

Geriatric: Ein Versorgungsnetz als Antwort auf die Generation der „Baby-Boomer“

Etwa zwei Millionen Menschen in NRW sind bereits 75 Jahre oder älter, weitere 1,7 Millionen Bürger zwischen 65 und 75 Jahren alt – und die „Baby-Boomer“ kommen erst noch. Auf einem Symposium der Ärztekammer Nordrhein diskutierten Ärztinnen und Ärzte mit dem Landesgesundheitsminister darüber, wie die medizinischen Strukturen am besten auf den wahrscheinlich steigenden Versorgungsbedarf einzustellen sind.

von **Bülent Erdogan**

Für eine engere Kooperation von Niedergelassenen und Kolleginnen und Kollegen in den Kliniken bei der Versorgung älterer Patienten hat Bernd Zimmer, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein, geworben. „Die Versorgung älterer, multimorbider Menschen ist eine gemeinsame Aufgabe aller ärztlichen Fachgebiete der unmittelbaren Patientenversorgung“, sagte Zimmer auf dem Symposium „Neue Impulse für die sektorenübergreifende Versorgung in der Geriatrie“ im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf. Spezialisierte geriatrische Kliniken könnten diese Versorgung „optimal ergänzen“, ein Ersatz seien sie aber nicht.

Reißfest wie ein Seerucksack

Der Wuppertaler Hausarzt sprach sich für einen intensiveren Austausch über die Situation des Patienten zwischen den Sektoren aus. Dies setze aber voraus, dass an beiden Enden der Telefonleitungen Ärztinnen und Ärzte säßen, die gern miteinander kommunizierten. Er wünsche sich, ohne Zeitverzug von einer Krankenhauseinweisung seines Patienten informiert zu werden, um den Kollegen, falls notwendig, wichtige Informationen über den bisherigen Behandlungsverlauf geben zu können. Im Gegenzug sollte Zimmer zufolge auch der Klinik-Kollege noch vor der Entlassung des Patienten telefonisch Kontakt mit dem weiterbehandelnden Hausarzt aufnehmen. Dieser müsse, um entsprechend und rechtzeitig reagieren zu können, wissen: „Wer

kommt schlechter heraus als er hereinging?“ Eine Möglichkeit sieht Zimmer in einer automatischen Information der Hausärzte im Rahmen des Entlass-Managements: „Wenn das käme, wären wir Lichtjahre weiter.“

Zimmer plädierte dafür, die Versorgung öfter aus der Perspektive der alten Patienten zu betrachten. Man müsse akzeptieren, dass es Menschen gebe, die andere Lebensziele hätten als man selber. So wüssten

Bruch, der am schnellsten wieder belastbar ist.“

Zimmer warb bei den klinischen Geriatern dafür, sich an den nordrheinweit 52 Hausärztlichen Verbundweiterbildungen zu beteiligen (siehe auch www.aekno.de/Verbundweiterbildung). Zudem sprach er sich für die Etablierung gemeinsamer Fortbildungen auf Station und beim Hausbesuch aus. „Man lernt an einem kritischen Fall das, was man hinterher für 50 Fälle souverän anwenden kann.“



Diskutierten über Stand und Perspektiven einer sektorenübergreifenden geriatrischen Versorgung in Nordrhein (v.l.n.r.): Professor Dr. Ralf-Joachim Schulz, Chefarzt der Klinik für Geriatrie am St. Marien-Hospital Köln, Jochen Brink, Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Dr. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann, Claudia Middendorf, NRW-Patientenbeauftragte, Dr. Thomas Kunczik, Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (Moderator), Bernd Zimmer, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein, Professor Dr. Cornelius Bollheimer, Lehrstuhl für Altersmedizin, Uniklinik der RWTH Aachen

Foto: Jochen Rolfes

ältere Patienten, dass sie in vielen Fällen nicht mehr vollständig gesunden würden, wichtig sei ihnen indes ihre Autonomie zu bewahren. Daher könne zum Beispiel gelten: „Nicht der am schönsten gerichtete Bruch ist der, der gut ist, sondern der

Eine gute geriatrische Versorgung brauche „sektorenübergreifend reißfeste Nahtstellen“, sagte Zimmer. „Wir müssen die Nähte so dicht machen, dass sie so halten wie bei einem Seerucksack. Da kann rein, was will, der reißt nie.“

Professor Dr. Ralf-Joachim Schulz, Chefarzt der Klinik für Geriatrie des St. Marien-Hospitals in Köln, stellte die Tätigkeit eines Geriatriischen Versorgungsverbundes vor, in dem in Köln sieben Kliniken kooperieren. Der Landeskrankenhausplan NRW sieht den Aufbau solcher Verbünde vor (*wir berichteten*). Schulz schlug sektorübergreifende Vergütungskonzepte vor, die auch Modelle finanzierbar machen, in denen die ambulante wie stationäre Akutversorgung, (Früh-)Reha und Pflege gemeinsam gestaltet werden. Schulz sprach sich für eine einrichtungsübergreifende Elektronische Patientenakte aus, hierfür gebe es Beispiele aus Schweden, Großbritannien und aus der Schweiz. Integrierte Versorgungsprozesse seien auf funktionierende IT-Strukturen angewiesen.

Geriatrie als Keimzelle für Hausärzte?

Schulz erläuterte die besondere Vulnerabilität alter Patienten, von denen im Verbund viele nach Stürzen mit Frakturen in Behandlung seien. „Wir müssen uns immer wieder vergegenwärtigen, dass ein multimorbider Patient, der einen Tag liegt, so viel Muskelmasse abbaut, dass er eine Woche Übung und Training braucht. Ein Tag Schlafen heißt eine Woche Liegezeitverlängerung.“ Erkenntnisse wie diese müssten Eingang in das allgemeine Bewusstsein der in den Kliniken tätigen Mitarbeiter finden.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer für die geriatrische Komplexbehandlung liege in seinem Kölner Verbund derzeit bei 19 Tagen. Dies werde durch ein intensiv betriebenes, (Vor-)Screening und geriatrisches Assessment im Versorgungsverbund möglich, bei dem nach solchen Patienten gesucht werde, die noch von einer funktionellen Reha profitieren. Damit sinkt auch das Risiko von Regressforderungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, der laut Aussagen immer wieder für Frust und Bürokratie sorgt. Schulz: „Wir steuern die Patienten viel professioneller als noch vor ein paar Jahren.“ Neun von zehn Patienten im Verbund seien heute solche, auf die die Kriterien der Komplexbehandlung zutreffen.

Sieben von 16 Kollegen, die derzeit in seiner Abteilung die Weiterbildung absolvieren, strebten eine Laufbahn als Allgemeinmediziner an, ergänzte Schulz. Man erlebe derzeit einen „un glaublichen Zu-

lauf“. Die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner in der Geriatrie sei eigentlich ideal, weil dort das gesamte Behandlungsspektrum vermittelt werden könne. „Unterm Strich sehe ich da einen wunderbaren Trend und den sollten wir positiv befeuern.“

Auch Dr. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, setzt auf die Entwicklung sektorenübergreifender Versorgungsmodelle. Neben formellen Strukturen werde die Betreuung in einem Flächenland wie NRW aber weiterhin auch über informelle Kooperationen erfolgen. Für eine gute geriatrische Versorgung sei künftig eine „vernünftige Telematik-Infrastruktur“ notwendig, die einen sicheren Informationsaustausch möglich mache, sagte der Neurologe. „Dafür wird es jetzt allerhöchste Zeit.“ Klar müsse zudem sein, dass Leistungen auch vergütet würden.

NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann forderte auf dem Symposium verstärkte Anstrengungen aller Akteure, das Gesundheitswesen auf die ins Seniorenalter vorrückende Generation der „Baby-Boomer“ (Geburtsjahrgänge 1955 bis 1969) einzustellen. Eine zentrale Aufgabe müsse daher sein, mehr Menschen im Lande für Tätigkeiten am alten Patienten aus- und weiterzubilden, wie dies die Landesregierung mit dem Ausbau der Studienplatzkapazität für Humanmedizin anstrebe, also der Verdopplung der Kapazitäten in Witten/Herdecke und der Etablierung einer Medizinischen Fakultät in Bielefeld.

Skeptisch zeigte sich der Minister mit Blick darauf, ob für die geriatrische Versorgung künftig auf eine zentrale Telematik-Infrastruktur zurückgegriffen werden kann, wie sie die Gematik aufbauen möchte. „Ich glaube, dass die Gematik in Deutschland gescheitert ist“, sagte Laumann. Bislang seien 1,8 Milliarden Euro in das Projekt geflossen, „aber ich kann nicht erkennen, wo die Ergebnisse sind“. Vielleicht habe es sich auch um eine irri ge Annahme gehandelt, alles über ein zentrales System zu organisieren. Beeindruckt zeigte sich Laumann hingegen von der Arbeit am Telemedizinzentrum der Uniklinik der RWTH Aachen (www.telemed.ac). Telemedizin könne ein Instrument zur Überwindung der Versorgungssektoren darstellen, mit dem sich Spitzenmedizin in die Fläche bringen lasse. Allerdings sei die Förderung des Zentrums mit Mitteln des Innovationsfonds befristet.

Schützenhilfe für die sektorenübergreifende Versorgung aus dem fernen Berlin erwartet Laumann nicht. Die Entscheidung der schwarz-roten Koalitionäre, das Thema in einer Arbeitsgruppe zu behandeln, spreche nicht dafür, dass in dieser Legislaturperiode etwas Substanzielles vereinbart wird. Insofern müsse man in NRW selbst vorgehen, damit es nicht zu Behandlungs- und Versorgungsbrüchen komme, und zwar auf Quartiersebene. „Ich glaube, dass sektorenübergreifende Versorgung überall da funktioniert, wo die Menschen sich kennen.“ Laumann spricht sich für Gespräche zwischen Selbstverwaltung und Krankenkassen über Möglichkeiten für eine Finanzierung regionaler Netze aus.

Fünf Modellregionen in Nordrhein

In NRW sei an immerhin jeder zweiten Uniklinik ein Lehrstuhl für Altersmedizin etabliert, sagte Professor Dr. Cornelius Bollheimer, Lehrstuhlinhaber für Altersmedizin der Uniklinik Aachen. Allerdings habe es die Geriatrie als Querschnittsfach und junge Disziplin an den Unikliniken weiterhin schwer und suche noch immer „ihren klinischen und akademischen Platz“. Vieles sei vom persönlichen Einsatz der Chefarzte abhängig. Dabei sei die Nähe zur Universitätsmedizin eigentlich sehr wichtig, um mehr junge Ärzte für das Fach zu interessieren, sagte Bollheimer.

Das Gemeinsame Landesgremium in NRW nach § 90 a SGB V hat zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung im Landesteil Nordrhein fünf Modellregionen (mit den „Ankern“ Lukaskrankenhaus Neuss, Kreiskrankenhaus Mechernich, St. Marien-Hospital Köln, Marien-Hospital Wesel, St. Irmgardis-Krankenhaus Viersen-Süchteln) für die gemeinsame Fort- und Weiterbildung, das Schnittstellenmanagement und Behandlungssettings eingerichtet, wie Jochen Brink, Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, auf dem Symposium berichtete. Mit den Modellprojekten schaffe man nun eine Brücke für die sektorübergreifende Versorgung.

„In einer älter werdenden Gesellschaft nehmen natürlich auch die Fragen älterer Patienten zu“, sagte Claudia Middendorf, Patientenbeauftragte des Landes NRW. Immer mehr Menschen hätten keine Angehörigen, die sich um sie kümmern könnten. Viele Ältere seien daher auf sich selbst gestellt, wenn es darum gehe, für sich die beste Versorgung zu gewährleisten, sagte die Sozialpädagogin. **RA**