

**Diplomarbeit**

**Impact psychosozialer Betreuung  
alter Menschen  
auf die medizinische Situation im  
Bundesland Steiermark**

eingereicht von

**Iris Julia Winkler**

Mat.Nr.: 0210984

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktorin der gesamten Heilkunde  
(Dr. med. univ.)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt an der

**Medizinischen Universitätsklinik Graz  
Auenbruggerplatz 15, 8036 Graz**

unter der Anleitung von

**Prof. Dr. Regina Roller-Wirnsberger**

Graz, Juli 2008

*Eidesstattliche Erklärung*

*Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.*

*Graz, am*

*Unterschrift*

## Zusammenfassung

Die Lebenserwartung in Österreich hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verändert. Von 1991 bis 2006 lag der Zugewinn für Frauen bei 3,7 Jahren und für Männer bei 4,8 Jahren. Bezug nehmend auf die Mortalität ist in der Steiermark, sowie auch in der gesamten EU, ein deutliches Ost-West-Gefälle erkennbar. In der Steiermark bilden die Süd- und Weststeiermark, als auch die östliche Obersteiermark das Schlusslicht bezüglich der Lebenserwartung. Die Bezirke Mürzzuschlag, Voitsberg, Leibnitz, Bad Radkersburg und Deutschlandsberg sind den Bezirken Feldbach, Weiz und Graz Umgebung mit der gegenwärtigen Entwicklung der steigenden Lebenserwartung deutlich unterlegen.

Durch die Veränderung der demografischen Entwicklung und der damit verbundenen Altersstruktur gehört auch die medizinische Versorgung neu orientiert und modernisiert.

Das ÖBIG hat im Jahr 1997 unterstützend dafür einen Bedarfs- und Entwicklungsplan erstellt, bei dem das Minimum an sozialer Versorgung einen Dienstposten pro 250 EinwohnerInnen über 65 Jahren darstellt. Bezieht man sich auf den Bevölkerungsstand vom Jahr 2001, so ergibt sich für die Steiermark eine Versorgung von einem Dienstposten für 261 Personen über 65 Jahre. Die Versorgungsdichte in der Steiermark ist den übrigen Bundesländern um etwa 20 Prozent unterlegen.

Bezugnehmend auf die Versorgungsdichte sind in den einzelnen Bezirken der Steiermark abermals deutliche regionale Unterschiede zu erkennen. Die Bezirke Leoben, Bruck an der Mur, Voitsberg, Mürzzuschlag, Knittelfeld und Murau unterschreiten den empfohlenen Sollwert der Betreuung alter Menschen durch diplomierte Pflegefachkräfte erheblich. Auch das Angebot an Alten- und PflegehelferInnen ist in den Bezirken Voitsberg, Bruck an der Mur, Weiz, Feldbach, Hartberg, Mürzzuschlag, Murau und Liezen beschränkt.

Bei der Betreuung durch Heimhilfen weisen Judenburg und Hartberg die stärkste Unterversorgung auf.

Wie im steiermärkischen Psychiatriebericht bestätigt werden konnte, darf von einer flächendeckenden, psychiatrischen Versorgung nicht ausgegangen werden. Laut Publikation des Österreichischen Bundesinstitutes für das Gesundheitswesen (ÖBIG) im Jahr 1999 wird die empfohlene psychiatrische Versorgung nicht einmal bis zur Hälfte erreicht.

Steiermarkweit beträgt die Versorgungsdichte bei psychosozialen Betreuungszentren und psychosozialen Tagesstätten etwa 38 Prozent.

Die Arbeit befasst sich auch mit den Betreuungs- und Versorgungskonzepten der Bundesrepublik Deutschland und der Schweiz.

## **Abstract**

Life expectancy in Austria has considerably changed in the last few decades. From 1991 to 2006 the increase in life expectancy was 3,7 years for women and 4,8 years for men. Concerning mortality, a noticeable East-West divide can be recognised in Styria as well as in the entire European Union. Styria's southern and western part and eastern Upper-Styria bring up the rear in life expectancy. The inhabitants of the districts Mürzzuschlag, Voitsberg, Leibnitz, Bad Radkersburg and Deutschlandsberg show lower life expectancy than those of Feldbach, Weiz and Graz-Umgebung.

On account of the change in this demographic development and the consequent age distribution, medical care has to be newly oriented and modernised. For this purpose, the ÖBIG has drawn up a plan for demand and development in 1997, which suggests one department per 250 inhabitants over 65 years as the minimum of social care. Taking the population of 2001 as an example, a ratio of one department for 261 persons over 65 years for Styria in the year 2000 would come out. The care density in Styria thus lies 20 percent below the rest of the federal states.

Again, there are clear regional differences between the individual districts of Styria concerning care density. The districts Leoben, Bruck an der Mur, Voitsberg, Mürzzuschlag, Knittelfeld and Murau remain considerably under the recommended desired value of geriatric care carried out by qualified nursing personnel. Also the number of geriatric nurses and auxiliaries is limited in the districts Voitsberg, Bruck an der Mur, Weiz, Feldbach, Hartberg, Mürzzuschlag, Murau and Liezen. Concerning looking after people at their homes, Judenburg and Hartberg show the highest undersupply.

As was confirmed in the Styrian psychiatry report, no exhaustive psychiatric care exists. According to a publication of the ÖBIG of 1999, the recommended psychiatric care is not even reached half.

In Styria, care density in psycho-social care centres and day-care centres amounts to 38 percent.

Also the concepts of care and supply of Germany and Switzerland are compared.

# Inhaltsverzeichnis

|   |        |
|---|--------|
| Zusammenfassung .....   | ii     |
| Abstract .....  | iv     |
| Inhaltsverzeichnis .....  | v      |
| Tabellenverzeichnis .....   | vii    |
| 1 Einleitung .....  | - 8 -  |
| 1.1 Definition des geriatrischen Patienten .....  | - 8 -  |
| 1.2 Demografische Entwicklung in Österreich .....   | - 9 -  |
| 1.2.1 Ätiologie der Bevölkerungsalterung .....  | - 10 - |
| 1.2.2 Demografische Daten der Steiermark .....  | - 12 - |
| 2 Alterstheorien .....  | - 14 - |
| 2.1 Alterstheorien im Überblick .....   | - 14 - |
| 2.1.1 Organisch-somatische Alterstheorien [10] .....  | - 15 - |
| 2.1.2 Evolutionäre Alterstheorien [10] .....  | - 16 - |
| 2.1.3 Soziologische Alterstheorien [10] .....   | - 17 - |
| 2.2 Psychologie des Alterns .....   | - 18 - |
| 2.2.1 Soziale Unterstützung und Krankheitsbewältigung .....   | - 20 - |
| 2.3 Krankhaftes Altern .....  | - 21 - |
| 2.4 Erfolgreiches Altern .....  | - 23 - |
| 2.5 Das biopsychosoziale Modell [12] .....  | - 26 - |
| 2.6 Das biopsychosoziale Modell in der Altenmedizin [13] .....  | - 28 - |
| 2.6.1 Organbezogenes versus biopsychosoziales Krankheitsmodell ..   | - 29 - |
| 2.6.2 Ist-Wahrnehmung und Soll-Vorstellung der modernen Medizin ..  | - 29 - |
| 2.6.3 Das biopsychosoziale Krankheitsmodell in der Altenmedizin:<br>finanzierbar ? .....                                      | - 32 - |
| 3 Spezielle Versorgungsstrukturen für alte Menschen im Bundesland<br>Steiermark .....   | - 33 - |
| 3.1 Strukturen der Altenversorgung in Österreich [14] .....   | - 33 - |
| 3.2 Gesundheitsversorgung: Strukturen und Institutionen in der Steiermark –<br>Möglichkeiten für Alterspatienten/-innen ..... | - 36 - |
| 3.2.1 Ambulante Strukturen .....  | - 36 - |
| 3.2.2 Stationäre Strukturen .....   | - 40 - |
| 3.2.3 Hospiz- und Palliativ Care .....  | - 44 - |

|       |   |        |
|-------|---|--------|
| 3.2.4 | Mobile Pflege alter Menschen in der Steiermark.....             | - 48 - |
| 3.3   | Umstrukturierungen im Versorgungsangebot.....                   | - 51 - |
| 3.4   | Reflexion von Modellen zur Altenbetreuung in der Bundesrepublik |        |
|       | Deutschland und der Schweiz .....                               | - 53 - |
| 3.4.1 | Altenbetreuung in Deutschland.....                              | - 53 - |
| 3.4.2 | Hospizliche Begleitung und Palliativ Care in Deutschland .....  | - 56 - |
| 3.4.3 | Aktuellste Entwicklungen in Deutschland.....                    | - 58 - |
| 3.4.4 | Altenbetreuung in der Schweiz .....                             | - 58 - |
|       | Diskussion .....  | - 62 - |
| 4     | Literaturverzeichnis .....                                      | - 66 - |
|       | Curriculum vitae.....   | - 64 - |

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1.1. , Seite 2: Statistik Austria, Lebenserwartung

Tabelle 1.2. , Seite 3: Statistik Austria, Statistik des Bevölkerungsstandes

Tabelle 1.3. , Seite 4: Statistik Austria, Statistik des Bevölkerungsstandes

Tabelle 1.4. , Seite 4: Statistik Austria, Geburtenentwicklung und Fertilität

# 1 Einleitung

## 1.1 Definition des geriatrischen Patienten

Wir berühren nicht nur den Fuß, die Hand, den Kopf,  
den Rücken, die Haut!

Wir berühren immer einen Menschen,  
sein Herz und seine Seele!

Die Geriatrie ist ein Spezialgebiet in der Medizin. Es umfasst die präventive, kurative, rehabilitative und palliative Betreuung des geriatrischen Patienten / der geriatrischen Patientin.

Diese wird charakterisiert durch ein höheres biologisches Alter der Patienten / Patientinnen und somit erhöhter Vulnerabilität, atypischen Symptomen, atypischem Krankheitsverlauf, Multimorbidität, eingeschränkter Organfunktion, erhöhtem Risiko für Arzneimittelinteraktion, dem Zusammentreffen von akuten und chronischen Erkrankungen sowie erhöhtem Risiko für Autonomieverlust und Pflegeabhängigkeit.

Der geriatrische Patient unterliegt einem erhöhten Risiko für funktionelle Einschränkungen, welche einen Verlust der Selbstständigkeit zur Folge haben können. Geriatrische Syndrome wie Gebrechlichkeit, Stürze, Immobilität, Instabilität, kognitive Defizite, Inkontinenz, Mangelernährung, sowie soziale Isolation bestimmen das Bild des Patienten / der Patientin.

Um den komplexen Aufgaben gerecht zu werden, setzt die Geriatrie, über modernen Standards entsprechende diagnostische und therapeutische Maßnahmen hinaus, das Multidimensionale Geriatrische Assessment und darauf basierende Interventionen im psychosozialen Kontext im interdisziplinären Team ein [1].

## 1.2 Demografische Entwicklung in Österreich

Die Lebenserwartung in Österreich hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verändert. Von 1991 bis 2006 kann ein Zugewinn für Frauen bei 3,7 Jahren und für Männer bei 4,8 Jahren verzeichnet werden. Ein besonderer Trend liegt in der steigenden Lebenserwartung verglichen mit der subjektiven Gesundheit. Seit 1991 steigen die Jahre in guter Gesundheit noch stärker als die Lebenserwartung. Bei Frauen konnte eine Zunahme um 6,3 Jahre und bei Männern um 6,1 Jahre festgestellt werden [2].

| <b>Lebenserwartung insgesamt seit 1991 nach Geschlecht</b> |               |             |               |             |
|--|---------------|-------------|---------------|-------------|
| <b>Gesundheitslebenserwartung</b>                          | <b>Männer</b> |             | <b>Frauen</b> |             |
|  | <b>1991</b>   | <b>2006</b> | <b>1991</b>   | <b>2006</b> |
| <i>Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren</i>            | 72,3          | 77,1        | 79            | 82,7        |
| <i>Fernere Lebenserwartung im Alter von 65 in Jahren</i>   | 14,4          | 17,2        | 18            | 20,6        |

Tab 1.1: Statistik Austria, Lebenserwartung, *mod. nach Statistik Austria [2]*

Auch die Bevölkerungsstruktur hat sich in Österreich in den letzten Jahren stark verändert. Beobachtet werden kann, dass die Zahl und der Anteil an Kinder und Jugendlichen unter 19 Jahren sinkt, während im Vergleich dazu die Bevölkerung im nicht-erwerbsfähigen Alter (64 Jahre und älter) stetig zunimmt.

Am 1. 1. 2007 gab es in Österreich rund 1,4 Millionen Menschen die 65 Jahre oder älter waren, welches einen Anteil von 17 Prozent an der Gesamtbevölkerung darstellt. Mittels eines Vergleiches der Bundesländer untereinander zeigte sich, dass das Burgenland mit 20 Prozent, Kärnten, Niederösterreich und die Steiermark, jeweils mit 18 Prozent Anteil älterer Personen, klar über dem landesweiten Durchschnitt lagen. In Oberösterreich (16 Prozent), Salzburg, Tirol (je 15 Prozent) und Vorarlberg (14 Prozent) lag der Altenanteil jeweils unter dem Durchschnitt [3].

| <b>Bevölkerung zu Jahresbeginn nach Geschlecht bzw. Alter</b> |                  |               |               |                           |
|---|------------------|---------------|---------------|---------------------------|
| <b>Jahr</b>   | <b>Insgesamt</b> | <b>Männer</b> | <b>Frauen</b> | <b>65 Jahre und älter</b> |
| 1981  | 7.553.326        | 3.570.172     | 3.983.154     | 1.156.131                 |
| 2000  | 8.002.186        | 3.868.331     | 4.133.855     | 1.233.667                 |
| 2007  | 8.298.923        | 4.037.171     | 4.261.752     | 1.403.031                 |

Tab. 1.2: Statistik Austria, Statistik des Bevölkerungsstandes, *mod. nach Statistik Austria [3]*

Die Alterung der Gesellschaft, sowie die Frage nach der Qualität der gewonnenen Lebensjahre, ist heutzutage die größte demografische Herausforderung für unseren Wohlstandsstaat.

Der Altenquotient gilt als ein Maßstab für die Alterung in der Bevölkerung.

Als **Altenquotient** bezeichnet man die Zahl der Personen im Pensionsalter (über 65-jährige) je 100 Personen im Erwerbsalter (15 bis 65 Jahre). Als Jugendquotient bezeichnet man die Zahl der Jugendlichen (unter 15 Jahre) je 100 Personen im Erwerbsalter. Beide Quotienten können als Belastungsquotient zusammengefasst werden [4].

Bis zum Jahr 2050 ist in der Europäischen Union mit einem Anstieg des Altenquotienten von derzeit 25 Prozent auf 50 Prozent zu rechnen. Dies hat zur Folge, dass künftig einer Person im Pensionsalter nur mehr zwei Personen im Erwerbsalter gegenüberstehen werden.

### **1.2.1 Ätiologie der Bevölkerungsalterung**

Ein wesentlicher Grund für die Zunahme des Anteils alter Menschen ist die Verringerung der Fruchtbarkeitsrate. In Industrieländern werden als Bestandserhaltungsniveau 2,1 Kinder pro Frau angesehen.

Nimmt die Fruchtbarkeit der Frau über eine längere Periode ab, beginnt die Bevölkerung, unabhängig von Politik, Wirtschaft, der geografischen Lage und dem Gesundheitssystem, zu altern.

Seit dem Jahr 1960 ist in den meisten Ländern Europas ein drastischer Geburtenrückgang zu verzeichnen.

| <b>Geburten seit 1998</b> |               |               |
|---------------------------|---------------|---------------|
| 1998                      | 2002          | 2006          |
| <b>80.525</b>             | <b>77.542</b> | <b>76.897</b> |

Tab. 1.3: Statistik Austria, Statistik des Bevölkerungsstandes, *mod. nach Statistik Austria [5]*

| <b>Geburtenentwicklung und Fertilität seit 1961</b> |                |   |
|---|----------------|---|
| Jahr  | Lebendgeburten | Gesamtfertilitätsrate (Kinderzahl pro Frau) |
| 1961  | 131.563        | 2,78  |
| 1971  | 108.510        | 2,20  |
| 1981  | 93.942         | 1,67  |
| 1991  | 94.629         | 1,51  |
| 2001  | 75.458         | 1,33  |
| 2006  | 77.914         | 1,41  |

Tab. 1.4: Statistik Austria, Geburtenentwicklung und Fertilität, *mod. nach Statistik Austria [6]*

Das Fertilitätsalter nimmt seit dem Jahr 1970 langsam zu. Im Jahr 2006 lag das durchschnittliche Fertilitätsalter bei 29,2 Jahren, um 1,3 Jahre mehr als noch im Jahre 1997. Detaillierte Untersuchungen zeigen, dass das Alter bei der Geburt des ersten Kindes überdurchschnittlich stark gestiegen ist [6].

### 1.2.2 Demografische Daten der Steiermark

Bezug nehmend auf die Mortalität ist in der Steiermark, sowie auch in der gesamten EU, ein deutliches Ost-West-Gefälle erkennbar. Im Vergleich zu den Bundesländern Wien und Burgenland profitieren Vorarlberg und Tirol von einer entsprechend höheren Lebenserwartung.

In der Steiermark bilden die Süd- und Weststeiermark, als auch die östliche Obersteiermark das Schlusslicht im Bereich der Lebenserwartung. Die Bezirke Mürzschlag, Voitsberg, Leibnitz, Bad Radkersburg und Deutschlandsberg sind den Bezirken Feldbach, Weiz und Graz Umgebung deutlich unterlegen. Ätiologisch wird der Mangel an Arbeitsplätzen und die damit verbundene wirtschaftliche Unsicherheit diskutiert. Das Einkommen dieser Bezirke liegt unter dem Steiermark-Durchschnitt.

Dieses Muster ist geschlechtsident, wenngleich man sagen kann, dass Frauen im Durchschnitt einige Jahr länger leben [7].

Die positive Korrelation zwischen Sterblichkeit und Sozialindex gilt seit den 80er Jahren als bewiesen. Ein erhöhter Zusammenhang dieser beiden Komponenten ist vor allem bei den steirischen Männern zu beobachten, während beim weiblichen Geschlecht keine relevanten Korrelationen nachgewiesen werden konnten. Dennoch ist ein Verhältnis zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit bei steirischen Frauen möglich [7].

Studien in Skandinavien, Großbritannien und den Niederlanden bestätigen den Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit. Der wesentliche Aspekt dieser Ungleichheit sind die materiellen Ressourcen der sozial geschwächten Personen. Dieses materielle Defizit bewirkt vor allem psychosozialen Stress und wirkt sich somit negativ auf die Sterblichkeit aus.

Befragt man die Steirerinnen und Steirer nach ihrem subjektiven Gesundheitszustand, so lässt sich das Ergebnis im Bundesländervergleich im hinteren Mittelfeld einordnen.

Auch die subjektive Gesundheit variiert stark zwischen den Regionen. Der Anteil jener, welcher sich „sehr gesund“ fühlt, liegt in Graz bei knapp 40 %, in der westlichen Obersteiermark bei 23 %.

In der Süd-, West- und östlichen Obersteiermark ist der Anteil jener, die ihren subjektiven Zustand als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ bezeichnen, am höchsten. Somit bilden diese Regionen wieder das Schlusslicht [7].

## 2 Alterstheorien

### 2.1 Alterstheorien im Überblick

Das Altern natürlicher biologischer Systeme wird mit dem Begriff „Alterstheorien“ zu definieren versucht. Dieser Altersprozess beginnt mit dem Abschluss der Differenzierung von Zellen und endet mit dem Tod des Individuums [8].

Folgende Kriterien dienen der Aufstellung von Alterstheorien [8]:

- Universalität: gültig für jedes alternde Lebewesen
- Spezifität: Alterung aufgrund von systemimmanenten Eigenschaften
- Progressivität: irreversibles Voranschreiten des Alterungsprozesses
- Schädlichkeit: Alterung führt zum Tod des Individuums

Das Altern wird stark geprägt durch die Biografie eines Individuums. So spielen für das Erleben und Verhalten im Alter biografische Erfahrungen eine wesentliche Rolle. Jeder Mensch wird durch seine persönlichen Erlebnisse, Ereignisse, Einstellungen und auch Reaktionsformen unbewusst beeinflusst. Um den Alterungsprozess eines Individuums richtig verstehen zu können, muss auf dessen Biografie Rücksicht genommen werden. Eine allgemein gültige Aussage über das Altern ist mit Vorsicht zu betrachten [9].

Das Altern ist ein dynamischer Prozess, in dessen Verlauf neue Entwicklungen beschrieben werden. Diese Entwicklungen können beispielsweise die Psyche betreffend voranschreiten und die psychischen Fähigkeiten erweitern. Gleichzeitig aber können die physiologischen Funktionen an Aktivität verlieren [9].

Wir unterscheiden zwischen organisch-somatischen, evolutionären und soziologischen Alterstheorien, wobei letztere das erfolgreiche Altern berücksichtigen.

### **2.1.1 Organisch-somatische Alterstheorien [10]**

Unterschieden werden muss zwischen dem passiven und aktiven Altern. Das passive Altern beschreibt physikalisch-chemische Einflüsse, die im Sinne der Entropie auf langlebige Makromoleküle (z.B. Eiweißstrukturen, Nukleinsäuren) wirken.

Beim aktiven Altern hingegen ist durch die Genetik die Alterung der Zellen und der Organe vorgegeben bzw. wird aktiv induziert.

#### *Passives Altern:*

##### 1. Cross-linkage-Alterstheorien

Cross-links werden spontan gebildet und dadurch entsteht eine Vernetzung von Makromolekülen. Diese schwer löslichen Bindungen können zur Beeinträchtigung der DNA Transkription führen.

##### 2. Mutations-Alterstheorien

Eine Schädigung des Organismus kann durch spontane Mutationen hervorgerufen werden, welche zu Funktionsstörungen in den betroffenen Zellen führen können. Diese Funktionsstörungen führen beispielsweise durch unkontrollierte Proliferationen zu Schädigungen.

##### 3. Freie Radikale-Alterstheorien

Membranlipoproteine oder DNA werden durch aggressive Moleküle, welche endogen oder exogen produziert werden, geschädigt.

##### 4. Irrtum-Katastrophen-Alterstheorien

Durch fehlerhafte Moleküle in der Proteinsynthese werden Proteine falsch codiert und die Zelle wird somit funktionsuntüchtig gemacht.

Aktives Altern:

1. Altern durch eine innere Uhr

Das Altern ist in Abhängigkeit von einer „inneren Uhr“.

2. Alterstheorie durch sexuelle Reifung

Beim Erlangen der sexuellen Reife werden das Altern und der Tod induziert.

3. Altern durch antagonistisch pleiotrope Gene

Antagonistisch pleiotrope Gene sind in erster Linie für vital bedeutsame Zellfunktionen verantwortlich, haben aber sekundär, durch Angriff an übergeordnete Zentren im Organismus, schädliche Auswirkungen.

4. MHC-Gen-Alterstheorie

Durch die Regulation unterschiedlichster vitaler Systeme spielt der MHC-Genkomplex eine wesentliche Rolle im Altersgeschehen.

5. Stammzell-Alterstheorie

Altern spiegelt erschöpfte Stammzellreserven wider.

### **2.1.2 Evolutionäre Alterstheorien [10]**

Hierbei wird nicht auf das Schicksal des Einzelorganismus eingegangen, es geht vielmehr darum, das Altern im Kontext der Arterhaltung zu beschreiben.

1. Alterstheorie lebensverlängernder Gene

Gene, die beispielsweise gegen freie Radikale wirken, werden in der postreproduktiven Phase aktiv.

2. Morphometrische Alterstheorie

Ein positiver Zusammenhang zwischen Lebensdauer und Gehirngewicht konnte nachgewiesen werden.

### 3. Rate-of-living Alterstheorie

Es existiert ein umgekehrt proportionales Verhältnis zwischen Lebensdauer und metabolischer Aktivität eines Individuums.

Alternsprozesse schreiten unterschiedlich schnell voran. Das Altern führt zu einem Umbau der Zellstrukturen und somit zu einer physiologischen Veränderung des Gesamtorganismus [8].

- Veränderung der Sinnesorgane (Hörverlust, Visusverlust, Abnahme des Durstgefühls)
- Verminderung der Nervenleitgeschwindigkeit, der Reaktionszeit, des Gedächtnisses.
- Elastizitätsverlust der Haut, Zunahme des Kollagens
- Nierenfunktionseinschränkung
- Abnahme der zellvermittelten Immunität, vermehrte Bildung von Autoantikörpern,
- Verminderung der humoralen Immunantwort, eingeschränkte Resistenz gegenüber exogenen Reizen und Infekten
- Abnahme der Reaktions- und Adaptationsfähigkeit auf äußere Einflüsse [8].

### 2.1.3 Soziologische Alterstheorien [10]

Hier werden soziale Verhaltensmuster beschrieben, welche für die Zufriedenheit im Alter wesentlich sind. Das gesellschaftliche Umfeld muss ebenfalls berücksichtigt werden.

Die Aktivitätstheorie beschreibt die Veränderung des Engagements im gesellschaftlichen Umfeld und gleichzeitig die Veränderung von zwischenmenschlichen Beziehungen. Abermals wichtige Rollen werden durch neue ersetzt.

Das Altern wird mit Erfolg durchlebt, wenn der Mensch den für diesen Lebensabschnitt dazugehörenden Machtverlust akzeptiert (Disengagementtheorie).

Die Kontinuitätstheorie umfasst das erfolgreiche Altern durch das Beibehalten der gewöhnlichen Lebensmuster. Dabei spielt es keine Rolle ob aktiv oder weniger aktiv. Wesentlich dabei ist, mit dem Gewöhnlichen fortzufahren.

Lebensrückblick und Verinnerlichung, gemeinsam mit dem Auflösen von Geschlechtsrollenzwängen, ermöglichen die Weisheit im Alter zu erlangen.

Der unter Umständen essentiellste Aspekt der soziologischen Alterstheorie ist die lebenslange Persönlichkeitsentwicklung. Das reife Alter erfordert das gelebte Leben anzunehmen und zu analysieren, innerlichen Frieden zu finden und den Tod Schritt für Schritt anzunehmen. Die Krise zwischen Ich-Integrität und Verzweiflung sollte bewältigt werden.

## 2.2 Psychologie des Alterns

Psychologisches Altern wird als die Summe der Veränderungen kognitiver Funktionen, Erfahrungen, des Wissens und der subjektiv erlebten Anforderungen, Aufgaben und Möglichkeiten des Lebens definiert [4].

Die Entwicklungspsychologie des Alterns durfte in den letzten Jahren eine deutliche Wende erfahren haben. Es konnte nachgewiesen werden, dass die Entwicklung des Individuums sowohl durch Gewinne als auch Verluste geprägt wird. Es besteht jedoch immer noch ein negativ gefärbtes Altersstereotyp, wonach das Altern nur mit Verlusten einhergeht.

Modernste psychologische Konzepte bestätigen das Zusammenspiel von Stärken und Schwächen im Alter.

Beispiele für derartige Gewinne im Alter können sein:

1. Vorhandensein späterer Freiheit: Verpflichtungen gegenüber Beruf und Familie fallen weg
2. Freie Lebensgestaltung
3. Zunahme der Lebenserfahrung und erhöhte Wissenskompetenz

Den Stärken des Alters stehen die Verluste gegenüber:

1. Einschränkung der Leistungsfähigkeit (sowohl physisch als auch kognitiv)
2. Vermehrte Verletzbarkeit des Organismus

3. Verlust der Attraktivität
4. Vereinsamung
5. Zunahme der Abhängigkeit von Mitmenschen

Oberste Priorität für eine kompetente Alltagsbewältigung hat die Erhaltung der Selbstständigkeit. So sind beispielsweise Sterben und Tod laut Berliner Altersstudie keinesfalls Inhalte, die das Altwerden bestimmen. So steht bis zum 84. Lebensjahr die Familie im Vordergrund. Ab dem 85. Lebensjahr erfolgt die Wende und die älteren Personen sind die meiste Zeit mit der eigenen Gesundheit beschäftigt [4].

Die kristallin-pragmatische Intelligenz wird mit Tests zum praktischen Wissen und zum Wortschatz getestet. Für die fluid-mechanische Intelligenz hingegen sind Messungen zur Wahrnehmungsgeschwindigkeit, zur Merkfähigkeit und Tests zum logischen Schließen erforderlich. Bestätigt werden konnte, dass der Verlust der kristallin-pragmatischen Intelligenz im Alter, die vor allem durch Erfahrungs- und Bildfaktoren aufgebaut wird, schwächer voranschreitet. Zu beachten sind die enormen interindividuellen Leistungsunterschiede zwischen älteren Personen.

Der alte Mensch profitiert von emotionaler Intelligenz und Weisheit. Dies hat zur Folge, dass emotionaler Stress von älteren Menschen viel besser bewältigt werden kann als von jüngeren.

Ältere Personen, welche einen optimistischen und humorvollen Zugang zur Außenwelt haben, besitzen auch überlegene Persönlichkeits- und Bewältigungsreserven, die wiederum protektiv wirken. Persönlichkeitsfaktoren, welche die Bewältigung von Lebensereignissen beeinflussen, können sein:

- Beherrschung von Neid und Rivalität
- Ertragen von Frustrationen
- Umgang mit Verlusten, „Trauerfähigkeit“ [4].

### **2.2.1 Soziale Unterstützung und Krankheitsbewältigung**

Die altersgemäße Veränderung des sozialen Netzwerkes ist für die Bewältigung von Krankheit wenig vorteilhaft. Etwa ein Drittel der älteren Personen ab 65 Jahren hat keine engen Verwandten mehr. Die Größe des sozialen Netzes spielt dabei weniger eine Rolle als das Ausmaß der Nähe und der Wert sozialer Kontakte. Die Kontaktpartner werden selektiert und im Vordergrund steht die Befriedigung emotionaler Bedürfnisse [11].

Aus unterschiedlichen Studien geht hervor, dass eine Korrelation zwischen sozialer Isolation und erhöhter Anfälligkeit für physische und psychische Erkrankungen besteht. Eine erhöhte Depressionsanfälligkeit geht mit wenigen oder überhaupt negativ erlebten sozialen Interaktionen einher. Wesentlich hoch ist die Krankheits- und Sterberate bei Witwen [4].

Daraus ergibt sich, dass ein professionelles Angebot an sozialer Unterstützung als besonders wichtig anzusehen ist. Die Einsamkeit im Alter steht jedoch in engem Zusammenhang mit dem Mangel an Familienangehörigen und guten Bekannten. Diese können nicht durch soziale Helfer ersetzt werden.

Die Gerontopsychologie befasst sich mit der Förderung von Selbstständigkeit und der Aktivierung von Ressourcen im Alter. Maßnahmen der Intervention können sowohl kontextorientiert (dies würde die unterschiedlichsten Wohnmöglichkeiten und Betreuungen einschließen), als auch personenorientiert (kognitives Training, Förderung der Selbstständigkeit, Trauerbewältigung etc.) sein [4].

Während Statistiken belegen, dass das Risiko, Opfer einer Straftat zu werden nach dem 60. Lebensjahr deutlich sinkt, zeigen sie hingegen, dass die Gefahr, Opfer interfamiliärer Konflikte zu werden, eindeutig steigt. Auch dies wird durch die Zunahme des sozialen Rückzuges erklärt.

Bis zu acht Prozent der älteren Personen müssen mit physischer oder verbaler Gewalt durch Angehörige leben. Ein ausreichend strukturiertes soziales Netzwerk kann die Belastung der Angehörigen deutlich vermindern [4].

## 2.3 Krankhaftes Altern

Die Definition des krankhaften Alterns wird stark geprägt von den physiologischen, biochemischen und molekularbiologischen Eigenschaften, durch deren Wechselwirkungen der Begriff Krankheit heute beschrieben wird. Dieselben Funktionsstörungen können die unterschiedlichsten Krankheitsbilder hervorrufen, was die Schwierigkeit der Erklärung von Altersveränderungen darstellt.

Um einer Bewertung näher zu kommen beschreibt die Geriatrie eine krankheits- und funktionsorientierte Betrachtungsweise der Altersveränderungen:

- Der Funktionsausfall korreliert mit der Therapiebedürftigkeit
- Die Diagnose ergibt die Therapiemöglichkeit

Die Folgen des krankhaften Alterns können sich in der Zunahme der Behandlungsbedürftigkeit, in der Notwendigkeit der Rehabilitation und/oder in der Steigerung des Hilfsmittelbedarfs widerspiegeln [8].

Das Robert-Koch-Institut hat im Jahr 2000 jedoch festgestellt, dass der überwiegende Anteil alter Menschen sowohl mit ihrer physischen Gesundheit, als auch mit ihrer persönlichen Lebenssituation, diese beinhaltet die familiäre Situation, die Beziehung zu Freunden und Bekannten und die finanzielle Ausgangslage, eher zufrieden ist. Bei älteren Frauen konnte die Zufriedenheit mit 84,5% und bei älteren Männern mit 87,5% bestätigt werden [11].

Im interdisziplinären Altersprojekt (IDA) wurden das physische, soziale und psychische Wohlbefinden untersucht. Beim physischen Wohlbefinden konnten relevante Einbußen im Alter bestätigt werden. Das psychische Wohlbefinden bleibt auch im Alter erhalten. Die Erklärung dafür liefert die verändert erlebte Lebenssituation und die Zufriedenheit und Anpassungsfähigkeit der Gegenwart und Zukunft [11, 27].

Auch das soziale Wohlbefinden, welches die materielle Gesamtsituation, die Wohnbedingungen und die sozialen Kontakte beinhaltet, weist keine altersrelevanten Einbußen auf.

Ist bei einer älteren Person eine hohe psychische Widerstandsfähigkeit (Resilienz) zu finden, so konnte mit den genannten Studien auch bewiesen werden, dass trotz gesundheitlichem Einbußens und sozialer Verluste keine psychischen oder psy-

chosomatischen Störungen auftreten. Nimmt die Resilienz in entsprechenden Situationen ab, so nimmt gleichzeitig die Gefahr, an psychischen oder psychosomatischen Störungen zu erkranken, zu [11, 28].

Treten lang andauernde Belastungen auf, so ist das Suizidrisiko älterer Menschen ebenfalls erhöht. Bei Frauen steigt das Risiko des Selbstmordes bei schweren Erkrankungen oder beim Verlust nahe stehender Menschen bei 20-jährigen von 2 je 100.000, bei 90-jährigen auf 27 je 100.000. Die Suizidrate bei Männern im Alter von 20 Jahren befindet sich bei 9 je 100.000 und steigt auf 130 je 100.000 bei 90-jährigen [11, 29].

Die psychiatrische Gesamtmorbidität ist laut Berliner Altersstudie (BASE) im Gegensatz zu jüngeren Altersgruppen nicht höher, obwohl eine rapide Zunahme von Demenzerkrankungen zu beobachten ist. Etwa 25 % der über 65-jährigen leiden an einer psychischen Erkrankung.

In der Berliner Altersstudie werden folgende Daten für ältere Personen zwischen 70 und 100 Jahren veröffentlicht:

- 13,9 % leiden an einer Demenz
- 9,1 % leiden an einer depressiven Störung
- 1 % an einer Demenz mit Depression
- 0,7 % an einer depressiven Anpassungsstörung

Bezug nehmend auf die altersbedingten Demenzen kann folgendes nachgewiesen werden: im Alter zwischen 65 und 69 Jahren leiden ein bis vier Prozent an einer Demenz. 80 bis 84-jährige erkranken zu 15 % an einer Demenz. Der Anteil der 90-jährigen beträgt fast 40 %.

Ein bis dato ungelöstes Problem stellt die Differenzierung zwischen einer Demenz und einer mäßigen kognitiven Beeinträchtigung dar. Eine Frage, die bislang nicht beantwortet werden konnte, ist, ob die mäßig kognitive Beeinträchtigung die präklinische Phase der Demenz, oder aber eine physische, altersassoziierte Leistungsminderung darstellt [11, 30].

## 2.4 Erfolgreiches Altern

Nicht nur das krankhafte Altern kann aufgrund genauester Beobachtungen definiert werden, auch das erfolgreiche Altern liefert einige wichtige Modelle.

Altersmediziner legen ihren Schwerpunkt auf drei unterschiedliche Ansätze, die für Risikofaktoren und Strategien für erfolgreiches Altern als wesentlich erscheinen.

Zum einen sind ‚latente Reserven‘ im Alter von großer Bedeutung, zum anderen scheint eine ‚große Heterogenität‘ in den Altersverläufen und eine zunehmend ‚negative Balance‘ zwischen Gewinnen und Verlusten eine Rolle zu spielen.

Altersmediziner verbinden mit dem Begriff des erfolgreichen Alterns nicht, keine Veränderungen im Alter erfahren zu dürfen, die Probleme mit sich bringen, sondern definieren erfolgreiches Altern damit, die Stärken und Schwächen, die das Alter bringt anzuerkennen und gleichzeitig seine Ziele anzustreben [8].

Es existieren mehrere Schutzfaktoren, welche die Altersveränderungen positiv beeinflussen können [8]:

### 1. Der Schutzfaktor Lebensstil

Der individuelle Lebensstil ist Schutz- bzw. Risikofaktor hinsichtlich Pathologien im Alter. Ein bewusster Lebensstil (kein Übergewicht, kein Nikotinabusus, regelmäßige körperliche Betätigung) kann sowohl die Mortalität unter einem Alter von 75 Jahren um ein Drittel reduzieren als auch die Häufigkeit einer Behinderung halbieren.

### 2. Der Schutzfaktor Ressourcen

Damit sind physische, soziale, mentale, seelische, ökonomische und/oder materielle Ressourcen gemeint, die erfolgreiches Altern im Sinne einer positiven Krankheitsbewältigung fördern.

Je geringer diese Ressourcen, desto unwahrscheinlicher wird erfolgreiches Altern. Es gilt, persönliche Reserven anzureichern, indem man das soziale Netzwerk ausbaut und pflegt, gesundheitsfördernde Maßnahmen setzt, sich weiterbildet und Lebens- und Entwicklungsziele anstrebt.

Werden all diese Reserven best möglichst aufgefüllt, so erlebt der alte Mensch eine größere Bewegungsfreiheit und kann sich den Anforderungen der Umwelt stellen.

Eine vorhandene Kapazität an Reserven begünstigt auch den Umgang mit Verlustsituationen. Wie wir vorher schon erfahren haben, ist die Suizidrate beim Verlust des Lebenspartners deutlich erhöht.

In der Nürnberger SIMA-Studie (SIMA = Selbstständig im Alter) konnte bewiesen werden, dass wöchentliches Gedächtnis- und Fitnessstraining über sechs Monate eine mehrjährig andauernde Verbesserung von Hirnfunktionen und Selbstständigkeit bewirkt. Auch psychische Störungen entwickeln sich durchschnittlich vier Jahre später.

### 3. Schutzfaktor Anpassung

Der alte Mensch muss die Veränderung der eigenen Leistungen akzeptieren und die Erwartungen an sich selbst dem fortschreitenden Alter anpassen. Um eine positive Selbstbewertung nicht zu verlieren kann es oft hilfreich sein, sich das Bild Gleichaltriger, denen es noch schlechter geht, vor Augen zu halten.

Bislang konnte keine Theorie des erfolgreichen Alterns wirklich Akzeptanz finden. Deshalb wurden Prozesse beschrieben, die erfolgreiches Altern anhand objektiver und subjektiver Kriterien charakterisieren. Auf die einzelnen Prozessmodelle wird noch genauer eingegangen.

Wie wir wissen, ist körperliches Wohlbefinden kein Garant für psychisches Wohlbefinden im Alter. Biologische Kriterien für Erfolg im Alter sind Langlebigkeit, körperliches Wohlbefinden und funktionelle Autonomie.

Neue Erkenntnisse, neue Herausforderungen und neue Gesellschaftsformen finden Veränderung beim erfolgreichen Altern. Wesentlich für erfolgreiches Altern ist, Ziele anzustreben und diese zu erreichen

Das Zusammenwirken von Selektion, Kompensation und Optimierung versucht zu erklären, wie der alte Mensch trotz Verlusten und Verletzlichkeit Ziele anstreben und erreichen kann. Je geringer die Reserven einer Person sind, desto genauer müssen diese drei Prozesse aufeinander abgestimmt werden. So gelingt es, dass die Mehrzahl der alten Bevölkerung im Alter zwischen 70 und 100 Jahren dank dieser wirkungsvollen Copingstrategien ein subjektiv unverändertes Wohlbefinden hat [8].

### 1. Der Prozess Selektion

Mit Selektion ist die Fähigkeit gemeint, die eingetretene Reservenverringering im Alter anzunehmen und die Lebenswelt auf wenige Aufgaben und Ziele zu reduzieren.

Selektionen können auch nach einem akuten Geschehen, wie z.B. einem Insult, reaktiv erfolgen. In diesem Fall soll die betroffene Person vom Selektionsverfahren nicht ausgeschlossen werden. Sie soll demnach entscheiden inwieweit Selbstständigkeit noch zumutbar ist, in welche Einrichtung sie gegebenenfalls gebracht werden soll, welche Rehabilitation gewünscht wird und welche Aktivitäten noch aktuell sind [8].

### 2. Der Prozess Kompensation

Dieser Prozess wird erforderlich, wenn eine Person andere Mittel und Möglichkeiten in Anspruch nehmen muss, um ein Ziel zu erreichen. Dies ist von Notwendigkeit, wenn organische Defizite auftreten, gleichzeitig aber ein Ziel beibehalten wird.

Können unterschiedlichste Hilfsmittel herangezogen werden um das Ziel zu erreichen, gibt es auch keine Probleme gewisse Defizite zu kompensieren. Ist jedoch das vorgenommene Ziel unerreichbar geworden, so erweist sich auch die Kompensation als schwierig. Nahestehenden Menschen die Kontrolle zu übergeben um sein eigenes Ziel nicht verwerfen zu müssen, kann eine erfolgreiche Handlung sein, um die Autonomieverluste im Alter zu kompensieren [8].

### 3. Der Prozess Optimierung

Das Modell der Optimierung beschreibt die Fähigkeit der lebenslangen Fort- und Weiterbildung. Auch ältere Menschen entwickeln sich weiter und sind in der Lage, physische und psychische Ressourcen aufzufüllen.

Mit dem Modell der Optimierung sollten einerseits bestehende Ziele mit zunehmendem Alter weiter verfolgt werden, andererseits sollte eine Auseinandersetzung mit den Geschehnissen der terminalen Lebensphase erfolgen [8].

## 2.5 Das biopsychosoziale Modell [12]

An der Medizinischen Universität Graz gilt das biopsychosoziale Modell bereits als das Leitbild, mit dem man Körper und Seele als funktionierende Einheit zu erklären versucht. Das biopsychosoziale Modell ist die am häufigsten zitierte Theorie um die Saluto- und Pathogenese des menschlichen Körpers im Ganzen verständlich zu machen.

Um die Begriffe Krankheit und Gesundheit als komplexes Spiel zwischen Leib und Seele evident anschaulich machen zu können, hat das biopsychosoziale Modell auf schnellstem Wege Anklang gefunden. Man könnte meinen, die Wende vom einst so fixierten biomedizinischen Modell zum biopsychosozialen hat längst stattgefunden. Die gegenwärtigen Publikationen beweisen jedoch das Gegenteil. Es dominiert nach wie vor der Ansatz der biomedizinischen Wissenschaft.

Das Modell der Psychogenese, welches sich mit der Frage beschäftigt, in wie weit psychologische Einflussfaktoren Auswirkung auf körperliche Funktionen haben, gilt in der modernen Medizin als obsolet. Bei jeder Pathogenese sind nämlich psychosoziale Faktoren von Bedeutung. Der Begriff der psychosomatischen Medizin gilt als längst überholt. Er teilt die Medizin automatisch in eine psychosomatische und eine nicht-psychosomatische.

Das biopsychosoziale Modell beschreibt den Begriff Gesundheit folgendermaßen: Das System „Mensch“ besitzt die Fähigkeit, sämtlichen Fehlfunktionen des Organismus auf allen Ebenen autoregulativ entgegenzusteuern. „Gesundheit“ wird nicht als das Fehlen von krankheitserzeugenden Keimen oder als das Fehlen von zu Krankheit führenden Fehlfunktionen angesehen, sondern „Gesundheit“ wird definiert als die Kontrolle über sämtliche pathogene Faktoren.

„Krankheit“ ergibt sich dann, wenn das System „Mensch“ den Fehlfunktionen auf allen Ebenen nicht mehr autoregulativ entgegenwirken kann. Diese Störungen können auf allen Systemebenen erfolgen und dabei kommt es zum Ausfall von relevanten Regelkreisen.

Das biopsychosoziale Modell definiert Krankheit und Gesundheit als ein dynamisches Geschehen. Gesundheit muss in jeder Situation des Lebens geschaffen werden.

1. Der biopsychosoziale Krankheitsbegriff

- Biomedizinisch: Krankheit ist ein organischer Befund
- Psychologisch: der Mensch fühlt sich krank, die Befindlichkeit ist herabgesetzt
- Sozial: Fehlanpassung an öko-soziale Umweltbedingungen

2. Der biopsychosoziale Gesundheitsbegriff

- Biomedizinisch: Gesundheit als Nicht-Vorhandensein eines pathologischen Organbefundes, es existieren keine Fehlfunktionen
- Psychologisch: der Mensch fühlt sich gesund und vital
- Sozial: kompetente Anpassung an öko-soziale Umweltbedingungen

Wie jede wissenschaftlich begründete Theorie wird auch das biopsychosoziale Modell kritisiert. Eine Schwachstelle ist das fehlende Begriffssystem für das ganzheitliche Verständnis von organmedizinischer und psychologischer Systemebene. Diese beiden Fachbereiche können nur schwierig in einer gemeinsamen Sprache zusammengefasst werden.

Ein weiterer Kritikpunkt ist die nicht definierbare Beziehung zwischen Geist und Gehirn. Es ist nicht nachvollziehbar, wie ein geistiger, nicht materieller Vorgang wie ein Gedanke, konform gehen kann mit etwas Materiellem, wie dem Gehirn.

Um dieser Schwachstelle näher zu kommen, hat man das erweiterte biopsychosoziale Modell entwickelt. Dabei geht es um die „Wirklichkeit an sich“. Das bedeutet, wir beschäftigen uns mit rein psychophysischen Ereignissen. Wie wir diese Wirklichkeit erfahren können, hängt von der Sichtweise des Betrachters ab. Dabei unterscheiden wir die Sicht des Beobachters und die Sicht aus der Position des erlebenden Subjektes. Es lässt sich sehr bald feststellen, dass dabei einige Unterschiede auftreten. Zum einen können die psychophysischen Ereignisse vom Beobachter und vom erlebenden Subjekt unterschiedlich wahrgenommen werden. Zum anderen ergibt sich für Beobachter und Subjekt unterschiedliches Wissen. Der Beobachter beschreibt ein Ereignis und kann dieses mit der Begriffswelt objektiv verständlich machen.

Das Subjekt beschreibt dieses Ereignis als Folge der individuellen Wahrnehmung.

Dem erweiterten biopsychosozialen Modell zufolge, sind sowohl physiologische als auch psychologische Therapieansätze imstande, Änderungen in allen Ebenen des Organismus zu erzeugen. Deshalb ist jede Behandlungsphilosophie, die entweder den psychischen, oder den physischen Ansatz als ideal ansieht, zu verwerfen.

In der Praxis wird keine strikte Trennung für psychische oder physische Therapien vorgenommen. Es ist nicht immer notwendig, sowohl in der Psychologie, als auch in der Schulmedizin, Experte zu sein. Viel wichtiger ist die Tatsache, das System als eine Einheit zu betrachten und alle Ebenen miteinander zu verknüpfen. In der klinischen Psychosomatik wird diese Arbeitsweise als „Simultandiagnostik“ bzw. „Simultantherapie“ geführt.

## **2.6 Das biopsychosoziale Modell in der Altenmedizin [13]**

Die Sichtweise einer Spitalbehandlung akut erkrankter Alterspatientinnen und –patienten kann in der heutigen Medizin unterschiedlichste Ansätze mit sich bringen.

Einerseits gibt es die klassische Variante, die weit verbreitet ist und seit es die Medizin gibt, auch praktiziert wird. Dabei steht das kranke Organ- die gestörte Organfunktion und ihre möglichen biologischen Ursachen im Vordergrund. Behandelt wird die Krankheit, nicht der Patient / die Patientin als Ganzes. Welche Störung ist vorhanden und welche therapeutischen Maßnahmen sind erforderlich um die Krankheit zu lindern bzw. zu beseitigen? Diese meistverbreiteten Richtlinien einer erfolgreichen Behandlung alter Menschen erfasst die moderne Medizin.

Dieser Variante gegenüber steht die Behandlung einer kranken Person. Nicht nur das Krankheitsbild wird behandelt, sondern die Person wird ganzheitlich betrachtet. Somit sind wir bei der Definition dieser beiden Varianten angelangt: Organbezogenes vs. biopsychosoziales Krankheitsmodell.

### **2.6.1 Organbezogenes versus biopsychosoziales Krankheitsmodell**

Mit welcher Zielsetzung man älteren Menschen, welche eine akute Spitalbehandlung benötigen, gegenübertritt, kann sehr unterschiedlich sein.

Das organbezogene Krankheitsmodell, welches in unseren Breitengraden als Standard geführt wird, ist verantwortlich für die Behandlung der Krankheit und für die Beseitigung der gestörten Organfunktionen. Hierbei stehen die diagnostischen und therapeutischen Mittel, die zur Linderung bzw. Beseitigung der Krankheit führen sollen, im Vordergrund. Behandelt wird das geschädigte Organ mit den möglichen biologischen Fehlfunktionen. Die psychosozialen Aspekte werden als separates System betrachtet, welche in der Akutversorgung von Alterspatienten/Innen keinen Stellenwert haben. Auf die psychosozialen Leiden der Patienten/Innen kann eventuell in einer weiteren, darauf fokussierten Behandlung, Rücksicht genommen werden. Vorerst werden psychologische und soziale Aspekte außer Acht gelassen.

Das biopsychosoziale Modell in der Altenmedizin beschäftigt sich nicht mit der Krankheit als isolierten Auslöser, es umfasst den kranken Menschen mit seinen Leiden und Problemen, die soziale Lebenssituation und weiters die finanziellen Verhältnisse. Diese Variante befasst sich genauso mit der Krankheit und der gestörten Organfunktion des/der alternden PatientenIn und in weiterer Folge mit der optimalen Therapie [13].

### **2.6.2 Ist-Wahrnehmung und Soll-Vorstellung der modernen Medizin**

Die Gesundheitsbefragungen von den Jahren 1992/93 und 1997 in der Schweiz haben folgende Vorstellungen der Bevölkerung der IST- und SOLL-Medizin, d.h., der Medizin von heute und morgen, verdeutlicht [13, 31]:

**IST- Wahrnehmung**

**SOLL- Vorstellung**

|  |   |
|--|---|
| Organfunktionen stehen im Vordergrund moderner Medizin     | Ganzheitliche Betrachtung der Patientin/des Patienten als wesentlicher Ansatz |
| Rein die wissenschaftliche Evidenz ist von Bedeutung       | Die Akzeptanz für alles, was für die Medizin von Nutzen sein kann             |
| Die Krankheit als Leitbild für die Medizin                 | Medizin soll sich an Gesundheit orientieren                                   |
| Medizin wird von den Bedürfnissen der Gesellschaft geprägt | Medizin soll sich einzig und allein am Individuum orientieren                 |

Diese Befragung zeigt klar, dass die Zielvorstellungen der Bevölkerung für die Zukunft jedenfalls eine modernere Orientierung der Ärzteschaft erfordern. Das organbezogene Modell von Krankheit gilt für das Individuum als längst überholt. Die Zukunft der medizinischen Behandlung liegt definitiv im biopsychosozialen Modell, doch dominiert wird die Medizin nach wie vor vom Gegenteiligen.

Um der biopsychosozialen Altersmedizin näher kommen zu können sind nicht nur die Idealvorstellungen der Ärztinnen und Ärzte gefragt, es bedarf auch einer Anpassung der Rahmenbedingungen.

Die wichtigsten Rahmenbedingungen für die Anpassung an eine biopsychosoziale Medizin wären [13]:

1. Gesetzliche Bestimmungen
2. ethische Prinzipien
3. Standesregeln
4. vertragliche Vereinbarungen
5. soziokultureller Kontext

Die Spitalbehandlung mit ihrer Leistung und Finanzierung wird durch den Gesetzgeber definiert. Wesentlich sind jedoch auch die Patientenrechte. Je größer das Angebot an Spezialisten und Pflegepersonal ist, desto weniger ist sich der ältere Patient/die ältere Patientin klar, wer welche Rolle in der Versorgung spielt.

Auf folgende Rechte der Patientinnen und Patienten muss eingegangen werden [13]:

- Recht auf sorgfältige Behandlung
- Recht auf Selbstbestimmung
- Recht auf Schweigepflicht
- Recht auf Information
- Recht auf Einsicht in die Krankenakte
- Recht auf Kontakt zu Angehörigen
- Recht auf Schutz der Menschenwürde

In unseren Spitälern kann auf die Rechte der Patientinnen und Patienten nur begrenzt eingegangen werden. Vielmehr wird die dafür notwendige Zeit für Dokumentationen der Leistungen aufgebracht.

Die ethischen Prinzipien befassen sich mit der Frage, ob das Wohl oder der Wille der älteren Patientin/des älteren Patienten oberste Priorität habe. Ethisch korrektes Handeln erfordert ethische Basiskompetenz aller im Spital praktizierenden Personen. Nur so können adäquate Behandlungen im Bezug auf ethische Problemstellungen gewährleistet werden.

Standesregeln sind verantwortlich für die Beziehung von Ärztinnen und Ärzten untereinander, die Beziehung zu Patientinnen und Patienten und die Beziehung zu weiteren Personen im Gesundheitssystem. Der Einblick in die aktuelle Standesordnung legt uns nahe, wie sehr die Anliegen von alten Patientinnen und Patienten ignoriert werden. Dabei wird deutlich, wie die Altersmedizin vernachlässigt wird, obwohl die Entwicklung als eine der wesentlichsten im Gesundheitswesen anzusehen ist.

Für den Gesetzesgeber ist es beliebig, ob eine akute Behandlung an einer 30-jährigen oder an einer 90-jährigen Patientin durchgeführt wird. Würden die Medizinerinnen und Mediziner die möglichen Ressourcen unüberlegt ausschöpfen, würde unser Gesundheitssystem wohl nicht mehr finanzierbar sein. Durch derartige Ressourcenkontrolle wird die ältere Patientin/der ältere Patient schnell und ungewollt in eine Außenseiterposition gedrängt. Die einzige Möglichkeit dem entgegenzuwirken ist, in aller Öffentlichkeit darüber zu diskutieren und dieses notwendige Handeln verständlich zu machen.

Genauso zu diskutieren ist die Stellung der alten Menschen in Industrieländern. Wir befinden uns in einer Zeit, in der die Jugendlichkeit einen weitaus höheren Stellenwert hat, als der alternde Mensch. Mit fortschreitenden Lebensjahren wird der Mensch „als Bedrohung für den Wohlstand“ angesehen. Um diesem Bild andere Ansätze geben zu können und es verständlich zu machen, wäre die öffentliche Diskussion darüber unverzichtbar [13].

### **2.6.3 Das biopsychosoziale Krankheitsmodell in der Altenmedizin: finanzierbar ?**

Weit verbreitet ist der Ansatz, dass in Zeiten, in denen die Senkung der Spitalskosten und die Verkürzung der stationären Aufenthalte im Vordergrund stehen, die Umsetzung des biopsychosozialen Modells fern liegend sei. Die wenigen relevanten Studien dazu beweisen jedoch das Gegenteil.

Eine Studie über einen Zeitraum von 12 Monaten, in der über 60-jährige stationär behandelt werden mussten, ergab sichtliche Vorteile für den biopsychosozialen Ansatz. Anfänglich sind die Kosten für die Patientinnen und Patienten zwar gestiegen, jedoch konnte in Summe eine deutliche Senkung der Gesundheitskosten bestätigt werden, da diese Patientinnen und Patienten weitaus seltener rehospitalisiert werden mussten, als Patientinnen und Patienten, welche keine biopsychosoziale Behandlung erfahren durften.

Aus einer zweiten Studie wurde ersichtlich, dass Patientinnen und Patienten, welche eine ganzheitliche Behandlung erfahren durften, deutlich überlegene Strategien zur Krankheitsbewältigung hatten. Auch die Zufriedenheit der Alterspatienten war deutlich besser als in der Kontrollgruppe.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Großteil der alten Patientinnen und Patienten das biopsychosoziale Modell favorisieren. Die aktuellen Rahmenbedingungen unterstützen das ganzheitliche Modell nicht. Die Bedürfnisse alter Menschen werden ignoriert.

Dieser „Trend in die falsche Richtung“ erfordert sowohl mehr Diskussion als auch Öffentlichkeit und kann einzig und allein durch verwertbare Vergleichsstudien bestätigt werden [13, 32, 33].

### **3 Spezielle Versorgungsstrukturen für alte Menschen im Bundesland Steiermark**

#### **3.1 Strukturen der Altenversorgung in Österreich [14]**

Die Versorgung alter Menschen in Österreich kann grundsätzlich in vier unterschiedliche Bereiche eingeteilt werden. Zum einen erfolgt eine Differenzierung bei den ambulanten (extramuralen) und stationären (intramuralen) Strukturen, zum anderen kann die Betreuung in eine psychosoziale vs. medizinische eingeteilt werden.

Die extramurale Versorgung wird zu 90 % von Angehörigen übernommen. Eine professionelle Inanspruchnahme wird nur zur Entlastung bzw. zur Vermeidung einer Überstellung in den stationären Bereich notwendig. Derartige Dienste werden in Österreich von der Hauskrankenpflege, von Alten- und Pflegehelfern, sowie von Heimhilfen übernommen.

Die extramurale Versorgung hat, genauso wie die teilstationären Strukturen, eine Verbesserung der Lebensqualität des alten Menschen zum Ziel.

Teilstationäre Versorgungseinrichtungen wie Tageszentren und Tageskliniken steuern einer allzu frühzeitigen Pflegebedürftigkeit und einer Minderversorgung des alten Menschen in der eigenen Wohnung entgegen.

Die stationäre Altenbetreuung konzentriert sich auf die Rehabilitation und die Versorgung schwer kranker, pflegebedürftiger alter Menschen. Dazu gehören Krankenanstalten, Akutgeriatrien, Geriatriezentren, Alten- und Pflegeheime, Pensionistenheime sowie betreutes Wohnen und Wohngemeinschaften.

Die psychosoziale Betreuung, sowohl im extra- als auch intramuralen Bereich, erlangt einen immer höheren Stellenwert in der optimalen Altersversorgung. Die Schaffung optimaler Lebensqualität, aber auch die Vermeidung von Überversorgung und den damit verbundenen Verlust von Selbstständigkeit sind Aufgaben, mit denen sich die psychosoziale Betreuung beschäftigt.

Wie kann die psychosoziale Betreuung in der Altersversorgung in den einzelnen Strukturen (ambulant/ stationär/ teilstationär) eingreifen?

### Ambulante Versorgung

Wie wir schon gehört haben sind die Angehörigen zu etwa 90 % an der psychosozialen Unterstützung beteiligt. Im ländlichen Bereich zählen häufig auch Nachbarn dazu. Diese Personen sind die ersten, welche die Erkrankungen der/des Betroffenen in ihrer Wertigkeit beurteilen. Die Angehörigen entscheiden auch über die Notwendigkeit der Inanspruchnahme professioneller Hilfe.

Der Hausarzt/ die Hausärztin ist die wichtigste Person mit medizinischer Kompetenz. Über ihn/sie erfolgt die erste Diagnosestellung und Therapieempfehlung, sie/ er stellt den Antrag auf Pflegegeld und veranlasst die Zuweisung zu psychosozialen Diensten.

Die Leistungen der Hauskrankenpflege werden durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen vollbracht. Dabei steht die medizinische Versorgung im Vordergrund. Sie stellt das wichtigste Bindeglied zum Hausarzt dar.

Heimhelfer, Essen auf Rädern und Besuchsdienste dienen der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und können eine enorme Erleichterung in der Alltagsbewältigung sein.

Bei akuten psychischen Krisen ist in vielen Regionen ein psychosozialer Dienst verfügbar. Dabei hat die Patientin/ der Patient die Möglichkeit, sich einerseits von Fachkräften wie Psychiatern, Psychologen oder Sozialarbeitern professionelle Hilfe zu holen, oder aber das Angebot einer Tagesbetreuung und Angehörigenberatung in Anspruch zu nehmen.

Extramurale Dienste sollen der Patientin / dem Patienten helfen, die Selbstständigkeit beizubehalten und gleichzeitig die Lebensqualität zu verbessern. Defizite sollen ausgeglichen und dabei der Übergang in die stationäre Betreuung verzögert bzw. vermieden werden.

### Teilstationäre Strukturen

Teilstationäre Betreuungen dienen als Zwischenstelle von ambulanten und vollstationären Strukturen. Sie ergänzen das Angebot sozialer Dienste und sollen den Verbleib zuhause erleichtern. Die vollständige ambulante Versorgung wäre dabei allerdings nicht mehr ausreichend.

Geriatrische Tageskliniken dienen der medizinischen Behandlung älterer Menschen während der Tagesstunden. Genutzt werden diese zum Großteil zur Rehabilitation von Alterspatienten und –patientinnen. Sie sind an ein Krankenhaus angegliedert, jedoch bislang nur in wenigen Gegenden verfügbar.

Geriatrische Tageszentren befassen sich mit der kompletten Tagesbetreuung älterer Menschen. Diese schließt die physische, als auch die psychische Betreuung mit ein. Die Patientinnen und Patienten erhalten einen Transport in das Zentrum. Diese Form der Versorgung wird gegenwärtig ausgebaut, allerdings sind die Zentren aufgrund der Transportproblematik nur im städtischen Raum angesiedelt.

Eine weitere moderne Form der Altenbetreuung stellen die Tagespflegeheime dar. Pflegebedürftige, alte Menschen werden tagsüber ganzheitlich versorgt, wobei abends und am Wochenende die Betreuung von den Angehörigen übernommen wird.

Eine ebenfalls neue Konzeptidee ist die Betreuung in Wohngemeinschaften. Das einfache Prinzip befasst sich mit dem „Miteinander Wohnen und Leben“. Diese Art der Versorgung wird häufig in Frage gestellt, da sich für ältere Menschen aufgrund der meist kognitiven Beeinträchtigung die Umstellung auf die neue Wohnsituation als sehr mühsam erweist. .

### Stationäre Betreuung

Wenn weder die ambulante, noch die teilstationäre Versorgung für die adäquate Behandlung des Alterspatienten ausreichend ist, werden stationäre Versorgungsstrukturen benötigt. Die Betreuung des Patienten/ der Patientin in den Krankenanstalten wird häufig noch als „Endstation des alten Menschen“ interpretiert. Verwirrheitszustände und psychische Unruhen sind meist die Folgen des stationären Aufenthaltes.

Die Aufenthaltsdauer in Krankenanstalten ist ebenso begrenzt, was häufig eine Überstellung des Patienten/ der Patientin in ein Pflegeheim zur Folge hat.

Eine besonders wichtige Position erhält hierbei die psychosoziale, psychologische und psychotherapeutische Begleitung des alten Patienten/ der alten Patientin.

## **3.2 Gesundheitsversorgung: Strukturen und Institutionen in der Steiermark – Möglichkeiten für Alterspatienten/-innen**

### **3.2.1 Ambulante Strukturen**

#### Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Gemäß der Ärzteliste vom Jahr 2005 wird die Steiermark von insgesamt 2.335 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bereichert. Davon sind 905 Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, wobei 745 von einer Kassenstelle profitieren.

Der Sollstand für die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich ist regional sehr unterschiedlich. Zu erwähnen ist, dass in folgenden Bezirken der Sollstand an AllgemeinmedizinerInnen unterschritten wird [15].

-2 Stellen in Deutschlandsberg und Bad Radkersburg

-4 Stellen in Mürzzuschlag und Judenburg

-5 Stellen in Leoben

-6 Stellen in Murau

Ein Überangebot an praktischen Ärztinnen und Ärzten finden wir hingegen mit

+8 Stellen in Graz/ Graz Umgebung

+5 Stellen in Bruck an der Mur

+4 Stellen in Hartberg, Liezen und Voitsberg [15].

Trotz des Überangebotes in den genannten Bezirken ist in Summe von einer Unterversorgung auszugehen.

### Mobile Dienste

Gebiete, in denen zwischen 7.000 und 35.000 Personen leben, gehören dem integrierten Sozial- und Gesundheitssprengel (ISGS) an. In derartigen Einzugsgebieten soll der Ausbau sozialer Dienste besonders angestrebt werden.

Das ÖBIG hat im Jahr 1997 unterstützend dafür einen Bedarfs- und Entwicklungsplan erstellt, bei dem das Minimum an sozialer Versorgung einen Dienstposten pro 250 EinwohnerInnen über 65 Jahren vorschreibt. Bezieht man sich auf den Bevölkerungsstand vom Jahr 2001, so ergibt sich für die Steiermark ein Dienstposten für 261 Personen über 65 Jahre. Die Versorgungsdichte in der Steiermark ist den übrigen Bundesländern um etwa 20 Prozent unterlegen.

Aufgrund des Bedarfs- und Entwicklungsplanes wurde der Sollwert für das Jahr 2003 auf insgesamt 784 Vollzeit-Dienstposten angelegt [16].

Bezug nehmend auf die Versorgungsdichte sind in den einzelnen Bezirken der Steiermark abermals deutliche regionale Unterschiede zu erkennen. Die Bezirke Leoben, Bruck an der Mur, Voitsberg, Mürzzuschlag, Knittelfeld und Murau unterschreiten den empfohlenen Sollwert der Betreuung alter Menschen durch diplomierte Pflegefachkräfte erheblich. Auch das Angebot an Alten- und PflegehelferInnen ist in den Bezirken Voitsberg, Bruck an der Mur, Weiz, Feldbach, Hartberg, Mürzzuschlag, Murau und Liezen beschränkt.

Bei der Betreuung durch Heimhilfen weisen Judenburg und Hartberg die stärkste Unterversorgung auf.

Befasst man sich mit den Altersstrukturen der zu betreuenden Personen im Jahr 2003, so waren etwa 78 Prozent 75 Jahre und älter, 34 Prozent der Betreuten über 85 Jahre und etwa 12 Prozent sind in der Altersgruppe zwischen 65 und 74 Jahren zu finden [7].

### Psychosoziale Betreuung

Die akute psychiatrische Versorgung wird von den Krankenanstalten der Steiermark übernommen. Erwähnenswert ist das psychosoziale Angebot im extramuralen Bereich, wobei von einer ausreichenden Versorgung nicht ausgegangen werden kann. Die Patientinnen und Patienten haben die Möglichkeit kompetente Betreuung im vertrauten sozialen Umfeld erfahren zu dürfen. Dabei wirken niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, Psychotherapeuten, klinische Psychologen, Ergotherapeuten und Sozialarbeiter unterstützend [17].

Wie im steiermärkischen Psychiatriebericht bestätigt werden konnte, darf von einer flächendeckenden, psychiatrischen Versorgung nicht ausgegangen werden. Laut Publikation des Österreichischen Bundesinstituts für das Gesundheitswesen (ÖBIG) im Jahr 1999 wird die empfohlene psychiatrische Versorgung nicht einmal bis zur Hälfte erreicht.

Allgemein kann man sagen, dass der Ausbaugrad der Versorgung in der Steiermark je nach Betreuungszentren stark schwankt. Steiermarkweit beträgt die Versorgungsdichte bei psychosozialen Betreuungszentren und psychosozialen Tagesstätten etwa 38 Prozent. Die Versorgungsdichte von Institutionen mit betreutem Wohnen liegt etwa bei 10 Prozent. Über alle extramuralen Versorgungseinheiten hinweg beträgt der Ausbaugrad in der gesamten Steiermark etwa 30 Prozent [7].

Die regionalen Unterschiede in den steirischen Bezirken sind wiederum enorm. Der Versorgungsgrad aller psychosozialen Betreuungseinrichtungen beträgt in den Bezirken

Graz Umgebung etwa 3 Prozent

Fürstenfeld und Bad Radkersburg 7 Prozent

und Deutschlandsberg etwa 8 Prozent.

Eine deutlich bessere Ausgangslage bei psychosozialen Versorgungseinrichtungen haben die Bezirke

Graz mit 56 Prozent

Knittelfeld mit etwa 49 Prozent

Leibnitz mit 46 Prozent

sowie Judenburg mit knapp 42 Prozent [17].

Ähnlich trifft es auch die Versorgung durch psychosoziale Beratungszentren. Der steiermarkweite Durchschnitt von 37 Prozent wird in Graz-Umgebung (13 Prozent), Liezen (16 Prozent), Leibnitz (24 Prozent) und Graz-Ost (25 Prozent) beträchtlich unterschritten.

Vergleichsweise dazu ist der Versorgungsgrad in den Bezirken Knittelfeld (77 Prozent), Feldbach (76 Prozent), Murau (54 Prozent), Voitsberg (50 Prozent), Mürzschlag (49 Prozent), Bruck an der Mur (47 Prozent) sowie Graz-West (45 Prozent) etwas besser, dennoch unter der empfohlenen Versorgungsdichte [17].

Hinsichtlich der Erreichbarkeit und somit der Möglichkeit der Inanspruchnahme psychosozialer Einrichtungen sind folgende Unterschiede feststellbar. Die Beratungszentren in Bad Radkersburg, Fürstenfeld, Murau und Hartberg sind nur zwischen acht und elf Stunden wöchentlich verfügbar und liegen weit unter der durchschnittlichen Öffnungszeit von 28 Stunden/Woche.

Mit 35 bis 40 Wochenstunden Verfügbarkeit folgen die Bezirke Leoben, Bruck an der Mur, Voitsberg, Liezen und Graz-West.

Absoluter Spitzenreiter ist das psychosoziale Zentrum in Feldbach. Hierbei profitieren Patientinnen und Patienten von 90 Stunden wöchentlicher Verfügbarkeit und einem 24-Stunden-Journdienst, welcher auch für Bewohnerinnen und Bewohner der Bezirke Fürstenfeld und Bad Radkersburg in Anspruch zu nehmen ist [17].

Sozialpsychiatrische Tagesstätten erleichtern Menschen nach einer psychischen Erkrankung den Weg in die Erwerbsfähigkeit. Dabei werden die Patientinnen und

Patienten stabilisiert und erhalten ein Arbeitstraining. In den Bezirken Fürstenfeld, Bad Radkersburg, Deutschlandsberg, Graz-Umgebung und Leoben sind bislang keine derartigen Institutionen verfügbar. Die Einwohner von Judenburg, Knittelfeld, Hartberg und Murau können aus dem gesamten psychiatrischen Versorgungsprogramm wählen [17].

Im Jahr 2003 wurden insgesamt 11.616 Patientinnen und Patienten in extramuralen psychosozialen Einrichtungen der Steiermark versorgt. Der Großteil der Versorgung, rund 81 Prozent (9.466 Personen), entfällt dabei auf die Beratungszentren.

Im Jahr 2003 waren 264 Dienstposten für die psychosoziale Versorgung in der Steiermark besetzt. Der Sollwert für eine adäquate Betreuung wurde bislang nicht erreicht. Der Großteil entfällt auf die sozialpsychiatrische Versorgung von Erwachsenen, etwa 4 Prozent der Versorgung gehören der Gerontopsychiatrie an [17].

### **3.2.2 Stationäre Strukturen**

Im Jahr 2003 konnten in der Steiermark 344.027 stationäre Aufenthalte (inkl. Eintagesaufenthalte) verbucht werden. 1991 betrug die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer 7,1 Tage. Bis zum Jahr 2003, in dem die stationäre Aufenthaltsdauer nur mehr 6,37 Tage betrug, wurde ein Rückgang von 21 Prozent verzeichnet [18].

#### Geriatric / Rehabilitation

Zielgruppe dieser modernen Behandlungsform sind geriatrische Patientinnen und Patienten, bei denen sowohl Multimorbidität vorliegt, als auch psychosoziale Probleme im Vordergrund stehen, die zu einem Verlust der Selbstständigkeit und / oder zu einer Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten führen können.

Die Akutgeriatrie / Remobilisation umfasst einerseits die Akutaufnahme geriatrischer Patienten und Patientinnen, welcher ein ganz wesentlicher therapeutischer Ansatz ist, aber auch die Durchführung geriatrischer Frührehabilitation bei Patienten und Patientinnen, die von nicht qualifizierten Krankenanstalten übernommen werden [19].

Dabei ist ein kompetentes, interdisziplinäres Team für die Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten vor Ort. Internationale Publikationen bestätigen durch die fächerübergreifende Betreuung deutlich bessere Ergebnisse für multimorbide Alterspatienten und –innen [20].

Die Behandlung ist multidimensional und bezieht sich auf physische, psychische und soziale Aspekte. Dabei wird der geriatrische Patient / die geriatrische Patientin sowohl akut therapeutisch versorgt, als auch in der Beibehaltung der selbstständigen Lebensführung unterstützt. Die Erhöhung der Lebensqualität und die Reintegration in das persönliche soziale Umfeld geben der Fachdisziplin eine besondere Aufgabenstellung [7].

Die Autorin möchte im Folgenden überblicksmäßig auf den aktuellen Entwicklungsstand in der Geriatrie eingehen.

Es gibt bislang noch kein Spezialfach für Geriatrie in Österreich, ebenso wenig einen Lehrstuhl (mit Ausnahme an der Universitätsklinik Salzburg sowie der Privatuniversität Krems). Daraus ergibt sich der unterschiedliche Informationsstand von Ärztinnen und Ärzten, was auch eine optimale Zuweisung und in weiterer Folge Therapie erschwert.

Wie bereits erwähnt hat sich die stationäre Aufenthaltsdauer verkürzt und die Bettenkapazität im Akutbereich reduziert. Somit erhebt sich die Notwendigkeit, eine multidimensionale Altenversorgung anzustreben, die den Bedürfnissen der alten Menschen gerecht wird.

Das oberste Prinzip in der Geriatrie, unter Berücksichtigung medizinischer Kompetenz, ist die Selbstbestimmung der / des Betroffenen. Neben dem kurativen Therapieansatz sollte jede geriatrisch tätige Ärztin / jeder geriatrisch tätige Arzt über palliativmedizinische Kompetenz verfügen.

Welche Behandlungsstrukturen können geriatrische Patientinnen und Patienten in Österreich in Anspruch nehmen?

1. Akutspitäler / Fachabteilungen
2. Rehabilitationszentren / -einrichtungen

### 3. Alten- und Pflegeheime

In den Akutspitälern werden Alterspatientinnen und –patienten im Wesentlichen in den Abteilungen für Innere Medizin und Neurologie behandelt. Mit den speziellen Herausforderungen in den Bereichen der Multimorbidität, Polypharmazie, Sturzkrankheit, Inkontinenz, Frailty, Mangelernährung und sozialen Isolation sind Internisten und Neurologen zu wenig vertraut. Die Aufenthaltsdauer wird trotzdem verkürzt, die Patientin / der Patient erfahren demnach keine optimale Versorgung und daraus resultiert eine extrem hohe Wiederaufnahme-Rate.

Ein besonderer und moderner Therapieansatz fand mit der Einführung der Gerontopsychiatrie Anwendung. Dabei liegt der Schwerpunkt in der psychiatrischen Versorgung von Alterspatienten [21].

Akutgeriatrie und Remobilisation werden in Schwerpunktkrankenhäusern und Bezirkskrankenhäusern angeboten. Die Zielgruppe dieser geriatrisch orientierten, interdisziplinären Behandlung stellen Alterspatienten / Alterspatientinnen mit folgenden Kriterien dar:

- Psychische und / oder physische Multimorbidität
- Verlust oder Einschränkung der Selbstständigkeit mit Gefährdung der Lebensqualität durch den Verlust funktioneller und / oder kognitiver Fähigkeiten
- Reintegrierende Maßnahmen nach Erkrankungen

Folgendes Leistungsangebot macht die geriatrische Behandlung für Alterspatienten und Alterspatientinnen unersetzlich:

1. Begutachtung der zugewiesenen Patientinnen und Patienten vor der Aufnahme
2. Geriatrische Akutdiagnostik
3. Geriatrisches Assessment
4. Tägliche Evaluierung von Therapieerfolg und weiterer Behandlung
5. Funktionsverbessernde, -erhaltende und reintegrierende Maßnahmen
6. Reaktivierende Pflege
7. Psychologische und psychotherapeutische Betreuung

8. Betreuung durch Sozialarbeiter
9. Miteinbeziehung der Angehörigen
10. Entlassungsplan
11. Geriatrisches Entlassungsassessment
12. Interdisziplinäre Dokumentation
13. Weitere tagesklinische Behandlung

Wenn man sich diesen Aufgabenplan der Diagnostik und Therapie, die dem geriatrischen Standard entsprechen, näher bringen lässt, so wird deutlich, dass die Versorgung dieser Patienten und Patientinnen durch keine Innere Medizin oder Neurologie ersetzt werden kann [21].

Trotz des umfangreichen Leistungsangebotes der Geriatrie können gewisse Konzepte aufgrund mangelnder Ressourcen und Finanzierung noch nicht umgesetzt werden. Derartige Forderungen für die umfassende Behandlung wären:

1. Wohnortnahe Behandlung, um die Isolation zu vermeiden
2. Verteilungsgerechtigkeit in Städten und am Land
3. Fokussierte Versorgung möglichst ohne häufiges Verlegen oder Wiederaufnahme; Remobilisation und Behandlung psychischer und sozialer Probleme sollen berücksichtigt werden
4. Lösungsorientierte Platzierung an die kompetenteste medizinische Institution nach Begutachtung durch geriatrisch geschulte Ärztinnen und Ärzte
5. Einbindung tagesklinischer Strukturen
6. Platzierung in den Einrichtungen der Pflege und Rehabilitation durch geriatrisch tätige Ärztinnen und Ärzte
7. Ungehinderter Zugang für geriatrische Patientinnen und Patienten zu allen Einrichtungen des Gesundheitswesens
8. Wissenschaftliche Ausbildung für die geriatrische Expertise - Schaffung des Facharztes für Geriatrie
9. Entwicklung von Prozessen im österreichischen Gesundheitswesen für den wertschätzenden Umgang mit Alterspatientinnen und -patienten unter Berücksichtigung ethischer Faktoren [21]

Folgende Standorte für Akutgeriatrie und Remobilisation in der Steiermark sind gegenwärtig verfügbar: Albert Schweizer Klinik, LKH Fürstenfeld, LKH Hörgas-Enzenbach, LKH Mürzzuschlag-Mariazell, LKH Rottenmann, Marienkrankenhaus Voralpe, LKH Voitsberg.

### **3.2.3 Hospiz- und Palliativ Care**

In den österreichischen Bundesländern fehlt ein einheitliches Konzept für eine abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung. Eine flächendeckende palliativmedizinische Betreuung ist nach wie vor nur ansatzweise vorhanden. Planungen zur Optimierung der Versorgung gibt es bislang nur für die Palliativstationen in den Krankenanstalten [22].

Im Staatsvertrag § 15a ist bezüglich des Palliativ- und Hospizbereiches folgendes nachzulesen: „Im Besonderen wird vereinbart, eine Österreich weit gleichwertige, flächendeckend abgestufte Versorgung im Palliativ- und Hospizbereich einheitliche zu planen sowie prioritär umzusetzen [23].“

Hospiz- und Palliativ Care muss auf allen Ebenen im Gesundheits- und Sozialbereich stattfinden, darüber ist man sich einig. Jede Patientin / jeder Patient in der terminalen Lebensphase soll eine bedarfsgerechte Behandlung erfahren dürfen. Die Versorgung muss dem Patienten / der Patientin angepasst werden und dabei darf die Behandlungsform, stationär oder ambulant, keine Rolle spielen [22].

Seit dem Jahr 2000 werden in den einzelnen Bundesländern Planungen für eine flächendeckende Palliativversorgung durchgeführt. In der Steiermark wurde auf Landesebene eine eigens dafür gegründete Arbeitsgruppe eingerichtet („Koordination Palliativbetreuung Steiermark“).

Um die Empfehlungen des Europarates umsetzen zu können („recommendations on the organisation of palliativ care“), muss eine politische und gesetzliche Ausgangslage geschaffen werden, die es ermöglicht, dass die Palliativmedizin ein integraler Bestandteil in unserem Gesundheitssystem wird [22].

Wie sieht das System der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung aus?

Die Idee liegt darin, dem Patienten / der Patientin jederzeit eine optimale, umfangreiche Behandlung gewährleisten zu können, unabhängig vom körperlichen IST-Zustand. Die Behandlung erfolgt im Spital wenn für den Alterspatient / die - patientin eine Versorgung zu Hause nicht ausreichen würde, oder ambulant, wenn die stationäre Betreuung nicht zwingend notwendig ist [22].

### Palliativstation

Die Palliativstation ist eine eigenständige Station, die an ein Krankenhaus angebunden ist. Ziel der Behandlung des Palliativpatienten / der Palliativpatientin ist es die Symptome zu lindern und damit die Lebensqualität zu erhöhen. Nach Stabilisierung des Zustandes wird der Patient / die Patientin nachhause oder in eine pflegerische Einrichtung verlegt [22].

### Stationäres Hospiz

Das stationäre Hospiz ist eine Einrichtung, in der Palliativpatienten und Palliativpatientinnen betreut werden, bei denen eine stationäre Aufnahme nicht notwendig ist. Eine Heimversorgung hingegen wäre jedoch zu anspruchsvoll. Es dient somit als Brücke zwischen Eigenheim und Krankenhaus. Ältere Menschen, die eine komplexe Symptomatik aufweisen, bei denen die mobile Pflege nicht mehr ausreicht und das Versorgungssystem dekompenziert, erfüllen die Zugangskriterien für die Behandlung im stationären Hospiz [22].

### Tageshospiz

Das Tageshospiz bietet Palliativpatienten und Palliativpatientinnen die Möglichkeit, tagsüber an unterschiedlichsten Aktivitäten teilzunehmen. Zusätzlich kann therapeutische und psychosoziale Hilfe in Anspruch genommen werden. Dabei wird die Lebensqualität der Betroffenen gefördert und die soziale Isolation vermieden. Die Patienten und Patientinnen erleben die Gemeinschaft gleichermaßen Betroffener.

Ebenso im Vordergrund stehen eine Entlastung der Angehörigen und das Vermeiden unnötiger Krankenhausaufenthalte [22].

### Palliativkonsiliardienst

Der Palliativkonsiliardienst besteht aus einem interdisziplinären Team und ist die erste Anlaufstelle für betreuende Ärztinnen und Ärzte auf Stationen oder in Ambulanzen. Dieser Dienst ist beratend tätig, hilft bei der Therapie, der Symptomenkontrolle, bei Pflegemaßnahmen und unterstützt die psychosoziale Begleitung. Durch die Hilfe des multiprofessionellen Teams wird die Betreuung vor Ort verbessert, eine Entlassung angestrebt, oder die Übernahme auf die Palliativstation diskutiert.

Der Palliativkonsiliardienst kann auch außerhalb des Krankenhauses beratend tätig werden [22].

### Mobiles Palliativteam

Das mobile Palliativteam ist ein multiprofessionelles Team, das sich größtenteils um die Betreuenden kümmert, wobei die Betreuung zuhause oder im Pflegeheim stattfinden kann. Das Team unterstützt die Therapie, die Pflege und die psychosoziale Versorgung, es ist in erster Linie anleitend tätig. Ein wesentlicher Aufgabebereich ist die Unterstützung beim Übergang vom stationären Aufenthalt zur Heimversorgung. Durch das mobile Palliativteam kann der Patient / die Patientin zuhause oder im Pflegeheim verbleiben und die Aufnahme in ein Akutkrankenhaus vermieden werden. Das Team wird auf Anfrage tätig [22].

### Hospizteam

Das mobile Hospizteam kann zuhause, im Krankenhaus oder im Pflegeheim tätig sein. Es ist ein wesentlicher Bestandteil für die psychosoziale und emotionale Begleitung, sowohl für den Patienten / die Patientin, als auch für die Angehörigen. Das Team ist qualifiziert für den Umgang mit Trauer und dem Abschiednehmen. Es besteht aus ehrenamtlichen Hospizbegleitern / -innen und mindestens einer koordinierenden Fachkraft [22].

Der Bedarf an abgestufter Hospiz- und Palliativversorgung bis zum Jahr 2010 sieht folgendermaßen aus [23]:

- Palliativstation: 60 Betten / 1 Million Einwohner
- Palliativkonsiliardienst: muss für jedes Krankenhaus verfügbar sein
- Mobiles Palliativteam: 1 Team je 140.000 Einwohner
- Hospizteam: 1 Team je 40.000 Einwohner

Der Aufbau der abgestuften Hospiz- und Palliativ Care soll bis zum Jahr 2012 abgeschlossen sein [23].

#### Hospiz- und Palliativeinrichtungen in der Steiermark

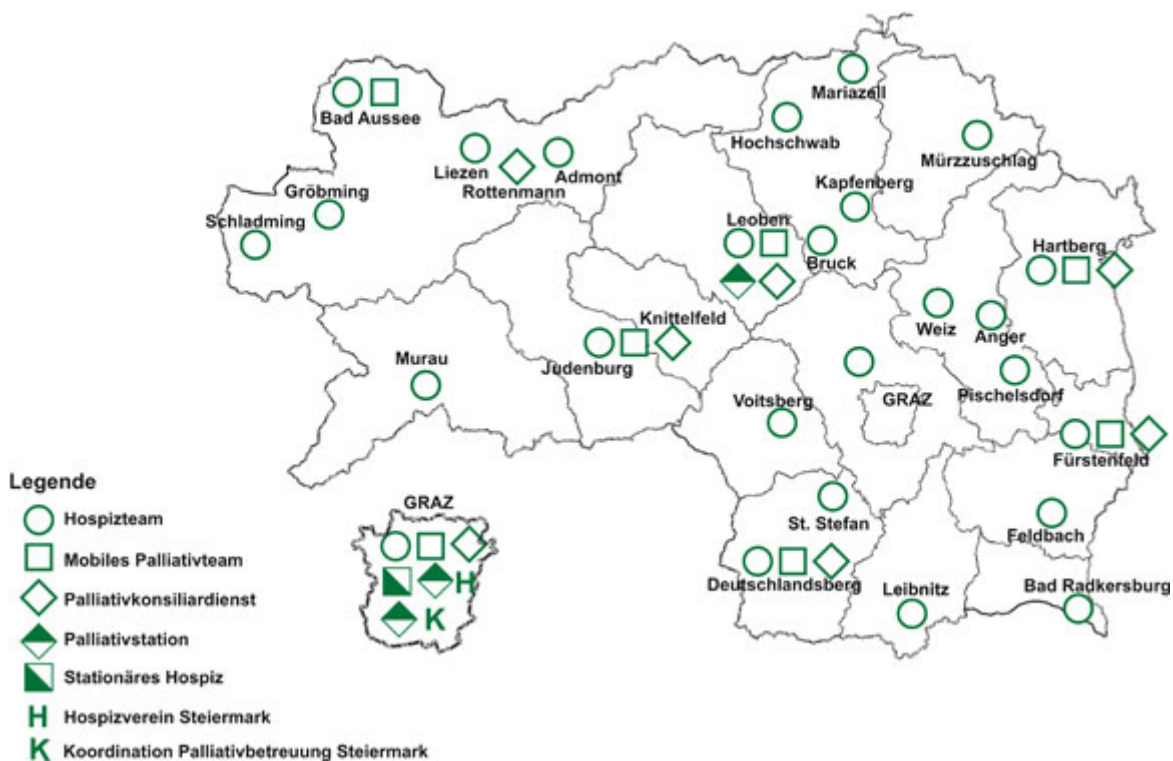


Abbildung 3.1 Hospiz- und Palliativeinrichtungen in der Steiermark [24]

### **3.2.4 Mobile Pflege alter Menschen in der Steiermark**

Folgende fünf Anbieter für mobile ambulante Dienste sind in der Steiermark verfügbar:

1. die Caritas
2. das Rote Kreuz
3. das Steiermärkische Hilfswerk
4. der Sozialmedizinische Pflegedienst
5. die Volkshilfe Steiermark

Nimmt man die Personalstatistik her, so waren im Jahr 2001 238,6 diplomierte Vollzeit-Pflegefachkräfte tätig. Das ergibt ein Plus von 15,2 Vollzeit-Dienstposten im Vergleich zum Vorjahr. Dabei verzeichnet das Rote Kreuz den höchsten Zuwachs.

Bei den Vollzeit Alten-Fachbetreuern sieht es ähnlich aus. Im Jahr 2001 waren 226,5 Stellen besetzt, das sind 22,3 Vollzeit Dienstposten mehr als im Vorjahr. Dabei ist bezüglich des Zuwachses wiederum das Rote Kreuz führend.

325 Vollzeit-Heimhilfen waren im Jahr 2001 in der Steiermark tätig. In diesem Fachbereich konnte ein Plus von 1,2 Vollzeit-Dienstposten im Vergleich zum Jahr 2000 erzielt werden [25].

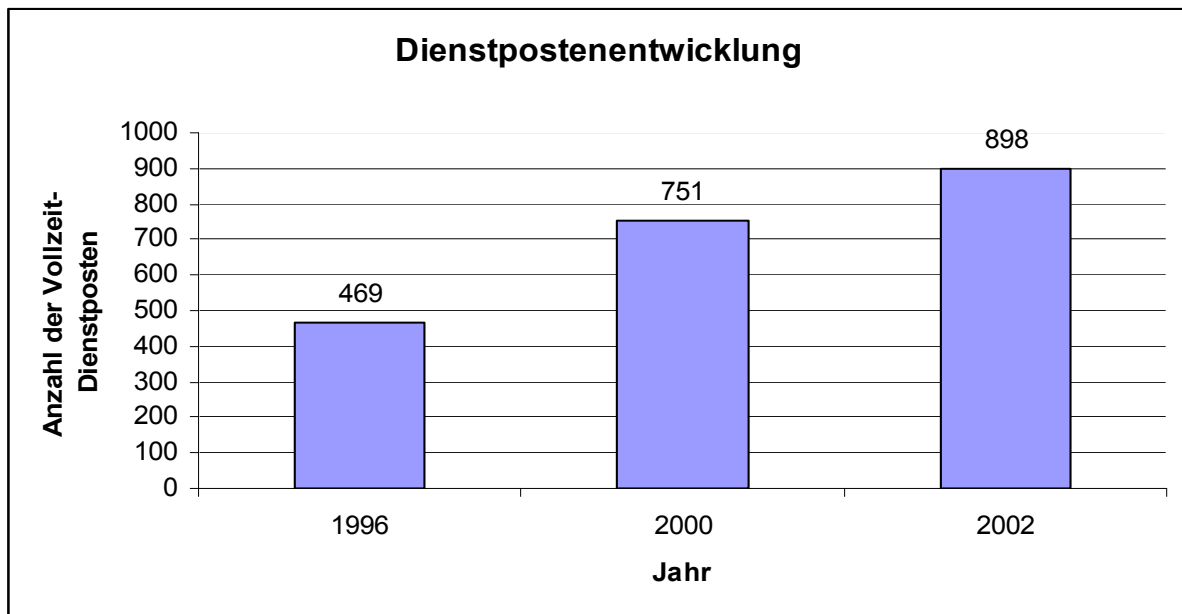


Diagramm 3.1.: Dienstpostenentwicklung von 1996 bis 2002, alle Berufsgruppen [25]

Die Anzahl der beschäftigten Personen, die in den mobilen ambulanten Diensten tätig sind, stieg vom Jahr 1996 bis zum Jahr 2002 um 429 Dienstposten an. Dieser Zuwachs bezieht sich auf alle drei Berufsgruppen.

Die Berufsgruppe mit den meisten Beschäftigten ist die Heimhilfe mit 325 Dienstposten, gefolgt von den diplomierten Pflegefachkräften (239) und der Alten- und Pflegehilfe (227).

Bis auf die Heimhilfen ist das Rote Kreuz dominanter Führer von diplomierten Pflegefachkräften und Alten- und Pflegehilfen. 43 % der diplomierten Pflegefachkräfte in der Steiermark gehören dem Roten Kreuz an. Die Heimhilfe dominiert mit 46 % die Volkshilfe [25].

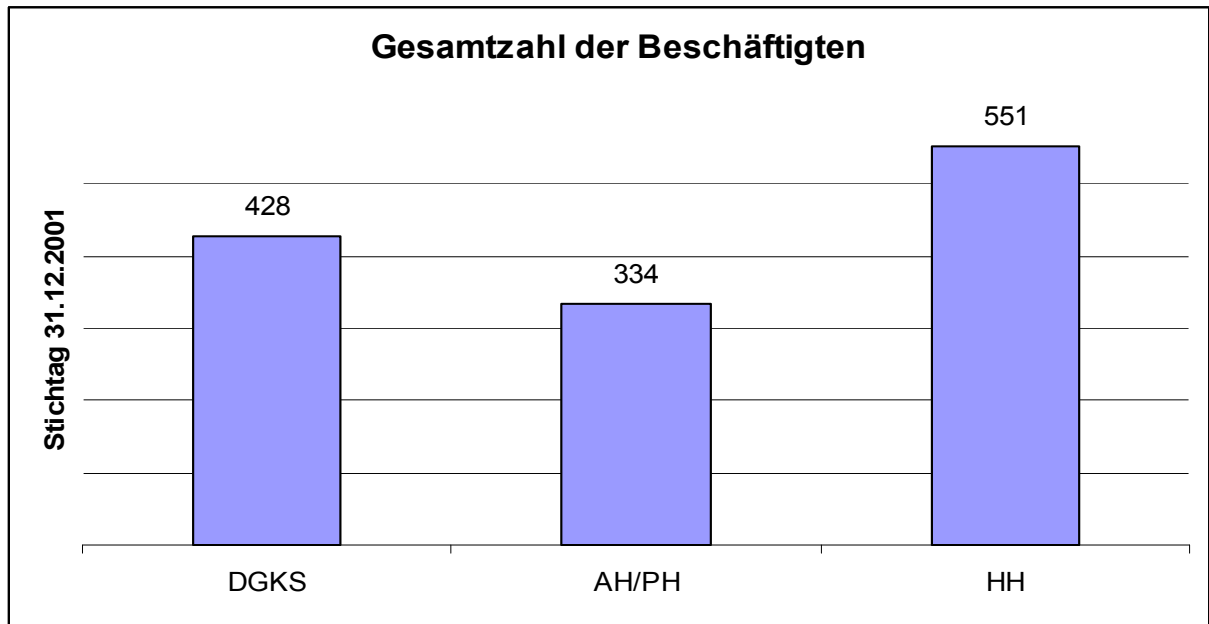


Diagramm 3.2. Gesamtzahl der Beschäftigten nach Berufsgruppe [25]

Die Berechnung des Bedarfs durch den steirischen Bedarfs- und Entwicklungsplan ergibt einen Sollwert von 235,5 DGKS Vollzeit-Dienstposten, 274,8 Vollzeit Altenpfleger / -innen und 274,8 Vollzeit Heimhilfen. Der empfohlene Bedarf an Beschäftigten wurde 2001 erstmals um 5,1 Dienstposten überschritten.

Enorme Unterschiede in den steirischen Bezirken gibt es in der Anzahl der betreuten Einwohner pro Vollzeit-Dienstposten. In der Stadt Graz werden 3.801 Einwohner von einer diplomierten Pflegefachkraft betreut, im Bezirk Murau 8.312 Einwohner. Die am wenigsten versorgten Bezirke, bezogen auf alle Berufsgruppen, sind Murau, Fürstenfeld und Hartberg.

Die Altersstruktur der betreuten Personen hat sich in den letzten Jahren nicht ausschlaggebend verändert. Drei Viertel sind 75 Jahre und älter, etwa 35 % sind über 85 Jahre alt. Bei der Geschlechtsverteilung gibt es signifikante Unterschiede. Im Jahr 2001 betrug der Anteil der betreuten Frauen 70 Prozent

Durch die Dienstpostenerhöhung um 15,2 Vollzeit-Dienstposten war es den diplomierten Pflegefachkräften möglich, 581 Hausbesuche mehr durchzuführen.

Die durchschnittliche Betreuungsdauer bei einem Hausbesuch hat sich nicht verändert. Sie beträgt 48 Minuten bei den Heimhilfen, 37 Minuten bei Alten- und Pflegehelfern und 30 Minuten bei den diplomierten Fachkräften [25].

### **3.3 Umstrukturierungen im Versorgungsangebot**

Steiermarkweit werden Umstrukturierungen geplant, die zum Ziel haben, die Versorgungsstrukturen optimal an den Bedarf anzupassen. Man geht davon aus, dass spätestens bis zum Jahr 2015 der Großteil dieser Planungen umgesetzt sein wird [26].

Für den akutstationären Bereich sind folgende Veränderungen geplant [26]:

Für die Betreuung älterer Menschen werden zusätzlich 224 Betten in der Akutgeriatrie / Remobilisation geschaffen. Die Albert-Schweitzer Klinik ist die erste Anlaufstelle, hier erfolgt ein Ausbau auf 100 Betten.

Für das Versorgungsgebiet Liezen soll im LKH Rottenmann ein Zentrum für Palliativmedizin errichtet werden. Die Klinik Bad Ausee erfährt mit einem Zentrum für Psychosomatik mit 100 Betten ein ganz neues Versorgungsangebot.

Im LKH Leoben und im LKH Mürzzuschlag-Mariazell wird eine Abteilung für Akutgeriatrie / Remobilisation eingeführt.

Das LKH Fürstenfeld und das Marien-Krankenhaus Vorau erhalten eine Akutgeriatrie / Remobilisation, das LKH Fürstenfeld zusätzlich ein palliativmedizinisches Zentrum.

Die West- und Südsteiermark erhält im LKH Wagna und Voitsberg ebenso ein Zentrum für Akutgeriatrie und Remobilisation.

In der westlichen Obersteiermark wird das LKH Judenburg-Knittelfeld um ein Zentrum für Palliativmedizin und eine Abteilung für Akutgeriatrie und Remobilisation ergänzt.

### Psychosoziale Dienste [26]

Grundsätzlich ist das Netz psychosozialer Dienste in der Steiermark in den letzten Jahren relativ gut ausgebaut worden. Von einer lückenlosen, flächendeckenden Versorgung kann wiederum nicht ausgegangen werden. Ein Problem stellt die unterschiedliche Versorgungsdichte in den einzelnen Bezirken dar. Gegenwärtig wird daran gearbeitet, ein Konzept zur integrierten psychiatrischen und psychosozialen Versorgung zu entwerfen.

Die sozialpsychiatrische Betreuung ist in 13 Bezirken der Steiermark verfügbar. Diese Betreuung wird von 39 Dienstposten durchgeführt, wobei 2,4 Dienstposten auf die Gerontopsychiatrie fallen.

### Hospiz- und Palliativversorgung [26]

Um sechs Tageshospizplätze reicher wird die Albert-Schweitzer Klinik in Graz ab dem Jahr 2008. Wie der Bedarf an Tageshospizplätzen aussieht ist noch nicht evaluierbar, da keine Erfahrungswerte vorhanden sind.

Im Bezirk Liezen wird das mobile Palliativteam und der Palliativkonsiliardienst zu einer Einheit zusammengeführt und auf die beiden Standorte, LKH Rottenmann und LKH Bad Aussee, aufgeteilt.

In der östlichen Obersteiermark wird ein mobiles Palliativteam und ein Palliativkonsiliardienst errichtet und auf die beiden Standorte, LKH Bruck/Mur und LKH Mürzzuschlag, aufgeteilt.

In der Oststeiermark wird an den LKHs Fürstenfeld, Bad Radkersburg und Feldbach ein Palliativkonsiliardienst verfügbar sein und gleichzeitig ein mobiles Palliativteam geschaffen.

Der Bedarfsplan empfiehlt zudem den Ausbau von je sechs stationären Hospizbetten in den Regionen der Ost-, West- und Südsteiermark. Die gegenwärtigen Versorgungsangebote in Leoben reichen fast zur Gänze nur für den eigenen Bezirk. Für die beiden weiteren Bezirke in der östlichen Obersteiermark (Bruck/Mur, Mürz-

zuschlag) wäre für die palliativmedizinische Versorgung ein weiterer Standort nötig.

Ein Palliativkonsiliardienst sollte für alle Häuser verfügbar sein. Für das LKH Stolzalpe ist dieser durch das LKH Judenburg-Knittelfeld zwar gegeben, doch die Anfahrtszeiten sind den Patienten / Patientinnen definitiv nicht zumutbar. Eine Kooperation mit dem LKH Tamsweg wird deshalb angestrebt.

### **3.4 Reflexion von Modellen zur Altenbetreuung in der Bundesrepublik Deutschland und der Schweiz**

#### **3.4.1 Altenbetreuung in Deutschland**

Wie in allen europäischen Ländern weist auch die demografische Entwicklung in Deutschland auf eine immer älter werdende Gesellschaft hin. Gegenwärtig leben 3,2 Millionen über 80-jährige in der Bundesrepublik, das ergibt einen Anteil von 3,9 % an der Gesamtbevölkerung. Berechnungen des Statistischen Bundesamtes Deutschlands für das Jahr 2050 ergeben einen Altenanteil von 9,1 Millionen der über 80-jährigen [14].

In Deutschland ist in erster Linie die Familie für die Betreuung älterer Angehöriger verantwortlich. Das Subsidiaritätsprinzip sieht die Betreuungsarbeit vorrangig als Aufgabe der Familie. Kann die Sorgearbeit durch die Familie nicht mehr effizient gewährleistet werden, werden staatlich subventionierte Organisationen herangezogen. Im Jahr 2003 waren in der Bundesrepublik 2,08 Millionen Menschen pflegebedürftig, mehr als zwei Drittel davon werden zuhause versorgt. Auch in Deutschland geht der Trend in Richtung Pflegeheime und professionelle Pflegedienste. So ist die Anzahl der in Heimen versorgten Alterspatientinnen und -patienten gestiegen und gleichzeitig sank die Zahl der Pflegegeldempfänger und -innen. Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung schätzt eine Erhöhung der Anzahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2020 um 52 %. Als Hauptursache wird das zunehmende Alter in Kombination mit der Multimorbidität diskutiert. Europaweit sind beträchtliche Differenzen bezüglich der Verantwortung und Pflege durch die Familie oder durch staatliche Unterstützung erkennbar.

In familialistisch orientierten Staaten wie Deutschland oder Spanien sind Werte und Vorstellungen familienorientiert. In Staaten wie Norwegen dominieren eindeu-

tig öffentliche Dienstleistungen im Bereich der Sorgearbeit älterer Menschen. In Norwegen wird die Altenbetreuung zehnmal häufiger dem Staat überlassen als in Deutschland [14].

Koordinationschwierigkeiten ergeben auch in der Bundesrepublik eine gewisse Intransparenz und in weiterer Folge Defizite in der optimalen Versorgung. Die Übergänge im Gesundheits- und Sozialsektor, sowie in ambulanten und stationären Strukturen sind häufig fließend, werden aber strikt getrennt, was die Behandlung in weiterer Folge erschwert. Das getrennt ablaufende System der Pflege- und Gesundheitsdienste vergleichbar mit Österreich erweist sich ebenso als äußerst schwierig in Bezug auf eine optimale, auf die Bedürfnisse älterer Menschen zugeschnittene Behandlung. Um diese Koordinationsprobleme gegenwärtig lösen zu können, werden Care- und Case-Management-Strukturen implementiert, welche die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Dienstleistungsanbietern unterstützen und somit die Versorgung älterer Patientinnen und Patienten optimieren.

Mit der Modernisierung der Psychiatriereform wurden in Deutschland die sozialpsychiatrischen Dienste erweitert. Neben Beratung und Prävention sind sie für die psychosoziale Begleitung älterer Menschen verantwortlich. Die Verfügbarkeit der psychosozialen Dienste ist derzeit wie auch in der Steiermark noch mangelhaft und lokal ungleich verteilt.

Der aktuelle, vierte Altenbericht von Deutschland veröffentlicht die politischen und gesellschaftlichen Interventionen im Rahmen von Modellprojekten. Unzählige dieser Modellprogramme sind als „best practice“ ausgezeichnet worden [14].

In Deutschland beträgt die Weiterbildungszeit für das Zusatzfach Geriatrie zwei Jahre. Die Ausbildung kann sowohl von Fachärzten für Innere Medizin, als auch von Fachärzten für Allgemeinmedizin, Neurologie und Psychiatrie in Anspruch genommen werden. Die neue Musterweiterbildungsordnung in der Bundesrepublik sieht eine 18-monatige Weiterbildung zum Geriater / zur Geriaterin vor. In Deutschland existieren derzeit vier ordentliche Lehrstühle für Geriatrie. Zu finden sind diese in Bochum, Erlangen, Ulm und Witten-Herdecke [41].

## Psychosoziale Betreuung

Einen besonderen Stellenwert in der psychosozialen Versorgung alter Menschen in der Bundesrepublik bekommt der Verein „Grüne Damen und Herren“ zugeschrieben. Dieser ehrenamtliche Dienst, der im Jahre 1969, angeregt durch den Volunteer Service der USA, gegründet wurde, ist bundesweit in unzähligen Krankenhäusern und Altenhilfeeinrichtungen tätig.

Im Jahr 2007 waren 11.120 ehrenamtliche Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen im Einsatz. Davon leisteten 443 Freiwillige ihren Dienst in Krankenhäusern und 265 in Alteneinrichtungen.

Die freiwilligen Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen sind Laien, die den Patientinnen und Patienten zuhören, sich Zeit nehmen für Gespräche und kleinere Besorgungen veranlassen.

Der zunehmende Zeitmangel der medizinischen und pflegerischen Behandlung durch Fachkräfte schenkt diesem Dienst immer größere Bedeutung. Patientinnen und Patienten erhalten vermehrt Zuwendung und es wird auf deren persönliche Bedürfnisse eingegangen.

Um ehrenamtlich tätig zu werden bedarf es keiner speziellen Ausbildung. Die freiwilligen Helfer / Helferinnen erhalten jedoch eine fachspezifische Einweisung und haben die Möglichkeit jederzeit an einer Fortbildung teilzunehmen [42].

Die Diakonie Deutschland leistet soziale Hilfe in allen Lebensbereichen. Ältere Menschen in Not können die Leistungen der Diakonie jederzeit in Anspruch nehmen. 435.000 hauptamtliche und 400.000 ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gehören der Diakonie an. Zum einen kümmert sie sich um die psychosoziale Betreuung an etwa 150.000 Betten in unterschiedlichsten Alteneinrichtungen, zum anderen bietet sie alle Dienste zuhause in der vertrauten Umgebung an. Die Diakoniestationen arbeiten eng mit allen medizinischen Fachrichtungen zusammen [44].

Ähnliche Ansätze ergeben sich aus Einzelinitiativen auch im Bereich des Bundesland Steiermark. So werden in Form eines Pilotprojekts Besuchsdienste durch Laien im Bereich der Langzeitpflegeeinrichtungen der „Volkshilfe“ angeboten. Der Verein „Bunte Blätter“, mit Stützpunkt im Bereich der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz, rekruiert und schult freiwillige Besuchsdienste, welche

psychosoziale Unterstützung älterer Mitmenschen in Langzeitpflegeeinrichtungen anbieten. Regelmäßige Fortbildung der ehrenamtlich Tätigen sowie die Möglichkeit zu professioneller Supervision der Ehrenamtlichen in Problemsituationen sind Zusatzangebote des über karitative Spenden, aber auch Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln subventionierten Vereins (siehe auch <http://www.bunteblaetter.at>).

### **3.4.2 Hospizliche Begleitung und Palliativ Care in Deutschland**

In der Bundesrepublik Deutschland sind die Aufgabenbereiche in der Hospizarbeit und Palliativ Care genauer definiert und unterteilt.

#### Ambulante Hospizinitiative

Diese wird gebildet durch eine Gruppe interessierter Personen, die sich für die Terminalphase der Betroffenen und deren Angehörigen einsetzt. Unterstützung wird gewährleistet durch geschulte ehrenamtliche Hospizhelfer, die vor allem für die psychosoziale Begleitung verantwortlich sind. Wesentlich für die Hospizinitiative sind die ehrenamtlichen Mitarbeiter [34].

#### Ambulanter Hospizdienst

Der ambulante Hospizdienst bildet die Weiterentwicklung der Hospizinitiative und verfügt über mindestens 15 geschulte, ehrenamtliche Mitarbeiter / -innen und eine Fachkraft. Die Hospizhelfer / -innen erhalten regelmäßige Supervision. Sie sind in erster Linie verantwortlich für die psychosoziale Begleitung und den Sterbeprozess. Dieser Dienst ist zu fixen Zeiten im Büro erreichbar [34]. Ähnliche Strukturen betehen auch im Bereich der Steiermark mit Hauptsitz des Büros im Bereich der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz).

#### Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst

Dies ist ebenfalls ein Dienst mit ehrenamtlichen Hospizmitarbeitern / -innen und bietet zusätzlich palliativpflegerische Beratungsleistungen an. Das palliativpflegerische Angebot wird durch geschulte Pflegekräfte gewährleistet, die eine Palliativ

Care Weiterbildung vorweisen können. Weitere Unterstützung wird durch mindestens eine Fachkraft gegeben [34].

#### Ambulanter Hospiz- und Palliativpflegedienst

Dieser Dienst verfügt wiederum über den Einsatz ehrenamtlicher Hospizmitarbeiter / -innen und bietet zusätzlich palliativpflegerische Beratungs- und Pflegeleistungen an. Die Mitarbeiter / -innen in Beratung und Pflege sind hauptamtlich angestellt und verfügen über Palliativ Care Weiterbildungen. Er bietet zudem den zusätzlichen Service des 24-Stunden Rufbereitschaftsdienstes an [34].

#### Ambulanter Palliativdienst

Der ambulante Palliativdienst ist ausschließlich auf palliativmedizinische und – pflegerische Betreuung spezialisiert. Die Begleitung erfolgt durch einen Palliativmediziner / eine Palliativmedizinerin und durch Pflegekräfte, die eine dreijährige Ausbildung und eine Weiterbildung in Palliativ Care absolvieren müssen. Dieser Dienst ist rund um die Uhr verfügbar [34]. Vergleichbare Strukturen betehen auch im Bereich Steiermark wobei die Finanzierung desselben derzeit nicht in die Regelversorgung implementiert ist sondern als Pilotprojekt unter Einbindung von Drittmittelnfinanziert wird

#### Brückenarzt / Brückenärztin

Eine besondere Aufgabenstellung deckt der Brückenarzt / die Brückenärztin ab. Er / Sie optimiert sowohl die palliativmedizinische Therapie in Krankenhäusern, als auch die Betreuung zuhause. Mit weiteren Fachkräften bildet er / sie das mobile Palliativ Care Team. Der Brückenarzt / die Brückenärztin muss für alle Betreuenden rund um die Uhr telefonisch erreichbar sein, um stationäre Einweisungen auf das notwendige zu beschränken [34].

Die stationären Einrichtungen werden in Deutschland gleichermaßen geführt wie in Österreich. Sie verfügen über stationäre Hospize und Palliativstationen [34].

### **3.4.3 Aktuellste Entwicklungen in Deutschland**

Palliativstationen in der Bundesrepublik können seit dem Jahr 2005 als „Besondere Einrichtung“ anerkannt werden, wobei die Vergütung über tagesbezogene Entgelte erfolgt. Dadurch, dass die meisten Krankenhäuser keinen wesentlichen ökonomischen Vorteil darin erkennen können, wird die Möglichkeit der „Besonderen Einrichtung“ von nur **25 %** aller Palliativstationen genutzt [36].

Der Entwicklungsplan für Palliativ Care bezieht seine Anforderungen hauptsächlich auf Palliativ Care Teams. Diese sollten...

- einen eigenständigen Sitz mit guter Infrastruktur haben
- mindestens sechs Vollzeitkräfte anstellen
- über mindestens einen Mediziner / eine Medizinerin, einen Pfleger / eine Pflegerin und einen Sozialarbeiter / eine Sozialarbeiterin verfügen
- das Recht haben, Arznei- und Hilfsmittel verordnen zu dürfen
- kassenübergreifend und einheitlich finanziert werden [36].

### **3.4.4 Altenbetreuung in der Schweiz**

In der Schweiz ist der Geriater / die Geriaterin Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin. Die Weiterbildungszeit beträgt drei Jahre. Das geriatrische Angebot ist in jedem Kanton unterschiedlich. Ein Lehrstuhl für Geriatrie existiert gegenwärtig nur an der Universitätsklinik Genf [41].

#### Palliativ Care

In der Schweiz wird laut Angabe der Schweizer Gesundheitsdirektion bereits in jedem Spital Palliativ Care praktiziert. Speziell erweiterte Palliativstationen existieren bislang fast nur an den Universitätskliniken. In der Schweiz sind vor allem niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie der Verein Spitex für die ambulante Betreuung von Palliativpatienten / -innen verantwortlich. Auch in der Schweiz ist die Zusammenarbeit von ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen bislang

äußerst wenig strukturiert. Eine Vernetzung zwischen ambulanter und stationärer Betreuung ist nur ansatzweise vorhanden.

Auf höchster Ebene wird daran gearbeitet, ein einheitliches palliativmedizinisches Pflegekonzept, auf Grundlage der European Association for Palliative Care, zu entwickeln. Stark miteingebunden sind wiederum die Spitexdienste [37].

Besondere Aufmerksamkeit erhalten die so genannten Kompetenzzentren für Palliative Care. Sie erfüllen dieselben Aufgaben wie die Akutspitäler, sind aber zusätzlich verantwortlich für die Betreuung von Patienten / Patientinnen mit besonderen Bedürfnissen, dienen als Brücke zwischen stationärer und ambulanter Palliativbetreuung, sind für Lehre und Forschung verantwortlich und beauftragt, Betreuungs- und Qualitätsstandards zu erarbeiten. Derartige Kompetenzzentren sind für längere stationäre Aufenthalte ausgerichtet und verfügen über Zimmer mit wohnlicher Atmosphäre. Die Behandlungsteams der Kompetenzzentren müssen über vertiefte Fachkompetenz und Erfahrung verfügen. Für die ärztliche Leitung eines Kompetenzzentrums ist die palliativmedizinische Ausbildung und die praktische Erfahrung in Palliative Care notwendig [37, 38].

Die ambulante Versorgung in der Schweiz wird, wie bereits erwähnt, hauptsächlich durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen und spitalexterne Pflegedienste (Spitex) gewährleistet [37].

### Psychosoziale Betreuung

Was bedeutet Spitex genau?

Spitex wird definiert als spitalexterne psychosoziale Betreuung, Gesundheits- und Krankenpflege bei den Patienten / Patientinnen zuhause. Dank Spitex können Alterspatienten und Alterspatientinnen trotz Einschränkungen zuhause verbleiben und entgehen somit einer Hospitalisierung. Vorrangiges Ziel ist die Förderung der Selbstständigkeit und der Erhalt der Lebensqualität. Das private Umfeld der Patienten / Patientinnen wird in die Pflege und Betreuung miteinbezogen.

Spitex steht allen Einwohnern und Einwohnerinnen zur Verfügung, die in ihrer Persönlichkeit durch Krankheit, Unfall, etc. eingeschränkt sind. Bevor Spitex-

dienste vollbracht werden, wird durch eine Fachkraft die genaue Notwendigkeit dafür evaluiert [39].

Der Verein Spitex ist in der Schweiz äußerst gut strukturiert. Derzeit existieren etwa 650 gemeinnützige Spitexorganisationen.

Im gemeinnützigen Spitexverein sind etwa 27.000 Personen tätig, wobei 11.000 davon Ganztagesstellen sind. Etwa 90 % der Mitarbeiter / -innen sind im Bereich Pflege und Hilfe engagiert.

200.000 Patienten und Patientinnen werden jährlich von Spitex betreut. Davon sind etwa 46 % über 80 Jahre alt.

Im ambulanten Bereich sollte die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen, Spitexdiensten und Freiwilligenorganisationen, die gemeinsam die flächendeckende ambulante Betreuung ausüben, besser koordiniert werden [39].

Der wohl bekannteste und größte schweizer Verein zur psychosozialen Betreuung älterer Menschen ist „Pro Senectute“. Der Verein wurde 1917 als Stiftung „Pro Senectute / Für das Alter“ gegründet. Pro Senectute ist in allen 26 Kantonen mit insgesamt 110 Geschäftsstellen verfügbar.

Durch die Mitarbeit von Angestellten, Sozialengagierten, Ehrenamtlichen und Freiwilligen kann der Verein von derzeit 19.000 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen profitieren. Über 10.000 davon sind Freiwillige.

Zu dem umfangreichen Netz an Dienstleistungen gehört das soziale Service, das Service der Heimhilfe, die Förderung von Bildung und Kultur und das Angebot an Sport und Bewegung. Alterspatienten und –patientinnen können sich mit allen sozialen Fragestellungen und Problemen an den Verein wenden und psychosoziale Unterstützung in Anspruch nehmen. Er wirkt weiters unterstützend in der Haushilfe und bietet einen Mahlzeitendienst an. Sowohl musische und handwerkliche Fähigkeiten, als auch auf die Bedürfnisse alter Menschen abgestimmte Sport- und Freizeitaktivitäten werden gefördert.

Pro Senectute steht für eine „Gesellschaft des langen Lebens“ und setzt sich engagiert für eine bessere Integration alter Menschen in den Lebensalltag ein. Der Verein möchte jedenfalls dazu beitragen, dass sich die über Jahre eingprägten Bilder und Vorstellungen vom Alter ändern [43].

## Diskussion

Durch die demografische Entwicklung der letzten Jahrzehnte mit der stetig steigenden Lebenserwartung wird auch der Trend darauf reagieren zu müssen spürbar. In Österreich werden gegenwärtig unzählige Modellkonzepte für eine optimale, interdisziplinäre Versorgung und Betreuung älterer Menschen entwickelt. Der möglicherweise umfangreichste und aussagekräftigste Versorgungsplan für die Steiermark ist „der Regionale Strukturplan Gesundheit Steiermark“. Der Autorin des selben ist negativ aufgefallen, dass die Süd- und Weststeiermark, sowie die östliche Obersteiermark sowohl im Bereich der Lebenserwartung als auch im Versorgungsangebot der übrigen Steiermark deutlich unterlegen ist. Vergleicht man den subjektiven Gesundheitszustand der Bewohnerinnen und Bewohner dieser drei Regionen, so wird der Zustand „schlecht“ oder „sehr schlecht“ weitaus häufiger angegeben als in der restlichen Steiermark. Zu bemerken ist, dass das Einkommen in der Süd-, West- und östlichen Obersteiermark unter dem Steiermark-Durchschnitt liegt. Der Mangel an Arbeitsplätzen und in Folge dessen die wirtschaftliche Unsicherheit wird als Grund für die Rolle als Schlusslicht diskutiert.

Eine deutlich bessere Ausgangslage beobachtet man in den Bezirken Graz, Graz-Umgebung, Knittelfeld und Judenburg. Sei es die gut strukturierte psychosoziale Betreuung in diesen Bezirken, oder das Überangebot an medizinischer Versorgung was dazu beiträgt, dass die Lebenserwartung höher ist und der subjektive Gesundheitszustand als allgemein zufriedener angegeben wird.

Aus den Gesundheitsbefragungen der Jahre 1992/93 und 1997 in der Schweiz geht hervor, dass die Zukunft der medizinischen Behandlung älterer Menschen nicht isoliert in der high-tech Medizin liegt, sondern definitiv vom biopsychosozialen Modell beherrscht werden sollte. Die Befragungen zeigen klar, dass die Zielvorstellungen der Bevölkerung eine modernere Orientierung der Ärzteschaft erfordern. Auch die wenigen relevanten Studien zum biopsychosozialen Modell beweisen die Wichtigkeit einer Umstrukturierung. Wird der ganzheitliche Ansatz beim stationären Patienten / bei der stationären Patientin angewendet sind die Kosten anfangs höher, jedoch kann in Summe eine deutliche Senkung der Gesundheitskosten bestätigt werden, da diese Patienten / Patientinnen weitaus seltener rehospitalisiert werden müssen. Weiters erweisen sich die Strategien zur Krankheitsbewältigung dieser Patienten / Patientinnen als vorteilhafter.

Der Trend der psychosozialen Orientierung in der Medizin ist auch in der Steiermark im Kommen. Die Reaktion auf ganzheitliche Medizin tritt etwas verspätet ein, jedoch wird öffentlich darüber diskutiert und es werden laufend Strukturpläne entwickelt. Laut Publikation des Österreichischen Bundesinstituts für das Gesundheitswesen wird die empfohlene psychiatrische und psychosoziale Versorgung nicht einmal bis zur Hälfte erreicht. Der gegenwärtige Ausbaugrad der psychosozialen Versorgung schwankt steiermarkweit. Allgemein beträgt die Versorgungsdichte bei psychosozialen Betreuungszentren in etwa 38 Prozent. Negativ behaftet ist die psychosoziale Versorgungsdichte in den Bezirken Fürstenfeld und Bad Radkersburg mit 7 Prozent und Deutschlandsberg mit 8 Prozent. Hier ist eine Umstrukturierung zwingend notwendig. Eine wesentlich bessere Ausgangslage haben die Bezirke Graz mit 56 Prozent psychosozialer Versorgungseinrichtungen, Knittelfeld mit 49 Prozent, sowie Judenburg mit etwa 42 Prozent.

Hinsichtlich der Möglichkeit einer Inanspruchnahme psychosozialer Einrichtungen in der Steiermark ist die Situation ernüchternd. In den Bezirken Bad Radkersburg, Fürstenfeld, Murau und Hartberg liegt die Verfügbarkeit nur bei acht bis elf Stunden wöchentlich, bei einer durchschnittlichen Öffnungszeit von 28 Stunden/Woche. Wieder weichen jene Bezirke stark von der Norm ab.

Der Autorin positiv aufgefallen sind die rapiden Entwicklungen im Bereich der Palliativmedizin. Bisher fehlt zwar Österreich weit ein einheitliches Konzept für die Hospiz- und Palliativversorgung, jedoch wird in der Steiermark, mit der eigens dafür gegründeten Arbeitsgruppe „Koordination Palliativbetreuung Steiermark“, eine flächendeckende Versorgung geplant.

In der Bundesrepublik Deutschland wird die Sorgearbeit für Alterspatientinnen und Alterspatienten hauptsächlich durch Angehörige vollzogen. Mehr als zwei Drittel der pflegebedürftigen Deutschen werden zuhause betreut. Doch auch in der Bundesrepublik geht der Trend in Richtung Pflegeheime und professionelle Altenbetreuung. Die strikte Trennung des Pflege- und Gesundheitsdienstes und die daraus resultierenden Koordinationsschwierigkeiten machen eine optimale, auf den Patienten/die Patientin angepasste Behandlung teilweise unmöglich. Um diese Koordinationsprobleme lösen zu können, werden Care- und Case-Management Strukturen implementiert. Daraus erhofft man sich zukünftig eine lückenlose Behandlung multimorbider Patienten und Patientinnen. Auch in Deutschland sind die relevantesten Entwicklungen in Bereich Palliativ Care zu finden. Speziell die Imp-

lementierung eines spezifisch und loko- regionär geschulten „Case- Managers“ könnte in unseren Regionen das sozialmedizinische Netz zur Versorgung nicht nur sinnvoll ergänzen sondern in Folge auch entlasten. Die Verkürzung der Schnittstellen zwischen intra- und extramuralen Einrichtungen, die mit der Betreuung geriatrischer Patienten befasst sind, ist dabei wesentlicher Fokus dieser Entwicklungsarbeit. Zu erwarten wäre nicht nur eine verbesserte medizinische und psychosoziale Betreuung der alten Mitmenschen, sondern auch eine unseres aktuellen Gesundheitssystems. Die zusätzliche gesellschaftliche Aufwertung von ehrenamtlicher Tätigkeit, insbesondere in der Zielgruppe der „aktiven Alten“, sprich „50+ Generation“, ist ein weiterer Ansatz zur Verbesserung des durch die aktuelle demografische Entwicklung entstehenden „Vakuums“ in der Betreuung unserer alten Mitbürger.

In der Schweiz ist die Zusammenarbeit von ambulanten und stationären Palliativdiensten bislang wenig strukturiert. Als positiv zu erwähnen ist, dass bereits in jedem Schweizer Spital Palliativ Care praktiziert wird. Für die ambulante Palliativbetreuung sind niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, welche über entsprechende Fachkompetenzen verfügen, verantwortlich. Erwähnenswert ist der Verein Spitex, da es in keinem weiteren Land vergleichbares gibt. Der spitalexterne Verein kümmert sich sowohl um die Gesundheits- und Krankenpflege, als auch um die psychosoziale Betreuung älterer Menschen durch ein qualifiziertes Team. Vorrangiges Ziel ist der Erhalt der Selbstständigkeit und die Vermeidung eines stationären Aufenthaltes. 200.000 Menschen werden jährlich vom Verein betreut, davon sind in etwa 46 Prozent über 80 Jahre alt. Derzeit existieren etwa 650 Spitexorganisationen in der Schweiz. Betrachtet man die Arbeitsweise und die Zielsetzungen einiger Unterorganisationen von Spitex, so ergäben sich aus den positiven Resultaten dieser Arbeit durchwegs Ansätze in der Entwicklungsarbeit in unserem Bundesland.

Allen Programmen gemeinsam ist der Wunsch, den Menschen, und damit individuelle Bedürfnisse in den Mittelpunkt sozialen, pflegerischen und medizinischen Handelns zu stellen. Dies erfordert für alle mit der Betreuung geriatrischer Patienten befassten Fachgruppen qualitativ hochwertige, den aktuellen Bedürfnissen und wissenschaftlichen Standards angepasste Ausbildung und Schulung. Werden zusätzlich von politisch verantwortlichen Personen die passenden Rahmenbedin-

gungen geschaffen, ist die Umsetzung einer holistischen Betreuung unserer alten Mitbürger ein in greifbare Nähe gerücktes Ziel.

## 4 Literaturverzeichnis

1. Expertengespräch Geriatrie [online]. 2008 Mai 07 [zitiert 2008 Juli 27]; URL: [http://www.stmas.bayern.de/krankenhaus/geriatrie/expg10\\_sieber.pdf](http://www.stmas.bayern.de/krankenhaus/geriatrie/expg10_sieber.pdf)
2. Statistik Austria [online]. 2007 Aug 08 [zitiert 2008 April 20]; URL: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung\\_in\\_gesundheit/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/index.html)
3. Statistik Austria [online]. 2007 Mai 23 [zitiert 2008 April 20]; URL: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevölkerung/bevölkerungsstand\\_jahres\\_und\\_quartalswerte/bevölkerungsstruktur/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevölkerung/bevölkerungsstand_jahres_und_quartalswerte/bevölkerungsstruktur/index.html)
4. Wedding U, Pientka L, Höffken K, Strauß B. Grundwissen Medizin des Alters und des alten Menschen. Band 7. Leipzig: Huber Verlag; 2007. p. 15,34,39.
5. Statistik Austria [online]. 2007 Oktober 16 [zitiert 2008 April 21]; URL: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevölkerung/geburten/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevölkerung/geburten/index.html)
6. Statistik Austria [online]. 2007 Juni 29 [zitiert 2008 April 21]; URL: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevölkerung/demografische\\_masszahlen/demografische\\_indikatoren/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevölkerung/demografische_masszahlen/demografische_indikatoren/index.html)
7. Gesundheitsbericht für die Steiermark. Das Land Steiermark; 2005.
8. Wettstein A, Conzelmann M, Heiß HW. Checkliste Geriatrie. Stuttgart – New York: Georg Thieme Verlag; 2001.
9. Bergener M. Depressive Syndrome im Alter. Stuttgart – New York: Georg Thieme Verlag; 1989.

10. Wettstein A, Conzelmann M, Heiß HW. Checkliste Geriatrie. Stuttgart – New York: Georg Thieme Verlag; 2001. p. 23-24.
11. Kruse A. Gesundheit im Alter [online]. 2001 [zitiert 2008 Mai 16]; URL: [http://www.zfg.uzh.ch/static/2001/kruse\\_gesundheit.pdf](http://www.zfg.uzh.ch/static/2001/kruse_gesundheit.pdf)
12. Egger JW. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit [online]. [zitiert 2008 Juni 03]; URL: [http://vmc.meduni-graz.at/VMC Repository Data/b5c8728d-3ea9-48da-82f2-04c9277fada8/index.html](http://vmc.meduni-graz.at/VMC_Repository_Data/b5c8728d-3ea9-48da-82f2-04c9277fada8/index.html)
13. Carigiet E, Grob D. Der alte Mensch im Spital. Altersmedizin im Brennpunkt. Zürich: Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich; 2003.
14. Gatterer G. Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch. Wien – New York: Springer Verlag; 2007.
15. Österreichisches Bundesinstitut für das Gesundheitswesen (ÖEBIG). Qualität der ärztlichen Versorgung in Österreich. Wien: ÖBIG; 2000.
16. Badelt C, Horak C, Furtmüller S. Endbericht Marktanalyse der mobilen Dienste in der Steiermark. Graz: Land Steiermark; 2002.
17. Jahresbericht 2003 Hauskrankenpflege Steiermark. Mobile soziale Dienste. Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung – Fachabteilung 8B; 2004.
18. Gesundheit und Krankheit in Österreich. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien: BMGF; 2004.
19. Rehabilitationsplan. Österreichisches Bundesinstitut für das Gesundheitswesen (ÖEBIG). Wien: ÖEBIG; 2004.

20. Saltvedt I, Opdahl M, Fayers P, Kaasa ST, Sletvold O. Journal of the American Geriatrics Society. Geriatrics 2002;50(5):792-798.
21. Positionierung älterer Menschen im Gesundheitswesen. Geriatrie Broschüre. Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie; 2008.
22. Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Österreichisches Bundesinstitut für das Gesundheitswesen. Wien: ÖBIG/BMGF; 2004.
23. Baumgartner J. Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Entwicklungen und aktueller Stand [online]. [zitiert 2008 Juni 25]; URL: [http://www.palliativ-medizin.at/PP\\_Vortraege/baumgartner.pdf](http://www.palliativ-medizin.at/PP_Vortraege/baumgartner.pdf)
24. Hospiz- und Palliativeinrichtungen in der Steiermark [online]. [zitiert 2008 Juni25]; URL: <http://www.palliativbetreuung.at/cms/beitrag/10088756/2885629>
25. Senioren – Pflege. Bedarfs- und Entwicklungsplan [online]. [zitiert 2008 Juni 27]; URL: [http://www.soziales.steiermark.at/cms/dokumente/10080585\\_5352/0c187d6a/024%20Kapitel%206.pdf](http://www.soziales.steiermark.at/cms/dokumente/10080585_5352/0c187d6a/024%20Kapitel%206.pdf)
26. Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark. Gemeinsam eine gesunde Zukunft bauen. Steiermark: Joanneum Research – Das Land Steiermark; 2008.
27. Perrig-Chiello P, Perrig WJ, Stähelin HB, Krebs-Roubicek R, Ehram R. Autonomie, Wohlbefinden und Gesundheit im Alter. Das Basler IDA Projekt. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 1996;29:95-109.
28. Kruse A. Alltagspraktische und sozioemotionale Intelligenz. Produktives Leben im Alter. Frankfurt: Campus; 1996.
29. Erlenmeier N. Suizidalität im Alter. Göttingen: Hogrefe; 1998.

30. Helmchen H, Baltes MM, Geiselman B, Kanowski S, Linden M, Reischies FM et al. Psychische Erkrankungen im Alter. Berlin: Akademie Verlag; 1996.
31. Horisberger B. Sehnsucht nach dem omnipotenten Arzt. Basel: Zukunft Medizin Schweiz; 2002.
32. Kominski G, Andersen R, Bastani R, Gould R, Hackman C, Huang D et al. The impact of a psychogeriatric intervention in medical centers. Medical care 2001;39:500-512.
33. Schmeling-Kludas C. Ein biopsychosoziales Behandlungskonzept verbessert die Krankheitsbewältigung geriatrischer Patienten. Z Gerontol Geriat 1997;30:242-247.
34. Definitionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin [online]. [zitiert 2008 Juli 01]; URL: [http://www.dgpalliativmedizin.de/sn/SN%2031031%20DGP\\_Definitionen.pdf](http://www.dgpalliativmedizin.de/sn/SN%2031031%20DGP_Definitionen.pdf)
35. Hospizliche Begleitung und Palliativ Care Versorgung in Deutschland [online]. 2007 [zitiert 2008 Juli 01]; URL: [http://www.hospize.de/docs/hib/Sonder\\_HIB\\_01\\_08.pdf](http://www.hospize.de/docs/hib/Sonder_HIB_01_08.pdf)
36. Schindler T. Neueste Entwicklung. Palliativ Care in Deutschland [online]. 2006 [zitiert 2008 Juli 01]; URL: [http://www.palliativmedizin.at/PP\\_Vortraege/schindler.pdf](http://www.palliativmedizin.at/PP_Vortraege/schindler.pdf)
37. Palliativ Care in der stationären akutsomatischen Versorgung im Kanton Zürich [online]. [zitiert 2008 Juli 01]; URL: <http://www.gd.zh.ch/internet/gd/de/news2/2006/09030601.ContentList.0003.Document.pdf>

38. Grundsätze und Richtlinien für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung in der Schweiz. Standards [online]. 2001 [zitiert 2008 Juli 01]; URL: [http://www.palliative.ch/uni-pdf/standards\\_de.pdf](http://www.palliative.ch/uni-pdf/standards_de.pdf)
39. Spitex Verband Schweiz. Hilfe und Pflege zu Hause [online]. [zitiert 2008 Juli 01]; URL: <http://www.spitex.ch/index.cfm>
40. Deutsches Ärzteblatt. Geriatrie – für ein selbstbestimmtes Leben im Alter [online]. 2005 [zitiert 2008 Juli 27]; URL: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=47300>
41. Schweizer Ärzteblatt [online]. 2007 [zitiert 2008 Juli 28]; URL: [http://www.saez.ch/pdf\\_d/2007.PDF](http://www.saez.ch/pdf_d/2007.PDF)
42. Arbeitsgemeinschaft Evangelische Krankenhaushilfe Deutschland [online]. 2007 [zitiert 2008 Juli 28]; URL: <http://www.ekh-deutschland.de/portrait.html>
43. Pro Senectute Schweiz [online]. 2008 [zitiert 2008 Juli 27]; URL: <http://www.pro-senectute.ch/d/index>.
44. Diakonie Deutschland [online]. 2008 [zitiert 2008 Juli 28]; URL: [http://www.diakonie.de/2108\\_DEU\\_HTML](http://www.diakonie.de/2108_DEU_HTML).

## Curriculum vitae

### ***Iris Julia Winkler***

|                 |  |
|-----------------|--|
| Birthday:       | 22/10/1982                                 |
| Place of birth: | Klagenfurt/Carinthia                       |
| Address:        | Feldgasse 8<br>9100 Völkermarkt<br>Austria |
| Telephone:      | 00436766145440                             |
| E-mail:         | iris.winkler@gmx.at                        |
| Marital status: | Single                                     |

### **School education:**

|             |  |
|-------------|--|
| 1989 - 1993 | Elementary school for 4 years (VS Völkermarkt)         |
| 1993 – 1997 | Sekundary school for 4 years (Gymnasium Völkermarkt)   |
| 1997 – 2002 | Grammar school for 5 years (trade college Völkermarkt) |
| June 2002   | school leaving examination                             |

### **Study:**

|                              |              |
|------------------------------|--------------|
| Study identification number: | O 202        |
| Beginning:                   | October 2002 |

### **Exams:**

|             |   |
|-------------|---|
| 2002 - 2003 | Physics, chemistry, biology, physiology, anatomy, histology |
| 2003 - 2004 | Pathology, pharmacology, functional pathology, biochemistry |
| 2004 - 2005 | Surgery, hygiene, social medicine, internal medicine        |
| 2005 - 2006 | Ophthalmology, neurology, accident surgery,                 |

|             |   |
|-------------|---|
|             | orthopaedic, gynaecology, pediatrics, psychiatry and psychology |
| 2006 - 2007 | Nephrology, anaesthesia, cardiology, ENT                        |
| 2007 - 2008 | Clinical practice LKH Universitätsklinik Graz                   |

**Advanced education:**

|                      |                               |
|----------------------|-------------------------------|
| January 2004         | Anatomy I                     |
| June 2005            | Emergency medicine            |
| Winter semester 2005 | Basic medical communication 1 |
| January 2006         | Parasitology                  |
| Summer semester 2006 | Basic medical communication 2 |
| January 2007         | Anatomy II                    |
| March 2007           | Nutrition science             |
| April 2007           | Basic medical communication 3 |

**Clinical traineeship:**

|                         |  |
|-------------------------|--|
| 05/09/2005 - 30/09/2005 | Clinic for internal medicine, Oncology LKH-Klagenfurt                              |
| 03/07/2006 - 14/07/2006 | Clinic for dermatology, LKH- Klagenfurt  |
| 17/07/2006 - 28/07/2006 | Clinic for geriatrics, LKH–Klagenfurt  |
| 11/09/2006 – 22/09/2006 | Clinic for orthopedic surgery, Elisabethinen Klagenfurt                            |
| 02/07/2007 – 20/07/2007 | Clinic for orthopedic surgery, Elisabethinen Klagenfurt                            |
| 28/01/2008 – 22/02/2008 | Internal and tropical medicine, Bangkok International Hospital Koh Samui, Thailand |

**Languages:**

|         |                    |
|---------|--------------------|
| German  | Mother tongue      |
| English | Spoken and written |
| Italian | Spoken and written |