

# Altersmedizin: Stimmt die Perspektive?

*Die durchschnittliche Lebenserwartung der Deutschen ist in den vergangenen 100 Jahren stark gestiegen. Ein Teil dieses Gewinns an Lebenszeit geht auf den medizinischen Fortschritt zurück. Eine Gesellschaft des hohen Alters beschert der Medizin im selben Atemzug einige Herausforderungen. Eine Antwort hierauf sollen nach dem Willen der Landesregierung geriatrische Versorgungsverbände geben.*

**von Ulrich Langenberg und Bülent Erdogan**



**W**er vor 100 Jahren als Junge geboren wurde, hatte im Durchschnitt lediglich eine Lebenserwartung von 55 Jahren, die durchschnittliche Lebenserwartung von neu geborenen Mädchen lag im vierten Jahr des Ersten Weltkrieges bei 62 Jahren. Heute, im 73. Friedensjahr nach dem Zweiten Weltkrieg, haben neu geborene Jungen und Mädchen eine fünfzigprozentige Chance, das 90. beziehungsweise 93. Lebensjahr zu erreichen. Zu diesem Ergebnis ist im vergangenen Juni das Statistische Bundesamt (Destatis) in seinen Modellrechnungen für die Kohortensterbetafeln der Geburtsjahrgänge von 1871 bis 2017 gekommen. Viele ältere und hochbetagte Bundesbürger verbringen ihr letztes Lebensdrittel bereits heute bei noch relativ guter körperlicher und mentaler Verfassung. Die veränderte Struktur der bundesdeutschen Wirtschaft, Fortschritte bei Hygiene, Ernährung und Wohnen, Erfolge in der Prävention und Gesundheitsförderung sowie immer neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten der Medizin haben hierzu ihren Beitrag geleistet.

## Der Krankenhausplan 2015

Für die Medizin bringt diese Entwicklung einige Herausforderungen mit sich: Mehr Lebensjahre und bessere Behandlungsmöglichkeiten bedeuten, dass Menschen viele Jahre mit Erkrankungen leben können und zum Teil müssen (Chronifizierung) und zu der initialen Erkrankung über die Jahre weitere Leiden treten (Multimorbidität). Hinzu kommt, dass viele Menschen im hohen Lebensalter allein sind. Zu einer gelingenden medizinischen Intervention gehört es in vielen Fällen also auch, die soziale Situation der Patienten im Blick zu haben.

Eine Antwort auf die Herausforderung der alternden Gesellschaft sollen nach dem Willen der Landesregierung geriatrische Versorgungsverbände geben. Grundgedanke ist dabei die Kooperation geriatrischer Abteilungen mit den anderen Abteilungen im gleichen Krankenhaus und mit Kliniken ohne geriatrische Fachabteilung, so wie dies auch mit dem Krankenhausplan NRW 2015 vorgesehen ist: „Der geriatrische Versorgungsverbund bietet allen Fachabteilungen, die alte Menschen versorgen, insbesondere Abteilungen für Innere Medizin, Neurologie, Gerontopsychiatrie, Urologie und Gynäkologie, seine Kooperation an“, heißt es darin. Gefordert werden dabei gemeinsame Behandlungsstandards und -abläufe, Übernahmekriterien zur Weiterbehandlung, Früh-Reha und Reha, ein gegenseitiger Konsiliardienst mit einzelfallbezogenen und erweiterten Assessments. Und weiter heißt es: „In den kooperierenden Kliniken kann ein geriatrischer Liaisondienst eingerichtet werden. Krankenhäuser ohne eigene geriatrische Fachabteilung, die alleine die beschriebenen Leistungen nicht darstellen können, vereinbaren eine Kooperation mit einer Geriatrie.“

Beispiel Köln: Dank des Zuzugs vieler junger Menschen gehört die Millionenmetropole landesweit zu

den „jungen“ Kommunen: Anfang 2017 war jeder dritte Kölner jünger als 30 Jahre, der Altersschnitt liegt bei etwa 42 Jahren. Allerdings zählt die Gruppe der über 65-Jährigen inzwischen auch an die 190.000 Köpfe, darunter 52.000 Menschen, die 80 Jahre und älter sind. In der Domstadt haben sich drei Geriatrische Kliniken zu einem Netzwerk zusammengeschlossen, das Evangelische Krankenhaus Kalk, das Malteser-Krankenhaus Sankt Hildegardis (siehe auch RÄ 4/2016, Seite 12ff: „Die Alten und die Medizin: Geriatrische Versorgung an Rhein, Erft und Wupper“ und RÄ 11/2016, S. 12ff: Volksleiden Altersdemenz: In der Mitte der Gesellschaft angekommen?) und das St. Marien-Hospital.

### Ein Versorgungsverbund in Köln

Die Erfahrungen, die Professor Dr. Ralf-Joachim Schulz, Chefarzt der Geriatrischen Klinik am St. Marien-Hospital, bislang mit dem Konzept des geriatrischen Versorgungsverbundes gemacht hat, sind durchaus ambivalent. Mit 127 geriatrischen Akutbetten, 43 geriatrischen Rehaklinik-Betten und 20 geriatrischen Tagesklinikplätzen zählt die Abteilung im St. Marien-Hospital bundesweit zu den größten Geriatrien. Die Geriatrie sei in der Vergangenheit häufig nicht als akutmedizinische Disziplin angesehen worden, sagt Schulz im Gespräch mit dem RÄ: „Der klassische Satz des Kollegen lautete früher: Ich schicke Ihnen Herrn XY zum Aufpäppeln.“ Auch für die Aufnahme in eine geriatrische Klinik, bedürfe es aber einer akutmedizinischen Indikation, wie eine akute Verschlechterung des Allgemeinzustands, ein Delir oder eine schwere Harnwegsinfektion, wenn diese auch vor dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen Bestand haben soll.

Zu Anfang der Verbundsaktivitäten mit gemeinsam vereinbarten Indikationen für die Akutbehandlung war das offenbar ein Problem, berichtet Schulz. So sei die Zahl der Zuweisungen in die Klinik für Geriatrie am St. Marien-Hospital zunächst signifikant gesunken. Es habe etwa ein halbes Jahr gedauert, bis sich die Zusammenarbeit unter den neuen Bedingungen langsam eingespielt habe. Beigetragen zu diesem Wandel hätten auch eine spezielle Verbund-Hotline, der telefonische Austausch mit den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen im Einzelfall, die Bereitstellung fachärztlicher Konsildienste im Verbund sowie gemeinsame Fortbildungen. „Inzwischen klappt das wesentlich besser“, so Schulz.

Die Geriatrie ist, vielleicht wie kaum ein anderes Fach, davon abhängig, kontextual zu agieren. Und es geht häufig nicht primär um eine volle Wiederherstellung der geistigen und körperlichen Funktionen, sondern um Verbesserung der Mobilität, Selbstständigkeit und Lebenslust. Dieser duale Therapieansatz mit Organmedizin und gleichzeitiger funktioneller Aktivierung passt nicht immer in die Welt der Fallpauschalen und OPS-Schlüssel mit ihren täglich abarbeitenden Therapieeinheiten und den vorzunehmenden

Assessments: „Es gibt eine Vielzahl von altersassoziierten Syndromen als Folge von Multimorbidität“, sagt Schulz. „Da ist zum Beispiel der Patient, der inkontinent ist und eine Niereninsuffizienz hat. Er hat Angst zu trinken, weil er inkontinent ist, also trinkt er weniger, was zur Problematik der Niereninsuffizienz beiträgt und zu kognitiven Einschränkungen einschließlich Stürzen führt. Wir sprechen in der Altersmedizin von geriatrischen Syndromen wie Sturz, Immobilität, Mangelernährung, Inkontinenz oder kognitiven Defiziten.“

Einmal in der Woche sind geriatrische Fachärzte aus dem St. Marien-Hospital zum Beispiel auch bei ihren Klinikkolleginnen und -kollegen im Stadtteil Porz konsiliarisch tätig. „Wir steuern die Versorgung geriatrischer Patienten gemeinsam“, sagt Schulz. „Unser Konsiliararzt kann Informationen zu Porzer Patienten auch an einem Computer von unserer Klinik aus abrufen und entsprechende Empfehlungen abgeben. Die Kolleginnen und Kollegen in Porz wiederum können in ihrem Krankenhausinformationssystem auf Screening-Bögen zurückgreifen, hinterlegt ist auch ein Behandlungsablauf.“ Nach diesem Modell leisten die Fachärzte des St. Marien-Hospitals inzwischen ähnliche Konsiliardienste in weiteren Kliniken in Köln. Hinzu kommt eine Zusammenarbeit in der Alterstraumatologie sowohl mit der Uniklinik Köln als auch mit dem St. Franziskus-Hospital, dem Heilig Geist-Krankenhaus und dem St. Vinzenz-Hospital, die ebenso wie das St. Marien-Hospital zu den Krankenhäusern der Stiftung der Cellitinnen zur heiligen Maria gehören. Die Kollegen in Kalk betreiben seit 2015 mit der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sporttraumatologie der Kliniken der Stadt Köln ein gemeinsames Alterstrauma-Zentrum (ATZ).

„Wir betreiben Detektivarbeit und halten bei hohem Zeiteinsatz große personelle Ressourcen vor“

Der Verbund sei inzwischen so leistungsfähig, dass die Wartezeit für Patienten, die medizinisch bereits in anderen Kliniken versorgt werden, von ehemals sieben und mehr Tagen auf zwei bis drei Tage gesunken ist, so Schulz: „Patienten, die sich akut in der Notaufnahme befinden, versuchen wir, direkt von dort zu übernehmen.“

Die Tagesklinik mit 20 Betten soll das Scharnier zum ambulanten Bereich bilden. Hat der betreuende Hausarzt Zweifel, ob sein Patient im häuslichen Umfeld weiterhin gut aufgehoben ist oder medizinische Probleme eine tägliche Visite und Therapie durch weitere Berufsgruppen wie Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, Schmerz- und Wundspezialisten erfordern, kann er diesen dorthin überweisen. Schulz: „Die Patienten kommen mit dem Taxi morgens zu uns. Wir evaluieren, wie der Patient ambulant weiterversorgt werden kann und ob er im häuslichen Umfeld bleiben kann, zum Beispiel in einer Kombination aus hausärztlicher und teilstationärer Versorgung. In Absprache mit dem

Hausarzt stellen wir zum Beispiel die Medikation über mehrere Tage ein. Nachmittags verlässt der Patient die Tagesklinik dann wieder. Ziel ist, dass die Patienten solange wie möglich zuhause leben können.“

Um die einzelnen Informationen zu einem stimmigen Bild des Menschen zusammenzufügen, der einem anvertraut ist, müssten Geriater sehr stark mit dem Umfeld kommunizieren, mit Familienangehörigen, dem niedergelassenen Kollegen und der behandelnden Klinik, sagt Schulz. „Wir betreiben quasi Detektivarbeit und halten hierfür bei hohem Zeiteinsatz große personelle Ressourcen vor. Eine elektronische Patientenakte würde unsere Arbeit daher ungemein erleichtern. In den Fallpauschalen wird dieser besondere zeitliche Aufwand derweil nicht abgebildet.“ Zudem sei mit der zunehmenden Zahl an Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen auch ein immer höherer Aufwand und Unsicherheit verbunden.

Diese Art von Detektivarbeit am Patienten ist einer der vielen Bausteine in der Weiterbildung angehender Geriater an altersmedizinischen Zentren wie der Klinik für Geriatrie am St. Marien-Hospital. „Die Sensibilisierung der jungen Generation von Ärzten für die multifaktoriellen Einflüsse auf den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden älterer Menschen ist in unserer alternden Gesellschaft essentiell“, so Schulz abschließend.

### **Kostenentwicklung beunruhigt Kassen**

„Es ist richtig und sinnvoll, dass Verbünde geschaffen werden“, sagt Dirk Ruiss, Leiter der Landesvertretung NRW des Verbandes der Ersatzkassen (vdek). „Allerdings funktioniert die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten nicht überall gut.“ Diese müsse verbessert werden. Auch sollten mehr Ärzte die Zusatz-Weiterbildung Geriatrie absolvieren. Bei den geriatrischen Versorgungsbünden setzt sich der vdek in NRW für eine stärkere Verbindlichkeit in der Krankenhausplanung ein. „Die Ersatzkassen möchten wirkliche Strukturveränderungen erreichen“, so Ruiss. Dazu gehöre dann auch der stärkere Einsatz von Case-Managern. Zudem soll die Kooperation in den Verbänden nach dem Willen des vdek besser überprüft werden können.

Für das Jahr 2016 betragen die Ausgaben der Ersatzkassen in NRW für die geriatrische Komplexbehandlung im Krankenhaus knapp 230 Millionen Euro, im Vergleich mit dem Jahr 2010 haben sich die Aufwendungen damit mehr als verdoppelt. Die Ersatzkassen in Nordrhein-Westfalen haben 2016 rund 5,79 Milliarden Euro für Behandlungen in Krankenhäusern bezahlt. An den Gesamtausgaben der Ersatzkassen für die stationäre Versorgung hat die klinische Geriatrie einen Anteil von annähernd vier Prozent. Diese Entwicklung sei insbesondere auf die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit einer Behandlungsdauer von mindestens 14 Tagen zurückzuführen, die inzwischen einen Anteil von 82 Prozent an den geria-

trischen Komplexbehandlungen ausmache. Viele Krankenhäuser böten inzwischen geriatrische Leistungen an, auch solche ohne im Krankenhausplan ausgewiesene Fachabteilung für Geriatrie. Darüber, ob es eine Verschiebung der Aufwendungen von anderen Versorgungsbereichen in den geriatrischen Bereich gibt oder die Ausgaben hinzukommen, liegen dem vdek nach eigenen Angaben keine Erkenntnisse vor.

### **Sektorenübergreifende Vernetzung**

Die Umsetzung des „neuen“ Krankenhausplans hat länger gedauert als ursprünglich vorgesehen, wird aber wohl in diesem Jahr zum Abschluss kommen. Damit gibt es nun auch überall geriatrische Versorgungsverbünde. Was das in den einzelnen Regionen ganz konkret bedeutet, dürfte indes noch nicht für alle klar sein.

Das gilt insbesondere für die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und den neuen geriatrischen Versorgungsverbänden. Der Krankenhausplan weist den Versorgungsverbänden hier eine besondere Verantwortung zu: „Der Verbund koordiniert die Versorgungskompetenzen und -strukturen und strebt auf diesem Weg die Überwindung der Sektorgrenzen an.“

Nach der Vernetzung innerhalb des stationären Bereiches geht es also im nächsten Schritt besonders um die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten. Die Partner im nordrhein-westfälischen Gesundheitswesen haben sich darauf verständigt, gemeinsam bessere Voraussetzungen für diese Vernetzung zu schaffen.

Im sogenannten „Gemeinsamen Landesgremium“ wurde unter Vorsitz des Gesundheitsministeriums verabredet, in mehreren Regionen neue Ansätze in Modellprojekten zu erproben. Die Federführung liegt in Westfalen-Lippe bei der Kassenärztlichen Vereinigung, in Nordrhein bei der Krankenhausgesellschaft.

Kassenärztliche Vereinigung und Ärztekammer werden die Entwicklung der Modellprojekte in Nordrhein konstruktiv begleiten. Sie halten es aber für entscheidend, den richtigen Ausgangspunkt zu wählen: den partnerschaftlichen Dialog an der Basis. In möglichst vielen Regionen sollten niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte zunächst konkret miteinander klären, was gut läuft und wo es Probleme gibt.

Bernd Zimmer, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein, ist sich sicher, dass die Ärztinnen und Ärzte an der Basis am besten wissen, was nötig ist, damit es zu echten Verbesserungen kommt: „Wenn die Kolleginnen und Kollegen vor Ort Lösungsansätze entwickeln, ist es Sache der Institutionen im Gesundheitswesen und der Politik, das aufzugreifen und zu fördern“.

Eine gemeinsame Auftaktveranstaltung in Düsseldorf soll Gelegenheit zur Diskussion über eine bessere sektorenübergreifende Versorgung in der Geriatrie bieten (*siehe Anzeige auf der nächsten Seite*). Die ersten Gespräche in den Regionen werden bis dahin schon im Gange sein. 