



Die Herausforderungen, die künftig an die Versorgung geriatrischer Patienten gestellt werden, sind enorm. In Berlin wird sich der Anteil der über 80-Jährigen in den nächsten 20 Jahren voraussichtlich verdoppeln. Diese Aufgabe kann man nur bewältigen, wenn man sich rechtzeitig der Entwicklung stellt. Die Ärztekammer Berlin hat dies mit der Erarbeitung des GeriatRIEkonzepts Berlin 2010 getan. Der Arbeitskreis Klinische Geriatrie der Kammer hat in seinem 32-seitigen Papier analysiert, welcher Bedarf an geriatrischer Versorgung besteht und zukünftig bestehen wird, wo die größten Lücken liegen und wie sie geschlossen werden können. Dabei hat sich gezeigt, dass es in Berlin viele hervorragende Angebote zur Versorgung geriatrischer Patienten gibt. Diese müssen aber konsequent fortgeführt, ausgebaut und vernetzt werden.

Arbeitskreis Klinische Geriatrie der Ärztekammer Berlin

Geriatriekonzept Berlin 2010

Demografischer Wandel und medizinische Versorgung

„Die Pädiatrie hat sich vor rund 100 Jahren aus der Inneren Medizin herausgelöst und verselbständigt. Bei der Geriatrie setzte dieser Prozess vor etwa 50 Jahren ein und ist noch immer nicht abgeschlossen.

Entsprechend der demographischen Entwicklung werden die Betreuungs- und Behandlungsangebote für alte Menschen zunehmend erweitert werden müssen unter Berücksichtigung des Prinzips „häuslich-ambulant vor institutionell“. Auch die Prävenierbarkeit von Erkrankungen im Alter wird in Versorgungskonzepten auch mit Blick auf die Verlängerung der krankheitsfreien Lebenserwartung, aber nicht zuletzt auch auf die Bezahlbarkeit von Leistungen eine viel größere Rolle spielen müssen als bisher. In diesem Kontext fällt dem Fachgebiet Geriatrie eine wichtige und verantwortungsvolle Aufgabe zu.

Alles Bemühen um eine Verbesserung der Lebenssituation alter Menschen steht und fällt jedoch mit der Haltung der Gesellschaft zu dieser Bevölkerungsgruppe. Die Probleme kann man vor sich herschieben oder verdrängen, sie werden aber jeden „Verdränger“ unbarmherzig erreichen, wenn er denn selbst einmal alt ist. Hier ist noch ein weiter Weg zu gehen und das Ziel scheint sich manchmal eher zu entfernen als zu nähern. Gerade aber das sollte Ansporn sein, die als notwendig erkannten Schritte unbeirrt weiter zu gehen“, schreibt Professor Dr. med. Ruth Mattheis, Senatsdirigentin a.D., langjährige Leiterin der Abteilung „Krankenhaus“ bei der Senatsverwaltung für Gesundheit/Soziales in Berlin, in der Einleitung des Geriatriekonzeptes. Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther

Jonitz, ergänzt, dass die Ärztekammer mit dem Geriatriekonzept wieder einmal ihren Sachverstand in einem gesellschaftspolitisch äußerst relevanten Thema einbringe. Damit komme die Kammer ihrer Gemeinwohlverpflichtung nach. Da die in den Arbeitskreisen der Kammer vertretenen Ärztinnen und Ärzte hautnah vom gesellschaftlichen Wandel und der demografischen Entwicklung betroffen seien, hätten sie auch die entsprechende Problemlösungskompetenz, die notwendig sei. Probleme dieser Art könnten nicht von Behörden und Ministerien allein gelöst werden, hebt Jonitz hervor. Aus seiner Sicht erlebt die Altersmedizin einen Wandel. „Die Geriatrie wird gesellschaftsfähig“, sagt der Kammerpräsident mit Blick auf das Schattendasein, das das Fach lange geführt hatte.

Ziele des Geriatriekonzeptes Berlin

1. Eine Bestandsaufnahme des gegenwärtigen geriatrischen Versorgungsangebotes.
2. Eine Bestandsaufnahme der in den nächsten Jahren zu erwartenden Entwicklungen mit Blick auf die Herausforderungen an das Fachgebiet der Geriatrie.
3. Identifizierung von Verbesserungspotenzial für eine medizinisch/pflegerisch fachlich und ökonomisch optimierte Versorgung geriatrischer Patienten in unserer Stadt.
4. Aufzeigen wie die Vernetzung des geriatrischen Versorgungssystems mit abgestuften Strukturelementen der wohnortnahen stationären und ambulanten Versorgung weiterentwickelt werden kann.

Warum ist das Geriatriekonzept wichtig?

Aufgrund der demografischen Entwicklung in Berlin muss annähernd von einer Verdopplung des Anteils der über 80-Jährigen in der Berliner Bevölkerung bis zum Jahr 2030 ausgegangen werden. Die mit der medizinischen Versorgung einer immer älter werdenden Bevölkerung einhergehenden Probleme sind eine ganz erhebliche Herausforderung an die Geriatrie im Zusammenwirken mit vielen anderen Fachdisziplinen. Der weitere Ausbau des geriatrispezifischen Versorgungsangebots ist sicher eine zentrale Aufgabe als Antwort auf die demografische Herausforderung. Auch wenn die krankheitsfreie Lebenserwartung mit Zunahme der Gesamtlebenserwartung zunimmt, wird die soziodemographische Entwicklung allerdings dazu führen, dass wir „anders“ krank werden; mit einer Zunahme chronischer Erkrankungen, Zunahme der Multimorbidität und insbesondere einer Zunahme alterstypischer Erkrankungen unmittelbar am Ende des Lebens. So besteht beispielsweise bei etwa 40 % aller geriatrischen Patienten neben körperlichen Erkrankungen eine Demenz, die eine besondere Herausforderung darstellt.

Das medizinische Versorgungsangebot muss sich bereits heute auf die komplexen Probleme alter und hochbetagter Menschen einstellen, die weniger von einer spezialisierten organbezogenen Versorgung profitieren, sondern auf ein umfassendes, auf Erhalt und Stärkung der Aktivitäten des täglichen Lebens

(ADL) ausgerichtetes Angebot angewiesen sind. Ein besonderes Anliegen des Fachgebietes Geriatrie ist die Verlängerung der krankheitsfreien Lebenserwartung oder genauer Lebenserwartung mit möglichst selbstständiger Lebensführung bei einer generell steigenden Gesamtlebenserwartung.

Dies sind die Gründe ein Konzept der Geriatrie in Berlin vorzulegen, das in besonderer Weise den Aspekten der Prävention, der Qualitätssicherung vernetzter und umfassender altersmedizinischer Versorgungsangebote, aber auch der Ökonomie der Versorgung Rechnung trägt.

Demografie in Berlin

Ähnlich wie in allen anderen Bundesländern, wird auch die Berliner Bevölkerung in den nächsten Jahrzehnten immer älter. Am stärksten wächst dabei die Bevölkerungsgruppe der über 80-Jäh-

rigen: Um 87 % bis zum Jahr 2030. Im gleichen Maße erhöht sich auch die Zahl der geriatrischen (multimorbiden) Patienten, woraus sich die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Anpassung der Gesundheitsversorgungsstrukturen ergibt (s. Abb.2).

Bestehende geriatrische Versorgungsstrukturen

Die soziodemographischen Daten zeigen eine zum Teil dramatische Alterung der Bevölkerung Berlins, wobei insbesondere die älteste Bevölkerungsgruppe überdurchschnittlich stark wächst. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer Erhöhung der geriatrischen Betten in Berlin, und zwar auf circa 1600 (s. Abb. 3). Einen besonderen Mangel geriatrischer Betten gibt es insbesondere im Osten und im Norden unserer Stadt, so dass eine Angleichung insbesondere in diesen Bereichen erforderlich

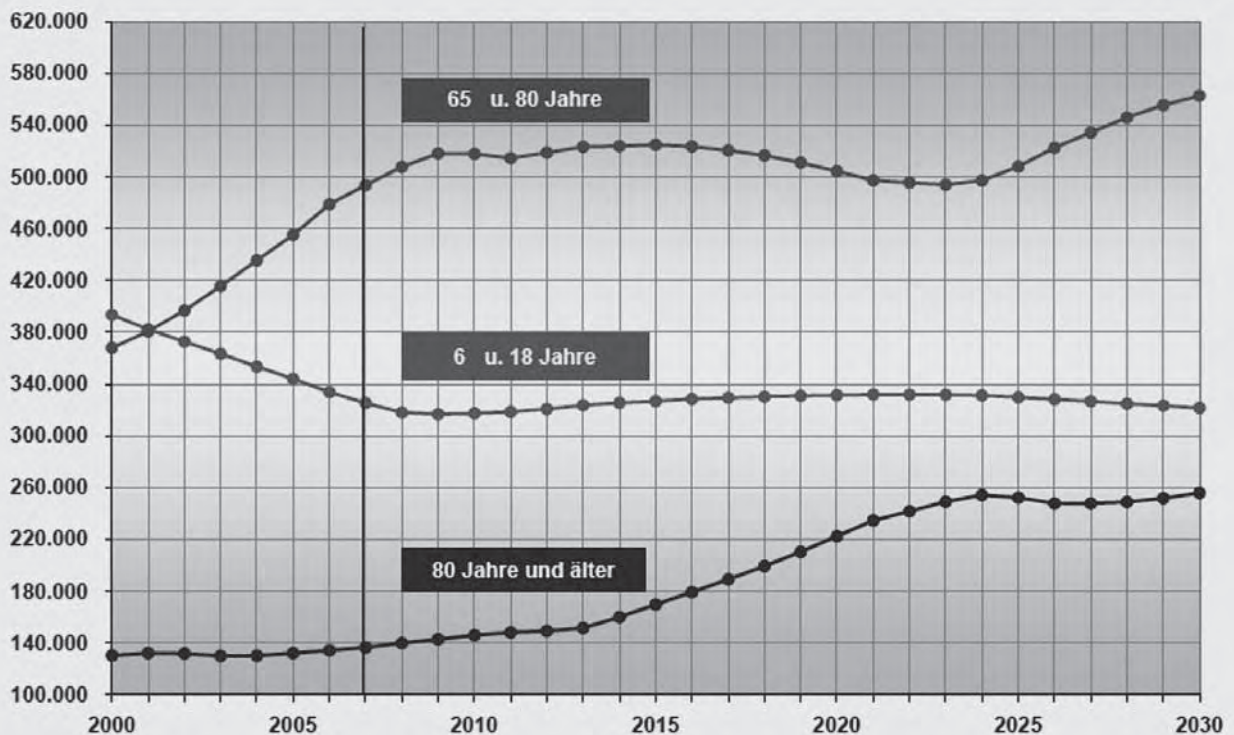
ist. Die Aufstockung der geriatrischen Betten sollte zum Teil auch durch eine Umwidmung anderer Betten erfolgen. Um das Prinzip der wohnortnahen Versorgung zu stärken, sollten möglichst alle geriatrischen Kliniken auch über teilstationäre Kapazitäten in geriatrischen Tageskliniken verfügen.

Zuweisung der Patienten und Aufnahme in die Geriatrie

Das Prinzip „Rehabilitation vor Pflege“ hat Gesetzeskraft. Viele ältere Menschen werden aber immer noch direkt in ein Pflegeheim eingewiesen, ohne dass jemals wenigstens der Versuch einer geriatrischen Rehabilitation unternommen worden ist. Dabei ist wissenschaftlich erwiesen und unmittelbar einsichtig, dass die Verbesserung der Selbsthilfekompetenz geriatrischer Patienten auch gesamtwirtschaftlich finanzielle Mittel einspart. Alle Berliner Geriatrien sind im Rahmen der frührehabilitativen

Abb. 1

Bevölkerungsentwicklung nach ausgewählten Altersgruppen in Berlin
Prognose 2007-2030 (Variante Basis)



Quelle: Senatsverwaltung für Stadtentwicklung „Bevölkerungsprognose für Berlin und die Bezirke 2007-2030“

Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen
(in 1.000 Personen) Variante „Basis“

Abb.2

Altersgruppe	2007	2010	2015	2020	2025	2025	Veränderung 2007-2030	
							absolut	in %
0 - unter 6	175,3	180,6	178,8	174,2	169,2	166,1	-9,1	-5,2%
6 - unter 18	325,3	317,4	326,9	331,4	328,8	321,6	-3,7	-1,1%
18 - unter 25	299,5	289,0	250,2	250,1	252,2	256,3	-43,2	-14,4%
25 - unter 45	1.078,1	1.047,1	1.033,7	1.028,7	1.014,6	995,5	-82,5	-7,7%
45 - unter 65	907,8	944,5	982,9	966,7	953,4	917,7	917,7	+1,1%
65 - unter 80	493,7	517,8	524,9	504,5	508,1	562,8	562,6	+14,0%
80 und älter	136,6	146,0	169,7	222,4	252,4	255,9	+119,3	+87,3%
gesamt	3.416,3	3.442,4	3.467,2	3.477,9	3.479,6	3.475,8	+59,6	+1,7%

Stationäre und teilstationäre Geriatrie

Abb.3

Derzeit gibt es in Berlin folgende geriatrische Kliniken und Tageskliniken:

Klinik-Standort	Betten	Plätze Tagesklinik
AWO Ida-Wolff-Geriatriezentrum	120	36
Dominikus Krankenhaus	65	15
Ev. Geriatriezentrum Berlin	132	40
Ev. Johannesstift Wichernkrankenhaus	96	10
Ev. Krankenhaus Hubertus	64	8
Ev. Waldkrankenhaus Spandau	84	
Helios Klinikum Berlin Buch	45	
Krankenhaus Bethel Berlin	60	12
Malteser Krankenhaus	43	
Median-Klinik Berlin-Mitte (*Rehabilitationsklinik für Geriatrie)	110*	
Sana Klinikum Lichtenberg	60	10 (ab 2010)
St. Marien-Krankenhaus Berlin	80	
Vitanas Krankenhaus für Geriatrie	90	
Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum	–	15
Vivantes Klinikum Prenzlauer Berg	35	
Vivantes Wenckeback-Klinikum	120	20
	1243	150

Komplexbehandlung in der Lage, neben der regelmäßig notwendigen Akutbehandlung (beispielsweise Neueinstellung des entgleisten Blutzuckers, die ätiologische Klärung des Sturzeignisses oder Überwindung des posttrauma-

tischen Delirs) die notwendigen rehabilitativen Maßnahmen durchzuführen. Durch eine gute Flächendeckung der geriatrischen Angebote kann auch die dringend gebotene Wohnortnähe der Therapie sichergestellt werden.

Bestehende spezielle Versorgungsangebote

Ambulante und mobile geriatrische Rehabilitation

Außer den etablierten stationären und teilstationären geriatrischen Angeboten gibt es in Berlin einige moderne Strukturelemente, die das Angebot ergänzen und als Beitrag zu einer Weiterentwicklung angesehen werden können. Es sind die ambulante geriatrische Rehabilitation am Sankt Gertrauden-Krankenhaus (20 Plätze) und das kurz vor der Realisierung stehende Team für die mobile geriatrische Rehabilitation am Wichernkrankenhaus im Evangelischen Johannesstift in Spandau. Die Median-Klinik hat mit dem VdEK einen Vertrag über die mobile geriatrische Rehabilitation abgeschlossen. Insbesondere diese modernen wohnortnahen Angebote werden mit hoher Wahrscheinlichkeit in der Lage sein, bestimmte Patienten im häuslichen Bereich zu stabilisieren und so den (meist unerwünschten) Einzug ins Pflegeheim zu vermeiden.

Geriatrische Schwerpunktpraxis

Bereits derzeit widmen sich einzelne niedergelassene Kollegen in Berlin vorrangig der Versorgung geriatrischer Patienten. Mit der Niederlassung der Geriaterin Dr. Angela Kloppenborg in Spandau ist eine Praxis mit einem besonderen geriatrischen Profil entstanden, die als Prototyp einer geriatrischen Schwerpunktpraxis verstanden werden kann. Die geriatrische Schwerpunktpraxis wird mit hoher Wahrscheinlichkeit eine wichtige Funktion bei der vernetzten Versorgung geriatrischer Patienten in Berlin einnehmen.

Medizinische Versorgung in Pflegeheimen

Da in Pflegeheimen viele schwer betroffene multimorbide Patienten leben, sind hier eine hohe Frequenz der ärztlichen Präsenz sowie eine besonders ausgeprägte geriatrische Kompetenz der

medizinischen Versorgung erforderlich. Meist werden die Bewohner von niedergelassenen Ärzten versorgt. In Berlin gibt es darüber hinaus in 37 Pflegeheimen Heimärzte. Bekannt wurde dieses Modell unter dem Namen „Berliner Projekt“.

Es wurde als Weiterentwicklung des besonderen Berliner Konstrukts „Krankenhaus für chronisch Kranke“ 1998 in Berlin begonnen und definierte den Heimarzt als wichtiges Versorgungsprinzip im Gesundheitsmanagement älterer Patienten neu. Hierzu wurde eine Rahmenvereinbarung zwischen der AOK Berlin, der BKK, der IKK, der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, der Berliner Krankenhausgesellschaft sowie 65 Einrichtungen mit circa 8000 Plätzen geschlossen. Wegen der positiven Erfahrungen ist das Modell inzwischen mehrfach verlängert worden.

In einer differenzierten Evaluation des Modellprojektes konnten insgesamt folgende Effekte nachgewiesen werden:

- Bei einem hohen Anteil der Gesundheitsprobleme von Heimbewohnern konnte ein Klinikaufenthalt vermieden werden.

- Es zeigte sich eine deutliche Kostenersparnis (bei der AOK ein Minderaufwand der Gesundheitskosten für die Heimbewohner zwischen 2,8 bis 4,6 Millionen im Jahr).
- Die Menge der verordneten Medikamente konnte gesenkt werden.
- Insgesamt konnte eine hohe Zufriedenheit der betroffenen Patienten mit dem System konstatiert werden.

Es gibt Bestrebungen, durch eine spezielle Qualifikation der Heimärzte sowie eine apparative Grundausstattung in den Heimen dieses Konzept zum Wohl der Heimbewohner zu optimieren und dabei auch die Versorgungsökonomie zu verbessern. Grundvoraussetzung dafür ist die Fortführung des Modells zu fairen und kostendeckenden Konditionen mit den Krankenkassen.

Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“

Seit 1999 verfügt Berlin über ein Netz von Anlaufstellen für ältere Menschen, in denen die vielfältigen Hilfsangebote koordiniert werden können. Diese Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ stellen eine wichtige Ergänzung der geriatrischen Versorgung dar. Insbeson-

dere leisten sie auch wertvollen Beitrag zur Vernetzung zwischen den verschiedenen Institutionen. Sie beraten zu allen Fragen rund ums Alter und unterstützen bei Behinderung und Pflegebedürftigkeit, bei sozialen und sozialrechtlichen Fragen, klären die Finanzierungsmöglichkeiten einschließlich der Unterstützung bei Antragsverfahren, helfen bei der Durchsetzung von Ansprüchen, koordinieren die notwendigen Hilfen, planen und organisieren die Maßnahmen zur Wohnungsanpassung.

Mit der Einführung der Pflegestützpunkte wurde die Anzahl der Anlaufstellen erhöht, und das Spektrum der Beratung und Koordination erweitert.

Zentrale Forderungen des Geriatriekonzepts

Geriatrische Versorgungsangebote stärker vernetzen

Die geriatrische Versorgung sollte noch weiter vernetzt werden und noch mehr als bisher auch gezielt Präventionsstrategien wie zum Beispiel zur Sturzvermeidung verfolgen. Es gilt für eine bessere und konsequentere Nutzung des bereits heute bestehenden abgestuften Versorgungsangebots der Geriatrie mit stationärer, teilstationärer, ambulanter und mobiler ambulanter Behandlung zu sorgen und zugleich dieses System nach Maßgabe örtlicher Erfordernisse weiter im Land Berlin auszubauen. Ebenso sollten möglichst flächendeckend Versorgungspfade für typisch geriatrische Erkrankungen geschaffen und eine Vernetzung zum Beispiel mit Pflegeeinrichtungen, therapeutischen Praxen, Hilfsmittelversorgern, Apotheken u. ä. weiter entwickelt werden.

Hilfreich für eine weitere Optimierung und Vernetzung des medizinischen und pflegerischen Versorgungsangebots sind die bereits vorhandenen Beratungsstellen in den Bezirken und die gerontopsychiatrischen Verbände. In der stationären Versorgung spielt insbesondere



Fotos: Evangelisches Geriatriezentrum Berlin gGmbH

die geriatrische Komplexbehandlung zur Sicherstellung einer optimalen (akut)medizinischen Versorgung bei gleichzeitig integrierter geriatrischer Frührehabilitation eine Schlüsselrolle. Hier gilt das Prinzip: Soviel akutmedizinische Versorgung wie angemessen und von Beginn an soviel geriatrische Frührehabilitation wie nur möglich. Hierdurch kann Pflegebedürftigkeit vom geriatrischen Patienten abgewendet und seine ADL-Kompetenz gestärkt und dem bekannten „Drehtüreffekt“ bei unzulänglicher stationärer Behandlung entgegengewirkt werden.

Mitautor PD Dr. Dr. med. Claus Köppel, Sprecher des Arbeitskreises Geriatrie, hebt in diesem Zusammenhang die besondere Bedeutung der Teamarbeit hervor. „Das Wort Team wird ja oft strapaziert, bei geriatrischen Patienten aber ist die Arbeit in multiprofessionellen Teams unabdingbar für gute Qualität.“

Erfolgreiches Berliner Heimarztmodell fortführen und ausbauen

Das erfolgreiche in Berlin „geborene“ Heimarztmodell sollte weiter ausgebaut werden. Dazu bedarf es aber fairer Vertragsbedingungen und einer kostendeckenden Finanzierung seitens der Krankenkassen, betont Köppel, der das Zentrum für Altersmedizin am Wenckebach-Klinikum leitet. In einer umfassenden Versorgung älterer multimorbider Patienten (bzw. Bewohner) kommt dem Pflegeheim eine wichtige und weiter in der Bedeutung zunehmende Aufgabe zu. Unverzichtbar für die Gesundheitsversorgung im Pflegeheim ist eine besondere geriatrische Kompetenz aller Mitglieder des Versorgungsteams, insbesondere der Ärzte und des Pflegeteams.

Viele Bewohner von Pflegeheimen sind wegen ihrer psychischen und somatischen Beeinträchtigungen nicht in der Lage, einen Hausarzt oder Facharzt aufzusuchen. Aus diesem Grund kann der notwendige Arztkontakt nur im Pflege-

heim stattfinden. In Berlin verfügen seit 1996 eine Reihe von Pflegeheimen über angestellte oder besonders vertraglich gebundene Heimarzte („Berliner Modell“), was nachweislich zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung dieser Bewohner und zu einer beachtlichen Kostenreduktion durch eine reduzierte Zahl von Krankenhauseinweisungen geführt hat.

Dieses sehr erfolgreiche Versorgungsmodell, an dem sich leider nur einige Krankenkassen beteiligt haben, gilt es fortzuführen. Dies wird aber nur gelingen, wenn wie bisher faire und auskömmliche Vertragskonditionen von den Krankenkassen zugestanden werden. Leider ist die Fortführung dieses Modells derzeit ungewiss.

Geriatrische Kompetenz in den Rettungsstellen stärken

Die Ärztekammer Berlin setzt sich dafür ein, dass ältere Patienten, die des besonderen Versorgungsangebots der Geriatrie bedürfen, bereits in der Rettungsstelle identifiziert werden und über entsprechende Behandlungspfade einer qualitätsgesicherten Versorgung zugeführt werden. Um die Allokationsentscheidung fachkompetent treffen zu können, muss geriatrische Kompetenz schon in den Rettungsstellen der Kliniken sichergestellt werden. Hierzu ist es wichtig, bei älteren Patienten bei Aufnahme ein Screening zur geriatrischen Behandlungsbedürftigkeit durchzuführen. Ebenso gilt es, Behandlungspfade für die wichtigsten geriatrischen



PD Dr. Dr. med. Claus Köppel

Krankheitsbilder zu entwickeln. Geriatrische Kompetenz ist derzeit in kaum einer Rettungsstelle der Berliner Krankenhäuser vertreten. Dies bedingt, dass viele ältere Patienten, die unmittelbar von einer geriatrischen Versorgung profitieren würden, nicht in eine derartige Abteilung gelangen.

Geriatrische Schwerpunktpraxen fördern

Weiterhin gilt es, endlich geriatrische Schwerpunktpraxen zu fördern und auskömmlich zu finanzieren. Obwohl die Versorgung des geriatrischen Klientels aufwendiger als die von jüngeren Patienten ist, findet dies im gegenwärtigen Vergütungssystem in keiner Weise angemessene Berücksichtigung. Es müssen geriatrische Schwerpunktpraxen und eine leistungsgerechte Vergütung für die spezifisch geriatrische ambulante Versorgung geschaffen werden. Nur so wird es durch optimierte ambulante geriatrische Versorgung gelingen, vermeidbare und kostspielige Krankenhauseinweisungen zu verhindern.

Zahl geriatrischer Krankenhausbetten maßvoll erhöhen

Das stationäre geriatrische Behandlungsangebot muss mit Blick auf den Qualitätserhalt maßvoll ausgebaut werden, wobei auch Bettenumwidmungen ins Auge gefasst werden sollten. Dies sollte allerdings behutsam, nach Maßgabe der altersstrukturellen Kennzahlen in den einzelnen Bezirken und vor allem unter Wahrung der geriatrischen Qualitätsstandards geschehen. Eine Erhöhung der Bettenzahl von derzeit rund 1250 auf 1600 erscheint sinnvoll.

Genauso wichtig ist es aber auch, die vorhandenen Versorgungsstrukturen zu überprüfen und für geriatritypische Erkrankungen Versorgungspfade (Clinical Pathways) zu schaffen. Längst nicht alle Patienten, die von einer geriatrischen Komplexbehandlung profitieren würden, gelangen derzeit überhaupt, zeitnah und vor allem ohne unnötige Umwege in geriatrische Kliniken. Hier gibt es einen nicht zu unterschätzenden Optimierungsbedarf, von dem alte Menschen in ihrer Lebensqualität und nicht zuletzt auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung alter Menschen profitieren würde.

Nachwuchs in allen Berufsgruppen der Altersmedizin fördern

Ein Ausbau des Versorgungsangebots wird nur dann erfolgreich sein, wenn es gelingt, entsprechenden Nachwuchs in allen Berufsgruppen der Altersmedizin, angefangen bei Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten, zu rekrutieren. Hier müssen eine Reihe von immer noch bestehenden Vorurteilen über eine vermeintlich wenig Erfolgserlebnisse mit sich bringende Tätigkeit in der Altersmedizin abgebaut werden. Bereits im Medizinstudium muss Wertschätzung für den alten Menschen vermittelt werden. Auch wenn eine Heilung des geriatrischen Patienten die Ausnahme ist, wird jede Verbesserung in der ADL-Kompetenz und zum Beispiel die Vermeidung einer institutionellen Pflege vom Patienten und seinen Angehörigen dankbar an den Arzt und sein Team zurückgegeben.

Einen wichtigen Schritt zur Stärkung der geriatrischen Medizin hat die Ärztekammer Berlin getan, indem sie kürzlich mit dem 8. Nachtrag zur Weiterbildungsordnung den Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie geschaffen hat. Sie ist damit eine der ersten Kammern, die diesen Weg geht. Daneben existiert weiterhin die Zusatz-Weiterbildung Geriatrie, so dass in Berlin künftig verschiedene Wege zur Herausbildung geriatrischer Kompetenz zur Verfügung stehen.

Inzwischen gibt es Bestrebungen, diesen geriatrischen Facharzt bundesweit zu etablieren.

Forschung und Lehre der Altersmedizin ausbauen

Auch die Forschung und hier insbesondere die Versorgungsforschung sind bei alten Menschen bzw. geriatrischen Patienten in besonderer Weise gefordert. Im Blickpunkt stehen die Verbesserung der Lebensqualität des alten Menschen und die Verlängerung der krankheitsfreien Lebenserwartung und der Lebenserwartung in Selbstständigkeit durch Maßnahmen der Prävention oder der therapeutischen Interventionen. In enger Kooperation mit den in Berlin ansässigen drei Universitäten und Forschungseinrichtungen ist eine Therapieforschung mit dem Ziel einer Risikostratifizierung für viele typische altersmedizinische Erkrankungen geboten. Gerade hochaltrige Patienten profitieren bisweilen mehr von therapeutischen Interventionen als jüngere Patienten mit einem anderen, oft prognostisch ungünstigeren Risikoprofil. Wie die Leiterin der Forschungsgruppe Geriatrie der Charité und Ärztliche Leiterin des Evangelischen Geriatriezentrums, Professor Dr. med. Elisabeth Steinhagen-Thiessen, betont, müsse die Zahl geriatrischer Lehrstühle in Berlin und bundesweit stark angehoben werden. Gleichzeitig plädiert sie für eine Stärkung der geriatrischen Kompetenz in allen Fächern. Dies müsse schon in der Ausbildung berücksichtigt werden.



Prof. Elisabeth Steinhagen-Thiessen mit Patient

Fazit



Die Herausforderungen, die der demografische Wandel an die Versorgung geriatrischer Patienten in Zukunft stellen wird, sind enorm. Bewältigen lassen sich diese nur, wenn alle an der Versorgung beteiligten Institutionen zusammenwirken. Das schließt neben Kliniken, Tageskliniken, ambulanten, mobilen, pflegenden und koordinierenden Versorgungsstrukturen auch die Landesregierung, die Bezirke und die Kostenträger ein. Die Vertreter der älteren Generation (zum Beispiel Landesessenorenvertretung, Seniorenvertreter der Bezirke, Kompetenz-Netz für das Alter Berlin-Brandenburg) werden zunehmend wichtige Dialogpartner. Ganz vorbildliche Arbeit leisten im Land Berlin die vielen Selbsthilfegruppen, deren Angebot noch viel zu wenig konsequent genutzt wird.

Die Ärztekammer Berlin möchte mit dem Geriatriekonzept Berlin 2010 ihr Know-How einbringen und aufzeigen, welche Lösungsansätze es gibt, um den älteren Menschen dieser Stadt auch in Zukunft eine angemessene medizinische Versorgung zu bieten.

Das vollständige Geriatriekonzept finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin unter:

www.aerztekammer-berlin.de
im Kapitel „Presse“ als Anlage der
Presseerklärung vom 01.02.2010.

Arbeitskreis Klinische Geriatrie der
Ärztekammer Berlin

Redaktion: Dr. Rainer Neubart (Schriftleitung),
Martina de la Chevallerie, Dr. Christine Mende

Verantwortlich im Sinne des Presserechts:
PD Dr. Dr. Claus Köppel, Sprecher des
Arbeitskreises