

Geriatric

Reformbedarf: Es braucht eine höhere Dosis Geriatrie!

Andreas E. Stuck^a, Adrian O. Goeldlin^b, Thomas Münzer^c

^a Geriatrie, Universität Bern; ^b Berner Institut für Hausarztmedizin; ^c Geriatrie Klinik St. Gallen

Wer heute mit dem Medizinstudium startet, wird bei der Pensionierung in einer Schweiz arbeiten, in der es viel mehr ältere Menschen geben wird als heute. 2060 werden etwa 1,1 Mio. über 80-jährige Menschen in der Schweiz leben, zum Vergleich sind es heute etwa 400 000.

Ein europäisches Curriculum in Geriatrie

Ob Hausarzt, Ophthalmologe, Orthopäde oder Neurologe: Sie werden alle gute Kenntnisse in der Geriatrie benötigen. Dennoch belegen verschiedene Studien, dass viele Studierende der Medizin heute ungenügend in Geriatrie ausgebildet sind. Die Interessengemeinschaft der europäischen Geriatrien hat dies erkannt und 2014 ein in einem Delphi-Prozess abgestimmtes Curriculum für die Lehre in Geriatrie veröffentlicht [1]. Es liegt bereits eine deutsche Übersetzung vor [2], eine französische ist in Bearbeitung. Das neue Curriculum fordert eine fundierte Ausbildung und ein intensives Training in Geriatrie als Minimalziel für alle zukünftigen Studierenden der Medizin an europäischen Universitäten. Es deckt dabei 10 Domänen ab, die gekürzt in Tabelle 1 aufgelistet sind. An der Medizinischen Fakultät der Universität Bern arbeiten wir an dieser Weiterentwicklung des Curriculums und zeigen hier exemplarisch anhand einiger Lernziele aus dem neuen Lernzielkatalog, wie wir an der Universität Bern versuchen, diese Ziele zu erreichen.



Andreas E. Stuck



Die Muskelmasse des Seniorensportlers

Lernziel 2: «Absolventen sollten physiologische und pathophysiologische, strukturelle und funktionelle Veränderungen des Alterns kennen und deren Zusammenhänge mit Krankheiten verstehen.» Dieses Lernziel bauen wir in Bern bereits im ersten Studienjahr in das Problem-Based-Learning (PBL) ein. Die Fallbeschreibung fängt wie folgt an: «Vreni (72 Jahre) und Franz (74 Jahre) Berner sind seit vielen Jahren begeisterte Läufer. Seit Franz pensioniert wurde, trainiert er regelmässig auf seiner «Hauslaufstrecke» entlang der Aare. Franz fühlt sich körperlich vollständig gesund und nimmt keine Medikamente ...» Die Aufgabe der Studierenden ist folgendermassen: In kleinen Gruppen lösen die Studierenden den Fall und lernen dabei, wie sich die Muskelmasse im Alter verändert, welche subzellulären und zellulären Prozesse daran beteiligt sind, wie sich Veränderungen im hormonellen Milieu auf die Muskeln auswirken, was man heute unter einer Sarkopenie versteht usw. Kurz: Die Studierenden sehen Altern nicht als einen unspezifischen Abbauprozess, sondern verstehen Mechanismen und Grenzen zwischen gesund und krank.

Tabelle 1: Inhalte der studentischen Ausbildung (vereinfacht, nach [2]).

1. Respekt
2. Patienten respektieren unabhängig vom Alter
3. Häufige Gesundheitsveränderungen und Krankheitsbilder im Alter
4. Multidimensionales geriatrisches Assessment
5. Pharmakotherapie im Alter
6. Funktion und Rehabilitation im Alter
7. Interprofessionelle Vorgehensweise
8. Ethische und rechtliche Aspekte
9. Kenntnisse verschiedener Betreuungsformen
10. Kenntnisse regionaler Gesundheits- und Sozialversorgung

Ein geriatrisches Assessment in 20 Minuten

Lernziel 4.2: «Absolventen sollten die Fähigkeit besitzen, bei älteren Patienten ein geriatrisches Assessment durchzuführen.» In Bern werden alle Studierenden im dritten Studienjahr in die Anamnese und den Status eingeführt. Neben Kursen wie Herzauskultation, Neurostatus und Gelenkstatus gibt es auch einen Geriatriekurs, welcher in vier Nachmittagen zum Assessment von Selbständigkeit, Kognition, Sinnesorganen, Emotion, Mobilität, Ernährung und Medikamenteneinnahme beim älteren Patienten durchgeführt wird. Dabei werden standardisierte Instrumente eingesetzt. Deren Anwendung wird in Kleingruppen mit echten Patienten unter Aufsicht erfahrener Tutores, meist qualifizierte Hausärzte, geübt. Wir konnten nachweisen, dass dieses Lehrangebot auch die Haltung der Studierenden älteren Menschen gegenüber positiv beeinflusst [3]. In einer OSCE-Prüfung («Objective Standardized Clinical Examination») gibt es einen Geriatrieposten, bei dem die Studierenden an einem Schauspielpatienten ein Teilassessment durchführen müssen. Im vierten Studienjahr bieten wir eine Repetition mit einem ganzen Assessment in 20 Minuten an (Simulation mit Schauspielpatienten), und später stellen wir Übungsmöglichkeiten in den Hausarztpraktika oder in Spitalpraktika bereit. Für den Einsatz auf der Notfallstation steht zudem ein Kurzassessment zur Verfügung, das in weniger als 5 Minuten durchführbar ist [4].

Wie optimiere ich eine Polypharmazie?

Lernziel 5.4: «Erkennung und Behandlung von medikamentöser Unter- und Überversorgung (einschliesslich unangemessenem Medikamentengebrauch) und Polypharmazie bei älteren Menschen.» Die neue Forschung zeigt, dass streng zu unterscheiden ist zwischen «appropriate polypharmacy» und «problematic polypharmacy» [5]. Dazu können Hilfsmittel wie Checklisten (z.B. START, STOPP) dienen [5]. Zeigt sich, dass nach sorgfältiger Prüfung aller Medikamente und Diagnosen 10 Medikamente sinnvoll sind, kann es sich ausnahmsweise um eine «appropriate polypharmacy» handeln. An der Universität Bern haben wir dazu ein Online-Teaching mit virtuellen Fällen, Podcast-Vorlesung und anschliessenden Übungen in Praktika entwickelt. Abbildung 1 zeigt, welche Vorgehensweise wir hier den Studierenden aufzeigen.

Wie empfehle ich die Einnahme von 10 Medikamenten?

Lernziel 5.5: «Miteinbeziehen von Patientenwünschen und Wertvorstellungen in Entscheidungen hinsichtlich einer medikamentösen Therapie.» Hat die Klärung ergeben, dass ein Patient bei Spitalaustritt wirklich 10 verschiedene Medikamente benötigt, stellt sich die Frage: «Wie erkläre ich das meinem Patienten und ist er damit einverstanden?» Genau dies üben wir in Bern in einem neuen Schauspiel-basierten Training im vierten Studienjahr vor Beginn der klinischen Praktika. Der Student erhält die Aufgabe, einem Patienten eine Liste mit 10 Medikamenten in 10 Minuten zu erklären. Der Schauspielpatient ist kritisch: «Brauche ich diese Medikamente wirklich?», «Und wie ist es mit den Medikamenten, die mir meine Hausärztin verordnet hat?», «Seit 3 Tagen habe ich plötzlich Bauchschmerzen, kann das von den Medikamenten kommen?». In diesem Training werden die Studierenden darauf vorbereitet, wie wichtig und anspruchsvoll die Nahtstelle Spital – ambulante Medizin ist. In einer zweiten Übung lernen sie, auch nicht-medikamentöse Empfehlungen bei Spitalaustritt systematisch zu kommunizieren. Sie erhalten dazu Feedbacks von den dafür geschulten älteren Laien-Schauspielpatienten und von Hausärzten und Geriatern.

Die unkooperative Patientin mit Demenz

Lernziel 7.1: «Die Entscheidungsfindung bei Patienten mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten, inklusive dem mutmasslichen Patientenwillen und den Patientenverfügungen.» Wir kennen die Situation, in der ein Patient eine Therapie ablehnt, die wir als

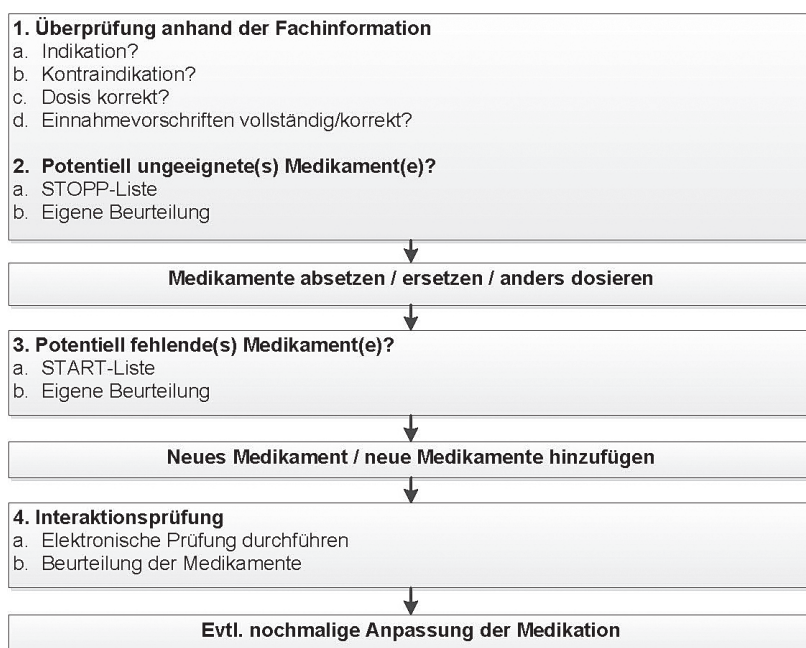


Abbildung 1: Überprüfung einer Polypharmazie im Alter.

sinnvoll erachten. Der Ablauf ist uns klar, wenn der Patient dies im Rahmen eines *Informed Consent* gemacht hat. Was aber, wenn wir nicht sicher sind, ob uns der Patient verstanden hat und ob der Patient überhaupt urteilsfähig ist. Im fünften Studienjahr, nachdem die Studierenden in den Praktika schon selber entsprechende Erfahrungen gemacht haben, besprechen wir die Vorgehensweise in solchen Situationen, z.B. die Situation einer hochbetagten Frau mit Demenz, die eine ihr vorgeschlagene dringend notwendige Operation ablehnt. Die Studierenden führen zu dieser Situation Fallbesprechungen in kleinen Gruppen durch und suchen selber Lösungsansätze. Dabei erkennen sie rechtliche, medizinische und ethische Herausforderungen in einem solchen Fall.

Fazit

Diese Beispiele zeigen, wie anspruchsvoll die medizinische Betreuung älterer Menschen ist. Genau wie es in der Pädiatrie besondere Vorgehensweisen braucht, ist dies im höheren Alter auch notwendig. Wir brauchen zukünftig junge Ärzte von unterschiedlichen Disziplinen, die ohne Vorurteil auch einer 85-jährigen Frau eine künstliche Herzklappe empfehlen, wenn dies sinnvoll ist, die aber gleichzeitig erkennen, wann

dies nicht mehr gerechtfertigt ist, und dann kompetent einen palliativen Weg einleiten bzw. unterstützen. Hierzu das Originalzitat eines Studenten zu einer Fallarbeit: «Ich finde diese Aufgabe gut. Ich habe dadurch Werkzeuge mitbekommen, welche in vielen Situationen sicherlich hilfreich sein werden.»

Interessenkonflikte

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

- 1 Masud T, Blundell A, Gordon AL, Mulpeter K, Roller R, Singler K, et al. European undergraduate curriculum in geriatric medicine developed using an international modified Delphi technique. *Age Ageing*. 2014;0. doi: 10.1093/ageing/afu019 (open access article).
- 2 Singler K, Stuck AE, Masud T, Goeldlin A, Roller RE. Lernzielkatalog für die studentische Lehre im Fachbereich «Geriatric» an Fakultäten für Humanmedizin. *Z Gerontol Geriat*. 2014. doi: 10.1007/s00391-014-0809-4.
- 3 Goeldlin AO, Siegenthaler A, Moser A, Stoeckli YD, Stuck AE, Schoenenberger AW. Effects of geriatric clinical skills training on the attitudes of medical students. *BMC Medical Education*. 2014;14:233.
- 4 Schoenenberger AW, Bieri C, Ozgüler O, Moser A, Haberkern M, Zimmermann H, et al. A novel multidimensional geriatric screening tool in the ED: evaluation of feasibility and clinical relevance. *Am J Emerg Med*. 2014;32:623-8. doi: 10.1016/j.ajem.2014.03.024.
- 5 Duerden M, Avery T, Payne R. Polypharmacy and medicines optimisation. Making it safe and sound. The King's Fund, London 2013 (www.kingsfund.org.uk/publications).

Korrespondenz:
Prof. Andreas E. Stuck
Geriatric Universität Bern
Inselspital, Postfach 20
CH-3010 Bern
[Andreas.Stuck\[at\]insel.ch](mailto:Andreas.Stuck[at]insel.ch)