

Die Geriatrieklinik im Zentrum des altersmedizinischen Dienstleistungsnetzes

Alte Menschen haben im Krankheitsfall besondere Bedürfnisse. Daraus ergeben sich spezifische Anforderungen an die Anbieter stationärer, halbstationärer und ambulanter altersmedizinischer Dienstleistungen.

Irene Bopp-Kistler¹, Manfred Hafner, Brigitte Rügger-Frey

Altersmedizin (Geriatrie) ist nicht denkbar ohne Vernetzung, und zwar in verschiedenster Hinsicht: Im Zentrum steht immer der betagte kranke Mensch, der Alterspatient². Um ihn herum besteht ein Netz von altersmedizinischen Angeboten ambulanter, halbambulanter (Tagesspital, Nachtambulanz) und stationärer altersmedizinischer Einrichtungen, von denen er nur dann profitieren kann, wenn sie für ihn zugänglich sind. Die Angebote müssen aber auch untereinander vernetzt sein. Und schliesslich befindet sich der Alterspatient auch noch in einem komplexen Netz familiärer und sozialer Strukturen.

Die Altersmedizin unterscheidet sich ganz wesentlich von der klassischen Medizin, indem sie primär vernetzt denkt und plant. Interdisziplinarität,

sowohl institutionsintern wie auch bereichsübergreifend, steht im Mittelpunkt des geriatrischen Denkens. «Geriatrics is team-work» bedeutet somit, dass Geriatrie ohne Interdisziplinarität und vernetztes Denken absolut undenkbar ist. Dazu braucht es moderne geriatrische Versorgungsstrukturen; diese werden künftig für die betroffenen Patienten, aber auch für die praktizierenden Ärzte, für die Spitalplanungs-Verantwortlichen, für die Krankenversicherer und für die Gemeinden ein immer grösseres Gewicht erhalten [2].

Besonderheiten des Alterspatienten

Im Zentrum der Altersmedizin steht immer der Alterspatient. Er zeichnet sich durch die folgenden Eigenheiten aus:

- Der geriatrische Patient ist krank – typischerweise akut krank. Sein Körper ist Alterungsprozessen ausgesetzt; zusätzlich leidet er oft an chronischen Krankheiten.
- Der geriatrische Patient ist mehrdimensional krank – seine Krankheiten umfassen mehrere Gesundheitsbeziehungswise Krankheitsdimensionen (körperliche, psychische, soziale, funktionelle und ökonomische Dimensionen).
- Der geriatrische Patient hat einen grossen Rehabilitationsbedarf, und zwar ab dem ersten Hospitalisationstag.
- Die Krankheitspräsentationen des geriatrischen Patienten sind oft (fast typischerweise!) atypisch.
- Die Kompensationsfähigkeiten des alten Menschen sind begrenzt. Umweltfaktoren sowie die Strukturen des sozialen Systems sind kritisch.



Irene Bopp-Kistler

Stationäre akutgeriatrische Strukturen

Spezifische Anforderungen an altersmedizinische Dienstleistungsstrukturen ergeben sich aus den oben beschriebenen typischen Charakteristika des Alterspatienten.

Die *Tabelle 1* gibt eine Übersicht über die Anforderungen an die moderne geriatrische Klinik. Im Zent-

«Eine geriatrische Klinik gehört nicht auf die grüne Wiese, sondern mitten in den Lebensmittelpunkt des betagten Menschen.»

rum der Abklärung steht bei geriatrischen Patienten das so genannte multidimensionale Assessment, das heisst eine breite Abklärung, die alle Dimensionen der Gesundheit umfasst. Dabei muss auch das soziale

¹ Dieser Artikel ist eine von Irene Bopp-Kistler verfasste Kurzversion eines Originalartikels von Irene Bopp-Kistler, Manfred Hafner und Brigitte Rügger-Frey aus dem Buch «Der alte Mensch im Spital – Altersmedizin im Brennpunkt» [1]

² Aus stilistischen Gründen wird im folgenden Text die männliche Form verwendet. Weibliche Personen sind generell mitgemeint.

Tabelle 1:
Anforderungen an die moderne Geriatrieklinik

- Geriatriegerechte Assessment-Methodik als Kernkompetenz geriatrischer Arbeit
- Rascher und direkter Zugang der Patienten zu akutmedizinischen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten
- Hoher Stellenwert rehabilitativer Arbeit
- Hoher Stellenwert der Team-Interaktionen (Geriatrics is **team-work!**)
- Spitalintern **klinikübergreifende Vernetzung**
- Einbezug des **sozialen Umfeldes**
- **Vernetzung mit spitalexternen Diensten**
- **Wohnortnähe**
- Bedarfsgerechte, **flexible Angebote**

Die Schnittstellenprobleme sind gerade für die Geriatrieklinik eine Herausforderung. Es beginnt bereits beim Spitaleintritt: Ideal wäre eine geriatriegerechte Triagierung auf der Notfallstation nach dem Modell der «integrated medical care», wo Akutmediziner und Geriater auf der Notfallstation eng zusammenarbeiten [4]. Wenn dieses Modell nicht praktikierbar ist, muss die Triagierung zu

«Der Aufenthalt im Akutspital kann durch halbambulante Strukturen verkürzt werden.»

Umfeld einbezogen und die Vernetzung mit spitalexternen Diensten sichergestellt werden. Dies ist nur zu schaffen, wenn sich die akutgeriatrischen Dienstleistungsstrukturen in Wohnortnähe befinden. Eine geriatrische Klinik gehört also nicht auf die «grüne Wiese», sondern mitten in den Lebensmittelpunkt des betagten Menschen. Für den Abklärungs- und Behandlungsprozess sind die Geriater auf

eine berufsübergreifende Vernetzung mit anderen Diensten der Klinik angewiesen (siehe *Abbildung*). Weiterreichende und bereichsübergreifende Entscheide werden in multidisziplinären Treffen («Interdisziplinäre Rapporte») oder in projektbezogenen Sitzungen erarbeitet. Eine klinik- und sektorenübergreifende Vernetzung mit den ambulanten und halbambulantem Diensten und den Hausärzten ist unabdingbar [3].

einem späteren Zeitpunkt stattfinden, was aber mit einer Verlegung des Patienten innerhalb des Spitals verbunden ist. Ein optimaler Patientenzufluss kann auch durch eine Triagierung in der ambulanten geriatrischen Sprechstunde sichergestellt werden.

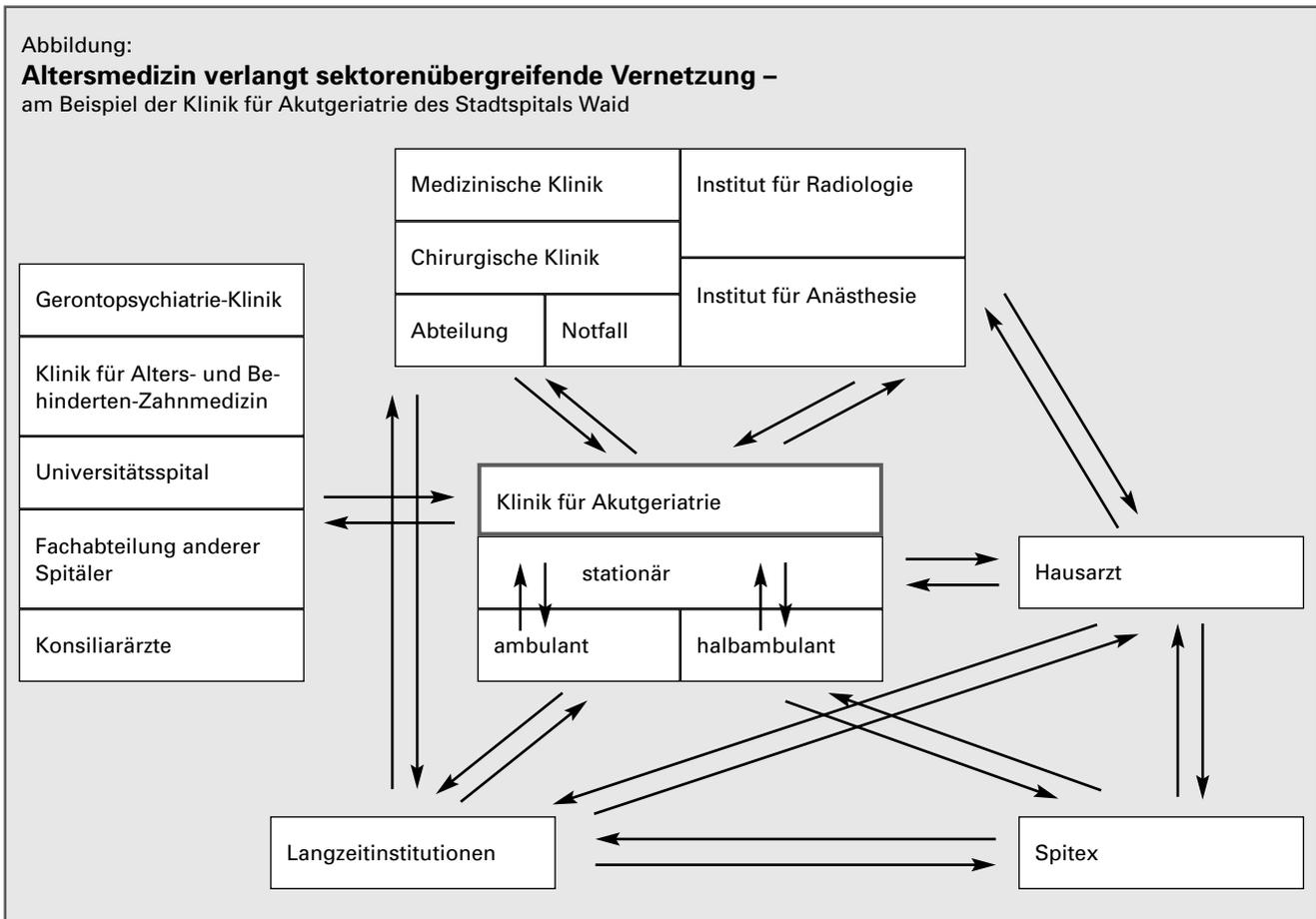


Tabelle 2:

Anforderungen an halbambulante und ambulante geriatrische Strukturen

Das halbambulante und ambulante geriatrische Angebot sollte die folgenden Möglichkeiten bieten:

- Möglichkeit zum ambulanten geriatrischen Assessment
- Möglichkeit zur Abklärung und Behandlung der häufigen geriatrischen Syndrome (Stichworte: Sturzambulanz, Memory-Klinik, geriatrische Inkontinenzsprechstunde, allgemeine geriatrische Sprechstunde)
- Vernetzung der verschiedenen bewährten spitalgestützten Strukturen (Übergangspflegedienst, Übergangspflegestation, Tagesspital und Nachtambulanz) mit ambulanten Strukturen
- Angebot rehabilitativer Massnahmen im engeren Sinne, vorzugsweise als Gruppenangebote (kosteneffektiv, geriatrisch sinnvoll)
- Erweiterung der Gruppenangebote durch Einzeltherapien (z.B. durch den psychologischen Dienst)
- Angebote für Angehörige, sowohl individuell wie auch in Gruppen
- Angebot eines mobilen Dienstes, welcher die stark behinderten geriatrischen Patienten auch zu Hause besuchen, abklären und behandeln kann

Teilstationäre und ambulante geriatrische Strukturen

Spitalgestützte teilstationäre (halbambulante) und ambulante Strukturen haben für die Altersmedizin einen hohen Stellenwert: Der Aufenthalt im Akutspital kann durch halbambulante Strukturen verkürzt werden – dies ist heute ein gesundheitspolitischer Imperativ. Ambulante geriatrische Strukturen (z.B. Sturzambulanz, Memory-Klinik u.a.) können zudem das Risiko von Hos-

«Ideal wäre eine
geriatriegerechte
Triagierung auf der
Notfallstation, indem
Akutmediziner und
Geriatrer eng
zusammenarbeiten.»

pitalisationen (beispielsweise des allseits nicht beliebten «Pflegerotfalls») und von frühzeitigen Institutionalisierungen vermindern. Eine ambulante interdisziplinäre Abklärung und Therapieeinleitung (GEM: geriatric evaluation and management) kann die Lebensqualität, das Wohlbefinden und die soziale Kompetenz älterer Patienten ohne Kostensteigerung verbessern [5].

Eine rehabilitativ ausgerichtete Geriatrie hat die Pflicht und bietet die Chance zu Innovation. Es müssen neue Modelle (auch neue Finanzierungsmodelle) entwickelt werden [6, 7].

Die Anforderungen an halbambulante und ambulante geriatrische Strukturen sind in *Tabelle 2* zusammengefasst.

Akutgeriatrie und Langzeitpflege

Bei Alterspatienten muss regelmässig überprüft werden, ob eine medizinische Intervention indiziert ist – zum Beispiel mittels einer Abklärung oder Standortbestimmung in einer geriatrischen Akutambulanz. Diese Forderung gilt speziell auch für Alterspatienten in Langzeitpflegeinstitutionen. Allerdings ist die Situation dieser Institutionen heute alles andere als einfach: Im Gegensatz zu früher treten heute die meisten Patienten nicht mehr von zu Hause aus ins Krankenhaus ein, sondern von einer Akutambulanz aus. Die Patienten müssen das Spital immer früher verlassen; auf breite medizinisch-pflegerische sowie soziale Abklärungen und auf Rehabilitationsmassnahmen wird dabei immer häufiger verzichtet. Diese Aufgaben müssen nun vom Heim übernommen werden. Dies bewirkt, dass das Krankenhaus mehr und mehr die Funktion eines

«Ersatzspitals» übernehmen muss – bei gleich bleibender Infrastruktur. Unter diesen Umständen ist es für die Krankenhäuser sehr schwierig, intern diejenigen Patienten zu identifizieren, die von einer Abklärung und Behandlung in einer geriatrischen Klinik profitieren würden. Eine enge Zusammenarbeit mit einer akutgeriatrischen Klinik erleichtert die Situation.

Allgemein kann festgehalten werden: Die Qualität der Betreuung der Alterspatienten ist genau so gut oder schlecht wie die Qualität der interdisziplinären und institutionsübergreifenden Kommunikation aller in der Geriatrie engagierten Mitarbeitenden. ■

Autorin:

Dr. med. Irene Bopp-Kistler

Innere Medizin,

spez. Geriatrie FMH

Ärztliche Leitung ambulante Dienste

Klinik für Akutgeriatrie

Stadtspital Waid

Tièchestrasse 99

8037 Zürich

E-Mail: irene.bopp@waid.stzh.ch

Bibliographie:

1. Carigiet E., Grob D. (Hrsg.): Der alte Mensch im Spital – Altersmedizin im Brennpunkt. Eigenverlag des Gesundheits- und Umweltdepartementes der Stadt Zürich, 2003 (ISBN 3-00-011048-8; Online-Bestellung unter: www.stzh.ch).
2. Bapst L.: Die Finanzierung und Steuerung der Spitäler und ihre Auswirkung auf die alten Menschen. In: E. Carigiet, D. Grob: Der alte Mensch im Spital – Altersmedizin im Brennpunkt. Eigenverlag des Gesundheits- und Umweltdepartementes der Stadt Zürich, 2003, 83–97.
3. Lübke N.: Zuweisungssteuerung und Management in der Geriatrie und geriatrischen Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung von Fallpauschalen bzw. diagnosis-related groups. Z Gerontol Geriat 2001; 34: Suppl 1: 63–69.
4. Onafowokan A.: Age-related Geriatric Medicine or Integrated Medical Care? (Editorial). Age and Aging 1999; 28: 245–247.
5. Burns R., Nichol L.O., Martindale-Adams J. et al.: Interdisciplinary Geriatric Primary Care Evaluation and Management: Two-Year Outcomes. JAGS 2000; 48: 8–13.
6. Cohen H., Feussner J., Weinberger M. et al.: Controlled Trial of Inpatient and Outpatient Geriatric Evaluation and Management. N Eng J Med 2002; 346: 905–912.
7. Fuhrmann R.: Übersicht über Versorgungsstrukturen der klinischen und rehabilitativen Geriatrie und ihre Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland. Z Gerontol Geriat 2001; 34: Suppl. 1: 16–20.