



ÄRZTEKAMMER BERLIN

## Was soll mit dem Geriatriekonzept Berlin der Ärztekammer...

...erreicht werden?

1. Eine Bestandsaufnahme des gegenwärtigen geriatrischen Versorgungsangebotes.
2. Eine Bestandsaufnahme der in den nächsten Jahren zu erwartenden Entwicklung mit Blick auf die Herausforderungen an das Fachgebiet der Geriatrie.
3. Identifizierung von Verbesserungspotenzial für eine medizinisch/pflegerisch fachlich und ökonomisch optimierte Versorgung geriatrischer Patienten in unserer Stadt.
4. Die Perspektiven der Weiterentwicklung der Vernetzung des geriatrischen Versorgungssystems mit abgestuften Strukturelementen der wohnortnahen stationären und ambulanten Versorgung.

## Warum ist das Geriatriekonzept Berlin notwendig?

Aufgrund der demografischen Entwicklung in Berlin muss annähernd von einer Verdopplung des Anteils der über 80-Jährigen in der Berliner Bevölkerung bis zum Jahr 2030 ausgegangen werden. Die mit der medizinischen Versorgung einer immer älter werdenden Bevölkerung einhergehenden Probleme sind eine ganz erhebliche Herausforderung an die Geriatrie im Zusammenwirken mit vielen anderen Fachdisziplinen. Der weitere Ausbau des geriatrischen Versorgungsangebots ist sicher eine zentrale Aufgabe als Antwort auf die demografische Herausforderung. Auch wenn die krankheitsfreie Lebenserwartung mit Zunahme der Gesamtlebenserwartung zunimmt, wird die soziodemographische Entwicklung allerdings dazu führen, dass wir „anders“ krank werden mit einer Zunahme chronischer Erkrankungen, Zunahme der Multimorbidität und insbesondere einer Zunahme alterstypischer Erkrankungen unmittelbar am Ende des Lebens. So besteht beispielsweise bei etwa 40 % aller geriatrischen Patienten neben körperlichen Erkrankungen eine Demenz, die eine besondere Herausforderung darstellt.

Das medizinische Versorgungsangebot muss sich bereits heute auf die komplexen Probleme alter und hochbetagter Menschen einstellen, die weniger von einer spezialisierten organbezogenen Versorgung profitieren, sondern auf ein umfassendes, auf Erhalt und Stärkung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) ausgerichtetes Angebot angewiesen sind. Ein besonderes Anliegen des Fachgebietes Geriatrie ist die Verlängerung der krankheitsfreien Lebenserwartung oder genauer Lebenserwartung mit möglichst selbstständiger Lebensführung bei einer generell steigenden Gesamtlebenserwartung.

Dies sind die Gründe ein Konzept der Geriatrie in Berlin vorzulegen, das in besonderer Weise den Aspekten der Prävention, der Qualitätssicherung vernetzter und umfassender altersmedizinischer Versorgungsangebote, aber auch der Ökonomie der Versorgung Rechnung trägt.

# Kernforderungen des Geriatriekonzepts Berlin

## 1. Geriatischer Versorgungsangebote stärker vernetzen

Die geriatrische Versorgung sollte noch weiter vernetzt werden und noch mehr als bisher auch gezielt Präventionsstrategien wie zum Beispiel zur Sturzvermeidung verfolgen. Es gilt für eine bessere und konsequentere Nutzung des bereits heute bestehenden abgestuften Versorgungsangebots der Geriatrie mit stationärer, teilstationärer, ambulanter und mobiler ambulanter Behandlung zu sorgen und zugleich dieses System nach Maßgabe örtlicher Erfordernisse weiter im Land Berlin auszubauen. Ebenso sollten möglichst flächendeckend Versorgungspfade für typisch geriatrische Erkrankungen geschaffen und eine Vernetzung zum Beispiel mit Pflegeeinrichtungen, therapeutischen Praxen, Hilfsmittelversorgern, Apotheken u. ä. weiter entwickelt werden. Hilfreich für eine weitere Optimierung und Vernetzung des medizinischen und pflegerischen Versorgungsangebots sind die bereits vorhandenen Beratungsstellen in den Bezirken und die gerontopsychiatrischen Verbände.

In der stationären Versorgung spielt insbesondere die geriatrische Komplexbehandlung zur Sicherstellung einer optimalen (akut)medizinischen Versorgung bei gleichzeitig integrierter geriatrischer Frührehabilitation eine Schlüsselrolle. Hier gilt das Prinzip: soviel akutmedizinische Versorgung wie angemessen und von Beginn an soviel geriatrische Frührehabilitation wie nur möglich. Hierdurch kann Pflegebedürftigkeit vom geriatrischen Patienten abgewendet und seine ADL-Kompetenz gestärkt und dem bekannten „Drehtüreffekt“ bei unzulänglicher stationärer Behandlung entgegengewirkt werden.

## 2. Erfolgreiches Berliner Heimarztmodell fortführen und ausbauen

Das erfolgreiche in Berlin „geborene“ Heimarztmodell sollte weiter ausgebaut werden. Dazu bedarf es aber fairer Vertragsbedingungen und einer kostendeckenden Finanzierung seitens der Krankenkassen. In einer umfassenden Versorgung älterer multimorbider Patienten (bzw. Bewohner) kommt dem Pflegeheim eine wichtige und weiter in der Bedeutung zunehmende Aufgabe zu. Unverzichtbar für die Gesundheitsversorgung im Pflegeheim ist eine besondere geriatrische Kompetenz aller Mitglieder des Versorgungsteams, insbesondere der Ärzte und des Pflegeteams.

Viele Bewohner von Pflegeheimen sind wegen ihrer psychischen und somatischen Beeinträchtigungen nicht in der Lage einen Hausarzt oder Facharzt aufzusuchen. Aus diesem Grund kann der notwendige Arztkontakt nur im Pflegeheim stattfinden. In Berlin verfügen seit 1996 eine Reihe von Pflegeheimen über angestellte oder besonders vertraglich gebundene Heimärzten („Berliner Modell“), was nachweislich zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung dieser Bewohner und zu einer beachtlichen Kostenreduktion durch eine reduzierte Zahl von Krankenhauseinweisungen geführt hat.

Dieses sehr erfolgreiche Versorgungsmodell, an dem sich leider nur einige Krankenkassen beteiligt haben, gilt es fortzuführen. Dies wird aber nur gelingen, wenn wie bisher faire und auskömmliche Vertragskonditionen von den Krankenkassen zugestanden werden. Leider ist die Fortführung dieses Modells derzeit ungewiss.

## 3. Geriatrische Kompetenz in den Rettungsstellen stärken

Die Ärztekammer Berlin setzt sich dafür ein, dass ältere Patienten, die des besonderen Versorgungsangebots der Geriatrie bedürfen, bereits in der Rettungsstelle identifiziert

werden und über entsprechende Behandlungspfade einer qualitätsgesicherten Versorgung zugeführt werden.

#### **4. Geriatrische Schwerpunktpraxen fördern**

Weiterhin gilt es endlich geriatrische Schwerpunktpraxen zu fördern und auskömmlich zu finanzieren. Obwohl die Versorgung des geriatrischen Klientels aufwendiger als die von jüngeren Patienten ist, findet dies im gegenwärtigen Vergütungssystem in keiner Weise angemessene Berücksichtigung. Es müssen geriatrische Schwerpunktpraxen und eine leistungsgerechte Vergütung für die spezifisch geriatrische ambulante Versorgung geschaffen werden. Nur so wird es durch optimierte ambulante geriatrische Versorgung gelingen, vermeidbare und kostspielige Krankenhauseinweisungen zu verhindern.

#### **5. Zahl geriatrischer Krankenhausbetten maßvoll erhöhen**

Das stationäre geriatrische Behandlungsangebot muss mit Blick auf den Qualitätserhalt maßvoll ausgebaut werden, wobei auch Bettenumwidmungen ins Auge gefasst werden sollten. Dies sollte allerdings behutsam, nach Maßgabe der altersstrukturellen Kennzahlen in den einzelnen Bezirken und vor allem unter Wahrung der geriatrischen Qualitätsstandards geschehen. **Eine Erhöhung der Bettenzahl von derzeit rund 1250 auf 1600 erscheint sinnvoll.** Genauso wichtig ist es aber auch, die vorhandenen Versorgungsstrukturen zu überprüfen und für geriatrietypische Erkrankungen Versorgungspfade (Clinical Pathways) zu schaffen. Längst nicht alle Patienten, die von einer geriatrischen Komplexbehandlung profitieren würden, gelangen derzeit überhaupt, zeitnah und vor allem ohne unnötige Umwege in geriatrische Kliniken. Hier gibt es einen nicht zu unterschätzenden Optimierungsbedarf, von dem alte Menschen in ihrer Lebensqualität und nicht zuletzt auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung alter Menschen profitieren würde.

#### **6. Nachwuchs in allen Berufsgruppen der Altersmedizin fördern**

Ein Ausbau des Versorgungsangebots wird nur dann erfolgreich sein, wenn es gelingt entsprechenden Nachwuchs in allen Berufsgruppen der Altersmedizin, angefangen bei Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten, zu rekrutieren. Hier müssen eine Reihe von immer noch bestehenden Vorurteilen über eine vermeintlich wenig Erfolgserlebnisse mit sich bringende Tätigkeit in der Altersmedizin abgebaut werden. Bereits im Medizinstudium muss Wertschätzung für den alten Menschen vermittelt werden. Auch wenn eine Heilung des geriatrischen Patienten die Ausnahme ist, wird jede Verbesserung in der ADL-Kompetenz und zum Beispiel die Vermeidung einer institutionellen Pflege vom Patienten und seinen Angehörigen dankbar an den Arzt und sein Team zurückgegeben.

Einen wichtigen Schritt zur Stärkung der geriatrischen Medizin hat die Ärztekammer Berlin getan, indem sie kürzlich mit dem 8. Nachtrag zur Weiterbildungsordnung den **Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie** geschaffen hat. Sie ist damit eine der ersten Kammern, die diesen Weg geht. Daneben existiert weiterhin die Zusatz-Weiterbildung Geriatrie, so dass in Berlin verschiedene Wege zur Herausbildung geriatrischer Kompetenz zur Verfügung stehen.

#### **7. Forschung und Lehre der Altersmedizin ausbauen**

Auch die Forschung und hier insbesondere die Versorgungsforschung sind bei alten Menschen bzw. geriatrischen Patienten in besonderer Weise gefordert. Im Blickpunkt stehen die Verbesserung der Lebensqualität des alten Menschen und die Verlängerung der

krankheitsfreien Lebenserwartung und der Lebenserwartung in Selbstständigkeit durch Maßnahmen der Prävention oder therapeutische Interventionen. In enger Kooperation mit den in Berlin ansässigen drei Universitäten und Forschungseinrichtungen ist eine Therapieforschung mit dem Ziel einer Risikostratifizierung für viele typische altersmedizinische Erkrankungen geboten. Gerade hochaltrige Patienten profitieren bisweilen mehr von therapeutischen Interventionen als jüngere Patienten mit einem anderen oft prognostisch ungünstigeren Risikoprofil.

## Fazit

Die Herausforderungen, die der demografische Wandel an die Versorgung geriatrischer Patienten in Zukunft stellen wird, sind enorm. Bewältigen lassen sich diese nur, wenn alle an der Versorgung beteiligte Institutionen zusammenwirken. Das schließt neben Kliniken, Tageskliniken, ambulanten, mobilen, pflegenden und koordinierenden Versorgungsstrukturen auch die Landesregierung, die Bezirke und die Kostenträger ein. Die Vertreter der älteren Generation (z.B. Landessenorenvertretung, Seniorenvertreter der Bezirke, Kompetenz-Netz für das Alter Berlin-Brandenburg) werden zunehmend wichtige Dialogpartner. Ganz vorbildliche Arbeit leisten im Land Berlin die vielen Selbsthilfegruppen, deren Angebot noch viel zu wenig konsequent genutzt wird.

Die Ärztekammer Berlin möchte mit dem Geriatriekonzept Berlin 2010 ihr Know-How einbringen und aufzeigen, welche Lösungsansätze es gibt, um den älteren Menschen dieser Stadt auch in Zukunft eine angemessene medizinische Versorgung zu bieten.