

Geriatrisches Netzwerk

Kooperationsmodell zwischen niedergelassenen Ärzten und Geriatrischer Klinik mit Memory Clinic und Sozialer Koordinierungs- und Beratungsstelle

Zusammenfassung und Ausblick

Während des Modells Ganzheitliche Betreuung und medizinische Therapie geriatrischer Patienten wurde 2 Jahre lang das geriatrische Screening in der Hausarztpraxis erprobt. Dabei wurde den Hausärzten und Patienten die Möglichkeit des Assessments in der Klinik, die Diagnostik und Therapie in der Memory-Clinic sowie die Inanspruchnahme der Sozialen Beratungsstelle angeboten. Ziel war die Erarbeitung von Vorschlägen für eine präventiv ansetzende Vorsorgeuntersuchung, die die Versorgungsqualität für geriatrische Patienten effizient verbessert.

Grundgedanke des Modells war die Idee, vorhandene Strukturen des Gesundheitswesens zu nutzen und durch Kooperation und Vernetzung zu optimieren. Dabei sollte der Hausarzt als Lotse im Gesundheitssystem für den älteren Patienten die zentrale Stellung einnehmen. Neben einer besseren Versorgung der Patienten wurde ein Wissenstransfer und mehr Transparenz zwischen den verschiedenen Berufsgruppen, die sich in der Versorgung und Betreuung älterer Menschen engagieren, erwartet. So haben wir geriatrisches Know-how aus dem stationären und teilstationären Bereich der Geriatrischen Klinik in den ambulanten Bereich getragen. Darüber hinaus haben wir dem Hauptakteur in der ambulanten Versorgung – dem Hausarzt des älteren Menschen – ein Instrument – das geriatrische Screening - an die Hand gegeben, um Risikobereiche im Alter strukturiert und zeitsparend während der Praxistätigkeit erfassen zu können.

Die Hausarztstudie hat gezeigt, daß sich das geriatrische Screening (modifiziert nach Lachs et al. 1990) im vorliegenden Studiendesign bewährt hat. Zum einen beschreiben die Ergebnisse die typischen Risikobereiche, die im Alter verstärkt auftreten können, und zum anderen wurde die Durchführung des geriatrischen Screenings durch die Hausärzte während des Praxisalltages akzeptiert. Die Hausärzte schätzen besonders die strukturierte Befragung anhand vorgegebener Risikobereiche sowie die Möglichkeit der zügigen Durchführung, so daß in den meisten Fällen das Screening mit einem weiteren Grund des Patientenkontaktes kombiniert wurde. Das Instrument wird auch nach Abschluß des Modells weiterhin flexibel in der Hausarztpraxis bei Bedarf eingesetzt. Darüber hinaus sind die Hausärzte bereit, auch Instrumente aus dem Assessment der Geriatrischen Klinik individuell bei Bedarf in ihrer Praxis einzusetzen. Besonders relevant sind für die Hausärzte hier die Instrumente, die sich mit den kognitiven Fähigkeiten ihrer Patienten beschäftigen.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß die Ergebnisse des Assessments selber keine essentiell neuen Erkenntnisse für die Hausärzte erbracht haben, da diese ihre Patienten gut kennen. Allerdings zeigt die hohe Compliance der Hausärzte bei der Umsetzung von konkreten Empfehlungen, daß das geriatrische Assessment als Teil eines geriatrischen Konsils sehr wohl zur Abklärung von Problembereichen geeignet war. Entscheidend ist, daß die aus dem Assessment resultierenden Empfehlungen konkret zu Diagnostik, Therapie oder Medikation ausgesprochen werden und nicht allgemeiner Natur sind.

Das problemorientierte Demenz-Assessment war für die Hausärzte außerordentlich interessant, auch wenn in dem Teilprojekt Demenz von ursprünglich 42 Patienten zu Modellende nur noch 32 Patienten einbezogen werden konnten. Problemorientierte Demenz-Assessments fanden durchgängig in jährlichen Abständen bei 31 Patienten statt. Trotz des hohen Eingangsalters der Patienten von 80 Jahren und mehr wurden von den Hausärzten dem Teilprojekt Demenz zwei relativ homogene Gruppen zugewiesen: 16 Patienten mit leichten kognitiven Störungen und 15 Patienten mit einer Demenz. Es hat sich gezeigt, daß die intensive Zusammenarbeit mit der Memory-Clinic für die am Modell teilnehmenden Hausärzte eine Unterstützung bei der Behandlung ihrer kognitiv beeinträchtigten Patienten darstellt. Ein Wissenstransfer in die Hausarztpraxis fand statt. Im Rahmen des umfangreichen problemorientierten Demenz-Assessments konnten u.a. tiefergehende kognitive Defizite aufgedeckt werden, die bisher dem Hausarzt verborgen blieben. Diesbezüglich muß darauf hingewiesen werden, daß die Memory-Clinic nicht einfach durch eine Abklärung in einer nervenärztlichen Praxis ersetzt werden kann. Es handelt sich hierbei um eine sowohl neurologische wie psychiatrische und neuropsychologische Untersuchung, die in der Regel auch durch eine sozialpädagogische Beratung ergänzt wird. Diese Untersuchung und Beratung ist deshalb auch kostenintensiv. Für die Patienten erweist sich diese typisch geriatrische, da in einem Team durchgeführte Untersuchung, die auch die Angehörigen miteinbezieht, als segensreich.

Diese Unterstützung des Hausarztes in der ganzheitlichen diagnostischen Beurteilung seiner Patienten zeigt sich auch in der großen Akzeptanz bei der Umsetzung von Empfehlungen der Memory-Clinic. Die Möglichkeit, Patienten einer Gedächtnistrainingsgruppe bzw. Angehörige einer Angehörigengruppe zuzuführen, wird von allen Beteiligten: den Hausärzten, den Patienten, den Angehörigen und den Modellmitarbeitern als sehr positiv bewertet. Hier zeigt sich auch die gute Verzahnung zwischen Memory-Clinic und Sozialer Beratungsstelle.

Die Arbeit der Sozialen Beratungsstelle hat im Rahmen des Modells eine ganz besondere Rolle eingenommen. Alle Hausärzte haben eine hohe Wertschätzung der Sozialen Beratungsstelle und gaben positive Impulse für ihre Arbeit durch die Hilfestellungen der Sozialpädagogin an. Besonders relevant ist die Beratungsstelle, da die Hausärzte während ihrer Praxistätigkeit nicht nur mit somatischen Beschwerden konfrontiert werden, sondern nicht-körperliche Probleme der Patienten wie soziale Isolation, familiäre Problemlagen, Hilflosigkeit, Mißtrauen oder depressive Verstimmungen viel Behandlungsbedarf durch die Hausärzte bedeuten. Durch die ganzheitliche Betreuung der Sozialen Beratungsstelle konnte in vielen Fällen Abhilfe geschaffen werden. Der Zeitaufwand bei den Patienten des Modells für soziale Problemlagen gestaltete sich sehr unterschiedlich. Ausschlaggebend waren immer

der Gesundheitszustand des Patienten selbst sowie auch die Befindlichkeit des Partners. Die Fallbeispiele der Patienten mit hohen zeitlichen Beratungsanteilen zeigen, daß auch immer das soziale Umfeld ein Teil der Problematik ist. Man erkennt, daß durch die frühzeitige und intensive Nutzung des bestehenden sozialen Netzwerkes bzw. sozialer Angebote häufig Heimaufenthalte zeitlich verzögert werden konnten. Hier konnte nicht nur Lebensqualität gewonnen werden, sondern vor allem konnten damit auch hohe Kosten vermieden werden.

Leider fehlte dem Modell aus finanziellen Gründen eine Kontrollgruppe, so daß die beschriebenen Effekte vielfach zwar auf der Hand liegen, jedoch im wissenschaftlich-statistischen Sinn zum Teil nicht bewiesen werden konnten. Dies war für den Großteil der Fragestellungen auch gar nicht Ziel der Untersuchung, da es vor allem um die Akzeptanz und Erprobung von Instrumenten wie des Screenings und um die Kooperation und Vernetzung ging. Dennoch drängt sich für den nächsten Schritt eine Studie mit einem Fall-Kontrolldesign auf, um die gewonnenen Ergebnisse in einen Vorsorgecheck (z. B.: Check-Up 75+) zu implementieren und zu testen. Ein derartiger Vorsorgecheck im Sinn eines erweiterten geriatrischen Screenings sollte den Anspruch haben, geeignet für die Regelversorgung zu sein. Als Grundlage hierfür sind die Ergebnisse der Hausarztstudie von entscheidender Bedeutung.

Die Notwendigkeit einer in der Hausarztpraxis angesiedelten kompakten und präventiv ansetzenden Vorsorgeuntersuchung ergibt sich aus der demographische Entwicklung, der Zunahme von dementiellen Erkrankungen sowie der steigenden Anzahl von Pflegeheimweisungen für hochaltrige Patienten. Um diesen gesundheitspolitischen Herausforderungen gerecht zu werden, bedarf es präventiv ansetzender Screening- und Interventionsmaßnahmen.

In Großbritannien ist es zum Beispiel gelungen, ein umfassendes geriatrisches Assessment für Menschen ab 60 Jahre (mit Beginn der Rente) durch den Hausarzt anzubieten. Bereits gut durchgesetzt hat sich dieses Assessment durch den Hausarzt in jährlichen Abständen mit den Patienten ab 75 Jahren. Wegweisend für Deutschland könnte die Erprobung eines präventiven Gesundheits-Check-Up 75+ auf Basis des vorliegenden Studiendesigns sein, da dieser in die Rahmenbedingungen des hiesigen Gesundheitssystems paßt und sowohl die Versorgungsqualität der Patienten verbessert als auch finanzierbar ist.

Ausgesprochen positiv hat sich auch die Rolle der Memory-Clinic im Sinne eines Spezial-Assessments für Demenzpatienten erwiesen. Das gleiche gilt für die Mitarbeit der Sozialpädagogin, die aufgrund ihrer Erfahrungen und ihres Erstberufs Krankenschwester den Hausärzten in vielen Problemsituationen zur Seite stand. Die Hausärzte haben die Sozialpädagogin als zentrale Ergänzung ihrer Arbeit gesehen. Es ist zu wünschen, vielleicht sogar zu fordern, daß an geriatrischen Institutionen eine Memory-Clinic und eine Soziale Beratungsstelle für Patienten und ihre Angehörigen analog unserer Hausarztstudie anzugliedern sind und daß besonders die Soziale Beratungsstelle den in der Umgebung niedergelassenen Ärzten zur Verfügung steht. Sie ist eine ideale Überbrückung der „Schnittstelle“ zwischen stationärem und ambulantem Bereich.

Eine weitere positive Erfahrung stellt die Erkenntnis dar, daß grundsätzlich in den Hausarztpraxen Interesse an Forschungsvorhaben besteht. Dabei muß darauf hingewiesen werden, daß der Einsatz des Hausarztes, wenn er als Forscher tätig ist, honoriert werden muß. Im Anschluß an dieses Modell haben sich viele der teilnehmenden Hausärzte auch dazu entschlossen, an dem Nachfolgeprojekt zu partizipieren. Auch hier steht die Prävention beim älteren Menschen im Sinne der Vermeidung von Morbidität und Pflegebedürftigkeit bis ins hohe Alter im Vordergrund. Ein multidimensionaler Ansatz im Zusammenspiel zwischen niedergelassenem Hausarzt und Geriatrischer Klinik unterstützt den Hausarzt und stärkt die Eigenverantwortung des Patienten bezüglich seiner Lebensgewohnheiten.

Das Modellprojekt hat sich in mehrfachem Sinne gelohnt. So führte es erstens zu einem Lerneffekt, sowohl bei niedergelassenen Ärzten als auch im Klinikbereich im Sinne des learning by doing. Außerdem führte es zweitens zu einer Vernetzung des stationären und ambulanten Bereichs und zu einem besseren Verständnis durch gegenseitiges Kennenlernen. Die häufigen Treffen entwickelten sich zu einer Art Qualitätszirkel. Drittens bestätigte das Modellprojekt die zentrale Rolle des Hausarztes für den geriatrischen Patienten. Es bestätigt auch seine Kompetenz im Handling des geriatrischen Patienten. Nebenbei zeigte es auch auf, daß geriatrische Patienten einen hohen Zeitbedarf für sich in Anspruch nehmen. Darüber hinaus bewies es die Praktikabilität des Instrumentes des geriatrischen Screening-Bogens, der von allen Hausärzten als „strukturierte Anamnese“ geschätzt wird und zum großen Teil weiter verwendet wird.

Lassen Sie uns abschließend einige wenige gesundheitspolitische Forderungen aus dem Modell „Ganzheitliche Betreuung und medizinische Therapie geriatrischer Patienten“ ableiten:

- Das geriatrische Screening sollte in den Routine-Gesundheits-Check-Up des über 75jährigen Menschen übernommen werden.
- Qualitätszirkel bestehend aus niedergelassenen Ärzten und Mitarbeitern Geriatrischer Kliniken sind zu fördern.
- Geriatrische Basis-Assessments und problemorientierte Assessments inklusive Therapien sollten durch die Spezialisten der Geriatrischen Klinik durchgeführt werden.
- Soziale Koordinierungs- und Beratungsstellen für Patienten und ihre Angehörigen sowie für niedergelassene Ärzte analog unseres Modells sind an Geriatrischen Kliniken einzurichten.
- Memory-Clinicen analog unseres Modells sollten in die Regelversorgung übernommen werden.