

Grundlagen und Konzepte altersmedizinischer Arbeit

Profil der Geriatrie in der Schweiz*

Vorwort

Daniel Grob, Präsident SFGG 2005/06

Die Geriatrie in der Schweiz ist in einer Phase rascher Entwicklung. Geriatriische Strukturen sind heute in der Schweiz in vielen Kantonen – auf dem Hintergrund der demographischen Alterung der Bevölkerung – im Aufbau begriffen; es existiert aber in Kantonen und Gemeinden eine grosse Verschiedenheit geriatriischer Institutionen, die über viele Jahrzehnte gemeindenah gewachsen sind.

Geriatrie ist ein medizinisches Fachgebiet: Die Weltgesundheitsorganisation definiert Geriatrie als «der Zweig der Medizin, der sich mit der Gesundheit im Alter und den klinischen, präventiven, rehabilitativen und sozialen Aspekten von Krankheiten beim älteren Menschen beschäftigt».

Geriatrie heisst auch zwingend interdisziplinäres Arbeiten; Mitglieder verschiedener Berufsgruppen arbeiten im geriatriischen Kontext eng zusammen. Eine solche erwünschte und notwendige enge Zusammenarbeit funktioniert nur, wenn jede involvierte Berufsgruppe auch ein klares Selbstverständnis und Selbstbild hat und den anderen Berufsgruppen mit Respekt begegnet.

Deshalb legt die Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG) – die (ärztliche) Berufsorganisation der Geriaterinnen und Geriater (Altersmediziner/innen) in der Schweiz – mit diesem Papier ein Profil der Geriatrie vor. Es soll allen am Aufbau geriatriischer Strukturen Beteiligten eine Hilfe sein. Es widerspiegelt naturgemäss die Sichtweise der Geriaterinnen und Geriater, die sich, oft seit Jahrzehnten, mit der Betreuung alter Menschen beschäftigen.

Der vorliegende Teil 1 beinhaltet die Grundlagen und Konzepte altersmedizinischer Arbeit.

In einem in Arbeit befindlichen Teil 2 sollen dann Struktur-, Prozess- und Outcome-Kriterien geriatriischer Arbeit vorgelegt werden.

Die Entwicklung des vorliegenden Papiers war ein mehrjähriger Prozess, der zu intensiven Diskussionen führte. Es wurden zwei Vernehmlassungen innerhalb der Kerngruppe und des SFGG-Vorstandes durchgeführt. Viele, die an dessen Zustandekommen beteiligt waren, verdienen herzlichen Dank. Besonders gedankt sei der zu Beginn der Arbeit tätigen Kerngruppe: Dr. med. Christophe Büla, Epalinges; Dr. med. Ruedi Gilgen, Zürich; Dr. med. Kurt Müller, Schaffhausen, und Dr. med. Philippe Huber, Genf. Weiterhin massgeblich beteiligt waren Dr. med. Charles Chappuis, Bern; Dr. med. Franco Tanzi, Lugano; Dr. med. Regula Schmitt-Mannhart, Bern; PD. Dr. med. Albert Wettstein, Zürich, und Dr. med. Gilbert Zulian, Genf. Wertvolle Anregungen verdanken wir auch Prof. Dr. med. Andreas Stuck, Bern.

Einen besonderen Dank verdient Pia Graf-Vögeli, die das Sekretariat der SFGG führt und Koordinations- wie auch inhaltliche und Übersetzungsarbeiten übernahm.

Die Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG nimmt Anregungen gerne entgegen und steht jederzeit gerne beratend zur Seite.

1. Einleitung

Die Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG ist die Berufsorganisation der Geriaterinnen und Geriater (Altersmediziner/innen) in der Schweiz. Sie wurde im Jahre 2000 gegründet, nachdem die schweizerische Ärztesgesellschaft FMH die Facharztweiterbildung zum/zur Geriater/Geriaterin etablierte.

Geriatrie wird im Kontext der FMH betrachtet als Schwerpunktweiterbildung: Geriater/innen sind Allgemeinmediziner/innen oder Interni-

* Das vorliegende Profil der Geriatrie in der Schweiz (Teil 1) wurde an der Mitgliederversammlung der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG am 9. November 2006 in Schaffhausen verabschiedet.

Korrespondenz:
Geschäftsstelle SFGG/SPSG
Spital Bern-Ziegler
CH-3001 Bern
Tel. 031 970 77 98
Fax 031 970 78 05
pia.graf@spitalbern.ch
www.sfgg.ch

Die Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG ist die Berufsorganisation (Standesorganisation) der Ärztinnen und Ärzte mit dem Facharztstitel FMH für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin mit abgeschlossener (= ordentliche Mitglieder) oder laufender (= temporäre Mitglieder) Schwerpunktweiterbildung in Geriatrie (Altersmedizin) und weiterer geriatriisch interessierter Ärzte (= assoziierte Mitglieder). Sie wurde 1992 unter dem Dach der SGG-SSG gegründet und ist seit dem 1. Januar 2003 ein unabhängiger Verein mit eigenen Statuten. Weitere Informationen unter www.sfgg.ch

sten/-innen, die über eine insgesamt mindestens siebenjährige Weiterbildung verfügen, wovon drei Jahre in Geriatrie und Gerontopsychiatrie zu absolvieren sind.

Historisch gesehen kam die Etablierung dieses Weiterbildungsschwerpunktes in der Schweiz – im Vergleich mit andern europäischen Ländern – relativ spät. Motor der Entwicklung war die absehbare demographische Alterung und der damit verbundene prognostizierte Anstieg der Zahl der älteren Bevölkerung und des Bedarfs an fachärztlicher Versorgung und spezifischer Pflege und Therapie.^a

Es wird erwartet, dass die Anzahl der über 80jährigen Menschen in der Schweiz bis ins Jahr 2030 um 65 % ansteigt. Nur der kleinere Teil der alten Menschen ist allerdings nicht selbständig und auf Hilfe angewiesen. Lediglich etwa 10% der 80jährigen leben in Alters- und Pflegeheimen, bei den 85jährigen sind es bereits 20% und bei den 90jährigen sogar 40%. Dies wird, auch im Hinblick auf die Kosten der (personalintensiven) Langzeitpflege, zu einem Anstieg der damit verbundenen Gesamtkosten führen. Dieser absehbare Kostendruck ist eine Herausforderung für die altersmedizinisch Tätigen. Eine weitere Herausforderung stellt die rasante Entwicklung der Medizin dar. Fortschritte in den medizinischen Abklärungen und Behandlungen werden auch hochbetagten Menschen zugute kommen. Die Entwicklungen im Gesundheitswesen, insbesondere im Spitalbereich (Stichwort Verkürzung der Aufenthaltsdauer), führen aber auch zu einem Druck auf jene geriatrischen Institutionen, die den Akutkliniken nachgelagert sind. In diesem Kontext ist es besonders wichtig, gute geriatrische Strukturen aufzubauen, auf dass hochbetagte Menschen nicht sinkende Behandlungsqualität in Kauf nehmen müssen auf dem Boden eines eher auf die Bedürfnisse jüngerer, autonomer Menschen ausgerichteten Gesundheitswesens.

Die Geriatrie als umfassende Medizin der alten und insbesondere hochbetagten Menschen sieht ihre Kernaufgabe darin, alte Menschen durch geeignete Behandlung zu befähigen, möglichst lange selbständig zu leben. Dies nicht nur aus gesamtwirtschaftlichen Gründen, sondern insbesondere auch, weil es dem Willen eines überwiegenden Teils der älteren Bevölkerung entspricht («Autonomieprimat»). Es soll sowohl im ambulanten Bereich wie im Spital und in Alters- und Pflegeheimen eine möglichst hohe Behandlungs- und Betreuungsqualität geboten werden, was fachspezifisches ärztliches Wissen erfordert.

Geriatrie ist damit nicht nur Medizin im kurativen Sinne – das Fach Geriatrie integriert auch

präventive, rehabilitative, soziale und palliative Aspekte. Sie ist umfassende Medizin für chronisch und oft mehrfach kranke, behinderte alte Menschen.

2. Definitionen und Konzepte der Geriatrie

2.1 Definitionen

Geriatrie befasst sich mit Gesundheit im Alter und den klinischen (physischen und psychischen), den präventiven, den rehabilitativen und den sozialen Aspekten von Krankheiten bei alten Menschen (WHO).

Geriatriische Betreuung heisst kurative, präventive, rehabilitative und palliative Behandlung und Betreuung unter Einbezug sozialer Aspekte; diese Anteile sind oft gleichzeitig vorhanden und nicht immer klar voneinander abgrenzbar.

2.2 Die Geriaterin/der Geriater

Die Geriaterin/der Geriater ist Facharzt für Innere Medizin bzw. Allgemeinmedizin mit einer mindestens dreijährigen Weiterbildung in Geriatrie und (Geronto-)Psychiatrie und bestandener geriatrischer Fachprüfung.

Er besitzt spezifisches Wissen, spezifische Fertigkeiten und Haltungen [2]; dazu gehören:

- Berücksichtigung der Tatsache, dass Krankheiten im Alter oft multipel, komplex und chronisch auftreten und sich gegenseitig beeinflussen;
- Kenntnis altersabhängiger Faktoren mit Einfluss auf Gesundheit und Krankheit, Körper und Seele, insbesondere veränderter Symptome und Reaktionen und eingeschränkter Reserven der Organsysteme^b;
- Kenntnis von Problemen und Folgen der Multimorbidität (gleichzeitiges Vorliegen mehrerer Krankheiten bzw. Behinderungen);
- Kenntnis von Risikofaktoren im Alter; Grundlagen und Möglichkeiten der Prävention;
- Betreuung von alten Menschen mit eingeschränkter Hirnfunktion und den daraus resultierenden medizinischen und sozialen Problemen;
- Behandlung und Rehabilitation bei akuten und chronischen Krankheiten alter Menschen;
- Anwendung von Konzepten von Palliative Care bei alten Menschen;
- Sterbebegleitung bei alten Menschen;
- Fähigkeit zur Kommunikation mit alten Menschen, auch unter erschwerten Voraussetzungen;
- Einbezug und Unterstützung von Angehörigen im Betreuungsprozess;

a Zum aktuellen Stand der Geriatrie in der Schweiz siehe [1].

b Sogenanntes Gebrechlichkeits- (Frailty-)Konzept. Siehe dazu beispielhaft [3].

- Zusammenarbeit mit andern Berufsangehörigen des Gesundheitswesens;
- Erstellen von interdisziplinären geriatrischen Betreuungszielen und Verantwortung beim Umsetzen;
- Fähigkeit, geriatrisches Wissen, Fertigkeiten und Haltung weiterzugeben;
- Erarbeitung von wissenschaftlichen und praxisbezogenen Projekten, auch interdisziplinär.

2.3 Ziele der Betreuung

Ziel der geriatrischen Betreuung ist es, alten Menschen ein erfülltes, aktives Leben zu ermöglichen, Krankheiten und deren Folgen vorzubeugen und diese frühzeitig zu diagnostizieren und zu behandeln. Sie hat weiter zum Ziel, alten Menschen, die an akuten oder chronischen Krankheiten leiden, Funktionseinbussen haben oder abhängig sind ein gelingendes Leben zu ermöglichen sowie Sterbenden die notwendige medizinische und soziale Hilfe zu leisten und ihnen beizustehen.

2.4 Ethische Prinzipien

Der Anspruch auf Respektierung der Menschenwürde gilt uneingeschränkt für alle Menschen. Dieser Grundanspruch bedeutet Recht auf Schutz der Persönlichkeit und Recht auf Autonomie. Eingeschränkte Autonomiefähigkeit, die mit zunehmendem Alter häufig wird und das Gleichgewicht zwischen den abhängigen und unabhängigen Seiten bei einem Menschen stört, machen den alten Menschen besonders verletzlich, heben aber den Anspruch auf Respektierung seiner Würde, auf Schutz und Autonomie nicht auf.

Deshalb ist in der medizinischen und pflegerischen Betreuung alter Menschen dem Schutz und der Autonomie ganz besonders Beachtung zu schenken.

Folgende Aspekte bedeuten dabei eine ganz besondere Herausforderung und sind von grösster Bedeutung (siehe dazu auch die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften [4]):

Angemessene Behandlung

Alte Menschen haben bis an ihr Lebensende Anspruch auf eine angemessene Behandlung und Betreuung. Alter, Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit im Alter dürfen nicht zu einer Vorenthaltung indizierter Massnahmen führen.

Adäquate Information

Alte Menschen haben den Anspruch, über medizinische und pflegerische Massnahmen ehrlich, in geeigneter Weise und der Situation angepasst

informiert zu werden, damit sie frei und aufgeklärt zustimmen können.

Entscheidungsprozesse

Bei alten Menschen sollen Entscheidungsprozesse in Berücksichtigung ihrer Selbstbestimmung, Würde und subjektiven Lebensqualität erfolgen; dazu sind verbindliche Entscheidungsverfahren und Strukturen notwendig [5]. Eine Massnahme darf nur mit der freien Einwilligung des urteilsfähigen, informierten alten Menschen durchgeführt werden. Bei Urteilsunfähigkeit soll sich jeder Entscheid am mutmasslichen Willen des alten Menschen orientieren und in seinem besten Interesse getroffen werden. (Zur Frage der Patientenverfügung siehe die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Recht auf Selbstbestimmung [5].)

Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen bei alten Menschen zur Reduktion ihrer eigenen Gefährdung oder der von anderen Menschen müssen grundsätzlich die Ausnahme bleiben und dürfen nur unter klar definierten Bedingungen eingesetzt werden [4].

Suizidbeihilfe

Diese ist grundsätzlich nicht Teil der ärztlich-geriatrischen Tätigkeit. Diesbezüglich existieren Richtlinien der schweizerischen Akademie der med. Wissenschaften, an die sich die Mitglieder der SFGG halten [6].

2.5 Arbeitsmethoden, Organisation und Betreuungsgrundsätze

2.5.1 Arbeitsmethode geriatrisches Assessment

Das multidimensionale geriatrische Assessment ist ein umfassender, interdisziplinärer diagnostischer Prozess (das heisst, ein gründlicher Abklärungsprozess unter Beteiligung verschiedener Berufsgruppen) mit dem Ziel, die medizinischen, funktionellen und psychosozialen Probleme und Ressourcen des alten Menschen und deren physischer Umgebung systematisch zu erfassen und einen umfassenden Plan für die weitere Behandlung und Betreuung zu entwickeln, dies den unterschiedlichen Lebensrealitäten und den Bedürfnissen des Patienten angepasst. Geriatrisches Assessment ist, um wirksam zu sein, damit immer verknüpft mit Behandlungsplanung: (GEM: geriatric evaluation and management).^{c,d}

Das umfassende geriatrische Assessment ist die wichtigste geriatrische Arbeitsmethode. So-

c In der wissenschaftlichen Literatur ist diese zwingende Verknüpfung von Assessment als diagnostischer Methode mit der Planung der Prozedur als Bedingung der Wirksamkeit mehrfach nachgewiesen. Siehe beispielhaft dazu [7–11].

d Das Assessment beruht auf dem Modell und Konzept der internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF): dabei wird die medizinische Betrachtungsweise des Phänomens Krankheit, das auf der Pathologie und den Defekten aufbaut, erweitert, indem es funktionelle Einschränkungen und soziale Beeinträchtigungen mit einbezieht. Denn gerade bei chronisch progressiven oder irreversiblen Erkrankungen, wie sie im Alter häufig sind, kommt es zu Folgeerscheinungen, welche die Bewältigung des täglichen Lebens und eine selbständige Lebensführung bedrohen und die Lebensqualität essentiell beeinflussen. In diesem ICF-Modell sind die Dimensionen der Körperfunktionen (Unversehrtheit und Schaden), der Aktivität einer Person (Aktivitäten des täglichen Lebens) und der Partizipation (am sozialen Umfeld, zur Gesellschaft) sowie Kontextfaktoren enthalten.

wohl die ganzheitliche Betrachtung des Patienten und die Evaluierung der Gesundheitsprobleme auf physischer, psychischer, sozialer, funktioneller, ökonomischer und spiritueller Ebene als auch die Einbindung des therapeutischen Teams in Diagnostik und Behandlung sind darin verwirklicht.

Verschiedene standardisierte und validierte Assessmentinstrumente werden je nach Bedarf eingesetzt; diese dienen nicht nur der Diagnostik, sondern auch der Verlaufsbeurteilung und der Evaluation. Damit ist die Voraussetzung für die Qualitätskontrolle und für die Forschung gegeben.

2.5.2 Interdisziplinäre Teamarbeit

Die Komplexität beim geriatrischen Patienten und die Multidimensionalität (physische Gesundheit, psychische Gesundheit, soziale Gesundheit, ökonomischer Status, Selbsthilfefähigkeit, Wertvorstellungen) machen für die Diagnostik, die Zielsetzung, die Behandlung und die Evaluation eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich (Geriatric, Pflege, Sozialarbeit, Physio- und Ergotherapie, Seelsorge, Psychologie, Psychiatrie usw.). Jedes Teammitglied ist in seinem Fachgebiet kompetent und besitzt Kenntnisse der Tätigkeit der jeweils andern Berufsgruppen. Ein regelmässiger strukturierter Informationsaustausch findet statt; die Betreuungsziele und die Betreuungsstrategien werden gemeinsam diskutiert, festgelegt, koordiniert und kontrolliert.

2.5.3 Organisatorische Aspekte

2.5.3.1 Kulturelle Verschiedenheiten – regionale bzw. kantonale Eigenheiten

Bei der Entwicklung von Pflege- und Betreuungsangeboten für alte Menschen sind kulturelle Verschiedenheiten und regionale, oft historisch gewachsene und in der Bevölkerung stark verwurzelte, bewährte Strukturen zu berücksichtigen und einzubeziehen. Für eine optimale Betreuung alter Menschen sind durchaus unterschiedliche Organisationsformen denkbar.

2.5.3.2 Integration der spezifischen geriatrischen Betreuungsstrukturen

Um den speziellen Bedürfnissen und der speziellen Situation alter Menschen gerecht zu werden, sind spezifische geriatrische Betreuungsangebote notwendig (z.B. Sturzabklärung, Demenzabklärung und -beratung, Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme für alte Menschen, ambulante Abklärungs- und Rehabilitationsprogramme). Diese sind in die allgemeinen Versorgungsstrukturen zu integrieren; es braucht die

Zusammenarbeit mit den andern Leistungserbringern, insbesondere mit den Grundversorgern.

2.5.3.3 Koordination und Information

Eine Koordination zwischen den verschiedenen, ambulanten und stationären Betreuungsstrukturen ist notwendig, ebenso ein effizienter Informationsaustausch, um ein Maximum an Kontinuität und Qualität in der Betreuung zu gewährleisten.

Das Betreuungsangebot zwischen den verschiedenen stationären und ambulanten Strukturen muss transparent und durchlässig sein. Alte Menschen in oft labilem, wechselndem Gesundheitszustand benötigen jeweils die entsprechende, ihrer aktuellen Situation angepasste Betreuungsstruktur; das heisst, es sind sogenannte «Behandlungsketten» erforderlich (z.B. Akutgeriatrie – Tagesklinik – Hausarztbetreuung – Pflegeheim – Hausarzt- und Spitexbetreuung usw.).

2.5.3.4 Medizinisch-ärztliche Versorgung

Die medizinisch-ärztliche Versorgung in den anerkannten Geriatrieinstitutionen erfolgt durch einen/eine Spezialisten/-in mit Schwerpunktweiterbildung FMH in Geriatrie. Die meisten der Geriater/innen arbeiten aktuell in Institutionen, haben aber auch im ambulanten Bereich (siehe unten) ihre Tätigkeitsfelder.

Die für die ärztliche Weiterbildung in Geriatrie akkreditierten Institutionen werden in geriatrische A- bzw. B-Kliniken eingeteilt. Diese sind organisatorisch definierte Abteilungen mit der Hauptzielsetzung der geriatrischen Betreuung in interdisziplinären Teams. Die A-Kliniken sind geleitet durch einen vollamtlichen Geriater, die B-Kliniken durch einen mindestens halbamtlichen Leiter mit Schwerpunkttitel Geriatrie. Während A-Kliniken sowohl akutstationäre geriatrische Betreuung (Akutgeriatrie) wie auch ambulante Betreuung bzw. Langzeitbetreuung (Pflegeheim) anbieten, sind bei B-Kliniken mindestens zwei der vorher genannten drei Tätigkeitsbereiche vertreten. Nähere Kriterien finden sich im Weiterbildungsprogramm Innere Medizin inkl. Schwerpunkt Geriatrie oder Allgemeinmedizin inkl. Schwerpunkt Geriatrie (www.fmh.ch).

2.5.4 Grundsätze der Betreuung alter Menschen

In den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften zur Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen [4], welche sich an Ärztinnen/Ärzte, Pflegenden und Therapeuten/-innen richten, wird unter anderem auf Grundsätze zur Betreuung älterer,

pflegebedürftiger Menschen eingegangen. Es wird ein Anspruch älterer Menschen auf eine angemessene sowie persönliche und kontinuierliche Betreuung festgehalten; Aspekte der Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld werden thematisiert wie auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Es wird Wert gelegt auf eine angemessene Aus-, Weiter- und Fortbildung der an der Betreuung beteiligten Fachpersonen. Siehe dazu auch Kapitel 2.4 «Ethische Prinzipien».

3. Geriatriische Strukturen und Prozesse

3.1 Grundlagen

Geriatriische Arbeit zeichnet sich aus durch strukturiertes interdisziplinäres Arbeiten im Team. Der/die Geriater/in hat die Führung des therapeutischen Teams als eine seiner/ihrer Hauptaufgaben. Teammitglieder kommen aus den Berufsgruppen der Pflegefachleute, Sozialarbeiter/innen, Therapeuten/-innen (Physio-, Ergo- und Aktivierungstherapie, Logopädie), allenfalls Psychologen/-innen, Seelsorgende, Ernährungsberater/innen sowie weitere Fachleute. Konsiliarisch werden bei Bedarf Ärztinnen/Ärzte aus anderen Fachgebieten zugezogen.

3.2 Stationäre Akutgeriatrie

Aufgabe der stationären Akutgeriatrie ist die Diagnostik und Behandlung von spitalbedürftigen akut erkrankten alten Menschen mit somatischer und/oder psychischer Multimorbidität. Dies mit dem vornehmlichen Ziel der Reintegration der Patienten in das eigene soziale Umfeld.

Abteilungen oder Kliniken für Akutgeriatrie behandeln vorwiegend gebrechliche, in der Regel hochbetagte Menschen mit multidimensionalen Krankheiten und Behinderungen. Sie integrieren systematisch interdisziplinäre Betreuung und (früh-)rehabilitative Massnahmen (was sie von üblichen akutmedizinischen Institutionen unterscheidet).

3.3 Geriatriische Rehabilitation

3.3.1 Allgemeines

Rehabilitation, im Sinne der Erhaltung und Förderung der Selbständigkeit in den Alltagsaktivitäten, ist ein Grundprinzip der geriatriischen Behandlung und findet sich als Methode damit in allen geriatriischen Einrichtungen. Diese hat sehr individuell zu erfolgen. Es sind einerseits die physiologischen und psychisch-kognitiven Grenzen zu berücksichtigen und andererseits die individuellen Ressourcen möglichst optimal einzusetzen. Entsprechend ist das Rehabilitationskonzept dynamisch, ganzheitlich und gleichzei-

tig individuell auf verbleibende Fähigkeiten, Ressourcen und individuelle Wünsche ausgerichtet.

Im Hinblick auf die involvierten, meist hochbetagten und gebrechlichen Patienten werden rehabilitative Massnahmen oft wieder unterbrochen durch akutmedizinische Probleme und Komplikationen, was einer zeitlichen linearen Abfolge von Akutmedizin und Rehabilitation entgegensteht.

Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Aktivierungstherapie, Neuropsychologie, Sozialberatung und Rehabilitationspflege arbeiten vernetzt und eng zusammen. Stufen des Rehabilitationsprozesses umfassen unter anderen folgende Schritte: Assessment, Planung, Behandlungen, Pflege von Patient und Beratung von Angehörigen, Evaluation von Ergebnissen.

Neben den übergeordneten Rehabilitationsbemühungen zur Wiedererlangung, Erhaltung oder Förderung der Alltagsbewältigung gibt es spezifische krankheitsbezogene Rehabilitationsprogramme, z.B. bei Apoplexie oder bei Hüftfrakturen.

Die obenerwähnten Prinzipien gelten für alle Altersgruppen; bei der geriatriischen Rehabilitation ist den Patienten eine ihren Defiziten und Ressourcen angemessene Zeitdauer einzuräumen, begründet durch die verminderten Funktionsreserven und die reduzierte Belastbarkeit dieser Patientengruppe.

3.3.2 Stationäre geriatriische Rehabilitation

Die geriatriische Rehabilitation im engeren Sinne befasst sich mit dem Bearbeiten von Behinderung und Funktionsfähigkeit auf den von der WHO erarbeiteten Grundlagen und Klassifizierungen (ICF), im Hinblick auf die Rückgewinnung, Stabilisierung und (Wieder-)Befähigung zur möglichst selbständigen Lebensführung im Alltag im angestammten Wohnumfeld. Zielgruppe sind geriatriische Patienten, die infolge meist mehrerer Krankheiten oder infolge von Unfällen ihre Selbständigkeit und Handlungsfähigkeit teilweise oder ganz verloren haben, was sich immer auf das soziale Leben (Partizipation) mit dem individuellen Lebenshintergrund und die Lebensweise (persönliche und umgebungsbedingte Kontextfaktoren) auswirkt.

3.4 Übergangsbetreuung

Die Übergangsbetreuung bezweckt die frühe Entlassung aus dem Akutspital oder stellt in klar definierten Situationen (bekannte medizinische Problematik und medizinische Stabilität der Patienten) eine kurzfristige und zeitlich begrenzte Alternative zur Hospitalisation dar, wobei die geriatriische Pflege, die psychosoziale Behand-

lung und die ärztliche Beurteilung durch den/die Geriater/in (z.B. im Rahmen eines Konsiliardienstes) gewährleistet sein sollen.

Das Leistungsangebot umfasst ebenfalls die Beurteilung, Behandlung, Pflege und Betreuung, um eine Notfallhospitalisation zu verhindern oder die oft weiterhin bestehende oder neu entstandene psychosoziale Belastungssituation (mit wiederholt drohender Dekompensation des sozialen Netzes) aufzufangen. Der patienten- und umgebungsgerechten Stabilisierung ist ein grosses Augenmerk zu schenken. Bei vorhandenem Potential muss die Übergangsbetreuung die bisherige Selbständigkeit in einem definierten Zeitraum mittels aktivierender Pflege und Therapien wieder erreichen oder erhalten, im Sinne von Prävention und Massnahmen zur Verhütung erneuter und grösserer Abhängigkeit.

3.5 Stationäre Langzeitbetreuung^e

Ist bei einem pflegebedürftigen Menschen wegen fehlender ambulanter Betreuungsmöglichkeiten oder eines begrenzten Rehabilitationspotentials ein Verbleib oder eine Rückkehr nach Hause nicht mehr in seinem besten Interesse, soll ihm die weitere Betreuung in einer Institution der Langzeitpflege ermöglicht werden. In gewissen Situationen kann ein frühzeitiger Eintritt in die Langzeitinstitution sinnvoll sein, zum Beispiel zur Förderung der psychosozialen Integration.

Vor Eintritt in eine Langzeitinstitution soll durch ein interdisziplinäres geriatrisches Assessment sichergestellt sein, dass – trotz adäquater ambulanter Betreuung oder nach akutstationärer Abklärung, Behandlung, Rehabilitation – für die alte Person und deren Familie, in der individuellen Güterabwägung, der Eintritt in das Pflegeheim die bessere sozialmedizinische Option ist. Dazu empfiehlt die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften die Durchführung eines multidimensionalen geriatrischen Assessments [4].

Ziel der Langzeitgeriatrie ist es, die physischen, psychischen und sozialen Kompetenzen und Ressourcen des pflegebedürftigen Menschen zu erhalten und zu fördern, unter Berücksichtigung der individuellen Vorstellung von Lebensqualität. Langzeitinstitutionen haben eine fachgerechte, qualitätskontrollierte geriatrische Behandlung und Betreuung zu garantieren.

3.6 Palliative Betreuung

Unter palliativer Betreuung (Palliative Care) wird eine umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, akut lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden

Krankheiten verstanden (siehe dazu [12]). Ihr Ziel ist es, den Patienten und ihren Angehörigen eine möglichst gute Lebensqualität zu ermöglichen. Dabei sollen körperlich belastende Symptome optimal gelindert und entsprechend den Wünschen der Patienten auch soziale, seelisch-geistige und religiös-spirituelle Aspekte berücksichtigt werden. Der Schwerpunkt von Palliative Care liegt in der Zeit, in der Sterben und Tod absehbar werden, doch ist es oft sinnvoll, Palliative Care frühzeitig einzusetzen, auch parallel zu rehabilitativen oder kurativen Massnahmen, denn eine scharfe Trennung zwischen kurativem und palliativem Ansatz existiert gerade in der Geriatrie oft nicht. Palliative Care in der Geriatrie erfolgt durch ein multiprofessionelles Team und benötigt fundierte Kenntnisse in palliativer Medizin, um weder nihilistisch noch übereifrig zu handeln.

Die Auseinandersetzung mit Fragen zu Behandlungen am Lebensende, zu Behandlungsverzicht und Behandlungsabbruch, zur Entscheidungsfindung bei urteilsunfähigen Patienten gehören zur geriatrischen Aufgabe.

3.7 Gerontopsychiatrische Betreuung

Geriaterinnen und Geriater haben eine zusätzliche obligatorische Weiterbildung in Gerontopsychiatrie absolviert, welche sie befähigt, alte Menschen mit Demenz und Depression sowie mit psychischen Störungen (wie Delir, Angst, Wahn und Sucht) zu behandeln. In schwierigen Situationen werden sie auf Gerontopsychiater/innen konsiliarisch zurückgreifen bzw. einzelne Patienten in deren Betreuung übergeben.^f

Ziel der gerontopsychiatrischen Betreuung ist nach erfolgtem Assessment die Wiederherstellung oder Besserung der seelischen Gesundheit im Rahmen der meist vorliegenden Multimorbidität und der kontextbedingten sozialen Situation. Ebenso sind Information, Beratung und soziale Unterstützung wichtige Elemente einer angemessenen Problemlösung. Gerade beim Geriatriepatienten sind die Erfahrung abnehmender Kräfte und funktioneller Einschränkungen («frailty») und von gehäuften Verlusten Ursachen schwerer psychischer Probleme.

3.8 Prävention und Gesundheitsförderung

Die Leistungen in der Förderung der Gesundheit und Prävention von Krankheiten umfassen alle Massnahmen, die zum Ziel haben, den Gesundheitszustand der betagten Person aufrechtzuerhalten oder zu verbessern. Sie beugen dem Auftreten neuer Erkrankungen vor sowie den Auswirkungen dieser Erkrankungen auf funktionelle Fähigkeiten (Aktivitäten) und Partizipation in

^e Im französischen Sprachraum sind damit «établissement de long séjour» und «établissement médico-social» gemeint.

^f Seit 2006 existiert eine Schwerpunktweiterbildung für Psychiater/innen, die sich in Alterspsychiatrie spezialisieren: Facharzt/-ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, spez. Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie. Sie beinhaltet eine zusätzliche 2jährige Weiterbildung in Alterspsychiatrie und -psychotherapie.

der Gesellschaft. Diese Massnahmen umfassen im besonderen Primär- und Sekundärprävention.

Präventionsmassnahmen werden zweckmässig eingesetzt: Prophylaktische Massnahmen, deren Erfolg/Gewinn nicht sofort eintritt, sind für alte Menschen mit einer entsprechenden Lebenserwartung geeignet. Andere Massnahmen, deren Erfolg sofort vorliegt (z.B. Grippeimpfung), sind beim grossen Teil der alten Menschen angezeigt [13].

Eine zunehmend wichtige, evidenzbegründete Aufgabe ist die präventive Verminderung von Pflegebedürftigkeit im Alter, dies in enger Zusammenarbeit mit den Hausärzten/-ärztinnen und Spitexorganisationen (präventive Hausbesuchsprogramme [14]).

3.9 Geriatrie im ambulanten Bereich

Geriatrinnen und Geriater sind heute in folgenden ambulanten Einrichtungen tätig:

3.9.1 Geriatrie im Hausarzt-/Spitexbereich

Geriatr/innen sind einerseits als Hausärztinnen und Hausärzte tätig und andererseits übernehmen sie konsiliarisch Beratungs- und Lehraufgaben.

3.9.2 Memory Klinik

Interdisziplinäre Abklärung, Behandlung und Beratung von Patienten mit Hirnleistungsstörungen bzw. Demenzsymptomen. Die Beratung betrifft selbstverständlich auch die Angehörigen. Dabei werden den psychischen und Verhaltensstörungen spezielle Beachtung geschenkt, aber auch weiterführende Hilfestellungen bzw. Entlastungsangebote thematisiert (Temporäraufenthalte, Selbsthilfegruppe für Angehörige, Spitexdienste usw.).

3.9.3 Sturzkllinik

Die Sturz- und Schwindelursachen werden mittels Anamnese, klinischer Tests und apparativer Untersuchungen eruiert. Ein individuelles Trainingsprogramm mit Gleichgewichts- und Kraftübungen wird aufgestellt. Bei Bedarf wird die individuelle Wohnsituation abgeklärt, um individuelle Sturzrisiken präventiv zu erfassen.

3.9.4 Inkontinenzkllinik

Abklärung und Behandlung der Urininkontinenz, gegebenenfalls unter Zuhilfenahme der Gynäkologie und Urologie mit deren apparativen Untersuchungen. Inkontinenzberatung, Hilfsmittelpfählung und nach Bedarf Beckenbodentraining werden angeboten.

3.9.5 Tagesklinik

Die teilstationäre Nachbetreuung im Kontext einer Tagesklinik ist ein notwendiger Bestandteil des rehabilitativen geriatrischen Leistungsangebotes zur Fortführung der Therapien, zur Verkürzung der stationären Behandlung oder zur Vermeidung bzw. Verzögerung einer Hospitalisation. Die Tagesklinik ist ein Glied in der geriatrischen Behandlungskette. Die physiologisch bedingt verzögerte Rekonvaleszenz des geriatrischen Patienten begründet den längeren Zeitbedarf zur Wiedererlangung funktioneller Fähigkeiten und zur Erhöhung der Selbständigkeit im Alltag.

3.9.6 Entlastungsaufenthalte, Tagespflegeplätze, Überbrückungsaufenthalte

Entlastungsaufenthalte sind zeitlich begrenzte Aufenthalte in einer Pflegeinstitution von zu Hause lebenden betreuungsbedürftigen alten Menschen; sie dienen der Entlastung der pflegenden Angehörigen.

Tag/Nachtpflegeplätze sind ambulante Betreuungsangebote für die Betreuung an einzelnen Wochentagen bzw. -nächten von zu Hause lebenden alten Menschen; sie dienen in erster Linie der Entlastung der pflegenden Angehörigen.

Überbrückungsaufenthalte sind befristete Aufenthalte in einer Pflegeinstitution für pflegebedürftige alte Menschen, die nicht zu Hause betreut werden können, zur Überbrückung, bis sie dann in die von ihnen gewünschte Pflegeinstitution eintreten können.

Bei all diesen Angeboten sollen die physischen, psychischen und sozialen Kompetenzen und Ressourcen der pflegebedürftigen Menschen unter geriatrischer Anleitung bzw. Beratung erhalten und gefördert werden.

Literatur

- 1 Schoenenberger A, Stuck AE. Health care for older persons in Switzerland: a country profile. *J Am Geriatr Soc.* 2006;54:986-90.
- 2 Weiterbildungsprogramm zum Facharzt für Innere Medizin bzw. Allgemeinmedizin, speziell Geriatrie. www.fmh.ch.
- 3 Fisher AL. Just what defines frailty? *J American Geriatric Soc.* 2005;53:2229-30.
- 4 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen (2004). www.samw.ch.
- 5 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung (2005). www.samw.ch.

- 6 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende (2004). www.samw.ch.
- 7 Rubenstein LZ, Stuck AE. Multidimensional Geriatric Assessment. In: Pathy MSJ, Sinclair AJ, Morley JE (eds.). Principles and Practice of Geriatric Medicine. 4th edition. Hoboken NJ: John Wiley & Sons, Ltd. 2006; p. 1543-52.
- 8 Ellis G, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. *Br Med Bull*. 2005;71:43-57.
- 9 Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, et al. Comprehensive geriatric assessment: meta-analysis of controlled trials. *Lancet*. 1993;342:1032-6.
- 10 Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, et al. A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *N Engl J Med*. 2002;365(12):905-12.
- 11 Campion ED. Specialised care for elderly patients: improvement in quality of life without increase in costs. *N Engl J Med*. 2002;346(12):874.
- 12 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Palliative Care. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen. SAMW 2006. www.samw.ch.
- 13 Seematter B, et al. *Revue Méd Suisse*. 2003; 123(11):665-9.
- 14 Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: Systematic review and meta-regression analysis. *JAMA*. 2002;287:1022-8.