



Foto: Christopher Futchner - iStockphoto, JISign - Fotolia

Fachtagung **Geriatric**

Wer soll in Zukunft die wachsende Zahl an alten und multimorbiden Patienten versorgen? Ist es weiterhin in erster Linie der Hausarzt, der seine Patienten oft schon seit Jahrzehnten betreut und dementsprechend gut kennt? Oder brauchen wir spezialisierte Geriater, um Menschen mit komplexen Alterserkrankungen eine qualitativ hochwertige Versorgung bieten zu können? Diese Fragen standen im Mittelpunkt der „Fachtagung Geriatric“ des Deutschen Hausärzterverbandes am 16. Juni in Bremen. Der Deutsche Hausärzterverband hatte dazu Beteiligte aus allen Bereichen, die mit der medizinischen Versorgung älterer Patienten befasst sind, an einen Tisch geholt: Vertreter der klinischen Geriatric, des Hausärzterverbandes, der Allgemeinmedizin, der Krankenkassen und der Patienteninitiativen beleuchteten aus unterschiedlichen Perspektiven die neuen Herausforderungen und diskutierten darüber, wie die zukünftige Rollenverteilung zwischen Hausärzten und Geriatern aussehen sollte.

„Hausärzte sind Spezialisten für die Versorgung älterer Menschen“



Seit knapp zwei Jahren gibt es neue Strukturen in der geriatrischen Versorgung. Seit Oktober 2015 können geriatrische Fach- und Allgemeinkrankenhäuser mit geriatrischen Abteilungen und qualifizierte Klinikärzte geriatrische Institutsambulanz (GIA) einrichten. Im Juli 2016 schuf die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) neue EBM-Positionen für ein weiterführendes geriatrisches Assessment. Diese Leistungen können aber nur spezialisierte Ärzte abrechnen, die entweder die Zusatz- oder die Schwerpunktbezeichnung Geriatrie erworben haben.

Der Bundesvorsitzende des Deutschen Hausärzterverbandes, Ulrich Weigeldt, sieht die Entwicklung sehr kritisch:

„Brauchen wir wirklich für alles Spezialisten, oder sollten wir nicht besser auf dem aufbauen, was wir haben?“ Mit den Neuerungen werde durch die Hintertür der „Facharzt für Geriatrie“ etabliert. „Das wäre dann in etwa der 80. Facharzt.“ Eine weitere Auffächerung des ambulanten Sektors sei nicht sinnvoll, weil eine Überweisung zu Spezialpraxen mit Brüchen in der kontinuierlichen Patientenbetreuung einhergehe.

Weigeldt gab zudem zu bedenken, dass sich Ärzte vor allem dort niederlassen, wo sie ausgebildet wurden, also besonders in Ballungsgebiete.

Für Spezialisten gelte dies stärker als für Hausärzte. Daher sei damit zu rechnen, dass Schwerpunktpraxen nicht dazu beitragen, die Versorgung in der Fläche zu unterstützen. Um weiter eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Versorgung erbringen zu können, solle man bessere Bedingungen für Hausärzte schaffen. Die Versorgung alter Menschen koste Zeit, die-

Komplikationen und Folgeerkrankungen. Außerdem bestehe die Gefahr der Chronifizierung und des Autonomieverlusts. Auf die geriatrische Station kommen Patienten, die aufgrund ihrer vielfältigen Komplikationen und Begleitkrankheiten nicht ins Raster der spezialisierten Fachabteilungen passen. Hierzu gehörten etwa Patienten, die nach einem

Autonomie erhalten

Höchstens fünf Prozent der alten Patienten brauchen eine spezielle geriatrische Versorgung, schätzt Meisel. Dies könnten am besten geriatrische Tageskliniken leisten, die anders als Schwerpunktpraxen auch bereits etabliert sind. Der einzige Vorteil, den die neuen Schwerpunktpraxen böten, sei, dass ihre Finanzierung gesichert sei, so



„Wenn alle nach dem gleichen Muster arbeiten, ist das Behandlungsergebnis besser.“

Dr. med. Michael Meisel



„Hochbetagte Menschen gehen meist nicht mehr zum Facharzt, aber zum Hausarzt kommen sie.“

Prof. Dr. med. Erika Baum

ser Aufwand müsse adäquat vergütet werden. Stationär seien spezialisierte geriatrische Abteilungen dagegen sinnvoll.

„Therapie im Team“

Dr. Michael Meisel, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, leitet als Chefarzt eine solche Abteilung am Diakonissenkrankenhaus in Dessau. Ihm zufolge sind geriatrische Patienten multimorbide Patienten ab 70 Jahren oder über 80-jährige, die aufgrund ihres Alters anfälliger sind für

Schlaganfall unter multiplen Beschwerden wie Seh- und Gangstörungen, Inkontinenz, Depressionen und Schmerzen leiden.

Derart komplexe Probleme könne nur ein multiprofessionelles geriatrisches Team behandeln, zu dem unter anderem Ärzte, Psychologen, Ernährungsexperten, Sprach- und Physiotherapeuten sowie Sozialarbeiter gehören. „Geriatrie ist Therapie im Team“, betonte Meisel. „Wenn alle am gleichen Strang ziehen und nach dem gleichen Muster arbeiten, ist das Behandlungsergebnis besser.“

Meisel. Die klinische Geriatrie solle vor allem den Autonomieverlust verhindern. „Danach kommen die Patienten zurück zum Hausarzt.“ Ambulante Versorgung durch die Hausärzte, bei komplexen Fällen Behandlung durch spezialisierte Geriater in der Klinik: Dafür machten sich auch andere Referenten stark. Prof. Dr. med. Erika Baum, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), plädierte dafür, keine zusätzliche Versorgungsebene einzuführen. Ihrer Ansicht nach kommt den Hausärzten eine Schlüssel-

Effiziente Versorgung im hausarztgeleiteten **Versorgungsteam**

rolle zu: „Hausärzte sind die Spezialisten für die Versorgung alter Menschen.“ Hochbetagte Menschen gingen meist nicht mehr so häufig zu Fachärzten. „Aber zum Hausarzt kommen sie“, sagte sie. Dr. Corinna Drebenstedt, Chefärztin der Klinik für Geriatrie in Friesoyte, sieht die geriatrischen Institutsambulanzen positiv: „Auch ambulant braucht es spezialisierte geriatrische Versor-

Geriatrische Patienten benötigen neben der rein medizinischen Betreuung oft weitere Dienstleister wie Physiotherapeuten oder Krankenpflege. Hausärzte können dies ambulant aufeinander abstimmen.

Um die steigende Zahl alter und multimorbider Patienten versorgen zu können, müssen Hausärzte neue Wege gehen und effizientere

netzen. Viele alte Patienten benötigen neben der hausärztlichen Betreuung weitere ambulante Versorgungsleistungen wie Physiotherapie oder Krankenpflege. Um dem Patienten möglichst wirkungsvoll helfen zu können, muss man die unterschiedlichen Behandlungen aufeinander abstimmen. Diese sektorenübergreifende Koordination werde eine der zentralen Aufgaben des

leistungen einrichten. „Allein können wir Einzelärzte das nicht leisten“, meinte ein Hausarzt. Ein anderer Teilnehmer wies darauf hin, dass Hausärzte ihre geriatrischen Patienten auch nach Klinik-einweisungen weiter im Blick behalten sollten, um sicherzugehen, dass sie dort richtig untergebracht sind. „Da muss man initiativ werden und sich kümmern, damit sie auch in der Geriatrie behandelt wer-



„Eine qualitativ gute Versorgung älterer Menschen braucht Zeit. Diese Zeit muss auch adäquat vergütet werden.“

Ulrich Weigeldt



„Patienten sind auf eine gute Kommunikation und Kooperation angewiesen.“

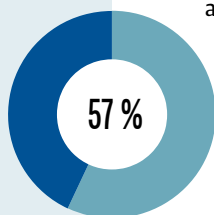
Elsbeth Rütten



„Der geriatrische Patient ist der klassische Patient für die hausärztliche Praxis.“

Sören Schmidt-Bodenstein

gung als fachärztliches Angebot an die Hausärzte zum Wohle der Patienten.“ Der Neurologe und Geriater Prof. Dr. med. Richard Dodel, Chefarzt der Klinik für Geriatrie in Essen, sieht ebenfalls einen Bedarf an geriatrischer Spezialkompetenz. „Da guckt einfach jemand noch mal mit drauf“, sagte Dodel. Er selbst bekomme regelmäßig solche Anfragen. „Sehen Sie die Geriater nicht als Konkurrenz, sondern als Angebot und Ergänzung!“



der Hausarztpraxen sind Einzelpraxen

Organisationsstrukturen schaffen. In diesem Punkt waren sich die Teilnehmer der Fachtagung Geriatrie einig. Derzeit arbeitet mehr als die Hälfte der Hausärzte (57 Prozent) in einer Einzelpraxis. „Die Einzelpraxis ist immer noch der Regelfall“, berichtete der Regionalleiter der Techniker-Krankenkasse Bremen, Sören Schmidt-Bodenstein. In Zukunft müssen sich Hausärzte sowohl untereinander als auch mit anderen Dienstleistern stärker ver-

Hausarztes sein, hieß es. Mit hausarztgeleiteten Versorgungsteams (in den USA als „Medical Homes“ bekannt) ließe sich eine zugleich effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung erreichen. Der Hausarzt koordiniert dabei die ambulante Zusammenarbeit der Dienstleister, die individuell für den Patienten nötig sind. Einige Tagungsteilnehmer regten an, dass Ärzte sich stärker zusammenschließen sollten, um Synergien zu nutzen. So könnten beispielsweise 50 bis 100 Ärzte eine gemeinsame Koordinationsstelle für die weiteren ambulanten Dienst-

den und nicht etwa in der Urologie oder Psychiatrie.“

Patienten brauchen gute Kooperation

Wie sehr Patienten auf eine gute Kommunikation und Kooperation angewiesen sind, machte Elsbeth Rütten deutlich. Eigene (ausgesprochen schlechte) Erfahrungen bewegten die examinierte Krankenschwester dazu, sich in der Patienteninitiative „Ambulante Versorgungsbrücken“ zu engagieren. Der Verein berät unter anderem Patienten vor einem Krankenhausaufenthalt. Dabei ge-

he es vor allem um die Zeit danach, wenn die Patienten zwar wieder zuhause sind, aufgrund ihrer Beeinträchtigungen aber weitere Hilfe benötigen. Daneben bietet der Verein auch Schulungen für den Umgang mit Tablets und Smartphone an. Derart geschulte Patienten müssten nicht immer extra in die Praxis kommen, sondern könnten ihren Arzt auch per Skype konsultieren. Der bislang älteste Kursteilnehmer sei 93, berichtete Rütten.

Bei Multimedikation Digitalisierung nutzen

Auch TK-Regionalleiter Schmidt-Bodenstein verwies darauf, dass Hausärzte durch die verstärkte Nutzung digitaler Techniken ihren Arbeitsalltag effizienter organisieren könnten. Künftig könnten sie mithilfe der Digitalisierung auch ein weit verbreitetes Problem bei der Versorgung alter Patienten - die Multimedikation - gezielter angehen. Mehr als 40 Prozent der Versicherten über 60 Jahre nahmen mindestens fünf Medikamente, sagte Schmidt-Bodenstein. Oft seien potentiell ungeeignete Arzneimittel darunter. Die geplante elektronische Ge-

sundheitsakte ermögliche einen Überblick aller verordneten Arzneimittel sowie die Echtzeit-Auswertung von potenziellen Wechselwirkungen und Kontraindikationen.

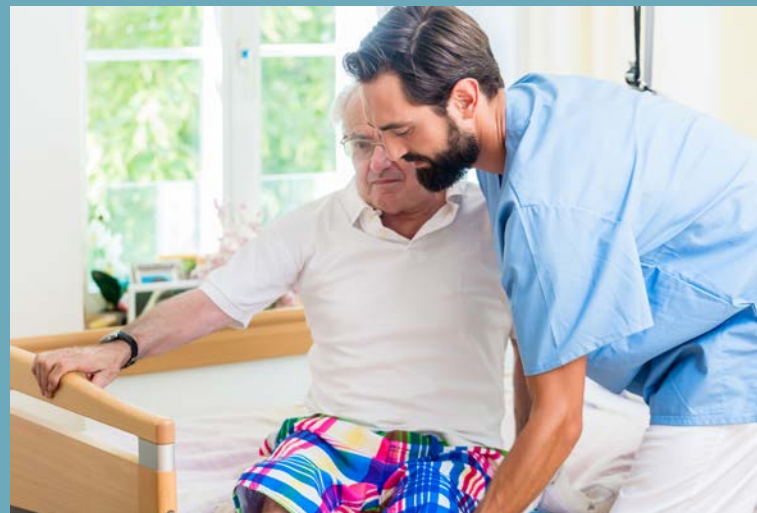
Arzt-Patienten-Beziehung wichtig

Ungeachtet der technischen Möglichkeiten bleibt die enge Arzt-Patienten-Beziehung das entscheidende Merkmal der hausärztlichen Tätigkeit. „Der geriatrische Patient ist der klassische Patient für die hausärztliche Praxis“, meinte der TK-Leiter. Die medizinische Versorgung älterer Menschen sollte „so wohnortnah wie möglich, so spezialisiert wie nötig“ sein. Die Allgemeinmedizinerin Prof. Dr. med. Erika Baum verwies darauf, dass Hausärzte das häusliche und soziale Umfeld der alten Patienten im Blick haben. Neben der unmittelbaren Patientenversorgung erfüllten sie auch einen familienmedizinischen Auftrag. Zwei Drittel der pflegenden Angehörigen seien jeden Tag im Einsatz. Aufgrund ihrer hohen Belastung litten sie oft unter gesundheitlichen Beschwerden - um die sich der Hausarzt ebenso kümmere.

Fazit

- Der Hausarzt ist Ansprechpartner für geriatrische Patienten und seine Angehörigen.
- Das komplexe Fallgeschehen bei Multimorbidität muss vom Hausarzt koordiniert werden.
- Abhängig vom Patienten kann spezielle geriatrische Kompetenz im Einzelfall sinnvoll sein, dafür sind geriatrische Tageskliniken eine etablierte und gut geeignete Struktur.

Geriatrische Versorgung braucht ausreichend Zeit



Unter dem Deckmantel einer Qualitätsdebatte wird versucht, geriatrische Leistungen an ambulante Spezialisten zu übertragen. Dabei sind Fachärzte für Allgemeinmedizin für die geriatrische Versorgung gut qualifiziert.

Brauchen wir eine spezialisierte Weiterbildung in der ambulanten Geriatrie? Brauchen wir so viele Qualifikationen? Mit diesen Fragen setzte sich Dr. med. Gerald Quitterer, Bezirksvorsitzende für Niederbayern im Bayerischen Hausärzterverband und Vorstandsmitglied der Bayerischen Landesärztekammer, auseinander. Schon das Thema seines Vortrags („Führen wir eine überzogene Qualitätsdiskussion?“) machte deutlich, dass er die aktuelle Entwicklung in der ambulanten Geriatrie kritisch sieht. Quitterer kennt sich mit der Materie aus: Seit Jahren organisiert er Fortbildungen für Ärzte und Praxisteams zum „Geriatrischen Assessment“ und „Funktionsstörungen des geriatrischen Patienten“. Quitterer kritisierte die neuen Ziffern zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik (30980 bis 30986 EBM), die in Zusammenhang mit den geriatrischen Institutsambulanzen eingeführt wurden. Diese Ziffern zum spezialisierten geriatrischen Assessment dürfen nur Fachärzte abrechnen, die unter anderem eine besondere geriatrische Qualifikation von 160 Stunden erworben haben. Ärzte müssen über mindestens fünf Jahre Erfahrung



Dr. Gerald Quitterer ist im Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer und im Bayerischen Hausärzterverband aktiv.

als Vertragsarzt verfügen. Und: Sie müssen belegen, dass sie zwölf Monate in einer medizinisch-geriatrischen Einrichtung tätig waren. Diese Hürde sei so hoch, dass kein Hausarzt die Qualifikationsanforderung erfüllen kann, so Quitterer. „Dazu müsste ich die Praxis schließen.“ Zudem seien Allgemeinmediziner bereits durch die Vorgaben in der Weiterbildung für die Geriatrie qualifiziert. Die Weiterbildungsordnung enthalte alle nötigen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten.

VERAH® kann Sozialassessment

Zudem könnten hausärztliche Praxis-teams bereits jetzt Aufgaben erledigen, die zum weiterführenden geriatrischen Assessment gehören, betonte Quitterer. So sei beispielsweise das Sozialassessment, in dem das soziale Umfeld, die Wohnsituation, die häuslichen und außerhäuslichen Aktivitäten sowie der Pflege- und Hilfsmittelbedarf des Patienten eruiert werden, ein Fall für die besonders qualifizierte Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH®). Diese hausärztlichen Aufgaben würden nun unter dem Vorwand der Qualifikation zum Spezialisten verschoben, kritisierte Quitterer. Es geht aber weniger um die Qualifikation, sondern vielmehr darum, dass ein gutes Assessment ausreichend Zeit braucht, die auch vergütet wird, wur-

Die EBM-Ziffern zum spezialisierten geriatrischen Assessment dürfen nur Fachärzte abrechnen, die unter anderem eine besondere geriatrische Qualifikation von

160

Stunden

erworben haben. Ärzte müssen über mindestens

5

Jahre

Erfahrung als Vertragsarzt verfügen. Und: Sie müssen belegen, dass sie

12

Monate

in einer medizinisch-geriatrischen Einrichtung tätig waren.

de in der Diskussion deutlich. „Diese Vergütung wird jetzt aber plötzlich einer anderen Versorgungsebene zugestanden“, so Quitterer, statt die vorhandenen, funktionierenden Strukturen zu stärken. Das machen exemplarisch die unterschiedlichen Abrechnungsvoraussetzungen deutlich: Während Hausärzten für das geriatrische Basisassessment (03660 EBM) nur acht Minuten im Quartal zugestanden wird, sind für ein spezialisiertes geriatrisches Assessment 60 Minuten angesetzt.

Quitterer sprach sich für ein Zwei-Säulen-Modell aus: Neben der Verankerung geriatrischer Inhalte in der Weiterbildungsordnung aller patientenversorgenden Fächer sollte es lediglich eine Zusatzbezeichnung Geriatrie geben, so wie sie in der Musterweiterbildung ohnehin existiert. Die derzeit in einzelnen Bundesländern bestehenden mannigfachen unterschiedlichen Qualifikationen sind für eine einheitliche Versorgungsqualität nicht zielführend. In Rheinland-Pfalz müssen Ärzte beispielsweise für den Erwerb der Zusatzbezeichnung 40 Stunden Fortbildung absolvieren, in Bayern umfasst die Qualifikation „Geriatrische Grundversorgung“ dagegen 60 Stunden. Durch berufsbegleitende Fortbildungen können Allgemeinmediziner zudem auf dem neuesten Stand bleiben und ihre Kompetenz in der geriatrischen Versorgung festigen.



Die Referenten (v.l.): Elsbeth Rütten, Prof. Erika Baum, Prof. Stefan Wilm, Dr. Hans-Michael Mühlenfeld, Prof. Richard Dodel, Ulrich Weigelt, Bernd Zimmer, Christian Beneker, Dr. Gerald Quitterer, Dr. Michael Meisel und Dr. Corinna Drebenstedt.

Nur Hausärzte sehen das ganze Bild

Bei ihren geriatrischen Patienten beachten Hausärzte auch deren Familiensituation. Könnte ein niedergelassener Geriater das auch? Kaum, meint der Hausarzt Prof. Stefan Wilm.



Prof. Stefan Wilm, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Heinrich Heine Universität, Düsseldorf

Die Patientin ist 70 Jahre alt und bettlägerig. „Sie ist vor drei Jahren in ihrer Küche umgefallen.“ Die Diagnose: Ein Schlaganfall im Rückenmark zwischen C6 und Th4. Die Patientin kann allein atmen, den Kopf bewegen und ist völlig klar im Kopf. Aber sie ist tetraplegisch, inzwischen kann sie sich mit der einen Hand wieder allein kämmen und das angereicherte Essen selber zum Mund führen. Aber sie ist Harn- und Stuhlinkontinent, sie kann weder sitzen noch stehen. „Als Haus-

arzt sehe ich hier nicht nur die Patientin, sondern auch das System“, betonte Prof. Dr. med. Stefan Wilm, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Heinrich Heine Universität in Düsseldorf.

Alein der Facharzt für Allgemeinmedizin ist der Arzt für den ganzen Menschen: Wilm stellte ein sinnfälliges Beispiel für die hausärztliche Betreuung von geriatrischen Patienten vor. Einer Betreuung, die über die rein medizinischen Aspekte der Versorgung hinausgeht. Trotz ihrer schweren Krankheiten (sie leidet auch unter COPD, Herzinsuffizienz und chronischen Schmerzen) ist die Patientin seelisch relativ stabil, berichtete Wilm. Sie zieht die Kraft aus der Liebe zu ihrem Mann, wie sie sagt. Der 75-jährige Ehemann ist aber selbst krank. Er leidet unter Herzinsuffizienz, einer leichten Lähmung des rechten Beins und ist leicht dement. Er hat vom Orthopäden einen Cage bekommen. Der Ehemann pflegt seine Frau. Zwar kommt morgens eine Pflegekraft, aber den Rest des Tages übernimmt er die Pflege, so Wilm. „Was sage ich ihm nun? Lassen Sie die Hände von der Pflege, sie bringen sich ja um!?



Foto zeigt nicht die Originalpatienten.

Dann störe ich die salutogenetische Beziehung der beiden.“ Dazu muss man wissen, dass intensiv Pflegenden tatsächlich kürzer leben als der Durchschnitt. „Oder sage ich, ist ja toll wie Sie die Pflege machen? Dann schade ich ihm!“

Damit nicht genug. Da ist auch noch die Tochter – mit einer leichten geistigen Behinderung. Wilm betreut sie ebenfalls. Sie hilft dem Vater bei der Pflege und ist wieder ins Elternhaus gezogen. „Da muss ich ihr sagen: Lieber

“
Hausärztliche Versorgung geht über rein medizinische Aspekte hinaus.

“
nicht wieder einziehen. Sie müssen Ihr eigenes Leben auf die Reihe bekommen.“ Schließlich gibt es noch den Sohn, der nach der Erkrankung seiner Mutter auszog und Geld mitnahm, was auch die Armut der Familie mitbedingt. „Die ganze Situ-

ation ist ein typisches ethisches Dilemma, wie es in der Hausarztpraxis vorkommt“, sagte Wilm.

Wie wird diese Familie richtig versorgt? Der Urologe kommt alle vier Wochen, wechselt den Katheter der Patientin und behandelt den Harndrang des Ehemanns mit Oxybutynin. „Da wurde die Demenz schlechter, der Kollege wusste nicht, dass der Ehemann eine Demenz hat.“ Sein Kardiologe wunderte sich, dass es mit der Adhärenz schlecht klappt. „Ich habe dann mit dem Patienten über das Medikamentenstellen gesprochen.“ Der Orthopäde hat ihm verboten, schwer zu heben, er wusste nicht, dass er seine Frau pflegt. „Insofern war das die falsche Empfehlung!“ Kurz: Es kümmert sich zwar eine Reihe von Fachärzten um diese Patienten, aber der Hausarzt ist der einzige, der das ganze Bild sieht. Wilm: „Wo ist hier Platz für einen niedergelassenen spezialistischen Geriater?“

Positionspapier zur Versorgung geriatrischer Patienten*



Ausgangslage

Die demografische Entwicklung erfordert tragfähige Konzepte zur Sicherung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Versorgung geriatrischer Patienten. Dabei ist es aus unserer Sicht wichtig, eine koordinierte Betreuung, ohne die Einführung neuer und unnötiger Schnittstellen zu gewährleisten. Hierfür sind eine klare Bündelung der Verantwortlichkeiten sowie eine bessere Zusammenarbeit des ambulanten und des stationären Sektors notwendig. Die Perspektive der betroffenen Patienten ist dabei der Ausgangspunkt sämtlicher versorgungspolitischer Überlegungen.

Um diese Ziele zu erreichen, schlägt der Deutsche Hausärzteverband folgende Maßnahmen vor:

Bewahrung der Position der Hausärzte als erste Ansprechpartner für geriatrische Patienten

Der allergrößte Teil der geriatrischen Patienten wird in den Hausarztpraxen umfassend, lebensbegleitend und auf einem medizinisch hohen Niveau versorgt. Um diese bewährten Strukturen aufrechtzuerhalten und gleichzeitig den zunehmenden Anforderungen gerecht zu werden, ist eine spezifische Förderung hausärztlicher Leistungen bei der geriatrischen Versorgung nötig.

Der Deutsche Hausärzteverband fordert daher für das „Geriatrische Assessment in der Hausarztpraxis“ sowie die sich daraus ergebenden therapeutischen Konsequenzen, eine Honorarstruktur, die mehr Zeit für die Versorgung dieser Patientengruppe in der Hausarztpraxis ermöglicht. Anstatt den Fokus auf die Schaffung neuer Abrechnungspositionen für lediglich auf die Geriatrie spezialisierte Ärzte zu legen, ist die Förderung der Leistungen der Hausärzte bei der Betreuung ihrer geriatrischen Patienten in vielen Fällen zielführender. Ansonsten besteht die Gefahr, dass diese Leistungen in Zentren verschoben werden, welche zumeist nicht mit der individuellen Situation des einzelnen Patienten vertraut sein können.

Darüber hinaus müssen die Praxen von bürokratischen Aufgaben entlastet und die Kooperationsmöglichkeiten mit anderen Professionen erleichtert werden. Die Koordi-

nation der Behandlungsabläufe sollte durch die Hausarztpraxen erfolgen. Sinnvoll sind dabei Unterstützungsangebote für die Hausärzte, wie beispielsweise telefonische Konsiliardienste durch spezialisierte Ärzte bei bestimmten Patientenproblemen.

Ausbau der Teamstrukturen in den Hausarztpraxen

In den vergangenen Jahren ist es durch speziell auf die Hausarztpraxen zugeschnittene Qualifizierungsangebote für Medizinische Fachangestellte (MFA), dem so genannten VERAH®-Programm, gelungen, praxistaugliche Strukturen zur Delegation nicht-ärztlicher Aufgaben zu schaffen. Hiervon profitieren geriatrische Patienten in besonderer Weise. Eine kontinuierliche Betreuung durch den Patienten vertraute, praxisnah geschulte Mitarbeiter, beispielsweise im Rahmen von delegierbaren Hausbesuchen, verbessert nachgewiesenermaßen die Intensität und Qualität der persönlichen Betreuung.¹ Die Bündelung der Verantwortung in der Hausarztpraxis stellt gleichzeitig sicher, dass es zu keinen fehleranfälligen Schnittstellen kommt. Dies ist beispielsweise im Bereich des Medikationsmanagements von großer Bedeutung und ein wichtiger Ansatz zur Verbesserung der Patientensicherheit. Die Betreuung geriatrischer Patienten durch ein multiprofessionelles Team wird bereits heute in vielen Hausarztpraxen umgesetzt.

Um diese positive Entwicklung weiter voranzutreiben, fordert der Deutsche Hausärzteverband eine finanzielle Aufwertung extrabudgetärer Leistungen von besonders qualifizierten Medizinischen Fachangestellten (MFA). Mit Blick auf die sehr umfassenden Inhalte der Fortbildung zur Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH®), ist es sinnvoll, die Differenzierung bei der Vergütung zwischen VERAH® und Nichtärztlichen Praxisassistentinnen (NäPA) im kollektivvertraglichen Bereich aufzuheben.

“
Bündelung der Verantwortung verhindert fehleranfällige Schnittstellen.
”

Digitale Innovationen auf Bedürfnisse geriatrischer Patienten zuschneiden

Geriatrische Patienten profitieren bisher kaum von den Chancen digitaler Innovationen. Als einzige telemedizinische Anwendung hat bisher die Videosprechstunde Eingang in die kollektivvertragliche Versorgung gefunden. Gerade für hochbetagte Patienten eignet sich diese unterstützende Form der ärztlichen Betreuung jedoch kaum. Geriatrische Patienten dürfen zukünftig nicht mehr von den Vorteilen der Digitalisierung und der Telemedizin, als ergänzende Bestandteile der Versorgung, ausgeschlossen werden.

Der Deutsche Hausärzterverband fordert daher den Ausbau

“
Flächendeckende digitale Strukturen brauchen digitale Patientenakte als Basis.
”

und die ausreichende Finanzierung von telemedizinischen Projekten, mit Hilfe derer Ärzte und speziell geschultes Praxispersonal bei der Versorgung geriatrischer Patienten unterstützt werden. Grundvoraussetzung

für eine möglichst flächendeckende Nutzung innovativer digitaler Strukturen ist die Einführung einer digitalen Patientenakte.

Geriatric als Querschnittsqualifikation

Bei der Geriatrie handelt es sich um eine Querschnittsqualifikation, welche in beinahe allen Fachgebieten zu einer verbesserten Patientenversorgung beitragen kann. Daher halten wir es für angemessen, wenn sich auch spezialisierte Fachärzte mit den spezifischen Erfordernissen der Geriatrie gebietsbezogen beschäftigen. Bereits heute ist dies in einer Reihe von Facharztweiterbildungen gegeben.

Der Deutsche Hausärzterverband regt an, dass geriatrische Kompetenzen in den Musterweiterbildungsordnungen patientennaher Fächer (gebietsbezogen) verstärkt Berücksichtigung finden. Dies wäre ein entscheidender Beitrag um sicherzustellen, dass Hausärzte und Gebietsfachärzte (im Rahmen ihrer jeweiligen Aufgaben) gemeinsam eine hochwertige geriatrische Versorgung sicherstellen können.

Aktuell ist bereits eine Zusatzweiterbildung „Geriatrie“ im Abschnitt C der (Muster-) Weiterbildungsordnung aufgenommen. Dies kann insbesondere Ärzte, die in spezialisierten geriatrischen Institutsambulanzen tätig sind, sinnvoll sein.

Der Deutsche Hausärzterverband lehnt weitere Zusatzweiterbildungen im Bereich der „Geriatrie“ ab.

Keine weitere Zersplitterung der ambulanten geriatrischen Versorgung

In der Vergangenheit wurde eine Reihe von spezialisierten, geriatrischen Qualifikationen erfunden, deren Inhalte in der Regel bereits in der Weiterbildung Allgemeinmedizin enthalten sind. Hieran haben sich häufig neue Abrechnungsmöglichkeiten spezialisierter Leistungen für Kleinstgruppen von Ärzten angeschlossen, durch welche es zu einer Fragmentierung der ambulanten, kollektivvertraglichen Versorgung geriatrischer Patienten gekommen ist. Die daraus häufig resultierenden Schwierigkeiten, eine strukturierte Koordination der Behandlungsabläufe zu gewährleisten, stellt insbesondere für multimorbide Patienten eine Gefahr dar. **Die Einführung eines Facharztes für Geriatrie im ambulanten Bereich würde diese Entwicklung weiter beschleunigen und ist daher kein geeignetes Instrument zur langfristigen Sicherstellung einer koordinierten Versorgung geriatrischer Patienten.** Vielmehr würde dies zu einem erhöhten Aufwand bei der Koordination der Behandlungen führen, ohne gleichzeitig die Qualität der Versorgung im Sinne der Patienten zu erhöhen.

Ebenfalls kontraproduktiv ist die Etablierung sogenannter geriatrischer Schwerpunktpraxen. Eine Differenzierung der ambulanten Versorgung in verschiedene Anlaufstellen deckt sich nicht mit der Notwendigkeit einer klaren Bündelung der Verantwortung und der stringenten Koordination der Behandlungsabläufe. Dies führt vielmehr zu zahlreichen Kommunikationsbrüchen zwischen den Akteuren. Darüber hinaus ist es nicht im Interesse hochbetagter Patienten, wenn sie aus ihren vertrauten hausärztlichen Strukturen herausgelöst werden.

Wenn besonders aufwändig zu versorgende geriatrische Patienten, zusätzlich zur hausärztlichen Betreuung, weitere spezifische Versorgungsangebote benötigen, sind diese in Form von Tageskliniken und geriatrischen Institutsambulanzen bereitzustellen.

Berlin, 29. Juli 2017

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht.

¹ vgl. Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016), S. 77 ff.