

Argumente  
für eine verbesserte und inhaltlich angemessene Berücksichtigung  
des Faches Geriatrie  
in der Novellierung der Musterweiterbildungsordnung für Ärzte (2003)

Gliederung

Geriatrie als Antwort auf die veränderten Anforderungen an die Medizin

Die Geriatrie und ihre Überschneidung mit anderen medizinischen Fachrichtungen

Die notwendige Perspektive für die bestehenden Geriatrien

Europäischer Kontext

Schlussfolgerungen

## Geriatric als Antwort auf die veränderten Anforderungen an die Medizin

Der tiefgreifende Wandel der Bevölkerungsstruktur hat auch die Medizin vor völlig neue Aufgaben gestellt. Hierzu kommen wesentliche Verwerfungen im sozialen Gefüge, begleitet von nach wie vor schwer abschätzbaren Auswirkungen auf die Wirtschaft. Während die Anzahl jüngerer Menschen abnimmt, ist nach den letzten Prognosen beispielsweise im Land Brandenburg mit einem Anstieg der Zahl der älteren Menschen über 65 Jahre von heute 350.000 über 395.000 im Jahr 2005 bis auf 480.000 im Jahr 2010 zu rechnen. Besonders hoch wird der Zuwachs der ältesten Bevölkerungsgruppen der 80 bis über 100jährigen erwartet.

Den angesprochenen ökonomischen Veränderungen werden auch die Strukturen der medizinischen Versorgung unterworfen sein. In dieser Bedrohung des Gesundheitssystems liegt jedoch eine Chance zum Wandel. So wird die Änderung der so starren medizinischen Strukturen, die den Bedürfnissen ihrer Klientel immer weniger gerecht wird, verstärkt in Angriff genommen werden müssen. Es besteht kaum ein Zweifel daran, dass die Ressourcen, die in dem Wunsch der Patienten liegen, trotz Krankheit ein möglichst selbständiges Leben in ihrer originären Umgebung führen zu können, Kosteneinsparungen in erheblichem Ausmaß enthalten. Zu diesen Konzepten vermag die Geriatrie (Altersmedizin) wesentliche Beiträge zu leisten.

Wesentliche Teile des jetzigen medizinischen Systems sind zweifellos in bezug auf den älteren multimorbiden Patienten und das benötigte komplexe Gesundheitsmanagement kontraproduktiv.

### 1. Ganzheitlichkeit versus organzentrierte Medizin

Die Zergliederung des Facharztsystems, die sich im wesentlichen an organmedizinisch definierte Grenzen hält, wird der ganzheitlichen Betrachtung geriatrischer Patienten im wesentlichen nicht gerecht. Angesichts der Multimorbidität ist es nahezu sinnlos, eine Herzmuskelschwäche zu behandeln, wenn nicht die gleichzeitig bestehenden Krankheitsbereiche Demenz, Blasenstörung, Zuckerkrankheit und arterielle Verschlusskrankheit der Beine gleichzeitig in das Behandlungskonzept aufgenommen werden. Dies ist aber nach wie vor die Logik im größten Teil unserer Gesundheitsversorgung

### 2. Zusammenarbeit zwischen stationärem und ambulantem Bereich

Die Zusammenarbeit zwischen beiden Bereichen in unserem Gesundheitssystem ist nach wie vor grob defizitär. Die klinische Medizin orientiert sich nur in Ausnahmefällen an der „Alltags-tauglichkeit“ des Gesundheitsmanagements, das sich im täglichen Leben des geriatrischen Patienten außerhalb der Klinik bewähren muss. Die Kollegen im ambulanten System fühlen sich von den Klinikern in den allermeisten Fällen schlecht informiert, da Therapieberichte nach Wochen verspätet eintreffen und eine telefonische Kommunikation nur in Ausnahmefällen stattfindet, geschweige denn von einer Übergabevisite am Patienten. Beide Bereiche (Klinik und Ambulanz) verfügen in der Regel nicht über die notwendigen geriatrischen Kenntnisse, um die angestrebte ganzheitliche Medizin im vernetzten System überzeugend umsetzen zu können.

### 3. Fehlende Mehrdimensionalität im medizinischen Handeln

Geriatrische Patienten haben in nahezu allen Fällen einen komplexen medizinischen Handlungsbedarf, der die Bereiche

- Akutmedizin
- Rehabilitation
- Hilfsmittelversorgung
- Palliativmedizin
- Präventivmedizin sowie
- sozial flankierende Maßnahmen

gleichzeitig umfasst. Dieser ganzheitliche Behandlungsansatz stößt sowohl im Selbstverständnis der traditionellen Medizin als auch in der Logik unserer Sozialsysteme immer wieder an rigide Grenzen.

Aus allen diesen Gründen erscheint uns eine Weiterentwicklung unserer Medizin hin zu einem System, das in vernetzten Strukturen alle in der jeweiligen Behandlungsphase notwendigen Maßnahmen den älteren multimorbiden Patienten zur Verfügung stellt, unverzichtbar. Ohne die von der Geriatrie entwickelten Strategien im Patientenmanagement wird es aber eine solche Weiterentwicklung nicht geben, die durch Nutzung der in dem Bestreben der Patienten zur Selbständigkeit liegenden Ressourcen zugleich in erheblichem Maße Kosten spart.

## Die Geriatrie und ihre Überschneidung mit anderen medizinischen Fachrichtungen

Ohne Zweifel besteht die größte Schnittmenge zwischen der Geriatrie und der Inneren Medizin. Aus diesem Grund sind auch die meisten Chefärzte von Geriatrischen Abteilungen Internisten, und zwar mit einer entsprechenden geriatrischen Weiterbildung. Dies ist entweder die fakultative Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ für das Fach Innere Medizin oder die Schwerpunktweiterbildung Geriatrie, ebenfalls für das Fach Innere Medizin (im Land Brandenburg). Daneben besteht zur Zeit die Möglichkeit zur fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ für die Fächer Allgemeinmedizin, Neurologie, Psychiatrie und Nervenheilkunde. Hierin ist eine vollkommen logische Entwicklung zusehen, da die Krankheiten geriatrischer Patienten sich im wesentlichen innerhalb dieses Spektrums befinden. Es ist aber vollkommen klar, dass jeder Arzt, der eine der genannten geriatrischen Weiterbildungen anstrebt, alle geriatrisch relevanten Krankheitsbildersyndrome und therapeutischen Techniken kennen und zum großen Teil auch beherrschen muss. Dazu gehören selbstverständlich auch diejenigen, die nicht in seinem ursprünglichen Fachbereich liegen. Ein Internist muss sich als Geriater exzellent mit den Formen der Demenz, ihrer Diagnostik und Therapierbarkeit genauso auskennen wie mit der Akutbehandlung sowie der Rehabilitation des Schlaganfalls. Und ein Neurologe ist verpflichtet, als Geriater die Einstellung eines entgleisten Diabetes genauso zu beherrschen wie die rehabilitativen Möglichkeiten nach Schenkelhalsfraktur. Daneben werden von jedem Geriater fundierte Kenntnisse auch aus anderen Bereichen der Medizin verlangt, wie z.B. die Therapie chronischer Wunden (Decubitus), Inkontinenz sowie zur Sturzkrankheit.

Aus der Fülle der benötigten Qualifikationen lässt sich schon unschwer die Notwendigkeit zu einer langen Weiterbildungszeit wie auch zum Erwerb umfassender Erfahrungen ableiten. Hieraus ist die Notwendigkeit zur Installation einer bundesweiten Schwerpunktweiterbildung Geriatrie ohne weiteres abzuleiten.

## Die notwendige Perspektive für die bestehenden Geriatrien

Nach den vorliegenden Informationen (Statistisches Bundesamt 1999) gibt es zur Zeit 9082 aufgestellte geriatrische Betten. Hier werden nicht nur eine Vielzahl von besonders schwer betroffenen multimorbiden Patienten behandelt, sondern auch viele Kollegen in den hierfür notwendigen Techniken ausgebildet. Ohne eine seriöse Weiterbildung könnten für spätere Zeiten weder im Krankenhausbereich noch im ambulanten Sektor junge Ärzte mit den entsprechenden Qualifikationen ausgestattet werden. Hier ist viel mehr ein Ausbau der Ressourcen dringend erforderlich, wie die Demographie in dramatischer Weise unterstreicht.

## Der europäische Kontext

Auch im Vergleich mit anderen europäischen Ländern ist die Geriatrie insbesondere im Bereich der Weiterbildung in Deutschland unterentwickelt. In vielen außereuropäischen Staaten mit einem in etwa vergleichbaren Gesundheitssystem ist ein ausgebautes geriatrisches System ebenfalls selbstverständlich. Aber gerade auch im Sinne einer europäischen Harmonisierung sollten die erreichten Fortschritte zur Angleichung an europäische Standards nicht aufs Spiel gesetzt werden. Vielmehr sind gezielte Schritte zur Novellierung unserer Musterweiterbildungsordnung in Richtung auf eine umfassende geriatrische Versorgung erforderlich.

## Schlussfolgerungen

Aus allen oben angegeben Gründen ist ein Ausbau unseres geriatrischen Systems völlig unverzichtbar, wenn wir die Herausforderungen der Zukunft im Gesundheitssystem bestehen wollen. Es gibt auch Überlegungen in Richtung auf einen eigenen „Facharzt für Geriatrie“, in der Tradition unseres Gesundheitssystems halten wir diese Vorgehensweise aber nicht für opportun. Innerhalb unseres Systems ist eine solide internistische Grundausbildung die beste Basis für einen Geriater. Das Argument, in den Bereichen Neurologie und Allgemeinmedizin käme beispielsweise eine Schwerpunktweiterbildung gar nicht vor, ist schon deshalb nicht stichhaltig, da sich unser Weiterbildungssystem an den Herausforderungen der Klientel zu orientieren hat und nicht umgekehrt. Hier sind sicherlich eine ganze Reihe von Gesprächen notwendig, um ein kohärentes geriatrisches System auch innerhalb der neuen Weiterbildungsordnung zu installieren.

Dr. med. Rainer Neubart, Woltersdorf

8.11.2002

Vorsitzender der  
Prüfungskommission Geriatrie  
der Landesärztekammer Brandenburg

Sprecher der  
Arbeitsgemeinschaft Geriatrie in Brandenburg