

Vernetzte Betreuung im Alter

Die Betreuung des betagten Patienten wird für den Hausarzt zu einer immer anspruchsvolleren Aufgabe. Durch eine bessere Koordination der verschiedenen Akteure soll die Lebensqualität der Patienten erhöht und unnötige Kosten verhindert werden.

Felix Huber

Ziel der Hausärzte ist es, ihren betagten Patienten möglichst lange eine gute Lebensqualität zu ermöglichen und ihre Selbstständigkeit zu erhalten: also ihnen ein langes Leben und eine kurze Leide- und Sterbephase zu ermöglichen. Deshalb müssen gesundheitliche Risiken rechtzeitig erfasst und einschränkende Störungen möglichst eliminiert oder gelindert werden. Dafür steht ein fantastisches Arsenal an Interventionsmöglichkeiten zur Verfügung, denn das medizinische Wettrüsten macht auch vor dem hochbetagten Patienten nicht Halt.

Mit der gesteuerten Versorgung in Managed-Care-Modellen versuchen Hausärzte, die fragmentierte medizinische Versorgung im Interesse der Patienten besser zu koordinieren. In einem gross angelegten Projekt der American Veterans Affairs konnte gezeigt werden, dass sich mit Managed Care die Lebenserwartung und die Lebensqualität

steigern und die Hospitalisationen sowie die Gesamtkosten bei den wichtigsten chronischen Leiden senken lassen [1].

Werden die Mittel richtig eingesetzt?

Die Risikoausgleichszahlen haben gezeigt, dass eine 80-jährige Person etwa 10- bis 15-mal höhere Krankheitskosten verursacht als eine 20-jährige. Diese hohen Kosten kumulieren sich zudem altersunabhängig in den letzten Lebensmonaten eines Patienten. Es ist bekannt, dass die meisten Menschen in einem polymorbiden oder terminalen Stadium am liebsten zu Hause gepflegt werden möchten, doch fehlen dafür weitgehend die organisatorischen und personellen Ressourcen. Betagte Menschen werden sehr oft unkoordiniert behandelt. Für viele medizinischen Leistungen fehlt häufig die korrekte Indikation. Auch diese Faktoren kumulieren sich im Alter. Es kommt zu einer unheilvollen Vermischung des ärztlichen Machbarkeitswunsches oder -anspruchs und der Angst des Patienten vor Leid und Endlichkeit.

Wird es von den Patienten richtig genutzt?

Viele ältere Patienten sind mit dem Überangebot an medizinischen Leistungen überfordert. In unserer modernen Gesellschaft und insbesondere in städtischen Verhältnissen leben Betagte häufig isoliert und vereinsamt. Die Medizin erhält manchmal eine pseudoreligiöse Funktion oder sie ersetzt die fehlende soziale Vernetzung. Dafür ist der medizinisch-technische Apparat aber ungeeignet und viel zu teuer. «The more a



Felix Huber

society spends on health care the more likely are its inhabitants to regard themselves as sick», war eine der Schlussfolgerungen in der BMJ Ausgabe «Too much medicine?» [2].

Der Hausarzt als Koordinator

Beim betagten Patienten wird der Hausarzt wieder zur wichtigsten ärztlichen Ansprechperson, da er die Hauptkoordination der Betreuung zu Hause übernehmen sollte. Beteiligt sind dabei verschiedene Fachrichtungen und Institutionen und es braucht eine enge Zusammenarbeit mit spezialisierten Einrichtungen wie

- Spitex (eventuell Onkospitex, psychiatrische Spitex)
- Tageskliniken (zur Entlastung der Angehörigen)
- Betreuungsdienste
- Physio- und Ergotherapie
- Sozialarbeit
- Sterbebegleitung
- weitere Hilfestellungen (Beraterinnen, Mahlzeitendienst, Hilfsmittel).

Dem Hausarzt kommt die oberste koordinierende Funktion zu, was

sehr anspruchsvolle und zeitraubende Arbeit bedeutet. Ohne zusätzliche finanzielle Anreize und Entlastung für den Hausarzt durch weitere koordinierende Fachpersonen lässt sich dies nicht bewerkstelligen. Insbesondere sollte mit den betagten Patienten und ihren Angehörigen die Patientenverfügung thematisiert, und ein entsprechendes Dokument ausgefüllt werden. Angesichts dieser Situation wird der Hausarzt in Zukunft viele Aufgaben delegieren müssen. Es ist denkbar, dass er für die administrativen Aufgaben von speziell geschulten Case Managern entlastet wird.

Die Kosten für die Langzeitpflege werden gemäss einer Studie des Gesundheitsobservatoriums [3] von aktuell 6,5 Milliarden Franken jährlich auf über 15 Milliarden im Jahr 2030 ansteigen. Um stationäre Eintritte zu verhindern, braucht es die Bereitschaft zur aufwändigen Betreuung, eventuell auch durch den Spitalarzt am Krankenbett zu Hause, und unter Umständen rund um die Uhr. Ausserdem stellt die palliative Behandlung des terminalen Patienten zum Teil hochkomplexe Anforderungen.

Integrierte Versorgung

Es stellt sich die Frage, wie durch eine verbesserte Organisation und Koordination eine medizinische Versorgung erreicht werden kann, die alle Beteiligten zum Nutzen des Patienten optimal integriert. Voraussetzung dafür sind folgende Elemente:

- Primärarztssystem (Gatekeeper) mit der Kompetenz, zu steuern und somit auch zu koordinieren
- Disease-Management-Programm für chronische Leiden
- präventive Hausbesuche und Entlastung des Primärarztes durch medizinische Fachpersonen (medizinische Case Manager)
- Gruppenpraxen mit hoher Verfügbarkeit der medizinischen Leistungen
- Rapporte der stationären Einrichtungen an den Hausarzt
- spezielle finanzielle Anreize als Motivation für die beteiligten Akteure.

Primärarztssystem

Eine bessere Koordination der medizinischen Betreuung ist nur möglich, wenn der Hausarzt die Kompetenz zur Steuerung erhält. Im Versicherungsvertrag von Managed-Care-Modellen wird ihm diese Kompetenz (Gatekeeper) zugesprochen. Zur Kompetenz gehört aber insbesondere das notwendige Wissen für diese anspruchsvolle Aufgabe. Es braucht eine konsequente und kontinuierliche Weiterbildung sowie einen hochfrequenten Austausch unter den Akteuren. Die beste Möglichkeit, um diese qualitativen Aspekte fortlaufend zu vermitteln, sind die wöchentlichen, strukturierten Qualitätszirkel.

Disease-Management-Programme

Eine Lösung für wiederkehrende, anspruchsvolle Probleme sind Richtlinien, in denen die Probleme zusammengefasst, und bei häufigem Vorkommen in Disease-Management-Programme übersetzt werden. So konnte beispielsweise gezeigt werden, dass sich mit einem gut strukturierten Programm für Herzinsuffizienz die Rate der Notfallhospitalisationen bereits im ersten Jahr halbieren liess. Dadurch verbessert sich die Lebensqualität für die Patienten bereits ab Beginn der Intervention. Die ambulanten Kosten nehmen leicht zu, während die stationären Kosten drastisch gesenkt werden können.

Präventive Hausbesuche

In Zukunft wird es neue Betreuungsansätze brauchen, wobei präventive Hausbesuche eine Heimeinweisung hinausschieben können. Mit fachkompetenten Hausbesuchen lassen sich gemäss internationalen Studien [4] die Heimeinweisungen um einen Drittel reduzieren.

Die MediX-Gruppenpraxis in Zürich hat sich an einem Pilotmodell zu diesen präventiven Hausbesuchen beteiligt. Dabei konnten interessante Erfahrungen gesammelt werden. Es wurden Defizite in der Versorgung und beim Wissensstand der Patienten entdeckt. So haben die Patienten bei den Pflegefachpersonen oft neue Themen angesprochen, für die es in der ärztlichen Sprechstunde keinen

Platz gab. Die MediX-Ärzte mussten sich daran gewöhnen, dass noch andere Fachpersonen mitreden und mitdenken. Insgesamt war das Projekt ein Gewinn für alle Beteiligten.

Hohe Verfügbarkeit der medizinischen Leistungen

Die MediX-Gruppenpraxis mit vielen Fachrichtungen kann den betagten Patienten fast das ganze medizinische Versorgungsspektrum unter einem Dach anbieten. Dabei schätzen es die betagten Patienten, fast alle Versorgungsangebote am gleichen Ort vorzufinden. Sie wissen, dass sich die Ärzte untereinander gut absprechen, dass immer jemand da ist und dass sie im Notfall auch nachts anrufen können.

Rapport an den Hausarzt

Zu einer konsequenten integrierten Versorgung gehört auch die nahtlose Zusammenarbeit mit den stationären Einrichtungen in allen Abstufungen. Heute werden Hausärzte von den stationären Einrichtungen oft übergangen, das heisst, nicht in den Entscheidungsprozess miteinbezogen oder nicht genügend über das gewählte Prozedere informiert. Die Patienten werden oft ohne Rücksprache mit dem Hausarzt in ein ambulantes Setting entlassen, manchmal mit einem Medikamentenvorrat für 24 Stunden und ohne Kurzbericht. Ein weiteres Problem entsteht, wenn eine sorgfältig aufgebaute Generikamedikation mit Originalen über den Haufen geworfen wird. Hier gibt es noch viel Handlungsbedarf für die stationären Einrichtungen. Zu einer optimalen Betreuung gehört es im Übrigen auch, Falschplatzierungen wie Pflegeheimpatienten auf Akutstationen, zu verhindern. Die dazu notwendige, oft langwierige Überzeugungsarbeit bei betagten Patienten kann teilweise auch an andere Fachpersonen, wie Sozialarbeitende und Case Manager, delegiert werden.

Spezielle finanzielle Anreize als Motivation

Letztlich werden alle diese anspruchsvollen Betreuungs- und Koordinationsaufgaben aber nur geleistet

tet, wenn sich der Aufwand auch finanziell lohnt. Dabei geht es nicht nur um die korrekte oder angemessene Entschädigung der eigenen Leistung. Es geht auch um eine zusätzliche Belohnung für den zusätzlichen Aufwand an massgeschneiderter Organisation. Dies ist in Managed-Care-Modellen mit Budgetverantwortung möglich und wird in der Schweiz seit Jahren erprobt. Ausserdem erlaubt die Budgetverantwortung, die kostspieligen Behandlungen systematisch auf ihren Nutzen zu analysieren.

In Zukunft wird der Hausarzt noch verstärkt die Hauptkoordination bei der Betreuung von betagten Patienten übernehmen. Unterstützt wird er dabei von Fachpersonen, die präven-

tive Hausbesuche durchführen und einen Teil der Betreuungsarbeit und der Organisation übernehmen. Entscheidend ist, dass präventive Hausbesuche konsequent durchgeführt und von den Krankenkassen als Pflichtleistung übernommen werden. Es wird darum gehen, die optimale Koordination der Betreuung überall verfügbar zu machen. ■

Autor:

Dr. med. Felix Huber

Leiter MediX Ärzte Zürich

MediX Gruppenpraxis

Rotbuchstrasse 46

8037 Zürich

E-Mail: felix.huber@medix-aerzte.ch

Internet: www.medix.ch und

www.medix-gruppenpraxis.ch

Literatur:

1. N Engl J Med 2003; 348: 2218-27. 2003; 349: 1665-66, 1637-46.
2. BMJ 2002. 324: 859-860.
3. Gesundheitsversorgung von Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen oder Behinderung in der Schweiz. Schweiz. Gesundheitsobservatorium, Arbeitsdokument Nr. 14. Neuchâtel Feb. 2006.
4. JAMA 2002; 287: 1022-1028.