

# „Wir müssen unser Wissen horizontal verbinden.“

*Hightech-Forschung und -Medizin sind wichtige Bestandteile unseres Gesundheitssystems. Genauso wichtig ist jedoch die disziplinübergreifende Vernetzung dieses Wissens. Das GERIATRIE JOURNAL sprach mit Prof. Werner Vogel über Geriatrie und die multidisziplinäre Zusammenarbeit in der geriatrischen Therapie.*

**?** *Professor Vogel, welchen Stellenwert hat Geriatrie heute in unserer Gesellschaft?*

**Vogel:** Einen hohen, einen sehr hohen sogar und er wird weiter wachsen, weil die demographische Entwicklung und die medizinische Entwicklung es fordern. Die Leute werden älter und sie werden mit heutigen Methoden altersspezifisch behandelt.

Also wird allein von der Zahl der Betroffenen oder potentiell Betroffenen die Bedeutung zunehmen. Aber es gibt noch einen zweiten Aspekt. Fast alle Krankheiten treten im Alter gehäuft auf und die Medizin erfährt derzeit dramatische Entwicklungen im Bereich molekularbiologische Medizin, Immunologie und Onkologie, um nur einige zu nennen. In der Mikrochirurgie wagt man sich immer weiter vor, größere Tumore und auch Herzkrankheiten werden bei immer älteren Patienten operiert.

Es gibt also nicht nur eine demografische, sondern auch eine qualitative Entwicklung und beides spielt in der Geriatrie eine große Rolle. Momentan steckt die hochtechnische Medizin bis hin zu Intensivmedizin im Alter noch in den Kinderschuhen. Das wird sich in den nächsten Jahren ändern.

**?** *Wie wird geriatrische Medizin in der Bevölkerung akzeptiert?*

**Vogel:** Man ist froh, dass es sie gibt. Heute ist das Wort Geriatrie kein Fremdwort mehr. Als ich anfing, musste ich immer erklären, was Geriatrie eigentlich heißt. Heute ist das nicht mehr notwendig, schon gar nicht unter Ärzten. Auch bei den Patienten erhält die Geriatrie zunehmend größere Akzeptanz. Dennoch ist es noch kein allgemein bekanntes Fachgebiet wie bei-



Photo: jh

Prof. Werner Vogel ist Ärztlicher Direktor des Ev. Krankenhauses Gesundheitsbrunnen in Hofgeismar und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG).

spielsweise die Herzchirurgie. Darüber könnten viele Menschen etwas sagen, weil sie das schon in Filmen gesehen haben. Für die Geriatrie trifft das noch nicht zu. Mittlerweile kommt zwar fast jeder über die eigene Mutter oder Verwandte mit Altersmedizin in Kontakt, doch tieferes Wissen ist noch nicht vorhanden.

**?** *Woran könnte das liegen?*

**Vogel:** Geriatrie oder die Beschäftigung mit dem Alter sind in unserer Gesellschaft noch immer ein Tabuthema, Alter und Tod nicht präsent und eher weit am Rand des Denkens. Das sehen Sie auch an den Medizinstudenten. Ein junger Student interessiert sich eher für Chirurgie oder Innere Medizin, weniger für Geriatrie. Dieses Fachgebiet wird häufig erst später entdeckt, weil die Kollegen feststellen, dass sie noch etwas anderes machen wollen und dass Geriatrie eben sehr vielseitig ist.

**?** *Wie sieht es mit dem Nachwuchs in der Geriatrie aus?*

**Vogel:** Schlecht, extrem schlecht. Drei Ärzte haben kürzlich unser Haus verlassen und wir bekommen kaum Ersatz. Auch die Kollegen in großen Städten haben Schwierigkeiten, Leute zu finden. In der Geriatrie gibt es derzeit ein großes Angebot an

Stellen und wenig ausgebildete Leute. Für Leitungspositionen, also Oberärzte oder Chefarzte, findet man kaum jemanden. Wir bekommen derzeit jede Woche mehrere Anrufe von Headhuntern, die Fachärzte für geriatrische Abteilungen suchen.

**?** *Welche Möglichkeiten sehen Sie, bei Medizinstudenten und Ärzten das Interesse für Geriatrie zu wecken?*

**Vogel:** Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie setzt sich seit Jahren für entsprechende Weiterbildungen ein und hat beispielsweise ein Curriculum entwickelt, das in mehreren Wochenblöcken absolviert werden kann. Dann forcieren wir die Änderung der Weiterbildungsordnung mit dem Schwerpunkt Geriatrie. Unser Ziel ist, diesen Schwerpunkt in der Inneren Medizin zu etablieren und für die anderen relevanten Fächer wie Allgemeinmedizin, Neurologie oder Psychiatrie Zusatzweiterbildungen anzubieten. Als wissenschaftliche Gesellschaft können wir die wissenschaftliche Ausbildung fördern und tun dies auch.

**?** *Was ist für Sie das Besondere an der geriatrischen Medizin?*

**Vogel:** Die Vielseitigkeit und die Ganzheitlichkeit des medizinischen Ansatzes. Ich bin Internist und Kardiologe mit Intensivverfahren und war ein Jahr chirurgisch tätig, verfüge also über eine breite medizinische Ausbildung. Als ich bemerkte, dass die zunehmende Hochspezialisierung in der Kardiologie nicht das ist, was ich eigentlich wollte, habe ich noch eine Psychotherapieausbildung absolviert und dabei gesehen, dass die Beziehung zwischen Arzt und Patient eine ganz wichtige Rolle spielt. Ich habe dann nach einem Fach

geschaut, in dem ich mein breites Wissen anwenden und eine gute Arzt-Patienten-Beziehung einbringen kann. In Frage kamen die psychosomatische Medizin, die rehabilitative Medizin und die Geriatrie.

Der Reiz liegt in den zu Beginn der Therapie völlig unbekanntem Erfolgsmöglichkeiten. Noch vor wenigen Jahren hat sich kaum jemand vorstellen können, wie weit ein sehr schwer betroffener Mensch durch einen ganzheitlichen therapeutischen Ansatz einschließlich Hightech-Medizin wieder auf die Beine kommt. Das Potenzial, das in einem alten Menschen steckt, ist enorm, wenn man ihn medizinisch korrekt und funktionell u.a. mit Physio-, Ergo- und Sprachtherapie behandelt.

**?** Welche Rolle spielen dabei die Motivation des Patienten und das Wissen bzw. die Erfahrung des Geriaters?

**Vogel:** Ich möchte das an einem Beispiel erklären. Ein älterer Mensch leidet unter Schwindel, hat sich durch einen Sturz mehrere Frakturen zugezogen und zusätzlich noch einen Schlaganfall erlitten. Ein jüngerer Arzt würde hier – salopp formuliert – vermutlich die Flinte ins Korn werfen. Der erfahrene Geriater hingegen weiß, dass ein motivierter Patient viel erreichen kann. Ein Patient, der das Ziel hat, wieder in seine Wohnung zurückzukehren und die Treppen wieder hoch zu kommen, hat eine große Chance, eben dieses Ziel zu erreichen. Deswegen sind zielgerichtetes Arbeiten sowie gute Beziehungen zwischen Arzt und Patient, Therapeut und Patient und Pflegekraft und Patient enorm wichtig. Ist das alles gegeben, kann man mit diesem Team großartige Erfolge erreichen.

Der Beziehungsaspekt spielt insbesondere bei den Demenzkranken eine große Rolle. Aus diesem Grund sind beispielsweise Geriatriestationen mit besonders geschultem Personal für Demenzkranke so wichtig.

**?** Wo liegen Ihrer Meinung die Schwachpunkte bei der Versorgung geriatrischer Patienten?

**Vogel:** Da gibt es mehrere Bereiche. In nicht-geriatrischen Kliniken und in der ambulanten Behandlung gibt es in der Regel zu wenig geriatrisches Wissen und zu wenig geriatrische Qualifikation. Dies hat

### Älteste deutsche geriatrische Spezialklinik

Das Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen Hofgeismar wurde Ende der 1930-er Jahre erbaut und diente nach dem Krieg als Kreiskrankenhaus. 1963 erfolgte die Umwidmung zu einem speziellen Krankenhaus für chronische Leiden und Alterskrankheiten. Ab 1967 baute Chefarzt Dr. Hans Leutiger das Spezialkrankenhaus zu einem geriatrischen Krankenhaus mit rehabilitativer Behandlung alter und chronisch kranker Menschen im interdisziplinären Team aus. 1992 trat Prof. Werner Vogel die Nachfolge von Dr. Leutiger an.

Das Krankenhaus wurde mehrfach umgebaut und erweitert – sowohl baulich als auch fachlich. Es ist heute Zentrum für Geriatrie und Neurologische Frührehabilitation und verfügt über 120 vollstationäre und 20 teilstationäre Plätze in Form einer 2-zügigen Tagesklinik mit je 10 Plätzen.

zur Folge, dass der Patient zu wenig motiviert und gefördert und daher schneller in die Pflegebedürftigkeit entlassen wird. Ein weiterer Bereich sind der Zeitmangel und das zeitintensive Assessment.

Geriater müssen mehr Zeit pro Patient haben, ungefähr doppelt so viel wie für nicht-geriatrische Patienten. Man braucht die Zeit, weil Anamnese und Befundhebung sehr komplex sind. Wir können beispielsweise nur einen oder zwei Patienten pro Tag und Arzt aufnehmen. Das kann ein niedergelassener Arzt in der Regel nicht leisten. Hinzu kommt der Mangel an Geriatern. Bundesweit ist derzeit ungefähr ein Prozent der Ärzte geriatrisch qualifiziert. Das ist zu wenig.

**?** Wie viele Geriater brauchen wir?

**Vogel:** Ideal wäre, wenn etwa zehn Prozent der niedergelassenen Ärzte einer Stadt Geriater wären.

**?** Sie sprachen darüber, wie wichtig die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist. In der Diskussion ist derzeit eine Reform des Medizinstudiums, weil Fähigkeiten wie beispielsweise Einfühlungsvermögen, Teamfähigkeit und soziale Kompetenz für den Beruf notwendig sind, die bisherige Praxis der Studienplatzvergabe diese jedoch gar nicht berücksichtigt.

**Vogel:** Ja, hier ist ein Wandel zu begrüßen, denn Medizin ist nicht nur Fachwissen, sondern auch die Übersetzung des Fachwissens für den Patienten und die Anwendung des Wissens am Patienten. Das erfordert kommunikative Fähigkeiten und Einfühlungsvermögen. Dann muss insbesondere in der Geriatrie immer im Team gearbeitet werden, wie bereits mein Vor-

gänger, Dr. Hans Leutiger, in den 1960-er Jahren festgestellt und umgesetzt hat. Er baute Teams auf, in denen schon damals Ärzte, Schwestern, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden und auch Seelensorger vertreten waren.

Die Teamarbeit besitzt in unserem Haus bis heute einen großen Stellenwert. Wir Ärzte treffen uns jeden Tag, um alle Patienten, alle Notfälle und alle Neuzugänge multidisziplinär zu besprechen und bieten ganzheitliche Behandlung für ältere und multimorbide Menschen an. Dies bewährt sich und ist meiner Meinung nach nicht nur in der Geriatrie die Medizin der Zukunft.

**?** Das erfordert Umdenken – in der Ausbildung, in der Forschung und in der Praxis.

**Vogel:** Ja, das stimmt. Wir müssen unser Wissen horizontal verbinden und nicht – wie bis jetzt üblich – vertikal. Wir sind weit entwickelt in der Spitzenforschung, weniger in der Verbindung unseres Wissens. Hier gibt es noch viel Verbesserungspotenzial. Das betrifft sowohl die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten, als auch die Kooperation aller Beteiligten. Damit meine ich die Geriater in den Krankenhäusern und die niedergelassenen Ärzte genauso wie die Dialysespezialisten, die Unfallchirurgen, die Neurologen, die Ergo- und Physiotherapeuten, die Stadtplaner und die Architekten, um nur einige Gruppen zu nennen. Damit ließe sich die Gesamtversorgung auf allen Ebenen erheblich verbessern und es würden alle profitieren: Patienten, Ärzte, Krankenkassen, Krankenhausträger und Kommunen.

Herzlichen Dank für dieses Gespräch.