

Die medizinisch-pflegerische Versorgung älterer Menschen: Herausforderungen und Lösungsansätze

Abschlussbericht des
Gesundheitsrats Südwest,
unabhängige Kommission bei der
Landesärztekammer Baden-Württemberg



Landesärztekammer
Baden-Württemberg
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Reutlingen, im Februar 2009

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Problemhintergrund.....	4
3	Grundausrichtung der Versorgung älterer Menschen	5
4	Qualifizierung des Personals im Gesundheitswesen	6
4.1	Ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altersmedizin	6
4.2	Geriatrische Fort- und Weiterbildung der Ärzte in Baden-Württemberg	7
4.3	Qualifikation nichtärztlicher Gesundheitsberufe.....	9
5	Neuorientierung der Versorgungsprozesse	9
5.1	Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung.....	9
5.1.1	Anforderungen und Lösungsansätze	9
5.1.2	Modellprojekte	10
5.2	Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen.....	11
5.2.1	Anforderungen und Lösungsansätze	11
5.2.2	Modellprojekte	11
5.3	Rehabilitation älterer Menschen.....	12
5.3.1	Anforderungen und Lösungsansätze	12
5.3.2	Geriatrische Rehabilitation: Schlussfolgerungen.....	13
5.4	Medizinisch-pflegerische Versorgung in Pflegeheimen	14
5.4.1	Aktuelle Versorgungssituation.....	14
5.4.2	Anforderungen und Lösungsansätze.....	15
5.4.3	Modellprojekte	15
5.4.4	Gesundheitliche Versorgung in den Pflegeheimen Baden-Württembergs.....	16
5.5	Behandlung terminal kranker älterer Patienten.....	17
6	Reallokationen in der medizinischen Versorgung	17
6.1.1	Priorisierung und Reallokationen im Gesundheitswesen.....	17
6.1.2	Zur Rolle der Ärzteschaft bei Priorisierungen und Reallokationen	18
7	Zusammenfassende Empfehlungen.....	19

1 Einleitung

Der als unabhängige Kommission bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg eingerichtete Gesundheitsrat Südwest hatte in der Wahlperiode 2003-2006 begonnen, sich mit dem Thema „Rationierung und Fehlallokation im Gesundheitswesen“ zu befassen. Angesichts der besonderen Herausforderungen durch demographischen Wandel und medizinischen Fortschritt konzentrierte der Gesundheitsrat seine Überlegungen auf die heutige und zukünftige medizinisch-pflegerische Versorgung älterer Menschen. Erste Ergebnisse hatte der Gesundheitsrat auf dem Baden-Württembergischen Ärztetag in Karlsruhe (21.07.2006) zur Diskussion gestellt und in einem Sachstandsbericht zusammengefasst (Ärzteblatt Baden-Württemberg 02-2007). Der im Jahr 2007 neu konstituierte Gesundheitsrat beschloss die Bearbeitung des Themas mit der bereits vorgesehenen Experten-Tagung in Bad Boll fortzusetzen und bis zum Ende des Jahres 2008 abzuschließen.

Nach Überzeugung des Gesundheitsrats hatte es keinen Sinn, die Unausweichlichkeit von Rationierungen und die Notwendigkeit von Reallokalationen theoretisch, ohne Rückkopplung mit der Ärzteschaft und ohne Einbeziehung weiteren Sachverständigen zu begründen und für die Praxis tragfähige Lösungsvorschläge zu entwickeln. Der Gesundheitsrat wählte deshalb ein mehrstufiges Vorgehen:

1. Analyse der aktuellen und zukünftigen Situation auf dem benannten Gebiet mit den daraus folgenden Anforderungen an das Versorgungssystem.
2. Erarbeitung denkbarer Lösungsansätze aus der Sicht des Gesundheitsrats.
3. Diskussion der vom Gesundheitsrat erarbeiteten Lösungsansätze mit der Ärzteschaft auf dem Baden-Württembergischen Ärztetag in Karlsruhe am 21.07.2006
4. Berücksichtigung der in den Diskussionen vorgebrachten Argumente im Rahmen eines erweiterten und argumentativ besser gestützten Vorschlages.
5. Erörterung des erweiterten Vorschlags auf einer Tagung in der Evangelischen Akademie Bad Boll mit Sachverständigen verschiedener Fachrichtungen am 18. und 19.04.2008.
6. Präsentation der Ergebnisse der Tagung in Bad Boll bei der Vertreterversammlung der Landesärztekammer Baden-Württemberg am 21.06.2008.
7. Dokumentation der Ergebnisse zusammen mit den Beiträgen der Tagung in Bad Boll in einem ausführlichen Abschlussbericht.

Der vorliegende Bericht fasst nun abschließend die Ergebnisse der verschiedenen Arbeitsschritte zusammen. Ausgehend von einer Analyse des Problemhintergrunds (Abschnitt 2) stellt der Gesundheitsrat dar, welche Anforderungen an das Versorgungssystem aus der zunehmenden Anzahl multimorbider, chronisch erkrankter älterer Menschen resultieren, insbesondere im Hinblick auf die Qualifikation des Personals (Abschnitt 3), die Neuordnung der Versorgungsprozesse (Abschnitt 5) und die unvermeidlichen Reallokalationen in der medizinischen Versorgung (Abschnitt 6). Die Überlegungen des Gesundheitsrats zu möglichen Lösungsansätzen werden durch die auf der Tagung in Bad Boll vorgestellten und diskutierten Pilotprojekte zur Verbesserung der medizinisch-pflegerischen Versorgung älterer Menschen ergänzt.

2 Problemhintergrund

Die finanzielle Situation der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) dürfte sich in den kommenden Jahren aus verschiedenen Gründen verschlechtern: Der *medizinische Fortschritt* eröffnet immer neue, häufig kostspielige Diagnose- und Therapiemöglichkeiten, die das Angebot an medizinischen Leistungen und damit die Gesundheitsausgaben in die Höhe treiben. Dabei verändert sich nicht nur das Spektrum der verfügbaren Maßnahmen, sondern auch das Leistungsvolumen, nicht zuletzt, weil mit den größeren Möglichkeiten auch die Indikationen auf ältere Menschen ausgedehnt werden. Gleichzeitig verschärfen *Veränderungen im Altersaufbau der Bevölkerung* die Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen: Aufgrund der anhaltend steigenden Lebenserwartung und auf niedrigem Niveau stagnierenden Geburtenraten nimmt nicht nur die Zahl, sondern auch der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung zu. Altern ist nicht notwendig mit Krankheit verbunden. Altersbedingte Veränderungen reduzieren jedoch die Widerstandsfähigkeit und führen auf diesem Wege zu einer erhöhten Erkrankungswahrscheinlichkeit. Dabei nehmen chronische Erkrankungen stärker zu als akute. Charakteristisch ist im höheren Alter zudem das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Erkrankungen (Multimorbidität). Hinzu kommt ein steigender Hilfe- und Pflegebedarf durch die zunehmende Anzahl chronisch-degenerativer Erkrankungen vor allem des Nervensystems (z.B. Demenzerkrankungen).

In Verbindung mit dem medizinischen Fortschritt führt der demographische Wandel zu einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, vor allem für die medizinische und pflegerische Versorgung multimorbider, an chronischen Erkrankungen leidender älterer Patienten. Durch den steigenden Altenquotient (Zunahme beitragschwacher Rentner) und die ungünstigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen (hohe Arbeitslosigkeit, stagnierende oder real sogar sinkende Einkommen) stehen der damit verbundenen Ausgabenexpansion in GKV und Pflegeversicherung sinkende Einnahmen gegenüber. Aus diesen Entwicklungen ergeben sich zwei zentrale Herausforderungen nicht nur für die Versorgungssysteme, sondern für die Gesellschaft insgesamt:

- (1) Wie kann die medizinische, pflegerische und soziale Versorgung der zunehmenden Anzahl älterer Menschen heute und vor allem in Zukunft sichergestellt werden?
- (2) Wie können die erforderlichen finanziellen und humanen Ressourcen für den steigenden Versorgungsbedarf älterer Menschen bereitgestellt werden?

Ad (1): Die Versorgungssysteme in Deutschland sind bislang nur unzureichend auf die Herausforderungen durch den demographischen Wandel eingestellt, Bereits heute bestehen erhebliche Defizite bei der Versorgung älterer Menschen, die sich in den kommenden Jahren ohne entsprechende Gegenmaßnahmen weiter vergrößern werden. Der Gesundheitsrat hat deshalb Vorschläge erarbeitet, wie Medizin und Pflege den Anforderungen einer alternden Bevölkerung begegnen können (vgl. hierzu Abschnitte 3 bis 5).

Ad (2): Es ist allgemein anerkannt, dass im deutschen Gesundheitswesen – wie in denen anderer Länder auch – noch Wirtschaftlichkeitsreserven vorhanden sind, die nach bestem Vermögen auszuschöpfen sind. Bei der aus sozialpolitischen Gründen akzeptierten Art der Verteilung von Gesundheitsgütern nach Bedürftigkeit sind diese aber unvermeidlich nur in Grenzen und gegen die Widerstände der davon jeweils Profitierenden zu mobilisieren. Sie werden auf keinen Fall ausreichen, um den beschriebenen Kostenanstieg zu kompensieren. Damit steht das Gesundheitswesen vor zwei gleichermaßen unangenehmen Alternativen: Entweder müssen die Mittel für Gesundheitsversorgung und Pflege weiter erhöht oder es muss das solidarisch finanzierte Leistungsspektrum begrenzt werden. Da der Gesundheitssektor mit alternativen Verwendungszwecken wie Bildung, Forschung, Umweltschutz, öffentliche Sicherheit

oder die Bekämpfung von Armut und Arbeitslosigkeit um prinzipiell begrenzte öffentliche Finanzmittel konkurriert, kann eine weitere Erhöhung der Gesundheitsausgaben nur mit kaum vertretbaren Einschränkungen („Opportunitätskosten“) in anderen sozialstaatlichen Bereichen erkaufte werden. Dies hätte seinerseits negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung, da Faktoren wie Bildung, Arbeitsbedingungen und Wohnverhältnisse einen erheblichen Einfluss auf Morbidität und Lebenserwartung haben. Hinzu kommt, dass viele neue medizinische Verfahren einen abnehmenden Grenznutzen haben: Ein oft nur geringer Nutzen Gewinn erfordert überproportional hohe Ausgaben.

Wenn Effizienzsteigerungen den Kostenanstieg nicht ausreichend kompensieren können und eine weitere Erhöhung der Gesundheitsausgaben sozialpolitisch und ökonomisch nicht vertretbar ist, verbleibt als Alternative nur die Begrenzung des Leistungsumfangs in der GKV („Rationierungen“). Prima facie handelt es sich dabei um eine ethisch nicht unproblematische Strategie, da der Zugang zu medizinisch nützlichen Maßnahmen, die einen positiven Effekt auf die Lebensqualität und/oder die Lebenserwartung der Patienten haben, eingeschränkt wird. Angesichts der demographischen Entwicklung mit der daraus folgenden höheren Nachfrage nach medizinischen und pflegerischen Leistungen bei anhaltender Innovationsdynamik stellt sich jedoch nicht die Frage, *ob* medizinischen Leistungen zu begrenzen sind, sondern lediglich *wie*, d.h. nach welchen Verfahren und Kriterien diese Einschränkungen in einer ethisch vertretbaren Form durchgeführt werden können. Unter diesen Rahmenbedingungen muss der steigende medizinische und pflegerische Versorgungsbedarf für die alternde Bevölkerung deshalb vor allem durch eine Umschichtung von Mitteln innerhalb der medizinischen Versorgung („Reallokationen“) gedeckt werden (vgl. hierzu Abschnitt 6).

3 Grundausrichtung der Versorgung älterer Menschen

Angesichts des demographischen Wandels und des damit verbundenen qualitativ wie quantitativ veränderten Versorgungsbedarf muss die medizinische und pflegerische Versorgung älterer Menschen einen höheren Stellenwert erhalten. Dabei geht es nicht primär darum, die Akutversorgung älterer erkrankter Menschen mit neuen Spezialangeboten zu verbessern. Vorrangiges Ziel muss es vielmehr sein, das Eintreten von Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zumindest möglichst lange hinauszuschieben. Die medizinischen, pflegerischen und sozialen Unterstützungssysteme sollten darauf ausgerichtet sein, die Voraussetzungen für eine möglichst lange selbstständige Lebensführung und die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu schaffen und zu fördern. Dabei gilt es die individuell erheblich variierenden Bedürfnisse älterer Menschen zu erfassen und so weit wie möglich zu berücksichtigen. Was im Einzelfall an gesundheitlicher Versorgung angemessen oder geboten ist, ergibt sich nicht allein aus der medizinisch-fachlichen Einschätzung des objektiven Bedarfs, sondern muss darüber hinaus den individuellen Prioritäten des Betroffenen gerecht werden. Die Bemühungen sollten sich dabei weniger an der Krankheitslast als vielmehr an den *Gesundheitschancen* der betroffenen Menschen orientieren. Erforderlich ist ein Paradigmenwechsel *weg von der bislang vorherrschenden Defizit-Orientierung* (Beseitigung akuter gesundheitlicher Defizite durch ärztlich-pflegerische ad hoc-Interventionen) *hin zu einer Ressourcen-Orientierung* (Unterstützung der gesundheitlichen Restressourcen zur Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung). Aus dieser Grundausrichtung ergeben sich verschiedene Anforderungen an die Versorgung älterer Menschen, die sich zum einen auf die Qualifikation des Personals (Abschnitt 4), zum anderen auf die Organisation der Versorgung beziehen (Abschnitt 5).

4 Qualifizierung des Personals im Gesundheitswesen

Nach Auffassung des Gesundheitsrats müssen die Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe an die Anforderungen durch die zunehmende Anzahl älterer Patienten angepasst werden. Neben der Entwicklung geeigneter Ausbildungskonzepte muss auch eine ausreichende Mittelallokation hierfür sichergestellt sein. Dies entspricht auch den Zielvorstellungen des Geriatriekonzepts des Landes Baden-Württemberg (2001). Die allgemeinen Überlegungen zur Weiterentwicklung der geriatrischen Qualifikation im ärztlichen Bereich (Abschnitt 4.1) werden ergänzt durch konkrete Empfehlungen, wie die geriatrische Fort- und Weiterbildung der Ärzte in Baden-Württemberg gestärkt werden kann (Abschnitt 4.2). Darüber hinaus ist auch bei den nichtärztlichen Gesundheitsberufen eine bessere Qualifikation im Hinblick auf die Versorgung älterer Menschen erforderlich (Abschnitt 4.3).

4.1 Ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altersmedizin

Im Bereich der ärztlichen Berufe sollten die Veränderungen bereits bei der *Ausbildung* beginnen, da das Medizinstudium derzeit weder den aktuellen noch den zukünftigen Erfordernissen hinreichend Rechnung trägt. Die Vermittlung medizinischer Basiskenntnisse, ärztlicher Fähigkeiten und Einstellungen, die für die Versorgung alter und hochbetagter Menschen von besonderer Bedeutung sind, muss dabei ebenso ein größeres Gewicht erhalten wie die Reflexion grundsätzlicher Einstellungen zur Betreuung alter Menschen, um mehr Ärzte für geriatrische Weiterbildungsgänge zu gewinnen. Die Verantwortung für diese Veränderungen liegt primär bei den medizinischen Fakultäten (Anpassung der Studienpläne) und beim Gesetzgeber (Modifizierung der Approbationsordnung). Nach Meinung des Gesundheitsrat sollten Anstöße für die notwendigen Veränderungen in der Mediziner Ausbildung aber auch von niedergelassenen Vertragsärzten und außeruniversitären Institutionen kommen, die heute von Gesetzes wegen zu allererst für die Sicherstellung der Versorgung älterer und hochbetagter Menschen verantwortlich sind.

Folgende Veränderungen sind bereits innerhalb der derzeit geltenden Approbationsordnung oder mit nur geringfügigen Änderungen möglich:

- Die verstärkte Gewichtung des Querschnittsbereiches „Medizin des Alterns und des alten Menschen“ im Studien- und Stundenplan. Hierfür müssen die Universitäten eine angemessene Stellenausstattung in geriatrische Lehreinrichtungen gewährleisten.
- Die verstärkte Berücksichtigung der Versorgung alter Menschen in den einzelnen Lehrfächern.
- Einführung eines *Blockpraktikums im Bereich der Altersmedizin* unter Leitung von Lehrärzten aus Geriatrischen Zentren, Geriatrischen Rehabilitationskliniken oder geeigneten Alten- und Pflegeheimen. Mehrheitlich vertrat die Arbeitsgruppe die Meinung, dass eine Praktikumsdauer von vier Wochen anzustreben sei.

Überdies wäre es möglich, die Altersmedizin durch eine Änderung der Approbationsordnung als einen weiteren, vierten Pflichtabschnitt im Praktischen Jahr zu verankern. Dabei ist es nach Ansicht des Gesundheitsrats bereits jetzt möglich – und von dieser Möglichkeit sollte Gebrauch gemacht werden –, Geriatrie als Wahlfach in das Praktische Jahr aufzunehmen, wenn auch altersmedizinische Einrichtungen als Akademische Lehrkrankenhäuser bzw. Abteilungen anerkannt werden.

Darüber hinaus sollte die Altersmedizin verstärkt in der *Weiterbildung* Berücksichtigung finden. Der Gesundheitsrat empfiehlt, die bereits geltende Zusatzweiterbildung „Geriatrie“ beizubehalten, aber von 18 auf 6 Monate zu verkürzen, um mehr vor allem junge Ärzte für die Versorgung älterer Menschen zu gewinnen. Der Gesundheitsrat schlägt zudem vor, in den Gebieten der Inneren Medizin und der Allgemeinmedizin einen Facharzt für Klinische Geriatrie mit einer 36monatigen Weiterbildung im geriatrischen Bereich einzuführen. Die Aufgabe des Geriaters

besteht darin, die gesamte Behandlung, Rehabilitation und Pflege im Blick zu halten und auf ihre Angemessenheit bei multimorbiden älteren Patienten zu überprüfen. Wenn die Versorgung älterer Menschen eine genuine Aufgabe der Hausärzte bleiben soll, ist eine solche Schwerpunktbezeichnung für die Perspektive von Ärzten, die sich speziell der Altersmedizin widmen wollen, notwendig. Dies betrifft sowohl die Leitung geriatrischer Abteilungen in Rehabilitationskliniken und Krankenhäusern mit der Möglichkeit zu Lehre und Forschung als auch die ärztliche Koordinierungs- und Leitungsfunktion in großen Alten- und Pflegeheimen oder die Tätigkeit von Hausfachärzten an mehreren kleinen und mittleren Heimen.

4.2 Geriatrische Fort- und Weiterbildung der Ärzte in Baden-Württemberg

Die Fort- und Weiterbildung der niedergelassenen und in Weiterbildung befindlichen Ärzte im Bereich der Altersmedizin in Baden-Württemberg ist unzureichend. Auf der Habenseite ist zu vermerken, dass in der studentischen Ausbildung durch die letzte Novelle der Approbationsordnung ein neuer Querschnittsbereich „Medizin des Alterns und des alten Menschen“ eingeführt wurde. Allerdings gibt es nach wie vor keinen Lehrstuhl für Geriatrie in Baden-Württemberg und weniger als fünf Personen haben eine Lehrbefugnis (Habilitation) in Geriatrie. Nicht einmal 200 Ärzte haben die am 1.5.1995 eingeführte fakultative Weiterbildung Geriatrie bzw. die seit dem 1.5.2006 mögliche Zusatzbezeichnung Geriatrie erworben. In 4 von 5 Krankenhäusern fehlen Ärzte mit einer Weiterbildungsbefugnis in der Geriatrie. Im Bereich der Fortbildung gibt es nur punktuell Angebote, aber kein systematisches Curriculum zum Erwerb geriatrischer Kenntnisse. Nur ein Viertel der Krankenhäuser verfügt über ein geriatrisches Konsil.

Das vor 20 Jahren im Konsens beschlossene Geriatriekonzept des Landes konnte keine flächendeckende Versorgung mit Ärzten erreichen, die über ein z. B. der Kinder- und Jugendmedizin vergleichbares spezialisiertes Wissen in der Geriatrie verfügen. Die Versorgung im ambulanten häuslichen Bereich und in den Pflegeheimen erfolgt auf der Grundlage von individuellem Erfahrungswissen, das im Praxisalltag erworben wurde und bisweilen nicht dem heutigen Stand der wissenschaftlichen Geriatrie entspricht.

Der medizinische Fortschritt, die demographischen Veränderungen und die Begrenztheit der Ressourcen sind die unabänderlichen Rahmenbedingungen, die die medizinische Versorgung der nächsten Jahre, insbesondere von Alten und Hochbetagten, bestimmen werden. Diese Rahmenbedingungen verschärfen sich durch den geplanten Wegfall der freien Arztwahl und Einführung eines strikten Hausarztmodells. Es ist deshalb zwingend erforderlich, für die medizinische Versorgung von Alten und Hochbetagten nicht nur Führungspersonen zu qualifizieren, sondern auch für die tägliche Versorgung das nötige Wissen und die Fortbildung sicher zu stellen. Es bedarf daher eines abgestuften Weiterbildungskonzepts, um in den Universitäten, Krankenhäusern und Pflegeheimen, besonders aber im häuslichen Umfeld eine qualifizierte altersmedizinische Versorgung sicher zu stellen.

Das Geriatriekonzept des Landes sah ursprünglich vor, die für eine gute Altersmedizin erforderlichen zusätzlichen Strukturen und Kompetenzen über die Geriatrischen Schwerpunkte und Geriatrischen Zentren sicherzustellen. Mit diesem für Deutschland exklusiven Konzept konnte im ambulanten Bereich jedoch leider keine flächendeckende Versorgung basis- und zusatzqualifizierter Ärzte erreicht werden. Ebenso wenig reicht die Qualifizierung wissenschaftlicher Führungskräfte durch das Forschungskolleg Geriatrie der Robert Bosch Stiftung aus, mit dessen Hilfe in den nächsten fünf Jahren etwa 20-30 Kandidaten qualifiziert werden.

Der Gesundheitsrat Südwest stellt daher zur Verbesserung der Fort- und Weiterbildung in der Altersmedizin folgende Forderungen auf:

1. Da eine optimale geriatrische Versorgung der Alten und Hochbetagten in der Bundesrepublik Deutschland nur von in der Altersmedizin qualifizierten Hausärzten flächendeckend si-

chergestellt werden kann, muss es das Endziel aller organisatorischen Veränderungen in der geriatrischen Fort- und Weiterbildung sein, in ca. 10 bis 15 Jahren alle Hausärzte durch eine mindestens 6-monatige Weiterbildung in der Geriatrie qualifiziert zu haben. Zur Erreichung dieses Endziels, aber auch zur sofortigen Verbesserung der Versorgung von Alten und Hochbetagten in Baden-Württemberg müssen zwei Voraussetzungen erfüllt werden:

- a) Die Zahl der zur Weiterbildung in der Geriatrie befugten Ärzte muss erhöht werden, bis mindestens ein zur Weiterbildung befugter Arzt pro Klinik zur Verfügung steht. Die finanziellen Anreize der Geriatrie-DRGs können diese Entwicklung unterstützen.
- b) Das Land Baden-Württemberg und die Landesärztekammer Baden-Württemberg müssen Anreize schaffen, dass sich in den nächsten Jahren mindestens 500 - 1000 Allgemeinärzte und Internisten im Bereich der Geriatrie fort- und weiterbilden. Dafür sind 6-monatige Weiterbildungsabschnitte zu subventionieren.

2. Die geriatrische Fort- und Weiterbildung muss in einem 3-Stufen-Konzept verwirklicht werden:

1. Stufe: Die Landesärztekammer Baden-Württemberg wird aufgefordert, vor allem für die stationäre Behandlung der multimorbiden Alten und Hochbetagten und deren funktionelle Einschränkungen in die Weiterbildungsordnung als sog. 10. Säule im Gebiet der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin den „Facharzt für Klinische Geriatrie“ einzuführen. Auf die Basisweiterbildung mit 36 Monaten in der stationären internistischen Patientenversorgung folgt eine 36-monatige Weiterbildung in der klinischen Geriatrie, auf die eine 12-monatige Weiterbildung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie oder eine 6-monatige Weiterbildung in der Traumatologie/Orthopädie anrechenbar sind.

2. Stufe: Die Landesärztekammer Baden-Württemberg reduziert die derzeitige 18-monatige Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung „Geriatrie“ auf 6 Monate, um junge Ärztinnen und Ärzte dazu zu motivieren, sich sehr viel intensiver als bisher mit der Behandlung funktioneller Einschränkungen von Alten und Hochbetagten auseinander zu setzen. Diese Weiterbildung ist zunächst zwingend in der stationären geriatrischen Versorgung zu absolvieren, kann später aber auch auf den ambulanten Bereich erweitert werden, wenn dort genügend qualifizierte Weiterbilder zur Verfügung stehen.

3. Stufe: Zur Qualifizierung der bereits niedergelassenen Allgemeinärzte und hausärztlich tätigen Internisten unternimmt die Landesärztekammer Baden-Württemberg alle Anstrengungen, diese Hausärzte in der Altersmedizin fortzubilden. Notwendig, aber auch ausreichend ist eine 160-stündige Fortbildung über Altersmedizin mit 120 Stunden Theorie und 40 Stunden Praxis in bettenführenden Krankenhausabteilungen für Geriatrie. Als Beispiel können die von den Ärztekammern Schleswig-Holstein und Brandenburg entwickelten Fortbildungscurricula dienen.

Zur Verbesserung der sog. Pflegeheimmedizin ist die Fortbildung in der Altersmedizin um eine 80-stündige Fortbildung in Pflegeheimmedizin zu erweitern. Diese so fortgebildeten Ärztinnen und Ärzte können in zukünftigen Heimarztprojekten, die nach Bayern und Berlin auch in Baden-Württemberg eingerichtet werden sollten, eingesetzt und besser vergütet werden. Als Vorbild sollte das Schweizer Modell zur Pflegeheimfortbildung für Allgemeinärzte dienen.

3. Der Gesundheitsrat ist der Auffassung, dass die Finanzierung der geriatrischen Schwerpunkte und Zentren in Baden-Württemberg nicht immer die vorgesehenen Zwecke erfüllt. Das Land Baden-Württemberg wird daher aufgefordert, zu evaluieren, ob es zu Quersubventionen anderer Versorgungsbereiche kommt. Sollte dies der Fall sein, ist umgehend eine Reallokation und Zurückwidmung dieser Zuwendungen zu Gunsten von geriatrischen Betten für geriatrisch tätige Krankenhausärzte vorzunehmen.

4.3 Qualifikation nichtärztlicher Gesundheitsberufe

Die Verbesserung der Aus- und Weiterbildung, sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht, betrifft auch die Qualifikation und die Arbeitsmöglichkeiten nichtärztlicher Gesundheitsberufe. Vor allem in Regionen mit einem hohen Anteil alter Menschen werden bei einer abnehmenden Zahl von Ärzten der Primärversorgung Versorgungsaufgaben, die bisher Ärzten vorbehalten sind, auf andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen übertragen werden müssen, wobei auf eine enge Kooperation zwischen Ärzten und nichtärztlichen Gesundheitsberufen geachtet werden muss. Dazu unterbreitet der Gesundheitsrat zwei Vorschläge, die in Regionen mit einer vergleichsweise noch guten Versorgungssituation – wie z.B. in Baden-Württemberg – als derzeit noch nicht äußerst dringlich erscheinen mögen, die aber wegen des zeitlichen Vorlaufs rasch aufgenommen werden müssen. Sie betreffen einerseits die Verbesserung der Ausbildung von Pflegekräften für die Versorgung Alter und Hochbetagter (insbesondere im ambulanten Sektor), verbunden mit verbesserten Verdienstmöglichkeiten und Aufstiegschancen zum Fachpfleger. Andererseits erscheint es notwendig, die Zahl akademisch ausgebildeter Pflegekräfte (wie sie bereits heute in Universitätskliniken und anderen Großkliniken tätig sind) zu erhöhen, um in der stationären und ambulanten Altenpflege die benötigten Pflegekräfte zu leiten und zu qualifizieren.

5 **Neuorientierung der Versorgungsprozesse**

Der durch die demographische Entwicklung qualitativ und quantitativ veränderte Bedarf an Behandlung und Pflege erfordert nicht nur eine bessere Qualifizierung der im Gesundheitswesen Tätigen, sondern auch eine Neuorientierung der Versorgungsprozesse. Im Vordergrund stehen dabei die Bedürfnisse älterer, von Krankheit und Behinderung betroffener Menschen, durch eine angemessene medizinische, pflegerische und soziale Betreuung möglichst lange ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu Hause führen zu können. Aufgrund der veränderten Familienstrukturen können diese Menschen immer seltener durch Angehörige im häuslichen Umfeld versorgt werden. Der Gesundheitsrat hat dabei notwendige Veränderungen in der ambulanten Versorgung (Abschnitt 5.1), bei Gesundheitsförderung und Prävention älterer Menschen (Abschnitt 5.2), in der geriatrischen Rehabilitation (Abschnitt 5.3), in der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen (Abschnitt 5.4) und bei der Behandlung terminal kranker älterer Patienten (Abschnitt 5.5) diskutiert.

5.1 Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung

5.1.1 *Anforderungen und Lösungsansätze*

Zukünftig wird eine zunehmende Anzahl älterer Menschen mit chronischen Erkrankungen wie Schlaganfällen, Demenzerkrankungen oder muskulo-skelettalen Problemen ambulant zu versorgen sein, wobei der Bedarf an kurativ-medizinischen Leistungen gegenüber palliativen, rehabilitativen und pflegerischen Maßnahmen abnehmen wird. Bisher ist das deutsche Gesundheitswesen durch eine fragmentierte Versorgung gekennzeichnet, bei der die ambulante, stationäre und rehabilitative Versorgung sowie die häusliche Betreuung und Pflege weitgehend unabhängig voneinander organisiert sind. Dieser Desintegration liegt u.a. ein sequentielles Modell des Krankheitsverlaufs mit der Abfolge Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege zugrunde. Der zunehmenden Multimorbidität können diese Strukturen und das sequentielle Krankheitsmodell nur unzureichend gerecht werden, da bei vielen Patienten zum gleichen Zeitpunkt verschiedene Arten von Erkrankungen in verschiedenen Phasen von Krankheit und Behinderung vorliegen. In zunehmendem Maße wird es deshalb erforderlich sein, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege gleichzeitig und gleichberechtigt in einer patien-

tenzentrierten Versorgungslandschaft anzubieten, verbunden mit einem erhöhten Abstimmungsbedarf zwischen den einzelnen Leistungserbringern. Dieses Fallmanagement wurde 1993 durch §73 SGB V dem Hausarzt übertragen, wobei die Vergütung der Leistung nicht dem dafür erforderlichen Zeitaufwand entspricht.

Da bereits heute in einzelnen Regionen der alten Bundesländer, vor allem aber in den strukturschwachen Regionen der neuen Bundesländer, die niedergelassenen Hausärzte nicht mehr in der Lage sind, alle alten und hochbetagten Menschen zu betreuen, schlägt der Gesundheitsrat vor, alternative Modelle zu prüfen, bei denen Angehörige nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in Kooperation mit Hausärzten Versorgungs- und Koordinationssaufgaben für chronisch Kranke übernehmen. Beispielfhaft erwähnt seien hier die Versorgung chronischer Wunden, die Behandlung der Inkontinenz und die Sturzprävention. Sinnvoll erscheint die Einführung von speziell für diese Aufgaben weitergebildeten Pflegekräften (Pflegeexperten, vgl. die „Advanced Nursing Practice“ und die „Nurse Practitioners“ in den angelsächsischen Ländern). Erfolgversprechende Versorgungsansätze finden sich nicht nur in Skandinavien und England (höhere Patientenzufriedenheit, vergleichbar gute Ergebnisse, geringere Kosten), sondern werden auch in Deutschland in Modellprojekten evaluiert (z.B. Projekt Ambulantes Geriatriisches Team, pflegeintegrierte Hausarztpraxis in NRW, Community Health Nurse Modell in Mecklenburg-Vorpommern).

Der Gesundheitsrat verkennt nicht, dass die Diskussion einer solchen weiteren Versorgungsebene in hausärztlich gut versorgten Regionen derzeit nicht notwendig erscheint und auf Ablehnung stößt, weil sie als Konkurrenz zur hausärztlichen Versorgung empfunden werden kann. Dabei ist aber zu bedenken, dass es sich bei den erforderlichen Koordinierungs- und Betreuungsaufgaben alter und hochbetagter Patienten nicht allein um ärztliche Aufgaben handelt. Durch den Einsatz von nicht-ärztlichem Personal könnten die Hausärzte z.B. von organisatorischen Aufgaben entlastet werden und mehr Freiräume für ihre genuin ärztlichen Aufgaben gewinnen, was vor allem bei den zu erwartenden rückläufigen Zahlen der Hausärzte von zunehmender Bedeutung sein dürfte. Der Gesundheitsrat ist deshalb der Meinung, dass die Diskussion derartiger zukunftsweisender Modelle, deren Realisierung längere Zeit erfordert, Aufgabe der gesamten Ärzteschaft ist. Solche weit reichenden Versorgungsfragen müssen auch in Baden-Württemberg rechtzeitig diskutiert werden, zumal bereits andere richtungweisende Lösungen für Versorgungsfragen z. B. mit der Brückenpflege im onkologischen Bereich erfolgreich verwirklicht werden konnten und inzwischen als selbstverständlich akzeptiert werden. Der Gesundheitsrat fordert die Landesärztekammer auf, die Neuorientierung der Versorgungsprozesse, insbesondere die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung, als wichtige und unaufschiebbare Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung wahrzunehmen.

5.1.2 Modellprojekte

Auf der Tagung in Bad Boll wurden zwei verschiedene Pilotprojekte zur Verbesserung der häuslichen und ambulanten Versorgung älterer Menschen vorgestellt und diskutiert. Frau Neeltje van den Berg vom Institut für Community Medicine der Universität Greifswald präsentierte zunächst das Modell AGnES (Arztentlastende Gemeinde nahe E-Health gestützte systemische Intervention), das nach einer Pilotphase auf der Insel Rügen inzwischen erfolgreich in verschiedenen ostdeutschen Ländern etabliert werden konnte. AGnES verfolgt das Ziel, Hausärzte bei der Versorgung chronisch Kranker in ländlichen Regionen durch die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten – insbesondere von Hausbesuchen – an entsprechend geschulte medizinische Fachangestellte und Pflegekräfte zu unterstützen. Zu den Aufgaben gehören die Schulung und Betreuung von Patienten und Angehörigen, Prävention (z.B. Sturzprophylaxe, Medikamenten-Kontrolle), geriatrisches Assessment, Monitoring von Blutdruck, Puls, Blutzucker, Gewicht und EKG sowie die arztunterstützende Diagnostik und Behandlung (z.B. Injektionen, Impfungen). Die Kommunikation mit dem Hausarzt erfolgt über Mobiltelefon und Videokonferenzen, unterstützt von telemedizinischen Anwendungen. AGnES erfreut

sich einer hohen Akzeptanz und wird auch von den Hausärzten als willkommene Entlastung begrüßt.

Im Hinblick auf die Integration verschiedener Versorgungsbereiche geht das Projekt HomeCare Nürnberg (HCN), vorgestellt von der Leiterin Mona Frommelt, deutlich über AGnES hinaus. HCN koordiniert die integrierte und umfassende Versorgung von Patienten im Praxisnetz Nürnberg Nord (nach §§ 140 a ff. SGB V) in den Bereichen Behandlung, Pflege, Altenhilfe und alltagspraktischen Diensten. Durch die sektorenübergreifende Versorgung sollen Versorgungslücken, unnötige Krankenhauseinweisungen und Doppeluntersuchungen vermieden werden. Mit einem individuell auf ihre Bedürfnisse abgestimmtem Hilfeplan soll die Selbständigkeit hilfsbedürftiger oder älterer Menschen zu Hause möglichst lange erhalten bleiben. Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt von HCN ist das ärztlich induzierte Fallmanagement, das sowohl auf der Einzelfallebene (z.B. reibungsloser Übergang aus einem Versorgungssektor in den anderen) als auch auf der strukturellen Ebene (z.B. besseres Informationsmanagement, Qualitätssicherung, Dokumentation, Evaluation) ansetzt. Das Praxisnetz Nürnberg Nord umfasst etwa 170 Arztpraxen unterschiedlicher Fachrichtungen, die mit einem GKV-Gesamtbudget die stationäre und ambulante Versorgung für die über 1000 Patienten abdecken. Für die Ärzte entsteht dadurch ein Anreiz, die im Praxisnetz eingeschriebenen Patienten möglichst lange selbständig und gesund zu halten, wodurch sich das Versorgungsmodell auch als wirtschaftlich erweist.

Nach Auffassung des GR stellen sowohl AGnES als auch HomeCare Nürnberg vielversprechende Ansätze für eine integrierte, patientenorientierte Versorgung älterer und hilfsbedürftiger Menschen dar, die durchaus eine Vorbildfunktion für ähnliche Projekte in Baden-Württemberg haben könnten. HomeCare Nürnberg zeichnet sich dabei durch eine umfassendere Integration medizinisch-pflegerischer Versorgung und sozialer Unterstützung aus.

5.2 Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen

5.2.1 *Anforderungen und Lösungsansätze*

Vorrangiges Ziel bei der Betreuung älterer Menschen muss es sein, das Eintreten von Krankheiten, funktionellen Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zumindest hinauszuschieben. Die Möglichkeiten der Prävention werden bei älteren Menschen – wie auch bei anderen Altersgruppen – bislang aber nur unzureichend genutzt, obwohl die vorbeugenden Wirkungen von Impfungen, vermehrter körperlicher Aktivität oder präventiven Hausbesuchen zur Verhinderung funktioneller Einbußen wissenschaftlich belegt sind. Eine Unterversorgung besteht auch bei der Rehabilitation älterer Menschen, vor allem im Bereich ambulanter Rehabilitationsangebote. Die jeweiligen Wohn- und Lebensverhältnisse können die konsequente ambulante Versorgung erschweren. Der Gesundheitsrat empfiehlt, das Wissen der beteiligten Akteure über präventive Maßnahmen zu fördern und deren Durchführung mit geeigneten – auch materiellen – Anreizen zu unterstützen. Präventive Hausbesuche sollten in Baden-Württemberg für ältere Menschen ab dem 75. Lebensjahr zweimal jährlich angeboten werden. Die erforderlichen Mittel könnten zumindest teilweise über die vermiedenen Krankheitsfälle finanziert werden.

5.2.2 *Modellprojekte*

Auf der Tagung in Bad Boll wurden zwei Ansätze zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung älterer Menschen exemplarisch präsentiert und diskutiert. Herr Dr. Mikkel Vass von der Abteilung Allgemein- und Sozialmedizin des Instituts für Public Health an der Universität von Kopenhagen berichtete über die präventiven Hausbesuche, die in Dänemark bei über 75-jährigen Menschen gesetzlich vorgeschrieben sind und zwei Mal pro Jahr von

eigens dafür ausgebildeten Fachkräften durchgeführt werden. Die Zuständigkeit hierfür liegt bei kommunalen Gesundheitseinrichtungen mit interdisziplinären Teams. Das primäre Ziel der präventiven Hausbesuche, den Abbau der mentalen, physischen und sozialen Fähigkeiten zur Bewältigung des Alltags im Alter zu verhindern, zu vermindern oder möglichst lange hinauszuschieben, wird dabei offenbar auch erreicht: Der Eintritt der Pflegebedürftigkeit lässt sich vermeiden oder zumindest deutlich nach hinten in die allerletzte Lebensphase verlagern. Die Inzidenz schwerwiegender Erkrankungen wie Herzinfarkte, Schlaganfälle oder Malignome können die präventiven Hausbesuche hingegen nicht senken, auch die Einweisungsrate in die stationäre Akutversorgung reduzieren sie kaum. Insbesondere hochbetagte Menschen (über 80 Jahre) profitieren durch eine gestärkte Mobilität, eine verbesserte Ernährung, einen reduzierten Arzneimittelverbrauch und durch die Kompensation von bereits vorhandenen Behinderungen. Finanziell führen die präventiven Hausbesuche weniger zu einer Kostensenkung als vielmehr zu einer internen Kostenverschiebung: Die Ausgaben für die Inanspruchnahme der medizinischen Grundversorgung („primary care“) und Arzneimittelversorgung sinken, während die Kosten für die häusliche Pflege steigen, um eine Einweisung in das Pflegeheim zu verhindern. Verschiedene Faktoren sind Voraussetzung für den Erfolg des Versorgungsmodells: Die Ausbildung und kontinuierliche Fort- und Weiterbildung der „Hausbesucher“, die Kooperation zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen (insbesondere mit den Hausärzten) sowie die personelle Konstanz und Intensität der Betreuung.

Frau Dr. Ulrike Dapp, Forschungskordinatorin am Albertinenhaus in Hamburg, einem Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, stellte ein Modellprojekt zur Gesundheitsförderung bei älteren Menschen (über 60 Jahre) vor, die noch selbständig zu Hause leben. Die übergreifende Zielsetzung des Projekts besteht darin, den Eintritt von Krankheit oder Behinderung und die damit verbundene Pflegebedürftigkeit im höheren Lebensalter zu verhindern. In einer halbtägigen Informationsveranstaltung erhalten die Teilnehmer von einem interdisziplinären Team eine Beratung zu den Themen Ernährung, Bewegung und soziale Teilhabe, gefolgt von einer schriftlichen individuellen Empfehlung nach 2 Wochen und einer Evaluationsveranstaltung nach 6 Monaten. Personen, die aufgrund kognitiver oder körperlicher Einschränkungen nicht an den Veranstaltungen teilnehmen können, werden zu Hause besucht. In diesen Fällen stehen die soziale Unterstützung, die professionelle Pflege und die geriatrische Rehabilitation im Vordergrund. Die Evaluation der Langzeiteffekte ist noch nicht abgeschlossen. Die bisherigen Ergebnisse weisen aber darauf hin, dass die Intervention zu einer nachhaltigen Verhaltensänderung führt und damit – wie bei den präventiven Hausbesuchen in Dänemark – eine frühzeitige Pflegebedürftigkeit verhindern oder zumindest verzögern kann. In einzelnen Bereichen wie z.B. der Arzneimittelversorgung konnte das Programm Ausgaben senken, insgesamt sind aber auch hier keine großen Einsparungen, sondern eher Kostenverlagerungen zu erwarten.

5.3 Rehabilitation älterer Menschen

5.3.1 *Anforderungen und Lösungsansätze*

Die Rehabilitation älterer Menschen nach akuten Krankheiten und bei chronischen Erkrankungen mit graduelltem Funktionsverlust ist eine Säule in der Sicherung eines Lebens älterer Menschen mit Teilhabechancen. Rehabilitation ist nach Auffassung der Gesundheitsrats eine Behandlungsform ohne Alternative, da in vielen Fällen nur durch körperliches Training in Verbindung mit ergotherapeutischen, logopädischen, und pflegerischen Maßnahmen sowie psychosozialer Betreuung die für eine selbständige Lebensführung erforderliche Alltagskompetenz zurückgewonnen werden kann.

Die zunehmende Verkürzung der Behandlungszeit in den Akutkliniken hat häufig zu einer Verschlechterung des funktionellen Status bei Entlassung älterer Menschen aus dem Akut-

krankenhaus geführt. In vielen Fällen wurden die physiotherapeutischen Kapazitäten in Akutkrankenhäusern sogar reduziert. Immobilisationsschäden bei der Behandlung älterer Menschen nehmen zu und sollte als iatrogene Schädigungen erkannt werden.

Die ursprüngliche Konzeption des Landesgeriatriekonzepts aus dem Jahr 1989 förderte erfolgreich eine flächendeckende wohnortnahe Umsetzung der geriatrischen Rehabilitation. Dies führte zu einer angemessenen stationären Versorgung älterer Menschen in den 1990iger Jahren. Allerdings wurde es versäumt vergleichbare ambulante Versorgungsstrukturen aufzubauen und eine rehabilitative Therapie von älteren Menschen mit Pflegebedürftigkeit sicher zu stellen. In den letzten zehn Jahren ist es zu einer zunehmenden Unterfinanzierung im stationären Bereich gekommen. Damit steigt das Risiko einer unterschwelligen Leistungserbringung. Eine Umfrage der BWKG aus dem Jahre 2008 ergab, dass 80 % der Einrichtungen defizitär und 60 % der Einrichtungen in hohem Maße defizitär sind. Die Hälfte aller Träger von geriatrischen Reha-Einrichtungen denkt daher über strukturelle Änderungen (u.a. Schließungen) nach.

Andererseits zeigt die externe Qualitätssicherung der geriatrischen Rehabilitations-Kliniken in Baden-Württemberg, dass geriatrische Rehabilitation (noch) sehr erfolgreich ist. Durch die Wiedererlangung der Selbstversorgungsfähigkeit kann bei mehr als 80 % aller Patienten eine Pflegeheimaufnahme verhindert werden. Analysen der BWKG zur Gesamtbilanz der Ausgaben für Rehabilitation, Krankenhaus und Pflege belegen darüber hinaus, dass die Pflegekassen in Baden-Württemberg im Vergleich zum Bundesgebiet pro Kopf zu etwa 15% weniger belastet werden. Dies ist ein weiteres Indiz dafür, dass das baden-württembergische Konzept der geriatrischen Rehabilitation wirksam ist und Pflegebedürftigkeit verhindert.

In der Überarbeitung des Landesgeriatriekonzepts 2001 wurde die Bedeutung der ambulanten geriatrischen Rehabilitation betont. Die bestehenden Verträge wurden im Jahr 2007 von den Krankenkassen gekündigt. Bei Abschluss eines Neuvertrags wurde die Vergütung um 10 % gekürzt, was in diesem Bereich ebenfalls zu einer strukturellen Unterfinanzierung geführt hat.

5.3.2 Geriatrische Rehabilitation: Schlussfolgerungen

Die rechtliche Gewährleistung auf geriatrische Rehabilitation im GKV-WSG vom 1.4.2007 hat nicht zu einer Verbesserung der Versorgungssituation geriatrischer Patienten geführt. Die finanzielle Situation ist so angespannt, dass zu einem Verlust der flächendeckenden Versorgung kommen kann.

In der kommenden Dekade wird es zu einem mehr als 50-%igen Anstieg der über 80-jährigen in Baden-Württemberg kommen. Es ist vor diesem Hintergrund erforderlich, ein integratives und nachhaltiges Versorgungskonzept für ältere Menschen vor allem für die Zeit nach Akutkrankenhausaufenthalten zu entwickeln. Die tragfähigen Komponenten des Postakutsektors sind nach Auffassung des Gesundheitsrats die ambulante und stationäre Rehabilitation in Verbindung mit der häuslichen Krankenpflege, Kurzzeitpflege, der gerontopsychiatrischen stationären Versorgung und der Palliativmedizin. Diese Bereiche müssen sinnvoll miteinander vernetzt und ausreichend finanziert werden.

Dieser Sektor dient nicht nur den Betroffenen, sondern unterstützt das Pflegepotential der Angehörigen durch die Vermeidung bzw. Verminderung von Behinderung und Pflegebedürftigkeit.

5.4 Medizinisch-pflegerische Versorgung in Pflegeheimen

5.4.1 *Aktuelle Versorgungssituation*

Angesichts der zunehmenden Anzahl von pflegebedürftigen alten Menschen, die gleichzeitig unter verschiedenen chronischen Erkrankungen leiden, sollte nach Auffassung des Gesundheitsrats die medizinische Versorgung in Langzeitpflegereinrichtungen verbessert werden. Die gegenwärtige Versorgungssituation beschreibt die Studie zur „Ärztlichen Versorgung im Pflegeheim“ des Diakonischen Werks der Evangelischen Kirche in Deutschland.¹ Die ärztliche Versorgung der Heime wird derzeit vor allem durch niedergelassene Allgemeinmediziner und Internisten wahrgenommen, wobei die Mehrzahl der Bewohner darauf angewiesen ist, dass die Ärzte zu ihnen ins Heim kommen. Die Studie des Diakonischen Werks bestätigt ebenso wie der jüngst veröffentlichte GEK Pflegereport,² dass die ärztliche Versorgung im Pflegeheim schon heute verschiedene Defizite aufweist.

Die *Kommunikation und Kooperation* zwischen den verschiedenen Berufsgruppen ist unzureichend:

- Die Konsultationen der Hausärzte durch die Bewohner verlaufen in der Regel unter Zeitdruck und lassen wenig Raum für die Verständigung zwischen Arzt, Patient und Pflegepersonal.
- Die hohe Zahl von im Heim tätigen Ärzten führt zu Reibungsverlusten in der Zusammenarbeit mit den Pflegekräften.
- Der Wechsel des Hausarztes beim Einzug in ein vom Wohnort entfernteres Heim bringt Informations- und Vertrauensverluste mit sich; Hausärzte zögern bei der Annahme von neuen Patienten im Pflegeheim.
- Niedergelassene Hausärzte sind bei akuten Behandlungsnotwendigkeiten schwer erreichbar; dies führt zu einer Überinanspruchnahme des (nicht ausreichend informierten) Notdienstes und zu unnötigen Krankenhauseinweisungen.
- Die erforderliche Kommunikation zwischen Hausärzten und den Pflegekräften wird beeinträchtigt durch die Besuche der Hausärzte zu betriebsorganisatorisch ungünstigen Tageszeiten (am Abend; in der Mittagszeit, am Wochenende).

Die *fachärztliche Versorgung im Pflegeheim* weist erhebliche Lücken auf, obwohl die Heimbewohner häufiger als der Bevölkerungsdurchschnitt von Krankheiten betroffen sind, die eigentlich von Fachärzten behandelt werden müssten. Es fehlt insbesondere die Betreuung durch Neurologen, Psychiater, Gynäkologen, Urologen, Orthopäden und Augenärzte. Die Organisation der Facharztversorgung in den Heimen ist defizitär (Diakoniestudie). Dies bedeutet eine Ausgrenzung der Pflegeheimbewohner von der fachärztlichen Versorgung. Die faktische Weigerung der Fachärzte, Patienten im Pflegeheim zu behandeln, ist nicht akzeptabel. Fachärzte sind durch keine Vorschrift von Hausbesuchen freigestellt und in gleicher Weise dazu verpflichtet wie die Hausärzte bzw. Allgemeinärzte.

Ein *geriatrisches Assessment* als Grundlage für eine abgestimmte medizinische und pflegerische Versorgung der Heimbewohner findet in der Regel nicht statt.

¹ Ärztliche Versorgung im Pflegeheim. Hg. vom Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V., Diakonie Texte Handreichung 11.2007, Stuttgart 2007

² GEK Pflegereport 2008. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen, erarbeitet von Heinz Rothgang, Lars Borchert, Rolf Müller, Rainer Unger. Schwäbisch Gmünd November 2008

5.4.2 Anforderungen und Lösungsansätze

Insgesamt sollte die Rolle der Ärzte, auch bei der Leitung der Pflegeheime gestärkt werden, um eine qualifizierte medizinische Versorgung der Bewohner zu gewährleisten. Folgende Zielsetzungen sollten dabei maßgeblich sein:

- Die Betreuung muss sich an den Leitbildern einer geriatrischen Versorgung orientieren (vgl. Abschnitt 3).
- Die ärztliche Versorgung muss in die pflegerische Versorgung der Pflegeeinrichtung integriert werden. Diese betrifft sowohl die Einbindung in die organisatorisch-betrieblichen Abläufe als auch die Kooperation zwischen den Berufsgruppen.
- Unnötige Notarzteinsätze und Krankenhauseinweisungen sind zu vermeiden.
- Der Zugang zur fachärztlichen Versorgung muss für die Heimbewohner sichergestellt werden.

Die Praxis stellt gegenwärtig folgende Versorgungsformen oder Versorgungsmodelle zur Verfügung:

- Ambulante Versorgung der Heimbewohner durch den jeweiligen niedergelassenen Hausarzt.
- Versorgung durch niedergelassene Ärzte in Schwerpunktpraxen, die eine besondere Erfahrung in der Heimbetreuung aufweisen.
- Versorgung durch entsprechend qualifizierte Heimbuchärzte, die bei der Pflegeeinrichtung angestellt sind (Schweizer Modell).
- Heimärztliche Versorgung durch niedergelassene Ärzte, die mit einem Versorgungsvertrag an eine Pflegeeinrichtung gebunden werden (Berliner Modell).
- Integrierte Versorgung nach den §§ 140 a ff. SGB V, bei der regionale Hausarztnetze einen umfassenden Bereitschaftsdienst und die Koordination aller ärztlich veranlassten Leistungen gegenüber der Pflegeeinrichtung und ihren Bewohnern gewährleisten (AGnES in den neuen Bundesländern, AOK-Pflegenetz in Bayern/Nürnberger Homecare-Modell).
- Heimärztliche Versorgung nach § 119 b SGB V: Kooperationsverträge zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Pflegeeinrichtung oder Ermächtigung der Pflegeeinrichtung bzw. eines bei mehreren Pflegeeinrichtungen angestellten Arztes zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.

Offenbar gibt es verschiedene Wege, um die gesundheitliche Versorgung im Pflegeheim zu verbessern. Welcher Weg zu bevorzugen ist, hängt auch von den jeweiligen zum Teil historisch gewachsenen regional verfügbaren Versorgungsstrukturen ab. Zwei Modellprojekte wurden auf der Tagung in Bad Boll diskutiert und sollen im Folgenden detaillierter dargestellt werden.

5.4.3 Modellprojekte

Frau Christina Thole von der ARBUMA Consulting GmbH präsentierte zunächst das Berliner Projekt, das die medizinische und therapeutische Versorgung in 38 stationären Pflegeeinrichtungen (nach SGB XI) verbessern soll, die mit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1996 aus den Krankenheimen für chronisch Kranke (nach SGB V) entstanden waren. Ärzte und Therapeuten konnten weiterhin bei den Pflegeeinrichtungen angestellt bleiben, einige Einrichtungen schlossen gezielt Kooperationsverträge mit einem oder zwei niedergelassenen Hausärzten. Finanziell wird das Modellprojekt von einer großen Anzahl von Krankenkassen getragen (Ausnahme: VdAK-Versicherte). Durch verbesserte Kommunikation, gemeinsame Visiten, Hintergrunddienste und Teamgespräche soll eine gezielte multiprofessionelle Versorgung der Bewohner erreicht werden. Die Beratungsfirma ARBUMA Consulting übernimmt das Projekt- bzw. Netzmanagement, wozu neben der Erstellung von Konzepten auch

das Kosten- und Qualitätskontrolling, das Berichts- und Abrechnungswesen sowie die informationstechnische Unterstützung gehören. Nach Angaben der Kostenträger belaufen sich die jährlichen Einspareffekte auf etwa 2,7 Millionen € vor allem durch einen Minderaufwand bei Krankenhausaufenthalten und Transporten.

Einen etwas anderen Weg beschreitet das von Klaus Schwarzer vorgestellte AOK-Pflegenetz in Bayern. Die veränderten Rahmenbedingungen – integrierte Versorgung nach §140 SGB V – wurden als Chance gesehen, die sektor- und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit bei der medizinisch-pflegerischen Versorgung von Menschen in Pflegeeinrichtungen zu verbessern. In dem Projekt arbeiten etwa 10 Pflegeeinrichtungen, 20 Vertragsärzte und ein bis drei Kliniken zusammen. Durch regelmäßige gemeinsame Visiten, eine hausärztliche Rufbereitschaft sowie ein verbessertes Informations- und Überleitungsmanagement sollen häufige Arztwechsel, Doppeluntersuchungen, unnötige Krankenhauseinweisungen und Notarzteinsätze vermieden werden. Die Akzeptanz bei den Versicherten ist groß (93%), in der Ärzteschaft aber unterschiedlich (Akzeptanzprobleme v.a. im Münchner Raum).

Beide Modelle bestätigen, dass die medizinisch-pflegerische Versorgung der Menschen in Pflegeeinrichtungen verbessert werden kann, wobei das Berliner Modell einen höheren Integrationsgrad aufweist. Wesentliche Elemente der Reformansätze sind die engere Anbindung der ärztlichen Versorgung an die Pflegeeinrichtungen mit regelmäßigen Visiten und einer (haus-)ärztlichen Rufbereitschaft sowie einer verbesserten Kooperation zwischen den beteiligten Berufsgruppen.

5.4.4 *Gesundheitliche Versorgung in den Pflegeheimen Baden-Württembergs*

Der Gesundheitsrat Südwest fordert die Landsärztekammer, die Anbieter stationärer Pflegeleistungen, die Berufsverbände, die Kranken- und Pflegekassen sowie die Landesregierung auf, die Voraussetzungen für eine verbesserte Versorgung der Bewohner von Altenpflegeheimen zu schaffen. Im Einzelnen geht es um folgende Forderungen:

- Die oben genannten Ziele lassen sich nach Auffassung des Gesundheitsrats in Baden-Württemberg am ehesten durch den Aufbau *regionaler Hausarztnetze* erreichen. Dafür sprechen die gesetzlichen Rahmenbedingungen in den §§ 140 a ff. SGB V sowie die Erfahrungen im Nürnberger Homecare-Modell mit einer sektoren- und berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit bei der medizinisch-pflegerischen Versorgung von Menschen in Pflegeeinrichtungen.
- An solchen Hausarztnetzen sollten sich fünf bis maximal 10 Ärzte beteiligen, darunter auch Fachärzte der am häufigsten benötigten Fachrichtungen.
- Für die Organisation der fachärztlichen Versorgung innerhalb eines Netzes bietet sich die Form einer mobilen fachärztlichen Versorgung mit einem dafür eingerichteten Fahrzeug an. Mit einem ähnlichen Modell könnten auch ambulante Rehabilitationsleistungen im Pflegeheim erbracht werden.
- Für die Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflegekräften und den anderen Berufsgruppen sind Qualitätsstandards und Regelwerke zu entwickeln. Diese müssen in verbindlichen Vereinbarungen festgehalten werden.
- Für die Sicherung dieser integrierten Versorgung ist eine budgetunabhängige Vergütung der teilnehmenden Ärzte erforderlich. Dies gilt in besonderer Weise für das geriatrische Assessment, das Grundlage einer zielgerichteten und bedarfsgerechten Versorgung älterer Menschen werden muss.
- Im Interesse der Wahlfreiheit der Patienten und der Kontinuität der Versorgung sollten Bewohner in Alten- und Pflegeheimen auch von ihrem Hausarzt weiter mitbetreut werden können.

5.5 Behandlung terminal kranker älterer Patienten

Ältere Menschen haben im Vergleich zu jüngeren schlechtere Zugangschancen zu ambulanter Pflege, Hospizen und Palliativstationen. Überdies beschränken sich die Angebote überwiegend auf die Versorgung onkologischer Patienten. Die unzureichende Versorgung im ambulanten Bereich führt zu vermeidbaren Krankenhauseinweisungen (Fehlallokation). Der Gesundheitsrat empfiehlt deshalb, die palliativmedizinische Kompetenz der Ärzte weiter zu fördern, ambulante Versorgungsangebote auszubauen (mit angemessener Finanzierung) und diese auch Patienten mit neurodegenerativen, zerebrovaskulären und kardiovaskulären Erkrankungen zugänglich zu machen sowie den Übergang von schwerstkranken/sterbenden Menschen vom stationären in den ambulanten Sektor und umgekehrt besser zu koordinieren. Hoffnungsvoll stimmt dabei die zunehmende Bereitschaft vieler Hausärzte, die medizinische Sterbebegleitung in der Familie zu übernehmen.

6 Reallokationen in der medizinischen Versorgung

In den Abschnitten 3 bis 5 hat der Gesundheitsrat Perspektiven entwickelt, wie die heutige und vor allem auch zukünftige gesundheitliche Versorgung älterer Menschen verbessert werden kann. Im Anschluss stellt sich die Frage, wie die erforderlichen finanziellen und humanen Ressourcen für den steigenden Versorgungsbedarf älterer Menschen bereitgestellt werden. Der Gesundheitsrat stimmt mit den Referenten auf der Tagung in Bad Boll überein, dass dieser – gesamtgesellschaftlichen! – Herausforderung nur mit einer *mehrgleisigen Strategie* begegnet werden kann, die Reformmaßnahmen auf der Einnahmen- und Ausgabenseite umfassen. Als Handlungsoptionen auf der Einnahmeseite kämen im Gesundheitswesen eine Verbreiterung der Finanzierungsbasis durch die Erhöhung der Beiträge und der Beitragsbemessungsgrenzen, die Berücksichtigung anderer Einkommensarten, die Ausweitung der Versicherungspflicht auf die gesamte Bevölkerung oder eine verstärkte Steuerfinanzierung in Frage. Diese Optionen kommen aus gesamtgesellschaftlicher Sicht zur Einnahmesteigerungen aber nur begrenzt in Frage, da der Anteil der Ausgaben für das Gesundheitswesen am Bruttonationalprodukt bereits einen Spitzenplatz im internationalen Vergleich einnimmt. Die Aufmerksamkeit muss sich daher auf die Änderung der Ausgabenseite konzentrieren. An erster Stelle steht hier zunächst die Rationalisierung in allen Leistungsbereichen des Gesundheitswesens ohne nennenswerte strukturelle Änderung des Leistungsangebotes. Wie aber bereits in Abschnitt 2 ausgeführt und von den Experten in Bad Boll bestätigt, werden auch einschneidende Rationalisierungsbemühungen nicht ausreichen, um den mit dem demographischen Wandel und medizinischem Fortschritt erheblich steigenden Bedarf an Behandlung und Pflege zu finanzieren. Damit werden strukturelle Änderungen im Leistungsgeschehen und Mittelum-schichtungen („Reallokationen“) unausweichlich. Wie man dieses Problem angehen kann, ist aus den Stellungnahmen des Sachverständigenrates für das Gesundheitswesen, der Zentralen Ethikkommission und den Diskussionsbeiträgen der Gesundheitsökonomien ausreichend bekannt, sodass sich der Gesundheitsrat auf einige zusammenfassende Bemerkungen beschränken kann.

6.1.1 *Priorisierung und Reallokationen im Gesundheitswesen*

Für die steuernden Eingriffe auf der Ausgabenseite müssen Prioritäten gesetzt werden.³ Auf der Grundlage einer Rangfolge der zu bewältigender Versorgungsaufgaben sollten die Mittel

³ Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer. Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Deutsches Ärzteblatt 2007;104(40):A-2750-2754.

so umgeschichtet werden, dass die als besonders wichtig eingestuften Aufgaben weiter finanziert werden können. Einschränkungen sollten zunächst bei den weniger wichtigen Versorgungsbereichen ansetzen. Welche Versorgungsbereiche mehr oder weniger wichtig sind, lässt sich dabei nicht allein auf der Grundlage medizinischen Fachwissens entscheiden. Der Gesundheitsrat hält es deshalb für dringend geboten, einen gesellschaftspolitischen Diskurs über Prioritäten in der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu beginnen. Ein hierzu notwendiger erster Schritt wäre das offene Eingeständnis der Politik, dass trotz aller Bemühungen um eine Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht auf Einschränkungen in der Versorgung, d.h. Rationierungen verzichtet werden kann. Eine Anerkennung der Unausweichlichkeit von Reallokationen könnte den Weg hin zu einer fruchtbareren Diskussion über Schwerpunktsetzungen in der Versorgung ebnen.

Am ehesten vertretbar erscheinen Begrenzungen bei denjenigen Maßnahmen, bei denen einem fraglichen oder marginalen Nutzen erhebliche Kosten gegenüberstehen. Die freiwerdenden Mittel könnten dann in anderen Bereichen – vorzugsweise der Prävention, Rehabilitation Pflege, und Palliativmedizin – eingesetzt werden, in denen mit den gleichen Ressourcen ein größerer gesundheitlicher Nutzen erzielt werden kann. Dies setzt eine systematische Erfassung von Kosten und Nutzen medizinischer Maßnahmen voraus. Für die dabei auftretenden methodischen Probleme vor allem im Hinblick auf die Quantifizierung und interpersonale Vergleichbarkeit des Nutzens gibt es international validierte Lösungsansätze und für die Ergebnisse differenzierte ethische Bewertungen.

Nach Auffassung des Gesundheitsrats sollte eine Reallokation von Mitteln im System vor allem von der Kuration hin zur Prävention erfolgen, weil es genügend Nachweise für die Effektivität von Präventionsmaßnahmen insbesondere im Hinblick auf die Sicherung der Lebensqualität gibt. Selbst wenn dabei keine Kosten gegenüber einer Versorgung ohne Prävention gespart werden, läge dann in einer Effektivitätsverbesserung gegenüber einer auf die reine Kuration beschränkten Versorgung auch ein deutlicher Effizienzgewinn.

6.1.2 *Zur Rolle der Ärzteschaft bei Priorisierungen und Reallokationen*

Der Gesundheitsrat fordert die verfasste Ärzteschaft auf Landes- und Bundesebene nachdrücklich auf, bei der Diskussion über Schwerpunktsetzungen und Reallokationen in der medizinischen Versorgung eine aktivere Rolle zu spielen. Bislang steht die Ärzteschaft dieser Aufgabe aus nachvollziehbaren Gründen skeptisch gegenüber. Mindestens drei Argumente sprechen jedoch *für* eine Beteiligung der ärztlichen Profession beim Ringen um eine medizinisch sinnvolle und gerechte Mittelverwendung im Gesundheitswesen:

(1) Rationalisierungen wie Rationierungen erfordern vor allem medizinisches Fachwissen. Ob eine Maßnahme tatsächlich für die Behandlung einer bestimmten Erkrankung geeignet ist, setzt eine sorgfältige Prüfung von Wirksamkeit, Nutzen und Risiken und damit ärztlichen Sachverstand voraus. Eine Weigerung der Ärzteschaft kann folglich zu fachlich-medizinisch nicht begründbaren und damit ethisch unvertretbaren Verteilungsentscheidungen führen.

(2) Im Bemühen um eine evidenzbasierte Abschätzung von Nutzen und Risiken medizinischer Maßnahmen im Rahmen von Rationalisierungsmaßnahmen nimmt die Ärzteschaft eine Aufgabe wahr, die ohnehin durch das traditionelle ärztliche Ethos geboten ist: Ärzte sind dazu verpflichtet, diejenigen Maßnahmen zu ergreifen, die dem einzelnen Patienten am meisten nutzen und möglichst wenig Schaden zufügen. Die Mittelknappheit bietet damit einen Anlass, zentrale Aufgaben der Ärzteschaft neu zu akzentuieren – zum Wohle der Patienten aller Altersgruppen!

(3) Wenn sich die Ärzteschaft an der Entwicklung von Strategien zum Umgang mit der Mittelknappheit beteiligt, stärkt dies die Autonomie der ärztlichen Profession gegenüber staatlicher Einflussnahme. Angesichts der Unausweichlichkeit von steuernden Eingriffen wird eine

Blockade der Ärzteschaft Rationalisierungen und Rationierungen nicht verhindern können. Im Gegenteil: Die notwendigen Maßnahmen werden – wie in der Vergangenheit bereits oft geschehen – von staatlicher Seite den Ärzten verordnet, was die ärztliche Berufsfreiheit (noch mehr) einschränken wird. Die Ärzteschaft muss deshalb die Chance nutzen, durch eine konstruktive Mitwirkung bei der Verteilung knapper Gesundheitsressourcen die eigenen Entscheidungsspielräume selbst zu gestalten und – im Hinblick auf die eigene Profession – möglichst offen zu halten.

Welche Aufgaben sollte die Ärzteschaft nun konkret wahrnehmen? Sie sollte sich *aktiv* an der Entwicklung von Modellen zur Rationalisierung und Rationierung medizinischer Leistungen beteiligen. Dies erfordert vor allem eine systematische Aufarbeitung der verfügbaren wissenschaftlichen und – hilfsweise – erfahrungsgestützten Evidenz zu Wirksamkeit, Nutzen und Risiken medizinischer Maßnahmen. Auch wenn die Entwicklung von Rationierungskriterien nicht die primäre Zuständigkeit der Ärzteschaft ist, so ist dennoch zu fordern, dass sich der einzelne Arzt wie auch die ärztliche Profession mit politischen Verteilungsentscheidungen auseinandersetzen und diese gegebenenfalls auch kritisieren. Die Kritik muss sich zum einen auf die Frage der Evidenzbasierung, also die medizinische Rationalität, richten. Zum anderen sollten Ärzte vor allem im Blick haben, dass das Kriterium der medizinischen Bedürftigkeit bei der Prioritätensetzung im Gesundheitswesen einen besonderen Stellenwert genießt. Denn auch die Bedürftigkeit von Patienten, gemessen am Schweregrad der Erkrankung und der Dringlichkeit der Behandlung (akute Gesundheits- oder Lebensgefahr), lässt sich nur auf der Grundlage medizinisch-ärztlicher Expertise feststellen. Überdies entspricht das Kriterium der Bedürftigkeit am ehesten der zentralen ärztlichen Verpflichtung, an Krankheiten leidenden Patienten zu helfen. Die Ärzteschaft kann damit im politischen Diskurs die wichtige Rolle als Anwalt derjenigen Patienten wahrnehmen, die aufgrund ihres eingeschränkten Gesundheitszustands und ihrer eingeschränkten Kenntnisse weniger wirksam ihre eigenen Interessen vertreten können.

7 Zusammenfassende Empfehlungen

Der Gesundheitsrat Südwest hat in seiner zweiten (2003-2007) und zu Beginn seiner dritten Beratungsperiode (2008-2012) das Thema „Rationierung und Fehlallokation im Gesundheitswesen“ gewählt und sich aufgrund der besonderen Herausforderungen durch den demographischen Wandel in seiner Arbeit auf die medizinische und pflegerische Versorgung älterer Menschen konzentriert. Die wichtigsten Thesen und Empfehlungen des Gesundheitsrats seien hier abschließend noch einmal zusammengefasst:

- Der demographische Wandel führt zu einem qualitativ wie quantitativ veränderten Versorgungsbedarf, der mit den bestehenden Versorgungsstrukturen nicht hinreichend abgedeckt werden kann.
- Die Deckung des finanziellen Mehrbedarfs erfordert eine mehrgleisige Strategie, die auch auf Reallokationen, d.h. Mittelumschichtungen im System, nicht verzichten kann.
- Es gibt vielversprechende Modellansätze zur Verbesserung der medizinisch-pflegerischen Versorgung älterer Menschen, die an unterschiedlichen Stellen im Versorgungssystem ansetzen und eine Grundlage für ähnliche Initiativen in Baden-Württemberg darstellen können.
- Die in Bad Boll präsentierten Modelle belegen, dass sich viele Reformen bereits unter den bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen realisieren lassen. Dabei erscheint es dem Gesundheitsrat durchaus geboten, die Auftrennung in verschiedene Kostenträger – Kran-

ken-, Pflege- und Renten-Versicherung – zu überdenken, da dies die integrierte medizinisch-pflegerische und rehabilitative Versorgung älterer Menschen deutlich erschwert.

- Die Reformbemühungen sollten sich primär an den – zum Teil stark variierenden – *individuellen* Bedürfnissen älterer Menschen orientieren, was eine systematische Erfassung dieser Bedürfnisse voraussetzt (vgl. z.B. AGnES und HomeCare Nürnberg).
- Konzeptionell ist dabei ein Umdenken erforderlich, weg von der vorherrschenden Defizit-Orientierung hin zu einer Ressourcen-Orientierung: Welche Voraussetzungen benötigen ältere Menschen, um ein selbstbestimmtes Leben führen und am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können?
- Im Zentrum der Reformbemühungen muss die Koordination der verschiedenen Versorgungs- und Hilfsangebote wie Behandlung, Pflege, Altenhilfe, Beratung und alltagspraktische Dienste durch ein sektorübergreifendes Fallmanagement stehen (vgl. HomeCare Nürnberg).
- Eine umfassende Versorgung älterer und hilfsbedürftiger Menschen kann nur durch die Einbeziehung verschiedener Gesundheitsberufe gelingen. Entscheidend für den Erfolg ist dabei die Abstimmung und Kooperation der verschiedenen Akteure, die idealerweise von einer „gemeinsamen Arbeitskultur“ getragen wird.
- Die Aus-, Fort- und Weiterbildung der verschiedenen beteiligten Berufsgruppen muss im Hinblick auf die Versorgung älterer Menschen verbessert werden. Im ärztlichen Bereich kann ein gestuftes Fortbildungsmodell mit einem Facharzt für Klinische Geriatrie, eine Zusatzbezeichnung Geriatrie und eine altersmedizinische Fortbildung für Hausärzte am ehesten den unterschiedlichen Anforderungen in der Praxis gerecht werden.
- Um die Selbstständigkeit älterer Menschen möglichst lange zu erhalten, sind verstärkte Präventionsbemühungen erforderlich (Optionen: präventive Hausbesuche, Interventionen zur Förderung der Gesundheitsmündigkeit, vgl. Hamburger Modellprojekt).
- Die Modellprojekte belegen den Nutzen der Präventionsmaßnahmen für die betroffenen Menschen (z.B. Verhinderung von schwerer Pflegebedürftigkeit).
- Die bisherigen Erfahrungen weisen darauf hin, dass eher Kostenverlagerungen als große Einsparungen zu erwarten sind. Aufgrund der nachgewiesenen Vorteile für die betroffenen Menschen stellen solche Präventionsmaßnahmen aber einen deutlichen Effizienzgewinn (mehr Nutzen für die gleichen Kosten) dar und sollten daher eine gesundheitspolitische Priorität genießen.
- Die ambulante geriatrische Rehabilitation ist vor allem in der Phase nach akutem Krankenhausaufenthalt zu stärken, um die Selbstständigkeit älterer Menschen wieder herzustellen und Behinderung und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.
- Die medizinisch-pflegerische Versorgung älterer Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen kann und muss durch eine engere Einbindung der Ärzte in die Pflegeheimversorgung und eine durch eine engere Kooperation der verschiedenen Gesundheitsberufe verbessert werden. Die Modellprojekte in Berlin und Bayern zeigen unterschiedliche Wege auf, diese Zielsetzung zu erreichen.
- Die Ärzteschaft sollte bei den unausweichlichen Priorisierungen und Reallokalationen im Versorgungssystem eine aktivere Rolle spielen. Dies sichert nicht nur die medizinische Rationalität von Schwerpunktsetzungen und Zuteilungsentscheidungen, sondern auch die Autonomie der ärztlichen Profession gegenüber staatlicher Einflussnahme.

Reutlingen, im Dezember 2008

Mitglieder des Gesundheitsrats Südwest

PD Dr. med. Clemens Becker, Dr. med. Bettina Boellaard, Prof. Dr. phil. Herman Brandenburg, Dipl.-Kfm. Hans-Jürgen Firnkorn, Siegfried Hörrmann, Prof. Dr. iur. Hans Kamps (Geschäftsführer), Prof. Dr. med. Friedrich-Wilhelm Kolkmann, Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH (Vorsitzender), Dr. Günter Renz, Landessenorenratsvorsitzender Roland Sing, Ministerin a. D. Helga Solinger

Mitglieder des Gesundheitsrats Südwest in der Wahlperiode 2003-2006

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Michael Arnold (Vorsitzender), Akademiedirektor Joachim Beck, PD Dr. med. Clemens Becker, Dipl.-Kfm. Hans-Jürgen Firnkorn, Landessenorenratsvorsitzender Siegfried Hörrmann, Prof. Dr. med. Hermann Heimpel, Prof. Lotte Kaba-Schönstein, Prof. Dr. iur. Hans Kamps (Geschäftsführer), Prof. Dr. med. Friedrich-Wilhelm Kolkmann, Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH, Ministerin a. D. Helga Solinger