Z Gerontol Geriat 2018 · 51:263–265
<https://doi.org/10.1007/s00391-018-1389-5>
 Online publiziert: 11. April 2018
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2018

Gerald F. Kolb

Medizinische Klinik, Fachbereich Geriatrie, Bonifatius Hospital Lingen, Akademisches Lehrkrankenhaus der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, Lingen, Deutschland

Erstaunlich aktuell: „Geriatric 1965 vorgedacht“

Geriatric, gedacht 1965.

Am 30. und 31. Oktober 1965 veranstaltete Prof. Dr. Dr. h.c. Ludwig Heilmeyer, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg im Breisgau, zusammen mit seinem oberärztlichen Mitarbeiter, J. Holtmeier und R. Schubert, dem Direktor der zweiten Medizinischen Klinik in Nürnberg ein Symposium zum Thema „Geriatric“. Es war das dritte Symposium der Reihe „Fortschritte auf dem Gebiete der Inneren Medizin“ in Freiburg und stand unter dem Ehrenpräsidium von Frau Wilhelmine Lübke, der Gattin des damaligen Bundespräsidenten in ihrer Funktion als Präsidentin der Deutschen Altershilfe e. V. Im Jahr 1966 erschien dazu eine Monografie unter dem gleichnamigen Titel *Geriatric* beim Thieme-Verlag in Stuttgart (Abb. 1), in der die Beiträge und die Diskussionen aufgeführt waren. Gewidmet hat Heilmeyer dieses Buch Herrn Prof. Dr. Dr. h.c. Max Bürger (*16.11.1885 in Hamburg; †05.02.1966 in Leipzig), Leipzig, der zum Symposium eingeladen, krankheitsbedingt aber absagen musste. Das Autoren- und Teilnehmerverzeichnis liest sich wie ein „Who is who“ der Medizin und der politischen Prominenz der damaligen Zeit, wobei viele Namen mittlerweile in die (Medizin-)Geschichte eingegangen sind. So gilt der Veranstalter des Symposiums und Erstherausgeber des Buches (Ludwig Heilmeyer) als einer der herausragendsten deutschen Internisten der Nachkriegszeit und zugleich als eine zentrale Figur der modernen Hämatologie, wobei nicht verschwiegen werden darf, dass jüngere medizinhistorische Forschungen L. Heilmeyer kritisch, speziell, was seinen Umgang mit dem Werk und

den Urheberrechtsrechten des (jüdischen) Pionier-Hämatologen Hirschfeld betrifft, beleuchten [1, 2].¹

In Begrüßung und Vorwort des Buches stellt Heilmeyer die Geriatric „... als Altersheilkunde, d.h. die ärztliche Betreuung des alternden Menschen in seinem ganzen Umfang ...“ betreffend dar und führt weiter aus: „... wozu neben der rein ärztlichen Funktion auch die Fragen der Soziologie, Psychologie und nicht zuletzt der caritativen Fürsorge mit hinzugehören“ [4, S. 2 oben] und stellt geriatric Medizin somit in einen größeren medizinisch-sozialpolitischen Zusammenhang, dem auch der erste Teil des Symposiums gewidmet ist.

Heilmeyer stellt verwundert fest: „Um so mehr ist man erstaunt, festzustellen, daß *Geriatric* oder Gerontologie bis heute auf deutschen *Hochschulen* noch *kaum vertreten* sind“. Dabei hat „die wissenschaftliche Erforschung der Reaktionsweise des alternden Organismus und der Erforschung der Alterskrankheiten noch ein weites, nur wenig bearbeitetes Feld vor sich. Aus dieser Einsicht heraus hat der Gründungsausschuss der *Medizinisch-Naturwissenschaftlichen Hochschule Ulm* die *Geriatric* in ihr Programm aufgenommen. Es wird dafür eine eigene, selbstständige Abteilung mit einem Lehrstuhl im Rahmen des Zentrums der inneren Medizin eingerichtet werden. Es ist dafür ein eigenes

Krankenhaus in Verbindung mit einem Altersheim vorgesehen“ [4, S. 2 unten].² Und er hofft, dass „... mit dieser Neugründung im *Land Baden-Württemberg* auch auf diesem wichtigen Gebiete ein erster Schritt getan“ sei, „... dem hoffentlich bald weitere folgen werden“ [4, S. 2 unten]. Dem wäre auch heute *nichts* hinzuzufügen!

Geriatric Kliniken und Organisationsstrukturen

In Beiträgen zu Demografie und Altersverschiebung in Deutschland wird über die Notwendigkeit und die Zweckmäßigkeit der Errichtung geriatricer Kliniken referiert. Man errechnet am Beispiel München mit seinen damals 1,2 Mio.

² Heilmeyer war Planungs- und Gründungsrektor der neuen Naturwissenschaftlich-Medizinischen Universität Ulm. Er starb überraschend 1969 im Jahr der Aufnahme des Lehrbetriebs (1969–1971 Vorklinik, ab 1972 klinischer Unterricht). Bis zur tatsächlichen Einrichtung einer geriatricen Abteilung durch Umwidmung des Bethesda-Krankenhauses zur Geriatricen Klinik als Akademisches Krankenhaus der Universität Ulm und der Berufung des neuen Chefarztes als Honorarprofessor und Fachvertreter des Lehrstuhls Geriatric (1995) sollte noch die Zeit einer ganzen Generation ins Land gehen und entsprach im Übrigen nicht dem ursprünglichen Konzept Heilmeyers, das die geriatricen Betten integriert in das „Zentrum[s] der inneren Medizin“ [4, S. 2 unten] vorsah und wie an anderer Stelle aufgeführt: „Wir brauchen eine *selbstständige Abteilung für Geriatric*, aber angeschlossen an das große Fach der *Inneren Medizin*, wo eben letztlich alle Möglichkeiten der Diagnostik, der Therapie usw. zur Verfügung stehen. Sie muß im engsten Zusammenwirken auch mit anderen Spezialisten der inneren Medizin stehen. Ich glaube, das ist z. Z. die beste Lösung, die wir uns denken können...“ [5, S. 217 mittig].

¹ Das Verhältnis von Heilmeyer zu den Machthabern des Dritten Reiches schien allerdings eher angespannt. Er galt als „politisch unzuverlässig“, weshalb er Ende der 1930er- und Anfang der 1940er-Jahre auf politisches Geheiß auch von Berufungslisten gestrichen wurde. Quelle: In Ermangelung einer wissenschaftlichen Biografie aus (u. a.) wikipedia.

Abb. 1 ▲ Der 1966 erschienene Symposiumsband

Einwohnern einen Bettenschlüssel von 1,6:1000, damit etwa 1800 geriatrische Betten, was praktisch 44 % des im Bereich der Stadt München zu dieser Zeit vorhandenen internistischen Bettenbestandes von damals 4332 Betten bedeutet hätte [3, S. 33 oben]. Der Autor dieses Beitrags Herr Prof. Dr. Dr. A. Störmer, Ärztlicher Direktor am Städtischen Krankenhaus München stellt fest: „In allen Ländern ist man sich darüber einig, daß eine Abteilung dieser Struktur [i. e. die geriatrische Klinik oder Krankenhausabteilung] als selbstständiges Gebilde unter der Leitung eines Chefarztes stehen sollte“, und er begründet dies: „Eine solche Abteilung verlangt den vollen ärztlichen Einsatz, denn die Behandlung und psychologische Betreuung des alten Menschen mit seinen vielseitigen Krankheitsäußerungen ist aufwendig und schwierig. Der geriatrisch tätige Arzt muß in erster Linie ein guter Allgemeinarzt mit breiter Ausbildung sein“ [3, S. 33 mittig]. Zur Pflege: „Die Pflege alter Menschen benötigt mehr Pflegepersonal. Eine besondere Schulung ist für die Altenpflege notwendig“ [3, S. 33 unten].

Geriatrisches Team: Multi- sowie Interdisziplinarität

Das *geriatrische Team* wurde dabei bereits vorgedacht: „Die Mitwirkung einer

Diätassistentin oder Ernährungsberaterin ist ebenso wichtig wie die Tätigkeit der Physiotherapeutin. Jeder dieser Kranken benötigt praktisch eine krankengymnastische Behandlung. Fürsorgerinnen oder Sozialarbeiter müssen Kontakt mit den Einrichtungen der Altenhilfe pflegen, die Fühlungnahme mit der Familie aufrechterhalten und die Belange der alten Menschen bei Behörden, den Trägern der Sozial- und Rentenversicherungen usw. wahrnehmen“ [3, S. 33–34].

Weiterbildung und Facharzt

Auch wenn die Aufspaltung der Inneren Medizin in zahlreiche Subdisziplinen, wie wir sie heute kennen, damals noch in weiter Ferne war, die Innere Medizin sich – noch – um ein geschlossenes Auftreten bemühte, wurde einem „Schwerpunkt Geriatrie“ innerhalb der Inneren Medizin oder gar einem eigenen Facharzt damals eine eher ablehnende Haltung entgegengebracht. „Der geriatrisch tätige Arzt muß in erster Linie ein guter Allgemeinarzt mit breiter Ausbildung sein. [...] Der Facharzt für Geriatrie dürfte aber keine Notwendigkeit sein“ [3, S. 33 mittig]. (Sic!) Man sieht den Leiter einer solchen Abteilung durchaus in der inneren Medizin verankert, aber „... diagnostische und therapeutische Schwerpunkte auf psychiatrischem oder orthopädischem Gebiet [...] und diese Schwerpunkte [müssen] eine Eingliederung von entsprechend fachlich ausgebildeten Assistenzärzten oder Oberärzten erfordern“ [3, S. 33 mittig].

Die Diskussion, wo die Geriatrie fachlich zu verorten sei, ist genau genommen bis heute nicht nur nicht abgeschlossen, sondern angesichts der aktuellen Weiterbildungsordnung und der Debatte um eine zukünftige geänderte Weiterbildungsordnung noch in vollem Gange. Anspruch auf geriatrische Expertise und Kompetenz erheben neben der Inneren Medizin viele andere Fachgebiete, und in einigen Landesweiterbildungsordnungen ist deshalb die Geriatrie zu einer „Besonderen Weiterbildung im (jeweiligen) Gebiet“ mutiert.

Besondere Schwerpunkte der Altersmedizin

Der Symposiumsband wendet sich den besonderen Schwerpunkten der Altersmedizin zu: Der koronaren Herzkrankheit [6], dem Bluthochdruck und der Atherosklerose [7], sowie dem Diabetes mellitus [8] als Risikofaktor, aber auch erstaunlich umfänglich den bösartigen Erkrankungen im Alter und hält ein Plädoyer für die Förderung der Tumorforschung in der Geriatrie [9, 10], es wird Stellung bezogen zum „zerebralen Abbau“ [11] und es wird der Rolle der psychiatrischen Forschung und Medizin [12] bei geriatrischen Patienten Rechnung getragen.

Der Kontext: medizinische und sozialpolitische Probleme des alternden Menschen in einer alternden Gesellschaft

Dass „Geriatrie als Altersmedizin“ in einen größeren sowohl in einen fächerübergreifend medizinischen, aber auch sozialpolitischen Kontext einzubinden und zu entwickeln ist, war den Symposiumsteilnehmern bereits ausgesprochen bewusst. Damals wie heute diskutiert(e) man im Zusammenhang mit der steigenden Lebenserwartung auch die Frage der Lebensarbeitszeit und die resultierenden Auswirkungen sowohl auf die Sozialsysteme als auch auf die Medizin. Auch eine Liberalisierung der starren Altersarbeitsgrenze wurde bereits thematisiert [5] ebenso wie die besonderen Belastungen durch „Kombinationskrankheiten“ [5, S. 222–224], i. e. Multimorbidität.

Schlussendlich soll jedoch nicht unerwähnt bleiben, dass sich die Situation des alten Patienten – nicht nur durch die Altersmedizin selbst – während der letzten 50 Jahre in vielem verbessert hat. Die frühere Zurückhaltung bei „schweren Operationen“ und invasiven Eingriffen älteren Menschen gegenüber aufgrund intraoperativer Komplikationen und Letalität existiert in dieser Form heute nicht mehr. Durch Fortschritte der Anästhesie und andere unterstützende Maßnahmen kann die Operationsfähigkeit in den allermeisten Fällen heutzutage durchweg hergestellt werden. Die Inoperabilität

infolge des – numerischen Alters – ist zum unbedeutenden Randthema geworden. Anders verhält es sich mit dem Management perioperativer Komplikationen, hervorgerufen z. B. durch den im Symposiumsband zitierten „postoperativen geistigen Zusammenbruch“ [13, S. 252–266, speziell Seitenmitte 261] i. e. Delir, das aufgrund des hohen Altersdurchschnitts chirurgischer Patienten sehr viel häufiger als früher auftritt.

Heilmeyer beendet das Symposium zur Geriatrie in 1965 Freiburg selbstbewusst: „Lassen Sie mich nochmals allen Referenten und Diskussionsrednern danken. Ich glaube, es gibt kaum ein gegenwertiges kurzgefasstes Werk, das die *gesamte Geriatrie* in einem so relativ kurzen Volumen zusammenfasst, wie unser Symposium“ [13, S. 266, 2. Abs.].

Heute

Gut 50 Jahre später sind manche der damals geführten Diskussion – man denke an die Frage der Weiterbildung als „Schwerpunkt Geriatrie“ innerhalb der Inneren Medizin oder als eigenständiger Facharzt – immer noch aktuell. Andere Themen, wie der Ausbau der geriatrischen Betten und Krankenhausabteilungen hingegen haben eine rasante Entwicklung genommen; sodass man angesichts der weiter verbesserungswürdigen Situation unseres Faches an den Medizinischen Hochschulen von einem erheblichen Ungleichgewicht zwischen klinischer Präsenz und wissenschaftlich-akademischer Akzeptanz der Altersmedizin sprechen kann [14]. Es ist unbestreitbar, dass Deutschland in den letzten Jahrzehnten im Vergleich z. B. zu Großbritannien wenn nicht in der akademischen Vertretung, so aber doch im Ausbau von Kliniken und Krankenhausabteilungen erheblich aufgeholt und hinsichtlich der klinischen Standards einen hohen, wenn nicht einen führenden Platz erreicht hat [15]. Eine Herausforderung für die Zukunft wird allerdings die Sicherstellung einer ausreichenden Zahl von in Geriatrie weitergebildeten Ärzten sein, alleine um den Generationswechsel in den Führungs- und Leitungspositionen nachhaltig zu gewährleisten [16, 17].

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dr. rer. physiol. G. F. Kolb
Medizinische Klinik, Fachbereich Geriatrie,
Bonifatius Hospital Lingen, Akademisches
Lehrkrankenhaus der Westfälischen Wilhelms-
Universität Münster
Wilhelmstr. 13, Lingen, Deutschland
gerald.kolb@hospital-lingen.de

Danksagung. Für ihre technische Assistenz danke ich Frau Johanna Frassek, B. Sc., meiner Sekretärin.

Interessenkonflikt. Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Voswinkel P (2014) Die Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie im Spiegel ihrer Ehrenmitglieder – „Verweigerter Ehre“, Dokumentation zu Hans Hirschfeld, DGHÖ 2012
2. DGHÖ (2014) Erinnerungsort Krebsbaracke. Klarstellungen um das erste interdisziplinäre Krebsforschungsinstitut in Deutschland (Berlin, Charité). Bd 190, VIII, Berlin, S 211
3. Störmer A (1966) Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Errichtung geriatrischer Kliniken. In: Heilmeyer L, Holtmaier HJ, Schubert R (Hrsg) Geriatrie – Fortschritte auf dem Gebiete der Inneren Medizin III. Symposium in Freiburg i. Br. am 30. und 31. Okt. 1965. Thieme, Stuttgart, S 33
4. Heilmeyer L (1966) Begrüßung. In: Heilmeyer L, Holtmaier HJ, Schubert R (Hrsg) Geriatrie – Fortschritte auf dem Gebiete der Inneren Medizin III. Symposium in Freiburg i. Br. am 30. und 31. Okt. 1965. Thieme, Stuttgart, S 2
5. Heilmeyer L (1966) Medizinische und sozialpolitische Probleme des alternden Menschen (Diskussion I). In: Heilmeyer L, Holtmaier HJ, Schubert R (Hrsg) Geriatrie – Fortschritte auf dem Gebiete der Inneren Medizin III. Symposium in Freiburg i. Br. am 30. und 31. Okt. 1965. Bd. Teil I. Thieme, Stuttgart
6. Hauss WH, Junge-Hülsing G (1966) Hochdruck und Herzinfarkt im Alter. In: Heilmeyer L, Holtmaier HJ, Schubert R, Geriatrie (Hrsg) Geriatrie – Fortschritte auf dem Gebiete der Inneren Medizin III. Symposium in Freiburg i. Br. am 30. und 31. Okt. 1965. Thieme, Stuttgart, S 85–98
7. Schettler G, Wolter HH (1966) Arteriosklerose in der Geriatrie. In: Heilmeyer L, Holtmaier HJ, Schubert R, Geriatrie (Hrsg) Geriatrie – Fortschritte auf dem Gebiete der Inneren Medizin III. Symposium in Freiburg i. Br. am 30. und 31. Okt. 1965. Thieme, Stuttgart, S 99–108
8. Mehnert H (1966) Diabetes mellitus im Alter. In: Heilmeyer L, Holtmaier HJ, Schubert R (Hrsg) Geriatrie – Fortschritte auf dem Gebiete der Inneren Medizin III. Symposium in Freiburg i. Br. am 30. und 31. Okt. 1965. Thieme, Stuttgart, S 117–129
9. Brückel KW (1966) Geriatrie und Geriatrie. In: Heilmeyer L, Holtmaier HJ, Schubert R (Hrsg) Geriatrie – Fortschritte auf dem Gebiete der Inneren Medizin III. Symposium in Freiburg i. Br. am 30. und 31. Okt. 1965. Bd. Teil IV Mitteilungen. Thieme, Stuttgart, S 209
10. Obrecht P (1966) Tumorforschung und Geriatrie. In: Heilmeyer L, Holtmaier HJ, Schubert R (Hrsg) Geriatrie – Fortschritte auf dem Gebiete der Inneren Medizin III. Symposium in Freiburg i. Br. am 30. und 31. Okt. 1965. Thieme, Stuttgart, S. 108–117
11. Jacob, H. Zerebraler Abbau im Alter. In: Heilmeyer L, Holtmaier HJ, Schubert R (Hrsg) Geriatrie – Fortschritte auf dem Gebiete der Inneren Medizin III. Symposium in Freiburg i. Br. am 30. und 31. Okt. 1965. Thieme, Stuttgart, S. 133–146
12. Flügel F (1966) Psychiatrische Forschung in der Geriatrie. In: Heilmeyer L, Holtmaier HJ, Schubert R, Geriatrie (Hrsg) Geriatrie – Fortschritte auf dem Gebiete der Inneren Medizin III. Symposium in Freiburg i. Br. am 30. und 31. Okt. 1965. Thieme, Stuttgart, S 146–151
13. Heilmeyer L (1966) Klinik (Diskussion III). In: Heilmeyer L, Holtmaier HJ, Schubert R (Hrsg) Geriatrie – Fortschritte auf dem Gebiete der Inneren Medizin III. Symposium in Freiburg i. Br. am 30. und 31. Okt. 1965. Bd. Teil III. Thieme, Stuttgart
14. Kolb G (2017) Geriatrie oder Geriatriisierung der Medizin – Quo vadis Geriatrie? Z Gerontol Geriat 50(8):657–665
15. Bundesverband Geriatrie e. V. (Hrsg) (2016) Weißbuch Geriatrie. Kohlhammer, Stuttgart
16. Kolb G, Andersen-Ranberg K, Cruz-Jentoft A, O'Neill D, Topinkova E, Michel JP, on behalf of the EUGMS (European Union Geriatric Medicine Society) Academic Board (2011) Geriatric Care in Europe – the EUGMS Survey Part I: Belgium, Czech Republic, Denmark, Germany, Ireland, Spain, Switzerland, United Kingdom. Eur Geriatr Med 2(5):290–295
17. Ek Dahl A, Fiorini A, Maggi S, Pils K, Michel JP, EUGMS (European Union Geriatric Medicine Society) Academic Board, Kolb G (2012) Geriatric Care in Europe – the EUGMS Survey Part II: Malta, Sweden and Austria. European Geriatric Medicine (EGM) 3(6):388–391