

Geriatriekonzept Brandenburg

Medizin und demographische Entwicklung

Die Bevölkerungsstruktur in Deutschland ist einem tiefgreifenden Wandel unterworfen und wird auch in unserem Bundesland das Gesundheits- und Sozialgefüge nachhaltig beeinflussen. Während die Anzahl jüngerer Menschen abnimmt ist nach den letzten Prognosen in Brandenburg mit einem Anstieg der Zahl der älteren Menschen über 65 Jahre von heute 350.000 über 395.000 im Jahr 2005 bis auf 480.000 im Jahr 2010 zu rechnen. Besonders hoch wird der Zuwachs der ältesten Bevölkerungsgruppen erwartet. Für die medizinische Versorgung resultieren hieraus einschneidende Veränderungen, aber auf die komplexen Probleme multimorbider Patienten ist unsere stark spezialisierte Medizin (z.B. Kardiologie, Neurologie, Orthopädie) nur unzureichend vorbereitet.

Angesichts dieser Problematik bietet die moderne Geriatrie eine Reihe von Lösungsansätzen, die sowohl zur Verbesserung der medizinischen Versorgung älterer Patienten als auch zur Wirtschaftlichkeit des Systems beitragen können. Gefragt ist allerdings statt einer medizinischen Fokussierung auf einzelne Krankheiten („Organreparatur“) ein umfassendes Gesundheitsmanagement, das Problemlösungen mit der Aussicht auf Stabilität für möglichst lange Zeit verspricht. Wenn es gelingt, vielen Patienten trotz chronischer Krankheiten ein weitgehend selbständiges Leben in ihrer originären Umgebung zu ermöglichen, steigert dies ihre Lebensqualität und führt gleichzeitig zu erheblichen Kosteneinsparungen. Daß solche Effekte auch in der breiten Versorgung erreichbar sind, konnte in wissenschaftlichen Untersuchungen wie zum Beispiel der Schleswig-Holstein-Studie eindrucksvoll nachgewiesen werden. In einem vernetzten geriatrischen System wurde gegenüber der konventionellen Versorgung für die entsprechenden Patienten neben einer deutlichen Verbesserung der Selbständigkeit und Lebensqualität eine Kosteneinsparung von 12% erzielt.

Zudem können durch individuelle patientenzentrierte Entscheidungen neben Unter- auch Überversorgungen vermieden werden. Zwar muß für ältere und sehr alte Menschen die ganze Breite der modernen Heilkunst zur Verfügung stehen, aber diese sollte nur in Würdigung der individuellen Notwendigkeit angewendet werden. Beispielsweise kann es das Krankheitsbild erfordern, bei einem 95-jährigen Patienten mit Pneumonie und Ateminsuffizienz eine Beatmung durchzuführen, wenn nach der Überwindung der Akutsituation eine durchgreifende Besserung möglich erscheint. Andererseits könnte eine Reanimation von einem 70jährigen mit unheilbarem metastasierenden Pankreaskarzinom als sinnlose und unnötige Verlängerung des Leidens eingeschätzt werden. Diese „Medizin mit Fingerspitzengefühl“ erfordert neben einer fundierten geriatrischen Ausbildung viel Erfahrung, Einfühlungsvermögen und einen von Vertrauen getragenen Dialog mit dem Patienten.

Geriatrie in Brandenburg

Das Land Brandenburg hat schon in den frühen 90iger Jahren die Bedeutung der Geriatrie für die klinische Gesundheitsversorgung erkannt und Voraussetzung für die flächendeckende Versorgung älterer Menschen geschaffen. Heute existieren 11 geriatrische Kliniken bzw. Abteilungen, die in enger Kommunikation untereinander sowie mit Kostenträgern und der Landesregierung stehen. Sie arbeiten nach vergleichbaren Konzepten auf der Grundlage der Empfehlungen der wissenschaftlichen Fachgesellschaften.

Mit einer Ausnahme, der Geriatrischen Abteilung im Krankenhaus Lehnin, die als Modellversuch nach § 111 SGB V betrieben wird, arbeiten alle geriatrischen Kliniken bzw. Abteilungen nach § 108 SGB V. Sie sind also voll in dem Bettenbedarfsplan des Landes Brandenburg integriert. Sie werden geleitet von geriatrisch erfahrenen Ärzten.

Der Bedeutung des Faches Geriatrie wurde im Land Brandenburg durch die Einführung der Fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ für die Fächer Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Neurologie, Psychiatrie und Nervenheilkunde sowie die Schwerpunktweiterbildung „Geriatrie“ für das Fach Innere Medizin Rechnung getragen.

Es besteht der ausdrückliche Wunsch aller an dem System Beteiligten, die Weiterentwicklung der Geriatrie auf der Basis des jeweils aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstandes und in engem Dialog miteinander durchzuführen.

Ziele dieses Konzeptes

Das Geriatriekonzept Brandenburg verfolgt vornehmlich folgende Ziele:

1. Eine Zusammenfassung der Inhalte geriatrischer Medizin
2. Hieraus die Entwicklung von Perspektiven für die Versorgung geriatrischer Patienten in unserem Bundesland
3. Vorschläge für die Organisation eines vernetzten geriatrischen Systems

Der geriatrische Patient

Geriatrische Patienten definieren sich nicht primär über das Lebensalter („kalendarisches Alter“), sondern über eine charakteristische Problemkonstellation bei einem gealterten Organismus („biologisches Alter“). Folgende Punkte sind in diesem Zusammenhang besonders wichtig:

- Multimorbidität (Mehrfacherkrankung)
- Chronizität (langwieriger Krankheitsverlauf)
- Bedeutung der Krankheitsfolgen
 - Störungen der Mobilität
 - Störungen der Aktivitäten des täglichen Lebens
 - Störungen der Kommunikation
 - Probleme der Krankheitsverarbeitung (Coping)
- die Verflechtung der medizinischen mit den sozialen Problemen

Hieraus ergeben sich Handlungsansätze, die sich grundlegend von den Strategien organzentrierter Medizin unterscheiden.

Dimensionen eines geriatrischen Versorgungssystems

Einer umfassenden geriatrischen Medizin stehen eine Reihe von Handlungsoptionen zur Verfügung, die in individueller Zusammenstellung für den einzelnen Patienten einzusetzen sind. Hierzu gehören:

- kurative Maßnahmen,
- rehabilitative Aktivitäten,
- palliative Medizin,
- (sekundär-) präventive Maßnahmen,
- Integration sozial flankierender Maßnahmen,
- Hilfsmittelversorgung,
- Wohnraumanpassung sowie
- konsequente Weiterleitung des Patienten an die der Behandlungsphase adäquate Institution.

Unabhängig von der jeweiligen Institution ist es von größter Wichtigkeit, dass alle notwendigen Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitssituation eines Patienten gleichzeitig in einem Gesamtkonzept berücksichtigt werden. Die klassische zeitliche Trennung von kurativen, rehabilitativen und sozial flankierenden Maßnahmen ist für den geriatrischen Patienten kontraproduktiv und ineffizient.

Grundprinzipien geriatrischen Handelns

Grundprinzip der modernen Geriatrie ist die aus einem ganzheitlichen Patientenbild abgeleitete Multidimensionalität. Dies schlägt sich nieder in

1. einer umfassenden Analyse aller die Krankheit und deren Beeinflussungsmöglichkeiten betreffenden Umstände (Multidimensionales geriatrisches Assessment),
2. einer konsequenten Delegation von Teilbereichen der Arbeit am Patienten an Spezialisten und der Koordination ihrer Aktivitäten (Teamarbeit) sowie
3. ein Management der Versorgung in vernetzten Strukturen (siehe oben) nach dem Motto: "Soviel Institution (Klinik) wie nötig und soviel häusliche Umgebung wie möglich".

Geriatrisches Assessment

Um für jeden Patienten ein Optimum an Lebensqualität trotz Krankheit und Behinderung zu erreichen, ist eine genaue Analyse sämtlicher Begleitumstände erforderlich. Dieses "multidimensionale Geriatrisches Assessment" umfaßt folgende Punkte:

1) Anamnese und körperlicher Status

Grundlage der medizinischen Versorgung ist neben der exakten Erhebung der Krankheitsvorgeschichte eine ausführliche körperliche Untersuchung. Sie ist Voraussetzung zur Erkennung aller bestehenden Krankheiten und körperlichen Einschränkungen, dazu gehören auch Kurztests zu der Funktion des Sensoriums, insbesondere Sehen und Hören („Geriatrisches Screening“). Wegen der regelmäßig vorliegenden Multimorbidität ist in der Altersmedizin eine Gesamtübersicht schwierig, jedoch unverzichtbar.

2) Psychischer Status

Gerade angesichts der Bedrohung durch eine oft chronische Krankheit ist auch die Untersuchung der psychischen Situation des Patienten für ein umfassendes Bild notwendig.

Besondere Aufmerksamkeit ist Störungen der Orientierung und Merkfähigkeit zu widmen, die auf einen dementiellen Prozess hinweisen könnten. Häufig aber liegt bei mnestischen Störungen eine andere potentiell therapierbare Erkrankung zugrunde („sekundäre Demenz“), die leicht übersehen werden kann. Die Fehlinterpretation dieser Zusammenhänge kann für den Patienten tragische Folgen haben.

3) Subjektives Befinden

Wie der Patient den eigenen Gesundheitszustand empfindet, ist für Lebensqualität und Motivation von großer Bedeutung und unterscheidet sich oft von dem in den Untersuchungen festgestellten Befund.

4) Medizinische Daten

Anamnese und körperlicher Status werden durch apparative und Laboruntersuchungen sinnvoll ergänzt. Jedoch müssen alle Maßnahmen, auch in der Diagnostik, unter Berücksichtigung der komplexen Gesamtsituation, der Therapiekonsequenzen und der erreichbaren Lebensqualität eingesetzt oder gegebenenfalls zurückgestellt werden. Dabei sind die Indikationen bei Verfahren, die den Patienten belasten oder als riskant angesehen werden müssen, besonders kritisch zu stellen.

5) ADL-Status*

Wesentlich für Lebensqualität ist die Selbständigkeit bei Alltagsaktivitäten. Einschränkungen müssen erkannt und dokumentiert werden. Für diesen Bereich stehen standardisierte Beurteilungsskalen zur Verfügung, wie beispielsweise der BARTHEL - Index oder die FIM - Skala (Functional Independence Measure).

Wichtig ist auch die Erfassung aller dem Patienten zur Verfügung stehenden Hilfsmittel und seine Fertigkeit mit deren Umgang.

*ADL = "activities of daily living", Aktivitäten des täglichen Lebens, wie Waschen, Anziehen, Essen

6) Mobilität

Einschränkungen der Beweglichkeit sind ein Kardinalproblem nahezu jedes geriatrischen Patienten. Die fehlende Mobilität macht ihm die Krankheit schmerzlich bewußt und begrenzt seine Alltagskompetenz. Die Defizite in der Mobilität wie auch erhaltene Funktionen sind genau zu beschreiben. Sitz, Stand, Gang und die Funktion von Rumpf und der oberen Extremitäten werden analysiert, dazu Beweglichkeit der Gelenke, Muskeltonus, Kraft, Ausdauer und Koordination.

7) Kommunikationsfähigkeit

Als besonders gravierender Mangel an Lebensqualität wird von den Patienten eine Einschränkung der Kommunikationsfähigkeit empfunden. Entsprechende Störungen können direkt (z.B. durch Sprachstörungen) oder indirekt (Kommunikationsverlust durch Mobilitätseinschränkungen, häufig auch Scham wegen einer bleibenden Behinderung) ausgelöst sein.

Daraus resultieren häufig Depressionen und Vereinsamung. Die Diagnostik dieses Bereiches gestaltet sich entsprechend kompliziert, ist aber für die Einschätzung der Gesamtsituation unverzichtbar, besonders auch angesichts der Tatsache, dass nahezu jede therapeutische Maßnahme die Kommunikation mit dem Patienten erforderlich macht.

8) Wohnverhältnisse

Die Wohnung ist der engste Lebensraum des Patienten, besonders im Alter bei nachlassender Mobilität. Für die Einschätzung, wie er zu Hause wieder zurechtkommt, ist eine exakte Beschreibung notwendig. Die genauesten Erkenntnisse liefert der Hausbesuch eines Teammitgliedes, beispielsweise eines Ergotherapeuten. Von besonderer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang die Fragen, wie sich der Patient in seiner Wohnung bewegen und die Alltagsaktivitäten bewältigen kann. Hindernisse werden beschrieben und Verbesserungen angeregt. Daneben spielen Risikoerkennung (z.B. Sturzgefahren, Schwierigkeiten im Umgang mit Herd oder Ofen) und Trainingsbedarf (z.B. die Anzahl der Stufen auf dem Weg zur Haustür) eine wichtige Rolle. In vielen Fällen wird eine Wohnraumanpassung erforderlich, um dem Patienten ein Weiterleben in der eigenen häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

9) Soziales Umfeld

Entscheidenden Einfluß auf die Lebenssituation haben Angehörige und andere Bezugspersonen. Sie müssen in alle Überlegungen mit einbezogen werden. Dabei geht es ebenso um Alltagsfragen, wie der Unterstützung des Patienten in allen Lebensbereichen, wie auch um die Störung der sozialen Beziehungen durch die Krankheit. Häufig trifft die Erkenntnis, daß nichts wieder so sein wird, wie es einmal war, die Angehörigen genauso hart wie den Patienten. Deren Sorgen und Nöte sind als wesentlicher Anteil der Gesamtproblematik zu identifizieren.

10) Ökonomischer Status

Nicht zu vernachlässigen sind die Auswirkungen der Krankheit auf die finanzielle Situation (und umgekehrt). Durch Fortschritte der Medizin und moderne Pflorgetechniken ist heute jedes chronisch gesundheitliche oder pflegerische Problem auch in der eigenen Wohnung lösbar, wenn auch mit hohem organisatorischem und finanziellem Aufwand. Eine solche Versorgung ist allerdings ökonomisch nur schwer tragbar, oft auch nicht unter Zuhilfenahme der Pflegeversicherung.

Insgesamt ist das Geriatrische Assessment als ein Prozeß zu verstehen, in dem unter Einbeziehung aller Teammitglieder sowie des Patienten und seiner Angehörigen ein plastisches Bild der Lage entsteht, aus dem die Zielstellungen der Behandlung abgeleitet werden können.

Für viele der oben genannten Bereiche wurden in den letzten Jahren eine Reihe von Checklisten, Fragebögen, Tests und ähnliche Hilfsmittel entwickelt, die diese komplexe Aufgabe wesentlich erleichtern können. Doch alle diese Werkzeuge können die kritische Würdigung der Gesamtsituation niemals ersetzen.

Das therapeutische Team

Angesichts der komplexen Problematik geriatrischer Patienten sind die Aufgaben ohne ein multi-professionelles therapeutisches Team nicht zu bewältigen. Dabei benötigt jede einzelne Berufsgruppe außer einer umfassenden Berufsausbildung eine zusätzliche geriatrische Qualifikation.

Teamarbeit erfordert außerdem definierte Prozesse der Kommunikation und Kooperation, ohne die ein zielgerichtetes Handeln nicht erfolgen kann. Diese Vereinbarungen lassen sich unter dem Begriff der Prozessqualität zusammenfassen und beinhalten insbesondere auch eine exakt festgelegte Kommunikationsstruktur sowie Art und Umfang der Dokumentation.

Zum Team gehören:

Ärzte

Aufgabe der Ärzte ist die medizinische Versorgung der Patienten. Neben der genauen Diagnose obliegt ihnen die Entscheidung über die Therapie, die Auswahl der einzusetzenden Medikamente und die Leitung des therapeutischen Teams.

Als Nachweis der Qualifikation dieser Aufgabe fungiert die Schwerpunktweiterbildung „Geriatric“ für den Bereich der Inneren Medizin bzw. die Fakultative Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ der Fächer Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Neurologie, Psychiatrie oder Nervenheilkunde. Für die im ambulanten Bereich arbeitenden Ärzte sind entsprechende Weiterbildungen zu erarbeiten, die auch für schon niedergelassene Kollegen zu erreichen sind. Entsprechend der Wichtigkeit dieser Aufgabe sollte diese Weiterbildung führungsfähig sein.

Krankenpflege

Die Mitarbeiter der Krankenpflege übernehmen in der Geriatrie über die traditionellen pflegerischen Aufgaben hinaus wichtige Funktionen zur Rehabilitation des Patienten. Die „aktivierende Pflege“ ist zeitaufwendig und erfordert Spezialkenntnisse sowie die Fähigkeit zur Teamarbeit.

Physiotherapie

Der Physiotherapie (früher: Krankengymnastik) nimmt sich der Bewegungsstörungen an. Unbeweglichkeit bedeutet auch für alte Menschen eine wesentliche Einschränkung der Lebensqualität. Entgegen einer weitverbreiteten Meinung können selbst hochbetagte Menschen nach schweren Erkrankungen unter kompetenter Anleitung speziell ausgebildeter Therapeuten wieder sitzen, stehen und gehen lernen, in vielen Fällen unter der Anwendung von Hilfsmitteln. Deren Auswahl, Anpassung sowie die Anleitung in ihrem Gebrauch erfordert oft die Kompetenz mehrerer Berufsgruppen, ist also ebenfalls ein Teamprozess. Die Physiotherapie bietet außerdem die verschiedenen Formen der Massage, medizinische Bäder, manuelle Therapie sowie Elektrotherapie an. In diesem Bereich werden auch Masseur und Medizinische Bademeister eingesetzt.

Ergotherapie

In der Ergotherapie erfolgt nach der umfassenden Befundaufnahme ein ausführliches sensomotorisches Training, zudem lernen Patienten sich trotz Bewegungseinschränkungen und Behinderungen im täglichen Leben zurechtzufinden. Im „ADL-Training“ werden für die Selbständigkeit des Patienten entscheidende Fähigkeiten wie waschen, an- und auskleiden, Körperpflege, sowie die Zubereitung und Aufnahme der Nahrung geübt. Darüber hinaus werden je nach Notwendigkeit auch komplexere Aktivitäten wie Einkaufen und Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln in das Trainingsprogramm integriert.

Weitere wichtige Aufgabe ist die Hilfsmittelversorgung für den Bereich der Alltagsaktivitäten, beispielweise für Küche und Bad. Auch sie erfolgt in enger Abstimmung mit den anderen Teammitgliedern und dem Orthopädietechniker.

Sprachtherapie

Die Sprachtherapie nimmt sich der Patienten mit Sprachstörungen und anderen Problemen im Bereich Mund / Gesicht / Rachen / Kehlkopf an. Zum Einsatz kommen Therapeuten mit der staatlichen Anerkennung als Logopäde, Sprachheilpädagoge oder in einer anderen Ausbildung gleichwertiger sprachtherapeutischer Berufe, sofern sie eine fundierte Ausbildung in den für die Aufgabe erforderlichen Kenntnissen und Fertigkeiten einschließt. Erforderlich ist insbesondere die Kompetenz in der Behandlung von Aphasien, Sprechapraxien, Dysarthrien sowie bei Schluckstörungen. Zum Aufgabengebiet gehören außerdem die unterstützte Kommunikation und die spezifische Hilfsmittelversorgung.

Psychologie

Die Psychologie in der Geriatrie mit ganz verschiedenen Aufgaben in Diagnostik und Therapie befasst. Hierzu gehören die neuropsychologische Diagnostik bei Patienten mit Schlaganfällen und anderen erworbenen Erkrankungen und Verletzungen des Gehirns sowie die Differenzierung von komplexen Störungen beispielsweise der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit, auch und gerade bei Demenz und ähnlichen Krankheiten. Weitere Schwerpunkte sind das Training von Orientierung und Gedächtnis, Entspannungstherapie und die Hilfe bei der seelischen Verarbeitung einer Erkrankung.

Sozialarbeit

Die Sozialarbeit stellt die Weichen für die Wiedereingliederung der Patienten in die häusliche Umgebung. Typische Aufgaben des Sozialdienstes sind:

- Vermittlung von Hilfen zur Hauskrankenpflege oder Essensversorgung
- Organisation von Hilfsmitteln und behindertengerechten Wohnungseinrichtungen, ggf. Vermittlung neuer Wohnmöglichkeiten
- Beratung und Information der Angehörigen und anderer Kontaktpersonen
- Hilfe bei der Kontaktaufnahme mit den Behörden (z. B. bei der Beantragung von Pflegegeld oder eines neuen Schwerbehindertenausweises)
- Hilfe bei finanziellen Problemen

Seelsorge

Nahezu alle Patienten sind wegen ihrer Krankheit mit einschneidenden Änderungen ihres Lebens konfrontiert. Beistand in dieser schwierigen Situation wie auch in Fragen des Glaubens bietet der Seelsorger als weiteres wichtiges Mitglied des therapeutischen Teams.

Wichtig für eine geriatrische Abteilung ist außerdem der Kontakt zu den verschiedenen Fachdisziplinen (z.B. Chirurgie, Urologie, Neurologie, Gynäkologie oder Psychiatrie), die konsiliarisch bei besonderen Problemkonstellationen hinzugezogen werden können.

In Abhängigkeit von der speziellen Struktur der einzelnen Klinik gehören noch andere Berufsgruppen direkt oder durch Konsultationen zum therapeutischen Team in der Geriatrie, beispielsweise sind dies

- Diätberatung
- Musiktherapie
- Kommunikationstherapie
- Kunsttherapie

Für das in der Geriatrie eminent wichtige Gebiet der Hilfsmittelversorgung wird außerdem die Kompetenz der Orthopädiertechnik hinzugezogen.

Im Mittelpunkt aller Maßnahmen steht grundsätzlich der Patient. Ohne seine Motivation und Mitarbeit sind therapeutische Erfolge nicht möglich. Das gesamte Therapeutische Team sieht sich also in der Rolle des fachkundigen Beraters und Begleiters beim Prozess der Genesung, Rehabilitation und Krankheitsverarbeitung.

Dabei spielen auch die Angehörigen des Patienten, sowohl in der Klinik als auch in der Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt, eine entscheidende Rolle. Sie werden deshalb als „externe Teammitglieder“ betrachtet und so weit wie möglich in alle Aktivitäten einbezogen.

Bausteine eines geriatrischen Versorgungsnetzes

Das Rückgrad der Versorgung geriatrischer Patienten bilden die geriatrischen Kliniken und Abteilungen. Geriatrische Patienten, die der vollstationären Behandlung bedürfen, bekommen hier die notwendige Diagnostik und Therapie auf fachspezifisch hohem Niveau. Doch trotz der konsequenten patientenzentrierten Arbeitsweise ist auch in der Geriatrie ein vollstationärer Aufenthalt mit negativen Effekten verbunden.

Der gegenüber den Gewohnheiten veränderter Lebensrhythmus und die Entfremdung von der eigenen Wohnumgebung komplizieren den bei multimorbiden Patienten ohnehin schon schwierigen Krankheitsverlauf.

Aus diesem Grund gehört es zu den Prinzipien geriatrischer Medizin, ihre Patienten konsequent möglichst wohnortnah zu behandeln. Nach den Grundsätzen

- teilstationär vor vollstationär und
- ambulant vor teilstationär

ist für eine umfassende geriatrische Versorgung ein vernetztes System mit folgenden Komponenten erforderlich:

- Geriatrische Klinik bzw. Abteilung (vollstationäre Versorgung),
- Geriatrische Tagesklinik (teilstationäre Versorgung),
- Mobile Teams zur Reintegration in die häusliche Umgebung („Mobile Rehabilitation“) sowie
- niedergelassene Ärzte mit einer möglichst umfassenden geriatrischen Ausbildung.

Die einzelnen Teile dieses Netzes sollen hier noch einmal charakterisiert werden.

Die Geriatrische Klinik bzw. Abteilung (vollstationäre Versorgung)

Die akut auftretende schwere Krankheit geriatrischer Patienten macht häufig eine vollstationäre Therapie in der geriatrischen Klinik initial erforderlich. Um die Vorteile einer komplexen geriatrischen Therapie vollständig ausschöpfen zu können, sollte die Aufnahme in eine geriatrische Klinik möglichst rasch erfolgen. Dieses kann als Direktaufnahme erfolgen, wenn schon bei der Klinikeinweisung die geriatrische Problematik (Multimorbidität) erkennbar ist, oder als Verlegung aus einer anderen Abteilung, sobald die Notwendigkeit geriatrischer Kompetenz erkennbar wird.

Nicht geeignet für eine Direktaufnahme in der Geriatrie sind Patienten, bei denen mit gewisser Sicherheit eine chirurgische Intervention notwendig ist (z. B. Schenkelhalsfraktur oder akutes Abdomen). Auch bei erkennbarem intensivmedizinischen Handlungsbedarf sind die Möglichkeiten der in Frage kommenden geriatrischen Abteilung zu beachten. Ansonsten sind geriatrische Kliniken grundsätzlich in der Lage, alle relevanten medizinischen und flankierende Maßnahmen für die Gesundheitsversorgung multimorbider Patienten anzuwenden. Dies ergibt sich aus dem Patientenbild und der breiten Ausbildung geriatrischer Ärzte, die insbesondere über medizinische Kompetenz aus den Bereichen der Inneren Medizin, der Neurologie, der Psychiatrie und der Orthopädie verfügen.

Außerdem gehört der vertraute Umgang mit geriatrischen Syndromen, wie Inkontinenz, Schwindel, Verwirrheitszuständen, chronischen Hautgeschwüren (Dekubitus) und Exsikkose zum Standard jeder geriatrischen Abteilung. Für besondere Probleme steht ein Stab von konsiliarisch tätigen Spezialisten zur Verfügung, die kurzfristig hinzugezogen werden können.

In vielen Fällen zeigt sich nach der Akuteinweisung des Patienten in eine andere Abteilung (z.B. internistisch, chirurgisch oder neurologisch), daß die Therapie auf einer Geriatrie angezeigt ist. In diesen Fällen sollte möglichst frühzeitig die Verlegung in die geriatrische Klinik erfolgen. Dieses Vorgehen senkt die Verweildauer und damit auch die Kosten. Unbedingt vermieden werden sollte ein längerer Aufenthalt hochbetagter Patienten in konventionellen Kliniken, wenn eine systematische aktivierende Pflege nicht gewährleistet ist. Die Folgeprobleme (z.B. Kontrakturen, muskuläre Schwäche, Dekubitalgeschwüre, Apathie) bedingen einen in der Regel längeren Aufenthalt in der Geriatrischen Klinik, als dies ohne die Vorbehandlung notwendig gewesen wäre.

Schon in der geriatrischen Klinik sind alle Maßnahmen konsequent an dem „Leben nach dem Krankenhaus“ orientiert. Größtmögliche Lebensqualität und Selbständigkeit trotz Krankheit und Behinderung lautet das oberste Gebot, das gerade in den ersten Tagen und Wochen der Behandlung eine entscheidende Weichenstellung erfährt. Aufbauend auf der exakten Problemanalyse des geriatrischen Assessments erfolgt eine ganzheitliche Therapie, die eine umfassende Gesundheits- und Lebensplanung beinhaltet. Der Patient erfährt eine „Anleitung zum gesund werden“, indem er selbst immer mehr die aktive Rolle übernehmen soll und die Mitglieder des therapeutischen Teams sich als seine fachkundigen Berater und Begleiter sehen. Das gesamte Krankenhaus wird zum therapeutischen Faktor, in dem 24 Stunden am Tag das Training für den Ernstfall, nämlich für die Entlassung in die häusliche Umgebung, stattfindet. Deshalb ist auch ein möglichst realitätsnaher Tagesablauf erforderlich, wenn nicht medizinische Notwendigkeiten zu Kompromissen zwingen. Gerade die Mitarbeiter der geriatrischen Kliniken dürfen niemals vergessen, dass sich ihr Krankenhaus für den Patienten so schnell wie möglich überflüssig machen muß.

Geriatrische Medizin bedeutet allerdings auch immer gleichzeitig den Umgang mit Rückschlägen, Verlust von Gesundheit und Funktionen sowie manchmal auch den Tod von Patienten. Das Mittragen von Leid, das Spenden von Trost und die Begleitung der Patienten in allen Situationen gehört zum Rüstzeug aller Berufsgruppen in geriatrischen Einrichtungen. Für viele Patienten bedeuten diese Prinzipien eine größere Hilfe als die optimale medizinische Therapie, der sich die geriatrische Medizin ebenfalls verpflichtet fühlt. Allein wegen des Alters darf keinem Patienten eine bestimmte Behandlung vorenthalten werden. Jedem Mitarbeiter in der Geriatrie sollte aber bewußt sein, dass es Grenzen gibt, die den gesamten Einsatz der modernen Medizin nicht mehr sinnvoll erscheinen lassen.

Von großer Bedeutung ist eine besonders enge Kooperation und Kommunikation der geriatrischen Klinik mit ihrer medizinischen und sozialen Umgebung. Anzustreben sind vernetzte Systeme der Patientenversorgung sowie Kooperationsverträge mit anderen Kliniken und ambulanten Institutionen. Geriatrische Abteilungen innerhalb von größeren Kliniken benötigen definierte Kooperationsregeln in einem klinikinternen Geriatriekonzept.

Die geriatrische Tagesklinik

In einem modernen geriatrischen Konzept ist eine Tagesklinik unverzichtbar. Im Gegensatz zur vollstationären Arbeit gibt es hier keine regulären Patientenzimmer, lediglich Ruhemöglichkeiten. Ein von der Tagesklinik organisierter Transportdienst holt den Patienten morgens aus seiner Wohnung ab und bringt ihn nachmittags (16:00 Uhr) wieder zurück. Während des Aufenthaltes steht dem Patienten nahezu das gesamte klinische Spektrum zur Verfügung. Dazu gehören alle diagnostischen Möglichkeiten des Krankenhauses, Visiten, ärztlich therapeutische Interventionen und, soweit erforderlich, eine komplexe Rehabilitationsbehandlung.

Der große Vorteil dieser Therapie besteht in der Verflechtung mit der häuslichen Umgebung der Patienten, da sie sich nachts und am Wochenende zu Hause aufhalten. Auf diese Weise kann das soziale Netz neu geknüpft werden, bei einer Einweisung in die Tagesklinik durch den Hausarzt bleibt der soziale Bezug primär erhalten.

Ein weiterer Vorteil der Tagesklinik besteht in der prinzipiell möglichen Auswahl der Therapietage, da die Patienten nicht unbedingt an allen Wochentagen behandelt werden müssen. Diese Vorgehensweise macht eine besonders individuelle Behandlung des einzelnen Patienten möglich.

Die Mobile Rehabilitation

Als weiterer Schritt der konsequenten Umsetzung des Prinzips ambulant vor stationär haben sich mobile Teams („Mobile Rehabilitation“) in Modellprojekten bewährt. Diese Behandlungsform vereinigt Vorteile stationärer Therapie (koordiniertes, teammäßig organisiertes Vorgehen) mit der angestrebten Wohnortnähe.

Mobile Rehabilitation ist eine gerade für geriatrische Patienten besonders geeignete Form der Rehabilitation im ambulanten Bereich, da diese in häuslicher Umgebung des Rehabilitanden unter Einbeziehung seines persönlichen Umfeldes unter besonderer Berücksichtigung seiner sozialen

und persönlichen Lebensumstände und seines konkreten Wohn- und Lebensumfeldes durchgeführt wird. Die Probleme werden dort gelöst, wo sie auftreten. Alltagsnähe, unmittelbar praktische Umsetzung des Erlernten im Alltag (Aktivitäten des täglichen Lebens), Anleitung und Beteiligung des primären sozialen Netzwerkes, Wohnraumgestaltung und Förderung der Eigeninitiative, der Selbsthilfe und Vernetzung ist einige Charakteristika dieser Angebotsform. Durch diese Form der Reintegration in die häusliche Umgebung wird mit einer besonders hohen Wahrscheinlichkeit die von Patienten und Kostenträgern gleichermaßen gefürchtete Rehospitalisierung („Drehtürmedizin“) vermieden und damit Kosten gespart.

Mobile Rehabilitation versteht sich als zeitlich begrenzte Komplexleistung zur Reintegration des Patienten in die häusliche Umgebung. Nach Abschluß der Rehabilitationsbehandlung erfolgt die Übergabe an das Team in der ambulanten Versorgung.

Geriatric im Bereich der ambulanten Medizin

Die langfristige Versorgung geriatrischer Patienten fällt in den Bereich des Hausarztes. Zusammen mit den anderen an der ambulanten Versorgung Beteiligten (niedergelassene Therapeuten, Hauskrankenpflege) ist er für die Perioden der Patientenversorgung zuständig, in denen keine akuten Probleme die Inanspruchnahme einer geriatrischen Klinik erfordern. Unverzichtbar ist hierbei allerdings ein Nachweis der notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten für den geriatrisch spezialisierten Hausarzt. Erforderlich ist eine strukturierte Weiterbildung mit einer entsprechenden Zertifizierung.

Zum „Team der ambulanten geriatrischen Versorgung“ gehören im Einzelnen:

- Hausarzt,
- Physiotherapeuten,
- Ergotherapeuten,
- Sprachtherapeuten,
- Psychologen,
- ambulante Beratungsstellen für die Gesundheits- und Sozialversorgung,
- Beratungs- und Servicestellen für die Wohnraumanpassung.

Als weitere wichtige Mitglieder in der vernetzten geriatrischen Versorgung sind die Institutionen der Langzeitgeriatrie und Altenhilfe zu nennen:

- stationäre Pflege (Alten- und Pflegeheime),
- Tagespflege,
- Kurzzeitpflege,
- Verhinderungspflege,
- andere Pflegeinstitutionen.

Die Lücke zwischen klinischer und ambulanter Versorgung könnte auch durch geriatrische Institutsambulanzen geschlossen werden, die den geriatrischen Kliniken zuzuordnen wären.

Das Prinzip der Prioritätensetzung in der Geriatrie

Die große Menge der Einzelprobleme eines multimorbiden geriatrischen Patienten erfordert die Festlegung von Prioritäten, also eine systematische Trennung von wichtigen und weniger wichtigen Maßnahmen. Beispielsweise muß bei einem Betroffenen mit zehn relevanten Erkrankungen eine Beschränkung auf die wichtigsten Medikamente erfolgen, die selbst bei strenger Indikationsstellung unverzichtbar sind. Auch in diesem Zusammenhang zeigt sich wieder die Notwendigkeit zur Erstellung von Gesamtkonzepten mit der Fokussierung auf bestimmte Hauptprobleme im Gegensatz zu einer auf Teilbereiche spezialisierter Medizin.

Strukturiertes und zielorientiertes Vorgehen bei der Behandlung geriatrischer Patienten

Die große Komplexität der Probleme geriatrischer Patienten macht eine konsequent strukturierte und zielorientierte Strategie erforderlich. Um das gesamte therapeutische Team in den Behandlungsprozeß optimal zu integrieren, sind von Anfang an die Behandlungs- und Entlassungsziele zu definieren. Während des gesamten Behandlungsverlaufes sind die erzielten Fortschritte eines Patienten immer wieder mit den Zieldefinitionen zu vergleichen und im Bedarfsfall anzupassen.

Die oftmals erreichbaren großen Erfolge eines multiprofessionellen Teams dürfen andererseits nicht dazu verleiten, sich übertriebene Ziele zu setzen. Auch hierbei ist der kontinuierliche Diskussionsprozeß im Team von entscheidender Bedeutung.

Strukturierte Entlassungsvorbereitung

Alle an den vernetzten geriatrischen Versorgung beteiligten Institutionen sind einem gemeinsamen Ziel verpflichtet, nämlich der größten erreichbaren Selbständigkeit und Lebensqualität des Patienten, trotz chronischer Krankheit und Behinderung. Die in der Klinik und Tagesklinik getroffenen Maßnahmen müssen sich an der Frage messen lassen, ob die gewählten Konzepte sich in der häuslichen Umgebung des Patienten bewähren.

Eine umsichtige und multidimensionale Entlassungsvorbereitung ist deshalb von größter Wichtigkeit. Dabei stehen dem geriatrischen Team schon in der Klinik besondere Maßnahmen zur Verfügung. Dies sind unter anderem:

1) Diagnostisch-therapeutischer Hausbesuch

Die Wohnung ist der Schlüsselpunkt bei der Frage, ob ein Patient trotz bleibender Behinderungen ein selbständiges Leben führen kann oder nicht. In vielen Fällen reicht die bloße Beschreibung der Wohnverhältnisse nicht aus, so daß ein Hausbesuch mit einer genauen Beschreibung aller Problemzonen erfolgen muß. Durchgeführt wird dieser Hausbesuch von einem der Teammitglieder gemeinsam mit dem Patienten und seinen Angehörigen, wobei auch die anderen relevanten Bereiche (Altersaktivitäten, Mobilität, Pflegbarkeit) beurteilt werden. Die Adaptation des Patienten mit den verordneten Hilfsmitteln in seiner Wohnumgebung wird exakt protokolliert und bietet wertvolle Aufschlüsse für die weiteren Therapieziele bis zur endgültigen Entlassung.

2) Probeentlassung („Belastungsurlaub“)

Viele theoretische Überlegungen bezüglich der Selbständigkeit des Patienten und der Hilfsmittelversorgung können anhand einer Probeentlassung (meist über Nacht) in der häuslichen Umgebung des Patienten bestätigt oder widerlegt werden. Die vielen wertvollen Erkenntnisse rechtfertigen den hohen organisatorischen Aufwand dieser Maßnahme, die der gerade bei geriatrischen Patienten drohenden raschen Wiedereinweisung („Drehtürmedizin“) wirkungsvoll begegnet.

3) Hilfsmittelversorgung

Hilfsmittel spielen in der Geriatrie eine äußerst wichtige Rolle. Sie ergänzen die kurative und rehabilitative Behandlung und stellen so eine weitgehende Selbständigkeit trotz Behinderung sicher. Die Wahl der richtigen Hilfsmittel ist nicht nur von den Behinderungen des Betroffenen abhängig, sondern auch von seinem intellektuellen Vermögen und prämorbidem Leistungsfähigkeit. Außerdem müssen das Umfeld (z.B. die Wohnung) und die Möglichkeiten der sozialen Unterstützung beachtet werden. Von besonderer Bedeutung ist hierbei das Prinzip der Förderung von Selbständigkeit. Eine Überversorgung würde die Aktivitäten des Patienten eher behindern.

Die Komplexität der Hilfsmittelversorgung macht eine Einbeziehung verschiedener Berufsgruppen erforderlich. Hierzu gehören:

- Arzt,
- Pflegepersonal,
- Physiotherapeuten,
- Ergotherapeuten,
- Orthopädiemechaniker sowie
- Patient und Angehörige.

Je nach Notwendigkeit können auch andere Berufsgruppen diese „Hilfsmittelkonferenz“ ergänzen.

Um den täglichen Gebrauch eines Hilfsmittels sicherzustellen, müssen der Patient, aber auch die Angehörigen schon während des Klinikaufenthaltes intensiv mit dem Umgang vertraut gemacht

werden. Zu beachten ist auch, daß in der Wohnumgebung sich oft ganz andere Schwierigkeiten zeigen als in der Trainingssituation einer idealisierten Umgebung im Krankenhaus.

Auch für eine Ökonomisierung der Krankenversorgung spielt eine optimale aber sparsame Hilfsmittelversorgung eine eminent wichtige Rolle. Nutzlose und nicht genutzte Hilfsmittel erreichen jährlich einen Gegenwert von mehreren Milliarden Deutsche Mark, die an anderer Stelle fehlen.

4) Kommunikation und Kooperation mit den medizinischen Partnern der ambulanten Versorgung
Eine erfolgreiche Krankenhausentlassung und Reintegration in die häusliche Umgebung ist nur dann gewährleistet, wenn alle Beteiligten über die besonderen Probleme des Patienten informiert werden und die therapeutischen Konzepte ohne Brüche weiterverfolgt werden können. Dabei ist eine exakte telefonische Kommunikation zwischen den Partnern der klinischen und ambulanten Versorgung (Arzt, Pflegebereich, Therapeut) erforderlich. Aussagekräftige Epikrisen und Therapieberichte müssen zeitnah zur Verfügung gestellt werden.

Andererseits ist auch bei einer Einweisung des Patienten aus der häuslichen Umgebung in die geriatrische Klinik ein möglichst reibungsloser Informationsfluß notwendig. Hierdurch werden auch Kosten vermieden, die in vielen Fällen durch unnötige Doppeluntersuchungen entstehen.

Wie kann sichergestellt werden, daß geriatrische Patienten in geriatrischen Institutionen behandelt werden?

Trotz der grundsätzlich kaum noch in Frage gestellten Erkenntnis, daß multimorbide Patienten in Geriatrischen Abteilungen behandelt werden sollten und auf diese Weise mit der größtmöglichen Wahrscheinlichkeit (teure) Rehospitalisierungen vermieden werden können, gibt es immer noch eine Reihe von Vorbehalten gegen die klinisch geriatrische Behandlung.

1) Informationen über die therapeutischen Möglichkeiten der klinischen Geriatrie
Viele Patienten werden deshalb nicht in geriatrische Abteilungen verlegt, weil nur mangelnde Kenntnisse über die dortigen Therapiemöglichkeiten bestehen. Aktivierende Pflege, konsequente Mobilisierung und ausgefeilte Behandlungskonzepte der verschiedenen Therapeutengruppen können aber selbst die Patienten mit einer weitgehenden Selbständigkeit ausstatten, die früher als „Langlieger“ chronisch immobilisiert wurden. Hier vermag ein kontinuierlicher Dialog Abhilfe zu schaffen.

2) Akzeptanz der geriatrischen Kompetenz
Da in den letzten Jahrzehnten nahezu in allen klinischen Abteilungen auch geriatrische Patienten behandelt wurden, fällt es einigen dort arbeitenden Kollegen schwer, eine spezifisch geriatrische Kompetenz zu akzeptieren. Allerdings konnte in den letzten Jahren die Anerkennung der Leistungen der modernen Geriatrie kontinuierlich verbessert werden, zumal eine enge Zusammenarbeit mit anderen klinischen Versorgungsstrukturen inzwischen an vielen Standorten zur täglichen Routine gehört.

3) Konkurrenzsituation im Bezug auf die Belegung der Abteilung
Insbesondere in Zeiten einer schwächeren Auslastung ist die Bereitschaft verschiedener Krankenhausabteilungen gering, Patienten trotz entsprechender Indikation in geriatrische Kliniken zu verlegen. Bei allem Verständnis für diese Reaktion sollte das Erkrankungsprofil als Hauptargument für die Behandlung eines Patienten auf einer bestimmten Abteilung gelten. Multimorbide Patienten, die der klinischen Therapie bedürfen, sind deshalb kurzfristig in die Geriatrie zu verlegen.

4) Wirtschaftliche Vorbehalte gegen die geriatrische Therapie
In manchen Fällen wird eine Verlegung eines Patienten in die geriatrische Abteilung mit dem Hinweis abgelehnt, der Aufwand wäre finanziell nicht zu verantworten. In diesem Zusammenhang sei noch einmal auf die wissenschaftlichen Erkenntnisse verwiesen, daß eine konsequente geriatrische Behandlung bei den entsprechenden Patienten mittelfristig Kosten spart, und zwar durch eine verminderte Quote der Inanspruchnahme ambulanter Therapie nach dem Krankenhaus und seltenerer Rehospitalisierung, wie wissenschaftlich nachgewiesen werden konnte.

Maßnahmen für eine Patientenverteilung nach rationalen Gesichtspunkten

In Zeiten immer knapper werdender Ressourcen läßt sich eine Fehlallokation von multimorbiden Patienten auf Abteilungen, die keine geriatrische Ausstattung haben, kaum noch vertreten. Um den verschiedenen Vorbehalten und Unsicherheiten zu begegnen, wären folgende Maßnahmen angemessen:

1) Das geriatrische Konsil

In allen Fällen, in denen Patienten vermutlich in geriatrischen Abteilungen am erfolgreichsten behandelt werden können, sollten entweder eine Anmeldung in einer geriatrischen Klinik erfolgen oder ein geriatrisches Konsil angefordert werden. In anderen Bundesländern, z. B. in Bremen (Bremer „Leitfaden Geriatrie“) wurden hiermit sehr positive Erfahrungen gemacht. Der Leitfaden Geriatrie regelt nicht nur die Direktaufnahme und interdisziplinären Verlegungsverfahren, sondern auch die Interaktion zwischen den Geriatern, den Kostenträgern und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Durch festgelegte Verfahrenswege werden die zeitaufwendigen Rückfragen und ärztliche Stellungnahmen auf ein Mindestmaß reduziert.

2) Standardisierter Anmeldebogen (Ärztliches Gutachten) zur Anmeldung in der Geriatrie

Ein solcher Anmeldebogen, der in verschiedenen Geriatrien in Brandenburg bereits üblich ist, könnte in den meisten Fällen eine Entscheidung, ob ein Patient von einer stationären geriatrischen Behandlung profitieren würde, erleichtern. Da entsprechende Patienten nur über die Diagnosen (einschließlich ICD), nicht hinreichend zu identifizieren sind, müßten einige andere Parameter abgefragt werden:

- BARTHEL-Index (für die Performance der Alltagsaktivitäten),
- prämorbidestes Leistungsniveau,
- soziale Unterstützung
- das Profil der Funktionseinschränkung,
- medizinische Probleme,
- pflegerische Probleme
- Hilfsmittel sowie
- Medikamente.

Der Aufwand für diese Maßnahme würde sich in vertretbaren Grenzen halten.

Qualitätsmanagement

Alle Behandlungen innerhalb der klinischen, tagesklinischen oder mobilen Therapie sollten prinzipiell einem Qualitätsmanagement unterzogen werden. Nach einer Sicherstellung der Struktur- und Prozeßqualität ist die Ergebnisqualität mittels geeigneter Instrumentarien (z.B. einem Qualitätsmeßbogen mit Prä-post-Vergleich) wie in der Brandenburger SEQUAGK - Studie zu evaluieren. Verbesserungspotentiale und Qualitätsmängel, bezogen auf Struktur, Prozeß oder Ergebnis, sind zu dokumentieren. Maßnahmen zur Verbesserung sollen in einem zeitlich definierten Stufenplan festgelegt werden. In dieses umfassende Qualitätsmanagement sind außer den geriatrischen Kliniken auch die Kostenträger einzubeziehen.

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die moderne geriatrische Medizin erfordert eine Vielzahl von speziellen Kenntnissen und Fertigkeiten, die nur in einem längeren Prozeß erworben werden können. Da in der Berufsausbildung der meisten Mitglieder des therapeutischen Teams geriatrische Inhalte nur marginal vertreten sind, ist hier eine Verbesserung kurzfristig dringend erforderlich. Darüber hinaus sollten sich die an diesem System Beteiligten, insbesondere auch die niedergelassenen Ärzte, an geriatrischen Qualifizierungsmaßnahmen und einer ständigen Fortbildung beteiligen. Hierfür steht in besonderem Maße die Geriatrische Akademie Brandenburg zur Verfügung.

Besonders die Institutionen mit Schlüsselfunktionen (Entscheidungsträger für das Krankheitsmanagement sowie Geriater, die mit geriatrischen Konsilaufgaben betraut werden) sollten einen besonderen hohen Ausbildungsstand aufweisen.

Arbeitsgemeinschaft Geriatrie Brandenburg, c/o Dr. Neubart, Woltersdorf