



TOTAL NORMAL

Multimorbidität

in der Praxis

Was man darunter versteht, was sich dahinter verbirgt, was man beachten sollte

Elvira Bierbach

SIE KOMMEN am gleichen Tag in die Praxis, beide mit starken Rückenschmerzen. Bei Sieglinde W. ergibt die Anamnese eine Arthrose insbesondere der Hüftgelenke, leichte Osteoporose, Hypertonie, Arteriosklerose, einen (noch) nicht insulinpflichtigen Diabetes mellitus, Verdauungsbeschwerden, chronische Bronchitis mit Infektanfälligkeit sowie einen Katarakt. In letzter Zeit ist sie oft deprimiert und denkt an den Tod.

Julia C. leidet außer an chronischen Rückenschmerzen unter Heuschnupfen, starker Akne auf der Stirn und am Rücken sowie Menstruationsschmerzen. Auch sie schildert Verdauungsstörungen sowie Infektanfälligkeit. Außerdem hat sie große Angst, bei der bevorstehenden Abiturprüfung zu versagen. Sieglinde W. ist 78 Jahre alt, Julia C. gerade 18 geworden. Beide sind multimorbid.

Ein Begriff für alle

Der Begriff „Multimorbidität“ ist nicht eindeutig. Er besagt, dass ein Patient gleichzeitig unter mehreren Krankheiten leidet, und zwar unabhängig davon, ob es sich um akute oder chronische, körperliche oder psychische Erkrankungen handelt. Wie auch beim ebenso nicht klar definierten Begriff „Komorbidität“ können die Erkrankungen kausal zusammenhängen oder unabhängig voneinander auftreten. Nur in der Psychopathologie bezeichnet man mit „Multimorbidität“ meist die Kombination von psychischen Störungen und körperlichen Erkrankungen.

Multimorbidität ist Normalität in allen Praxen und die häufigste Krankheitskonstellation in Notaufnahmen und Kliniken. Zwar verbinden wir den Begriff häufig mit Patienten im Rentenalter. Doch Multimorbidität kennt kein Alter. Immerhin eines von 15 Kindern ist multimorbid. Bei Jugendlichen ist die Zahl noch höher und steigt seit Jahren kontinuierlich. Die Kombination von zum Beispiel Haltungsschaden, Übergewicht, Infektanfälligkeit, Allergie oder Neurodermitis – dazu vielleicht noch AD(H)S oder eine andere psychische Störung – ist bei jugendlichen Patienten keineswegs die Ausnahme.

KURZ GEFASST

- 1** Multimorbidität betrifft entgegen der allgemeinen Auffassung nicht nur ältere Menschen. Auch Kinder und besonders Jugendliche können multimorbid sein.
- 2** Viele Patienten ab 65 sind multimorbid. Die häufigsten Krankheitskombinationen bestehen aus nur 7 Krankheiten, etwa Hypertonie, KHK und Arthrose.
- 3** Je nach Patient gibt es gravierende Unterschiede bei Multimorbidität, aber auch gleiche Fragestellungen und Ansätze. Einige erfahren Sie in diesem Beitrag.

Chronische Krankheiten wie Diabetes mellitus und Herz-Kreislauf-Erkrankungen treten bei unter 65-Jährigen meist noch isoliert auf. Im höheren Lebensalter steigt die Anzahl von Erkrankungen bei fast allen Patienten. Daher assoziiert man den Begriff „Multimorbidität“ eher mit Menschen ab 65 Jahren. Die Kombination verschiedener Erkrankungen kommt in diesem Alter bei drei von vier Patienten vor. Entsprechend fokussiert sich dieser Beitrag auf diese Altersgruppe.

Eine Zeit des Übergangs

Menschen über 65 nehmen trotz zahlreicher Beschwerden oft noch sehr aktiv am Leben teil und möchten noch nicht zum „alten Eisen“ gehören. Viele sind in dieser Phase besonders moti-

Multimorbidität: Die häufigsten Erkrankungen

Es gibt eine Fülle von möglichen Erkrankungen, die einen im Laufe des Lebens heimsuchen und auch chronisch werden können. Dennoch bestehen die 10 häufigsten Dreierkombinationen bei Multimorbidität aus nur 7 Krankheiten: Hypertonie, Dyslipidämie, chronischer Rückenschmerz, Arthrose, Koronare Herzkrankheit (KHK), Diabetes mellitus und Gicht [8]. Diese gehören größtenteils zu den altersassoziierten Erkrankungen. Zu diesen zählen außerdem Arteriosklerose mit den bekannten Folgen (KHK, Apoplex, pAVK), Vorhofflimmern, Osteoporose, Morbus Parkinson, Demenz, Altersdepression und Krebs.

viert, Zeit, Aufmerksamkeit und Geld in die Gesundheit zu investieren. Man möchte möglichst lange fit bleiben. Doch mit fortschreitendem Alter kommen meist weitere gesundheitliche Probleme hinzu. Körperliche und geistige Funktionen nehmen ab, zunehmend schränken Behinderungen die Aktivitäten des täglichen Lebens ein. Der multimorbide Patient 65+ befindet sich gewissermaßen in der Übergangsphase zum geriatrischen Patienten über 80. Als geriatrische Symptome gelten:

- Intelligenzabbau (Demenz)
- Harn- und Stuhlinkontinenz
- Schwindel und Synkopen mit Sturzgefahr
- Einschränkungen des Hörens, Sehens, Gleichgewichts, Schmeckens und Tastens durch Hirnleistungsstörungen
- Exsikkose durch Verminderung des Durstgefühls und Verlust von Gewebeflüssigkeit

Keine Erkrankung, aber im Grunde das Kernkriterium des Greisenalters ist die Vulnerabilität: die Verletzbarkeit und die daraus folgende Schutzbedürftigkeit. Das Schreckgespenst des Alters ist für die meisten Menschen die hilfsbedürftige Abhängigkeit von anderen, verbunden mit Siechtum und Schmerz, mit sozialer Isolation und Einsamkeit. Oft genug ist das auch die Realität. Die Multimorbidität des hohen Alters ist häufig gepaart mit geistiger, seelischer und körperlicher Erschöpfung, also mit allgemeiner Lebensmüdigkeit. Depressionen sind eine der häufigsten psychischen Erkrankungen in diesem Lebensabschnitt.

Gravierende Unterschiede, viele Gemeinsamkeiten

Begrenzen wir uns zur besseren Übersicht in diesem Artikel auf die Generation 65+, wird es dennoch nicht leichter. Natürlich begegnen uns auch hier verschiedenste Konstitutionen und Charaktere. Da gibt es den flotten Siebziger, der einfach nur schmerzfrei auf Reisen gehen und auf möglichst wenig verzichten möchte. Seine robuste Natur hat ihm Zeit seines Lebens so manche Gesundheitssünde verziehen, und mit der Compliance tut er sich schwer. Im gleichen Alter ist die zarte, fast ätherische Dame, vom Enkel in die Praxis geschleppt, weil sie aufgrund ihres Schwindels so unsicher auf den Beinen ist. Sie hat sich nach dem Tod ihres Mannes resigniert ihrem Schicksal ergeben. Und da ist die tapfere Unbeugsame, die nun mit der zweiten Krebsdiagnose ihres Lebens konfrontiert ist, und fest entschlossen, sich nicht unterkriegen zu lassen. Denn sie möchte ihren Kindern nicht zur Last fallen. Doch ihre Schmerzen und die Schlaflosigkeit zermürben sie und ihre Widerstandskraft.

Der multimorbide Patient existiert nur als theoretisches Modell. Es beschreibt das Dilemma, in dem sich Behandelnde befinden, wenn es – anders als in Lehrbüchern dargestellt – nicht nur eine Erkrankung mit klar definierten Ursachen und Symptomen gibt, wenn sich Krankheiten gegenseitig verschlechtern und die Diagnostik und Therapie sehr kompliziert werden. Trotz der gravierenden Unterschiede bei multimorbiden Patienten gibt es durchaus auch gleiche Fragestellungen und Ansätze.

Causa, roter Faden und Intuition

Die Frage nach der Causa ist keineswegs nur für Homöopathen interessant. Zwar sind die verschiedenen Erkrankungen im Laufe der Zeit entstanden. Doch ab welchem Zeitpunkt hat sich das Befinden verschlechtert? Diese Frage kann helfen, einen Therapieansatz zu finden. Auslöser für einen Wendepunkt im Befinden können etwa sein: eine Infektionskrankheit, der Tod des Ehepartners, die Berentung, eine Impfung, ein Umzug oder ein Unfall.

Gibt es einen roten Faden in dem Gewirr von Symptomen, Beschwerden und Erkrankungen, an dem man ziehen kann, um den Knoten zu entwirren? Dies kann zum Beispiel ein Leaky-Gut-Syndrom sein (s. S. 30), eine Nebenniereninsuffizienz durch Stress oder ein Störfeld (s. S. 18).

Manchmal ergibt die kritische Prüfung aller Informationen aus Anamnese und Untersuchung so viele mögliche Therapieoptionen, dass eine kognitive Analyse und eine rationale Entscheidung gar nicht möglich sind. In diesem Fall muss und darf man als Behandelnder getrost auf seine Intuition zurückgreifen. Die Eingebung, der Geistesblitz, hilft oft, wenn man aus mehreren rational und seriös in Betracht gezogenen Therapiewegen den richtigen wählen will.

Vorsicht Falle!

Kann sich hinter dem Dickicht der Symptome noch etwas bislang Unentdecktes und womöglich Gefährliches verbergen? Bei der Erst-Anamnese können Sie mit frischem Blick Zusammenhänge und Signale sehen, die bei der Tournee Ihres Patienten durch verschiedene Praxen eventuell unentdeckt geblieben sind. Betreiben Sie jedoch keine Überdiagnostik, veranlassen Sie nicht den nächsten Untersuchungsmarathon, wenn die Befunde noch recht aktuell sind. Aber seien Sie wachsam. Dies gilt vor allem bei Patienten, die Sie schon längere Zeit kennen. Vielleicht schildert der Patient ein neu aufgetretenes Symptom erst gar nicht oder es geht unter in der langen Liste von Klagen. Hier besteht die Gefahr von Betriebsblindheit.

Therapie: Kausal oder symptomatisch?

Beim multimorbiden Patienten müssen Sie nur selten die Diagnosen stellen, denn dicke Krankenakten und Untersuchungsberichte liegen meist bereits vor. Es geht vielmehr um die Frage, ob eine ursächlich-ganzheitliche Therapie (noch) möglich ist. Oder sind Symptomlinderung und der Aufschub einer Verschlechterung schon ein großer Erfolg?

Ein wichtiger Leitsatz lautet: Das Befinden ist wichtiger als der Befund. Menschen mit katastrophalen Befunden können eine hohe Lebensqualität verspüren, andere leiden enorm ohne nennenswerte Befunde. Je älter der Patient ist, umso wichtiger ist es, seine Lebensqualität durch Symptomlinderung zu steigern. Selbst dann, wenn man das Ideal der kausalen Behandlung nicht erreicht. Auch in einer Heilpraktikerpraxis – nicht nur in der Schulmedizin – kann es zur Übertherapie kommen, wenn der zeitliche, psychische, physische oder finanzielle Aufwand

zum Kraftakt wird und nicht in Relation zum realistisch möglichen Behandlungserfolg steht.

Therapieziel: Leidensdruck lindern

Was erzeugt beim Patienten den größten Leidensdruck? Welcher Therapieerfolg würde ihn am ehesten entlasten? Welche weiteren Therapieziele sind mittel- und langfristig realistisch möglich?

Schmerzen zermürben einen Menschen und greifen die Persönlichkeit an. Sie wirken sich meist auch auf die Familie, die Partnerschaft und das soziale Umfeld aus. Dass eine effektive Schmerztherapie Leiden lindern oder beenden kann und dies Therapieziel Nummer 1 sein muss, ist offenkundig.

Doch mitunter ist auch detektivisches Gespür nötig. Manchmal schmerzen Scham und Ausgrenzung am meisten. Die 18-jährige Julia C. empfindet die Behandlung ihrer Akne vielleicht als wesentlich wichtiger als die ihrer Rückenschmerzen. Sieglinde W. klagt lediglich über Rückenschmerz, aber in der Anamnese kommt eine bis dahin schamvoll verschwiegene Stuhlinkontinenz zur Sprache. Deshalb bleibt die Patientin ihrer geliebten Doppelkopfrunde fern. Die Beratung über sinnvolle Hilfsmittel kann dazu beitragen, dass sie wieder Kontakte und Freude am Leben hat. Das wiederum könnte helfen, dass sie ihre chronischen Schmerzen deutlich besser erträgt – ein guter Erst-Erfolg, der die Patientin stärkt, weitere Therapieziele anzugehen. Ungünstig wäre natürlich, wenn ein rascher Anfangserfolg zu Übermut verleitet. Das sollten Sie bei Ihren Patienten offen ansprechen, damit durch einen vorzeitigen Therapieabbruch die Beschwerden nicht zurückkehren.

Typgerechte Therapien

Ziehen Sie alle Register typgerechter Behandlung, wenn es um die Wahl der Therapieverfahren geht. Egal ob Sie sich an der TCM- oder der Vier-Säfte-Lehre orientieren, der Pathophysiologie oder der Dosha-Lehre folgen, ob Sie Ihre Patienten in Stheniker oder Astheniker unterteilen oder die Iridologie zur Orientierung anwenden. Wählen Sie klug eine Behandlung aus, die der Konstitution, der Diathese, der angelegten und der derzeitigen Reaktionslage, der energetischen Situation Ihres Patienten entspricht.

Resistenz und Reaktionsstarre

Grundsätzlich hat auch ein uralter Körper Heilungspotenzial. Ein junger Organismus kann hingegen therapieresistent sein. Wichtige Faktoren für Therapieblockaden sind beispielsweise Medikamente (s.S. 52), alle Arten von Störfeldern (s.S. 18), von der Dysbiose (s.S. 28) bis hin zu Narben. Mitunter ist das größte „Störfeld“ der Ehepartner oder Chef. Eine durch chronischen Stress ausgelöste Nebenniereninsuffizienz als Ursache einer Reaktionsstarre kann sicher mittels Herzratenvariabilität (s. DHZ 2/2016, S. 34) eingeschätzt werden.

Wichtig: Bei alten Menschen kann nicht nur die Heilungs-, sondern auch die Krankheitsreaktion gedrosselt sein. Symptome bedrohlicher Erkrankungen können fatalerweise diskret ablaufen. Eine Sepsis oder Pneumonie fällt dann beispielsweise nicht durch Fieber auf. Die körperliche Abwehrkraft lässt ab 65 nach. Statt Frühjahrsschnupfen und Herbsterkältung entstehen dann öfter latente Entzündungsherde, etwa Zahnfleisch- oder Nagelbettentzündungen, Gelenk- und Muskelentzündungen des rheumatischen Formenkreises, Prostata- oder Blasenentzündungen etc. Diese können ihrerseits als Störfeld wirken.

Wenn eine Reaktionsstarre vorliegt, können energetisch-informationelle Arzneien oder Verfahren oft zwar den Gemütszustand und die Stimmung positiv beeinflussen. Mitunter können sie aber auf körperlicher Ebene nicht oder nur kurzfristig greifen. Ein Umstimmen des Vegetativums durch physikalische Maßnahmen sowie das Zuführen von Substanzen (Phytotherapeutika, Ozon, Sauerstoff, Nährstoffe, Enzyme) sind vielfach die Türöffner zu körperlichen Heilungsreaktionen.

Ordnungstherapie

Angesichts der komplizierten und unüberschaubaren Symptomatik kann einem als Behandelnder zunächst der Überblick fehlen. Setzen Sie in solchen Fällen an der Basis an, bei den körperlichen Grundbedürfnissen: Schlafen, Essen, Trinken, Verdauen, Ausscheiden, Bewegen, Atmen, Rhythmus. Auch ist es wichtig, die Gemütslage und Stimmung zu erfragen und zu erspüren.

Fragen Sie konkret, haken Sie nach. Wer schon seit Jahren unter Obstipation leidet, empfindet „2-mal wöchentlich mit Klistier“ vielleicht als normal. Beim Thema Ausscheidung ist Inkontinenz (s. Kasten) auch heute noch ein vielfach unterschätztes Problem. Ebenso erzählt längst nicht jeder Patient von sich aus, dass er aufgrund ständiger Mundschleimhautentzündungen und einer schlecht sitzenden Zahnprothese nur noch Pudding und Weißbrot isst. Ferner ist bei Patienten über 65 Alkoholabusus kein seltenes Problem, was das Thema Medikamente noch einmal anders ins Blickfeld rückt. Wer über Schlaflosigkeit klagt, verschweigt vielleicht, dass er schon lange nicht mehr im Bett liegt, sondern die Nacht im Relax-Sessel mit Aufstehhilfe verbringt und dabei der Fernseher läuft.

Prüfen Sie, ob Maßnahmen im Sinne der Ordnungstherapie sinnvoll, hilfreich und realistisch sind. Immer wieder können schon banal erscheinende Änderungen die Lebensqualität oder Regeneration deutlich erhöhen. Ein Hilfsmittel zum Strümpfe anziehen oder eine Knöpfhilfe ermöglichen den kleinen Spaziergang um den Block auch in der kalten Jahreszeit. Eine Thermoskanne mit Wasser oder Kräutertee neben dem Sessel hilft, die minimale Trinkmenge zu erreichen, wenn jeder Schritt schmerzt. Beine baumeln beim Fernsehen wirkt versteifenden Gelenken entgegen.

Motivation und Mitarbeit

Wie viel Compliance ist zu erwarten und realistisch möglich? Was wird den Patienten konkret zur Mitarbeit motivieren und

darin unterstützen? Klären Sie Ihren Patienten über realistische Therapieziele und den zu erwartenden Behandlungszeitraum auf – sowie natürlich über alle anderen vom Patientenrechtgesetz geforderten Punkte. Wenn Sie therapeutische Teilschritte oder Stufenpläne erläutern, Zwischenziele konkret definieren und kontrollieren (zum Beispiel „um 50%“, „bis Weihnachten“, „20 mm/Hg“), wird für den Patienten ersichtlich, dass die Behandlung ein Prozess ist. Insbesondere bei langjährig bestehenden Erkrankungen muss man über längere Zeit „dranbleiben“. Manche Patienten reagieren sehr positiv darauf, wenn das Ziel nicht lautet „keine Rückenschmerzen mehr“, sondern zum Beispiel mit „wieder im Garten arbeiten können“ konkretisiert wird.

Wozu ist der Patient bereit? Was kann und will er zur Behandlung beitragen? Es klingt trivial, aber fragen Sie bei einem unbeweglichen Patienten nach, ob er sich zum Beispiel selbst die Beine einreiben oder trotz Angst vor Inkontinenz den Tee trinken wird. Treffen Sie Vereinbarungen über die Aufgaben des Patienten innerhalb des Behandlungsprozesses, und fragen Sie bei Bedenken nach. „Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie regelmäßig 6× täglich 10 Tropfen einnehmen?“ Wenn die Antwort verhalten ist, ändern Sie Ihre Strategie: „Bekommen Sie es hin, morgens 60 Tropfen in eine kleine Flasche Wasser zu tropfen und das über den Tag verteilt zu trinken?“

Die riesigen Nebenwirkungen

Eine plakative Faustregel besagt: 70% der Beschwerden von über 70-Jährigen sind auf Neben- und Wechselwirkungen zurückzuführen. Diese Zahl mag übertrieben sein. Doch oft verursacht die allopathische Multimedikation eine Fülle von Be-

schwerden (s.S. 52). Manchmal dauert die Medikamentenrecherche länger als Anamnese, Untersuchung und Erarbeitung des Therapieplans zusammen.

Im besten Fall haben die vom Arzt verordneten Medikamente die gleiche Wirkrichtung, es kann sogar Synergien geben, so beispielsweise bei Hypertonie, Dyslipidämie und Diabetes mellitus. Problematisch sind Interaktionen von Arzneimitteln mit verschiedener therapeutischer Ausrichtung. Leidet der Patient mit Diabetes mellitus auch an einer Arteriitis temporalis, gibt es durch die Verordnung von Steroiden wesentliche Interaktionen. Oder ein Medikament bessert zwar den Bluthochdruck, verschlechtert aber die arterielle Durchblutungsstörung. Interaktionen gibt es auch bei nicht-medikamentösen Therapien: Wärmeapplikation ist zum Beispiel bei Kniegelenkarthrose indiziert, bei gleichzeitig bestehenden Krampfadern aber kontraindiziert.

Als sogenannte Killer-Kombinationen mit hohem Gefahrenpotenzial gelten besonders Medikamentenverordnungen mit Blutverdünnern (zum Beispiel Marcumar bei Arrhythmien oder nach Thrombose) bei gleichzeitig bestehender Blutungsgefahr etwa bei Magengeschwür oder malignem Bluthochdruck.

Die Wirkung von Medikamenten verändert sich gravierend im Alter. Dass Leber und Niere die Wirkstoffe dann schlechter abbauen und diese eventuell akkumulieren, ist bekannt. Viele Medikamente werden an Bluteiweiße gebunden. Diese sind bei alten Menschen reduziert. Bei gleichzeitiger Gabe von mehreren Medikamenten müssen die Wirkstoffe um die bindenden Eiweiße konkurrieren. Auch in diesem Fall wirken die Medikamente oft stärker. Bei einer Rechtsherzinsuffizienz kann der Blutrückstau die Resorption aus dem Magen-Darm-Trakt in den Körperkreislauf und dadurch die Wirkung vermindern. Medi-

INFORMATION

Noch immer ein Tabu: Stuhl- und Harninkontinenz

Die Werbung suggeriert, dass Inkontinenz kein Tabuthema mehr sei. Inkontinenzhilfen sind in jedem Drogeriemarkt diskret erhältlich. Dennoch ist es sehr ratsam, bei jeder älteren Patientin und jedem älteren Patienten taktvoll nachzufragen. Etwa 40% der über 70-Jährigen leiden unter Harninkontinenz. Weil Selbsthilfe leicht möglich ist, wird die Inkontinenz oftmals gar nicht erwähnt, die Ursache nicht ergründet und nicht behandelt. Ist eine Therapie nicht (mehr) möglich, sprechen selbst gebrechliche ältere Menschen mit kognitiven und körperlichen Einschränkungen oft gut auf ein „verhaltenstherapeutisches“ Toiletentraining an. Eine aktuelle Leitlinie [1] informiert ausführlich über die verschiedenen Aspekte dieses Themas, vor allem auch über die häufig bestehenden Zusammen-

hänge von allopathischen Arzneimitteln und Harninkontinenz.

Ein weit gravierenderes Problem ist sehr häufig die Stuhlinkontinenz. Wer Darmgase oder flüssigen Stuhlgang nicht mehr kontrollieren, bei Inkontinenzgrad III auch festen Stuhl nicht mehr halten kann, traut sich vor Angst und Scham kaum noch aus dem Haus. Die fehlenden Sozialkontakte und auch der daraus resultierende Bewegungsmangel verschlechtern die Lebenssituation auf fatale Weise. Wenn es Ihnen gelingt, diese Patienten durch Verständnis zu entlasten und konkrete Hilfe anzubieten, können Sie alleine dadurch viel Leidensdruck lindern und ein wieder aktiveres Leben ermöglichen. Als Ursachen für Stuhlinkontinenz gelten beispielsweise:

- verschiedene Medikamente
- desolater Zustand des Mikrobioms
- Verletzungen des Beckenbodens
- Polyneuropathie und beginnende Demenz
- Folgen von Hämorrhoiden-OP
- Divertikulose
- entzündliche Darmerkrankungen
- psychische Ursachen

Leider ist eine erfolgreiche kausale Behandlung nicht immer möglich. Bei Stuhlinkontinenz sind die üblichen Vorlagen nicht sehr hilfreich, besser sind spezielle Produkte bis hin zum Analtampon.

kamente mit ungleichmäßiger Verteilung in Körperfett, Körperwasser und Muskelgewebe können im Alter anders verteilt sein und somit stärker oder schwächer wirken. Auch paradoxe Medikamentenwirkungen sind im Alter häufiger. Beispielsweise kann dann ein Schlafmittel zu Erregungszuständen führen.

Hände weg!

Als Heilpraktiker sollten Sie grundsätzlich keine ärztliche Medikation ändern und kein allopathisches Medikament absetzen. Eventuell können Sie den Patienten dazu ermutigen, die Medikation durch seinen Arzt prüfen zu lassen. Dies erfordert meist jedoch etwas Einsatz. Erfreulich oft ist es von Erfolg gekrönt, wenn Sie sich – selbstverständlich mit Einverständnis des Patienten und von der Schweigepflicht entbunden – direkt mit dem Arzt in Verbindung setzen. Vorausgesetzt, Sie haben sich sattelfest für eine fachliche Argumentation gemacht und treten nicht belehrend auf. Es ist sinnvoll, immer nur ein Arzneimittel zu verändern, um das für die Neben- oder Wechselwirkungen verantwortliche feststellen zu können.

Beachten Sie bei Ihrer eigenen Verordnung, dass Sie zu der allopathischen Multimedikation Ihres Patienten nicht noch eine naturheilkundliche hinzufügen. Dies wäre weder seiner Compliance noch seinen Selbstheilungskräften zuträglich. Denken Sie an das Arndt-Schulz-Gesetz und minimieren Sie Ihre Verordnung.

Dokumentation und Vertrauen

Nicht erst seit dem Patientenrechtegesetz sind wir zur sorgfältigen Dokumentation verpflichtet. Bei multimorbiden Patienten empfiehlt es sich, besonders gewissenhaft zu sein. Die oft ellenlange Auflistung von Beschwerden können Sie als Barometer für Heilungsreaktion und Besserung nutzen. Fragen Sie anhand der Dokumentation regelmäßig nach, wie sich Nebensymptome entwickelt haben. Vielleicht hat sich beim Therapieziel „Schuppenflechte bis zur Goldhochzeit deutlich reduziert“ die Haut noch nicht wesentlich gebessert. Aber beim Abgleich der aktuellen Nebensymptome mit der Erst-Anamnese wird deutlich: Der Schlaf und die Verdauung sind besser, die Tagesmüdigkeit reduziert, die Vitalität gesteigert. Manchmal übersieht man völlig, dass viele Symptome seit Behandlungsbeginn verschwunden sind. Nicht selten ist dann zu hören: „Stimmt! Kopfschmerzen habe ich auch nicht mehr so oft.“ Diese Besserungen als Zeichen einer Reaktionsfähigkeit des Körpers und Schritte im Heilungsprozess zu erkennen, ermutigt sowohl den Patienten als auch den Behandelnden.

Und zuletzt: Vertrauen ist wichtig. Der Patient muss seinem Behandelnden vertrauen können. Der Behandelnde muss Selbstvertrauen haben, wenn der Erfolg auf sich warten lässt. Selbstkritik ist unentbehrlich, aber Selbstzweifel übertragen sich auf den Patienten. Beide dürfen auf die Heilkraft der Natur und die Heilungsfähigkeit des Körpers vertrauen. ■

Dieser Artikel ist online zu finden:

<http://dx.doi.org/10.1055/s-0036-1595820>

Verwendete Literatur

- [1] Leitlinien zur Harninkontinenz geriatrischer Patienten: www.awmf.org/leitlinien/detail/II/084-001.html
- [2] Ärzte Zeitung, 02.08.2016: http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/urologische-krankheiten/harninkontinenz/article/915762/inkontinenz-empfehlungen-aeltere-patienten-aktualisiert.html?cm_mmc=Newsletter_-Newsletter-C_-20160802_-Harninkontinenz
- [3] Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG): <http://www.dggeriatrie.de/#/>
- [4] Kuhlmei A, Tesch-Römer C. Autonomie trotz Multimorbidität, Ressourcen für Selbstständigkeit und Selbstbestimmung im Alter. Göttingen: Hogrefe; 2012
- [5] Casagrande C. Praxis Spagyrik nach Alexander von Bernus. Neuauflage. Stuttgart: Haug; 2014
- [6] Bierbach E. Naturheilpraxis heute. 5. Auflage. München: Elsevier; 2013
- [7] Peters A. Multimorbidität und erfolgreiches Altern – Ein Blick auf die Bevölkerung im Rahmen der KORA-Age-Studie. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Supplement 2; 2011
- [8] Battegay E. Vortrag: „Multiple Grenzen – Multimorbidität im hohen Alter“. Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, Universitätsspital Zürich: <http://docplayer.org/18589382-Multiple-grenzen-multimorbidaet-im-hohen-alter.html>
- [9] www.stuhlinkontinenzkontrolle.de



HP Elvira Bierbach

Elvira Bierbach ist Heilpraktikerin und leitet seit 1992 eine renommierte Heilpraktikerschule in Bielefeld. Außerdem hat sie verschiedene Lehrbücher für Heilpraktiker(-anwärter) herausgegeben, darunter das bekannte Buch „Naturheilpraxis heute“, das Standard-Lehrwerk für alle HPAs, und hält Vorträge rund um die Heilpraktikerausbildung. Seit 2001 ist sie Beiratsmitglied im „Bund Deutscher Heilpraktiker (BDH)“ und seit 2006 die hauptverantwortliche Herausgeberin der Deutschen Heilpraktiker Zeitschrift DHZ.