

# Was ist spezifisch hausärztlich bei der Betreuung alter Menschen?

Aroser Fortbildungskurs «Aus der Praxis – für die Praxis», 24. März 2006

In der heutigen Gesellschaft wird die Jugend, das Jung- und Schönsein sehr einseitig idealisiert und idolisiert, das Alter mit seinen Problemen hingegen generell eher vernachlässigt und verdrängt. Angesichts der kontinuierlich steigenden Lebenserwartung kommt der Betreuung älterer Patienten in der Hausarztpraxis daher eine immer wichtigere Bedeutung zu.

*Notre société idéalise et idolâtre la jeunesse et la beauté. Par contre, les problèmes de la vieillesse sont facilement négligés ou écartés de la conscience. Mais face à une espérance de vie toujours plus longue, les soins et l'assistance aux personnes âgées prennent de plus en plus d'importance au cabinet du généraliste.*

Jung sein ist in – alt sein ist out!

«Ja, lang leben will halt alles,  
aber alt werden will kein Mensch.»

Johann Nepomuk Nestroy, «Die Anverwandten»

---

Rudolf Ludwig Meyer

---

## Demographie und Bedeutung des Hausarztes für ältere Menschen

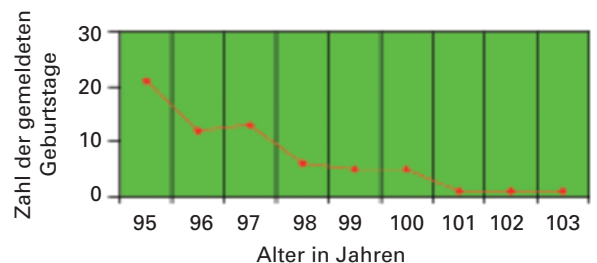
Während 1910 nur gerade rund 5% der Bevölkerung erwarten durften, älter als 65 Jahre zu werden, waren es 1986 immerhin 12%. Heute liegt dieser Prozentsatz bereits bei 15%, und in zwei Jahrzehnten wird er sogar auf 30% angestiegen sein!

Ein Mann, der zum heutigen Zeitpunkt 65 Jahre alt ist, hat noch eine weitere Lebenserwartung von 16,6 Jahren, während eine Frau in diesem Alter noch auf 20,6 zusätzliche Lebensjahre hoffen darf. Unmittelbarer Ausdruck dieser Entwicklung ist die grosse Zahl der Glückwünsche, die jeden Tag im Radio zu hören sind (Abb. 1).

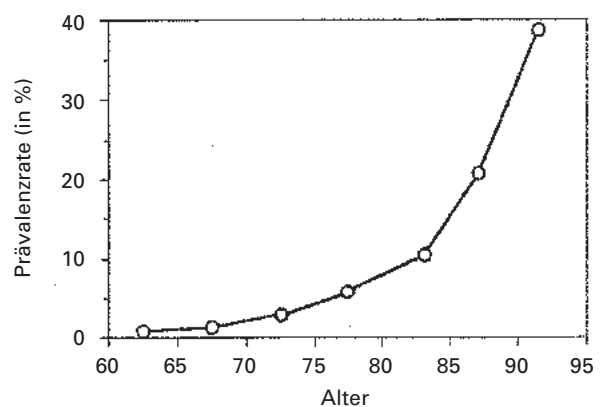
An der Zunahme der über 65jährigen an meinem Wohnort während der 25 Jahre zwischen 1977 und 2002 möchte ich dies kurz konkretisieren:

- Über 65jährige: Zunahme um 169% (von 655 auf 1108)
- Über 80jährige: Zunahme um 244% (von 94 auf 229)
- Über 85jährige: Zunahme um 373%! (von 30 auf 112)

Was dieser Zuwachs für ein mittelgrosses Dorf bedeutet, etwa in bezug auf die Anzahl Demenzpatienten, lässt sich an diesen Daten leicht ablesen (Abb. 2).



**Abbildung 1**  
Geburtstagsgratulationen im Radio (SRDRS) vom 17. bis 24. März 2006 (ausser dienstags).



**Abbildung 2**  
Prävalenz der Alzheimer-Demenz [2] (Abdruck mit freundlicher Genehmigung durch den Autor und den Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern).

**«Viele alte Menschen tragen viele alte Probleme mit sich herum, und über diese weiss der Hausarzt nun einmal am besten Bescheid.»**

*Max Polliack an der 8. Weltkonferenz der Wonca 1978 in Montreux [1]*

Auch heute noch ist der Hausarzt Hauptansprechpartner und Begleiter, vor allem für seine ältere Patienten. Über 90% der betagten Menschen haben einen Hausarzt, den sie oft schon über viele Jahre und gar Jahrzehnte kennen und der ebenso oft mit ihnen alt geworden ist [3].

Ein Hausarzt mittleren Alters betreut 55% seiner Patienten länger als zehn Jahre [3]. Ich persönlich bin nun im 34. Jahr in Möhlin im aargauischen Fricktal tätig und betreue rund 360 PatientInnen im Alter von über 65 Jahren. Davon sind 70% (207) seit 25 Jahren und länger in der Praxis bekannt, 15% (47) seit 20 bis 24 Jahren, das heisst, 85% (254) der älteren Patienten werden seit 20 und mehr Jahren in unserer Praxis betreut, davon 7% (25) in Alters- und Pflegeheimen oder Heimen für chronisch Kranke! Aufgrund dieser Langzeitbetreuung und der darin enthaltenen Langzeitanamnese, die zudem meistens sowohl die Kenntnis des familiären als auch des sozialen Umfeldes (vom Arbeitsplatz bis zur Freizeit) einschliesst, basiert diese Patienten-Arzt-Beziehung auf einem besonderen Vertrauensverhältnis. Der Hausarzt kennt den Patienten, sein Zuhause und seine Familie mit ihren Belastungen und Problemen bis hin zu der Frage nach der Bereitschaft zu einer Betreuung zu Hause.

**Der Hausarzt orientiert sich am ganzen Menschen mit seiner individuellen Biographie und Lebenssituation. Nicht die Krankheit, sondern der Kranke steht im Mittelpunkt der Allgemeinmedizin. Kein Vertreter einer anderen Berufsgruppe oder ärztlichen Disziplin kennt all die Sorgen, Ängste und Nöte der betagten Menschen besser als der Hausarzt. Sowohl durch seine medizinische als auch durch seine psychosoziale Kompetenz fällt dem Hausarzt deshalb die Aufgabe des «Steuermanns» im Gesundheitswesen zu.**

Nicht selten ist der Hausarzt bei einsamen Betagten die einzige regelmässige Verbindung zur Aussenwelt. Und nicht nur da, sondern ganz allgemein muss bei der Betreuung alter Patienten das ärztliche Gespräch im Vordergrund stehen [4–6].

Eckart Sturm hat ein vierstufiges hausärztliches Konzept vorgeschlagen [7]:

1. Positive Selbstregulationen des Körpers sollen nicht gestört werden.
2. Der Wille zur aktiven Selbsthilfe soll allseitig gefördert werden.
3. Familienhilfe soll organisiert werden.
4. Professionelle Hilfen sollen mitbeteiligt werden [7].

## Die drei Phasen des Alterns

Phase I: Der Ältere mit voller Kompetenz

Phase II: Der Ältere mit alterstypischen Krankheiten, Behinderungen und einer gewissen Hilfsbedürftigkeit

Phase III: Der schwer und chronisch Kranke mit Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit [7]

Übergeordnetes Ziel ist dabei die Erhaltung der grösstmöglichen Autonomie, das heisst der Dimensionen Selbstbestimmung, Unabhängigkeit von Hilfe und selbstgewählte Lebensentfaltung.

## Phase I – volle Kompetenz

**«Älter werden heisst selbst ein neues Geschäft antreten; alle Verhältnisse verändern sich, und man muß entweder zu handeln ganz aufhören oder mit Willen und Bewußtsein das neue Rollenfach übernehmen.»**

*Johann Wolfgang von Goethe,  
«Maximen und Reflexionen»*

Altern ist ein natürlicher Prozess und keine Krankheit. Heute leben alte Menschen nicht nur länger, sie sind auch körperlich gesünder und leistungsfähiger als früher.

Auf das Alter – sowohl auf seine Grenzen als auch auf seine Möglichkeiten – muss man sich vorbereiten und darf es nicht verdrängen. Zunächst soll der alte Mensch nicht lernen zu sterben, sondern lernen, alt zu sein.

Vordringliche ärztliche Aufgabe ist es, dem alternenden Menschen ein positives Gefühl, seine Gleichwertigkeit, emotionale Zugehörigkeit und individuelle Wichtigkeit als Mitmensch zu vermitteln [8].

Der Hausarzt sollte mit seinem ganzen Einfluss dazu beitragen, dass die eigenen Kompetenzen und die salutogenen Ressourcen des alten Menschen möglichst lange erhalten und individuell gefördert werden. Dabei versteht sich der Hausarzt als Katalysator, indem er Prozesse der Selbsterkenntnis beim alternenden Menschen fördert und ihm hilft, herauszufinden, was er eigentlich will.

Konkret heisst das unter anderem:

- Aufgaben geben
- Verantwortung übertragen
- Leistungen würdigen
- Erfahrungswissen nutzen
- Soziale und emotionale Bedürfnisse aktivieren
- Selbständigkeit fördern
- Selbstverantwortlichkeit unterstützen
- Lebenstüchtigkeit bewahren [9]

Hausärztliche Aufgabe ist dabei auch die Motivation der Angehörigen zur Unterstützung und consequenten Förderung der obigen Anliegen.

Vor diesem Hintergrund versteht man auch das Zitat von Martin Buber:

**«Altsein ist ein herrlich Ding, wenn man nicht verlernt hat, was Anfangen heißt.»**

### Phase II – Altern mit alterstypischen Krankheiten

Altern ist an sich keine Krankheit, aber im fortgeschrittenen Alter treten Befindlichkeitsstörungen

und Krankheiten vermehrt und oft auch kombiniert auf. Altersabhängige physiologische Veränderungen wie eine progressive altersabhängige Funktionseinschränkung verschiedener Organsysteme (z.B. immunologisch, pulmonal und renal) sowie verlangsamte Stoffwechselprozesse führen zu Zuständen von Instabilität und einer erhöhten Krankheitsanfälligkeit (Abb. 3).

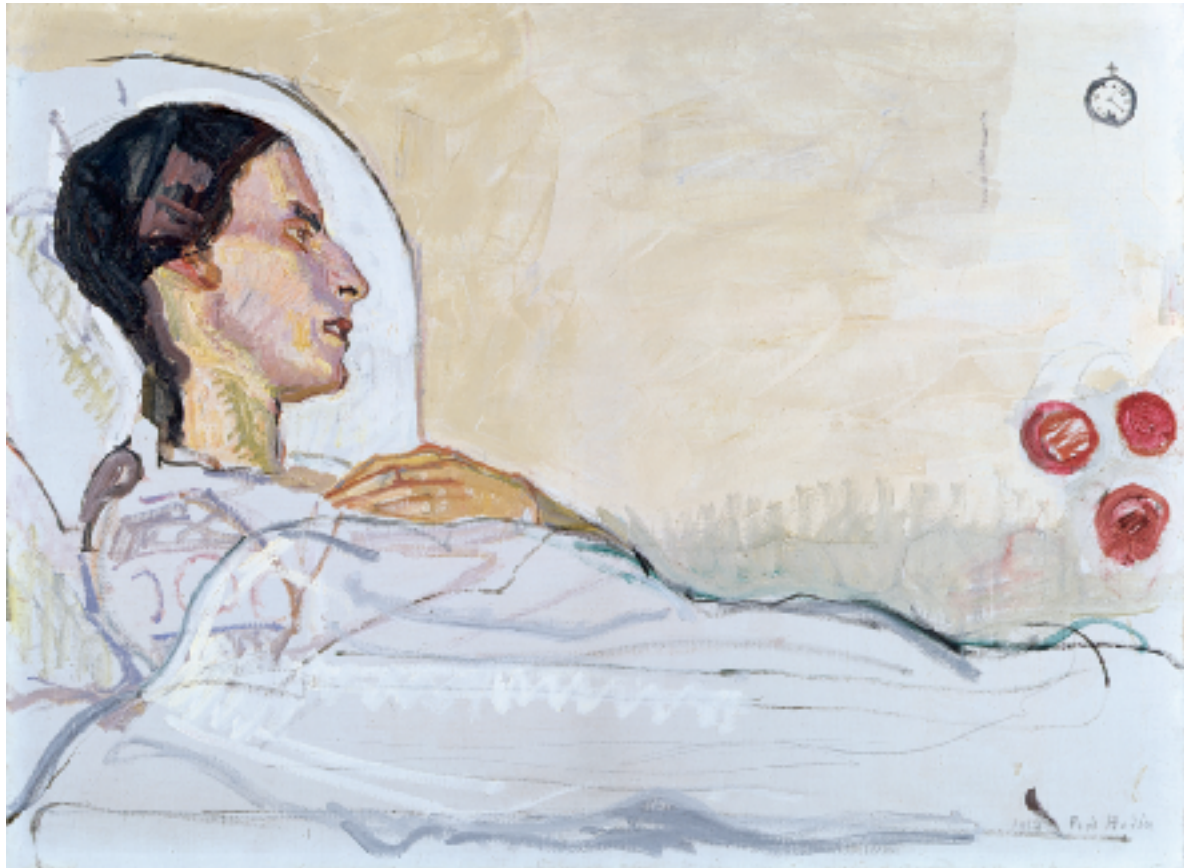
### Wesentliche Merkmale von Krankheit im Alter

- Oft unklare vieldeutige Symptome, die auf verschiedene Krankheiten zurückzuführen sind, sowie atypische Verläufe
- Ignorieren/Verschweigen von Krankheitszeichen, die als Begleiterscheinungen des Alters gedeutet werden
- Chronizität
- Multimorbidität
- Einschränkungen der Sinnesorgane (v.a. Sehen/Hören)
- Emotionale und intellektuelle Behinderungen
- Chronische Schmerzen



**Abbildung 3**

Ferdinand Hodler (1853–1918), «Enttäuschte Seele» (1889). Reproduktion mit freundlicher Genehmigung des Kunstmuseums Basel. Foto: Martin Bühler.

**Abbildung 4**

Ferdinand Hodler (1853–1918), «Valentine Godé-Darel im Krankenbett» (1914). Reproduktion mit freundlicher Genehmigung des Kunstmuseums Solothurn (Dübi-Müller-Stiftung). Foto: Mario Schenker.

■ Funktionelle Auswirkungen der Krankheit [10, 11]  
Diese Veränderungen können bei alten Patienten oftmals Ängste auslösen:

- Angst vor Unselbständigkeit/Abhängigkeit
- Angst vor Einweisung in ein unbekanntes Pflegeumfeld
- Angst vor Einordnung/Unterordnung im fremden Milieu
- Angst vor Aufgabe liebgewordener Gewohnheiten
- Angst vor Verschlimmerung des Leidens
- Angst vor Schmerzen
- Angst vor Hilflosigkeit [3]

#### Der Hausarzt als zentraler Ansprechpartner

Nach wie vor ist der Hausarzt Hauptansprechpartner, Koordinator und Begleiter seiner Patienten sowie Berater der betreuenden Angehörigen. Deshalb ist es nun seine Aufgabe, alle an der Therapie Beteiligten als Team zusammenarbeiten zu lassen [12]:

- Patient
- Familie
- Pflegedienste
- Fachärzte

- Physiotherapeuten
- Ergotherapeuten
- Logotherapeuten
- Sozialdienste
- Freiwillige/ehrenamtliche Helfer
- Spital-/Heimangestellte

Gerade diese Case-Management-Funktion des Hausarztes ist sehr wichtig, und oftmals stehen hierbei Probleme der pflegenden Angehörigen im Vordergrund:

- Veränderung der eigenen Lebensplanung
- Angebundensein
- Isolation
- Rollenkehr
- Schwierigkeiten mit Persönlichkeitsveränderungen, mit der Demenz des Patienten
- Beziehungsprobleme [13]

#### Phase III – zunehmende Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit

Die Phase III ist geprägt von schwerer Krankheit, von Verlusten und Unfällen.

Erst wenn in Phase III Pflege- und Hilfsbedürftigkeit

eintritt, sollte, im Gegensatz zum *älteren Kranken* in den vorangehenden Phasen, vom *geriatrischen Patienten* gesprochen werden.

Zum geriatrischen Patienten wird der ältere Mensch durch eine Kombination von Alter, Multimorbidität und Funktionsverlusten (v.a. durch den Verlust an Selbstversorgungskompetenz).

Auch hier ist nicht etwa die Heilung von Krankheiten das oberste Ziel, sondern die Förderung der Fähigkeit des Patienten, den Alltag zu bewältigen. Dies geschieht durch dosierte Hilfe, etwa durch regelmässige Hausbesuche, die Vermittlung personeller/technischer Unterstützung (wie zuvor beschrieben) oder die Strukturierung des Alltags.

Schliesslich gilt es auch immer wieder, den Abschied von zu Hause vorzubereiten und zu erleichtern.

Phase III mündet im Prozess des Sterbens, worauf ich an dieser Stelle jedoch nicht eingehen werde [7].

Nur auf eine wichtige Aufgabe des Hausarztes möchte ich in diesem Zusammenhang noch hinweisen: den Angehörigen und Trauernden Trost zu spenden. Aber eben nicht so, wie ich das früher in meiner damaligen Hilflosigkeit getan hatte: eine Beruhigungspille für den Tag der Beerdigung und einige Schlaftabletten für die folgenden Nächte ...

## Zusammenfassung

*Nicht 4 I ...*

Die Hauptaufgabe des Hausarztes besteht nicht darin, «sich abzufinden» mit:

1. Intellektuellem Abbau (Demenz)
2. Instabilität (Stürze)
3. Immobilität
4. Inkontinenz

*... sondern 8 K!*

Die Rolle des Hausarztes bei der Betreuung seiner alten Patienten lässt sich mit 8 K beschreiben:

1. Kybernetes: zwischen Skylla und Charybidis (Gesellschaft/Gesundheitswesen/Familie/Spitex/Krankenkasse/AHV usw.)
2. Kommunikator: zentrale Bedeutung des Gesprächs
3. Kontinuator: Langzeitbehandlung ist kontrollierte Kontinuität

4. Katalysator: Aktivierung eigener Kompetenzen und Ressourcen des Patienten
5. Kurator: Behandeln aller Krankheiten, Probleme der Multimorbidität
6. Koordinator: Case-Management-Funktion
7. Kooperator: nicht nur wie in einem Generalunternehmen, wo die Arbeit an Unterakkordanten abgegeben wird.
8. Konziliator: Trost für Trauernde und Hinterbliebene

## Literatur

- 1 Tagungsbericht. Der Hausarzt und die Betagten. 8. Weltkonferenz der WONCA vom 14.–19. Mai 1978 in Montreux. *Ars Medici* 1978;68:539–40.
- 2 Stähelin HB. Alzheimer-Erkrankung: Wo stehen wir heute? *Praxis* 1997;869(35):1330–4.
- 3 Heller G. Der chronisch Kranke und sein Hausarzt. Sein Weg zwischen Leiden und Hoffen. *Z Allgemeinmed* 1984; 60:777–80.
- 4 Eine Schicksalsgemeinschaft: der alte Mensch und sein Hausarzt. *Prakt Arzt* 1994;31(17):65.
- 5 Kruse W. Ethische Probleme in der Geriatrie aus der Sicht des Hausarztes. *Praxis* 1992;81(44):1322–8.
- 6 sda. Die Älteren leben länger, gesünder und autonomer. *Schweiz Ärztezeitung* 2006;86(7):375.
- 7 Sturm E, et al., eds. Hausärztliche Patientenversorgung. Konzepte – Methoden – Fertigkeiten. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2006. p. 381–91.
- 8 Molz O. Hausarzt und Alterspatient. *Ars Medici* 1984;74: 310–8.
- 9 Kruse W. Familie und Hausarzt. Gemeinsame Aufgaben in der Therapie alter Menschen. *Therapiewoche* 1989;39: 2790–6.
- 10 Heinrich R. Die soziale Kompetenz des alten Patienten erhalten: Kernproblem der Geriatrie und Aufgabe des Hausarztes. *Prakt Arzt* 1996;33(2):10–3.
- 11 Fischer G. Die Bedeutung des Hausarztes in der Geriatrie. *Prakt Arzt* 1989;26(9):1–2.
- 12 Von der Damerau-Dambrowski V. Pflegerische Betreuung und Rehabilitation. Der Hausarzt als Dirigent im therapeutischen Team. *Hausarzt (BDA)* 1997;34(14):7–11.
- 13 Kruse W. Betreuung von Schwerkranken zu Hause: Der Hausarzt als Koordinator. *Ars Medici* 1994;84 (Sonderheft «10 Jahre FIAM»):S16–20.

---

Dr. med. Rudolf Ludwig Meyer  
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH  
 Bachstrasse 2  
 4313 Möhlin  
 meyer.moehlin@hin.ch