

KCG-Expertenforum 2010

Ergebnisdokumentation





Herausgeber

Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG)
beim MDK Nord

Leiter: Dr. Norbert Lübke
Hammerbrookstr. 5
20097 Hamburg
Telefon 040 – 25 169 491
Fax 040 25 169 499
Mail info@kcgeriatrie.de
www.kcgeriatrie.de

Redaktion und Bearbeitung

Dr. Norbert Lübke
Dr. Matthias Meinck
Monika Meyer
Julia Lina Weyh

Layout und Verlag

KCG

Fotos

Matthias Scharf

Das KCG ist eine gemeinsame Einrichtung des GKV-Spitzenverbandes und der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung.

Nachdruck und Vervielfältigung, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des KCG.

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://d-nb.de> abrufbar.

Hamburg, Januar 2011

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich, Ihnen die Ergebnisdokumentation des Expertenforums 2010 des Kompetenz-Centrums Geriatrie präsentieren zu dürfen. Eine solche Präsentation stellt ein Novum dar und ist der besonderen Thematik geschuldet, der sich das KCG-Expertenforum 2010 am 13. September im Ärztehaus Hamburg unter Beteiligung von mehr als 120 Fachleuten gewidmet hat.



Peter Zimmermann
Geschäftsführer des
MDK Nord

„Weißbuch Geriatrie“ – was nun ? Planungsperspektiven 2020

Unter diesem Titel hat das Kompetenz-Centrum Geriatrie das im Juni diesen Jahres im Auftrag des Bundesverbandes Geriatrie e.V. durch die Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH (GEBERA) erstellte Gutachten zur Ist-Situation und zum Weiterentwicklungsbedarf der Geriatrie in Deutschland aufgegriffen und einer kritischen Analyse unterzogen.

Mit einem prognostizierten Mehrbedarf von ca. 16.000 stationären Geriatriebetten, hiervon knapp 13.000 im Akutbereich und gut 3.000 im Rehabereich, bis zum Jahr 2020 waren die GEBERA-Gutachter auf den Plan getreten. Dies entspräche einem Bettenzuwachs von mehr als 90% gegenüber dem Bezugsjahr 2007 – Grund genug für das Kompetenz-Centrum Geriatrie, die im Weißbuch Geriatrie zusammengefassten Daten und Hypothesen näher zu hinterfragen und zusammen mit Experten zu diskutieren und zu bewerten.

Hierzu waren hochrangige Vertreter aus der Landespolitik, von den Kostenträgern und Medizinischen Diensten, von Landeskrankengesellschaften, von der Kassenärztlichen Vereinigung, aus den Ärztekammern sowie von den geriatrischen Leistungserbringerverbänden und Fachgesellschaften nach Hamburg gekommen. Dies gewährleistete eine vielseitige und engagierte Diskussion, die das Kompetenz-Centrum Geriatrie in dieser Dokumentation in ihren wesentlichen Argumentationssträngen noch einmal zusammenfasst.

Als Zielgruppe hatte sich das KCG-Expertenforum 2010 insbesondere an die auf Landesebene mit der geriatrischen Versorgung befassten Akteure, d.h. die Planungsverantwortlichen aus den Landesministerien sowie Vertreter der beteiligten Kosten- und Leistungsträger gewandt. Ihnen möchten wir mit dieser Dokumentation die trotz mancher kontrovers verbliebenen Positionen doch erstaunlich vielen, konstruktiven Ergebnisse dieses Forums für Ihre weitere Arbeit zugänglich machen.

Wir bedanken uns beim Kompetenz-Centrum Geriatrie für die Konzeption des Expertenforums und die vorliegende Ergebnisdokumentation und danken allen Referenten, Podiumsteilnehmern, Fachexperten und Gästen für ihre Teilnahme und ihre Beiträge.

Ihr

Peter Zimmermann
Geschäftsführer des MDK Nord



„Weißbuch Geriatrie“ - was nun ? Planungsperspektiven 2010

Einführung	5
Weißbuch Geriatrie – Kernaussagen (Norbert Lübke)	6
Weißbuch Geriatrie – Implikationen und Bewertungen	12
... aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. (Dirk van den Heuvel)	12
... aus Sicht der planungsverantwortlichen Landespolitik (Dietrich Wersich)	16
... aus Sicht der Bundesärztekammer (Klaus Beelmann)	20
... aus Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung (Burkhard John)	24
... aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung (Matthias Mohrmann)	28
Podiumsdiskussion	34
... Qualitätsaspekte	36
... Quantitätsaspekte	44
... regionale und konzeptionelle Aspekte	54
Positionierungen des KCG (Norbert Lübke)	68
Zusammenfassung - Ausblick	70

Nicht jeder geriatrische Patient braucht ein geriatrisches Bett !

Mit diesem Satz lässt sich vielleicht am markantesten das Ergebnis unseres KCG-Expertenforums 2010 zusammenfassen, das sich aus unterschiedlichen Perspektiven mit den Bedarfsprognosen des aktuell erschienenen Weißbuchs Geriatrie beschäftigte. Diesem Satz kommt umso mehr Bedeutung zu, als er auch von den Vertretern der geriatrischen Fachgesellschaften auf dem Podium vertreten und mitgetragen wurde.

Zugleich lässt sich dieses Ergebnis manchen kritischen Stimmen entgegenhalten, die in dem Vorhaben, das Weißbuch Geriatrie und seine Bedarfsprognosen zum Thema eines solchen Expertenforums zu machen, die Gefahr einer Plattform für den unkritischen Ausbau geriatrischer Versorgungsstrukturen sahen.

Das Gegenteil war der Fall! Die Positionierung, dass ein geriatrischer Patient noch nicht zwingend der stationären Versorgung in einem geriatrischen Bett bedarf, unterstreicht vielmehr die konstruktive, sachorientierte und in der Tat aus vielen Blickwinkeln geführte Diskussion um die Bewältigung der auf uns zukommenden Herausforderungen in der medizinischen Versorgung einer immer größeren Zahl alter und hochalteriger Menschen, für die es keine einfachen Patentlösungen geben wird. Sie wirft allerdings auch neue Fragen auf: Welcher geriatrische Patient bedarf unter welchen Bedingungen welcher Intensität zusätzlicher spezifisch geriatrischer Behandlungsangebote? Wo liegt die Rolle der übrigen medizinischen Fachdisziplinen in der Versorgung älterer Menschen? Wie kann eine gelungene Kooperation aussehen? Was kann, was muss getan werden, um stationären Behandlungsbedarf geriatrischer Patienten so gering wie möglich zu halten? Wie kann die geriatrische Kompetenz auch in der ambulanten Versorgung Schritt für Schritt ausgebaut werden?

Das breite Spektrum von uns hierzu eingeladenen Experten hat dazu beigetragen, dass auf unserem KCG-Expertenforum 2010 eine über das Weißbuch Geriatrie noch deutlich hinausgehende Bestandsaufnahme zur Situation der geriatrischen Versorgung in Deutschland zusammengetragen, Defizite und Herausforderungen offengelegt, aktuelle Entwicklungsnotwendigkeiten diskutiert und aufgezeigt und Handlungsverantwortlichkeiten benannt werden konnten.

Trotz der Vielzahl unterschiedlicher Blickwinkel und Interessen im Detail ließen sich hierbei auch eine beachtliche Übereinstimmung an gemeinsamen Zielen und Perspektiven erkennen. Hierzu gehören sicherlich die Förderung und bessere Qualifizierung ambulanter geriatrischer Versorgung und eine effizientere sektorenübergreifende Vernetzung von Versorgungsstrukturen und -angeboten.

Zielgruppe unseres Expertenforums 2010 waren insbesondere die mit der Planung und Weiterentwicklung geriatrischer Versorgungsstrukturen befassten Akteure aus Politik, Selbstverwaltung und Landesvertretungen. Ihnen möchten wir mit dieser Zusammenfassung unseres Forums wichtige inhaltliche Impulse für Ihre weitere Arbeit an die Hand geben.

Allen Referenten danken wir herzlich für die Bereitstellung Ihrer Vorträge, die Sie separat von unserer Homepage downloaden können, und allen Podiumsgästen für die Bereitschaft, Ihre Diskussionsbeiträge als Grundlage dieser Ergebnisdokumentation aufzeichnen zu dürfen. Dem MDK Nord und meinen Mitarbeitern im Kompetenz-Centrum Geriatrie gilt mein Dank für die Unterstützung bei der Planung und Durchführung des Expertenforums.

Ihr



Dr. Norbert Lübke
Leiter Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord



Dr. Norbert Lübke
Leiter des
Kompetenz-
Centrums Geriatrie
beim MDK Nord

„Damit wir eine gemeinsame Diskussionsgrundlage haben ...“

Mit diesen Worten führte Dr. Norbert Lübke, der Leiter des Kompetenz-Centrums Geriatrie, in die Thesen und Kernaussagen des „Weißbuchs Geriatrie“ ein, die den „Stoff“ für das Expertenforum 2010 des Kompetenz-Centrums Geriatrie bildeten. Hierbei ging es noch nicht um Bewertungen, sondern um die Darlegung der im GEBERA-Gutachten zusammengetragenen Daten und hieraus abgeleiteter Prognosen.



Das Weißbuch Geriatrie gliedert sich in zwei Teile, einen ersten Teil, der Daten zur Geriatrie in Deutschland, den aktuellen Versorgungsstrukturen, zur geriatrischen Versorgungsqualität, die hochgerechneten Versorgungsbedarfe sowie Ausführungen zu wirtschaftlichen und gesamtökonomischen Aspekten geriatrischer Versorgung enthält. Der zweite Teil stellt umfassend die Versorgungssituation in den einzelnen Bundesländern dar.

● Spezifischer Bedarf älterer Patienten

Zunächst charakterisiert die Studie die spezifischen Behandlungsbedarfe älterer Menschen. Aufgrund der altersbedingt eingeschränkten körperlichen Leistungsfähigkeit oder bereits latent vorhandener oder manifester Funktionseinschränkungen besteht für diesen Personenkreis die Gefahr, durch zusätzliche Erkrankungen rascher als jüngere Patienten seine Selbständigkeit ganz oder teilweise zu verlieren und entsprechend von Pflege abhängig zu werden. Dies bedeutet eine erhöhte Vulnerabilität hinsichtlich der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, der Selbstbestimmtheit der Lebensführung und der Lebensqualität.

Die Definition des geriatrischen Patienten ist nicht als tatsächliche Abgrenzung zu anderen Fachdisziplinen zu verstehen

Das geriatrische Behandlungskonzept zielt darauf, dieses erhöhte Risiko geriatrischer Patienten zu erkennen und weitest möglich zu mindern. In eine umfassende Erhebung des Versorgungsbedarfs älterer Menschen gehören daher neben Krankheitsdiagnosen vor allem die Berücksichtigung der Krankheitsfolgen im Sinne der ICF – also der Schädigungen der Körperstrukturen und -funktionen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe in Wechselwirkung mit den jeweiligen umwelt- und personbezogenen Kontextfaktoren. Somit steht die Würdigung der persönlichen Gesamtsituation im Mittelpunkt geriatrischer Behandlung.

Hieraus werden als Anforderungen an das geriatrische Behandlungskonzept und die Versorgungsstrukturen, in denen dieses erbracht werden soll, formuliert:

- generalistische Ausrichtung
- Interdisziplinarität, Multiprofessionalität und die Integration von Spezialwissen anderer Fachdisziplinen in den Behandlungsprozess
- Koordinations- und Schnittstelle für
 - die Diagnostik des medizinischen *und* funktionalen Risikopotenzials,
 - die Therapieplanung als Kombination aus akutmedizinischen *und* (früh-)rehabilitativen Maßnahmen
 - sowie die Therapedurchführung unter Berücksichtigung des Gesamtkontextes des geriatrischen Bedarfs des Patienten

● Der geriatrische Patient

Hinsichtlich der Definition geriatrischer Patienten übernimmt das Weißbuch die Definition der geriatrischen Fachgesellschaften (DGG und DGGG) und des BV Geriatrie. Diese stützt sich auf die Kriterien des geriatrischen Patienten gemäß Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation des MDS vom Oktober 2005 (vorrangige geriatritypische Multimorbidität und höheres Lebensalter - i.d.R. 70 Jahre oder älter) ergänzt um das Kriterium Hochbetagter (80+) unter Verweis auf die alters-typisch erhöhte o.g. Vulnerabilität.

Es wird allerdings eingeschränkt, dass diese Definition die fachmedizinische Behandlung solcher Patienten im Rahmen eines

Krankheitsereignisses nicht ausschließen und insofern nicht als tatsächliche Abgrenzung zu anderen Fachdisziplinen zu verstehen sei.

● Geriatrische Versorgungsdefizite

Diesem Versorgungsansatz werde die derzeitige Situation in der Akut- und Rehabilitationsmedizin nicht vollständig gerecht, da ein Teil der Patienten mit geriatrischem Behandlungsbedarf nicht als solcher erkannt und behandelt werde.

Als Gründe hierfür werden u.a. angeführt:

- unzureichendes initiales Screening
- unvollständige Erhebung des individuellen Risikopotenzials und entsprechend unvollständige Therapieplanung
- unzureichende Berücksichtigung des (früh-)rehabilitativen Behandlungsbedarfs mit Verlust von Rehapotenzialen
- Medizinische Behandlungsversäumnisse oder -verzögerungen aufgrund einer die Multimorbidität und therapeutische Wechselwirkungen nicht hinreichend berücksichtigenden Therapieplanung.

Trotz einer Verfünffachung der Zahl stationärer geriatrischer Kliniken zwischen 1993 bis 2007 auf 377 Einrichtungen habe die Geriatrie in Deutschland im Vergleich mit vielen europäischen Ländern noch immer eine unzureichende universitäre Verankerung, keine der Komplexität der Geriatrie entsprechende Facharztqualifikation und keine hinreichende Akzeptanz als eigenständiger medizinischer Versorgungszweig.

● Aktuelle Versorgungsstrukturen

Die Daten zum Bestand geriatrischer Einrichtungen entnimmt GEBERA dem Statistischen Bundesamt (Destatis) ergänzt um Erhebungen bei den Landesverbänden des BV Geriatrie. Hierbei zeigten sich deutliche Untererhebungen in den amtlichen Daten sowohl im Krankenhaus-, v.a. aber im Rehabilitationsbereich. Das Gutachten liefert allerdings nur Daten für stationäre geriatrische Einrichtungen, d.h. ohne Tagesklinikplätze und Plätze in ambulanten geriatrischen Rehaeinrichtungen.

Das Weißbuch weist auf dieser Grundlage für das Jahr 2007 214 Krankenhäuser mit geriatrischen Fachabteilungen aus, in denen in 11.467 Betten 211.270 Fälle behandelt wurden, sowie 163 geriatrische Rehakliniken mit 8.031

Betten, in denen 88.644 Rehabilitationen durchgeführt wurden. Insgesamt entspricht dies 11,9 vollstationären geriatrischen Betten pro 10.000 Einwohnern ≥ 65 Jahre.

Zur Abschätzung der zusätzlichen geriatrischen Versorgungskapazitäten im teilstationären und ambulanten Bereich wies Dr. Lübke darauf hin, dass diese Zahl sehr nahe bei den 11,7 geriatrischen Behandlungsplätzen läge, die das Kompetenz-Centrum Geriatrie in seinen jährlich aktualisierten Strukturdaten für das Jahr 2007 bezogen auf diese Altersgruppe ausgewiesen habe. Diese Berechnung berücksichtige allerdings nur die amtlichen statistischen Angaben, schliesse dafür aber die tagesklinischen Plätze an Krankenhauseinrichtungen sowie ambulante geriatrische Rehabilitationsplätze gemäß den Erhebungen des vdek-Bundesverbandes in einem Umfang von zusammen etwa 11,6% der geriatrischen Gesamtversorgungskapazitäten ein.

Verlaufsdaten von 2002 bis 2007 belegen entgegen dem allgemeinen Trend einen erheblichen Zuwachs geriatrischer Betten und Fallzahlen sowohl für den Krankenhaus- wie für den Rehabilitationssektor.



● Regionale Versorgungsunterschiede

Eine graphische Aufarbeitung der Strukturdaten des Gutachtens weist bundesweit nur noch wenige Regionen, vor allem in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Nordwest-Niedersachsen sowie einzelnen grenznahen Gebieten aus, in denen geriatrische Betten nicht innerhalb einer Fahrzeit von 45 Minuten zu erreichen sind. Die Aufarbeitung trennt hierbei allerdings nicht zwischen akutgeriatrischen Betten und geriatrischen Rehabilitationsbetten

Im Weiteren beschreibt das Weißbuch Geriatrie die konzeptionellen, strukturellen und quantitativen Unterschiede der geriatrischen Versorgungsstrukturen in den einzelnen Bundesländern, wie sie zusammengefasst auch aus den Versorgungsstrukturübersichten des KCG bekannt sind.

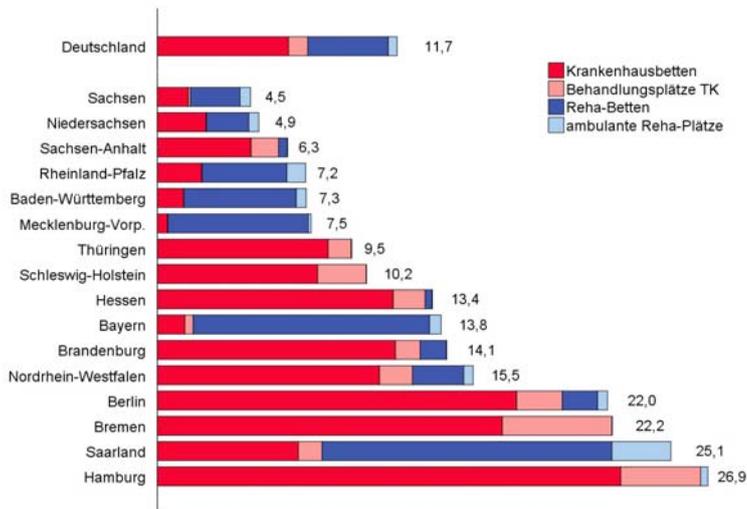


Abb. KCG: Geriatrische Versorgungsstrukturen 2007 bezogen auf 10.000 Einwohner > 65 Jahre. Quelle: Destatis und vdek-BV

Hiernach lassen sich Länder mit nahezu ausschließlichen akutgeriatrischen Einrichtungen, Länder mit ganz überwiegend geriatrischen Rehakliniken und Länder mit geriatrischen Versorgungsangeboten in Akut- und Rehabilitationseinrichtungen unterscheiden.

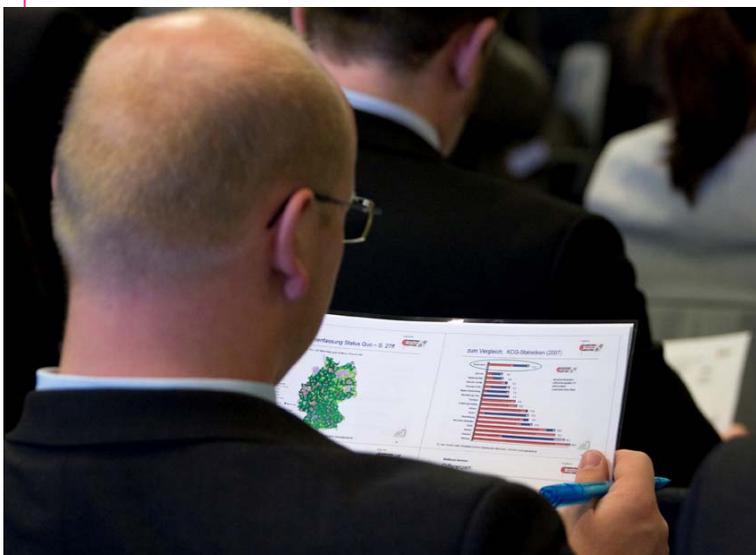
● Versorgungsqualität

GEBERA nennt neben den gesetzlichen Verpflichtungen zu Qualitätsberichten im Akut- und Zertifizierungen im Rehabereich freiwillige Qualitätssicherungsinitiativen der Geriatrie, um „Türschildgeriatrien“ vorzubeugen.

Diese Initiativen reichen von den geriatrispezifischen Qualitätssiegeln über Patientenbefragungen bis zu vergleichenden externen Qualitätssicherungsverfahren wie Gemidas®, GiB-DAT, Eva-Reha® oder KODAS. Auch die Mitgliedschaft im Bundesverband Geriatrie setzt ein formelles Aufnahmeverfahren mit Überprüfung der Struktur- und Prozessqualität voraus.

Im Bereich der Personalqualifizierung wird auf die nur 7 geriatrischen Lehrstühle an 32 medizinischen Fakultäten und die nur in Brandenburg und Sachsen-Anhalt bestehende, seit langem aber von den geriatrischen Fachgesellschaften geforderte Weiterbildung Geriatrie als Schwerpunkt Geriatrie im Bereich der Inneren Medizin hingewiesen. [Mittlerweile gibt es diese auch in Berlin]. In den übrigen Bundesländern hat die Geriatrie nur den Status einer fakultativen Weiterbildung bzw. einer Zusatzweiterbildung. Entsprechend wird die begrenzte Zahl an Geriatern (2007: 2.087) mit der Forderung nach einer gezielten und bundesweit koordinierten Nachwuchsförderung verknüpft, um deren Zahl mittelfristig deutlich zu erhöhen.

Vor dem Hintergrund einer nur relativ geringen Zahl umfassender Weiterbildungsangebote im Bereich Geriatrie für die Pflege und andere Teamprofessionen, die über Teilaspekte der Versorgung (bspw. Bobath, Validation, Palliative Care) hinausgehen, hat der BV Geriatrie das zertifizierte Lehrgangcurriculum Zercur Geriatrie® aufgelegt. Dieses ist modular aufgebaut. Die Basisqualifizierung erfolgt professionsübergreifend an 8 Unterrichtstagen und einem Hospitationstag und umfasst alle grundlegenden Themen und Inhalte der geriatrischen Versorgung. Fachweiterbildungen vertiefen diese Qualifikation professionsspezifisch. Als erste wurde 2010 die Fachweiterbildung Pflege mit 520 Stunden gestartet.



● Versorgungsbedarf

Das GEBERA-Gutachten geht unter Berufung auf das Bundesverwaltungsgericht davon aus, dass die tatsächliche Inanspruchnahme geriatrischer Leistungen die Grundlage des Versorgungsbedarfs ist, die um prospektive Entwicklungen zu erweitern sei.

Die Bedarfsanalyse untersucht daher:

- Die zukünftige Entwicklung geriatrischer Leistungen auf Basis der bisherigen Entwicklung
- In welchem Umfang Patienten mit eigentlich geriatrischem Profil und Versorgungsbedarf zurzeit in anderen Fachdisziplinen versorgt werden und deren zukünftige Entwicklung
- Wie die Versorgungsstrukturen selbst sich weiterentwickeln müssen und deren sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu gestalten ist.

● Demographische Entwicklung

Bei altersentsprechend unveränderter Häufigkeit von Krankenhaus-/Rehabilitationsaufenthalten errechnet sich hiernach für den Zeitraum zwischen 2007 und 2020 in der Akutgeriatrie ein Fallzahlzuwachs von 67.934 Fällen (+32,1%), was bei unveränderter Auslastung von 90% und einer angenommenen Verweildauerverkürzung von 4,3% in diesem Zeitraum einem zusätzlichen Bettenbedarf von 3.205 (+30,2%) entspräche. Entsprechend wäre in der Rehabilitationsgeriatrie mit einer Fallzahlsteigerung von 28.201 Fällen (+31,8%) zu rechnen, was bei einer angenommenen Verweildauerverkürzung von ca. 6% einem zusätzlichen Bedarf von 1.837 Rehabetten (+28,2%) entspräche.

● Geriatrische Patienten in anderen Fachabteilungen

GEBERA unterstellt, dass aufgrund der derzeitigen Versorgungsstrukturen nicht alle Patienten mit einem geriatrischen Behandlungsbedarf auch in entsprechenden Versorgungsstrukturen behandelt werden.

Die Schwierigkeit der Identifikation dieser Patienten als solche mit geriatrischem Behandlungsbedarf beruht darauf, dass für diesen Bedarf entscheidende insbesondere

funktional-relevante Merkmale in den Routinedaten nur unzureichend abgebildet und darüber hinaus von nicht geriatrischen Fachabteilungen oft gar nicht erfasst werden. Auch die für die Geriatrie charakteristische Multimorbidität ließ sich nicht anhand bestimmter Muster von Diagnosekombinationen abbilden.

Um dennoch eine Näherung an den geriatrischen Versorgungsbedarf in anderen Fachdisziplinen vornehmen zu können, wurden der Berechnung ein Anteil von 10% der z. Zt. in anderen Fachrichtungen versorgten Patienten von über 70 Jahren mit mindestens 10 Nebendiagnosen zugrunde gelegt.

Aus dieser Hypothese ergibt sich im Bezugsjahr 2007 ein zusätzlicher geriatrischer Behandlungsbedarf von 155.004 Fällen. Ebenfalls altersbezogen demografisch hochgerechnet und auf Bettenzahlen heruntergebrochen ergibt dies einen weiteren Mehrbedarf von 9.656 Betten (+91,1%) in der Akutgeriatrie und bei analogen Berechnungen von 1.150 Betten (+23,8%) in der geriatrischen Rehabilitation.

● Zusätzlicher Versorgungsbedarf bis 2020

Aus diesen Kalkulationen ergibt sich ein zusätzlicher Kapazitätsbedarf bis 2020 von insgesamt 16.244 Betten, hiervon 12.859 im Akutbereich und 3.385 im Rehabereich.

Dies bedeutet einen Bettenmehrbedarf für 2020 gegenüber 2007 von :

<u>Akut:</u>	<u>Reha:</u>	<u>Gesamt:</u>
<u>+121,3%</u>	<u>+51,9%</u>	<u>+94,9%</u>
<u>Betten</u>	<u>Betten</u>	<u>Betten</u>

Nach GEBERA zeigen diese Analysen die Untergrenze eines zukünftigen geriatrischen Versorgungsbedarfs, zumal wegen nicht ausreichend belastbarer Quantifizierbarkeit der zu erwartende medizinisch bedingte Mehrbedarf nicht in die Prognose eingegangen sei.

Zugleich betont GEBERA, dass diese Herausforderung nur interdisziplinär zu lösen ist, da sie die allgemeine Akzeptanz des spezifisch geriatrischen Behandlungsbedarfs, die fachmedizinische Identifikation der betroffenen Pa-

Bei 10% der über 70-Jährigen mit mehr als 10 Nebendiagnosen, die z.Zt. in anderen Fachdisziplinen versorgt werden, wird von einem geriatrischen Behandlungsbedarf ausgegangen

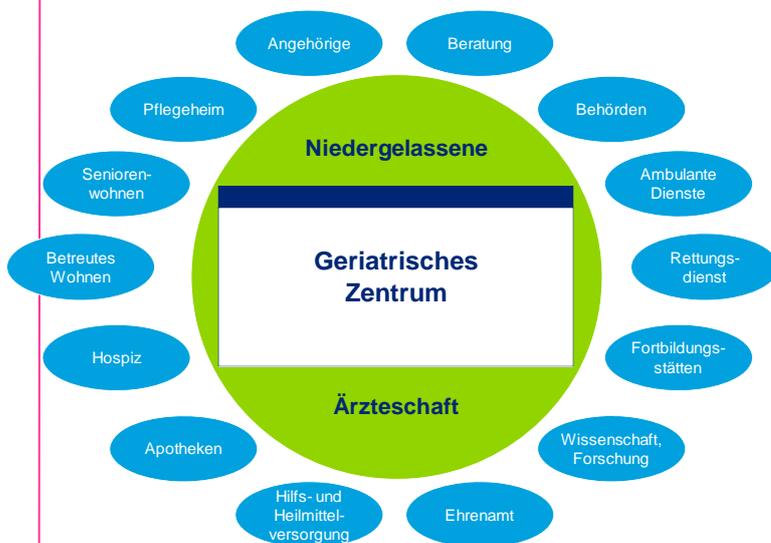
tienten und eine vorurteilsfreie Zusammenarbeit der Fachdisziplinen voraussetzt.

● **Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen**

Als Problem für die Weiterentwicklung angemessener geriatrischer Versorgungsstrukturen wird insbesondere die sektorale Gliederung des Gesundheitssystems gesehen, die in Widerspruch zum fachlich-inhaltlichen Versorgungsbedarf geriatrischer Patienten steht. Daneben seien perspektivisch interne Restrukturierungen in geriatrischen Einrichtungen ebenso unabdingbar wie innovative Kooperationsmechanismen mit anderen Leistungsanbietern. Hierbei stellt Patientenzentriertheit neben der Gestaltung komplexer und hochindividualisierter Therapien für den Leistungsanbieter eine kooperative Herausforderung dar, die im Lichte des Patientenwohls wie der Wirtschaftlichkeit zu sehen ist.

● **Geriatrischer Versorgungsverbund**

Als Modell künftiger geriatrischer Versorgungsstrukturen, die diesen Anforderungen am ehesten genügen können, sieht das Weißbuch in Anlehnung an konzeptionelle Überlegungen des BV Geriatrie e.V. den sogenannten geriatrischen Versorgungsverbund. In dessen Mittelpunkt steht ein geriatrisches Zentrum, das in enger Zusammenarbeit mit den umliegenden Vertragsärzten ein Netzwerk koordiniert, in dem alle an der Versorgung älterer Menschen beteiligten lokalen bzw. regionalen Institutionen eingebunden sind.



Obligate Elemente eines solchen Verbundes

wären ein Screening und ggf. ein multidimensionales Assessment, seine Aufgabe die Sicherstellung des Care-Managements i.S. einer Vernetzung der Leistungsangebote und eines geriatrischen Case-Managements i.S. der Bereitstellung individueller Leistungsangebote. Die Verbundstruktur könnte hierbei zugleich die Fort- und Weiterbildung koordinieren.

● **Vergütungssituation der Geriatrie**

Wenngleich zu erwarten ist, dass sich ein Teil der Koordinationsleistungen aus Synergieeffekten einer effizienteren Behandlung trägt, wird die eigenständige Finanzierung solcher Netzwerkstrukturen für notwendig gehalten.

Das Weißbuch geht davon aus, dass durch die Aufnahme spezifisch geriatrischer Prozeduren im DRG-Katalog (geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen nach OPS 8-550* und OPS 8-98a*) die Vergütungssituation der Geriatrie im akutstationären Bereich transparent und leistungsorientiert gestaltet ist.

Hingegen wird die Finanzierungssituation in der rehabilitativen Geriatrie als kritisch angesehen. Es drohen nachhaltige Erosionen. Es werden fehlende Transparenz der Vergütungsverhandlungen und asymmetrische Machtverhältnisse der Verhandlungspartner beklagt, die zu erheblichen Spannweiten der durchschnittlichen Vergütungssatzhöhen (zwischen rund 129 und 181 Euro) führten und selbst im oberen Segment noch deutlich unter einer Musterkalkulation der GEBERA von 211 Euro (ohne Investitionskostenanteil) liegen.

● **Wirtschaftlichkeitseffekte**

Abschließend verweist das Gutachten auf potenzielle Einspareffekte durch eine bedarfsgerechte geriatrische Versorgung. So könnten durch eine optimale Verknüpfung der medizinischen Therapie bei altersbedingter Multimorbidität die Kosten in der Akutbehandlung z.B. durch die Abnahme von „Drehtüreffekten“ reduziert werden.

Ferner könnte die konsequente Nutzung von Rehabilitationspotenzialen dazu beitragen, die Pflegekosten in angrenzenden Sektoren einzudämmen. Es wird allerdings eingeräumt und zugleich kritisiert, dass trotz der hohen gesellschaftlichen Bedeutung dieser Aspekte zu diesen Fragestellungen bisher keine umfassenden gesundheitlichen Studien durchgeführt und veröffentlicht wurden.

GEBERA: Nachgewiesen ist, dass geriatrische Behandlung Pflegebedürftigkeit verhindern, verzögern oder mildern kann

Um dennoch zu einer ersten orientierenden Abschätzung dieser Effekte zu kommen, überschlügt GEBERA Einsparungen in der Sozialen Pflegeversicherung im Jahr 2007 unter den Annahmen, dass 10% aller (akut oder rehabilitativ) stationär geriatrisch behandelten Patienten durch diese Behandlung eine Einstufung in der Pflegeversicherung ganz vermeiden und weitere 10% eine Reduktion um eine Pflegestufe erfahren.

Stellt man die hieraus errechneten Einsparungen in der Pflegeversicherung für ein Jahr in Höhe von 455.269.451 Euro den Gesamtbehandlungskosten (akut und rehabilitativ) stationär geriatrisch behandelter Patienten im Jahr 2007 in Höhe von 1.463.168.174 Euro gegenüber, so würde dies einer durchschnittlichen Kostenreduktion pro stationär geriatrischem Behandlungsfall in Höhe von 1.518 Euro entsprechen*.

● **Handlungsbedarfe und -empfehlungen**

Als Fazit gibt das Weißbuch folgende Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Geriatrie:

Status Quo der Versorgungsstrukturen:

- Nutzung der vorhandenen Strukturen als Basis der notwendigen Weiterentwicklung intersektoraler Behandlungskonzepte
- Verbesserung der öffentlichen Datengrundlagen zur geriatrischen Versorgung in Deutschland

Qualität und Qualitätsanforderungen:

- Steigerung der Akzeptanz des geriatrischen Versorgungsbedarfs und des geriatrischen Behandlungskonzeptes
- Ausbau der wissenschaftlichen Forschung zur Geriatrie
- Weiterentwicklung verbindlicher Qualitätsvorgaben zur Struktur und zum geriatrischen Behandlungsprozess
- Ausbau von geriatrischer Lehre und Forschung an den medizinischen Fakultäten
- Harmonisierung der ärztlichen Qualifikationsmöglichkeiten und Förderung der fachspezifischen Ausbildung bzw. Weiterbildung aller Professionen im geriatrischen Team

Versorgungsbedarf:

- Unverzögliche Planungen zum Ausbau der

geriatrischen Kapazitäten im Hinblick auf die demografische Entwicklung und die derzeitige Situation der Unterversorgung

- Möglichst vollständige Identifikation des geriatrischen Behandlungsbedarfs in allen medizinischen Disziplinen durch den Einsatz geeigneter Screening-Instrumente und im Bedarfsfall geriatrischer Behandlungsplanung
- Weiterentwicklung der geriatrischen Strukturen im Sinne eines intersektoralen geriatrischen Versorgungsverbundes unter Einbeziehung des Konzeptes des Bundesverbandes Geriatrie

Wirtschaftliche Aspekte:

- Fortsetzung der Beteiligung der geriatrischen Einrichtungen und Verbände an der Weiterentwicklung des DRG-Systems zur sachgerechten Abbildung des geriatrischen Leistungsgeschehens
- Verbesserung der Vergütung der geriatrischen Rehabilitation auf Grundlage der Qualitätsvorgaben und notwendigen Infrastruktur
- Entwicklung eines transparenten Verfahrens zur Vereinbarung der Vergütungssätze in der Rehabilitation
- Berücksichtigung der positiven wirtschaftlichen Effekte der geriatrischen Behandlung in angrenzenden Sektoren, insbesondere der Pflegeversicherung, und weitere Untermauerung durch gesundheitsökonomische Studien
- Zulassung der Pflegeversicherungen als Träger von Rehabilitationsmaßnahmen



* Ein Kalkulationsfehler, der sich an dieser Stelle eingeschlichen hatte, wurde in der inzwischen erschienenen 2., durchgesehenen Auflage des Weißbuchs Geriatrie behoben.

Der Einführungsvortrag von Dr. Lübke zu den Kernthesen des Weißbuchs Geriatrie steht unter <http://www.kcgeriatrie.de> separat zum Download zur Verfügung



Dirk van den Heuvel
Geschäftsführer des
Bundesverbandes
Geriatrie e.V.

„Das Schlagwort „demographische Entwicklung“ ist in aller Munde ...

... leider ist jedoch festzustellen, dass es viel zu oft bei einer schlagwortartigen Erörterung der Thematik bleibt“. Die Komplexität der Thematik, die vielfach noch fehlende Sachkenntnis in der Materie und nicht zuletzt eine äußerst unzureichende Datenlage im Bereich der geriatrischen Versorgung hätten den BV Geriatrie veranlasst, das Weißbuch Geriatrie als Grundlage für eine sach- und faktenorientierte Diskussion über die Weiterentwicklung der Geriatrie bei einem neutralen externen Institut in Auftrag zu geben.

Neben der zeitlichen Dringlichkeit, sich den quantitativen Bedarfs Herausforderungen auch tatsächlich zu stellen, betonte van den Heuvel v.a. die deutlich über den gesetzlichen Rahmen hinausgehenden Qualitätssicherungsinitiativen des BV Geriatrie und der Fachgesellschaften sowie den gesamtwirtschaftlichen Beitrag der Geriatrie zur Entlastung der Sozialversicherungssysteme. Perspektivisch skizzierte er das Konzept des geriatrischen Versorgungsverbundes als zukunftsfähige Struktur, die den Versorgungsbedarfen geriatrischer Patienten entspreche und die es nunmehr unter verschiedenen regionalen Bedingungen modellhaft zu erproben gelte.



● Zur Bedarfsprognose

Zunächst verwies van den Heuvel noch einmal auf den allein demografiebedingt zu erwartenden deutlichen Anstieg der Fallzahlen von +32% unter der Annahme gleichbleibender Krankenhaus-/Rehabilitationshäufigkeit bis 2020. Er ergänzte, dass diese Analysen sich auch weitgehend deckten mit Ergebnissen von Expertenbefragungen, die GEBERA jährlich zur Fallzahl- und Verweildauerentwicklung der verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen im Rahmen vorbereitender Gutachten zur Krankenhausbedarfsplanung durchführe.

Hinzu komme ein nicht unerheblicher Teil von Patienten mit geriatrischem Behandlungsbedarf, der derzeit aber keinen Zugang zu entsprechenden geriatrischen Versorgungsstrukturen hat und die daher im Status Quo nicht als geriatrische Fälle zählen. Das hier zum Ansatz gekommene 10%-Szenario (bei 10% der über 70-Jährigen aus anderen Fachdisziplinen mit mindestens 10 Nebendiagnosen wird geriatrischer Behandlungsbedarf angenommen) bewertete van den Heuvel als eine diesbezüglich konservative Ermittlung. Die Berechnungen des Gutachtens basierten damit auf vorsichtigen Schätzungen und zeigten die Untergrenze des zukünftigen Bedarfs.

Die Bedarfszahlen zeigen: Wir müssen uns hier noch aktiv nach der Decke strecken

● Qualitätsorientierung

Gerade weil hier aber noch erhebliche Bedarfe bestehen, steht die Geriatrie im Fokus zahlreicher Einrichtungsbetreiber, die in diesen Markt einsteigen wollen. Hier gelte für den Bundesverband Geriatrie: Wer in diesen Markt einsteigen will, sei herzlich willkommen, aber das Ganze sollte dann auch qualitätsgesichert sein.

Neben den gesetzlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen verwies van den Heuvel auf zahlreiche freiwillige QS-Maßnahmen, die vom Bundesverband und den geriatrischen Fachgesellschaften bereits seit langem implementiert seien, aber auch kontinuierlich ausgebaut und weiterentwickelt würden.

Er erinnerte an das Qualitätssiegel Geriatrie für geriatrische Akut- und Rehaeinrichtungen, an die vergleichenden Datenbanksysteme Gemidas Pro und GiB-Dat und fachspezifische Entwicklungen für Patientenbefragungen in der Geriatrie.

Als Beispiele für neuere Entwicklungen skizzierte er das im Aufbau begriffene verbandsinterne „Qualitätssicherungssystem Geriatrie“, in dem sich regionale Qualitätszirkelarbeit, Voneinander-Lernen im Sinne eines wechselseitigen Visitationssystems und öffentliche Darstellung/Transparenz zu einer Qualitätsmatrix Geriatrie“ verbinden.

Besonderes Engagement hat der BV Geriatrie in die Entwicklung strukturierter geriatrischer Fort- und Weiterbildungskonzepte unter dem Label „Zercur Geriatrie®“ investiert. Diese Lehrgangsfamilie zeichnet sich durch eine professionsübergreifend konzipierte und angebotene Basisqualifikation Geriatrie, sowie hierauf aufsetzende professionsspezifische Fachweiterbildungen aus. Die Fachweiterbildung Pflege läuft in 2010 an. Hier wird wirklich noch eine Lücke geschlossen und das soll in den nächsten Jahren auch verstärkt ausgebaut werden.

● Vielfalt der Versorgungsstrukturen

Eine erhebliche Herausforderung für die Weiterentwicklung geriatrischer Versorgungsstrukturen stellen die faktischen Rahmenbedingungen dar, unter denen die Geriatrie in Deutschland steht. Es gibt in Deutschland kein einheitliches System der geriatrischen Versorgung. Kein Bundesland gleicht konzeptionell und in der Versorgungsrealität dem anderen!

- Geriatrie findet sowohl im Akut- als auch im Rehabereich statt, aber landestypisch in sehr unterschiedlichen Konstellationen
- Mit Einrichtungen nach §109 bzw. nach §111 befinden wir uns hinsichtlich Zugang und Vergütung in völlig unterschiedlichen Rechtskreisen
- Geriatrie ist gewachsen in dem Rahmen, wie die Politik der Länder das praktisch konzeptionell festgelegt hat, d. h. es besteht eine sehr starke Abhängigkeit von den einzelnen Länderkonzepten
- nicht alle Länder benutzen alle Zweige der Versorgung, die der

Das Kompetenz-Centrum Geriatrie hatte allen Referenten im Vorfeld Aspekte genannt, an deren Berücksichtigung ihm jeweils besonders gelegen war.

Das KCG wollte wissen:

- Unabhängigkeit des Gutachtens ?
- Vision künftiger Versorgungsmodelle aus Sicht des BVG ?
- Welche Forderungen leitet der BVG an welche Adressaten aus dem Gutachten ab?
- Konkrete Schritte des BVG diesbezüglich in den nächsten 12 Monaten ?
- Vorstellungen des BVG zur Integration kurativer und rehabilitativer Behandlung vor dem Hintergrund der regional unterschiedlichen geriatrischen Versorgungskonzepte ?

Gesetzgeber vorsieht, sprich vollstationär, teilstationär, ambulant und seit neuestem auch die mobile geriatrische Reha

Wir haben gewachsene Strukturen, die man mitnehmen muss, wenn man etwas entwickeln will

- Strukturen werden teilweise anders benannt, was der eine noch Tagesklinik nennt, nennt der andere unter Bezug auf den Gesetzgeber ambulante Reha
- Natürlich sind auch die

Anforderungen an die Versorgungsstrukturen zwischen Stadtstaaten und Flächenländern ganz andere

- Schließlich bereiten insbesondere die Sektorengrenzen in der Geriatrie grundsätzliche konzeptionelle Probleme

Und nicht zu vergessen: Letztlich soll der geriatrische Patient mit seinem fach- und sektorenübergreifenden, individuellen Bedarf im Mittelpunkt aller Planungsüberlegungen bleiben.



● Die Planungsherausforderung

Die spannende Frage im Rahmen des Weißbuchs lautete also, wie kann man ein stark sektorales Gesundheitssystem mit unflexiblen Budgetgrenzen und föderalen geriatrischen Versorgungskonzepten und Strukturen mit regionalen Gewichtungen zu einem „Grundkonzept“ zusammenführen, ohne bestehende und funktionierende Versorgungsstrukturen zu gefährden, gleichzeitig jedoch Vernetzung und Interdisziplinarität fördern und Raum für Weiterentwicklungen schaffen und dabei den Patienten mit seinem individuellen, fachspezifischen Rehabilitationsbedarf nicht nur nicht aus dem Auge verlieren, sondern in den Mittelpunkt der Versorgung stellen?

● Vision „Geriatrischer Versorgungsverbund“

Lösungsansatz des Bundesverbandes Geriatrie sei der geriatrische Versorgungsverbund: Das ist zunächst eine Konzeptidee, die wir noch konkret weiterentwickeln werden. Es gibt dazu eine Arbeitsgruppe und es gibt auch schon regional in mehreren Bundesländern Interesse so etwas modellhaft umzusetzen.



Unser Ansatz ist es, die Vorzüge eines geriatrischen Zentrums mit einem entsprechenden Netzwerk zu verbinden. Sie sehen das

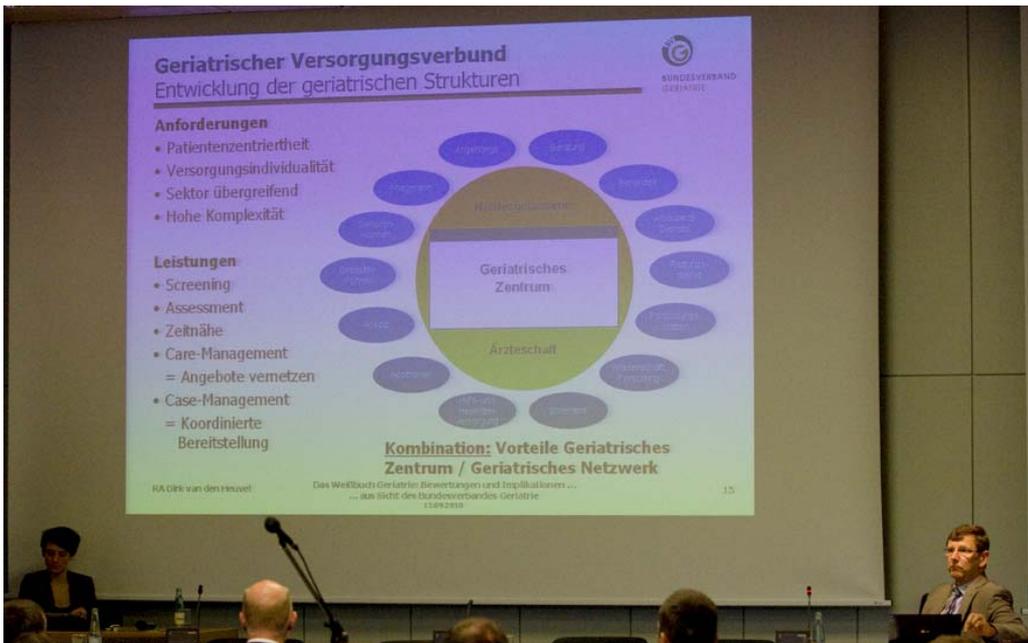
Zentrum im Mittelpunkt - auf Basis der niedergelassenen Ärzteschaft. Die muss in den nächsten Jahren - auch sicherlich über 2020 hinaus - praktisch die Basis bilden, weil sie die „Hauptlast“ der geriatrischen Versorgung zu tragen hat. Dort herum sind dann im gesamten Netzwerk alle die, die entweder bereits heute beteiligt sind oder aus unserer Sicht konzeptionell beteiligt sein sollten, an dieses geriatrische Zentrum angebunden - konzeptionell in verschiedener Art und Weise -, sodass dann ein eigener Versorgungsverbund entsteht.

Dieser Verbund muss aber gewisse Kriterien erfüllen. Screening, Assessment, das Care-Management und Case-Management sind elementare Bestandteile, auf die man nicht verzichten kann. Ein Screening erfolgt immer dort, wo der geriatrische Patient in dieses Zentrum hineinkommt, um ihn so frühzeitig zu erkennen und dann die entsprechenden geriatrischen Versorgungsstrukturen auch nutzen zu können.

Das geriatrische Team, das im kollegialen Dialog die Versorgung des geriatrischen Patienten auf Basis des geriatrischen Assessments sicherstellt, ist das zentrale Regelement für den gesamten Verbund und steuert auch die Kommunikationsprozesse nach außen bspw. i.S. des Überleitungsmanagements.

Es ist noch offen, ob diese Konzeption bereits alle organisatorischen Probleme lösen kann. Es ist auch noch unklar, ob und wie sie rechtlich umsetzbar ist. Zahlreiche Fragen vom Datenschutz bis zur Finanzierung sind zu klären. Wir haben zunächst versucht, einen Rahmen zu bauen, der so offen ist, dass man auch landesspezifische Ansätze integrieren kann, dass man flexibel ist in gewissen Bereichen, im einen Land etwas stärker dies, im anderen Land etwas stärker jenes betonen kann. Der modulare Aufbau ermöglicht Anpassungen an die Länderkonzepte und Vorgaben der regionalen Raumplanung, letztendlich aber hat man einen einheitlichen Rahmen, in dem man sich bewegt. Der Vorteil aus unserer Sicht ist, dass es keine Alles-oder-nichts-Lösung ist, d. h. Sie müssen nicht ab heute ihr Land umkrempeln, sondern so ein Versorgungsverbund kann wachsen. Sie nehmen die Strukturen, die es heute gibt, mit.

Allerdings stellt uns der rechtliche Rahmen heute auch noch nicht die notwendigen Mechanismen, Werkzeuge und Finanzierungs-



den Kreis der Rehabilitations-träger aufzunehmen seien.

● **Fazit**

Zusammengefasst werde der Bedarf geriatrischer Versorgung gegenüber heute relativ kurzfristig deutlich steigen. Dieser Herausforderung müssen sich das Gesundheitssystem und alle daran beteiligten

möglichkeiten zur Verfügung, die wir für solche Netzstrukturen brauchen. Es gibt Ansätze, IV-Verträge etc., aber im Grunde sind das immer Versuche, die bestehenden, ziemlich zementierten Budgetgrenzen, etwas zu umgehen. Das kann aber sicher noch nicht die Lösung des Problems sein.

● **Gesamtwirtschaftliche Sparpotenziale**

Besonderen Wert legte Herr van den Heuvel abschließend noch einmal auf den Beitrag geriatrischer Versorgung zur Entlastung weiterer Sozialversicherungssysteme - und hier nicht nur der Pflegeversicherung, sondern auch der oft nachrangig in der Versorgung Pflegebedürftiger leistungspflichtigen kommunalen Sozialhilfeträger. Der Grundsatz „Reha vor Pflege“ sei also nicht nur ein sozialpolitischer Ansatz, sondern auch ein ganz entscheidender wirtschaftspolitischer Ansatz.

Nach den Berechnungen von GEBERA liege der Break-Even-Point, ab dem die Kosten einer geriatrischen Behandlung sich durch hierdurch bedingte Ausgabeneinsparungen im Bereich der Pflegeversicherung amortisiert hätten, bei 6,4 Monaten.* So entstehe eine Win-Win-Situation – für den Patienten durch Zugewinn an Selbständigkeit allemal, letztendlich aber auch in der gesamtwirtschaftlichen Betrachtung.

In diesem Zusammenhang müsse auch der Gesetzgeber prüfen, ob die Anreize zur Erbringung geriatrischer Rehabilitationsleistungen richtig gesetzt seien und nicht auch die Pflegeversicherung und die Sozialhilfeträger in

ten gesellschaftlichen Gruppen in einem sehr viel stärkeren Maße stellen als bisher in kurzen Diskussionen und Sonntagsreden geschehen.

Die Versorgungsstrukturen müssen auf breiter Basis weiterentwickelt werden. Er halte es dabei für einen guten Weg, wenn man die föderal geprägten Strukturen weiterentwickle und nicht versuche, ein einheitliches Konzept über alle Länder zu legen.

Gleichwohl bedürfe es - auch für die Qualitätssicherung – eines Rahmenkonzeptes, in dem die Länder sich angleichen. Dies sei der Versuch mit dem geriatrischen Versorgungsverbund.

Letztlich müsse in der notwendigen gesamtgesellschaftlichen Diskussion die fachspezifische geriatrische Versorgung als Chance für den Patienten wie für die Gesellschaft gesehen werden – und nicht nur als reiner Kostenfaktor. Hierzu könnten die im Weißbuch dargelegten Sparpotenziale Anlass sein.

* Die zugrunde liegenden Hypothesen wurden im ersten Beitrag zu den Kernthesen des Weißbuchs erläutert. Die vorgestellte Break-Even-Point-Berechnung beruht auf den korrigierten Kalkulationen, bezieht sich aber ausschließlich auf diejenigen geriatrisch Behandelten, bei denen die Annahmen der Modellrechnung einer Vermeidung oder Verminderung einer Pflegestufe durch die Behandlung zutreffen.

Der Vortrag von Herrn van den Heuvel zur Bewertung des Weißbuchs Geriatrie steht unter <http://www.kcgeriatrie.de> separat zum Download zur Verfügung

„Die Akzeptanz des geriatrischen Versorgungsgebietes in Medizin



Dietrich Wersich
Senator für Soziales,
Familie, Gesundheit
und Verbraucherschutz der
Freien und Hanse-
stadt Hamburg

Bei allem „Herzblut“ für die Geriatrie, das auch Hamburgs Gesundheitssenator Dietrich Wersich, der selbst einen Teil seiner klinischen Zeit als Assistent in der Geriatrie und Gerontopsychiatrie verbracht hat, nicht fremd ist, stehe die Geriatrie doch fälschlicherweise immer noch „in einer bestimmten Ecke“. Insofern gehe es darum im Medizinbetrieb selbst aber auch in der Gesellschaft für die Altersmedizin und ihre spezifischen Kompetenzen zu werben.

Dies kann aber nicht politisch verordnet werden, sondern dahinter müsse auch ein medizinisch ärztlicher Konsens stehen. Wersich nahm damit auch die Geriater selbst in die Verantwortung für eine partnerschaftliche und kooperative Integration geriatrischer Leistungsangebote in das medizinische Versorgungsspektrum. Er sah insofern sowohl Bedarf für fachspezifische geriatrische Versorgungsstrukturen mit einem Entwicklungsfokus auf sektorübergreifender Versorgung als auch für ein breites geriatrisches Empowerment der übrigen Versorgung.

Zunächst dankte Senator Wersich dem Bundesverband Geriatrie und der GEBERA für die gründliche Bestandsaufnahme der Geriatrie in Deutschland und den Beitrag, den sie damit im Sinne einer Entscheidungsgrundlage für die Weiterentwicklung der Altersmedizin in Deutschland geleistet hätten. Das Thema sei eine Herausforderung für das Gesundheitssystem, dem sich die Politik nicht entziehen dürfe. Die Landespolitik habe die Weichen für die altersgerechte Versorgung der Bevölkerung zu stellen.

Die Aufgabe, die sich dabei die Geriatrie und auch die Gerontopsychiatrie vorgenommen haben, ist von herausragender Bedeutung, und geht weit über die Frage der Behandlung von Erkrankungen hinaus. Es geht auch darum, ob und wie wir das Älterwerden als Gesellschaft bewältigen, wie wir kurativ, rehabilitativ, aber auch präventiv möglichst mehr gesunde, aktive und selbstbestimmte Jahre verbringen können, und nicht nur um die Verlängerung des Lebens um jeden Preis.

Insofern spielt das Thema der Altersmedizin eine wichtige Rolle in einer „seniorengerechten Gesamtstrategie“, die auch viele andere Politik- und Planungsfelder umfasst.

Wir brauchen eine geriatrische Grundkompetenz in allen Fächern

● Bedarf an geriatrischer Kompetenz

Auf der anderen Seite, betonte Wersich, neben dieser Hinwendung zum Speziellen, Altersspezifischen müssten wir auch in diesem Feld aufpassen, es mit Spezialisierung und Sondersystemen nicht zu übertreiben, denn wir wissen aus anderen Handlungsfeldern der Politik, dass es auch um Integration und Inklusion in Regelsysteme geht.

Wir können kein Interesse daran haben, dass es den Spezialisten für den Alten gibt, da gehen dann alle hin, und alle anderen können „frei von den Beschwerden des Alterns und der Älteren und der Multimorbidität“ ihre fachspezifische Medizin machen. So wie wir interkulturelle Kompetenz brauchen, brauchen wir auch eine geriatrische Grundkompetenz in allen Fächern und insofern wäre es zu kurz gesprungen, wenn wir nur auf den Ausbau fachspezifischer, fachärztlich geriatrischer Versorgung setzen würden.

● Bedarfsprognose mit Fragezeichen

Zurecht halte das Weißbuch fest, dass die Versorgung älterer Patienten an dem besonderen geriatrischen Bedarf gemessen werden muss, und die aktuelle Versorgungssituation in Deutschland dem spezifischen geriatrischen Behandlungsbedarf nicht vollständig gerecht wird. Wir wüssten auch alle, dass ein Teil der Patienten mit geriatrischem Behandlungsbedarf nicht als solcher erkannt und nicht entsprechend behandelt werde, sodass Potenziale für diese Menschen für ein Leben in mehr Selbständigkeit nicht genutzt würden.

Dann treffe das Weißbuch aber eine etwas mutige Prognose für 2020, indem die demographische Entwicklung einfach aufgrund der heutigen Morbidität fortgeschrieben werde. Da dürfe man berechtigterweise ein paar Fragezeichen hinter machen,

weil die Frage, ob wir dieselbe Altersbelastung mit Erkrankungen, die wir heute oder vor 5 oder 10 Jahren hatten, auch in 15 oder 20 Jahren haben werden, sehr wohl mit Fragezeichen zu versehen sei. Er verwies beispielhaft darauf, dass Hamburg im Rahmen seiner pflegerischen Versorgungsplanung

und Gesellschaft muss steigen“

bereits die Erfahrung gemacht habe, dass die Prognosen, die vor 5 Jahren bezogen auf Hochrechnungen altersadaptiert erstellt worden seien, so nicht vollständig eingetreten sind, sondern die Pflegebedürftigkeitsquote geringer geblieben sei. Deswegen seien Prognosen zwar wichtig, müssten aber immer wieder mit der Realität verglichen werden, ob sie denn auch so eintreffen.



gar nicht definitiv sagen, wie die Entwicklung geriatrischer Bettenkapazitäten im Sinne einer Übernahme aus anderen Gebieten weitergeht, und wie weit es uns gelingt, in anderen Fachgebieten geriatrische Kompetenz zu verankern.

Eine typische und noch große Herausforderung seien beispielsweise Demenzerkrankungen.

Das KCG wollte wissen:

- Wodurch zeichnet sich nach Ihrer Erfahrung der geriatrische Patient aus?
- Besteht von daher für ihn besonderer Versorgungsbedarf, wenn ja, in welcher Form? (Brauchen wir bspw. mehr Geriatrische Abteilungen oder genügt die Geriatriisierung der bestehenden fachspezifischen Abteilungen?)
- Welche Versorgungsstrukturen sind hierfür Ihrer Ansicht nach notwendig?
- Sehen Sie diesbezüglich auch für Hamburg (mit seiner ja vergleichsweise bereits hohen Versorgungsdichte) noch ungedeckte Versorgungsbedarfe oder eher schon eine Überversorgung?

● Geriatrischer Ausbau im Konsens

Ein weiterer wichtiger Punkt für die Landespolitik sei die Frage, was in anderen Fachgebieten passiert. Es geht nicht nur um den Aufbau neuer geriatrischer Kapazitäten, sondern ganz klar auch um Umwidmung bisheriger Betten, die anderen Fachabteilungen zugeordnet waren und d. h. natürlich, man muss auch mit den Vertretern dieser Fachgebiete reden. Das ist kein einseitiger Prozess, dass wir der Neurologie und der Inneren und wem auch immer Betten wegnehmen können, sondern dahinter muss natürlich auch ein medizinisch ärztlicher Konsens stehen. Denn das Ringen um diese Patienten in einem gewissen Wettbewerb besteht ja nach wie vor.

Insofern sei ein Teil dieser Prognose bis hin zu den Expertenmeinungen sicher auch eine parteiliche Prognose, was aber nicht bedeute, dass wir uns nicht damit auseinandersetzen sollten. Die Altersmedizin sei ein ganz wichtiger Bereich und ein sehr lebendiges, vielfältiges und dynamisches Fachgebiet. Wir können heute

Denn hier kann es ja nicht darum gehen, dass wir überall spezifische Demenzstationen einrichten, sondern dass wir eben damit rechnen müssen, dass Menschen mit einer Demenz auch in den z. B. chirurgischen Fachgebieten auftreten, und es daher auch darum geht, eben in diesen Bereichen die geriatrischen Kompetenzen zu erhöhen. Insofern muss sich die Altersmedizin auch mit den anderen Sichtweisen und Konzepten auseinandersetzen.

Demographie- und Morbiditätsentwicklung müssen nicht parallel gehen

● Gemeindenahe Geriatrie

Wichtig ist auch die enge Verknüpfung mit der ambulanten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in regionalen Netzwerken. Man kann sogar so weit gehen, ähnlich wie in der Psychiatrie zu sagen, wir brauchen so eine Art Sektorisierung der Geriatrie. Denn das geriatrische Versorgungskonzept ist natürlich in ganz besonderer Weise darauf angewiesen, dass das, was in der stationären geriatrischen Behandlung oder Rehabilitation erzielt wird, auch im Alltag trägt. Und das wiederum funktioniert nur, wenn es enge Netzwerke mit

den niedergelassenen Therapeuten, aber auch mit Pflegediensten gibt, denn sonst kann ein Behandlungserfolg schnell auch nur von kurzer Dauer sein, und auch in der Geriatrie können wir keine Drehtüreffekte gebrauchen.



Wir haben im Moment in Hamburg keine echte Sektorsierung im Sinne einer Festlegung wie in der Psychiatrie, aber wir werden die Entwicklung der Patientenströme sehr genau beobachten. Ich halte den Bezug zum Stadtteil im Zweifel für wichtiger als die Weiterbehandlung im Krankenhaus desselben Trägers. Der Wettbewerb wird nicht geringer und natürlich gibt es ein hohes Interesse daran, bestimmte Behandlungsketten in den eigenen Häusern zu gewährleisten, aber ich halte es für wichtig, dass sowohl die Medizinerschaft als auch die Planungsbehörden darauf achten, dass das nicht zulasten der Patienten passiert.

Gerade in der Geriatrie muss ein Sozialraumbezug da sein, nur dann funktionieren Netzwerke zu den niedergelassenen Ärzten, zu den ambulanten Pflegeein-

richtungen und natürlich zu den Angehörigen der Patienten, und nicht bei Patiententransfers quer durch die Stadt. Wir wollen uns das angucken. Wenn wir aber sehen würden, dass man entgegen dieser Interessen handelt, müsste auf der Agenda der Politik überlegt werden, ob man ähnlich wie in der Psychiatrie auch im Sinne einer gemeindenahen Geriatrie zu weitergehenden Regelungen kommt.

● Krankenhausplan Hamburg 2015

In Hamburg verfügen wir bereits über das gesamte Stadtgebiet verteilte starke Geriatrien – wir haben nach Ihrem Gutachten auch die höchste Quote geriatrischer Betten in Deutschland – insofern können wir ein Stück weit auf das, was in Hamburg aufgebaut wurde, auch schon stolz sein.

Aber wir befinden uns jetzt gerade in der Diskussion über den Krankenhausplan 2015 und haben dafür gemeinsam mit den Verantwortlichen bei den Krankenhäusern ein paar Leitlinien entwickelt. Wir haben gesagt, es muss nicht an jedem Krankenhaus eine Geriatrie sein, aber wir wollen auch bestimmte Größenordnungen nach Möglichkeit nicht überschreiten, d. h. wir haben eine Richtgröße von 50 Betten um einen richtig eigenständigen geriatrischen Schwerpunkt zu bilden und wir streben an, dass es nicht über 150 Betten geht. Und wir haben darüber hinaus Schwerpunkte unter 50 Betten, die dann im Rahmen der Inneren Medizin entwickelt werden.

Unter diesen Leitlinien werden wir in Hamburg in unterversorgten Bezirken wie beispielsweise in Hamburg-Bergedorf, wo immer noch sehr viele Patienten anderswohin verlegt werden, auch noch einen eigenständigen Bereich aufbauen, obwohl wir von der Gesamtdeckung her eigentlich genügend Betten hätten. Auf einen sich rechnerisch ergebenden Abbau einzelner Betten werden wir verzichten vor dem Hintergrund dessen, dass wir mittelfristig durchaus mit steigenden Bedarfen rechnen.

Das zweite ist die Verknüpfung ambulant – stationär und die Frage der

Nutzung der Rehabilitationskapazitäten an den stationären Institutionen auch für ambulante Formen von Rehabilitation und die Sicherung

In der Geriatrie muss ein Sozialraumbezug da sein, nur dann funktionieren Netzwerke zu niedergelassenen Ärzten, ambulanten Pflegeeinrichtungen und natürlich Angehörigen

der Ergebnisse. Hierhin gehört auch das weitere Feld der geriatrischen Tagesklinik. Hier werden wir kleine Anpassungen vornehmen, aber das wird noch ein Punkt für die Zukunft sein. Hier gibt es einen gemeinsamen Auftrag der Partner darüber noch weiter zu reden, bevor wir dann im Jahr 2012 unter Würdigung dieser Gespräche auch den teilstationären Bereich krankenhauplanerisch in die Zwischenfortschreibung des Krankenhausplanes einmünden lassen.

● Fazit

Mein Fazit aus Sicht als zuständige Landesgesundheitspolitik:

- Der deutlich ansteigende geriatrische Versorgungsbedarf ist eine ernstzunehmende gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nur gemeinsam mit Leistungserbringern, Kostenträgern und Politik gelöst werden kann.
- Das Vorgehen muss interdisziplinär über die Sektoren hinweg, multiprofessionell und auch über die Grenzen der Kostenträger hinweg erfolgen.

- Die fachspezifischen geriatrischen Spezialstrukturen müssen auf der einen Seite mit dem Ziel der sektorübergreifenden Versorgung und auf der anderen Seite mit dem Ziel eines breiten Empowerments der übrigen Versorgung unter geriatrischen Gesichtspunkten weiter verfolgt werden.
- Wir müssen sehen, ob es sozialrechtliche oder wettbewerbliche Sektoren- und Budgetgrenzen gibt, die möglicherweise auch bundesgesetzlich, also auch gesetzgeberisch, angegangen werden müssen, um ein entsprechendes Versorgungsnetz einrichten zu können.
- Wir müssen auch weiter gemeinsam daran arbeiten, dass die Akzeptanz des geriatrischen Versorgungsgebietes sowohl in der Medizin als auch in der Gesellschaft steigt und in der Medizin wie der Gesellschaft für die spezifischen Kompetenzen der Altersmedizin werben.
- Dazu gehört auch der Ausbau von Lehre und Forschung und der Ausbau der geriatrischen Weiterbildungskapazitäten für die Ärzte. Auch hier arbeiten wir mit der Hamburger Ärztekammer, glaube ich, schon sehr erfolgreich zusammenarbeiten.



„Gehen Sie über den Wochenmarkt und ermitteln Sie das Verhältnis



Dr. Klaus Beelmann
Geschäftsführender
Arzt der
Ärztekammer
Hamburg

... und Sie wissen, dass die Eingangsfrage, brauchen wir Geriatrie, längst von den Fakten überholt ist.“ Mit diesen Worten leitete Dr. Klaus Beelmann, geschäftsführender Arzt der Ärztekammer Hamburg, in kurzfristiger Vertretung von Dr. Frank Ulrich Montgomery, dem Vizepräsidenten der Bundesärztekammer, den ersten Teil seines Beitrags mit grundsätzlichen Reflexionen zu den Herausforderungen einer alternden Gesellschaft und daraus erwachsender Bedarfe ein.

Im zweiten Teil formulierte er strukturelle und prozessuale Qualitätsanforderungen an die geriatrische Versorgung und erläuterte vor diesem Hintergrund den standespolitischen Diskussionsprozess um die weitere Verortung der Geriatrie in der (Muster-)Weiterbildungsordnung und die Vor- und Nachteile verschiedener Lösungsoptionen.

Braucht das Land Geriatrie? Obgleich wir hierzu nun schon Entscheidendes gehört haben, möchte ich mich dem Thema noch einmal vom Grundsatz her nähern. Zukunft wird heute gerne mit dem Begriff der Szenarien in Verbindung gebracht. Meist schwant einem dabei nichts Gutes - vom Klima bis hin zur Finanzwelt. Und richtig, auch bei der Demographie ist es nicht viel anders. Ob wir wollen oder nicht, die Alterspyramide steht auf dem Kopf und wir fragen uns, wie die Beteiligten dies schadlos aushalten werden.

● Dilemma der Längerlebigkeit

Der Prozess hat katalytische Merkmale, einmal einsetzend, beschleunigt er sich selbst - das, zumal die Lunte von zwei Enden her brennt: das Alter hier und die fehlenden Geburten dort.



Gehen Sie über den Wochenmarkt und ermitteln Sie das Verhältnis von Rollatoren zu Kinderwagen und Sie wissen, dass die Eingangsfrage längst von den Fakten überholt wurde. Sie zeigen das Alter nicht als eine Folge respektabler Jubiläen, sondern als eine Art Krankheitsattraktor. Was sich an Morbidität auf Viele und Jüngere hätte verteilen sollen, verdichtet sich nun bei den Alten. Der Ertrag ist die Längerlebigkeit, die individuell als Chance, als Geschenk gesehen wird, die kollektiv jedoch nur als Notlage erscheint.

Die Biologie wartet zudem mit dem paradoxen Effekt auf, dass das Problem umso größer wird, je besser wir es lösen. Je mehr uns die individuelle Rettung gelingt, desto schwieriger die Gesamtlage - ein im Übrigen für hochentwickelte Industrienationen reserviertes Problem, das außerhalb dieser Sphäre unbekannt ist. Wir sind Teil des Problems. Als Vorstufe braucht man nur lange genug zu warten, sich in der Inkubation vermeintlich ewiger Jugendlichkeit aufzuhalten, um dann schmerzlich ins Alter ausgestoßen zu werden. Bezeichnend, dass wir für die Zustandsbeschreibung zwischen Adoleszenz und Alter die Gesundheit als Leitbegriff wählen und dann für das Alter selbst die Krankheit.

● Mangel an Einübung im Alt-Sein

In diese Phase treten wir recht ungeübt ein, aufgeladen von den Bewegungs- und Gute-Laune-Erwartungen aus Fitness- und Unterhaltungsindustrie, deren Kapriolen erst zum Erliegen kommen, wenn die Endlichkeit den Alternden einholt - und es sind viele Endlichkeiten gleichzeitig. Für alles und jedes gibt es Prävention, und auch wenn sie im Letzten dem Älter-werden-können dient, es mangelt doch an Vorbereitung, an Einübung im Alt-Sein und am Ende - schwer zu sagen, weil so konsequent tabuisiert - im Sterblich-Sein.

Fehlt es an medizinischem Gerät? Nein. Wir haben mehr Medizin im Repertoire als der alte Mensch überhaupt aushält. Wir verfügen sogar mit der rehabilitativen und der bereits etabliert geriatrischen Versorgung potenziell über adäquate Reduktionsstufen medizinischer Intervention. Ich behaupte, der spezifische Bedarf des alten Menschen liegt jenseits der Geriatrie. Er liegt im Diesseits unseres sozialen

von Rollatoren zu Kinderwagen ...

Das KCG wollte wissen:

- Braucht das Land Geriatrie?
- Wenn ja, für wen, wie viel und mit welcher Qualifikation?
- Ist die Fachspezifik der deutschen Krankenhausversorgung angesichts des demographischen Wandels noch bedarfsgerecht und effizient?
- Welchen Stellenwert räumt die BÄK der geriatrischen Weiterqualifikation in Zukunft ein? (bspw. vor der rasant wachsenden Nachfrage nach Geriatern durch die Abrechnungsanreize geriatrischer DGRs im stat. Bereich, aber auch in der amb. Versorgung, wo spezifisch geriatrische Kompetenzen kaum ausgewiesen sind ?)

Integrationswillens. Das Alter dekonstruiert die physische Verfügbarkeit, aber die Persönlichkeit jedes einzelnen alten Menschen steht dagegen. Ohne diese Kraft in unserer Gesellschaft wirksam werden zu lassen, werden wir es nicht schaffen, uns gemeinsam zu behaupten und selbst dasjenige im Wesen verfehlen, was uns in einer ephemeren friedlichen Phase als materieller Wohlstand zugefallen sein mag.

Sicher bleibt der Mensch ein Mängelwesen. Er ist es aber nicht erst im Alter, sondern es gehört zu seiner anthropologischen Grundausstattung. So ist er auch zu keiner Zeit als bloße Summe seiner Morbidität beschreibbar, genauso wenig wie er zu einer anderen Zeit nur als Resultante mutmaßlicher Fähigkeiten gelten kann.

● **technisch-supportiver medizinischer Ansatz nicht ausreichend**

Weil wir Ärzte sind, werden wir bemüht sein, nicht nur medizinisch alles zu tun, was wir können, um Multimorbidität zurückzudrängen und Selbstbestimmung und Entfaltung zu unterstützen. Gesellschaftlich reicht jedoch ein technisch-supportiver medizinischer Ansatz nicht aus, wenn es uns nicht gleichzeitig gelingt, die ins Senium Gekommenen im schöpferischen Bezirk der Gesellschaft zu halten oder sie in diesen Kontakt zurückzuführen.

Lernen wir zu nutzen, was wir haben wer-

den, anderes gibt es nicht. Wir werden uns nicht nur als Ärzte verstärkt dem alten Menschen zuwenden müssen, ihn ermutigen, seine Erfahrungen an uns weiter zu geben und damit einen Teil unserer Geschichte entstehen zu lassen. Von dort her kommt, so meine ich, die Zukunft und nicht aus der Richtung schütterer Visionen, die populistischen Allgemeinplätzen entspringen.

Zusammenhänge stiften, Deutungen eröffnen, einen Horizont erhalten - das sind Altersleistungen, deren Austausch es ohne den immer beklagten Wandel nicht gäbe - wenn sie denn auch angenommen werden. Ich denke an die Empfindlichkeit gegenüber Krieg und Gewalt, an die Befreiung von kultureller Enge und Ausgrenzung. Das könnten Botschaften sein, die wir zu hören bekämen, wenn wir uns die Zeit nähmen, zuzuhören - zuhören einer für unsere Gesellschaft zunehmend konstitutiv werdenden Gruppe von Menschen.

Alte Menschen, das sei hier deutlich gesagt, sind so wenig eine Randgruppe wie Fußgänger, Konzertbesucher oder - traurig, dass es (wie uns die Tagespolitik belehrt!) immer noch nicht jedem klar ist - ausländische Mitbürger.

● **Bedarfsprognosen**

Zurück zur Geriatrie. Der Blick auf die Ärzte zeigt: Wie bei einem physikalischen Experiment sind die Ergebnisse des Beobachteten abhängig vom Beobachter. Er unterliegt denselben Gesetzen und wird im gleichen Takt wie seine Patienten alt und älter. Ganz allgemein ist also die Nachwuchsförderung Allzweckmaßnahme, um die nötige, umfangreicher werdende Behandlung der Bevölkerung zu sichern.





15,6% aller fachärztlich und 19,6% aller hausärztlich tätigen Vertragsärzte sind 60 Jahre und älter. Mit wie viel Bedarf und womit im Einzelnen zu rechnen ist, unterliegt einer prognostischen Unschärfe, könnte aber auf den Status-quo-Analysen fußen, die im Weißbuch zusammengetragen sind, selbst wenn es hier und da mal den einen oder anderen kleinen Rechenfehler gegeben haben

mag. Arzneimittelforschung hin und Präventionseffekte her, Patienten mit spezifischer alterstypischer Multimorbidität werden zunehmen. Sie werden nicht auf uns zukommen, sondern wir werden sie sein - bestenfalls.

● Qualitätsanforderungen an geriatrische Versorgung

Die drei wesentlichen Qualitätsanforderungen an die geriatrische Versorgung sind:

- Erstens die Gestaltung des Behandlungsablaufes. Hier ist es vonnöten, dass wir Leitlinien entwickeln für die Multimorbidität, die wir für die vielen einzelnen Spezialisierungen schon haben, aber eben noch nicht für dieses komplexe Thema. Ebenso vonnöten ist die koordinative Kompetenz beispielsweise nach dem Modell des geriatrischen Versorgungsverbundes.
- Die zweite Qualitätsanforderung richtet sich an die strukturelle Ausstattung geriatrischer Versorgung. Sie ist im Mittel zwar nahezu flächendeckend vorhanden, unterliegt aber doch Unterschieden und muss in ihren regionalen Varianzen noch genauer analysiert werden.
- Der dritte Punkt ist der Aspekt der beruflichen Qualifikation, angefangen von der Erhöhung der Anzahl geriatrischer Lehrstühle, der Qualität des gesamten Behandlungsteams, das sich hier verbessern soll, bis zur Gestaltung der ärztlichen Weiterbildung.

● Ärztliche Weiterbildung Geriatrie

Damit richtete Dr. Beelmann seinen Blick auf die gegenwärtige Weiterbildungssituation. Es gehe darum, in irgendeiner Form eine Facharzt- oder Schwerpunktkompetenz neu oder die vorhandene Zusatzweiterbildung weiter zu entwickeln, um das Thema Geriatrie angemessen zu behandeln. Wenn man dabei über die Einführung eines neuen Facharztes nachdenke, sei zu beachten, dass die Berufs(ausübungs)ordnung sich auf die Weiterbildungsordnung beziehe und die Tätigkeiten eines Facharztes auf sein Gebiet beschränke. Die Weiterbildungsordnung, hier als (Muster-)Weiterbildungsordnung auf Bundesebene entwickelt, unterliege dabei jedoch einer ständigen Diskussion. Sie sei nicht starr, sondern werde durch Diskussionen, wie wir sie auch heute hier führten, mitentwickelt. Sie repräsentiere das, von dem wir glauben, dass wir die Versorgung damit angemessen darstellen können.

Zurzeit haben wir Geriatrie als eine Zusatzweiterbildung. Das bedeutet – ein ganz wesentlicher Punkt –, dass diese Zusatzweiterbildung von allen Fachärzten erreichbar ist. Jeder kann in seinem Fach eine spezifische Vertiefung erreichen durch eine 18-monatige Weiterbildung mit einem durchaus stattlichen Konvolut an Prozeduren, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Richtzahlen in der Größenordnung von 1000, zusammengesetzt aus der Akutdiagnostik, der strukturierten Diagnostik über die geriatrische Therapie bis hin zur Schmerzbehandlung.

● Facharzt für Geriatrie ?

Nun gehe es darum gemeinsam zu diskutieren, ob wir die Geriatrie als einen potenziellen neuen Facharzt brauchen und zwar flächendeckend auf Bundesebene, nicht in Form von Einzelentscheidungen wie in Berlin, Brandenburg oder Sachsen-Anhalt.

Die spezifische Weiterbildung zu einer Facharztkompetenz in einem Gebiet bedeute dabei aber auch die Ausgrenzung aller anderen Fachgebiete, die diese Spezialisierung nicht haben. Dies sei insbesondere unter den quantitativen Aspekten des Versorgungsbedarfes abzuwägen.

Der Ärztetag in Dresden habe sich in diesem Jahr mit dem Antrag befassen müssen, ob der

Facharzt für Geriatrie eingeführt werden soll, und hat diesen Antrag an den Vorstand überwiesen. Das bedeutet immer, dass es nicht sofort zur Einführung kommt, so dass man im Ergebnis über diese Situation noch miteinander diskutieren muss. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat den Themenkomplex vorgesehen für eine Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung, wenn klar ist, wie man diesen potentiellen Konflikt zwischen Zusatzweiterbildung für alle Gebiete einerseits und neuer Facharztqualifikation in einem einzelnen Gebiet andererseits lösen kann.

Die Qualifikationsebenen stünden auch aus der Perspektive des Arztes in Weiterbildung in einem gewissen Widerspruch zueinander. Bei identischen Qualifikationen hinsichtlich der Weiterbildungszeit für den Facharzt und die Zusatzweiterbildung könne man sich leicht vorstellen, dass sich Ärzte in Weiterbildung dann für die Facharztqualifikation entscheiden.

Die Frage sei auch, wie die Versorgung in den Kliniken derzeit geregelt ist. Sicherlich muss es mehr Spezialwissen zur Versorgung älterer Menschen geben, eine Chance bestehe im Bereich der Inneren Medizin, neuerlich durch eine Weiterentwicklung des stationär geprägten Facharztes für Innere Medizin, der vor zwei Jahren wieder eingeführt worden sei.

Außerdem haben wir natürlich auch die Möglichkeit und die Verpflichtung, dieses Spezialgebiet in die Weiterbildungsinhalte der anderen Facharztweiterbildungen stärker zu integrieren als bisher. Die Facharztqualifikationen als solche sind in diesem Zusammenhang nicht wirklich diskutabel, weil sie die Diversifikation der Medizin repräsentieren und sicherlich einen unverzichtbaren Beitrag zur Behandlung schwerkranker, multimorbider Patienten leisten. Die Aufteilung in Spezialgebiete ist also sinnvoll, aber die integrativen Leistungen müssen zunehmen.

Die Vortragsfolien von Herrn Dr. Beelmann zur Bewertung des Weißbuchs Geriatrie stehen unter <http://www.kcgeriatrie.de> separat zum Download zur Verfügung

● Ausblick und Optionen

Zum Schluss ein Blick darauf, was man tun kann:

- Die Strukturdebatte wird aktuell fortgesetzt.
- Die Zusatzweiterbildung könnte ein stärkeres Gewicht auf die Patientenversorgung im Verbund legen, d. h. man könnte die Inhalte dieser Zusatzweiterbildung stärker interdisziplinär akzentuieren.
- Man könnte auf der anderen Seite auch erwägen, die Weiterbildungszeit von 18 Monaten zu verlängern, wenn man neue Inhalte dort platzieren will, also meint, hier müsse qualitativ ein Zuwachs auf Seiten der Zusatzweiterbildung erreicht werden.
- Und man könnte mehr Geriatrie in die vorhandenen Facharztkompetenzen einfließen lassen.
- Schließlich könnte man am Ende ein Hybridmodell bilden, wo man den Facharzt für Geriatrie kombiniert mit einer Zusatzweiterbildung, die aber nicht für alle Fachärzte zugänglich ist, sondern nur für die, die wirklich intensiv mit geriatrischen Patienten in Kontakt treten. Gleichzeitig könnte dies verbunden werden mit einer Anhebung der Qualifikationsanforderungen der Zusatzweiterbildung.

Facharztqualifikationen repräsentieren die Diversifikation der Medizin. Die Aufteilung in Spezialgebiete ist also sinnvoll, aber die integrativen Leistungen müssen zunehmen

Die Diskussion über diese Optionen geht weiter und dafür erhoffe ich mir, dass die Ergebnisse der heutigen Fachtagung auch eine Rolle mitspielen werden. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!



„Ältere Menschen wollen erst mal in ihrem häuslichen Umfeld



Dr. Burkhard John
Vorsitzender der
Kassenärztlichen
Vereinigung
Sachsen-Anhalt

Aus dieser Überzeugung heraus plädierte Dr. Burkhard John, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt und selbst als Allgemeinmediziner in einer geriatrischen Schwerpunktpraxis tätig, für die Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ auch in der geriatrischen Versorgung.

Hierzu bedürfe es einer intensivierten hausärztlichen Fortbildung, eines die Hausärzte in ihrer Arbeit unterstützenden Netzes geriatrischer Schwerpunktpraxen und einer in Regie solcher Schwerpunktpraxen betriebenen niedrigschwelligeren Versorgungsstufe zur ambulanten Rehabilitation, wie sie Dr. John seit Jahren modellhaft als „ambulanter geriatrischer Rehakomplex Schönebeck“ betreibt.

Hierdurch könnten stationäre Aufnahmen vieler geriatrischer Patienten verhindert oder verkürzt und die stationären Bedarfsprognosen des Weißbuchs Geriatrie deutlich reduziert werden.

Dr. John führt aus, dass Sachsen-Anhalt von seinen 2,5 Millionen Einwohnern bis 2025 noch einmal 500 000 Menschen verlieren werde, der Anteil der über 65-Jährigen und damit die Geriatriisierung allerdings weiter deutlich zunehmen werde. Schon jetzt hätte Sachsen-Anhalt die Situation, die viele andere Bundesländern erst in 5 oder in 10 Jahren erleben werden. Insofern eigneten sich die neuen Bundesländer für Modellvorhaben in diesem Bereich besonders gut.



Hierbei geht es nach John nicht einfach nur um die Behandlung von alten Menschen. Alte Menschen haben häufig ganz viele Krankheiten. Hierfür brauche es eine andere Struktur der Versorgung.

Zudem wollten alte Menschen erst mal in ihrem häuslichen Umfeld versorgt werden. Die wollen da bleiben, wo sie etabliert sind, nicht in irgendeine stationäre Pflege und auch nicht mehr in eine tolle Rehaklinik irgendwo in die Alpen. Die wollen zuhause bleiben und dort versorgt werden, wo sie auch wohnen.

● Der Hausarzt als Basis der Versorgungs- pyramide

Daher sei es wichtig hierfür vernünftige Versorgungsstrukturen aufzubauen. Und der Spezialist für die Versorgung von multimorbiden Patienten im ambulanten Bereich sei eben der Hausarzt. Der Hausarzt ist der entscheidende, der mit diesen vielen Krankheiten umgehen und die Medikation sinnvoll untereinander kombinieren kann etc..

*Der Spezialist für die
Versorgung multimorbider
Patienten im ambulanten
Bereich ist der Hausarzt*

Den benötigen wir erst einmal als den Basisversorger. Und von dem aus muss die gesamte weitere Versorgung gesteuert werden. Sie sehen in dieser Pyramide, dass das dann hoch bis zur spezialisierten Versorgung geht - hier würde ich dann auch die stationäre Rehabilitation mit einordnen. Aber den ganzen Bereich darunter dürfen wir nicht ausblenden, wenn wir über Versorgungsstrukturen diskutieren.

● Strukturanpassungsbedarf in der Hausarztversorgung

Und da wird sich auch die Struktur der Hausarztversorgung verändern müssen. Wir haben schon jetzt in vielen Ostländern einen ziemlichen Mangel an Hausärzten und 25% sind älter als 60 Jahre. Das wird sich also in den nächsten Jahren weiter fortsetzen.

Darum brauchen wir Unterstützung. Wir brauchen neue Teamstrukturen in der hausärztlichen Versorgung. Die kleine Praxis mit 2 Helferinnen ist - ähnlich wie ein Tante-Emma-

versorgt werden“



Das KCG wollte wissen:

- **Kompensation stationären Versorgungsbedarfs durch Ausbau ambulanter geriatrischer Versorgung möglich?**
- **Wie realistisch ist die Verbesserung der ambulanten geriatrischen Versorgung in diesem Sinne?**
- **Welche konkreten Handlungsschritte wären politisch für eine stärkere Verankerung geriatrischer Qualifikation in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erforderlich?**

Laden - nicht mehr unbedingt das Versorgungsmodell, das wir uns von Seiten der Hausärzte perspektivisch vorstellen. Auch hier wird man viel mehr auf Teamstrukturen setzen müssen, sowohl auf größere Praxisstrukturen als auch auf zusätzliche personelle Unterstützung in der Praxis.

Wir brauchen Teamstrukturen in der hausärztlichen Versorgung

Es geht also nicht nur um Entlastung für den Hausbesuch bspw. durch Gemeindefachschwestern wie im Modellprojekt „Schwester AGnES“.

Ich will hier auch die sogenannte Versorgungsassistentin nennen, die wir zur Entlastung des Hausarztes in der Praxis einsetzen wollen - gerade im Bereich der Geriatrie und gerade im Bereich der Versorgung multimorbider Patienten. Hier kann eine Aufgabe z.B. die Vorbereitung eines geriatrischen Basisassessments sein, weil ja viele immer wieder sagen, wann soll der Hausarzt das alles auch noch machen. Hier sind viele Leistungen delegationsfähig - genauso wie in der Klinik ja auch nicht ein Arzt das gesamte Assessment alleine erstellt.

Für diese Delegation brauchen wir die Struktur der Versorgungsassistentin - kurz „VERAH“ genannt -, die wir jetzt gerade versuchen einzuführen. Und in deren Qualifikation ist eben bspw. auch das geriatrische Basisassessment mit enthalten.

● **Screening und Basisassessment in die Hausarztpraxis**

Das hausärztlich geriatrische Basisassessment ist ein extrem wichtiges Instrument, weil der Hausarzt ja die Weichen für die weitere Versorgung stellen muss. Es ist ja auch im EBM abgebildet, so dass wir das abrechnen können - nicht besonders gut bewertet und leider im sogenannten Regelleistungsvolumen enthalten, d. h. man kann damit in der Arztpraxis kein Geld verdienen. Aber der Hausarzt kann daran erkennen, wo soll ein Patient weiter betreut werden, besteht ein erhöhter geriatrischer Versorgungsbedarf im Sinne von rehabilitativen Ansätzen oder sind vielleicht noch präventive Ansätze sinnvoll? Darum müssen wir auch versuchen, diese geriatrischen Testverfahren in der hausärztlichen Versorgungsebene zu etablieren.

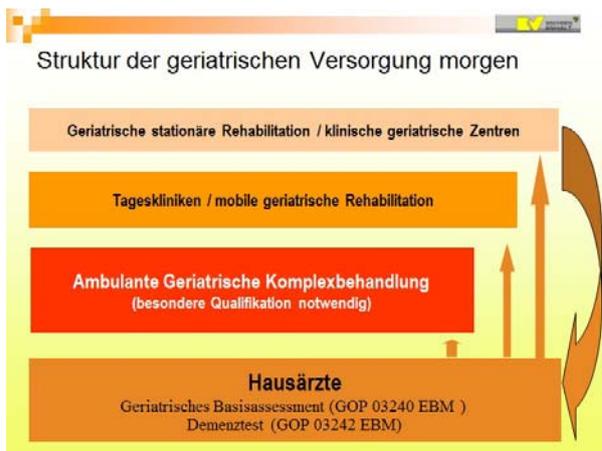


● **Ambulanter geriatrischer Rehakomplex als notwendige ambulante Zwischenstruktur**

Im Moment sieht die Struktur der Versorgung in Deutschland häufig so aus, dass wir eine hausärztliche Versorgungsebene haben mit dem sicher noch ausbaufähigen geriatrischen Basisassessment und dann vielleicht Tageskliniken und klinisch geriatrische Zentren.



Was wir benötigen ist eine Zwischenstruktur, in der eine ambulante geriatrische Komplexbehandlung realisiert werden kann, wo ich also auch ein therapeutisches Team, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeiter, ggf. auch Kompetenz zur Wohnraumanpassung zur Verfügung habe.



Und das muss flächendeckend vorhanden sein, weil nur so wirklich wohnortnahe Versorgung zu leisten ist. Ziel muss es sein, so viel stationär wie nötig, aber auch so viel ambulant wie möglich zu realisieren. Und es ist viel mehr ambulante geriatrische Komplexbehandlung

möglich als wir das bisher darstellen bspw. bei Patienten, die noch gar nicht stationär in der Versorgung waren, die z.B. über das geriatrische Basisassessment in der Hausarztpraxis, auffällig werden und dann schon einer komplexen Maßnahme im Bereich der Geriatrie zugeführt werden können, oder bei Patienten, bei denen noch ein deutliches Rehapotenzial nach einem stationären Aufenthalt vorhanden ist. So kann auch die Dauer eines stationären Aufenthaltes vermindert werden, während es bei ambulanten Patienten um die Vermeidung von stationären Aufenthalten geht.

Wir haben in Sachsen-Anhalt dieses Modell jetzt als IV-Vertrag nach §140 umgesetzt. Und das hat sich sehr bewährt. Wir sind eine geriatrische Schwerpunktpraxis mit mehreren Ärzten und der typischen Teamstruktur. Sie können sich in einem Film auf unserer Website anschauen, wie das alles funktioniert (www.agrsbk.de).

Diese Chancen werden aber noch zu wenig genutzt, weil entsprechende Versorgungsangebote fehlen. Darum stehe ich auch ein bisschen in Widerspruch zu dem, was in dem Weißbuch diskutiert wurde. Unser Modell sieht etwas anders aus. Wir sagen, dass wir wohnortnah und flächendeckend solche Kompetenzzentren im Sinne von Schwerpunktpraxen etablieren müssen.

● **Geriatrische Schwerpunktpraxen**

Sie kennen solche Schwerpunktpraxen aus der Diabetologie - das ist heutzutage teilweise auch etwas entartet, weil die dann wieder die Hauptversorgung übernehmen, aber die ursprüngliche Idee dieser Schwerpunktpraxen war ja, eine „Feuerwehrfunktion“ zu übernehmen, wenn der Hausarzt spezifische Probleme hat, mit denen er nicht weiterkommt. Solche Praxen könnten dann tatsächlich auch wohnortnah, ich sage mal im Umkreis von 30-35 km für die Menschen vorhanden sein.

Auf der Ebene der Kassenärztlichen Bundesvereinigung haben wir in der Vertragswerkstatt ein Konzept entwickelt, wie man solche Schwerpunktpraxen ausstatten müsste, welche Qualifikation und welches therapeutische Team notwendig wäre, bis hin zur Frage, welche Vergütung hierfür erforderlich wäre. Dieses Vertragskonzept wäre nutzbar für alle Landesregionen, es wird nur leider im Moment nicht ausreichend genutzt.

● Einbindung in Netzwerkstrukturen

Wir haben dies in Sachsen-Anhalt auch ins Geriatriekonzept aufgenommen und gesagt, wir benötigen eine Netzwerkstruktur.

In dieser Netzwerkstruktur ist im Zentrum immer eine Klinik mit geriatrischem Zentrum. Diese Klinik hat sowohl akutgeriatrische wie rehabilitative Aufgaben. Und um diese Klinik herum bauen wir geriatrische Schwerpunktpraxen auf, die mit der Klinik intensiv zusammenarbeiten, gemeinsame Qualitätszirkel durchführen etc.. Die Hausärzte arbeiten mit der Schwerpunktpraxis zusammen. Sie behalten die Behandlungskompetenz für ihre evtl. auch schwerer geschädigten geriatrischen Patienten. Wichtig ist, dass die Zuweisung in die stationäre Versorgung ggf. über die Schwerpunktpraxen erfolgt, die eine Art Vorschaltstelle für die Klinik sind und Filterfunktionen übernehmen.

Damit kann ich die Kompetenz, die sonst nur in der Klinik vorhanden ist, schon im ambulanten Bereich darstellen und da die Weichen richtig stellen kann: Ist das ein Patient für die ambulante oder die stationäre, für die rehabilitative oder für die akute geriatrische Versorgung? Wenn man mit dieser Struktur dann realisieren kann, dass der richtige Patient am richtigen Ort behandelt wird, glaube ich dass das auch wesentlich kostengünstiger werden kann.

● Qualifikationsbedarf auf allen Ebenen

Wir müssen natürlich auch sehen, dass da entsprechende Qualitätsstrukturen eingezogen werden. Ausgehend von dem Versorgungsebenenmodell müssen wir die geriatrische Kompetenz in allen Bereichen erhöhen.

Der Hausarzt muss erst einmal auf die Idee kommen, dass hier vielleicht ein bisschen mehr als Normalversorgung notwendig ist. Dafür gibt es bereits gute Fortbildungsmodulen vom Hausärzterverband und seinem Institut für hausärztliche Fortbildung bspw. zum geriatrischen Basisassessment. Wir brauchen für den hausärztlichen ambulanten Bereich aber noch eine bessere Strukturierung der Fortbildungsmöglichkeiten. Die Zusatzweiterbildung Geriatrie kann ich, wenn ich einmal niedergelassen bin, eigentlich nicht mehr erreichen: Darum gibt es dieses sogenannte 160-Stunden-Curriculum. Das sollte aber überarbeitet und besser strukturiert werden.

Für die Qualifikation in den Schwerpunktpraxen benötigt ein Hausarzt oder Internist natürlich eine besondere Fortbildung. Das kann die Zusatzweiterbildung Geriatrie oder auch der Facharzt für Geriatrie sein. Genau die sind die Richtigen um diese Aufgaben zu erfüllen. Und davon brauchen wir keine Massen. Für ganz Sachsen-Anhalt würden ca. 30-40 solcher Strukturen reichen um das Flächenproblem zu lösen. Aber auch da, müssen wir extrem viel weiterbilden.

Und schließlich brauchen wir eine Qualifikation von Klinikärzten, die nicht in der Geriatrie tätig sind, damit auch dort die entsprechenden Weichen richtig gestellt werden können. Auch in der Klinik werden nicht immer die richtigen Patienten auf die Geriatrie verlegt.

● Fazit

Ich glaube, mehrere Probleme sind im Weißbuch nicht ganz ausreichend diskutiert, weil man sich sehr auf den stationären Bereich fokussiert hat.

Wenn man eine vernünftige Zusammenarbeit von hausärztlichem Bereich, Schwerpunktpraxen und entsprechenden Kliniken schafft, sind die Bettenbedarfszahlen, die jetzt hochgerechnet wurden, glaube ich, nicht mehr realistisch. Sie basieren darauf, dass in der Struktur alles so bleibt wie bisher. Aber die Strukturen müssen sich ändern und dann müssen, da bin ich mir ziemlich sicher, die Bettenkapazitäten, die wir heute haben, nur geringfügig erweitert werden, weil man vieles auch im ambulanten Bereich oder in Kombination mit dem ambulanten Bereich lösen kann.



Der Vortrag von Herrn Dr. John zur Bewertung des Weißbuchs Geriatrie steht unter <http://www.kcgeriatrie.de> separat zum Download zur Verfügung



Matthias Mohrmann
Geschäftsbereichsleiter
Krankenhäuser
AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

„Wir müssen andere Antworten finden ...

... um mit dem alten Menschen und seiner Alterserkrankung umzugehen. In so einer Art und Weise weiter zu machen, können wir uns nicht leisten“. Dies war der einleitende und zugleich zusammenfassende Appell von Matthias Mohrmann, Geschäftsbereichsleiter Krankenhäuser der AOK Rheinland/Hamburg zu den Bedarfsprognosen des Weißbuchs Geriatrie aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherungen.

Vor dem Hintergrund der ohnehin hohen Bettendichte in Deutschland, stellte er bereits die aktuellen Versorgungsstrukturen als „unstrittigen“ Ausgangspunkt für die Hochrechnung von Bedarfen in Frage und plädierte ebenfalls für einen stärkeren Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen. Beim Ausbau geriatrischer Betten könne es allenfalls um Umwidmung bestehender Kapazitätsreserven anderer Fachgebiete gehen. Auch hier müsse die Geriatrie ihre Überlegenheit gegenüber der herkömmlichen Versorgung geriatrischer Patienten insbesondere in internistischen Abteilungen aber noch deutlicher belegen.

Mit ein „bisschen Beruhigung“ stellte Herr Mohrmann eingangs im Hinblick auf die Beiträge seiner Vorredner fest, dass es offenkundig nicht allein darum gehe, die stationären Kapazitäten zu verdoppeln, sondern dass schon darüber nachgedacht werde, zu anderen Versorgungsmodellen zu kommen und den ambulanten Versorgungsbereich stark einzubeziehen.

Immerhin steige der Anteil über 65-Jähriger von 2010 auf 2020 prozentual nur von 21% auf 23%, also um 2 Prozentpunkte, das Weißbuch fordere aber eine Verdopplung der stationären Kapazitäten. Wohin führe das, wenn man bis 2030 weiterdenke, wo noch einmal mit einem Anstieg um 6 Prozentpunkte zu rechnen sei?

● Das Thema ist relevant, aber die Gesamtperspektive entscheidend

Aus seiner Sicht wäre es zu kurz gegriffen, allein auf den stationären Sektor zu fokussieren, wenn über neue Versorgungskonzepte nachgedacht werde. „Wir müssen andere Antworten finden, um mit dem alten Menschen und seiner Alterserkrankung umzugehen.“

Das Thema ist relevant, das können die Kostenträger nicht bestreiten. „Natürlich haben wir diesen steigenden Anteil älterer Menschen und müssen damit im Gesundheitssystem auch umgehen. Aber wir können nicht einfach kritiklos das fortschreiben, was wir in der Vergangenheit gemacht haben. Wir können nicht einfach immer mehr stationäre Kapazitäten aufbauen. Und wir müssen den Status quo hinterfragen.“ Die Beiträge der Vorredner hätten gezeigt, dass man durchaus in andere Leistungssektoren hineingehen, bspw. im ambulanten Bereich sehr viel machen könne.

Man solle keine isolierte Betrachtung des Sektors Krankenhaus anstellen, auch keine isolierte Betrachtung des Bereiches Geriatrie, benötigt würden vernetzte intelligente Konzepte.

● Versorgungsfakten

Nur drei Aspekte, die den Hintergrund für die kritische Position der gesetzlichen Krankenversicherung zu stationären Kapazitätserweiterungen erläutern sollen und gar nicht primär nur mit dem Bereich der



Das KCG wollte wissen:

- Teilen Sie die Bedarfsprognosen des GEBERA-Gutachtens? Wenn nein, warum nicht, wo liegen Ihre Hauptkritikpunkte?
- Welche Erwartungen hat die GKV an geriatrische Versorgungsstrukturen und welchen quantitativen Bedarf sieht sie dafür?
- Wo sieht die GKV die wesentlichen Anpassungsbedarfe für die Versorgungsstrukturen im Hinblick auf die demographische Entwicklung?

Geriatrie zu tun haben:

- Bezogen auf die Krankenhaushäufigkeit nimmt Deutschland im internationalen Vergleich nach Österreich die zweite Stelle ein. 220 von 1000 Bundesbürgern gehen im Jahr ins Krankenhaus. In den skandinavischen Ländern oder der Schweiz sind es um die 165, 170 - und diese Werte sind schon alters- und geschlechtsstandardisiert. Wir haben eine enorme Krankenhaushäufigkeit, also eine weit überproportionale Inanspruchnahme des stationären Sektors insgesamt.
- Gleichzeitig entfällt in Deutschland ein relativ hoher Anteil am Bruttoinlandsprodukt auf die Gesundheitsausgaben - 10,5%. Das ist gut angelegtes Geld - wenn die Qualität auch stimmt! Aber man muss schon die Frage stellen, können und sollen wir immer mehr stationäre Kapazitäten aufbauen, die dann viel Geld kosten? Es geht ja nicht allein um die Krankenkassen, sondern es geht um die Volkswirtschaft insgesamt, die das Geld aufbringen muss, diese Versorgungsformen auch zu unterhalten. Es stellt sich die Frage, ob eine Fokussierung auf den stationären Sektor der richtige Ansatz ist.
- Wir haben - und das ist die positive Botschaft - allerdings Effizienzreserven im System. Diese müssen wir aktivieren, wenn wir zu dem Ergebnis kommen, in bestimmten Bereichen der Altersmedizin benötigen wir einen Ausbau der Kapazitäten. Diese Reserven lassen sich bspw. an höchst unterschiedlichen Komplikations-, Re-Operations- und Wiederaufnahmeraten belegen, wie wir sie z.B. in rheinischen Krankenhäusern nach Hüftoperationen nachweisen konnten. Die Unterschiede lagen zwischen weniger als 5% bis hin zu 50% im negativen Fall. Wir müssen uns angesichts solcher Zahlen darüber Gedanken machen, wie wir mit dem Thema

Die positive Botschaft: Wir haben Effizienzreserven im System

Qualitätsunterschiede in der Medizin umgehen. Wenn wir hier vorankommen, d.h. wenn es uns gelingt, dass Patienten künftig eben nicht mehr in Krankenhäusern mit solchen hohen Komplikationsraten behandelt werden, haben wir Möglichkeiten, mehr Geld für andere Sektoren auszugeben, uns z.B. für den Bereich der Geriatrie angemessene Mehrausgaben zu leisten.



● Methodische Kritikpunkte am Weißbuch

Neben verschiedenen Problemen der Datenvalidität wies Herr Mohrmann vor allem auf drei Aspekte hin, die aus seiner Sicht die Bestandsaufnahme und die Ergebnisse des Weißbuchs Geriatrie deutlich einschränkten: Die unzureichende Abbildung der Versorgung geriatrischer Patienten in internistischen Fachabteilungen, der fehlende Einbezug der ambulanten geriatrischen Versorgungsangebote und die Fortschreibung weiterer Bedarfe auf der Basis aktueller Versorgungsstrukturen.

Er fragte sich, wie im Weißbuch die vorhandene geriatrische Versorgung in der Inneren Medizin eigentlich abgebildet werde? Denn Innere Medizin erbringe ja zum großen Teil auch geriatrische Versorgung. Seit einigen Jahren könne dort die geriatrische Komplexbehandlung abgerechnet werden, ohne dass es eine ausgewiesene Fachabteilung Geriatrie geben müsse. Dies sei natürlich zu berücksichtigen, wenn man den Status quo der geriatrischen Versorgung erhebe und Betrachtungen für die Zukunft anstelle.

Bei der Analyse der gegenwärtigen Versorgungsstrukturen sei der ambulante einzubeziehen. Da gebe es derzeit zwar nur geringe Kapazitäten, aber die gehörten mit in die Gesamtbetrachtung hinein. Herr Lübke habe das in seinen Kapazitätsdarstellungen ja schon berücksichtigt.

Schließlich werde im Weißbuch aus seiner Einschätzung weitgehend ausgeblendet, dass Änderungen in den Versorgungsstrukturen stattfinden müssen. So teile er bspw. die dort getroffene Annahme, dass das, was im Moment an Strukturen vorhanden ist, unstrittig sei und man auf diesem Bedarf also unstrittig aufsetzen könne, nicht.

● **Auch der Bedarf bestehender Strukturen ist zu hinterfragen**

Man müsse zumindest die Frage prüfen, ob alte Menschen zu großen Teilen auch deswegen in stationären Geriatrien seien, weil es keine ambulanten Versorgungsangebote gebe? In Deutschland hätten wir derzeit nicht sehr viele Strukturen außerhalb des stationären Bereichs. Da müsse es sicherlich zu Änderungen kommen. Es gebe Anzeichen dafür, dass heute ein Bedarf stationär gedeckt wird, der eigentlich ambulant zu befriedigen sei.



Er sei immer kritisch, wenn man Prognosen linear nur auf Basis historischer Daten fortschreibe. Hierzu ein Beispiel: „Ich habe den Abrechnungsdaten der AOK Rheinland/Hamburg entnommen, wie sich die Anzahl der geriatrischen Komplexbehandlungen entwickelt hat. Von 2008 auf 2009 ist diese immerhin schon um beachtliche 10% angestiegen. Im ersten Halbjahr 2010 ist sogar eine Steigerung um fast 50% zu verzeichnen. Wenn ich darauf eine Hochrechnung aufbaue, wo komme ich da hin? Das zeigt, dass ich hinterfragen muss, *was* da eigentlich passiert und inwieweit in diesem Fall bspw. Anreize des Abrechnungssystems Einfluss auf die Versorgung nehmen?“

Ähnliches gelte für die Morbiditätsentwicklung: „Ich muss analysieren, wie sich der Gesundheitszustand der Menschen entwickelt? Herr Senator Wersich hat es bereits angesprochen. Der alte Mensch von heute ist nicht mehr der alte Mensch von vor 20 Jahren. Und er wird auch in 20 Jahren anders als heute sein. Das muss in solche Modelle einbezogen werden. Man kann nicht den Status bezüglich des Gesundheitszustands einfach so für die nächsten Jahre übernehmen.“

● **Bei Bedarf Umwidmung, aber kein zusätzlicher stationärer Kapazitätsaufbau**

„Wir erwarten insgesamt keinen großen Leistungsmengenanstieg in Deutschland. Das wäre auch erstaunlich, weil wir schon ein hohes Versorgungsniveau haben. Das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) prognostiziert bspw. einen Leistungsmengenzuwachs von 0,5% pro Jahr. Dass das Vergütungssystem vielleicht andere Anreize impliziert, lasse ich dabei außen vor. Wir haben derzeit eine relativ schwache Auslastung der stationären Kapazitäten von unter 80%, also Spielraum bei der Nutzung dieser stationären Kapazitäten. Ich muss somit keine zusätzlichen Kapazitäten aufbauen, sondern kann die vorhandenen Freiräume nutzen. Im Fazit erkennen wir daher keinen weiteren stationären Ausbaubedarf für Deutschland im Krankenhausbereich insgesamt.“

Wir sehen schon eine Veränderung im Bedarf. Da sind noch viele Fragen zu beantworten. Wenn wir zu einer Lösung kommen wollen, dann im Wege einer Umwidmung von stationären Kapazitäten, nicht im Wege eines zusätzlichen Aufbaus von Krankenhauskapazitäten.



● Viele offene Fragen

Abschließend bezeichnete Herr Mohrmann seine ersten Hinweise und Gedanken als Angebot zum Dialog. Viele Fragen seien durch das Weißbuch noch nicht beantwortet. Hierüber wolle er gern in die Diskussion kommen.

Statt eines Fazits schloss Herr Mohrmann seinen Beitrag daher auch mit einer Reihe solcher grundlegenden Fragen, zu denen aus Sicht der GKV für Entscheidungen über die künftige Ausgestaltung geriatrischer Versorgungsstrukturen noch weiterer Klärungsbedarf bestehe:

- „Das Weißbuch formuliert ein Allokationsproblem geriatrischer Patienten in der Inneren Medizin - daraus ergibt sich ja die Verdoppelung des Kapazitätsbedarfs in der Geriatrie. Da muss man sich die Frage stellen, **ob wir denn Hinweise darauf haben, dass die Innere Medizin das derzeit schlecht macht?** Das kann ja so sein! Aber man muss Unterschiede im Outcome belegen, wenn man eine solche Verlagerung fordert. (Und wenn diese Patienten dann in der Geriatrie behandelt werden müssen, muss man auch so konsequent sein, dass die geriatrische Komplexbehandlung nur noch auf geriatrischen Abteilungen und nicht mehr in Inneren Abteilungen abgerechnet werden kann.)
- Wir haben in den Bundesländern ganz unterschiedliche Kapazitäten in der Geriatrie. **Ist denn das Niveau der Versorgung für den**

Wir brauchen eine Änderung der Versorgungsstrukturen und müssen den ambulanten Bereich stärker einbeziehen

alten Menschen in Ländern mit hohen Kapazitäten besser als in Ländern mit niedrigen Kapazitäten, also bspw. in Nordrhein-Westfalen mit relativ mehr als doppelt so hohen Kapazitäten höher als in Niedersachsen?

- Wir erkennen im Weißbuch deutliche Unterschiede in der strukturellen geriatrischen Versorgung zwischen den einzelnen Ländern. Wir halten es für richtig, dass man im Weißbuch die Bereiche Reha und Krankenhaus zusammen in die Betrachtung einbezogen hat, weil es keine klare Unterscheidung gibt und die Bundesländer unterschiedlich damit umgegangen sind, in welchem Sektor sie die Geriatrie ansiedeln. Die Frage, **welcher Sektor denn eigentlich der richtige ist, wenn wir geriatrische Konzepte weiterentwickeln wollen**, stellt sich trotzdem.
- **Auch ist generell zu definieren, wie die optimale Versorgung geriatrischer Patienten aussieht.** Das Weißbuch gibt dazu keine Antwort.
- Wir müssen uns Gedanken darüber machen, **wo die Akutbehandlung endet, wo der Übergang in die Pflege liegt?** Wir haben in Deutschland unterschiedliche Sektoren. Wenn ich Entlastungen im Pflegebereich habe und vielleicht im Sozialhilfebereich, aber eine Belastung in der Krankenversicherung, dann habe ich keinen funktionierenden Finanzausgleich. D. h. wir müssen uns Gedanken machen, wie wir das, was volkswirtschaftlich sinnvoll ist, auch im System adäquat abbilden können. Das haben wir im Moment sicherlich noch nicht getan.
- Und ein letzter wichtiger Punkt ist immer, **wie machen es die anderen Länder, die eine geringere Inanspruchnahme des stationären Sektors haben, zum Teil aber ein besseres geriatrisches Versorgungsniveau aufweisen?** Darauf stärker zu sehen und sich daran zu orientieren, kann bei der Weiterentwicklung in Deutschland helfen.

Auf all diese Fragen gibt das Weißbuch keine ausreichenden Antworten.“

Der Vortrag von Herrn Mohrmann zur Bewertung des Weißbuchs Geriatrie steht unter <http://www.kcgeriatrie.de> separat zum Download zur Verfügung

Mittagspause





Gäste waren

Matthias Mohrmann, AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse, Geschäftsbereichsleiter Krankenhäuser,



ist mit Hamburg und Nordrhein zuständig für ein „109-er-Land“ mit reiner Krankenhausgeriatrie (§109) und ein „Misch-Land“ mit geriatrischen Versorgungsangeboten im Krankenhaus und in Rehaeinrichtungen (§109 und §111).

Er verwies u.a. darauf, dass es bereits deutlich mehr fachgeriatrische Versorgung gibt als nur in den ausgewiesenen geriatrischen Fachabteilungen

Ludger Buitmann, vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein, Referatsleiter Stationäre Einrichtungen,



hat in Schleswig-Holstein dieses Jahr eine Landesrahmenvereinbarung zur geriatrischen Versorgung auf den Weg gebracht, die durchaus innovative Züge hat.

Eine seiner Botschaften war, dass die Diskussion um den ambulanten Unterbau der stationären geriatrischen Versorgung die Entscheidende ist

Elke Huster-Nowack, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg, Leiterin Fachabteilung Versorgungsplanung,

Sie will u.a. künftig den Hemmnissen für die Inanspruchnahme ambulanter / tagesklinischer geriatrischer Versorgungsangebote ein stärkeres Augenmerk widmen



ist für die Weiterentwicklung geriatrischer Versorgungsstrukturen in Hamburg zuständig.

Hon.-Prof. Dr. Dieter Lüttje, Bundesverband Geriatrie, Vorstandsvorsitzender,



Er relativierte die GEBERA-Prognose als „Drohzahl“, sah u.a. aber erheblichen zusätzlichen geriatrischen Präventions- und Rehabilitationsbedarf

ist Geriater und leitet eine große geriatrische sowohl Akut- wie auch Rehabilitationsklinik in Osnabrück.

Moderation



Dr. Norbert Lübke
Leiter des Kompetenz-Centrums Geriatrie



Dr. Matthias Meinck
Kompetenz-Centrum Geriatrie



Dr. Friedemann Ernst
Kompetenz-Centrum Geriatrie

Prof. Dr. Werner Vogel, Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, Präsident,



Foto: D. Klier

leitet als Geriater die älteste geriatrische Klinik Deutschlands in Hofgeismar.

Er forderte u.a. mehr modellbegleitende Versorgungsforschung und plädierte dafür, bewährte Versorgungsstrukturen nicht in Frage zu stellen, sondern weiterzuentwickeln

Dr. Gabriele Hartl, Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, Referatsleiterin Stationäre Geriatrie, Stationäre Palliativ- und Hospizversorgung,



ist langjährig engagiert in der Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgungsstrukturen und hat das Fachprogramm Akutgeriatrie in Bayern federführend mitentwickelt.

Sie meinte u.a. alle gehören zusammen und verwies auf das seit Jahren in ihrem Ministerium erfolgreich praktizierte Prinzip des „Runden Tisches“

Dr. Klaus Schäfer, Hausärzterverband Hamburg, Vorsitzender; Ärztekammer Hamburg, Vizepräsident,



ist langjährig geriatrisch engagiert u.a. durch Teilnahme an entsprechenden Qualitätszirkeln und dem Fortbildungscurriculum „Ambulante geriatrische Rehabilitation“.

Er setzte sich für die Förderung geriatrischer Kompetenz in der hausärztlichen Versorgung ein und hielt u.a. das geriatrische Screening für eine originäre Aufgabe der Hausärzte

Dr. Stefan Gronemeyer, Medizinischer Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) e.V., (zum Veranstaltungszeitpunkt designierter, jetzt) Leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer,



Er sprach sich u.a. für klare Zielbestimmungen und Qualitätskriterien bei der Etablierung neuer geriatrischer Versorgungsangebote aus

ist als Leiter des Referates Rehabilitation und Geriatrie beim MDS langjähriger Partner des Kompetenz-Centrums auf Ebene der MDK-Gemeinschaft.

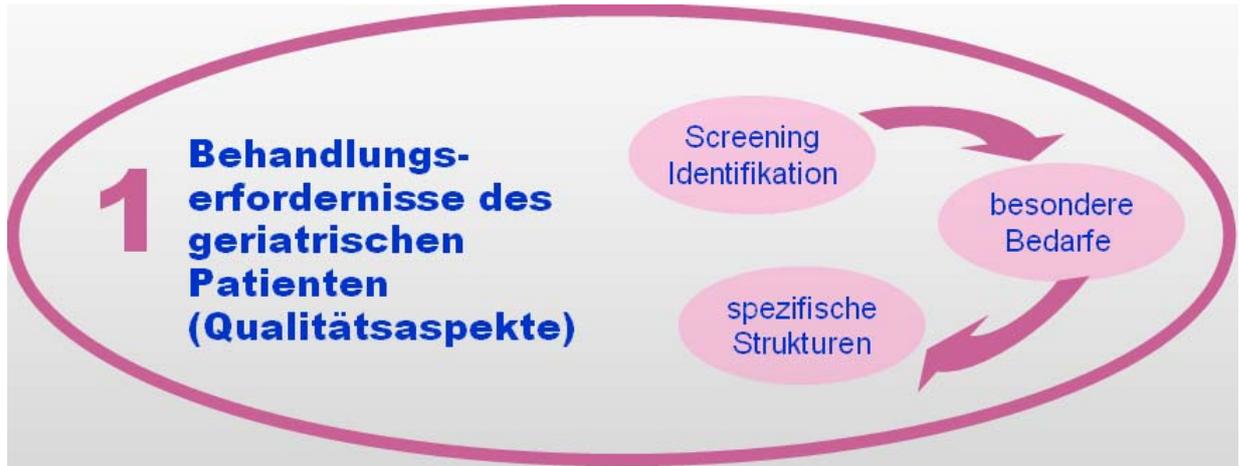
Dr. Burkhard John, Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, Vorsitzender,



Er setzte sich für geriatrische Schwerpunktpraxen ein und will dem Gesundheitssystem u.a. mit niederschweligen geriatrischen Rehabilitationsangeboten Kosten ersparen

leitet eine geriatrische Schwerpunktpraxis in Schönebeck, in der er den „ambulanten geriatrischen Rehakomplex“ als besonderes Behandlungsangebot vorhält.





● Identifikation und Screening

Dr. Lübke: *Ich hatte in meiner Darstellung des Weißbuches darauf hingewiesen, dass sich die GEBERA-Gutachter im Rahmen der Bedarfsplanung nicht leicht getan haben mit der Frage, wie kommen wir eigentlich zu den geriatrischen Patienten?*

Es wurde auf die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts verwiesen, der zufolge sinngemäß „geriatrisch ist, wer in der Geriatrie behandelt wurde“. Das ist von Herrn Mohrmann heute Morgen schon infrage gestellt worden.

Es ist zum anderen darauf hingewiesen worden, dass es mit Routinedaten sehr schwierig war, diese Patienten zu erfassen. Zugleich wird aber für die Versorgungssteuerung ein Screening oder Assessment gefordert: Diese Patienten sollen möglichst früh in der Behandlungskette identifiziert werden. Wie kann das praktisch geschehen?

Prof. Dr. Lüttje: Spannende Frage gleich als allererstes. Das war eine Riesendiskussion mit der GEBERA, wie kann man die geriatrischen Patienten identifizieren? Und es ist klar, dass man es auf zwei unterschiedlichen Wegen machen muss.

Das eine ist - was sie für die Zukunftsanalysen und für das Aufzeigen von Szenarien hier im Weißbuch gemacht haben - die retrospektive Analyse, d.h. zu überlegen, welche Patienten haben retrospektiv Ansätze eines geriatrischen Profils.

Darüber sind sie zu den Nebendiagnosen gekommen. Dass das ausschließlich ein Weg

ist, der für retrospektive Analysen möglich ist, ist völlig klar, weil die natürlich einer großen Beliebigkeit unterworfen sind - was sind tatsächlich relevante Nebendiagnosen? - Und sie hilft für die typische Situation, in der wir Patienten identifizieren müssen, nämlich in der Notaufnahme und beim niedergelassenen Arzt, nur sehr begrenzt weiter.

Dr. Lübke: *Haben Sie denn Ideen, wie so ein Screening aussehen könnte?*

Prof. Dr. Lüttje: Ich würde da gerne darauf verweisen, wie es andere machen. Wen man an diesem Punkt gut anführen kann, ist Belgien. Belgien hat eingeführt, dass bei Patienten ab einem gewissen Alter - bei denen ist es 75 - in jeder Notaufnahme ein Minimalscreening gemacht werden muss um zu sehen, ob der Patient ein Geriatriemerkmale hat.

Wenn er ein Geriatriemerkmale hat, heißt das natürlich noch nicht, dass er in der Geriatrie zu behandeln ist. Das wäre ja völlig unsinnig. Sondern es ist die Frage, profitiert er mehr von einer anderen Fachabteilung, dann muss er in diese Fachabteilung. Wenn er von keiner ande-

Belgisches Screeninginstrument VIP-f

Do you live alone?	1	0
Do you regularly use the telephone without any help?	0	1
Do you wash and dress yourself without any assistance?	0	1
Do you leave your neighborhood on your own?	0	1

Give 1 point for every answer that implies increased risk

Quelle: Vandewoude MFJ et al. A screening tool for activating liaison geriatrics in general hospitals: the „Variable Indicative of Placement risk“ (VIP). Euro J Ger Jg. 10 (2008) Nr. 3, 120-126

ren Fachabteilung mehr profitiert, ist er sicherlich in der Geriatrie richtig, vorausgesetzt er hat einen stationären Behandlungsbedarf. Aber er wird zunächst einmal als geriatrisch wahrgenommen!

Das lehnt sich sehr an die europäische Definition geriatrischer Medizin an, die vorhin gezeigt wurde.

Wir machen einen Riesenfehler, wenn wir lediglich die Patienten mit bereits bestehender Multimorbidität und mit bereits bestehendem erheblichem Rehabilitationsbedarf als Geriatriepatienten ansehen. Dann werden wir alle die Patienten nicht identifizieren, die bspw. einer großen Herzoperation unterzogen werden, anschließend ein knackiges Delir haben und letztendlich dement sind, weil sie bezüglich ihres Risikoprofils vorher nicht identifiziert werden.

Wir müssen endlich dahin kommen zu sagen, Geriatrie ist an das Risiko von zukünftigen Problemen geknüpft – was nicht heißt, dass geriatrische Patienten automatisch in die Geriatrie müssen.

Dr. Lübke: *Was wären denn für Sie die wichtigsten Geriatriemerkmale, von denen Sie sprechen?*

Prof. Dr. Lüttje: Vielleicht etwas ganz simples: Diejenigen, die besonders alt werden, stellen natürlich alle eine besonders positive Auswahl dar. Auf der anderen Seite haben Sie einfach Risikofaktoren. Und auch ein Hochaltriger, der völlig fit ist, wird einem möglicherweise die Hand geben, wenn er über eine Treppe von fünf Stufen ohne Geländer laufen soll. Das ist ja das erste Merkmal, dass er ein Stück weit unsicher ist. Das wissen Hausärzte am allerbesten. Die kommen im Alltag gut zurecht, aber wir müssen sie möglichst früh identifizieren.

Dr. Lübke: *Das hieße, es liefe letztlich doch irgendwo - zumindest auch - auf eine Altersdefinition des geriatrischen Patienten hinaus, wenn Sie sagen, dass er nicht schon gebrechlich sein muss?*

Prof. Dr. Lüttje: Ja, da machen wir ja nur das nach, was die Kinder- und Jugendmedizin auch macht. Man kann sich mit 16 oder 15 Jahren

trefflich streiten, ob das noch ein kinder- oder jugendmedizinischer Patient ist oder nicht, je näher an der Grenze, desto mehr verschwimmt das. Aber trotzdem, beim Sechsjährigen diskutiert keiner. Und so wird man auch eine Altersgrenze für geriatrische Patienten machen, wissend, dass um diese Altersgrenze eine Grauzone ist, und je weiter man von der Altersgrenze weg kommt, desto klarer ist das Ganze. Ich weiß gar nicht, warum die Geriatrie da in einer anderen Situation ist als die Kinder- und Jugendmedizin. Da gibt es eine Altersgrenze. Und das ist biologisch, physiologisch, pathophysiologisch gut belegt.

Dr. Lübke: *Das beruhigende für Ihre Ohren, Herr Mohrmann, wäre aber, dass Herr Lüttje sagen würde, nicht alle Patienten, beispielsweise über einem bestimmten Alter, wären Patienten, die in eine geriatrische Versorgungsstruktur müssten?*

Herr Mohrmann: Ja, zumindest, dass auch nicht der Automatismus da ist, dass das alles stationär behandelt werden muss.



Prof. Lüttje

Geriatrie ist an das Risiko zukünftiger Probleme geknüpft – was nicht heißt, dass geriatrische Patienten automatisch in die Geriatrie müssen

Die erste Frage, wenn man auf Nebendiagnosen abstellt, wie es im Gutachten gemacht wird, wäre erst einmal welche Nebendiagnosen - es gibt ja geriatrisch typische Nebendiagnosen.

Und dann: kein Automatismus - das ist die Sorge der Kostenträger an vielen Stellen -, dass die gleich in die stationäre Mühle gehen. Davon müssen wir loskommen und stattdessen analysieren, was liegt vor, und dann schauen, was passt für diesen Patienten, was gibt es auch an ambulanten Versorgungsangeboten.

Dr. Lübke: *Noch einmal eine Frage dazu an Prof. Vogel: Im Weißbuch wird ja durchaus auch eingeräumt, dass an solchen Screening-Instrumenten für den Einsatz bei Patienten ab einem bestimmten Alter bspw. am Anfang einer stationären Behandlungskette noch gearbeitet werden muss. Ich darf mit Blick auf Frau Hartl fragen - im Fachprogramm Akutgeriatrie in Bayern ist ja z. B. ein solches Screening vorgesehen -, wie könnte so ein Screening konkret strukturiert sein?*

Prof. Dr. Vogel: Zunächst einmal zur Problematik des Screenings überhaupt. Das

Screening ist ein Werkzeug, einfach ein Interviewleitfaden mit ein paar Fragen, die sich typisch auf einen geriatrischen Patienten beziehen. Es ist getestet und validiert – es ist aber nur so gut, wie der Hintergrund des Wissens dieses Interviewers ist. Der Geriater geht mit dem Screening sehr konstruktiv um, irgendein Mitarbeiter irgendeiner Berufsgruppe vielleicht nicht.

Aber das Screening ist trotzdem hilfreich, auch wenn es nicht in fachlicher Hand liegt, sondern wirklich „nur“ ein Screening ist - von Nicht-Fachleuten oder Hilfsberufen angewandt -, weil ich ein gewisses Risiko oder einen Risikobereich abschätzen kann, der mich dafür sensibilisiert, ob der Patient möglicherweise geriatrisch behandelt werden muss. Und dann muss ein Fachmann drauf gucken. Das ist wie überall in der Medizin.



Prof. Vogel

Screening ist hilfreich, weil es dafür sensibilisiert, ob der Patient möglicherweise geriatrisch behandelt werden muss

Dieses Screening gehört in meinen Augen in alle medizinischen Berufe hinein, auch in die Pflege, natürlich auch zu den Medizinstudenten und zu den Hausärzten, so dass es mög-

lichst breit angewandt wird – auch vor dem Hintergrund, dass es nur ein paar Minuten dauert. Es ist gut, jemanden zu klassifizieren und zu wissen, ob es ein Risikopatient ist.

Dr. Lübke: *Aber Sie sind dabei nicht auf ein bestimmtes Instrument festgelegt?*

Prof. Dr. Vogel: Nein, es gibt ja Instrumente! Das Lachs-Screening ist gut und auch validiert. Man soll die nehmen, die miteinander wieder vergleichbar sind und jetzt nicht 20 neue erfinden und neu überprüfen, sondern einfach als wahrscheinlich annehmen, dass ein etabliertes Instrument sich bewährt hat, und das dann benutzen.

Dr. Lübke: *Frau Hartl, in Bayern ist das Screening als Instrumentarium im Fachprogramm Akutgeriatrie festgelegt - allerdings, wenn ich richtig informiert bin, nur für die Einrichtungen, die dann auch eine Geriatrie haben? Ist das korrekt und macht das Sinn?*

Dr. Hartl: Ein Screening ist verpflichtend festgelegt. Es ist eines unserer Qualitätskriterien für die Kliniken, die eine Akutgeriatrie

einrichten wollen: diese Kliniken müssen in der Notfallaufnahme ein Screening durchführen.

Das soll ein Screening sein, das der Aufnahmearzt oder die -ärztin durchführen können. Wir müssen realistischerweise ja davon ausgehen, dass der Geriater nicht den ganzen Tag in der Notfallaufnahme sein kann.

Das Screening soll einfach sein, aber doch deutlich machen, ob der Patient einen geriatrischen Behandlungsbedarf hat und in welche Abteilung - in die Fachabteilung oder in die geriatrische Abteilung - er aufgenommen werden sollte; oder ob er zuerst in die Fachabteilung muss und später noch von einem Geriater gesehen werden muss. Jeder Assistenzarzt in der Notfallaufnahme soll das Screening machen können. So haben wir das vorgeschrieben, haben - aber kein bestimmtes Instrument im Auge gehabt.

Wir machen begleitend dazu gerade eine Studie über dieses Screening am Klinikum Nürnberg mit

Herrn Prof. Sieber, der ja große Erfahrung in der Geriatrie hat. Die Studie wird im Herbst fertig sein, und wir hoffen, dass sie uns aufzeigt, was man auf breiterer Basis den Kliniken empfehlen kann.

Wir haben aber nicht vor, den Kliniken ein einziges Screeninginstrument vorzuschreiben. Das sollen die Kliniken selbst aussuchen dürfen.

Dr. Lübke: *Vielleicht noch eine Frage an Herrn Schäfer. Wie sieht es denn mit Screening im hausärztlichen Bereich aus? Man könnte ja die Vorstellung haben, dass in der ambulanten Versorgung, wo der geriatrische Patient ja sicher im größten Umfang behandelt wird, dieses Screening primär am Besten angesiedelt wäre?*

Dr. Schäfer: Ja. - Wir sind hier nicht am Meer, aber auch die Binnenländer werden das Bild verstehen: wir unterhalten uns hier über ein Schiff, bei dem das Wasser schon über die Reling schwappt, das kurz vor dem Absaufen ist. Und jetzt will man es schnell reparieren, damit es wieder fahrtüchtig wird, statt dass man rechtzeitig die undichten Stellen abgedichtet und das Schiff schwimmfähig hält.



Dr. Hartl

Das Screening soll jeder Assistenzarzt in der Notfallaufnahme machen können

Was nützt das Screening, wenn ich das erst bei der Krankenhausaufnahme mache? Das gehört doch viel früher hinein. Und das halte ich für eine originäre Aufgabe der Hausärzte, die dann ja hoffentlich über eine langjährige Betreuung des Patienten auch merken, wie ein Handicap zum anderen kommt und der Patient langsam immer behandlungsbedürftiger wird.

Hier wäre mein Wunsch ein sehr viel früher einsetzendes Eingreifen unseres Systems, also nicht erst Akutaufenthalt, Frühreha ..., sondern eine „Vor-Frühreha-Prävention“, um angemessen für die alten Leute eine bessere Mobilität zu erreichen und den Krankenhausaufenthalt - so weit als möglich - gar nicht erst erforderlich zu machen.

Dr. Lübke: Können Sie sich eine Art „Gesundheitsscheck 70 +“, so wie es bei Kindern die „U-Untersuchungen“ gibt, ab einem bestimmten Alter als einen Screening-Check vorstellen?

Dr. Schäfer: Ich denke, das wäre absolut eine sinnvolle Investition in die Gebührenordnung. Die würde sich auch bei den Kostenträgern auszahlen, sei es, dass wir Pflegebedarf, sei es, dass wir Krankenhausaufenthalte verhindern.

Da bin ich dann auch schon wieder bei meinem Lieblingsthema: Eigentlich sollte die Vorbereitung auf die Geriatrie in der Kita anfangen. Prävention! Lesen Sie die Literatur! Das geht von der Demenz über die Depression, Gelenkerkrankungen, Herz-Kreislauf, Stoffwechsel - wo Sie hingucken -, überall ist nachgewiesen, dass ein vernünftiges Bewegungsprogramm präventiv wirksam ist. Nur man muss es machen! Wir müssen die Leute dazu bringen.

Wenn der Hausarzt jetzt über die Betreuung seines Patienten über Jahre die Punkte bemerkt hat, wo es langsam weniger wird, dann kann er da einsetzen, kann auch relativ schnell so ein Screening machen und die nötigen Konsequenzen daraus ziehen.

Nebenbei: Der Hausarzt kennt auch das psychosoziale Umfeld, weiß, wie belastbar beim alten Patienten die Familienangehörigen sind, welche Aufgaben die übernehmen, was die Nachbarn übernehmen können. Es gibt sogar im städtischen Bereich wie Hamburg funktionierende soziale Netzwerke!

Hier hätten wir einen Ansatzpunkt. Wir müssen ihn nur praktizieren und, last but not least, man muss das natürlich auch anerkennen.

● Besondere Behandlungsbedarfe

Dr. Meinck: Das Weißbuch bemüht sich, ausgehend von einer auch im Vortrag von Herrn Lübke heute morgen dargestellten Konzeption des geriatrischen Patienten in der Definition der U.E.M.S. - der Europäischen Fachärztervereinigung - besondere zusätzliche Behandlungsbedarfe für geriatrische Patienten zu benennen.

Meine Frage an Herrn Lüttje wäre, welche der dort genannten zusätzlichen besonderen Behandlungsbedarfe sind Ihnen die wichtigsten und - ich möchte noch eine zweite Frage gleich anschließen, die sich an die gesamte Teilnehmerrunde auf dem Podium richtet -, gehen Sie mit diesen besonderen Behandlungsbedarfen konform, besteht darüber Konsens?

Dr. Lübke: Wenn ich das noch einmal hervorheben darf: „besondere“ Behandlungsbedarfe - eben über das hinausgehend, was die klassischen fachmedizinischen Disziplinen auch leisten. Das steckt ja auch hinter der kritischen Frage von Herrn Mohrmann heute Morgen, ob diese Patienten denn in internistischen Abteilungen schlechter behandelt werden?

Prof. Dr. Lüttje: Wenn ich das beantworten will, muss ich gleichzeitig das Referat ansprechen, das heute in Vertretung von Dr. Montgomery



Dr. Meinck, Dr. Lübke



Dr. Schäfer, Dr. Gronemeyer

gehalten wurde. Ich bin an diesem Punkt sicher explizit anderer Meinung als der Vertreter der Ärztekammer Hamburg und sage das auch ganz klar aus meinem Wissen als Präsident elect der Europäischen Fachärztereinigung Sektion Geriatrie.

Wir sind mit unserer Geriatrieweiterbildung ganz weit hinten im europäischen Umfeld. Europa insgesamt akzeptiert längst, dass Geriatrie ein Schwerpunkt der Inneren Medizin ist mit besonderem zusätzlichem Fortbildungsbedarf insbesondere für den hausärztlichen Bereich. Das ist klar und eindeutig als europäische Qualitätsanforderung beschrieben und nur Deutschland schafft es nicht, das endlich hinzukriegen.

Die These, dass man damit irgendjemanden ausgrenzt, kann ich nicht glauben, wenn ich weiß, dass in jeder hausärztlichen Praxis natürlich Basiskardiologie betrieben wird und es trotzdem Kardiologen gibt. Das kann also als solches keine Ausgrenzung darstellen, das ist einfach ein falsches Argument.

Eine Geriatriisierung von Fachbereichen ist dann möglich, wenn es die Fachleute gibt, die zu dieser Geriatriisierung in anderen Fachbereichen beitragen. Aber im Augenblick denken wir über die Geriatriisierung von Fachbereichen nach, akzeptieren aber nicht, dass es die Spezialisten geben muss, die diese Geriatriisierung durchführen.



Prof. Lüttje

Zur Geriatriisierung von Fachbereichen braucht es Spezialisten, die diese Geriatriisierung durchführen

Innere Medizin oder der Berufsverband der Deutschen Internisten haben bereits klar über Vorstandsbeschlüsse festgelegt, dass Geriatrie ein Schwerpunkt der Inneren Medizin ist und als solche vom Weiterbildungsumfang und allem ähnlichen anzuerkennen ist. Da gibt es überhaupt keine Diskussionen mehr. Nur die Bundesärztekammer ist da noch sehr zögerlich.

Und daraus ergibt sich auch automatisch - deshalb habe ich das als Einleitung vorweg gesagt - der Punkt, wo müssen wir anfangen und wo können wir etwas Besonderes machen?

Wenn sich die Bundesärztekammer da nicht irgendwann umstellt, wird sie der Haupthemmschuh der Weiterentwicklung sein.

Die deutsche Gesellschaft für Innere Medizin oder der Berufsverband der Deutschen Internisten haben bereits klar über Vorstandsbeschlüsse festgelegt, dass Geriatrie ein Schwerpunkt der Inneren Medizin ist und als solche vom Weiterbildungsumfang und allem ähnlichen anzuerkennen ist. Da gibt es überhaupt keine Diskussionen mehr. Nur die Bundesärztekammer ist da noch sehr zögerlich.



Prof. Lüttje

Geriatrie ist europaweit eine etablierte medizinische Spezialität. Als solche hat sie denselben Auftrag wie jede andere, nämlich: Erstens zu sehen, ist diese Versorgungsform tatsächlich zwingend erforderlich? Das wäre die Frage stationär oder ambulant. Und zum Zweiten, ist sie - so komisch es klingt - nicht schädend. Nicht zu schaden - das ist manchmal in der Geriatrie das Allerwichtigste.

Das heißt eine sinnvolle Pharmakotherapie zu machen, eine sinnvolle Form der Kommunikation zu wählen, und das fängt in der Notaufnahme an, weil das erste Antibiotikum, das im Verhältnis zur Nierenfunktion in der doppelten Dosis angesetzt worden ist, das erste Medikament, das dazu nicht passt, im Zweifelsfall zum Delir des älteren Patienten führt und aus einem Patienten mit geriatrischem Risikoprofil tatsächlich den geriatrischen Patienten macht. D. h. das Ganze muss entsprechend auch in der Notaufnahme anfangen.

Darüber hinaus sind neben den Bereichen Pharmakotherapie und Kommunikation sicher die Aspekte einer frühest möglichen Integration frührehabitativer Leistungen in den gesamten Behandlungskomplex zu berücksichtigen.

Auch das bedeutet klar und eindeutig eine Abkehr von der jetzigen Situation der sequentiellen Behandlung. Geriatriische Frühreha-

bilitation ist nicht der zweite Abschnitt der Behandlung, sondern beginnt - und das ja auch in Übereinstimmung mit den Auslegungshinweisen des KCG - zum frühest möglichen Zeitpunkt. 8 Tage allgemeine Innere oder Kardiologie und danach irgendwann Beginn der Frührehabilitation, dann sind bereits 5 Tage verschenkt und der Patient hat davon letztendlich die Nachteile, weil er im Bett gelegen hat. Darum geht es beim frühest möglichen Zeitpunkt, d. h. nicht mehr um die sequentielle Behandlung, sondern um das Zusammenschieben und die Verkürzung der Behandlung.

Darüber wird auch diese Drohzahl nach so viel mehr Betten

Neben Pharmakotherapie und Kommunikation ist die frühest mögliche Integration frührehabilitativer Leistungen zu berücksichtigen

- und ich sage es deutlich, das ist eine Drohzahl, die die GEBERA hier aufgestellt hat, keine

Forderung - auch wieder ein Stück weit relativiert, weil man natürlich über eine sinnvolle Zusammenführung dieser Behandlungsaspekte den Verlauf viel besser gestalten kann. Und das ist die ganz eigene Fachlichkeit der Geriatrie.

Auch wenn es dem einen oder anderen nicht gefällt, das sind genau dieselben Aspekte wie in der Pädiatrie, die bedacht werden müssen. Wenn ich sage Pharmakotherapie, Risikobewertung und Kommunikation, wer da nicht automatisch an Pädiatrie denkt, hat noch nicht Pädiatrie gehört.

Dr. Meinck: *Im Weißbuch ist von der speziellen geriatrischen Wissenskompetenz zur Behandlung geriatrischer Syndrome die Rede. Frau Hartl, wenn ich noch einmal auf das Fachprogramm Akutgeriatrie zurückkommen darf, heißt das, dass die Behandlung geriatrischer Syndrome somit prioritär in die Hand des Geriaters gehört und damit auch auf die geriatrischen Fachabteilungen?*

Dr. Hartl: Ja natürlich, keine Akutgeriatrie darf nach unserem Fachprogramm ohne Geriater eingerichtet werden.

Und unsere Einstellung zur Akutgeriatrie möchte ich noch einmal auf den Punkt bringen: Akutgeriatrie ist mehr als Frührehabilitation. Sie erschöpft sich nicht in der Frührehabili-

tation. Wir haben das so formuliert: Akutgeriatrien müssen dazu fähig sein, frührehabilitative Therapie durchzuführen, aber Akutgeriatrie ist mehr als Frührehabilitation.

Das heißt, Geriatrie ist, so haben wir das verstanden, ein umfassender Behandlungsansatz. Der Patient wird eben nicht nur in seiner spezifisch körperlichen, sondern in seiner gesamten Situation betrachtet: seiner körperlichen, seiner funktionellen, seiner sozialen, seiner psychisch-geistigen Situation.

Entsprechend diesem Ansatz, nach Durchführung eines geriatrischen Assessments, wird dann für ihn die individuell richtige Therapie herausgesucht. Das ist unser Verständnis von Akutgeriatrie.

Dr. Lübke: *Herr Buitmann, Prof. Lüttje sagte gerade, dass die rehabilitativen Behandlungsansätze beim geriatrischen Patienten ein Merkmal sind, das seine besonderen Bedarfe ausmacht.*

Wir haben von Seiten des Kompetenz-Centrums ja auch immer wieder betont, dass, wenn man den geriatrischen Patienten definieren will als Risikopatienten dafür, aufgrund seiner eingeschränkten Reserven über banale Erkrankungen bereits erheblich und dauerhaft Einbrüche in seiner bisherigen Selbständigkeit zu erleiden, solche rehabilitativen Behandlungsansätze natürlich genau das Konzept darstellen, das auf dieses Risiko passt.

Ich gehe davon aus, dass Sie das vor dem Hintergrund dessen, was jetzt in Schleswig-Holstein im Rahmen der Landesrahmenvereinbarung für die geriatrische Versorgung vereinbart worden ist, auch teilen? Vielleicht mögen Sie dieses Rahmenkonzept für das Publikum an dieser Stelle noch etwas erläutern.

Herr Buitmann: Ja, natürlich teilen wir das.

Insbesondere deswegen: Wir haben im Vorfeld der Landesrahmenvereinbarung Geriatrie in Schleswig-Holstein ein Modellvorhaben durchgeführt. Wir haben versucht, Versicherte zu screenen - im Zusammenspiel zwischen Krankenhaus und Hausärzten -, um diejenigen zu



Dr. Hartl

Akutgeriatrien müssen dazu fähig sein, frührehabilitative Therapie durchzuführen, aber Akutgeriatrie ist mehr als Frührehabilitation

erfassen, die evtl. Behandlungsbedarf für ambulante geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen haben - man kann das auch etwas weiter gefasst Präventivarbeit nennen. Und ich glaube, dass uns das ganz gut gelungen ist - jedenfalls in dem Modellvorhaben.

Wir haben auch Vergleiche angestellt, haben bspw. die Kreise mit und ohne Modellvorhaben miteinander verglichen und geschaut, wachsen die stationären Bedarfe im gleichen Umfang? Oder stärker? Oder geringer? Und da können wir ganz klar feststellen - das hat das Gutachten jedenfalls ergeben -, dass über einen Zeitraum von 2-3 Jahren, also mit einer



Herr Buitmann

Wir wollen versuchen, diese Patienten früher ins Blickfeld zu bekommen und zu behandeln

Longitudinalstudie betrachtet, innerhalb derer wir die Patienten auch ein halbes bis dreiviertel Jahr nach ihrer ambulanten Rehabilitation noch einmal befragt haben,

der Anteil geriatrischer Akutbehandlungen in den Modellregionen weniger gestiegen, im Endeffekt gleich geblieben ist, und in den übrigen Regionen viel stärker angestiegen ist.

Das zum einen, zum anderen wollen wir natürlich auch ein frühzeitiges Angebot schaffen, das, etwas einfacher gesagt, niedrighschwelliger angesiedelt ist und versucht, diese Patienten, vor allen Dingen gemeinsam in der Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Hausärzten, früher in das Blickfeld zu bekommen und in einem Team entsprechend therapeutisch zu behandeln.

Dr. Lübke: *Im Grunde entspricht das ja dem, was heute Morgen auch gefordert worden ist, durch Förderung ambulanter geriatrischer Versorgungsstrukturen zumindest ein Stück weit auch den Druck von der stationären Geriatrie zu nehmen.*

Ich möchte Herrn Dr. Schäfer, der aus terminlichen Gründen nur an den ersten beiden Teilen unserer Podiumsdiskussion teilnehmen kann, noch einmal einbeziehen. Herr Schäfer, am Freitag war ein Symposium im Institut für Allgemeinmedizin hier an der Universität Hamburg, in dem es um die Zukunft der hausärztlichen Versorgung ging. Dort haben Sie sich dafür stark gemacht, dass es im Krankenhaus im Grunde wieder Allgemeinstationen geben müsste, die auch mit

allgemeinärztlicher, sprich hausärztlicher Kompetenz geleitet werden sollten. Sie hielten das für eine sinnvolle, wenn auch noch visionäre Perspektive. Könnten Sie das noch einmal erläutern? Und sind Sie da nicht ganz nahe bei dem, was eigentlich auch von Seiten der Geriatrie an Versorgungsvorstellungen für das Krankenhaus besteht?



Dr. Schäfer, Dr. Gronemeyer

Dr. Schäfer: Also ich kann im Augenblick auch keinen Dissens zwischen Hausarztmedizin und Geriatrie entdecken - im Gegenteil.

Meine Überlegungen lauten wie folgt: Wie sieht die Altersstatistik der normalen internistischen und chirurgischen Stationen im Krankenhaus heutzutage aus? Die Alterspyramide geht immer weiter nach oben, die jungen Patienten werden kurzstationär behandelt und gehen dann nach Hause und wir haben eine Selektion von Hochbetagten auf den Stationen mit all den geriatrischen Risiken, Multimorbidität, Polypharmakotherapie etc.

Wenn ich mir das so richtig angucke, stelle ich mir eigentlich vor, dass hier ein sicher auch mit einer soliden geriatrischen Fortbildung versehener Hausarzt als Stationsarzt eigentlich sehr viel vernünftiger wäre. Und das spezialistische Know-how wird im Konsultationsdienst erbracht.

Wir haben im Krankenhaus eine Selektion von Hochbetagten auf den Stationen. Eigentlich wäre hier ein solide geriatrisch fortgebildeter Hausarzt als Stationsarzt viel vernünftiger

Dies hätte aus meiner Sicht auch den Charme, dass ich bei einem Hausarzt weiß, der hat auch mal draußen in der Praxis gearbeitet, der weiß,

wie das im ambulanten Bereich aussieht, und diese Unkenntnis des Krankenhauses gegenüber den Notwendigkeiten und Schwierigkeiten ambulanter Tätigkeit wäre beseitigt. Denn die niedergelassenen Ärzte wissen alle genau, wie es im Krankenhaus aussieht, bloß leider kann man dieses Wissen nicht umgekehrt spiegeln.

Es gibt ja auch schon einzelne Umsetzungen, so ist z. B. im Albertinenhaus ein Facharzt für Allgemeinmedizin in der zentralen Notaufnahme als leitender Oberarzt tätig - und das mit Weiterbildungsermächtigung! (Zwischenruf: der lange in der Geriatrie gearbeitet hat!) Umso besser! Das wären aus meiner Sicht vernünftige Regelungen, die uns qualitativ weiterbringen würden und die dem Patienten auch helfen würden, schneller wieder auf die Beine zu kommen, weil einfach mehr Know-how in der Richtung da ist.

Prof. Dr. Vogel: Was wir jetzt alles diskutieren, hat damit zu tun, dass die Versorgung geriatrischer Patienten nicht integrativ geschieht, sondern hintereinander weg mit mehreren Aufgabenbereichen und keiner überblickt sie.

Das Prinzip der geriatrischen Behandlung ist immer das gleiche: Wir haben Funktionsstörungen, Mobilitätsprobleme, kognitive Einschränkungen usw. und das bei Hochaltrigkeit mit zusätzlichen Erkrankungen, je älter desto mehr Krankheiten und desto ausgeprägter.

Die müssen wir frühzeitig erkennen, egal wo, und qualifiziert behandeln, egal wo. Das fängt beim Hausarzt an und geht in der Notaufnahme und beim Chirurgen weiter, wenn sich einer einen Knochen gebrochen hat. Es wird doch kein Geriater einen Schenkelhals operieren wollen, aber der Patient muss dann vom Chirurgen wieder weg dorthin, wo alle diese Aspekte in der Behandlung berücksichtigt

werden.

Dieses Management der Schnittstellen, die wir beim alten Menschen beklagen, muss unsere nächste Aufgabe sein. Dazu gibt es Konzepte, dazu gibt es Ausbildung usw. - wir kommen sicher noch darauf, welche Schritte das sind. Aber das ist das Prinzip und da passt ihr Modell genau hinein.

Dr. Schäfer: Ich habe bei meinem ersten Beitrag bezogen auf den geriatrischen Patienten ganz bewusst das Wort Handicap benutzt. Es sind viele kleine Handicaps, die aus einem Hochbetagten plötzlich einen geriatrischen Patienten machen. Nicht jedes einzelne Problem muss einen direkten Behandlungsbedarf auslösen, aber es ist dann die Summe aller Handicaps, die ihn wirklich zum geriatrischen Patienten machen.

Diese Gesamtsicht müssen wir haben. Wir müssen sektorübergreifend, multi-professionell und wie diese Schlagworte alle heißen, handeln.

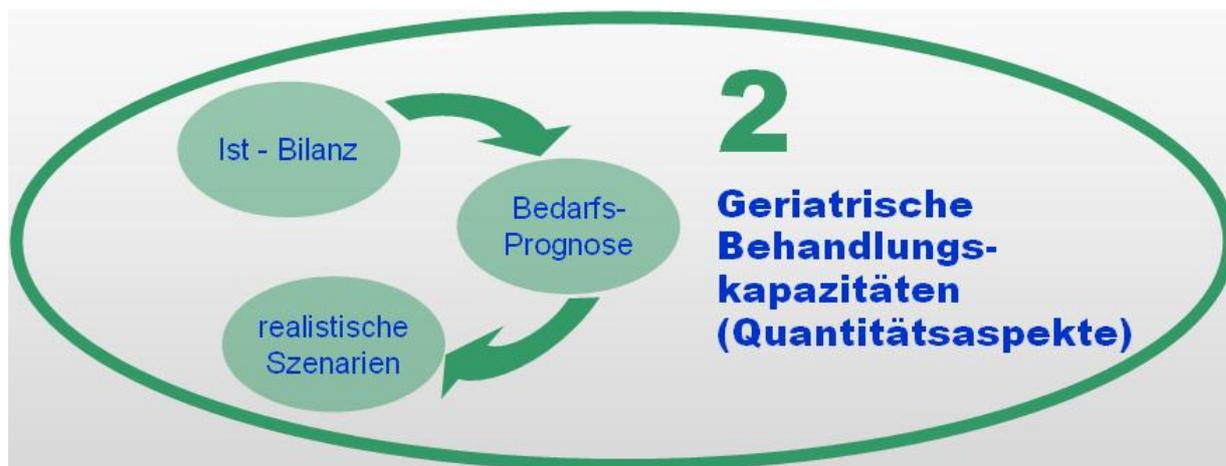
Genau dieses ganzheitliche Konzept müssen wir realisieren, wenn wir unsere alten Patienten gut in eine möglichst wenig beeinträchtigte Zukunft mit hoher Lebensqualität führen wollen. Das ist mein Ansinnen und der Grund, weshalb ich heute hier mit dabei sitze.

Nicht jedes einzelne Problem muss einen direkten Behandlungsbedarf auslösen, aber es ist dann die Summe aller Handicaps, die ihn wirklich zum geriatrischen Patienten macht



Dr. Schäfer





● Planungsgrundlagen

Dr. Meinck: *Damit würde ich versuchen, den Themenkomplex zu den spezifischen Prozessen und Strukturen abzuschließen und wieder ein bisschen näher an das Weißbuch Geriatrie heranzurücken.*

Das gibt mir auch Gelegenheit, die ersten Fragen aus dem Teilnehmerkreis einzuflechten, und zwar ganz konkret zur Bestandsaufnahme, die im Weißbuch Geriatrie geleistet wird. Die Frage ist gestellt worden, wie bestimmte Datenerfassungs- oder Verfügbarkeitsprobleme aus der amtlichen Statistik künftig vermieden werden könnten? Was müsste unternommen werden, um die Datengrundlagen für die Geriatrie zu verbessern?

Prof. Dr. Lüttje: Mittelfristig müssen wir natürlich bessere Identifikationsmöglichkeiten geriatrischer Patienten haben. Nur zu sagen, was rechtlich ja korrekt ist, wer in der Geriatrie behandelt wird, wird dazu auch einen Bedarf haben, ist vielleicht etwas wenig.

Aber dazu müssen wir letztendlich in unser DRG-System hinein. Das gesamte DRG-System hat, wenn man ehrlich ist, keine einzige ICD, die es ermöglicht, geriatrische Patienten spezifisch zu identifizieren.

Ein geriatrisches Syndrom, das potenziell hierfür in Frage käme, ist bspw. der Sturz. Der darf aber nicht verschlüsselt werden, wenn parallel eine Verletzung vorliegt, fällt also in der Regel auch weg, weil das sonst eine Verletzung der Kodierrichtlinien wäre.

Wenn man mehrere Frakturen hat, heißt das Polytrauma. Eine Multimorbidität, wo viele Krankheiten zusammen kommen und ja mehr sind als die Summe der einzelnen Erkrankungen, kann aber nicht verschlüsselt werden. Damit fehlt auch dieses Identifikationsmerkmal.

Die Polypharmakotherapie, die eben angesprochen wurde und als solche einen eigenständigen Risikofaktor darstellt, ist nicht verschlüsselbar.

Die R54 ist hinterlegt als „Senilität“. Dahinter könnte man zwar sinnvollerweise den wissenschaftlichen Begriff „Frailty“ setzen, dazu müsste man dann aber noch ein paar Ausführungsbestimmungen haben. Es genügt nicht, dass ein Assistenzarzt, der noch nicht einmal weiß, wie man das schreibt, plötzlich „Senilität“ verschlüsselt.

Ich denke, das ist so einer der Punkte: wir haben im DRG-System keine Identifikationsmöglichkeit für komplexe geriatrische Probleme. Wenn wir die hätten, würden wir uns auch leichter tun, damit diese Klientel in allen verschiedenen Bereichen zu erkennen und dann auch zukunftsgerichtete Strukturen dafür zu entwickeln. - Das wird vor allen Dingen deswegen spannend, weil das DRG-System und die Verschlüsselung ja jetzt auch in den hausärztlichen Bereich hineingeht - mit aller Freude, die da sicherlich noch aufkommt. Aber auch an diesen Bereich muss man denken und auch da muss das ja irgendwie abgebildet sein können.

Dr. Meinck: *Darf ich die Frage vielleicht noch einmal etwas anders formuliert an Frau Huster-Nowack adressieren. Welchen Zahlen glauben Sie denn nun mehr, denen der amtlichen Statistik oder den korrigierten Zahlen der amtlichen Statistik mit den ergänzenden Angaben des Bundesverbandes Geriatrie im Huckepackverfahren? Oder anders, was würden Sie sich wünschen, als Entscheidungsgrundlage?*

Frau Huster-Nowack: Wir haben uns natürlich die Daten, die hier im Weißbuch Geriatrie veröffentlicht worden sind, angesehen, gehen in der Krankenhausplanung aber anders vor.

Wir sehen uns an, welche Patientinnen und Patienten z. B. in 2009 in geriatrischen Kliniken oder Abteilungen versorgt worden sind. Und dann haben wir uns in unseren Fachdiskussionen mit Expertinnen und Experten aus Kliniken, Krankenkassen und Medizinischen Fachgesellschaften, die wir regelmäßig zum Krankenhausplan führen, u.a. die Hauptdiagnosen angesehen, die „Top 20-Diagnosen“ in der Geriatrie, und geprüft, in welchen anderen Fachgebieten diese Diagnosen in dieser Altersgruppe ebenfalls auftauchen.

Wobei die Frage der Altersgruppe ja schon eine Diskussion wert ist. Worüber sprechen wir? Wir haben vor 15 Jahren über geriatrische Patienten gesprochen ab 65. Ist das eigentlich heute noch die richtige Grundlage? Durchschnittlich sehen wir, dass der Patient/die Patientin in der Geriatrie mindestens 75 Jahre alt ist. Das sind also Diskussionen, die wir führen.

Wir sehen uns dann z.B. auch an, welche Fälle tauchen im Laufe der Zeit in anderen Fachabteilungen auf. Hier haben sich in den vergangenen Jahren viele Verschiebungen ergeben. Dabei betrachten wir die Innere Medizin, die Geriatrie und die Neurologie, weil hier ja die Verschiebungen bspw. im Bereich der Schlaganfallversorgung in Hamburg ganz besonders stark zu Buche schlagen. Durch ein verändertes Notfallkonzept haben wir hier tatsächlich eine erhebliche Verschiebung der Schlaganfälle von der Inneren Medizin in die Neurologie.

Als Fazit also nur: wir legen für die Krankenhausplanung die Daten der Hamburger Krankenhäuser zugrunde und können das, was wir im Weißbuch sehen, nur als ergänzende Information sehen. So gehen im Bereich der geriatrischen Fachplanung natürlich alle Länderver-

tretungen und Länderkolleginnen und -kollegen vor. Das muss man einfach sehen. Es ist eine etwas andere Betrachtungsweise.

Einen ganz anderen Ansatz gewählt haben wir 1998 bei einem extern vergebenen Gutachten.

Für dieses Gutachten wurden zu einem bestimmten Zeitpunkt alle Patientinnen und Patienten eines Akutkrankenhauses über 65 Jahre angesehen und geprüft, welches „geriatrische Potenzial“ hier eigentlich

vorhanden ist, und ob diese Patientinnen und Patienten für die Geriatrie eigentlich richtig wären. Und wenn ich mir diese Datengrundlage ansehe, dann passt sie von den damals errechneten Bedarfen in der Geriatrie genau mit dem zusammen, was wir jetzt für den neuen Krankenhausplan 2015 zu Grunde legen wollen.

Dr. Meinck: *Weil das Stichwort Hamburger Geriatriegutachten gefallen ist: Da ist damals ein relativ hoher Bettenbedarf für die Geriatrie im Krankenhaus konstatiert worden. Dann ist aber gesagt worden, es gibt ein gewisses Akzeptanzproblem, den Krankenhausärzten sei nämlich nicht zu vermitteln, dass so viele Patienten in einer spezifischen altersmedizinischen Fachabteilung behandelt werden müssten. Wie würden Sie das heute sehen? Würden Sie denken, dass der Akzeptanzfaktor jetzt eher zugunsten der Geriatrie ausschlägt, d. h. Sie planerisch heute weniger abdiskontieren müssten?*

Frau Huster-Nowack: Also die Verlegung in geriatrische Kliniken oder Abteilungen hat erheblich zugenommen in den vergangenen Jahren. Wir sehen auch, dass Kliniken, die vor 10-15 Jahren vielleicht wussten, dass es Geriatrien gibt, aber niemals dorthin verlegt haben, heute auch geriatrische Kliniken in Anspruch nehmen.

Wir müssen natürlich sehen, dass wir die Geriatrie auch immer mehr in die Akutkrankenhäuser gebracht haben. Am Anfang waren es ja separate geriatrische Kliniken. Das ist eine Entwicklung, die wir heute so nicht mehr haben. Heute sind die Geriatrien integriert in die Akutkrankenhäuser und damit sind natürlich die Geriaterinnen und Geriater, wenn möglich, auch in Notfallaufnahmen vertreten. Auch das hat sich verändert. Das Bewusstsein ist gestiegen.

Wir legen für die Planung die Daten der Hamburger Krankenhäuser zugrunde und können die Daten des Weißbuchs nur als ergänzende Information sehen



Herr Buitmann, Frau Huster-Nowack, Prof. Lüttje

Und warum immer mehr Kliniken in die Geriatrie verlegen, wird vielleicht auch monetäre Aspekte haben. Die Patientinnen und Patienten haben aufgrund der komplexen Krankheitsbilder und ihrer häufigen Multimorbidität eben eine längere Verweildauer. Dies kann dann besser in Geriatrien mit Komplexpauschalen abgebildet werden.

Dr. Meinck: *Herr Mohrmann hatte heute früh schon darauf hingewiesen, dass die ambulante und teilstationäre Behandlung für die Bestandsaufnahme der geriatrischen Versorgung sehr wichtig wäre. Mich interessiert, an die sogenannten Macher des Weißbuchs Geriatrie gerichtet, warum dieser ambulante bzw. teilstationäre Versorgungsbereich ausgeblendet wurde?*

Prof. Dr. Lüttje: Die Datenlage für den Bereich AGR / Tagesklinik ist einfach ausgesprochen schlecht. Auch deswegen, weil in dem Bereich ausgesprochen viel Begriffsverwirrung herrscht. Was ist Tagesklinik, was ist AGR? In manchen Ländern ist das eine komplett in das andere umgewandelt worden, in anderen Ländern gibt es beides nach wie vor als abgestuftes Modell, zum Teil wird AGR und mobile geriatrische Rehabilitation durcheinander geworfen.

Die Zahlenlage war einfach zu schlecht und Herr van den Heuvel hatte ja skizziert, dass wir es in Anbetracht der Entwicklung für angezeigt halten, jetzt tatsächlich relativ zügig eine erste Datenanalyse vorzulegen - gerne in einer zweiten nächsten Auflage, die dann auch weitere Veränderungen beinhalten wird. Das ist überhaupt keine Frage, das ist ein ganz relevantes Thema. Zum jetzigen Zeitpunkt war die Datenlage aber noch viel schlechter, als das, was wir im stationären Bereich hatten.

● Diskussion der Bedarfsprognosen

Dr. Gronemeyer: Ich wollte zu der Datenlage auch noch gerne einen Kommentar loswerden - jetzt mal aus Sicht des MDS, aber vielleicht auch aus Sicht der einen oder anderen Kollegen aus der MDK-Gemeinschaft, die ja auch heute hier mit geballter geriatrischer und rehabilitativer Kompetenz vertreten ist.

Und zwar geht es um die Daten, die im Weißbuch vorgestellt wurden.

Einige der Redner haben heute

Morgen schon darauf hingewiesen, dass die Darstellung doch auch einige Unsicherheiten beinhaltet. Und ich hatte auch schon an verschiedenen Stellen ein gewisses Unbehagen, inwieweit es möglich und sinnvoll ist, mit diesen methodischen Ansätzen quasi nachher bis auf die Stelle hinter dem Komma Bedarfe ausrechnen zu wollen.

Einige der inhaltlichen Limitationen sind sicherlich schon angesprochen worden: nämlich die Frage, inwieweit sich die Mortalität tatsächlich auch linear zu der Altersverteilung entwickelt, oder ob nicht auch eine gewisse Kompression der Mortalität zu erwarten ist. Ferner die Frage, wie sich die Versorgung in anderen Fachabteilungen entwickelt, einschließlich der Frage

Hochrechnungen aus Diagnose- und Altersdaten sind mit Unsicherheiten behaftet, da damit noch keine Indikation zu einer konkreten Leistungserbringung verbunden ist



Dr. Gronemeyer

ambulanter Strukturen, die natürlich auch Rückwirkungen auf die stationären Versorgungsbedarfe hat. Und eben der Punkt, dass Hochrechnungen aus dem vorhandenen Datenmaterial anhand von Diagnosen und Alter auch mit einer gewissen Unsicherheit behaftet sind, weil damit natürlich noch nicht die Indikation zu einer konkreten Leistungserbringung verbunden ist.





Herr Mohrmann, Herr Buitmann

Insofern möchte ich schon davor warnen, jetzt zu sagen, hierfür gibt es keine Datenlage im ambulanten Bereich, aber im stationären Bereich haben wir sie. Ich glaube, man darf sich da nichts vormachen, dass auch die Datenlage für die stationären Prognosen unsicher ist, auch wenn ich grundsätzlich dafür bin, möglichst die großen Trends, Demografie, medizinischen Fortschritt, auch in der Planung zu antizipieren.

Dr. Lübke: *Ich wollte auch noch einmal auf die Bedarfsprognosen, die in dem GEBERA-Gutachten gemacht werden, zurückkommen.*

Wir hatten von Ihnen, Herr Mohrmann, bereits gehört, dass Sie in einem Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen durchaus erhebliches Kompensationspotenzial sehen, und dass Sie es auch infrage stellen, die bisherige Entwicklung der geriatrischen Versorgung so weiter ungebremst hochzurechnen. Man kann sicher, da hat Herr Gronemeyer gerade zu Recht darauf hingewiesen, diesen Ansatz mit den 10 Nebendiagnosen auch fachlich inhaltlich durchaus noch einmal hinterfragen. Haben wir denn sonstige Alternativen, aus denen wir Bedarfszahlen ableiten könnten?

Herr Mohrmann: Was aus meiner Sicht durchaus Sinn macht, ist, hier schon mal eine Zusammenarbeit mit den Kostenträgern zu versuchen. Wir hatten bspw. gerade auch über Polypharmazie, viele Medikamente und ähnliches gesprochen. Die Krankenkassen haben sehr gute Arzneimitteldaten, weil das für den

Morbi-RSA relevant ist. Wir haben sehr gute Krankenhausdaten, so dass wir, wenn man sich da mal zu-

sammensetzt und versucht zu definieren, was ist eigentlich ein geriatrischer Patient, vielleicht auch ein Stückchen weiterkommen - schaden kann es jedenfalls nicht.

Und was ich auch gerne machen würde, ist, einfach mal verschiedene Bundesländer zu vergleichen. Wir haben ja ganz unterschiedliche Kapazitäten im Bereich der Geriatrie und wir haben Daten für die verschiedenen Bundesländer. Das einfach mal gegenüberstellen! Kann ich z.B. im Outcome Unterschiede feststellen, die wiederum die Geriatrie auch fördern in der Argumentation?

Dr. Lübke: *Herr Vogel, dazu können Sie sicher etwas sagen.*

Prof. Dr. Vogel: Ja, wir haben in Hessen - ähnlich wie in Hamburg und vielen anderen Ländern - die Krankenhausgeriatrie, von der wir behaupten, sie ist effektiv und nachhaltig. Und wir haben auch Daten dafür.

Ob das besser oder schlechter ist, als in anderen Ländern, die einen Schwerpunkt in der Rehageriatrie haben? Wir wissen es nicht! Eine Studie zu machen würde 10 Jahre dauern, wäre sehr teuer und ist so komplex, dass Sie dafür kaum ein Studiendesign hinbekommen. Aber Sie können das Outcome messen. Und alle Daten, die wir haben, ob es jetzt das Weißbuch ist oder die WIdO-Daten aus den AOKn, geben uns eine Möglichkeit mit intelligenter Hinterfragung solche Vergleiche, die Sie jetzt postulieren, auch herzustellen. Natürlich sind die Antworten nur Annäherungen. Aber wenn wir alle Näherungen aneinanderketten, können wir doch mit einer gewissen Evidenz erkennen, was am Ende herauskommt.

Wir haben dies in Hessen diskutiert und dem Sozialminister empfohlen eine solche Studie zu finanzieren. Das ist auch gemacht worden. Die wird im Moment in der Universität Köln aufgelegt. Es werden zwei Länder verglichen. Ich habe leider noch keine vorläufigen Ergebnisse oder Rückmeldungen, wie weit die Auswertungen sind, aber in einigen Monaten sind wir hoffentlich so weit, dass wir wenigstens näherungsweise etwas dazu sagen können, ob ein systematisches Behandeln stationär behandlungsbedürftiger geriatrischer Patienten besser ist, wenn eine Schnittstelle wegfällt - nämlich die zwischen Akut und Reha. Oder ist sie mindestens gleich gut? Und wie sieht es kostenmäßig aus? Die entsprechenden Rohdaten liegen ja vor, sie müssen nur einmal richtig analysiert werden.



Hr. Mohrmann

Es macht Sinn, eine Zusammenarbeit mit den Kostenträgern zu versuchen. Die Krankenkassen haben sehr gute Arzneimittel- und Krankenhausdaten

Dr. Lübke: Ich mache hier mal einen kurzen Break. Wir hatten ja gefragt nach alternativen Bedarfsprognosen. Ich wollte einmal diese Folie hier einblenden, die zeigt, dass wir uns bei allem, was wir im Moment diskutieren – Zuwächse der geriatrischen Versorgung etc. – immer noch bezogen auf die stationären Gesamtversorgungskapazitäten mit der Geriatrie in einem marginalen Bereich bewegen.

Geriatreanteil an den Gesamtkapazitäten in Deutschland

Krankenhaus

- Anteil geriatrischer Betten an Betten gesamt **2,2%**
- Anteil geriatrischer Fälle an Fällen gesamt **1,3%**

Rehabilitation

- Anteil geriatrischer Betten an Betten gesamt **4,1%**
- Anteil geriatrischer Fälle an Fällen gesamt **4,8%**

Quelle: Destatis 2009

Die Geriatrie hat 2,2% der Anteile an den Krankenhausbetten in Deutschland, charakteristischerweise sogar nur 1,3% der Fälle. Das hängt damit zusammen, dass die geriatrischen Patienten natürlich überdurchschnittlich lang in diesen Betten liegen. Interessanterweise im Bereich der geriatrischen Rehabilitation 4,1% der Bettenanteile und 4,8% der geriatrischen Fälle, was umgekehrt so zu interpretieren ist, dass geriatrische Patienten kürzer rehabilitiert werden als nichtgeriatrische Patienten. Das nur noch einmal zum Hintergrund, auf dem wir diskutieren.

Und vielleicht eine weitere Folie: wir haben in einem anderen Zusammenhang vor einigen Jahren Daten zusammengestellt zur Frage potenziell geriatrischer Patienten. Wir sind damals ausgegangen von der Frage, wie man mit Routinedaten anhand relativ einfacher und relativ sicherer Merkmale geriatrische Patienten identifizieren könnte:

Potenziell geriatrische Patienten in Deutschland

Menschen 85+ in Dtl. 2005	1,5 Mio
Menschen 65-84 mit Pflegestufe (SGB XI)	1,0 Mio
Menschen 65-84 mit Demenz	0,7 Mio
Menschen 65-84 Pflegestufe od. Demenz	1,5 Mio
Menschen (85+) oder (65+ und Dem./Pflegestufe)	3,1 Mio
hierauf entfallen altersbezogen	
Krankenhausfälle	1,8 Mio
betreffend 0,8 Mio Menschen	
geriatrische Krankenhausbehandlungen 2005	0,18 Mio

Wenn man entsprechend den Thesen der Vulnerabilität den über 85-Jährigen als geriatrischen Patienten definieren würde, und würde dazunehmen die Menschen zwischen 65 und 84 Jahren, die mindestens schon eine Pflegestufe haben, also definitionsgemäß mindestens in erheblichen Umfang beeinträchtigt sind, und die Menschen mit einer Demenz, weil Menschen mit einer Demenz in der Regel immer komplexe Schädigungsmuster mit Beeinträchtigungen auch in anderen Funktionsbereichen in erheblichem Umfang haben, dann kämen wir auf eine Zahl von etwa 3,1 Millionen Versicherten.

Wenn man altersbezogen herunterrechnet auf die Krankenhausfälle, lägen wir für diese 3,1 Millionen Versicherten bei 1,8 Millionen Behandlungsfällen pro Jahr. Wir hatten aber im Jahr 2005, für das wir diese Berechnungen aufgestellt hatten, nur 180.000 geriatrische Behandlungsfälle. Das heißt, da lägen von den Dimensionen her noch sehr viel größere Unterschiede dazwischen.

Ich behaupte nicht, dass das alles geriatrische Patienten sind, die auch geriatrischer Versorgungsstrukturen bedürfen, - nur, bezogen darauf wären die Annahmen, von denen GEBERA ausgeht, noch eher moderat.



Selbst wenn Sie übrigens die über 85-Jährigen als Alleinkriterium herausnehmen und nur die Pflegebedürftigen und diejenigen mit einer Demenzerkrankung in die Kalkulation nehmen, kommen Sie noch auf eine Zahl von 2 bis 2,5 Millionen „relativ sicher geriatrischer“ Versicherter, weil Sie doch etwa die Hälfte der über 85-Jährigen dazu zählen müssten, weil ca. die Hälfte der über 85-Jährigen ohnehin pflegebedürftig und / oder dement ist. D.h., an den Differenzen zu den tatsächlichen geriatrischen Behandlungskapazitäten änderte sich von den Dimensionen her gar nicht so viel.

Dr. Gronemeyer: Da muss ich an der Stelle allerdings auch noch einmal den Einwand bringen, dass aus der Tatsache, dass es von einer bestimmten Personengruppe viele gibt, noch nicht ohne weiteres abzuleiten ist, was die für Leistungen benötigen. Wir haben auch Millionen von Herzpatienten in Deutschland und nur ein kleiner Teil davon befindet sich in kardiologischen Rehakliniken. Insofern ist immer die Frage, was diese Gegenüberstellungen tatsächlich weiterhelfen, um den künftigen Bedarf an Behandlungskapazitäten deutlich zu machen.

Prof. Dr. Lüttje: Vielleicht zwei Sachen ganz kurz dazu. Dieser kleinen Zahl an geriatrischen Behandlungsfällen muss man, glaube ich, entgegen stellen, dass die aktuelle Datenerhebung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin zeigt, dass die Geriatrie gleich viele Behandlungsplätze, d. h. Krankenhausbetten in Deutschland in spezialisierten Akutabteilungen hat wie die Gastroenterologie. Das relativiert vielleicht ein bisschen diese 2,2% und stellt Geriatrie wieder in einen etwas anderen Zusammenhang.



Die Geriatrie hat innerhalb der Inneren Medizin gleichviele Krankenhausbetten wie die Gastroenterologie

Prof. Lüttje

Geriatrie ist heute nicht mehr ein Minibereich, sondern gleich groß wie die spezialisierte Gastroenterologie in deutschen Krankenhäusern - wissend darum, dass in vie-

len allgemeinen Inneren auch ein Stück weit Gastroenterologie mitgemacht wird, wie ein Stück weit Kardiologie mitgemacht wird und wie ein Stück weit Geriatrie mitgemacht wird. Aber jeder Gastroenterologe würde sagen, okay, je höher der Qualifikationsgrad desto besser die Behandlung. Und etwas Vergleichbares sagen dann die Geriater auch ab und zu.

Der zweite Punkt ist: So sehr man vielleicht sagen kann, die GEBERA-Zahlen mmh...? Man

muss immer wieder eins bedenken: bei jeder Option sind extrem niedrige Prozentzahlen an möglichen geriatrischen Behandlungsfällen angesetzt worden. Von allen Patienten, die möglicherweise ein geriatrisches Profil haben, sind mal gerade 10% als potenziell geriatrisch angesetzt worden, d. h. es sind hier wirklich Minimal Szenarien aufgestellt worden.

Ich glaube, so habe ich die GEBERA mit ihren Aussagen letztendlich immer verstanden, sie wollen darauf hinweisen, dass dieser Bereich sich automatisch weiterentwickeln wird, dass alle Daten, die man sicher verbessern kann - und ich finde das Angebot hervorragend, die Daten von uns und den Kostenträgern zu verknüpfen, um das noch genauer zu machen -, dass alle Daten zeigen, es gibt eine Unterversorgung geriatrischer Patienten, weil sie - ich komme auf das vorhin Gesagte zurück - nicht identifiziert werden. Das sagen diese Zahlen letztendlich auch aus.

Dr. Lübke: *Sehen Sie das auch so, Herr Buitmann?*

Herr Buitmann: Ich würde mal sagen, bezogen auf das Bundesgebiet ist es bestimmt in Teilen so. In anderen Ländern oder in bestimmten Ländern hat man ein ausgefeiltes Konzept - stationär!

Was mir hier in der Diskussion ein bisschen fehlt, ist der ambulante Bereich, also weg vom Stationären. Wir zäumen das Pferd von hinten auf. Wir reden beim Stationären, ich sage mal, über die Spitze des Eisberges, aber nicht das, was darunter passiert. Und das ist im Grunde der entscheidende Bestandteil. Wenn man Gesundheitsversorgung als Ganzes sieht und die finanziellen Möglichkeiten, die man hat, dann muss man dahin gehen, im niederschweligen Bereich Angebote schaffen bzw. Versorgungsstrukturen aufbauen und diese diskutieren.

Noch einmal: Das DRG-System - das beobachten wir in Schleswig-Holstein, das habe ich aber auch von meinen Kollegen in anderen Bundesländern ähnlich gehört - mit seiner speziellen Ausgestaltung und seiner speziellen Finanzierung hat, wenn man ab 2004 schaut, die Entwicklung der Geriatrie durchaus gefördert. Es hat auch das finanzielle Volumen im stationären Bereich gefördert.



Herr Buitmann

Wir zäumen das Pferd von hinten auf: Wir reden beim Stationären über die Spitze des Eisbergs. Man muss im niederschweligen Bereich Angebote schaffen.



Herr Buitmann

Was aber fehlt in so einem System ist der Unterbau, das, was unterhalb des stationären Sektors passiert, in Abstimmung mit der tagesklinischen Behandlung und in Abstimmung mit den regionalen Strukturen in dem jeweiligen Land oder der Stadt. Das kann sehr unterschiedlich sein. Das merken wir sogar in Schleswig-Holstein. In Kiel und Dithmarschen werden zwei unterschiedliche Versorgungsstrukturen aufgebaut und benötigt. Das ist etwas, das im Grunde genommen durch das Weißbuch auch ein bisschen angestoßen wird, dass man da vernetzte Strukturen schaffen muss.

Die Konsequenzen des Weißbuchs hinsichtlich der stationären Bedarfsentwicklung halte ich für verfehlt, weil der Unterbau fehlt. Wir haben ihn in ganz Deutschland nicht

Die Konsequenzen des Weißbuchs hinsichtlich der stationären Bedarfsentwicklung halte ich aber für illusorisch und auch für verfehlt, weil dieser Unterbau fehlt. Wir haben ihn nicht. Wir haben ihn in ganz Deutschland nicht. Wir fangen jetzt gerade mal bei uns an - in bestimmten anderen Ländern auch - ihn aufzubauen und das ist ein wesentlicher Bestandteil in der weiteren Entwicklung.

Dr. Lübke: Also müsste da jetzt erst mal der Schwerpunkt im weiteren Ausbau liegen, wenn ich Sie richtig verstehe?

Herr Buitmann: Ja.

Herr Mohrmann: Für mich ist noch eine Frage zu den von Ihnen dargestellten geriatrischen Kapazitäten offen. Sind da ausgewiesene Fachabteilungen Geriatrie drin oder ist die Versorgung in der Inneren mit einem Geriater, der da beschäftigt ist, auch gemeint?

Dr. Lübke: Nein, was hier ausgewiesen ist, sind nur die Bettenzahlen der geriatrischen Fachabteilungen.

Herr Mohrmann: Wobei wir natürlich auch noch die Zahl entsprechender geriatrischer Behand-

lungen haben, die in Inneren Abteilungen stattfinden!

Dr. Lübke: Ja, wobei ich - um Missverständnisse auszuräumen, das kam nämlich auch von verschiedenen Teilnehmern aus dem Publikum - dazu noch mal sagen muss: Es ist klar, dass geriatrische Patienten natürlich auch in Inneren Abteilungen behandelt werden und auch behandelt werden können. Dass dort aber geriatrische Leistungen abgerechnet werden können, geht natürlich nur, wenn die auch einen Geriater und ein entsprechendes Team haben.

Herr Mohrmann: Das ist auch vollkommen okay. Sobald ein Geriater da ist, kann das passieren, aber das ist in den Kapazitäten, die Sie jetzt eben gezeigt haben, nicht drin?

Dr. Lübke: Nein.

Herr Mohrmann: Die gehören aber dazu, weil auch da ja geriatrische Versorgung stattfindet. Ich kann nicht sagen, es wird nur der von Ihnen ausgewiesene kleine Teil geriatrisch versorgt.

Dr. Lübke: Das ist richtig.



Herr Mohrmann

Herr Mohrmann: Das muss irgendwie mitberücksichtigt werden.

Dr. Lübke: Genau, wobei ich bisher noch annehmen möchte, dass dieser Anteil im Moment noch sehr klein ist. Mich haben

allerdings auch ein bisschen die Zahlen mit dem Anstieg geriatrischer Komplexbehandlungen im ersten Halbjahr dieses Jahres erschreckt.

Herr Mohrmann: Da haben wir ja auch einen gewissen Konsens. Wir haben beide nicht das Ziel, dass es einen Mitnahmeeffekt für die geriatrische Komplexbehandlung gibt, sondern im Grunde müssen die strukturellen Voraussetzungen so hoch sein, dass die wirklichen Geriatrien, sie erfüllen, aber dass dieser Mitnahmeeffekt herausfällt, der im Moment mit Sicherheit - schon erschwert -, aber immer noch da ist.

Dr. Lübke: Das denke ich auch.



Hr. Mohrmann

Die strukturellen Voraussetzungen für die geriatrische Komplexbehandlung müssen so hoch sein, dass die wirklichen Geriatrien sie erfüllen, aber Mitnahmeeffekte herausfallen

entenn denn in anderen Ländern versorgt, wo die Versorgung vielleicht als optimal deklariert ist? Wie viel passiert da im stationären Bereich? Und wie viel im ambulanten? Also muss man da unbedingt mehr haben? Das können wir vielleicht jetzt nicht beantworten, es wäre aber eine Frage.

Und dann muss ich natürlich wieder auf das Gesamtsystem schauen. Ich habe ja davon gesprochen, dass die Fallhäufigkeit in Deutschland insgesamt im stationären Bereich hoch ist. Wenn Sie dann aber im geriatrischen zu niedrig ist, ist sie im anderen viel zu hoch. Dann muss man sich auch darum kümmern. Das werden wir auch nicht nur in diesem Kreis machen können, aber das ist ein Problem, das wir haben.

Herr Mohrmann: Zu dem Punkt, ob geriatrische Patienten derzeit stationär unterversorgt sind, würde mich schlicht mal interessieren: Wie werden geriatrische Patienten

in kliniken und ähnliches, wo eine große Menge abgefangen wird.

Das ganze britische System geht in diese Richtung eines viel größeren Ambulanzanteils, wo in ganz enger Zusammenarbeit mit dem örtlichen Gesundheitswesen die Geriater als Berater mit drin sind und dann mit den Hausärzten zusammenarbeiten. Also sicher deutlich weniger vollstationär, was aber bei uns schwierig ist, weil wir eine Reihe von Bundesländern haben, die z. B. die Akuttagesklinik überhaupt nicht kennen und wo diese Ambulanzstrukturen gar nicht aufgebaut sind.

Ich bin einer der ganz wenigen Krankenhausärzte, die eine ambulante Ermächtigung für Geriatrie im Rahmen der Inneren Medizin haben. Das dürfte auch ziemlich einzigartig sein, sonst gibt es so etwas für den speziellen Bereich Geriatrie nicht. Das ist aber letztendlich als Beratungsinstrument für niedergelassene Ärzte durchaus

Außer in Italien, gibt es eine vergleichbar große Zahl von geriatrischen Betten nirgendwo in Europa. Andere Länder haben aber viel besser ausgebaute ambulante Strukturen



Prof. Lüttje

eine sinnvolle Struktur.

Dr. Lübke: Ich möchte noch einmal eine Frage an Herrn Schäfer stellen zur Versorgung geriatrischer Patienten im ambulanten Bereich.

Ich frage jetzt einmal etwas pointiert, für wie qualifiziert halten Sie die Hausärzte derzeit im Umgang mit spezifisch geriatrischen Problem-

konstellationen oder geriatrischen Syndromen. Würden Sie sagen, da ist alles paletti oder gibt es da auch Nachholbedarfe, wie ich annehmen möchte? Und was wäre da zu tun?

Dr. Lübke: Herr Lüttje, zum europäischen Vergleich, können Sie da vielleicht noch mal ein paar kurze Schlaglichter darauf werfen?

Prof. Dr. Lüttje: Außer in Italien, die eine Riesenzahl von Geriatriebetten ausgewiesen haben, gibt es eine vergleichbar große Zahl von geriatrischen Betten nirgendwo in Europa. Andere Länder haben aber viel besser ausgebaute ambulante Strukturen, die auch an Kliniken angeschlossen sind, Stichwort Poly-

Dr. Schäfer: Es tut mir leid, ich kann Ihnen da jetzt nicht widersprechen. Auch da haben wir einen erheblichen Nachholbedarf - absolut.

Das hängt damit zusammen, dass die Geriatrie eben doch noch nicht so in unserem Visier ist,



und das ist natürlich auch eine Frage der Angebote im Bereich der Fortbildung.

Nun kann ich mich hier vorne mit breiter Brust hinsetzen und sagen, in Hamburg können wir stolz sein. Wir haben die hausärztliche Fortbildung, in Hamburg absolut pharmafrei, multidisziplinär, sektorübergreifend, die auch kostenpflichtig ist und trotzdem gut besucht von den Kollegen, wo eben geriatrische Probleme dann auch jedes Mal mit im Visier sind. An dieser Fortbildungsreihe ist konzeptionell die Fortbildungsakademie der Freien hausärztlichen Internisten, der Hausärzterverband, die DEGAM und die Abteilung für Allgemeinmedizin an der Uni beteiligt. Was das angeht, bin ich sicher, da werden richtig die Lücken gefüllt im Wissen.

Aber ich wäre ein Traamtänzer, wenn ich sagen würde, mehr brauchen wir nicht zu tun. Da sind wir mit Sicherheit auf Ihrer Seite, dass wir sagen, okay, das muss flächendeckend noch besser werden.

Dr. Lübke: *Vielleicht noch einmal eine Konkretisierung. Was ja ein besonderes Problem darstellt, das immer wieder diskutiert wird, ist die medizinische Versorgung von Pflegeheimpatienten.*

Dort kumulieren ja sicher in ganz besonderer Weise typische geriatrische Problemkonstellationen, seien es Wundversorgungsfragen,

Wir haben einen erheblichen Nachholbedarf in der spezifisch geriatrischen Qualifizierung der Hausärzte



Dr. Schäfer

Sturzrisiko, Inkontinenzprobleme, kognitive Einschränkungen usw. Das sind ja in ganz hohem Maße im Prinzip urgeriatrische Problemkonstellationen.

Zugleich wird von hausärztlicher Seite immer wieder gesagt, die Fortbildung lohnt sich nicht, es gibt ja auch nichts dafür.

Und es wird beklagt, dass die Vergütung derer, die die medizinische Versorgung im Heimbereich leisten, der Hausärzte, Vertragsärzte, so schlecht sei.

Wäre es nicht eine sinnvolle Maßnahme, zum Beispiel für die Versorgung von Pflegeheimpatienten nur Vertragsärzte zuzulassen, die eine gewisse Mindestqualifikation geriatrischer



Art nachweisen, und umgekehrt dann auch zu sagen, gut, wenn ihr die habt, dann können wir das auch besser vergüten, also das mit entsprechenden qualitätsgebundenen Vergütungsanreizen zu koppeln?

Dr. Schäfer: Wenn sich das dann lohnt, ist das sicher richtig. Wir haben jetzt gerade am kommenden Donnerstag hier in der Bürger-schaft im Sozialausschuss eine Anhörung zu der Frage Versorgung von Heimen durch Ärzte, durch Hausärzte und da kann ich aus eigenem Erleben nur sagen: ich versorge praktisch vollständig eine geschlossene gerontopsychi-atrische Fachpflegeeinrichtung mit 60 Bewohnern. Da ist es einfach zu sagen, okay, der Mittwoch wird für mich um dieses Heim herum geplant - mit dem Bonus, wenn ich da hinkomme, dann steht die Pflegedienstleitung auch bereit. Ich muss nicht stundenlang über die Station laufen, um mir einen Ansprech-partner zu suchen, und kann zügig die Probleme abarbeiten. Das hat für mich den Vorteil, dass die Arbeit in dem Pflegeheim wirtschaftlich ist, und das hat für das Heim den Vorteil, dass sie einen Ansprechpartner haben, den sie auch am Wochenende anrufen können usw. - Ist im Augenblick so bisschen mein Hobby, wenn ich mal meinen Steuerberater frage.

Aber hier lohnt sich dann auch Fortbildung! Weil ich das mache, habe ich zweimal in der Woche den Kurs „ambulante geriatrische Rehabilitation“ in Hannover besucht, um dort sicherer zu sein, um besser arbeiten zu können. Aber das lohnt sich eben nur, wenn Sie einen Block von Patienten haben, d. h. wenn das für die Zusammensetzung Ihrer Patienten relevant ist. Für einen oder für fünf Patienten wird es zu einem wirklich sehr teuren Hobby für den Doktor.

Das Problem in der Heimversorgung ist derzeit die freie Arztwahl. Wenn wir den Bewohnern klar machen können, dass sie, wenn sie sich auf die Behandlung durch einen Arzt einlassen, der das Heim schwerpunktmäßig versorgt, mehr Qualität haben, dann wird es wirklich zu einer Win-win-Situation, und dann ist vielleicht nachher die Frage der freien Arztwahl auch nicht mehr so bedeutsam. Auch bei mir in dem Heim gibt es einige Patienten, die aus Treue ihren alten Hausarzt beibehalten haben. Ich wäre ein Hund, wenn ich dagegen etwas sagen würde, aber das sind eben Ausnahmefälle.

Man könnte damit diese Zusatzqualifikation jedenfalls auf eine ganz andere wirtschaftliche Basis stellen. Und dann macht man das auch sehr viel lieber, als wenn man lediglich sagen kann, okay, du hast wenigstens in der Zeit, wo du diese Zusatzqualifikation erwirbst, keine Kosten für die Freizeitgestaltung.



Dr. Ernst, Prof. Vogel

Prof. Dr. Vogel: Ich möchte gerne noch auf Herrn Schäfer antworten und auch auf das, was Herr John heute Morgen gesagt hat. Als Landesverbandsvorsitzender bin ich in Hessen und Thüringen auch zuständig für die Beratung gegenüber den Ministerien und den Krankenkassen, die mit am Tisch sitzen. Wir sagen dort folgendes:

Wir wollen erst das Netzwerk stärken. Das deckt sich mit Überlegungen zur Schwerpunktpraxis und zum Heimarzt

Baut dieses System der krankenhausgeriatrischen Betten im Moment noch nicht weiter aus – wir liegen mit den Kapazitäten, die wir haben, ganz genau im statistischen Mittel in Deutschland. Wir wollen erst das Netzwerk stärken. Die Knoten im Netzwerk sind die ambulanten Geriater, die es noch kaum gibt – Schwerpunktpraxen gibt es vielleicht 5 in ganz Hessen. Die wollen wir ausbauen und das System so weiterentwickeln, dass die Qualität „unten“ stimmt.

Das deckt sich nicht nur mit den Überlegungen zur Schwerpunktpraxis, sondern auch denen zum Heimarzt. Bei der Versorgung von Heimen besteht ein Riesenbedarf - und der ist rein geriatrisch. Erst wenn wir diesen Bedarf bestimmt haben, gehen wir an den möglicherweise notwendigen Weiterausbau geriatrischer Betten.

Noch eine Bemerkung. In England gibt es ja eine sehr traditionsreiche Geriatrie. Soweit ich informiert bin, sind die geriatrischen Betten, was die Dichte an internistischen Krankenhausbetten angeht, dort an zweiter Stelle. Und das kommt ja nicht von ungefähr. Es gibt also auch Länder, die die Geriatrie anders verorten als wir mit unseren 2 oder 3 %.

Dr. Lübke: *Vielen Dank. Damit möchte ich die ersten zwei Teile dieser Podiumsdiskussionsrunde abschließen und mich noch einmal bei Herrn Schäfer für seine Teilnahme bedanken.*



● Reha- versus Akutbehandlung

Dr. Lübke: *Im dritten Teil der Podiumsdiskussion möchten wir jetzt noch stärker den Bereich der konkreten Versorgungsstrukturen und deren Weiterentwicklung diskutieren.*

Freundlicherweise hat sich Herr Dr. John bereit erklärt, die Vertretung von Herrn Schäfer für den Bereich ambulante Versorgung / KV auf dem Podium zu übernehmen, vielen Dank!

Es wird ja im Weißbuch ausgeführt, dass die Länder geriatrispezifisch recht verschieden aufgestellt sind. Es wird auch gesagt, dass im Bereich der Akutversorgung, zumindest was die Finanzierung angeht, alles transparent und leistungsgerecht sei - ich formuliere das bewusst einmal etwas pointiert. Im Bereich der Rehabilitation hätten wir Probleme. Ich möchte vielleicht zu Anfang dieser Diskussionsrunde Herrn Gronemeyer fragen. Würden Sie aus Sicht der Begutachtung durch die Medizinischen Dienste dem zustimmen, dass in der geriatrischen Akutversorgung alles paletti ist?

Dr. Gronemeyer: Ich muss sagen, dass ich dieses Fazit, transparent und leistungsgerecht und Qualitätsstandards sind vorhanden, aus meiner Sicht etwas verkürzt fand, weil ich doch einige Aspekte vermisst habe, die vor ein paar Jahren noch eine große Rolle gespielt haben.

Ich erinnere z. B. an die Diskussion vor 6-7 Jahren über die Indikationskriterien zur Frührehabilitation. Zu einer Zeit, wo man vielleicht noch nicht so genau wusste, wo geht es hin mit dem DRG-System, wie wird das laufen, hat dieses Thema eine große Rolle gespielt. Damals ist ja dazu vom MDS auch ein großer Konsensusprozess moderiert worden. Das ist natürlich ein Punkt, wo heute nicht mehr viel hinterfragt wird, was sind das eigentlich für Patienten, die die geriatrische

Komplexbehandlung im Krankenhaus bekommen? Das ist ein Punkt, wo ich mir wünschen würde, dass da auch in Zukunft doch noch einmal vermehrt das Augenmerk darauf gelenkt wird, auch seitens der Fachgesellschaften diesen Prozess noch einmal aufzunehmen.

Denn ich glaube auch vor dem Hintergrund der Geriatriisierung anderer Fachabteilungen, von der wir heute gehört haben, ist es möglicherweise in Zukunft doch wieder notwendiger zu definieren, welche Patienten jetzt wo zu versorgen sind und was eigentlich die Indikationskriterien auch für die Erbringung frührehabilitativer Leistungen sind.

Ein anderer Punkt ist die Frage der Behandlungsdauer. Das ist aus meiner Sicht auch ein Punkt, der in der Zukunft nicht aus dem Blick genommen werden darf, ob also tatsächlich die Leistungen auch in dem Umfang abgegeben werden, wie sie dem tatsächlichen medizinischen Bedarf entsprechen. Wenn sich z. B. zeigen würde, dass Verweildauern immer an bestimmten Schwellenwerten der vom DRG-System vorgegebenen Vergütungspauschalen kumulieren, wäre das zumindest ein Aspekt, den man hinterfragen müsste, ob tatsächlich bedarfsgerecht behandelt wird.

Und der letzte Punkt - das war ja auch im Weißbuch so ein Kommentar, dass im stationären Bereich die Behandlungsstandards und die



Dr. Gronemeyer

Vor dem Hintergrund der Geriatriisierung anderer Fachabteilungen ist es notwendig zu definieren, welche Patienten wo zu versorgen sind und was die Indikationskriterien für frührehabilitative Leistungen sind



Behandlungsqualität eigentlich gesichert wären. Ich denke, dass sich das in erster Linie ja nur auf den OPS beziehen kann. Da würde ich aber dann auch gerne daran erinnern, dass es sich bei den Qualitätskriterien, die da vorgegeben sind, um Mindestkriterien handelt, und die Frage aufwerfen, die ja auch schon im Zusammenhang mit Türschildgeriatrien usw. angeklungen ist, ob das wirklich auf lange Sicht ein ausreichendes Instrument ist, um die Anforderungen an die Leistungserbringung im Krankenhaus zu definieren.

Dr. Lübke: *Herr Lüttje, ich muss ja auch zugeben, dass ich etwas erschrocken bin über die Zahlen von Herrn Mohrmann, die er über den Anstieg der über die OPS 8-550* - also die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung - abgerechneten Leistungen aus dem ersten Halbjahr dieses Jahres vorgelegt hat. Wie werten Sie diese Entwicklung?*

Prof. Dr. Lüttje: Das habe ich Herrn Mohrmann auch schon gesagt, darüber war ich genauso erschrocken, weil ich auch unter Betrachtung der bundesweiten Szene aktuell nicht erkennen kann, dass die Zahl von hochqualifizierten Geriatrien in diesem Maß zugenommen hat, dass diese Zahlen tatsächlich zu erbringen wären.

Das sehe ich auch mit einer gewissen Zurückhaltung und glaube, das ist ein klarer Hinweis darauf, dass die vorhandenen Qualitätsanforderungen noch deutlicher hinterfragt werden müssen, insbesondere im Hinblick auf die Behandlungsleitung, die ja mit Urlaubszeit usw. automatisch den Zweitgeriater pro Einrichtung erforderlich machen würde, aber eben auch einige andere Dinge.

Vielleicht noch ein Punkt zu dem, was Herr Gronemeyer sagte. Die GEBERA - und das war ja der Grund, warum wir die GEBERA gebeten hatten das Gutachten als Externe zu erstellen -

hat uns immer wieder gesagt, Freunde, wir fragen euch gerne, aber das Buch schreiben wir. Dann haben sie gesagt, als Abgrenzungskriterien nehmen wir genau die, die heute da sind. Ihr könnt fünfmal sagen, was ihr für Ideen habt, das kann man vielleicht mal für irgendwelche Zukunftsvisionen nutzen, aber wir nehmen die, die bundesweit festgelegt sind - so scharf oder unscharf sie auch immer seien. Als Krankenhausverweilkriterien nehmen wir die, die tatsächlich vorhanden sind, nämlich keine! Bei den Krankenhausaufnahmekriterien, den G-AEPs, da gibt es ja ein klein bisschen etwas. Bei der Mindestqualität kann man auch sehen, ob man noch ein bisschen nacharbeiten muss. Das muss parallel zu allem anderen gemacht werden.

Dr. Lübke: *Darf ich an der Stelle doch noch einmal nachhaken: Habe ich Sie richtig verstanden, dass Sie davon ausgehen, dass dieser Zuwachs in der Abrechnung geriatrischer frührehabilitativer Komplexleistungen im Wesentlichen auf nicht-geriatrische Abteilungen zurückzuführen ist?*

Das mag es ja geben, aber es gibt ja auch gewisse Qualitätsstandards, die für die Erbringung, Abrechnung und Kodierung dieser Leistung vorgegeben und in der OPS 8-550 festgelegt sind. Insofern haben wir doch offensichtlich auch noch das Phänomen, dass die Geriatrie innerhalb ihres eigenen Fachgebiets diese Leistungen in immer höherem Maße geltend macht?*

Prof. Dr. Lüttje: Ja, das ist auch völlig verständlich. Wenn Sie sich ansehen, wie sich die Verweildauern in der gesamten Medizin verändern, dann ist es selbstverständlich, dass sich auch in der Geriatrie und letztendlich auch bei den Komplexpauschalen die Verweildauern verkürzt werden.

Wir haben deswegen auch ganz bewusst - jetzt



Prof. Lüttje

Jede Krankenhausabteilung verkürzt die Verweildauer, dann ist es selbstverständlich, dass sich auch in der Geriatrie und bei den Komplexpauschalen die Verweildauern verkürzen

kann ich nur für meine Klinik sprechen, aber auch Frau Wittrich vom Bundesverband ermahnt uns schon lange dazu - vor 2 Jahren damit angefangen, auch die derzeit nicht vergütungsrelevante OPS 8-550.0 immer zu kodieren, weil das

natürlich auch eine erbrachte Leistung ist.

Wenn wir vor 4 bis 5 Jahren an durchschnittlicher Zeit für eine geriatrische Komplexpauschale noch irgendetwas um - ich nenne jetzt mal eine fiktive Zahl - 20 Tage gebraucht haben, dann sind wir inzwischen bei 17 Tagen. Ich halte das für völlig normal, jede Krankenhausabteilung verkürzt die stationäre Verweildauer. Das macht die Geriatrie ganz genauso, weil wir denselben Bettendruck haben wie jede andere Fachabteilung.

Dr. Lübke: *Dagegen ist ja nichts einzuwenden, das kann ja durchaus auch im Sinne des Patienten sein. Das müsste aber heißen, dass dieser Anstieg dann primär im Bereich der OPS 8-550.0 stattfinden müsste? Herr Mohrmann ist leider nicht mehr da, können Sie zu diesen Zahlen etwas sagen, Herr Buitmann?*

Herr Buitmann: Nein, nicht zu diesen 46%, aber diese Entwicklung kann man im DRG-System nachvollziehen seit es die Komplexpauschale gibt. Seit 2005/2006 ist es so, dass die Komplexpauschale immer häufiger abgerechnet wird. Die Steigerungsraten sehen wir ja auch, wenn wir uns jedes Jahr über mehr Leistung unterhalten, dann sind das häufig geriatrische Fälle, die eben mehr Punkte bringen.

Da stecken mehrere Aspekte drin. Einmal ist es sehr wichtig zu schauen, habe ich eine Tagesklinik dazu bekommen oder nicht. Das führt dazu, dass ich, wenn ich entsprechend die Behandlung danach ausrichte, natürlich auch eher in kürzere Komplexcodes, d. h. auch in die 8-550.0 hineinkomme - zum Beispiel, wenn man das jetzt bundesweit sieht.

Das andere ist, dass ich glaube, es ist ein Riesenunterschied, ob man auch in der Inneren die Komplexpauschale erbringt, wenn man die Strukturkriterien, die ich auch für zu weich halte, erfüllt, oder ob man - das wäre im Einklang mit dem Krankenhausplan - die Komplexpauschale nur dort erbringen kann, wo auch eine geriatrische Fachabteilung ist.

Das ist eine große Diskussion, die es auch bundesweit gibt. Die wird sehr heterogen gelöst und die haben wir durchaus auch bei uns. Wir versuchen das jetzt mit der Landesrahmenvereinbarung umzusetzen, aber diese Diskussion ist nicht einfach zu führen. In vielen Ländern höre ich auch, dass die geriatrische Komplexpauschale in mehreren Fachabteilungen abrechenbar ist, was das DRG-System ja erlaubt - auf der einen Seite, wenn ich die Kriterien erfülle -, andererseits muss man sich natürlich fragen, warum mache ich dann Krankenhausplanung, warum mache ich Kapazitätenplanung mit geriatrischen Zentren bzw. Abteilungen, für die ich festlege, da sind besondere, nicht nur investive sondern auch therapeutische Merkmale umzusetzen und da ist eben auch eine Urlaubsvertretung für den Geriater vorzuhalten etc.. Das ist ja in der bisherigen OPS-Definition so nicht drin.

Dr. Lübke: *Noch eine Frage, die auch mit den Vergütungen geriatrischer Leistungserbringer zusammenhängt: Wir bekommen von Seiten des Kompetenz-Centrums über Rückmeldungen doch immer öfter mit, dass es mit der Durchführung wirklich rehabilitativer geriatrischer Leistungen in den 109er-Ländern, wo die Geriatrie sozusagen „fallabschließend“ im Krankenhaus erbracht werden soll, doch Probleme gibt, sei es, dass Patienten früher als bisher entlassen werden, ohne dass diese Potenziale wirklich ausgeschöpft sind, sei es, dass sie anschließend noch in eine indikationsspezifische Rehabilitation verlegt werden, was ja auch eine gewisse Schwierigkeit ist, wenn man der Definition des geriatrischen Patienten ein gewisses Gewicht beimisst. Wie sehen Sie das, Herr Vogel? Sie sind in einem Land, das dieses 109er-Prinzip vertritt?*





Prof. Vogel

Prof. Dr. Vogel: Also in Hessen wie in Thüringen, ich vertrete ja beide Länder, machen wir eine genaue Statistik, wie viel Prozent der Patienten wir aus der Geriatrie nach dem Fallabschluss noch in eine Reha verlegen. Das sind unter 1%, ist also vernachlässigbar.

Wir versuchen die fallabschließende Behandlung hinzukriegen – in manchen Fällen sind die Patienten bei dem Trend zu kürzeren Verweildauern dann noch nicht so weit, wie wir sie gerne hätten -, sie sind trotzdem im Ergebnis nicht schlechter geworden

Wir versuchen also die fallabschließende Behandlung hinzukriegen, d. h. die rehabilitativen Behandlungselemente, die ja am Tag 1 beginnen, bis zum Ende auch durchzuführen. Das entspricht ja

auch den OPS-Kriterien. Das bekommen Sie nur hin, wenn Sie das wirklich auch konsequent machen.

Und dann sagen wir, weitere Rehabilitation brauchen wir nicht mehr. Der Patient ist dann in manchen Fällen - bei dem Trend zu kürzeren Verweildauern - noch nicht ganz so weit, wie wir ihn gerne hätten. Würden wir jedem dieser Patienten noch eine Woche dazugeben, würden wir sofort wirtschaftliche Defizite riskieren.

Aber wir haben heute durch die vernetzten ambulanten Strukturen und gut trainierte Hausärzte die Möglichkeit, die Patienten, die das wirklich brauchen, auch ambulant weiter zu versorgen. Das tun wir zum Teil auch in der Ambulanz selber im Sinn der ambulanten geriatrischen Rehabilitation. D. h., dadurch, dass die nachsorgenden Einrichtungen gut und effektiv sind, kommen wir mit dem Fallabschluss hin - auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Das ist schon eine Aussage und wir wissen auch, welche Qualität wir produzieren.

Dr. Lübke: *Die nachbehandelnden Einrichtungen sind welche, ...Kurzzeitpflege?*

Prof. Dr. Vogel: Kurzzeitpflege ist auch nur ein ganz kleiner Prozentsatz. Der Anteil der definitiv nach Hause Entlassenen, den wir messen, wenn die Kurzzeitpflege wirklich kurz war, ist in der Statistik nicht runter gegangen, d. h. wir schicken immer noch zwischen 75 und 80% nach Hause. Und sie haben nach wie vor eine Funktionsverbesserung mit dem Barthel-Index von im Schnitt etwa 20 - 25 Punkten, d. h. sie sind trotz der genannten Trends im Ergebnis nicht schlechter geworden. Wir kriegen das also immer noch hin und das bestätigen mir auch die anderen Kollegen, die ich bei unseren halbjährlichen Treffen frage.

Bei einigen sehr schwer betroffenen geriatrischen Patienten, z. B. gefäßchirurgisch Versorgten, die Wunden haben, MRSA-Besiedlung und mobilisiert werden müssen, da kriegen es die Geriatrien nicht mehr hin, und die verlegen dann diese Patienten z. B. in eine andere Klinik mit oder ohne Geriatrie, was von der Sache her Unsinn ist, aber sie müssen es ja irgendwie finanziert kriegen. Das sind aber Einzelfälle, die ich auch beanstande. Aber für solche problematischen Patienten gibt es keine einfache Lösung.

● ambulant versus stationär

Dr. Lübke: *Herr John will eine weitere „Ausweichmöglichkeit“ bzw. Behandlungsoption vorschlagen?*

Dr. John: Wir sind ja auch so ein „fallabschließendes“ Land und in meinem Bereich, wo wir den ambulanten geriatrischen Behandlungskomplex aufgebaut haben, übernehmen wir ja sozusagen mit unserem ambulanten Zentrum auch tagesklinische Funktionen für die Klinik. Die haben gar keine eigene Tagesklinik aufgebaut, weil wir ja Doppelstrukturen verhindern wollen - das war klares Prinzip.

Wenn wir solche Fälle haben - und die Klinik hat eben durchaus Patienten, die noch ein Rehapotenzial haben, das ist ja was typisches bei den älteren Menschen, dass es eben mal ein bisschen länger dauert bis die so langsam starten und es wieder voran geht -, dann kommen die zu uns. Etwa 60% unserer Patienten kommen aus dem stationären Bereich.

Wir haben im Prinzip drei Gruppen von Patienten. Einen Teil, der direkt aus der normalen Inneren Klinik kommt, der gar keiner stationären geriatrischen Reha bedarf, weil nur ein relativ kleines Ereignis vorliegt, aber trotz-



In meinem Bereich übernehmen wir mit unserem ambulanten Zentrum auch tagesklinische Funktionen für die Klinik

Dr. John

men. Und dann eben welche aus dem ambulanten Bereich, die noch gar nicht im stationären Bereich sein mussten, also noch nicht hingefallen sind, aber mit großer Wahrscheinlichkeit im nächsten, vielleicht halben Jahr so schwach wären und in ihrer Alltagskompetenz so gemindert wären, dass da etwas passieren könnte. Das ist die dritte Gruppe. Und das macht Sinn.

Dr. Lübke: *Das erinnert mich ein Stück weit an das Modell in Schleswig-Holstein, Herr Buitmann, wo wir ja im Grunde ähnliche Ziele für die ambulante geriatrische Versorgung formuliert haben, nur dass dort die Federführung nicht bei einem niedergelassenen Geriater liegt, sondern angebunden ist an die bestehenden geriatrischen Zentren.*

Sie sind ja damit ein Stück weit weggegangen von dieser Trennlinie zwischen kurativer und rehabilitativer Versorgung, auch von dem Versuch dort eine klare Schnittstelle zu definieren - wenn ich das einmal für die Zuhörer hier so interpretieren darf - und statt dieser Frage gemäß der Landesrahmenvereinbarung eher dazu übergegangen, die Prüfung der richtigen Versorgungsstufe, d. h. stationär, teilstationär oder ambulant, ins Zentrum zu rücken.



Herr Buitmann, Frau Huster-Nowack

Herr Buitmann: Ja, genau richtig. Wir haben versucht Stufen abzubilden. Wir haben ja von oben angefangen. Wir haben stationäre Kapazitäten gehabt und hatten auch tagesklinische Kapazitäten im Grunde in jedem Kreis aufgebaut - das gibt das Weißbuch nur nicht ganz her. Von der Struktur her fehlte uns aber eine Ebene darunter - zwischen Hausarzt und Klinik - genau das, was Sie eben berichtet haben.

dem Defizite da sind, die aber gleich ambulant behandelt werden können. Zweitens die, bei denen noch weiter Rehapotenzial vorhanden ist, wenn sie aus der geriatrischen Spezialabteilung kommen.

Bei uns machte es in dieser Struktur eher Sinn, diese Ebene an den Kliniken anzubinden, wobei für die Kliniken die Möglichkeit besteht, sich zu vernetzen, d.h. mit den Niedergelassenen oder bestimmten therapeutischen Gruppen, die sich dann entsprechend ärztlich-geriatrisch qualifizierte Kompetenz dazuholen, Satelliten zu bilden an Orten, wo ich das Einzugsgebiet oder den Kreis durch die Klinik nicht ganz abgedeckt bekomme. Von der Struktur her ist das also ähnlich, d. h. wir haben zwischengeschaltet eine ambulante geriatrische Rehabilitation und die läuft jetzt seit ungefähr 4-5 Monaten.

Wir hatten ein Modellvorhaben vorge-schaltet - das sagte ich eben schon - das in diesen 2 Jahren im Grunde sehr positive Ergebnisse erbracht hat. Wir haben weniger oder sagen wir mal eine Konstanz der stationären Fälle gehabt im Vergleich zu den anderen Regionen, die dieses Modell nicht hatten und deutliche Steigerungsraten hatten.

Dr. Lübke: *Frau Huster-Nowack, denken Sie perspektivisch über so etwas für Hamburg auch nach? Ambulante geriatrische Rehabilitation?*

Frau Huster-Nowack: Wir würden uns sehr wohl wünschen, dass es weitergehende geriatrische Versorgungsangebote auch im ambulanten Bereich gibt.

Es gibt ja seit mehreren Jahren in Hamburg eine einzelne ambulante geriatrische Rehaeinheit, die leider für die anderen Kliniken noch kein Vorbild war. Dies hängt sicher auch damit zusammen, dass die Patientinnen und Patienten in der ambulanten geriatrischen Reha schon ziemlich fit sein müssen. Wir sehen das auch in den Diskussionen um die geriatrischen Tageskliniken in Hamburg und haben diese erneut für den Krankenhausplan 2015 geführt. Wir sehen, dass einzelne Kliniken ihre Tageskliniken nicht ausgelastet haben. Und da gab es u. a. die Begründung, unsere Patientinnen und Patienten sind nicht so fit, dass sie in die Tagesklinik kommen können. Sie müssen vollstationär versorgt werden und sind gar nicht in der Lage jeden Tag transportiert zu werden.

Wir werden uns jetzt der weiteren Entwicklung der Geriatrie widmen, das haben wir auch im

Bei uns können Kliniken sich vernetzen, d.h. mit Niedergelassenen oder therapeutischen Gruppen, die sich ärztlich-geriatrisch qualifizierte Kompetenz dazuholen, Satelliten bilden, wo sie das Einzugsgebiet nicht abgedeckt bekommen



Herr Buitmann

Krankenhausplan 2015 festgelegt, der ja zum Ende des Jahres 2010 verabschiedet wird, und da werden wir auch auf diese Schiene noch einmal sehr viel Wert legen.

Dr. Lübke: *Frau Hartl, Sie haben in Ihrem Fachprogramm Akutgeriatrie ja auf eine Bedarfsplanung im Bereich der Akutgeriatrie verzichtet und stattdessen sehr klare Qualitätsanforderungen definiert. Diejenigen Krankenhäuser, die bereit sind, diese Qualitätsanforderungen zu erfüllen, bekommen dann auch eine Zulassung für die akutgeriatrische Versorgung.*

Sie haben aber gleichzeitig festgeschrieben, dass die Kapazitäten im Rehabilitationsbereich bestehen bleiben sollen. Ist das logisch oder ist das ein Vorgriff auf ohnehin wachsende Bedarfe in der geriatrischen Versorgung?

Dr. Hartl: Für uns ist es logisch, weil wir durchaus einen Unterschied sehen zwischen der Akutgeriatrie und der geriatrischen Rehabilitation.

Die Akutgeriatrie ist angezeigt, so lange der Patient noch krankhausbehandlungsbedürftig ist. Wir haben 20 Jahre lang in Bayern ein Netz an geriatrischen Rehaeinrichtungen aufgebaut, für die es übrigens gute Daten gibt. Die Rehaeinrichtungen haben nach unserer Datenbank GiB-DAT ein nachweislich gutes Outcome. Wir konnten aber jetzt gar nicht mehr daran vorbei, dass es auch im Krankenhaus viele Patienten gibt, die alt sind. Wir haben derzeit 400.000 Patienten in den Bayrischen Krankenhäusern, die älter sind als 80 Jahre.

Wir wollten jetzt mit dem Fachprogramm Akutgeriatrie für die Patienten, die in den Akutkrankenhäusern liegen, ein Behandlungsangebot schaffen, das qualitativ anders ist als das der Fachabteilungen, die es schon gibt. Und so haben wir uns getraut, ein Fachprogramm aufzulegen, das auf keiner Bedarfsrechnung beruht! Aber man muss wissen, dass keine zusätzlichen Betten geschaffen werden. Jedes akutgeriatrische Bett, das in Bayern geschaffen wird, ist ein umgewidmetes Bett: also ein akutstationäres Bett, das vorher ein chirurgisches, internistisches oder sonstiges gewesen ist. Und der Krankenhausträger muss eine Station von mindestens 20 Betten umwidmen.

Insofern besteht für uns ein logischer Zusammenhang, denn der alte Patient, der jetzt schon im Krankenhaus liegt, kann, wenn er sie benötigt, eine akutgeriatrische Behandlung bekommen. Andere Patienten, die diese nicht brauchen, können weiterhin eine geriatrische Rehabilitation bekommen. Wir setzen also sehr auf eine gute Patientensteuerung.

Deswegen ist auch eines unserer Qualitätskriterien das Screening in der Notaufnahme. Es ist uns wichtig, dass schon dort entschieden wird oder – denn man kann nicht alles gleich am ersten Tag entscheiden – zumindest der Weg gebahnt wird, wie die Patienten die jeweils für sie passende Behandlung bekommen.

Ein anderes Qualitätskriterium, das in diesen Zusammenhang gehört, ist unsere Forderung, dass die Akutgeriatrie eng mit einer oder mehreren regionalen geriatrischen Rehabilitationskliniken zusammenarbeitet. Diese Zusammenarbeit muss in einem Konzept, das vom MDK geprüft wird, auch inhaltlich dargestellt werden. Die Kliniken können also nicht nur sagen, ja, ja, wir arbeiten zusammen, sondern sie müssen uns auch inhaltlich darstellen, wie sie kooperieren.



Dr. Gronemeyer

● Qualität, Preis, Verfügbarkeit

Dr. Lübke: *Herr Gronemeyer, zurück zu geriatrischen Rehabilitationsangeboten und dem Zusammenhang zwischen Qualitätsanforderungen an solche Angebote einerseits und dem, was bezahlbar ist, was an Vergütung dafür gewährleistet ist, andererseits.*

Sie wissen, dass wir seit 2004 die Rahmempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation haben, die relativ hohe Qualitätsanforderungen, bspw. an die personelle Ausstattung, die Weiterbildungsqualifikationen der Mitarbeiter usw. stellen, dass das aber letztlich nicht dazu geführt hat, dass wir einen Ausbau ambulanter geriatrischer Rehaeinrichtungen haben, sondern im Gegenteil deren Zahl heute unter dem Stand liegt, den wir damals hatten. Das wird darauf zurückgeführt, dass es gewisse Diskrepanzen zwischen solchen Anforderungen

einerseits und den Vergütungssätzen andererseits gibt.

Jetzt gibt es natürlich auch niederschwelligere Modelle wie z. B. den ambulanten geriatrischen Rehakomplex in Schönebeck, das Modell in Sachsen, das sich ja auch nach Mecklenburg-Vorpommern ausdehnen soll, oder Modelle wie in Schleswig-Holstein. Wie sehen Sie diesen Zusammenhang, wie viel Qualität müssen, können, wollen wir uns leisten?

Dr. Gronemeyer: Also wie viel wir uns leisten wollen, das kann ich hier nicht entscheiden, das ist eine wirtschaftlich-politische Entscheidung.

Aber Sie haben natürlich recht, die Veranstaltung heute, die Diskussionsbeiträge haben ja gezeigt, dass wir nicht mehr in einer Welt leben, wo es Krankenhausbehandlung gibt mit Frührehabilitation und medizinische Rehabilitation nach § 40, sei es stationär oder ambulant. Das waren ja bis vor einigen Jahren die Versorgungssektoren, in denen die Leistungen erbracht werden konnten. Sondern es sind neue Entwicklungen hinzuge-treten.

Und ich denke an diese Pyramide, die Herr Dr. John heute Morgen gezeigt hat, wo vom Hausarzt angefangen bis oben zur stationären Versorgung doch relativ fein ziseliert Abstufungen in den Versorgungsmöglichkeiten dargestellt wurden, bei denen ich mich spontan erst einmal gefragt habe, wie gelingt es uns, so hoch differenziert die verschiedenen Versorgungsbedarfe auf den einzelnen Ebenen überhaupt abzugrenzen und mit in gewisser Weise auch indikationsspezifischen medizinischen Indikationskriterien zu versehen, so dass noch deutlich wird, wer gehört in die eine und wer gehört in die andere Versorgung, und zum anderen, wie gelingt es uns, diese verschiedenen Versorgungsstufen auch mit entsprechenden Qualitätsanforderungen zu hinterlegen.

Ich denke für die medizinische Reha nach § 40 haben wir da einiges an Strukturen, Strukturqualitätsanforderungen usw., sei es für die ambulante, sei es für die stationäre Reha. Für diese neuen Entwicklungen, die Sie vorgestellt haben, oder auch das Modell in Schleswig-Holstein, ist die Frage nicht so leicht zu beantworten. Ich glaube, dass die Qualitätsstandards für die Ambulante Reha, wie wir sie bisher hatten, schon sicher stellen, dass die Leistungen in einer guten Qualität erbracht

werden, und insofern auch den Krankenkassen empfohlen werden kann diese Leistungen zu erbringen.

Ich denke, bei neuen, wie man häufig sagt, niederschwelligeren Angeboten, die zwischen der hausärztlichen Versorgung und der komplexen Reha liegen, ist es ganz wichtig, die nach einem eigenen Konzept und einem eigenen Ziel zu definieren, also nicht etwa als abgespeckte Reha, Reha light, oder so etwas. Sondern es muss schon deutlich werden, was die spezifische Zielsetzung eines solchen Angebotes ist.

Und dann sollten nach Möglichkeit für diese spezifische Zielsetzung auch entsprechende Qualitäts- und Indikationskriterien erstellt werden - idealerweise natürlich auch mit einer Evaluation dieser neuen Versorgungsform, denn sonst droht die Gefahr, dass hier Angebote, ich sage jetzt einmal etwas vereinfacht, auch ungerecht behandelt werden. Wenn ich bspw. an das Leistungsangebot

mobile Reha denke, das sich ja den hohen Anforderungen, die aus der ambulanten Reha abgeleitet wurden, unterwirft, was bei anderen Angeboten im Augenblick noch nicht der Fall ist, können da Ungleichheiten auftreten, die für jemanden wie mich, der das versucht, aus einer bundesweit einheitlichen Perspektive zu beurteilen, problematisch sein könnten.

Dr. John: Ich halte diese Frage, ob man viele Probleme im geriatrischen Bereich auch mit solchen niederschwelligeren Angeboten lösen kann, durchaus für extrem wichtig. Und ich bejahe sie. Ich sage, ich kann mit niederschwelligeren Angeboten, so wie sie jetzt in Mecklenburg-Vorpommern und bei uns und vielleicht auch in Schleswig-Holstein umsetzen, viele Probleme lösen. Sicherlich nicht alle, aber so 70-80% - ich kann das hier schlecht beziffern - kann ich mit solchen Angeboten lösen.

Und dadurch kann ich es natürlich auch wesentlich preiswerter organisieren als bei den ganz hochkarätigen Angeboten, wo ich noch einen

Ich kann mit niederschwelligeren Angeboten nicht alle, aber viele Probleme lösen - und das preiswerter als mit ganz hochkarätigen Angeboten



Dr. Gronemeyer

Bei neuen niederschwelligen Angeboten muss deutlich werden, was die spezifische Zielstellung ist – und dann sollten für diese Zielstellung die Qualitäts- und Indikationskriterien festgelegt und idealerweise evaluiert werden



Dr. John

Neuropsychologen oder sonst irgendetwas brauche, um das umzusetzen. Dazu brauche ich eben finanzielle Mittel, die die Krankenkassen nicht bereit sind zur Verfügung zu stellen.

Wir sollten darüber nachdenken, wie Standards für solche niederschwelligen Angebote aussehen sollen

Aber anders funktioniert es nicht. Das ist ja das, was eben gesagt wurde. Wir sollen goldene Türme bauen und kriegen kein Geld dafür. Das funktioniert auch nicht. Und ich denke, es ist für viele Fälle auch gar nicht unbedingt notwendig, weil ich es überhaupt nicht immer brauche.

Darum ist es schon sehr sinnvoll, wenn man weiß, wir kriegen viel mehr Alte und wir haben das Problem in Deutschland noch nicht gelöst, wirklich noch einmal darüber nachzudenken, wie denn die Standards für solche niederschwelligeren Angebote aussehen sollen, dass man versucht, die sinnvoll zu fassen. Wir haben das ja jetzt in IV-Verträgen bei uns und in Mecklenburg-Vorpommern über Qualitätskriterien versucht ...

Dr. Lübke: *Darf ich da noch einmal nachhaken? Wodurch unterscheidet sich denn nach Ihrer Wahrnehmung das, was Sie im Rahmen des ambulanten geriatrischen Rehakomplexes erbringen, von dem, was formal leistungserrechtlich auch als Verordnung z. B. kombinierter Heilmitteltherapie möglich wäre?*

Dr. John: Ein entscheidendes Kriterium ist diese Teamidee, die wir umsetzen, also Teambesprechungen oder gemeinsame Festlegung von Therapiezielen und all die Dinge. Das würde ja in einer normalen, verordneten Physiotherapie nicht stattfinden. Die Therapeuten kommunizieren untereinander nicht, der Therapeut kommuniziert nicht mit dem Arzt. Diese Therapiezielkorrektur im Verlauf eines Prozesses findet dann eher wenig oder gar nicht statt. Das sind ja gerade die Prozesse, die bei uns jetzt mit eingeführt wurden, die auch für alle extrem befruchtend sind und von denen die Patienten, glaube ich, auch profitieren.



Dr. John

Dr. Gronemeyer: Das ist ja dann wie in einer medizinischen Reha.

Dr. John: Klar, aber vielleicht nicht ganz so hochkarätig.

● **Neue Versorgungsstrukturen**

Dr. Meinck: *Ich würde gerne noch auf einen weiteren Aspekt der ambulanten geriatrischen Versorgung eingehen. Es gibt ja Diskussionen, ob die ambulante Versorgung in bestimmten strukturschwachen Regionen im Hinblick auf die Altersverteilung der Vertrags-*

ärzte perspektivisch überhaupt aufrecht erhalten werden kann.

Es gibt daher Überlegungen, insbesondere in Regionen, in denen die ambulante Versorgung sehr ausgedünnt ist, die vertragsärztliche Versorgung durch geriatrische Institutsambulanzen zu unterstützen. Solche Institutsambulanzen gibt es im Bereich der Psychiatrie auf der Rechtsgrundlage nach § 118 SGB V. Für die Geriatrie ist so etwas bisher nicht vorgesehen. Können Sie sich aus planerischer Perspektive vorstellen, entsprechende Unterstützungsangebote an klinisch-geriatrische Leistungserbringer zu koppeln?

Dr. Hartl: Wir wollen uns jetzt auch der ambulanten Geriatrie widmen. Ich würde auch sagen, wir haben davon in Bayern zu wenig. Wir haben eine gut ausgebaute wohnortnahe geriatrische Reha, wir bauen jetzt ergänzend dazu die Akutgeriatrie auf. Im ambulanten Bereich aber haben wir recht wenig. Wir haben zu diesem Thema eine Arbeitsgruppe gegründet.

Wir haben bisher 9 ambulante geriatrische Rehaeinrichtungen, die an stationäre geriatrische Rehakliniken angeschlossen sind. Und wir sehen auch, dass die Vergütung derartig knapp ist, dass sich die ambulante geriatrische Reha für die Kliniken kaum rentiert. Denn man muss berücksichtigen, dass die Hol- und Bringefahrten der Patienten auch unter den Vergütungssatz fallen. Das ist ein Grund, warum nicht mehr Kliniken von diesem Angebot Gebrauch

machen. Wir haben 64 stationäre geriatrische Rehaeinrichtungen und bloß 9 haben sich dazu entschlossen, noch eine AGR anzuschließen! Die anderen sagen alle, das machen wir nicht, das rechnet sich nicht.

Also werden wir diesem Problem nachgehen. So wie es sich für uns darstellt - und darin hat mich die Diskussionen des heutigen Tages auch sehr bestärkt - ist es ganz sicherlich wichtig, dass man sein Augenmerk darauf legt, den ambulanten geriatrischen Bereich weiter zu stärken.

Dr. Meinck: *Darf ich da noch einmal konkreter werden. Stellen Sie sich den bayrischen Wald vor und der eine letzte Hausarzt erreicht das goldene Rentenalter und die Wege zum nächsten Hausarzt werden für die Patienten dort wesentlich weiter. Die Frage war, ob da nicht unter Umständen auch Leistungen von geriatrischen Zentren eine sich ausdünnende allgemeinärztliche Versorgung unterstützen können?*

Dr. Hartl: Ja, aber ich kann sie Ihnen leider nicht konkret beantworten, weil wir noch nicht so weit sind.



Dr. Hartl

Wir starten bei unseren geriatrischen Einrichtungen gerade eine

Umfrage, wie und mit wem sie vernetzt sind und wie die Vernetzung konkret aussieht

Wir haben jetzt gerade unser Fachprogramm Akutgeriatrie auf den Weg gebracht. Jetzt widmen wir uns dem ambulanten Bereich und sind gerade dabei, bei all unseren geriatrischen Einrichtungen eine Umfrage zu starten, wie sie ver-

netzt sind, mit wem sie vernetzt sind und wie die Vernetzung konkret aussieht. Das machen wir gerade zusammen mit der AFGiB, der Ärztlichen Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Geriatrie in Bayern. Sobald wir die Ergebnisse haben, sind sie für uns eine Matrix, auf der wir weiter arbeiten können. Wir werden überlegen, wie wir uns in Bayern diesem Problem nähern können.

Sie sehen das in allen Planungsbereichen: im Ballungsgebiet plant es sich viel einfacher als im ländlichen Raum. Da kann man auch keine eindeutige Lösung finden, sondern muss flexibel sein und verschiedene Kombinationen überlegen. Anders werden wir nicht zum Ziel kommen.

Dr. Lübke: *Wahrscheinlich ist das Problem der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Bereich auch ein ganz generelles und kein unbedingt geriatrispezifisches Problem.*

Ein Problem ist ja auch die Tatsache, dass wir nach wie vor gar nicht so viele Geriater haben. Wir haben sowohl im Weißbuch als auch nach unseren Recherchen etwa bundesweit gut 2000 Geriater, die die Weiterbildung zum Geriater haben. Davon sind ca. 350 in der Niederlassung. Bezogen auf etwa 120.000 Vertragsärzte, die tätig sind, ist das - muss man sagen - völlig marginal. Und es ist auch nicht abzusehen, dass in absehbarer Zeit so viele Geriater auf den Markt kommen. Es besteht im Moment eine große Nachfrage nach Geriatern im Rahmen des Ausbaus der Akutgeriatrie. Wie sollen eigentlich solche Szenarien überhaupt umgesetzt werden? Woher sollen denn Geriater im ambulanten Bereich realistischerweise kommen?

TABELLE

Zahl geriatrisch weitergebildeter Ärzte und Weiterbildungsberechtigter

	Fakultative Weiterbildung Klinische Geriatrie	Zusatzweiterbildung Geriatrie	Schwerpunkt Geriatrie/ Innere Medizin	Weiterbildung gesamt		Weiterbildungs- berechtigte je 1000 Klinikärzte	
				je 100 000 Einwohner	je 1000 Klinikärzte		
Baden-Württemberg	416	5	0	421	3,9	48	2,6
Bayern	224	14	2	240	1,9	49	2,2
Berlin	97	1	0	98	2,9	9	1,2
Brandenburg	4	4	18	26	1,0	12	2,9
Bremen	11	1	0	12	1,8	4	2,4
Hamburg	46	3	0	49	2,8	7	1,6
Hessen	k. A.	k. A.	k. A.	247	4,1	20	1,9
Mecklenburg-Vorpommern	34	4	0	38	2,2	5	1,5
Niedersachsen	k. A.	k. A.	k. A.	89	1,1	14	1,1
Nordrhein-Westfalen	434	103	25	562	3,1	95	2,8
Rheinland-Pfalz*	53	6	4	73	1,8	10	1,5
Saarland	15	4	0	19	1,8	6	2,8
Sachsen	69	7	0	76	1,8	14	1,9
Sachsen-Anhalt	39	4	10	53	2,1	11	2,6
Schleswig-Holstein	51	12	0	63	2,2	9	1,7
Thüringen	14	6	0	20	0,8	5	1,2
Deutschland gesamt	1 507	174	59	2 086	2,5	318	2,1

* aus dem Kammerbezirk Trier nur Gesamtzahl geriatrisch weitergebildeter Ärzte verfügbar

Lübke N, Ziegert S, Meinck M. Dt. Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 21, 23. Mai 2008, A1120-22

Vielleicht noch einmal vor diesem Hintergrund die Frage, müssen wir uns nicht tatsächlich mehr um solche Verbundstrukturen kümmern, innerhalb derer dann bestimmte geriatrische Kompetenz auch im Rahmen von Institutsambulanzen usw. zum Tragen kommt? Vielleicht erst Herr John, weil er mit den Schwerpunktpraxen ja ein Gegenmodell propagiert hat, dann Herr Lüttje und Herr Vogel.

Herr John: Natürlich wird man bei der Frage der Weiterbildung von ausreichend vielen Geriatern, die wir benötigen, auch neue Wege gehen müssen. Da bin ich mir sicher.

Eins hat sich bei uns gezeigt: die Einführung des Facharztes für Innere Medizin / Geriatrie hat dazu geführt, dass es einen relativen Boom in diesem Bereich gibt, dass sich da viele bereit erklären, das zu machen, weil die Notwendigkeit da ist. Auch wenn wir jetzt nach Meinung der Landesärztekammer Hamburg exotisch sind, hat es sich trotzdem erst mal bewährt. Wir haben damit zumindest etwas erreicht in dieser Richtung.

Auf der anderen Seite muss man auch sehen, was es im Vertragsarztrecht heutzutage alles für Möglichkeiten gibt. Ich kann heutzutage als niedergelassener Arzt halbtags meine Niederlassung betreiben und den anderen halben Tag

in einer Klinik tätig sein. So etwas ist ja nach diesem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz heutzutage alles möglich. Das kann ich mir als ein gutes Modell vorstellen, dass irgendwo in einer Hausarztpraxis, die eine geriatrische Kompetenz aufgebaut hat und vielleicht als Schwerpunkt-

praxis agiert, eben auch ein Geriater aus einer Klinik mit einer Viertel- oder einer halben Stelle tätig ist, die Problemfälle dort behandelt und den anderen Teil seines Tages in der Klinik verbringt, denn der muss da ja auch nicht immer anwesend sein, wenn dort bestimmte geriatrische Rehamaßnahmen stattfinden oder sonst irgendetwas.

Insofern gibt es natürlich ganz viele Kombinationsmöglichkeiten. Aber das funktioniert natürlich nur, wenn ich ausreichend viele geriatrische Kliniken oder Rehakliniken habe, wo überhaupt solche Kompetenzen zur Verfügung stehen. Die haben wir in Sachsen-Anhalt gar nicht. Und die Kliniken, die da sind, haben so viel mit ihren eigenen Patienten zu tun, dass man da wahrscheinlich eher nicht auf solche geriatrischen Ressourcen zurückgreifen könnte, um so etwas zu machen. Aber in Bayern z. B., wo es relativ viele Rehakliniken oder andere geriatrische Kliniken gibt, in denen Geriater tätig sind, muss man ja auch über so eine neue Struktur mal nachdenken. Dann kann ich natürlich wirklich diese Kompetenz, die ich im Stationären aufgebaut habe, auch in den ambulanten Bereich exportieren und das Ganze entsprechend befruchten.



Dr. John-

Man muss sehen, was es im Vertragsarztrecht alles für Möglichkeiten gibt - ich kann als niedergelassener Arzt halbtags in meiner Praxis und halbtags in einer Klinik tätig sein – da gibt es viele Kombinationsmöglichkeiten



Prof. Lüttje, Dr. Meinck

Prof. Dr. Lüttje: Also ich bin in Anbetracht der Entwicklung von Arztzahlen, die wir bei dieser ungünstigen Weiterbildungsstruktur für Geriater haben, der festen Überzeugung, dass wir uns mittelfristig nicht darüber unterhalten werden, wer bitte, bitte darf geriatrische Rehabilitation machen, sondern nur noch darüber unterhalten werden, wer nimmt es auf sich das anzubieten? Das sehe ich als Situation. Es wird Situationen geben, wo das besser in einer Praxis geht, und dann wird man vielleicht irgendwo sagen, wenn diese Praxisräume am Krankenhaus sind, ist das besser zu tragen, und irgendwo wird man sagen, mit einer halben Stelle im Krankenhaus lässt sich das besser organisieren. Ich glaube, diese Modelle stehen überhaupt nicht gegeneinander.

Zumal, wenn man bedenkt, was noch auf die geriatrische Rehabilitation zukommt. Wir sprechen ja über Verkürzung von Akutaufenthalten. Jeder, der heute in einem Akutkrankenhaus und in der Akutgeriatrie arbeitet, weiß, dass das schon fast ausgereizt ist. Noch viel früher zu entlassen geht an die Grenze des Gefährlichen. Das wird nicht mehr funktionieren.

Punkt zwei ist, wenn wir im Bereich der geriatrischen Rehabilitation mehr Tageskliniken einführen, in die wir früher entlassen - das kann man sicherlich machen -, dann ist aber die Mischfinanzierung der stationären geriatrischen Rehabilitation nicht mehr haltbar, weil dort dann nur noch Patienten der höchsten Pflegestufe sind und die werden mit einem anderen Personalschlüssel bezahlt werden müssen.

Wir werden uns in Anbetracht der Arztzahlen nicht darüber unterhalten, wer das machen darf, sondern wer das noch auf sich nimmt

Für das, was auf die geriatrische Reha noch zukommt – auch die Umsetzung von Reha vor Pflege - werden wir ambulante Strukturen dringlich brauchen

Zum dritten wird noch eine ganz neue Welle auf uns zukommen, die wir im Augenblick noch nicht haben, weil die Gesetzesvorgaben noch nicht konsequent umgesetzt werden - Reha vor Pflege! Und diese Welle wird einen ganz neuen Bedarf auslösen, aber das wird ja letztendlich auch das sein, was wir brauchen. Auch dafür werden wir ambulante Strukturen dringlich brauchen. Hier gibt es einen Bedarf, der noch gar nicht hinreichend beziffert werden kann. Das ist ja im Augenblick noch nicht gelebt. Die Prozentzahlen, die da im Moment bei denen, die eine Pflegestufe erstmals beantragen oder eine Höherstufung beantragen, tatsächlich initiiert werden, liegen wahrscheinlich noch im Promillebereich, müssen aber sicherlich steigen, wenn sie einer Qualität folgen wollen.

Und letztendlich müssen wir uns einmal die Beispiele aus guten skandinavischen Ländern ansehen, die die besten Ergebnisse in der Verhinderung von Pflegebedürftigkeit durch präventive Rehabilitationsmaßnahmen haben, wo natürlich auch der ambulante Bereich ganz im Vordergrund steht.



Prof. Lüttje

Die Altersentwicklung kriegen wir nur über präventive Leistungen hin - wenn wir alle nur kurativ und postkurativ-rehabilitativ behandeln wollen, kann das keiner mehr zahlen

Ich bin der felsenfesten Überzeugung, wir brauchen eine viel bessere Durchlässigkeit zwischen ambulant und stationär. Ob Institutsambulanzen, Schwerpunktpraxen, was auch immer, ich glaube, da müssen nur bürokratische Hindernisse abgebaut werden, damit man das besser hinkriegt mit einem viel besseren Miteinander-Sprechen und Wissen umeinander.

Es geht wahrscheinlich weniger darum, aus dem jetzigen stationären Bereich Ressourcen abzubauen, als jetzt die zukünftigen Felder, die auf uns zukommen, zu bearbeiten. Denn diese Altersentwicklung kriegen wir nur über präventive Leistungen hin. Wenn wir alle nur kurativ und postkurativ rehabilitativ behandeln wollen, kann das kein Mensch mehr zahlen.

Prof. Dr. Vogel: Ja, ich würde auch sagen, die Vernetzung zwischen stationär und ambulant muss besser werden, muss qualifiziert und am geriatrischen Patienten orientiert sein. Wenn das unser Grundprinzip ist, dann brauchen wir niedergelassene Ärzte, die sich spezialisiert haben, und dann brauchen wir Institutsambulanzen.

Dieser Weg ist sehr dornig und langfristig. Wir haben auch mal einen IV-Vertrag haben wollen, 10 Jahre gekämpft, dann ist das wieder beerdigt worden. Es rechnet sich zum Teil nicht

und ist schwer zu organisieren. Aber wir müssen trotzdem integrierte Versorgungsstrukturen aufbauen.

Von Seiten der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, der ich gerade präsidiere, sagen wir, zuerst brauchen wir ordentliche Forschung um überhaupt zu wissen, wie es mit dem Alter weitergeht.

Zweitens müssen wir bei den Ärzten „unten“ - in der Ausbildung - anfangen, damit alle Ärzte, die in den nächsten 20-30 Jahren auf den Markt kommen, wissen, was Geriatrie ist.

Drittens müssen wir Geriater in größerer Zahl produzieren. Wir müssen eine Vernetzung zwischen ambulant und stationär organisieren und dabei den Patienten genau studieren und seinen Bedarf decken, nicht den Markt befriedigen - weil der Patient kein Kunde und Medizin kein Markt ist, wie mal ein Bundespräsident zurecht gesagt hat. Wir dürfen nicht nach dem Markt schießen, sondern müssen die Versorgungsstrukturen, die jetzt funktionieren, weiter qualifizieren und unbedingt verteidigen.

Ich fürchte, wenn wir Abgrenzungslinien einziehen, wann die Frühreha aufhört oder wann die Reha anfängt, und das auf den geriatrischen Patienten anwenden, werden wir scheitern und die Patienten anbehandeln und dann aus irgendwelchen strukturellen Gründen wieder entlassen müssen. Dann können die Ergebnisse auch schlechter werden. Davor habe ich große Sorgen. Die Gefahr ist wirklich real, dass wir in den Systemzwängen, in denen wir stecken, dann auch Fehler machen für die Gesamtversorgung. Das darf nicht sein. Zuerst müssen wir fragen, wo ist der Bedarf, wie können wir ihn decken? Wenn wir das konsequent machen, glaube ich, sparen wir auch Kosten statt mehr auszugeben.



Prof. Vogel

Wir müssen funktionierende Versorgungsstrukturen weiterentwickeln – wenn wir Abgrenzungskriterien einziehen, werden wir scheitern

Dr. Lübke: Zur Perspektive „geriatrischer Versorgungsverbund“. Ich habe jetzt aus mehreren Statements herausgehört, dass das durchaus ein Konzept ist, das ausbaufähig ist, zumal es ja auch im Weißbuch im Moment in seiner Struktur noch recht offen gehalten ist. Teilen Sie das auch so, Frau Huster-Nowack?

Frau Huster-Nowack: Ich denke, dass die geriatrischen Strukturen noch besser vernetzt werden können, auch hier in Hamburg. Das läuft sicher schon sehr gut, aber hier kann



Frau Huster-Nowack

Wir müssen die sektorale Zusammenarbeit am Wohnort noch intensivieren

intensiviert werden und dieser Aufgabe werden wir uns auch mit der Weiterentwicklung des Krankenhausplanes widmen.

Dr. Meinck: Herr John, können Sie sich selbst auch vorstellen, als ambulanter Hausarzt mit Ihrem Rehabilitationsangebot Teil eines geriatrischen Versorgungsverbundes zu werden?

Dr. John: Sind wir ja. Wir haben ja im Prinzip so einen Verbund. Das ist ja genau unser Konzept, dass wir sagen, wir brauchen Netzwerke von stationären Einrichtungen mit ambulanten Schwerpunktpraxen, die dann natürlich mit all denen, die in Ihrem geriatrischen Verbund im Weißbuch genannt sind, angefangen vom Wohnraumanpasser bis hin zu irgendwelchen Therapeuten, dann auch entsprechend vernetzt sind. Das ist im Prinzip die Zielstruktur, zu der wir hin müssen.

Ich denke, man muss versuchen, es in der Konzeption noch ein bisschen besser und differenzierter auszugestalten, mal irgendwo aufschreiben, wie so eine Versorgungsstruktur denn perspektivisch vielleicht aussehen könnte? Und da denke ich, muss so ähnlich wie meine Pyramide für die Normalversorgung, die ich ganz am Anfang gezeigt habe, so etwas auch mal für die geriatrische Versorgung aufgebaut werden, dass man sich da die Strukturen entsprechend vorstellen kann.

Dann kann man daran auch anknüpfen und über die vertraglichen Konstruktionen bis hin zu Finanzierungsbedingungen nachdenken, die dafür sinnvoll sind.

Dr. Hartl: Ich wollte noch ergänzen: Versorgungsverbund ja, insofern man darunter eine Vernetzung all der Versorger versteht, die mit dem geriatrischen Patienten zu tun haben. Man darf dem Versorgungsverbund aber nicht

sicherlich noch viel mehr gemacht werden.

So kann bspw. die örtlich sektorale Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich

nächsten. Das Prinzip der Wohnortnähe ist mindestens genauso wichtig wie das der Vernetzung. Man muss beide gleichzeitig und gleichwertig betrachten.

● Hauptakteure und Kernaufgaben

Dr. Meinck: Die Zeit ist voran geschritten und wir wollen zum Abschluss gerne noch von Ihnen allen hören, wer aus Ihrer Sicht in den nächsten 5 Jahren welche Aufgaben und Verantwortlichkeiten in der weiteren Ausgestaltung der geriatrischen Versorgung hat? Ich würde Sie bitten, alle Player, Ministerien, Krankenkassen, MDK, Leistungserbringer etc. einzubeziehen. Fangen wir ganz links bei Herrn Buitmann an.

Herr Buitmann:

Im Wesentlichen haben Sie sie schon genannt, wobei Sie die KV oder den ambulanten Bereich oder die niedergelassenen Ärzte vergessen haben - das ist für mich entscheidend.

Wobei ich sehe, dass das Problem im Grunde wesentlich ein Strukturproblem ist. Das Ministerium ist im Wesentlichen für die stationäre Versorgung und deren Sicherstellung da. Die Reha ist im Kern zulassungsbedingt, also strukturiert durch Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, und für den ambulanten Bereich liegt der Sicherstellungsauftrag bei der KV. D.h. wir haben hier **drei verschiedene und abgegrenzte Bereiche** und das ist problematisch. Die muss man **zusammenbringen**.

Frau Huster-Nowack:

Wir sehen die Hauptakteure im Krankenhausbereich, aber auch zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung.

Als Stichworte - Herr Senator Wersich hatte heute Morgen ja schon viele genannt: Sicher spielt die weitere **Ausgestaltung der teilstationären Versorgung** eine große Rolle, dass wir sehen, wie können wir die vorhandenen Kapazitäten dort besser nutzen? Welche Hemmnisse stehen da im Vordergrund?

Auch die Frage, wie gehen wir im Weiteren mit **Demenzerkrankungen im Akutkrankenhaus** um.

Und ein wesentlicher Punkt, den wir sehr intensiv in der Behörde diskutieren, ist die Frage des **Sozialdienstes im Krankenhaus und des Entlassungsmanagement**, was ja auch eine große Rolle spielt. Da wird viel getan, aber aus unserer Sicht reicht das ganz sicherlich noch nicht aus. Auch das ist eine Frage der Vernetzung und hier werden wir in den nächsten Monaten einen ganz starken Fokus setzen.



Dr. Hartl

Das Prinzip der Wohnortnähe ist genauso wichtig wie das der Vernetzung

das heute ja auch so oft erwähnte Prinzip der Wohnortnähe opfern. Das darf kein Gegensatz sein. Also: Verbund schon, aber nicht so, dass es hier den Verbund gibt und 100 km weiter den

Prof. Dr. Lüttje:

Das Weißbuch zeigt sehr deutlich, dass es im Bereich von Planungszahlen Defizite gibt. Hier müssen wir gemeinsam mit den Kostenträgern und deren Daten in die *Versorgungsforschung* hineingehen *um wirklich realistische Zahlen zu haben*.

Wir werden um die Qualität zu verbessern, für die letztendlich der MDS gemeinsam mit den Leistungserbringern steht, in allen Bereichen, im ärztlichen Bereich besonders, aber auch in den anderen Bereichen, strukturiert die *Weiterbildung verbessern* müssen.

Der gesamte Bereich von *Vernetzung und Abbau von Grenzen* wird eine Riesenherausforderung sein. Da spielt die Kassenärztliche Vereinigung, die Abgrenzung zur Pflegeversicherung und vieles andere eine Rolle.

Um das Ganze vor Ort mit allen lokalen Strukturen umzusetzen, sind auch Einrichtungen wie *Runde Tische* bspw. mit den MDKs vor Ort unerlässlich, weil man nur *vor Ort* beurteilen kann, was sich durch Vernetzung auch in einer anderen als der stationären Struktur möglicherweise preisgünstiger, möglicherweise sogar besser erbringen lässt.

Prof. Dr. Vogel:

Sofort beginnend und die nächsten 5-10, 15 Jahre anhaltend sind die Sozialministerien, also die Politik, und auch die Ärztekammern gefordert, *Strukturen und Vernetzungen zu schaffen und zu unterstützen*.

Die Krankenkassen zusammen mit den Medizinischen Diensten sind gefordert, ihren *Sachverstand einzubringen* in die Fragen, *wie man was finanziert*.

Und dann wird *Grundlagen- und Versorgungsforschung* ganz *wichtig* sein. Wir müssen Modelle, die wir einführen, sorgfältig begleiten um fortlaufend sagen zu können, ob wir auf dem richtigen Weg sind. Sonst wird es nur teuer und wir hätten manches nach 5 Jahren wieder zu bereuen. Für mich ist diese *„Online-Begleitung“* durch die Forschung zwingend und das muss auch etwas kosten dürfen.

Dr. Hartl:

Alle gehören zusammen. Wir praktizieren seit Jahren schon das *Prinzip Runder Tisch*. Wir haben seit 2003 einen sogenannten Expertenkreis Geriatrie. Da sitzen alle wesentlichen Akteure zusammen. Der findet bei uns im Ministerium statt.

Wir greifen nicht nur dort durch, wo wir es können, - im stationären Bereich -, sondern wir sehen es auch als *unsere Aufgabe* an, im

ambulanten Bereich *als Moderatoren zu wirken* und die Leute alle an einen Tisch zu holen. Der MDK ist von Anfang an immer dabei gewesen.

Wir haben festgestellt, dass das ausgesprochen fruchtbar ist und dass, wenn die Leute an einem Tisch sitzen und man sich intensiv einem Thema widmet, auch manche Parteien wieder ins Gespräch kommen, die diesbezüglich vielleicht noch gar nicht im Gespräch waren oder deren Gespräche ins Stocken geraten sind. Diese Runden Tische haben sich also sehr, sehr bewährt und wir werden sie auch weiter fortführen.

Ich persönlich glaube, dass der stationäre Bereich in der Geriatrie auch in der Zukunft die Hauptversorgungsstruktur sein wird, aber, wie es ja heute gesagt wurde, bin ich auch ganz der Meinung, dass *dem ambulanten Bereich eine viel stärkere Rolle zukommen muss*, die er bisher noch nicht hat - ich glaube fast nirgendwo. Daran werden wir arbeiten.

Man muss aber auch andere, angrenzende Bereiche sehen: Eine Baustelle, an der wir auch gerade arbeiten, ist z.B. die *Versorgung von Demenzkranken* - auch jenseits von geriatrischen Strukturen - in jedem Krankenhaus.

Und letztendlich muss man auch zu *seniorenpolitischen Konzepten* hin die Fühler ausstrecken. Die Geriatrie ist ein riesengroßes Themenfeld, das uns noch ganz, ganz viele Jahre beschäftigen wird.

Dr. Gronemeyer:

Also es ist ja heute mehrfach gesagt worden, dass der geriatrische Patient, egal auf welcher Versorgungsstufe oder mit welcher Versorgungsform er in Kontakt kommt, auch mit geriatrischem Know-how versorgt werden muss, was nicht immer heißen muss, dass das eine spezialisierte geriatrische Versorgung ist.

Insofern glaube ich, dass es ein ganz wichtiger Punkt ist, dieses *geriatrische Know-how* dort *überall hin zu bringen*, in die Fachabteilungen anderer medizinischer Fachdisziplinen, zum Hausarzt und an andere Stellen. Und da sehe ich eigentlich schon eine große Aufgabe für die klinisch-geriatrischen Einrichtungen, aber auch die Forschung, die *Ergebnisse der Geriatrie zu evaluieren* und deutlich zu machen, wie wichtig der geriatrische Ansatz ist, um das wirklich auch *in die Ärzteschaft hinein zu tragen*. Denn was nützen die ganzen geschaffenen Kapazitäten und Möglichkeiten, wenn die Akzeptanz für diese Versorgungsform vielleicht bei vielen, die dahin ja auch zuweisen müssen usw., nicht da ist.

In dem Zusammenhang ist es dann aber auch wichtig klarzumachen - gerade wenn man dann

ein sehr gestuftes Versorgungssystem hat -, was sind die jeweiligen Ziele und wie lässt sich das eine von dem anderen abgrenzen? - Herr Prof. Vogel, ich sehe in Indikations- und Abgrenzungskriterien schon auch eine Form und eine Möglichkeit, **Transparenz zu schaffen** zu der Frage, **wer soll wo behandelt werden**, was soll wie vergütet werden, um also auch eine gewisse Gerechtigkeit in diesen Fragen walten zu lassen. Insofern sehe ich wirklich die Geriatrie hier stark in der Verantwortung.

Ich nehme aber auch gerne Vorschläge zu Runden Tischen auf, wo sicherlich dann auch noch andere einschließlich MDK / MDS ins Spiel kommen, um so etwas zu diskutieren und möglicherweise zu verabreden.

Dr. John:

Ja, ich sehe die Verantwortung eigentlich wirklich auch in vielen Bereichen, einmal im Bereich der Politik, gerade auf der Landesebene, dass man hier **sinnvolle Geriatriekonzepte** entwickelt. Das ist noch nicht in allen Ländern so, dass man da von Seiten des Landes auch die Strukturen aufbauen möchte, die zukunftssträftig sind.

Von Seiten der Krankenkassen müssen wir fordern, dass es auch eine gewisse **Akzeptanz im Bereich der Finanzierung für solche Strukturen** gibt. Wir haben jetzt bei uns im Land z. B. ein Geriatriekonzept, das durchaus solche vernetzten Strukturen mit entsprechenden ambulanten und stationären Einrichtungen vorsieht, aber es gibt eben wenige Kassen, die bereit sind, dafür auch eine Finanzierung zur Verfügung zu stellen. Da müssen also auch Kassen umdenken, wenn man sich für die Zukunft aufstellen will.

Seit 10 Jahren diskutieren wir jetzt darüber, wie effizient die Geriatrie denn nun ist, ob man damit etwas sparen oder nicht, ob man damit Kosten in anderen Bereichen günstig verändern kann etc.. **Wenn** man als Kasse meint, dafür keine Finanzierung zur Verfügung stellen zu können, weil eben die **Kosten-Nutzenrelation** vielleicht immer **noch nicht abschätzbar** ist, dann muss es hier wirklich mal eine **vernünftige Studie** geben. Die muss dann eben auch organisiert werden, damit man die Diskussion nicht weitere 10 Jahre führt und wir hier irgendwann mal Klarheit haben. Und ich bin mir da ziemlich sicher, dass die positiv ausfällt.

Von Seiten der Krankenhäuser müssen wir fordern, dass **in allen Abteilungen geriatrische Kompetenzen** aufgebaut werden, weil es ein Problem nicht nur der Geriatrie sondern jeder Fachrichtung wird. Wir werden auch in der Chirurgie, in der Gynäkologie und in jedem anderen Fachbereich im Krankenhaus - vielleicht außer der Pädiatrie - perspektivisch

viel mehr alte Menschen haben und insofern müssen alle damit kompetent umgehen können.

Und - letzter Punkt - wir müssen **in** alle drei Bereiche, **Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung, das Thema Geriatrie extrem mehr hineinbringen**. Die Studenten müssen noch viel mehr auch mit alten Patienten zusammenkommen, dass es hier einen entsprechenden Aufbau geriatrischer Kompetenz schon in dieser Phase gibt.

In der Weiterbildung muss es Normalität sein, dass in jeder Fachdisziplin in irgendeiner Weise die Geriatrie eine Rolle spielt, natürlich insbesondere in der Allgemeinmedizin und in der Inneren Medizin. Und man muss bei der Weiterbildung Geriatrie sehr strukturiert vorgehen und die Frage klären, wie stark will man diesen **Facharzt für Geriatrie** in Deutschland voranbringen. Das wird noch eine heftige Diskussion werden.



Im Bereich der Fortbildung ist die Frage, ob diese Zusatzweiterbildung Geriatrie der einzige Weg sein soll, um z. B. im ambulanten Bereich solche Kompetenzen zu erlangen? Ein normaler Hausarzt, der sich jetzt für das Thema interessiert und sich hier weiterentwickeln will in Richtung einer Schwerpunktpraxis, der kann das im Bereich der Diabetologie noch berufsbegleitend machen, im Bereich der Geriatrie kann er das heute eigentlich nicht - bis auf diesen vorhin schon einmal erwähnten **160-Stunden-Kurs**, der aus meiner Sicht durchaus ein sinnvolles Instrument ist, aber eigentlich nirgendwo sozusagen **offiziell als Fortbildungsvariante** auch **zugelassen** ist. Insofern gibt es also auch hier noch eine ganze Menge Arbeit.

Jenseits des Weißbuchs – Anmerkungen zur Weiterentwicklung

Das Kompetenz-Centrum Geriatrie hat sich im Rahmen des Expertenforums 2010 zum Weißbuch Geriatrie und dessen Implikationen für die zukünftige geriatrische Versorgungsgestaltung primär in die Rolle des Moderators begeben, dessen Aufgabe darin bestand, eine erste Bewertung des Weißbuchs von verschiedenen Akteuren und aus möglichst unterschiedlichen Blickwinkeln zusammenzutragen.

Nichtsdestoweniger gehören Fragen der Weiterentwicklung geriatrischer Versorgungsstrukturen zu den Kernaufgaben der Systemberatung des KCG für die GKV und ihre Medizinischen Dienste. Einige wesentliche Positionierungen des KCG fasste Dr. Lübke daher zum Abschluss der Veranstaltung in 5 Punkten zusammen.

1. Geriatrie kann keine billige Light-Medizin sein. Sie wird sich aber in unserem System auch nicht als teure Add-on-Medizin etablieren können.

Geriatrie muss sich im Wettbewerb als die bessere und angemessenere Medizin und Versorgung für die steigende Zahl geriatrischer Patienten erweisen, und das zu einem Preis, der auch generationenübergreifend vermittelbar bleibt.

Eine konsequente Umsetzung des von mir gerne so genannten geriatrischen Behandlungsfokus, d. h. keine reflexhafte „State of the Art“-Behandlung jeder der vielen Einzeldiagnosen älterer Menschen, sondern eine Konzentration auf diejenigen Erkrankungen, deren Behandlung zum Erhalt von Selbständigkeit und Minderung von Pflegebedürftigkeit beitragen, birgt noch erhebliches Ressourcenpotenzial. Dieses kann genutzt werden, dem vordringlichen Ziel des weitest möglichen Erhalts von Autonomie ggf. durch andere bspw. verstärkte rehabilitative Behandlungsanteile näher zu kommen.

Insofern gefährdet in meinen Augen dieser geriatrische Behandlungsansatz auch nicht die Zukunftsfähigkeit eines solidarischen Gesundheitssystems, sondern könnte sogar ein notwendiger Bei-

trag zu dessen Erhalt sein.

2. Wir werden um den Ausbau sowohl stationärer wie ambulanter geriatrischer Versorgungsstrukturen nicht herumkommen.

Im stationären Bereich wird es primär um Kapazitätsumschichtungen aus anderen fachmedizinischen Bereichen gehen.

Dem Grundsatz ambulant vor stationär folgend, wird das Krankenhaus der Zukunft perspektivisch vor allem noch zwei Hauptgruppen von Patienten zu versorgen haben: Schwerstkranke aller Fachbereiche, die einer hochspezialisierten Behandlung bedürfen und diejenigen multimorbiden alten Menschen, die trotz aller notwendigen Anstrengungen in der Verbesserung ambulanter Behandlungsmöglichkeiten ambulant nicht ausreichend versorgt werden können. Hier brauchen wir eine Art Allgemeinmedizin im Krankenhaus und hierin liegt ein wesentliches Aufgabenfeld der Geriatrie.

Wir brauchen aber auch den Ausbau geriatrischer Kompetenz in der vertragsärztlichen Versorgung. Das hat das Symposium heute wieder sehr eindrücklich gezeigt. Zu Recht rückt dies immer mehr in den Fokus vieler Geriatriekonzepte in den Ländern.

Geriatrische Patienten haben nahezu immer eine ambulante Behandlungsvor- und -nachgeschichte – medizinisch, funktional, pflegerisch. Ob der geriatrische Ressourcenansatz nachhaltigen Erfolg zeigt, hängt in hohem Maße von einer hinreichenden sektoren- und bereichsübergreifenden Kommunikation und Abstimmung über die gemeinsam tragfähigen Ziele einer solchen Behandlung ab. Gleichwohl Hausärzte „schon immer“ auch ältere geriatrische Patienten behandelt haben, sehe ich allerdings auch im vertragsärztlichen Bereich noch deutlichen Entwicklungsbedarf und Potenzial für strukturierte geriatrische



Dr. Lübke



geriatrischer Versorgung aus Sicht des KCG

Qualifizierungsangebote und deren schrittweise Einbindung in eine qualitätsgesicherte Vergütung entsprechend der Leistungserbringung.

3. Wir werden sowohl die weitere Geriatriisierung bestehender medizinischer Fachdisziplinen wie den Ausbau spezifischer geriatrischer Versorgungsstrukturen brauchen.

Die bereits in hohem Umfang in Gang gekommene Geriatriisierung der klassischen Fachdisziplinen wird schon im Hinblick auf die personell bis auf weiteres begrenzte Anzahl an Geriatern unverzichtbar sein. Sie trägt im Einzelnen durchaus zu einer stärkeren Berücksichtigung der Risiken und besonderen Bedarfe älterer Menschen bei. Sie wird jedoch nur begrenzt die aus einer umfassenden, fachdisziplinenübergreifenden Einschätzung des geriatrischen Patienten zu treffende, angemessene geriatrische Behandlungsfokussierung auf das, was zum weitest möglichen Erhalt von Selbständigkeit und Teilhabe beiträgt, leisten können. Das ist die entscheidende Domäne grundsätzlich generalistisch ausgerichteter spezifisch geriatrischer Versorgung.

4. Eine noch weitaus stärkere Vernetzung bestehender Versorgungsstrukturen, stationär und ambulant, kurativ, rehabilitativ, pflegerisch, sozial ist für geriatrische Patienten sicher unabdingbar.

Dies ergibt sich bereits aus den so gut wie nie durch ein einzelnes Versorgungssegment abschließend abzudeckenden Versorgungsbedarfen geriatrischer Patienten.

Der geriatrische Patient darf aber hierbei nicht in einer neuen, für ihn nicht mehr zu überblickenden Vielfalt paralleler diagnosespezifischer, kassenspezifischer oder trägerspezifischer Versorgungsnetze untergehen. Wir müssen sehen, dass wir die bereits bestehenden Koordinations- und Schnittstellenprobleme einer hochspezialisierten fachärztlichen Versorgung alter multimorbider Patienten nicht noch einmal auf einer organisatorisch höheren Ebene reproduzieren. Ich denke hierbei an Diabetesnetze, Demenznetze, Hausarztverträge, DMP-Versorgung u.v.m., für das wir z. Zt. Netzstrukturen aufbauen.

5. Es entwickelt sich an Strukturen und Leistungen genau das, wofür es Geld gibt. Ohne Anreize keine Versorgung, bei falschen Anreizen Fehlversorgung.

Beides ist nicht das, was wir wollen und für ein

zukunftsfähiges Gesundheitssystem brauchen können.

Solche Fehlanreize sind bspw. beim derzeitigen Vergütungssystem geriatrisch-frührehabilitativer Leistungen erkennbar. Mit seinem einzigen, dann in der Regel aber deutlich vergütungsrelevanten Cut, nämlich dem Erbringen von mindestens 20 Therapieeinheiten über mindestens 14 Tage, setzt der geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungscode OPS 8-550* unseres Erachtens Anreize sowohl zur Überversorgung als auch zur Unterversorgung. Patienten, die eine solche Behandlungsdauer oder -intensität eigentlich gar nicht brauchen, stehen in Gefahr unnötigerweise bis zum Erreichen dieses Cuts behandelt zu werden, Patienten, die über diese Mindestleistungsvoraussetzungen hinaus auf weitere Therapieeinheiten angewiesen sind, stehen in Gefahr unterversorgt zu bleiben. Hier spräche bspw. manches dafür, entsprechende Leistungen über gestaffelte Zusatzentgelte zu vergüten.

Das Setzen richtiger und die Vermeidung falscher Anreize ist allerdings kein einfaches, im Gegenteil oft ein hochkomplexes Unterfangen.

Wir sind als Kompetenz-Centrum Geriatrie gerne bereit unseren fachlichen Beitrag hierzu zu leisten und unsere Träger bei dieser Aufgabe entsprechend zu unterstützen.





Dr. Norbert Lübke
Leiter des
Kompetenz-
Centrums Geriatrie
beim MDK Nord

Viel Einvernehmen – aber wie kann es weitergehen?

Zunächst einmal hat das Weißbuch Geriatrie sein Ziel, der Diskussion um den Stellenwert geriatrischer Versorgung in unserem Gesundheitssystem neue Impulse zu verleihen, sicher erreicht.

Trotz mancher Beschränkungen, insbesondere durch die weitgehende Ausblendung ambulanter und teilstationärer Versorgungsstrukturen und manche Annahmen für die Bedarfshochrechnungen, leistet das Gutachten eine breite Darstellung des geriatrischen Versorgungsstandes in Deutschland – angefangen bei deren regional unterschiedlicher Strukturierung, über die Aus- und Weiterbildungssituation bis hin zu den bereits erfolgten Anstrengungen zur Qualifizierung und Qualitätssicherung, die hinter denen anderer medizinischer Fachdisziplinen nicht zurückstehen müssen.

Wir waren aber auch überrascht, wie viel prinzipielles Einvernehmen im Rahmen unseres Expertenforums zur Weiterentwicklung geriatrischer Versorgung unter den eingeladenen Fachexperten aus Politik, Selbstverwaltung, ärztlicher Standesvertretung und geriatrischen Fachgesellschaften erkennbar wurde – trotz der provokanten Thesen, mit denen das GEBERA-Gutachten Anlass zu dieser Veranstaltung gegeben hatte.

Es würde den Rahmen einer Zusammenfassung sprengen, alle auf dem Expertenforum thematisierten Aspekte hier noch einmal aufgreifen zu wollen. Ich möchte daher vier wesentliche Ergebnisse des Expertenforums herausgreifen, die ich aus den Referaten und Diskussionen als Perspektive eines weitgehend konsentierten Handlungsrahmens wahrgenommen habe, und deren Handlungsimplicationen noch etwas näher ausleuchten.

1. Nicht jeder geriatrische Patient muss in einem geriatrischen Bett versorgt werden.
2. Dem Grundsatz ambulant vor stationär muss in der Geriatrie durch prioritären Ausbau und bessere Qualifizierung ambulanter geriatrischer Versorgung Rechnung getragen werden.
3. Die effiziente und angemessene Versorgung geriatrischer Patienten bedarf einer besseren regionalen Vernetzung der Versorgungsangebote
4. Geriatrie braucht noch mehr Akzeptanz. Versorgungsforschung kann hierzu einen wichtigen Beitrag leisten.

Nicht jeder geriatrische Patient muss in einem geriatrischen Bett versorgt werden

Mehrfach machten die Vertreter der geriatrischen Fachgesellschaften deutlich, dass es Ihnen zunächst um die frühe Identifizierung geriatrischer Patienten als potenzielle besondere Risikopatienten gehe. Im Falle stationärer Versorgung müssten diese aber nicht automatisch auf eine geriatrische Abteilung übernommen werden, sondern zunächst hinsichtlich ihres geriatrischen Behandlungsbedarfs mit geriatrischer Fachkompetenz näher eingeschätzt werden. Dieser Bedarf kann sich individuell sehr unterschiedlich darstellen: vom primären Risikoassessment über konsiliarische Behandlungsempfehlungen oder eine geriatrische (Liaison-)Mitbehandlung bis zur kompletten Übernahme in eine geriatrische Versorgungsstruktur ggf. einschließlich (früh-)rehabilitativer Leistungserbringung.

Dies entspricht einer Strukturierung der stationären Versorgung nicht nach dem Prinzip, welcher Fachabteilung „gehört“ der geriatrische Patient, sondern welche Fachabteilung kann in welchem Umfang bestmöglich zur Versorgung des Patienten beitragen.

Ist die Einstufung als geriatrischer Risikopatient seitens der Geriatrie nicht automatisch an den Anspruch der Übernahme in eigene Versorgungsstrukturen geknüpft, könnte dies auch die fachübergreifende Verständigung auf eine „Definition“ des geriatrischen Patienten resp. Kriterien für dieses Risiko deutlich erleichtern. Ggf. wären hierfür dann in der Tat wenige Routinedaten oder einfache Merkmale – wie bspw. in dem belgischen Screeninginstrument auf S. 36 – konsensfähig, um geriatrische Fachkompetenz in den Behandlungsprozess einzubinden.

Weiterhin könnte dies der Geriatrie neue, abgestufte und flexiblere Behandlungskooperationen mit den anderen medizinischen Fachgebieten eröffnen, von denen sie bisher oft eher als Konkurrenz

denn als Unterstützung in der Behandlung dieser Risikopatienten angesehen wurde. Hier sei bspw. an die diagnostische Abklärung geriatrischer Syndrome, den Umgang mit chronischen Wunden oder Schluckstörungen, die Beurteilung unruhiger Patienten etc. gedacht. Hierin könnten mglw. auch neuere Tendenzen der Geriatrie, innerhalb ihres eigenen Versorgungsangebots Binnenstrukturierungen wie die Versorgung dementiell erkrankter Patienten oder palliativmedizinische Schwerpunktsetzungen vorzunehmen, aufgehen.

Geriatrische Leistungserbringung wäre damit nicht mehr zwingend an geriatrische Fachabteilungen geknüpft; diese müssten sich mit ihrem spezifischen Versorgungsspektrum in ein solches Konzept neu einordnen.

Spätestens hier wird allerdings deutlich, dass die Relativierung der Definition des geriatrischen Patienten umso stärker die Frage der Indikationskriterien für besondere geriatrische Behandlungsleistungen - bspw. auch die Übernahme in eine geriatrische Fachabteilung - in den Mittelpunkt rückt. Dies gilt besonders dann, wenn diese Leistungen, wie bspw. die geriatrische Frührehabilitative oder die palliativmedizinische Komplexbehandlung, vergütungsrelevant geworden sind, wäre aber auch zur Abschätzung künftiger stationärer Behandlungskapazitäten grundlegend.

Die Notwendigkeit, ggf. unter Rückbezug auf frühere Ansätze, an die Dr. Gronemeyer erinnert hatte, in Zusammenarbeit zwischen geriatrischen Fachgesellschaften und medizinischen Diensten möglichst operationale Kriterien zu entwickeln, würde sich also von der Definitionsfrage des geriatrischen Patienten eher auf die Indikationsfrage für bestimmte geriatrische Leistungen verschieben, denn erledigen.

Dem Grundsatz ambulant vor stationär muss in der Geriatrie durch prioritären Ausbau und bessere Qualifizierung ambulanter geriatrischer Versorgung Rechnung getragen werden

Hohe Einigkeit bestand auch darin, den „ambulanten geriatrischen Unterbau“ künftig weit stärker in die geriatrischen Versorgungskonzeptionen einbeziehen zu müssen als dies bisher geschehen ist. Dies würde einerseits den Ausbau einrichtungsbezogener ambulanter Leistungsangebote wie die ambulante oder auch mobile geriatrische Rehabilitation, andererseits die Förderung geriatrischer Kompetenz in der vertragsärztlichen, insbesondere hausärztlichen Versorgung betreffen.

Sollen ambulante Rehabilitationsangebote flächendeckend ausgebaut werden, müssen sich die Kostenträger mit der Frage befassen, welche Qualität ihnen welche Vergütung wert ist. Stimmt dieses Verhältnis nicht, wird sich die Zahl der Angebote kaum erhöhen und keine Entlastung der stationären Versorgung eintreten. Denkbar wären auch zielgruppenspezifisch im Leistungsangebot und den Vergütungen abgestufte Strukturen, wobei - auch darauf wurde hingewiesen - jede neue Stufe der „Versorgungspyramide“ immer feinsinniger abgegrenzte Indikationskriterien erforderte.

Die Qualität der vertragsärztlichen geriatrischen Versorgung zu erhöhen, um damit den Anstieg stationären Behandlungsbedarfs zu begrenzen, setzt den Einbezug der KVn in die Gesamtplanung geriatrischer Versorgung voraus, ohne dass dies die Kostenträger aus diesem Verantwortungsbereich komplett entlässt. Hier scheint das angesprochene Prinzip des „Runden Tisches“ ohne wirkliche Alternative.

Inhalte der Verhandlungen könnten spezifische an bestimmte geriatrische Qualifikationen zu bindende, dann aber auch besser als bisher zu vergütende vertragsärztliche Leistungskomplexe sein, die Anreize für entsprechende Qualifizierungen böten. Genannt wurde hierfür bspw. die medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern.

Parallel hierzu müssten durch Fachgesellschaften und Ärztekammern entsprechende geriatrische Fortbildungscurricula für Vertragsärzte bundesweit einheitlich ausgestaltet und anerkannt werden. Die modulhafte Überarbeitung des mehrfach genannten „160-Stunden-Curriculums“ könnte hierfür eine erfolversprechende Ausgangsbasis darstellen.

Die effiziente und angemessene Versorgung geriatrischer Patienten bedarf einer besseren regionalen Vernetzung der Versorgungsangebote

Auch der Forderung nach besserer Vernetzung – im Weißbuch u.a. in dem Konzept des „geriatrischen Versorgungsverbundes“ aufgegriffen – konnte sich keiner der beteiligten Experten verschließen. Dies macht auch Sinn, insofern geriatrische Patienten so gut wie nie in einem Versorgungssektor „ad integrum“, also abschließend behandelt werden können, sondern in aller Regel sowohl langjährig vorbehandelt sind als auch einer nachfolgenden Weiterbehandlung und Weiterbetreuung bedürfen.

Aber auch dieser, nahezu immer „richtige“ und daher leicht zum Schlagwort verkommene Begriff, hat mehrere Facetten, die es erst noch auszugestalten gilt – auch jenseits der bereits genannten Gefahr, diagnose-, kassen- und trägerspezifisch eine neue unübersehbare Vielfalt paralleler Netzwerke zu errichten.

Vernetzung in der Geriatrie wird zunächst die auf absehbare Zeit einzige Lösung für das Problem nur eingeschränkt verfügbarer Ressourcen an geriatrischer Kompetenz für die Regelversorgung – sei es stationär, sei es ambulant – sein. Geriatrische Risikokonstellationen werden immer mehr „Regelrisikokonstellationen“ sein, die auch außerhalb spezialisierter geriatrischer Einrichtungen adäquat sollten behandelt werden können.

Es genügt weder diesen Mangel zu beklagen, ohne die entsprechenden Aus-, Weiter- und Fortbildungsstrukturen attraktiver zu gestalten, noch diesbezüglich auf bessere Vernetzung zu setzen, ohne entsprechende Netzstrukturen deutlicher als bisher zu fördern. Vernetzung ist immer zuerst eine Investition in eine dann hoffentlich effizientere Versorgung. Es ist die Frage, wie entsprechende Anreize nachhaltig gesetzt werden können und wer diese finanziert.

Spezifisch geriatrisches Know-how ist bisher noch weitgehend in stationären Einrichtungen konzentriert. Wesentliches Element einer Vernetzung muss es sein, diese Kompetenzen systematisch mehr und mehr auch in die vertragsärztliche Versorgung hineinzutragen. Ein erster Schritt in diese Richtung – und möglicherweise ein Beitrag zu Vermeidung unnötiger stationärer Aufenthalte – könnte die leichtere Nutzung der in geriatrischen Zentren vorhandenen Kompetenz für Vertragsärzte durch Implementierung geriatrischer Instituts- oder Ermächtigungsambulanzen sein. Dies wäre auch ein Beitrag zur besseren sektoralen Vernetzung von Vertragsärzten und geriatrischen Zentren – sektoral hier im Sinne einer engeren Zusammenarbeit der an der Versorgung geriatrischer Patienten im Quartier bzw. einer Region beteiligten Leistungserbringer und damit einer Versorgungsstruktur, die sich an dem für geriatrische Patienten so wichtigen Prinzip der wohnortnahen Behandlung orientiert.

Die Idee besserer Vernetzung wirft aber auch noch andere Grundsatzfragen auf, die es voranzubringen gilt, nämlich die der Integration versus Abgrenzung sektoraler Leistungsangebote. Es besteht nämlich durchaus ein gewisser Widerspruch zwischen einer besseren Integration verschiedener Versorgungssektoren unseres Gesundheitssystems (ich nenne nur die „großen Vier“: Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege), aber auch der Versorgungsstufen ambulant und stationär einerseits und ihrer möglichst klaren leistungsrechtlichen Abgrenzung andererseits.

Beide Erwartungen wurden im Rahmen des Expertenforums deutlich: eine Behandlung, die jenseits von Sektorengrenzen und sequentieller Leistungserbringung möglichst frühzeitig und integriert im jeweils notwendigen Umfang all die Behandlungselemente bereit stellt, die zu einem weitest möglichen Erhalt von Selbständigkeit und Minderung von Pflegeabhängigkeit beitragen, aber auch – mehr oder minder entsprechend diesem Leistungsrecht – die Forderungen nach möglichst klaren Zielgruppen- und Indikationsdefinitionen für segregierte Teilleistungen geriatrischer Versorgung – insbesondere für jede Form neuer abgestufter Leistungsangebote.

Zwar muss das eine das andere nicht prinzipiell ausschließen, faktisch wird die Abgrenzung immer feiner differenzierter Teilleistungsangebote aber sozialmedizinisch immer anspruchsvoller und macht eine integrierte Leistungserbringung – in welchen Verbundstrukturen auch immer – nochmals komplexer und aufwändiger. Aus Patientenperspektive ließe sich dies auch als Hinweis



darauf interpretieren, dass sich der geriatrische Patient (wieder einmal) den systemgegebenen Behandlungsstrukturen anzupassen hat, statt dass das System den Bedürfnissen des geriatrischen Patienten angepasst wird. Man muss sich daher darüber klar werden, ob man Schnittstellen abbauen oder ausbauen und weiter präzisieren will.

Funktionierende sektorenübergreifende Netzwerkstrukturen werden früher oder später auch die Frage pauschalierter Finanzierung aufwerfen, da nur so der wesentliche Grund für eine potenziell noch stärkere Abgrenzung von Teilleistungsbereichen entfällt. Die aus unserer Sicht größte Herausforderung besteht diesbezüglich in der Festlegung geeigneter Outcomekriterien, anhand derer eine angemessene Versorgung geriatrischer Patienten auf regionaler Ebene beschrieben und idealerweise vergleichend bewertet werden kann. Dies ist im Hinblick auf die hohe individuelle Varianz dessen, was bei geriatrischen Patienten das Angemessene und die realistisch erreichbaren Behandlungsziele sind, eine keineswegs banale Aufgabe. Hier sehe ich noch erhebliche Herausforderungen an die Versorgungsforschung und die geriatrisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften.

Leichter realisierbare Zwischenschritte könnten modulare Finanzierungsbausteine sein, die - ggf. unter einem Gesamtbudget - einheitlich für bestimmte Formen der Leistungserbringung unabhängig davon gelten, wer sie wo erbringt. Solche gestaffelten Vergütungsmodulare könnten bspw. die Vergütung rehabilitativer Leistungen weitgehend unabhängig vom nach den derzeitigen Geriatriekonzepten der Länder sehr unterschiedlichen Ort der Leistungserbringung und ihrer Erbringung als Frührehabilitation oder als Rehabilitation machen.

Wir sollten auch aus regionalen Versorgungsverbundmodellen, wie sie derzeit offenkundig an verschiedenen Orten entwickelt werden, lernen und diese schrittweise verbessern. Dies setzt allerdings Transparenz über solche Modelle voraus. Ein Wettbewerb um die besten Versorgungskonzepte zwischen verschiedenen Regionen kann dabei durchaus befruchtend sein, ob es sich allerdings auch um ein geeignetes Wettbewerbsfeld zwischen den Kassen handeln kann, sei nicht nur aus diesem Grunde nochmals kritisch zur Diskussion gestellt. Den Planungsverantwortlichen auf Landesebene kommt sicher eine wichtige moderierende Funktion bei der Ausgestaltung solcher Versorgungsmodelle zu.

Geriatrie braucht noch mehr Akzeptanz. Versorgungsforschung kann hierzu einen wichtigen Beitrag leisten

So sehr die Geriatrie ihre Behandlungserfolge für hinreichend belegt hält, so skeptisch wird das Fach - wengleich aus mutmaßlich unterschiedlichen Gründen - immer noch von Seiten der Kostenträger, der etablierten medizinischen Fachgesellschaften und teilweise sogar von Patienten gesehen. Ist es bei letzteren oft der Wunsch zwar alt werden, aber nicht alt sein zu wollen, zumindest nicht im Sinne kumulierender geriatrischer Risiken, spielt innerhalb der medizinischen Fachdisziplinen die bereits genannte Konkurrenz um die Patienten eine entscheidende Rolle und für die Kostenträger die Frage der Kosteneffizienz - systembedingt in der Regel vornehmlich in Bezug auf ihr sektorales Versorgungssegment.

Sowohl das Expertenforum als auch das Weißbuch selbst betonten die Notwendigkeit besserer Datengrundlagen - auch dies eine pauschal immer „richtige“ Forderung, die es dennoch sorgfältig zu präzisieren gilt. Denn nicht alles, was an Daten erhoben wird und „evaluiert“ wurde, verbessert tatsächlich die Grundlage für anstehende Versorgungsentscheidungen, genauso wie umgekehrt vieles in unserem Gesundheitssystem im strengen Sinne keineswegs evidenzbasiert ist und dennoch unbestritten zu dessen Funktionieren beiträgt.

Obwohl die Bedeutung praxisnaher Versorgungsforschung in den letzten Jahren deutlicher ins Bewusstsein gerückt ist, stehen auch hierfür nur begrenzte Ressourcen zur Verfügung. Alle Beteiligten werden sich daher darüber verständigen müssen, welche Informationen sie mit welcher Sicherheit wollen und brauchen, um über die weitere Strukturierung geriatrischer Versorgung angemessen entscheiden zu können. Die Beiträge der Experten auf dem Forum zeigten, dass diese Bedarfe noch unterschiedlich eingeschätzt werden.

Hierbei sollten einerseits die Maßstäbe, die in anderen Bereichen der Versorgung angelegt werden, nicht aus dem Blick geraten, andererseits diejenigen Fragen, für die stärkerer Evidenzbedarf gesehen wird – und hier scheinen mir perspektivisch insbesondere die von Kostenträgerseite aufgeworfenen Fragen nach den Unterschieden der Versorgungsqualität durch geriatrische versus herkömmliche Fachdisziplinen von Interesse – auch konsequent aufgegriffen und mit den erforderlichen Ressourcen einer Klärung zugeführt werden. Auch das „Nicht-Beforschen“ entsprechender Fragestellungen steckt nämlich die argumentativen Spielräume künftiger Versorgungsentscheidungen ab.

Ebenso spiegelt sich die Akzeptanz der Geriatrie innerhalb der medizinischen Fachdisziplinen nicht nur als Ergebnis eines entsprechenden Anerkennungsprozesses in der Ärzteschaft wider, das dann Eingang in die Musterweiterbildungsordnung findet. Auch hier besteht ein wechselseitiger Prozess: die Anerkennung eines Faches ist zwar Voraussetzung für dessen Aufnahme in die ärztliche Weiterbildungsordnung, erst dessen Aufnahme dort gibt einem Fachgebiet aber auch die Möglichkeit seine Akzeptanz in der Ärzteschaft weiter zu entfalten.

Die Anerkennung geriatrischer Qualifikationen hängt hierbei auch nicht unwesentlich von dem Stellenwert ab, der in unserem Gesundheitssystem grundsätzlich generalistischen versus spezialisierten medizinischen Kompetenzen beigemessen wird. Gerade die Versorgung multimorbider geriatrischer Patienten in einem medizinisch-technisch immer leistungsfähigeren Gesundheitssystem unterstreicht die Notwendigkeit eines angemessenen Gleichgewichts generalistischer und spezialisierter Kompetenzen, um dem Ziel eines weitest möglichen Erhalts von Selbständigkeit im Alter unter gesundheitsökonomisch tragbaren Bedingungen gerecht werden zu können. - Auch hier könnte noch ein lohnendes Feld für Versorgungsforschung liegen.

Letztlich wird die Geriatrie aber mit ihrem konkreten Beitrag zur Versorgung geriatrischer Patienten nicht nur sich selbst, sondern auch die Patienten, Kostenträger und ihre Mitbehandler von ihrem Stellenwert für die Versorgung überzeugen müssen.

Sie sehen, trotz viel Einvernehmens gibt es für alle Beteiligten noch viel zu tun!

Ihr



Dr. Norbert Lübke
Leiter Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord

besondere
Bedarfe



