

# «Wir haben im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung eine hohe Geriaterdichte»

**Synapse: Was genau beinhaltet der Begriff Geriatrie? Welche medizinischen Bereiche sind darin zusammengefasst?**

Martin Conzelmann: Ein Positionspapier, das 2007 in der Schweizerischen Ärztezeitung publiziert wurde, umschreibt das Profil der Geriatrie in der Schweiz folgendermassen: «Geriatrische Betreuung heisst kurative, präventive, rehabilitative und palliative Behandlung und Betreuung unter Einbezug sozialer Aspekte; diese Anteile sind oft gleichzeitig vorhanden und nicht immer klar voneinander abgrenzbar.» Es lehnt sich damit an die Definition der WHO an: «Geriatrie befasst sich mit Gesundheit im Alter und den klinischen (physischen und psychischen), den präventiven, den rehabilitativen und den sozialen Aspekten von Krankheiten bei alten Menschen.» Um im stationären Setting eine optimale Versorgung anzubieten, braucht es das Know-how des Internisten/Geriaters des Neurologen, des Orthopäden und vielleicht des Rheumatologen.



Martin Conzelmann

Seit wann gibt es die Geriatrie als eigenständige medizinische Disziplin?

Die FMH hat nach jahrelanger Vorbereitung und Diskussion mit den «Muttergesellschaften» im Jahr 2000 das Weiterbildungscurriculum Geriatrie anerkannt und zum Titel «Innere Medizin», resp. «Allgemeine Medizin» den Schwerpunkt «Geriatrie» geschaffen. Seither gibt es auch die SFGG, die Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie. Bereits zuvor hat es jedoch in der Schweiz verschiedene Geriatriekliniken gegeben. Das Felix Platter-Spital in Basel nahm 1967 seinen Betrieb auf, initial eher als Langzeitinstitution. Seit den 1980er Jahren wandelte sich der Fokus jedoch zur akutgeriatrischen und rehabilitativen Versorgung.

Wie steht es um die Lehre und Forschung der Geriatrie in der Schweiz? Wie viele Geriatrie-Lehrstühle gibt es an den Schweizer Universitäten?

Die medizinischen Fakultäten Basel, Bern, Genf, Lausanne und Zürich haben je einen geriatrischen Lehrstuhl, insgesamt also 5. Diese entstanden in den letzten 20 Jahren, wobei Basel und Genf zuerst handelten. Dies wohl darum, weil die Stadtkantone sehr früh von den demografischen Veränderungen betroffen waren.

Sind es genügend Lehrstühle im Hinblick auf die demografische Entwicklung in der Schweiz Richtung Überalterung und mit Blick auf den zunehmenden Bedarf an Altersmedizin?

Als nicht-habilitierter Fachvertreter darf ich wohl meine Gedanken provokant formulieren: Fünf Lehrstühle wären wohl genug, wenn sie ausreichend mit Ressourcen bestückt wären, wenn sie die gleiche Unterstützung erhielten wie andere grosse Fachdisziplinen und wenn nicht in der täglichen Auseinandersetzung mit den benachbarten medizinischen Ordinariaten, zum Beispiel um die Zuteilung von Betten, die Ressourcen unnötig verbraucht würden. Der Blick nach Zürich (das grösste medizinische Zentrum hat zuletzt einen Geriatrie-Lehrstuhl eingerichtet!) zeigt aktuell auf, wie mühsam die Installation einer Professur ist. Ohne klare politische Unterstützung darbt die Geriatrie immer noch als Mauereblümchen in der bunten Flora der universitären Medizin.

Sind wir Ihrer Meinung nach in der Schweiz grundsätzlich gut auf eine älter werdende Gesellschaft vorbereitet – nicht nur medizinischen, sondern z.B. auch mit entsprechenden Wohn- oder Mobilitätsangeboten etc.?

Noch nie war die betagte Bevölkerung finanziell so gut gestellt wie heute. Dieser Umstand verleitet zur Hypothese, dass somit viele Bedürfnisse gestillt werden könnten. Die Schere zwischen Arm und Reich setzt sich jedoch auch im Alter fort und die Altersarmut besteht wohl weiter. Damit dieses Problem nicht akzentuiert

wird, ist eine solide Finanzierung unserer Sozialwerke von grosser Bedeutung. Eine alternde Bevölkerung ist auf eine kompetente und leicht zugängliche medizinische Grundversorgung angewiesen. Die sich abzeichnende hausärztliche Unterversorgung wird zuerst diese Altersgruppe treffen. Die zunehmende Urbanisierung der Schweiz wird zu vermehrter altersgerechter Infrastruktur führen, die sicher auch adäquate Mobilitätsangebote und geeignete Wohnformen enthalten wird. Ich sehe hier aber Nachholbedarf: Andere europäische Länder haben innovative generationenübergreifende Wohnformen gefunden und realisiert. Es besteht zudem die Gefahr, dass ältere Menschen von neuen Arten von gesellschaftlichen Kontakten ausgeschlossen werden: Zum Beispiel ist die Bedienung von sozialen Medien für das alternde Gehirn zunehmend schwieriger. Die Diskussion um die gerechte Zuteilung von Leistungen im Gesundheitswesen wird von unserer Gesellschaft weitgehend ausgeblendet. Politiker scheuen dieses Thema der «Rationierung» wie der Teufel das Weihwasser und überlassen die Thematik dem behandelnden Arzt. Die Finanzierung mittels Fallpauschalen akzentuiert die Situation, die Thematik wird dem freien Markt überlassen und die Rationierung findet nun ganz ohne Diskussion statt.

Was halten Sie von der Ansicht einzelner Experten, dass es nicht mehr Geriater braucht, sondern ein System der «Geriatrisierung» aller andern medizinischen Fächer? Gemeint ist: Alle andern medizinischen Fachrichtungen brauchen eine spezielle Weiterbildung in der Altersmedizin.

Es braucht dringend beides: Um eine «Geriatrisierung», wie Sie das nennen, anderer medizinischer Fächer voranzutreiben, braucht es sehr wohl den Geriater oder die Geriaterin. Geriatrische Stützpunkte in Form von Kliniken oder Abteilungen in Spitälern ermöglichen den Know-how-Transfer und gestatten eine interdisziplinäre Vorgehensweise bei entsprechender Indikation. Als Beispiel nenne ich das Altersfrakturzen-

trum in Basel, wo Traumatologe, Geriater, Rheumatologe und andere Disziplinen Hand in Hand zusammenarbeiten. Es besteht zudem eine grosse Nachfrage nach geriatrischen Konsiliardiensten in Alters- und Pflegeheimen. Da zur geriatrischen Weiterbildung auch ein Jahr Psychiatrie, davon 6 Monate Alterspsychiatrie gehören, wird das Know-how der Geriater und Geriaterinnen gerade im Langzeitbereich, wo die Behandlung von Verwirrheitszuständen zum Alltag gehört, sehr geschätzt. Die wenigen Hundert Geriaterinnen und Geriater in der Schweiz haben also kaum die Intention, dem Hausarzt die betagten Patientinnen und Patienten streitig zu machen. Vielmehr stehen sie für die Vermittlung von Fachwissen sowohl im ambulanten als auch stationären Setting zu Verfügung. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, braucht es ausreichend stationäre geriatrische Einrichtungen, die als anerkannte Weiterbildungsstätten angehende Hausärzte aus- und weiterbilden können.

### Wo steht die Geriatrie in der Schweiz im europäischen Vergleich?

Die deutsche geriatrische Gesellschaft publiziert folgende Fakten: Von den derzeit 36 bestehenden medizinischen Fakultäten in Deutschland haben sieben bereits einen Lehrstuhl für Geriatrie etabliert, drei schreiben aktuell die Professuren aus und zwölf sind dabei, einen Lehrstuhl einzurichten. Statt momentan sieben werden also binnen kurzer Zeit 22 universitäre Möglichkeiten zum Erwerb fundierter Kenntnisse in der Altersmedizin bestehen. Es scheint sich also in unserem nördlichen Nachbarland einiges zu bewegen.

Im Vergleich zum europäischen Kontext können wir für die Schweiz folgende Feststellungen machen: Einen eigentlichen Facharzttitel haben wir im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern, wie beispielsweise England, nicht, sondern lediglich einen Schwerpunkttitel zum Titel Allgemeine Innere Medizin. Hingegen wird das Fach Geriatrie bei uns bereits in der Vorklinik und in der Klinik gelehrt, ausserdem gibt es ein definiertes Weiterbildungs-Curriculum mit Prüfung. Fazit: Wir haben im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung eine hohe Geriaterdichte!

### Welches sind die häufigsten Krankheiten im Alter? Und wie kann man sich dagegen schützen?

Wir unterscheiden eigentliche *Krank-*

*heiten* und sogenannte *geriatrische Syndrome*.

Die Demenz ist eine typische Alterskrankheit. Vereinfacht sind etwa 20% der 80-Jährigen und 40% der 90-Jährigen betroffen. Interessant ist das Phänomen, dass sich dieser altersspezifische Prozentsatz eher verringert. Das heisst, dass vor 20 Jahren der Prozentsatz bei den 80-Jährigen höher war. Trotzdem dürfte wegen der demografischen Veränderung und der besseren Behandlungsmöglichkeiten der hauptsächlichen Todesursachen wie Krebs- und Herz-Kreislauf-Leiden die heutige Anzahl von ca. 115 000 Betroffenen bis 2050 auf bis zu 300 000 ansteigen.

Ein typisches *geriatrisches Syndrom* ist die Frailty (Gebrechlichkeit), die einen engen Zusammenhang zur Sarkopenie (altersbedingter Verlust der Muskelmasse) aufweist.

Frailty ist charakterisiert durch Gewichtsverlust, Erschöpfung, Schwäche, eingeschränkte Gehgeschwindigkeit und geringe physische Aktivität. Es besteht eine verminderte Resistenz gegenüber inneren und äusseren Stressfaktoren, daher sind damit erhöhte Morbidität und Mortalität sowie zunehmende Pflegeheimeinweisungen verbunden. Ursächlich scheinen hormonelle und auch inflammatorische Prozesse beteiligt. Häufig besteht eine chronische Krankheit, die möglicherweise diese Veränderungen triggert. Alter per se ist gemäss neuerer Forschung ein «inflammatorischer Prozess». Für den altersbedingten Muskelschwund gibt es Interventionsmöglichkeiten, einerseits mit speziellen Ernährungsinterventionen, andererseits mit Kraft- und Gleichgewichtstraining. Weitere geriatrische Syndrome sind die Instabilität mit damit verbundenem Sturzrisiko, die Mangelernährung und die Inkontinenz. Diese sind behandelbar, Voraussetzung dafür ist eine genaue Abklärung und Diagnostik.

### Wie kann man sich dagegen schützen? Welche Rolle spielt die Prävention im Alter?

Die heutigen präventiven Botschaften zur Demenz lauten: Bewegung und gesunde Ernährung, Behandlung von Herz-Kreislauf-Risikofaktoren, kein Nikotin, wenig Alkohol sowie ein Hirntraining. Letzteres beginnt mit der Bildung im Kindesalter und soll durch ein lebenslanges Training des Hirns (Erwachsenenbildungsangebote wie z.B. lernen neuer Sprachen, eines Musikinstrumentes oder eines Tanzes) fortgesetzt wer-

den. Es wird geschätzt, dass durch präventive Massnahmen die Zahl um 3–20% gesenkt werden könnte. Neue Therapievorsuche fokussieren auf die Präklinik: bereits Jahrzehnte vor der klinischen Diagnose Demenz können bei der Alzheimerkrankheit mittels spezieller Bildagnostik oder mittels Liquordiagnostik Veränderungen im Amyloid-Metabolismus nachgewiesen werden. Gelingt es in dieser Phase der Krankheit, das Fortschreiten zu verhindern, dann wäre wohl ein Durchbruch zu erwarten.

Ganz generell gesagt ist die Prävention im Alter darauf ausgelegt, trotz bestehender Defizite oder Krankheitszustände eine grösstmögliche Selbständigkeit zu erhalten. Dies entspricht ja auch den von den betagten Patienten gewünschten Zielen: Lebensqualität heisst für sie, autonom im eigenen Umfeld selbstbestimmend zu leben. Um dies zu erreichen, braucht es geriatrische Rehabilitationseinheiten, die die umfassenden Bedürfnisse zur Wiedererlangung und Erhalt der Selbständigkeit abdecken können.

### Max Frisch hat einmal geschrieben: «Alt werden ist ein Skandal.» Wie sehen Sie das? Führt ein hohes Alter letztlich fast immer zu Leiden und/oder Schmerzen?

Es gibt dazu auch positive Statements etwa von Franz Hohler, der das Altern, die damit verbundenen kognitiven Einschränkungen und das Sterben als Experiment mit offenem Ausgang bezeichnet. Oder nehmen Sie Hans Erni, den Schweizer Kunstmaler, der als Hundertjähriger eine unglaubliche Schaffenskraft ausstrahlt und obigem Satz wohl kaum zustimmen könnte. Fakt ist: Schmerz und Abhängigkeit nehmen zwar zu, die Strategien, damit umzugehen, bleiben jedoch erhalten. Erstaunlicherweise geben ältere Menschen auf die Frage, wie es ihnen psychisch gehe, viel häufiger an, es gehe ihnen gut, als jüngere Menschen. Abhängigkeit und Leiden scheinen eher mit den letzten beiden Lebensjahren korreliert zu sein als mit dem absoluten Alter.

### Wo liegen die Grenzen der medizinischen Intervention im Alter? (Welche Krankheiten oder welche Menschen würden Sie im hohen Alter nicht mehr operieren? Nach welchen Kriterien?)

Wenn infolge Coxarthrose oder Spinalkanalstenose bei einem 95-jährigen Patienten Rollstuhl-Abhängigkeit resp. Immobilität mit Bettlägerigkeit droht, dann ist für mich eine operative Intervention in-

diziert. Schwierig ist es, diese Fragestellung bei einem dementen Patienten zu beantworten, bei dem die Willensäusserung eingeschränkt ist. Natürlich stellt sich ganz generell die Frage nach Aufwand und Nutzen: Sind wir bereit, für ein Jahr mit verbesserter Lebensqualität CHF 100 000.– aufzuwenden? Die Diskussion um den Preis der Lebensqualität werden nicht die Geriaterinnen und Geriater führen, vielmehr ist es die Aufgabe unserer Gesellschaft, dieses Thema aufzunehmen. Es gibt keine klar definierten Kriterien. Für die Entscheidungsfindung massgebend ist die verbleibende Lebensqualität. Es ist in diesem Kontext sehr hilfreich, wenn eine Patientenverfügung vorhanden ist, die sich zum Thema Lebensqualität äussert und die insbesondere auch die Demenz thematisiert.

**Welche Erfahrungen machen Sie mit Menschen kurz vor dem Tod? Können diese über das Sterben offen reden?**

Menschen am Lebensende sind sehr wohl in der Lage, ihr Sterben zu thematisieren, Angst oder Unsicherheit auszudrücken und ihre Bedürfnisse auszusprechen. Das Gespräch gestaltet sich auch viel einfacher als bei sterbenden jüngeren Menschen. Eingeschränkt wird diese Diskussion durch den Umstand, dass im Kontext der stationären Geriatrie die Hälfte der Sterbenden ein demenzielles Syndrom aufweisen.

**Welches ist Ihre Einstellung zum begleiteten Suizid bei unheilbarer Krankheit?**

Ich vertrete die Auffassung, dass es nicht zum ärztlichen Handeln gehört, Beihilfe zum Suizid zu leisten. Für Menschen jeden Alters, welche sich aufgrund einer schweren, unheilbaren Krankheit in der letzten Lebensphase befinden, stehen die Möglichkeiten der palliativen Medizin zur Verfügung, um eine tragbare Situation für alle Beteiligten zu schaffen. Auch die aktuelle Diskussion, dass lebens-

müde Betagte ohne relevante Krankheit sich ein «Entsorgungsprogramm» einer Sterbehilfeorganisation aussuchen können, stört mich. Unsere Gesellschaft ist hier gefordert, eine Situation zu schaffen, die Betagte nicht ausgrenzt und als Kostenfaktoren aufführt, sondern als integralen Bestandteil unserer Gemeinschaft betrachtet. Begriffe wie «Überalterung» sind ausgrenzend und deuten darauf hin, dass wir noch einige Aufgaben zu lösen haben.

*Die Fragen stelle Synapse-Redaktor Bernhard Stricker*

.....  
**Dr. med. Martin Conzelmann** ist Chefarzt im Universitären Zentrum für Altersmedizin und Rehabilitation im Felix Platter-Spital in Basel.  
.....