

# REZEPTFREI – Die UKJ-Erklärsprechstunde

## Folge 21 – Gesundes Alter(n) - was Geriatrie leistet

*Vorspann mit Hintergrundmusik*

DR. SARAH MENDORF: Mich persönlich fasziniert das Ganzheitliche.

DR. KRISTIN HÄSELER-OUART: Für mich ist Innere Medizin immer wie so eine gute Detektivgeschichte.

DR. SARAH MENDORF: Die Lebensqualität spielt bei uns in der Geriatrie auch eine große Rolle, nicht nur, dass wir sie erfassen, sondern wir wollen die natürlich auch erhalten.

DR. KRISTIN HÄSELER-OUART: Das Thema eben zu gucken, welche Defizite gibt es, welche Ressourcen sind da und wie kann man das beides quasi nutzen, um den Patienten im Idealfall wieder in die häusliche Umgebung zurückentlassen zu können.

MODERATORIN: Hallo und herzlich willkommen zu unserem UKJ-Podcast. Heute beschäftigen wir uns mit dem Thema Altersmedizin. Wir Menschen werden ja immer älter und mit dem Alter kommt nicht nur mehr Erfahrung, sondern auch das ein oder andere medizinische Problem. Worauf gilt es denn da im Alter besonders zu achten und was heißt eigentlich gesund Altern und was macht die medizinische Betreuung im Alter besonders? Darüber sprechen wir heute mit unseren Expertinnen aus der Klinik für Geriatrie, Oberärztin Dr. Kristin Häsel-Quart. Hallo.

DR. KRISTIN HÄSELER-OUART: Hallo.

MODERATORIN: Und Weiterbildungsassistentin Dr. Sarah Mendorf, ebenfalls hallo.

DR. SARAH MENDORF: Hallo.

MODERATORIN: Vielleicht zum Einstieg gleich mal die Frage ganz persönlich, was fasziniert Sie denn an der Arbeit in der Geriatrie?

DR. SARAH MENDORF: Also mich persönlich fasziniert das ganzheitliche Behandeln. Wir haben den Vorteil, dass wir nicht einfach auf ein Fachgebiet beschränkt sind, sondern wir können verschiedene Probleme erfassen, wir können sie angehen, wir können sie finden und das finde ich einfach ganz toll.

DR. KRISTIN HÄSELER-OUART: Da kann ich mich nur anschließen, dass im Prinzip der Blick auf den ganzen Patienten passiert. Ich finde ja immer so ein bisschen Innere Medizin im Speziellen. Wir sind ja, die meisten Geriater sind ja Internisten eigentlich. Es gibt auch ein paar Neurologen, ein paar Psychiater, ein paar Chirurgen, aber die meisten Geriater sind ja Internisten und für mich ist Innere Medizin immer wie so eine gute Detektivgeschichte. Der Patient kommt mit einem Problem, was irgendwie nicht klassisch ist und dann muss man eben anfangen zu gucken, woher kommen jetzt die Symptome, die wir sehen und die Beschwerden. In der Geriatrie kommt eben durch unser neurologisches und psychiatrisches Blickfeld, was wir eben zusätzlich haben und aber auch durch die Dinge, die wir einsetzen, um die Patienten zum Beispiel zu diagnostizieren, Aufnahmegespräche zu machen, kriegt man eben nochmal zusätzliche Eindrücke, die man von dem klassischen Röntgenbild oder Laborwerten eben nicht bekommt. Und so, dass quasi jeder Patient so eine kleine Detektivgeschichte oft ist. Und das Problem, warum er letztlich überhaupt den Weg ins Krankenhaus und dann zu uns gefunden hat, meistens mit dem, was im ersten Moment so augenscheinlich ist, gar nichts zu tun hat. Dort dahinter zu steigen und eben die eigentlichen Ursachen zu finden, warum muss der Mensch gerade im Krankenhaus sein? Warum ist es gerade ein Patient und kein Bewohner, der zu Hause ist? Das ist quasi das, was für mich

Geriatric im ganz besonderen ausmacht. Und dann vor allem eben auch mit dem Blick auf, es geht halt um den einzelnen Patienten. Und ich glaube, das ist schon in unserer heutigen Medizingesellschaft, wo es ja auch ganz viel um Tempo und Zahlen geht, in der Geriatric was Besonderes, dass wir schon uns große Mühe geben, dass der einzelne Patient eine Rolle spielt und dass man eben die Beschwerden des einzelnen Patienten sich anguckt und ihn nicht über den Kamm schert mit, was man so klassischerweise kennt. Und da liegt die Geriatric einfach einen großen Schwerpunkt drauf.

MODERATORIN: Von außen denkt man ja auch oder hört man ja auch ganz oft, so Geriatric ist doch das Altersheim hier des Klinikums. Was ist denn da dran?

DR. KRISTIN HÄSELER-OUART: Nicht viel natürlich. Was soll ich anderes antworten? Ich würde es so ein bisschen anders betrachten. Wenn man sagt, die Geriatric ist das Altersheim des Klinikums, dann ist das UKJ das größte Altersheim, das wir in Thüringen haben. Warum sage ich das? Der Anteil an älteren Patienten über 65 Jahre ist einfach extrem groß. In den Krankenhäusern bis zu zwei Drittel ist die aktuelle Vorgabe oder die aktuelle Erhebung von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, sodass wir wissen, dass einfach der Anteil an älteren Patienten über alle Fachbereiche, über alle Maßen ist. Und was wir aber auch wissen ist, dass mit den Umveränderungen im Gesundheitswesen, mehr Ambulantisierung, natürlich das, was am Ende im Krankenhaus landet, noch mehr ältere Patienten sein werden, sodass der Kontakt zu älteren Patienten völlig unabhängig von der Geriatric einfach die allermeisten Kollegen in den verschiedenen Fachabteilungen betrifft.

DR. SARAH MENDORF: Unser Prinzip ist auch eher nicht zu sagen, wir nehmen jetzt einfach die älteren Menschen auf, verwahren sie und finden eine Lösung, sondern genau das ist Geriatric oder Altersmedizin nicht. Sondern bei uns geht es darum, die Defizite und Ressourcen festzustellen. Also wo sind die Probleme? Wo können wir helfen? Und wo sind Ressourcen, die wir einfach nutzen können, um die Probleme oder eben Defizite auszugleichen? Und das ist eigentlich das Schöne. Und da ist der Begriff Altersheim des Klinikums, trifft es einfach nicht, muss man einfach sagen. Aber die meisten haben einfach das Bild von der Geriatric und das ist schade. Und das wollen wir jetzt einfach den Podcast nutzen, einfach um zu sagen, nee, wir machen einfach viel mehr, als einfach die älteren Menschen aufzunehmen und zu verwahren.

DR. KRISTIN HÄSELER-OUART: Es gibt ja oft auch diesen Mythos, dass wir eine Reha-Klinik sind. Wir sind keine Reha-Klinik, wir sind Ärzte, die akut und auch schwerkranke Patienten behandeln. Und in der Hinsicht eben aber den Fokus nicht nur auf das eine medizinische Problem legen, sondern eben auch die sozialen Verhältnisse und das Umfeld quasi mit betrachten. Weil letztlich eigentlich immer das Ziel sein soll, dass der Patient in die gewohnte Umgebung zurückgehen kann für eine gewisse Zeit, so lange wie möglich. Und dafür eben eine bestimmte Voraussetzung braucht, sodass die Funktionalität, wie fit ist jemand, um sich zu Hause wieder selbst oder mit Unterstützung bewegen und aufhalten zu können, was braucht ein Mensch dafür? Und das ist, glaube ich, so ein Alleinstellungsmerkmal letztlich einer geriatricen Versorgung, dass das Ziel nicht primär die Heilung der Erkrankung an allererster Stelle ist, sondern dass der Funktionsstatus des Patienten, wie fit ist er? Und kriegen wir ihn wieder fitter? Kriegen wir ihn fitter als vorher? Kriegen wir ihn mindestens so fit wie vorher? Das ist einfach ein ganz zentraler Punkt. Und da ist, so wie Sarah gesagt hat, das Thema eben zu gucken, welche Defizite gibt es? Welche Ressourcen sind da? Und wie kann man das beides quasi nutzen, um den Patienten im Idealfall wieder in die häusliche Umgebung zurückentlassen zu können?

MODERATORIN: Was macht denn den geriatricen Patienten dann aus?

DR. KRISTIN HÄSELER-OUART: Also es gibt ja Definitionen von der Fachgesellschaft, die einheitlich festgelegt sind, wo man zum einen sagt, Patienten, die eine Geriatric-typische Multimorbidität haben, also viele Erkrankungen und mindestens 70 Jahre alt sind, sind geriatrice Patienten oder aber Patienten, die über 80 Jahre alt sind und zum Beispiel durch eine plötzliche Erkrankung eben diesen Funktionsverlust erleiden, dass eben die Versorgung zu Hause nicht mehr gewährleistet ist. Der Gesetzgeber gibt ein bisschen Spielraum nach unten, was die Altersgrenze angeht, aber Patienten unter 60 Jahre wird man in der Geriatric nie treffen und die unter 70-Jährigen sind meistens schon wirklich auch schwer, schwer krank.

MODERATORIN: Sie haben ja vorhin von Ressourcen gesprochen. Wie läuft es denn ab, wenn Patienten zu Ihnen kommen? Was für Tests machen Sie da? Spätestens seit Donald Trump wissen wir ja, was ein Demenztest ist. Haben Sie das auch bei sich?

DR. SARAH MENDORF: Ja, genau sowas machen wir auch. Wir machen ein ausführliches Assessment bei unseren Patienten, die auf Station kommen. Das beinhaltet einen Gedächtnistest. Dann gucken wir, wie mobil die Patienten sind. Da gibt es so gewisse Gangtests und Sturzttests, wie hoch das Sturzrisiko ist. Dann, wie selbstständig die Patienten im Alltag sind. Wir gucken nach der Stimmung, denn auch besonders Depressionen oder depressive Symptome sind im Alter recht häufig, damit wir die erfassen und da eben auch handeln können. Und dann kann man das aber auch beliebig erweitern. Man kann auch gucken, wie ist die Lebensqualität? Wie ist die soziale Unterstützung? All sowas können man dann auch noch erfragen. Das variiert dann aber auch je nach Klinik. Wir erfassen das zum Beispiel.

DR. KRISTIN HÄSELER-OUART: Und vielleicht in dem Zusammenhang noch ganz wichtig, dass eben nicht das alles die ärztlichen Kollegen machen, sondern dass eben diese verschiedenen Testverfahren, das ist ein anderes Wort für Assessment, diese verschiedenen Testverfahren von verschiedenen Berufsgruppen durchgeführt werden. So gibt es Testverfahren, die die Pflege nutzt. Dann gibt es welche, die die Ärzte machen. Andere werden von den Physio- und Ergotherapeuten durchgeführt. Die Psychologinnen übernehmen einen Part, der Sozialdienst übernimmt einen Part. Und an der Stelle weiß man schon, warum Geriatrie quasi ein multiprofessionelles Team ist, weil eben viele Professionen, also viele Berufsgruppen benötigt werden. Und damit jeder auch für seinen Fachbereich quasi den Eindruck hat, gibt es eben diese ganz verschiedenen Bereiche. Genau. Und diese Tests sind eigentlich auch so

DR. SARAH MENDORF: Und diese Tests sind eigentlich auch so das Handwerkszeug von uns Geriatern. Also die machen uns auch so ein bisschen aus.

MODERATORIN: Sie hatten ja schon das Stichwort Multimorbidität genannt, also dass ältere Menschen mehrere Erkrankungen gleichzeitig haben. Was ist denn da das Besondere dran?

DR. KRISTIN HÄSELER-OUART: Also vielleicht zum einen, dass es quasi nicht nur um so klassische chronische Erkrankungen geht. Also jemand, der einen Bluthochdruck hat und schlecht sehen kann, das ist jetzt eben nicht eine klassische Geriatrie-typische Multimorbidität, also mehrere Erkrankungen, mindestens zwei chronische Erkrankungen, die vorliegen müssen. Sondern was eben diese Geriatrie-typischen Dinge ausmacht, ist zum Beispiel, dass auch so was wie eine Sturzneigung dazukommt oder eine Gangstörung oder eine Inkontinenz oder chronische Wunden, chronische Schmerzen. Wir nennen das auch geriatrische Syndrome, also letztlich Bezeichnungen von Symptomen oder Problemen, die auftreten, die gar nicht eine Diagnose in dem Moment im Hintergrund haben. Denn zum Beispiel eine Gangstörung kann ja ganz verschiedene Ursachen haben.

DR. SARAH MENDORF: Genau. Und das ist dann der Vorteil bei uns in der Geriatrie, dass wir diese Probleme eben auch multimodal, also in einem großen Team behandeln können. Weil manchmal reicht es eben nicht, dass da nur ärztlich behandelt wird oder nur psychologisch agiert wird, sondern dass wir sagen, in einem Team, wir besprechen das. Wie kann jede Profession helfen? Kann da die Pflege unterstützen? Kann da therapeutisch unterstützt werden? Was können wir ärztlich tun? Was kann sozialmedizinisch getan werden? Weil eben zum Beispiel vielleicht die Inkontinenz nicht schlussendlich jetzt behoben werden kann. Aber wie können wir eben helfen, dass das zu Hause so angenehm wie möglich gestaltet werden kann? Und dass wir auch einfach mehr Zeit haben. Weil viele Erkrankungen, die können wir nicht in drei Tagen erfassen und auch nicht irgendwie helfen, die zu verbessern, sondern einfach, dass wir auch die Möglichkeit haben, innerhalb von eins, zwei, drei Wochen so viel wie möglich anzufassen, anzupacken. Und das haben eben andere Kliniken nicht.

DR. KRISTIN HÄSELER-OUART: Genau. Und den Zusammenhang, glaube ich, ist wahrscheinlich auch so das Allerwichtigste, auch was wir gerne den Studierenden mitgeben, wenn sie unseren Fachbereich dann im Studium erleben, dass ich tatsächlich davon überzeugt bin, dass ein guter Arzt natürlich extrem wichtig für einen Patienten ist. Das heißt, wir müssen schon eine gute

medizinische, sehr gute medizinische Versorgung machen. Aber ohne Pflegepersonal, ohne therapeutisches Team und die Putzfrau und die Küche kann ich ja als Arzt gar keinen Patienten adäquat versorgen. Und ich glaube, das ist auch so das Wertschätzende, warum aus meiner Perspektive Geriatrie auch für andere Berufsgruppen ein total attraktiver Arbeitsbereich ist, weil eben jeder oder jede Berufsgruppe einfach wichtig ist für die Behandlung und letztlich auch die Entlassung des Patienten.

MODERATORIN: Man beobachtet es ja manchmal auch bei den eigenen Eltern, wenn die älter werden, dass sie irgendwie nicht mehr so viel essen wie früher oder nicht mehr so viel trinken wie früher. Wie gefährlich ist denn Mangelernährung im Alter oder worauf soll man da am besten achten?

DR. KRISTIN HÄSELER-OUART: Ja, da sprechen Sie einen der wichtigen Punkte an, den wir uns in den letzten Jahren mehr und mehr widmen. Ernährung ist ja immer wieder ein Thema, auch in den Medien, gesunde Ernährung, wo es ja auch diverse Empfehlungen von der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin gibt. Und letztlich haben wir im Krankenhaus sehen wir einfach ganz oft, dass Patienten eben schon mit einem schlechten Ernährungsstatus und in dem Fall dann mangelernährt ins Krankenhaus kommen. Das hat ganz verschiedene Gründe. Oft sind Krankheiten zum Beispiel die Ursache, aber eben auch der soziale Kontext, der fehlt oder dann die Fähigkeit, sich selber essen zu kochen, einkaufen zu gehen. Teilweise auch natürlich aus finanziellen Gründen. Mit wenig Rente kann ich eben nicht mediterrane Kost auf einem Bio-Niveau mir vielleicht zulegen. Oder eben kognitive Einschränkungen, also Gedächtnisstörungen, die dazu führen, dass die Menschen vergessen zu essen zum Beispiel. Sodass Ernährung für die Lebenserwartung eine ganz, ganz wichtige Rolle spielt. Denn wer sich ausgewogen ernährt, ausreichend Eiweiß und ja letztlich eine ausgewogene Ernährung, so wie man das kennt, zu sich nimmt, der hat auch eine Chance, quasi Muskelkraft aufzubauen. Ich vergleiche das immer gerne mit dem, was wir den jüngeren Menschen quasi in der Muckibude anbieten, die ja aktiv dort versuchen, Muskulatur aufzubauen. Und im Alter ist es aber eben so, dass durch das, den kleineren Bewegungsradius, den man hat, eben die Muskulatur eher abgebaut wird. Wir nennen das dann Sarkopenie, also den krankhaften Muskelverlust. Dass eben dieses wieder auftrainieren natürlich Bewegung braucht und Training braucht, aber eben auch eine Ernährungssituation, die ausreichend Sprit sozusagen gibt, um diesen Kraftaufbau dann machen zu können. Und wir befinden uns dann letztlich in so einem Kreislauf. Jemand, der schlecht isst und Muskeln verliert, der bewegt sich weniger. Dann isst er weniger, weil er ja weniger Appetit hat, weil er sich weniger bewegt. Also verliert er noch mehr Muskeln. Und dann sind wir eben irgendwann in der Situation, dass die Patienten eben gar nicht mehr aus dem Bett kommen oder aus der Wohnung. Da gibt es viele Dinge, die da reinspielen. Aber das ist einer der Gründe, warum wir bei uns in der Abteilung Mangelernährung als eines der Assessments am Anfang mit erfassen und dann nach unseren aktuellen Möglichkeiten eben versuchen, das auch für die Patienten zu adressieren und da Behandlungen einzuleiten.

MODERATORIN: Haben Sie da konkrete Tipps, was man am besten essen soll oder worauf man vielleicht nicht verzichten sollte?

DR. SARAH MENDORF: Ganz klar in Thüringen: Die Thüringer Kost. Einfach am Wochenende die klassischen Klöße mit Braten und Soße essen. Einfach dabei bleiben. Oder auch einfach die Thüringer Kuchenplatte. Die schmeckt gut. Sie tut gut. Gerne weiter so. Ich denke, das hören alle gern.

DR. KRISTIN HÄSELER-OUART: Das auf jeden Fall. Letztlich geht es ja vor allem um regelmäßig Essen und auch Essen in Gemeinschaft, was ja ganz wichtig ist. Und im Speziellen sind ansonsten zum Beispiel eben Milchprodukte, der Teil, der am meisten Eiweiß zum Beispiel enthält, also Käse, Joghurt. Das sind so die Sachen, von denen die Patienten am besten profitieren. Und letztlich sind die Empfehlungen relativ klar hin zur mediterranen Kost. Das bedeutet, man muss eigentlich nicht auf viel verzichten. Es geht am Ende um das ausgewogene Essen. Und eben die Mischung macht es. Und wie gesagt, wir sind beide Thüringer. Wir lieben die Thüringer Kuchenplatte. Wir essen auch gerne mal eine Roster. Und darauf muss im Grunde niemand verzichten. Am Ende ist es die Mischung, die es machen muss.

MODERATORIN: Im Alter nehmen ja nicht nur die Krankheiten zu, sondern man bekommt ja dann auch entsprechende Medikamente, um dagegen zu wirken. Worauf gilt es denn da zu achten?

DR. SARAH MENDORF: Da gibt es viele Probleme, die mit vielen Medikamenten einhergehen. Da fängt es schon alleine mit dem Thema, werden die Medikamente überhaupt eingenommen, an? Nicht mal, dass man sie mit Absicht nicht nimmt, sondern man vergisst die einfach. Wenn man am Tag drei, vier Einnahmezeiten hat, weil es einfach notwendig ist, dann ist es ja menschlich, dass man einfach irgendwann mal vergisst, eine Tablette zu nehmen. Das ist einfach ein Problem, weil dann geht man zum Arzt, der merkt, irgendwas stimmt nicht. Also gibt es eine neue Tablette und so werden es einfach immer, immer mehr. Zusätzlich nimmt mit der Anzahl der Medikamente natürlich auch das Risiko von Nebenwirkungen zu, aber auch, dass die Medikamente untereinander Nebenwirkungen machen, dass zum Beispiel die Wirkung abgeschwächt wird oder einfach erhöht. Und dadurch kann man dann zum Beispiel Muskelschmerzen bekommen oder Übelkeit oder auch die Gedächtnisleistung nimmt ab. Und all solche Faktoren spielen da eine große Rolle. Zusätzlich gibt es dann das Risiko von so einer Verordnungskaskade, nennt man das. Da gibt es einen ganz spannenden Fall, den ich mitbekommen habe. Patientin mit Diabetes mellitus Typ 2, wurde ambulant behandelt und die Therapie musste dann intensiviert werden. Sie hatten Insulin bekommen. Durch das Insulin als Nebenwirkung hat sie Gewicht zugenommen und dann wurde das nächste Medikament gegeben, was auch für Diabetes zugelassen ist und eben auch eine Gewichtsabnahme bedingt. Also dieser GLP-1-Agonisten heißen die. Manche haben das ja dann schon gehört, so diese Abnehm-Spritze. Und da muss man sich halt fragen, wieso ist das passiert? Natürlich, weil man nicht die Zeit hatte, das zu eruieren. Und da spielen wir eben eine große Rolle, weil wir die Möglichkeit haben, das rauszufinden. Wir haben in unserem stationären Aufenthalt, halten wir viel Rücksprache mit den ambulanten Ärzten. Und dann können wir sowas rausfinden, weil das macht keiner mit Absicht. Aber man muss eben die Zeit haben, das rauszufinden.

DR. KRISTIN HÄSELER-OUART: Medikamente sind ein Thema. Wir behandeln viele Menschen, die chronische Erkrankungen haben. Das ist unsere Profession. Wenn Menschen nicht chronisch krank wären, dann gäbe es gar keine Ärzte, die so viele Patienten behandeln müssten, wenn wir mal heilen würden. Das bedingt sich also vielleicht ein bisschen gegenseitig. Aber letztlich auch in gewisser Weise diese Achtsamkeit oder nennen sie es Awareness zu haben, dass mein bester Plan, wie die Leitlinie empfiehlt, dass ich einen Patienten medikamentös behandle, eben nicht funktioniert. Wenn der Patient keine Chance hat, diese Behandlung so umzusetzen. Und so wie Sarah gesagt hat, spielen einfach die Umstände, in denen jemand bestimmte Medikamente nehmen muss, natürlich eine ganz wesentliche Rolle. Und deswegen, und da sind wir wieder bei den geriatrischen Assessments, ist die Kognition, also die Gedächtnisleistung gut genug, dass jemand überhaupt in der Lage ist, diese Menge an Tabletten umzusetzen? Ist jemand überhaupt in der Lage, die Wohnung zu verlassen, um die Medikamente in der Apotheke zu besorgen? Es gibt viele Patienten zum Beispiel, die Wassertabletten nehmen, die noch mobil sind, die, wenn sie einkaufen gehen, die Tabletten dann nicht nehmen, weil es nicht genug öffentliche Toiletten gibt oder die nicht hygienisch oder nicht erreichbar sind. Wir haben eine tolle Toilette auf dem Markt in der Innenstadt. Ich habe die Stufen noch nicht gezählt, die man da runtergehen muss, um dort hinzukommen. Jemand, der eine Geheinschränkung hat, der hat große Schwierigkeiten, dort hinzukommen. Und das sind dann eben Dinge, die haben wir so im Medizineralltag oft gar nicht auf dem Schirm, aber für die Patienten spielen sie eine große Rolle.

DR. SARAH MENDORF: Und da ist dann eben auch schön, dass wir so ein großes Team haben, weil wenn jetzt eben das notwendig ist, dass die Tabletten genommen werden, wie zum Beispiel die Wassertabletten, das sind sehr wichtige Medikamente, aber wie können wir die Patienten unterstützen, dass die zu Hause auch eingenommen werden? Können wir da organisieren, dass die Apotheke die Medikamente gleich stellt? Soll da ein Pflegedienst kommen, der da drauf guckt? Und das können wir alles sozialmedizinisch gut besprechen und dann eben auch einleiten.

MODERATORIN: Alter ist ja nicht gleich Alter. Wir hören ja auch immer wieder, dass das biologische Alter nicht ausschlaggebend ist für die Lebensqualität. Was braucht man denn für gesundes Alter?

DR. KRISTIN HÄSELER-OUART: Ja, spannend ist, dass gesundes Altern ja schon ganz früh losgeht. Da ist die Wissenschaft gerade ganz fleißig hinterher herauszufinden, ab wann beginnt

denn das Altern. Und das Entscheidende ist, dass wir eigentlich schon sehr früh in unserem Leben, lange bevor die Menschen die Geriatrie überhaupt eigentlich sehen, uns eben mit unserer Gesundheit auseinandersetzen. Und dazu gehören eben einerseits präventive Maßnahmen wie ausreichend Bewegung und eine gute Mischkost, also mediterrane Diät, die empfohlen ist. Okay, Gewichtssituationen sind wichtig, nicht zu, zu viel und auch nicht zu, zu wenig. Ist immer das gute Mittel was, was wichtig ist. Aber eben auch präventive Maßnahmen im Sinne von Impfen beispielsweise, um Infektionskrankheiten vorzubeugen, Lungenentzündung und so weiter. Das macht alles was mit dem Körper. Das macht auf einer Zellebene Stress und das führt dazu, dass der Körper eben schneller altert mit jeder Erkrankung und jeder Infektion, die dazukommt. Gibt es inzwischen ganz spannende Studien. Habe ich jetzt vor einer Woche erst auf einem europäischen Geriater-Intensivkurs quasi noch mal sehr gut auch begreifen können für mich selber, dass da auf Forschungsebene gerade ganz viel passiert, um sich wirklich auch biologisch anzugucken, was passiert im Altern. Aber das, was wir am besten bisher wissen, ist, dass Bewegung und da reichen schon fünf Minuten mehr am Tag, die machen schon Unterschied. Die fünf Minuten mehr machen einen Unterschied und eben die Ernährung das ist, wo man die besten wissenschaftlichen Daten auch dazu hat.

MODERATORIN: Also nicht immer die Thüringer Kuchenplatte. Nicht jeden Tag.

DR. SARAH MENDORF: Aber man darf sie essen. Ja. Also auch ältere Menschen mit Diabetes, sie dürfen ihren Kuchen essen. Da haben viele ältere Menschen Angst, sagen, Diabetes schießt dann die Höhe. Da gibt es ja Möglichkeiten. Und wenn man das nicht jeden Tag isst, ist das auch in Ordnung. Und dann hilft das auch einfach und das schmeckt gut.

DR. KRISTIN HÄSELER-OUART: Genau. Und an der Stelle kommt ja die Lebensqualität dann wieder in den Vordergrund. Wir können über Altern im Sinne von Hauptsache lange und lang alt werden reden. Und wir können über auch gut alt werden reden. Und letztlich hat ein Mensch ja selber, und ich sage bewusst Mensch und nicht Patient, eine Vorstellung davon, was für ihn lebenswertes Leben ist und was für ihn auch Lebensqualität ist. Und ich sage immer zu meinen Kollegen, wenn ich mal alt und gebrechlich bin und pflegebedürftig, dann könnt ihr mich mit Milchreis gerne füttern und der Thüringer Kuchenplatte, weil ich mag es wirklich sehr gerne. Und es macht mich sehr glücklich.

DR. SARAH MENDORF: Und jemand anderes möchte vielleicht andere Dinge lieber genießen. Genau. Und die Lebensqualität spielt bei uns in der Geriatrie auch eine große Rolle. Nicht nur, dass wir sie erfassen, sondern wir wollen die natürlich auch erhalten. Und das ist eigentlich ganz spannend im Alter. Denn man würde davon ausgehen, man wird zunehmend gebrechlich. Es funktioniert nicht. Da muss die Lebensqualität zwingend schlechter werden. Aber so ist es gar nicht im Alter. Wenn man die älteren Menschen fragt, ist die Lebensqualität eigentlich ganz gut. Und das wollen wir natürlich auch erhalten. Und da geht es nicht darum, die Lebenszeit zwingend zu verlängern, sondern eben wirklich die Zeit mit einer guten Lebensqualität. Und da gibt es verschiedene Faktoren, was man dafür tun kann. Und die erfassen wir auch. Und da unterstützen wir auch. Und da spielen natürlich auch die Angehörigen eine Rolle. Was können wir als Angehörige denn tun, damit unsere Liebsten schöner, gesünder, mit mehr Lebensqualität altern? Das ist ganz einfach zu beantworten. Einfach Zeit schenken. Ältere Menschen wünschen sich das auch immer und man belächelt das so ein bisschen. Aber das ist für die das Größte, wenn sie ihre Enkel sehen, wenn sie ihre Kinder sehen. Wenn man einfach zusammen mal in ein nettes Restaurant geht, was sie einfach gerade nicht mehr schaffen, weil sie mit dem Auto da nicht hinkommen oder die öffentlichen Verkehrsmittel nicht fahren oder einfach zu Fuß ein bisschen eingeschränkt sind. Man sagt, hey, ich schenke dir jetzt nicht eine Wärmelampe oder ich schenke sie zusätzlich. Aber lass uns doch einfach mal ein nettes Café gehen, Zeit zusammen verbringen. Das bringt den älteren Menschen viel mehr. Und das wissen wir eigentlich auch. Und im vollen Alltag merkt man auch, dass es viel schwerer ist, Zeit zu finden. Und alles andere kann man sich irgendwie selbst kaufen. Und das ist im Alter noch viel wichtiger.

DR. KRISTIN HÄSELER-OUART: Ja, Zeit statt Zeug quasi, wenn man da an die Weihnachtszeit denkt. Ich kann das nur unterstützen. Letztlich merken wir aber auch schon, und das geht uns beiden ja im Alltag mit Familie und dem Job auch so, dass natürlich Zeit auch ein rares Gut ist. Das wissen wir. Da sind wir nicht die einzigen. Das geht vielen Menschen so. Aber diese

gemeinsame Zeit und wenn es eben nur die halbe Stunde ist oder nur das Telefonat ist, zu nutzen. Inzwischen gibt es viele ältere Patienten, die auch digital sehr gut unterwegs sind. Wir haben zum Beispiel eine Familiengruppe im Chat, wo Fotos und Videos hin und wieder ihren Weg finden. Und die über 90-jährige Schwiegeroma freut sich sehr, mit ihrem Tablet so an unserem Leben teilhaben zu können auf die weite Entfernung. Das sind vielleicht Kleinigkeiten, die für uns wenig Arbeit machen. Aber für sie ist es was Besonderes und eben eine Chance, miteinander Zeit zu verbringen. Und natürlich sind die Umstände immer sehr verschieden, sodass wir da jetzt auch nicht jedem sagen können, das muss so sein. Aber wenn die Frage ist, was können wir tun, dann ist gemeinsame Zeit wahrscheinlich das Allerschönste.

MODERATORIN: Dann danke ich Ihnen für Ihre Zeit. Wir nehmen uns alle vor, dass wir uns mehr Zeit für unsere Liebsten nehmen. Ganz herzlichen Dank und wir hören uns wieder.