Nr. 2 (März 2008): 276-282.
- 71 Sari Stenholm u. a., "Sleep-related factors and mobility in older men and women," *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* 65, Nr. 6 (Juni 2010): 649-657.
- 72 Katie L Stone u. a., "Self-reported sleep and nap habits and risk of falls and fractures in older women: the study of osteoporotic fractures," *Journal of the American Geriatrics Society* 54, Nr. 8 (August 2006): 1177-1183.
- 73 Lisa Gallicchio und Bindu Kalesan, "Sleep duration and mortality: a systematic review and meta-analysis," *Journal of Sleep Research* 18, Nr. 2 (Juni 2009): 148-158.
- 74 Sharon K. Inouye, "Delirium in Older Persons," *New England Journal of Medicine* 354,

- Nr. 11 (3, 2006): 1157-1165.
- 75 S Saxena und D Lawley, "Delirium in the elderly: a clinical review," *Postgraduate Medical Journal* 85, Nr. 1006 (August 2009): 405-413.
- 76 Najma Siddiqi u. a., "Interventions for preventing delirium in hospitalised patients," in *Cochrane Database of Systematic Reviews*, hg. v. The Cochrane Collaboration und Najma Siddiqi (Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2007), <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005563.pub2>.
- 77 Jin H. Han u. a., "Delirium in the Emergency Department: An Independent Predictor of Death Within 6 Months," *Annals of Emergency Medicine* 56, Nr. 3 (9, 2010): 244-252.e1.
- 78 Matías González u. a., "Impact of delirium on short-term mortality in elderly inpatients: a prospective cohort study," *Psychosomatics* 50, Nr. 3 (Juni 2009): 234-238.
- 79 James L. Rudolph u. a., "Hospitalization in Community-Dwelling Persons with Alzheimer's Disease: Frequency and Causes," *Journal of the American Geriatrics Society* (6, 2010): no-no.
- 80 N. Tabet und R. Howard, "Non-pharmacological interventions in the prevention of delirium," *Age and Ageing* 38, Nr. 4 (5, 2009): 374-379.
- 81 Frances M Yang u. a., "Participation in activity and risk for incident delirium," *Journal of the American Geriatrics Society* 56, Nr. 8 (August 2008): 1479-1484.
- 82 Gemma Sampson, "Weight loss and malnutrition in the elderly-the shared role of GPs and APDs," *Australian Family Physician* 38, Nr. 7 (Juli 2009): 507-510.
- 83 Matthias J Kaiser u. a., "Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment," *Journal of the American Geriatrics Society* 58, Nr. 9 (September 2010): 1734-1738.
- 84 David R Thomas u. a., "Malnutrition in subacute care," *The American Journal of Clinical Nutrition* 75, Nr. 2 (Februar 2002): 308-313.
- 85 Dorothee Volkert, "Leitfaden zur Qualitätssicherung der Ernährungsversorgung in

- geriatrischen Einrichtungen,” *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 42, Nr. 2 (4, 2008): 77-87.
- 86 Dina Zekry u. a., “Demented versus non-demented very old inpatients: the same comorbidities but poorer functional and nutritional status,” *Age and Ageing* 37, Nr. 1 (Januar 2008): 83-89.
- 87 Bernard Isaacs, *The challenge of geriatric medicine* (Oxford; New York: Oxford University Press, 1992).
- 88 Alayne D. Markland u. a., “Associated factors and the impact of fecal incontinence in women with urge urinary incontinence: from the Urinary Incontinence Treatment Network's Behavior Enhances Drug Reduction of Incontinence study,” *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 200, Nr. 4 (4, 2009): 424.e1-424.e8.
- 89 A Wein und R Rackley, “Overactive Bladder: A Better Understanding of Pathophysiology, Diagnosis and Management,” *The Journal of Urology* 175, Nr. 3 (3, 2006): S5-S10.
- 90 C Temml u. a., “Prevalence of the Overactive Bladder Syndrome by Applying the International Continence Society Definition,” *European Urology* 48, Nr. 4 (10, 2005): 622-627.
- 91 Landefeld CS, Bowers BJ, Feld AD, Hartmann KE, Hoffman E, Ingber MJ, King JT, McDougal WS, Nelson H, Orav EJ, Pignone M, Richardson LH; Rohrbaugh RM, Siebens HC, Trock BJ. *National Institutes of Health State-of-the-Science conference statement: prevention of fecal and urinary incontinence in adults*. *Ann Intern Med*. 2008 Mar;148(6):449-58
- 92 Stewart u. a., “Prevalence and burden of overactive bladder in the United States,” *World Journal of Urology* 20, Nr. 6 (Mai 1, 2003): 327-336.
- 93 P Norton und L Brubaker, “Urinary incontinence in women,” *The Lancet* 367, Nr. 9504 (1, 2006): 57-67.
- 94 I Milsom u. a., “How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study,” *BJU International* 87, Nr. 9 (Juni

- 2001): 760-766.
- 95 L H Thomas u. a., "Prevention and treatment of urinary incontinence after stroke in adults," *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, Nr. 3 (2005): CD004462.
- 96 Karen L Lifford u. a., "Type 2 diabetes mellitus and risk of developing urinary incontinence," *Journal of the American Geriatrics Society* 53, Nr. 11 (November 2005): 1851-1857.
- 97 Helen M Fernandez u. a., "House staff member awareness of older inpatients' risks for hazards of hospitalization," *Archives of Internal Medicine* 168, Nr. 4 (Februar 25, 2008): 390-396.
- 98 U. Klotz u. a., "Arzneimittelinteraktionen," *Der Internist* 44, Nr. 11 (11, 2003): 1444-1449.
- 99 Angela Storka und Johannes Pleiner, "Medikamenteninteraktionen in der Geriatrie," *Wiener Medizinische Wochenschrift* 159, Nr. 17 (9, 2009): 462-469.
- 100 Donna M Fick u. a., "Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts," *Archives of Internal Medicine* 163, Nr. 22 (Dezember 8, 2003): 2716-2724.
- 101 Jerry H Gurwitz u. a., "Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting," *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 289, Nr. 9 (März 5, 2003): 1107-1116.
- 102 Maryann M Fulton und Elizabeth Riley Allen, "Polypharmacy in the elderly: a literature review," *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 17, Nr. 4 (April 2005): 123-132.
- 103 R M Goldberg u. a., "Drug-drug and drug-disease interactions in the ED: analysis of a high-risk population," *The American Journal of Emergency Medicine* 14, Nr. 5 (September 1996): 447-450.
- 104 Barry J Cusack, "Pharmacokinetics in older persons," *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy* 2, Nr. 4 (Dezember 2004): 274-302.

- 105 Noel H Ballentine, "Polypharmacy in the elderly: maximizing benefit, minimizing harm," *Critical Care Nursing Quarterly* 31, Nr. 1 (März 2008): 40-45.
- 106 E. Rydwick, "Effects of physical training on physical performance in institutionalised elderly patients (70+) with multiple diagnoses," *Age and Ageing* 33, Nr.1(1, 2004):13-23.
- 107 H. J. Martin u. a., "Assessing Physical Activity in Older People: Findings from the Hertfordshire Cohort Study," *The Open Geriatric Medicine Journal* 1, Nr. 1 (1, 2009): 43-49.
- 108 Marc Nocon u. a., "Association of physical activity with all-cause and cardiovascular mortality: a systematic review and meta-analysis," *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation: Official Journal of the European Society of Cardiology, Working Groups on Epidemiology & Prevention and Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology* 15, Nr. 3 (Juni 2008): 239-246.
- 109 Hans-Werner Wahl u. a., "The home environment and quality of life-related outcomes in advanced old age: findings of the ENABLE-AGE project," *European Journal of Ageing* 6, Nr. 2 (4, 2009): 101-111.
- 110 Hal Kendig u. a., "Health, social and lifestyle factors in entry to residential aged care: an Australian longitudinal analysis," *Age and Ageing* 39, Nr. 3 (Mai 2010): 342-349.
- 111 Farouk Mookadam und Heather M. Arthur, "Social Support and Its Relationship to Morbidity and Mortality After Acute Myocardial Infarction: Systematic Overview," *Archives of Internal Medicine* 164, Nr. 14 (Juli 26, 2004): 1514-1518.
- 112 Andre Günther, „Evaluationsstudie über die Praxiserfolge von Validation nach Feil am Beispiel eines TERTIANUM ZfP Validation – Anwenderseminars“ *Validations-Materialien, Homepage der European Validation Association* http://www.validation-eva.com/pdf/Evaluations-Studie_Validation.pdf (verfügbar am: 18.01.20011)
- 113 Rocio Fernandez-Ballesteros u. a., "Berlin declaration on the quality of life for older adults: closing the gap between scientific knowledge and intervention," *European Journal of Ageing* 6, Nr. 1 (2, 2009): 49-50.

- 114 Benedicte Koker, "Socio-demographic determinants of informal caregiving: co-resident versus extra-resident care," *European Journal of Ageing* 6, Nr. 1 (12, 2008): 3-15.
- 115 Melanie Braun u. a., "The burden of spousal caregiving: A preliminary psychometric evaluation of the German version of the Zarit Burden Interview," *Aging & Mental Health* 14, Nr. 2 (3, 2010): 159-167.
- 116 Carla J M Schölzel-Dorenbos u. a., "Quality of life and burden of spouses of Alzheimer disease patients," *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 23, Nr. 2 (Juni 2009): 171-177.
- 117 A. Visser-Meily u. a., "Psychosocial Functioning of Spouses of Patients With Stroke From Initial Inpatient Rehabilitation to 3 Years Poststroke: Course and Relations With Coping Strategies," *Stroke* 40, Nr. 4 (12, 2008): 1399-1404.
- 118 Pablo Martinez-Martin u. a., "Burden, perceived health status, and mood among caregivers of Parkinson's disease patients," *Movement Disorders: Official Journal of the Movement Disorder Society* 23, Nr. 12 (September 15, 2008): 1673-1680.
- 119 K. Sjøvall u. a., "Influence on the Health of the Partner Affected by Tumor Disease in the Wife or Husband Based on a Population-Based Register Study of Cancer in Sweden," *Journal of Clinical Oncology* 27, Nr. 28 (8, 2009): 4781-4786.
- 120 Y. S. Rhee u. a., "Depression in Family Caregivers of Cancer Patients: The Feeling of Burden As a Predictor of Depression," *Journal of Clinical Oncology* 26, Nr. 36 (11, 2008): 5890-5895.
- 121 Lisa Fredman u. a., "Caregiving, metabolic syndrome indicators, and 1-year decline in walking speed: results of Caregiver-SOF," *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* 65, Nr. 5 (Mai 2010): 565-572.
- 122 Stephen R. Wisniewski u. a., "The Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health (REACH): Project design and baseline characteristics.," *Psychology and Aging* 18, Nr. 3 (2003): 375-384.
- 123 R. Searson u. a., "Activities enjoyed by patients with dementia together with their spouses and psychological morbidity in carers," *Aging & Mental Health* 12, Nr. 2 (3,

2008): 276-282.

- 124 Janet Brown und Shu-li Chen, "Help-Seeking Patterns of Older Spousal Caregivers of Older Adults with Dementia," *Issues in Mental Health Nursing* 29, Nr. 8 (1, 2008): 839-852.
- 125 Joseph Gallo, *Handbook of geriatric assessment*, 4. Aufl. (Sudbury Mass.: Jones and Bartlett Publishers, 2006). "Preface" S.XV, Kapitel 10 S.193 f und weitere
- 126 Franz Böhmer, *Geriatric : der ältere Patient mit seinen Besonderheiten* (Wien [u.a.]: Böhlau, 2008). „Kap.: Das geriatrische Assessment" S.40 ff
- 127 R. Schwesig u. a., "Prospektiver Vergleich von Assessments zur Beurteilung der Sturzgefahr bei Pflegeheimbewohnern," *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 42, Nr. 6 (8, 2009): 473-478.
- 128 O.Dobretsberger "Geriatrisches Assessment" *ÄrzteMagazin* Ausgabe 27-28/2010
<http://www.aerztemagazin.at/dynasite.cfm?dsmid=61464&dspaid=888727> (verfügbar: 19.01.2011)
- 129 A Milne u. a., "Screening for dementia in primary care: a review of the use, efficacy and quality of measures," *International Psychogeriatrics / IPA* 20, Nr. 5 (Oktober 2008): 911-926.
- 130 Thomas Leyhe u. a., "Clock test deficits are associated with semantic memory impairment in Alzheimer disease," *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 22, Nr. 4 (Dezember 2009): 235-245.
- 131 Aprahamian I, Martinelli JE, Neri AL, Yassuda MS. „The Clock Drawing Test: a review of its accuracy in screening for dementia." *Dement. Neuropsychol.* 2009;3(2):74-81
- 132 A Juby, "Correlation between the Folstein Mini-Mental State Examination and three methods of clock drawing scoring," *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 12, Nr. 2 (1999): 87-91.
- 133 C.Mittal u.a. "Early Cognitive Impairment: Role of Clock Drawing Test" *Medical*

- 134 K I Shulman, "Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test?," *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15, Nr. 6 (Juni 2000): 548-561.
- 135 G Doblhammer, "Compression or expansion of morbidity? Trends in healthy-life expectancy in the elderly Austrian population between 1978 and 1998," *Social Science & Medicine* 52, Nr. 3 (2, 2001): 385-391.
- 136 „Menschen sind immer länger krank“ verfügbar unter: science.ORF.at, <http://science.orf.at/stories/1670629/>. - 14.12.2010 (verfügbar am 19.01.2011)
- 137 E. M. Crimmins und H. Beltran-Sanchez, "Mortality and Morbidity Trends: Is There Compression of Morbidity?," *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* (12, 2010),
<http://psychsocgerontology.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/geronb/gbq088>.
(Abstract)
- 138 Eva Mann u. a., "Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in general practice: results from a pilot study in Vorarlberg, Austria," *BMC Geriatrics* 4 (Mai 19, 2004): 4.