

Babyboomer kommen – Geriatrie steht bereit

Den demografischen Wandel ernstnehmen und die Altersmedizin ausbauen

Wenn die Babyboomer demnächst zunehmend medizinische Behandlung, pflegerische Betreuung sowie soziale Unterstützung benötigen, sollten die beteiligten Sektoren darauf eingestellt sein. Doch bereits im Status quo ist die flächendeckende, wohnortnahe geriatrische Versorgung nicht vollständig gewährleistet.

Dies beginnt bei der Identifikation des altersmedizinischen Behandlungsbedarfs betagter und hochbetagter Menschen außerhalb geriatrischer Einrichtungen, der auch heute noch oft nicht als solcher erkannt und behandelt wird. Nicht nur gravierende Nachteile für die individuelle Gesundheit sowie Lebensführung der Betroffenen können die Folgen sein, sondern auch zusätzliche Belastungen für die sozialen Sicherungssysteme. Des Weiteren fehlen derzeit flächendeckende Präventionsangebote – wie etwa eine regelmäßige U75-Untersuchung, die frühzeitig eventuell bestehende Defizite hinsichtlich der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ erfasst, um geeignete Gegenmaßnahmen einzuleiten. Zu guter Letzt existiert keine flächendeckende geriatrisch-ergänzende Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern oder in Einrichtungen der Kurzzeitpflege, die nach einem stationären Klinikaufenthalt die niedergelassenen Ärzte unterstützen könnte.

Eine grundsätzliche Schwere liegt dabei: die Schnittstellenproblematik bei der Finanzierung der Versorgung zwischen den Bereichen stationär, teilstationär und ambulant. Dadurch werden geriatrische Patientinnen und Patienten nicht optimal versorgt, Behandlungspflege unterbrochen, Finanzmittel verschwendet. Gleichzeitig haben Versicherte einen sozialgesetzlich verbrieften Anspruch auf medizinische Rehabilitation,

die dem Ziel dient, Selbstständigkeit, Teilhabe sowie Lebensqualität zu erhalten und Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu mindern oder hinauszuzögern. Für die hochaltrige Patientengruppe ist dies die geriatrische Rehabilitation, die auf die besonderen Bedarfe des älteren, zumeist multimorbiden Menschen ausgerichtet ist – gemäß dem sozialpolitischen Grundsatz „Reha vor und bei Pflege“. Dieser Anspruch gilt für Patientinnen und Patienten in ent-

diesen Zentren unbetroffen sein. Zudem sollten sie weitere Aufgaben übernehmen, für die aktuell neue Versorgungseinheiten geschaffen werden müssten. Dazu gehören etwa spezielle präventive Angebote wie die Vorsorge „U75“, aber auch die altersmedizinische Unterstützung der niedergelassenen Ärzteschaft bei der Versorgung betagter und hochbetagter Menschen. Das Case- und Care-Management nach einem stationären Aufenthalt sowie die Demenz-Vorsorge könnten ebenfalls Kernaufgaben sein. Auch Stützpunkte für die arztlastende, gemeindenahe, E-Health-gestützte, systemische Intervention (AGnES) ließen sich hier angliedern.

Die unterstützende Begleitung der geriatrischen Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen und Kurzzeitpflegeeinrichtungen kann hier ebenfalls angestrichelt werden. In beiden Betreuungsformen bestehen hinsichtlich einer speziell auf altersmedizinische Fragestellungen ausgerichteten Pflege erhebliche Versorgungsbedarfe, die sich heute nur unzureichend abdecken lassen. Sie könnten Betreuungsverträge abschließen, die die Grundversorgung durch den jeweiligen Haus- bzw. Heimarzt geriatrisch ergänzen. Im Sinne von „Reha vor und bei Pflege“ kann ein entsprechendes Konzept sowohl spezielle präventive Elemente enthalten – z. B. zur Sturzprophylaxe – als auch niederschwellige therapeutische Angebote vorsehen. Dies wäre ein großer Schritt in Richtung einer flächendeckenden, wohnortnahen geriatrischen Versorgung der Babyboomer-Generation.

Ambulante Geriatrische Zentren statt Doppelstrukturen

sprechenden Fachabteilungen und Krankenhäusern genauso wie für Hochaltrige, die in ihrer eigenen Wohnung leben, sowie für Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen.

Dringend notwendig ist es deshalb, sektorenübergreifende Modelle weiterzuentwickeln, um alle Bereiche miteinander zu vernetzen. Zu diesem Zweck schlägt der Bundesverband Geriatrie vor, alle bisherigen nicht-stationären geriatrischen Versorgungsformen in Ambulanten Geriatrischen Zentren (AGZ) zusammenzuführen. Als organisatorisch unabhängiger Leistungserbringer ermöglicht das AGZ, ein neues medizinisch-inhaltliches Versorgungsangebot zur Verfügung zu stellen – ohne Strukturen doppelt aufzubauen.

Um positive Effekte zu erreichen, muss der Zugang zu



Dirk van den Heuvel,
Geschäftsführer Bundesverband Geriatrie



Heide Lischewski, Referentin
Öffentlichkeitsarbeit Bundesverband Geriatrie