

Qualitätssicherung in der Geriatrie – zwischen Theorie und Praxis



Dr. Michael Penz

Die medizinische Versorgung geriatrischer Patienten stellt umfassende Herausforderungen an die bestehenden Systeme und bedarf deren grundlegender Weiterentwicklung unter Berücksichtigung von Demographie, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Ressourcen. Das Geriatrie-Symposium 2005 des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) Bayern, das in Zusammenarbeit mit der Friedrich-Alexander-Universität (FAU) Erlangen-Nürnberg im November 2005 ausgerichtet wurde, beschäftigte sich eingehend mit Fragen zur Qualitätssicherung in der Geriatrie.

Qualität in der Geriatrie

Dr. Gabriele Hartl, Bayerisches Sozialministerium, berichtete ausgehend vom Bayerischen Geriatriekonzept, das seit 1990 existiert, von den belegbaren Ergebnissen der geriatrischen Rehabilitation. Ein Auszug aus den Geriatrie in Bayern-Daten (GiB-DAT) zeigt: 89 Prozent der geriatrischen Patienten kehren in ihre Privatwohnung zurück das heißt, Heimeinweisungen werden also vermieden. Es kommt zu einer Anhebung des Barthel-Index im Durchschnitt um 22,1 Punkte; die Selbsthilfefähigkeit wird folglich verbessert. Die stationäre geriatrische Rehabilitation mit 2660 Betten in Bayern findet mit 1364 Betten in Anbindung an einem Krankenhaus, mit 602 Betten in einer Rehabilitationseinrichtung, mit 574 Betten in Solitäreinrichtungen und 120 Betten in Verbindung mit Pflegeeinrichtungen statt. Ambulante geriatrische Rehabilitation gibt es derzeit an vier stationären Einrichtungen mit 60 Plätzen. Es bestehen zurzeit fünf mobile aufsuchende geriatrische Rehabilitationsangebote. Die geriatrische Versorgung muss alle Versorgungsbereiche einbeziehen mit dem Ziel, eine abgestufte und vernetzte Versorgung mit hoher Qualität in Bayern anzustreben.

Professor Dr. Cornel Sieber, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, stellte die Notwendigkeit von universitärer Geriatrie in der Gliederung Dienstleistung, Lehre, Forschung und Standespolitik dar. Die neue Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 und deren Umsetzung seit 1. Oktober 2003 sieht erstmals die Einführung des Querschnittfaches „Medizin des Alterns und des alten Menschen“ vor. Die bundesweite Abfrage dazu ergab, dass in 17 von 36 universitären Einrichtungen diese Lehre ohne Einbezug von Geriatern erfolgt. Die Stufen der Lehre (Fort- und Weiterbildung) müssen insbesondere konkrete Angebote zur Geriatrie für niedergelassene Kollegen beinhalten. Hierfür ist ein abgestuftes Fort- und Weiterbildungsangebot mit strukturierter Durchführung erforderlich.

Interne Qualitätssicherung

Dr. Axel Schramm, Klinikum Bayreuth und Reha-Zentrum Roter Hügel, zeigte die rechtsverbindliche Verpflichtung zur Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen und interner Qualitätssicherung (§ 135 a Sozialgesetzbuch V – SGB) sowie kontinuierliche Durchführung und Verbesserung von Qualitätsmanagementmaßnahmen (§ 20 SGB IX) auf. In der Qualitätssicherung werden Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität abgebildet. Zertifizierungen, zum Beispiel DIN EN ISO, DEGEMED, KTQ, können hierbei eine Unterstützung sein.

Dr. Michael Bangemann, Facharzt für Allgemeinmedizin, stellte die Hausarztpraxis im Netzwerk der integrierten hausarztzentrierten Versorgung mit zahlreichen Schnittstellen vor. In der qualifizierten Abbildung des geriatrischen Patienten ist die Durchführung eines geriatrischen Basisassessments unverzichtbar. Alle Akteure müssen im Rahmen einer geriatrischen Versorgungskette patientenbezogen, ressourcenschonend und sinnvoll zusammenarbeiten.

Externe Qualitätssicherung

Herrmann Laubsch, AOK Bayern im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände (ARGE), berichtete über die ursprünglich geplanten gut 40 geriatrischen Einrichtungen und die derzeit bestehende

Zahl von 62 Einrichtungen. Die Folgen des zahlenmäßigen Anstiegs sind rückläufige Auslastungszahlen der einzelnen Einrichtungen. Unter Qualitätsbetrachtung wurde in der ARGE ein Beschluss zu Klinikbegehungen in der Geriatrischen Rehabilitation gefasst. Das Fazit der ersten zehn Einrichtungen zeigte vorhandene Mängel auf. Das Gesamtergebnis war von „sehr gut“ bis „ausreichend“ gleich verteilt. Als Schlussfolgerung bleibt die Notwendigkeit einer externen Qualitätssicherung bei der Weiterentwicklung der geriatrischen Strukturen.

Dr. Michael Penz, Fachbereichsleiter Geriatrie, MDK, stellte die sozialmedizinischen Grundlagen zur Qualitätssicherung in den Sozialgesetzbüchern Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V, § 136, 137, 139) sowie Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX, § 20) und Soziale Pflegeversicherung (SGB XI, § 80) dar. Die Geriatriebewertungen durch den MDK erfuhr in den Jahren 2003 bis 2005 jährliche Steigerungsraten um 62,2 bzw. 74,4 Prozent. Die Stellungnahmen des MDK zur geriatrischen Rehabilitation sind 70,8 Prozent Befürwortungen, 22 Prozent Nichtbefürwortungen. Abgestufte Qualifizierung der Hausärzte, Weiterentwicklung der geriatrischen Diagnosis related group (DRG), Qualitätssicherung in der geriatrischen Rehabilitation und Geriatrie/Qualität in der Pflege sind für die Weiterentwicklung von geriatrischen Versorgungsstrukturen unter strikter Beachtung der Qualitätsparameter notwendig.

Institut für Qualitätssicherung in der Geriatrie

Dr. Jens Trögner, FAU, stellte abschließend die Konzeption für ein Institut für Qualitätssicherung in der Geriatrie dar. Hierbei sind die FAU und der MDK Bayern Partner und möchten sich gemeinsam an dem notwendigen Schritt einer Qualitätssicherung in der Geriatrie aktiv beteiligen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Michael Penz, Fachbereichsleiter Geriatrie, MDK Bayern, Putzbrunner Straße 73, 81739 München

Weitere Informationen: Vorträge unter www.aging.med.uni-erlangen.de