

Kurze Wege, vernetztes Denken und Handeln

Das Nürnberger Zentrum für Altersmedizin

■ Das Nürnberger Zentrum für Altersmedizin setzt Maßstäbe für die geriatrische Behandlung in Deutschland. Seit zehn Jahren arbeiten Geriatrie, Psychiatrie und Neurologie eng zusammen, seit April 2013 sogar Tür an Tür. Multimorbide PatientInnen werden ganzheitlich versorgt, 85 Prozent der PatientInnen kehren in ihr gewohntes Umfeld zurück. □

Zwei Drehtüren führen ins Dr. h.c. Theo Schöller-Haus, einen modernen Glasbau, der 2013 eröffnet wurde und das Zentrum für Altersmedizin des Klinikums Nürnberg beherbergt. Innen ist es weiträumig und hell, alles wirkt großzügig und neu. Fast 100 Millionen Euro kostete der Neubau, getragen vom Freistaat Bayern, der Stadt Nürnberg, dem Klinikum Nürnberg und der Theo und Friedl Schöller-Stiftung, die das Zentrum für Altersmedizin langfristig fördert. Die Geriatrie ist hier seit Jahren von Bedeutung, doch der Neubau hat die Kooperation noch verbessert. „Nie hatte ich so viel Kontakt mit den KollegInnen der anderen Stationen“, sagt Stephanie Reiter-Troll, Oberärztin der Neurologie. „Das schnelle Feedback ist sehr motivierend in der täglichen Arbeit.“ Auch Walter Swoboda, Chefarzt der Geriatrie, Reinhold Waimer, Oberarzt der Psychiatrie, und Johanna Myllymäki, Koordinatorin des Zentrums für Altersmedizin, wirken motiviert und sind sich in der Bewertung des Neubaus einig. „Von der interdisziplinären Zusammenarbeit profitieren die PatientInnen schon seit zehn Jahren“, meint Swoboda. „Seit April sind auch die Abläufe für das Klinikpersonal optimiert. Anstelle eines virtuellen Alterszentrums haben wir nun ein gemeinsames Gebäude. Wir arbeiten Tür an Tür und erweitern im Austausch stetig unseren Horizont.“

Teamsitzungen, Konsile, Geri-Board

Der interdisziplinäre Austausch beginnt schon am Morgen. In einer täglichen Sitzung treffen sich ÄrztInnen und Pflegekräfte aus Geriatrie, Neurologie und Psychiatrie zur gemeinsamen Übergabe vom Nacht- zum Tag-Dienst. Mit am Tisch sitzen auch TherapeutInnen, MitarbeiterInnen des Sozialdienstes und der Koordinationsstelle des Zentrums. Man klärt, welche Kompetenzen wo nötig sind. Multimorbide PatientInnen werden meist von allen drei Fachdisziplinen begutachtet. Zweiwöchentlich trifft sich das „Geri-Board“, um analog dem „Tumor-Board“ besondere Fälle zu besprechen. Idealerweise erschließen sich innerhalb dieses Konsils Zusammenhänge, die vom einzelnen Fachbereich nur schwer erkennbar sind. In jedem Fall folgt eine Konsensempfehlung dazu, wie eine Patientin/ein Patient versorgt wird und ob sie/er eine geriatrische Reha benötigt. Bei Bedarf wird auch eine Behandlung in der Tagesklinik für seelische Gesundheit vorbereitet.

In anderen Krankenhäusern ist man gegenüber Geriatrien meist skeptisch. Sie fürchten, viele PatientInnen über 60 Jahren zu verlieren. Swoboda zerstreut die Sorgen: „Die meisten älteren PatientInnen liegen in anderen Abteilungen, im strengerem Sinne gelten PatientInnen erst ab dem 80. Lebensjahr als geriatrische PatientInnen.“ Im Klinikum Nürnberg ist gut die Hälfte der PatientIn-



Zentrum für Altersmedizin



nen älter als 65 Jahre. Rund 12.600 waren im Jahr 2010 sogar über 80 Jahre alt. Doch davon wurden in der Geriatrie nur 3.300 behandelt, in der Regel sind das multimorbide PatientInnen.

Herausforderung Multimorbidität

„Natürlich braucht der geriatrische Patient auch Labor- und Röntgendiagnostik“, sagt Swoboda, „wichtiger ist aber ein geriatrisches Assessment, eine spezielle Diagnostik, über die andere Kliniken oft nicht verfügen. Das Assessment hilft, die PatientInnen ganzheitlich zu verstehen. Neben dem erkrankten Organ geht es um den Menschen mit seinen psychischen und sozialen Problemen.“ Da etwa 30 Prozent der PatientInnen über 80 Jahren von kognitiven Einschränkungen oder Alzheimer betroffen sind, muss dies in der Behandlung berücksichtigt werden. Im Zentrum für Altersmedizin gibt es daher ein therapeutisches Team aus Physio- und ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, Kunst- und MusiktherapeutInnen, einer Geronto-Psychologin und einem sozialen Dienst. Das ist das strukturspezifische der Geriatrie.

Im Zusammenhang mit der Multimorbidität ist auch die Polypharmazie eine große Herausforderung. „Unsere stationären PatientInnen sind im Schnitt 83 Jahre alt und haben sechs bis sieben gleichzeitig behandlungsbedürftige Erkrankungen“, erläutert Swoboda. „Für jede Erkrankung nehmen die PatientInnen Medikamente ein, was oft Instabilität verursacht.“ Der tatsächliche Medikamentengebrauch ist auf Grund von kognitiven Einschränkungen der PatientInnen anfangs schwierig zu klären. Hier setzt man auf eine Kombination von Fachaustausch und Technik: In einem Modellprojekt im Klinikum Nürnberg Süd hilft eine Apothekerin auf der Station, mitgebrachte Medikamente zu sichten und im Zweifel zu identifizieren. Erleichterung erwartet man sich auch von der Speicherung von Verordnungen auf der neuen Gesundheitskarte und von einem Computerprogramm, das die StationsärztInnen künftig bei der Reduzierung der Medikamente unterstützt.

Prävention, Reha, Nachsorge

Ziel des Zentrums für Altersmedizin ist bei Multimorbidität nicht primär die Heilung von PatientInnen, sondern die Stabilisierung und Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Ressourcen werden gestärkt, um den Menschen nach der Behandlung wieder ein selbstbestimmtes Leben in ihrer gewohnten Umgebung zu ermöglichen. Prävention und Nachsorge sind daher im Zentrum

für Altersmedizin fest verankert. Direkt neben der Akutgeriatrie (44 Betten) liegt die Geriatrische Frührehabilitation (22 Betten). Zwei Räume mit physiotherapeutischen Geräten befinden sich auf gleicher Ebene, von den PatientInnen nur wenige Schritte entfernt. Es gibt Angebote zur Sturzprävention, Mobilisierung, Muskelstärkung und auch Ernährungsberatung, denn rund 70 Prozent der geriatrischen PatientInnen sind fehl- oder mangelernährt.

Für Demenzerkrankte gibt es im Zentrum für Altersmedizin 45 ehrenamtliche DemenzbegleiterInnen. Anders als die Grünen Damen, ebenfalls im Klinikum aktiv, sind DemenzbegleiterInnen nur auf der geriatrischen Station im Einsatz. „Die DemenzbegleiterInnen sind speziell geschult“, so Myllymäki. „Sie verkürzen den Demenzkranken die Zeit in der Klinik, nehmen Ängste und erklären, was ringsum passiert. Ein Mensch, der einem verwirrten Menschen zur Seite steht, ist die beste Delir-Prävention.“

Vor der Entlassung einer Patientin/eines Patienten berät das therapeutische Team auch über die Nachsorge: Es organisiert Hilfsmittel, Wohnraumanpassungen und Reha-Maßnahmen über den Aufenthalt im Alterszentrum hinaus. „Wenn wir unsere älteren PatientInnen nicht gut rehabilitieren, kommen sie umso schneller in die Klinik zurück“, sagt Myllymäki. Als Koordinatorin des Zentrums kümmert sie sich um Netzwerkarbeit in der Stadt und pflegt Kontakte zu externen Einrichtungen der Pflege und Altenhilfe. Auch Vorträge und Schulungen liegen in ihrem Aufgabenbereich. „Wir erfahren hier oft mehr über die Bedürfnisse der PatientInnen als externe Einrichtungen, dieses Wissen geben wir weiter. Im Sinne der geriatrischen PatientInnen müssen wir erreichen, dass die häusliche Versorgung im Anschluss gut funktioniert.“

Der Aufwand lohnt sich. Eine Auswertung von 40.000 Datensätzen aus der Geriatrie-in-Bayern-Datenbank (GiB-DAT Follow-Up-Studie, 2011) zeigt, dass rund 80 Prozent der PatientInnen aus der geriatrischen Reha auch zwei Jahre nach der Entlassung noch im privaten Umfeld wohnen. „Geriatrische Prävention ist effizient, sie spart Geld und führt zu mehr Lebensqualität“, sagt Swoboda. Er bricht auch eine Lanze für PatientInnen mit Pflegestufe: „Jeder alte Mensch hat ein Recht auf geriatrische Reha. Es kann doch ein Ziel sein, dass ein Patient mit Pflegestufe 1 nicht die Pflegestufe 2 bekommt. Reha vor Pflege ist ein Grundsatz.“ Krankenkassen sehen dies oft an-

ders. Sie fragen: ‚Wozu noch eine Reha?‘ Doch Swoboda rechnet vor: „Ein Platz im Pflegeheim kostet 2.000 bis 3.000 Euro pro Monat, eine geriatrische Reha etwa 5.000 Euro. Wenn es gelingt, die Pflegebedürftigkeit gering zu halten oder die Aufnahme in ein Heim nur um drei bis vier Monate aufzuschieben, hat sich die Reha gelohnt. Zum Finanziellen kommt noch der Gewinn an Lebensqualität für die Betroffenen.“

Psychiatrie und Tagesklinik für seelische Gesundheit

Psychiatrische Probleme sind oft erst auf den zweiten Blick erkennbar, spielen aber eine große Rolle im Zentrum für Altersmedizin. Reinhold Waimer, Oberarzt der Psychiatrie, leistete schon in den 1970er Jahren Zivildienst in der Psychiatrie des Klinikums. Seit 1999 war er am Aufbau der gerontopsychiatrischen Abteilung des Klinikums beteiligt, die heute zwei rein gerontopsychiatrische Stationen mit 40 Betten, eine gerontopsychiatrische Ambulanz mit Gedächtnisprechstunde und seit der Eröffnung des Neubaus ergänzend eine gerontopsychiatrische Tagesklinik bietet. Inklusive Verwirrheitszuständen, schätzt Waimer, leiden etwa 40 Prozent der Menschen über 65 Jahren unter seelischen Problemen. Die häufigsten Diagnosen sind Depressionen und Angststörungen, oft ausgelöst durch Einsamkeit, Verlusterfahrungen oder den spürbaren körperlichen und geistigen Abbau. Gelegentlich kommen in der jetzigen Generation auch Kriegstraumata hoch und es gibt Fälle von Medikamentensucht. Letztere werden in einer separaten Suchtabteilung behandelt.

Da psychiatrische Probleme meist tief greifen, kehren PatientInnen oft mehrfach in die Klinik zurück. Umso wichtiger ist die Wiedereingliederung. „Seit den 1980er Jahren gibt es eine psychiatrische Institutsambulanz. Gerontopsychiatrische Fachschwestern machen die Überleitung und können die PatientInnen bis zu einem halben Jahr nach der Entlassung noch ein- bis zweimal pro Woche per Hausbesuch stabilisieren“, erklärt Waimer. Für Personen mit höherem Nachsorgebedarf bietet die neue Tagesklinik noch mehr Unterstützung. Bis zu 25 PatientInnen kommen wochentags über vier bis sechs Wochen von 8 bis 16 Uhr ins Haus. In verschiedenen Gruppen – vom Kochen über Kunst- und Musiktherapie bis hin zu Achtsamkeits- und Bewegungsgruppe – werden sie Schritt für Schritt auf den eigenen Alltag vorbereitet und können auch Einsamkeit überwinden.

Neurologie

Parkinson, Demenz, Sturzneigung, Polyneuropathie und Schlaganfälle sind die häufigsten Diagnosen in der Neurologie. Infekte, Austrocknung, Nervenprobleme oder Gehirnveränderungen spielen bei geriatrischen PatientInnen eine zusätzliche Rolle. Wie in der Psychiatrie so ist auch in der Neurologie eine erfolgreiche Kommunikation besonders wichtig, doch kognitive Beeinträchtigungen erschweren die Behandlung. Zunehmend gibt es auch Verständigungsschwierigkeiten zwischen Klinikpersonal und PatientInnen, die einen Migrationshintergrund haben. Das Zentrum für Altersmedizin versucht dieses Thema durch spezielle Schulungen zur interkulturellen Kompetenz im Gesundheitswesen anzugehen, außerdem wurden für die gängigsten Situationen Hilfsmittel und Piktogramme erarbeitet, die auch zum Einsatz kommen, wenn keine Angehörigen oder ÜbersetzerInnen greifbar sind.

Altersmedizin in der Zukunft

Der demografische Wandel wird ohne die Geriatriisierung der Medizin nicht zu bewältigen sein, denn durch gebündelte Kompetenzen können alte Menschen am nachhaltigsten versorgt werden. In Nürnberg, so scheint es, bringen sich alle Beteiligten mit Leib und Seele in die Geriatrie ein. Der Fachkräftemangel existiert aber auch hier und nicht jede Pflegeperson möchte in der Geriatrie arbeiten. Die Geriatrie sei eine besondere Herausforderung, meint Myllymäki. „Multimorbidität erfordert viel Fachwissen und man muss mitdenken. Meiner Erfahrung nach ist die Fluktuation in der Geriatrie gering. Doch wir brauchen mehr Menschen, die sich bewusst für die Geriatrie entscheiden.“ ■

Zur Autorin:

Esther Niederhammer M.A. ist freie Journalistin mit den Schwerpunkten demografischer Wandel und Leben im Alter. Von 2004 bis 2007 arbeitete sie in der ambulanten Altenpflege.
