

Geriatrienetz fängt alte Menschen auf

Begleiterkrankungen, Demenz, Infektanfälligkeit – Patienten im höheren Lebensalter stellen besondere Ansprüche an die stationäre Behandlung. Die vorhandenen Angebote reichen dafür nicht aus, meint Klinikexperte **Gunther Lauven**. Er empfiehlt geriatrische Versorgungsverbünde.

In der geriatrischen Betreuung tut jeder das, was er kann. Reicht das aus? Nein! Die Abrechnung nach Diagnosis Related Groups (DRG) hat das Krankenhaus zu einer Hochleistungsmaschine mutieren lassen. Die Anreize und systemimmanenten Steuerungseffekte führen zu immer mehr Effizienz. Aus Sicht der Betriebswirtschaft ist der optimale alte Patient derjenige, der kurz oberhalb der unteren Grenzverweildauer – darunter gibt es Abzüge von der Vergütungspauschale – aus einer Spezialabteilung nach Hause entlassen wird. An eine grundlegende Revision der Hamsterrad-Ideologie des DRG-Systems wagt sich die Berliner Gesundheitspolitik nicht heran, egal welcher Parteifarbe. Das wird auch so bleiben, denn wer will schon abgewählt werden? Und wo bleibt da der Mensch?

Die Kapazitäten reichen nicht aus. Es gibt inzwischen in ganz Deutschland zahlreiche akutstationäre und stationär rehabilitative geriatrische Versorgungsangebote, je nach Bundesland unterschiedlich gestaltet. Wendet man ein international anerkanntes Screeningverfahren zur Identifizierung geriatrischer Patienten wie ISAR (Identification of Seniors at risk) auf alle über 75-Jährigen im Krankenhaus an, müssten vier Fünftel von ihnen in Geriatrien verlegt werden. Und selbst wenn es nur ein Bruchteil davon wäre: Die vorhandenen geriatrischen Versorgungskapazitäten würden bei Weitem nicht ausreichen. Für dieses Szenario braucht man noch nicht einmal das demografische Schreckgespenst bemühen. Und wo bleibt da der Mensch?

Mit dem Kode 8-550 (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) aus dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) gibt es zumindest für die akutstationäre Geriatrie eine ausreichende Vergütung. Die Struktur- und Prozessqualität ist dort durch die Vorgaben des deutschen DRG-Instituts

zur Abrechenbarkeit geriatrischer Versorgung gesichert. In unseren Akutgeriatrien wird hervorragende medizinische, pflegerische und therapeutische Arbeit geleistet. Aber was kommt danach? Geriatrische Institutsambulanzen gibt es trotz Verankerung im Sozialgesetzbuch V bisher so gut wie nur auf dem Papier. Geriatrisch geschulte Hausärzte sucht man mit der Lupe. Die Überleitung in die stationäre und ambulante pflegerische Versorgung mit Fortsetzung der akutstationär begonnenen Behandlungen gelingt auch nicht immer.

Da weist der neue Krankenhausplan 2015 in Nordrhein-Westfalen grundsätzlich in die richtige Richtung. Zwar üben Krankenhausgesellschaften nicht ganz unberechtigte Kritik an den sich daraus ergebenden Reglementierungen. Dennoch ist anerkennenswert, dass sich eine Landesregierung traut, Ideen zur Qualitätssicherung und -fortentwicklung der Altersmedizin in eine Planvorgabe zu fassen. Teil des Krankenhausplans ist der regionale sektorenübergreifende geriatrische Versorgungsverbund. Er umfasst akutstationäre geriatrische Abteilungen, nicht-geriatrische Krankenhausabteilungen wie die Unfallchirurgie/Orthopädie oder die Kardiologie, sowie den geriatrisch geschulten Hausarzt, die geriatrisch vernetzten stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen und viele weitere Akteure rund um den alten Menschen auch für die Zeit nach dem Krankenhaus. Gesteuert wird dieser Verbund zum Beispiel über ein „Geriatrieboard“, also einer Konferenz von Fachärzten.

Ruhrbistum gründet Netz. Sieben katholische Krankenhausunternehmen im Bistum Essen haben gemeinsam mit der Kosmas und Damian GmbH (der Beteiligungs- und Entwicklungsgesellschaft des Bistums Essen für die dortige Krankenhauslandschaft) das Geriatrienetz Ruhrbistum gegründet. Alle Beteiligten bieten akutstationäre geriatrische Leistungen an. Das Marienhospital in Wattenscheid hält zudem geriatrische Rehabetten vor. Anknüpfend an den Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen haben die Initiatoren des Geriatrienetzes Ruhrbistum eine Konzeption entwickelt und im April 2014 auf einem Kongress vorgestellt. Zusammen mit Partnern aus dem gesamten Ruhrgebiet will und wird das Geriatrienetz den alten Menschen dahin stellen, wo er hingehört: Ins Zentrum der Bemühungen um eine gute altersgerechte medizinisch-pflegerische Versorgung. ■

Prof. Dr. med. Gunther Lauven ist Geschäftsführer der Kosmas und Damian GmbH in Essen und Professor für Integrierte Versorgung am RheinAhrCampus Remagen, ein Standort der Hochschule Koblenz.
Kontakt: Gunther.Lauven@kd-essen.de

Leserforum



Ihre Meinung ist gefragt.

Im G+G-Weblog www.reformblock.de können Sie mit uns diskutieren.

Oder schreiben Sie uns:

Gesundheit und Gesellschaft, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin,
E-Mail: gug-redaktion@kompact.de