

Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2001

Grundsätze und Ziele zur Verbesserung der Versorgung
alter, kranker Menschen sowie Bestand und Fortschreibung
des Geriatriekonzepts aus dem Jahre 1989



Geriatrykonzept Baden-Württemberg 2001

Grundsätze und Ziele zur Verbesserung der Versorgung
alter, kranker Menschen sowie Bestand und Fortschreibung
des Geriatrykonzepts aus dem Jahre 1989

Verteilerhinweis:

Diese Informationsschrift wird von der Landesregierung in Baden-Württemberg im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Unterrichtung der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidatinnen und Kandidaten oder Helferinnen und Helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen.

Mißbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel.

Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, daß dies als Parteinahme des Herausgebers zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist.

Erlaubt ist es jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

Herausgeber

Sozialministerium
Baden-Württemberg
Schellingstraße 15,
70174 Stuttgart

Telefon: (07 11) 1 23-0

Telefax: (07 11) 1 23-39 99

Internet: www.sozialministerium-bw.de

Mai 2001

Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2001

Grundsätze und Ziele zur Verbesserung der Versorgung
alter, kranker Menschen sowie Bestand und Fortschreibung
des Geriatriekonzepts aus dem Jahre 1989

Vorwort

Die Landesregierung von Baden-Württemberg hatte bereits Mitte der 80iger Jahre den Handlungsbedarf für eine verstärkte Betreuung und Versorgung mehrfach erkrankter älterer Menschen erkannt. Erste Schritte auf dem Weg zu strukturellen Verbesserungen waren die Entscheidung der Landesregierung über den Bedarf an Krankenhausbetten (1986), Beschlüsse des Landeskrankenhausausschusses zur Versorgung alterskranker Menschen (1987) sowie der Modellversuch zur „Verbesserung der Versorgung alter, kranker und pflegebedürftiger Menschen“ (1989 bis 1992). Wichtige Impulse für eine altersgerechte Behandlung zur Wiederherstellung der Gesundheit und einer verstärkten Rehabilitation zur Minderung von Krankheitsauswirkungen gaben der Kongress „Altern als Chance und Herausforderung“ (1988) sowie der Untersuchungsausschuss des Landtags von Baden-Württemberg „Menschenwürde und Selbstbestimmung im Alter“ (1989).



Die in einem intensiven Diskussionsprozess gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse fanden schließlich ihren Niederschlag im Geriatriekonzept Baden-Württemberg, das durch die Aufnahme in den Landeskrankenhausesplan im November 1989 für den stationären Bereich verbindlich wurde.

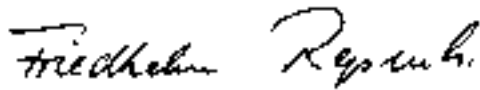
Nach zwölf Jahren Geriatriekonzept gilt es, zunächst einmal Bilanz zu ziehen: Der Aufbau der einzelnen Versorgungsglieder ist nahezu abgeschlossen. Die geplanten geriatrischen Zentren und geriatrischen Schwerpunkte sind flächendeckend realisiert. Der Aufbau dieser Strukturen erfolgte unter maßgeblicher Beteiligung der Krankenkassen. Das Geriatriekonzept konnte somit in seinen wesentlichen Teilen in die Praxis umgesetzt werden. Akute medizinische Intervention sowie Heilung bzw. Linderung chronisch degenerativer Begleiterkrankungen können heute in einem durchgängig gestalteten Versorgungssystem erbracht werden. Ambulante Dienste, Leistungen im Vor- und Umfeld der Pflege sowie Einrichtungen des Betreuten Seniorenwohnens ergänzen die medizinischen Angebote bzw. schließen an diese an. Dies bedeutet: Älteren Mitbürgerinnen und Mitbürgern in Baden-Württemberg wird in ihren unterschiedlichen Lebenssituationen umfassende Hilfe und Unterstützung angeboten, die ihnen Perspektiven für eine selbstständige Lebensführung auch im hohen Alter eröffnen.

Wichtige Ziele für die Zukunft sind die Sicherung bestehender Angebote, die Verbesserung der Kooperation und Verzahnung sowie der nahtlose Übergang in die ambulante geriatrische Rehabilitation. Das Geriatriekonzept erfüllt erst dann vollständig seine Aufgabe, wenn wohnortnahe, ambulante bzw. mobile Angebote in ganz Baden-Württemberg über die derzeit an sieben Standorten praktizierten Modellprojekte hinaus zur Verfügung stehen.

Die zwölf Jahre, in denen die an der geriatrischen Versorgung Beteiligten der Handlungsanleitung des Geriatriekonzepts gefolgt sind, haben aber auch gezeigt, dass erhebliche Anstrengungen und viel guter Wille notwendig waren und sind, um der geriatrischen Medizin und geriatrischen Rehabilitation in unserem Gesundheitswesen die notwendige Geltung zu verschaffen.

Die Anhörung der an der geriatrischen Versorgung beteiligten Organisationen und Verbände zur Fortschreibung des Geriatriekonzepts hat deutlich gemacht, dass der heute erreichte Stand der geriatrischen Versorgung noch keinen Endpunkt darstellen kann, sondern als wichtige Zwischenstufe eines längeren Prozesses zu sehen ist. In diesem Sinne danke ich all denen, die mit großem Kraftaufwand das bisherige System der geriatrischen Versorgung in Baden-Württemberg aufgebaut haben. Ich danke für die Hinweise, Anregungen und Vorschläge zum „Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2001“.

Wegen der Vielzahl unterschiedlicher Zuständigkeiten und Interessenlagen wird bei der Umsetzung des Konzepts weiterhin ein grosses Maß an Konsens notwendig sein. Nach wie vor gilt: Nur in gemeinsamen Anstrengungen mit allen an der Versorgung alter, kranker Menschen Beteiligten und insbesondere von Leistungserbringern und Kostenträgern wird eine weitere Verbesserung der geriatrischen Angebote möglich sein. Das Sozialministerium wird hierzu auch in Zukunft seinen Beitrag leisten.

The image shows a handwritten signature in black ink. The signature is written in a cursive style and reads "Friedhelm Repnik".

Dr. Friedhelm Repnik MdL
Sozialminister

Inhalt

Vorwort	5
I. Einleitung	9
II. Altersaufbau der Bevölkerung	13
III. Gesetzliche Krankenversicherung und Pflegeversicherung	15
IV. Soziale Ordnungspolitik.....	17
V. Grundsätze für eine bedarfsgerechte geriatrische Versorgung	19
VI. Strukturen der geriatrischen Versorgung.....	21
A. Geriatrische Prävention	21
1. Ambulante Prävention.....	21
2. Stationäre Prävention	22
B. Geriatrische Akutbehandlung	23
1. Ambulante Akutbehandlung	23
a) Behandlung durch niedergelassene Ärzte	23
b) Ambulante gerontopsychiatrische Behandlung.....	23
2. Stationäre und teilstationäre Akutbehandlung.....	24
a) Geriatrische Grundversorgung an allen Allgemeinkrankenhäusern	24
b) Geriatrischer Schwerpunkt	25
c) Geriatrisches Zentrum.....	26
d) Geriatrisches Konsil	27
e) Geriatrische Tagesklinik	27
f) Stationäre gerontopsychiatrische Akutbehandlung.....	28
g) Gerontopsychiatrische Tagesklinik	28
C. Geriatrische Rehabilitation	29
1. Frühe geriatrische-rehabilitative Maßnahmen im Akutkrankenhaus	29
2. Geriatrische Anschlussrehabilitation	30
a) Stationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtungen	30
b) Ambulante/mobile geriatrische Rehabilitation	31
D. Nachbetreuung.....	33
E. Pflegeinfrastruktur in Baden-Württemberg	35
1. Gerontopsychiatrische Aspekte in der Pflege	35
a) Ambulante Pflege.....	35
b) Stationäre Pflege.....	36
2. Rehabilitative Pflege	36

VII. Kooperation und Koordination	37
VIII. Aus-, Fort- und Weiterbildung	39
IX. Bedeutung der Selbsthilfe in der geriatrischen Versorgung	41
X. Anhang	43
1. Übersichtskarte der geriatrischen Einrichtungen in Baden-Württemberg	45
2. Auflistung der geriatrischen Zentren, Schwerpunkte sowie der stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg	47
3. Anschriften der geriatrischen Schwerpunkte, Zentren und geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg	49
4. Ergebnisse der Modellvorhaben zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation	55
5. An der Weiterentwicklung des Geriatriekonzepts beteiligte Organisationen, Verbände und Einrichtungen	61
6. Publikationsliste zur geriatrischen Versorgung	63

I. Einleitung

Geriatric ist das medizinische Fachgebiet, das Alterungsprozesse und diagnostische, therapeutische, präventive und rehabilitative Aspekte der Erkrankung alter Menschen zum Gegenstand hat. Stehen kurative Maßnahmen im Vordergrund, spricht man im Allgemeinen von Akut-Geriatric; dagegen sind rehabilitative Aspekte in der geriatricen Rehabilitation handlungsbestimmend.

Die gesundheitliche Gesamtsituation erkrankter älterer Menschen wird in vielen Fällen nicht durch ein einzelnes Akutereignis geprägt, sondern durch die Gleichzeitigkeit mehrerer Krankheiten und die Einschränkung der Selbstständigkeit im Alltag bis hin zur Pflegebedürftigkeit.

Die geriatric Situation erfordert deshalb besondere diagnostische und therapeutische Abläufe und Strukturen. Für die Indikationstellung zur Geriatric müssen die Organdiagnosen (nach der International Classification of Disabilities - ICD -) erweitert werden um eine Diagnostik der Krankheitsfolgen im individuellen psychosozialen Kontext, denn die ICD-Diagnosen geben keine Auskunft über den Schweregrad einer Krankheit und deren Folgen für die Alltagsbewältigung und soziale Integration. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat dem Zusammenhang zwischen Krankheit und Krankheitsfolgen dadurch Rechnung getragen, dass sie 1980 ein System zur Klassifizierung von Krankheitsfolgen vorgestellt hat, die International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). Dieses System ist in seiner Grundstruktur geeignet, als konzeptioneller Rahmen für eine Beschreibung des Gesundheitsstatus im Alter zu dienen, insbesondere zur Erfassung der Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen im Hinblick auf die Alltagskompetenz.^{1/2}

Die Landesregierung von Baden-Württemberg hatte bereits Mitte der 80er Jahre den Handlungsbedarf für eine verstärkte Betreuung und Versorgung mehrfach erkrankter älterer Menschen erkannt. Erste Schritte auf dem Weg zu strukturellen Verbesserungen waren die Entscheidung der Landesregierung über den Bedarf an Krankenhausbetten (1986), Beschlüsse des Landeskrankenhausausschusses zur Versorgung alterskranker Menschen (1987) sowie der Modellversuch zur „Verbesserung der Versorgung alter, kranker und pflegebedürftiger Menschen“ (1989 bis 1992). Wichtige Impulse gingen vom Kongress „Altern als Chance und Herausforderung“ (1988) und vom Untersuchungsausschuss des Landtags von Baden-Württemberg „Menschenwürde und Selbstbestimmung im Alter“ (1988) aus.

Die vielfältigen Erfahrungen und Erkenntnisse fanden ihren Niederschlag im Geriatrickonzept der Landesregierung Baden-Württemberg, das durch die Aufnahme in den Landeskrankenhausesplan im November 1989 für den stationären Bereich verbindlich wurde. Die wesentlichen Ziele des im Jahr 1992 veröffentlichten Konzepts waren und sind:

¹ Rahmenkonzeption zur Entwicklung der geriatricen Rehabilitation in der GKV vom 28.03.1995.

² Dem vorliegenden Geriatrickonzept 2001 liegt folgende Definition des geriatricen Patienten zugrunde, die von der Arbeitsgemeinschaft Südbadische Geriatrice Schwerpunkte und Geriatrice Rehabilitationskliniken unter der Leitung von Prof. Dr. H.W. Heiß 1998 erarbeitet wurde: "Geriatric Patienten sind in der Regel mehr als 60 Jahre alt und weisen alltagsrelevante Behinderungen auf, die sich meistens als Folge einer Multimorbidität entwickeln und die Lebensqualität beeinträchtigen. Diese Patienten bedürfen zur Erhaltung oder zur Wiederherstellung ihrer Selbstständigkeit und sozialen Kompetenz der Behandlung, Hilfe und/oder Beratung. Ihr Rehabilitationspotential und individuelle Zielsetzungen begründen Rehabilitationsmaßnahmen."

- Verbesserte Prävention
- altersgerechte Akutmedizin, einschließlich der gerontopsychiatrischen Behandlung
- Schaffung spezifischer Rehabilitationsangebote für alte Menschen mit dem Ziel "Rehabilitation vor Pflege"
- Vernetzung und Kooperation der Einrichtungen und Dienste vor Ort, um eine bruchlose Versorgungskette zu schaffen
- Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Versorgung.

Das Geriatriekonzept wurde von Anfang an in enger Abstimmung mit den Beteiligten entwickelt. Die erste Phase der Umsetzung wurde vom „Runden Tisch der Geriatrie“ begleitet, in den das Sozialministerium Fachleute aus Wissenschaft und Praxis des medizinischen, sozialen und rehabilitativen Bereichs berufen hatte. Der 1992 erstmals veranstaltete und seitdem jährlich stattfindende „Geriatrietag des Landes Baden-Württemberg“ gilt als thematisches Forum für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenhäusern und sozialen Diensten, für Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten.

Mittlerweile ist der Aufbau der einzelnen Versorgungsglieder nach dem Geriatriekonzept – geriatrische Zentren, geriatrische Schwerpunkte, geriatrische Rehabilitationseinrichtungen – nahezu abgeschlossen. Als völlig neue Versorgungskonzeption wurde die geriatrische Rehabilitation geschaffen. Der Aufbau dieser Strukturen erfolgte unter maßgeblicher Beteiligung der Krankenkassen. Die ambulante/mobile geriatrische Rehabilitation befindet sich noch in der modellhaften Erprobung.

In den elf Jahren seit Bestehen des Geriatriekonzepts Baden-Württemberg haben sich die Rahmenbedingungen zur medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung älterer und mehrfach erkrankter Menschen verändert. Sie haben sich zum einen mit dem Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) erheblich verbessert. Sie haben sich andererseits verschlechtert durch Leistungseinschnitte u.a. in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Vor dem Hintergrund der bislang erfolgreichen Umsetzung des Geriatriekonzepts, aber auch dem Wissen um Verbesserungen im stationären Bereich, dem Aufbau einer wirkungsvollen Prävention und einer ambulanten geriatrischen Versorgung über Modellstandorte hinaus sowie Handlungsbedarf in der Nachbetreuung hat das Sozialministerium eine Fortschreibung bzw. Weiterentwicklung des Geriatriekonzepts aus dem Jahr 1989 in Angriff genommen.

Das „Geriatriekonzept 2001“ entstand in enger Zusammenarbeit mit zahlreichen Experten, den am geriatrischen Geschehen in Baden-Württemberg beteiligten Organisationen und Verbänden sowie dem Landesseniorenrat als Vertreter der Betroffenen. Auf Grund der Ergebnisse verschiedener Fachgespräche zur Weiterentwicklung des Geriatriekonzepts ergaben sich folgende Handlungsfelder, denen besondere Priorität beizumessen ist:

- Aufgabe aller am Versorgungsprozess Beteiligten ist es, dem alten, kranken Menschen angemessene Lösungen für seinen momentanen Betreuungs- und Behandlungsbedarf anzubieten. Daraus ergibt sich bei zunehmender Krankheit oder Pflegebedürftigkeit eine entsprechend intensivere Betreuung. Zuvor sind jedoch im Sinne einer Verstärkung der Prävention vor allem im ambulanten Bereich alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um zu verhindern, dass sich Krankheit oder Pflegebedürftigkeit verfestigen. Beeinträchtigungen durch Krankheit und Alter sind so weit zu mindern, dass dem alten Menschen möglichst rasch das ihm erreichbare Maß an Selbstständigkeit zurückgegeben und eine weniger intensive Versorgung erforder-

lich wird. Hierzu sind je nach der Bedarfssituation im Einzelfall ambulante oder stationäre Angebote geeignet.

- Nach den bisherigen Erfahrungen sind für die Patienten die nahtlosen und zeitnahen Übergänge von einer Versorgungsform in die andere noch nicht in allen Fällen befriedigend gelöst. Verbesserungen bei den so genannten Schnittstellen (Übergang von der Akutversorgung in die geriatrische Rehabilitation) sind letztendlich entscheidend für die Qualität des gesamten Versorgungssystems. Insbesondere eine hochwertige Fallsteuerung ("Case-Management") bietet hier Möglichkeiten der fallbezogenen Patientensteuerung und trägt zur besseren Verzahnung der einzelnen Bereiche bei.
- Die Gerontopsychiatrie gewinnt in der Geriatrie im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen und Hirnleistungsstörungen im Alter zunehmend an Bedeutung. Diesem wachsenden Stellenwert muss künftig mehr Rechnung getragen werden. So muss dieser Aspekt in der Ausbildung der stationär und ambulant tätigen Ärzte wie auch der stationär und ambulant tätigen Pflegepersonen stärker betont werden. Die besondere Aufmerksamkeit sollte der Vernetzung von Behandlungs- und Pflegeebene, von stationär und ambulant gelten. Auch in der Gerontopsychiatrie bietet sich deshalb das Case-Management zur Behandlungsoptimierung an. Gerontopsychiatrische Patienten sollten ausserdem verstärkt an der geriatrischen Rehabilitation teilhaben können. Entwicklungsmöglichkeiten werden vor allem im Ausbau krankenhausergänzender Dienste gesehen. Durch breit angelegte Aufklärung sollte in der Bevölkerung das Verständnis für psychisch kranke alte Menschen gefördert und die Bereitschaft, sich haupt- oder ehrenamtlich in diesen Prozess einzubringen, geweckt werden.
- Es ist noch nicht gelungen, das bestehende Ungleichgewicht zwischen stationärer und ambulanter/mobiler geriatrischer Rehabilitation zu beseitigen. Das Geriatriekonzept erfüllt erst dann seine volle Funktion, wenn wohnortnahe, ambulante bzw. mobile Angebote in nennenswertem Umfang zur Verfügung stehen. Das an sieben Modellstandorten im Land bestehende Angebot an ambulanter geriatrischer Rehabilitation ist zwar ein wichtiger Schritt zum Aufbau eines umfassenden Versorgungssystems, kann jedoch lediglich eine Zwischenlösung sein.
- Als künftiges Handlungsfeld von besonderer Bedeutung ergibt sich die Sicherstellung des Behandlungserfolges über einen längeren Zeitraum hinweg. Eine intensive Nachbetreuung soll das Verbleiben in der häuslichen Umgebung sichern und Wiedereinweisungen (so genannte Drehtüreffekte) vermeiden.
- Generell weiter zu verbessern im Blick auf eine effiziente geriatrische Versorgung ist die Zusammenarbeit in und zwischen den einzelnen Berufsgruppen. Insbesondere sind Pflege, nichtärztliche therapeutische Leistungen, soziale Dienste sowie Selbsthilfe, soziales Ehrenamt und bürgerschaftliches Engagement intensiver in den Gesamtprozess geriatrischer Rehabilitation zu integrieren.
- Stand und Intensität der Aus-, Fort- und Weiterbildung in ärztlichen, nichtärztlichen therapeutischen sowie pflegerischen und sozialen Berufen werden ungeachtet der bisherigen Bemühungen als noch nicht ausreichend betrachtet. Vor allem die notwendigen Fortschritte in der ambulanten geriatrischen Rehabilitation setzen eine bessere Ausbildung bei den niedergelassenen Ärzten voraus. Im therapeutischen und pflegerischen Bereich sollte die geriatrische Rehabilitation fester Bestandteil der Ausbildungspläne sowie Prüfungsfach werden.

II. Altersaufbau der Bevölkerung

Vor allem in den letzten hundert Jahren hat sich die deutsche Bevölkerung von einer extrem jungen zu einer deutlich alternden gewandelt. Dieser Prozess wird sich aller Voraussicht nach weiter beschleunigt fortsetzen.

Derzeit leben knapp 2,2 Millionen Menschen im Alter ab 60 Jahren in Baden-Württemberg. Einer Prognose des Statistischen Landesamtes zufolge wird sich der Anteil der über 65-Jährigen in Baden-Württemberg von 15,8% (1998) auf 19,3% im Jahre 2010 erhöhen. Statt 361.000 über 80-Jährige im Jahr 1998 werden dann 511.000 hochbetagte Menschen im Lande leben.¹

Ein neugeborener Junge kann heute in Baden-Württemberg auf eine durchschnittliche Lebenserwartung von rund 75,6 Jahren hoffen, ein neugeborenes Mädchen sogar auf 81,4 Jahre. Damit liegt die Lebenserwartung Neugeborener jeweils um etwa sieben Jahre höher als Anfang der 70er Jahre. Seinerzeit betrug die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt 68,5 Jahre für Jungen und 74,5 Jahre für Mädchen.

Die Wahrscheinlichkeit für einen Mann oder eine Frau, im Alter von 70 Jahren zu sterben, liegt zurzeit um rund die Hälfte niedriger als 1970/72. Nach den aktuellen Sterblichkeitsverhältnissen können 70jährige Männer eine weitere Lebensdauer von durchschnittliche knapp 13 Jahren erwarten (1970/1972 fast 10 Jahre) und gleichaltrige Frauen von nahezu 16 Jahren (1970/1972 knapp 12 Jahre).

Verbesserte gesundheitliche Vorsorge und die Gesundheitsversorgung haben wesentlich dazu beigetragen, dass heute die Hälfte eines männlichen Jahrgangs beste Aussichten hat, den 78. Geburtstag zu erleben. Für Frauen gilt eine noch günstigere Prognose. Hier steht für die Hälfte eines Jahrgangs sogar der 84. Geburtstag in Aussicht. Zu Beginn der 70er-Jahre lag diese "wahrscheinliche Lebenserwartung" um ganze sechs Jahre niedriger. In allen Altersstufen weisen Frauen nach wie vor eine höhere Lebenserwartung auf als Männer.²

Die weitaus meisten älteren Menschen haben keine gravierenden gesundheitlichen Einschränkungen. Sie gestalten aktiv ihren privaten Lebensbereich, sie beteiligen sich vielfach engagiert am öffentlichen Leben und sie sind in soziale Strukturen eingebunden. Bundesweit leben ca. 93 % der alten Menschen in normalen Wohnungen und lediglich 3 % in Pflegeheimen. Alter ist nicht generell mit Krankheit, Abhängigkeit oder Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen. Andererseits gilt: Mit dem höheren Lebensalter steigt die Wahrscheinlichkeit der Zunahme von Krankheiten und Pflegebedürftigkeit. Bei einem gleichzeitig zu erwartenden Rückgang der „Fürsorgeteserven“ in den Familien stehen in Zukunft immer mehr Hilfebedürftigen immer weniger Menschen gegenüber, die die Helferrolle übernehmen können.

Zugleich ist die soziale Stabilität der Familie heute - was sich z.B. in der Scheidungsrate ausdrückt - großen Belastungen unterworfen. Die weitere Entwicklung der Industriegesellschaft erfordert zudem eine höhere regionale Mobilität. Dies schränkt die Fähigkeit der Familie zur Pflege weiter ein. Außerdem leben immer mehr Menschen ohne familiäre Bindung allein (Zunahme der Ein-Personen-Haushalte). Darüber hinaus befördert eine immer stärker von Arbeitsteilung, Individualisierung, vertraglichen Rege-

¹ Baden-Württemberg in Wort und Zahl 3/2000

² Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Eildienst Nr. 344/2000

lungen und staatlicher Absicherung bestimmte Gesellschaft nicht von vornherein auch die persönliche Bereitschaft zur Selbsthilfe und Eigenleistung in der Versorgung.

Auch wenn erfreulicherweise festzustellen ist, dass die meisten alten Menschen lange Zeit keine gravierenden gesundheitlichen Einschränkungen haben, stellt die Versorgung alter, kranker und pflegebedürftiger Menschen eine humane Gesellschaft vor eine ernste Bewährungsprobe. Die Bedingungen, unter denen sie dieser Aufgabe gerecht werden muss, werden mit wechselndem Gewicht sowohl durch soziale als auch durch wirtschaftliche Entwicklungen beeinflusst.

Auch hinsichtlich der längerfristigen Kostenentwicklung ist das Erbringen von medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen eine Herausforderung für die Sozialpolitik. Dienstleistungen und menschliche Zuwendung sind der technischen Rationalisierung weniger zugänglich, d.h. sie bleiben personalintensiv. Damit wird die Kostenseite nicht nur durch steigende Bedarfszahlen, sondern auch aller Voraussicht nach durch überdurchschnittliche Preissteigerungen in diesem Bereich belastet.

III. Gesetzliche Krankenversicherung und Pflegeversicherung

Bei der Bewältigung dieser Herausforderungen kann die Gesundheits- und Sozialpolitik auf bewährte Strukturen aufbauen. Die Gesundheitsversorgung der älteren Menschen befindet sich heute in der Bundesrepublik auf einem beispielhaft hohen Niveau:

- Durch die gesetzliche Krankenversicherung ist eine flächendeckende, gleichwertige, nicht durch Einkommen oder Stand eingeschränkte Versorgung der Bevölkerung gewährleistet. Alle großen Krankheitsrisiken werden aufgenommen. Schon die Betrachtung der Ausgabenstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung zeigt, dass für die alten Menschen in der Bundesrepublik in allen Leistungsbereichen (ambulante Versorgung, stationäre Versorgung, zahnärztliche Versorgung, Versorgung mit Arznei- sowie Heil- und Hilfsmitteln für alte Menschen) die höchsten Aufwendungen erfolgen.
- Mit der Pflegeversicherung vom 26. Mai 1994 ist das Risiko der Pflegebedürftigkeit sozial abgesichert. Als so genannte „fünfte Säule im System der sozialen Sicherung“ – neben der Kranken-, Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung – basiert die Pflegeversicherung wie die anderen Gesetzeswerke auf dem Solidaritätsprinzip. Mit der Solidarität zwischen Erwerbstätigen und Rentnern mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen wurde ein wichtiger Schritt zur Gleichbehandlung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit vollzogen.

Gewährt werden seit 1. April 1995 Leistungen für häusliche Pflege und seit 1. Juli 1996 Leistungen für stationäre Pflege. Viele Menschen haben seitdem Anspruch auf Leistungen, die sie vor Einführung der Pflegeversicherung selbst oder über die Sozialhilfe finanzieren mussten.

Ziele und Grundsätze der Pflegeversicherung sind:

- Vorrang von Prävention und Rehabilitation vor der Pflege.
- Vorrang der häuslichen Pflege vor der stationären Pflege.
- Pflichtmitgliedschaft für Versicherte der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung.
- Familienmitglieder sind mitversichert.
- Milderung der aus der Pflegebedürftigkeit entstehenden finanziellen Belastungen.
- Reduktion von Sozialhilfebedürftigkeit wegen Pflegebedürftigkeit.
- Förderung und Anerkennung der Pflegebereitschaft im häuslichen Bereich durch soziale Sicherung der nichterwerbstätigen Pflegepersonen (z.B. Angehörige, Nachbarn).

Sowohl das SGB V (Krankenversicherung) als auch das SGB XI (Pflegeversicherung) befassen sich mit der Rehabilitation:

Die zur Rehabilitation notwendigen medizinischen und ergänzenden Leistungen, die einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorbeugen, sie nach Eintritt beseitigen, bessern oder eine Verschlimmerung verhüten sollen, gehören entsprechend § 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V ausdrücklich zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

§ 23 Abs. 1 Nr. 3 SGB V (medizinische Vorsorgeleistungen) begründet den Anspruch des Versicherten auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln mit dem Ziel, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

In § 40 Abs. 1 SGB V ist festgeschrieben: „Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, oder, soweit keine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, in wohnortnahen Einrichtungen erbringen.“ Die bisher im Geriatriekonzept Baden-Württemberg als teilstationär eingestuft Leistungen sind mit Inkrafttreten des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 als ambulante Rehabilitationsleistungen definiert. Nach dem Regelungssystem des SGB V umfasst nunmehr der Begriff "ambulante Reha" auch die "teilstationären Reha-Leistungen".

Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ wurde in den §§ 5 und 31 sowie weiteren Paragraphen des Pflegeversicherungsgesetzes formuliert. § 18 Abs. 1 SGB XI begründet einen Anspruch der Versicherten gegen den zuständigen Rehabilitationsträger auf Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation mit Ausnahme von Kuren.

In § 18 Abs. 1 und 5 SGB XI wird der Medizinische Dienst der Krankenkassen beauftragt, zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Pflegebedürftigkeit erfüllt sind. Diese Prüfung soll darüber befinden, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit, einschließlich der medizinischen Rehabilitation, geeignet, notwendig und zumutbar sind. Hinsichtlich der geriatrischen Rehabilitation besteht für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen die Aufgabe, in diesem Bereich seiner besonderen Verantwortung gerecht zu werden.

IV. Soziale Ordnungspolitik

Sozialpolitik muss sich gerade auch in Zeiten knapper Mittel bewähren. Die Steigerung des entsprechenden Haushaltsvolumens kann soziale Ordnungspolitik nicht ersetzen. Als zukunftsorientierte Sozialpolitik muss sie vorbeugen, will sie Humanität und Wirtschaftlichkeit miteinander verbinden. Unter Beachtung beider Aspekte ist es besser, den Eintritt von Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu verhindern, als sie nachträglich zu behandeln und zu versorgen.

Soziale Ordnungspolitik zielt auf personelle Hilfe, aktive Solidarität, Transparenz und Partizipation ab. Sie ermöglicht den Menschen, Freiheit und Verantwortung zu vereinen. Die Verwirklichung der Freiheit bedarf aber auch der eigenverantwortlichen Lebensgestaltung nach dem Prinzip der Subsidiarität. Deshalb muss der Staat auf die Übernahme von Aufgaben verzichten, die der Einzelne oder jeweils kleinere Gemeinschaften erfüllen können. Was der Bürger alleine, in der Familie und im freiwilligen Zusammenwirken mit anderen ebenso leisten kann, soll ihm vorbehalten bleiben, ihn aber auch zu eigenverantwortlichem Handeln verpflichten. Deshalb sind die sozialen Leistungen so auszugestalten, dass möglichst ohne Erhöhung des Gesamtaufwandes mehr an Gerechtigkeit und Wirksamkeit erreicht wird.

Bei allen hohen Erwartungen an eine den Bedürfnissen des älteren Menschen besser angepassten Medizin und Versorgungsstruktur muss beachtet werden, dass das Bemühen um die Gesunderhaltung des älteren Menschen und der hier zu leistende Aufwand angesichts insgesamt knapper Mittel in einem verantwortbaren Verhältnis zu den Anforderungen anderer Bereiche der Sozialpolitik steht.

V. Grundsätze für eine bedarfsgerechte geriatrische Versorgung

Aus Sicht der sozialen Ordnungspolitik ist die Versorgung alter, kranker Menschen als gesellschaftspolitische Herausforderung entsprechend den folgenden Prinzipien anzunehmen und zu gestalten:

- Oberstes Ziel aller Anstrengungen in der geriatrischen Versorgung ist es, den alten Menschen möglichst lange ihre Selbstständigkeit zu erhalten. Der in den Disziplinen der Gerontologie und Geriatrie gewonnene Erkenntnis, dass geriatrische Rehabilitation auch im hohen Alter möglich und erfolgreich ist, ist verstärkt Rechnung zu tragen.
- Die Gesunderhaltung durch verbesserte Prävention, die Wiederherstellung der Gesundheit durch altersgerechte Behandlung und Pflege sowie die Minderung von Krankheitsfolgen und Gebrechlichkeitserscheinungen durch verstärkte Rehabilitation tragen dazu bei, die allgemeine Zunahme der Lebenserwartung als behinderungsfreie Zeit im Alter zu erleben.
- Bei der Versorgung betagter, mehrfach erkrankter Menschen muss man erkennen, dass zur Gesundung psychische, physische und soziale Faktoren beitragen. Geriatrische Patienten leiden neben einer akuten Störung an einer Multimorbidität und/oder zum Teil an chronischen Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen unterschiedlicher Ausprägung mit negativen Rückwirkungen im sozialen Bereich. Versorgungsstrukturen und Behandlungsabläufe müssen so angelegt sein, dass bei diesen Patienten ein therapeutisch-rehabilitatives Gesamtkonzept greifen kann¹. Hierzu gehört auch die gleichwertige Versorgung körperlicher und psychischer Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen.
- Die geriatrische Versorgung ist in Baden-Württemberg flächendeckend zu gewährleisten. Gerade der alte Mensch ist darauf angewiesen, dass seine Verankerung in Familie und Wohnort erhalten bleibt. Die Versorgung ist daher möglichst gemeinde- und familiennah zu leisten. Dies gilt auch für stationäre Einrichtungen für Krankenversorgung und Pflege.
- Die Pflege in der Familie ist durch Abstützung der Familie durch kleine soziale Netze und ambulante Pflegedienste zu fördern, die durch ambulante ärztliche Versorgung und ambulante/mobile geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen unterstützt werden.
- Der Tendenz, dass die professionellen, kapitalintensiven und hochorganisierten Versorgungseinrichtungen auf Grund ihrer besseren Bedingungen zunehmend Nachfrage auf sich ziehen können, muss entgegengewirkt werden. Die Beziehungen zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen müssen so gestaltet werden, dass die jeweils höhere Ebene ein eigenes Interesse daran findet, mit der jeweils weniger aufwändigen Ebene zu kooperieren und damit dem Subsidiaritätsprinzip zu entsprechen. Nur so kann es gelingen, einer Expansion "teurerer Ebenen" der stationären Versorgung Einhalt zu gebieten. Zusätzlich müssen ehrenamtliche Kräfte zu einem stärkeren Engagement ermutigt werden. Dieses Potenzial ist als wichtige Ressource sinnvoll zu nutzen.

¹ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): Empfehlungen für geriatrische Rehabilitation, Stuttgart 1996

- Die einzelnen Ebenen müssen in gleicher Weise durchlässig nach oben wie nach unten sein. Nur wenn es möglich ist, die Einbahnstraße in Richtung auf stationäre Versorgung im Krankenhaus und Pflegeheim zu verlassen, werden die Versorgungsprobleme menschlich und wirtschaftlich lösbar sein.
- Kooperation und Koordination haben sich sowohl aus Gründen der medizinischen Effektivität und einer patientenorientierten Behandlungsorganisation als auch aus wirtschaftlichen Gründen zu zentralen Paradigmen des Gesundheitswesens entwickelt. Das Geriatriekonzept hat zu einem frühen Zeitpunkt die Forderung nach Interdisziplinarität, sektorenübergreifender Kooperation und ganzheitlichem Behandlungsansatz beispielgebend formuliert.
- Hohe Versorgungsqualität und wirtschaftliche Betriebsgrößen sind wichtige Bedingungen für die medizinische und finanzielle Tragfähigkeit der Versorgung. Sie stehen aber z.T. im Gegensatz zu einer gemeindenahen Versorgung. Nur durch ein gestuftes, vernetztes System von Einrichtungen und Diensten wird dieser Widerspruch auflösbar.
- Die im Rahmen des Geriatriekonzepts geschaffenen Strukturen sind langfristig in ihrem Bestand zu sichern und an sich verändernde Anforderungen anzupassen. Entsprechend der gemeinsamen Verantwortung (Land und Kommunen, Krankenkassen, Pflegekassen, Sozialhilfeträger, Leistungserbringer, einzelne betagte Mitbürger und deren Angehörige) leisten alle an der Versorgung Beteiligten Beiträge zur Finanzierung dieser Strukturen.
- Beim weiteren Ausbau und der Weiterentwicklung geriatrischer Versorgungsangebote sind entsprechende Qualitätsstandards zu entwickeln und eine Qualitätssicherung in der geriatrischen Rehabilitation zu gewährleisten. Darüber hinaus ist die geriatrische Versorgung in einem engen Zusammenhang mit der Sicherung der Qualität in der Krankenversorgung, in der Rehabilitation und in der Pflege zu sehen. Zur Verbesserung der Rahmenbedingungen gehören Pflegesätze, die eine qualitätsvolle Krankenversorgung, Rehabilitation und Pflege ermöglichen, gut ausgebildetes Personal in ausreichender Anzahl sowie Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung nach Maßgabe der §§ 135 – 137 SGB V und des § 80 SGB XI.

Das Land unterstützt die Anstrengungen der Einrichtungsträger und der Landesarbeitsgemeinschaften der geriatrischen Schwerpunkte und Zentren bzw. der geriatrischen stationäre Rehabilitationseinrichtungen z.B. durch modellhafte Erprobungen regionaler Qualitätssicherungskonzepte und mit der Durchführung des jährlich stattfindenden Geriatrietages und Landespflegetages.

VI. Strukturen der geriatrischen Versorgung

In der Gesundheitsversorgung für alte Menschen lassen sich drei große Bedarfsbereiche unterscheiden:

- Prävention
- Kuration
- Rehabilitation
- Pflege.

In allen vier Bereichen konnte im vergangenen Jahrzehnt ein beträchtliches Versorgungsangebot geschaffen werden, das im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten künftig weiter verbessert und kontinuierlich an den vorhandenen Bedarf angepasst werden soll.

A. Geriatrische Prävention

1. Ambulante Prävention

Die weitaus meisten alten Menschen haben lange Zeit keine gravierenden gesundheitlichen Einschränkungen und sind nicht pflegebedürftig. Damit dieses so bleibt, soll gezielte, altersgerechte Prävention stattfinden. Geriatrische Prävention sollte auf einen im frühen Lebensalter entwickelten gesundheitsfördernden Lebensstil aufbauen können (Vermeidung klassischer Risikofaktoren, Hinausschieben des Auftretens von Zivilisationskrankheiten, Vorbereitung auf das Alter).

Es gibt spezifische geriatrische Präventionsansätze, die darauf abzielen, die funktionelle Selbstständigkeit im Alter so lange wie möglich zu erhalten.^{1/2}

Im höheren Lebensalter sollten durch altersspezifische Gesundheitserziehung und im Rahmen der ärztlichen Behandlung

- der Erhaltung des sozialen Umfeldes
- der Erhaltung körperlicher und geistiger Funktionen
- der Früherkennung von Krankheiten und Krankheitsfolgen

stärkere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Insbesondere gilt es, Immobilität, Inkontinenz und Demenz zu vermeiden.

Insgesamt bieten zahlreiche Initiativen in Sportvereinen, Seniorengenossenschaften, Bürgervereinen und Altenklubs bereits vielfältige Möglichkeiten zu einem aktiven Leben im Alter.

Die von den Kreissenorenräten, Volkshochschulen und anderen Einrichtungen gestalteten Programme für die ältere Generation bieten ein breitgestreutes, altersgerechtes Angebot an Gesundheitserziehung. Im Bereich der Gesundheitsförderung ist auch das Landesgesundheitsamt zu weiteren Initiativen in der Lage.

¹ Verminderung von sturzbedingten Verletzungen bei Alten- und Pflegeheimbewohnern. Erster Jahresbericht des Ulmer Modellvorhabens (1999). Herausgeber: Geriatrisches Zentrum Ulm/Alb Donau.

² Verminderung von sturzbedingten Verletzungen bei Alten- und Pflegeheimbewohnern. Zweiter Jahresbericht des Ulmer Modellvorhabens (2000). Herausgeber: Geriatrisches Zentrum Ulm/Alb Donau.

Die niedergelassenen Ärzte können durch rechtzeitig eingeleitete Maßnahmen wichtige Beiträge zur Intensivierung der Prävention leisten.

Zu den präventiv wirkenden Maßnahmen zählt beispielsweise aber auch die Qualifizierung von Angehörigen und ehrenamtlichen Kräften in der Grundpflege und Krankenpflege.

Im Sinne einer sozialen Prävention erfüllen die derzeit ca. 20.000 betreuten Seniorenwohnungen, von denen eine zunehmende Anzahl nach den Kriterien des Qualitätssiegels Betreutes Wohnen Baden-Württemberg gebaut und organisiert ist, eine wichtige Funktion. Sie tragen dazu bei, ein längeres eigenständiges Leben zu bewahren, Pflegebedürftigkeit hinauszuschieben oder ganz zu vermeiden.

2. Stationäre Prävention

Bei alten Menschen, bei denen Pflegebedürftigkeit besteht oder droht, kann durch zeitlich begrenzte medizinische Vorsorgeleistungen in einer stationären Vorsorgeeinrichtung eine Verschlechterung ihres Zustandes vermieden oder deutlich hinausgeschoben werden.

Für die alten Menschen, die wegen ihres Gesundheitszustandes im Pflegeheim untergebracht sind, ist die Vermeidung einer Verschlechterung ihres Pflegezustandes durch präventive Maßnahmen im Rahmen der "aktivierenden Pflege" anzustreben.

B. Geriatrische Akutbehandlung

1. Ambulante Akutbehandlung

a) Behandlung durch niedergelassene Ärzte

Dank der großen und weiter steigenden Zahl von niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten sind die Voraussetzungen für eine intensivere Beachtung der gesundheitlichen Bedürfnisse alter Menschen gut. Die niedergelassenen Ärzte haben bei der Versorgung alter Menschen eine herausragende Bedeutung. Nicht nur, dass Krankenbehandlung in der Regel zunächst und vorrangig ambulant erfolgt und erfolgen soll: Niedergelassene Ärzte haben auch eine Schlüsselfunktion im medizinischen und sozialen Bereich bei der Beurteilung von Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit sowie bei der Zusammenarbeit mit Angehörigen und sozialen Diensten.

Allerdings hat sich gezeigt, dass diese Zusammenarbeit nicht frei von Informationsdefiziten und Beurteilungsdivergenzen ist.

Es besteht ein erheblicher Bedarf an geriatrischer Fortbildung für niedergelassene Ärzte, ein Bedarf an Informationsaustausch sowie gesicherten Ansprechpartnern für Entscheidungen über die Notwendigkeiten und Möglichkeiten geriatrischer Rehabilitation wie auch pflegerischer Betreuung und Unterbringung. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der Sicherung von Ausübung und Anwendung zusätzlich erworbener Fähigkeiten auf dem Gebiet der ambulanten geriatrischen Rehabilitation.

b) Ambulante gerontopsychiatrische Behandlung

Die Gerontopsychiatrie gewinnt in der Gesundheitspolitik im Zusammenhang mit der demographischen Entwicklung, Demenzerkrankungen und Hirnleistungsstörungen im Alter zunehmend an Bedeutung. Epidemiologischen Studien zufolge liegt bei etwa einem Viertel aller über 65-jährigen eine psychische Störung vor, die diese in ihrem Wohlbefinden oder in der Wahrnehmung ihrer Kompetenz beeinträchtigt. Grundsätzlich lässt sich auch im Alter das gesamte Spektrum psychiatrischer Krankheitsbilder finden, obgleich die Häufigkeit unterschiedlich verteilt ist. Hervorzuheben sind die besonderen Bedürfnisse der psychisch erkrankten älteren Menschen, die sich aus körperlichen Begleiterkrankungen bis hin zur schweren Multimorbidität ergeben.

Durch die steigende Zahl hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen sowie die zurückgehende Zahl der Personen, die für Angehörige oder Nachbarn Pflegeleistungen erbringen können, werden auch die ambulanten sozialen Dienste vor wachsende Anforderungen gestellt. Dies betrifft unter anderem auch die steigende Zahl der in häuslicher Umgebung zu betreuenden psychisch kranken älteren Menschen. Neben der rein quantitativen Zunahme von Hilfeanforderungen sind qualitative Änderungen des Hilfebedarfs, aber auch neue Hilfeanforderungen festzustellen.

Wie die Versorgung der somatisch Kranken sollte die Versorgung dieser Kranken und der Multimorbiden soweit wie möglich ambulant erfolgen. Der Schwerpunkt der Behandlung von alten Menschen mit psychischen Erkrankungen liegt in den Händen der Hausärzte. Hier wird berichtet, dass Hausärzte auch bei offensichtlicher psychiatrischer Symptomatik zögern, eine Überweisung an Fachärzte vorzunehmen. Häufig würden auch die vom Nervenarzt verordneten Medikamente ab- oder umgesetzt. Gleichwohl sind Hausärzte in der Versorgung älterer Menschen eine wichtige und leicht zu erreichende Anlaufstelle. Hausärzte mit entsprechender Fortbildung z.B. in Form eines absolvierten Curriculums können unterstützt durch fachärztliche psychiatri-

sche Konsile eine ausreichende Hausarztbetreuung gerontopsychiatrischer Patienten durchführen. Eine grundsätzliche Verbesserung der gerontopsychiatrischen Kompetenz niedergelassener Ärzte wird durch die am 01.06.1999 in Kraft getretene Neuregelung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung erwartet. Wünschenswert ist eine engere Einbeziehung psychiatrischer Fachärzte in die ärztliche Versorgung im Bereich der stationären Altenhilfe.

2. Stationäre und teilstationäre Akutbehandlung

Dem Ziel einer qualifizierten, möglichst wohnortnahen geriatrischen Versorgung im Krankenhausbereich wird in Baden-Württemberg mit einem dreistufigen Versorgungsangebot Rechnung getragen:

- Geriatrische Grundversorgung an allen Akutkrankenhäusern,
- in jedem Kreis ein geriatrischer Schwerpunkt,
- ein geriatrisches Zentrum an jedem Standort der Maximalversorgung.

a) Geriatrische Grundversorgung an allen Allgemeinkrankenhäusern

Eine ausreichende geriatrische Behandlung im Krankenhaus ist sowohl in qualitativer Hinsicht durch qualifizierte Behandlung und Pflege als auch in quantitativer Hinsicht durch ein bedarfsgerechtes Angebot an Krankenhausbetten sicherzustellen.

Die geriatrische Versorgung kann nicht allein über einige Spezialkliniken gewährleistet werden, sondern muss durch geriatrische Qualifizierung aller Allgemeinkrankenhäuser erfolgen.

Hierzu ist das ärztliche Wissen um die spezifischen Behandlungserfordernisse und -möglichkeiten zu erweitern, insbesondere ist eine patientenorientierte Pflege einzuführen, die sich in einer Pflegeplanung entsprechend den Problemen und Ressourcen des alten Menschen Ziele für den Pflegeprozess setzt und Erreichtes dokumentiert.

Dank der regionalen und überregionalen Fortbildungsangebote der bestehenden geriatrischen Einrichtungen, insbesondere der Akademie für Fort- und Weiterbildung des Geriatrischen Zentrums am Bethanien-Krankenhaus Heidelberg, haben ärztliche, therapeutische und pflegerische Krankenhausmitarbeiter vielfältige Möglichkeiten, sich die für eine adäquate Versorgung geriatrischer Patienten erforderlichen Kenntnisse anzueignen und kontinuierlich zu aktualisieren.

In jedem Allgemeinkrankenhaus soll mindestens eine Arztstelle mit einem geriatrisch qualifizierten Arzt besetzt sein, der die fakultative Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ absolviert hat bzw. eine andere durch die ärztliche Weiterbildungsordnung definierte geriatrische Qualifikation erworben hat. Die mit geriatrischen Patienten befassten Mitarbeiter im pflegerischen und therapeutischen Bereich sind für diese Aufgabe durch entsprechende Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zu qualifizieren.

Für die Kooperation mit den Angehörigen, dem Hausarzt und den ambulanten Pflegediensten sowie Pflegeheimen steht in den Allgemeinkrankenhäusern der Krankenhaus-Sozialdienst zur Verfügung. Dieser ist für die Belange geriatrischer Patienten bedarfsgerecht auszustatten.

Der Krankenhausplan Baden-Württemberg trägt dem Bedarf an geriatrischer Akutversorgung auch dadurch Rechnung, dass grundsätzlich von den tatsächlich im jeweiligen Krankenhaus und in den einzelnen Fachabteilungen versorgten Patientenzahlen ausgegangen wird, da sich darin das konkrete Nachfrageverhalten widerspiegelt, das so-

wohl Veränderungen in der Bevölkerungszahl und -struktur, veränderte Behandlungsmethoden, veränderte rechtliche Rahmenbedingungen oder Patientenwanderungen berücksichtigt.

b) Geriatrischer Schwerpunkt

Für eine flächendeckende Verbesserung der geriatrischen Versorgung und für die Verknüpfung mit den auf Kreisebene gegebenen Zuständigkeiten für die Versorgung alter Menschen wurden in 36 Stadt- und Landkreisen geriatrische Schwerpunkte eingerichtet.

Die geriatrischen Schwerpunkte nehmen vor allem Aufgaben der ärztlich-konsiliarischen Versorgung und der Verknüpfung von Behandlungs- und Rehabilitationsangeboten wahr. Die Leitung des geriatrischen Schwerpunktes muss auf die klinische Betreuung geriatrischer Patienten von Anfang an wirksam Einfluss nehmen können.

Die geriatrischen Schwerpunkte sollen als Referenzeinrichtungen auch Beratungs- und Qualifizierungsaufgaben für die übrigen Krankenhäuser im Kreis sowie für alle Ärzte und Einrichtungen wahrnehmen, die der Versorgung alter, kranker Menschen dienen. Im Einzelnen haben Geriatrische Schwerpunkte folgende Aufgaben:

- Organisation eines geriatrischen Konsils am eigenen Krankenhaus, im Einzelfall auch für externe Patienten.
- Durchführung von geriatrischen Assessments (Einzelfallbegutachtungen) am Krankenhaus.
- Konsiliarische Tätigkeit für die anderen Fachabteilungen am Krankenhaus.
- Beratung bei Therapieplänen und Rehamaßnahmen.
- Einübung der Teamarbeit von Arzt, nichtärztlichen Therapeuten und Pflegekräften im Krankenhaus.
- Organisation der geriatrischen Fortbildung im Krankenhaus, für andere Krankenhäuser, für die Kreisärzteschaft und die Pflegeeinrichtungen.
- Erschließung des weiteren Versorgungsnetzes durch Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen, niedergelassenen Ärzten, nichtärztlichen Therapeuten, Pflegediensten, Sozialpsychiatrischen Diensten, Pflegeheimen und mit dem geriatrischen Zentrum im Blick auf die geriatrische Prävention und die geriatrische und geriatrisch-rehabilitative Versorgung.

Personalausstattung des geriatrischen Schwerpunktes

Der geriatrische Schwerpunkt wird von einem in der Geriatrie erfahrenen Arzt geleitet. Hierfür ist ein Qualifikationsnachweis über die abgeschlossene fakultative Weiterbildung "Klinische Geriatrie" oder eine andere durch die ärztliche Weiterbildungsordnung definierte geriatrische Qualifikation zu erbringen. Auf eine entsprechende geriatrische Qualifikation/Qualifizierung der therapeutischen und pflegerischen Mitarbeiterinnen ist zu achten.

Zur Wahrnehmung der Aufgaben des geriatrischen Schwerpunktes werden als Grundausstattung vier ganzjährig voll einsetzbare Stellen benötigt, die sich auf folgende Funktionsbereiche verteilen:

- Ärztlicher Bereich,
- nichtärztlich-therapeutischer Bereich (Krankengymnastik, physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie),
- pflegerischer Bereich,
- sozial-betreuerischer Bereich,
- Verwaltungsbereich.

Zur Erfüllung ihrer Aufgaben ist den geriatrischen Schwerpunkten ein ausreichendes Sachmittelbudget zur Verfügung zu stellen. Der Mehrbedarf hängt von der Anzahl der multimorbiden Fälle und der zu betreuenden Krankenhäuser ab.

c) Geriatrisches Zentrum

An den sieben Standorten der Maximalversorgung in Stuttgart, Karlsruhe, Heidelberg, Mannheim, Freiburg, Ulm und Tübingen bestehen geriatrische Zentren, zum Teil als bettenführende Organisationseinheiten. Zusätzlich zu den Aufgabengebieten der geriatrischen Schwerpunkte nehmen sie Fortbildungsaufgaben im Bereich der Geriatrie und originäre therapeutische Aufgaben wahr und verknüpfen, soweit an Universitätskliniken angesiedelt, Behandlung, Ausbildung und Forschung. Sie sind Referenzzentren für die geriatrischen Schwerpunkte in der Region.

Ziel aller geriatrischen Zentren ist die Verbesserung der Betreuung betagter Menschen im Krankheitsfall durch Integration der klinischen Einrichtungen und der Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen jeweils in enger Verbindung mit der Universität. Durch eine Zusammenfassung des Fachwissens der verschiedenen Spezialisten und Fachdisziplinen wird die ganzheitliche Betreuung gefördert. Neben der Erarbeitung neuer Diagnose- und Behandlungsprogramme unter Mitwirkung aller betroffenen Fachgebiete gehört es zu den Aufgaben der Zentren, die altersspezifischen Fragen der Physiologie und Pathophysiologie, der Pharmakologie und Epidemiologie sowie verwandter Disziplinen wissenschaftlich zu bearbeiten.

Organisation des geriatrischen Zentrums

Jedes geriatrische Zentrum verfügt über eine diagnostisch-therapeutische Organisationseinheit "Geriatrie" an einem Krankenhaus am Standort der Maximalversorgung. Bei der geriatrischen Organisationseinheit handelt es sich um ein eigenständiges Krankenhaus oder um eine Fachabteilung bzw. um eine Funktionseinheit. Zur Organisationseinheit gehören in der Regel sowohl stationäre als auch teilstationäre Behandlungsangebote. Das geriatrische Zentrum kooperiert mit der Gerontopsychiatrie sowie mit geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen. Im Rahmen eines Wirkverbundes kann das geriatrische Zentrum auch mehrere stationäre Einrichtungen umfassen.

Personalausstattung des geriatrischen Zentrums

Das geriatrische Zentrum wird von einem in Geriatrie ausgewiesenen Arzt geleitet. Hierfür ist ein Qualifikationsnachweis über die abgeschlossene fakultative Weiterbildung "Klinische Geriatrie" oder eine andere durch die ärztliche Weiterbildungsordnung definierte geriatrische Qualifikation zu erbringen.

Zusätzlich zur Personalausstattung eines geriatrischen Schwerpunktes soll das geriatrische Zentrum mit einem weiteren Arzt sowie zwei Assistenzarztstellen als Rotations-

stellen für die Ausbildung in Zusammenarbeit mit der Universität ausgestattet sein. Die Stellenausstattung muss die ganzjährige Funktionsfähigkeit des geriatrischen Zentrums gewährleisten.

d) Geriatrisches Konsil

Die Arbeit des geriatrischen Konsils wird von einem interdisziplinären Team unter der Leitung eines geriatrisch qualifizierten Arztes durchgeführt. Es ist an allen geriatrischen Schwerpunkten und Zentren eingerichtet, soll aber langfristig an jedem Krankenhaus organisiert werden.¹

Das geriatrische Konsil hat seine Hauptfunktion in der Diagnostik und Erstellung eines Behandlungsplans für den einzelnen Patienten sowie in der Vorbereitung der weiteren Versorgung am Ende eines Krankenhausaufenthaltes. Die Maßnahmen bezüglich der weiteren Behandlung, bzw. der weiteren Versorgung durch ambulante oder stationäre Rehabilitation, durch Unterbringung in einem Pflegeheim oder durch häusliche Versorgung, sind zu treffen in Abstimmung mit dem Patienten und seinen Angehörigen, mit Klinikarzt und Hausarzt, Krankenhaus-Sozialdienst und ambulanten Diensten, mit den Kostenträgern (hier z.B. den RehaBeratern), dem Medizinischen Dienst der Krankenkassenversicherung und den auf der örtlichen Ebene vorhandenen sozialen Diensten sowie gegebenenfalls vorhandener Einrichtungen oder Beratungsstellen auch in kommunaler Trägerschaft. Dabei hat das Prinzip "Rehabilitation vor Pflege" zu gelten.

Danach muss vom geriatrischen Konsil aus die Überleitung für die medizinische Betreuung auf den Hausarzt und die pflegerisch/soziale Betreuung auf die Stelle sichergestellt werden, die für die außerstationäre Koordination der Dienste zuständig ist. Diese Aufgaben umschreiben ein umfassendes Case-Management, das die gesamtakutmedizinische, rehabilitative, pflegerische und präventive Versorgung geriatrischer Patienten nahtlos einbezieht. Die Erschließung des weiteren Versorgungsnetzes kann durch einen Case-Manager aus dem ärztlichen oder sozialdienstlichen Bereich erfolgen.

Daneben soll das geriatrische Konsil für die Aufgabe offen sein, für alte Menschen auf Anforderung im Einzelfall vor der Entscheidung über eine Unterbringung im Pflegeheim beratend tätig zu werden.

e) Geriatrische Tagesklinik

Für eine Reihe von Krankheitsbildern und -situationen ist die vollstationäre Behandlung im Krankenhaus nicht erforderlich und nicht die günstigste Versorgungsform. Hierfür wurden in Baden-Württemberg in Verbindung mit geriatrischen Zentren und Schwerpunkten tagesklinische Versorgungsangebote für geriatrische Patienten geschaffen. Sie sollen genutzt werden, wenn eine ambulante Behandlung nicht mehr möglich ist und eine vollstationäre Behandlung vermieden werden kann. Tageskliniken können ferner dazu beitragen, den vollstationären Aufenthalt zu verkürzen und die poststationäre Integration des Patienten in seinen häuslichen Lebensalltag zu fördern.

Tagesklinikplätze für geriatrische Akutbehandlung werden derzeit vom Bethanien-Krankenhaus Heidelberg, vom Bürgerhospital Stuttgart und vom Caritas-Krankenhaus Bad Mergentheim betrieben.

¹ Geriatrisches Konsil. Eine Handlungsanleitung Herausgeber: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg 1992

f) Stationäre gerontopsychiatrische Akutbehandlung

Die somatischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser haben gerontopsychiatrische Aspekte zu berücksichtigen. Mehr Kompetenz im Erkennen und Behandeln psychischer Störungen geriatrischer Patienten fällt den geriatrischen Schwerpunkten und Zentren zu. Darüber hinaus nehmen die psychiatrischen Fachkrankenhäuser und Abteilungen in ihrem jeweiligen Versorgungsgebiet die Aufgaben gerontopsychiatrischer Akutbehandlung wahr. Die teilweise vorgebrachte Meinung, es würden auf Grund der demographischen Entwicklung in zehn Jahren zusätzliche Krankenhausbetten in erheblicher Anzahl erforderlich, wird von der Landesregierung nicht geteilt. Entwicklungsmöglichkeiten der gerontopsychiatrischen Behandlung bestehen im Ausbau krankenhausergänzender Dienste. Durch sie kann die Krankenhaushäufigkeit gerontopsychiatrischer Patienten, insbesondere der Demenzkranken, in Zukunft trotz der abzusehenden demographischen Entwicklung stabil gehalten werden.

g) Gerontopsychiatrische Tagesklinik

Die tagesklinische Behandlung gerontopsychiatrischer Patienten kann als Ersatz einer vollstationären Behandlung dienen und u.a. in Regionen, in denen kein wohnortnahes stationäres Angebot zur Verfügung steht, zur Vermeidung ansonsten notwendig werdender stationärer Aufnahmen beitragen. Die Einrichtung eigenständiger Tageskliniken für gerontopsychiatrische Patienten wird weiterhin auf Schwerpunkte und Zentren begrenzt bleiben, so dass die flächendeckende gerontopsychiatrische tagesklinische Versorgung in die bestehenden teilstationären Strukturen integriert werden muss.

C. Geriatrische Rehabilitation

Geriatrische Rehabilitation ist auf Grund der besonderen Situation der geriatrischen Patienten eine Kombination aus Rehabilitation, Kuration und Prävention. Sie ist für alte Menschen aus ethischen und ökonomischen Gründen geboten. Soweit die geriatrischen Patienten rehabilitationsfähig, rehabilitationsbedürftig und rehabilitationswillig sind, kann durch gezielte geriatrische Rehabilitation die Krankheitsdauer verkürzt, Pflegebedürftigkeit vermieden oder verringert und Selbstständigkeit erhalten oder zurückgewonnen werden.

Rehabilitation soll durch frühe rehabilitative Maßnahmen bereits im Akutkrankenhaus beginnen, dann aber als Anschlussheilbehandlung konsequent ambulant oder stationär in den ortsnahen Rehabilitationseinrichtungen fortgesetzt werden.

Rehabilitation für alte Menschen im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung kann über verschiedene Angebote des geriatrischen Versorgungsnetzes erfolgen:

- frühe rehabilitative Maßnahmen im Akutkrankenhaus
- in die Akutbehandlung integrierte Rehabilitation
- vollstationäre oder ambulante Rehabilitation in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht
- ambulante/mobile Rehabilitation.

Geriatrische Rehabilitation hat auch den Auftrag, eine bereits eingetretene Pflegebedürftigkeit zu vermindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten (§ 11 (2) SGB V). Pflegebedürftigkeit oder Versorgung in einem Pflegeheim begründen also keinen Ausschluss von geriatrischer Rehabilitation.

1. Frühe geriatrisch-rehabilitative Maßnahmen im Akutkrankenhaus

Bei einem Teil der rehabilitationsbedürftigen Patienten ist es aus medizinischen und wirtschaftlichen Gründen nicht sinnvoll, die Behandlung in eine Akut- und Rehabilitationsphase in unterschiedlichen Einrichtungen aufzuteilen. Dies gilt vor allem für die Patienten, deren Rehabilitation mit einer kurzen Verweildauerverlängerung im Akutkrankenhaus so weit erreicht werden kann, dass die Entlassung nach Hause unproblematisch wird.

Frühe rehabilitative Maßnahmen und aktivierende Pflege gehören heute zum Leistungsspektrum der meisten der baden-württembergischen Krankenhäuser. Nach Angaben des Statistischen Landesamts sind an 228 von insgesamt 296 Krankenhäusern Physiotherapeuten angestellt. Die Implementierung einer altersgerechten Frührehabilitation in die Akutbehandlung gehört auch zu den Aufgaben der 36 geriatrischen Schwerpunkte und sieben geriatrischen Zentren, zu deren Teams Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden zählen.

Zusammen mit engagierten Trägern hat das Land modellhafte Einrichtungen geschaffen, die eine integrierte akut-rehabilitative Behandlung für geriatrische Patienten anbieten:

- Geriatrische Klinik Kennenburg/Esslingen.
- Diakoniewerk Bethel in Welzheim
- Caritas-Krankenhaus Bad Mergentheim
- Klinikum Karlsbad-Langensteinbach

- Krankenhaus Bethanien in Heidelberg
- Diakoniekrankenhaus Mannheim
- Nachsorge- und Langzeitkrankenhaus Trossingen
- Städtisches Krankenhaus Zell im Wiesental
- Geriatrische Klinik Bethesda Ulm.

2. Geriatrische Anschlussrehabilitation

Der überwiegende Teil der geriatrischen Rehabilitation soll möglichst bruchlos nach der Krankenhausbehandlung als Anschlussrehabilitation vorzugsweise in wohnortnahen Einrichtungen der

- geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht oder
- durch geriatrisch qualifizierte ambulante/mobile Angebote erfolgen.

a) Stationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtungen

Im Anschluss an die aus medizinischen Gründen erforderliche Behandlung im Krankenhaus stellt für einen großen Teil der rehabilitationsbedürftigen Patienten die vollstationäre Versorgung die sowohl medizinisch als auch wirtschaftlich günstigere Form dar. Für einen Teil der Rehabilitationspatienten ist die vollstationäre Versorgung aus medizinischen Gründen nicht erforderlich. Auch aus Kostengründen ist die ambulante (bisher als teilstationär definierte) Versorgung von Vorteil, wenn die Fahrtzeiten und -kosten erträglich sind. Um eine möglichst zeitnahe Übernahme von Patienten aus dem Akutkrankenhaus in die geriatrische Rehabilitation zu gewährleisten, ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Akutkrankenhäusern, geriatrischen Schwerpunkten und Zentren und den geriatrischen stationäre Rehabilitationseinrichtungen erforderlich.

Die Genehmigungs- und Verlängerungsverfahren sind zwischen den Leistungserbringern und den Kostenträgern bzw. dem Medizinischen Dienst landeseinheitlich so zu regeln, dass Verzögerungen und Planungsunsicherheiten möglichst vermieden werden. Die Indikation zur geriatrischen Rehabilitation kann auch nach einer ambulanten Akutbehandlung gegeben sein.

Für die geriatrische Rehabilitation in Einrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht, wurde im Geriatriekonzept 1989 ein Bedarf von 2450 Plätzen angenommen.

Derzeit sind in Baden-Württemberg 45 Einrichtungen für geriatrische Rehabilitation mit insgesamt 2151 Plätzen in Betrieb. Eingeschlossen sind hierin 260 Plätze für integrierte akut-rehabilitative Versorgung an den bereits genannten Modelleinrichtungen.

Nach der Inbetriebnahme der Geriatrischen Rehabilitationsklinik für den Alb-Donau-Kreis in Ehingen im Jahr 2001 werden landesweit insgesamt 2186 Plätze zur Verfügung stehen. Da bereits heute nur in wenigen Fällen Wartezeiten für Patienten anfallen, kann davon ausgegangen werden, dass mit dieser Bettenzahl eine vorläufige Bedarfsdeckung erreicht sein wird. Für die Zukunft kann jedoch ein weiterer Bedarf nicht ausgeschlossen werden.

Innerhalb eines Jahrzehnts wurde somit in Baden-Württemberg eine flächendeckende Versorgungsstruktur zur stationären Rehabilitation geriatrischer Patienten geschaffen. Die geriatrischen stationäre Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg bieten die geeigneten Voraussetzungen, eine abgestufte geriatrische Rehabilitation in statio-

närer und ambulanter Form anzubieten. Kostenträger und Leistungserbringer tragen gemeinsam Verantwortung dafür, dass die geriatrischen stationären Rehabilitationseinrichtungen eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Patientenversorgung sicherstellen können. Hierfür sind ausreichende Vergütungssätze zu vereinbaren.

b) Ambulante/mobile geriatrische Rehabilitation

Entsprechend dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ hat der Aufbau ambulanter Versorgungsstrukturen besondere Bedeutung. Ambulante bzw. mobile geriatrische Versorgung ist als Alternative und/oder Ergänzung bzw. als selbstständige Behandlungsform zur stationären Rehabilitation zu verstehen. Die Rehabilitation muss multiprofessionell, das heißt im Zusammenwirken mehrerer Berufsgruppen unter der Leitung eines geriatrisch weitergebildeten Arztes erfolgen. Wie im Krankenhaus sollte auch im ambulanten Bereich eine Einzelfallbegutachtung (Geriatrisches Assessment) von hierfür qualifizierten ambulant tätigen Ärzten ausgeführt werden können.

Ziele der ambulanten geriatrischen Rehabilitation sind:

- Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung der Selbsthilfe- und Versorgungsfähigkeit
- Vermeidung, Verringerung bzw. Hinauszögerung von Pflegebedürftigkeit
- Abkürzung bzw. Vermeidung stationärer Aufenthalte sowohl in Akutkrankenhäusern als auch in geriatrischen Rehabilitationskliniken
- Verbesserung der Lebensqualität der Patienten mit dauerhaften Beeinträchtigungen und Linderung der Folgen dauerhafter Behinderungen.

Bei dem Bemühen, ein möglichst hohes Maß an Alltagskompetenz, an Selbstständigkeit und an psychischem Wohlbefinden zu erreichen, ist auch das Umfeld der Patienten zu motivieren und in den Rehabilitationsprozess mit einzubeziehen. Der Alltag der Patienten ist hierbei ein entscheidender Bezugsrahmen. Der Verbleib in der gewohnten Umgebung kann zum Erhalt der Selbstständigkeit beitragen und die Selbstorganisation der Lebensaktivitäten fördern.

Grundsätzlich ist anzustreben, möglichst viel an geriatrischer Rehabilitation ambulant zu leisten. Dies erhält dem Patienten die Einbettung in seine vertraute Lebenswelt und kann zu einer sinnvollen Verknüpfung von medizinischen Rehabilitationsanstrengungen und lebenspraktischen Anforderungen genutzt werden. Voraussetzung für die Einlösung der gesundheitspolitischen Postulate „ambulant vor stationär“ und „Reha vor Pflege“ ist ein abgestuftes und in seinen Elementen aufeinander abgestimmtes Versorgungssystem.

Baden-Württemberg ist das erste Bundesland, das im Rahmen eines Modellversuchs die strukturellen und leistungsrechtlichen Voraussetzungen erprobt hat, um die stationären Einrichtungen mit wohnort- und familiennahen ambulanten und mobilen geriatrischen Rehabilitationsangeboten zu ergänzen. Dokumentiert und bewertet wurden verschiedene für die Verwirklichung der ambulanten geriatrischen Rehabilitation als geeignet erachtete Organisationsmodelle an verschiedenen Standorten sowie die Finanzierung der dafür zu erbringenden Leistungen (s. Anhang).¹

¹ Modellversuch "Ambulante Geriatrische Rehabilitation" Endbericht zum Modellversuch des Sozialministeriums, Sozialministerium Baden-Württemberg 1997

Der Modellversuch "Ambulante Geriatrische Rehabilitation" des Sozialministeriums wurde zur Abklärung noch offener Fragen von den Krankenkassenverbänden in Baden-Württemberg und den Kassenärztlichen Vereinigungen als Modellprojekt "Ambulante Geriatrische Rehabilitation" fortgeführt.

Nach § 40 SGB V können ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht, erbracht werden. Die geriatrischen stationären Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg verfügen sowohl über die fachlichen Voraussetzungen als auch in ihrem Einzugsgebiet über die für ambulante Rehabilitationsleistungen erforderliche Wohnortnähe. Im Zuge des Ausbaus der ambulanten geriatrischen Rehabilitation sind deshalb die geriatrischen stationären Rehabilitationseinrichtungen als Standorte für die Erbringung ambulanter geriatrischer Rehabilitationsleistungen vorzusehen.

D. Nachbetreuung

Der Hausarzt hat in der Behandlung bzw. Betreuung nach einer stationären oder ambulanten geriatrischen Rehabilitation eine Bindegliedfunktion. Die Nachbetreuung soll das Rehabilitationsergebnis sichern und den Patienten dazu befähigen, das Leben auch mit einer verbliebenen Behinderung zu bewältigen. Auch wenn weiterhin Pflegebedürftigkeit besteht, ist Rehabilitation einschließlich aktivierender Pflege angezeigt.

Neben den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten leisten Ambulanzen an Krankenhäusern, ambulante Pflegedienste, Gemeinde-, Kranken- und Altenpflegedienste, niedergelassene Therapeuten, Haus- und Familienpflegedienste sowie Hilfs- und sonstige soziale Dienste einen Beitrag zur ambulanten Nachsorge.¹

¹ Ein Beispiel für die Organisation einer einrichtungs- und berufsgruppenübergreifenden Kooperation zur Verbesserung der Versorgung älterer Menschen ist der Modellversuch Ostfildern. Siehe insbesondere: Modellversuch Ostfildern - Qualitätssicherung in der Langzeitbetreuung geriatrischer Patienten. Herausgeber: Sozialministerium Baden-Württemberg 1999.

E. Pflegeinfrastruktur in Baden-Württemberg

Baden-Württemberg verfügt über eine gut ausgebaute Pflegeinfrastruktur mit über 1.000 ambulanten Pflegediensten und ebenfalls über 1.000 teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen. Diese Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen stehen ebenfalls für die Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen zur Verfügung, wobei für diese Dienste und Einrichtungen eine entsprechende Qualifizierung erforderlich ist. Die in den vergangenen Jahren stark ausgebauten ambulanten Dienste und die Maßnahmen zum Aus- und Umbau der stationären Versorgung in Pflegeheimen und Krankenhäusern bedürfen nunmehr vor allem der Ergänzung um ambulante rehabilitative Angebote, um das angestrebte abgestufte, durchlässige Versorgungssystem zu erreichen.

1. Gerontopsychiatrische Aspekte in der Pflege

a) Ambulante Pflege

Durch die steigende Zahl hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen sowie die zurückgehende Zahl der Personen, die Pflegeleistungen erbringen können, werden auch die ambulanten sozialen Dienste vor wachsende Anforderungen gestellt. Dies betrifft unter anderem auch die steigende Zahl der in häuslicher Umgebung zu betreuenden psychisch kranken älteren Menschen. Neben der rein quantitativen Zunahme von Hilfeanforderungen sind qualitative Änderungen des Hilfebedarfs, aber auch neue Hilfeanforderungen festzustellen.

Die ambulanten Dienste müssen ihr Leistungsangebot flexibel auf diese neuen Anforderungen einstellen. Der erforderliche und unter Umständen rasch an Intensität zunehmende Betreuungsaufwand von alten, psychisch kranken Menschen erfordert die enge Abstimmung der grundsätzlich für die Betreuung hinzuziehbaren Dienste wie z.B. ambulante Pflegedienste, Sozialstationen und Sozialpsychiatrische Dienste als auch zwischen Hausarzt und Psychiater. Eine bedarfsgerechte außerklinische Versorgung kann nur durch Beteiligung aller zuständigen Stellen (der Altenhilfe, der Behindertenhilfe und dem zuständigen Träger der Sozialhilfe) sichergestellt werden.

Die Landesregierung geht davon aus, dass hierbei auf der vorhandenen bewährten Struktur eines pluralen Leistungsangebotes aufgebaut wird. Die vielfältigen Hilfeanforderungen in diesem Bereich machen eine abgestimmte Zusammenarbeit der verschiedenen Träger ambulanter Dienste unabdingbar. Speziell für die Pflege psychisch verwirrter alter Menschen in ihrer häuslichen Umgebung und in der Familie sind die besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker im Leistungsrecht der häuslichen Krankenpflege zu berücksichtigen.

Die überwiegende Mehrzahl der demenzkranken älteren Menschen in Deutschland lebt derzeit in privaten Haushalten. Die pflegenden Angehörigen sind hoch belastet: Sie stoßen wegen der sehr hohen zeitlichen, psychischen, sozialen und finanziellen Belastungen, die mit der Pflege eines Demenzkranken verbunden sind, häufig an die Grenzen ihrer Belastbarkeit. Deshalb sind niedrigschwellige Angebote zur Entlastung und Begleitung pflegender Angehöriger erforderlich. Hier haben sich die von der Alzheimergesellschaft Baden-Württemberg initiierten Betreuungsgruppen für gerontopsychiatrisch Erkrankte (Demenz Erkrankte wie z.B. Alzheimer-Erkrankte) bewährt, ihr Ausbau sollte weiterhin unterstützt werden. Diese Betreuungsgruppen, bei denen Fachkräfte und Ehrenamtliche zusammenarbeiten, werden vom Land finanziell gefördert. Die Förderung beträgt bis zu 10.000 DM jährlich, wenn regelmäßig mindestens drei

Hilfebedürftige von der Gruppe betreut werden und dieses Angebot mindestens einmal pro Woche stattfindet. Derzeit gibt es in Baden-Württemberg rd. 70 Betreuungsgruppen.

b) Stationäre Pflege

Die stationäre pflegerische Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen findet in der Regel in Altenpflegeheimen statt. Insbesondere demenzielle Erkrankungen gehören bereits heute zu den häufigsten Gründen für einen Heimeintritt, und insgesamt werden derzeit etwa 60 % aller Pflegeheimplätze durch mittelschwer bis schwer Demenzkranke belegt. Je mehr der psychiatrisch akut behandlungsbedürftige Anteil einer gerontopsychiatrischen Erkrankung in den Hintergrund rückt, um so mehr gleichen sich die Bedürfnisse gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen an die Bedürfnisse geriatrisch zu versorgender Menschen an. Die Ausweisung spezieller Einrichtungen für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen, sei es als Einrichtung der Tagespflege oder als Einrichtung der Dauerpflege, sollte daher die Ausnahme bleiben. Vielmehr sollte in Pflegeeinrichtungen grundsätzlich eine ausreichende gerontopsychiatrische Kompetenz hergestellt werden. Hierfür werden angemessene Pflegesätze und gut ausgebildetes Personal in ausreichender Anzahl benötigt. Darüber hinaus sind die Leistungserbringer durch vielfältige bauliche, organisatorische und konzeptionelle Maßnahmen bestrebt, das bestehende Hilfeangebot auf die besonderen Bedürfnisse demenziell erkrankter Menschen auszurichten.

2. Rehabilitative Pflege

Entsprechend dem Verständnis einer erweiterten, ökosozialen oder ganzheitlichen Rehabilitation mit dem Ziel der Aktivierung der Selbstheilungskräfte der Patientinnen und Patienten, der Mobilisierung ihrer Ressourcen sowie sozialer Unterstützung (u.a. Information, Beratung, Motivation zur Krankheitsbewältigung) erfüllt die rehabilitative Pflege eine wichtige Aufgabe. Sie wird definiert als ein konsequentes, zielorientiertes Pflegeverhalten im Rahmen eines therapeutischen Konzepts. Dabei sind folgende Prinzipien zu beachten: Patientenorientierung/individuelle Pflege, Ganzheitlichkeit, Transparenz und Informationsübermittlung, Aktivierende Pflege, Ressourcenorientierung/Aktivierung der Selbstheilungs- und Bewältigungskräfte, Kontinuität.

Da der Anteil alter und hochaltriger Menschen in unserer Gesellschaft ständig steigt, werden nicht nur Altenpflegekräfte mit diesem Klientel und seinen spezifischen Bedarfen konfrontiert, sondern zunehmend auch das Krankenpflegepersonal. Die Pflegeausbildungen haben ihre Anstrengungen zur Einbeziehung der rehabilitativen Pflege in die Ausbildung weiterhin unvermindert fortzusetzen. Daher sind aus dem Zusammenwirken aller Beteiligten im medizinischen, therapeutischen, sozialen und pflegerischen Bereich entsprechende Anforderungen an die Qualifikation der beteiligten Berufsgruppen zu entwickeln und an die jeweils neuesten Weiterentwicklungen anzupassen.

Das Sozialministerium hat hierzu die Broschüre „Pflegerische Aufgaben in der Rehabilitation“ herausgegeben, in welcher Beiträge u.a. zu den Bereichen Rehabilitatives Pflegeverständnis, Rahmenbedingungen rehabilitativer Pflege sowie Pflegeerfordernisse bei unterschiedlichen Krankheitsbildern enthalten sind ¹.

¹ „Pflegerische Aufgaben in der Rehabilitation“. Eine Studie von Dr. Heidrun Metzler, Christine Rauscher, Stefanie Bohns und Petra Gaugisch, Forschungsstelle „Lebenswelten behinderter Menschen“ der Eberhard-Karls-Universität Tübingen im Auftrag des Sozialministeriums Baden-Württemberg. Herausgeber: Sozialministerium Baden-Württemberg 1999.

VII. Kooperation und Koordination

Die Effizienz des differenzierten, pluralistischen Angebots an Behandlungsmöglichkeiten und Hilfen für den geriatrischen Patienten leidet unter einem Mangel an Übersichtlichkeit und Abstimmung. Dies gilt für den medizinischen Bereich wie für den Bereich der sozialen Hilfen. Aber auch die alten Menschen mit ihren Angehörigen und Helfern aus der Nachbarschaft erwarten zu Recht eine klare und vollständige Information sowie abgestimmtes Handeln der Hilfeorganisationen. Es bedarf daher einer einzelfallbezogenen Koordination der Hilfen (Clearingstelle am geriatrischen Schwerpunkt/Zentrum; geriatrisch-pflegerisch-soziales Konsil) und einer trägerübergreifenden Abstimmung des Dienstleistungsangebots. Die krankenhausinterne und die einrichtungsübergreifende Vernetzungsarbeit bilden einen durchgängigen Arbeitsschwerpunkt der geriatrischen Schwerpunkte und Zentren. Im stationären Bereich nehmen die geriatrischen Zentren, geriatrischen Schwerpunkte und die geriatrischen stationären Rehabilitationseinrichtungen die Aufgabe wahr, das Wissen um die heutigen Behandlungsmöglichkeiten zu verbreiten, Behandlungsstandards zu entwickeln und als Konsultationsstellen für Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte zu dienen.

Beratung und Information erfolgen darüber hinaus durch die Pflegeeinrichtungen, durch die Krankenkassen, die Gesundheitsämter, die Selbsthilfegruppen und Seniorenvertretungen. Ergänzend hierzu spannt sich ein Netz von Beratungsstellen für ältere Menschen.

Um eine zielgerichtete Beratung und Information leisten zu können, ist eine enge Kooperation und Koordination aller Beteiligten vor Ort erforderlich.

Die in den §§ 140 a-h SGB V verankerte integrierte Versorgung eröffnet neue Möglichkeiten für eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten. Die Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen prüfen nach Maßgabe der auf Bundesebene geschlossenen Rahmenvereinbarungen gemeinsam mit den in § 140 b genannten Vertragspartnern, inwieweit in Baden-Württemberg integrierte Versorgungsformen für eine sektorenübergreifende Versorgung geriatrischer Patienten geschaffen werden können.

Entsprechendes hinsichtlich der Kooperation verschiedener Leistungserbringer gilt für den gerontopsychiatrisch erkrankten Patienten. Sowohl bei der ambulanten als auch bei der stationären Versorgung ist angesichts der Zunahme gerontopsychiatrischer Erkrankungen im Alter eine noch stärkere Einbeziehung gerontopsychiatrischer Fachkenntnisse in die geriatrische Versorgung erforderlich.

VIII. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Geriatrie als eigenes Fachgebiet hat sich erst in der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts in nennenswertem Umfang entwickelt. Der Prozess der Verankerung einer besonderen Medizin für alte Menschen dauert bis heute an. Infolgedessen erfordern die Aspekte einer Aus-, Fort- und Weiterbildung vor allem im medizinisch-therapeutischen und im pflegerischen Bereich verstärkte Bemühungen. Sie beziehen sich insbesondere auf

- eine verbesserte Ausbildung der Studenten, einschließlich der Etablierung zusätzlicher Lehrangebote
- die Anpassung neuer Erkenntnisse in Fortbildungsmöglichkeiten für alle approbierten Ärzte in der geriatrischen Medizin
- eine Verbesserung der Weiterbildungsordnung in der fakultativen Weiterbildung Klinische Geriatrie.

Gesetzliche Weiterbildung für Pflegeberufe

Die Weiterbildung für Pflegeberufe hat ihre gesetzliche Grundlage im Landespflegegesetz in der Fassung des Änderungsgesetzes vom 12.04.1999 (GBl. S.149). Hiernach ist das Sozialministerium ermächtigt, die funktionsbezogene, berufspädagogische und arbeitsfeldbezogene Weiterbildung für Pflegeberufe durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Kultusministerium zu regeln.

Den Fachkräften in der Altenpflege stehen folgende durch Rechtsverordnung geregelte Weiterbildungsgänge offen: Onkologie, Psychiatrie, Rehabilitation, pflegerische Leitung einer Station oder Einheit.

Darüber hinaus fördert das Sozialministerium seit 1995 Weiterbildungslehrgänge in der Gerontopsychiatrie für alle Personen mit abgeschlossener Ausbildung in der Altenpflege, Krankenpflege, Heilerziehungspflege, Sozialarbeit und Ergotherapie. Die Lehrgänge umfassen jeweils 400 Stunden theoretischen Unterricht sowie 120 Stunden fachpraktischen Unterricht. Der Zuschuss beträgt bis zu 17.000 DM je Lehrgang.

Im Jahr 1995 hat die Akademie für Fort- und Weiterbildung am Bethanien-Krankenhaus Heidelberg/Geriatriisches Zentrum ihre Arbeit aufgenommen. Seitdem wurde ein qualifiziertes Angebot zur Fort- und Weiterbildung für Fachpersonal in der Geriatrie aufgebaut unter besonderer Berücksichtigung einer interdisziplinären Zusammenarbeit und Kursgestaltung. In den jährlich neu erstellten Kursangeboten werden mehrtägige Kursangebote und Seminare ergänzt durch verschiedene Tagesseminare. Das Angebot richtet sich an klinische und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Pflegepersonal wie auch an Angehörige geriatrischer Patientinnen und Patienten.

Zwei Mal im Jahr erscheint das gemeinsame Fortbildungsverzeichnis der geriatrischen Zentren, geriatrischen Schwerpunkte und geriatrischen stationären Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg. Für die redaktionelle Gestaltung zeichnet das Geriatrie-Zentrum am Universitätsklinikum Tübingen verantwortlich.

IX. Bedeutung der Selbsthilfe in der geriatrischen Versorgung

Der weit überwiegende Teil alter, kranker und pflegebedürftiger Menschen wird heute zuhause von den Angehörigen versorgt. Ohne diese Eigen- und Selbsthilfe im Familienverbund wäre die Aufgabe nicht zu lösen: sie stellt daher einen unschätzbaren Wert und einen unverzichtbaren Beitrag für unsere Gesellschaft dar.

Pflegende Angehörige zu unterstützen und zu würdigen verdient angesichts der großen Zahl pflegender Haushalte (ca. ein Viertel) grundsätzliche Überlegungen und kommunalpolitische Strategien (beispielsweise durch "Würdigungstage" in den Städten, durch Beteiligung der Angehörigen an Dienstleistungen und durch besondere Kurse).

In der Bevölkerung besteht darüber hinaus eine große Bereitschaft, sich bürgerschaftlich zu engagieren. Ein Vergleich der aktuellen Freiwilligenarbeit mit der in der Bevölkerung feststellbaren Neigung, in diesem Bereich tätig zu werden, zeigt, dass die tatsächlich geleistete ehrenamtliche Tätigkeit noch verhältnismäßig gering ist und somit die Chance zu einer erheblichen Erweiterung besteht.

Angesichts der für die Zukunft zu erwartenden Probleme in der Versorgung alter, kranker und pflegebedürftiger Menschen ist es wünschenswert, die Selbsthilfe und das soziale bürgerschaftliche Engagement stärker einzubeziehen.

Die beachtlichen Möglichkeiten der Selbsthilfe und des bürgerschaftlichen Engagements und der Ehrenamtlichkeit stellen aber keine Zauberformel zur Lösung der absehbaren Probleme dar. Eine solche Tätigkeit ist keine Alternative zur professionellen Pflegetätigkeit oder gar medizinischen Versorgung; sie ist jedoch eine wichtige Ergänzung und Entlastung der professionellen Dienste. Schwerpunkte der Freiwilligenarbeit sind in Tätigkeiten zu finden, die gefühlsmäßige Zuwendung voraussetzen und persönliche Betreuung und Hilfe bedeuten. Sie zeichnen sich gewöhnlich durch eine besondere Zeitintensität aus und sind schon deshalb nicht oder nur selten für eine professionelle Erledigung geeignet. Beispielhaft seien genannt: Gespräche führen, vorlesen, Briefe schreiben, gemeinsames Spaziergehen, Kinobesuche, einkaufen, kochen, Behördengänge machen, Hilfe bei der Einhaltung ärztlicher Vorschriften. Solche Tätigkeiten bedeuten sowohl für den zu Pflegenden als auch für den Pflegenden selbst ein emotionales Engagement, das neben der materiellen Bedeutung der Pflege und Versorgung einen tiefen humanitären Sinn hat. Sie beseitigen das Gefühl der Einsamkeit und der Verlorenheit und ersetzen es durch die Erfahrung sozialer Nähe. Sie ermutigen Optimismus und Selbstvertrauen und begünstigen damit die Bereitschaft zur Selbstverantwortlichkeit.

Viele Formen der Nachbarschaftshilfe, Krankenpflege- und Betreuungsvereine, Senioren- und Bürgertreffpunkte, Altenklubs der Wohlfahrtsverbände und Kirchen wirken an dieser Aufgabe mit. Inzwischen bemühen sich Kreissenorenräte, Helfer bei der Wohnanpassung u.a. um eine Verbesserung des helfenden Umfeldes.

In der geriatrischen Versorgung, die vorrangig medizinischen Charakter hat, scheint sich auf den ersten Blick nur ein begrenzter Spielraum für die Unterstützung durch freiwillige Helfer anzubieten. Bei genauerem Hinsehen zeigt sich aber, dass gerade in diesen Bereichen wesentliche Aufgaben in der aktivierenden Pflege und in ergänzenden Diensten (z. B. Fahrdiensten) liegen können.

Darüber hinaus kann Selbsthilfe, bürgerschaftliches Engagement und ehrenamtliche Tätigkeit bei der geriatrischen Prävention und der Erhaltung der Integration älterer Menschen einen wichtigen Beitrag leisten. Auch die Rekonvaleszenzphase bietet ehrenamtlich tätigen Helfern eine gute Gelegenheit für ein zeitlich begrenztes Engagement.

Die heutigen Lebensbedingungen älterer Menschen führen mitunter dazu, dass ein Teil der Befindlichkeitsstörungen, die eigentlich psychosoziale Ursachen haben, als Krankheit interpretiert werden und daraus ein falscher Behandlungsansatz folgt. Hier kann durch die Zuwendung, die freiwillige Helfer geben können, eine wichtige Hilfe für ältere Menschen geleistet werden.

In Baden-Württemberg wurden in den letzten Jahren zahlreiche Initiativen des Bürger-schaftlichen Engagements gegründet wie zum Beispiel Seniorengenossenschaften, die dazu beitragen, eigene und selbstbestimmte soziale Netze für ältere Menschen zu knüpfen.

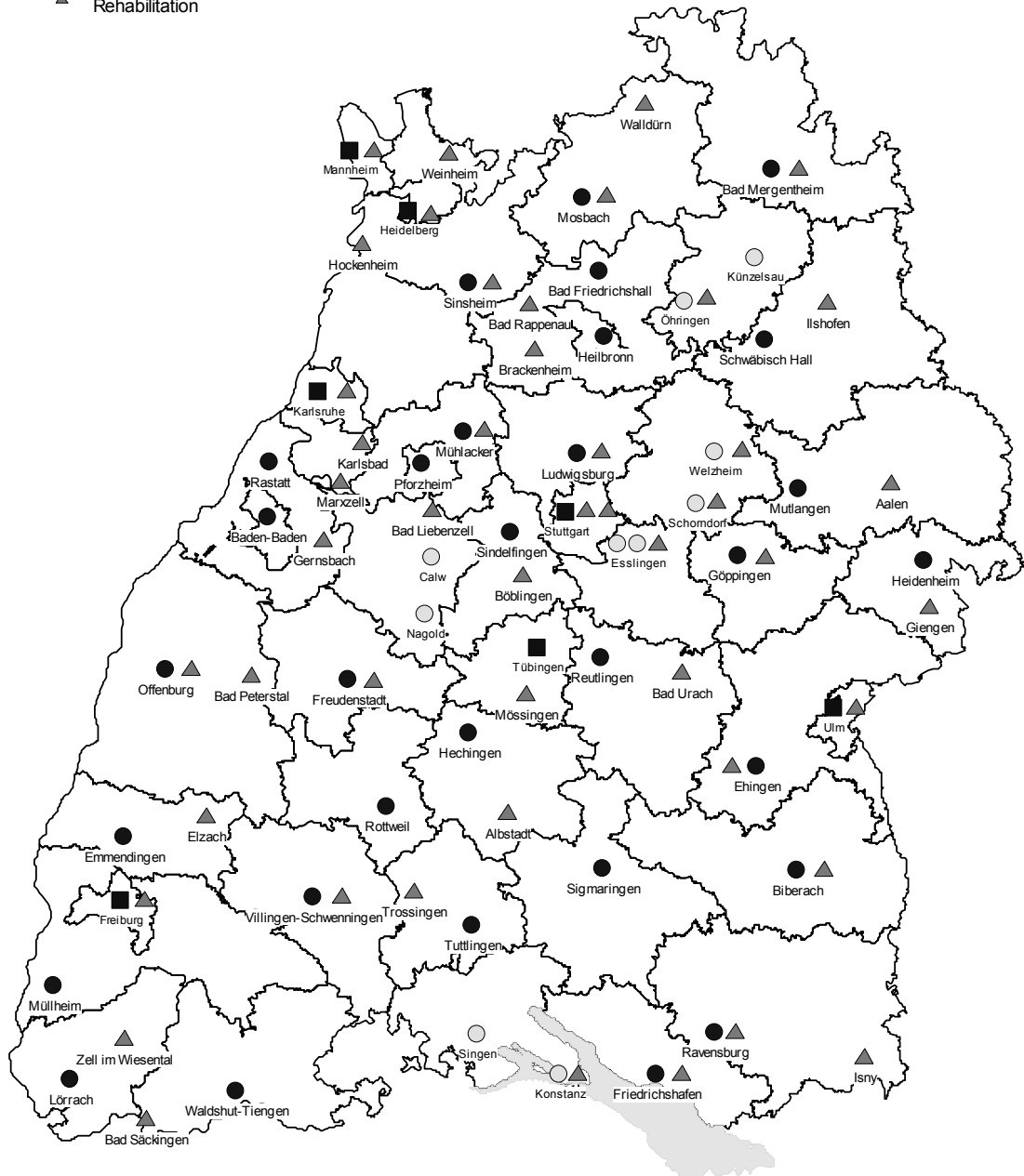
X. Anhang

- Anhang 1: Übersichtskarte der geriatrischen Einrichtungen in Baden-Württemberg
- Anhang 2: Auflistung der geriatrischen Zentren, Schwerpunkte sowie der stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg
- Anhang 3: Anschriften der geriatrischen Schwerpunkte, Zentren und geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg
- Anhang 4: Ergebnisse der Modellvorhaben zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation.
- Anhang 5: An der Weiterentwicklung des Geriatriekonzepts beteiligte Organisationen, Verbände und Einrichtungen
- Anhang 6: Publikationsliste zur geriatrischen Versorgung

Anhang 1

Geriatrische Einrichtungen in Baden-Württemberg

- Zentrum
- Schw erpunkt
- Kooperationschw erpunkt
- ▲ Rehabilitation



Sozialministerium
2000-09-15

Anhang 2

GeriatRIekonzept Baden-Württemberg

Stand: April 2001

Landkreis/ Stadtkreis	Geriatrische Zentren (Z) und Schwerpunkte (S)		in Betrieb seit/ab	Geriatrische Rehabilitation			Bemerkungen / in Betrieb seit/ab
	Krankenhaus			ursprüngl. geplante Platzzahl 1)	vollstationär	teilstationär 2)	
Stuttgart			Z	Bürgerhospital Stuttgart	1994	130	80
Böblingen	S	Städt. KH, Sindelfingen	1994	75	60	15	1997
Esslingen	S	Städt. Klinikum Esslingen (Koop. mit Aerpah-Klinik ES-Kennenburg)	1995	105	105		1994
Göppingen	S	Klinik am Eichert, Göppingen	1994	55	55		1998
Ludwigsburg	S	Klinikum Ludwigsburg	1997	100	38	8	1994
Rems-Murr-Kreis	S	KKH Schorndorf in Kooperation mit KH Bethel Welzheim	1997	85	70		Akutversorgung
Stadtkreis Heilbronn	S	Klinikum Heilbronn	1997	85	25		1995
Landkreis Heilbronn	S	KH am Plattenwald, Bad F'hall	1998		60		1994
Hohenlohekreis	S	Kooperation zwischen KH'ser Künzelsau und Öhringen	1996	20	20		1996
Schwäbisch Hall	S	Diakonie-KH Schwäbisch-Hall	1994	35	40		1997
Main-Tauber-Kreis	S	Caritas-KH, Bad Mergentheim	1994	25		25	Akutversorgung
Heidenheim	S	KKH Heidenheim	1995	29	30		1998
Ostalbkreis	S	Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd	1995	65	60		1998
Baden-Baden	S	Stadtklinik Baden-Baden	1995				(wird durch Gernsbach abgedeckt)
Stadtkreis Karlsruhe	Z	Ev. Diakonissenkrankenhaus	1999	65	60	5	1995
Landkreis Karlsruhe		(Geriatrischer Schwerpunkt noch nicht eingerichtet)		85	40		1995
Rastatt	S	KKH Rastatt	1995	55	55		1997
Heidelberg	Z	Krankenhaus Bethanien 3)	1992	30	44		1992
Mannheim	Z	Klinikum Mannheim (56 Betten)		70	64	12	1995
Neckar-Odenwald-Kreis	S	KKH Mosbach	1992	30	20		1993
Rhein-Neckar-Kreis	S	KKH Sinsheim	1993	110	38	5	1995
Pforzheim	S	Städt. Klinikum Pforzheim	1994		30		1997
Enzkreis	S	Enzkreislinik Mühlacker	1993	65	65		1998
Calw	S	KKH'ser Calw und Nagold	1992	35	35		1993
Freudenstadt	S	KKH Freudenstadt	1995	25	30		1998
Freiburg i.Breisgau	Z	Universitätsklinikum Freiburg	1992	90	90		1997
Breisg.-Hochschwarzw.	S	Helios-Klinik Mühlheim	1995				
Emmendingen	S	KKH Emmendingen	1994	30	30		1994
Ortenaukreis	S	Klinikum Offenburg	1993	80	40		1993
Rottweil	S	KKH Rottweil	1994				
Tuttlingen	S	KKH Tuttlingen	1995	55	80		Akutversorgung
Schwarzwald-Baar-Kreis	S	Klinikum Villingen-Schwenningen	1995	44	44		1998
Konstanz	S	Klinikum Konstanz / Hegau-Klinikum Singen	1993	55	45	10	1993
Lörrach	S	KKH Lörrach	1995	45	45		Akutversorgung
Waldshut	S	KH Waldshut-Tiengen	1994	34	34		1993
Reutlingen	S	Klinikum am Steinenberg Reutlingen	1994	55	55		1993
Tübingen	Z	Universitätsklinik Tübingen	1994	45	45		1994
Zollernalbkreis	S	KKH Hechingen	1995	40	40		1996
Ulm	Z	Universitätskl./Bethesda Ger. Klinik	1995	25		24	1998
Alb-Donau-Kreis	S	KKH Ehingen	1995	35	35		2001
Biberach	S	KKH Biberach	1995	35	40	20	1996
Bodenseekreis	S	Städt. KH Friedrichshafen	1995	40	40		1996
Ravensburg	S	St. Elisabethen KH	1998	55	25		1995
Sigmaringen	S	KKH Sigmaringen	1996	25	54	6	2000
				Summe	2167	2021	165
						2186	

Anmerkungen:

- 1) Die Spalte "ursprünglich geplante Platzzahl" beinhaltet die nach einheitlichen Kriterien errechnete Platzzahl für die Wohnbevölkerung des jeweiligen Kreises
- 2) Nach § 40 SGB V in seiner ab 1. Januar 2000 geltenden Fassung sind teilstationär erbrachte Rehabilitationsleistungen nunmehr als ambulante Rehabilitationsleistungen definiert.
- 3) Am Krankenhaus Bethanien in Heidelberg befindet sich eine Fort- und Weiterbildungsstätte für Geriatrie.

Anhang 3

Geriatrische Schwerpunkte und Zentren in Baden-Württemberg

Stadtklinik Baden-Baden
- Geriatrischer Schwerpunkt des
Stadtkreises Baden-Baden-
Balger Straße 50
76532 Baden-Baden

St. Rochus-Krankenhaus
- Geriatrischer Schwerpunkt des
Main-Tauber-Kreises-
Wachbacher Straße 60
97980 Bad Mergentheim

Kreiskrankenhaus
- Geriatrischer Schwerpunkt des
Landkreises Biberach-
Ziegelhausstraße 50
88400 Biberach

Kreiskrankenhaus
- Geriatrischer Schwerpunkt des
Landkreises Calw-
Eduard-Conz-Straße 6 - 9
75365 Calw

Kreiskrankenhaus
- Geriatrischer Schwerpunkt des
Alb-Donau-Kreises-
Spitalstraße 29
89584 Ehingen

Kreiskrankenhaus Emmendingen
- Geriatrischer Schwerpunkt des
Landkreises Emmendingen-
Gartenstraße 40 - 42
79312 Emmendingen

Städtische Kliniken
- Geriatrischer Schwerpunkt des
Landkreises Esslingen-
Hirschlandstraße 97
73730 Esslingen

Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
Universitätsklinikum Freiburg
Lehener Straße 88
79106 Freiburg

Kreiskrankenhaus Freudenstadt
- Geriatrischer Schwerpunkt des
Landkreises Freudenstadt-
Karl-von-Hahn-Straße 120
72250 Freudenstadt

Städtisches Krankenhaus Friedrichshafen
- Geriatrischer Schwerpunkt des
Bodenseekreises -
Röntgenstraße 2
88048 Friedrichshafen

Klinik am Eichert
- Geriatrischer Schwerpunkt des
Landkreises Göppingen -
73006 Göppingen

Kreiskrankenhaus Hechingen
- Geriatrischer Schwerpunkt des
Zollernalb-Kreises -
Weilheimer Straße 31
72379 Hechingen

Geriatrisches Zentrum Bethanien am
Klinikum der Universität Heidelberg
Rohrbacher Straße 149
69126 Heidelberg

Kreiskrankenhaus Heidenheim
- Geriatrischer Schwerpunkt des
Landkreises Heidenheim -
Schloßhausstraße 100
89522 Heidenheim

Klinikum Konstanz
- Geriatrischer Schwerpunkt Konstanz -
Luisenstraße 7
78464 Konstanz

Hohenloher Krankenhaus
- Geriatrischer Schwerpunkt des
Hohenlohekreises -
Stettener Straße 32
74653 Künzelsau

Kreiskrankenhaus Lörrach
- Geriatriischer Schwerpunkt des
Landkreises Lörrach -
Spitalstraße 25
79539 Lörrach

Kreiskrankenhaus Mosbach
- Geriatriischer Schwerpunkt des
Neckar-Odenwald-Kreises -
Knopfweg 1
74821 Mosbach

Helios Klinik Müllheim
- Geriatriischer Schwerpunkt des
Landkreises Breisgau-Hochschwarzwald -
Moltkestraße 16
79379 Müllheim

Kreiskrankenhaus Nagold
- Geriatriischer Schwerpunkt des
Landkreises Calw -
Röntgenstraße 20
72202 Nagold

Städtisches Krankenhaus Pforzheim
- Geriatriischer Schwerpunkt des
Stadtkreises Pforzheim -
Postfach 16 80
75116 Pforzheim

St. Elisabethen-Krankenhaus
- Geriatriischer Schwerpunkt des
Landkreises Ravensburg -
Elisabethenstraße 15
88212 Ravensburg

Kreiskrankenhaus Rottweil
- Geriatriischer Schwerpunkt des
Landkreises Rottweil -
Krankenhausstraße 14
78628 Rottweil

Städtisches Krankenhaus Sindelfingen
- Geriatriischer Schwerpunkt des
Landkreises Böblingen -
Arthur-Gruber-Straße 70
71065 Sindelfingen

Kreiskrankenhaus Sinsheim
- Geriatriischer Schwerpunkt des
Rhein-Neckar-Kreises -
Alte Waibstadter Straße 2
74889 Sinsheim

Universitätsklinikum Mannheim
- Geriatriisches Zentrum -
68135 Mannheim

Enzkreis-Kliniken
Geriatriische Rehabilitationsklinik Mühlacker
- Geriatriischer Schwerpunkt des Enzkreises
Hermann-Hesse-Straße 34
75417 Mühlacker

Staufer-Klinik
- Geriatriischer Schwerpunkt des
Ostalb-Kreises -
Wetzgauer Straße 85
73557 Mutlangen

Kreiskrankenhaus Offenburg
- Geriatriischer Schwerpunkt des
Ortenaukreises -
Ebertplatz 12
77654 Offenburg

Kreiskrankenhaus
- Geriatriischer Schwerpunkt des
Landkreises Rastatt -
Engelstraße 39
76437 Rastatt

Kreiskrankenhaus Reutlingen
- Geriatriischer Schwerpunkt des
Landkreises Reutlingen -
Steinenbergstraße 31
72764 Reutlingen

Kreiskrankenhaus Sigmaringen
- Geriatriischer Schwerpunkt des
Landkreises Sigmaringen -
Hohenzollernstraße 40
72488 Sigmaringen

Hegauklinikum
- Geriatriischer Schwerpunkt des
Landkreises Konstanz -
Virchowstraße 10
78224 Singen

Diakonie-Krankenhaus Schwäbisch Hall
- Geriatriischer Schwerpunkt des
Landkreises Schwäbisch Hall -
Am Mutterhaus 1
74523 Schwäbisch Hall

Bürgerhospital Stuttgart
- Geriatisches Zentrum des
Stadtkreises Stuttgart -
Tunzhofer Straße 14 - 16
70191 Stuttgart

Psychiatrische Universitätsklinik
Tübingen
- Geriatischer Schwerpunkt der
Landkreise Tübingen/Reutlingen u.a. -
Osianderstraße 22
72076 Tübingen

Kreiskrankenhaus Tuttlingen
- Geriatischer Schwerpunkt des
Landkreises Tuttlingen -
Schlößleweg 10
78532 Tuttlingen

Krankenhaus Bethesda
- Geriatisches Zentrum
Ulm/Alb-Donau-Kreis -
Zollernring 26
89073 Ulm

Klinikum Villingen-Schwenningen
- Geriatischer Schwerpunkt des
Schwarzwald-Baar-Kreises -
Röntgenstraße 20
78054 Villingen-Schwenningen

Krankenhaus Spitalfond
- Geriatischer Schwerpunkt des
Landkreises Waldshut -
Kaiserstraße 95 - 97
79761 Waldshut-Tiengen

Kreiskrankenhaus Schorndorf
- Geriatischer Schwerpunkt des
Rems-Murr-Kreises -
Schlichtener Straße 105
73614 Schorndorf

Diakonissenkrankenhaus
Karlsruhe-Rüppurr
- Geriatisches Zentrum -
Diakonissenstraße 28
76199 Karlsruhe

Kreiskrankenhaus Bretten
- Geriatischer Schwerpunkt des
Landkreises Karlsruhe -
Virchowstraße 15
75015 Bretten

Städtisches Krankenhaus Heilbronn
- Geriatischer Schwerpunkt Heilbronn -
Am Gesundbrunnen 26
74074 Heilbronn

Kreiskrankenhaus Am Plattenwald
- Geriatischer Schwerpunkt des
Landkreises Heilbronn -
Am Plattenwald 1
74177 Bad Friedrichshall

Geriatrische Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg

Diakonissenkrankenhaus Mannheim GmbH
Speyerer Straße 91 - 93
68163 Mannheim

Geriatrische Rehakliniken
Hockenheim
Rathausstraße 1
68766 Hockenheim

Geriatrisches Zentrum Bethanien am
Klinikum der Universität Heidelberg
Rohrbacher Straße 149
69126 Heidelberg

Robert-Bosch-Krankenhaus
Klinik für Geriatrische Rehabilitation
Auerbachstraße 110
70376 Stuttgart

Geriatrische Rehabilitationsklinik GmbH
Bunsenstraße 120
71032 Böblingen

Klinik für Geriatrische Rehabilitation
Alt-Württemberg-Allee 4
71638 Ludwigsburg

Klinik für Geriatrische Rehabilitation
Martin-Haug-Stift
Karl-von-Hahn-Straße 9
72250 Freudenstadt

SANA-Klinik Zollernalb GmbH Albstadt
Robert-Koch-Straße 26
72461 Albstadt

Kliniken Hohenurach
Immanuel-Kant-Straße 31
72574 Bad Urach

Fachklinik Christophsbad
Klinik für Physikalische Medizin
und Rehabilitation
Postfach 8 40
73008 Göppingen

Krankenhaus Bethel Welzheim
Schorndorfer Straße 81
73642 Welzheim

AERPAH-Klinik Esslingen-Kennenburg
Kennenburger Straße 63
73732 Esslingen

Kreiskrankenhaus Brackenheim
Wendelstraße 11
74336 Brackenheim

Hohenloher Krankenhaus GmbH
Geriatrische Rehabilitationsklinik
Krankenhausstraße 18
74613 Öhringen

Geriatrizentrum St. Josef
Miltenberger Straße 11 - 13
74731 Walldürn

Kreiskrankenhaus Mosbach
Geriatrische Rehabilitationseinrichtung
Knopfweg 1
74821 Mosbach

Geriatrische Rehabilitationseinrichtung
Sinsheim
Alte Waibstadter Straße 1
4889 Sinsheim

Sophie-Luisen-Klinik
Salinenstraße 16
74906 Bad Rappenau

Johannes-Klinik
Luchsweg 9
75378 Bad Liebenzell

Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe-Rüppurr
Diakonissenstraße 28
76199 Karlsruhe

Klinikum
Karlsbad-Langensteinbach
Guttmannstraße 1
76307 Karlsbad

Paul-Gerhardt-Werk e.V.
Louis-Pasteur-Straße 12
77654 Offenburg

Fachkrankenhaus Bad Peterstal
Schwarzwaldstraße 40
77740 Bad Peterstal

Krankenhaus Bethel
Wagnerstraße 5
78647 Trossingen

Neurologische Klinik Elzach
Am Tannenwald
79215 Elzach

Städtisches Krankenhaus Zell i. Wiesental
Schopfheimer Straße 55
79669 Zell i. Wiesental

St. Marienhaus
Waldshuter Straße 8
79713 Bad Säckingen

St. Franziskus-Zentrum
Franziskusplatz 1
88045 Friedrichshafen

Kreisklinik für Geriatrische Rehabilitation
Riedlinger Straße 84
88400 Biberach

Stephanuswerk
Maierhöfener Straße 56
88316 Isny

Geriatrische Rehabilitationsklinik Giengen
Hirschstraße 1
89537 Giengen

St. Rochus-Krankenhaus
Wachbacher Straße 60
97980 Bad Mergentheim

AERPAH-Klinik Ilshofen
Haller Straße 38
74532 Ilshofen

Klinik für orthopädische und
geriatrische Rehabilitation
Bad Sebastiansweiler
Hechinger Straße 26
72116 Mössingen

Median-Klinik Freiburg
An den Heilquellen 2
79111 Freiburg

Albtal-Klinik
Albtalstraße 6 – 10
76359 Marxzell

Krankenhaus vom Roten Kreuz
Geriatrische Rehabilitationsklinik
Badstraße 35 - 39
70372 Stuttgart

Krankenhaus Bethesda
Geriatrische Rehabilitationseinrichtung
Zollernring 26
89073 Ulm

Enzkreis-Kliniken
Geriatrische Rehabilitationsklinik Mühlacker
Hermann-Hesse-Straße 34
75417 Mühlacker

Geriatrische Rehabilitationsklinik
Aalen
Jahnstraße 10 – 12
3431 Aalen

Kliniken Schmieder
Eichhornstraße 68
78464 Konstanz

Heilig-Geist-Spital
Bachstraße 57
88214 Ravensburg

Geriatrische Rehabilitationseinrichtung
Gernsbach
Casimir-Katz-Straße 22
76593 Gernsbach

Geriatrische Rehabilitationseinrichtung
Weinheim
Viernheimer Straße 27
69 Weinheim

Haus der Geriatrischen Rehabilitation GmbH
78048 Villingen-Schwenningen

Ergebnisse der Modellvorhaben zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation

Das Geriatriekonzept Baden-Württemberg hebt als Vorteil der ambulanten bzw. mobilen geriatrischen Rehabilitation hervor, dass sie dem Patienten die Einbettung in seine vertraute Lebenswelt erhält und zu einer sinnvollen Verknüpfung medizinischer Rehabilitationsanstrengungen und lebenspraktischen Anforderungen genutzt werden kann. Infolgedessen war und ist es das Ziel, die hierfür notwendigen Strukturen für ein entsprechendes Versorgungsangebot zu schaffen:

1. Modellversuch des Baden-Württembergischen Sozialministeriums „Ambulante Geriatrische Rehabilitation“

Mit dem Modellversuch „Ambulante Geriatrische Rehabilitation“ haben das Sozialministerium und die gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg eine fachliche Grundlage für ein flächendeckendes und wohnortnahes Angebot an ambulanter geriatrischer Rehabilitation erarbeitet.

Um gemeinsame Vorgaben zum Ausbau der ambulanten geriatrischen Rehabilitation zu entwickeln, wurde im Jahr 1991 unter Federführung des Sozialministeriums eine Arbeitsgruppe eingerichtet. Ihr gehörten die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen im Land, Vertreter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, der Kommunalen Landesverbände, der Liga der freien Wohlfahrtspflege, der stationären geriatrischen Reha-Einrichtungen und der Kassenärztlichen Vereinigung an. Die Arbeitsgruppe erarbeitete in der Folgezeit die Konzeption „Ambulante Geriatrische Rehabilitation“ (1994) als Grundlage für den gleichnamigen Modellversuch.

Die Konzeption hat Modellgruppen benannt, für die ambulante geriatrische Rehabilitation in Frage kommt, sie hat Anforderungen an den Kreis der Leistungserbringer gestellt, ein geriatrisches Assessment¹ gefordert und fünf Organisationsmodelle beschrieben: Therapiezentrummodell, Institutsambulanzen, Hausarzt-/Facharztmodelle, IAV-Stellen-Modell, Mobile ambulante Rehabilitation Karlsruhe (gefördert über das Modellprogramm „Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen“ des Bundesgesundheitsministeriums). Es wurde festgelegt, dass zur Überprüfung der Modelle an verschiedenen Standorten in Baden-Württemberg entsprechende Modellprojekte durchgeführt und wissenschaftlich begleitet werden.

Nach längeren und schwierigen Verhandlungen wurden Anfang 1996 die Rahmenvereinbarung und die darauf basierende Vergütungsregelung zwischen den beteiligten Krankenkassen und den vier Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen. Lediglich die Organisationsform „IAV-Stellen-Modell“ ließ sich im Modellversuch nicht realisieren.

¹ Geriatrisches Reha-Assessment Baden-Württemberg Ergebnisse einer multizentrischen Studie. Herausgeber: Sozialministerium Baden-Württemberg 1995.

Wesentliche Ergebnisse des vom 1.1.1996 bis 31.12.1997 durchgeführten Modellversuchs waren:¹

- Die in der stationären geriatrischen Rehabilitation geforderten Qualitätsstandards wie z.B. multiprofessionelle Teams, interdisziplinäre Behandlungsplanung, geriatrisches Assessment, sind im ambulanten Bereich ebenfalls umsetzbar.

Bei vier Fünftel aller Patienten hat sich die Lebenssituation infolge der Maßnahmen der ambulanten geriatrischen Rehabilitation verbessert (Erfolge im Hinblick auf die Fähigkeit zur Selbstversorgung, auf die Gangsicherheit, die Lokomotions- und Kommunikationsfähigkeit oder auf die Schmerzlinderung). Auch geringfügige Verbesserungen bei den einzelnen Alltagsverrichtungen können die Lebenszufriedenheit der Patienten und ihre Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung entscheidend stärken.

- Im Modellverlauf kam es an der Schnittstelle zwischen stationären Aufenthalten und ambulanter Rehabilitation nicht zu einer nennenswerten Verkürzung von Klinikaufenthalten. Erforderlich sind Verfahren und Indikationskriterien, die die zuweisenden Ärzte und Institutionen für das Angebot sensibilisieren und über das Leistungsspektrum informieren.

¹ Eine anlässlich des Modellversuchs des Sozialministeriums Baden-Württemberg in einer Institutsambulanz vom Zentrum für Geriatrie und Gerontologie des Universitätsklinikums Freiburg durchgeführte Pilotstudie kam beispielsweise zu dem Ergebnis, dass die ambulante geriatrische Rehabilitation an einer Institutsambulanz als effektiv und kostengünstig zu betrachten ist, lang anhaltende Therapieerfolge ermöglicht sowie eine selbständige Lebensführung in gewohnter Umgebung wesentlich unterstützt. Siehe insbesondere: Ambulante Geriatrische Rehabilitation in einer Institutsambulanz: Ergebnisse des Modellversuchs des Landes Baden-Württemberg. H.W. Heiss, M. Roth, S. Dorfmueller-Küchlin, D. Ebert, R. Wolf, S. Voigt-Radloff, B. Schwer, D. Schlennstadt, M. Jäger. In: Geriatrie Forschung, Vol.9 (1999) No. 2.

2. Modellprojekt „Ambulante Geriatrische Rehabilitation“ der Krankenkassenverbände in Baden-Württemberg

Die Erkenntnisse aus dem Modellversuch des Sozialministeriums haben die Krankenkassen dazu veranlasst, die Konzeption „Ambulante Geriatrische Rehabilitation“ sowie die Vereinbarungen mit den Modellstandorten zu verändern.

Zur Abklärung noch offener Fragen im Bereich der ambulanten geriatrischen Rehabilitation wurden die Vertragsbeziehungen mit folgenden Modellstandorten verlängert:

- Zentrum für Geriatrie und Gerontologie des Uniklinikums Freiburg
- Geriatrische Rehabilitationsklinik Sinsheim
- AWO Göppingen
- Praxis Dr. Metke in Stuttgart
- Praxis Dr. Jacobs in Müllheim
- Praxis Dr. Haarmann in Mannheim
- Mobile ambulante Rehabilitation in Karlsruhe (mark).

Die wissenschaftliche Begleitung durch das Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. Saarbrücken (ISO) wird von der AOK Baden-Württemberg sowie der LKK Baden-Württemberg finanziert.

An sieben Modellstandorten werden multimorbide geriatrische Patienten rehabilitativ behandelt, die sich den vier Hauptindikationsgruppen Gefäßbedingte Hirnfunktionsstörungen, operativ und konservativ versorgte Gelenkschäden, Spätschäden bei Stoffwechselerkrankungen sowie neurologische Erkrankungen zuordnen lassen. Als Organisationsformen sind das Hausarzt-/Facharztmodell, die Institutsambulanz, das Therapiezentrum und die Mobile Rehabilitation vertreten. In den verschiedenen Therapieeinrichtungen sind Ärzte, Therapeuten, Pflegekräfte und Soziale Dienste vernetzt in multidisziplinäre geriatrische Rehabilitationsteams eingebunden. Rehabilitationspotenzial, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose leiten sich aus einem von Runge und Wahl zusammengestellten umfangreichen geriatrischen Assessment ab. Das Eingangsassessment dient zusätzlich zur Therapiefindung, die nicht nur im Rehabilitationssteam, sondern auch mit den Patienten und deren Angehörigen besprochen wird.

Voraussetzung für die Aufnahmen der Patienten in die ambulante geriatrische Rehabilitation sind die Erfüllung bestimmter Einschluss- und Ausschlusskriterien seitens der Patienten und die Genehmigung eines standardisierten Antragsverfahrens durch die Krankenkasse und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK). Die Leistungsdokumentation der Ärzte, Therapeuten, der Pfleger und der Sozialen Dienste erfolgt standardisiert auf Formularen.

Nach Abschluss der Rehabilitation werden Zufriedenheit der Patienten durch Selbstbeurteilung und die wichtigsten Daten zum Rehabilitationsprozess auf speziellen Datenblättern erfasst. Die genannten Dokumentationen sind dann Gegenstand einer statistischen Analyse, die das ISO Institut vornimmt, welches das Projekt im Auftrag der AOK sowie der LKK Baden-Württemberg wissenschaftlich begleitet. Die Auswertung erfolgt qualitativ mit sozialwissenschaftlichen Methoden. Als Erfolgskriterien gelten die Beurteilung des Rehabilitationserfolges durch den Arzt bzw. das therapeutische Team sowie die Beurteilung durch den Patienten. Außerdem steht der Vergleich der Ergebnisse aus den Test- und Messverfahren im Eingangs- und Abschlussassessment zur Verfügung. Um den Behandlungserfolg zu sichern, erhalten Hausarzt und weiterbehandelnde Therapeuten Berichte über den Rehabilitationsverlauf.

Erste Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung zeigen, dass vom Modellversuch ältere Menschen profitieren (n = 400, Durchschnittsalter = 76 Jahre), die zum Teil bereits hilfe- und pflegebedürftig sind (41 % der Rehabilitanden erhalten Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz) und in vielen Fällen gravierende körperliche Beeinträchtigungen oder Behinderungen haben (49 % der Patienten haben einen Barthel-Index unter 75 Punkten). Die dominierende Fallgruppe sind Schlaganfallpatienten (44 %), gefolgt von Patienten mit Frakturen und Gelenkerkrankungen (33 %). In allen Fallgruppen verbesserte sich im Verlauf der Maßnahmen der Grad der funktionellen Beeinträchtigungen. In 85 % der Fälle wurden die zu Beginn der Maßnahmen gesetzten Rehaziele erreicht. 82 % der Rehabilitanden geben an, dass sich mit der ambulanten Rehabilitation ihre Lebenssituation verbessert habe. Um den längerfristigen Erfolg der Maßnahmen nachweisen zu können, wurde in der zweiten Evaluationsphase eine Patientenbefragung durchgeführt. Der erste Messzeitpunkt war der letzte Behandlungstag.

Die zweite Befragung fand sechs Monate nach Beendigung der Rehabilitation statt. Bei einem kleinen Teil der Rehabilitanden (3,5 %) hat nach einem halben Jahr der Hilfebedarf - vor allem im hauswirtschaftlichen Bereich (Wohnung reinigen, Wäsche waschen, einkaufen) - leicht zugenommen. Der Anteil der Patienten, die professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, ist aber zu diesem Zeitpunkt trotzdem um rund 10 % niedriger als am letzten Behandlungstag.

Den Rehateams ist es gelungen, den Patienten nicht nur bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen, sondern auch für ein stabiles Hilfesetting zu sorgen.

3. Standorte des Modellprojekts "Ambulante Geriatrische Rehabilitation"

Institutsambulanz-Modell

Universitätsklinikum Freiburg
Zentrum für Geriatrie und
Gerontologie
Ansprechpartner: Prof. Dr. H.W. Heiß
Lehener Straße 88

79106 Freiburg

Geriatrische Rehabilitationsklinik
Sinsheim
Ansprechpartner: Dr. J.H. Wahl
Alte Waibstadter Str. 1

74882 Sinsheim

Therapiezentrum-Modell

Arbeiterwohlfahrt
Kreisverband Göppingen
Ansprechpartner: Geschäftsführender
Vorsitzender Hansjörg Wohlrab
Rosenstr. 20

73033 Göppingen

Hausarzt-/Facharztmodell

Praxis
Dr.med. Klaus Haarmann
Niederfeldstr. 91

68199 Mannheim

Praxis
Dr. med. Michael Jacobs
Wilhelmstr. 23

79379 Müllheim

Praxis
Dr. med. Norbert Metke
Alexanderstr. 146

70180 Stuttgart

Mobile ambulante Rehabilitation

mark mobile ambulante
rehabilitation karlsruhe gGmbH
Ansprechpartner: Frau Ulrike Sinner
Kanalweg 40/42

76149 Karlsruhe

Anhang 5:

An der Weiterentwicklung des Geriatriekonzepts beteiligte Organisationen, Verbände und Einrichtungen

(Beteiligte in alphabetischer Reihenfolge)

AOK Baden-Württemberg

Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft

BKK Landesverband Baden-Württemberg

Bundesknappschaft – Verwaltungsstelle München –

Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime
und ambulanter Dienste e.V.

Deutscher Berufsverband für Logopädie e.V.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)
Landesverband Baden-Württemberg

Deutscher Verband der Ergotherapeuten

Gemeindetag Baden-Württemberg

IKK Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigungen

LAG Geriatriische Rehabilitation

LAG Geriatriische Schwerpunkte und Zentren

Landesärztekammer

Landessenorenrat

Landeswohlfahrtsverband Baden

Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern

Landkreistag Baden-Württemberg

Landwirtschaftliche Krankenkasse Baden-Württemberg

Liga der freien Wohlfahrtspflege

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg

Modellstandorte Ambulante Geriatriische Rehabilitation

Sozialministerium Baden-Württemberg

Städtetag Baden-Württemberg

Verband der Angestellten-Krankenkasse e.V.

Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Landesvertretung Baden-Württemberg –

Verband der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderten und

Sozialrentner Deutschlands e.V., Landesverband Baden-Württemberg

Vereinigung für die Physiotherapeutischen Berufe e.V.

Landesgruppe Baden-Württemberg

Zentralverband der Krankengymnasten/Physiotherapeuten e.V.

Deutscher Verband für Physiotherapie Landesverband Baden-Württemberg

Anhang 6:

Publikationsliste zur geriatrischen Versorgung

Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation: Empfehlungen für geriatrische Rehabilitation, Stuttgart 1996

Modellversuch „Ambulante Geriatrische Rehabilitation“ Endbericht zum Modellversuch des Sozialministeriums, Sozialministerium Baden-Württemberg, 1997

Ambulante Geriatrische Rehabilitation in einer Institutsambulanz: Ergebnisse des Modellversuchs des Landes Baden-Württemberg. H. Heiss, M. Roth, S. Dorfmueller-Küchlin, D. Ebert, R. Wolf, S. Voigt-Radloff, B. Schwer, D. Schlenstedt, M. Jäger. In: Geriatrie Forschung Vol. 9 (1999) No. 2

Modellprojekt: Ambulante Geriatrische Rehabilitation. Herausgeber: MTT 2 Ambulante Rehabilitation Markgräflerland GmbH, Müllheim; Zentrum für Geriatrie und Gerontologie des Universitätsklinikums Freiburg

Modellversuch Ostfildern: Qualitätssicherung in der Langzeitbetreuung geriatrischer Patienten, Sozialministerium Baden-Württemberg, 1999

„Pflegerische Aufgaben in der Rehabilitation“. Eine Studie von Dr. Heidrun Metzler, Christine Rauscher, Stefanie Bohns und Petra Gaugisch, Forschungsstelle „Lebenswelten behinderter Menschen“ der Eberhards-Karls-Universität Tübingen im Auftrag des Sozialministeriums Baden-Württemberg, Sozialministerium Baden-Württemberg, 1999

Geriatrisches Reha-Assessment Baden-Württemberg. Ergebnisse einer multizentrischen Studie. Sozialministerium Baden-Württemberg, 1996

Geriatrisches Konsil. Eine Handlungsempfehlung. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg, 1992

Geistig-seelisch erkrankte ältere Menschen in Privathaushalten Baden-Württembergs. Eine empirische Untersuchung. Sozialministerium Baden-Württemberg, 2000

Betreutes Wohnen für Senioren. Zur praktischen Umsetzung konzeptioneller Ziele in Baden-Württemberg. Sozialministerium Baden-Württemberg, 1999

Zu Hause älter werden. Sozialministerium Baden-Württemberg, 1999

Betreutes Wohnen für Senioren. Informationen zu einer neuen Wohnform. Herausgegeben von Kuratorium Qualitätssiegel Betreutes Wohnen für Senioren Baden-Württemberg und Sozialministerium Baden-Württemberg, 1998

Betreutes Wohnen für Senioren. Qualitätssiegel Baden-Württemberg. Anforderungen – Prüfverfahren – Informationen.
Herausgeber: Städtetag Baden-Württemberg
Gemeindetag Baden-Württemberg
Landeswohlfahrtsverband Baden
Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern, 1996

Qualitätssiegel Baden-Württemberg. Betreute Wohnungen mit Qualitätssiegel.
Stand August 2000.

Herausgeber: Städtetag Baden-Württemberg
Gemeindetag Baden-Württemberg
Landeswohlfahrtsverband Baden
Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern, 2000

Leitfaden für die geriatrischen Schwerpunkte und Zentren Baden-Württemberg.
Leitfaden für patientenbezogene Arbeit. Einheitlicher Basis-Datensatz.
Herausgeber: Landesarbeitsgemeinschaft Geriatrische Schwerpunkte und Zentren
Baden-Württemberg, Februar 2000