



GERIATRIE

Soweit in diesem Kontext personenbezogene Bezeichnungen nur in weiblicher oder nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich generell auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Für den Inhalt verantwortlich: *Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger,
A-1031 Wien, Kundmanngasse 21, Tel. +43.171132-3616,
e-mail: ewg@hvb.sozvers.at*

1 Inhaltsverzeichnis

1	Inhaltsverzeichnis	2
2	Fragestellung	3
3	Kurzbericht	4
4	Methodik	5
5	Geriatric	6
5.1	Geriatric – Gesellschaftspolitische Entwicklung	6
5.2	Geriatric – Definition	7
5.3	Das geriatric Assessment	8
5.4	Geriatric - Rück- und Ausblick	9
5.5	Geriatric – ein „junges“ Fach in Österreich	10
5.6	„Gesundes Altern“	11
5.6.1	Altern – medizinische Besonderheiten	13
5.6.2	Altern – epidemiologische Besonderheiten	13
5.6.3	Ursache des Alterns: Zwei Theorien	14
5.7	Health in all policies	16
5.8	Geriatric im In- und Ausland	20
5.8.1	Benchmarking der Geriatric in Österreich	23
5.8.2	Multidisziplinäre Versorgungsmodelle	23
5.9	Unterschiedliche Situationen in Europa	24
5.10	Ausbildungsmöglichkeiten in Österreich	26
5.11	Über die Grenze: Die Robert Bosch Stiftung	32
6	Zusammenfassung	34
7	Weiterführende Links	35
8	Referenzen	36

2 Fragestellung

Geriatric - ein eigenes Fach? Aufgrund der Diskussionen über die Einrichtung eines Additiv-Facharztes für Geriatric ist ein zusammenfassender Überblick zu erarbeiten.

3 Kurzbericht

Die Etablierung der geriatrischen Medizin stellt sich im Ganzen noch inhomogen dar. Unterschiedliche Formen der Realisierung geriatrischer Abteilungen und geriatrischer Kliniken haben sich herausgebildet, die sich durch strukturelle und materielle Gegebenheiten unterscheiden. Dies gilt auch für die unterschiedlichen Möglichkeiten nationaler geriatrischer Ausbildung. Im Gegensatz zu etablierten medizinischen Teilgebieten fehlen in der Geriatrie die üblichen strukturellen Hierarchiestufen von Standard-, Schwerpunkt und universitärer Versorgung. Für viele Ärzte resultieren daraus fehlende Perspektiven für eine professionelle Entwicklung. Unterschiedliche Standards in der postgraduellen Aus- und Fortbildung erschweren darüber hinaus den Austausch von Medizinern über die Grenzen hinweg. Doch selbst wo die Geriatrie als Facharztausbildung verankert ist, hat sie um Anerkennung innerhalb des Medizinsystems und um Interessenten für das Fach zu kämpfen.

Gesellschaftspolitische und demographische Entwicklungen werden zeigen, ob jene Länder, in denen Geriatrie zwar bereits formal anerkannt ist, auch den Weg zu einer eigenen medizinischen Spezialisierung mit allen damit einhergehenden universitären Erfordernissen einschlagen werden. „Geriatrie“ hat bereits in einigen europäischen Ländern als eigenes Fach und in anderen als Zusatzfach Einzug gehalten.

4 Methodik

Bei der Beantwortung der Fragestellung „Geriatrie – ein eigenes Fach?“ wurde eine Eingrenzung auf die europäische Situation vorgenommen,, wobei Österreich und seine deutschsprachigen Nachbarländer besondere Berücksichtigung fanden.

Gesucht wurde auf allgemeinen Seiten wie Google und Wikipedia unter der Erstbeschlagwortung „Geriatrie“ und „Gerontologie“ aber auch zusätzlich per Handsuche auf den Seiten von Geriatischen Gesellschaften und den Universitäten von Wien, Graz, Innsbruck, Salzburg und Krets sowie jenen der Robert Bosch Stiftung in Deutschland und der EUMGS (European Union Geriatric Medicine Society). Arbeiten sowie Informationen in deutscher, englischer, französischer und italienischer Sprache wurden inkludiert

5 Geriatrie

5.1 Geriatrie – Gesellschaftspolitische Entwicklung

Für eine Gesellschaft, deren Anliegen es zu sein scheint, nicht zu altern, sondern „jung, reich, schön“ und ewig zu leben, klingt das Thema Geriatrie zunächst wenig attraktiv. „Stop aging start living“ ist nicht nur als Buch¹ zum Bestseller geworden, sondern ist auch der Slogan von VitaBasix®, nach eigenen Angaben „führender Hersteller im Bereich Anti-Aging Hormone und Nahrungsergänzungstoffe“.² Die Beschäftigung einer Leistungsgesellschaft (ohne Auseinandersetzung mit meritokratischen Systemen) mit dem Thema „Alter“ und der diesem zugemessenen Stellenwert – lässt sich etwa auch am Titel der Juli 2008 Ausgabe des Magazins Gewinn „Wohin mit den Alten?“³ ablesen.

Im September 2008 fand unter der französischen EU Präsidentschaft ein „European summit on The Future of Health Promotion and Preventive Actions, Basic Research, and Clinical Aspects of Age-Related Disease“ statt. In dem dabei erarbeiteten „European Silver Paper on the future of geriatric medicine“ findet sich ebenfalls eine grundsätzliche gesellschaftspolitische Überlegung: „Clinical and public health research has also offered new insights about prevention and care of age related-disease. Much is known about the prevention and treatment of many acute and chronic diseases that result in disability and impaired quality of life. However, many European citizens are not receiving up-to-date care and rehabilitation of these diseases, and are suffering an avoidable burden of suffering and disability. Older people are not obtaining benefits from many advances in clinical gerontology and in disease prevention. Public health policies addressing the specific needs of older persons, and changes in the way that medical advances are delivered to this population are needed, in order to obtain more efficient, financially sustainable systems of health and social care. Moreover, research is needed to better define the role of many relevant social and economical aspects of ageing and disease in our modern society, older people are frequently subject to ageism, suffering discrimination relating to the scale and scope of services they receive in comparison to younger people. Even the terminology used towards older people is often inappropriate, and we concur with the proposal of the Human Rights Commission of the United Nations in 1999 to adapt our vocabulary, by not using the word “elderly”, and using instead the term “older people”, a more respectful approach. This change has to be adapted to every language.“⁴ Österreich ist in der European Union Geriatric Medicine society (EUGMS) durch die Österreichische Gesellschaft für Geriatrie & Gerontologie (ÖGGG) vertreten.⁵

5.2 Geriatrie – Definition

Geriatrie⁶, auch Altersmedizin oder Altersheilkunde, ist die Lehre von den Krankheiten des alten Menschen. Dies betrifft vor allem Probleme aus den Bereichen der Inneren Medizin, der Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie (Gerontopsychiatrie). Als Gerontologie oder Alter(n)sforschung wird andererseits die Wissenschaft bezeichnet, die sich mit Alterungsvorgängen in allen ihren Aspekten befasst. Beide Begriffe sind sprachlich von Geras (Mythologie), der griechischen Gottheit/Personifikation des Alters, abgeleitet. Geriatrie ist nicht mit der Palliativmedizin zu verwechseln, die nicht für Heilung, sondern für Beschwerdelinderung steht. Die Geriatrie tritt an, dem alten, aber vor allem dem sehr alten Menschen zu einem besseren Leben zu verhelfen. Dabei ist der Geriater hauptsächlich dann gefordert, wenn Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) vorliegen, die den einzelnen Arzt der jeweiligen medizinischen Fächer aufgrund vielfältiger Verflechtungen überfordern, wobei aber das Potential vorhanden sein muss, eine Verbesserung zu erreichen. Die Geriatrie ist somit als eine fächerübergreifende Disziplin zu verstehen (Interdisziplinarität).

Eine ausführliche Definition des Begriffs Geriatrie sind die „17 Dimensionen geriatrischer Medizin“, erstellt durch die Deutschen Geriatrischen Gesellschaften von 1991. Geriatrie ist gekennzeichnet durch:

- Wissensmodifikation (bei allgemein ausgebildeten Ärzten),
- Multimorbidität,
- Risikoerkennung,
- Senile Demenz,
- Einwilligungsfähigkeit und Schutz von Rechten,
- Psychosomatische Zusammenhänge,
- Hierarchisierung,
- Rehabilitation,
- Irreversibilität (Unumkehrbarkeit des Lebensprozesses),
- Todesnähe,
- Polarität (verbunden mit Todesnähe),
- Gewährleistung der Weiterversorgung,
- Umfeldbezogenheit,
- Angehörigenarbeit,
- Konsiliarwirkungen,
- Interdisziplinarität,
- strukturell-organisatorischer Umbruch.

Die Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und Deutschen Gesellschaft für Gerontologie ordnet die 17 Dimensionen drei verschiedenen Aspekten zu⁷:

- Spezielle und eigene Wissensinhalte
- Charakteristische Formen der Wahrnehmung und des Verstehens, besonders im Hinblick auf die Integration zahlreicher unterschiedlicher Gesichtspunkte des geriatrischen Patienten. Häufiger als in anderen organspezialisierten Teilgebieten muss darüber hinaus der Betrachtungsstandort gewechselt werden, und manchmal kommen ein und demselben Gesichtspunkt unterschiedlich große oder sogar wechselnde Bedeutungen zu
- Erleben der Arbeit, da die speziellen psychologischen und emotionalen Anforderungen und Rahmenbedingungen geriatrischer Arbeit ein besonders hohes Maß an Verarbeitungs- und Bewältigungskraft erfordern.

Die 17 Dimensionen sind unterschiedlich komplex, unterschiedlich abstrakt und unterschiedlich klar voneinander abgrenzbar. Keine hat ausschließlich in der Geriatrie Bedeutung. Einige sind sich inhaltlich nah oder verweisen aufeinander. Jede für sich hat aber erkennbar eigenes Gewicht und leistet einen unabhängigen Beitrag zum Verständnis von Geriatrie. Für den einzelnen Patienten müssen nicht alle 17 Dimensionen zugleich Bedeutung haben, aber alle zusammen verdeutlichen die Komplexität geriatrischer Arbeit. Erst ihre Summe begründet die Eigenständigkeit der Geriatrie. Deshalb verschließt dieses Gebiet sich einer kurzen Definition.

5.3 Das geriatrische Assessment

Das Geriatrische Assessment soll die Abklärung unklarer Symptome durch den Arzt schrittweise führen, damit nicht Wechselwirkungen der Schädigung einzelner Organsysteme übersehen werden, wenn ein einzelner schädigender Faktor bekannt ist. Das Verfahren ist einfach durchführbar und in seiner Güte abgesichert.

Folgende Empfehlungen/Schritte wurden 1993 erarbeitet:

- Screening: Mit einem standardisierten Fragebogen wird nach Leistungseinbußen oder Beschwerden im Bereich des Sehens und Hörens, der Beweglichkeit von Armen und Beinen, Harn- bzw. Stuhlinkontinenz, Ernährung, der kognitiven Leistungsfähigkeit, des emotionalen Befindens, nach sozialer Unterstützung und verschiedenen Aktivitäten geforscht. Sind Problembereiche vorhanden, sollte ein umfassenderes Basis-Assessment folgen.
- Basis-Assessment: Das eigentliche Basis-Assessment besteht aus der Bestimmung des Barthel-Index, Gedächtnistest nach Folstein (Mini-Mental-Status-Test), dem Depressionstest nach Yesavage (auch GSD), einem Sozialfragebogen, dem Mobilitätstest nach Tinetti, dem „Up and Go-Test“, dem Zeichnen der Ziffern einer Uhr-Test und der Messung der Handkraft.

Der Zeitaufwand zur Durchführung des Screenings beträgt etwa 5-10 Minuten, für das Basis-Assessment ist mit einer guten halben Stunde zu rechnen. Der Depressionsfragebogen soll vom Patienten selbst ausgefüllt werden, die übrigen Befragungen und die Durchführung der Performance-Aufgaben lassen sich nach entsprechender Anleitung auch von nicht-ärztlichem Personal durchführen. Entscheidend sind die therapeutischen Konsequenzen, die aus den Ergebnissen des Basis-Assessment resultieren.

5.4 Geriatrie - Rück- und Ausblick

Die Geriatrie⁸ steht heute am Beginn einer beschleunigten Entwicklung. Politik, Versicherungen und ganz speziell natürlich alle im Gesundheitswesen Tätigen müssen sich mit altersmedizinischen Fragen befassen, denn der Bevölkerungsanteil älterer und alter Menschen nimmt stetig zu. Die Klinische Geriatrie widmet sich den stationär behandlungspflichtigen Erkrankungen des alten Menschen, die in Wechselwirkung mit Multimorbidität und Alterungsprozessen auftreten. Die moderne Ära der Altersmedizin begann mit Ignatius Leo Nascher (1863–1944), er gilt als der Vater der Geriatrie. Nascher wurde 1863 in Wien geboren, wanderte nach Amerika aus, schloss dort 1882 das Pharmaziestudium ab, studierte dann Medizin und arbeitete ab 1885 am Mount Sinai Hospital in New York.

Den Anstoß, sich mit der Altersmedizin auseinanderzusetzen, hatte Nascher angeblich schon während seiner Ausbildung zum Mediziner erhalten: In seinem Lehrbuch beschreibt er folgende Begebenheit. Mit einer Gruppe von Studenten besuchte er ein Altersheim. Eine alte Frau humpelte zu ihm mit mehreren Klagen. Der unterrichtende Arzt sagte, sie würde wegen des hohen Alters leiden. „Und was kann dagegen getan werden?“ fragte der Student. Nascher. „Nichts!“ War hohes Alter dann eine schmerzhaft, unheilbare Erkrankung, an der diejenigen leiden, die alt werden, und bei welcher nichts getan werden kann? Wenn das Alter eine Krankheit war, so müsse der Arzt sie doch heilen können, dachte Nascher.

Als er 1908 bei einem Aufenthalt in Österreich das für damalige Verhältnisse hochmoderne Versorgungsheim Wien-Lainz besuchte, fielen ihm die „niedrige Mortalität und der frische Zustand der Insassen auf“. Da erkundigte er sich beim leitenden Arzt nach dem Betreuungskonzept. Die verblüffend einfache Antwort: „Wir verfahren mit den Insassen unseres Heimes ebenso, wie der Pädiater mit seinen Kindern zu verfahren pflegt“, brachte Nascher auf die Idee, den Begriff Geriatrie (in Anlehnung an die „Pädiatrie“) für die Medizin älterer Menschen zu prägen.

Wieder in New York, veröffentlichte Nascher im „New York Medical Journal“ einen Artikel⁹, in dem er die Gründung einer „Geriatrie“ forderte. Bereits 1912 entstand auf seine Initiative die „Society of Geriatriy“ in New York und 1914 publizierte er sein Lehrbuch „Geriatrics“ (Zur Erinnerung daran, dass Nascher in Wien inspiriert wurde, die Altersmedizin »Geriatrie« zu nennen, vergibt die Stadt Wien seit einiger Zeit jährlich den Ignatius-Nascher-Preis für Geriatrie - im Jahr 2008 an Frau Prim. Dr.

Katharina Pils, Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation am Wiener SMZ Sopienspital).

In England fand der Gedanke einer geriatrischen Medizin seinen Anfang mit der Arbeit von Dr. Marjorie Warren (1897–1960), die ab ca. 1930 in einer Langzeitabteilung eines Londoner Spitals für über 700 „nicht behandelbare“ Patienten verantwortlich war. Auf Basis ihrer Erfahrungen forderte sie mit zwei Publikationen im „British Medical Journal“ 1943, dass kranke, betagte Patienten nicht mehr in Akutspitälern zu hospitalisieren seien, sondern in spezielle geriatrische Abteilungen aufgenommen werden müssten: es war dies die Geburtsstunde der geriatrischen Klinik und des geriatrischen Assessments. Da dank der Interventionen viele Patienten wieder in die angestammten Wohnverhältnisse entlassen werden konnten, kam es zur Zusammenarbeit mit ambulanten Diensten – 1952 wurde in England das erste geriatrische Tagesspital eröffnet.

Die moderne Geriatrie ist dazu bestimmt, die betreuten Menschen in allen Facetten wahrzunehmen und richtige Lösungen für die vielfältigen Probleme zu finden. Die Geriatrie ist somit als eine fächerübergreifende Disziplin zu verstehen. Das geriatrische Team besteht aus Mitarbeitern vieler verschiedener Berufsgruppen. Hierzu gehören Altenpfleger, Krankenschwestern, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeiter, Seelsorger, Psychologen sowie Ärzte und Apotheker.

5.5 Geriatrie – ein „junges“ Fach in Österreich

Wenngleich seit I. L. Nascher's Erstpublikation über Geriatrie im New York Medical Journal bereits 100 Jahre vergangen sind, ist die Geriatrie in Österreich ein „junges Fach“ mit ungeahnten Entwicklungsmöglichkeiten und lohnenden Aufgaben. Ältere Menschen brauchen eine angepasste Pharmakotherapie. Je größer die Zahl der gleichzeitig verabreichten Arzneimittel ist, desto häufiger muss man mit klinisch relevanten Wechselwirkungen rechnen. Oft werden dann die Nebenwirkungen dieser Kombinationen therapiert, und die Liste verlängert sich immer mehr. Durch das gleichzeitige Aufsuchen mehrerer verschiedener Ärzte wird dieses Problem noch größer.

In den kommenden Jahren wird die österreichische Bevölkerung deutlich altern. 1923 waren erstmals mehr als 10 Prozent der Bürger über 60 Jahre, zu Beginn der 70er-Jahre waren es bereits ca. 20 Prozent, und Prognosen gehen davon aus, dass bis 2035 bereits 35 bis 38 % aller Österreicher älter als 60 sein werden. Das Altern ist in unserer Gesellschaft jedoch ein Prozess, der – wie es scheint – um jeden Preis bekämpft und aufgehalten werden müsse. Jede Falte, jedes graue Haar gilt als Niederlage, der Weg ins Graue wird auf diese Weise zu einem Weg ins „Grauen“, wo Krankheit und Tod lauern. Es ist ein negatives Altersbild entstanden, ja selbst das Vokabel „alt“ wird gemieden und durch „Best Age“, „50+“ oder „Graue Panther“ ersetzt.

Alt sein ist keine Krankheit, die Definition ist jedoch abhängig von unserem Konzept von Gesundheit oder Gesundsein. In der Antike, in der Zeit von Hippokrates spielte die Idee des Gleichgewichts, des inneren Gleichgewichts der Säfte, aber auch des Maßhaltens eine entscheidende Rolle. Krankheit war ein Ungleichgewicht. Auch für die chinesische Medizin ist die Balance z. B. von Yin und Yang das übergreifende Konzept von Gesundsein, – und dementsprechend ist die chinesische Medizin weitgehend eine präventive, diese Balance ständig wiederherstellende. Von da ist es ein weiter Weg bis zur heutigen Definition der WHO, die Gesundheit als die Abwesenheit jeder körperlichen, psychischen oder sozialen Beeinträchtigung definiert – mit praktischen Folgen, die sich täglich in Diskussionen über die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens widerspiegeln. Physische Veränderungen, die früher als ganz normal galten, werden zu behandelbaren Krankheiten umfunktioniert. Der Spielraum des Hippokratischen Gleichgewichts verengt sich immer stärker, das Ziel ist der optimale Mensch, nicht nur der gesunde.

5.6 „Gesundes Altern“

Zur Auseinandersetzung mit der Fragestellung eines „gesunden Alterns“ ist es erforderlich das Verständnis der Begriffe Gesundheit und Alter klarzulegen, beziehungsweise sich mit dem Vorgang des Alterns auseinanderzusetzen.

Erst nach Schaffung dieser begrifflichen Basis ist eine Analyse der österreichischen Rahmenbedingungen und dabei insbesondere der Bereich des Gesundheits- und Sozialsystems durchführbar.

„Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung. Die Gesundheit aller Völker ist eine Grundbedingung für den Weltfrieden und die Sicherheit; sie hängt von der engsten Zusammenarbeit der Einzelnen und der Staaten ab.“¹⁰

Diese Definition ist wohl allgemein bekannt. Einerseits ist die Formulierung ausgewogen und verspricht nicht „Gesundheit“ als „Grundrecht“ sondern schränkt dieses Recht auf einen „bestmöglichen“ Zustand ein, womit einer Interpretation die Aufgabe der Konkretisierung übertragen werden muss. Andererseits ist die Beschreibung eines „individuellen Glückszustandes“ als Definition und damit Messgröße ungeeignet.

Wichtig ist jedenfalls die darin enthaltene Botschaft, dass allein das Fehlen von „Krankheit“ nicht ausreicht, um auf gesellschaftlicher Ebene von Gesundheit ausgehen zu können. Eine weitere logische Ableitung ist, dass Medizin alleine keinesfalls geeignet ist, das Ziel Gesundheit zu erreichen. Damit ist die Forderung nach mehr Medizin um mehr Gesundheit zu erlangen als unrealistisch anzusehen.

Auch gefährdet eine Reduktion von medizinischen Interventionen nach dieser Sichtweise der WHO keinesfalls das Gesundheitsniveau einer Gesellschaft.

Diese Analyse der Definition von Gesundheit aus der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation zeigt, wie sehr in der Tagespolitik die Diskussion über das Gesundheits- und Sozialsystem verkürzt wird. Probleme reduzieren sich dabei fast ausschließlich auf die Finanzierung und Finanzierbarkeit von medizinischen Leistungen. Es dürfte die seltsame Auffassung bestehen, dass medizinische Interventionen zum Glückhsein erforderlich sind.

Der individuelle Glückszustand ist jedenfalls keine geeignete Messlatte für den Erfolg einer Gesundheitspolitik. Individuelles Glück zu schaffen ist nicht die Aufgabe der Allgemeinheit. Hier ist subsidiär jeder einzelne selbst verantwortlich. Aufgabe der Allgemeinheit ist es vielmehr die Rahmenbedingungen und Freiheiten für die Verwirklichung persönlicher Lebensentwürfe zu schaffen. Dazu gehören auch ein Unterstützungsangebot und eine Hilfestellung in schwierigen Lebenssituationen. Es gilt also Einfluss auf so genannte Determinanten zu nehmen.

Gesundheit wird von einer Vielzahl von Einflussfaktoren bestimmt. Diese können auf individueller Ebene, aber auch im direkten Sozialen-, Arbeits-, Wirtschafts- und Kulturbereich angesiedelt sein. Großteils liegen sie jedenfalls außerhalb des Einflussbereiches des Gesundheitssystems.

Daher ist die Entwicklung der „Volks Gesundheit“ – Public Health – nur in Randbereichen durch Interventionen im Gesundheitssystem beeinflussbar. Eine enge Verflechtung besteht beispielsweise mit dem Sozialsystem und der Wirtschaft. Diese Abhängigkeiten werden allerdings nur auf Ebene der finanziellen Verbindungen angesprochen. Zusammenhänge mit dem Schul- und Bildungssystem sind bisher in Österreich kaum diskutiert worden.

Determinanten können innerhalb bestimmter Grenzen verändert werden. Andere Einflussfaktoren auf Gesundheit, wie die individuelle genetische Ausstattung eines Menschen hingegen sind bisher noch unveränderbare Gegebenheiten.

Es gibt verschiedene Definitionen von „Altern“ und auch eine Vielzahl von Hypothesen, welche Mechanismen für den Ablauf dieses Prozesses verantwortlich sein können. Daraus wurden verschieden Ansätze entwickelt, mit medizinischen – meist medikamentösen – Interventionen diese Prozesse zu verlangsamen oder gar zu stoppen. Eine Definition, welche realistisch scheint und einen rationalen Umgang mit Fragen des Altern erlaubt, lautet: „Unter Altern versteht man diejenigen Prozesse im Leben eines Organismus, die nach Abschluss der entwicklungsbedingten Differenzierung von Zellen und Organen beginnen und mit dem Tod des Individuums enden.“¹¹

Andere Definitionen stellen eher auf die mit dem Altern einhergehenden Funktionsveränderungen ab. Altersschwäche kann zum Tod führen und ist daher auch in der Diagnosensammlung des ICD-10 als mögliche Krankheits- oder Todesursache aufgeführt.

Die Gesellschaft sucht nach Wegen gesund zu sterben. Dies lässt die Definition von Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation plötzlich in einem anderen Licht erscheinen. Alle im Gesundheitssystem Tätigen haben in ihrer Berufserfahrung das Sterben von Menschen miterlebt. Diese Erfahrung zeigt auch, dass die Begleitumstände des Sterbens häufig sehr stark von medizinischen Interventionen geprägt sind, aber ein „glückliches Sterben“ nach einem erfüllten Leben damit nicht erreicht werden kann. Dies hängt vielmehr von der persönlichen Einstellung und dem sozialen Umfeld ab. Unbestritten stellen die Möglichkeiten der Palliativmedizin Rahmenbedingungen bereit, um zumindest ohne unnötige Schmerzen sterben zu können.

5.6.1 Altern – medizinische Besonderheiten

Die medizinischen Besonderheiten im Alter sind wohl allgemein bekannt. Einerseits kommen bestimmte Krankheiten in bestimmten Altersabschnitten mit unterschiedlicher Häufigkeit vor, andererseits gibt es Änderungen in einzelnen biologischen Funktionsbereichen, welche zu beachten sind.

5.6.2 Altern – epidemiologische Besonderheiten

Krankheiten sind immer mit Bezug auf die beobachtete Bevölkerung zu beschreiben. Aus der Sicht der Sozialversicherung ist daher neben der Demographie der Gesamtbevölkerung die Entwicklung des Standes an Versicherten und geschützten Personen von besonderer Bedeutung. Diese Betrachtung hat nicht nur Auswirkungen auf die Beitragseinnahmen sondern kann auch eine Veränderung im Bereich der Krankheitsmuster nach sich ziehen.

Dabei wird auch deutlich, dass eine Grenzziehung, ab wann „Alter“ vorliegt, problematisch ist. Unterschiedliche Altersgrenzen führen zu einer Änderung der Größe der Population, welche zu untersuchen ist. Stellt man nicht auf eine Altersgrenze, sondern beispielsweise auf andere Kennzeichen, wie den Versicherungsstatus (z.B. „Pensionist“) ab, so ergibt sich kein klarer Zusammenhang mit dem Alter. Diese unterschiedlichen Betrachtungsweisen zeigen, dass eine klare Definition, ab wann „Alter“ vorliegt, fehlt. Die Beschreibung in der Epidemiologie stellt daher auch auf Gruppen mit gleichem (kalendarischem) Alter ab. Daraus lassen sich demographische Prognosen und auch Entwicklungen der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ableiten.

Es ist daher wichtig, die Diskussion über gesundes Altern nicht auf die Fragen des Gesundheitssystems zu beschränken, sondern bei allen Entscheidungen im Sinne eines Health Impact Assessments nach Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung zu fragen. Ein ganzheitlicher Ansatz ist erforderlich¹².

Bei der demographischen Entwicklung Österreichs Bevölkerung ist sowohl von Wachstum wie einer Alterung (Prognose 2050: 9,5 Mio) auszugehen. Nach den Ergebnissen der aktuellen Prognose der Statistik Austria wird die Bevölkerung

Österreichs auch in Zukunft weiterhin stark wachsen, und zwar bis auf 9,52 Mio. im Jahr 2050. Die Altersstruktur verschiebt sich deutlich hin zu den älteren Menschen. Stehen derzeit 22% der Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren, so werden es mittelfristig (2020) rund 26% sein, langfristig (ca. ab 2030) sogar mehr als 30%. Die Haushaltsprognosen sehen einen überproportional starken Anstieg der Einpersonenhaushalte voraus. Die Zahl der Privathaushalte in Österreich wird auch in Zukunft noch steigen. Ausgehend von den 3,35 Mio. Haushalten im Jahresdurchschnitt 2001 ist sie gemäß der vorliegenden Extrapolation bis 2007, dem Basisjahr der zugrunde liegenden Bevölkerungsprognose, auf 3,54 Mio. gestiegen (+5,9%). Im Jahr 2010 wird ihre Zahl mit 3,62 Mio. voraussichtlich um 8,2% höher sein. Bis 2030 steigt die Zahl der Haushalte auf 4,06 Mio. (+21,3%) und bis 2050 schließlich auf 4,36 Mio. (+30,2%). Die Zahl der Einpersonenhaushalte, 2001 mit 1,12 Mio. Einheiten ein Drittel (33,6%) aller Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaften, wird langfristig rund vier mal so stark ansteigen wie die Zahl der Mehrpersonenhaushalte und somit im Jahr 2050 mit 1,80 Mio. einen Anteil von 41,3% stellen. Unter den Mehrpersonenhaushalten sind es die Zwei- und Dreipersonenhaushalte, die künftig noch zunehmen werden. Die Zahl der Vierpersonenhaushalte stagniert, während die größeren Haushalte zahlenmäßig schrumpfen werden. Demzufolge sinkt die durchschnittliche Haushaltsgröße langfristig ab.¹³

5.6.3 Ursache des Alterns: Zwei Theorien¹⁴

Altern ist keine Krankheit, sondern ein ganz natürlicher biologischer Vorgang, Biomorphose genannt, der bereits ab 30 einsetzt und nur gebremst, aber nicht beendet werden kann. Seit Jahrzehnten wissen Biologen, dass sich Zellen nicht unbegrenzt teilen können. In Forschungen wurden an Zellkulturen beobachtet, dass es nur etwa 50-mal dazu kommt, anschließend degenerieren die Zellen. Altersforscher, so genannte Gerontologen, haben unterschiedliche Theorien entwickelt, warum wir nicht ewig knackig und fit bleiben. Bis heute gibt es aber keine einheitliche Theorie über das Altern, vermutlich ist es eine Kombination aus chemischem Verschleiß der Zelle und genetischer Programmierung.

- **Die Fehlertheorie**

Für die wissenschaftlichen Vertreter der Fehlertheorie, ist Altern das Resultat des Verschleißes von Zellen und ihrer Erbsubstanz. Äußere, schädigende Einflüsse wie UV-Licht, Chemikalien, Sauerstoff-Radikale bewirken, dass die Zellteilung aus dem Ruder läuft oder Aminosäuren bei der Proteinbiosynthese an die falsche Stelle platziert werden. Forscher vermuten, dass für das Altern einer Zelle unter anderem genau das verantwortlich ist, was sie auch am Leben erhält: der Stoffwechsel. In jeder Zelle wird ständig Nahrung mit Sauerstoff zu Energie verbrannt. Dabei entstehen aggressive Substanzen, so genannte freie Radikale, die die Zelle genau da schädigen, wo sie am empfindlichsten ist: im Erbgut. Zwar gibt es körpereigene Schutzsysteme gegen die freien Radikale, doch sie wirken nicht immer zuverlässig

und auch nicht überall. Ausgerechnet da, wo die Energieverbrennung in der Zelle stattfindet (nämlich in den "Kraftwerken" - den Mitochondrien) versagen sie fast gänzlich. Die Mitochondrien besitzen eine eigene DNA, jedoch keinen Schutz dafür. Die Folge: Das Erbgut der Mitochondrien wird mit zunehmendem Alter immer mehr geschädigt, die Energieverbrennung in den Kraftwerken kann immer schlechter ablaufen: Die Zelle altert. Naturgemäß sind die Zellschädigungen durch freie Radikale dort am gefährlichsten, wo sich Zellen nicht mehr erneuern, also in Muskeln und im Gehirn, aber auch in den Augenlinsen. Dies würde auch erklären, dass mit zunehmendem Alter der menschliche Körper schwächer wird, dass Senilität sich einstellt, dass die Sehstärke nachlässt und dass ältere Menschen weitaus eher Augenkrankheiten bekommen.

- **Die Programmtheorie**

Die Vertreter der Programmtheorie sind davon überzeugt, dass der Prozess von Altern und Tod ein ureigener Teil des Lebens ist: Je nach Art läuft von Anfang an in jeder Zelle ein gentyphisches Alterungs-Programm ab. Mit unserer Geburt beginnt bereits der Tod. Dennoch ist Altern nicht unvermeidlich: Der Mensch könnte wesentlich länger leben, würde man endlich den genetischen Grundlagen auf die Schliche kommen. Eine alte Binsenweisheit hat sicherlich einen wahren Kern: Wessen Großeltern und Eltern alt geworden sind, hat auch selbst gute Chancen auf einen langen Lebensabend. Bei Forschungen an so genannten "Steinalten", den über Hundertjährigen, konnten inzwischen mehrere so genannte "Langlebigkeitsgene" identifiziert werden. Was sie genau bewirken, ist allerdings noch unklar. Mit Sicherheit gibt es kein Gen, das unwiederbringlich festlegt: "Nach 72 Jahren ist dein Leben zu Ende." Doch Gene bestimmen zum Beispiel, wie gut die Schutzsysteme gegen die schädigenden freien Radikale arbeiten. Und Schäden am Erbgut können zu vorzeitigem Altern führen. Bisher wurden lediglich zwei der rund 100 vermuteten Altersgene identifiziert. Nur von einem ist bisher bekannt, wie es funktioniert: Es veranlasst Zellen dazu, Superoxid-Dismutase zu produzieren, ein Enzym, das die Zeitbombe "freie Radikale" entschärft.

In „Endlich unendlich“¹⁵ beschreibt Markus Hengstschläger die Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung, die in der Zeit des römischen Imperiums bei etwa 22 Jahren, im Mittelalter ungefähr bei 33 Jahren und um 1900 bei etwa 49 Jahren lag und heute mit etwa 80 Jahren angenommen werden kann. Mögliche Erklärungen sind bessere Nahrungsmittelversorgung, höhere Trinkwasserqualität sowie das Einführen gewisser Hygienestandards und Impfungen. „Ob dieser Anstieg noch weitergeht, beziehungsweise auf welchem Niveau er sich einpendeln wird, wird man erst in Zukunft beantworten können. Aktuell, so sehen es die Experten, ist ein Stopp rechnerisch noch nicht abzusehen.“ Während das hehre Ziel der Immortalisten lautet „wir wollen nicht mehr endlich sein“ und der Weg dahin die starke Verlangsamung des Alterns ist, bis es zum Stillstand kommt und es keinen natürlichen Grund mehr gibt, zu sterben, sehen das die Gerontologen etwas anders: sie wollen das Altern um einige Jahre verlangsamen und zielen auf den Gesundheitsstatus des Menschen ab. Letztendlich soll ein 50-Jähriger das

Gesundheitsprofil etwa eines 40-Jährigen und ein 60-Jähriger jenes eine 50-Jährigen haben. Vorteile für den Einzelnen und die Gesellschaft (im speziellen etwas für die Gesundheitsökonomie) sind evident und es muss für alle zukünftigen Überlegungen und Strategien das erklärte Hauptziel sein, länger jung zu bleiben anstatt gleich schnell zu altern, aber dann schließlich erst später zu sterben, also länger alt zu sein.

Der Vollständigkeit halber sei jedoch darauf verwiesen, dass die für 2008 allgemeine geschätzte Lebenserwartung weltweit bei 65,82 Jahren lag, wobei das Ranking von Macau mit 84,33 Jahren angeführt wird, während Swaziland mit 32,23 Jahren das Schlusslicht bildet¹⁶.

5.7 Health in all policies

Gesundheit ist nicht nur Sache der Gesundheitspolitik: Es bedarf der Einbeziehung anderer Politikfelder wie der Umwelt-, Sozial- oder Wirtschaftspolitik, um die Gesundheit der Bürger/innen nachhaltig sicherzustellen.

Das finnische Ministerium für Gesundheit und Soziales hat dieses Thema zu einem der Schwerpunkte der finnischen EU-Präsidentschaft 2006 gemacht. Ziel war es, die Gesundheitsdeterminanten aufzuzeigen, die durch verschiedenste Politikfelder beeinflusst werden, und die besten Praktiken der Mitgliedsstaaten zu sammeln. Dafür organisierte die Präsidentschaft im September 2006 eine hochrangig besetzte Ministerkonferenz.¹⁷

Im Buch „Health in All Policies – Prospects and Potentials“ wird auf Erfahrungswerte verschiedener Politikfelder eingegangen: von Arbeits-, Umwelt- und Alkoholpolitik bis hin zu Landwirtschaft und Ernährung. Chancen und Herausforderungen einer umfassenden Gesundheitspolitik – auch im Hinblick auf die demographischen Veränderungen und der damit verbundenen Beschäftigung mit einer wachsenden Zahl „gesunder grauer Bevölkerung“ – werden behandelt.¹⁸

In der folgenden Tabelle wird die Veränderung der +65jährigen EU Bevölkerung dargestellt.

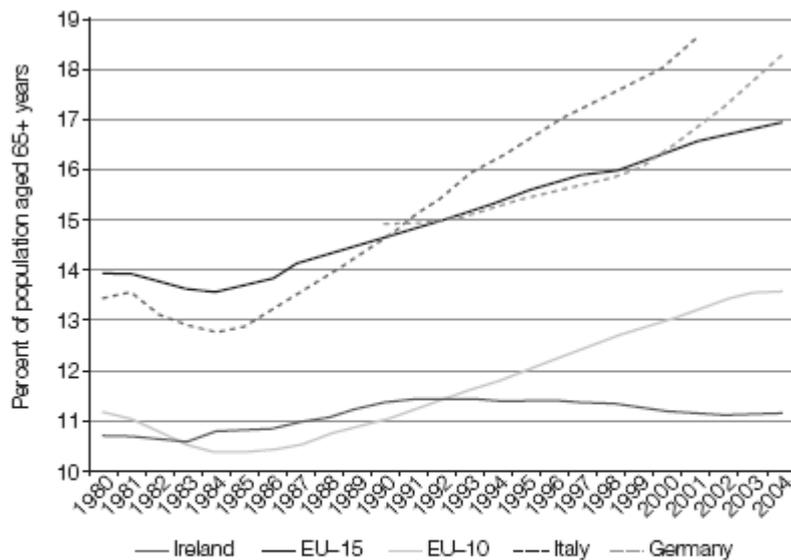
Europe's population is ageing and simultaneously shrinking. The ageing is a result of the historical decline in the fertility rate below the replacement level and the growth in life expectancy.

Since 1980, the total fertility rate has declined in all EU countries, to below the replacement level. On average, the EU-15 countries already had a low fertility rate in 1980 and the decline since then has been rather moderate. However, as the trend for Ireland shows, it was the EU-15 country with the highest total fertility rate in 1980, and some Member States have experienced a substantial drop. For the EU-10 countries the fertility rate has plummeted.

The averages for the EU-15 and EU-10 countries show a steady increase in the percentage of the population aged 65 or older since the mid 1980s. However, there

are marked differences between the countries. The Finnish, Italian and German populations have aged more rapidly than the EU-15 average, while for Ireland the percentage of the population aged 65 or older has remained fairly stable over the last two decades.

As a consequence of low fertility, population projections assume that Europe's population will be shrinking. According to the world population monitoring of the United Nations, the population of Europe (including the Russian Federation) is predicted to fall by almost 6% from 728.0 million in 2000 to 685.4 million in 2030. In view of the population growth in other regions of the world, Europe's share of the world population is declining. In fact, the new Member States, with the exception of Cyprus and Malta, all had decreasing populations.



Note: EU-15: EU Member States prior to May 2004; EU-10: new Member States joining the EU in May 2004.

Figure 1.4 Europe's ageing population. Adapted with permission from European Health for All database (HFA-DB) [online database]. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2006.

If demographic trends continue into the future as they are now and no effective countermeasures are taken, labour market participation will dwindle. This can be illustrated by the projected growth of the dependency ratio. The dependency ratio (expressed as a percentage) calculates the part of the population aged 0 to 14 years and over 65 as compared to the population aged between 15 and 64. It therefore expresses the part of the population that is typically not in employment. Projections for the EU state that the demographic dependency ratio will rise from 49% in 2005 to 66% in 2030. Undoubtedly, this will result in a decline in labour market participation. As the population of Europe is unlikely to grow, this will, for most countries, result in a decline in absolute numbers of people in the labour market. It must be pointed out,

however, that the existence of a healthy “grey population” can also have positive impacts on national economies, both through increased consumption of services and through other non-fiscal resources through which the elderly can contribute to society. And the elderly are taxpayers too. In this light, the dependency ratio predictions can only give a limited vision of the future and their significance should not be overemphasized.

Is there additional pressure on health care systems?

A larger number of elderly people may result in more people with chronic diseases. Chronic diseases such as cardiovascular conditions, mental illness, obesity, diabetes, tobacco and alcohol-related conditions already constitute a considerable burden on the economy. Projections for the year 2015 suggest that forgone national income due to heart disease, stroke and diabetes will increase. The ageing of the population is also reflected in the workforce and poses challenges for human resources for health care systems. There are more “older workers” aged 55 to 64 and this proportion will steadily grow. Countries such as Denmark, Iceland, Norway, Sweden, France and Finland are witnessing a greying of the nursing workforce. The difficulties in maintaining the nursing workforce and the expected rising demand may result in an increased cross-border mobility of health professionals with a shift from low-income to high-income countries. This may result in serious staffing problems in some countries and affect service delivery. Solidarity for health care finance may come under additional pressure too. Current patterns for distributing the financial burden of health and health care between the healthy and the sick, the better off and the poor, the young and the old, the employed and the unemployed may be challenged. As an effect, the universal availability and accessibility of services may be affected. And this will certainly result in a further increase in inequities within countries.

How health can contribute to meeting these challenges

The two preceding headings were formulated as questions, indicating that these are possible and plausible consequences of demographic developments. However, there are strategies that may counterbalance these consequences; one of these strategies is HiAP. Alternative policy options can be formulated in terms of a virtuous and vicious cycle. Investing in health and maintaining and raising the health status of European populations will contribute not only to increased well-being but also to economic stability and growth. This, in turn, may strengthen the financial sustainability of health care systems. In effect, a productive investment in health is the chance to embark on a virtuous cycle. However, the danger is to enter into a vicious cycle by which a decline in economic performance and health status put double pressure on health care systems and health, steadily reinforcing each other. The virtuous cycle is not just an illustrative concept; it can be based on evidence. The work of the Commission on Macroeconomics and Health, based on empirical evidence from low- and middle-income countries, made a strong case for investing in health. This work has recently been complemented by a report on the contribution of health to the economy in the EU. The report, commissioned by the European Commission, states that there is a sound theoretical and empirical basis to the

argument that human capital contributes to economic growth. Since human capital matters for economic outcomes and since health is an important component of human capital, health matters for economic outcomes. At the same time, economic outcomes also matter for health. A recurring theme throughout this book is the existence of feedback loops offering the scope for mutually reinforcing improvements in health and wealth. The report has identified various channels for high-income countries through which health can contribute to the economy. Two of them are essential in the context of this book. First, a healthier workforce is a more productive workforce. Productivity could increase due to enhanced physical and mental activity. More physically and mentally active individuals could make more efficient use of technology, machinery or equipment. Second, good health can result in a higher labour supply. Good health may reduce the number of sick days an individual takes. It may also allow workers to postpone retirement age and extend the number of economically productive life-years in the labour markets. Health is not the only precondition for enhancing productivity and expanding labour market participation. Especially in regard to older workers, there are many factors that affect employability. However, health is an important prerequisite for extending the number of economically productive life-years. There is plenty of scope for expanding labour market participation for men, and especially for women. In most EU countries, workers retire well before their official retirement ages. The average exit age from the workforce across the EU-25 countries in 2004 was 60.7 years. The average, however, covers large variations between countries and sexes. Poland and Slovakia are the countries in the EU where women leave the workforce earliest at 55.8 and 57 years, respectively. The countries with the earliest exit age for men are France at 58.4 years and Belgium at 59.1 years. But is it really possible to extend the number of healthy life-years or will the expansion of life expectancy go hand in hand with a growing number of years in ill health? In epidemiology this issue has been addressed by the compression of morbidity hypothesis. This states that most illness is chronic and occurs in later life. It postulates that the lifetime burden of illness could be reduced if the onset of chronic illness could be postponed and if this postponement could be greater than increases in life expectancy. Evidence from the United States, Australia, Canada, France and Japan suggests that increased life expectancy has not been accompanied by an increase in the time spent with severe handicap or severe disability in these countries. Improvement in the functional capacity of the population has also been reported in Sweden and Finland. However, contradictory results have also been obtained.

Health in All Policies: strengthening the link between health and other policies

Policies shape the conditions in which we live and work and these conditions may have positive or negative consequences for the health of a given population and individuals. Factors that are found to have the most significant influence on health are called determinants of health. The model of the determinants of health, as conceptualized by Dahlgren and Whitehead (1991) distinguishes between five categories of determinants. Some of the determinants are amenable to change while others are not. There are also important interrelationships between the different determinants. Living and working conditions, or social and community influences,

may have effects on individual lifestyle factors such as drinking habits, smoking and physical activity. Health in All Policies is an encompassing approach which goes beyond the boundaries of the health sector. It addresses all policies such as transport, housing, the environment, education, fiscal policies, tax policies and economic policies. It is based on values and principles similar to those in the WHO's call for multisectoral action for health and the concept of building healthy public policies or the whole government approach. Policies, determinants and the population's health are conceptualized as a chain of causation. Health in All Policies starts at the source of this chain and it may help to make policies more consistent overall and therefore contribute to better regulation. A policy with negative consequences for the health of the populations will put an extra burden on the economy and health care systems. Compensating the negative health effects of a policy by health care interventions may turn out to be difficult and costly.

The European Union has a unique mandate for Health in All Policies

Policy-making in European countries occurs in the framework of a multilevel system. Many national policies are co-determined by European policies. Therefore Health in All Policies will often require changes in the policies on various levels. There is a strong legal basis for HiAP at European level. The Treaty Establishing the European Community (TEC) provides a strong mandate for the European institutions to support HiAP actively. In its current version, Article 152 on Public Health states “[a] high level of human health protection shall be ensured in the definition and implementation of all community policies and activities.” Undoubtedly, on the grounds of the TEC, much has been achieved over recent years. But as several chapters in this book show, there is still a long way to go, and it is a winding road towards better integrating HiAP. Countries may also benefit from experiences of HiAP across Europe. What has worked in one country may contribute to the implementation of appropriate measures in others”.

5.8 Geriatrie im In- und Ausland

The UEMS (European Union of Medical Specialists) Section of Geriatrics definiert geriatrische Medizin (accepted Malta, 03/05/08; finalized Copenhagen 06/09/08) wie folgt:

“Geriatric Medicine is a specialty of medicine concerned with physical, mental, functional and social conditions in acute, chronic, rehabilitative, preventive, and end of life care in older patients.

This group of patients are considered to have a high degree of frailty and active multiple pathology, requiring a holistic approach. Diseases may present differently in old age, are often very difficult to diagnose, the response to treatment is often delayed and there is frequently a need for social support.

Geriatric Medicine therefore exceeds organ orientated medicine offering additional

therapy in a multidisciplinary team setting, the main aim of which is to optimise the functional status of the older person and improve the quality of life and autonomy.

Geriatric Medicine is not specifically age defined but will deal with the typical morbidity found in older patients. Most patients will be over 65 years of age but the problems best dealt with by the speciality of Geriatric Medicine become much more common in the 80+ age group.”¹⁹

Die British Geriatrics Society²⁰ zitiert zum Thema “Geriatric Medicine in the EU - serving Europe’s ageing population“ aus der Arbeit „Unification of Diversity“²¹:

Older people make greater than average use of Europe’s health services. About 7,500 - 10,000 geriatricians provide services to the EU’s growing population of older people.

The European Commission has shown an interest in specialist services for older people and has recognised geriatric medicine as a speciality. However, among the member states there are large differences in structure, health care services and training facilities. The Geriatric Medicine Section of the European Union of Medical Specialists (GMS-UEMS) has collected information from its members about the differences in geriatric medicine and other medical organisations within the member states of the European Union.

Recognition of the speciality

Geriatric medicine has been recognised in Austria, Belgium, Denmark, Finland, France, Germany, Ireland, Italy, the Netherlands, Spain, Sweden and the UK. It has not yet been recognised in Greece and Portugal, although it is hoped that the speciality will be recognised in these countries in the future. However the debate over recognition has a political impact and needs the co-operation of the medical professions.

All aspects of care for geriatric patients, including rehabilitation and the care in residential and nursing homes, are covered by the same specialist in Finland, Italy and Spain, although not all geriatric patients may see a geriatrician. Other countries have different specialties covering the different parts of this spectrum of care. This highlights the unevenness of the approach to health-related problems in older people within the member countries. Problems which are met at home, in the residential and nursing homes, or in the hospital setting, pose the question of whether a uniform system across Europe is preferable to a culturally, socially and economically sensitive local system.

Continuing medical education

CME is provided in all countries, however, only in Austria, Belgium, the Netherlands and the UK is it on a formal basis. A system for accreditation has been organised in these countries along with France and Ireland. It might be expected that in order to guarantee the quality of health care, there would be an obligation in the future to establish formal programmes for continuing medical education (CME) and continuing

professional development, with a similar system of accreditation in all member countries.

Training

In most countries the training varies between 4 and 7.5 years. Austria is the exception, with a training programme of 8 weekends over a period of two years, with most of the trainees being general practitioners. In Belgium, France and Germany the training in geriatric medicine is in addition to the completion of specialist training in internal medicine. In nearly all countries the trainees have to spend at least two years in general or internal medicine. Here, Italy is the exception, as training in internal medicine is not required, although it is under discussion as to whether this will be changed. The differences in training have an impact for the exchange of medical specialists across the European Union. A free exchange has been agreed for all European Union member states, however, the differences in the training especially in Austria and Italy could lead to problems.

Der Großteil von Europas Medizinstudenten hat während ihres Studiums keine Vorlesungen oder Praktika in Geriatrie. Dabei ist Europa ein alternder Kontinent. "Genau wie Ende des 19. Jahrhunderts die Pädiatrie entstand, weil das Medizinsystem nicht in der Lage war, auf die Bedürfnisse der Kinder einzugehen, entstand im 20. Jahrhundert die Geriatrie, um den Bedürfnissen älterer Mitbürger gerecht zu werden", meint der Präsident der Sektion Geriatrie in der Vereinigung europäischer Fachärzte, Dr. Ian Hastie.

Dr. Jürgen Heppner vom Klinikum Nürnberg, wo die geriatrische Intensivmedizin kein Schreckgespenst ist, erklärt dass „der Notfallpatient im hohen Alter kein unbeliebter Patient sein muss, wenn die richtigen Strukturen vorhanden sind“. Es hat sich bereits durchgesetzt, Kinder in der Medizin nicht einfach wie kleine Erwachsene zu behandeln. „Es muss sich die Einsicht durchsetzen, dass die Geriatrie so wie die Pädiatrie eigene Behandlungskonzepte erfordert, um optimal behandeln zu können. Der Körper funktioniert im Alter anders, ein Zusammenspiel mehrerer Erkrankungen sowie Therapien, der große Stellenwert der Lebensqualität vor Lebenszeitverlängerung, das Miteinbeziehen des Umfelds und andere Lebensrealitäten erfordern eine maßgeschneiderte Medizin, die nicht nur das Alter als Maßstab hernimmt. Wird all das beachtet, dann stellt der geriatrische Notfall auch „kein Drama mehr“ dar.²²

Eine Ausbildung zum akademischen Geragogen ist auch an österreichischen Hochschulen, etwa der Pädagogischen Hochschule OÖ²³ möglich. Geragogik²⁴ beinhaltet eine ganzheitliche, theoretische und praktische Lehre über den Alterungsprozess und den Lebensabschnitt Alter, gleichermaßen für die Generation der Kinder und Jugendlichen, die Generation der Erwachsenen und die Generation der Alten.

5.8.1 Benchmarking der Geriatrie in Österreich²⁵

Der Anteil der über-70-Jährigen an der Gesamtbevölkerung steigt und damit auch die Zahl der geriatrischen Patienten. Dieser Entwicklung wurde in den letzten Jahren durch die Forcierung der Einrichtung von so genannten Akutgeriatrien und Remobilisation-Stationen (AG/R) Rechnung getragen. Ihre Aufgabe ist es, ältere und multimorbide Menschen nach Krankheiten oder Verletzungen soweit wieder herzustellen, dass sie so weit als möglich in ihr ursprüngliches Lebensumfeld zurückkehren können. Im Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2006 ist der Ausbau dieser Einrichtungen vorgesehen. Sie müssen genaue strukturelle Voraussetzungen erfüllen hinsichtlich baulicher und personeller Ausstattung. Weiters sollen diese Einrichtungen mit flankierenden Qualitätsmanagementstrukturen versehen werden. Diese beinhalten ein weitgehend vereinheitlichtes Aufnahmeverfahren, laufende und standardisierte Dokumentation, Benchmarking und die Evaluation der Betreuungsergebnisse.

Das Institut für Medizinische Systemtechnik und Gesundheitsmanagement der JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH entwickelte ein Dokumentations- und Benchmarkingsystem. Die Web-Anwendung Healthgate BARS wurde um ein Modul für die Indikation *Geriatrie* erweitert, welches folgende Komponenten beinhaltet:

- Standardisiertes Erhebungsformular zur umfassenden Dokumentation der laufenden Betreuung
- Online-Anwendung für die orts- und zeitunabhängige Dokumentation
- Detailliertes Menü zur individuellen Gestaltung von Auswertungen
- laufende Benchmarkingberichte

Ziel ist es, ein System aufzubauen, das es den AG/R-Stationen in Österreich ermöglicht, einfach und zeitsparend offenes Benchmarking zu betreiben und so die Qualität der Betreuung in AG/Rs einem stetigen Verbesserungsprozess zu unterziehen. Gemeinsam mit Experten wurde ein Datensatz als Dokumentationsgrundlage erarbeitet, welcher als Basis für die Entwicklung des neuen Healthgate BARS Moduls dient. Anfang 2008 konnte die Web-Applikation Healthgate BARS Geriatrie für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer freigeschaltet werden und in den Vollbetrieb übergeleitet werden.

5.8.2 Multidisziplinäre Versorgungsmodelle

„What is the evidence for the effectiveness of specialist geriatric services in acute, post-acute and sub-acute settings?“ lautet die Fragestellung eines neuseeländischen assessments²⁶. Dazu das Institut für Technikfolgenabschätzung des Ludwig Boltzmann Instituts in seiner Einschätzung medizinischer Interventionen²⁷: Aufgrund der demografischen Veränderungen stellen zahlreiche westlichen Länder, u. a. Österreich, Überlegungen zur Akutversorgung geriatrischer PatientInnen an: die

Beantwortung der Fragestellung, ob spezielle akutgeriatrische und multidisziplinäre Versorgungsmodelle zu anderen (besseren?) medizinischen Ergebnissen kommen, als die herkömmliche Versorgung geriatrischer (d. h. multimorbider) Patientinnen in etablierten Institutionen/Abteilungen der internen Medizin, war Inhalt eines neuseeländischen Assessments (2004). Dazu wurden 165 Publikationen zur Versorgung der Population 65+, die komplexe Erkrankungen hatten und bei denen das Risiko einer Verschlechterung der physischen Funktionalität bestand, ausgewertet. Die Ergebnisse wurden entlang unterschiedlicher „Outcome“-Parameter (funktionaler Status, Gesundheitsstatus, Mortalität, Liegedauer/LOS, Wiedereinweisung, Überweisung in Pflegeheime und/oder Wahrscheinlichkeit der Rückkehr und des Verbleibes nach/zur Hause) zusammengefasst. Ergebnisse: Die wissenschaftliche Nachweise der besseren Wirksamkeit spezieller akutgeriatrischer Leistungsangebote im Vergleich zur herkömmlichen Spitalsversorgung sind heterogen aufgrund der Unterschiedlichkeit der Studien und Fragestellungen, nur in einigen Bereichen zeigen die „Outcomes“ signifikant bessere Ergebnisse als in den Vergleichsgruppen. Die spezifischen Erkenntnisse zu den signifikanten Unterschieden sind:

- Die „integrative“ multidisziplinäre Akutversorgung von geriatrischen PatientInnen mit Hüft- (u. a. Schulter) Frakturen zeigt signifikant bessere Ergebnisse, gemessen an Liegedauer/LOS, Rückkehr in vorangegangene Wohnverhältnisse und Kosten-Nutzen Verhältnis.
- Die „integrative“ multidisziplinäre Akutversorgung von SchlaganfallpatientInnen (sog. „Stroke Units“) zeigt signifikant bessere Ergebnisse, gemessen an Mortalität, Rückkehr in vorangegangene Wohnverhältnisse.
- Das umfassende geriatrische Assessment und multidisziplinäre Rehab-Programme zeigten Vorteile in verschiedenen Settings gegenüber der reinen „medizinischen Kontrolle“ in herkömmlichen Institutionen.

Keine abschließende Beurteilung (inkonklusive Evidenz) kann aber über die grundsätzlich bessere Wirksamkeit spezieller akutgeriatrischer Versorgungsangebote gemacht werden, wenngleich zahlreiche positive Ergebnisse (vgl. Trondheim Studie) von zur Funktionalität, Rückkehr in vorangegangene Wohnverhältnisse, LOS vorliegen, da die Umfeldfaktoren doch sehr entscheidend sind.

Abschließend: Es liegt gute Evidenz vor, dass zielgerichtete (auf den individuellen Bedarf maßgeschneiderte) akutgeriatrische Versorgung (d. h. Assessment und Behandlung) durch ein entsprechend ausgebildetes multidisziplinäres Team zu besseren Ergebnissen führt als herkömmliche Versorgung.

5.9 Unterschiedliche Situationen in Europa

Dass eine fachgerechte geriatrische Versorgung dazu beiträgt, Behinderungen und Pflegebedürftigkeit zu verzögern und den Spitalsaufenthalt älterer Patienten zu

verkürzen, gilt mittlerweile als unumstritten. Doch nicht in allen europäischen Ländern haben ältere Patienten - zumindest theoretisch - Zugang zu einer geriatrischen Versorgung. Laut einem Bericht der Sektion Geriatrie Vereinigung europäischer Fachärzte aus dem Jahr 2003 gibt es in Griechenland, Luxemburg und Portugal sowie auch in Österreich keine Spezialisierung in Geriatrie. In Österreich soll es jedoch demnächst eine eigene Ausbildung zum Facharzt für Geriatrie geben.

In Finnland, Italien und Spanien dagegen gibt es Geriater, die in der Akutversorgung, Rehabilitation sowie an Langzeitpflege-Einrichtungen tätig sind. Doch selbst wo die Geriatrie als Facharztausbildung verankert ist, hat sie um Anerkennung innerhalb des Medizinsystems und um Interessenten für das Fach zu kämpfen.

Kampf um Anerkennung

Die Gründe dafür glaubt eine Expertenkommission der Deutschen Gesellschaften für Geriatrie und Gerontologie zu kennen: So fehlen in der Geriatrie - im Gegensatz zu etablierten medizinischen Teilgebieten - die üblichen strukturellen Hierarchiestufen von Standard-, Schwerpunkt und universitärer Versorgung. Für viele Ärzte resultieren daraus fehlende Perspektiven für eine professionelle Entwicklung. Unterschiedliche Standards in der postgraduellen Aus- und Fortbildung erschweren darüber hinaus den Austausch von Medizinern über die Grenzen hinweg.²⁸ Ärzte können nach der Facharztausbildung (z. B. Fachärzte für Innere Medizin, Allgemeinmedizin) in Deutschland die Zusatzbezeichnung „Geriatrie“ erwerben.

"Besonders krasse Unterschiede gibt es etwa zwischen Italien und Österreich", stellt der Präsident der Sektion Geriatrie in der Vereinigung europäischer Fachärzte, EUMS, Dr. Ian Hastie fest. Nimmt die geriatrische Fachausbildung in den meisten Ländern zwischen 4 und 7,5 Jahre in Anspruch, so heißt es im Originalbericht der EUMS: "Austria is the exception, with a training programme of 8 weekends over a period of two years"; dabei stellt diese Ausbildung lediglich ein Fortbildungsdiplom der österreichischen Ärztekammer dar. Dass in naher Zukunft alle EU-Staaten Ausbildungsprogramme entwickeln und entsprechende Zulassungskriterien für Fachärzte schaffen, sei zu hoffen. Die größte Zahl an Fachärzten gibt es laut EUMS übrigens in Italien und im Vereinigten Königreich.

Reflexion im Studium

Um die Harmonisierung voranzutreiben, hat die EUMS bereits konkrete Vorschläge für die Geriatrie-Ausbildung erarbeitet: Angehende Fachärzte sollen zunächst gemeinsam mit anderen Fachrichtungen eine zweijährige Ausbildung in Innerer Medizin absolvieren, anschließend vier Jahre in der Geriatrie, wobei ein Jahr der Forschung vorbehalten sein kann. Die EUMS arbeitet außerdem an Richtlinien für europäische Medizincurricula mit dem Ziel, die Geriatrie zu einem integralen Bestandteil des Medizinstudiums machen. Unter anderem sollen Studenten in der Lage sein, bei älteren Patienten eine Anamnese durchzuführen, eine Differenzialdiagnose zu stellen und einen initialen Behandlungs- und Rehabilitationsplan vorzuschlagen. Auch eine Reflexion der eigenen Haltung

gegenüber Alter, Behinderung und Tod sollte im Medizinstudium möglich sein, fordert die EUMS.²⁹

5.10 Ausbildungsmöglichkeiten in Österreich

Medizinische Universität Wien³⁰

Im Rahmen des Curriculum „Diplomstudium Humanmedizin ist für Geriatrie folgendes vorgesehen:

„Integriert in den Lehrbetrieb der Tertiale finden Lehrveranstaltungen aus nicht-klinischen, diagnostischen und therapeutischen Fächern, denen kein eigenes Tertial zugewiesen wurde (‘‘Klinische Diagnosewissenschaften’’ (Radiologie, Klinische Pathologie, Mikrobiologie, Virologie, Labormedizin, Blutgruppenserologie, Nuklearmedizin) bzw. ‘‘Fachbereiche mit klinischem Bezug’’ (Ethik in der Medizin, Geriatrie, Gerichtliche Medizin, Krankenhaushygiene, Palliativmedizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Psychosomatik, Strahlentherapie (Radioonkologie), Sozialmedizin) statt.

Interdisziplinäres PatientInnenmanagement: In *Seminar und Praktikum* werden typische Krankheitsbilder, Symptomenkomplexe und fachliche Problemstellungen aus den Bereichen Ethik in der Medizin, Geriatrie, Gerichtliche Medizin, Krankenhaushygiene, Palliativmedizin, Physikalische Medizin, Psychosomatik, Strahlentherapie (Radioonkologie) und Allgemeinmedizin erörtert, sowie diagnostische und therapeutische Aspekte erarbeitet.“

Medizinische Universität Graz³¹

Im Rahmen des Curriculum „Diplomstudium Humanmedizin ist für Geriatrie folgendes vorgesehen:

Ziel des Diplomstudiums Humanmedizin ist die Vermittlung von theoretischem Wissen, dem Einüben und Fördern von psychosozialen Fähigkeiten, von praktischen Fertigkeiten und die Formung von ethischen Grundhaltungen. (detaillierter in 1.4). Es besteht aus einem Core-Curriculum (Pflichtfächer) und aus Wahlelementen (Wahlpflichtfächer und freie Wahlfächer). Die Definition des Core-Curriculums erfolgt an Hand von klinischen Präsentationen, deren Auswahl nach folgenden Kriterien getroffen wird:

- Epidemiologie
- Dringlichkeit der Behandlung
- Schweregrad und
- Prototypie

Die Lernziele der einzelnen klinischen Präsentationen werden nach dem biopsychosozialen Modell der Medizin in folgenden Dimensionen definiert: Wissen (biomedizinisch/psychosozial), Fertigkeiten/Fähigkeiten (aktuelle, apparative und

instrumentelle Verfahrenstechnik) und Einstellungen/Haltungen, wobei Inhalte aus den Bereichen der Prävention, Rehabilitation, Ethik, Geriatrie und Palliativmedizin besonders berücksichtigt werden.

Medizinische Universität Innsbruck

Es wird keine speziell auf Geriatrie ausgerichtete Lehrveranstaltung angeboten.

Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg³²

Das Studium der Humanmedizin ist nicht in einzelne Abschnitte unterteilt - die Lehrveranstaltungen sind aber blockweise gestaltet und bauen aufeinander auf.

Diese enthalten neben dem international vorgegebenen Lehrstoff zahlreiche Inhalte, die in eine traditionelle Mediziner Ausbildung bisher kaum Eingang gefunden haben, aber den Erfordernissen der modernen Zeit entsprechen. Als solche sind anzuführen:

- Ernährungsmedizin
- Gesundheitsökonomie
- Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin
- Wachstum und Entwicklung
- Aging und Geriatrie
- Medizin und Ethik
- Professionalität in der Medizin
- Forschen und wissenschaftliches Arbeiten
- Geschlechtsspezifische medizinische Aspekte (Gender – Medizin)
- Kommunikative und soziale Kompetenzen

Viertes Jahr³³:

Forschungstrimester, Notfall-, Intensiv- und Transfusionsmedizin, klinische Epidemiologie, medizinische Ökonomie, Palliativmedizin, Ernährung, Aging und Geriatrie, klinische Genetik, Professionalität in der Medizin.

Klinische Geriatrie ist kein eigenes Fach sondern ein spezifischer, interdisziplinär und rehabilitativ orientierter Versorgungsauftrag der klinischen Medizin. Die fachlichen Schwerpunkte liegen in den Bereichen Neurologie, Psychogeriatric und Innere Medizin, orthopädische und unfallchirurgische Geschehen haben aus rehabilitativer Sicht ebenfalls besondere Bedeutung.

Die komplizierende Wechselwirkung vielseitiger somatischer, psychischer und sozialer Störungen oder residualer Zustände („fächerübergreifende Multimorbidität“) führen i. R. akuter/subakuter oder fortschreitender chronischer Krankheitsgeschehen häufig zu schwerwiegendem Funktionsverlust wichtiger Regelkreise bzw. Organsysteme. Es besteht ein hohes Risiko zu Verlust der Autonomie bzw. zu irreversibler Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. Dieser geriatrische Risikopatient benötigt zur effizienten und ökonomischen medizinischen Versorgung spezifische Rahmenbedingungen, wobei fächerübergreifende ganzheitliche kurative Behandlungsmaßnahmen, zugleich auch frühest möglich einsetzende

funktionserhaltende, remobilisierende und reintegrierende Leistungen der spezifisch geriatrischen Rehabilitation zentrale Bedeutung haben. Die klinische Geriatrie ist damit dem akutmedizinischen Bereich zuzuordnen.

Die Lehrveranstaltung „Aging und Geriatrie“ soll auf die fließenden Übergänge von physiologischen Altersveränderungen zur Erkrankung und die komplexe Interaktion von vielseitigen körperlichen, psychischen und sozialen Störungen i. R. multimorbider Krankheitsgeschehen hinweisen.

Den Studenten sind ganzheitliche Betrachtungs- und Handlungsweisen in Diagnostik und Therapie unter Beachtung sozialer bzw. ethischer Aspekte zu vermitteln, sowie die Grundzüge der spezifisch geriatrischen Rehabilitation, und damit auch die Arbeitsweise des multiprofessionellen Teams darzustellen.

Den Studenten sollen folgende spezielle Kenntnisse und Erfahrungen vermittelt werden:

- Begriffsbestimmung Geriatrie bzw. Aufgabenstellung der klinischen Geriatrie, Demographie, Alterungstheorien, physiologische Alterungsvorgänge
- Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie und Symptomatologie der häufigsten Erkrankungen und Behinderungen des höheren Lebensalters unter Berücksichtigung alterstypischer Erscheinungsbilder und Verlaufsformen sowie Interaktionen i. R. multimorbider Krankheitsgeschehen.
- Spezielle geriatrisch relevante diagnostische Verfahren, insbes. spezifisches geriatrisches Assessment, Besonderheiten der Anamneseerhebung, psychometrische Testverfahren, Kenntnis in der Anwendung von apparativen und nicht-apparativen Diagnoseverfahren bei alten Patienten.
- Behandlung der im Alter häufigsten Krankheiten und Störungen unter Abwägung von Kontraindikationen, Problemen der Polypragmasie und insbesondere Berücksichtigung der Verbesserung des funktionellen Status bzw. der Lebensqualität. Einbeziehung der geriatrischen Pflege und nichtärztlichen Therapieberufe, Aufgaben und Möglichkeiten der Rehabilitation. Ethische Fragestellungen. Besonderheiten der Pharmakodynamik, der Dosierung von Arzneimitteln sowie der Medikamenteninteraktion. Altersadäquate Ernährung und Diätetik.
- Kenntnisse der Aufgaben und Möglichkeiten von stationären, teilstationären und ambulanten Versorgungsstrukturen in- und außerhalb der Spitäler, Struktur der klinischen Geriatrie
- Sozialmedizinische Aspekte, Maßnahmen der Reintegration in den Alltag
- Angehörigenschulung bzw. -beratung, Besonderheiten des therapeutischen Umgangs mit Demenzkranken und Patienten mit komplexen neurologischen Defiziten und speziellen geriatrischen Syndromen.
- Physio-, ergotherapeutische und logopädische Maßnahmen, Anleitung des therapeutischen Teams mit besonderer Betonung der Interdisziplinarität
- Aspekte des Versicherungs- und Rentenwesens sowie Sozialhilfegesetzes.

Die Vorlesungen sollen nach Möglichkeit in Form von assessmentgestütztem

Bedside-teaching, gegebenenfalls unter Einbindung des multiprofessionellen Teams (aktivierende Pflege, Physio-, Ergotherapeuten und Logopäden) erfolgen.

Beurteilung der Mitarbeit am Bedside-teaching, ergänzend sollte eine mündliche Prüfung zur Beurteilung herangezogen werden.³⁴

„Der Salzburger Weg“³⁵

In einer Zeit, in der Menschen immer älter werden, kommt der Geriatrie besondere Bedeutung zu. Nämlich dann, wenn es sich nicht um ein einzelnes, körperliches Leiden handelt, sondern die Patienten „multimorbid“ erkrankt sind. „Es ist ein Zusammenwirken verschiedener körperlicher und/oder geistiger Gebrechen“, erklärt Prof. Bernhard Iglseder, Leiter der Universitätsklinik für Geriatrie an der Christian-Doppler-Klinik in Salzburg, „die ohne entsprechende Gegenmaßnahmen dazu führen können, dass Patienten pflegebedürftig werden.“ Iglseder führt den bereits vor Jahren beschrittenen „Salzburger Weg“ konsequent weiter, der darin besteht, alles zu unternehmen, geriatrische Patienten vor der Pflegebedürftigkeit zu bewahren.

Am Anfang dieser Bemühungen steht das so genannte „Geriatrische Assessment“. Anders als bei einer gewöhnlichen Anamnese werden in diesem ausführlichen und meist über mehrere Tage gehenden Prozess auch Ebenen erfasst, die sonst nicht üblich sind, also z. B. der Ernährungszustand oder die Fähigkeit zur Selbsthilfe. Das dabei ermittelte Profil dient dann als Grundlage für den Einsatz der notwendigen Maßnahmen, die die Funktionalität und Selbstständigkeit des Patienten wieder herstellen sollen.

„Erkrankungen in einem fortgeschrittenen Alter sind meist chronischer Natur“, erklärt Iglseder, „eine echte Heilung kaum mehr möglich. Wir setzen daher bei der Wiederherstellung verschiedener Fähigkeiten dieser Patienten an, das kann vom Stiegensteigen bis zu physiotherapeutischen Bewegungsübungen reichen.“

Die Universitätsklinik für Geriatrie an der Christian-Doppler-Klinik (CDK) hat seit letztem Jahr einen neuen Primar: Univ.-Prof. Dr. Bernhard Iglseder³⁶. Die Salzburger Geriatrie ist auf den hochsensiblen Bereich der Betreuung multimorbider älterer Menschen spezialisiert. Das Erhalten der Funktionsfähigkeit ist die Kernaufgabe der Universitätsklinik für Geriatrie, die nun auch einen Lehrstuhl an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität inne hat.

Betrachtet man die demografische Entwicklung, so hat die Geriatrie zweifelsohne eine große Zukunft. Die Lebenserwartung in den industrialisierten Ländern ist in den letzten Jahrzehnten rapide angestiegen. Fortschritte der Medizin und unserer Lebensbedingungen haben zu einer Verlängerung der durchschnittlichen Lebenserwartung geführt. Lebten 1900 in Österreich ca. 500.000 über 65-Jährige (9 % der Gesamtbevölkerung), so stieg die Zahl 1990 auf 1,6 Mio. (20,3 % der Gesamtbevölkerung), Hochrechnungen beschreiben für das Jahr 2010 einen Anteil der über 80-Jährigen von etwa 5%, der bis zum Jahr 2050 auf 11,3% steigen soll. Im deutschen Sprachraum beträgt die Lebenserwartung eines Mannes im Alter von 80 Jahren derzeit 6,91 Jahre, für Frauen sogar 8,37 Jahre – dies entspricht einer

Steigerung von etwa 32% für Männer und 50% für Frauen in den letzten fünf Jahrzehnten.

In direktem Zusammenhang mit dem demographischen Wandel steht die Zunahme von chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit, die bis zum Jahr 2040 wahrscheinlich um etwa 50% zunehmen wird.

Für den Raum Salzburg bedeutet dies, dass sich die Zahl der über 60-Jährigen in den nächsten 35 Jahren zumindest verdoppeln, die der 85-Jährigen sogar verdreifachen wird. In diesem Lebensalter sind etwa 30% der Personen pflegebedürftig. Im gleichen Zeitraum wird die Zahl der Pflegebedürftigen von derzeit etwa 6000 auf ca. 13.000 -15.000 zunehmen. Verschärft wird die Betreuungssituation durch die vor allem im urbanen Raum zunehmende Singularisierung der Haushalte.

Auf die Frage „Geriatrie – wozu“ wird die problemorientierte medizinische und soziale Versorgung alter Menschen als eine der größten gesundheitspolitischen Herausforderungen der kommenden Jahre bezeichnet.

Die fortschreitende Spezialisierung und Subspezialisierung in wesentlichen Belangen der Medizin ist nicht geeignet, die komplexen medizinischen und sozialen Probleme multimorbider alter Menschen im ganzheitlichen Ansatz zu erfassen. Die spezifischen Probleme in der Versorgung sind nur in einem eng vernetzten, interdisziplinär orientierten geriatrischen Interventions- und Versorgungssystem mit vielseitigen stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen lösbar. „Ziel ist es, Krisensituationen multimorbider älterer Menschen frühzeitig zu erkennen, um durch eine rasche und adäquate Intervention bleibende Pflegebedürftigkeit zu vermindern. Im deutschen Sprachraum ist die Abteilung der Geriatrie bzw. Universitätsklinik für Geriatrie eine der wenigen mit universitärem Charakter, so ist die Etablierung einer eigenständigen geriatrischen Forschung für uns von wesentlicher Bedeutung.“ so Univ.-Prof. Dr. Bernhard Iglseider, seit 2006 Leiter der Universitätsklinik für Geriatrie .

Mit Einbeziehung der Geriatrie in die Paracelsus Medizinische Privatuniversität ist sie auch zu einem Lehrstuhl geworden, womit die Geriatrie in Salzburg einer weiteren Vorbildfunktion in Österreich nachkommt.“ sagt Univ.-Prof. Dr. Gunther Ladurner, ärztlicher Direktor der Christian-Doppler-Klinik und Leiter der Universitätsklinik für Neurologie.

Hier sind als Schwerpunkte Atherosklerose, Demenz, Muskelschwäche und Sturz, Medikamenteninteraktion und Grundlagen- Altersforschung geplant, wobei Kooperationen mit der Paris-Lodron-Universität und Kliniken der SALK/PMU bereits in Planung bzw. etabliert sind.

Donau Universität Krems³⁷

Master of Science (MSc), Herbst 2009, 4 Semester, berufsbegleitend:

Der Lehrgang wendet sich an Ärzte, die bereits die beiden ÖÄK Diplome (Geriatrie- und Palliativ-Diplom) erworben haben, und sich im Bereich Geriatrie zusätzlich mit einem akademischen Abschluss qualifizieren möchten.

Die Nachfrage nach qualifizierten Ärzten auf dem Gebiet der Geriatrie ist durch das gestiegene Alter der Bevölkerung besonders hoch. Erstmals werden mehr Menschen zu versorgen sein, als Menschen im Produktionsprozess stehen. Da Ärzte in ihrer Ausbildung zum Mediziner mit Fragen der Geriatrie kaum befasst sind, ist es für sie sehr wichtig, eine wissenschaftlich fundierte und gleichfalls praxisnahe Ausbildung auf diesem Gebiet zu erhalten. Auch auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit werden die Ärzte in ihrer Ausbildung nicht vorbereitet. Es geht nicht mehr nur um die medizinische sondern auch die psychosoziale und rehabilitative Versorgung der älteren Menschen. Eine Vielfalt von ambulanten und stationären Betreuungseinrichtungen sind zu koordinieren oder neu zu schaffen. Die Vermittlung fundierter Kenntnisse auf dem Gebiet der Geriatrie hat daher schon heute eine große volkswirtschaftliche Bedeutung und wird in Zukunft einen noch größeren Stellenwert im Gesundheitswesen einnehmen. Die in Zukunft zu erwartende ständig wachsende Anzahl an geriatrischen Patienten wird in den kommenden Jahren unsere gesamte Gesellschaft vor eine große Herausforderung stellen, legt man die bekannten demographischen Daten zu unserer Bevölkerungsentwicklung zugrunde. Dies schafft einen erhöhten Bedarf an geriatrisch ausgebildeten Fachkräften, die wissenschaftlich auf dem Sektor der Geriatrie geschult sind. Der Bedarf an diesen Fachleuten wird mit Sicherheit entsprechend den demographischen Daten ebenso ansteigen.

ÖÄK Diplomkurs Geriatrie 2008 / 2009³⁸

Österreichische Ärztekammer, Referat für Geriatrie, österreichische Akademie der Ärzte in Zusammenarbeit mit der Medizin Akademie

Als Zielgruppe werden ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und FachärztInnen aller Sonderfächer, insbesondere FachärztInnen für Innere Medizin angesprochen. Ärzte die noch in Ausbildung stehen, können ebenfalls an diesem Fortbildungskurs teilnehmen, sie erhalten das ÖÄK Diplom jedoch erst nach Nachweis über die Erlangung des jus practicandi oder des Facharzt diploms. Das Kursziel ist Vermittlung, Erwerb und Nachweis spezieller Kenntnisse und Erfahrungen von Erkrankungen und Behinderungen des höheren Lebensalters unter Berücksichtigung der Probleme im Zusammenhang mit der demographischen Entwicklung.

5.11 Über die Grenze: Die Robert Bosch Stiftung

Das Forschungskolleg Geriatrie³⁹

In der alternden Gesellschaft spielt die Geriatrie in der Gesundheitsversorgung eine immer wichtigere Rolle. Trotzdem ist sie an den Universitäten in Deutschland bislang unzureichend vertreten. Mit dem Forschungskolleg Geriatrie fördern wir Nachwuchsmediziner, die eine akademische Führungsposition in der Geriatrie anstreben. Damit wollen wir auch der Altersheilkunde zu einem festen Platz in Forschung, Klinik und Lehre verhelfen.

Ziel des Forschungskollegs ist es, Ärzte zu potentiellen akademischen Führungskräften in der Geriatrie aus- bzw. weiterzubilden. Absolventen des Kollegs sollen in der Lage sein, die Geriatrie in Forschung, Klinik und Lehre zu vertreten. Sie sollen am Ende der Förderung habilitationsfähig sein oder in absehbarer Zeit dieses Qualifikationsniveau erreichen können.

Die Stiftung führt das Forschungskolleg in Zusammenarbeit mit sieben klinischen Partnern in Deutschland und der Schweiz durch. Wissenschaftlich aktive Ärzte aus diesen Häusern übernehmen die Betreuung der Kollegiaten während der Förderungsdauer.

Das Forschungskolleg wendet sich an Ärzte mit klinischer Erfahrung, die überzeugend darlegen können, dass sie ihre persönliche berufliche Perspektive als akademische Führungskraft in der Geriatrie sehen. Sie sollten ausreichende Erfahrung mitbringen, die es ihnen erlaubt, sich innerhalb der Förderungszeit von maximal 4 Jahren für eine Habilitation zu qualifizieren. Dabei sollten alle erforderlichen Bereiche – Klinik, Forschung und Lehre - berücksichtigt werden. Da sich die Anforderungen an Habilitationskandidaten zwischen den Universitäten unterscheiden, sollten die Bewerber individuell klären, welche Qualifikationen sie während ihrer Kollegzeit noch erwerben müssen, um das Ziel Habilitation zu erreichen.

Erfolgreiche Bewerber werden für eine Förderdauer von maximal 4 Jahren ins Forschungskolleg aufgenommen und an einem der beteiligten Zentren angestellt. Die Stiftung fördert innerhalb dieser Zeit die Freistellung von der klinischen Tätigkeit für Forschung in einem Gesamtumfang von maximal 2 Jahren. Ergänzend dazu können Mittel für Sach- und Reisekosten sowie für individuelle Weiterbildungsmaßnahmen und Kongressreisen beantragt werden⁴⁰.

Geriatrie Universität Bern⁴¹

Die Geriatrie Universitätsklinik am Spital Netz Bern, Ziegler ist verantwortlich für die Betreuung von geriatrischen Patientinnen und Patienten, für Beratung, Lehre und Forschung.

Die Geriatrie Universitätsklinik am Spital Netz Bern, Ziegler verfügt über 76 Betten in der Akutgeriatrie und Akutrehabilitation, 30 Betten in der

Übergangsbetreuung, ein Tagesspital sowie einen Konsiliar- und Liaisondienst für Hausärzte und andere Spitäler. Unter der fachlichen Leitung der Geriatriischen Universitätsklinik wird zudem eine geriatrische Abklärungsstation mit 8 bis 12 Betten am Berner Universitätsspital (Inselspital) betrieben. Die Behandlung der Patienten basiert auf dem Therapiekonzept des multidimensionalen geriatrischen Assessments.

Der Bereich Lehre umfasst die Ausbildung von Studierenden an der Universität Bern im Fachbereich Geriatrie. Schwerpunkte bilden dabei ein Clinical Skills Training (geriatrisches Assessment mit Prüfung, Zusammenarbeit mit der fakultären Instanz für Allgemeinmedizin), Konzeptvorlesungen gemäss Lernzielkatalog, ein Fachpraktikum gemeinsam mit dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin und Kurse im Zusammenhang mit dem Blockunterricht. Die Geriatriische Universitätsklinik bietet zudem auch Wahlstudienjahrplätze an.

Die Forschung der Geriatriischen Universitätsklinik ist als Forschungsstelle Alter organisiert. Diese Forschungsstelle führt unter anderem, gemeinsam mit dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin, einen Schwerpunkt „Altersforschung“. Hier werden in einer interdisziplinären Zusammenarbeit (Allgemeinmedizin, Volks- und Betriebswirtschaft, Pflegewissenschaften) Forschungsprojekte zu Fragestellungen der Gesundheitsversorgung, der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter sowie dem geriatrischen Assessment bearbeitet. In diesem Bereich besteht zudem eine Kooperation mit geriatrischen Zentren im In- und Ausland.

In der Beratung wird das Team der Geriatriischen Universitätsklinik in verschiedenen Bereichen als Experten beigezogen. Beispiele dafür sind: Pflegeversicherung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz, Versorgungsplanung sowie Geriatriekonzept im Kanton Bern.

6 Zusammenfassung

Die Etablierung der geriatrischen Medizin stellt sich im Ganzen noch inhomogen dar. Unterschiedliche Formen der Realisierung geriatrischer Abteilungen und geriatrischer Kliniken haben sich herausgebildet, die sich durch strukturelle und materielle Gegebenheiten unterscheiden. Dies gilt auch für die unterschiedlichen Möglichkeiten nationaler geriatrischer Ausbildung. Im Gegensatz zu etablierten medizinischen Teilgebieten fehlen in der Geriatrie die üblichen strukturellen Hierarchiestufen von Standard-, Schwerpunkt und universitärer Versorgung. Für viele Ärzte resultieren daraus fehlende Perspektiven für eine professionelle Entwicklung. Unterschiedliche Standards in der postgraduellen Aus- und Fortbildung erschweren darüber hinaus den Austausch von Medizinern über die Grenzen hinweg. Doch selbst wo die Geriatrie als Facharztausbildung verankert ist, hat sie um Anerkennung innerhalb des Medizinsystems und um Interessenten für das Fach zu kämpfen.

Gesellschaftspolitische und demographische Entwicklungen werden zeigen, ob jene Länder, in denen Geriatrie zwar bereits formal anerkannt ist, auch den Weg zu einer eigenen medizinischen Spezialisierung mit allen damit einhergehenden universitären Erfordernissen einschlagen werden. „Geriatrie“ in Europa hat bereits in einigen Ländern als eigenes Fach (etwa Republik Tschechien, Dänemark, Finnland, Slowakei, Schweden) und in anderen als Zusatzfach (etwa Deutschland, Norwegen, Schweiz) Einzug gehalten: Tendenz steigend.

Autorin: Mag.^a Dagmar M. Bernardis

7 Weiterführende Links

- International Federation on Ageing
<http://www.ifa-fiv.org/>
- European Union Geriatric Medicine Society
<http://www.eugms.org>
- Age Concern
<http://www.ageconcern.org.uk/>

8 Referenzen

- ¹ <http://www.askdrgraf.com/aecommerce/c2976/11380.php>
- ² <http://www.vitabasix.com>
- ³ <http://www.gewinn.com/newsletter-unpersonalisiert/gewinn-juni-ausgabe/>
- ⁴ <http://www.eugms.org/index.php?pid=195>; 03.02.2009:
Cruz- Jentoft AJ, Franco A, Sommer P, Baeyens JP, Jankowska E, Maggi A, Ponikowski P, Ryś A, Szczerbińska K, Milewicz A. European Silver Paper on the Future of Health Promotion and Preventive Actions, Basic Research, and Clinical Aspects of Age- Related Disease. European Summit on Age- related Disease. Wrocław, 2008.
- ⁵ www.geriatrie-online.at
- ⁶ <http://de.wikipedia.org/wiki/Geriatrie>; 02.02.2009
- ⁷ <http://www.dggeriatrie.de/download/wasistgeriatrie.pdf>
- ⁸ http://www.oeaz.at/zeitung/3aktuell/2008/11/haupt/haupt11_2008_geriatrie.html
- ⁹ I.L.Nascher, New York Medical Journal: 90, 358-3359, 1909
- ¹⁰ Verfassung der Weltgesundheitsorganisation Unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946; Stand am 7. März 2006. Quelle Juli 2008: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf>
- ¹¹ Ao. Univ.-Prof. Dr. Peter Pietschmann http://www.univie.ac.at/mcw-block8/B8_0304/FO/4.4_FO.pdf abgefragt Juni 2008
- ¹² Dr. Gottfried Endel: Gesundes Altern – Problemanalyse der österreichischen Rahmenbedingungen. ÖGPH, Linz 10.September 2008
- ¹³ http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html
- ¹⁴ <http://oe1.orf.at/49146.html>; 04.02.2009
- ¹⁵ Hengstschläger, Markus: Endlich Unendlich. Ecowien, Salzburg, 2008
- ¹⁶ http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_life_expectancy
- ¹⁷ <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/infos/health-in-all-policies>
- ¹⁸ <http://www.euro.who.int/document/E89260.pdf>
- ¹⁹ <http://www.uems.net/>
- ²⁰ http://www.bgsnet.org.uk/Feb04%20NL/10_geriatric_eu.htm
- ²¹ The article is a summary of an article published in Aging, Clinical and Experimental Research. The full article may be read in: Hastie I, Duursma S. Geriatric Medicine in the European Union: Unification of Diversity. Aging, Clinical and Experimental Research 2003; 15,4,4: 347-351
- ²² <http://www.medicaltribune.at/dynasite.cfm?dssid=4170&dsmid=96813&dspaid=746679K>; 05.02.09
- ²³ https://www.ph-online.ac.at/ph-linz/lv.detail?cperson_nr=50210&clvnr=107674
- ²⁴ <http://www.christian-doppler-klinik.at/geriatrie/ger-geragogik.html>
- ²⁵ <http://www.healthgate.at/cms/de/produkte/bars/indikationen/geriatrie/index.html>
- ²⁶ http://nzhta.chmeds.ac.nz/publications/geriatric_services.pdf
- ²⁷ http://hw.oeaw.ac.at/0xc1aa500d_0x0010b36d.pdf
- ²⁸ <http://oe1.orf.at/49124.html>; 04.02.2009
- ²⁹ <http://oe1.orf.at/49128.html>; 04.02.2009
- ³⁰ http://www.meduniwien.ac.at/files/1/11/28_mb_290607_nov_human.pdf; 05.02.09
- ³¹ http://www.meduni-graz.at/images/content/file/studium/humanmedizin/pdf/studienplan_v06_01102008.pdf
- ³² <http://www.pmu.ac.at/110.htm>
- ³³ <http://www.pmu.ac.at/110.htm>; 11.02.2009
- ³⁴ http://www.pmu.ac.at/Curriculum_Jahrgang_2003_4._Jahr_MAGO.pdf; 05.02.09
- ³⁵ http://www.salzburger-fenster.at/rubrik/gesundheit/2107/halt-geben-im-alter_6110.html
- ³⁶ http://www.salk.at/Presse/Dateien/PK_Pressetext_Geriatrie_11_06_07.doc
- ³⁷ <http://www.donau-uni.ac.at/de/studium/geriatrie/index.php>, 02.02.2009
- ³⁸ <http://www.arztakademie.at/unsere-kurse-kongresse/oeaek-diplomkurs-geriatrie-2008->

2009;02.02.2009

³⁹ <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/13539.asp>

⁴⁰ <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/13570.asp>; 04.02.2009

⁴¹ <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/13584.asp>; 04.02.2009