

Versorgungskette für ältere Menschen knüpfen

„Alte Bäume verpflanzt man nicht.“ So lautete eine der zentralen Botschaften des Symposiums „Stand und Zukunft der Geriatrie in Bayern 2003“, das Ende November letzten Jahres in München stattfand. Experten aus Politik, Medizin, Pflege und Krankenkassen diskutierten, wie man in Zeiten, in denen andernorts offen über die Rationierung medizinischer Leistungen für Hochbetagte diskutiert wird, ein selbstbestimmtes „Altern in Würde“ gewährleisten kann.

In der Eröffnungsrede bei der Veranstaltung, die gemeinsam von dem Bayerischen Sozialministerium und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) ausgerichtet wurde, stellte Staatssekretär Jürgen Heike unter anderem Bayerns Geriatriekonzept vor. Dieses habe inzwischen zumindest im stationären Bereich seine Wirkung entfaltet. So gibt es in Bayern 48 geriatrische Rehabilitationseinrichtungen mit 2220 Betten und fünf Tageskliniken. Eine bayerische Geriatriedatenbank befindet sich im Aufbau. Im ambulanten Bereich bestünde hingegen noch Nachholbedarf, den es baldmöglichst aufzuarbeiten gelte, denn „ambulant vor stationär und Rehabilitation vor Pflege sind unsere Handlungsmaximen“, so Heike. Ziel ist es laut Staatssekretär letztlich, „eine nahtlose Versorgungskette für ältere Patienten zu knüpfen – vom Hausarzt über das Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtungen bis hin zur Nachsorge.“ Den Vorschlägen, älteren Menschen eingeschränkte medizinische Leistungen zu bieten, erteilte Heike eine klare Absage: „Wir in Bayern setzen vielmehr auf eine Medizin, die den Bedürfnissen älterer Menschen gerecht wird.“

Nachdem der politische Rahmen abgesteckt war, ging es dann um die konkrete Umsetzung. Über den aktuellen Stand der Forschung berichtete Professor Dr. Cornel Sieber vom Klinikum Nürnberg-Nord. Deutschland leide nicht an einer Überalterung, sondern an einer „Unterjüngung“. Um diese auszugleichen, bräuchten wir eine Immigration von 3,4 Millionen jungen Menschen pro Jahr, was aber andererseits wiederum dazu führen würde, dass dieses Land in 50 Jahren über 300 Millionen Einwohner hätte. Ein Dilemma, das kaum aufzulösen scheint. Eine weitere Herausforderung ist die Veränderung bei den typischen Krankheitsbildern geriatrischer Patienten. Waren es in den Fünfzigerjahren noch überwiegend akute Erkrankungen wie



Infektionen oder Unfälle, so sind inzwischen die chronischen Leiden, wie Diabetes, Hypertonie oder Demenzen, vorherrschend. Sowohl in den Kliniken als auch im niedergelassenen Bereich sei man auf diese Trendwende, die durch die kürzere Verweildauer in den Krankenhäusern aufgrund der Diagnosis Related Groups (DRG) noch verschärft werde, nicht entsprechend eingestellt. Große Chancen sieht Sieber für die Geriatrie in der integrierten Versorgung, die bekanntlich per Gesetz seit 1. Januar 2004 mit einem Teil der Gesamtvergütung gefördert wird. Hier ließen sich viele interessante Projekte vorstellen und realisieren.

Nachdem Vertreter des Gesundheits- und des Sozialministeriums dann noch einmal ausführlich das Bayerische Geriatriekonzept vorgestellt hatten und sich in der Diskussion zeigte, dass viele gute Ansätze in der Praxis aufgrund fehlender finanzieller Mittel scheiterten, hatte Harold Engel von der AOK Bayern natürlich einen schwierigen Stand. „Wir sind nicht dafür da, dass wir das Geld überhaupt nicht ausgeben, sondern dafür, dass wir es sinnvoll ausgeben“, so sein beinahe

entschuldigendes Statement vorab. Ein positives Beispiel für diese These hatte er auch gleich parat, nämlich den Strukturvertrag zum „Geriatrischen Praxisverbund“. Da passte es gut, dass der nächste Referent der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), Dr. Axel Munte, war. Schließlich hatte er das Konzept des Praxisverbunds federführend mit entwickelt (in der November-Ausgabe 2003 des *Bayerischen Ärzteblattes* wurde dieses ausführlich vorgestellt). Dem vorausgegangen war eine bayernweite Umfrage in Alten- und Pflegeheimen im Jahr 2002, die unter anderem Defizite in der Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegepersonal, den Besuchen von Ärzten vor Ort und der Arzneimittelversorgung aufgezeigt hatte. Mit der Realisierung eines Pilotprojekts in dem „Haus an der Tauernstraße“, das von der Münchenstift GmbH betrieben wird, sei ein wichtiger erster Schritt zur flächendeckenden Umsetzung gelungen. „Ein ganz zentraler Punkt ist dabei die Versorgungsforschung. Unser Ziel muss es sein, die elektronische Pflegeakte mit der Patientenakte zu vernetzen und zu evaluieren. Nur so lassen sich die erreichten Verbesserungen auch wirklich nachweisen“, so Munte.



Fachkundiges Publikum beim Symposium in München.



Dr. Axel Munte stellte das Konzept des Geriatri-schen Praxisverbands vor.



Staatssekretär Jürgen Heike: „Die Versorgung älterer Menschen ist eine Herausforderung, der wir uns mit Phantasie und Entschlossenheit stellen müssen.“

In Würde altern

Am Nachmittag des Symposiums ging es dann eher um die Umsetzung sinnvoller geriatrischer Konzepte in Bayern.

Dr. Axel Schramm, Vorsitzender der Ärztlichen Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Geriatrie in Bayern (AFGiB) zeigte Ergebnisse der „Stationären Rehabilitation in Bayern“ (GiBDAT 2003), die großen Unterschiede der Patientenaufenthalte je nach Hauptindikationsgruppen, das Ausmaß ihrer Fähigkeitsstörungen und Begleiterkrankungen. „Geriatrie Rehabilitation ist ein komplexer und multidimensionaler Prozess, wobei die Beurteilung ihrer Leistungsfähigkeit nach Erfolgsparametern nicht ausreicht“, sagte Schramm. Diese Differenzen führten zu sehr unterschiedlich langen Verweildauern und Fallkosten. Einheitliche Reha-Fallpauschalen bezeichnete Schramm als insgesamt „nicht sachgerecht“. Die Ergebnisse der GiBDAT 2003 entsprächen im Wesentlichen denen nationaler und internationaler Vergleichsstudien

und verdeutlichten die hohe Qualität der geriatrisch-rehabilitativen Versorgung in Bayern.

Die Geriatrie aus der Sicht des MDK erläuterte Dr. Michael Penz, Leiter Geriatrie beim MDK. Bei der Bewältigung der „umfassenden Herausforderungen“ bedürfe es einer Weiterentwicklung der bestehenden Geriatrieversorgung unter Berücksichtigung von Demographie, Wirtschaftlichkeit, Ressourcen und Qualität. Zielgruppe seien die „alten Alten“, Patienten über 79 Jahren, deren Anteil an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2050 im Vergleich mit heute um 170 % ansteigen werde. Problematisch seien die umfassenden (sozial-)gesetzgeberischen Regelungen für die Geriatrie. Diese seien im Sozialgesetzbuch (SGB) V und XI festgeschrieben und böten viele „Schnittstellen und Konfliktpotenzial“. Penz kam zu dem Fazit, dass ambulante und akutsstationäre geriatrische Versorgungsstrukturen in der Weiterentwicklung des Bayerischen Geriatriekonzepts von 1990 unbedingt notwendig seien. „Ambulante geriatrische

hausärztliche Versorgung sollte mit den gesetzlichen Möglichkeiten der integrierten Versorgung unter wissenschaftlicher Datenbegleitung realisiert werden“, sagte Penz wörtlich.

Dr. N. Rupprecht Siegel thematisierte die „Geriatriesituation“ aus der Sicht einer GRB-Klinik. Das Geriatriekonzept von 1990 sieht 2400 Behandlungsplätze in 49 Einrichtungen in Bayern vor. Siegel beklagte, dass davon lediglich 110 dieser Plätze im Akutkrankenhaus angesiedelt seien. Am Beispiel der geriatrischen Fachklinik Neuburg an der Donau schilderte er den großen Aufwand, der erforderlich sei, um Geriatrie erfolgreich betreiben zu können. Doch die Behandlungsergebnisse sprächen für sich. „In Neuburg werden bei einem Altersdurchschnitt von 80,3 Jahren 87 % der Patientinnen und Patienten nach Hause entlassen“, so Siegel. Bei 82 % werde die Pflegestufe vermindert. Wichtig sei es, so Siegel, „deletäre Vergütungsentwicklungen“, also weiter sinkende Kopfpauschalen, zu verhindern ebenso wie strukturell und prozessual minderwertige geriatrische Abteilungen und Kliniken.

Über die „Potenziale der mobilen geriatrischen Rehabilitation“ sprach Carola Schweitzer, Iso-Institut Saarbrücken. Dabei handele es sich um eine Sonderform der ambulanten Reha, eine „zeitlich begrenzte Komplexleistung unter ärztlicher Leitung, die nicht in einer Klinik oder einem ambulanten Zentrum, sondern ausschließlich in der Wohnung des Patienten erbracht wird“. In Deutschland gebe es bislang fünf solcher mobiler geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen, in Bad Kreuznach, Karlsruhe, Marburg, Magdeburg und Woltersdorf. Die Hauptzielgruppe dieser sehr erfolgreich arbeitenden Einrichtungen seien Patienten nach zerebralen Ereignissen und mit neurologischen Erkrankungen. Drei der fünf Reha-Einrichtungen wurden nach einer wissenschaftlich begleiteten Modelllaufzeit in die Regelversorgung übernommen.

„In 25 Jahren wird jeder Dritte von uns über 60 Jahre alt sein“, sagte einer der Teilnehmer bei der Schlussdiskussion. Daher sei Handeln notwendig. Auf die Versorgung der Alten seien wir heute noch nicht ausreichend vorbereitet. Es gäbe Versorgungs-, Kommunikations- und Kooperationsmängel auszuräumen und die geriatrische Versorgung zu verzahnen und insgesamt zu verbessern.

Martin Eulitz (KVB)
Dagmar Nedbal (BLÄK)