

Grundlegende Aspekte der klinischen Geriatrie

Geschichte und methodische Grundlagen¹

Daniel Grob, Klinik für Geriatrie & Rehabilitation, Stadtspital Waid, Zürich

Marjorie Warren: Die Mutter der europäischen Geriatrie

Die moderne Ära der Geriatrie begann mit dem in Wien geborenen Amerikaner I.L. Nascher (1863-1944), welcher den Begriff "Geriatrie" prägte und 1914 ein Lehrbuch publizierte². Er gründete 1912 die "Society of Geriatrics" in New York³.

In England fand der Gedanke einer geriatrischen Medizin seinen Anfang mit der Arbeit von Frau Dr. Marjorie Warren (1897 - 1960), welche ab ca. 1930 in einer Langzeitabteilung eines Londoner Spitals für über 700 "nicht behandelbare" Patienten verantwortlich war⁴. Es war in damaligen Zeiten nicht ungewöhnlich, dass sich diese ärztliche Verantwortung für Langzeitpatienten vorwiegend auf das Ausstellen von Todesbescheinigungen beschränkte. Nicht so für Marjorie Warren: Sie realisierte, dass sehr viele, wenn nicht gar alle ihrer damaligen Patienten schlecht bis überhaupt nicht medizinisch untersucht waren, dass sie nicht oder falsch behandelt wurden und dass oft mit wenig, aber rationaler Diagnostik und Therapie ein massiver Zuwachs an Lebensqualität für den Patienten zu gewinnen war; sie konnte dank ihren Interventionen bis zur Hälfte ihrer Patienten nach Diagnostik und Therapie wieder in die angestammten Wohnverhältnisse entlassen und forderte in der Folge, dass kranke, betagte Patienten nicht mehr in Akutspitälern zu hospitalisieren seien, sondern in spezielle geriatrische Abteilungen aufgenommen werden müssten⁵: es war dies die Geburtsstunde der geriatrischen Klinik und des geriatrischen Assessments.

1948 wurde von einigen im Fachgebiet interessierten Ärzten die Britische Geriatrie-Gesellschaft gegründet. In der Erkenntnis, dass im geriatrischen Bereich Spital- und ambulante Dienste verknüpft werden sollten, wurde schon 1952 in England das erste Tagesspital eröffnet⁶.

In der Schweiz wurde die Geriatrie, mit einer Ausnahme in Genf, neben den universitären Strukturen aus kommunalen Notwendigkeiten entwickelt⁷.

Pioniere waren in den 50er Jahren u.a. die Ärzte Dr. Jucker in Basel (Markgräflerhof), Prof. Steinmann in Bern (Loryspital) und Dr. Schäfer in Zürich (Stadtspital Waid). Sehr bald folgten die Geriatriezentren am Bürgerspital St.Gallen, am Felix-Platterspital in Basel und am Zieglerspital in Bern. Diese Gründungen waren Ausdruck einer tatkräftigen, vorausdenkenden und auch grosszügigen Kommunalpolitik, welche ihrerseits wohl zurückzuführen war auf den bereits damals höheren Anteil der Betagten in der städtischen Bevölkerung. Diese (kommunalen) Geriatriezentren genossen und genossen europaweit einen sehr guten Ruf und sind europäische Referenzzentren.

Die erste universitäre geriatrische Klinik wurde 1966 unter der Leitung des 1986 verstorbenen Prof. Junod in Genf gegründet⁸. Genf und später Basel sind bis heute die einzigen Kantone, welche eigenständige, universitäre geriatrische Kliniken besitzen.

Oben kurz skizziert sind die Anfänge des jungen Fachgebietes "klinische Geriatrie". Man beachte, dass in England diese Anfänge nicht nur in theoretisch-wissenschaftlicher Neugier einzelner Forscher gründeten, sondern Ausdruck eines Versorgungsnotstandes und medizinischen Malaises waren, welche damals nur von wenigen Ärztinnen und Ärzten überhaupt zur Kenntnis genommen wurden. In der Schweiz waren sie vorwiegend Ausdruck einer vorausschauenden Kommunalpolitik.

Die als Grundversorger tätigen Ärzte erkannten die Chancen dieser neuen geriatrischen Kliniken rasch; die offiziellen ärztlichen Standesorganisationen nahmen davon aber wenig Kenntnis. Einerseits, weil sich diese Anfänge zu jener Zeit manifestierten, als die moderne Akutmedizin rasante Fortschritte in der Be-

handlung akuter, oft lebensbedrohender Erkrankungen meist jüngerer Patienten machte; andererseits, weil die mit der geriatrischen Sache eng verknüpfte Langzeitpflege viel pflegerische und wenig ärztliche Inhalte besitzt und eine ärztliche Betätigung in diesen Bereichen damit bis heute wenig Prestige aufwies.

Da in den letzten Jahrzehnten aber der Anteil betagter und hochbetagter Menschen an der Gesamtbevölkerung stark zunahm, ist die moderne Medizin erst recht konfrontiert mit den Bedürfnissen einer betagten und hochbetagten Bevölkerung und damit mit geriatrischen Kernfragen.

Es zeichnet sich eine Trendumkehr ab, welche die bestehenden, gut etablierten paraversitären Geriatriestrukturen näher an die universitäre Medizin rücken lässt. Die Grundfragen, ob denn die derzeitigen Strukturen und Prozesse der heutigen Medizin für die betagte Bevölkerung genügen, warum auch heute spezielle geriatrische Institutionen benötigt werden und wer überhaupt ein "geriatrischer Patient" ist, gewinnen in diesem Zusammenhang an Aktualität.

Altern und Pflegebedürftigkeit

Nur eine Minorität der betagten 66 - 75-jährigen Menschen ist im täglichen Leben behindert und damit hilfsbedürftig, und weniger als die Hälfte der über 85-jährigen Betagten benötigt tägliche Hilfe⁹. Alter per se ist damit keinesfalls gleichzusetzen mit Behinderung, Abbau und Pflegebedürftigkeit. Die Mehrzahl der betagten Menschen kann durchaus als gesund bezeichnet werden und ist zufrieden mit ihrer Gesundheit¹⁰ und Lebensqualität. Wohl sind die körperlichen Alterungsprozesse verbunden mit Veränderungen in bestimmten Organen, die mehr oder weniger regelmässig auftreten - so die zunehmende Trübung der Augenlinse, die fast lineare Abnahme der Nierenfunktion oder die Einschränkungen der Gelenkbeweglichkeit. Diese Krankheitsprozesse werden aber meist gut kompensiert und haben wenig Krankheitswert.

Die ökonomisch relevante Inanspruchnahme von stationärer Betreuung ist nicht primär abhängig vom Alter resp. dem Gesundheitszustand des betroffenen betagten Menschen. Die wichtigsten Prädiktoren für eine Pflegeheimeinweisung sind sozialer Natur: Überlastung und Zeitkonflikte (berufliche Beschäfti-

gung!) des angehörigen Pflegenden sowie dessen separates Wohnen¹¹. Insbesondere Angehörige von dementen Patienten, bei welchen die übernommene Pflegeaufgabe infolge Fehlens einer verständnisvollen, tragenden Beziehung nur noch zur einseitigen Belastung geworden ist, werden an ihren Pflegeaufgaben selber krank, insbesondere depressiv¹². Die Verhinderung von Pflegeheimeinweisungen, aber auch von Akutspitaleinweisungen (sogenannte "Pflegenotfälle") setzt damit aus geriatrischer Sicht den frühen Einbezug des pflegenden Angehörigen voraus. Nicht "nur" empathisches Verständnis, sondern auch handfeste, temporäre Hilfen (Tagesspital, Nachtambulanz, temporäre Aufenthalte in Pflegeheimen zur Entlastung der Pflegenden) sind vonnöten und könnten in diesem Kontext so manche Krise überwinden helfen; ein Beispiel mag dies illustrieren:

Am 7.5.97 telefonierte ein Hausarzt, er hätte einen 63-jährigen Patienten in Behandlung, bei dem ein Hirntumor operiert worden sei und der jetzt nach 3-wöchiger stationärer Rehabilitation wieder zuhause sei. Die Physiotherapie (wegen einer linksseitigen Lähmung) müsste ambulant weitergeführt werden, zudem wäre ein zeitweise Entlastung der pflegenden Ehefrau gewünscht. Ideal wäre ein Tagesspital mit therapeutischen Angeboten.

Diesem Patienten kann in seiner jetzigen Situation nicht in der vom Hausarzt gewünschten Weise geholfen werden: Im Tagesspital erhält er kaum genügende physio- und ergotherapeutische Angebote, geht er ambulant (stundenweise) in die entsprechenden Therapien, führt dies zu keiner Entlastung für die Ehefrau.

Ein rehabilitatives geriatrisches Ambulatorium könnte diese Lücke füllen.

Zur Multidimensionalität geriatrischer Erkrankungen oder: Was ist ein geriatrischer Patient ?

Die gesunde Alterspopulation benötigt im Falle einer akuten, eindimensionalen¹³ Erkrankung keine spezifisch geriatrischen Prozeduren: Akut-medizinische Strategien können die Bedürfnisse dieser Menschen voll befriedigen - wenn diese Strategien entsprechend dem biologischen Zustand dieser Menschen modifiziert wurden. Die WHO hat in diesem Zusammenhang die "Geriatrisierung der medizinischen

Disziplinen“ gefordert¹⁴. Diese Geriatriisierung der Disziplinen erfordert keine eigenständigen Strukturen, sondern “lediglich” Ausbildung der involvierten Fachkräfte, damit ihre Interventionen den spezifischen Bedürfnissen eines älteren Organismus entsprechen. Nota bene liegt darin ein wichtiger Auftrag an die geriatrischen Institutionen: jenen der diesbezüglichen Aus-, Weiter- und Fortbildung der im Gesundheitswesen Tätigen.

Es bleibt aber eine Minorität von alten Menschen, für die spezifische geriatrische Strukturen geschaffen wurden, resp. geschaffen werden müssen: Es sind dies die “typischen” Geriatriepatienten. Diese Minoritätengruppe ist gekennzeichnet durch Polypathie (mehrere Diagnosen), Polymorbidität (mehrere Erkrankungen, meist aus verschiedenen Gesundheitsdimensionen) und Polypharmazie¹⁵ und bedarf spezieller Diagnose- und Therapie-Instrumente.

Die WHO hat 1980 ein Modell vorgelegt, welches die Auswirkungen von Krankheit auf den menschlichen Organismus zu beschreiben gestattet und sich in der Erfassung der Auswirkungen von Polypathie und Polymorbidität als sehr hilfreich erweist: die “International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)”¹⁶; Impairment oder zu deutsch “Schädigung”¹⁷ ist die (medizinische) Folge einer Pathologie auf der Organ- resp. Körperebene. Disability oder “Fähigkeitsstörung” fokussiert die (funktionelle) Krankheitsfolge auf die Person und beschreibt im wesentlichen die (Un-)Fähigkeit zur Ausübung von zweckgerichteten Handlungen. Handicap oder “soziale Beeinträchtigung” resp. “Integrationsstörung” ist zentriert auf die Beschreibung der Krankheitsfolge in Bezug auf das Rollenverhalten der Person in der Gesellschaft¹⁸.

Defizite auf der Disability-Ebene können mit Hilfe des ADL-Konzeptes operationalisiert werden (ADL: Activities of daily living oder zu deutsch Aktivitäten des täglichen Lebens)¹⁹.

Als “Basic Activities of daily living (BADL)” werden jene basalen Aktivitäten des täglichen Lebens bezeichnet, die die Selbständigkeit einer Person, resp. deren Pflegebedarf determinieren: Aktivitäten wie Essen, Baden/sich waschen, Ankleiden, Toilettenbenutzung, Bewegung/Treppen steigen.

Die “instrumental activities of daily living (IADL)” bezeichnen die die Unabhängigkeit resp. den Hilfsbedarf determinierenden Aktivi-

täten des täglichen Lebens wie Einkaufen, Telefonieren, Haushalten, Kochen, Wäsche waschen, Transportmittel benutzen.

Die “advanced activities of daily living (AADL)” schliesslich beschreiben Kompetenzen und Defizite in Bezug auf Selbstgestaltung und soziale Kompetenz.

Die tägliche Erfahrung lehrt, dass ältere Menschen Auswirkungen von krankhaften Prozessen primär in Bezug auf die Disability-Ebene beurteilen; ihr Gesundheitsempfinden ist stark abhängig von der Schwere der Krankheitsauswirkungen auf der Disability-Ebene. (Spital-)Ärzte hingegen sind in ihrem Denken oft sehr Pathologie- und Impairment-zentriert²⁰. Ein Beispiel möge illustrieren, wie relevant diese verschiedenartige Einschätzung von Krankheit durch Patient und Arzt im Alltag ist:

Ein betagter, alleinlebender Patient stürzt spätabends zuhause und wird, da gehunfähig, mittels Ambulanztransport auf eine Notfallstation gebracht: die linke Hüfte schmerzt. Die Problematik wird radiologisch abgeklärt: es finden sich keine knöchernen Läsionen und es wird die ärztliche Diagnose “Hüftkontusion” gestellt. Der Patient wird wieder mittels Ambulanz nach Hause gebracht - es fand sich ja keine “hospitalisationswürdige” Erkrankung (Denk- und Beschreibungsebene der Pathologien!). Wieder zuhause, realisiert der Patient nach einiger Zeit, dass er immer noch gehunfähig und de facto bettlägerig ist: sowohl aufstehen zur Benutzung der Toilette wie auch um etwas zu essen oder trinken (BADL-Items der Disability!) ist nicht möglich. Die Ambulanz muss ihn nach einem telefonischen Hilferuf wieder in stationäre Spitalpflege zurückholen.

Funktions-orientierte Denkmodelle im Zentrum der Geriatrie

Währenddem bei jüngeren Patienten Auswirkungen von akuten Erkrankungen auf der Disability-Ebene in der Regel kompensiert werden können, resp. sich bei adäquater Behandlung der zugrundeliegenden Pathologie ohne spezielle Interventionen restituieren, stellt bei älteren Patienten die Disability-Ebene eine gemeinsame Endstrecke der Auswirkungen von oft sehr verschiedenen Krankheitsprozessen dar. Vorbestehende Pathologien und Impairments interferieren mit einer akquirierten Neuerkrankung speziell gravierend auf der Disability-Ebene. Ein Beispiel mag auch dies illustrieren:

Ein älterer Mensch leidet an einem wenig ausgeprägten Parkinson-Syndrom und an Abnützungserscheinungen mehrerer Gelenke. Sowohl die erste neurologische Erkrankung wie die zweite rheumatologisch-orthopädische Problematik führen zu einer behinderten Gehfähigkeit und damit zu Defiziten auf der Disability-Ebene (ADL's!). Wenn nun ein dritter Krankheitsfaktor diesen Organismus trifft (z.B. ein grippaler, fiebrhafter Infekt mit Muskelschmerzen und Kraftlosigkeit), kann dies genügen, dass die Gehfähigkeit völlig verloren geht und der Mensch bettlägerig wird.

Drei völlig verschiedene Krankheitsprozesse haben sich hier in der gemeinsamen Endstrecke "Geh(un-)fähigkeit" kumuliert und zu einem massiven Verlust an Kompetenzen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (Disabilities!) geführt.

Die im obigen Beispiel massiv kompromittierte Gehfähigkeit kann damit als "Excess-Disability"²¹ bezeichnet werden. Die vorbestehenden zwei chronischen Erkrankungen sind die wesentlichen, gravierenden Grundlagen des in der Folge des grippalen Infektes sich manifestierenden Ausmasses der Disability. Diese (oft versteckten) Grundlagen einer manifesten Disability aufzudecken ist eine der wichtigsten Aufgaben der klinischen Geriatrie und begründet den hohen diagnostischen Aufwand, welcher von Laien oft als unverhältnismässig empfunden wird. Im vorliegenden Beispiel können diese nicht auf Anhieb verstehen, weshalb bei einer "banalen Grippe" rheumatologische (Gelenke!) und neurologische (Parkinson-Krankheit!) Untersuchungen durchgeführt werden - "und dies erst noch bei

einem hochbetagten Menschen!" Aber gerade bei diesem kann die Restitution der Gehfähigkeit absolut lebenslaufentscheidend sein - nämlich in der Frage, ob die letzten Jahre des Lebens im Pflegeheim oder in (relativer) Selbständigkeit zuhause verbracht werden. Therapeutische Interventionen setzen Kenntnisse der zugrundeliegenden Störungen voraus!

Zusammenfassend sind für den durchschnittlichen betagten Menschen und den gesunden Hochbetagten keine speziellen klinisch-geriatrischen Institutionen nötig und vorzusehen. Die moderne Medizin kann, unter der Voraussetzung eines altersgerechten Zugangs ("Geriatrisierung der Disziplinen") die Bedürfnisse dieser Patientengruppe vollständig abdecken.

Die Minorität der Betagten aber, welche mehrere Erkrankungen und chronische Leiden im Laufe ihres Lebens akkumuliert haben und damit besonders von Disabilities bedroht sind, stellt die typische Geriatrie-Population dar; bei dieser Population haben Krankheiten spezielle Charakteristika²² (Tabelle 1).

Tabelle 1: Charakteristika von Krankheit bei geriatrischen Patienten
(mod. n. Grimley Evans 1992)

- Multiple Pathologien in verschiedenen Gesundheitsdimensionen
- Atypische Krankheitspräsentation, oft als Disability
- Rasche Zustandsverschlechterung, wenn nicht behandelt
- Hohe Inzidenz von sekundären Krankheits- resp. Therapie-Komplikationen
- Hoher Bedarf an Rehabilitationsleistung um die Genesung zu fördern
- Hohe Bedeutung von Umweltfaktoren für die Genesung und Rückkehr nach Hause

Für diese spezielle betagte Population mit ihren komplexen Störungen in somatischen, psychischen, sozialen, funktionellen und ökonomischen Dimensionen ist spezialisierte geriatrische Arbeit erforderlich. Die klinische Geriatrie hat Arbeitsmethoden zur Bewältigung dieser Probleme entwickelt: **das multidimensionale geriatrische Assessment und die geriatrische Rehabilitation.**

Multidimensionales geriatrisches Assessment

bedeutet die Erhebung eines standardisierten Satzes von Information aus allen fünf Gesundheitsdimensionen (der somatischen, psychischen, sozialen, funktionellen und ökonomischen) von Patienten mit dem Ziel:

- der Aufdeckung (noch) nicht bekannter Gesundheitsdefizite (Erhöhung der diagnostischen Treffsicherheit)
- der rationalen Behandlungs- und Entlassungsplanung
- der Einschätzung der Patienten-Risiken und Prognosebeurteilung (bezüglich Überleben aber vor allem auch bezüglich funktioneller Gesundheit)
- der Grundlagenbildung für präventivmedizinische Vorkehrungen sowie
- der Parameterbildung für Messung von Outcome und Behandlungsqualität.

Auf die konkreten Inhalte des multidimensionalen geriatrischen Assessments soll hier nicht näher eingegangen werden²³, doch soll die im vorliegenden Kontext wichtige Frage geprüft werden, ob diese elaborierten Assessment-Instrumente auch wirksam sind, d.h. ob mit der Anwendung dieser geriatrischen Testverfahren sich valide Urteile bezüglich Gesundheitszustand, Prognose, Pflege- und Hilfsbedarf der jeweiligen Patienten bilden lassen.

Randomisierte klinische Studien wurden mit dieser Fragestellung durchgeführt. Diese aufwendigen Studien lieferten widersprüchliche Resultate. Es ist dies nicht erstaunlich, da im Kontext von multidisziplinären Assessment- und Rehabilitationsinterventionen komplexe, facettenreiche Massnahmen differenziert beurteilt werden müssen und sich deshalb immer die Frage stellt, ob die beobachtete Ergebnisdifferenz effektiv der Intervention zuzuschreiben ist²⁴. Zwischen der im englischen Sprachgebrauch üblichen Unterscheidung von "efficacy" (Wirksamkeit einer Intervention unter idealen experimentellen Bedingungen) und "effectiveness" (Wirksamkeit unter durchschnittlichen Alltagsbedingungen) können gerade im geriatrischen Kontext Welten liegen: eine Intervention, welche sich in Zürich mit seinen speziellen Gegebenheiten in der Gesundheitsversorgung als wirksam bezüglich bestimmter Outcome-Parameter

(effectiveness) erweist, kann diese Wirksamkeit andernorts vielleicht nicht belegen.

Auf dem Hintergrund dieser Problematik führten Stuck et al.²⁵ eine Meta-Analyse zur Wirksamkeit des geriatrischen Assessments durch. Sie bezogen 28 kontrollierte Studien ein. Die Resultate dieser Meta-Analyse zeigten, dass gewisse Typen von geriatrischem Assessment, d.h. insbesondere jene, welche geriatrische Evaluation (Assessment im engeren Sinne) mit engem langfristigem Management im Sinne von Kontrolle der Empfehlungen und Rehabilitation verbunden haben, einen positiven Effekt auf Mortalität, Lebensort und somatischen und funktionellen Zustand des Patienten zeigten. In dieser Meta-Analyse wurden sowohl Assessment-Studien im Spital-Setting ("inpatient") als auch solche, die geriatrische Assessments bei Patienten zuhause resp. auf ambulanter Basis ("outpatient") durchführten, einbezogen. Eine Meta-Analyse von rein ambuland-durchgeführten Assessment-Studien existiert nicht, doch liegen einige interessante Einzelstudien vor.

Langzeitige Kontrolle von Behandlungsinterventionen scheint am ehesten möglich in HMO (Health Maintenance Organizations) - Settings. Bereits 1990 wurde in einer HMO eine randomisierte Studie zur Wirksamkeit des geriatrischen Assessments bei ambulanten Patienten durchgeführt²⁶. Diese Studie mit limitiertem, 1-jährigem (telefonischem) Follow-Up zeigte keinen Benefit für die Interventionsgruppe (Assessment) in Bezug auf Gesundheitszustand, Mortalität, Pflegeheimweisung oder Hospitalisationshäufigkeit, wenn auch das geriatrische Assessment-Team bei 35% der Patienten bis anhin nicht erkannte gesundheitliche Probleme aufdeckte und Änderungen der Medikation bei 40% der Patienten vorschlug.

Es wurden im Verlaufe der vergangenen Jahre weitere Studien publiziert^{27,28,29,30,31,32,33}. Die letzte bezog sich auf die Wirksamkeit präventiven Assessments bei PatientInnen zu Hause und zeigte, dass das Angebot präventiven Assessments bei PatientInnen ohne Pflegebedarf im Verlauf die Entwicklung von Pflege- und Hilfsbedarf hinauszögern könnte – die Menschen lebten länger behinderungsfrei³⁴.

Geriatrische Rehabilitation

ist Disability- und Handicap-zentriert und zielt primär auf die Restitution der funktionellen Gesundheit und die soziale Reintegration ab; sie unterscheidet sich damit grundsätzlich von eher Impairment-zentrierten Rehabilitationsprogrammen (wie z.B. in neurorehabilitativen oder cardial-rehabilitativen Bereichen), welche primär auf die Restitution einer einzelnen Organfunktion zielen.

Die komplexen multidimensionalen Gesundheitsstörungen der involvierten geriatrischen Patienten können zudem nur in interdisziplinären Teams angegangen werden, was eine besondere Herausforderung an herkömmliche hochdifferenzierte, hierarchische Spitalstrukturen mit einer traditionellen Form der Linienorganisation darstellt^{35,36}.

Gute geriatrische Arbeit

Die hohe Bedeutung der beiden geriatrischen Kernmethoden (multidimensionales geriatrisches Assessment und geriatrische Rehabilitation) wird erkennbar, wenn wir die Standards von guter klinisch-geriatrischer Arbeit betrachten, wie sie vom englischen Geriater Grimley Evans verfasst wurden³⁷ (Tabelle 2).

Tabelle 2: Prinzipien guter geriatrischer Arbeit (mod.n.³⁸)

- Eine betagte Person, welche stürzt, sollte raschen und vollständigen Zugang haben zu Diagnose- und Therapiemöglichkeiten (Bedeutung des Sturzes im geriatrischen Kontext!³⁹)
- Niemandem sollte der Nutzen einer medizinischen Behandlung aufgrund seines Alters verweigert werden
- Die Behandlung sollte der Situation und der Lebensperspektive des Patienten angepasst sein
- Jede Veränderung in der Abhängigkeit eines betagten Patienten sollte zu einer Beurteilung in Bezug auf mögliche therapeutische Interventionen führen, bevor über den Einsatz von Ersatz-Diensten entschieden wird
- Niemand sollte dauerhaft institutionalisiert sein, bis alle möglichen Alternativen durch ein Team von Spezialisten ausgelotet wurden
- Betagte Menschen sollten so weit wie möglich dort gepflegt werden, wo sie es wünschen
- Wohnortsveränderungen sind nach Möglichkeit zu minimieren
- Eine einzige Person sollte für die Koordination der verschiedenen Dienste und für die Kommunikation mit dem Patienten und dessen Angehörigen verantwortlich sein
- Jegliche Intervention sollte klar definierte, realistische und akzeptable Zielsetzungen haben
- Fortschritte in Bezug auf die Zielsetzungen sollten permanent reevaluiert werden
- Die Planung von Interventionen sollten sowohl das Wohlbefinden des Patienten wie auch dasjenige von dessen Angehörigen in Betracht ziehen

Literatur:

- ¹ Auszug aus Grob D. Konzept eines teilstationären geriatrischen Zentrums am Stadtpital Waid, Zürich. Masterarbeit der Universität Bern. Bern 1997
- ² Nascher JL. Geriatrics. Arno Press 1914, New York.
- ³ Gaylord SA., Williams ME. A Brief History of the Development of Geriatric Medicine. JAGS 1994; 42(3): 335-40.
- ⁴ Vgl. Williamson J. The Role of the Physician in Geriatric Medicine in the Ageing Society. Age and Ageing 1994; 23(3): S9-11.
- ⁵ Warren MW. Care of the chronic sick. A Case for treating chronic sick in blocks in a general hospital. Br Med J 1943; 2:822-3.
- ⁶ Cosin L. The Place of the day hospital in geriatric practice. Practitioner 1954; 172:552-7.

- ⁷ Six P. Persönliche Mitteilung
- ⁸ Höpflinger F., Stuckelberger A. Alter und Altersforschung in der Schweiz. Nationales Forschungsprogramm 32: Alter. Seismo Verlag Zürich 1992.
- ⁹ Abelin Th. Schlettwein-Gsell D. Behinderungen und Bedürfnisse Betagter. Schweiz. med. Wschr. 1986; 116: 1524-42.
- ¹⁰ Vgl. Mayer KU. 1996: In der "Berliner Altersstudie", einer ausdehnten Querschnittsuntersuchung an 928 über70-jährigen Menschen beurteilten 29% ihre körperliche Gesundheit global als gut bis sehr gut, 38% als befriedigend, 19% als ausreichend und nur 14% als mangelhaft.
- ¹¹ Tsuji I., Whalen S., Finucane TE. Predictors of Nursing Home Placement in Community-Based Long-Term Care. JAGS 1995; 43: 761-66.
- ¹² Livingston G., Manela M., Katona C. Depression and other psychiatric morbidity in carers of elderly people living at home. Br Med J 1996; 312: 153-6.
- ¹³ Gemeint ist hier eine Erkrankung in einer der fünf WHO-Dimensionen der Gesundheit: der körperlichen, psychischen, sozialen, funktionellen resp. ökonomischen.
- ¹⁴ World Health Organisation. Health of the Elderly. Report of a WHO Expert Committee. WHO Techn Rep Series No. 779, WHO, Geneva 1989.
- ¹⁵ Vgl. Soll und Ist der geriatrischen Rehabilitation - eine Übersicht der Bedarfslagen und Leistungsansätze mit besonderer Berücksichtigung ambulanter und teilstationärer Angebote. In: Aktuelle Entwicklungen in der Rehabilitation am Beispiel neurologischer Behinderungen. Hrsg. v. Voss KD., Blumenthal W. et.al. Universitätsverlag Ulm GmbH. 1995.
- ¹⁶ World Health Organisation: The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps - a manual relating to the consequences of disease. First printing. Geneva: WHO 1980. Deutsche Übersetzung im Verlag Ullstein Mosby GmbH Berlin/Wiesbaden 1995
- ¹⁷ Es werden im Folgenden im Interesse der Präzision der Sprache die englischen Begriffe verwendet, da sich im deutschen Alltags-Sprachgebrauch noch keine einheitliche Übersetzung etabliert hat. Der Begriff "Behinderung" sollte als Überbegriff von Impairments, Disabilities und Handicaps verwendet werden.
- ¹⁸ Das Handicap-Konzept innerhalb der ICDH ist Gegenstand von Diskussionen. Ein Überblick über den Stand der Handicap-Konzepte findet sich bei Badley EM. 1995
- ¹⁹ Katz S., Ford AB, Moskowitz RW. et al. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial functioning. J Amer med Ass 1973; 185: 914-19.
- ²⁰ Palmore E. (Hrsg). Normal Aging I + II. Reports from the Duke longitudinal study. Duke University Press, Durham NC 1970/74 (zit. n. Abelin Th. 1986).
- ²¹ Six P. 1995
- ²² Grimley Evans J. Hospital Services for elderly people. The United Kingdom experience. In: The Oxford Textbook of Geriatric Medicine, Oxford University Press 1992; 703 ff.
- ²³ Übersichten finden sich in Wettstein A. 1997, Reuben DB. 1996 und Grob D. 1997.
- ²⁴ siehe dazu: Schwarz FW., Dörning H. Evaluation von Gesundheitsleistungen. In: Basiswissen der Gesundheitsökonomie, Band 1: Einführende Texte. Andersen, Henke, Graf v.d. Schulenburg (Hrsg). Berlin, Ed. Sigma, 1992
- ²⁵ Stuck EA., Siu AL., Wieland GD. et al. Comprehensive geriatric Assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet 1993; 342: 1032-6.
- ²⁶ Epstein AM., Hall JA., Fretwell M. Consultative Geriatric Assessment for Ambulatory Patients. JAMA 1990; 263(4): 538-44.
- ²⁷ Boulton C., Boulton L., Murphy C. et al. A Controlled Trial of Outpatient Geriatric Evaluation and Management. JAGS 1994; 42: 465-70.
- ²⁸ Burns R. Nichols LO., Graney MJ. et al. Impact of continued geriatric outpatient Management on Health Outcomes of older Veterans. Arch Intern Med 1995; 155: 1313-18.
- ²⁹ Stuck AE., Aronow HU., Steiner A. et al. A Trial of In-Home comprehensive geriatric Assessments for elderly People living in the Community. NEJM 1995; 333(18): 1184-9.
- ³⁰ Silverman M., Musa D., Martin DC. et al. Evaluation of outpatient geriatric Assessment: A randomized multi-site Trial. JAGS 1995; 43: 733-40.
- ³¹ Siu AL., Kravitz RL., Keeler E. et al. Postdischarge geriatric Assessment of hospitalised frail elderly patients. Arch Inter Med 1996; 156: 76-81.
- ³² Toseland RW. O'Donnell JC., Engelhardt JB. et al. Outpatient geriatric evaluation and management. Results of a randomized trial. Medical Care 1996; 34(6): 624-40.
- ³³ Engelhardt JB. Toseland RW., O'Donnell JC. et al. The Effectiveness and Efficiency of outpatient geriatric Evaluation and Management. JAGS 1996; 44: 847-56.
- ³⁴ Büla CJ, Bérod AC, Stuck AE et al: Effectiveness of Preventive In-Home Geriatric Assessment in Well Functioning, Community-Dwelling Older People: Secondary Analysis of a randomised Trial. JAGS 1999; 47: 389-95
- ³⁵ Runge M., Rehfeld G. Geriatrische Rehabilitation im therapeutischen Team. Georg Thieme Verlag Stuttgart New York 1995.
- ³⁶ Grob D. FACE: Entwicklung einer Face auf der Grundlage eines partizipativen MbO. Projektarbeit im Rahmen des Nachdiplomstudiums Management im Gesundheitswesen der Universität Bern. Bern 1997, nicht publiziert.
- ³⁷ ...und an das von Marjorie Warren begründete Gedankengut anknüpft.
- ³⁸ Grimley Evans J. Hospital Services for elderly people. The United Kingdom experience. In: The Oxford Textbook of Geriatric Medicine, Oxford University Press 1992; 703 ff.
- ³⁹ siehe dazu: Grob D. FACE: Entwicklung einer Face auf der Grundlage eines partizipativen MbO. Projektarbeit im Rahmen des Nachdiplomstudiums Management im Gesundheitswesen der Universität Bern. Bern 1997, nicht publiziert.