

1 Haltung, Handwerk und Holistik – Geriatrie und die Grundfragen des Lebens

Werner Vogel

Geriatrie ist ein komplexes Fach. Das wird jeder bestätigen, der in diesem Buch blättert, besonders diejenigen, die sich selbst der anspruchsvollen Tätigkeit in der Altersmedizin widmen. Trotzdem ist die Arbeitszufriedenheit in geriatrischen Einrichtungen eher hoch und die Fluktuation vergleichsweise gering. Viele bleiben dem Fach ein ganzes Berufsleben lang verbunden.

Woran mag das liegen? Zunächst hat das Alter(n) etwas Geheimnisvolles. Jedes Kind kann alte Menschen von jüngeren unterscheiden. Frage ich die Kasseler Studierenden der Sozialarbeit, warum sie freiwillig Vorlesungen und Seminare über Gesundheit und Krankheit im Alter besuchen, so höre ich seit Jahren ähnliche Antworten wie: »Ich habe bei der Pflege meiner Oma bis zu ihrem Ende mitgeholfen, das war irgendwie spannend, denn sie war eine tolle Frau – und jetzt möchte ich mehr über Alter und Krankheit erfahren.«

Es muss irgendetwas Faszinierendes an diesem Fach liegen. Ist es die Konfrontation mit der eigenen Vergänglichkeit? Oder der lebendige Zugang zur Zeitgeschichte? Die Auseinandersetzung zwischen Bewahren und Erneuern, das Vorbild an Lebensenergie, Bewältigung, Gelassenheit, Humor?

In diesem Kapitel geht es um das Verbindende, das die verschiedensten Berufe in der Arbeit mit kranken alten Menschen zusammenführt und zusammenhält: die Einheit in der Vielfalt, das, womit sich alle Teammitglieder identifizieren können. Diese Identifikation meinte Prof. Meier-Baumgartner, Mitbegründer und erster Vorsitzender des Bundesverbands Geriatrie, langjähriger Chefarzt

des Albertinen-Hauses, wenn er Geriatrie mit dem Begriff »Geisteshaltung« in Verbindung brachte (Meier-Baumgartner et al. 1998).

Genau aus diesem Geist entstand mit visionärer Kraft der Pioniere die Klinische Geriatrie vor gut einem halben Jahrhundert, gerade rechtzeitig, um den Anforderungen des demographischen Wandels, der wachsenden Spezialisierung der Medizin und der Würde des alten und kranken Menschen gerecht zu werden (Leutiger 1967). Denn die Fortschritte der modernen Medizin kommen auch und gerade den alten Menschen zugute, wenn sie vernünftig genutzt werden (Gawande 2015). Voraussetzung dafür ist eine »handwerklich« gute klinische Medizin, welche die ärztliche Erfahrung im erklärten Interesse des Patienten mit Sinn und Verstand anwendet (vgl. Lown 2004). Dass einzelne Fachdisziplinen nicht Anspruch auf geriatrische Patienten erheben, sondern ihre Dienste fachübergreifend zur Verfügung stellen sollen, muss angesichts des heute leider üblichen Wettstreits um Patientenzahlen betont werden (Nau et al. 2016).

Welche Aufgaben kennzeichnen die Arbeit der Geriatrie?

- Die umfassende Anamnese (medizinische, soziale und Familienanamnese),
- die klinische, labormedizinische und apparative Untersuchung,
- die unverzügliche Diagnosestellung und Therapie aller relevanten Erkrankungen,
- das umfassende Assessment alters- und krankheitsbedingter Funktionsstörungen,

- die Erkennung und Behandlung depressiver und demenzieller Entwicklungen,
- die Vorbeugung und Behandlung von Ernährungsstörungen (Sarkopenie, Frailty),
- die Formulierung von Behandlungszielen nach realistischer Prognose,
- die funktionelle Therapie im Team, abgestimmt und simultan,
- die Aktivierend-therapeutische Pflege,
- die Klärung des Bedarfs und das zielsichere Training an notwendigen Hilfsmitteln,
- die Verlaufsdocumentation (Assessment als therapiebegleitender Prozess),
- die (soziale, pflegerische, therapeutische) Beratung von Patienten und Angehörigen,
- die Entlassungsplanung und Sicherung der Weiterbehandlung.

Je nach Bedarf kommen hinzu:

- Die notfall- und intensivmedizinische Versorgung (zentrale Notaufnahme, Reanimation),
- die fachübergreifende Versorgung geriatrischer Patienten (Alterstraumatologie u. a.),
- die palliative Versorgung und Sterbebegleitung (Palliativstation, Hospiz),
- die Infektionsschutzmaßnahmen (Screening, persönliche Hygiene, Isolierung u. a.),
- die seelsorgerische Begleitung,
- die Erkennung und Behandlung psychosomatischer Störungen,
- die spezielle Betreuung demenziell Erkrankter (Station für kognitiv Beeinträchtigte),
- die ethische Fallbesprechung.

In geriatrischen Einrichtungen findet man diese Aufgabenverteilung wieder, und zwar weltweit und von Anfang an, seit es Geriatrie gibt. Überall stehen Multiprofessionalität und die enge Zusammenarbeit im Vordergrund. Dass sich dies trotz hoher Kosten

durchsetzen konnte, spricht für die zwingende Notwendigkeit einer arbeitsteiligen Vorgehensweise. Die Bündelung aller Kräfte des Teams bringt Vorteile, die mit der traditionellen Dyade (Arzt/Pflegekraft) nicht erreichbar sind.

Neben dieser Einheitlichkeit der Aufgabenteilung stellt sich die Frage, was Geriatrie ist, wie sie definiert und strukturiert ist, was sie bewirken kann und welche Evidenz es dafür gibt, d.h. ob sie überhaupt »Sinn macht«. Immer wieder wurde der Geriatrie vorgehalten, dass ihre Methoden nicht durch die heute geforderte studienbelegte Evidenz gesichert seien, bestenfalls könne man auf Expertenmeinungen zurückgreifen, welche die zweifellos erkennbare – auch nachhaltige – Wirksamkeit erklären (Rubenstein et al. 1984; Vogel und Braun 2000).

Die Antwort auf die Frage, warum und wie Geriatrie wirkt, berührt elementare Vorgänge des Lebens, die in der Geriatrie eine noch größere Rolle spielen als in anderen medizinischen Bereichen. Dazu gehören Bewegung, Bindung, Emotion, Gedächtnis, Grenzen, Kommunikation, Kreativität, Lernen, Planung, Reflexion. Diese Phänomene waren auch den Gerontologen und Geriatern der ersten Stunde wichtig. Sie erneut in den Blick zu nehmen, scheint mir lohnend, weil wir im Licht neuer Erkenntnisse insbesondere der Neurowissenschaften ein ganz anderes Verständnis darüber gewinnen, was mit unseren alt gewordenen Patienten geschieht, wenn sie krank werden, wieder genesen, Hoffnung gewinnen und ihre Eigenständigkeit in Würde wahren wollen.

Durch die Beschäftigung mit diesen Fragen kommen auch wir, die wir uns um die Alten kümmern, zu einem neuen Verständnis unserer Arbeit. Sei es direkt am Patienten, im Team, in Fallkonferenzen und Strategiegesprächen, bei der Akademiearbeit oder beim Erarbeiten von innovativen Texten, wie sie dieses Buch bietet. Die außerordentliche Vielschichtigkeit seiner Themen ist kein Zufall, sondern gewollt. Es ist sogar notwendig,

sich fachübergreifend mit ihnen zu beschäftigen, um gute Teamarbeit zu ermöglichen (Vogel 2017). Lebenslanges Lernen ist heute notwendiger denn je. Lebenslang voneinander – und füreinander – im Team lernen zu dürfen, ist ein Privileg, das nicht vielen vergönnt ist. In der Geriatrie ist es eine Chance und oft der Grund für den »guten Geist«, für Zufriedenheit und Identifikation mit dem Beruf.

Bewegung

Bewegung ist das augenfälligste Kennzeichen des Lebens. Sie ist notwendig zur Nutzung des Lebensraumes, zur Nahrungssuche, zum sozialen Kontakt und zur Abwehr von Schäden. Selbst im Schlaf bewegen wir uns, um Druckgeschwüren vorzubeugen. Ausnahme ist der REM-Schlaf (Traumphasen mit schneller Augenbewegung = rapid eye movement), in dem die Grobmotorik zum Schutz vor Verletzungen ausgeschaltet ist. Der Herzmuskel ist lebenslang in Bewegung. Sein Stillstand führt innerhalb von Minuten zum Tod des Individuums und seiner Organe. Die Bewegungen der Moleküle und Atome bleiben dabei erhalten, während sie in den Kreislauf der Natur zurück »gehen«. Fortbewegung hat stets einen Ausgangspunkt und ein Ziel. Voraussetzung ist ein funktionierender Fortbewegungsapparat mit Knochen, Gelenken, Sehnen, Muskeln und ihren Verbindungen zum zentralen Nervensystem, das die Bewegung vorbereitet, steuert und koordiniert. Willkürbewegung hat ihren Ursprung in der motorischen Hirnrinde. In der unmittelbar eng benachbarten sensomotorischen Hirnwandung wird jede Bewegung permanent kontrolliert. Häufige »gelernte« Bewegungsabläufe werden in den basalen Kerngebieten des extrapyramidalmotorischen Systems gespeichert und sind dort abrufbar, bei Bedarf aber modifiziert durch die Willkürmotorik. Dies ist der Grund, warum Parkinsonpatienten ihre extrapyra-

midale Störung »überspielen« können, indem sie blockierte Bewegungsabläufe durch bewusste Willkürbewegung (»Knie hoch!«) durchbrechen können. Der Bewegungsapparat ist kompliziert und an vielen Stellen störanfällig, besonders nachhaltig im Alter: Muskelschwund (Sarkopenie), Knochenbrüche bei Osteoporose, Arthrosen, Schädigung des peripheren (Diabetes) oder zentralen Nervensystems (Schlaganfall, Parkinson, Querschnittslähmung) sind häufige Beispiele. In diesem Fall muss das Defizit durch Ersatzbewegungen kompensiert werden, was unbehandelt zu charakteristischen »Gangbildern« wie Schonungshinken, Wernicke-Mann-Gangstörung, Intentionstremor etc. führt. Immobilität hat im Alter rasch irreparable Schäden zur Folge. Das erklärt die zwingende Notwendigkeit der kontinuierlichen Vorbeugung (Dekubitus-, Pneumonie-, Inkontinenz-, Kontraktur-, Thromboseprophylaxe), besonders bei im Rollstuhl immobilisierten oder bettlägerigen Patienten.

Bewegung hat noch weitere lebenswichtige Aspekte, die besonders im Alter kritisch werden können. Vom Herzen war schon die Rede. Es bewegt das Blut, um Sauerstoff per Diffusion, einer Folge der Molekularbewegung, zu den Körperzellen (und Kohlendioxid von ihnen weg) transportieren zu können. Auch Nährstoffe müssen auf dem gleichen Weg zu den Zellen transportiert werden. Um dies vorzubereiten, ist die aufgenommene Nahrung per Kau- und Schluckbewegung in den Magen-Darm-Kanal zu bringen, dessen ständige Bewegung (Darm-Motilität) hilft, sie chemisch in resorbierbare Moleküle zu zerlegen.

Bewegung kann auch im übertragenen Sinn verstanden werden: Als Motivation (von lat. *movere* = bewegen). Im Alter ist dieser Aspekt besonders wichtig, weil unter dem Eindruck der altersbedingten Schwäche und dem bedrohlichen Eindruck des aktuellen Krankheitserlebens Verzweiflung und Resignation leicht die Oberhand gewinnen, während die Hoffnung auf vollständige Ge-

nesung schwindet. Wiederholte und geschickte Fremdmotivation durch alle Mitglieder des Teams kann Patienten wieder zu neuem Schwung verhelfen, bis erste Erfolge den eigenen Antrieb aufs Neue wecken. Ein Moment für beide Seiten, der die innere Bewegung nach außen spürbar werden lässt.⁵

Bindung

Bindung und Lösung sind Urerfahrungen des Lebens und fest in uns verankert. Vieles davon ist unbewusst, erleben wir doch die enge Bindung im Mutterleib, lange bevor Wahrnehmung und Erinnerung einsetzen. Diese beginnen aber schon in den ersten Schwangerschaftswochen. Die erste Trennung erfolgt durch Geburt und Abnabelung, weitere beim Abstillen, beim ersten Geschwisterkind, im Kindergarten, bei der Einschulung und weiteren Entwicklungsschritten. Sie sind meist angstbesetzt und können nur durch die positiven Erfahrungen »neuer« Möglichkeiten überwunden werden. Die wichtige Rolle des Vaters bzw. einer ihn ersetzenden Bindungsperson im Rahmen der Triangulierung (Dreiecksbeziehung) ist heute gut untersucht (Petry 2011). Spätere Trennungen können auch im Alter die frühen Traumata reaktivieren (Scheidung, Verwitwung, Haft, Arbeitsplatzverlust, Verarmung, Krankheit) und als kritische Lebensereignisse neue Bindungswünsche auslösen. Auch diese sind vielfach unbewusst und werden von Pflegenden oder Therapeuten als »anklammernd« wahrgenommen. Die spirituelle Bindung (v. a. die Religion, von lat. re = rück; ligio = Bindung) ist in diesem Zusammenhang wichtig und an anderer Stelle mit Bezug auf die Geriatrie beschrieben (Vogel 2016). Die persönliche Arzt-Patienten-Beziehung

hat auf der emotionalen und kommunikativen Ebene eine ganz entscheidende Bedeutung. Dies gilt analog auch für andere in der Heilkunde tätige Berufe, d. h. für das gesamte geriatriische Team. Die Beziehungen (das soziale Netz) des Kranken zu Ehe- bzw. Lebenspartner, Verwandten, Freunden, Nachbarn, professionellen wie ehrenamtlichen Helfern sind entscheidend für die Planung des weiteren Lebens bei drohender oder vorhandener Pflegeabhängigkeit.

Emotion

Von der »inneren Bewegung« war schon die Rede. Gemeint sind die Gefühle Freude, Leid, Gram, Wut, Verzweiflung und ihre verbale bzw. nonverbale Äußerung. Gefühle sind vermutlich an allen unseren Aktionen beteiligt, sei es ursächlich oder begleitend. Erfahrungsgemäß lernen Menschen besonders gern, wenn sie es mit »gutem Gefühl«, gar mit Freude und Lust tun. Arbeit wird so zum »Kinderspiel«, auch die ziemlich harte Trainingsarbeit, die beim Wiedererlernen von Körperfunktionen aufzubringen ist. Denn Frustrationen und Rückschläge sind nicht selten, zumindest am Anfang. Verständiges »Mitfühlen« hilft über die Durststrecke hinweg, immer die Belohnung bei Erreichen des realistisch gesteckten Ziels vor Augen. Gemeint ist hier nicht bedauerndes Mitleid, sondern Empathie⁶, also »sich in die Situation des anderen einfühlen können«. Gefühle können auch so stark verdrängt oder abgespalten sein, dass sie gar nicht vorhanden oder spürbar sind. Die Gefühllosigkeit oder Apathie⁷ kann eine Folge schwerer, nicht verarbeiteter früherer Traumatisierung sein und ist auch für schwere Depressionen typisch. Hier ist es wichtig, bei den Betagten (Generation der Kriegskinder) nach biogra-

5 Emotion, lat. ex = nach außen, motio = Bewegung

6 gr. em = innerlich, pathein = fühlen, leiden

7 gr. a = fehlend, pathos = Gefühl, Leid

phischen Hinweisen und Gedächtnisspuren zu fahnden (Bode 2004; Radebold 2000).

Gedächtnis

Ohne Gedächtnis können wir nichts lernen, nicht einmal, uns in der Umwelt sicher zu bewegen oder verlässliche soziale Beziehungen zu pflegen. Das Gedächtnis speichert ultrakurze Sinneseindrücke (etwa, dass die vorletzte Ampel grün war) nicht ab, auch wenn sie für den Augenblick wichtig waren. Der Kurzzeitspeicher hält Informationen für Sekunden bis Minuten zur Lösung aktueller Probleme bereit, das Langzeitgedächtnis bindet die Information strukturell im Gehirn, wobei der Nachtschlaf für Synapsenbildung und das Sortieren der Tageseindrücke wichtig ist. Emotional bedeutende Ereignisse (erste Verliebtheit, Einschulung, Hochzeit, Unfälle, Katastrophen) sind bis ins hohe Alter erinnerlich, andere (Namen, Daten, Schulwissen) nur bei wiederholter Nutzung.

Die Biologie des Gedächtnisses ist durch die Entdeckungen des Nobelpreisträgers Eric Kandel entschlüsselt worden (Kandel 2006). Erinnerungen werden im Netzwerk der gesamten Hirnrinde gespeichert, aber im Hippocampus »organisiert«. Dieser ist ein Teil des limbischen Systems, das auch für die Emotionen, Handlungsplanung, Belohnung, Angst und Aggressionssteuerung zuständig ist. Es ist mit dem kognitiven Apparat und gleichzeitig den Strukturen der vegetativen Funktionen (Appetit, Durst, Tagesrhythmik) und der Hormonsteuerung gut vernetzt und gewinnt zunehmend Bedeutung für die Pädagogik, Sozialpsychologie und andere soziale und therapeutische Berufe. In der Geriatrie ist es wichtig, um Zusammenhänge bei psychosomatischen und psychiatrischen Krankheitsbildern wie Depression und Demenz (mit meist messbaren Defekten im Hippocampus) besser verstehen zu können (vgl. Braus 2011). Der therapeutische und pflegerische Zugang zu demenziell Erkrankten

gelingt über die Gefühlswelt und die damit verknüpften positiven Erinnerungen deshalb leichter, weil die Funktionen des Limbischen Systems – mit Ausnahme des Hippocampus – noch erhalten bleiben, wenn die kognitiven Leistungen der neueren Hirnrindenanteile (Neokortex) schon erheblich eingeschränkt sind. Moderne Pflegekonzepte (Validation, Kulturerleben, Musik, Biographiearbeit) fußen auf dieser Erkenntnis.

Grenzen

Grenzen gibt es überall. Zellen haben Grenzmembranen, Organe sind durch Bindegewebshüllen voneinander abgegrenzt, Gefäße sind durch biologisch hochaktive Endothelien ausgekleidet, der Organismus grenzt sich von der Außenwelt durch die schützende Haut und im Bereich des Magen-Darmkanals, der zur Außenwelt gehört, durch die ebenfalls hochaktive Schleimhaut ab. Tiere verteidigen ihre Lebensräume an Reviergrenzen energisch gegen Eindringlinge, Menschen ihren Wohnraum als Privatsphäre, Völker ihre nationale Zusammengehörigkeit an Staatsgrenzen. Zeitgrenzen gibt es bei biologischen Rhythmen, bei Arbeit und Freizeit, in den Medien. Normgrenzen bei Laborwerten, Toleranzgrenzen bei Schadstoffen usw. Als Menschen sind wir uns mehr oder weniger ängstlich der Grenze des Lebens bewusst, also unserer Endlichkeit und des Todes. Die medizinische Forschung hat sich in den letzten zwei Jahrhunderten immer weiter an diese Grenze vorgewagt. Dank ihres Fortschritts konnte die Lebenserwartung mehr als verdoppelt werden. Inzwischen wissen wir, dass das Ende des Lebens genetisch bestimmt wird, abhängig von der Länge der Telomere, der Endstücke der Chromosomen, die unsere »biologische Uhr« bilden.

Jenseits der biologischen gibt es auch Grenzen im sozialen Bereich. Verhaltensforscher fanden heraus, dass die Sprechdistanz

zweier Personen davon abhängt, in welchem Kulturraum sie leben: So finden Südeuropäer auf der Straße einen deutlich kürzeren Abstand zu ihrem Gesprächspartner angemessen als Skandinavier. Diese können die im Süden übliche Nähe schon als unangenehm aufdringlich empfinden, während die skandinavische Distanz bei Sizilianern als Zeichen von Antipathie oder Misstrauen fehlgedeutet werden kann.

In der Geriatrie ist die professionelle Distanz bei aller notwendigen empathischen Nähe zu Patienten wichtig, ebenso die Abgrenzung der Fachlichkeit der beteiligten Disziplinen. Auch wenn der Wunsch nach Überbrückung solcher Grenzen besteht, dürfen sie nicht ignoriert werden. »Wir machen doch alle das gleiche...« kann nicht das Motto eines idealen interdisziplinären Teams sein. Der Respekt vor der Fähigkeit des anderen ist Voraussetzung für optimale Zusammenarbeit. Über die Grenze zwischen beruflicher und persönlicher Nähe und Distanz in kreativen Teams wird öffentlich viel diskutiert. Höflichkeitsregeln und ungeschriebene Gesetze behalten aus gutem Grund ihre Bedeutung. Selbstsicherheit und wechselseitig offener Umgang sind Elemente einer gelungenen Kommunikation.

Kommunikation

Austausch mit der Welt ist für alle Lebewesen wichtig, für sozial lebende (vgl. Abschnitt »Bindung«) gilt das nicht nur mit Blick auf Nahrung und Stoffwechsel, sondern auch für den Informationsaustausch untereinander. Schon Insekten tauschen Informationen aus, um nach der Entdeckung einer Nahrungsquelle als ganzer Schwarm zu mehr Nahrung für alle zu kommen. Meeressäuger und Vögel haben »Sprachen« entwickelt, die sie über weite Distanzen nutzen. Menschen haben neben nonverbalen Signalen wie Mimik und Körpersprache eine in der Natur einzigartige Kommunikationsform entwi-

ckelt (Berger 2008), die ihnen erlaubt, komplexe Informationen schnell und eindeutig zu übermitteln: die Sprache. Sie muss als höhere Hirnleistung über Jahre erlernt werden (Muttersprache), benötigt Mundmotorik, Stimme und Atemtechnik zur Sendung (Sprechen) und Gehör, Sprach- und Sinnverständnis zum Empfang (Verstehen). Im Schulalter kommen mit dem Erwerb mühsam geübter Feinmotorik (Schreiben) und mit Hilfe der Formanalyse dekodierter Schriftzeichen, also der Reproduktion des Geschriebenen (Lesen), zwei weitere höhere Hirnleistungen hinzu, die man deswegen auch als Kulturtechniken bezeichnet.

Mehrsprachigkeit kann jederzeit erlernt werden, der Erfolg ist abhängig vom Beherrschungsgrad der »Muttersprache«, dem allgemeinen Bildungsniveau, der Sprachbegabung, der Motivation und dem Lebensalter, in dem die Fremdsprache zu lernen begonnen wird. Der Neuerwerb bei Aphasie ist je nach dem Ausmaß der Hirnschädigung meist langwierig und frustrierend, da gesunde Teile des neuronalen Netzwerks die Aufgaben nur bedingt kompensieren können und der Lernprozess kaum schneller als in der Kindheit ablaufen kann. Motivation, Ausdauer und soziale Unterstützung sind hier ebenso hilfreich wie bei anderen Aufgaben der funktionellen Rehabilitation.

Kreativität

Etwas Sinnvolles, Schönes oder Nützliches schaffen zu wollen, scheint dem Menschen eigen zu sein. Wenn Anstrengung sich lohnt, löst das Freude und Befriedigung aus und führt zu innerem Gleichgewicht, zur Kohärenz. Kommt das Geschaffene anderen zugute, etwa ein selbstgemachtes Geschenk, so stärkt es das soziale Miteinander, die Bindung. Die Kunst profitiert davon ebenso wie die Wissenschaft und die Wirtschaft. Im weiteren Sinn folgt die gesamte Kultur diesem Prinzip: Literatur, Theater, bildende

Künste, Architektur, Produktdesign und die bunte Welt der Medien leben davon. Es entsteht ein öffentlicher Dialog von Geben und Nehmen, zwischen Produzenten und Rezipienten, letztlich auch ein Markt: Ein Bild von jenem Künstler muss man haben, diesen Film muss man einfach gesehen, dieses Buch gelesen haben...! Höchst erstaunlich ist die Beobachtung, dass künstlerisches Arbeiten nicht nur Profis, sondern auch Demenzkranken gefällt und erstaunlich gut gelingt (vgl. Schall et al. 2017), ähnlich wie Kindern und am besten gemeinsam mit ihnen zusammen. In ähnlicher Weise fördern gemeinsames Singen und Musizieren Kohärenz und soziale Kontakte.

Lernen

Alles, was wir an Sinneseindrücken aufnehmen, was unsere Aufmerksamkeit (bewusstes Interesse) findet, weil es entweder neu oder schon vertraut ist, nimmt unser Hirn auf und speichert es via Hippocampus in geeigneten Arealen der Hirnrinde (Bilder im Hinterhaupt, Höreindrücke im Scheitellappen, Begriffe in den Sprachzentren), wobei diese Bereiche untereinander und mit dem limbischen System eng vernetzt sind. Das erklärt, warum emotional berührende Eindrücke offensichtlich besser haften, d. h. man mit Spaß oder noch besser: »spielend« lernt. Sind Lerninhalte an Bewegungen geknüpft oder bestehen Lerninhalte selbst in einer Bewegungsfolge (wie im Sport, beim Tanz oder beim Geige spielen), scheinen sie tiefer verankert zu werden. Man spricht vom »motorischen Gedächtnis«. Wir wissen, dass multimodales Lernen, d. h. das, was ich gesehen, gehört und auch noch angefasst (begriffen) habe, viel besser haftet als das nur Gehörte oder Gesehene. Dies hat auch damit zu tun, dass in unserer reizüberfluteten Umwelt das Gehirn zu einem großen Teil damit beschäftigt ist, Informationen nicht zu speichern, d. h. entweder gar nicht auf die Bewusst-

seinebene zu heben oder wieder zu »vergessen«, also nicht strukturell zu verankern. Selektion, Bahnung und Hemmung von Impulsen spielen dabei eine Rolle.

Umgekehrt fördert das im limbischen System verortete »Belohnungssystem« den Lernprozess. Wenn Lernziele gesetzt und schließlich erreicht worden sind, setzt dies Transmitter frei, die das wohlige Kohärenzgefühl auslösen und damit zu neuen Herausforderungen ermuntern. Hier ist vor allem Dopamin im Spiel, ein Neurotransmitter (in der Laienpresse fälschlich »Glückshormon« genannt), der auch in anderen, insbesondere motorischen Kerngebieten wichtig ist. Besonders schön ist der Moment, in dem der Groschen fällt, wenn man endlich »den Dreh raus« hat: Mit dem »Aha-Erlebnis« steht nach oft langem Nachdenken die Lösung eines schwierigen Problems plötzlich klar vor Augen, nicht selten über Nacht.

Erfolgreiches Lernen braucht klare Ziele, viel Zeit, Geduld, Ausdauer, Wiederholung und Lob, kurz: intrinsische und extrinsische Motivation. Dass Lernen in Gruppen leichter fällt als allein, hat mit dem Nachahmungstrieb und der Funktion der Spiegelneurone im Bereich des Schläfenlappens zu tun. Diese helfen uns, vorgemachte Bewegungen zu imitieren (z. B. als Säugling die Mundöffnung der Mutter beim Füttern nachzumachen). Außerdem gibt eine Gruppe sowohl Unterstützung als auch Anreize (im Sinn eines gesunden Wettbewerbs) und hilft, auch Missgeschicke und Fehler besser zu verkraften, wobei Gelassenheit und Humor das ihre zum gemeinsamen Weiterkommen beitragen.

Planung

Im Lauf des Lebens bauen wir unzählige Eindrücke, Vergleiche und Schlussfolgerungen zu einem Weltbild »logisch« zusammen, wobei wir die innere und die äußere Welt als identisch »wahr« nehmen. Diese Abstraktionsfähigkeit ist auch die Grundlage des be-

grifflichen Denkens, das dem sprachlichen nahesteht. Im Unterschied zu vielen Tieren können wir auf diese Weise sowohl in die Vergangenheit zurück »gehen« als auch die Zukunft voraussehen, d. h. potenziell erfolgreiche Handlungen planen. Wir tun dies täglich, bisweilen schon weit voraus in unseren Terminkalendern. Die Planung unseres eigenen Lebens mit Rücksicht auf unsere Mitmenschen, die Umwelt, die Zukunft unserer Kinder und Enkel, ist wohl die anspruchsvollste unserer Aufgaben. Sie wird von vielen inneren und äußeren Dialogen, Verhandlungen, Urteilen und Auseinandersetzungen begleitet.

Für die Alltagskompetenz brauchen wir eine höhere Hirnleistung namens »Praxie«, um ein individuelles und soziales Leben zu führen (Alltagsfunktionen wie Ankleiden, Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, sichere Fortbewegung etc.). Das krankheitsbedingte Nachlassen, die »Dyspraxie« bis hin zum Vollbild der »Apraxie« ist bei Hirnschädigungen, insbesondere bei schweren Schlaganfällen und fortgeschrittener Demenz häufig. Es muss durch geeignetes Assessment korrekt erfasst und sehr spezifisch behandelt werden. Erweist die Apraxie sich als wenig beeinflussbar, wird dauerhaft intensive pflegerische Betreuung notwendig.

Alle diese Vorgänge spielen sich im Gehirn ab, bei alten ebenso wie bei jungen Menschen. Und nicht nur dort, sondern immer in Verbindung mit dem Bewegungsapparat, dem Herzen und dem Bauch. Das »Bauchgefühl« ist mit der Entdeckung des Mikrobioms, das heißt der bakteriellen Besiedelung des Darms und seiner Interaktion mit dem vegetativen Nervensystem und dem Gehirn, wissenschaftlich neu in den Blick geraten. Es ist offensichtlich, wie wichtig in diesem Zusammenhang eine gesunde Ernährung ist.

Das multiprofessionelle Team

Niemand kann alle diese vielen Aspekte im Blick behalten, gar bei allen auf dem neuesten

Stand der Wissenschaft sein. Schon gar nicht, wenn Alterungsprozesse und Krankheiten ins Spiel kommen. Und dennoch ist diese breite und gleichzeitig differenzierte Herangehensweise unerlässlich, um alte kranke Menschen gut zu behandeln. Die Lösung ist das multiprofessionelle Team.

Ständige Aktualisierung des Fachwissens (lebenslanges Lernen) ist dabei genauso wichtig wie der kontinuierliche Austausch der Informationen im Therapie-, Beratungs- und Pflegeprozess. Das setzt voraus, dass Teamarbeit gut organisiert ist (Vogel 2017). Wie das geschehen kann, lernt man aus der »best practice«, also von Leuten, die das Geschäft lange und mit Erfolg betreiben. Oder von Referenten und Teilnehmern beim Besuch einer Akademie wie der am Albertinen-Haus. Dass aus der Akademiearbeit Bücher wie das vorliegende hervorgehen, in denen man sich aus der Feder von Experten auf den neuesten Stand bringen kann, kann man als Glücksfall betrachten.

Teamarbeit gab es in der Geriatrie von Anfang an, wobei die in diesem Beitrag genannten Aspekte intuitiv schon immer beachtet wurden. Sie haben sich also durch Empirie verfestigt, schon lange bevor die hier skizzierten neurobiologischen Zusammenhänge entdeckt waren.

Die Pioniere der Geriatrie waren von Visionen geleitet, die heute noch richtungsweisend sind. Ihre schon damals beachtlichen Erfolge lassen sich im Licht neuer Erkenntnisse begründen. Ihr persönlicher Einsatz und ihre Zielstrebigkeit hat sich als segensreich erwiesen und ist noch immer bewunderns- und nachahmenswert.

Literatur

- Berger R (2008) Warum der Mensch spricht: eine Naturgeschichte der Sprache. Frankfurt: Eichborn
Bode S (2004) Die vergessene Generation. Stuttgart: Klett-Cotta

- Braus DF (2011) EinBlick in das Gehirn. Eine andere Einführung in die Psychiatrie, 2. Aufl. Stuttgart: Thieme
- Gawande A (2015) Sterblich sein. Was am Ende wirklich zählt. Über Würde, Autonomie und eine angemessene medizinische Versorgung, 2. Aufl. Frankfurt: S. Fischer
- Kandel E (2006) Auf der Suche nach dem Gedächtnis, Die Entstehung einer neuen Wissenschaft des Geistes. München: Goldmann
- Leutiger H (1967) Evangelisches Krankenhaus Gesundbrunnen, Spezialkrankenhaus für Chronische Krankheiten und Altersleiden. Das Altenheim, Nr. 12/1967
- Lown B (2004) Die verlorene Kunst des Heilens. Frankfurt: Suhrkamp TB,
- Meier-Baumgartner HP; Hain G; Oster P; Steinhagen-Thiessen E; Vogel W (1998) Empfehlungen für die Klinisch -Geriatrische Behandlung. (Hrsg. Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrien Einrichtungen e. V.) 2. Aufl. Jena: Gustav Fischer
- Nau R; Djukic M; Wappler M (2016) Geriatrie – eine interdisziplinäre Herausforderung. Der Nervenarzt 87: 603-608, 2016
- Petry H (2011) Das Drama der Vaterentbehrung, 7. Auflage. München: Reinhardt
- Radebold H (2000) Abwesende Väter. Folgen der Kriegskindheit in Psychoanalysen. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
- Rubenstein LZ et al. (1984) Effectiveness of a geriatric evaluation unit: A randomized clinical trial. N Eng J Med 311: 1664-70, 1984
- Schall A et al. (2017) Art museum based intervention to promote emotional well-being and improve quality of life in people with dementia: The ARTEMIS project, Dementia 0(0):1-6, DOI: 10.1177/1471301217730451, 2017
- Vogel W; Braun B (2000) Qualitätssicherung geriatrisch-rehabilitativer Krankenhausbehandlung. Medizinische und funktionelle Ergebnisse im Langzeitverlauf. Z. ärztl. Fort-bild. Qual. sich. 94:95-100, 2000
- Vogel W (2016) «Was willst du, dass ich dir tun soll?» Die Arzt-Patientenbeziehung am Beispiel der Geriatrie. In Ehm S et al. (Hrsg.) Geistesgegenwärtig behandeln. Existenzielle Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge in der ärztlichen Praxis. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlagsgesellschaft
- Vogel W (2017) Das Geriatrie Team. Wie interprofessionelles Arbeiten gelingt, Reihe Altersmedizin in der Praxis, Hrsg. J. Pantel, R. Püllen. Stuttgart: Kohlhammer

1.1 Stationen der Geriatrie in Deutschland

Marion Rehm und Wolfgang Schwibbe

Wichtige Stationen der Geriatrie mit besonderem Fokus auf Deutschland

1906	Erstmalige Beschreibung der Alzheimer-Demenz durch Alois Alzheimer in einem Vortrag auf der »37. Versammlung Südwestdeutscher Irrenärzte« in Tübingen	Prof. Dr. med. Alois Alzheimer (1864–1915), Psychiater und Neuropathologe, hatte seine Patientin Auguste Deter bereits 1901 kennengelernt. Nach Ihrem Tod 1906 untersuchte er ihr Gehirn und stellte auffällige Veränderungen fest (Eiweißablagerungen, sog. Amyloid Plaques).
1914	Der Begriff »Geriatrie« wird erstmalig verwandt von Ignatz Nascher, US-amerikanischer Mediziner österreichischer Herkunft	Dr. med. Ignatz Nascher: »Geriatrics: The diseases of old age and their treatment.« Er gründete 1912 die »Society of Geriatri« in New York
1938	Gründung der »Deutsche(n) Gesellschaft für Altersforschung« (seit 1939: Altersforschung) durch Max Bürger. Er gilt als Begründer der Gerontologie	Prof. Dr. med. Max Bürger: 1937–57 Ordinarius für Innere Medizin und Direktor der Medizinischen Universitäts-Klinik Leipzig; 1939 Begründung der »Zeitschrift für Altersforschung«

Wichtige Stationen der Geriatrie mit besonderem Fokus auf Deutschland		
1943	Forderung von Marjorie Warren, die Geriatrie in die medizinische und pflegerische Ausbildung einzubeziehen und geriatrische Abteilungen in den Krankenhäusern zu gründen.	Dr. Marjorie Warren, englische Ärztin, die »Mutter der Geriatrie«. 1947 war sie Mitbegründerin der »Medical Society for the Care of the Elderly«, der heutigen »British Geriatrics Society«.
1950	Berta Bobath, Krankengymnastin, und ihr Mann Karel, Neurologe, veröffentlichen ihre erste Publikation: die »Gründungsurkunde« des Bobath-Konzepts	Bobath K., Bobath B.: Spastic paralysis treatment of by the use of reflex inhibition. Br J Phys Med. 1950 Jun;13(6):121–7. PubMed PMID: 15414292
1962	Gründung des »Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) Wilhelmine-Lübke-Stiftung e. V.«	Das KDA wurde vom damaligen Bundespräsidenten Heinrich Lübke und seiner Ehefrau Wilhelmine Lübke ins Leben gerufen.
1966	Gründung der ersten Schweizer Universitären Geriatrie in Genf	Lehrstuhlinhaber: Prof. Dr. med. Jean-Pierre Junod 1975 erscheint: Ein kurzes Lehrbuch der Geriatrie, hrsg. von Eric Martin und Jean-Pierre Junod
1966 (BRD)	Gründung der »Deutschen Gesellschaft für Gerontologie« in Nürnberg	BRD-Nachfolgesellschaft der 1938 gegründeten Deutschen Gesellschaft für Altersforschung
1966 (DDR)	Gründung der »Gesellschaft für Altersforschung der DDR« (1977 umbenannt in »Gesellschaft für Gerontologie der DDR«)	DDR-Nachfolgesellschaft der 1938 gegründeten Deutschen Gesellschaft für Altersforschung
1967	Eröffnung des Ev. Krankenhauses Gesundbrunnen Hofgeismar als »Spezialkrankenhaus für chronische Krankheiten und Altersleiden	Die erste geriatrische Klinik in der Bundesrepublik Deutschland! Dr. Hans Leutiger, Internist und Neurologe, war von 1967–1992 der erste Chefarzt des Krankenhauses
1969 (DDR)	Erster Lehrstuhl für Innere Medizin und Gerontologie an der Universität Leipzig	Prof. Dr. med. Werner Riess, erster Präsident der Gesellschaft für Altersforschung der DDR
1970	Erster Lehrstuhl für Geriatrie in Deutschland an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen	Lehrstuhlinhaber: Prof. Dr. med. René Schubert, erster Präsident (1966–1977) der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie
1974	Eröffnung der Klinik für Geriatrie im Richard Remé-Haus	Erste geriatrische Klinik in Hamburg, auf dem Gelände des Ev. Amalie Sieveking-Krankenhauses in Hamburg-Volksdorf
1980	Eröffnung des Albertinen-Hauses, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, in Hamburg-Schnelsen: Erstes Bundesmodell für geriatrische Rehabilitation	Ziel: »kurative und früh-rehabilitative Behandlung, selbstständiges Wohnen älterer Menschen, ambulante und stationäre Pflege sowie präventive Angebote eng zu verzahnen.«