

Geriatric – eine fehlende Disziplin?

Über die Notwendigkeit interdisziplinärer Versorgungsstrukturen für psychisch Alterskranke

M. Bergener, Rheinische Landeslinik Köln

Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit wissen wir, wie viele alte Menschen es in den nächsten Jahrzehnten geben wird. Während der Anteil der über 65jährigen in der Bundesrepublik 14%, der über 60jährigen 19,8% beträgt, wurde für das Jahr 2000 ein Anstieg der über 60jährigen auf 22,6% errechnet. Im Jahr 2030 werden ein Drittel aller Bewohner der Bundesrepublik älter als 60 Jahre sein. In der Gruppe der über 60jährigen wird dabei der Anteil der Frauen über dem der Männer liegen. In der Gruppe der Höchstaltrigen werden Frauen schliesslich deutlich überrepräsentiert sein. Weltweit werden die über 60jährigen das am stärksten zunehmende Bevölkerungssegment bilden: Einer Zunahme der Gesamtbevölkerung in den Industrieländern bis zum Jahr 2000 um 33% wird ein Anstieg der über 60jährigen von 58% gegenüberstehen. Seit der Jahrhundertwende hat sich der proportionale Anteil älterer Menschen verdreifacht, der Anteil der über 80jährigen sogar beinahe verfünffacht. Am Ende dieses Jahrhunderts werden noch einmal um die Hälfte mehr über 80jährige leben als am Anfang der siebziger Jahre. Während wir aufgrund dieser Statistiken recht genau sagen können, wie viele alte Menschen es am Ende dieses Jahrhunderts und am Anfang des nächsten geben wird, wissen wir bis heute eigentlich wenig darüber, wie diese Menschen leben werden, wie sie versorgt werden sollen, wenn sie auf die Hilfe anderer angewiesen sind. Noch nie war fortgeschrittenes Alter eine so alltägliche Sache wie heute. Gleichzeitig sind die sich daraus ergebenden Probleme einer überalternden Welt bis heute weitgehend ungelöst. Alle wissenschaftlichen Aussagen über die Entwicklung und Planung von Lebensqualität in der modernen Industriegesellschaft werden die lange Zeitspanne fortgeschrittenen Alters zu berücksichtigen haben, das bereits heute im Durchschnitt ebenso lange währt wie die Kindheit und Jugendzeit. Nicht nur die industrialisierten Gesellschaften, auch die Entwicklungsländer werden sich mehr und mehr der Tatsache ihrer älteren Menschen bewusst.

Im folgenden sollen einige Themen ausgewählt und aufgegriffen werden, die angesichts dieser Entwicklung aus medizinischer Sicht von besonderer Bedeutung sind und die zeigen werden, dass die Versorgung älterer Menschen eine wahrhaftig umfassende Aufgabe darstellt, die stets der Einbeziehung der sozialen Matrix bedarf und die damit von Ärzten allein nicht zu lösen ist.

Aus der eingangs skizzierten demographischen Entwicklung ist eindeutig ableitbar, dass die ärztliche Behandlung des letzten Viertels unserer Lebensspanne

künftig den Hauptteil der ärztlichen Sprechstunden in Anspruch nehmen wird. Typische Alterskrankheiten werden im Vergleich zu anderen Krankheiten an Häufigkeit zunehmen.

Ungeachtet dieser Tatsachen aber ist die Alternsmedizin (Geriatric) bis heute eine weitgehend fehlende Disziplin. Vielfältige gerontologische und geriatriche Informationsangebote können nicht darüber hinwegtäuschen, dass die geriatriche Wissensvermittlung unzulänglich geblieben ist. Ebenso wenig kann die in den letzten Jahren ständig gewachsene Zahl wissenschaftlicher Symposien über Themen der Geriatric und Gerontologie darüber hinwegtäuschen, dass gerade auch die Bundesrepublik, wie die Mehrzahl aller Länder mit überalterter Bevölkerung, auf diesen Gebieten ein Entwicklungsland geblieben ist. Geriatric sind in unserem Lande Autodidakten; Schnecken vergleichbar, die tastend ihre Fühler ausstrecken, um nach einem geeigneten Gehäuse zu suchen. An den Universitäten haben sie es nach erfolgter Hochschulreform noch weniger finden können als in den Jahren und Jahrzehnten davor. Max Bürger hat an deutschen Universitäten noch keine Nachfolger. Er wird sie so lange nicht haben, als es immer noch gilt, dass Geriatric den Versuch darstellt, für drittklassige Patienten durch zweitklassige Ärzte die Behandlung in erstklassigen Krankenhäusern zu erzwingen und Desinteresse wie Resignation nach wie vor für eine Grundhaltung bestimmend sind, mit der Ärzte im allgemeinen den Krankheiten des höheren Lebensalters gegenüber treten. Noch immer wird durch veraltete und desorganisierte, quantitativ und qualitativ defizitäre Versorgungsstrukturen, sowohl in medizinischen als auch in sozialen Bereichen, die Anwendung effizienter Behandlungs- und Betreuungsmethoden erschwert, wenn nicht überhaupt verhindert. Die ärztliche und pflegerische Betreuung wird dabei um so unzulänglicher, je gebrechlicher und pflegebedürftiger die zu versorgenden Patienten sind. Dies gilt nicht nur für körperlich gebrechliche, sondern auch und gerade für psychisch gestörte alte Menschen. Das Bild des unheilbaren psychisch gestörten alten Menschen ist nach wie vor vorherrschend das Ergebnis einer durch negative Stereotype bestimmten aversiven Einstellung, gleichzeitig das Ergebnis vieler sozialer und medizinischer Unzulänglichkeiten.

Krankheiten sind aber nur eine Bedingung, unter der Alternsprozesse offenkundig werden. Altern ist ein weitgehend biographisches Schicksal; nicht aber ein Schicksal, dem der einzelne passiv ausgeliefert ist, sondern ein Schicksal, mit dem er sich auseinanderzusetzen hat. Die Mehrdimensionalität der Alternspro-

zesse unterstreicht dabei einerseits deren Individualität, zeigt andererseits aber auch, dass Alternsprozesse auf den verschiedensten Ebenen zu beeinflussen sind. Medizinische Massnahmen, so wichtig sie sind, reichen allein nicht aus. Mehr und mehr Probleme der Älteren werden heute der Medizin zugeschoben, in der Hoffnung, dass sie auch diese Probleme lösen kann. Dabei entspricht diese Tendenz, das fortgeschrittene Alter zu «medikalisieren», einer allgemeineren Tendenz der Gesellschaft, komplexe soziale Aufgaben in eine professionelle Ecke abzuschieben.

Ähnliche Tendenzen sind in der Kindererziehung, in der Bildungsplanung, im Umgang mit Straffälligen gewordenen, um nur einige Beispiele zu nennen, erkennbar. Ärzte sollten daher künftig auf der Hut sein und sich nicht in Aufgabenbereiche hineinmanövrieren lassen, für die sie keinerlei Kompetenz beanspruchen können. Gleichzeitig sollten sie sich vor eigenen überzogenen Ansprüchen in acht nehmen. Aus dem auch heute noch gültigen alten medizinischen Grundsatz «vorbeugen ist besser als heilen» folgt nicht, dass alles, was man zu verhindern sich vornimmt, mit den heute verfügbaren Mitteln auch tatsächlich zu verhindern ist oder sich je verhindern lassen wird. Als Beispiel dafür sind die oft schwerwiegenden Auswirkungen, die medizinischen ebenso wie die sozialen Folgen der Demenz an erster Stelle zu nennen. Gegenwärtig gibt es keinen Beweis dafür, dass eine definitive Prophylaxe gegen die Entstehung und Progredienz dementieller Prozesse existiert. Gleichwohl wird von gesundheitspolitischen Planern im Einvernehmen mit Ärzten immer mehr Geld für präventive Massnahmen gefordert, wobei höchst fraglich bleiben muss, ob das in solche Planungen investierte Geld und Können die Kosten rechtfertigt, dass andererseits wichtige und vordringliche Investitionen aus Kostengründen immer wieder zurückgestellt werden.

Wenn zunächst gesagt wurde, Ärzte sollten sich nicht alle ungelösten Probleme der Versorgung alter Menschen zuweisen lassen, so kann dies nicht stehenbleiben, ohne nun noch die Gründe zu nennen, die der Medizin eine einzigartige Stellung in bezug auf die ältere Generation einräumen.

Häufigkeit von Gesundheitsproblemen alter Menschen

Über 60jährige konsultieren Allgemeinärzte am häufigsten unter allen Altersgruppen. Die Hälfte aller Krankenhausbetten sind von älteren Patienten belegt. 50% der über 65jährigen berichten von chronischen Erkrankungen.

Eine Umfrage ergab, dass bei über 75jährigen durchschnittlich sechs verschiedene Krankheiten festzustellen waren, von denen der überwiegende Teil eine ernsthafte Behinderung darstellte. Nur 10% der über 75jährigen gaben keine chronische Behinderung an; 35% berichteten, dass sie Schwierigkeiten haben, ein Bad zu nehmen, und 25%, dass sie sich zu Hause nicht ohne Hilfe anderer bewegen können.

Tab. 1. Überblick über die Konstruktion von Variablen, die auf interventionsbedürftige Fälle hindeuten.

1. Wohnung im 1. Stock oder höher, kein Fahrstuhl im Haus und Vorliegen einer Behinderung
2. Mindestens 1 Wohnungsproblem
3. Schwierigkeiten beim Lesen, Grossbuchstaben können gelesen werden, es gibt aber keinen entsprechenden Zugang zu Lesestoff
4. Schwierigkeiten beim Lesen, Grossbuchstaben können nicht gelesen werden, Blindenschrift wird nicht beherrscht
5. Schwierigkeiten beim Lesen und ungenügende Beleuchtung nach Einschätzung des Interviewers
6. Schwierigkeiten beim Lesen und nur eine Glühbirne bis 40 W
7. Zum Telefonieren auf Telefon ausserhalb des Haushalts angewiesen und gehbehindert
8. Keine tägliche Einnahme mindestens einer warmen Mahlzeit
9. Schwierigkeiten bei der Essenszubereitung
10. Schwierigkeiten bei der Einhaltung von Diätvorschriften
11. Einkaufsschwierigkeiten
12. Schwierigkeiten beim Wäschewaschen
13. Schwierigkeiten bei der Nutzung von Verkehrsmitteln
14. Schwierigkeiten bei Hand- und Fusspflege
15. Schwierigkeiten beim Waschen, Baden, Duschen
16. Schwierigkeiten bei Wohnungspflege
17. Noch berufstätig wegen fehlender materieller Absicherung
18. Pro-Kopf-Einkommen unter DM 150.-
19. Pro-Kopf-Wohnfläche unter 15 m²
20. Mindestens eine Bewegungsbehinderung

Bei gleichzeitigem Vorhandensein gesundheitlicher Behinderungen entscheiden soziale und im weitesten Sinne ökologische Bedingungen in erster Linie darüber, ob ein Interventionsbedürfnis vorliegt oder nicht. Aus dem Zusammentreffen mehrerer Behinderungsformen resultieren schliesslich unterschiedliche Behinderungskonstellationen, für die jeweils unterschiedliche Interventionsmassnahmen und -strategien entwickelt werden müssen. In diesem Zusammenhang bildet nach eigenen Untersuchungen die Selbstzuordnung der Betroffenen für die Auswahl einer bestimmten Interventionsnotwendigkeit einen verlässlichen, wenn nicht überhaupt den verlässlichsten Indikator. Während ein Drittel der Bewohner in Einrichtungen der geschlossenen Altenhilfe nach eigenen Untersuchungen auf intensive Pflege angewiesen ist, waren es unter den über 65jährigen, die in eigener Wohnung lebten, weniger als 5%. Der Grad der Pflegebedürftig-

Tab. 2. Häufigkeitsverteilung von Erkrankungsgruppen, ermittelt durch das AGP-System.

Eine Aufstellung nach der Häufigkeitsverteilung ergibt folgendes Bild (aufgestellt in der Reihenfolge abnehmender Häufigkeit):

1. Sehstörungen	83,3 %
2. Kardiovaskuläre Störungen	80,1 %
3. Vegetative Störungen	53,3 %
4. Schlafstörungen	52,4 %
5. Erkrankungen des Bewegungsapparates	51,6 %
6. Hörstörungen	35,8 %
7. Erkrankung des Respirationssystems	33,3 %
8. Stoffwechselstörungen	29,7 %
9. Erkrankungen des Urogenitalsystems	24,8 %
10. Erkrankungen des Verdauungssystems	24,4 %

(Bemerkung: n = 246; ausser den Seh- und Hörstörungen berechnen sich diese Prozentzahlen aus: 100% minus keine entsprechende Störung in %.)

keit ist dabei sowohl von körperlichen als auch von psychischen Beeinträchtigungen abhängig, die sich überlagern und wechselseitig beeinflussen. Unter den geklagten körperlichen Beschwerden stehen Beeinträchtigungen des Seh- und Hörvermögens, Schlafstörungen, Kreislaufstörungen und Bluthochdruck im Vordergrund. Unter den psychiatrischen Krankheitsbildern sind neben akuten zerebralen Dekompensationen und hirnrorganischen Syndromen am häufigsten Depressionen und Kontaktmangelsyndrome anzutreffen. Nicht selten bilden evasive Einstellungen und Rückzugstendenzen das Primum movens. Werden in solchen Fällen institutionelle Hilfen erforderlich, sind primärgruppenspezifische Bezugspersonen (Kinder, Enkelkinder, andere Familienangehörige) entweder nicht vorhanden oder nicht bereit, als Entscheidungsträger aufzutreten, damit erforderliche Hilfen rechtzeitig geplant und realisiert werden können.

Medizinische Massnahmen

Dass medizinische Interventionen und insbesondere neue medizinische Technologien eine Reihe von Behinderungen nachhaltig beeinflussen können, die bisher als unbeeinflussbar galten und damit in den Aufgabenbereich der Sozialdienste verwiesen wurden, lässt sich an vielen Beispielen eindrucksvoll belegen. Chronische Verwirrheitszustände gehen nicht ausnahmslos in irreversible Demenzen über. Durch rechtzeitige Erkennung und spezifische Behandlung können sie in vielen Fällen behoben werden. Ein Kunstgelenk kann einen immobilien, von Schmerzen oft über lange Zeit geplagten Kranken, der auf Sozialhilfe, Gehhilfen und unter Umständen auch auf bauliche Veränderung in seinem Hause oder seiner Wohnung angewiesen wäre, in einen aktiven, gehfähigen Menschen verwandeln. Leider bleiben immer noch zu viele an sich vorhandene Möglichkeiten mehr oder weniger ungenutzt, wobei das gleichzeitige Auftreten mehrerer Krankheiten im Alter (Multimorbidität) erschwerend dazu beiträgt, dass der Arzt in der Praxis, aber auch in der Klinik in der Diagnosestellung bei alten Patienten in Anbetracht der Vielzahl der zu erkennenden und hinsichtlich ihrer Ursache zu klärenden Symptome und Beschwerden allzuoft und allzufrüh resigniert. In anderen Fällen ergeben sich unterschiedliche Beurteilungen über die Behandlungsbedürftigkeit sowie über die grundsätzliche Beeinflussbarkeit eines Krankheitsbildes, aus einer oft einseitigen Einstellung, die der in der Regel nachweisbaren multifaktoriellen Genese nicht gerecht wird. Die Fähigkeit aber zu einer mehrdimensionalen Betrachtungsweise ist für die Geriatrie eine *Conditio sine qua non*.

Mehrdimensionale Diagnostik, Therapie und Rehabilitation bilden ihre Grundsäulen. Nur eine mehrdimensionale Betrachtung kann in Anbetracht der multifaktoriellen Bedingtheit psychischer und/oder somatischer Krankheitsbilder im höheren Lebensalter zu einem vertieften Verständnis führen. Sie begnügt sich weder mit klischeehaften Differenzierungen, wie sie

auch heute noch in vielen bekannten Lehr- und Handbüchern über die Krankheitszustände des älteren Menschen anzutreffen sind, noch mit einer völlig unbegründeten pessimistischen Haltung gegenüber therapeutischen Massnahmen.

Besorgnis um die Gesundheit

Die Situation des älteren Menschen ist in vieler Hinsicht unbefriedigend, aber die grösste Sorge der Älteren und derjenigen, die für sie zu sorgen haben, ist die «Gesundheit». Eine erst kürzlich abgeschlossene Untersuchung ergab, dass die von Älteren selbst am häufigsten ausgesprochene Sorge die Sorge um ihre Gesundheit ist. Es ist diese besondere Bewertung der Gesundheit im Alter, die den Ärzten die grossartige Aufgabe zuweist, zur Lebensqualität alter Menschen in verstärktem Masse beizutragen. Im Rahmen einer Untersuchung über die gesundheitliche und soziale Situation älterer Menschen in der Grossstadt sollten die untersuchten Personen bei der Befragung maximal drei Antworten auf die Frage: «Was sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Dinge, um sich gut auf das Alter vorzubereiten? ... Was sollte man noch tun?» geben. Die freien Antworten wurden nach verschiedenen Aspekten geordnet. Schliesslich wurden fünf Kategorien gebildet. Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht darüber, wie oft Antworten aus den Bereichen gesundheitliche, materielle Vorbereitungen usw. bzw. soziale, ich-bezogene Aktivitäten, andere Vorbereitungen genannt wurden.

Tab. 3. Vorschläge zur Vorbereitung auf das Alter

Vorbereitungen	Häufigkeit der Nennungen dieser Aspekte bei	
	Gruppe A	Gruppe B
Gesundheitliche Vorbereitungen	158 (63,0)	43 (47,3)
Materielle Vorbereitungen	22 (9,4)	14 (15,4)
Soziale Aktivitäten	61 (26,0)	12 (13,2)
Ich-bezogene Vorbereitungen	42 (17,9)	16 (17,6)
Andere Vorbereitungen	59 (25,1)	24 (26,4)

Angaben in () = Prozentangaben bezogen auf die Anzahl der Personen der Gruppe A bzw. B

Ordnung der Items nach der Häufigkeit der Nennungen:

Gruppe A	Gruppe B
1. Gesundheitl. Vorbereitungen	1. Gesundheitl. Vorbereitungen
2. Soziale Aktivitäten	2. Andere Vorbereitungen
3. Andere Vorbereitungen	3. Ich-bezogene Vorbereitungen
4. Ich-bezogene Vorbereitungen	4. Materielle Vorbereitungen
5. Materielle Vorbereitungen	5. Soziale Aktivitäten

An erster Stelle werden auch hier, wie zu sehen ist, sowohl in der Gruppe der zu Hause Lebenden (Gruppe A) als auch der in Institutionen der Altenhilfe betreuten über 65jährigen (Gruppe B) gesundheitliche Vorbereitungen genannt. An zweiter Stelle stehen in Gruppe A soziale Aktivitäten, die in Gruppe B völlig in den Hindergrund treten. (Es wäre lohnend, die Gründe dafür genauer zu untersuchen. Doch dies ist ein anderes Thema.) Wenn die Dinge schlecht stehen,

sind viele von uns geneigt zu sagen: «Wenigstens aber doch sind wir gesund.» Im fortgeschrittenen Alter ändert sich dies. Bereits geringfügige soziale Veränderungen können Auswirkungen auf die Gesundheit haben und dadurch die Lebensqualität in besonderer Weise beeinflussen. Eine Krankheit kann das Ende der Mobilität bedeuten. Selbst eine vorübergehende Mobilitätseinschränkung führt in der Regel zu erheblichen Einbussen hinsichtlich der Selbständigkeit und Unabhängigkeit. So entsteht ein *Circulus vitiosus*. Bei älteren Menschen sollte daher die umgehende Behandlung selbst «trivialer» Störungen oberste Priorität haben. Angesprochen ist damit die Bedeutung der Frühdiagnostik. Was wir heute feststellen, ist, dass einerseits Krankheiten bei alten Menschen nicht rechtzeitig diagnostiziert oder überhaupt nicht erkannt werden. Krankenhausüberweisungen erfolgen oft erst dann, wenn schwerwiegende Krankheitsfolgen die Aussichten auf Besserung oder Heilung fraglich erscheinen lassen. In anderen Fällen werden aus nichterkennbaren medizinischen Gründen Krankenhauseinweisungen vorgenommen. Von diesen Fehlentscheidungen sind die Institutionen der Psychiatrie besonders betroffen. Von wenigen Ausnahmen abgesehen aber sind Alterskranke in psychiatrischen Institutionen fehlplaziert. Um so erschreckender ist die Realität: Jeder Dritte, der heute in einem psychiatrischen Krankenhaus behandelt wird, wurde erstmals nach dem 65. Lebensjahr eingewiesen. Jede zweite Einweisung wird durch einen niedergelassenen Arzt vielfach ohne entsprechend begründete, die Einweisung rechtfertigende psychiatrisch-neurologische Untersuchungsbefunde vorgenommen.

Aufgrund fehlender Alternativen führt die tatsächlich vorhandene oder viel häufiger lediglich unterstellte «Social visibility» dazu, dass psychiatrische Institutionen nach wie vor als Dauerpflegeeinrichtungen für alte Menschen in Anspruch genommen werden. Um dies künftig wirkungsvoll zu verhindern, muss der Aufbau differenzierter institutioneller Versorgungsstrukturen vordringlich realisiert werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass zwischen dem das gegenwärtige Versorgungssystem beherrschenden «Prinzip der Permanenz» und einem rehabilitative Massnahmen einschliessenden Versorgungssystem eine unauflösbare Inkommensurabilität besteht. Solange sie weiterbesteht, kann nicht von einem geschlossenen Versorgungssystem gesprochen werden. Vor allem das psychiatrische Krankenhaus bildet viel zu häufig immer noch die Endstation, auch dann, wenn der psychische Zustand der Patienten soweit gebessert werden konnte, dass eine Fortdauer der Unterbringung objektiv nicht mehr zu rechtfertigen ist. Sie verbleiben dort lediglich, weil und solange andere Alternativen sich nicht ergeben. Zu wenig bedacht wird dabei, dass dies für das weitere Schicksal von richtungweisender Bedeutung sein kann. Denn unabhängig vom Grad ihres psychischen Gestörtseins werden alte Menschen von ihrer Umwelt, je nach ihrer Unterbringungsart, in der einen oder

anderen Institution unterschiedlich, das heisst mehr oder weniger positiv oder auch negativ beurteilt. Dieses Urteil ist, unabhängig vom Schweregrad der körperlichen und/oder psychischen Gebrechlichkeit, ausschliesslich abhängig vom Image der jeweiligen Institution. Die gravierenden Folgen derartiger Fehlentscheidungen, die oft in krassem Widerspruch und im Gegensatz zu dem medizinisch Möglichen stehen, werden am Ausmass der daraus resultierenden sozialen Isolierung ablesbar.

Unter Berücksichtigung der engen Wechselwirkung zwischen psychischer Befindlichkeit und der körperlichen Verfassung sollte endlich die längst überfällige Integration der psychogeriatrischen Versorgung in die allgemeinmedizinische Versorgung herbeigeführt werden. Diese Forderung gilt vor allem auch für Chronischkranke. 80% aller Patienten, die wegen einer psychischen Alterskrankheit in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen werden, leiden gleichzeitig an mittelgradigen oder schweren körperlichen Krankheiten. Bei körperlich Gebrechlichen treten schwerere psychische Erkrankungen zwei- bis dreimal häufiger auf als bei körperlich Gesunden. Diese engen Wechselbeziehungen begründen die nachhaltig zu erhebende Forderung nach weitgehender Integration, die allerdings ohne ein rigoroses Umdenken der Ärzteschaft wie auch einer tiefgreifenden Veränderung tradierter Krankenhaus-, ebenso wie der an sie angeschlossenen Versorgungsstrukturen nicht zu erreichen ist. Vor allem wird es dabei auf die Bereitschaft der Ärzteschaft ankommen, in über hundert Jahren gewachsene Überzeugungen aufzugeben, um dadurch den Weg zu einer grundlegenden Reform des Gesundheitswesens freizumachen.

Der Ruf nach immer mehr und immer besseren Dienstleistungen für alte Menschen wird in den nächsten Jahren zunehmen, nicht nur wegen der grösseren Anzahl älterer Menschen, sondern vor allem wegen der wachsenden Ansprüche derjenigen, die in «besseren» Zeiten aufgewachsen sind. Die finanziellen Konsequenzen dieser Entwicklung lassen sich noch nicht absehen. Eines aber ist sicher: Eine erhebliche Erhöhung der finanziellen Aufwendungen ist unumgänglich, soll das Leben im Alter attraktiver werden.

Angemessene Alternativen zur institutionellen Pflege für schwerstbehinderte alte Menschen werden nicht billiger sein. Mit anderen Worten: «Gemeindepflege», sofern überhaupt möglich, wäre nur dann billiger als die institutionelle Pflege, solange sie unzureichend bleibt.

Anhand der wachsenden Zahl betagter Menschen lässt sich recht genau das Ausmass der Lasten bestimmen, die auf die jeweiligen Versorgungsträger zukommen. Die Kosten für die Pflege psychisch und/oder körperlich gebrechlicher alter Menschen werden danach erheblich zunehmen. Aber selbst dann, wenn alle erforderlichen Kosten aufgebracht werden könnten, bliebe die andere, weitaus wichtigere Frage: Durch wen diese Pflege erfolgen soll. Wie lange werden

Familien gewillt und/oder in der Lage sein, für die Pflege ihrer dementen älteren Angehörigen aufzukommen, und wodurch könnte das erforderliche Personal, das über Qualifikation, Kompetenz und humanitäre Einstellung verfügt, motiviert werden, sich dieser Aufgabe zu stellen?

Stärker als bisher sollten die Bedürfnisse des Personals und dessen Erwartungen Beachtung finden. Dies ist nirgends wichtiger als in den Bereichen der Altenhilfe, die aufgrund ihrer Qualität und ihres Images bislang einhellig auf den unteren sozialen Rangstufen angesiedelt werden. Nach wie vor leidet die Arbeit in der Altenhilfe unter dem niedrigen Sozialstatus alter Menschen und unter den bedrückenden, oft unästhetischen Begleiterscheinungen vieler Behinderungen alter Menschen. Der Planungsprozess effizienterer Versorgungsstrukturen verläuft daher nicht linear, sondern im Sinne eines gegenläufigen dynamischen Systems, in dem alle Komponenten aufeinander einwirken und sich gegenseitig beeinflussen. Mit Sicherheit ist vorauszusagen, dass einer der begrenzenden Faktoren, abgesehen von den Kosten für Dienstleistungen in der geriatrischen Versorgung, die Motivation des Personals sein wird und dessen Bestreben, sich mit der Art der Aufgaben, die nicht nur den Bedürfnissen alter Menschen gelten, sondern auch den eigenen, identifizieren zu können. Primäre und sekundäre Fehlplatzierungen in den Institutionen der Altenhilfe, eines der vordringlichsten Probleme der geriatrischen Versorgung überhaupt, sind nicht nur das Ergebnis unzulänglicher Diagnostik; sie sind ebenso die Folge eines veralteten Versorgungssystems mit unterschiedlichen, vielfach nebeneinander bestehenden Zuständigkeiten für bestimmte Finanzierungs- und Leistungssysteme. Diese Dichotomie zwischen Gesundheits- und Sozialsektor bildet eine schwere Hypothek. Die Ineffektivität des tradierten Versorgungssystems legt immer zwingender Alternativen nahe. Die gegenwärtige Situation ist durch einen «hektischen Stillstand» gekennzeichnet, durch den Unsummen verbraucht werden, die zweckdienlicher eingesetzt werden könnten. In einem umfassenden System psychosozialer Versorgung alter Menschen bilden Assessment-Units wichtige Bindeglieder zwischen Prävention, Therapie und Nachsorge; ebenso wie zwischen den Institutionen der allgemeinen Medizin und Psychiatrie. Ihre integrale Funktion sichert den unerlässlichen Wirkungszusammenhang aller im Einzelfall erforderlichen Hilfen. Sie bietet zugleich eine Gewähr für die notwendige Durchlässigkeit der Institutionenkette, durch Verbesserung von Kooperation und Koordination auf allen Ebenen multiprofessioneller Zusammenarbeit. Darüber hinaus sind effizientere ambulante Versorgungsmöglichkeiten vordringlich weiter auszubauen. Der niedergelassene Arzt für Allgemeinmedizin wird darin eine besondere Rolle spielen. Ihm, nicht einem Heer von Spezialisten, wird eine integrale Funktion zukommen, sofern er mit den Fortschritten der Gerontologie Schritt hält und fähig ist, sie in der täglichen Praxis

anzuwenden. Allerdings kann kein Zweifel bestehen, dass die Ausbildung an den Universitäten auf dem Gebiet der Geriatrie gegenwärtig völlig unzureichend ist. Mit der gleichen Intensität, mit der auf der einen Seite versucht wird, die Überflüssigkeit eigener Lehrstätten und eigenständiger Lehrstühle an den Universitäten zu betonen, wird von anderer Seite ebenso hartnäckig die Forderung nach Eigenständigkeit, nach eigenem Lernzielkatalog verteidigt. Um es völlig klarzustellen: Ein Blick in die Standardwerke der Geriatrie und Gerontologie, fast ausnahmslos in englischer Sprache publiziert, sollte genügen, um auch die Skeptiker in den ersten Reihen zu überzeugen. Hier unternimmt keineswegs eine Gruppe frustrierter Aussenseiter Sturmzüge auf angestammte und mit Eifer verteidigte Wissensgebiete, die für sie auf andere Weise unerreichbar erscheinen; dem ist nicht so. Auch dies ist klarzustellen: Ein ausgebildeter und erfahrener Geriater muss mehr wissen, als ein Internist oder ein Psychiater. Er muss ihr Wissen in sich vereinigen und darüber hinaus die Fähigkeit besitzen, psychosoziale und soziale Aspekte des Alterns in sein Denken und Handeln zu integrieren. Wie schwer gerade dies Medizinern fällt, zeigt die immer noch nicht unangefochtene Position der psychosomatischen Medizin. In gewisser Weise ist sie in der Art ihres Umstrittenseins, ihres Angefochten- und In-Zweifel-gezogen-Werdens mit der Geriatrie vergleichbar. Was besonders schwer wiegt dabei, ist, dass in der derzeit gültigen Weiterbildungsordnung der Begriff der Geriatrie weder in den verschiedenen medizinischen Fachgebieten noch in ihren Subspezialisierungen erwähnt ist. Was noch weniger verständlich ist, dass auch die kürzlich vorgelegte Weiterbildungsordnung für Allgemeinmedizin diesem Mangel in keiner Weise Rechnung trägt. Nachdrücklich richtet sich der Appell an alle verantwortlichen Entscheidungsträger: Diesem Mangel endlich abzuhelpen. Die Geriatrie darf in Anbetracht des ständig weiterwachsenden Anteils alter Menschen nicht länger eine vergessene Disziplin bleiben. Ein grundlegender Wandel, eine grundlegende Veränderung unserer Einstellung ist Voraussetzung für einen durchgreifenden Strukturwandel in der geriatrischen Versorgung und der für die Versorgung alter Menschen zuständigen Einrichtungen. Reformen unseres Gesundheitssystems in diesem Sinne können und werden aber nur dann durchführbar sein, wenn die Geriatrie endlich auch hierzulande ein nicht länger in Frage gestelltes und in Zweifel gezogenes Territorium zugewiesen erhält, auf dem sie sich in klar definierten Grenzen entwickeln kann und sich nicht, wie bisher, weitgehend in der Verteidigung von Einzel- oder Vorpostenpositionen erschöpft. Voraussetzung dafür ist aber auch, dass die Geriatrie in diesem Bemühen nicht im Sinne einer «metastasierenden» Entwicklung missinterpretiert wird; ein Umstand, der letztlich dazu führen müsste, dass sie der Ideologie der einen oder anderen Seite zum Opfer fällt.

Zusammenfassung

Ein immer grösserer Anteil der Bevölkerung wird, nicht nur in Industrieländern, der Gruppe der über 60jährigen angehören. Die für die Planung Verantwortlichen finden damit eine äusserst schwierige Aufgabe vor, da schon jetzt die Hälfte aller Krankenhausbetten von über 60jährigen belegt sind und über 60jährige die häufigsten Patienten in der Arztpraxis sind. Die Probleme, die durch die Verflechtung von gesundheitlichen, sozialen und psychischen Problemen in der Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe auftreten, können nur durch ein integriertes Konzept gelöst werden, das alle diese Aspekte umfasst. Bei der ärztlichen Versorgung alter Patienten ist ein multidimensionales Konzept der Diagnostik und Therapie erforderlich. Der Geriater muss dabei mehr sein und mehr wissen als ein Internist, ein Psychiater oder beide zusammen in einer Person. Es ist dringend erforderlich, geriatrische Themen in die ärztlichen Aus- und Weiterbildungskataloge aufzunehmen. Derzeit wird der Begriff der Geriatrie in keiner der gültigen Weiterbildungsordnungen für die verschiedenen medizinischen Fachgebiete und auch nicht in ihren Subspezialisierungen erwähnt, auch nicht in der kürzlich vorgelegten Weiterbildungsordnung für die Allgemeinmedizin. Diesem Mangel und dem Mangel an Alternativen für die Versorgung alter Menschen muss endlich abgeholfen werden. Im Rahmen eines integrierten Versorgungskonzeptes (*Bergener*) muss der Versorgung körperlich schwerstkranker dementer Patienten eine besondere Beachtung zukommen.

Résumé

De plus en plus, la population, non seulement dans les pays industrialisés, comprendra des gens de plus de 60 ans. Ceci implique une tâche très difficile pour les services responsables de la planification hospitalière. De nos jours, la moitié des lits dans les hôpitaux est occupée par des patients âgés qui présentent à côté des problèmes médicaux des problèmes sociaux et psychologiques. Ceux-ci ne sont résolus que par une approche multidimensionnelle contenant tous ces aspects entrelacés. Le gériatre n'est pas seulement interniste ou psychiatre, il doit réunir le savoir-faire des deux et même plus. D'urgence il faut inclure la gériatrie comme discipline à part dans les programmes de l'enseignement et de la formation des spécialistes en médecine. La gériatrie ne fait pas partie ni du règlement pour les médecins généralistes ni de leur subsécialité, récemment présenté. Il est absolument nécessaire de remédier à cette lacune et de présenter des concepts précis, adaptés au traitement des personnes âgées. Dans le plan de traitement intégré, le traitement des patients avec démence est d'une importance primordiale.

Summary

An ever increasing part of inhabitants, not only in industrial countries, will have an age of more than sixty years. This implies severe problems in the planning of services since care for the elderly comprises besides the medical aspects also psychological and social dimensions which are all three interconnected and make multidimensional diagnostics and therapy an absolute necessity. Therefore the problems can only be solved in an unified approach. The specialist in Geriatrics has not only to have the knowledge and skills of a specialist in Internal Medicine and Psychiatry. It is necessary to include Geriatric topics into the curricula for physicians where they are not yet found, even not in the newly released curriculum for the General Practitioner. It is absolutely necessary to close this gap and even more urgent to furnish alternatives for the care of the elderly. In the framework of an integrated care concept (*Bergener*) the care for somatically ill demented patients is of a special importance.

Literatur

- Arie T., Die Zukunft älterer Menschen, *Therapiewoche* 31, 8474–8478 (1981).
 Bergener M., Husser J., Kähler H. D., Mehne P., Die gesundheitliche und soziale Situation älterer Menschen in der Grossstadt (W. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1979).
 Bergener M., Gerontopsychiatrie—The Present Situation in the Federal Republic of Germany, *Z. Gerontol.* 14, 200–203 (1981).
 Gabriel E., Die Situation der gerontopsychiatrischen Versorgung in Wien, *Therapiewoche* 31, 8594–8605 (1981).
 Lang E., Bergener M., Falck I., Wissensstand und Standort der Altersmedizin, *Der Deutsche Arzt* 11, 49–60 (1983).
 Schouten J., Über die Organisation von Diensten für ältere Menschen in den Niederlanden, *Therapiewoche* 31, 8591–8593 (1981).
 Wertheimer J., Gerontologische Probleme in der Schweiz und ihre Lösung, *Therapiewoche* 31, 8677–8688 (1981).

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Manfred Bergener
 Leitender Arzt der Rheinischen Landesclinik Köln
 Wilhelm-Griesinger-Strasse 23
 5000 Köln 91