

Ältere Menschen sind bei Krankheit medizinisch, psychosozial und pflegerisch gut versorgt.

Unterschiedliche Gesundheitsberufe arbeiten patientenorientiert und koordiniert zusammen.

ZIEL 6 und ZIEL 7 des Nationalen Gesundheitsziels „Gesund älter werden“

Ausgangslage

Im höheren Lebensalter steigt mit zunehmender Prävalenz chronischer Erkrankungen und funktioneller Beeinträchtigungen die Gefahr von komplexen Krankheitsverläufen mit mehreren, zum Teil interagierenden physischen und psychischen Erkrankungen. Die wachsende Zahl von Patientinnen und Patienten mit „geriatrietypischer Multimorbidität“ stellt dabei besondere Anforderungen an eine adäquate Versorgung. Herausforderungen erwachsen dabei vor allem aus lang andauernden und intensiven Versorgungs- und Betreuungsbedarfen bei oftmals irreversiblen pathogenen Prozessen.

Diesen Anforderungen werden die vorhandenen Versorgungsstrukturen und Akteure nicht immer hinreichend gerecht.

Es mangelt an integrierten, sektorübergreifenden Konzepten und einer disziplinübergreifenden Kooperation der Gesundheitsberufe. Auch die hausärztliche Versorgungsstruktur im ländlichen Raum ist von Ausdünnung bedroht. Ferner fehlt es an stationären geriatriischen Einrichtungen. Spezielle Fachbereiche wie z. B. die Psychiatrie sowie die ambulante und stationäre Rehabilitation sind nicht hinreichend an die Bedürfnisse Älterer angepasst. Nachdem die Möglichkeiten zur Sicherstellung der haus- und fachärztlichen Versorgung und zur adäquaten Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen sowie für mehr Kooperation über Sektorengrenzen hinweg verbessert worden sind, bietet dies allen Akteuren neue Spielräume für gezielte Verbesserungen.

Umsetzungsstrategie und Maßnahmen

Stationäre und ambulante Strukturen sollten quantitativ und qualitativ sowie sektorübergreifend für die Versorgung älterer Patientinnen und Patienten optimiert werden. Gute Ansätze bieten hierfür Chronic Care Modelle, die auf eine gesteuerte Versorgung chronisch Kranker über die Grenzen der Versorgungssektoren hinweg abzielen. Die unterschiedlichen Berufsgruppen sollen zudem verstärkt zusammenarbeiten.

Von Bedeutung ist auch die systematische Entwicklung, Erprobung und Implementierung von evidenzbasierten Leitlinien für die Versorgung besonders häufig auftretender Ko- und Multimorbiditäten. Zudem muss die (Weiter-) Entwicklung von Versorgungskonzepten forciert werden, die primär auf Vermeidung von Verschlimmerung irreversibler chronischer Erkrankungen und von Pflegebedürftigkeit ausgerichtet sind. Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ sollte ausgeschöpft werden. Der Ausbau geriatrischer Fachabteilungen in Krankenhäusern und die Sicherung der nachfolgenden Versorgung, die sich an der Lebenswelt der Älteren orientiert, könnte Wiedereinweisungen vermeiden. Informelle Netzwerke und Selbsthilfestrukturen können hier einen wesentlichen Beitrag leisten.

ZIEL 6 besteht aus 11 Teilzielen und 17 empfohlenen Maßnahmen zur Zielerreichung. Das vollständige Ziel „Gesund älter werden“ steht unter www.gesundheitsziele.de zum Download zur Verfügung.

ZIEL 7 besteht aus 4 Teilzielen und 15 empfohlenen Maßnahmen zur Zielerreichung. Das vollständige Ziel „Gesund älter werden“ steht unter www.gesundheitsziele.de zum Download zur Verfügung.

Beispiele

Das **Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG)** ist eine gemeinsame Einrichtung des GKV-Spitzenverbandes und der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung. Zu seinen Serviceangeboten gehört die Erstellung und Bewertung von Evidenzberichten zu geriatrischen Verfahren in Diagnostik, Therapie und Prävention. (www.kcgeriatrie.de)

Im Rahmen des Verbundes Gesundheit im Alter untersucht der Berliner Forschungsverbund **Autonomie trotz Multimorbidität im Alter: Interventionen zur Mobilisierung von Ressourcen (AMA II)**, wie die Lebenssituation alter mehrfach erkrankter Menschen in Privathaushalten und Pflegeheimen verbessert werden kann. (www.ama-consortium.de)

Das **GeriNet Leipzig** wurde 2011 als Modellprojekt des Sächsischen Ministeriums für Soziales und Verbraucherschutz gegründet. Es will durch Kooperation der Akteure der geriatrischen Versorgung ein trägerübergreifendes Netzwerk bilden. Arbeitsgruppen bestehen zu den Themen Assessment, Überleitung, Prävention, Quartier und Qualität. (www.gerinet-leipzig.de)

In Gegenden, in denen die hausärztliche Versorgung unzureichend ist, haben sich in den letzten Jahren viele Dienste wie **AGnES** (Arztentlastende, gemeindenaher, ehealth-gestützte, systemische Intervention), **MOPRA** (Mobile Praxisassistentin), **VerAH** (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis), **EVA** (Entlastende Versorgungsassistentin) oder **HELVER** (Arzthelferinnen in der ambulanten Versorgung) etabliert. Eine erste Diskussion dieser Modelle fand 2009 mit der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. an der Universität Witten-Herdecke statt. Die Arbeitsgemeinschaft

„Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg“ diskutiert unter dem Titel „Praxis mit dem gewissen Extra. Eva, Verah, Moni und Nico auf Mission für Arzt und Patient“ 2013 das Thema. (www.degam.de, www.online-zfa.de, www.kvbb.de)

Als Fortentwicklung der **Gemeindeschwester AGNeS** erprobt die Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg (IGiB), seit 2011 die neue **agneszwei**. Sie soll in medizinisch unterversorgten Gebieten Ärztinnen und Ärzte entlasten, kann arzt- und praxisübergreifend wirken und ist seit 2012 in fast allen Landkreisen tätig. Ein Vergleich beider Modelle und das Schulungskonzept von agneszwei stehen auf den Internetseiten der KV bereit. (www.kvbb.de)

Die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung e.V. sammelt zusammen mit dem Department Wirtschaftsinformatik der FU Berlin (CCEC) im Projekt **Monitoring Integrierte Versorgung** Daten über die Lage der Integrierten Versorgung in Deutschland. (www.dgiv.org, www.monitoring-iv.de)

Mit der strukturierten curricularen Fortbildung **Geriatrische Grundversorgung** der Bundesärztekammer hat diese ein Konzept der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. aufgegriffen und eine 60-stündige berufsbegleitende modulare Fortbildungsmaßnahme für Ärzte geschaffen. Das interdisziplinäre Curriculum steht allen an einer adäquaten Versorgung geriatrischer Patienten interessierten Ärztinnen und Ärzten offen und wird inzwischen von der DGG und den Landesärztekammern in vielen Bundesländern angeboten. (www.bundesaerztekammer.de)

Die Beispiele zur Umsetzung von Ziel 6 und Ziel 7 wurden größtenteils der Broschüre und dem Langbericht „Gesund älter werden. Initiativen und Projekte zur Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit älterer Menschen“ der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO) entnommen. Beide Publikationen, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, stehen unter www.bagso.de zum Download zur Verfügung.