Eine Geriatrieklinik für jedes grössere Spital?

Autor(en): **Wettstein, Albert**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich**

Band (Jahr): **- (1990)**

Heft 31

PDF erstellt am: **26.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-790394

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Eine Geriatrieklinik für jedes grössere Spital?

Dr. med. Albert Wettstein, Chefarzt Stadtärztlicher Dienst Zürich *

1. Übersicht über die Literatur

Sowohl das «New England Journal of Medicine», die führende medizinische Zeitschrift der USA, als auch «Lancet», welche die selbe Funktion in Grossbritannien einnimmt, sind sich einig, «dass eine Geriatrie in Forschung, Lehre und Praxis notwendig ist, um der demographischen Krise und dem finanziellen Imperativ der Gesellschaft genügen zu können» (Besodline, N Eng J of Medicine, 320, 181–182, 1989; Young, Lancet 2, 363–365, 1989)

Weltweit sind zwei Formen von Geriatrie in den Spitälern beschrieben: einerseits eigentliche Geriatrieabteilungen mit dem Kernstück der geriatrischen Assessment-Einheit und andererseits multidisziplinäre Geriatrische Konsultationsteams.

Die kritische Evaluation der Wirksamkeit von Geriatrischen Konsultationsteams hat nur in einer Studie positive Resultate gezeigt. In dieser wurde die Zeit vor und nach Einführung eines Geriatrischen Konsultationsteams in Edinburg untersucht und eine Verminderung der mittleren Aufenthaltsdauer und eine Erhöhung der Quote der nach Hause Entlassenen festgestellt, was die Wirksamkeit von Geriatrischen Konsultationsteams scheinbar nachweist, wobei die Studie wegen der nicht zufälligen Zuweisung in die Kontrollgruppe wenig aussagekräftig ist (Burley, Br Med J 2, 90, 1979). Ist die Evaluation von Geriatrischen Konsultationsteams lege artis durch eine Zufallszuteilung der untersuchten Patienten zustande gekommen, konnte eine Überlegenheit der Patientenbetreuung in Abteilungen mit Geriatrischen Konsultationsteams **nicht** nachgewiesen werden (Camion, J Am Ger Soc, 31: 92, 1963, Dayton JAG 35: 726–736, 1967).

Anders die Resultate von Geriatrieabteilungen im Vergleich zu Allgemein-Medizinischen Kliniken. Zwar konnte auch in einer Studie, in der über fünfzigjährige Patienten nicht streng nach dem Zufallsprinzip, sondern je nach Freiwerden von Betten auf einer Geriatrieklinik oder inneren Medizin aufgenommen wurden, kein Vorteil der Geriatrieklinik nachgewiesen werden (Teasdale, JAGS, 31: 529, 1983). Aber in beiden Studien, in denen Patienten nach dem Zufallsprinzip entweder der Geriatrischen Abteilung oder dem übrigen Spital zugewiesen wurden, konnten eindeutig bessere

Resultate für die Geriatrische Abteilung nachgewiesen werden. Dies bezog sich sowohl auf ein Spital der Veteranen-Administration, ein öffentliches Spital, als auch auf ein privates Allgemeinspital mit 1.500 Betten (Rubinstein, N Eng J Med, 311: 1064–1070, 1984 und Applegate, N Eng J Med, 322: 1570–1578, 1990). In Rubinsteins Studie hatten die Patienten der Geriatrischen Abteilung eine viel niedrigere Mortalität als die Kontrollen (24% statt 48%), wurden weit seltener in ein Krankenheim entlassen (13% statt 30%), wurden auch im Laufe der Nachkontrollen viel seltener in ein Krankenheim aufgenommen (27% statt 47%), wobei die Gesamtkosten ebenfalls geringer waren.

Auch in Applegates Studie lebten deutlich mehr Patienten der Geriatrieabteilung nach Ablauf der Nachkontrolle noch zuhause (79% im Vergleich zu 61%), während die Anzahl Tage in Spitalpflege nicht wesentlich verschieden waren.

Die Anzahl von Betagten, die von einem Aufenthalt in einer Geriatrischen Abteilung profitieren könnte, wird von Rubinstein auf 4% aller über 65-Jährigen geschätzt, die in ein Allgemeinspital eintreten, oder nach einer anderen Schätzung auf 8,5% aller über 65-Jährigen, die länger als eine Woche im Spital liegen. Für ein Spital von 650 Betten, wo wie in den meisten Schweizer Spitälern 70% der Pflegetage für die über 60-Jährigen erbracht werden, ergäbe dies einen Bedarf von einem Dreissigstel des Bettenbestandes, das sind um die 20–30 Betten. **Aus dieser Zahl – wie aus dem Kleingedruckten der obenerwähnten Studien – geht klar hervor, dass eine Geriatrieabteilung nie für alle betagten Kranken etwas bringt, sondern nur für eine spezielle Auswahl von spezifischen Patienten.** Nur für sachgerecht vortriagierte Patienten weisen Geriatrie-Abteilungen Vorteile gegenüber den üblichen allgemeinen Abteilungen auf.

Die Triagegrundsätze sind dabei in beiden Studien recht ähnlich: Rubinstein schloss solche Patienten aus, die an einer schweren Demenz oder an einer schweren unheilbaren Krankheit wie Multiple Sklerose leiden, wenn sie unselbständig sind in der Mehrzahl der täglichen Verrichtungen und keine helfenden Angehörige haben, sowie Patienten in Endstadien aller Krankheiten und solche, die kurz vor der Entlassung stehen. In der Applegate-Studie wurden solche Patienten in die Geriatrische Assessment-Einheit eingewiesen, die funktionelle Beeinträchtigungen zeigten und von denen angenommen werden konnte, dass sie möglicherweise in ein Krankenheim eingewiesen werden müssten. In dieser Studie wurden folgende Patienten ausgeschlossen: solche, mit einer Lebenserwartung von weniger als sechs Monaten, schwer Demente und solche, bei denen von Anfang an eine Krankenheimplazierung unvermeidlich war.

Entsprechend fasst Young im Lancet zusammen: **«Geriatrie muss sich auf solche Betagte konzentrieren, die ohne spezielle Massnahmen ein hohes Risiko tragen, nicht mehr nach Hause entlassen zu werden.** Für diese Patienten muss die Geriatrie von der Aufnahme bis zur optimalen Plazierung das Management übernehmen. Wenn die Geriatrie zu viele Patienten in ihre Abteilung aufnimmt, hilft sie niemandem. Es ist deshalb wichtig, die spezifischen geriatrischen Patienten früh und genau zu identifizieren, so dass sie optimal vom Spitalaufenthalt profitieren können. Nur auf diese Weise kann die Geriatrie ihre spezifischen klinischen Dienste zum Nutzen aller entfalten».

Kernstück jeder Geriatrieabteilung ist deshalb eine effiziente Patiententriage, die nur erfolgen kann unter gleichwertigen Partnern. Damit wird vermieden, dass unangenehme und uninteressante Patienten einfach in die Geriatrie abgeschoben werden.

2. Ist-Zustand der internmedizinischen Kliniken der Zentral- und Schwerpunktspitäler

Das gute konventionelle Spital ist auch gegenüber betagten Patienten überaus effizient, wenn dominant eine eindimensionale Krankheit vorliegt und eine methodenorientierte Diagnostik und Therapie stattfinden kann, also der betagte Kranke direkt vom Wissen und Können der medizinischen Spezialitäten und Subspezialitäten profitieren kann. Kurze durchschnittliche Hospitalisationszeiten belegen dies vorbildlich. Für die Beurteilung komplexer Krankheitssituationen geriatrischer Patienten, wie sie oben als «typische Geriatrie-Patienten» bezeichnet wurden, ist die übliche internmedizinische Infrastruktur aber oft nicht optimal.

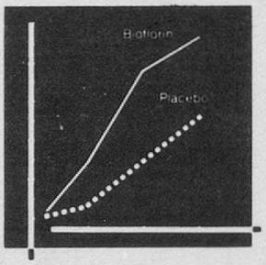
Es fehlen insbesondere die Disposition und Arbeitsmethoden zur systematischen Beurteilung der funktionellen Alltagsstörungen. Es wird generell ein für diese Minderheit der Geriatriepatienten nicht angemessenes Krankheitsmodell verwendet, (auf Diagnosen einzelner Krankheiten, statt – wie in der Geriatrie notwendig – auf funktionelle Ausfälle bezogen). Patienten, die von internistischen Kliniken in Krankenheime verlegt werden, zeigen diesen Sachverhalt deutlich an, auch in den Austrittsberichten; ein adäquates multidimensionales Assessment wurde nicht durchgeführt und die rehabilitativen Anstrengungen werden eingestellt, wenn mit den üblichen, organbezogenen Methoden keine Besserung des Zustandes erreichbar war. Auf den Langzeitabteilungen warten solche Patienten dann als «Krankenheim-Wartepatienten» bis zur Aufnahme und verlieren dabei oft noch ihre letzte Selbständigkeit.

Selbstverständlich kann ein internistischer Chefarzt, der die Geriatrieaufgabe wirklich ernst nimmt, der über langjährige Erfahrung verfügt und über Intuition und guten praktischen Verstand gegenüber den kranken älteren Menschen aufbringt, in Einzelfällen vieles über seine Person korrigiert halten, aber er wird sich mangels infrastruktureller Möglichkeiten und wegen des unsystematischen Vorgehens nur schlecht auf seine Mitarbeiter vermitteln können und mit seinem individuellen geriatrischen Wissen und Können nur eine kleine Durchdringung des weitverzweigten Klinikbetriebes erwirken.

Mit geeignetem geriatrischem, multidimensionalem Assessment und anschliessender gezielter Rehabilitation kann der Prozentsatz von Patienten, welche einer dauernden Krankenheimplazierung bedürfen, sicher gesenkt werden. Dies betrifft jedoch nicht die Patienten, die heute schon dank guter internistischer Behandlung sehr schnell nach Hause entlassen werden können, sondern eher das Kollektiv der sogenannten «Krankenheim-Wartepatienten».

*Bioflorin®

Streptococcus faecium,
Gruppe D,
Stamm SF 68.



Wenden Sie sich bitte an das Schweizer. Arzneimittelkompendium oder verlangen Sie die ausführliche Dokumentation.

Giuliani S.A., 6976 Lugano-Castagnola
Pharmazeutische Spezialitäten
auf natürlicher Basis für Ihre Leader-Therapie

GIULIANI

3. Die verschiedenen Möglichkeiten einer Geriatrie im Spital:

Im Prinzip gibt es drei Varianten, eine moderne Geriatrie in einem grossen Schweizer Spital zu verwirklichen:

- Die Bildung eines geriatrischen Konsultationsteams
- Die Bildung einer geriatrischen Abteilung innerhalb einer bestehenden Klinik und
- die Bildung einer eigentlichen Geriatrieklinik

Variante 1: Das Geriatrische Konsultationsteam:

Das Modell geht von den guten Erfahrungen aus, die beispielsweise Onkologische Konsiliardienste gemacht haben. Dem Konsiliarius werden die Kompetenzen eingeräumt, an allen Kliniken des Spitals die onkologischen Belange zu vertreten. Er kann nach Absprache mit den zuständigen Ärzten direkt die notwendige Chemotherapien verordnen, er verfügt jedoch über keine eigene Abteilung oder Abteilungsteile. Zwei gewichtige Tatsachen sprechen jedoch gegen ein Geriatrisches Konsultationsteam als optimale Lösung:

1. Ein Effizienznachweis konnte bisher mit dieser Form des Geriatrieinsatzes nicht erbracht werden.
2. Der Erfolg der Geriatrie ist immer das Resultat eines interdisziplinären Teams. Eine verbale Beratung genügt deshalb nicht, sondern auch der Alltag der Patienten muss interdisziplinär beeinflusst werden. Dies ist im gewünschten Umfang nur auf Abteilungen möglich, die entsprechend ausgerichtet sind. Dies ist üblicherweise in allgmeinmedizinischen Abteilungen nicht der Fall und Konsiliarberatungen können dann wenig bewirken.

Aus diesen beiden Gründen scheint die Einführung eines spitalinternen Geriatrischen Konsultationsteams allein eine zu unsichere und fachlich nicht zu empfehlende Lösung.

Variante 2: Eine Geriatrische Abteilung unter der Leitung eines leitenden Arztes als Teil einer bestehenden Klinik

Ein solches Modell ist unter ganz bestimmten Bedingungen möglich, es liegt sicher einem Teil der publizierten, erfolgreichen Geriatriemodelle zugrunde, denn in den Vereinigten Staaten werden oft ganze Abteilungen einzelnen Subspezialisten zur selbständigen Führung übergeben. Diese werden zusammen mit den allgemeinen Abteilungen der Fachrichtung in einem Departement zusammengefasst. Solche Modelle gibt es vor allem in Universitätsspitälern. Sie setzt dort aber voraus, dass die Geriatrie eine universitäre Anerkennung besitzt und die Fachausbildung geregelt ist.

In der Schweiz ist diese Entwicklung an den Universitäten noch Zukunftsaufgabe. Im Kontext des nichtuniversitären Spitals kann das Modell nur funktionieren, wenn der Chefarzt ausgewiesenes Können und Wissen in Geriatrie mitbringt, denn nur er kann unter den Disziplinen egalitäre Bedingungen unter den Disziplinen garantieren und nötige Interessenausgleiche bewirken. Auf universitärer Ebene können solche Modelle besonders sinnvoll sein, um die Lehre und eine intensive Forschung zu ermöglichen. Wichtig ist die Auswahl der entsprechenden Persönlichkeiten.

Variante 3: Eigenständige Geriatrie-Klinik

In diesem Modell ist die Geriatrieklinik selbständig, wie alle andern Kliniken. Die Koordination obliegt einerseits dem Chefarzt-Direktor des ganzen Spitals und andererseits der Klinikdirektoren-Konferenz. Der Vorteil dieser Lösung ist, dass der Chefarzt die Aufnahmepolitik mitbestimmen kann und sich mit allen anderen Klinikchefs gleichberechtigt an der Verteilung der Patienten, die dem Spital aufgrund seiner Aufnahmepflicht zugewiesen werden, beteiligen kann. Je nach Grösse übernimmt die Geriatrische Klinik auch einen Anteil an der Gesamtversorgung der betagten Bevölkerung. Aus schon genannten Gründen ist jedoch darauf zu achten, dass die Geriatrische Klinik eher klein gehalten wird. Eine sinnvolle Ergänzung zur Assessment-Einheit, maximal 28 Betten, ist der Anschluss einer kleinen geriatrischen Intensiv-Rehabilitationsabteilung, welche im gleichen Haus betrieben wird. Dort wird, ähnlich wie heute auf den Rehabilitationsabteilungen von Rheumakliniken, gezielt und in vollem Wissen um die Assessmentresultate geriatrisch gearbeitet. Auch eine Übergangs-Pflegeeinheit ist ein sinnvoller Bestandteil einer Geriatrie-Klinik. Diese sollte jedoch nicht im Bettentrakt des Spitals selber, sondern in einem näher den Gemeinschaftsaktivitäten stehenden Haus, zum Beispiel in Personalhäusern untergebracht werden, da sie dem Übergang zwischen Spital und Entlassung nach Hause und dem Training der Aktivitäten des täglichen Lebens dient.

Krankenheimabteilungen können sowohl der internistischen Klinik wie der Geriatrieklinik angeschlossen sein. Für beide Varianten gibt es gute Beispiele in der Schweiz.

Aus praktischen Gründen ist im ländlichen Bezirksspital eher der Anschluss an die Medizin gegeben, in städtischen Agglomerationen mit einem weitverzweigten Geriatriegeschehen scheint eher der Verbund mit dem Geriatriespital richtig.

Welcher Klinik die Krankenheim-Abteilungen zugewiesen werden, die an vielen Spitälern ausgeschieden sind, ist vom Patientenbetrieb her letztlich von sekundärer Bedeutung. Von den Ausbildungsnotwendigkeiten her aber scheint die Zuweisung der Krankenheim-Abteilungen an die Geriatrie eher zweckmässig. Geriatrische Kliniken sind nämlich – besonders für das Pflegepersonal – attraktiv, wird doch dort, aufgrund des Team-Approaches, vieles der Pflege in Eigenverantwortung übergeben, was andernorts Sache von Spezialisten ist. Bei Langzeitabteilungen unter geriatrischer Leitung ist ausserdem zu erwarten, dass ein höherer Prozentsatz von Patienten wieder nach Hause entlassen werden kann, als dies heute auf den Langzeitpflegeabteilungen der Fall ist. Dies wird «slow-stream-Rehabilitationseffekt» genannt und zu diesem trägt die gekonnte Geriatriepflege, d.h. reaktivierend-therapeutische Pflege, ganz wesentlich bei.

mediwar ag

Fachgeschäft für Spital-, Heim- und Arztbedarf
Krankenpflegeartikel, Fahrstühle und Rehabilitationsgeräte

Detailverkauf mit Ausstellungsraum
mediwar das Spezialgeschäft für **Krankenpflege** zu Hause

Ortopedia Rollstühle

ORTOPEDIA
BERATUNG
VERKAUF
SERVICE

mediwar ag Birmensdorferstrasse 360, 8055 Zürich
Tel. 01 - 462 18 11 und 01 - 461 06 30

Öffnungszeiten: Montag bis Freitag von 8–12 Uhr und 14–18 Uhr
Samstag geschlossen