

9. GESUNDHEITLICHE VERSORGUNG

Obwohl Alter keineswegs mit Krankheit gleichzusetzen ist, gilt zweifellos, dass höheres Alter mit einer Zunahme an Krankheit und Gebrechen einhergeht, wobei somatischer und psychiatrischer Gesundheitszustand in enger Wechselwirkung stehen.

9.1. Ärztliche Versorgung

Für Senioren sind insbesondere Allgemeinärzte, d. h. Hausärzte und hausärztliche Internisten, von großer Bedeutung. Häufig sind sie Vertrauenspersonen, denen ältere Menschen nicht nur gesundheitliche Probleme, sondern auch persönliche und familiäre Angelegenheiten anvertrauen. Neben dieser Vertrauensrolle spielen Hausärzte auch im Zusammenspiel der Versorgungsinstanzen eine herausragende Rolle. Für die Vernetzung und Durchlässigkeit des gesamten Systems der gesundheitlichen Versorgung ist die Kooperationsfähigkeit und Kooperationsbereitschaft der niedergelassenen Ärzte eine entscheidende Voraussetzung.¹

Der Hausarzt ist die erste Adresse, wenn es um Fragen der Pflegeberatung geht, wichtiger noch als die Beratung durch Wohlfahrtsverbände und Kommune. Deswegen ist die Aufklärung über geriatrische und gerontopsychiatrische Krankheitsbilder bei Betroffenen, Familienangehörigen und Hausärzten zu verbessern. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass viele Krankheiten gezielt zu behandeln und teilweise auch heilbar sind.

Von seinen Entscheidungen werden weitere versorgungsrelevante Aktivitäten maßgeblich beeinflusst. Niedergelassene Ärzte in die bestehenden Netzwerke der Altenhilfe einzubinden, war bisher eigentlich nur in besonderen Einzelfällen möglich. Zu unterschiedlich scheinen die Kommunikationsstrukturen und die Ansichten über die Notwendigkeit von Kooperation zu sein. Erste positive Erfahrungen im Zusammenführen der Bereiche Medizin und Altenhilfe wurden bei interdisziplinären Fortbildungen gemacht.²

9.2. Apotheken

Apotheken sind für ältere Menschen weit mehr als nur Verkaufsstellen von Medikamenten und Arzneien. Für sie sind es oft wichtige Anlaufstellen für gesundheitliche und alltägliche Probleme. Teilweise verfügen die Apotheker – ähnlich wie die Hausärzte – über detaillierte Informationen zu den persönlichen Lebensumständen älterer Kunden.

Das Beratungsangebot ist für Senioren besonders wichtig. Auch in den Stadtteilrunden haben Apotheker berichtet, dass das Dienstleistungsangebot für ältere Menschen sehr umfangreich ist. Ganz selbstverständlich werden Medikamente ins Haus geliefert. Blutdruck-, Blutzucker- oder Cholesterinmessung sind zwar kostenpflichtig, werden aber häufig in Anspruch genommen. Je größer die persönliche Verbundenheit und Verwurzelung der Apotheker mit der lokalen Umgebung ist, umso umfangreicher ist auch das Dienstleistungsangebot. Die Bedeutung der Apotheker als Beratungs- und Vertrauensstelle ist nicht zu unterschätzen, wobei vor allem das persönliche Engagement der Apotheker eine Rolle spielt.

In den Stadtteilgesprächen wurde der Wunsch von Apothekern geäußert, mehr zu Veranstaltungen und bei der Informationsarbeit einbezogen zu werden.

Im Auftrag des forschenden Arzneimittelherstellers Pfizer haben Studenten im Rahmen einer Projektarbeit untersucht, wie sich das Leistungsangebot von Apotheken für Senioren gestaltet und inwieweit es mit den Bedürfnissen älterer Menschen übereinstimmt. Es wurden Senioren und Apotheker befragt:

Beratungsbedarf: Senioren wünschen sich noch mehr Beratung. Apotheken wünschen sich Senioren, die mehr nachfragen.

Die Arzneimittel-Beipackbeschreibungen sind verbesserungsbedürftig: Senioren als auch Apotheker finden die Packungsbeilagen zu wenig verständlich.

Die Regelung zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung soll dazu beitragen, älteren und kranken Menschen eine optimale Versorgung zukommen zu lassen.

Apotheker als Beratungs- und Vertrauensstelle müssen mehr in das Netzwerk Altenhilfe einbezogen werden.

Senioren bevorzugen Apotheker mit großer emotionaler Kompetenz: Dieser Teil der Beratungsleistung wird von den Senioren höher geschätzt als die fachliche Kompetenz oder der Standort der Apotheke.

Apotheker erwarten von der Politik bessere Unterstützung bei der Vermittlung der Gesundheitsreform: Erklärungen von Veränderungen im Gesundheitswesen schränken die Beratungszeit ein.

Senioren wünschen sich mehr Informationen über Apotheken-Aktionen und über neue Arzneimittel.³

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) hat bisher über 100 Apotheken als „Seniorenrechte Apotheken“ ausgezeichnet. Dabei zeichnet sich eine Apotheke durch fünf empfohlene Pluspunkte aus:

- Umfassende Beratung
- Barrierefreiheit und Ausstattung
- Weiterführende Informationen
- Besonderer Service
- Mitarbeiterqualifikation und Qualitätsmanagement.

9.3. Allgemein Krankenhäuser und Geriatrische Klinik

In einem Überblick über die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen dürfen die Krankenhäuser nicht fehlen. Akutkrankenhäuser sind selten auf das Bedarfsspektrum älterer Menschen zugeschnitten. Daher ist die geriatrische Krankenhausversorgung ein wichtiges Feld zukünftiger Weiterentwicklungs-Bestrebungen.

Besonders für Senioren erfüllen die Krankenhaussozialdienste innerhalb der Krankenhäuser und der Geriatrische Schwerpunkt an den Städtischen Kliniken wichtige Funktionen. Sie sind wesentliche Schnittstellen bei der Überleitung älterer Patienten im Anschluss an eine akutstationäre Behandlung in die häusliche oder stationäre Pflege.

Nach den Erfahrungen der Sozialdienste lässt sich jedoch sagen, dass es früher im Anschluss an Krankenhausaufenthalte mehr ambulante Versorgung gegeben habe, während heute vor allem gesetzliche Betreuung und anschließende Heimunterbringung eine größere Rolle spielen. Auch habe sich der Eindruck verfestigt, dass die familialen Hilfenetze schwächer würden, vor allem aufgrund des steigenden Anteils der Singles unter den älteren Patienten. Dazu komme, dass im Bereich kleinerer Alltagshilfen, etwa Putzhilfen, ein Mangel bestehe, der dazu führe, dass der Verbleib in der eigenen Wohnung oftmals gefährdet sei. Hier wurde auch ein Organisationsproblem erkannt, denn je geringfügiger der Hilfebedarf, desto schwieriger ist die Hilfe zu organisieren.

Die Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups) in das Abrechnungssystem der Krankenhäuser ist Teil einer gesamtgesellschaftlichen Neuausrichtung im Gesundheitswesen. Mit diesem neuen Abrechnungssystem sollen in der stationären Krankenhausversorgung unnötige Liegezeiten vermieden und damit Kosten eingespart werden. Es wird mit einer Verkürzung der Verweildauer in den Kliniken von 20 – 30 % gerechnet und mit einer Verschiebung von bisher im Krankenhaus erbrachten Leistungen in den ambulanten Bereich. Da aber ältere Menschen häufig mehr Zeit benötigen, um sich von einer Krankheit und allen medizinischen Behandlungen zu erholen, besteht die Befürchtung, dass ohne Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse für ältere und hochaltrige Patienten nach Einführung der DRGs zusätzliche Qualitätseinbußen in der Versorgung zu erwarten sind. Prävention, Akutbehandlung und Rehabilitation sind die drei tragenden Säulen der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch diese dem Akutkrankenhause vor- und nach gelagerten Versorgungssysteme und die ambulante Pflege sind von den kommenden Veränderungen massiv betroffen. Demzufolge muss im Sinne einer optimalen Versorgung der Patienten die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen intensiviert werden.

Ein gutes Patienten-Informationssystem, das sowohl berufsgruppen- als auch einrichtungsübergreifend die notwendigen Gesundheitsdaten schnell und unbürokratisch wei-

Eine enge Zusammenarbeit alle im Bereich der Altenhilfe und des Gesundheitswesens wird immer notwendiger.

Ein abgestimmtes Überleitungskonzept in die Klinik und nach Hause muss erarbeitet werden.

terleitet, wird ein entscheidendes Kriterium für die Qualität der Patientenversorgung sein.

9.4. Geriatrische Klinik

Sicherlich kann ein Teil der älteren Menschen im Rahmen der stationären Akutversorgung auch weiterhin angemessen behandelt werden. Für den größten und weiterhin wachsenden Personenkreis Älterer ist durch die herkömmliche Akutversorgung jedoch keine ausreichende Versorgung gewährleistet; vielmehr bedürfen diese Patienten einer spezifisch geriatrischen Behandlung, die ihrem Krankheitsbild entspricht. Geriatrie – als Altersmedizin verstanden – meint die Feststellung und Behandlung von Krankheiten beim Älteren.⁴ In der Geriatrie gilt es, nicht nur bekannte oder neu festgestellte Erkrankungen bei älteren Menschen zu behandeln, sondern auch den drohenden Verlust der physischen, psychischen und sozialen Unabhängigkeit zu erkennen beziehungsweise ihm vorzubeugen. Die wesentlichen Behandlungsziele der Geriatrie sind die Wiederherstellung der Selbstständigkeit und Mobilisierung, die Verbesserung des Allgemeinzustands sowie die Vermeidung einer Einweisung in ein Pflegeheim.⁵

BESTAND

Mit der Aerpah-Klinik Esslingen-Kennenburg verfügen Stadt und Landkreis Esslingen über die landesweit größte Geriatrische Klinik, die sowohl über akutgeriatrische Krankenhausbetten als auch über Betten für die geriatrische Rehabilitation verfügt. Die Zusammenarbeit mit den Städtischen Kliniken und dem dort angesiedelten Geriatrischen Schwerpunkt ist eng.

In Baden-Württemberg ist die geriatrische Versorgung vornehmlich als stationäre geriatrische Rehabilitation etabliert (Anschlussrehabilitation mit einem Versorgungsvertrag nach § 111). Es gibt nur neun Modelleinrichtungen in Baden-Württemberg, die das Land als Anbieter „integrierter akut-rehabilitativer Behandlungen“ geschaffen hat.⁶

Die Aerpah-Klinik Esslingen-Kennenburg ist hier namentlich aufgeführt. Diese neun Einrichtungen sind Krankenhäuser im Landesbedarfsplan, die als besondere geriatrische Versorgungsform gekennzeichnet sind. Sie setzen auf das gleichzeitige kurative behandeln von Akutkrankheiten in Verbindung mit der früh-rehabilitativen Behandlung von funktionellen Krankheitsfolgen. Das neue Abrechnungssystem mit Fallpauschalen (DRGs) hat besondere geriatrische Ziffern, die diese geriatrische Versorgungsform abrechnungsfähig machen (geriatrische früh-rehabilitative Komplexbehandlung DRG 8-55).

Die Besonderheiten des geriatrischen Ansatzes sind der Alltags- und Funktionsbezug, der sich im geriatrischen Assessment ausdrückt, sowie das interdisziplinäre Team, die rehabilitative Pflege und die assessmentbasierte Anwendung von altersgerechter Rehabilitation.

Im Gegensatz zur üblichen Akutmedizin, die vor allem spezialisierte technische Kompetenz in segmentalen Bereichen anstrebt und ausbaut, hat die Geriatrie entsprechend den Anforderungen ihrer Patienten einen fächerübergreifenden, rehabilitativ-funktionellen Ansatz.

Die geriatrischen Krankenhäuser haben dementsprechend eine besondere Struktur in technischer, räumlicher und personeller Hinsicht, strukturierte Abläufe und die fachliche Kompetenz, diese geriatrischen Prinzipien anzuwenden.

Die Anbindung der niedergelassenen Ärzte an die Geriatrie ist in Esslingen zunehmend gelungen. Bereits 60 % der Einweisungen in das geriatrische Fachkrankenhaus erfolgen direkt, ohne Umweg über andere Formen der Akutversorgung, aus dem ambulanten Bereich.

Auch die Zusammenarbeit zwischen den Städtischen Kliniken Esslingen und der Aerpah-Klinik ist effektiv und zum Nutzen der Patienten, indem von beiden Seiten aus in

Die für das Alter oft charakteristische Multimorbidität und die soziale Situation der alten Patienten setzen auf Seiten der Ärzte und der Mitarbeiter bei Auswahl und Anwendung von Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Pflege spezielle Kenntnisse voraus.

gemeinsamer Absprache für geriatrische Patienten jeweils die angemessene Akutversorgung ausgewählt wird.

Es gehört zu den Merkmalen geriatrischer Patienten, dass sie häufig nach einer auch erfolgreichen Behandlung einer akuten Erkrankung ihre Selbstständigkeit im Alltag verlieren. Dies gilt auch, wenn in die Akutbehandlung früh-rehabilitative Ansätze aufgenommen wurden. Die biologischen Abläufe des höheren Lebensalters erzwingen eine längere Behandlungszeit.

Hier ist die Aufgabe der geriatrischen Rehabilitation, wie sie in Baden-Württemberg frühzeitig in den 90er Jahren etabliert wurde. Das Geriatriekonzept des Landes wurde im November 1992 veröffentlicht und 2001 zuletzt fortgeschrieben.

Die Esslinger Aerpah-Klinik gehörte bereits vor Umsetzung des Geriatriekonzeptes, das eine flächendeckende geriatrische Rehabilitation im Lande etabliert hat, zu den drei ersten geriatrischen Kliniken – damals ausschließlich mit der Aufgabe der Rehabilitation beauftragt.

Den Bürgern von Stadt und Kreis Esslingen stehen neben den 63 akutgeriatrischen Plätzen 104 geriatrische Rehabilitationsplätze zur Verfügung. Hier werden geriatrische Patienten nach sturzbedingten Frakturen, Schlaganfall, nach funktionell einschränkenden Erkrankungen des Bewegungsapparates, des Stoffwechsels, des Nervensystems und des Herz-Kreislauf-Systems rehabilitiert. Das Ziel geriatrischer Rehabilitation ist die Wiedereingliederung der älteren Menschen in ihren selbst gewählten Alltag, sei es die eigene Wohnung, aber auch das Betreute Wohnen oder ein Pflegeheim. Der Gesetzgeber kennt keine Einschränkung des Rechtes auf Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit. Ziel der Altersrehabilitation kann auch sein, die Verschlechterung einer bestehenden Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Es geht bei geriatrischen Patienten immer um einen Erhalt oder eine Verbesserung der Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alltag, nicht wie bei der nicht-geriatrischen Rehabilitation um die berufliche Kompetenz.

BEDARF

Die ganzheitliche Orientierung der Geriatrie an den Bedarfen und Bedürfnissen der geriatrischen Patienten wird durch die politisch gewollte Verkürzung der Krankenhausaufenthalte, die mit den DRGs durchgesetzt werden soll, noch wichtiger.

Offensichtlich kann dieses Ziel der Geriatrie nicht isoliert in einer akutmedizinischen Behandlung erreicht werden

Für eine angemessene Versorgung der geriatrischen Patienten ist eine enge Vernetzung zwischen Akutmedizin und weiterführender Rehabilitation, ambulant und stationär, Medizin, Pflege und Therapie nötig. Krankenhäuser, Rehabilitationsklinik, niedergelassene Haus- und Fachärzte, Pflegeheime, ambulante Pflegedienste und andere Einrichtungen der Altenhilfe müssen in Struktur, Angebot und Kommunikation aufeinander bezogen werden. Sonst scheidet eine gute Versorgung älterer Menschen an den Schnittstellen des komplexen Gesundheits- und Sozialsystems. Diese Vernetzungen lokal zu fördern, ist auch eine Aufgabe der kommunalen Politik und Stadtentwicklung.⁷

1 Görres & Schmidt (1999), Seite 365

2 Kasseler Studie von Blinkert & Klie (2002)

3 Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren Organisationen (BAGSO) Nachrichten, Heft 3/2004.

4 Bruder, Jens; Christoph Lucke; Axel Schramm; Hans Peter Tews ;Hansjörg Werner 1991: Was ist Geriatrie? Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie zur Definition des Fachs Geriatrie. Rügheim.

5 Meier-Baumgartner, Hans Peter; Stefan Görres 1993: Dokumentation: Geriatrische Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland. Expertise für das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Reihe Sozialforschung, Band 240. Hamburg.

6 Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2001, Seite 29.

7 Runge, Martin; Ärztlicher Direktor der Aerpah-Klinik Esslingen Kennenburg