



Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie
Société Professionnelle Suisse de Gériatrie
Società Professionale Svizzera di Geriatria

Profil der Geriatrie in der Schweiz

Teil 1. Grundlagen und Konzepte altersmedizinischer Arbeit

9. November 2006

Inhaltsverzeichnis

1.	EINLEITUNG	5
2.	DEFINITIONEN UND KONZEPTE DER GERIATRIE	6
2.1	DEFINITIONEN	6
2.2	DIE GERIATERIN/DER GERIATER	6
2.3	ZIELE DER BETREUUNG	7
2.4	ETHISCHE PRINZIPIEN	8
2.5.	ARBEITSMETHODEN, ORGANISATION UND BETREUUNGSGRUNDSÄTZE	9
2.5.1.	<i>Arbeitsmethode geriatrisches Assessment</i>	9
2.5.2.	<i>Interdisziplinäre Teamarbeit</i>	10
2.5.3.	<i>Organisatorische Aspekte</i>	10
2.5.3.1.	<i>Kulturelle Verschiedenheiten – regionale bzw. kantonale Eigenheiten</i>	10
2.5.3.2.	<i>Integration der spezifischen geriatrischen Betreuungsstrukturen</i>	10
2.5.3.3.	<i>Koordination und Information</i>	11
2.5.3.4.	<i>Medizinisch ärztliche Versorgung</i>	11
2.5.4.	<i>Grundsätze der Betreuung alter Menschen</i>	11
3.	GERIATRISCHE STRUKTUREN UND PROZESSE	12
3.1.	GRUNDLAGEN	12
3.2.	STATIONÄRE AKUTGERIATRIE	12
3.3.	GERIATRISCHE REHABILITATION	12
3.3.1.	<i>Allgemeines</i>	12
3.3.2.	<i>Stationäre geriatrische Rehabilitation</i>	13
3.4.	Übergangsbetreuung	13
3.5.	STATIONÄRE LANGZEITBETREUUNG	14
3.6.	PALLIATIVE BETREUUNG	15
3.7.	GERONTOPSYCHIATRISCHE BETREUUNG	15
3.8.	PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG	16
3.9.	GERIATRIE IM AMBULANTEN BEREICH	16
3.9.1.	<i>Geriatric im Hausarzt- / Spitexbereich</i>	16
3.9.2.	<i>Memory Klinik</i>	16
3.9.3.	<i>Sturz-Klinik</i>	16
3.9.4.	<i>Inkontinenz-Klinik</i>	18
3.9.5.	<i>Tagesklinik</i>	18
3.9.6.	<i>Entlastungsaufenthalte, Tagespflegeplätze, Überbrückungsaufenthalte</i>	18

Vorwort

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 demografischen Alterung der Bevölkerung - im Aufbau begriffen; es existiert aber in Kantonen und Gemeinden eine grosse Verschiedenheit geriatrischer Institutionen, die über viele Jahrzehnte gemeindenahе gewachsen sind.

Geriatrie ist ein medizinisches Fachgebiet: Die Weltgesundheits-Organisation 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 geriatrischen 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 (AltersmedizinerInnen) in der Schweiz - mit diesem Papier ein Profil der Geriatrie vor. Es soll allen am Aufbau geriatrischer Strukturen Beteiligten eine Hilfe sein. Es widerspiegelt naturgemäss die Sichtweise der Geriaterinnen und Geriater, die sich, oft seit Jahrzehnten, mit der Betreuung alter Menschen beschäftigten.

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 geriatrischer 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. Christophe Büla, Epalinges, Dr. Ruedi Gilgen, Zürich, Dr. Kurt Müller, Schaffhausen und Dr. Philippe Huber, Genève). Weiterhin massgeblich beteiligt waren Dr. Charles Chappuis, Bern, Dr. Franco Tanzi, Lugano, Dr. Regula Schmitt-Mannhart, Bern, PD. Dr. Albert Wettstein, Zürich und Dr. Gilbert Zulian, Genf. Wertvolle Anregungen verdanken wir auch Prof. Andreas Stuck, Bern.

Ein besonderer Dank verdient Frau Pia Graf-Vögeli, welche das Sekretariat der SFGG führt und Koordinations- wie auch inhaltliche und Übersetzungsarbeiten übernahm.

Die Schweiz. Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG nimmt Anregungen gerne entgegen und steht jederzeit gerne beratend zu Seite.

Daniel Grob, Präsident SFGG 2005/06

1. Einleitung

Die Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG ist die Berufsorganisation der Geriaterinnen und Geriater (AltersmedizinerInnen) in der Schweiz.

Sie wurde im Jahre 2000 gegründet, nachdem die schweizerische Ärztesgesellschaft FMH die Facharzt-Weiterbildung zum Geriater/Geriaterin etablierte.

Geriatrie wird im Kontext der FMH betrachtet als Schwerpunktweiterbildung:

GeriaterInnen sind AllgemeinmedizinerInnen oder InternistenInnen, welche über eine insgesamt mind 7-jährige Weiterbildung verfügen, wovon drei Jahre in Geriatrie und Gerontopsychiatrie zu absolvieren sind.

Historisch gesehen kam die Etablierung dieses Weiterbildungs-Schwerpunktes in der Schweiz – im Vergleich mit andern europäischen Ländern – relativ spät. Motor der Entwicklung war die absehbare demografische Alterung und der damit verbundenen prognostizierte Anstieg der Zahl der älteren Bevölkerung und des Bedarf an fachärztlicher Versorgung und spezifischer Pflege und Therapie¹.

Es wird erwartet, dass die Anzahl der über 80-jährigen 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 80-Jährigen leben in Alters- und Pflegeheimen, bei den 85-Jährigen sind es bereits 20% und bei den 90-jährigen 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, welche 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.

¹ Zum aktuellen Stand der Geriatrie in der Schweiz siehe: Schoenenberger A, Stuck AE. Health care for older persons in Switzerland: a country profile. J Am Geriatr Soc 2006;54:986-990

Die Geriatrie als umfassende Medizin der alten und insbesondere hochbetagten Menschen sieht ihre Kernaufgabe darin, alte Menschen durch geeignete Behandlung zu befähigen, möglichst lange selbstständig zu leben. Dies nicht nur aus gesamtwirtschaftlichen Gründen, sondern insbesondere auch, weil es dem Willen eines überwiegenden Teils der älteren Bevölkerung entspricht („Autonomie-Primat“). 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).

Geriatrie 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 resp. Allgemeinmedizin mit einer mindestens dreijährigen Weiterbildung in Geriatrie und (Geronto-)psychiatrie und bestandener geriatrischer Fachprüfung.

Er besitzt spezifisches Wissen, spezifische Fertigkeiten und Haltungen²; dazu gehören:

- Berücksichtigung der Tatsache, dass Krankheiten im Alter oft multipel, komplex und chronisch auftreten und sich gegenseitig beeinflussen.

² Weiterbildungsprogramm zum Facharzt für Innere Medizin resp. Allgemeinmedizin, speziell Geriatrie. www.fmh.ch

- Kenntnis altersabhängiger Faktoren mit Einfluss auf Gesundheit und Krankheit, Körper und Seele, insbesondere veränderter Symptome und Reaktionen und eingeschränkter Reserven der Organsysteme³
- Kenntnis von Problemen und Folgen der Multimorbidität (gleichzeitiges Vorliegen mehrerer Krankheiten resp. 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
- 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.

3 Sog. Gebrechlichkeits- (Frailty-)Konzept. Siehe dazu beispielhaft Fisher AL. Just what defines Frailty? J Americ Geriatric Soc 53; 2229-30, 2005

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, welche mit zunehmendem Alter häufig wird und das Gleichgewicht zwischen den abhängigen und unabhängigen Seiten bei einem Menschen stören, 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 Schweiz. Akademie der med. Wissenschaften⁴):

- 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 subjektiver Lebensqualität erfolgen; dazu sind verbindliche Entscheidungsverfahren und Strukturen notwendig⁵.

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 PatientInnenverfügung siehe die Richtlinien der schweizerischen Akademie der med. Wissenschaften – Recht auf Selbstbestimmung⁶.)

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. Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung (2005). www.samw.ch

- 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 werden⁷.
- Suizidbeihilfe 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.⁸

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 PatientInnen angepasst. Geriatrisches Assessment ist, um wirksam zu sein, damit immer verknüpft mit Behandlungsplanung: (GEM: geriatric evaluation and management).^{9 10}

7 Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften. Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen (2004). www.samw.ch

8 Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften. Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende (2004). www.samw.ch

9 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:

Rubenstein LZ, Stuck AE. Multidimensional Geriatric Assessment. In: Principles and Practice of Geriatric Medicine, 4th ed. Hrsg.: Pathy MSJ, Sinclair AJ, Morley JE. John Wiley & Sons, Ltd 2006:1543-1552
Ellis G, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. Br Med Bull. 2005; 71:43-57.

Stuck AE, Siu AL, Wieland GD et al. Comprehensive geriatric assessment: meta-analysis of controlled trials. The Lancet 1993; 342: 1032-6

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

Campion ED Specialised Care for Elderly Patients: Improvement in quality of life without increase in costs. N Engl J Med 2002; 346(12): 874

10 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.

Das umfassende geriatrische Assessment ist die wichtigste geriatrische Arbeitsmethode. Sowohl die ganzheitliche Betrachtung des PatientInnen 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 PatientInnen 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 (Geriatrie, Pflege, Sozialarbeit, Physio- und Ergotherapie, Seelsorge, Psychologie, Psychiatrie u.a.) 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 (beispielsweise 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 Geriatrie-Institutionen erfolgt durch eine/n Spezialisten/in mit Schwerpunktweiterbildung FMH in Geriatrie. Die meisten der GeriaterInnen 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- resp. 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 resp. Langzeit-Betreuung (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 Schweiz. Akademie der Med. Wissenschaften zur Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen¹¹, welche sich an AerztInnen, Pflegende und TherapeutInnen richten, wird u.a. eingegangen auf Grundsätze zur Betreuung älterer,

11 Schweiz. Akademie der Med. Wissenschaften. Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen. SAMW 2004. www.samw.ch

pflegebedürftiger Menschen. 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 Kap. 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 GeriaterIn hat die Führung des therapeutischen Teams als eine seiner Hauptaufgaben. Teammitglieder kommen aus den Berufsgruppen der Pflegefachleute, SozialarbeiterInnen, TherapeutInnen (Physio- Ergo- und Aktivierungstherapie, Logopädie), allenfalls PsychologInnen, Seelsorgende, ErnährungsberaterInnen sowie weitere Fachleute. Konsiliarisch werden bei Bedarf AerztInnen 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 PatientInnen 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

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

Im Hinblick auf die involvierten, meist hochbetagten und gebrechlichen PatientInnen 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 Rehabilitations-Pflege arbeiten vernetzt und eng zusammen. Stufen des Rehabilitations-Prozesses 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 Rehabilitations-Programme z.B. bei Apoplexie oder bei Hüftfrakturen.

Die oben erwähnten Prinzipien gelten für alle Altersgruppen; bei der geriatrischen Rehabilitation ist den PatientInnen eine ihren Defiziten und Ressourcen angemessene Zeitdauer einzuräumen, begründet durch die verminderten Funktionsreserven und die reduzierte Belastbarkeit dieser PatientInnengruppe.

3.3.2. Stationäre geriatrische Rehabilitation

Die geriatrische Rehabilitation i.e.S. 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 geriatrische PatientInnen, 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 PatientInnen) eine kurzfristige und zeitlich begrenzte Alternative zur Hospitalisation dar, wobei die geriatrische Pflege, die psychosoziale Behandlung 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 Notfall-Hospitalisation zu verhindern oder die oft weiterhin bestehende oder neu entstandene psychosoziale Belastungssituation (mit wiederholt drohender Dekompensation des sozialen Netzes) aufzufangen. Der PatientInnen- 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 Langzeitbetreuung¹²

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 Schweiz. Akademie der medizinischen Wissenschaften die Durchführung eines multidimensionalen geriatrischen Assessment¹³

Ziel der Langzeit-Geriatrie 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.

¹² Im französischen Sprachraum sind damit *etablissement de long séjour* und *etablissement medico-social* gemeint

¹³ Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften. Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen (2004). www.samw.ch.

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 verstanden¹⁴. Ihr Ziel ist es, den PatientInnen und ihren Angehörigen eine möglichst gute Lebensqualität zu ermöglichen. Dabei sollen körperlich belastende Symptome optimal gelindert und entsprechend den Wünschen der PatientInnen, auch soziale, seelisch-geistige und religiös-spirituelle Aspekte berücksichtigt werden. 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 PatientInnen 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 GerontopsychiaterInnen konsiliarisch zurückgreifen resp. einzelne PatientInnen in deren Betreuung übergeben¹⁵. Ziel der gerontopsychiatrischen Betreuung ist es, nach erfolgtem Assessment die Wiederherstellung oder Besserung der seelischen Gesundheit im Rahmen der meist vorliegenden Multimorbidität und der kontext-bedingten sozialen Situation. Ebenso sind Information, Beratung und soziale Unterstützung wichtige Elemente einer angemessenen Problemlösung. Gerade beim Geriatrie-PatientInnen sind die Erfahrung abnehmender Kräfte und funktioneller Einschränkungen („frailty“) und von gehäuften Verlusten Ursachen schwerer psychischer Probleme.

14 siehe dazu: Schweiz. Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Palliative Care. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen. SAMW 2006. www.samw.ch

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

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 aufrecht zu erhalten oder zu verbessern. Sie beugen dem Auftreten neuer Erkrankungen vor sowie den Auswirkungen dieser Erkrankungen auf funktionelle Fähigkeiten (Aktivitäten) und Partizipation in 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 angezeigt¹⁶

Eine zunehmend wichtige, evidenzbegründete Aufgabe ist die präventive Verminderung von Pflegebedürftigkeit im Alter, dies in enger Zusammenarbeit mit den HausärztInnen und Spitexorganisationen (Präventive Hausbesuchsprogramme¹⁷).

3.9. Geriatrie im ambulanten Bereich

Geriatrinnen und Geriater sind heute in folgenden ambulanten Einrichtungen tätig:

3.9.1. Geriatrie im Hausarzt- / Spitexbereich

GeriatrInnen 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 PatientInnen mit Hirnleistungsstörungen bzw. Demenzsymptomen. Die Beratung betrifft selbstverständlich auch die Angehörigen. Dabei werden den psychischen und Verhaltens-Störungen spezielle Beachtung geschenkt, aber auch weiterführende Hilfestellungen bzw. Entlastungsangebote thematisiert (Temporäraufenthalte, Selbsthilfegruppe für Angehörige, Spitex-Dienste usw.).

3.9.3. Sturz-Klinik

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. Inkontinenz-Klinik

Abklärung und Behandlung der Urininkontinenz, gegebenenfalls unter Zuhilfenahme der Gynäkologie und Urologie mit deren apparativen Untersuchungen. Inkontinenzberatung, Hilfsmittlempfehlung 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/der geriatrischen PatientInnen 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 resp. –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 resp. Beratung erhalten und gefördert werden.

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.

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 geriatrisch interessierter Ärzte (=assoziierte Mitglieder). Sie wurde 1992 unter dem Dach der SGG-SSG gegründet und ist seit dem 1.1.2003 ein unabhängiger Verein mit eigenen Statuten.

www.sfgg.ch