



Daniel Grob

Das heutige Gesundheitssystem orientiert sich an akut erkrankten Normpatienten. Diese sind jung oder mittleren Alters. Alte und hoch betagte Menschen haben andere medizinische Bedürfnisse. Noch fehlt es an Strukturen und Fachkräften für diese Patienten. Plädoyer für die Akutgeriatrie.

Warum braucht es eine Akutgeriatrie?

Warum braucht es eine Kardiologie, eine Nephrologie, eine Pädiatrie? Auf diese Fragen, würden sie denn überhaupt gestellt, wüssten alle eine Antwort: In diesen medizinischen Fachgebieten wächst das Wissen rasch an, daher braucht es entsprechend ausgebildete Fachleute, spezielle Infrastrukturen – Labors, Maschinen, Technologie – und es müssen spezifische Behandlungsabläufe entwickelt werden. All dies macht Subspezialitäten nötig. Das medizinische Fachgebiet Geriatrie hingegen ist seit Jahrzehnten und bis heute mit der Existenz-Frage konfrontiert: Wieso braucht es eigentlich Geriatrie?

Die Anfänge der Geriatrie

Die Anfänge der Geriatrie reichen an den Beginn des 20. Jh. zurück. Der in Wien geborene Amerikaner J.L. Nascher (1863-1944) prägte den Begriff „Geriatrie“ (Deutsch: „Altersmedizin“) und publizierte 1914 ein erstes Lehrbuch ¹⁾. Zwei Jahre zuvor hatte er die „Society of Geriatri“ in New York gegründet ²⁾. In England fand der Gedanke einer geriatrischen Medizin seinen Anfang mit der Arbeit von Marjorie Warren (1897 – 1960) ³⁾. Sie forderte auf der Grundlage ihrer Erfahrungen, dass kranke, betagte Patienten in spezielle geriatrische Abteilungen aufgenommen werden müssten ⁴⁾. Dies war die Geburtsstunde der geriatrischen Klinik und des multidimensionalen geriatrischen Assessments, einer strukturierten Abklärung bei betagten Patienten/-innen.

In der Schweiz wurde die Geriatrie neben den universitären Strukturen aus rein kommunalen Notwendigkeiten entwickelt; eine Ausnahme bildete Genf. Pioniere waren in den 1950er Jahren u.a. die Ärzte Dr. Jucker in Basel (Markgräflerhof), Prof. Steinmann in Bern (Loryspital) und Dr. Schäfer in Zürich (Stadtpital Waid). Sehr bald folgten die kommunalen Geriatriezentren am Bürgerspital St.Gallen, am Felix Platter-Spital in Basel und am Zieglerhospital in Bern. Diese Gründungen waren Ausdruck einer tatkräftigen, vorausdenkenden und auch grosszügigen



Keine „Normpatienten.“ Hochbetagte benötigen Akutmedizin und Rehabilitation gleichzeitig und haben zehn verschiedene Diagnosen.

Kommunalpolitik. Diese basierte wohl auf den damals höheren Anteil der Betagten an der städtischen Bevölkerung.

Die erste universitäre geriatrische Klinik wurde 1966 unter der Leitung von Prof. Junod in Genf gegründet. Die Universitäten von Genf, Basel und Bern sind bis heute die einzigen drei Schweizer Universitäten, die eigenständige universitäre geriatrische Kliniken betreiben.

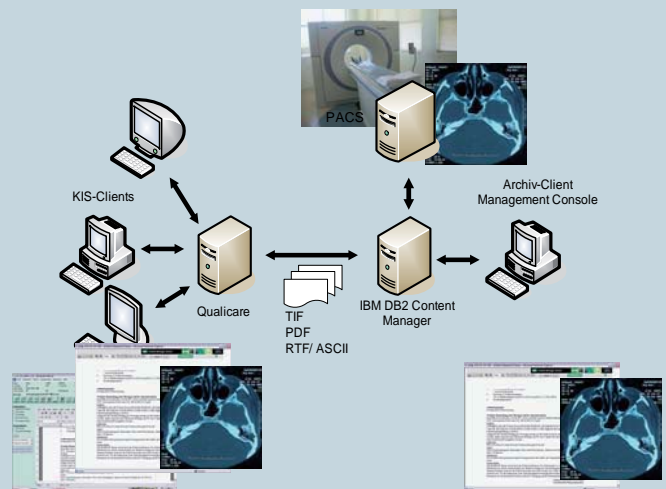
Gesundheitspolitik fördert die Akutgeriatrie

Förderung und Unterstützung erhält die Akutgeriatrie – also die Geriatrie am Akutspital – auch heute noch vor allem von der Gesundheitspolitik, während andere Exponenten im Gesundheitswesen aus verschiedenen Motiven nicht selten immer noch die Existenzfrage – „Wieso braucht es eigentlich Geriatrie?“ – stellen.

Qualicare™ Archiving

Die umfassende Langzeit-Archivierungslösung für die Klinik

- Das Gesetz verlangt eine Archivierung von klinischen Dokumenten von 20 Jahren und länger. Qualidoc hat in Zusammenarbeit mit IBM das Klinikinformationssystem Qualicare™ an den IBM DM2 Content Manager angeschlossen. Damit steht nun erstmals ein effizientes und erprobtes System zur Langzeitarchivierung aller Daten, die in einem Spital anfallen, zur Verfügung.



- Optimale Anbindung von Qualicare an das Archivsystem durch Webservices
- Gesicherte Langzeitarchivierung
- Zukunftssichere Formate
- Für beliebige Datenquellen ausbaubar
- Suche von Dokumenten verschiedener Datenbanken und Applikationen
- Ideal auch für grosse Datenmengen (z.B. für PACS)
- Integriertes Versioning von Dokumenten
- Automatische Verwaltung der Speichermedien

Setzen auch Sie auf Qualicare™ - die innovative Lösung.

Einige Beispiele aus jüngerer Zeit, wie Gesundheitspolitiker Geriatrie fördern:

■ Die Motion Heuberger im Berner Grossen Rat 2002 zur Entwicklung der Geriatrie in Bern war ein wesentlicher Motor zum Aufbau des Berner Lehrstuhles in Geriatrie.

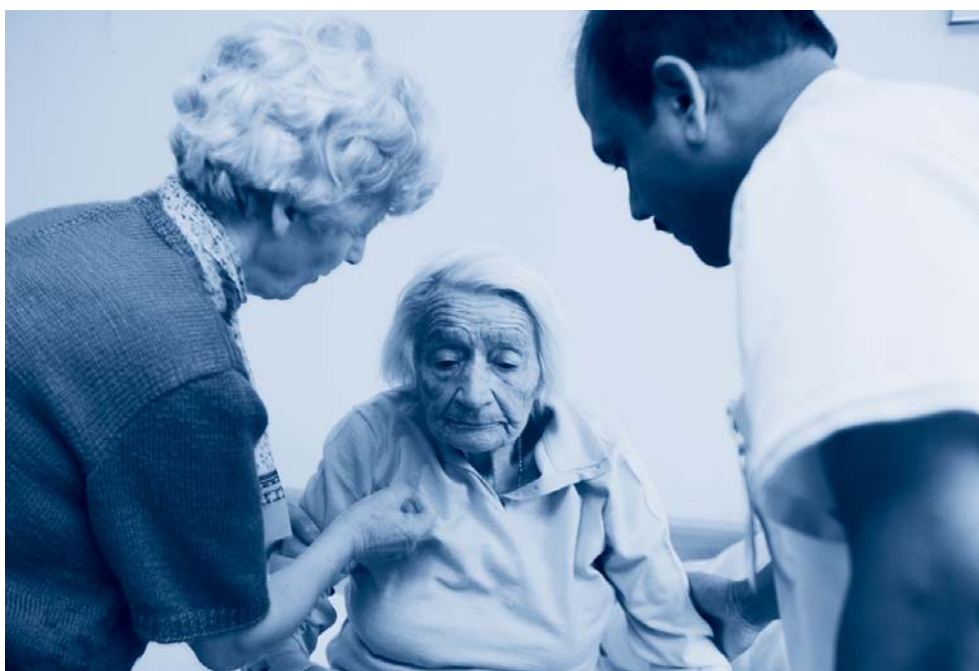
■ Der Planungsbericht B87 des Luzerner Regierungsrates an den Grossrat [W1] über die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern 2005 fordert mit „Priorität A“ den Aufbau eines Geriatriezentrums mit entsprechenden Infrastrukturen und Netzwerken.

■ Die Medienmitteilung des Gesundheitsdepartementes der Stadt Basel vom 8.2.2006 informiert, dass der Bau eines gemeinsamen 300-Betten-Geriatriespitals für beide Basel geprüft werde.

■ Der Bericht der St. Galler Regierung vom 12. April 2005 an den Kantonsrat fordert ein Konzept für stationäre geriatrische Versorgung. Jede der vier Spitalregionen soll eine akutgeriatrische Abteilung mit 20 Betten erhalten.

Geriatric als medizinisches Fachgebiet

Ein medizinisches Fachgebiet ist ein von anderen Fächern abgrenzbares, wissenschaftlich, methodologisch und technisch autonomes Gebiet der Medizin, welches ein bestimmtes Gewicht innerhalb der Medizin aufweisen muss und dessen Existenz einem öffentlichen Interesse entspricht⁵⁾. Ein medizinisches Fachgebiet entspricht somit nie nur einem Pool von Wissen. Es ist vielmehr eine funktionelle Einheit mit definierten Strukturen, Methoden, Prozessen, Vernetzungen und entspringt einem öffentlichen Bedürfnis.



Gebrechliche, betagte Menschen führen das heutige Gesundheitswesen an seine Grenzen.

Die FMH hat im Jahr 2000 Geriatrie als eigenständiges Fachgebiet anerkannt und formal als Schwerpunktweiterbildung definiert, in den Fachgebieten Innere Medizin resp. Allgemeinmedizin. Damit wurde die Geriatrie standes- wie auch gesundheitspolitisch anerkannt.

Geriatrer/-innen in der Schweiz

Geriatrer/-in ist heute, wer sich nach dem Staatsexamen mindestens sieben Jahre weiterbildet. Davon sind zwei Jahre in geriatrischen Kliniken und ein Jahr in einer gerontopsychiatrischen Klinik zu absolvieren.

Aktuell sind in der Schweiz 135 Geriatrer/-innen tätig. Ihre Standesorganisation ist die Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG. Die Nachfrage nach weitergebildeten Geriatrern/-innen übersteigt das Angebot bei weitem.

Der betagte Mensch ist kein Normpatient

Heute wird ein Gesundheitssystem entwickelt und stetig verfeinert, das sich an „idealen“ Norm-Patienten/-innen orientiert: An jüngeren Menschen oder solchen mittleren Alters, die an einer akuten Krankheit leiden oder verunfallt sind. Anhand dieser Patienten-Modelle werden Behandlungspfade von der Intensivstation über das Spitalbett zur Rehabilitationsklinik bis in den Spitex-Bereich konstruiert. Es werden Disease-Management-Programme für einzelne Krankheiten entworfen und Abrechnungsprozeduren über Fallpauschalen konstruiert. Es entstehen

hochspezialisierte Institutionen für spezielle Krankheitsbilder und gleichzeitig wird definiert, wer da Eintritt erhält und wie lange er bleiben darf.

Diese Dienstleistungsmodelle bilden die gesundheitlichen Bedürfnisse hochbetagter, mehrfach kranker, verwirrter Menschen nicht ab: Diese Patienten/-innen benötigen Akutmedizin und gleichzeitig Rehabilitation. Sie haben zehn verschiedene Diagnosen, aber keine „Hauptdiagnose“, leiden an Krankheiten und Unfallfolgen gleichzeitig. Sie fordern nicht Verlängerung des Lebens, sondern Unabhängigkeit und Autonomie in den restlichen Lebensjahren. Sie benötigen für alles mehr Zeit und wollen vor allem eines nicht: In ein Pflegeheim eintreten.

Das heutige Gesundheitswesen passt nicht

So wie man heute selbstredend die Bedürfnisse jüngerer Patienten/-innen wahrnimmt, so führen uns diese gebrechlichen, betagten Menschen mit ihren sehr eigenen gesundheitlichen Bedürfnissen an die Grenzen unseres mit Einfach-Modellen geplanten Gesundheitswesens. Viele Gesundheitspolitiker/-innen haben dies erkannt und fördern den Aufbau und die Entwicklung altersmedizinischer Spezialinstitutionen, d.h. akutgeriatrischer Kliniken und ärztlich professionell geführter, vernetzter Pflegezentren. In Geriatrie-Institutionen können Fachleute mehrfach kranke, hochbetagte Menschen bedürfnisgerechter und effizienter abklären und behandeln. Denn diese Institutionen bieten wissenschaftlich fundierte Methoden – geriatrisches Assessment, integrierte rehabilitative und pflegerische Methoden – an. Ein, nicht zu vernachlässigender, Nebeneffekt: Die normalen akutmedizinischen Abteilungen, durch die komplexe Multidimensionalität und Polymorbidität der betagten Patienten oft – und nicht nur zeitlich – überlastet, werden entlastet.

Akutgeriatrie ist nötig, in Zukunft noch mehr

Geriatrie wird sich wohl in Zukunft rasch entwickeln. Gewisse Kantone haben noch erheblichen Nachholbedarf. Andere, und insbesondere die Städte, können bereits auf jahrzehntelange Erfahrung und etablierte, entwicklungsfähige Strukturen zurückgreifen. Die Zukunft der Akutgeriatrie, d.h. der Geriatrischen Kliniken bzw. Abteilungen in Akutspitälern, hat eben erst begonnen. Es braucht sie in Zukunft dringend. Denn:

■ Die derzeitigen Entwicklungen im Gesundheitswesen laufen den Bedürfnissen kranker oder verunfallter alter, gebrechlicher, polymorbider Menschen zumindest teilweise entgegen. Akutgeriatrische Kliniken können die negativen Auswirkungen dieser Entwicklung auffangen. Sie bieten geeignete Strukturen und Prozesse an, um diese Menschen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich zu behandeln.

■ Die Demografie mit der raschen Zunahme der sehr alten Menschen ruft nach Methoden, um die Selbständigkeit dieser Menschen möglichst lange zu erhalten. Dies ist ein ethisches, aber auch ein ökonomisches Postulat: Bleiben diese Methoden aus, steigen die Kosten der Langzeitpflege wohl weiterhin ungebremst an.

■ Das geriatrisch-medizinische Wissen hat in den letzten zwanzig Jahren exponentiell zugenommen. Dieses Wissen zu pflegen, mit Forschung zu vermehren und mit einer „Geriatrisierung der Medizin“ zu verbreiten ist Aufgabe der akutgeriatrischen Zentren.

■ Für die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten/-innen, Pflegenden und Therapeuten/-innen, die sich auf alte Patienten spezialisieren, sind geriatrische Zentren unabdingbar.

■ Es gilt, ein negatives Altersbild ⁶⁾ zu korrigieren: Junge Ärzte/-innen müssen Gelegenheit erhalten, Geriatrie zu erleben, zu lernen und mit geriatrischen Methoden gebrechliche, verwirrte, polymorbide Patienten/-innen zu behandeln. Sie erkennen erst dank dieser Erfahrung, wie spannend, attraktiv und breit die geriatrische Medizin ist.

■ Regionale geriatrische Netzwerke lassen sich nur mit einem geriatrischen, spitalgestützten „Stammhaus“ verwirklichen: Dieses übernimmt Schnittstellenfunktionen, bildet Fachleute aus, beteiligt sich an Forschungsprojekten und engagiert sich regional gesundheitspolitisch.

Info

Daniel Grob, Chefarzt Klinik für Akutgeriatrie im Zürcher Stadtspital Waid, Präsident Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG, Tüschstrasse 99, 8037 Zürich; Tel. 044 366 21 85, Mail daniel.grob@waid.stzh.ch, www.akutgeriatrie.ch

Literatur

- 1) Nascher JL. *Geriatrics*. Arno Press 1914, New York.
- 2) Gaylord SA., Williams ME. A Brief History of the Development of Geriatric Medicine. *JAGS* 1994; 42(3): 335-40.
- 3) Williamson J. *The Role of the Physician in Geriatric Medicine in the Ageing Society*. *Age and Ageing* 1994; 23(3): S9-11.
- 4) 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.
- 5) FMH *Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte; Weiterbildungsordnung 2003*, Art. 14. www.fmh.ch
- 6) Nientit C. *Notstand in der Altersmedizin*. In: *Sonntagszeitung* vom 23.7.2006, Seite 59

Wie beurteilen Sie das Arbeitsklima in Ihrem Team?

Eine von 39 Standardfragen unserer Mitarbeiterbefragung. **Befragungen bei Patienten*, Zuweisern, Mitarbeitern und Spitex-Kunden** *Instrument anerkannt von H+/sas



Institut für Meinungs- und Sozialforschung
Postfach, 8853 Lachen
Telefon 055/462 28 14, www.npoplus.ch