

Neurologie in der Altersmedizin

Die Neurologie festigt ihre Position in der Altersmedizin

»Es geht um die fachliche Kompetenz, nicht um Territorien.« Mit diesem gemeinsamen Statement endeten die Verhandlungen über die fachlichen Qualifikationen in der Geriatrie zwischen dem Ersten Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, Prof. Dr. med. Martin Grond, und dem Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, Prof. Dr. med. Ralf-Joachim Schulz. Als Zeichen der Kooperation traten beide Vorsitzende als Mitglied in die jeweils andere Gesellschaft ein, verfassten ein gemeinsames Statement und gründeten eine Arbeitsgruppe. »Die Neurologie, die de facto geriatrisch arbeitet, muss sich nun auch in der Wahrnehmung der Fachöffentlichkeit als Versorger in der Altersmedizin positionieren«, stellt Professor Martin Grond fest.

Neurologen arbeiten bereits geriatrisch – werden so aber nicht wahrgenommen

Zwei Drittel aller altersbedingten Diagnosen sind neurologisch bzw. neuropsychiatrisch zu behandeln. Ob neurodegenerative Erkrankungen wie Alzheimer und Parkinson, zerebrovaskuläre Krankheiten wie Schlaganfall oder vaskuläre Demenzen, Gangprobleme, Schmerzen oder Schwindel-Syndrome – tatsächlich arbeiten die meisten der mehr als 5.000 Neurologen in ihren Kliniken und Praxen bereits geriatrisch – und doch entsteht der Eindruck, die Innere Medizin habe ein Monopol auf die Versorgung dieser Patienten. Nicht ohne Grund: Wer sich jetzt in Stellung bringt, wird in Zukunft die Geriatrie organisieren. In Gesundheitsbehörden und bei Kostenträgern ist die Versorgung alter Patienten als große Aufgabe erkannt. Entsprechende Konzepte sind in Arbeit, die Weichen für eine altersgerechte medizinische Versorgung der Zukunft stellen werden.

Qualifikation in der Weiterbildung – Wettlauf und Kooperation

Beide medizinischen Fächer, Neurologie wie Innere Medizin, arbeiten mit Nachdruck an der Qualifizierung ihrer Ärzteschaft: Im Jahr 2012 wurde ein Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie entwickelt und in Aussicht gestellt, in Rheinland-Pfalz wurde ein Facharzt Neurologie mit Zusatzbezeichnung Geriatrie von der Landes-

ärztekammer beschlossen, der nun mit einer Übergangsregelung über verschiedene Qualifizierungsstufen eingeführt wird. Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie hat im aktuellen Entwurf der Musterweiterbildungsordnung (MWBO), die wahrscheinlich ab 2015 gilt, den Facharzt für Neurologie und Geriatrie nach sechsjähriger Weiterbildung vorgesehen. Dieser Vorschlag befindet sich nun im Konsentierungsprozess durch Fachgesellschaften und Bundesärztekammer.

Neurologen sind heute eine wesentliche Säule der Versorgung

»Vor zwanzig Jahren hat die Neurologie – gegen anfänglichen Widerstand – interdisziplinär gemeinsam mit der Inneren Medizin die Stroke Units organisiert. Dies führte zu einer äußerst erfolgreichen und nachhaltigen, praktisch flächendeckenden Versorgung von Schlaganfallpatienten, die jedes Jahr vielen Zehntausend Patienten das Leben rettet oder schwere Behinderungen vermeidet«, betont Professor Martin Grond. »Interdisziplinär muss auch die Zukunft der Altersmedizin organisiert sein. Gleich, ob ein Internist oder ein Neurologe die Führung hat, beide Disziplinen werden eng zusammenarbeiten müssen. Dass aber derzeit Neurologen die Führung trotz bester Qualifikationen häufig verwehrt wird, unter anderem, weil ihnen die Weiterbildungs-



Abb.: Professor Martin Grond (links) und Professor Ralf-Joachim Schulz (rechts) bei ihrem Gespräch Mitte August in Köln in der Geschäftsstelle der DGG

DGN und DGG

»Es geht um die fachliche Kompetenz und nicht um Territorien!«

Neurologie und Geriatrie im offenen Dialog: Mitte August trafen sich der Erste Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN), Professor Dr. Martin Grond, und der Präsident der DGG, der Internist Professor Dr. Ralf-Joachim Schulz, zu einem gemeinsamen Gespräch. In entspannter Atmosphäre forderten beide Vertreter eine fachliche und auf die Sachebene bezogene Diskussion der zukünftigen Versorgung hochbetagter Patienten.

»Auch wenn wir in unseren Fächern hohe Schnittmengen in der Patientenversorgung und eine Konkurrenzsituation erleben, stehen unsere Patienten immer im Vordergrund«, waren sich Grond wie Schulz einig. »Es geht uns um die fachliche Qualifikation der behandelnden Ärzte bzw. um deren Kompetenz und nicht um Territorien.« Aus diesem Grund beschlossen beide Vorsitzenden, in einen verstärkten Dialog beider Fachgesellschaften einzutreten.

Kritisch und doch sachlich erörterten Professor Martin Grond und Professor Ralf-Joachim Schulz in der Geschäftsstelle der DGG in Köln die Problematik des in Aussicht gestellten Facharztes für Innere Medizin und Geriatrie mit dem gleichzeitig bereits von den Neurologen beantragten Facharzt für Neurologie und Geriatrie nach sechsjähriger Weiterbildung. Zwei Meinungen stehen sich hier gegenüber. »Der Geriater ist eine fächerübergreifende Versorgungsinstanz und Anlaufstelle für multimorbide Patienten. Er arbeitet interdisziplinär«, stellte DGG-Präsident Schulz seine Position hierzu klar. »Es kann in meinen Augen deshalb nur einen Geriater mit einem Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie geben.« DGN-Präsident Grond ist genau in diesem Punkt anderer Meinung: »Der Neurologe mit geriatrischer Weiterbildung versteht sich genauso als Geriater wie der Internist mit entsprechender Weiterbildung. Geriatrie ist kein Teilgebiet der Inneren Medizin. Eine Reduktion hierauf diskriminiert die älteren Patienten.« Entscheidend ist das interdisziplinäre Konzept – dieser Aussage können beide Präsidenten zustimmen. »Der ältere Patient hat einen Anspruch auf das gesamte Spektrum der Altersmedizin«, sagten Grond und Schulz.

Die gute atmosphärische Stimmung zwischen beiden Vorständen möchten DGG und DGN deshalb schnellstmöglich für die konstruktive Definition von Schnittstellen und Aufgabenfeldern beider Fächer nutzen. Als Vorbild soll hier das bereits gelungene Netzwerk in der Schlaganfallversorgung dienen, für das sich Professor Grond bereits seit Jahren engagiert. Eine gemeinsame Arbeitsgruppe wurde entsprechend während des Jahreskongresses der DGG in Hof am 13. September gegründet.

Beide Präsidenten verdeutlichten ihre Dialogbereitschaft zudem durch den gegenseitigen Beitritt in die jeweils andere Fachgesellschaft. So ist Professor Grond seit dem 1. August Mitglied der DGG, Professor Schulz wurde Mitglied der DGN. Auch nahm DGN-Präsident Grond am Jahreskongress der DGG vom 12. bis 14. September 2013 in Hof teil. Eine Woche später wiederum war Professor Schulz Gast des DGN-Kongresses in Dresden. Den Worten beider Präsidenten »nur im offenen Dialog werden wir gemeinsam die strukturellen Probleme lösen« sollen jetzt auf dem Fuße Taten folgen.

Quelle: Gemeinsame Stellungnahme von DGN und DGG

mächtigung verweigert wird, ist kein akzeptabler Zustand«, so Grond. Dieser Missstand wurde durch eine Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Neurologie im Februar 2012 nachgewiesen.

Auf fachlicher Ebene zusammenkommen

»In diesem standespolitischen Spannungsfeld war die Annäherung in konstruktiver Atmosphäre äußerst wichtig und richtig«, so Grond. Auf dem Jahreskongress der DGG vom 12. bis 14. September 2013 im bayerischen Hof gründete man eine gemeinsame Arbeitsgruppe. »Ich bin zuversichtlich, dass wir damit einen ersten Schritt auf einem gemeinsamen Weg machen, der zu einer in-

terdisziplinären Versorgung der Patienten auf einem hohen Niveau führen wird.«

Fachlicher Kontakt:

Prof. Dr. Martin Grond
Erster Vorsitzender der DGN
Chefarzt der Neurologischen Klinik am
Kreisklinikum Siegen
Weidenauer Straße 76
57076 Siegen
E-Mail: grond@dgn.org

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Neurologie, www.dgn.org

Palliativmedizin

Sterbestudie offenbart mangelnde Qualität der stationären Versorgung

Die gegenwärtig in Deutschland erreichte Sterbebetreuungsqualität bleibt deutlich gegenüber dem zurück, was die in den vergangenen 25 Jahren erfolgten systematischen Bemühungen der Berufsverbände, Fachgesellschaften und Initiativen zugunsten der qualitativen Verbesserung der Betreuung hätten erwarten lassen. Zu diesem bedenklichen Ergebnis kommt Prof. Dr. Wolfgang George zum Abschluss der vom TransMIT-Zentrum für Versorgungsforschung auf den Weg gebrachten zweiten großen »Gießener Sterbestudie«.

Für die umfangreiche Erhebung wurden über 1.400 Pflegekräfte und Ärzte aus 212 Krankenhäusern aller Bundesländer befragt. Über die einzelnen Skalen und deren Items hinweg ergibt sich eine Berichterstattung, die zahlreiche z. T. erhebliche Problemlagen der stationären Versorgung erkennbar macht.

Auch wenn es in verschiedenen Versorgungsaspekten – wie etwa der Einbeziehung von Angehörigen – tendenziell zu Verbesserungen gekommen ist, so bleiben diese nach wie vor zu gering ausgeprägt. Zugleich haben sich als problematisch zu bewertende Entwicklungen stärker akzentuiert. Dazu gehört etwa die unzureichende Bereitschaft, invasive Verfahren als solche dem Sterbenden klar zu beschreiben. »Hier ist unmittelbarer Vermittlungsbedarf für die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten und

Pflegepersonal gegeben, denn nahezu alle befragten Ärzte sehen sich absolut unzureichend auf die Betreuung Sterbender vorbereitet«, lautet das kritische Fazit von Prof. George.

Der Leiter des TransMIT-Zentrums für Versorgungsforschung und Beratung hatte bereits in den späten 80er-

Jahren aufwendige und vielfach publizierte Studien auf der Grundlage von Daten aus über 200 deutschen Krankenhäusern durchgeführt. Diese als erste »Gießener Studie« bekannte Veröffentlichung gilt als bislang renommierteste empirische Untersuchung über die Sterbebedingungen in bundesdeutschen Krankenhäusern.

Die Ergebnisse der aktuellen Gießener Sterbestudie wurden am 12. Oktober 2013 auf dem Kongress »Sterben im Krankenhaus« in Gießen erläutert und diskutiert. An diesem Tag wird auch das entsprechende Buch zur Studie vorgestellt (s. Kasten unten). Weitere Informationen sind im Internet unter »www.sterben-im-krankenhaus.de« zugänglich.

Quelle: TransMIT Gesellschaft für Technologietransfer mbH

LITERATUR

Sterben im Krankenhaus
Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen



Welche Versorgungs- und Betreuungsqualität bieten Krankenhäuser den Sterbenden heute? Wie lässt sich diese verbessern? Wie erleben und beschreiben Ärzte und Pflegende als maßgeb-

liche Gestalter und Betreuer die Situation? Der vorliegende Band der Herausgeber Wolfgang George, Eckhard Dommer und Viktor R. Szymczak beleuchtet umfassend die gegenwärtige Situation und stellt konkrete Handlungsempfehlungen vor.

W. George, E. Dommer, V. R. Szymczak (Hg). Sterben im Krankenhaus. Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen. Psychosozial Verlag, Reihe Forschung Psychosozial, 280 S., Broschur, 29,90 €, ISBN 978-3-8379-2331-5