

Interview mit

## Professor Dr. Michael Denking

W3 Professor für Geriatrie mit Leitung des  
Instituts für Geriatrie Forschung,  
Universitätsklinikum Ulm und Ärztlicher Direktor  
Agaplesion Bethesda Klinik Ulm



Foto: © BDI

## Geriatric – eine Antwort auf den demographischen Wandel?

### Kurzvita:

Studium der Humanmedizin in Freiburg i. Breisgau |  
Abschlüsse: 2020: Ruf auf W3 Professur (Institut für Geriatrie Forschung, Universitätsklinikum Ulm), 2015: Apl. Professur an der Universität Ulm Innere Medizin/Geriatrie, 2015: Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, 2013: Zusatzbezeichnung Geriatrie, 2012: Habilitation an der Universität Ulm, 2011: Facharzt Innere Medizin, 2011: Psychosomatische Grundversorgung, 2004: Promotion am Institut für Pathologie der Universität Freiburg i. Breisgau, 2003: 3. Staatsexamen Humanmedizin und Approbation, 1999-2000: Forschungsaufenthalt an der Case Western University Cleveland, OH, USA (Immunologie).

Berufstätigkeit: 2014: Chefarzt/ Ärztl. Direktor Innere Medizin und Geriatrie, Agaplesion Bethesda Klinik, Ulm, 2013-2014: Forschung am Labor Molekulare Medizin und Stammzellforschung, Hartmut Geiger, Ulm, 2011-2013: Oberarzt Innere Medizin und Geriatrie, Agaplesion Bethesda Klinik, Ulm, 2009-2011: Assistenzarzt Innere Medizin, Donauklinik, Neu-Ulm, 2006-2009: Assistenzarzt Innere Medizin und Geriatrie, Agaplesion Bethesda Klinik, Ulm, 2004-2006: Assistenzarzt Innere Medizin, Evangelisches Diakoniekrankenhaus Freiburg

Mit Prof. Dr. Michael Denking (**MD**) sprach der Vorstandsvorsitzende der Stiftung LebensBlicke Professor Dr. J. F. Riemann (**JFR**).

**JFR:** Seit wann gibt es die Fachrichtung Geriatrie und wie ordnet sie sich in den Bereich Innere Medizin ein? War die demographische Entwicklung in Deutschland eine Triebfeder?

**MD:** Das ist gleich eine große Frage zu Beginn. Die Geriatrie, oder auch Altersmedizin, hat ihre Wurzeln im frühen 20.

Jahrhundert. Weltweit gilt der amerikanische Arzt Ignatz Leo Nascher als Vater. Er prägte den Begriff "Geriatric" im Jahr 1909 und forderte, sie als eigenständige Disziplin zu etablieren, da er die besonderen medizinischen Bedürfnisse älterer Menschen erkannte. So richtig Fahrt aufgenommen hat die Geriatric in Europa dann mit Dr. Marjory Warren. Sie erkannte, dass ältere, chronisch kranke Menschen oft vernachlässigt wurden und dass viele ihrer Leiden behandelbar waren. Warren setzte sich für eine ganzheitliche Beurteilung älterer Patienten ein, der nicht nur medizinische, sondern auch soziale und funktionale Aspekte berücksichtigt. Sie betonte die Bedeutung von früher Rehabilitation und interdisziplinärer Zusammenarbeit und konnte mit einem funktionsorientierten Ansatz viele Menschen aus der von ihr übernommenen Klinik entlassen, die bereits Wochen und Monate dort verbracht hatten. In Deutschland entwickelte sich die Geriatric etwas später, vielleicht mit der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Geriatric (DGG) im Jahr 1985. Wie in anderen Ländern, entstand sie auch hier als ein Teilgebiet der Inneren Medizin. Inzwischen überschneidet sie sich jedoch stark mit Elementen der Neurologie, die sich ja ursprünglich auch aus der Inneren heraus entwickelt hat. Ebenso Elemente der Psychiatrie und Traumatologie, Wundversorgung, Reha Medizin. Deshalb gibt es auch Länder mit einem eigenständigen Fach (Italien z.B.).

Die demographische Entwicklung ist definitiv eine Triebfeder. Die steigende Lebenserwartung und die sinkende Geburtenrate führen zu einer zunehmenden Alterung der Bevölkerung. Dies hat einen wachsenden Bedarf an spezialisierter medizinischer Versorgung für ältere Menschen zur Folge. Die Zunahme von altersbedingten Erkrankungen wie Demenz, Multimorbidität und Gebrechlichkeit erfordert ein spezifisches medizinisches Fachwissen und Behandlungsansätze, die über die allgemeine Innere Medizin hinausgehen. Die Geriatric trägt somit maßgeblich dazu bei, die gesundheitlichen Herausforderungen der alternden Gesellschaft zu bewältigen.

**JFR:** Der demographische Wandel hat ja nicht erst gestern eingesetzt, sondern zeichnete sich schon seit langer Zeit ab. Sind wir ärztlicherseits auf diese Entwicklung gut vorbereitet?

**MD:** Leider nicht! Im aktuellen Koalitionsvertrag kommt das Wort Geriatric oder Demographie nicht einmal vor und die Krankenhäuser ächzen ja bereits jetzt unter den Herausforderungen der Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität, schlechtere Funktionalität und damit der Tatsache, dass Leitlinienempfehlungen sich z.B. oft

gegenseitig ausschließen, Medikamente interagieren oder die Menschen schlicht statt 3 min, 15min benötigen, bis sie sich z.B. zur körperlichen Untersuchung bereit gemacht haben.

**JFR:** Was beinhaltet und was erfordert Geriatrie an zusätzlichen Kenntnissen und Erfahrungen?

**MD:** Die Geriatrie erfordert über die Innere Medizin hinaus spezifische Kenntnisse des Alterungsprozesses mit seinen physiologischen und pathologischen Veränderungen sowie typischen geriatrischen Syndromen. Nur dadurch ist es möglich mit einem kompletten hermeneutischen Fallverständnis gezielte Entscheidungen zu Fällen und Dinge zum Beispiel bewusst nicht zu machen. Das geht aber nur, wenn man die Dinge auch kennt. D.h. ein guter Geriater muss ein möglichst breites Basiswissen haben in den o.g. Bereichen, um sich dann im speziellen Fall die Hilfe des Fachinternisten oder Chirurgen etc. zu holen. Spezielle diagnostische und therapeutische Kompetenzen umfassen z.B. das geriatrische Assessment, Polypharmazie-Management, Rehabilitation und palliativmedizinische Ansätze. Wichtig auch Erfahrungen in interdisziplinärer Zusammenarbeit, sensible Kommunikation, ethische Kompetenz und Wissen um sozialmedizinische Aspekte. Empathie und Geduld im Umgang mit der Komplexität älterer Patienten sind unerlässlich – man vergleiche die o.g. 15min...

**JFR:** Ist aus Ihrer Sicht die gesamtgesellschaftliche Diskussion zum Stellenwert älterer Menschen in der Gesellschaft ausreichend oder muss es neue Denkanstöße geben?

**MD:** Man vergleiche meine Antwort oben: unbedingt! Wir werden es so nicht schaffen, die Baby-Boomer zu versorgen. Diese werden in den nächsten 10 Jahren v.a. die oft (nicht immer) sinnvollen und wichtigen neuen Interventionen nachfragen: Hüften, TAVIs, spannenden neue Medikamente. In den darauffolgenden Jahren aber werden es v.a. nicht die einzelnen Themen, sondern die Multimorbidität und Funktionalität sein, und damit die Geriatrie! Wir brauchen hier unbedingt mehr Prävention, und zwar auch sekundär und tertiär nach Krankenhausaufenthalten! Die Geriatrie hat hierzu einige Vorschläge gemacht, aber bislang interessiert es die Politik (und auch unsere Peers, wie ich finde) zu wenig.

**JFR:** Erfahrungsgemäß sind gerade im höheren Alter schwere Erkrankungen häufiger als in jüngeren Jahren. Das setzt voraus, dass es gerade auch bei onkologischen Erkrankungen eine spezielle Therapie, also eine individualisierte Therapie für

ältere Menschen gibt. Gibt es dazu bereits klinisch erprobte Ansätze?

**MD:** Ja, absolut! Für ältere Krebspatienten ist eine individualisierte Therapie wichtig, wofür die Geriatrie klinisch erprobte Ansätze bietet. Die ASCO-Guidelines empfehlen ein Screening und anschließendes umfassendes Geriatriisches Assessment (das PGA) zur Therapieoptimierung. Evidenz gibt es aus verschiedenen Studien (GerICO, Gap-70 u.a.). Die neue S3 LL CGA der DGG ("Umfassendes Geriatriisches Assessment oder, eben Comprehensive Geriatric Assessment, CGA) wurde im Jahr 2024 veröffentlicht. Obwohl diese Leitlinie sich primär auf hospitalisierte ältere Patienten bezieht, unterstreicht sie die Bedeutung des umfassenden geriatrischen Assessments (CGA) als Grundlage für individualisierte Therapieentscheidungen, auch in der Onkologie. Geriatriische Ansätze in der Onkologie sollten immer eine Risikostratifizierung mittels Screenings umfassen, mit anschließendem CGA zur individualisierten Therapieanpassung. Nur dann wird das Outcome älterer Krebspatienten wirklich verbessert, insbesondere die Verträglichkeit der Therapie, Lebensqualität und Toxizitätsreduktion. Reines Screening nach Frailty, was gerade alle auch außerhalb der Geriatrie machen, greift zu kurz.

**JFR:** Ist Palliativmedizin ein essenzieller Bestandteil der Geriatrie und hat sie eine für ältere und alte Menschen spezielle Bedeutung?

**MD:** Die Palliativmedizin ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Geriatrie und in vielen Geriatrien integriert, oder je nach Größe des Hauses auch in enger Kooperation betrieben. Trotzdem gibt es Herausforderungen in der Kommunikation, da Geriatrie, entgegen unserem Selbstverständnis, oft als reine Palliativmedizin wahrgenommen wird und die Palliativmedizin selbst viele Aufgaben jenseits geriatrischer Patientinnen und Patienten erfüllt. Dies erfordert eine klare Kommunikation der vielfältigen Aufgaben und Ziele des Fachgebiets in der Öffentlichkeit. Die Betonung der präventiven, rehabilitativen und kurativen Aspekte neben der Palliation ist uns wichtig.

**JFR:** Der Geriater/ die Geriaterin wird sicher auch immer wieder mit Sterbehilfe konfrontiert. Wie wird unter Geriatern die derzeitige Situation zur Sterbehilfe und zum assistierten Suizid diskutiert? Welche Empfehlungen gibt es?

**MD:** Ja, das ist richtig und in der Tat immer häufiger ein Thema im klinischen Alltag. Die Situation ist in Deutschland unbefriedigend – ich denke, dass viele diese Einschätzung

teilen. Ich persönlich sehe den assistierten Suizid als ein legitimes Mittel, und finde, dass Menschen auch dies frei entscheiden sollten. Dennoch sind genau hier die Möglichkeiten der Palliativmedizin, gerade im Alter, nicht immer vollständig bekannt und ausgenutzt, sodass wir hier nach kritischer diagnostischer Begutachtung (Stichwort Psychiatrische Erkrankungen), auch unbedingt besser werden müssen. Wir hatten erst vor kurzem eine gute Diskussion dazu in unserer gestreamten und auf YouTube und Altersmedizin Ulm zu findenden Fortbildung – gerne mal reinschauen.

**JFR:** Bedarf es einer intensiveren gesellschaftlichen Diskussion über das älter werden? Lange Zeit galten ältere Menschen als „abgeschoben“. Wie geht die Fachrichtung Geriatrie mit dieser lange vorherrschenden Meinung um?

**MD:** Die Geriatrie setzt sich für eine positive und differenzierte Sichtweise des Alters ein und kämpft gegen Altersdiskriminierung (Ageismus) in allen Bereichen. Sie leistet durch ihre Arbeit einen wichtigen Beitrag dazu, das Bild älterer Menschen in der Gesellschaft zu verändern und ihre Wertschätzung zu fördern, aber auch deren Beitrag weiter gefordert werden muss und darf. Eine breitere gesellschaftliche Diskussion wäre sehr wünschenswert und angesichts der Demographie sehr wichtig.

**JFR:** Gerade für ältere Menschen wird in den Medien immer wieder für Nahrungsergänzungsmittel geworben. Die Aufmacher sind eindrucksvoll, so zum Beispiel auch für das angeblich das Gedächtnis verbessernde Tebonin. Was ist davon zu halten?

**MD:** Ich bin da sehr klar: was nicht schadet werde ich zurückhaltend kommentieren, wenn es aber schadet, davon abraten. Gerade bei der Demenz gibt es, trotz der aktuellen, sehr kritisch zu diskutierenden Entwicklungen der neuen Antikörper, keine wirklich guten medikamentösen Möglichkeiten. Tebonin kann leichte Vorteile haben und hat wenig Nachteile. Wir empfehlen es selbst nicht, raten aber auch nicht dazu abzusetzen.

**JFR:** Demenz ist ja ein großes Problem der älter werdenden Gesellschaft. In der aktualisierten S3-Leitlinie zur optimalen Diagnostik wird die strukturelle Magnetresonanztomografie (MRT) empfohlen. Wann sollte wem eine solche Untersuchung angeboten werden?

**MD:** Das kann man pauschal nicht beantworten und hängt sehr von dem Gesamtbild der Person ab, die vor einem sitzt.

Ich finde nicht, dass immer ein MRT notwendig und sinnvoll ist, es sei denn, man will in Richtung Lecanemab gehen, wo regelmäßige MRT-Untersuchungen auch nach Therapieeinleitung notwendig sind. Und das werden wenige Patientinnen und Patienten sein. Auf jeden Fall muss aber eine kraniale Bildgebung stattfinden, um sekundäre Ursachen, wie zum Beispiel Subduralhämatome auszuschließen.

**JFR:** Die Leitlinie gibt auch Empfehlungen zu nicht medikamentösen Maßnahmen, die bei Demenz sinnvoll sein können, zum Beispiel Musiktherapie und körperliches Training. Haben Sie Erfahrung im Umgang älterer Menschen mit derartigen Empfehlungen?

**MD:** Musiktherapie ist sicherlich aktuell eine Nischenlösung, die funktionieren kann, ebenso wie die Kunsttherapie oder Ergotherapeutische Maßnahmen. Leider wird sich so etwas nicht breit ausrollen lassen innerhalb des Systems, schon allein aufgrund der aktuellen Finanzierungsstrukturen. Körperliches Training können wir in der Klinik, der Reha und ambulant bis hin zu großen kognitiven Defiziten anbieten. Es ist eindeutig evidenz-basiert (bis zu einem Mini-Mental-Status von 18 Punkten) und geeignet, den häuslichen Verbleib zu fördern.

**JFR:** Aktuelle Publikationen weisen darauf hin, dass möglicherweise eine Infektion mit dem Epstein-Barr Virus und dem Auftreten der multiplen Sklerose in Zusammenhang steht. Es gibt auch erste Daten, die zeigen, dass die Alzheimer Demenz durchaus viraler Genese sein könnte. Macht es auch deshalb Sinn, gerade älteren Menschen dringend zu Impfungen zu raten, zum Beispiel Grippeimpfungen, Coronaimpfungen und Impfungen gegen Gürtelrose?

**MD:** Die Daten zur Zoster Impfung zur Demenzprophylaxe und die EBV-Daten haben alle, die diese Theorie vertreten, nochmals darin bestärkt, dass Viren zumindest einen Teil der Varianz der Demenzinzidenz erklären. Allerdings ist diese schon niedriger als vor 20 Jahren prognostiziert und das ohne breite Impfung, wohl auch aufgrund einer besseren Einstellung kardiovaskulärer Risikofaktoren. Demenz ist sicherlich nicht unifaktoriell. Dennoch: gerade die Alzheimererkrankung könnte mit Slow-Virus (darunter dann wohl auch Herpes Zoster) zu tun haben. Es bleibt spannend. Die Impfung würde ich auf jeden Fall zum aktuellen Zeitpunkt allen 60+ empfehlen.

**JFR:** Welchen Stellenwert hat die Telemedizin bei älteren Patienten? Es ist ja erstaunlich, wie viele Menschen über 65 digital unterwegs sind.

**MD:** Noch deutlich zu wenig. Die Geriatrie ist da nicht gut aufgestellt. Jedoch tut sich auch hier einiges. So hat Baden-Württemberg z.B. das Medicus Projekt aufgestellt, das die Telemedizin bei Alterstraumazentren als Use-Case aufgenommen hat. Auch die Pflegeheimmedizin muss hier noch mehr telemedizinisch durch die ja v.a. stationär tätigen Geriater mit begleitet werden. Hier sind in Deutschland die Sektorengrenzen aber weiterhin ein riesiges Problem.

**JFR:** Wie wichtig ist es und wie sollten bei der Versorgung älterer Menschen auch die Angehörigen einbezogen werden?

**MD:** Immer, wenn es sie gibt und wenn sie wollen. Angehörige können, beispielsweise bei Ortsänderungen von einem Krankenhaus in das andere oder schon bei Zimmerwechsel allein durch Ihre Anwesenheit und Unterstützung aktivierender Maßnahmen (zusammen mit der Pflege) Delir Prävention effektiv betreiben!

**JFR:** Ist der Hausarzt alter Schule, der früher gerne auch Familienarzt genannt wurde, aus heutiger Sicht noch der richtige Ansprechpartner? Braucht der Hausarzt, also der Allgemeinmediziner, eine spezielle geriatrische Zusatz Weiterbildung?

**MD:** Ja, unbedingt. Aber der Hausarzt muss ja Gatekeeper werden, zumindest wenn es nach dem aktuellen Koalitionsvertrag geht. Da ist die Geriatrie ein wichtiger, aber natürlich nicht der einzige Anteil. Geriatrische Themen sollten strukturiert in der WB der Hausärztinnen und Hausärzte weitergebildet werden. Ebenso wäre es ideal, wenn es für stark geriatrisch tätige Hausärzte (Stichwort Pflegeheimmedizin!) eine berufsbegleitende Zusatzweiterbildung geben würde – aber nur dann, wenn sich auch einen Schwerpunkt Geriatrie etablieren lässt. Wir betreuen ohne einen etablierten Schwerpunkt inzwischen die meisten internistischen Betten in Krankenhäusern, das kann eigentlich nicht sein.

**JFR:** Die Stiftung LebensBlicke kümmert sich ja ganz wesentlich um die Darmkrebsfrüherkennung. Die älter werdende Gesellschaft erfordert neues Nachdenken auch über die Altersgrenzen. Würden Sie aus der Sicht des Geriaters empfehlen, auch bei 70-jährigen und älteren Menschen noch eine Darmkrebsvorsorge, wenn zum Beispiel

noch eine Lebenszeitspanne von 10 und mehr Jahren zu erwarten ist?

**MD:** Für fitte ältere Menschen (Stichwort: Geriatrisches Assessment!) macht es meiner Ansicht nach Sinn. Wie ja auch die Grenzen für das Mamma-Screening angehoben wurden. Alter allein sollte aber eben nicht das ausschlaggebende Kriterium sein.

**JFR:** Können Sie der Stiftung LebensBlicke noch einen Rat geben, wie sie in ihren Aktivitäten gerade auch die älteren Menschen noch besser einbinden kann?

**MD:** Gerade beim Thema biologisches Alter/Frailty und Screening könnte sich die Stiftung noch mehr zum Thema Funktionalität/Biologisches Alter positionieren. Gerne zusammen mit der Geriatrie.

Herzlichen Dank für dieses interessante und wichtige Interview