

Tagungsband



Droste-Hülshoff-Straße 4
83024 Rosenheim
Tel. 08031 / 804-202
Fax 08031 / 804-216
E-Mail: Geriatry@kliniken-harthausen.com
www.geriatrieklinik.com

Grußwort zum 1. Internationalen Geriatrietag vom 04.03.06 in Rosenheim

Der erste Internationale Geriatrietag in Rosenheim wird einen wichtigen Beitrag zum grenzüberschreitenden Meinungs- und Informationsaustausch in der geriatrischen Versorgung zwischen Bayern, Österreich und der Schweiz leisten. Die Menschen nehmen Grenzen immer weniger wahr, und sie erwarten – meiner Meinung nach zu recht –, dass auch im Bereich der medizinischen Versorgung Mobilität leichter möglich ist. Für Ärzte und Wissenschaftler gehört der grenzüberschreitende Austausch und die Zusammenarbeit längst zum Alltag.

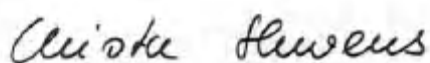
Wenn es jedoch konkret um die Frage geht, wie bei der Patientenversorgung grenzüberschreitend zusammen gearbeitet werden kann, dann zeigt sich schnell, dass die Gesundheitsversorgung bisher eine nationale Angelegenheit war und auch heute noch vorwiegend so gesehen wird. Obwohl in den Ländern durchaus großes Interesse an einer Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich besteht, ist festzustellen, dass die Umsetzung in der Praxis gar nicht so einfach ist. Gerade auf dem Gebiet der Krankenhausversorgung treffen wir immer wieder auf rechtliche Hürden und Systemunterschiede, die eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit erschweren. Dies ist umso bemerkenswerter, als der Zweck der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit doch eigentlich gerade darin liegt, Synergieeffekte und damit Effizienzgewinne zu erreichen. Im Ergebnis soll aus der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit eine bessere Versorgung für die Patienten, eine wirtschaftlichere Nutzung der Ressourcen, etwa durch die Vermeidung von Doppelvorhaltungen beiderseits der Landesgrenze und damit eine Kostenreduzierung auch für die Krankenkassen folgen. Deshalb ist es so wichtig, Kontakte zu vertiefen und zu erweitern, um miteinander nach Wegen zu suchen, die systembedingten Hindernisse zu beseitigen. Angesichts des gemeinsam verfolgten Ziels bin ich zuversichtlich, dass pragmatische Lösungen zu finden sein müssten, wenn sie für beide Seiten Vorteile bieten. Das wird nicht immer einfach sein und nicht in allen Fällen sofort gelingen. Aber zu guter Letzt muss sich die Überzeugung durchsetzen, dass ein immer weiter zusammenwachsendes Europa ganzheitliche Lösungen braucht, die sowohl den Patienten als auch den Sozialversicherungssystemen Vorteile bringen. Dies gilt insbesondere auch für die Versorgung unserer älteren Mitbürgerinnen und Mitbürger.

Der uralte Wunschtraum der Menschen, ein möglichst hohes Alter zu erreichen, wird zunehmend Wirklichkeit: Auch in den Ländern Europas steigt die Lebenserwartung stetig an. Nach der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2003 wird im Jahr 2050 die statistische Lebenserwartung der Frauen bei 85 Jahren liegen, die der Männer bei 80 Jahren. Die Gruppe der hochaltrigen Menschen – das sind die

über 80-jährigen -, ist die absolut und relativ am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe. Heute sind 4 % der Bevölkerung älter als 80 Jahre, im Jahr 2050 werden es 12 % sein. Wir wissen jedoch alle, dass es nicht alleine darauf ankommt, ein hohes Alter zu erreichen. Viel entscheidender für das persönliche Wohlbefinden ist es, in welchem Zustand die hinzu gewonnenen Lebensjahre verbracht werden können. Nicht ohne Grund wollen zwar die meisten Menschen alt werden, die wenigsten jedoch alt sein. Denn Alter, insbesondere das hohe Alter, wird in erster Linie mit einem Verlust an Lebensqualität durch körperliche und geistige Einschränkungen assoziiert. Zu den großen Herausforderungen des Gesundheitssystems zählt es daher, die gesundheitsbezogene Lebensqualität im Alter zu verbessern. Gerade der absolute Anstieg der Zahl älterer und von Krankheit bedrohter Menschen erfordert es, Strukturen zu schaffen, in denen die Betroffenen medizinisch adäquat versorgt werden können. Dazu benötigen wir ein abgestuftes und vernetztes geriatrisches Versorgungsangebot, das sich vom ambulanten über den stationären Bereich bis hin in die Strukturen der Altenhilfe erstreckt.

Die Geriatrie beinhaltet auch palliativmedizinische Aspekte. Das Lebensrecht alter Menschen darf keinesfalls eingeschränkt werden - auch nicht, wenn sie krank oder pflegebedürftig sind. Entwicklungen zu einer aktiven Unterstützung der Selbsttötung, wie sie etwa durch die in Hannover gegründete Zweigstelle der Sterbehilfeorganisation „Dignitas“ propagiert wird, lassen sich nach meinem Dafürhalten mit dem Grundrecht auf Leben, auch in der letzten Lebensphase, nicht vereinbaren. Die Bayerische Staatsregierung setzt stattdessen auf eine mitfühlende und qualitativ hochwertige Begleitung, auf gute palliativpflegerische Betreuung und auf eine effektive Palliativmedizin, die ein würdiges und schmerzfreies Leben bis zuletzt ermöglichen.

Ich bin davon überzeugt, dass der erste Internationale Geriatrietag in Rosenheim die Kooperation der beteiligten Länder auf dem Gebiet der Geriatrie voranbringen kann. Ich würde mir deshalb wünschen, dass dies nur der Anfang einer Reihe ähnlicher Veranstaltungen ist und künftig zu einem intensiven Austausch fachlichen Wissens führen wird.



Christa Stewens
Bayerische Staatsministerin
für Arbeit und Sozialordnung,
Familie und Frauen

Gabriele Bauer
Oberbürgermeisterin Stadt Rosenheim

Grußwort zum 1. Internationalen Geriatrietag in Rosenheim

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich, Sie im schönsten Saal der Stadt Rosenheim begrüßen zu dürfen. Zahlreiche Abiturfeiern wurden hier ausgerichtet, auch unser Ministerpräsident Dr. Edmund Stoiber konnte hier seinen erfolgreichen Schulabschluss feiern.

Sehr geehrter Herr Dr. Neumann, sehr geehrter Herr Dr. Gosch, Ihnen gebührt Dank dafür, dass Sie ein Thema aufgegriffen haben, das in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen hat und auch in Zukunft noch wichtiger für uns alle sein wird. Das Alter hat Zukunft, und wir können inzwischen sicherlich von einer lächelnden älteren Generation sprechen.

Verfolgt man die öffentlichen Diskussionen und Studien zur demographischen Entwicklung unserer Gesellschaft und den Ausblick auf die kommenden Jahrzehnte, bekommen wir einen Überblick auf die Herausforderungen, die wir bewältigen müssen. Dies ist nicht nur eine gesellschaftspolitische Frage, sondern ebenso eine Frage nach der Wettbewerbsfähigkeit unserer Gesellschaft. Wir müssen die Herausforderung annehmen unter der Prämisse, die heute erbrachten medizinischen und sozialen Leistungsangebote auch in Zukunft sichern zu können.

Der 1. Internationalen Geriatrietag sendet eine wichtige Botschaft an die Öffentlichkeit: Altsein ist schön. Denn noch immer beherrscht ein negatives Image des Alters die Öffentlichkeit. Auch, weil alle Menschen alt werden wollen, aber niemand alt sein will.

Früher war älter werden leider häufig gleichbedeutend mit Senilität und Gebrechlichkeit; Verlust der Mobilität und Selbständigkeit. Doch glücklicherweise steigt die Lebensdauer und Lebenserwartung an. Der medizinische Fortschritt und eine gesündere Lebensführung ermöglichen dies. Die Generation der heute über 65-Jährigen ist gesund und leistungsfähig, engagiert und aktiv. Dieser positive Wandel des Alters ist für uns Politiker eine große Herausforderung. Wir müssen einen politischen und insbesondere einen gesellschaftlichen Rahmen entwickeln und umsetzen, in dem die Bedürfnisse und Wünsche älterer Menschen anerkannt und umgesetzt werden.

Dabei sollten wir nicht vergessen, dass diese Entwicklung nicht nur ein Gewinn für jeden Einzelnen ist. Es ist auch eine Chance für uns als Gesellschaft und Gemeinschaft. Auch die wirtschaftliche Bedeutung einer immer älter werdenden Gesellschaft wird noch unterschätzt. Dabei weisen Unternehmen und Wirtschaftsbereiche, die sich mit den Bedürfnissen und Wünschen auseinandersetzen ein positives Wachstum auf. Natürlich wirkt sich die älter werdende Gesellschaft auch auf die heute Erwerbstätigen aus. Sie werden in Zukunft stärker privat vorsorgen müssen, um auch im Alter ein erfülltes Leben führen zu können.

Vor 20 Jahren wurde in Bayreuth die erste geriatrische Klinik eröffnet, und sie besteht heute noch. Eine immer älter werdende Gesellschaft braucht eine altersspezifische Medizin, und die Geriatrie hat bewiesen, dass sie den hohen Anforderungen gerecht wird. In Bayern ver-

fügen wir dank des Geriatrie-Konzepts des Ministeriums über ein flächendeckendes Netz von geriatrischen Einrichtungen. Die heutige Tagung ist ein wichtiger Baustein im Rahmen zahlreicher Kongresse und Veranstaltungen, um die Öffentlichkeit über die Geriatrie zu informieren und vor allem zu etablieren. Mir ist bewusst, dass auch weiterhin Aufklärungsarbeit nötig sein wird, trotz aller positiven Fortschritte in den vergangenen Jahren. Wir, die Stadt Rosenheim, sind glücklich darüber, dass wir am Ort eine so gute und renommierte Einrichtung wie die Geriatrie Klinik Rosenheim haben.

Mit großer Sorge nehmen wir zur Kenntnis, dass Krankenkassen die Anträge zur Behandlung in einer geriatrischen Einrichtung restriktiv bearbeiten und versuchen, durch bürokratische Hindernisse die Antragsteller abzuschrecken. „Rehabilitation vor Pflege“ darf keine Floskel sein, sondern muss das Leitmotiv aller Beteiligten sein. Das Wohl des älteren Menschen muss der Maßstab unseres Handelns sein. Deswegen rufe ich die Krankenkassen auf, bürokratische Hindernisse abzubauen und wieder den Dialog mit den Einrichtungen zu suchen.

Mit Freude habe ich im Publikum zahlreiche Haus- und Fachärzte gesehen. Auch bei ihren Kollegen muss das Thema noch näher gebracht werden und noch intensiver über die Chancen, die die Geriatrie bietet, informiert werden.

Zum Abschluss möchte ich Dr. Neumann, Dr. Gosch und dem gesamten Team für die Organisation danken. Der 1. Internationale Geriatrietag ist ein wichtiges Forum, auf dem sich internationale Experten austauschen können und gemeinsam nach Lösungen für ein wichtiges gesellschaftliches Thema zu suchen.



Christa Stewens

Staatsministerin Christa Stewens

Schirmherrin des 1. Internationalen Geriatrietages

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, München



Richard Bartsch

Bezirkstagspräsident
1. Vorsitzender Arbeitsgemein-
schaft Geriatrie Bayern e.V.



Gabriele Bauer

Oberbürgermeisterin
Stadt Rosenheim



Prim. Prof. Dr. Franz Böhmer

Präsident Österr. Gesellschaft für
Geriatrie und Gerontologie
Ärztl. Direktor Sophienspital Wien



Dr. Erwin Carigiet

Präsident der Schweizer Vereini-
gung für Sozialpolitik
Departementssekretär des Ge-
sundheits- und Umweltsysteme-
ments der Stadt Zürich



Dr. A. Susanne Esslinger

Research and Managing Assis-
tant Department of Business
Administration
Universität Erlangen



Dr. Markus Gosch, MSc.

Chefarzt
Geriatrie Klinik Rosenheim



Dr. Daniel Grob, MHA

Chefarzt
Klinik für Akutgeriatrie
Stadtspital Waid, Zürich



Hannes Gschwentner

Landeshauptmann Stellv.
Tiroler Landesregierung
Bereich Soziales
Innsbruck



Dr. Gabriele Hartl

MedDir
Bayerisches Staatsministerium
für Arbeit und Sozialordnung,
München



Dr. Rainer Neumann

Arzt für Orthopädie
Gründer der
Geriatrie Klinik Rosenheim



Hofrat Dr. Christoph Neuner

Landessanitätsdirektor
Tiroler Landesregierung
Bereich Gesundheit, Kranken-
anstalten, Kultur, Innsbruck



Dr. Helmut Platzer

Vorstandsvorsitzender
AOK Bayern, München



Mag. Elisabeth Pochobradsky

Österr. Bundesinstitut
für Gesundheitswesen
(ÖBIG), Wien



Prof. Dr. Cornel Sieber

Direktor Medizinische Klinik 2
Klinikum Nürnberg-Nord
Leiter des Instituts für Biomedizin
des Alters der Univ. Erl.-Nbg.
Präsident der DGG



Dr. Jens Trögner

Oberarzt Klinikum Nürnberg
Leiter Gib-DAT-Projekt

Hofrat Dr. Ch. Neuner

Landessanitätsdirektor

Tiroler Landesregierung, Bereich Gesundheit, Krankenanstalten, Kultur, Innsbruck

Gesundheitspolitische Aspekte der Geriatrie

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Land Tirol ist in Prävention und Prophylaxe sehr aktiv. Zudem nimmt es im Vergleich mit den anderen Ländern Österreichs beim Gesundheitszustand der Bevölkerung eine Spitzenposition ein. Auch die Eigeneinschätzung der Bevölkerung spiegelt dies wieder. Die Zufriedenheit mit der eigenen Befindlichkeit und Gesundheit ist groß. Die Maßnahmen des Landes und der gute Gesundheitszustand der Bevölkerung haben positive Konsequenzen: Erkrankungen treten später auf, die Menschen werden glücklicherweise älter und versterben später. Für uns bedeuten Prävention und Prophylaxe, die Geriatrie ernst zu nehmen. Sie ist ein wichtiges medizinisches und gesellschaftliches Thema.

Eine Besonderheit des Landes Tirol besteht in den 63 Sozial- und Gesundheitssprengeln, die sich vor Ort um anstehende Probleme kümmern und versuchen, Lösungen zu finden. Gerade im Hinblick auf Unfallverhütung und Rehabilitation ist das Land besonders aktiv. Dennoch müssen auch wir feststellen, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit nicht optimal ist. Obwohl bereits Vorarbeiten geleistet wurden, auf denen aufgebaut werden könnte, versuchen Einzelne ihre persönlichen Ziele umzusetzen.

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Der Aus-, Fort- und Weiterbildung für ÄrztInnen, Pflegepersonal und therapeutisches Personal wird große Aufmerksamkeit geschenkt. So hat das Land Tirol dafür ein eigenes Gesundheitspädagogisches Zentrum in der Landessanitätsdirektion für Tirol begründet, das von den Zielgruppen sehr gut angenommen wird. Mehr als 2.500 Ärzte, Pflegekräfte und andere Lernwillige informieren und bilden sich pro Jahr weiter.

Auch die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Geriatrie nimmt großen Raum ein. Wichtig ist die Beachtung der vier so genannten „I's“: Instabilität, Immobilität, Inkontinenz, Intellektueller Abbau.

Sehr breit gefächert sind die angebotenen Themen und Projekte, von denen ich Ihnen einige erwähnen möchte.

- Angehörigenarbeit: Der Einbeziehung und der Beratung der Angehörigen schenken wir große Aufmerksamkeit.
- Sicherlich müssen wir uns auch der Frage stellen, ob es für ältere Menschen im Alter neue Wohnformen geben soll, also Wohngruppen.
- Es gibt Projektplanungen für „Wohnen für Ältere“, wobei besonders die sozialpolitischen, kulturellen und rechtlichen Rahmenbedingungen beachtet werden. Weitere Aspekte sind die sozialdemographischen regionalisierten Daten, einschließlich der zu erwartenden Veränderungen der infrastrukturellen Qualitäten des Standortes.

Auch müssen weitere Tagesseniorenzentren, wie zum Beispiel das Zentrum in Kitzbühel ausgebaut werden. Zudem gibt es Neuprojektierung von familienbegleitenden Wohngemeinschaften in Verbindung mit Altenwohnungen und einem „Kompetenzzentrum Demenz“.

Förderung und Ausbau des geriatrischen Angebots

In den letzten Jahren hat das Land Tirol intensive Anstrengungen unternommen, um die geriatrischen Abteilungen in der Universitätsklinik Innsbruck, in den Landeskrankenhäusern und in den Bezirkskrankenhäusern zu optimieren. Wichtig für eine geriatrische Versorgung ist das Vorhandensein der dafür notwendigen Fächer. Eine Vernetzung der Einrichtungen und Leistungsanbieter ist von größter Bedeutung. Entscheidend ist daher die Zusammenarbeit der Kliniken mit ambulanten Strukturen, den Sozial- und Gesundheitssprengeln in Tirol, den Hauskrankenpflegeeinrichtungen und den ca. 75 Alten- und Pflegeheimen. Wir müssen derzeit jedoch konstatieren, dass das Schnittstellenmanagement verbesserungsfähig ist.

Einige dieser Punkte möchte ich kurz aufführen:

- Ein multiprofessionelles Entlassungsmanagement ist notwendig.
- Das Spannungsfeld zwischen Intensiv- und Palliativmedizin ist zu lösen
- Ressourcenorientiertes Pflegen und Behandeln, Prävention und Prophylaxe haben große Bedeutung.
- Kleines bewirkt Großes: Sturzprophylaxe, Dehydratationsprophylaxe, Pneumonieprophylaxe, Dekubitusprophylaxe wirken sich konsequent günstig auf die Gesundheit, aber auch Lebensqualität der älteren Menschen aus.

Ausblick

Der österreichische Strukturplan Gesundheit 2006 ist in Ausarbeitung. Über den ÖSG werden künftighin auf Bundesebene nur mehr grundsätzlich Planungsaussagen festgesetzt, sodass Länder, Krankenanstaltenträger und soziale Krankenversicherungsträger im Rahmen der Teilplanung auf regionaler Ebene wesentlich mehr Gestaltungsmöglichkeiten als bisher erhalten.

Landeshauptmannstellvertreter Hannes Gschwentner
Vorsitzender der Sozialdemokratischen Partei Österreichs Tirol
Landesrat für Soziales und Sport der Landesregierung Tirol

Pilotprojekt „Altern in Würde“

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Land Tirol hat das Pilotprojekt „Altern in Würde“ initiiert, das derzeit unter der wissenschaftlichen Begleitung der UMIT erfolgt. Beteiligt sind dabei das Institut für Medizinrecht, Personalwirtschaft und Gesundheitspolitik und das Institut für Pflegewissenschaften. Im Mittelpunkt des Projekts stand und steht die Entwicklung von zukunftsorientierten Betreuungs- und Pflegekonzepten für ältere Menschen. Auch in Österreich verfolgen wir eine ähnliche demographische Entwicklung wie Sie in der Bundesrepublik. Unser Ziel ist es dabei, dass auch in Zukunft unsere Bürgerinnen und Bürger unabhängig vom ihrem Einkommen in Würde altern können.

Um dies zu erreichen, ist es notwendig, den Pflegebereich in Tirol in allen Bereichen zu analysieren und die für die Zukunft richtigen Schlüsse daraus zu ziehen. Der Nutzen des Projekts "Altern in Würde" besteht in einer wissenschaftlichen Aufarbeitung des Themenkomplexes Altern in der Gesellschaft. Aus der Analyse des komplexen Themas erfolgt die Entwicklung von politischen Handlungsstrategien unter der Berücksichtigung künftiger Entwicklungen. Insofern soll das Projekt unmittelbar zur Politikgestaltung im Bundesland Tirol beitragen.

Die Basis unserer Überlegungen war und ist, dass die Effizienz und Effektivität in der Sozialarbeit nie auf Kosten der Leistungen für die Betroffenen gehen darf. Der ältere Mensch ist das Maß unserer Überlegungen.

Ziele des Projekts

Das Projekt „Altern in Würde“ stellte folgende Aspekte und Ziele in den Vordergrund:

- die bestmögliche Erhaltung und Wiedergewinnung der persönlichen Ressourcen älterer Menschen
- die Beachtung und den Respekt vor der Persönlichkeit und der Individualität des älteren Menschen
- die Orientierung am Bedarf des älteren Menschen

Um der Vielfältigkeit des Projekts gerecht zu werden, wurde es in insgesamt sechs Teilprojekte mit folgenden Aufgaben- und Fragestellungen unterteilt:

- umfassende Literaturrecherche:
- Pflegedokumentation: Welche Daten können aus einer auf einheitlichen Kriterien basierenden IT-gestützten Dokumentation gewonnen werden und welchen Nutzen haben sie für wen? Welche Voraussetzungen/Rahmenbedingungen erfordert die Einführung einer auf einheitlichen Kriterien basierenden IT-Pflegedokumentation beim Land und den Einrichtungen?
- Schnittstellenmanagement/Nahtstellenmanagement: Erhebung des derzeitigen Leistungsangebotes sowie dessen Beschreibung in allen Leistungsbereichen der Unterstützung, Betreuung und Pflege von Menschen im Alter. Weiterhin werden mögliche fehlende bzw. zu gering ausgebaute Angebotsstrukturen aufgezeigt.

- Qualitätsmanagement: Das Entwickeln eines einheitlichen Qualitätsmodells, das EDV-gestützt sein soll. Es soll für alle stationären, teilstationären, ambulanten und mobilen Leistungsanbieter im Bereich der Unterstützung, Betreuung und Pflege von Menschen im Alter anwendbar sein. Ein weiterer Aspekt ist auch die Darstellung der anfallenden Kosten und des erwarteten Nutzens, die durch die Entwicklung eines einheitlichen Qualitätsmodells entstehen.
- Wirtschaft und Controlling: Volkswirtschaftliche Betrachtung und eine Prognoserechnung für die verschiedenen, oben genannten Betreuungsmodelle. Im Mittelpunkt stand dabei die Entwicklung eines Modells (von Modellen) zur bedarfs- und leistungsorientierten Steuerung der Altenpflege durch den Ausbau von Schnittstellen. Um dies realisieren zu können, wurde ein Qualitäts- und Kalkulationsmodell eingeführt.
- Social Controlling: Evaluierung der Projekte 2-5

In allen Bereichen wurden umfangreiche Ist-Analysen erhoben, um eine gesicherte Datenlage zu gewährleisten. Dabei wurden auch Vergleiche mit anderen europäischen Staaten und deren Finanzierungsmodellen gezogen. Ebenso wurden in weiteren Schritten zu den einzelnen Teilprojekten verbindliche Zielvorgaben formuliert.

Stand des Projekts

Bislang fanden zwei Expertengespräche des Projekts statt, die auf großes Interesse der Öffentlichkeit stießen. Diskutiert wurden auf den Expertengesprächen bereits die Rechtssituation, die Schnittstellenproblematik, das Qualitätsmanagement und die finanziellen Rahmenbedingungen im Pflegewesen. Weitere Expertengespräche, die in regelmäßigen Abständen für dieses Jahr vorgesehen sind, sollen umfassend die Bereiche des Pflegewesens durchleuchten. Unser Wunsch bzw. Ziel ist es, dass am Ende alle Informationen, Analysen und Untersuchungsergebnisse in einen Abschlussbericht einfließen, der konkrete Handlungsempfehlungen vorschlägt.

Richard Bartsch

Bezirkstagspräsident von Mittelfranken

Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Geriatrie Bayern e.V.

Geriatric im Bewusstsein der Bevölkerung

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich habe versucht, mich dem Thema mit einer Übung zu nähern, die Dr. Frank Schirmacher, Mitherausgeber der Frankfurter Allgemeinen Zeitung und Autor des Buches „Das Methusalemkomplott“ empfohlen hat: er forderte die Zuhörer auf, den Anzeigenmarkt der ADAC Motorwelt, die mit 40 Millionen Ausgaben die am weitesten verbreitete Zeitschrift ist, zu lesen. Ohne die Urlaubsanzeigen sind es insgesamt 69 Anzeigen und Kleinanzeigen. Davon 28 Anzeigen für Treppenlifte, Elektromobile und Badewanneneinstiegshilfen, Bandagen und Wohlfühlschuhe, das sind 40 % aller Anzeigen. Auch wenn ich dieses Beispiel jetzt nicht überbewerten möchte, einen Blick auf die Befindlichkeit unserer Gesellschaft gibt es doch frei.

Längst sind die demographischen Zahlen und Fakten bekannt und unbestritten. Es wird einen Markt für technische Hilfsmittel geben, die ausgleichen und reparieren. Es entsteht dabei der Eindruck, dass Alter und Defizit an Mobilität wie selbstverständlich zusammengehören müssten.

Wir sehen daran auch, dass wir in erster Linie ein negatives Altersbild haben. Wir denken, dass ein Mensch im höheren Alter fast immer krank wird oder dement, und die dann erworbenen Einschränkungen nicht mehr rückgängig zu machen sind. Dabei weiß die Medizin heute längst, dass das menschliche Gehirn durch Training und regelmäßige Beanspruchung bis ins hohe Alter leistungsfähig und kreativ gehalten werden kann.

Trotz aller Diskussionen und trotz des Wissens um die demographische Entwicklung, verlassen die Menschen nach Eintritt in die Rente die soziale Bildfläche. Das alles hat nicht sehr viel Aktives und wenig von Lebenslust. Das ist eine Erklärung dafür, warum unserer Gesellschaft der Gedanke an Reha für Rentner so fern liegt: Wiedereingliederung wohin? - Wiederherstellung wofür?

So weit entfernt unserem gesellschaftlichen Bewusstsein all diese Gedanken sind, so schwer tun wir uns mit dem spröden griechischen Begriff Geriatrie. Ich behaupte, dass bis auf die, die professionell mit der Geriatrie zu tun haben, nur diejenigen eine Vorstellung von Geriatrie haben, die schon Leistungen in Anspruch genommen haben. Und diese Personen haben nur eine geringe Multiplikatorenwirkung. Wo die Schnittstellen liegen zwischen Geriatrie und Gerontopsychiatrie oder ob es gar auch mit Gerontologie einen Zusammenhang gibt, wüssten die wenigsten zu sagen und erst nicht, wo überall Geriatrie stattfindet.

Die Attraktivität des Fachgebietes würde sicherlich auch nicht dadurch gesteigert, dass wir die Geriatrie fortan wörtlich als „Greisenmedizin“ übersetzen. Die Empörung, die wir über eine solche Bezeichnung in uns aufsteigen spüren, verrät wie sehr das Thema den tabubehetzten Bereich des eigenen Alterns berührt.

Die Mehrzahl der Einrichtungen für Geriatrie in der Bundesrepublik bestehen erst seit gut zehn Jahren. Die Menschen, die jetzt in den Genuss von vorbeugenden oder rehabilitativen Leistungen der Geriatrie kommen sollten, kennen das Angebot nicht.

Insoweit haben wir noch nicht verinnerlicht, dass in einigen Jahrzehnten alte Menschen die Gesellschaft prägen werden. Wie das Bewusstsein der Gesellschaft dann aussehen wird, hängt vom Hier und Heute ab. Es muss eine in der Gesellschaft verankerte Selbstverständlichkeit werden, dass die im Alter vorhandenen Potentiale schon aus Kostengründen nicht verschenkt werden dürfen, sondern aktiviert und gefördert werden müssen. Dies ist ein Grund mehr, dass ein realistisches Altersbild in der Gesellschaft entsteht und verankert wird. Ein realistisches Altersbild muss auch bewusst machen, was Hochbetagte noch alles zu leisten fähig sind, und dass sich Prävention und Reha für Rentner in jeder Hinsicht rentiert:

- Zum einen finanziell, weil gezielt eingesetzte Maßnahmen der Reha präventiv gegenüber einer möglichen oder weiter voranschreitenden Pflegebedürftigkeit wirken können,
- zum anderen im Hinblick auf das, was der Einzelne noch vom Leben hat.

Wo passiert Bewusstseinsbildung? Wen müssen wir erreichen? Wir müssen diejenigen erreichen, für die Leistungen der Geriatrie und geriatrischen Reha jetzt schon in Frage kommen, damit diese Angebote auch nachgefragt und verordnet werden.

Entstehen sehe ich momentan aber vor allem Pflegeheime mit ständig dramatisch steigender Tendenz. Deswegen müssen wir diejenigen mittleren Alters erreichen, die gestalten und entscheiden und somit Veränderungen umsetzen können. Wir müssen auch die erreichen, die in unsere Gesellschaft erst hineinwachsen und von ihr geprägt werden. Sie werden dann die Macher sein, wenn meine/die mittlere Generation Geriatrieleistungen nachfragen möchte und muss.

Halten wir uns einen Spiegel vor: Was tun wir dafür?

In einem großen Nachrichtenmagazin fand sich Anfang Februar ein Artikel über das Altern, mit Anti-Aging-Tipps und dem Schlusswort, dass Optimisten, die das Leben genießen und positiv in die Zukunft blicken, weniger schnell abbauen. In einer Nürnberger Tageszeitung gibt es derzeit eine Serie über Ernährung im Alter. Dies sind richtige Schritte, aber von einem Interesse der Massenmedien kann man nicht sprechen.

Die Gesundheitsmagazine, Sprechstunden, Gesundheitsratgeber haben das Thema ebenfalls noch nicht voll entdeckt, obwohl es ihnen angesichts der demographischen Entwicklung doch eine nachhaltig wachsende Einschaltquote garantieren müsste.

Wir brauchen im Gegenteil eine konzertierte PR für die Geriatrie: alle Erbringer von geriatrischen Leistungen sollten gemeinsam die Öffentlichkeitsarbeit forcieren.

Auch von diesem 1. Internationalen Geriatrietag gehen wieder viele neue „Geriatrie-Anstöße“ aus. Die brauchen wir dringend in unserer Gesellschaft – denn, um den großen Geriater aus dem letzten Jahrhundert, René Schubert zu zitieren:

„DER ALTE MENSCH KANN NICHT WARTEN“.

Dr. Erwin Carigiet

Präsident Schweizerische Vereinigung für Sozialpolitik (SVSP)

Departementssekretär Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich

Dozent für Sozialpolitik Universität Freiburg i.Ue.

Langzeitpflege in der Schweiz – Finanzierung und grundsätzliche Aspekte

1. Langzeitpflege – grundsätzlich ein strukturelles Risiko

Zahlen zur Lebenserwartung bestehen in der Schweiz seit 1876, so dass sich die Entwicklung über längere Zeit beobachten lässt. Die Lebenserwartung bei Geburt ist in diesem Zeitraum stark angestiegen. Im 19. Jahrhundert lag sie unter 50 Jahren. Heute beträgt sie für Frauen rund 83 Jahre und für Männer etwas über 77 Jahre. Die schweizerische Wohnbevölkerung hat sich im 20. Jahrhundert mehr als verdoppelt und die Siebenmillionen-Marke überschritten. Die Zahl der über 65-jährigen Menschen hat sich in diesem Zeitraum verfünffacht, jene der Hochbetagten, d.h. der über 80-jährigen verfünzfacht.

Im 20. Jahrhundert ist der Menschheit das dritte Lebensalter (65 – 85 Jahre) "geschenkt" worden. Es ist gekennzeichnet von vielen neuen Chancen und Möglichkeiten, die die vorangegangenen Zeitalter so nicht gekannt haben. Allerdings erleben einige ältere Menschen die neuen Freiheiten eher negativ als Freisetzung oder als „Abgeschoben-Werden“. Die Moderne hat aber nicht nur dieses meist positiv erlebte dritte Lebensalter mit sich gebracht, sondern auch das vierte Lebensalter (ab 85 Jahren). Paul Baltes, Direktor des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung in Berlin, hat es wie folgt formuliert: "Die Evolution ist keine Freundin des Alters." *Der medizinische Fortschritt und chronische Krankheiten sind zwei Seiten der gleichen Medaille.* Chronische Krankheiten sind die häufigste Ursache für den Tod und das Leiden geworden.

Der zunehmende ökonomische Druck auf das Gesundheitswesen lässt befürchten, dass vor allem chronisch kranke und alte Patientinnen und Patienten die wahrscheinlichen zukünftigen Sparanstrengungen zu spüren bekommen werden. Die Pflegebedürftigkeit (meist tritt sie erst im Alter auf) stellt für den Einzelnen ein *finanzielles Großrisiko* dar. Es ist voraussehbar und trifft viele. De facto sterben 90 % aller über 65-Jährigen nach einer Phase mehrmonatiger Pflege, 50 % nach sieben Jahren langsam zunehmender Pflegebedürftigkeit. Dies bewirkt, dass die Frage der Pflegefinanzierung eine breitere Öffentlichkeit zu interessieren beginnt.

2. Wer finanziert wie viel in der Langzeitpflege? Fiktion und Realität

Seit der Einführung der obligatorischen sozialen Krankenversicherung 1996 hat sich die Beteiligung der Krankenkassen an den (Langzeit-)Pflegekosten stetig erhöht. Heute bezahlen sie rund 20 Prozent der Kosten von Pflegeaufenthalten. Zurzeit herrscht in der Öffentlichkeit an vielen Orten der Eindruck vor, „dass es die Alten sind, welche die Kostenexplosion im Gesundheitswesen zu verantworten haben“. Dass sie seit 1996 erhöhte Leistungen in der Langzeitpflege zu erbringen haben, hat die Krankenversicherer erschreckt und mobilisiert. Mit ihrem *rituellen Wehklagen* bei jeder jährlichen Ankündigung der neuen Prämien haben sie das Bild von den „teuren Alten“ geschürt oder zumindest in Kauf genommen.

Der Eindruck, dass in der Schweiz die Langzeitpflege *vor allem* über die Krankenversicherung finanziert wird, stellt aber eine Fiktion dar. Pro Jahr betragen die Kosten für stationäre

Langzeitpflege knapp sechs Milliarden Franken, das sind 12,5 Prozent der Gesamtausgaben des Gesundheitswesens. Die Kosten für Langzeitpflege werden über verschiedene "Säulen" getragen:

- Insgesamt bezahlen die Krankenkassen (und damit indirekt die Betroffenen über ihre Kopfprämien) rund 20 % der Langzeitpflege.
- Den Rest bezahlen die Betroffenen direkt in Form von Steuern (40 %).
- Aus Steuermitteln werden Betriebsbeiträge an die Einrichtungen (20 %) und die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (15 %) finanziert.
- Der Rest (5 %) wird durch andere Versicherungen, den Bund bzw. die Kantone übernommen.

Für kranke und pflegebedürftige AHV-Rentnerinnen und -Rentner haben sich die Ergänzungsleistungen zur AHV geradezu zu einer *Heimpflege-Versicherung* entwickelt und stellen in der Gesundheitsversorgung eine *wesentliche Säule für Heimaufenthalte* und in einer geringeren Masse für spitalexterne Pflege und Betreuung dar. Der Wirkungskreis der Ergänzungsleistungen zur AHV hat sich aus den einkommensschwachen Segmenten weit in den Mittelstand hinein entwickelt: Rund 60 % der in einem Alters- oder Pflegeheim lebenden AHV-Berechtigten sind auf derartige Leistungen angewiesen. Bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen zur AHV/IV werden die anfallenden anerkannten Ausgaben den Einnahmen gegenüber gestellt. Die bestehende Differenz ergibt die Leistungshöhe.

Von einer pflegebedürftigen Person darf und kann verlangt werden, im Alter ihre laufenden Einkünfte (AHV-Rente, Hilflosenentschädigung, Renten der 2. Säule, Zinserträge) und ihr Vermögen zur *Mit-Finanzierung* der benötigten Langzeitpflege zu verwenden. Diese Mit-Finanzierung geht dem Erhalt des Erbes vor.

Jedes Finanzierungssystem hat Vor- und Nachteile, birgt Chancen und Risiken in sich. Prämien oder Steuern? Diese Frage zur Finanzierung nimmt heutzutage zu Recht einen breiten Raum in der öffentlichen Diskussion ein. Eine angemessene Mischfinanzierung der Langzeitpflege stellt wohl den zweckmäßigsten Weg dar. Ein Kampf der Generationen darf nicht herbeigeredet werden.

Die Gleichung *alt = arm* gilt in der Schweiz heute nicht mehr wie noch bis anfangs der 60er Jahre des 20. Jahrhunderts. Alter und Gebrechlichkeit bedeuten heute kaum mehr finanzielle Abhängigkeit von der Sozialhilfe oder von Verwandten – dank einer klugen Konzeption der sozialen Sicherheit *und* einer ausgebauten Gesundheits- und Heimversorgung. Wir haben Acht zu geben, dass keine neue Gleichung *krank = arm* entsteht.

Dr. med. MHA Daniel Grob

Chefarzt der Klinik für Akutgeriatrie am Stadtspital Waid, Zürich

Mitglied der Ethik-Subkommission „Betreuung am Lebensende“ der SAMW

**Die Betreuung von Patientinnen und Patienten am
Lebensende in der Schweiz –
Zu den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen
Wissenschaften**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Schweizer Akademie der medizinischen Wissenschaft (SAMW) ist eine 1943 von den medizinischen und veterinärmedizinischen Fakultäten und der schweizerischen Ärztesellschaft FMH gegründete Stiftung. Als eine der Hauptaufgaben sieht sie die Bearbeitung medizinischer und ethischer Fragen an. Sie publiziert als Hilfe für die in der Praxis tätigen Kolleginnen und Kollegen sogenannte „medizinisch - ethische Richtlinien“. Auch wenn diese keine Gesetzeskraft haben, genießen sie eine hohe moralische Anerkennung.

Im Jahre 2004 verabschiedete die SAMW die medizinisch-ethischen Richtlinien zur Betreuung von Patienten am Lebensende¹. Sie erregten - im Ausland eher mehr als im Inland - große Aufmerksamkeit, welche zum Teil durch Fehlinterpretationen zustande kam. Erarbeitet wurden die Richtlinien durch Ärztinnen und Ärzte in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachleuten, Theologinnen und Theologen sowie Ethikerinnen und Ethikern.

Die sog. „Beihilfe zum Suizid“ stand im Zentrum des öffentlichen Interesses in der Schweiz, wenn auch diese Form der Betreuung am Lebensende in absoluten Zahlen sehr gering ist. Die Suizidbeihilfe wird auch wegen dem sog. „Sterbetourismus“, wie er von Sterbehilfeorganisationen angeboten wird, sehr kontrovers diskutiert.

Für das Verständnis der interdisziplinär erarbeiteten Richtlinie der SAMW ist es wichtig, die spezifischen juristischen, gesundheitspolitischen und historischen Rahmenbedingungen in der Schweiz zu kennen. Bereits 1918 wurde die Beihilfe zum Suizid im schweizerischen Strafgesetzbuch (Artikel 115 StGB) explizit unter Straffreiheit gestellt, sofern die Beihilfe nicht aus eigennützigen resp. selbstsüchtigen Motiven geleistet wurde. Als dieser Artikel 1918 erlassen wurde, war dabei weniger die heute im Zentrum stehende Suizidbeihilfe bei terminal kranken resp. krankheitsbedingten Lebenszuständen im Vordergrund als vielmehr die Beihilfe zum Suizid aus privaten Gründen². Auch die starke, historisch gewachsene liberale Tradition in der Schweiz, welche jedes Verbot in der Wahrnehmung der Bürger als durch den Staat rechtfertigungspflichtig macht, spielt eine Rolle: Es gibt sicher Bürger, welche Suizidbeihilfe ablehnen, aber trotzdem - aus liberaler Denkhaltung - den Artikel 115 StGB nicht abgeschafft sehen wollen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Unterscheidung zwischen einer individual-ethischen und institutions-ethischen Sichtweise und Beurteilung.

Die Richtlinie „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“.

Ich möchte Ihnen gerne die Kernpunkte der Richtlinie vorstellen - insbesondere Fragen um die Problematik des assistierten Suizids. Die Richtlinie bezieht sich auf die Situation des einzelnen Menschen am Lebensende, d.h. auf eine Situation, „in der es klinische Anzeichen

eines Prozesses gibt, der erfahrungsgemäß innerhalb von Tagen oder einigen Wochen zum Tode führt“. Dabei werden die Patientenrechte soweit wie möglich be- und geachtet. Die Richtlinie darf damit nicht auf andere Situationen angewendet werden (wie z.B. bei psychisch oder körperlich schwer kranken, aber nicht am Lebensende stehenden Menschen).

Ist ein Patient nicht urteilsfähig, dann gelten die Vorgaben einer allenfalls bestehenden Patientenverfügung bzw. ist eine allenfalls designierte Vertretungsperson einzubeziehen³. Dabei gilt der Maßstab des „Handelns im wohlverstandenen Interesse“. Jeder Patient hat in dieser Phase das Anrecht auf eine gute palliative Betreuung und somit auf Symptombekämpfung, auch wenn dies die Restlebenszeit beeinflussen sollte.

Beihilfe zum Suizid ist eine Grenzsituation. Es kann hier für den Arzt ein schwer lösbarer Konflikt entstehen: Einerseits wird Beihilfe zum Suizid in den SAMW-Richtlinien nicht als Teil der ärztlichen Tätigkeit betrachtet, weil sie den Zielen der Medizin widerspricht. Auf der anderen Seite ist die Achtung des Patientenwillens grundlegend für die Arzt-Patienten-Beziehung. Diese Dilemma-Situation erfordert eine persönliche Gewissensentscheidung der Ärztin oder des Arztes, ob er oder sie im Einzelfall die Beihilfe leistet oder nicht. In jedem Fall besteht das Recht, eine solche Suizidbeihilfe abzulehnen. Entschließt sich der Arzt oder die Ärztin zu einer Suizidbeihilfe, trägt er oder sie die Verantwortung für die Prüfung der folgenden definierten Mindestanforderungen:

- a) Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nah ist.
- b) Alternative Möglichkeiten der Hilfestellung wurden erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt.
- c) Der Patient ist urteilsfähig, sein Wunsch ist wohlüberlegt, ohne äußeren Druck entstanden und dauerhaft. Dies wurde von einem Dritten, der nicht zwingend ein Arzt sein muss, überprüft.

Der letzte zum Tod führende Schritt muss auf jeden Fall durch den urteilsfähigen Patienten erfolgen. Dies ist zwingender Teil der „Beihilfe zum Suizid“ und grenzt die Handlung sowohl juristisch wie inhaltlich ab von der (strafbaren) „Tötung auf Verlangen“. Transparenz ist ein entscheidendes Kriterium in diesem Prozess. Der Arzt muss seine persönliche Gewissenshaltung kommunizieren und der gesamte Entscheidungsprozess ist zu dokumentieren. Auch sind nach dem Todeseintritt die Untersuchungsbehörden wie bei jedem nicht-natürlichen Todesfall einzuschalten.

Es sei nochmals erwähnt, dass Beihilfe zum Suizid entsprechend den SAMW-Richtlinien nur terminal kranken Menschen geleistet werden kann. Beihilfe zum Suizid bei Patienten, die zwar krank sind, aber deren Lebensende nicht absehbar ist, fällt nicht darunter.

Dies führt aktuell in der Schweiz zu Diskussionen, indem (wie oben erwähnt) der seit 1918 bestehende entsprechende Artikel des Strafgesetzbuches keine solchen diagnose- und prognosebezogenen Einschränkungen vorsieht.

Die SAMW-Richtlinien sind in diesem Kontext nicht „Gesetz“, sondern dienen den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen als Entscheidungshilfe in ihrer täglichen Alltagsarbeit - und werden als solche akzeptiert und geschätzt.

¹ Schweiz. Akademie der medizinischen Wissenschaften. Betreuung von Patienten am Lebensende; Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW. SAMW 2004. www.samw.ch.

² Fischer J. Die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften zur Suizidbeihilfe. Ethik Med. 2004; 16: 165-9

³ Siehe dazu die ganz neu erarbeiteten Richtlinien „Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung“ vom November 2005. www.samw.ch

Dr. A. Susanne Esslinger (Dipl.-Kff., Dipl. Psych. Ger.)

Wissenschaftliche und geschäftsführende Assistentin, Betriebswirtschaftliches Institut, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät der FAU Erlangen-Nürnberg

Cand. rer.pol. Simone Teufel

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät der FAU Erlangen-Nürnberg

Altersrationierung im Gesundheitswesen – Diskussion über ein Tabu

Sehr geehrte Damen und Herren,

der demographische Wandel in unserer Gesellschaft ist Ihnen allen bekannt. Für das Jahr 2050 erwarten Experten eine drastische Zunahme der Menschen in höheren Altersklassen, die einher geht mit einem Rückgang an Geburten. Parallel hierzu steigen die jährlichen Gesundheitsausgaben je Einwohner in der Bundesrepublik deutlich an. Dabei nehmen die Kosten im Alter überproportional zu. Eine Tatsache, die insbesondere im höheren Alter verstärkt zutrifft: Während der Anteil Hochbetagter (über 85-Jährige) an der Bevölkerung insgesamt nur 2,7 Prozent ausmacht, betragen die Krankheitskosten der Frauen in dieser Altersklasse 10,8 Prozent. Die Männer dieser Altersgruppe stellen 0,9 Prozent der Gesamtbevölkerung und verursachen 4,6 Prozent der Kosten.

Formen der Priorisierung im Gesundheitswesen

Seit mehr als 25 Jahren wird die „Altersrationierung“ in der Wissenschaft diskutiert. Einer ihrer bedeutendsten Vertreter ist David Callahan mit seinem Werk „Setting Limits“ (1987). Aber wie definiert sich Altersrationierung eigentlich?

„Altersrationierung ist ein Prozess, bei dem Patienten medizinische und paramedizinische Leistungen vorenthalten werden, obwohl diese geeignet wären, den Gesundheitszustand der Betroffenen zu verbessern bzw. eine Verschlechterung zu verhindern oder zu verzögern.“ Dabei sind verschiedene Formen der Rationierung erkennbar: Verzögerungen in der Behandlung, wie z. B. Wartelisten bei Transplantationen, Abschreckung, die z. B. durch Selbstbeteiligung der Patienten an den Kosten erfolgt, die Umlenkung der staatlichen Versorgungssysteme in den privaten Sektor, wie z. B. bei den Kosten für Zahnersatz, die Ausdünnung des Angebots, z. B. bei der Verordnung von Hilfsmitteln oder gar die direkte Altersrationierung in Form von z. B. der Vorenthaltung von Operationen. Ältere Menschen sind in der Regel umso stärker benachteiligt, je intransparenter ein System ist und je höhere Transaktionskosten notwendig sind.

Eine Befragung zur medizinischen Versorgung älterer Patienten

Eine aktuelle Befragung unter den 189 Mitgliedseinrichtungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatischer Einrichtungen e.V. sowie einer geriatrischen Klinik im Süddeutschen Raum, an der sich 69,35 Prozent der Adressaten beteiligten, brachte folgende Ergebnisse zu Tage: Auf die Aussage „Ältere Patienten werden in Zukunft besonders unter Einsparmaßnahmen zu leiden haben“ antworteten 56,5 Prozent mit „stimmt weitestgehend“ bzw. „stimmt voll und ganz“. Die Befragten betonten aber ausdrücklich, dass fixe kalendarische Altersgrenzen für die Zuteilung von medizinischen Leistungen nicht sinnvoll seien (98,4 Prozent). Als geeignetere Kriterien werden u. a. die Gesamtsituation, das biologische Alter (statt dem kalendarischen) und der Wille des Patienten angesehen. Ebenso stellten die Befragungsteilnehmer eindeutig klar, dass Rehabilitation (96 Prozent) und Prävention (83,7 Prozent) auch im hohen Alter wirkungsvoll seien. Laut der Untersuchung geht die Mehrheit

der Befragten (54 Prozent) davon aus, dass in der Realität bereits eine Rationierung zugunsten jüngerer Patienten stattfindet. Trotz einer vergleichbaren Ausgangslage erhielten die Älteren weniger Leistungen als Jüngere – dies scheint nicht nur die Ausnahme zu sein. Zudem beklagten die Einrichtungen, dass die Kostenträger oft einen zu geringen Behandlungszeitraum finanzierten. Dadurch könnten die eingeleiteten Maßnahmen ihre volle Wirkung nicht entfalten und ein optimales Behandlungsergebnis nicht erreicht werden. Erschwerend wurde geäußert, dass die Behandlung im Vorfeld der geriatrischen Versorgung häufig nicht optimal verlief. Vermutlich ist dies auf eine zu geringe Beachtung der speziellen Bedürfnisse der geriatrischen Patienten und der damit einhergehenden besonderen Anforderungen an deren Behandlung zurückzuführen. Empfehlenswert sind daher einschlägige Fort- und Weiterbildungen, auch außerhalb der Geriatrie.

Perspektiven der Priorisierung

Vielfältige Faktoren beeinflussen eine mögliche Priorisierung. Aspekte des Rechts, der Politik und der Ethik sind ebenso zu berücksichtigen wie Aspekte des Gemeinwohls einer Volkswirtschaft und die des Individuums. Die Menschenwürde und die natürliche Lebensspanne sind dabei genauso zu beachten wie der Grundsatz des Egalitarismus - das Verbot einer politisch-strukturellen Benachteiligung von Individuen und Gruppen. Auch zeigt sich ein möglicher Konflikt über die „sozialen Wertigkeiten, Wichtigkeiten und Würdigkeiten“ in einer Gesellschaft. Unbeachtet bleiben darf schließlich nicht der Konflikt zwischen ärztlicher Ethik und Rationalität, in dem Ärzte stehen können.

Aus unserer Sicht lässt sich folgendes Fazit ziehen:

Ein kollektiv finanziertes Gesundheitswesen ist ohne eine Begrenzung des Ressourceneinsatzes nicht denkbar und wünschenswert. Jedoch greift eine reine monetäre Kostennutzenbetrachtung zu kurz und neben der Rationalisierung im Gesundheitswesen, durch die Effizienzsteigerungen zweifelsohne zu erreichen sind, müssen Priorisierungsentscheidungen getroffen werden. Hierbei ist ein multidimensionaler öffentlicher Diskurs, mit mehr Transparenz und einer stärkeren Versachlichung notwendig. Nach einem solchen Dialog mit den Betroffenen werden vor allem (gesetzliche) Regelungen in Abstimmung mit den Beteiligten erforderlich. Dann festgelegte mögliche Prioritäten, nach denen Rationierung erfolgt, müssen schließlich periodisch überprüft werden.

Dr. Markus Gosch, MSc.

Chefarzt der Geriatrie Klinik Rosenheim,

Verantwortlicher und Organisator des 1. Internationalen Geriatrietages

Geriatric as Chance

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der gesellschaftlichen Diskussion ist das Alter häufig gleichgesetzt mit Krankheit. Dabei gerät in Vergessenheit, dass die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung die 7. Lebensdekade in Gesundheit erreicht und diese bis kurz vor ihren Tod bewahrt. Die Morbidität ist auf eine kurze Lebensspanne von wenigen Monaten vor Lebensende beschränkt. Laut einer Untersuchung des Statistischen Bundesamtes fühlen sich dementsprechend über 72 Prozent aller Menschen über 74 Jahren weder krank noch durch einen Unfall eingeschränkt!

Dennoch ist festzustellen, dass die Pflegebedürftigkeit mit dem Alter zunimmt. So sind in der Altersgruppe zwischen 85-89 Jahren fast 40 Prozent pflegebedürftig. Parallel steht das deutsche Gesundheitswesen vor einem Wandlungsprozess. In der öffentlichen Diskussion werden die steigenden Kosten ebenso ins Feld geführt wie die gesetzlich geforderte Wandlung des Krankenhausesektors. Die Verweildauer in den Krankenhäusern sinkt ebenso kontinuierlich wie die vorgehaltenen Betten und die Bettenauslastung. Im Gegensatz dazu steigen aber die Fallzahlen pro Jahr deutlich an. All dies lässt mich die Frage stellen, wo denn in Zukunft lebensältere Menschen betreut werden sollen? Neben den Veränderungen im Krankenhaussektor zeichnen sich auch gravierende soziale Veränderungen ab. Die Familie als Auffangnetz für pflegebedürftige ältere Menschen fällt zunehmend weg. Die Tendenz zu Singlehaushalten, auch oder gerade bei älteren Menschen, ist klar nachweisbar. Pflegeheime stellen zwar eine Alternative dar, allerdings erfüllen sie in aller Regel nicht die Wünsche der Senioren nach einem selbstbestimmten Lebensabend. Brauchen wir daher geriatrische Abteilungen, können sie eine Lösung darstellen?

Wir stellen paradoxerweise fest, dass geriatrische Erkrankungen im Akutkrankenhaus gleichzeitig unter- und überversorgt werden. Für eine bedarfsgerechte, auf die spezifischen Bedürfnisse geriatrischer Patienten zugeschnittene Versorgung sind die notwendigen Strukturen und Instrumente, wie z.B. das interdisziplinäre Team und das geriatrische Assessment, nicht umsetzbar.

Seit mehr als 20 Jahren belegen uns die Zahlen und Statistiken des GiB-DAT-Projekts, dass die älteren, häufig multimorbiden Patienten von den spezifischen Behandlungen an geriatrischen Kliniken profitieren. Die Bayerischen Daten zeigen eine Entlassung unserer Patienten ins häusliche Umfeld von 89 %. Eine Heimeinweisung wird in vielen Fällen für mehr als 12 Monate verhindert bzw. verzögert, was für die Menschen Lebensqualität und Selbstbestimmung bedeutet. Mehr noch, auch die Gesellschaft profitiert von der geriatrischen Behandlung. Die Pflegebedürftigkeit und damit die Kosten für die weitere Versorgung der älteren Menschen werden deutlich reduziert.

Trotz dieser positiven Zahlen gerät die Geriatrie immer mehr unter Druck. Im Zusammenhang mit der demographischen Entwicklung wird sie fälschlicherweise als einer der Kostentreiber im Gesundheitswesen dargestellt. Tatsache ist hingegen, dass die steigenden medizinischen Kosten nur zu etwa 1,5 % auf die veränderte Altersstruktur in Deutschland zurück-

zuführen sind. 98,5 % werden hingegen dem medizinischen Fortschritt zugeschrieben. Wir, die Geriater haben gelernt, den gordischen Knoten zwischen der Multimorbidität der älteren Menschen, dem medizinisch Machbarem und Sinnvollem unter stark eingeschränkten finanziellen Ressourcen zu lösen. Dies belegen Zahlen aus Österreich und der Bundesrepublik. Ein Patient in einem normalen Akutkrankenhaus „verursacht“ doppelt soviel Kosten wie ein Patient in einer geriatrischen Einrichtung.

Wir Geriater sind eine der kleinsten Fachgruppen, im Freistaat gibt es etwa nur 200 Ärztinnen und Ärzte mit dieser Spezifikation. Auch erfahren wir wenig Unterstützung. Daher sehe ich durchaus die Gefahr, dass die geriatrische Medizin ihrem ursprünglichen Auftrag, dem Erhalt der Selbstständigkeit der Menschen, nicht mehr gerecht werden kann. Die steigende Zahl schwerkranker Patienten in den geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen und der zunehmende Kostendruck von Seiten der Kostenträger könnte dazu führen, dass die bestehende hohe Qualität und die unbestreitbaren Erfolge der Geriatrie nicht mehr erhalten werden können bzw. darzustellen sind.

Die Geriatrie bietet viele Möglichkeiten, sowohl für den Patienten als auch für die Kostenträger. Man muss die Voraussetzungen schaffen, damit die Geriatrie ihre erfolgreiche Arbeit fortsetzen kann. Dazu ist ein klares politisches Bekenntnis sowie die Schaffung der erforderlichen Rahmenbedingungen unumgänglich.

Denn bei allen notwendigen Diskussionen sollten wir wichtige Aspekte nicht verdrängen. Die demographische Veränderung stellt zwar eine große Herausforderung dar, aber die Geriatrie kann aktiv helfen, die Herausforderung anzunehmen und zu lösen. Auch werden die Kosten für eine geriatrische Versorgung aus den genannten Gründen steigen, aber die Geriatrie ist eine der kostengünstigsten Fachdisziplinen überhaupt. Zugleich stellt sie aber auch Spitzenmedizin dar. Wir sollten jedoch vor allem einen Aspekt in den Mittelpunkt der Diskussion stellen. Die Geriatrie und die Geriatisierung der Gesellschaft sind nicht nur ein Problem, sondern wir sollten beides als Chance wahrnehmen. Sowohl in Bezug auf Fragen der Ethik, der Sozialpolitik, aber auch in Bezug auf den Wirtschaftsfaktor Gesundheit. Um die gebotenen Chancen nützen zu können, müssen wir sie rechtzeitig erkennen.

Lassen Sie mich mit einem abgewandelten Zitat von Julius Moses enden. Er sagte „Medizin ohne Politik gibt es nicht“. Heute möchte ich dies gerne abwandeln: „Geriatrie ohne Politik gibt es nicht“.

Prim. Prof. Dr. Franz Böhmer

Ärztlicher Direktor des Sozialmedizinischen Zentrums am Sopienspital, Wien

Geriatrische Aus-, Fort- und Weiterbildung in Österreich – Bestandsaufnahme der derzeitigen Situation

Sehr geehrte Damen und Herren,

auch die Krankenhauslandschaft in Österreich ist im Wandel begriffen. Eine der zentralen Fragestellungen dabei ist, welche spezifischen Anforderungen die Betreuung geriatrischer Patienten an die stationäre Akutversorgung stellt. Daraus leitet sich auch ab, welche neuen Leistungsangebote der Kliniken erforderlich sind.

Österreich kann bereits auf eine längere Tradition der geriatrischen Versorgung zurückblicken. Seit fast zwei Jahrzehnten bestehen in Österreich Modellkrankenhäuser für Geriatrie im Akutbereich. Besonders möchte ich die Abteilungen in Hochzirl, Klagenfurt, Villach und Salzburg hervorheben. Aber auch die ehemalige Poliklinik in Wien ist, wie die anderen genannten Abteilungen, über die Landesgrenzen hinaus bekannt. Die in den Modellkrankenhäusern gewonnenen Erfahrungen wurden im Auftrag des Strukturfonds vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen gesammelt und publiziert.

Aus den Erfahrungen in den Modellkrankenhäusern entwickelten namhafte Experten zunächst die „Expertise zur Geriatrie“, die 1998 vorgelegt wurde. Im folgenden Jahr folgten die „Standards in der Akutgeriatrie“, die 1999 veröffentlicht wurden.

Die Ergebnisse der beiden Studien schlugen sich auch in der Politik nieder. Im Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan für das Jahr 2001, der vom Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen fortgeschrieben und veröffentlicht wird, wurde erstmals eine „Bettenumschichtung“ zu Gunsten der Akutgeriatrie vorgenommen.

Ein weiterer wichtiger Schritt war die Entwicklung und Erarbeitung eines für ganz Österreich einheitlich geltenden Assessments für die Akutgeriatrie, das in Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen erarbeitet wurde. Derzeit beschäftigen sich die Experten mit der Etablierung eines Benchmark-Systems für die genannten Abteilungen.

Kongresse und Veranstaltungen

Seit einem halben Jahrhundert finden in Österreich internationale Geriatriekongresse, Tagungen und Fortbildungen statt. Erstmals organisierte Professor W. Doberauer 1956 den österreichischen Geriatriekongress mit internationaler Beteiligung in Bad Hofgastein. Als weitere bedeutsame Fortbildung ist das „Vienna Symposium for Experimental Gerontology“ zu erwähnen, welches alle zwei Jahre stattfindet und erstmals 1976 vom Institut für Physiologie der Veterinärmedizinischen Universitätsklinik organisiert wurde.

Daneben haben sich weitere Tagungen und Kongresse wie der Südösterreichische Geriatriekongress, Allgemeinmedizin und Geriatrie, u.v.m. etabliert.

Gemeinsam mit dem Ludwig Boltzmann Institut für Altersforschung veranstaltet die Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG) seit vielen Jahren zweimal jährlich eine Wissenschaftliche Abendveranstaltung in der Gesellschaft der Ärzte in Wien, die auf eine breite Resonanz stößt.

Auch internationale Tagungen und Kongresse werden regelmäßig in unserem Land ausgerichtet. Zuletzt fand 2004 der „4th Congress of the European Union Geriatric Medicine Society“ im Austria Center in Wien mit großem Erfolg statt.

Die seit langem bestehende Zusammenarbeit der DGG und der ÖGGG wurde im Bereich der Kongressaktivitäten neu koordiniert und intensiviert und eine neue Kongressabfolge festgelegt. An geraden Jahren findet der gemeinsame Deutsch-Österreichische Geriatriekongress in Berlin, an ungeraden Jahren der Österreichisch-Deutsche Geriatriekongress in Wien statt.

Wissensvermittlung durch die Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie

Ein besonderes Anliegen der ÖGGG ist die Wissensvermittlung neuer Erkenntnisse der Geriatrie an die Allgemeinmedizin, die ja die Basis jedes geriatrischen Handelns darstellt und zum überwiegenden Teil für die Qualität der Versorgung geriatrischer Patienten verantwortlich ist. Entwickelt wurden daher verschiedene Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen.

Das Geriatriediplom

Derzeit ist das Geriatriediplom der Österreichischen Ärztekammer die einzige Form der Weiterbildung, die zu einem Titel verhilft in dem „Geriatrie“, als führungsfähige Bezeichnung existiert. Erstmals wurde es 1989 angeboten und aufgrund der großen Nachfrage weiterentwickelt.

Das Ausbildungsangebot richtet sich in erster Linie an Ärzte für Allgemeinmedizin und an Fachärzte, insbesondere der Inneren Medizin und Neurologie, aber auch Fachärzte der übrigen Sonderfächer sind herzlich eingeladen, diese Ausbildung zu absolvieren. Auf Grund der hohen Attraktivität dieser Diplomveranstaltung haben wir im Dezember 2005 der 1.000 Kollegin das Geriatriediplom überreichen dürfen. Inzwischen hat sich das Geriatriediplom weiterentwickelt. Seit 1996 ist es ein Lehrgang mit universitärem Charakter, das im Schloss Hofen unterrichtet wird.

Ausblick

Bald sind es 100 Jahre her, dass das Wort „Geriatrie“, erstmals publiziert wurde. 1909 stellte Dr. Ignaz Leopold Nascher seine Überlegungen im „New York Medical Journal“ vor, drei Jahre später veröffentlichte Dr. Nascher das erste Lehrbuch und gründete die „Society of Geriatrics“ in New York. Dennoch ist die Geriatrie ein junges Fach, das aber ungeahnte Entwicklungsmöglichkeiten und lohnende Aufgaben bietet.

Dabei sollten wir aber nicht vergessen, was die Geriatrie ist:

Sie ist keine Subspezialität im herkömmlichen Sinn, sondern eine Supraspezialität, die Somatisches und Psychisches integriert und eine wichtige Rolle in der Prävention innehat.

Dr. med. Jens Trögner
Klinikum Nürnberg, Medizinische Klinik 2 - Geriatrie

Schlussfolgerungen aus GiB-DAT

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Jahr 2000 wurde das Projekt „Geriatrie in Bayern – Datenbank“, besser bekannt als GiB-DAT begonnen. Das Ziel war und ist der Aufbau einer gemeinsamen Datenbank für geriatrische Behandlungsfälle in Bayern. Die Datenbank dient der Qualitätssicherung, speziell unter dem Aspekt des Benchmarkings. Es wurden verbindliche Standards formuliert, die von den geriatrischen Einrichtungen anerkannt werden. Für die Ärztliche Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Geriatrie in Bayern e.V. (AFGiB) und das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen bildet GiB-DAT eine umfassende Datengrundlage für weitere Initiativen.

Zahlreiche Forschungsprojekte begleiten GiB-DAT, die inzwischen größte Datenbank für Geriatrische Rehabilitation in Europa.

Die Unterstützung und Beteiligung der 62 bayerischen geriatrischen Einrichtungen ist positiv. 50 der Einrichtungen beteiligen sich aktiv und stellen ihre Daten zur Verfügung. Rund 90 % der Bettenkapazität in der vollstationären Rehabilitation, 100 % der tagesklinischen Behandlung und knapp 30 % der akutstationären Versorgung sind in der Datenbank abgebildet.

Nach einer Anschubfinanzierung über drei Jahre durch das Bayerische Sozialministerium und die Bayerische Landesstiftung wird das Projekt nun von den Kliniken selbst getragen. Dies belegt, dass die Implementation tatsächlich gelungen ist. Ein weiterer Beleg ist die überaus gute Datenqualität, insofern als die Dokumentationsvollständigkeit verglichen mit ähnlichen Projekten sehr hoch ist. Dass so viele Einrichtungen sich aktiv und langfristig einbringen ist teilweise der eigens entwickelten Dokumentations-Software GERIDOC™ zu verdanken. Die überdurchschnittlich gute Datenlage ist repräsentativ für die geriatrische Versorgungssituation in Bayern.

Benchmarking

Verschiedene Analysen typischer Benchmarking-Parameter zeigen, dass ein korrekter Vergleich zwischen den geriatrischen Einrichtungen nur möglich ist, wenn Confounder im Sinne relevanter Einflussparameter berücksichtigt werden und in die Bewertung mit einfließen. Ein solcher Parameter ist beispielsweise der Schweregrad einer unter Umständen vorliegenden Demenz. Die Unterschiede im Ranking der Kliniken hinsichtlich des Rehabilitationserfolgs, gemessen mit dem Barthel-Index, lassen sich zum allergrößten Teil auf Unterschiede bei den Patientenmerkmalen zurückführen. Somit ist die Leitungsfähigkeit der an GiB-DAT beteiligten Kliniken relativ homogen.

Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass eine geriatrische Rehabilitation auch dementen Patienten zugute kommt. Dies zeigt sich bei dem Barthel-Index, der die Aktivitäten des täglichen Lebens bewertet. Demente Patienten verzeichnen durch eine geriatrische Reha zwar einen geringeren Zugewinn an Selbstständigkeit als Patienten, die nicht dement sind. Die

Daten belegen aber auch bei Dementen eine hochsignifikante Verbesserung der Fähigkeiten der Aktivitäten im täglichen Leben durch die Rehabilitation.

Zeitreihen in GiB-DAT

Seit fünf Jahren dokumentieren 20 geriatrische Einrichtungen regelmäßig alle Behandlungsfälle. Auf dieser guten Datengrundlage ist es möglich, Zeitreihenanalysen zu erstellen. Einige der Ergebnisse möchte ich Ihnen gerne vorstellen.

Im genannten Zeitraum ist signifikant, dass die funktionellen Kapazitäten der Patienten bei der Aufnahme abgenommen haben. Parameter für die Bewertung waren der Barthel-Index und die Gehfähigkeit der Patienten.

Wie im gesamten Gesundheitswesen hat sich auch die Vorverweildauer in den Eingeriatri-schen Einrichtungen stark verkürzt (-15 %). Im Durchschnitt ist die Verweildauer in der Geri-atric um 1,4 Tage gesunken.

Dies bedeutet aber nicht, dass die erbrachte Leistung geringer wurde, wie anhand der Bar-thel-Differenz deutlich wird. Diese ist ein anerkannter Parameter für den Erfolg der Rehabili-tation und ist im genannten Zeitraum weitgehend konstant geblieben.

Im Umkehrschluss müssen wir also konstatieren, dass es zu einer deutlichen Leistungsver-dichtung in der geriatrischen Rehabilitation gekommen ist, die durch die Einrichtungen be-wältigt wurde. Dies belegen auch weitere Informationen über die Patienten. Insgesamt stel-len wir fest, dass die Multimorbidität in den vergangenen Jahren spürbar zugenommen hat.

Weiterhin ergab die Analyse, dass in den vergangenen Jahren die Rückverlegung der Pati-enten in ein Akutkrankenhaus zugenommen hat. Die Rate an Rückverlegungen in die akut-stationäre Behandlung lässt auf eine erhöhte medizinische Instabilität der Patienten schlie-ßen.

Prof. Dr. Cornel Christian Sieber
Lehrstuhl Innere Medizin – Geriatrie der FAU
Institut für Biomedizin des Alterns
Zentrum für Altersmedizin, Klinikum Nürnberg

Qualitätssicherung und Benchmarking in Bayern (Auszüge aus dem Vortrag)

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Qualitätssicherung und dem Benchmarking kommen in der Geriatrie große Bedeutung zu. Dies sieht auch der Gesetzgeber so, weswegen in § 111 folgender Passus aufgenommen werden soll: „Es muss für die geriatrischen Reha-Einrichtungen ein Qualitätssicherungs-Rehaverfahren entwickelt und anschließend verpflichtend eingeführt werden“. Die Ausschreibung erfolgte durch die Spitzenverbände der Krankenkassen im Spätsommer 2005. Dieser Termin konnte nicht eingehalten werden, derzeit geht man von einem Termin im Herbst 2006 aus. Man hört aber, dass eventuell auch dieser Termin nicht eingehalten werden kann, sondern eher 2007 wahrscheinlich ist.

Beweggründe für das Projekt

Lassen Sie mich bitte kurz die Beweggründe für unser Projekt erläutern: Wir können davon ausgehen, dass der Gesetzgeber eine externe Qualitätssicherung festschreiben wird. Bislang wurde für die indikationsspezifische Rehabilitation das Verfahren des Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung e.V. erhoben. Aus unserer Sicht ist dieses Verfahren für die Geriatrie nicht praktikabel. Es ist als alleinig auf dem Peer-Review-Verfahren aufgebaut und damit nur schwer handhabbar, die Arztbriefe umfassen bis zu 12 Seiten, entsprechen laut Aussagen direkt Betroffener mehr einer auf die Reviewer orientierten „Faktorenanalysen-Lyrik“ und sind somit für den nachbetreuenden Kollegen nur schlecht lesbar. Zudem erfordern die mehreren seitenlangen Fragebögen einen hohen Arbeitsaufwand. Auch sind die Kosten pro Klinik mit über 10'000 Euro pro Akkreditierung hoch. Zudem sollte die Qualitätssicherung in einem Spezialfach auch aus diesem heraus erfolgen, damit eben gerade die Qualität auch fachgerecht und fachspezifisch erfolgen kann und letztlich auch muss. Also: Die Qualität innerhalb der Geriatrie sicher die Geriatrie selbst!

Institut für Qualitätssicherung in der Geriatrie (IQG) an der FAU

Derzeit ist das „Institut für Qualitätssicherung in der Geriatrie“ in der Aufbauphase und soll an das Institut für Biomedizin des Alterns in Nürnberg – welches zum Lehrstuhl für Geriatrie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) gehört - angegliedert werden. Idealerweise soll das Institut als eingetragener Verein aufgestellt werden und folgende Mitglieder ihm angehören:

- 4 Mitglieder der FAU
- 3 Mitglieder des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) Bayern
- 3 Mitglieder bundesweit über die Bundesgemeinschaft der Klinischen-Geriatriischen Einrichtungen (BAG)

In diesem Sinne haben wir ein breit-vernetztes Instituts-Konstrukt an der FAU angesiedelt, dass eben diese wichtige bundesweite Aufgabe auch schultern könnte.

Inhaltlich werden aktuell die verschiedenen Dimensionen der Qualitätssicherung für unser Fach in drei Arbeitsgruppen auf die folgenden Qualitäts-Dimensionen stringent definiert:

- die Strukturqualität
- die Prozessqualität
- die Ergebnisqualität

Große Bedeutung hat dabei, dass wir eine sinnhafte, also aussagekräftige Menge an Datensätze aufnehmen, verwerten und dabei die spezifischen geriatrischen Daten erhalten, die wir für unsere Arbeit benötigen. Dabei können wir uns zum Beispiel bei der Erfassung des Datensatzes an Vorhandenes anlehnen bzw. orientieren. Den ICF mit seiner globalen Bedeutung werden wir dabei mit berücksichtigen. Bei der Planung und Umsetzung möchten wir uns an einem Ausspruch von Albert Einstein orientieren: „Alle Dinge sollten so einfach wie möglich gemacht werden; aber auch nicht einfacher“. Nachdem bis anhin schon fast ein Dutzend Sitzungen mit den drei Arbeitsgruppen erfolgt sind kann ich sagen, dass uns dies auch gelingen wird.

Sicherlich werden wir auch neue Fragestellungen entwickeln und beantworten müssen. Eine zentrale Frage für die Qualitätssicherung – die auch differenzierter als bis anhin in anderen Rehabilitations-Bereichen erfolgen muss - wird sein, ob das Ziel der Rehabilitation erreicht worden ist. Differenzierter deshalb, als gerade beim multimorbiden betagten Menschen kleine, aber sehr exakt definierte Rehabilitationsergebnisse, für die Selbständigkeit und damit Lebensqualität ganz zentral wichtig sind. So glauben wir, dass der Barthel-Index alleine nicht aussagekräftig genug ist, denn in die Bewertung müssen auch die Wünsche der älteren Menschen einfließen. Also: Konnte die Funktionalität, die Selbständigkeit und die Lebensqualität erreicht werden, die sich der Patient erhofft hatte?

Ziele der externen Qualitätssicherung

Wir erhoffen uns von der externen Qualitätssicherung Vorteile auf verschiedenen Ebenen. So gewährleistet zum Beispiel die Qualitätssicherung eine verbesserte Transparenz zwischen den geriatrischen Einrichtungen. Sie bietet auch die Grundlage für eine objektive Bewertung und einen Vergleich der Einrichtungen. Auch die beteiligten Einrichtungen selbst profitieren, denn die Qualitätssicherung kann als Input und Rückmeldung verstanden werden (benchmarking). Die geriatrischen Einrichtungen und Kliniken befinden sich auch immer mehr in einer wechselseitigen Konkurrenzsituation; so kann die Qualitätssicherung auch als Maßstab dienen, wer wo wie agiert. Es wäre naiv zu meinen, dass die Qualitätssicherung mittelfristig nicht auch ein Instrument sein wird, um Allokations-Fragen anzugehen, respektive eine Belegungssteuerung vorzunehmen. Dies mag Einige beunruhigen, aber auch hier gilt: Wenn dies schon vermehrt kommen wird, so sollten wir am Entscheidungsprozess zentral mitarbeiten können.

Die Ankündigung und Planung des „Instituts für Qualitätssicherung in der Geriatrie“ an der FAU hat einen weiteren positiven Effekt. Denn bereits durch die Ankündigung der Gründung zeigte sich, dass Konkurrenz das Geschäft belebt. So suchen andere künftige Mitbewerber wie das Hochrhein-Institut nach neuen Kooperationen. Übergeordnet muss das Ziel ja sein, dass die Qualitätssicherung in der geriatrischen Rehabilitation fachlich hochstehend, im

praktischen Leben praktikabel und letztendlich zum Wohle der uns anbefohlenen Betagten auch weiterhin erfolgen kann.

Lassen Sie mich am Ende noch einige Worte zum Thema Benchmarking verlieren. Suchen Sie bei Google nach „Geriatrics and Benchmarking“, bekommen Sie mehr als 230.000 Hits angezeigt. Das zeigt uns, wie aktuell das Thema bereits ist.

Bayern hat in den vergangenen Jahren im Bereiche der Geriatrie und Qualitätssicherung sehr viel geleistet. Dies erfolgte und erfolgt über die „Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Geriatrie in Bayern e.V.“ (AFGIB) mit der ihr eigenen Datenbank GIB-DAT (Geriatrie in Bayern Datenbank) mit der speziell hierfür konzipierten Software GERIDOC. Diese Datenbank ist im Bereiche der geriatrischen Rehabilitation nicht nur bundesweit, sondern aufgrund ihrer „user-friendliness“ und damit garantierten Konsistenz (25'000 neue Datensätze pro Jahr) auch international einmalig. Nicht nur die Quantität der Daten ist beeindruckend, sondern insbesondere deren Homogenität der Daten überzeugt. Ich darf dies um so mehr sagen, als ich an dieser Pionierarbeit ja nicht beteiligt war.

Solche Datenbanken sind immens wichtig, denn sie sind die Basis für die kommende Planung und Umsetzung der Versorgungspolitik innerhalb der Geriatrie in den kommenden Jahren. So ist denn Versorgungsforschung über die GIB-DAT Datenbank ein wichtiges Instrument, dass die Qualitätssicherung für das aufgrund des demographischen Wandels so zentrale Fachgebiet wie die Geriatrie erst ermöglicht und garantiert. Die Eckpfeiler von GIBDAT sind deshalb auch für eine breitere Leserschaft im Druck (P.S.: unterdessen publiziert – Trögner J et al. Z Gerontol Geriatr 2006;39:126-133 sowie 134-142).

So wünsche ich uns Allen, die sich für die Geriatrie und für heute einmal speziell für die geriatrische Rehabilitation stark machen, dass die kommende obligatorische Qualitätssicherung unser Fach weiter zu stärken vermag, und damit letztendlich die Versorgung der Betagten qualitativ aufrecht erhalten und noch weiter verbessert werden kann.

Magister Elisabeth Pochobradsky
ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen)

Geriatrische Bedarfsplanung und Qualitätssicherung in Österreich

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) ist ein Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit. Die Aufgabenschwerpunkte umfassen die Bereiche Forschung, Planung, Beratung, Dokumentation, Information.

Einer der zentralen Arbeitsbereiche des ÖBIG ist die „Alten-, Langzeit- und psychosoziale Versorgung“. Zudem bietet das ÖBIG zahlreiche Dienstleistungen für externe Kunden an: Benchmarking für Krankenanstalten, Ergebnisqualitäts-Register („EQ-Register“), z. B. zu Lungenkrebs, Hüftgelenksimplantationen, Herzoperationen; Koordinationsbüro Transplantationswesen (Widerspruchsregister), Österreichisches Gesundheitsinformationssystem, Österreichischer Spitalskompass und vieles mehr.

Lassen Sie mich Ihnen bitte zu Beginn die Definition der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) vorstellen: Die Akutgeriatrie/Remobilisation verstehen wir als eine Abteilung bzw. ein Department, das an die Innere Medizin oder an die Neurologie angegliedert ist. Selbstverständlich ist die AG/R fächerübergreifend organisiert. Sie übernimmt nicht nur die Primär-, sondern ebenso auch die Sekundärversorgung der Patienten. Ein entscheidendes Kennzeichen ist, dass ein geriatrisches, interdisziplinäres Team die Betreuung und Versorgung der Patienten wahrnimmt und nach einem multidimensionalen Behandlungs- und Betreuungsangebot arbeitet.

Mit diesem Konzept sollen folgende Ziele erreicht werden:

- im Vordergrund steht die Behandlung und Therapie der akuten Erkrankung
- Wiederherstellung und Erhaltung der Fähigkeit des älteren Menschen, weitgehend selbstständig die Lebensführung gestalten zu können
- Prävention weiterer Funktionsverluste
- Erhöhung von Lebensqualität
- Reintegration in das eigene Umfeld

Um diese Ziele auch sicherstellen zu können, wurden eindeutige Qualitätsstandards und -anforderungen formuliert. Die Ausstattung mit qualifizierten Medizinerinnen und Pflegepersonen wurde ebenso berücksichtigt wie die technische Ausstattung und das Raumangebot. Große Bedeutung liegt dabei natürlich auf dem eigentlichen Leistungsangebot. Dazu gehören ein geriatrisches Assessment, wöchentliche Evaluierung von Therapieerfolgen, funktionsverbessernde bzw. -erhaltende und reintegrierende therapeutische Maßnahmen; reaktivierende Pflege, Angehörigenarbeit und eine geriatrische Spezialambulanz. Die geriatrische Abteilung muss dabei eine Mindestgröße von 24 Betten haben.

Ziele des AG/R-Projekts

Durch das AG/R-Projekt möchten wir engere Vernetzung der bereits bestehenden und vor allem der in Gründung befindlichen AG/Rs schaffen. Selbstverständlich bieten wir diesen Einrichtungen auch eine Beratung an, ebenso stellen wir ihnen hilfreiche Informationen zur Verfügung. Ein weiterer Aspekt des Projekts ist das Monitoring der neuen Einheiten.

Als dritten, sehr wichtigen Aspekt möchte ich die Entwicklung von gemeinsamen Qualitätssicherungsmaßnahmen erwähnen.

Procedere und Ergebnisse 2005

Im vergangenen Jahr organisierte das ÖBIG ein Diskussionsforum für die Vertreterinnen/Vertreter der bestehenden und geplanten AG/R-Einheiten. Insgesamt waren dabei 65 Teilnehmerinnen/Teilnehmer aus 36 Krankenanstalten vertreten. Als weiterer Schwerpunkt wurde bereits 2002 die „Arbeitsgruppe Qualitätsentwicklung“ zur Entwicklung von QS-Maßnahmen (v.a. Geriatrisches Assessment) ins Leben gerufen. Im Zuge des Projekts werden ebenso Struktur- und Prozessqualität in den bestehenden AG/R-Einheiten evaluiert.

Geriatrische Bedarfsplanung und Umsetzung

Laut den Vorgaben und der Bedarfsplanung des ÖKAP/GGP aus dem Jahr 2003 sollten bis zum Jahr 2005 rund 2.100 AG/R Betten an 61 Krankenhäusern vorhanden sein.

Folgende Parameter flossen in die Bedarfsplanung ein:

- Anzahl der Patienten, die 65 Jahre und älter waren und länger als 21 Tage im Krankenhaus behandelt wurden (davon angestrebte „Rehabilitationsquote“: 50 %);
- Bedarf einer „Rehabilitationsphase“ von durchschnittlich 28 Tagen;
- 90 % Soll-Auslastung in Bezug auf die Betten der AG/R-Einheiten.

Dieses Ziel wurde verfehlt. Laut den Zahlen des ÖKAP/GGP von Ende 2005 gab es landesweit nur 28 Abteilungen und Departments. Auch die tatsächliche Bettenzahl wurde nicht erreicht - sie lag bei insgesamt nur 897 Betten.

Wir gehen davon aus, dass der Bedarf an geriatrischen Abteilungen und vorgehaltenen Betten in den kommenden Jahren stetig steigen wird. So gehen die Planungen für das Jahr 2010 von einem Bedarf in Höhe von ca. 3.700 AG/R-Betten aus; 2020 steigt die Zahl auf ca. 4.200 und im Jahr 2030 auf 5.000 Betten.

Dr. Gabriele Hartl

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

Geriatrische Einrichtungen in Bayern – ist der Bedarf bereits überschritten?

Die Bayerische Staatsregierung hat bereits 1990 mit der Entwicklung eines Geriatriekonzepts auf die demographische Entwicklung reagiert. Der Schwerpunkt wurde unter Beachtung des sozialpolitischen Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ auf den Aufbau eines wohnortnahen Netzes an geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen gelegt. Das damalige Ausbauziel von 2400 Betten der geriatrischen Rehabilitation ist heute erreicht und mit inzwischen 2660 Betten an 62 Einrichtungen sogar übertroffen. Große weiße Flecken gibt es nicht mehr. Fast überall ist ein dichtes Netz an wohnortnahen Einrichtungen vorhanden.

Keine Bedarfsprüfung im Rehabilitationsbereich – aber: Direktionsrecht der Kassen

Seit dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 23.07.2002 ist für die Zulassung stationärer Rehabilitationseinrichtungen keine Bedarfsprüfung durch die Kostenträger mehr erforderlich. Dies führte in den letzten Jahren zu einer vermehrten Zulassung geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen und konsekutiv zu einem verstärkten Konkurrenzdruck auf bestehende Einrichtungen. Vom 31.12.2002 – 31.12.2005 gingen 18 neue geriatrische Rehabilitationsabteilungen mit insgesamt 578 zusätzlichen Betten in Betrieb.

Art, Umfang, Dauer, Beginn und Durchführung der Rehabilitationsleistung sowie die Rehabilitationseinrichtung bestimmen die Krankenkassen nach ihrem gesetzlich festgelegten Direktionsrecht (§ 40 Abs. 3 SGB V).

Dass die Auslastung der geriatrischen Rehabilitation mit der starken Zunahme der Bettenkapazität nicht Schritt halten konnte, machen Daten aus der Rehabilitationsstatistik deutlich: Im Zeitraum von 2001 bis 2004 ist die Anzahl der Betten um 14 % gestiegen während die Bettennutzung im gleichen Zeitraum um 13,7 % deutlich gesunken ist. Die Fallzahlen sind um insgesamt 2,4 % gestiegen. Die Verweildauer sank in demselben Zeitraum von 25,1 Tage auf 24,2 Tage.

Geriatric-DRGs - eine Bedrohung der geriatrischen Rehabilitation?

Das diagnoseorientierte Fallpauschalensystem zur Vergütung von Krankenhausleistungen eröffnet seit 2004 die Möglichkeit, Fallgruppen zur „frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung“ abzurechnen. Damit diese Fallgruppen nicht zu einer Bedrohung der geriatrischen Rehabilitation werden, ist auf ihre, dem 5. Sozialgesetzbuch entsprechende, gesetzeskonforme Weiterentwicklung besonders zu achten. Das heißt, dass die Fallgruppen nur die akutstationäre Behandlung umfassen und keine Anteile der weiterführenden Rehabilitation enthalten dürfen. Sie dürfen eine fallabschließende Behandlung nur dann ermöglichen, wenn die rehabilitativen Maßnahmen innerhalb der Akutbehandlung tatsächlich abgeschlossen werden können.

Das Bundesgesundheitsministerium hat im Jahr 2004 mit den Ländern eine definitorische Abgrenzung von Frührehabilitation und Rehabilitation erarbeitet. Die Definition besagt im Kern:

- Frührehabilitation ist dadurch gekennzeichnet, dass akutstationärer Behandlungsbedarf besteht bei gleichzeitigem Rehabilitationsbedarf.

- Medizinische Rehabilitation ist gegenüber der Frührehabilitation dahingehend abgrenzbar, dass bei bestehendem Rehabilitationsbedarf akutmedizinischer Behandlungsbedarf nicht oder nur in geringem Ausmaß (Phase C der neurologischen Rehabilitation) erforderlich ist.

Die Beachtung dieser gesetzeskonformen Abgrenzung zwischen Frührehabilitation und Rehabilitation ist umso wichtiger, da geriatrische Leistungen im Bundesgebiet mit unterschiedlichen Schwerpunkten, entweder als Frührehabilitation oder als weiterführende Rehabilitation, erbracht werden.

Weiterentwicklung der Geriatrie - Erhalt der geriatrischen Rehabilitation in Bayern

Zur Weiterentwicklung unseres Geriatriekonzepts haben wir im Herbst 2003 einen Expertenkreis einberufen, dem Vertreter aller Institutionen und Organisationen angehören, die sich mit der Versorgung älterer Menschen befassen. Der Expertenkreis tagt regelmäßig, diskutiert aktuelle Themen und erarbeitet Vorschläge zur weiteren Verbesserung der Versorgung. Er dient als Runder Tisch durch Austausch von Informationen auch der Vernetzung vorhandener Initiativen. Durch die Tagungen des Expertenkreises sind bereits einige Initiativen und Kooperationen angestoßen worden.

Auch der Krankenhausplanungsausschuss hat sich mit der Situation der Geriatrie befasst: Die Partner im Gesundheitswesen haben in der Sitzung am 29.03.2004 einstimmig beschlossen, dass die bewährte geriatrische Rehabilitationsstruktur in Bayern erhalten bleiben muss. Zudem sollen akutgeriatrische Leistungen ausschließlich in bereits vorhandenen akutstationären Kapazitäten erbracht werden. Das bedeutet, dass der Schwerpunkt der bayerischen Geriatrie auch weiterhin in der Rehabilitation liegen wird. Es ist nicht beabsichtigt, Rehabilitationskapazitäten in akutstationäre Betten umzuwidmen.

Erfolg der geriatrischen Rehabilitation

Die Auswertung der Daten der Geriatrie in Bayern Datenbank (GiB-DAT) zeigt den Erfolg der geriatrischen Rehabilitation: Heimeinweisungen und Pflegebedürftigkeit werden vermieden, die Fähigkeiten zur Bewältigung des täglichen Lebens werden deutlich gesteigert. Die Geriatrische Rehabilitation erfüllt damit den Anspruch, die gesundheitsbezogene Lebensqualität der älteren Menschen zu verbessern und ist ein wichtiger Baustein in der medizinischen Versorgung der älteren Bevölkerung.

Zukunft der Geriatrie: Vernetzung

Die Zukunft der Geriatrie liegt vor allem in einer Vernetzung der Strukturen. Die Vernetzung ist Herausforderung und Chance zugleich für bereits bestehende Einrichtungen. Es geht darum, alle Versorgungsbereiche mit einzubeziehen. Defizite bestehen noch im ambulanten Bereich, wo es bisher nur vereinzelte geriatrische Versorgungsangebote gibt. In Zukunft sollten intelligente Konzepte der integrierten Versorgung eine wichtige Rolle spielen, die die Schnittstellenproblematik im akutstationären, rehabilitativen und ambulanten Bereich bewältigen. Zudem ist eine Vernetzung mit gerontopsychiatrischen Behandlungsangeboten sinnvoll. Unser gemeinsames Ziel muss es sein, die geriatrische Versorgung zu einem sektorenübergreifenden System mit hoher Qualität in allen Bereichen zu entwickeln.

Dr. Helmut Platzer
Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern

Können / müssen wir uns die Geriatrie leisten?

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Geriatrieversorgung ist ein Leistungsangebot, das sich in den letzten 15 Jahren im Gesundheitswesen in Deutschland etabliert hat. Wie bei neuen Versorgungsformen typisch, ist die Versorgung der Bevölkerung mit stationärer geriatrischer Rehabilitation in den einzelnen Bundesländern nicht einheitlich geregelt. Während einige Bundesländer auf ein Angebot im Rahmen der Akut-Krankenhausbehandlung setzen, haben andere Bundesländer das Versorgungsangebot ausschließlich im Bereich der Rehabilitation angesiedelt. Einzelne Bundesländer haben aber auch ein „Mischsystem“ entwickelt.

Bayern hat in Abstimmung mit der Krankenhausplanung die Geriatrie im Sektor der medizinischen Rehabilitation angesiedelt. Dies scheint aus heutiger Sicht der fachlich richtige Weg zu sein.

In den letzten zehn Jahren erfolgte in Bayern ein zügiger Ausbau der geriatrischen Rehabilitation. Dabei wurden aus planerischer Sicht ca. 45 Einrichtungen für erforderlich gehalten, um ein flächendeckendes und bürgernahes Angebot sicherstellen zu können. Seit dem die Rechtsprechung nicht mehr auf die Bejahung der Bedarfsfrage für den Abschluss von Versorgungsverträgen mit Rehabilitationskliniken abstellt, wurden die Kapazitäten in der stationären Geriatrie stark ausgebaut.

Heute stehen 62 geriatrische Rehabilitationseinrichtungen mit 2.655 Betten für die Patienten in Bayern zur Verfügung. Auch unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung ist die Versorgung damit sichergestellt, zumal ein Ende des Ausbaus derzeit nicht absehbar ist. Auch wenn die Krankenkassen bei steigenden Fallzahlen immer mehr Maßnahmen finanzieren, übersteigt in verschiedenen Regionen das Versorgungsangebot die Nachfrage deutlich. Mittelfristig werden diese Kapazitäten bei Beachtung des Demographiefaktors aber für eine flächendeckende Versorgung erforderlich sein.

Ergänzt wird das geriatrisch rehabilitative Leistungsangebot durch drei Akuteinrichtungen, die bereits vor der grundsätzlichen Zuordnung zur Rehabilitation als Modellprojekte starteten, durch vier ambulante geriatrische Rehabilitationseinrichtungen. Die ambulanten Angebote in diesem Bereich stellen eine sinnvolle Ergänzung in Anbindung an die stationären Strukturen dar und sind für die bürgernahe Versorgung von großer Bedeutung. Gerade an den Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter geriatrischer Versorgung und beim Übergang in die Anschlussversorgung sind noch Defizite zu beheben.

Als Resümee bleibt aber festzustellen, dass den geriatrischen Patienten ein hoch differenziertes und mehr als bedarfsdeckendes medizinisches Rehabilitationsangebot zur Verfügung steht.

Zunehmende Bedeutung in diesem Zusammenhang erlangen die Qualitätssicherungsprogramme. Die AOK steht für eine umfassende und hochwertige Versorgung ihrer Versicherten mit medizinischen Leistungen ein. Dabei werden deren Beiträge wirtschaftlich eingesetzt. Leistungskraft und Wirtschaftlichkeit sind die Grundanliegen, denen es zu genügen gilt. Ent-

sprechend dem gesetzlichen Auftrag werden bundeseinheitliche, einrichtungsübergreifende und vergleichende Qualitätssicherungsverfahren entwickelt. Im Focus stehen dabei nicht nur die Strukturqualität, sondern in hohem Maße auch die Prozeß- und Ergebnisqualität der Behandlungen. Die Erfahrungen von Leistungsanbietern, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und der AOK, die in Bayern gewonnen werden, bestimmen auch die bundesweite Entwicklung mit.

Die AOK Bayern ist hinsichtlich des umfangreichen Leistungsangebots der Rehabilitationseinrichtungen stets bemüht, ihren Versicherten ein individuelles Fallmanagement anzubieten. Dies setzt qualifizierte Mitarbeiter und technische Unterstützung voraus, wie sie die AOK Bayern über das Internetinformationssystem ARGuS geschaffen hat.

Die Anzahl der geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen verzeichnet nicht nur bei der AOK Bayern eine zunehmende Tendenz. Die derzeitige Finanzierung dieser Leistung ist beinahe ausschließlich – und zusätzlich zu den schon bisher finanzierten Leistungen – von den gesetzlichen Krankenkassen zu tragen. Die ursprüngliche Überlegung, eine Gegenfinanzierung durch Einsparungen an stationären Akutbehandlungen zu realisieren, hat sich nur in geringem Umfang bewahrheitet. Der leistungsrechtliche Grundsatz „Reha vor Pflege“ lässt derzeit Überlegung laut werden, die Pflegeversicherung bei der Finanzierung der geriatrischen Rehabilitation mit einzubinden.

Gefragt sind heute intelligente Lösungen neuer Versorgungsformen, die ein bedarfsgerechtes Angebot beinhalten. Integrierte Versorgungskonzepte, wie sie derzeit entwickelt werden, bilden dabei eine gute Basis für die zukünftige alters- und bedarfsgerechte medizinische und pflegerische Versorgung geriatrischer Patienten. Weitere Vernetzungs-/Kooperationskonzepte der Leistungserbringer, ggf. auch grenzüberschreitend, werden folgen.

Dr. Rainer Neumann
Arzt für Orthopädie
Gründer der Geriatrie Klinik Rosenheim

Schlusswort zur 1. Internationalen Geriatrietagung

Die demographische Entwicklung ist hinreichend bekannt, aber die Konsequenzen, die sich für die Gesellschaft aus dem Älterwerden ihrer Bevölkerung ergeben, haben noch nicht ausreichend das allgemeine Bewusstsein erreicht.

Dabei sollte uns allen klar sein, dass die Zukunft schon begonnen hat und unser Handeln dringend notwendig ist.

Die Bewältigung der anstehenden Probleme wird im internationalen Vergleich durchaus unterschiedlich gesehen. Es lag deshalb nahe, mit unseren unmittelbaren Nachbarn in Österreich und der Schweiz, zu denen es bereits vielfältige Verbindungen gibt, im Rahmen eines internationalen Geriatrie-Kongresses die Überlegungen zu den eingeschlagenen Wegen und die Erfahrungswerte auszutauschen.

Die Anregung zu dem Kongress stammt vom Chefarzt unserer Klinik, Herrn Dr. Markus Gosch, der durch seine frühere Tätigkeit im Geriatriezentrum Hochzirl, Tirol, prädestiniert ist für den Vergleich der unterschiedlichen Versorgungssysteme. Ganz herzlichen Dank Herrn Dr. Gosch für seinen großartigen Einsatz.

Der eindrucksvolle Erfolg des Kongresses und die hohe Teilnehmerzahl, trotz der widrigen Wetter- und Straßenverhältnisse, zeigen das große Interesse an dem Thema Geriatrie. Hier liegt ein wichtiges, weiteres Anliegen des Kongresses, die Bekanntheit der Geriatrie in Bayern und das Bewusstsein für ihren hohen Stellenwert bei den Beteiligten und den Betroffenen zu fördern, mit dem Ziel, die Zugangsmöglichkeiten und die selbstverständliche Wertschätzung zu erreichen, die der Geriatrie in andern Ländern bereits zukommt.

In dem bayerischen Sonderweg ist die Geriatrieversorgung der Rehabilitation zugeordnet und läuft durch stringente Betonung in der Sachverwaltung Gefahr, auf eine Sonderform der Anschlussheilbehandlung besonders alter und schwer eingeschränkter Menschen reduziert zu werden. Die Gefahr zeigt sich heute bereits in dem vielfach schon negativ belegten Begriff Geriatrie.

Die Geriatrie kann sehr viel mehr leisten als das, worauf sie heute in Bayern als zugewiesene Aufgabe begrenzt wird. Das zeigt die erfolgreiche Umsetzung der Geriatrie in den Nachbarländern.

Ein wesentliches, bisher unzureichend genutztes Gebiet ist die Prävention und die frühe, vorbeugende Rehabilitation, die durch die heute angewandten Genehmigungsverfahren kaum umsetzbar sind. Die Geriatrie muss und wird mit ihrem umfangreichen Wissen und Möglichkeiten genauso als der Spezialist und Partner unter den Ärzten Anerkennung finden, wie es heute z. B. für die Pädiatrie selbstverständlich ist. In einer älter werdenden Gesellschaft muss der Begriff Geriatrie als Ausdruck einer positiven Lebenseinstellung verstanden werden und als empfundener Garant für Sicherheit und Hilfe für lebensältere Mitbürger. Erst wenn sich diese Erkenntnis allgemein durchsetzt, hat die Geriatrie in unserer sich ändernden Gesellschaft den vollen Umfang ihrer Hilfsmöglichkeiten erreicht.

Ganz besonders bedanken möchten wir uns bei Frau Staatsministerin Christa Stewens für ihr eindrucksvolles und offenes Referat. Wir bedanken uns auch für die spontane Zusage, die Schirmherrschaft für diesen Kongress zu übernehmen. Mit hohem Respekt, aber auch

großen Erwartungen verfolgen wir ihr Eintreten für die Geriatrie in der Landes- und Bundespolitik.

Frau Oberbürgermeisterin Gabriele Bauer danken wir herzlich für die Betonung der besonderen Geriatrie-Wertschätzung aus der Sicht der regionalen Versorgung, die wir als wichtige Unterstützung für unseren Einsatz empfinden.

Frau Dr. Antje-Katrin Kühnemann ist sicher einer der wichtigsten Meinungsbildner in medizinischen Fragen und Beurteilungen in unserem Lande. Wir sind stolz, dass sie die Aufgabe als Moderatorin dieses Kongresses übernommen hat und wir bewundern, wie sicher und professionell sie selbst heftig werdende Debatten kanalisiert hat.

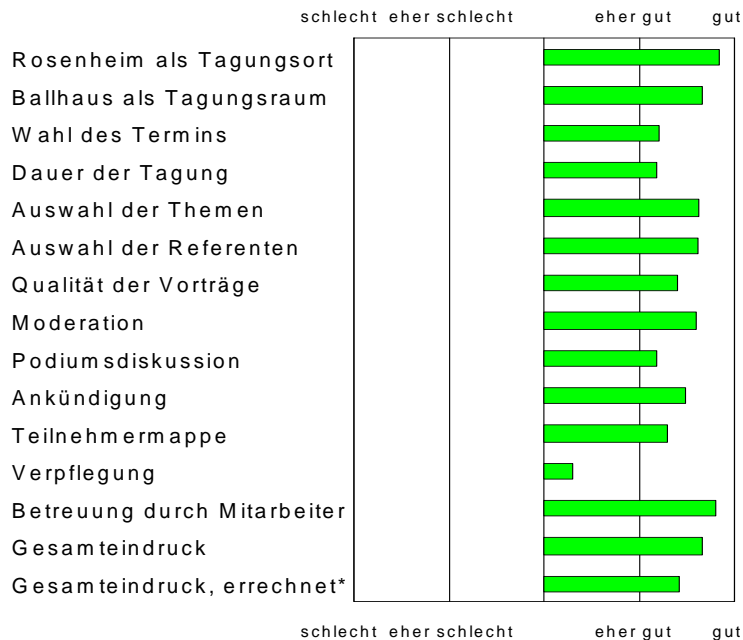
Meine Bitte an Sie alle: Helfen Sie uns, den Stellenwert, die Besonderheit und die Hilfsmöglichkeiten der Geriatrie in unserem Lande bekannter zu machen, dann hätte der Kongress eine ganz wesentliche, wichtige Zielsetzung erreicht.

Wir bedanken uns für die interessanten Referate und hoffen, dass wir weiterhin über die Grenzen hinweg den Erfahrungsaustausch fortsetzen können.

Ganz herzlichen Dank an alle Referenten, Mitarbeiter, an die Technik und besonders an Sie meine sehr verehrten Damen und Herren, dass Sie an dem Kongress teilgenommen und so lange durchgehalten haben.

Die Geschäftsführung der Kliniken Harthausen Gruppe, zu der die Geriatrie Klinik Rosenheim gehört, steht fest dazu, dass dieser Kongress weitere Fortsetzungen findet.

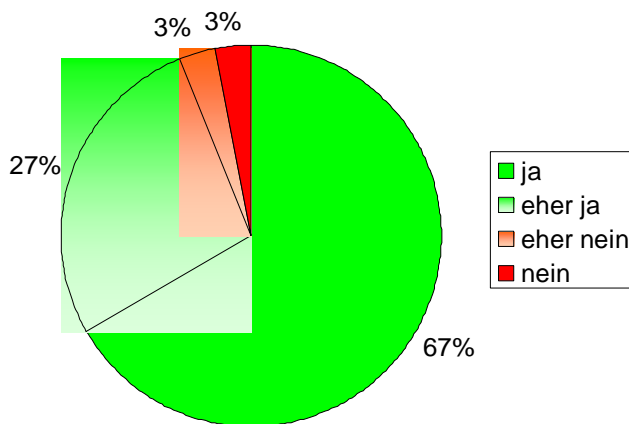
Evaluierung der einzelnen Items



* errechnet aus den Mittelwerten der Items der einzelnen Fragebögen

Evaluierung

94 % halten eine regelmäßige Veranstaltung zu diesen Themen für sinnvoll



Antwort auf die Frage:
 Eine regelmäßige Veranstaltung zu diesen Themen halte ich für sinnvoll

nein
 eher nein
 eher ja
 ja

Pressespiegel

Mangfallbote 04./05.03.2006

Altersheilkunde ins Bewusstsein rücken

Internationaler Geriatrietag in Rosenheim

Rosenheim/Landkreis (duc) - Die Überalterung der Bevölkerung, ausgelöst durch den Rückgang der Geburten und eine dem medizinischen Fortschritt zu verdankende, gestiegene Lebenserwartung, ist unumstritten. Trotzdem nimmt die Altersheilkunde (Geriatrie) in der Medizin noch immer nicht den Stellenwert ein, der ihr gebührt. Vor allem in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung ist das Bewusstsein für die spezielle Versorgung alter Menschen noch nicht entsprechend ausgereift. Dieses erste Fazit haben Vertreter aus dem Gesundheitswesen bei einer Pressekonferenz aus Anlass des ersten internationalen Geriatrietages in Bayern gezogen.

Auf Einladung der Geriatrieklinik Rosenheim, treffen sich heute Mediziner, Sozial- und Gesundheitspolitiker sowie Kostenträger aus Europa unter Schirmherr-

schaft von Bayerns Sozialministerin Christa Stewens, um zukunftsweisende Konzepte für die Altersheilkunde zu entwickeln.

Dass die Versorgungsstrukturen der Geriatrie in Bayern vorbildlich sind, ist nach Angaben von Dr. Markus Gosch, Chefarzt der Geriatrie Klinik Rosenheim und Initiator des internationalen Forums, unumstritten. Der Bedarfsplan, der für den Freistaat 40 Einrichtungen vorgesehen hatte, ist nach seinen Informationen mit dem Ausbau von derzeit 62 Häusern mit 2660 Betten übererfüllt worden.

Flächendeckend befindet sich die geriatrische Versorgung auf einem hohen Niveau, freute sich auch Dr. Helmut Platzer, Vorsitzender der AOK in Bayern. Das bayerische Geriatriekonzept „Rehabilitation vor Pflege“ habe sich bewährt: In den Reha-Einrichtungen gelinge es zu 89 Prozent, die Patien-

ten wieder in die häusliche Umgebung zu integrieren.

Den Erfolg bestätigte auch Dr. Gabriele Harl vom bayerischen Sozialministerium: Die Geriatriedatenbank in Bayern beweise, dass durch die stationäre Rehabilitation Heimeinweisungen und erhöhte Pflegebedürftigkeit in vielen Fällen verhindert würden. Trotz eines dichten Netzes an geriatrischen Reha-Einrichtungen kranke die Altersheilkunde jedoch an einer oft noch mangelhaften Verknüpfung mit Akutkrankenhäusern.

Ältere Menschen benötigen auch nach Erfahrungen von Dr. Rainer Neumann, geschäftsführender Gesellschafter der Kliniken Hartmann, individuelle Behandlungskonzepte, die auf ihre speziellen Bedürfnisse eingehen würden. Eine hohe Qualität in der Rehabilitation könnten nur Einrichtungen mit einer gewissen Größe vorweisen.

Echo 15.03.2006

Der Bayerische

Bürgermeister, Heft 4/2006

Erster Internationaler Geriatrietag voller Erfolg



Der erste Internationale Geriatrietag zeigt neue Perspektiven für die medizinische Versorgung älterer Menschen auf. Fotos: re

Mehr als 180 Mediziner, Politiker und Vertreter der Krankenkassen haben auf dem ersten Internationalen Geriatrietag Lösungen für eines der dringlichsten gesellschaftlichen Themen besprochen. Wie können in Zukunft immer mehr ältere Menschen medizinisch hochwertig versorgt werden?

Die Experten aus der Schweiz, Deutschland und Österreich zeigten dabei neue Perspektiven für die Finanzie-

rung, aber auch für die Qualitätsstandards auf.

„In den kommenden Jahrzehnten wird der demographische Wandel spürbar werden. In 2050 werden fast ein Drittel aller Menschen über 65 Jahre alt sein. Wir als Geriatrie-Klinik, einem Gesundheitszentrum für den älteren Menschen, bieten eine Medizin, die den besonderen Bedürfnissen älterer, kranker Menschen gerecht wird“, verdeutlicht Dr. Markus

Gosch, Chefarzt der Geriatrieklinik Rosenheim und Organisator des ersten Internationalen Geriatrietags.

Wichtiger Baustein

Auch die Schirmherrin der Tagung, die bayerische Staatsministerin Christa Stewens, lobte das Engagement der Geriatrie. „Die Geriatrie ist ein wichtiger Baustein für die Versorgung der älteren Menschen.“ re

Aktuelles für den Bürgermeister

KURZ GEMELDET

1. Internationaler Geriatrietag

Anfang März fand unter der Schirmherrschaft von Ministerin Christa Stewens in Rosenheim der 1. Internationale Geriatrietag statt. Lesen Sie dazu einen ausführlichen Bericht des mittelfränkischen Bezirkstagspräsidenten Richard Bartsch, der auch Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Geriatrie Bayern e.V. ist, in unserer Rubrik Im Blickpunkt auf Seite 134.



Ministerin Stewens und Bezirkstagspräsident Richard Bartsch.

Mangfalltal Nachrichten 23.03.2006

175 Spezialisten aus vier Ländern beim Internationalen Geriatrietag

Von Hannsdieter Loy

Rosenheim – Die Geriatrieklinik Rosenheim richtete jetzt ein internationales Forum zu sozial- und gesundheitspolitischen Fragestellungen in der Geriatrie (Altersmedizin) aus. Prominente Teilnehmer: Die bayerische Sozialministerin Christa Stewens sowie ihre Kollegen aus den Landesregierungen Tirols und Salzburgs.

«Wir wollten Impulse setzen», betont Dr. Markus Gosch (39), Chefarzt der Klinik und gebürtiger Tiroler, auf dessen Initiative die Tagung zustande kam. «Die grenznahe Lage Rosenheims bietet sich an zu einem medizinischen, ökonomischen und politischen Wissensaustausch zwischen deutschen, österreichischen und schweizerischen Fachleuten auf dem Gebiet der Geriatrie.»

Geriatrie, also jener Zweig der Medizin, der sich speziell mit den Krankheiten und Besonderheiten des alternden Menschen beschäftigt, hat zunehmenden Bedarf. Im Jahr 2060 werden 37 Prozent der Mitteleuropäer über 60 Jahre alt sein, zwölf Prozent über 80. Und alle haben den Wunsch, körperlich und geistig frisch zu sein und zu



Namhafte Experten diskutierten im Ballhaus über die Zukunft der Altersmedizin. Die Idee zu dieser internationalen Tagung hatte Dr. Markus Gosch (2. von rechts), Chefarzt der Geriatrieklinik Rosenheim. Foto: Loy

bleiben. Fragen der Bedarfsplanung, Finanzierung und Qualitätssicherung standen daher neben der Diskussion medizinischer Entwicklungen im Mittelpunkt der ein-

tägigen Tagung vor 175 Experten im Rosenheimer Ballhaus.

Die Geriatrieklinik Rosenheim ist Teil der Kliniken Harthausen in Bad Aibling. Sie existiert seit 1999 und verfügt über 100 Betten. Dr. Gosch, Chefarzt seit einem Jahr, war vorher Oberarzt am Landeskrankenhaus Hochzirl nahe Innsbruck, der bedeutendsten geriatrischen Klinik Tirols. «Zu Unrecht hat das Alter in der breiten Öffentlichkeit ein Defizitbild, was die Kosten betrifft», sagt er. «In den

Köpfen der Menschen ist Rehabilitation nur für Berufstätige verankert. Dabei verursacht zum Beispiel ein Tag an einer geriatrischen Klinik nur die Hälfte der Kosten gegenüber einem Akutkrankenhaus. Auch solche Fakten galt es bei der Tagung herauszuarbeiten.»

Die Rosenheimer sind auf dem besten Weg, sich in Bayerns Geriatriespitze zu etablieren. Es gab ein klares Bekenntnis, dass diese Fachtagung zukünftig regelmäßig stattfinden soll.

Bayer. Stadtzeitung 10.03.2006



Beim Rosenheimer Geriatrietag auf dem Podium (v.l.n.r.): Dr. Antje Kühnemann, Hannes Gschwentner, stellv. Landeshauptmann von Tirol, Rosenheims Oberbürgermeisterin Gabriele Bauer, Dr. Christian Neuner, Landessanitätsrat Tirol, Sozialministerin Christa Stewens und Bezirkstagspräsident Richard Bartsch.

FOTO SCHULZ

Erster Internationaler Geriatrietag in Rosenheim

Bartsch: „Kampf den Vorurteilen“

Lösungen für eines der dringlichsten gesellschaftlichen und medizinischen Probleme diskutierten kürzlich Experten aus Österreich, der Schweiz und Österreich auf dem 1. Internationalen Geriatrietag, der unter der Schirmherrschaft der Bayerischen Staatsministerin Christa Stewens in Rosenheim stattfand. Mehr als 180 Mediziner, Gesundheits- und Sozialpolitiker und Vertreter der Krankenkassen stellten Perspektiven vor, wie auch in Zukunft immer mehr ältere Menschen medizinisch qualitativ hochwertig und menschlich zugleich versorgt werden. „In Deutschland wird sich das zahlenmäßige Verhältnis zwischen älteren und jüngeren Menschen in den nächsten Jahrzehnten erheblich verschieben: Im Jahr 2050 wird die Hälfte der Bevölkerung älter als 48 Jahre und ein

Drittel 60 Jahre oder älter sein. Die Geriatrie, die Medizin die die Bedürfnisse der älteren Menschen als einzige berücksichtigt, bietet uns und den älteren Menschen eine umfassende medizinische Versorgung“, erläutert Dr. Markus Gosch, Chefarzt der Geriatrie Klinik Rosenheim und Organisator des 1. Internationalen Geriatrietags. „Ein zusammenwachsendes Europa braucht Lösungen, die sowohl den Patienten als auch den Sozialversicherungssystemen Vorteile bringen“, sagte Bayerns Sozialministerin Christa Stewens. Stewens wies auf die Vorteile einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich hin und nannte beispielhaft die bessere Versorgung der Patienten und eine wirtschaftliche Nutzung der Ressourcen, etwa durch die Vermeidung von Doppelvorhal-

tungen beiderseits einer Landesgrenze. Wichtig sei eine konstruktive Kooperation von Geriatriischen Kliniken, den Krankenkassen und der Politik.

„Wir hoffen, dass der Geriatrietag der Auftakt zu internationalen Kooperationen ist und Patienten auch grenzüberschreitend versorgt werden können“, so Dr. Gosch. Problematisch sei, dass das Alter in der Öffentlichkeit kritisch gesehen werde. „Noch immer herrscht das Vorurteil vor, dass Alter auch körperlichen und geistigen Abbau bedeutet“, erläuterte Richard Bartsch, Bezirkstagspräsident von Mittelfranken und Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Geriatrie in Bayern e.V. daher sei es notwendig, dass ein realistisches Altersbild entwickelt werde. „Die Altersmedizin, aber auch die Öffentlichkeit muss sich

dem Thema Älterwerden öffnen“, forderte Bartsch. Der bislang beschrittene Weg in Bayern wurde von den Fachleuten positiv beurteilt.

„In den letzten zehn Jahren erfolgte in Bayern ein rascher Ausbau der geriatrischen Rehabilitation. Heute stehen 62 geriatrische Einrichtungen mit über 2600 Betten zur Verfügung“, betonte Dr. Helmut Platzer, Vorsitzender der AOK Bayern. Kritisch wurde die geriatrische Versorgung in Deutschland gegenüber anderen europäischen Ländern gesehen. „Deutschland ist nicht führend in Europa“, betonte Professor Dr. Cornel Sieber, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie. Um so wichtiger seien solche internationale Tagungen, auf denen Erfahrungen ausgetauscht werden können. > HENNER LÜTTECKE

Bayerische Gemeindezeitung 20.04.2006

Erster Internationaler Geriatrietag in Rosenheim:

„Der alte Mensch kann nicht warten!“

„Ein zusammenwachsendes Europa braucht Lösungen, die sowohl den Patienten als auch den Sozialversicherungssystemen Vorteile bringen“, sagte Bayerns Sozialministerin Christa Stewens anlässlich des ersten Internationalen Geriatrietags in Rosenheim, an dem auch Experten aus Österreich und der Schweiz teilnahmen. Stewens, die zugleich Schirmherrin des Aktionstags ist, wies auf die Vorteile einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich hin und nannte beispielhaft die bessere Versorgung der Patienten und eine wirtschaftliche Nutzung der Ressourcen, etwa durch die Vermeidung von Doppelvorhalten beiderseits einer Landesgrenze.

Bei der Versorgung älterer Menschen werden in den verschiedenen Ländern nach Stewens' Worten bislang unterschiedliche Wege gegangen, besonders bei der Zuordnung von Versorgungsbereichen. „Die Gesundheitsversorgung wird vorwiegend als nationale Angelegenheit angesehen. Gerade auf dem Gebiet der Krankenhausversorgung bestehen noch immer Hindernisse, während zum Beispiel die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation offenbar leichter möglich ist. Häufig sind es vor allem rechtliche Hürden und Systemunterschiede, die einen rascheren Fortschritt auf dem Gebiet einer Kooperation verhindern“, erklärte die Ministerin.

Vernetztes Angebot

Stewens: „Die steigende Zahl älterer und von Krankheit bedrohter Menschen erfordert es, Strukturen zu schaffen, in denen die Betroffenen adäquat medizi-

nisch versorgt werden können. Dazu benötigen wir ein abgestuftes und vernetztes geriatrisches Versorgungsangebot, das sich vom ambulanten über den stationären Bereich bis hin zu Strukturen der Altenhilfe erstreckt.“

Geriatric-Datenbank

Die Ministerin wies auf das bereits 1990 entwickelte bayerische Geriatriekonzept hin, dessen Schwerpunkt bewusst die Schaffung von geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen bildete. Mittlerweise sei das Ziel des Aufbaus eines flächendeckenden Netzes erreicht worden mit 62 geriatrischen stationären Einrichtungen und über 2.600 Betten. „Eine mit Mitteln des Freistaates aufgebaute Geriatric-Datenbank, die 90 Prozent der geriatrischen rehabilitativen Behandlungskapazität umfasst, zeigt den Erfolg des Konzepts: Heimeinweisungen und Pflegebedürftigkeit werden zum überwiegenden Teil vermieden, weil es gelingt,

die Fähigkeiten zur Bewältigung des täglichen Lebens deutlich zu steigern.“

Negatives Altersbild

Der Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Geriatrie Bayern e.V., Bezirkstagspräsident Richard Bartsch, betonte, die Märkte hätten offensichtlich schon begonnen, auf gesellschaftliche Veränderungen zu reagieren. Dabei entstehe allerdings der Eindruck, dass Alter und Defizit an Mobilität wie selbstverständlich zusammengehörten. So seien etwa Sportgeräte für Senioren fehlangezeigt. Bartsch: „Wir sehen daran auch, dass wir in erster Linie ein negatives Altersbild haben. Wir denken zuerst in dem Muster, dass ein Mensch im höheren Alter fast immer krank wird oder dement, und die dann erworbenen Einschränkungen nicht mehr rückgängig zu machen sind.“

Potenziale im Alter aktivieren und fördern

Die Altersgruppe der Betagten werde die Gesellschaft prägen, fuhr der Vorsitzende fort. Wie das Bewusstsein dieser Gesellschaft dann aussehen wird, hänge vom Hier und Heute ab, denn die Bewusstseinsveränderung einer Gesellschaft rechne man am besten in Jahrzehnten.

Bartsch forderte eine in der Gesellschaft verankerte Selbstverständlichkeit, „dass die im Alter vorhandenen Potentiale schon aus Kostengründen nicht verschwendet werden dürfen, sondern aktiviert und gefördert werden müssen“. Es müsse „ein Allgemeinplatz“ werden, „dass es möglich ist, nach Krankheiten, nach Störungen und kritischen Lebensereignissen kör-

perliche, psychische und soziale Fähigkeiten und Fertigkeiten auch im Alter wieder gewinnen zu können“.

Zu wenig ambulante Reha-Angebote

Erreicht werden müssten diejenigen, „für die Leistungen der Geriatrie und der geriatrischen Reha jetzt schon in Frage kommen, damit diese Angebote auch nachgefragt und verordnet werden“, erklärte Bartsch. Momentan aber beobachte er mit Sorge das überwiegende Entstehen von Pflegeheimen statt ambulanter Rehabilitationsangebote. Mittlerweile gebe es über 1.300 Pflegeheime in Bayern mit ständig dramatisch steigender Tendenz.

Ansprechpartner

Bartsch: „Wir müssen auch diejenigen mittleren Alters erreichen, die jetzt über die Möglichkeiten und Entscheidungsgewalten verfügen, Veränderungen auf den Weg zu bringen und ihren Kindern Maßstäbe mit auf den Weg geben. Ansprechpartner sind aber auch diejenigen, die in unsere Gesellschaft erst hineinwachsen und von ihr geprägt werden. Sie werden dann die Macher sein, wenn die mittlere Generation Geriatrieleistungen nachfragen möchte und muss.“

Öffentlichkeitsarbeit

Bartsch appellierte zum Abschluss an die zahlreichen Teilnehmer aus Medizin, Therapie und Pflege, ihre Kreativität und Phantasie sowie ihr Fachwissen an die Öffentlichkeit zu bringen, ihre Tätigkeit und Behandlungserfolge bekannt zu machen. So wie geriatrische Leistungen in der Arztpraxis, im Krankenhaus, in der Rehabilitation und in der Pflege erbracht würden, so sollten sich alle Erbringer von Leistungen an einer gemeinsamen Öffentlichkeitsarbeit in Sachen Geriatrie beteiligen. **DK**

Vorschau auf GZ 9

In unserer nächsten Ausgabe Nr. 9, die am 4. Mai erscheint, behandeln wir folgende Fachthemen:

- Kommunalfinanzen
- Kommunale Baupolitik
- Wasserversorgung · Wasserentsorgung
- Kommunalfahrzeuge

Mangfallbote 10.03.2006

Reha geht vor Pflege: Erfolgsmodell Geriatrie

Internationale Fachtagung in Rosenheim

Rosenheim/Landkreis (duc) - Alter ist gleich unaufhalt-samer gesundheitlicher Ab-bau: Dieses Defizitbild be-stimmt noch immer die Al-tersheilkunde (Geriatrie). „Rehabilitation ist nur für Berufstätige in den Köpfen der Menschen verankert“, kritisierte Richard Bartsch, Vorsitzender der Arbeitsge-meinschaft Geriatria Bayern, beim ersten internationalen Geriatrietag im Freistaat, den die Geriatrieklinik Rosenheim, ein Unternehmen der Kliniken Harthausen, unter wissenschaftlicher Leitung von Chefarzt Dr. Markus Gosch und Schirm-herrschaft von Bayerns So-zialministerin Christa Ste-wens veranstaltet hat.

Die Zahlen, gesammelt in der Bayerischen Datenbank für Geriatrie, sprechen eine deutliche Sprache: Selbst al-tersverwirrte (demente) Pa-tienten profitieren nach An-gaben von Referent Dr. Jens Trögner, Oberarzt am Klini-kum Nürnberg, von der geri-atrischen Rehabilitation.

Den Erfolg bestätigte auch Dr. Gabriele Hartl vom bayerischen Sozialministeri-um, das die mittlerweile größte Datenbank für die Geriatrie Rehabilitation in Europa initiiert hat. Durch die stationäre Reha wurden Heimeinweisungen und erhöhte Pflegebedürf-tigkeit in vielen Fällen ver-hindert. 89 Prozent aller Re-ha-Patienten werden nach

Informationen von Gosch ins häusliche Umfeld entlassen. Bayern liegt nach Ansicht der Referenten des Geri-atrietages deshalb richtig mit dem Grundsatz „Rehabilita-tion vor Pflege“.

Ein mittlerweile sehr dicht geknüpftes, wohnortnahes Rehabilitationsnetz stellt die eine, positive Seite der Geri-atrie von heute. Trotzdem nimmt die Altersheilkunde in der Medizin noch immer nicht den Stellenwert ein, der ihr angesichts der Über-alterung der Bevölkerung ge-bührt, lautete ein weiteres Fazit der Fachtagung von Medizinern, Sozial- und Ge-sundheitspolitikern sowie Kostenträgern aus ganz Europa. In der ärztlichen Aus- und Weiterbildung ist das Bewusstsein für die spe-zielle Versorgung alter Men-schen noch nicht entspre-chend ausgereift, hieß es.

Von einer zum Teil noch mangelhaften Verknüpfung mit den Akutkrankenhäu- sern sprach Dr. Axel Schramm, Vorsitzender der ärztlichen Arbeitsgemein-schaft zur Förderung der Geriatrie in Bayern, ange-sichts der Tatsache, dass vie-le Krankenhäuser noch im-mer nicht auf die Versor-gung älterer Patienten ein-gestellt seien. Nach der dor-tigen Akutbehandlung wür-den viele Patienten nach Hause zurück überwiesen - nicht selten mit der Folge, dass sich altersbedingte

Folgeerscheinungen der Krankheit verfestigen wür-den. Schließe sich jedoch di-rekt an den Krankenhausaufenthalt eine Rehabilitati-on in einem Haus wie der Geriatrieklinik Rosenheim an, könnten die krankheits- und altersbedingt verloren gegangenen Fähigkeiten oft erfolgreich wieder herge-stellt werden, erläuterten die Fachleute. Prof. Dr. Cornel Sieber, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, forderte deshalb eine verstärkte geriatrische Aus- und Weiterbildung. Bis heute fehle es auch bei den einweisenden Niedergelasse-nen am notwendigen geria-trischen Know-how.

Die Teilnehmer am Geri-atrietag in Rosenheim plä-dierte einhellig dafür, der Altersheilkunde die Bedeu-tung zuzugestehen, die ihr aufgrund der demographi-schen Entwicklung zukom-me. Als unberechtigt nannte der Chefarzt der Geriatrie-klinik Rosenheim die Tatsa-che, dass die Geriatrie zu-nehmend als Kostentreiber im Gesundheitswesen unter Druck gerate. „Geriatr haben gelernt, den gordischen Knoten zwischen medizini-sch Machbarem sowie be-schränkten Ressourcen zu lösen“, betonte er angesichts der Tatsache, dass ein Tag an einer geriatrischen Klinik etwa die Hälfte an Kosten gegenüber einem Akutkran-kenhaus verursache.