

Geriatrykonzept Baden-Württemberg 2014



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG,
FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN

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.

Herausgegeben vom

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung,
Familie, Frauen und Senioren
Baden-Württemberg
Schellingstraße 15
70174 Stuttgart

Telefon: (07 11) 1 23-0
Internet: www.sozialministerium-bw.de

April 2014

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 5

1. Einleitung.....	7
2 Geriatrische Patientinnen und Patienten im Fokus der medizinischen und pflegerischen Versorgung.....	9
2.1 Die demografische Entwicklung der Bevölkerung in Baden-Württemberg.....	9
2.2 Geriatrische Patientinnen und Patienten.....	14
2.3 Prävention und Gesundheitsförderung.....	16
2.4 Geriatrische Versorgung aus Sicht der Betroffenen und Angehörigen.....	18
2.5 Rolle der Selbsthilfe und des Bürgerschaftlichen Engagements.....	20
3. Grundsätze, Ziele und Handlungsfelder einer bedarfsgerechten geriatrischen Versorgung.....	22
4. Ambulante medizinische Behandlung und pflegerische Betreuung.....	25
4.1 Ärztliche Versorgung.....	25
4.1.1 Hausärztliche Versorgung.....	25
4.1.2 Fachärztliche (Gebietsärztliche) Versorgung.....	25
4.2 Ambulante pflegerische Versorgung.....	26
4.3 Weitere ambulante Versorgungsangebote und Versorgungsnetzwerke.....	27
5. Geriatrie im Krankenhaus.....	31
5.1 Akutbehandlung an allen Krankenhäusern.....	31
5.2 Spezielle Behandlungsangebote am Akutkrankenhaus.....	31
5.3 Besonderheiten beim Fall- und Versorgungsmanagement bei geriatrischen Patienten.....	32
5.3.1 Identifikation, Screening und geriatrisches Konsil.....	32
5.3.2 Versorgungsmanagement.....	33
5.4 Geriatrische Behandlungseinheit am Akutkrankenhaus.....	33
5.5 Geriatrische Schwerpunkte und Zentren als integrierende Organisationseinheiten mit besonderen Aufgaben.....	35
5.5.1 Geriatrischer Schwerpunkt.....	35
5.5.2 Geriatrisches Zentrum.....	36
6. Geriatrische Rehabilitation.....	37
6.1 Prinzipien der Geriatrischen Rehabilitation.....	37
6.2 Besonderheiten der stationären Geriatrischen Rehabilitation.....	41
6.3 Besonderheiten der ambulanten Geriatrischen Rehabilitation.....	41
6.4 Mobile Geriatrische Rehabilitation.....	42
6.5 Qualitätsanforderung und Qualitätssicherung in der stationären und ambulanten Rehabilitation.....	42
7. Qualifikation und Zusammenarbeit.....	43
7.1 Prinzipien der Zusammenarbeit in der Geriatrischen Versorgung.....	43

7.2 Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Geriatrischen Medizin und Pflege	43
7.2.1 Medizinische Aus-, Fort- und Weiterbildung	43
7.2.2 Pflegerische Aus-, Fort- und Weiterbildung	45
7.2.3 Weiteres zu Aus-, Fort- und Weiterbildung	46
7.3 Rehabilitations- und Versorgungsforschung	46
8. Ausblick und Weiterentwicklung.....	48
Anhang	50

Vorwort

Unser Gesundheitssystem steht wegen des demographischen Wandels vor großen Herausforderungen. Insbesondere der flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung älterer Menschen kommt eine immer wichtigere Bedeutung zu.

Mit der Frage, wie dies gelingen kann, beschäftigt sich das hier vorliegende Geriatriekonzept 2014. Es baut auf dem 1989 erstmals aufgelegten und 2001 überarbeiteten Geriatriekonzept des Landes auf, ist jedoch inhaltlich völlig eigenständig. Ausführlich werden zunächst die Grundlagen der altersmedizinischen Versorgung in Baden-Württemberg dargestellt. Getragen von dem Leitgedanken, alten Menschen möglichst lange ein selbständiges Leben zu ermöglichen, wird anschließend aufgezeigt, was in den verschiedenen mit Altersmedizin befassten Bereichen zu tun ist.



Ich verfolge dabei das Ziel, eine wohnortnah organisierte, ambulant vor stationär ausgerichtete, eng miteinander vernetzte und durchgängig gestaltete geriatrische Versorgung für die älteren Menschen in unserem Land zu schaffen. Präventive Versorgungsstrukturen müssen dabei ebenso mit einbezogen werden wie akutmedizinische, pflegerische, rehabilitative und palliative.

Es ist unbestritten, dass die geriatrische Versorgung in Baden-Württemberg sehr gut ist. Die Lebenserwartung in Baden-Württemberg ist im bundesweiten Vergleich hoch, die Pflegequote niedrig. Unseren älteren Mitbürgerinnen und Mitbürgern stehen umfassende Hilfe und Unterstützungsangebote zur Verfügung, die ihnen Perspektiven für eine selbständige Lebensführung auch im hohen Alter eröffnen. All dies wollen wir auch in Zukunft sicherstellen. Deshalb haben wir uns dafür entschieden, ein neues Geriatriekonzept zu entwickeln.

Die Arbeit an diesem neuen Geriatriekonzept 2014 erfolgte in enger Zusammenarbeit mit zahlreichen Expertinnen und Experten, den am geriatrischen Geschehen in Baden-Württemberg beteiligten Organisationen und Verbänden, sowie dem Landesseniorenrat als Vertreter der Betroffenen. Ihnen allen danke ich für ihre Mitarbeit und ihr klares Bekenntnis, im jeweiligen Verantwortungsbereich daran mitzuwirken, bewährte geriatrische Versorgungsstrukturen im Land zu erhalten und – bei Bedarf – auch weiterzuentwickeln.

Ohne der Lektüre des ausführlichen Konzepts vorgreifen zu wollen, will ich kurz auf einige Neuerungen im Geriatriekonzept 2014 eingehen:

Noch mehr als seine Vorgänger legt das Geriatriekonzept 2014 einen Schwerpunkt auf den Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ und betont die Wichtigkeit, vorhandener Rehabilitationspotentiale bei den älteren Menschen stärker zu nutzen. Von besonderer Bedeutung dabei ist die Sicherstellung eines bedarfsgerechten Zugangs zu geriatrischer Rehabilitation. Die gesetzlichen Krankenkassen haben sich im Verlauf der Arbeit an diesem Konzept auf ein pragmatisches Verfahren verständigt. Sie bekennen sich zu ihrer Struktur- und Finanzierungsverantwortung und sichern die Vereinbarung ausreichender medizinisch leistungsgerechter Vergütungssätze zu. Sinnvoll ist aber auch ein noch stärkeres Engagement im Bereich der Prävention durch Städte und Kommunen, die ältere Menschen mit niedrigschwelligen Präventionsangeboten zur Gesundheitsförderung besonders gut erreichen.

Daneben setzt das Geriatriekonzept 2014 auf eine Stärkung der ambulanten Strukturen vor Ort. Die ambulante Versorgung im Land soll weiter ausgebaut werden, etwa durch die Einrichtung Geriatrischer Institutsambulanzen. Darüber hinaus sollen Geriatrische Versorgungsnetzwerke geschaffen werden und die Arbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe soll enger verzahnt werden.

Auch die Krankenhäuser im Land sollen künftig noch stärker auf die Bedürfnisse älterer Menschen ausgerichtet werden, indem etwa die Ausstattung, die Strukturen und die Abläufe verändert werden. Gelingen soll dies u. a. dadurch, dass in den Kliniken Geriatrische Behandlungseinheiten eingerichtet werden, die eine qualifizierte altersmedizinische Versorgung gewährleisten. Geriatrisches Fachwissen sollen Krankenhäuser – ebenso wie ambulante Versorgungsangebote – künftig verstärkt über die Geriatrischen Schwerpunkte und Zentren erhalten.

Das Geriatriekonzept 2014 kann sich wirklich sehen lassen. Ich bin sicher, dass es einen wesentlichen Beitrag dazu leisten wird, die flächendeckende und bedarfsgerechte medizinische Versorgung älterer Menschen in Baden-Württemberg sicherzustellen und zu verbessern.

Ich wünsche Ihnen eine interessante und anregende Lektüre.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink that reads "Katrin Altpeter". The signature is written in a cursive, slightly slanted style.

Katrin Altpeter MdL
Ministerin für Arbeit und Sozialordnung,
Familie, Frauen und Senioren
Baden-Württemberg

1. Einleitung

Wir leben in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Im Jahre 2030 wird mit rund 30 % ein Drittel der in Deutschland lebenden Menschen über 65 Jahre alt sein. Die Gruppe der hochaltrigen Menschen (85 Jahre und älter) ist dabei die am schnellsten wachsende Gruppe der Bevölkerung. Der Anteil der über 80-jährigen wird bis 2030 von heute ca. 4 % auf gut 8,1 % ansteigen¹. Diese demografische Entwicklung stellt zweifelsohne eine gesellschaftliche Herausforderung dar. Alte und hochaltrige Menschen brauchen im Vergleich zu jüngeren Bevölkerungsgruppen häufiger ambulante und stationäre Gesundheitsleistungen. Viele unter ihnen haben einen Bedarf an spezifischen Leistungen der Altersmedizin. Insbesondere wenn eine erhöhte Vulnerabilität (Verletzlichkeit) des Organismus mit akuten Erkrankungen zusammentrifft und diese mit bleibenden körperlichen und/oder psychischen Beeinträchtigungen einhergehen, drohen rasch Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Durch eine adäquate geriatrische Versorgung soll den Menschen ermöglicht werden, ein hohes Alter in guter Gesundheit zu erreichen.

Altern ist nicht zwingend notwendig mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit verbunden. Die meisten älteren Menschen haben ausreichende Ressourcen, ihren Alltag selbständig und selbstverantwortlich zu gestalten. Mit zunehmendem Lebensalter nimmt jedoch die Vulnerabilität des Organismus zu. Das führt zu einer größeren Erkrankungswahrscheinlichkeit. Die gesundheitliche Gesamtsituation erkrankter älterer Menschen wird in vielen Fällen nicht durch ein einzelnes Akutereignis geprägt, sondern durch das gleichzeitige Auftreten mehrerer Krankheiten, welche die Einschränkung der Selbstständigkeit im Alltag bis hin zur Pflegebedürftigkeit bedeuten kann. Ein großer Teil der bei älteren Menschen häufig auftretenden Gesundheitsprobleme und Funktionseinschränkungen kann jedoch durch gesundheitsfördernde Maßnahmen und durch bedarfsgerechte Medizin günstig beeinflusst werden.

Geriatric – die Altersmedizin - ist das medizinische Fachgebiet, das Alterungsprozesse und diagnostische, therapeutische, präventive und rehabilitative Aspekte der Erkrankung alter Menschen zum Gegenstand hat. Die geriatrische Versorgung erfordert besondere diagnostische und therapeutische Abläufe. Die konzeptionelle Ausrichtung der geriatrischen Versorgung muss die Wahrnehmung der alterstypischen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten, die altersgerechte Diagnostik und Therapie und die Ausschöpfung des individuell vorhandenen Rehabilitationspotenzials sicherstellen.

Im föderalen System der Bundesrepublik Deutschland gibt es historisch und politisch bedingte Strukturunterschiede in der stationären Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten, die sich in den jeweiligen Versorgungskonzepten bzw. Geriatrieplänen manifestieren. In einigen Bundesländern gibt es ausschließlich geriatrische Abteilungen in Akutkrankenhäusern, in anderen finden sich unterschiedlich gewichtete Mischstrukturen von Einrichtungen bis hin zu Kliniken mit geriatrischen Abteilungen nach §§ 108 und 111 SGB V unter einem Dach.

Die Landesregierung von Baden-Württemberg hatte bereits Mitte der 1980er Jahre den Handlungsbedarf für eine verstärkte Betreuung und Versorgung mehrfach erkrankter älterer Menschen erkannt. Mit der Etablierung des Geriatriekonzepts 1989 wurde ein Schwerpunkt der geriatrischen Versorgung auf die Rehabilitation gelegt und als völlig neue Versorgungskonzeption flächendeckend 2.450 Plätze für ambulante und stationäre geriatrische Rehabilitation vorgesehen. Darüber hinaus wurden Geriatrische Schwerpunkte und Zentren an Krankenhäusern geschaffen. Der Schwerpunkt der geriatrischen Versorgung wurde damit auf die Rehabilitation gelegt. Der Aufbau dieser Strukturen erfolgte unter maßgeblicher Beteiligung der Krankenkassen.

¹ Destatis: Varianten der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung: Entwicklung der Bevölkerung in Deutschland von 2009 bis 2060

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, zu dem das Sozialministerium Experten aus Wissenschaft und Praxis des medizinischen, sozialen und rehabilitativen Bereichs eingeladen hatte. Der 1992 erstmals veranstaltete und seither jährlich stattfindende „Geriatrietag des Landes Baden-Württemberg“ gilt als thematisches Forum für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenhäusern und sozialen Diensten, für Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und Therapeutinnen und Therapeuten.

Das überarbeitete „Geriatriekonzept 2001“ entstand in enger Zusammenarbeit mit zahlreichen Expertinnen und Experten, den am geriatrischen Geschehen in Baden-Württemberg beteiligten Organisationen und Verbänden sowie dem Landesseniorenrat als Vertreter der Betroffenen.

Die Rahmenbedingungen der geriatrischen Versorgung haben sich seitdem weiter verändert. Es wurden akutgeriatrische Betten aufgestellt und die indikationsspezifische Rehabilitation, besonders im Bereich der Orthopädie und Neurologie, wurde ausgebaut. Aus diesen Gründen wurde beschlossen, das Geriatriekonzept fortzuschreiben.

Das vorliegende Geriatriekonzept beschreibt die Grundlagen und Handlungsfelder der geriatrischen Versorgung. Zentrales Ziel ist es, den alten Menschen ein langes und möglichst selbständiges Leben zu ermöglichen. Dieses Ziel erfordert, dass Versorgung und Betreuung im Wohnumfeld zu Hause oder im Heim und medizinische und pflegerische geriatrische Versorgung eng miteinander verknüpft sind. Für die Versorgungsqualität geriatrischer Patientinnen und Patienten ist es von hoher Bedeutung, dass Medizin und Pflege ihre Betreuungskonzepte eng aufeinander abstimmen. Die aktivierende und rehabilitierende Pflege hat einen zentralen Anteil in der altersmedizinischen Versorgung.

Die geriatrischen Versorgungsstrukturen mit präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen Angeboten, insbesondere die Infrastruktur im Bereich der stationären Versorgung (Geriatriische Schwerpunkte und Zentren an Krankenhäusern und geriatrische Rehabilitation), sind in Baden-Württemberg vorhanden. Um die Qualität der geriatrischen Versorgung auf die anstehenden Herausforderungen auszurichten, sind die bewährten Strukturen in ihrem Bestand zu sichern, an Veränderungen anzupassen, weiterzuentwickeln und miteinander zu vernetzen.

Für die Gesundheitsversorgung der älteren Bevölkerung im Flächenland Baden-Württemberg wird das Ziel einer wohnortnah organisierten, ambulant vor stationär ausgerichteten, vernetzten und durchgängigen geriatrischen Versorgung mit den Kernelementen der Prävention, der Akutmedizin (haus- und fachärztlich, Krankenhaus), der Rehabilitation (mobil, ambulant, stationär), der Pflege und der Palliation verfolgt.

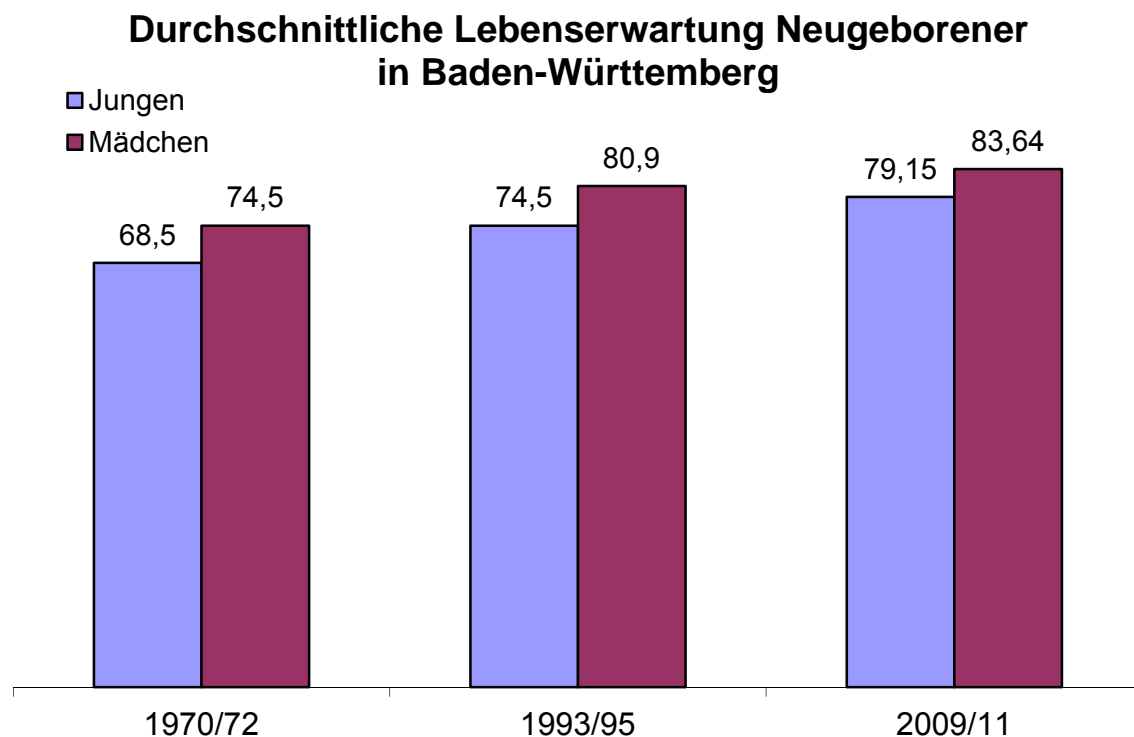
Die wesentlichen Ziele dieses Geriatriekonzepts sind:

- Vermehrte Nutzung der Möglichkeiten der Prävention, sowie Aufbau und Nutzung von Nachsorgeangeboten
- Flächendeckendes Angebot altersgerechter Akutmedizin einschließlich der gerontopsychiatrischen Behandlung
- Pragmatischer Zugang zu den Rehabilitationsangeboten für alte Menschen mit dem Ziel „Rehabilitation vor Pflege“
- Vernetzung und Kooperation der Einrichtungen und Dienste vor Ort, um eine lückenlose Versorgungskette zu schaffen
- Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Versorgungsstrukturen sicherstellen

2 Geriatrische Patientinnen und Patienten im Fokus der medizinischen und pflegerischen Versorgung

2.1 Die demografische Entwicklung der Bevölkerung in Baden-Württemberg

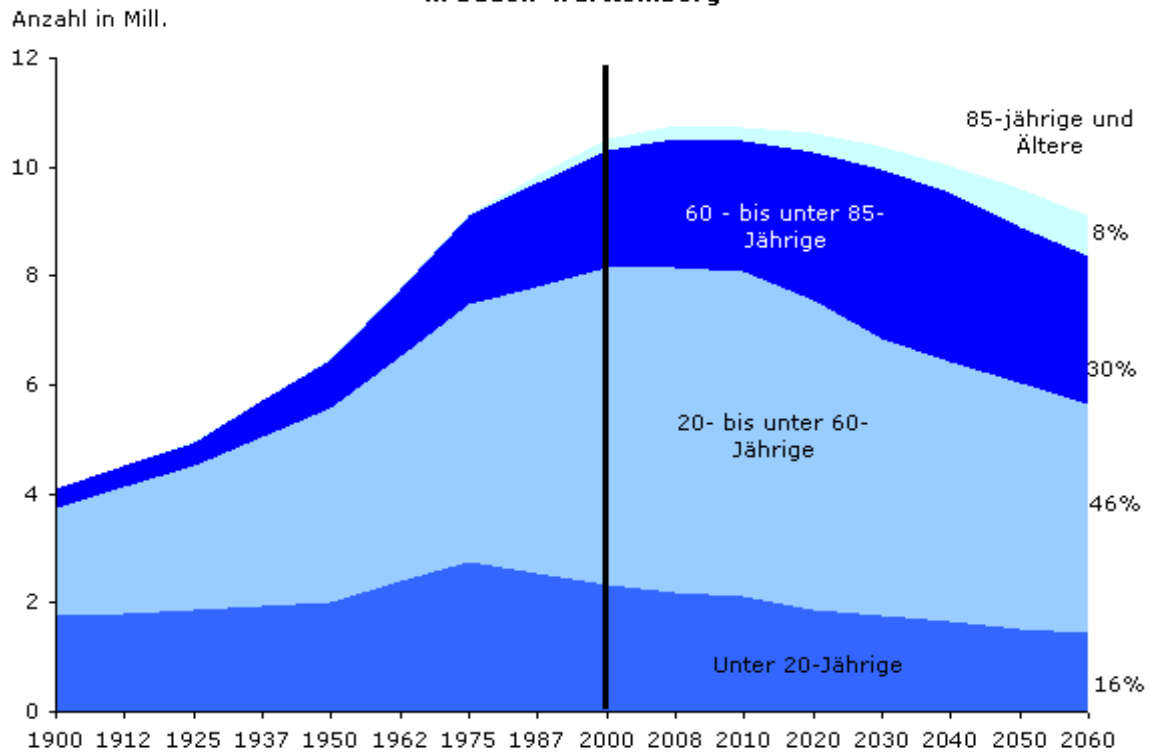
Der medizinische und pflegerische Fortschritt, das hohe Versorgungsniveau und Prävention haben entscheidend dazu beigetragen, dass die Menschen in Deutschland heute mehr Lebenszeit haben, als jemals zuvor in der Geschichte. Bundesweit hat Baden-Württemberg seit Beginn der 1970er-Jahre die höchste Lebenserwartung Neugeborener. Nach den vom Statistischen Landesamt Baden-Württemberg 2012 vorgelegten Zahlen aus den Sterbetafeln 2009/11 werden Männer im Land im Durchschnitt 79,2 Jahre und Frauen 83,6 Jahre alt. Damit stieg die Lebenserwartung gegenüber 1970/72 weiter um 10,7 Jahre bei Männern und 9,1 Jahre bei Frauen an.



Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Die Geburtenrate andererseits bewegt sich seit mehr als dreißig Jahren unterhalb des für eine Bestandserhaltung erforderlichen Niveaus. Eine Folge dieser Entwicklung ist die grundlegende Änderung des Altersaufbaus im Land - verbunden mit einem allmählichen Rückgang der Gesamtbevölkerung. Derzeit leben in Baden-Württemberg knapp 2,6 Millionen Menschen, die älter als 60 Jahre sind. In den kommenden Jahrzehnten werden sich geburtenstarke Jahrgänge weiter nach oben schieben und von zahlenmäßig kleineren ersetzt. Das Statistische Landesamt geht daher in der aktuellen Bevölkerungsvorausrechnung davon aus, dass sich die Zahl der über 60-jährigen auf etwa 3,4 Millionen Menschen im Jahre 2030 erhöht. Innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe wiederum wächst der Anteil der Hochbetagten – hierunter werden 85-jährige und Ältere verstanden – überdurchschnittlich an. Im Jahr 2008 lebten in Baden Württemberg rund 235.000 hochbetagte Frauen und Männer. Bis zum Jahr 2030 geht man davon aus, dass sich diese Zahl auf 434.000 erhöhen wird. Bis zum Jahr 2050 wird sogar fast von einer Verdreifachung – d.h. ca. 700.000 hochbetagten Menschen ausgegangen.

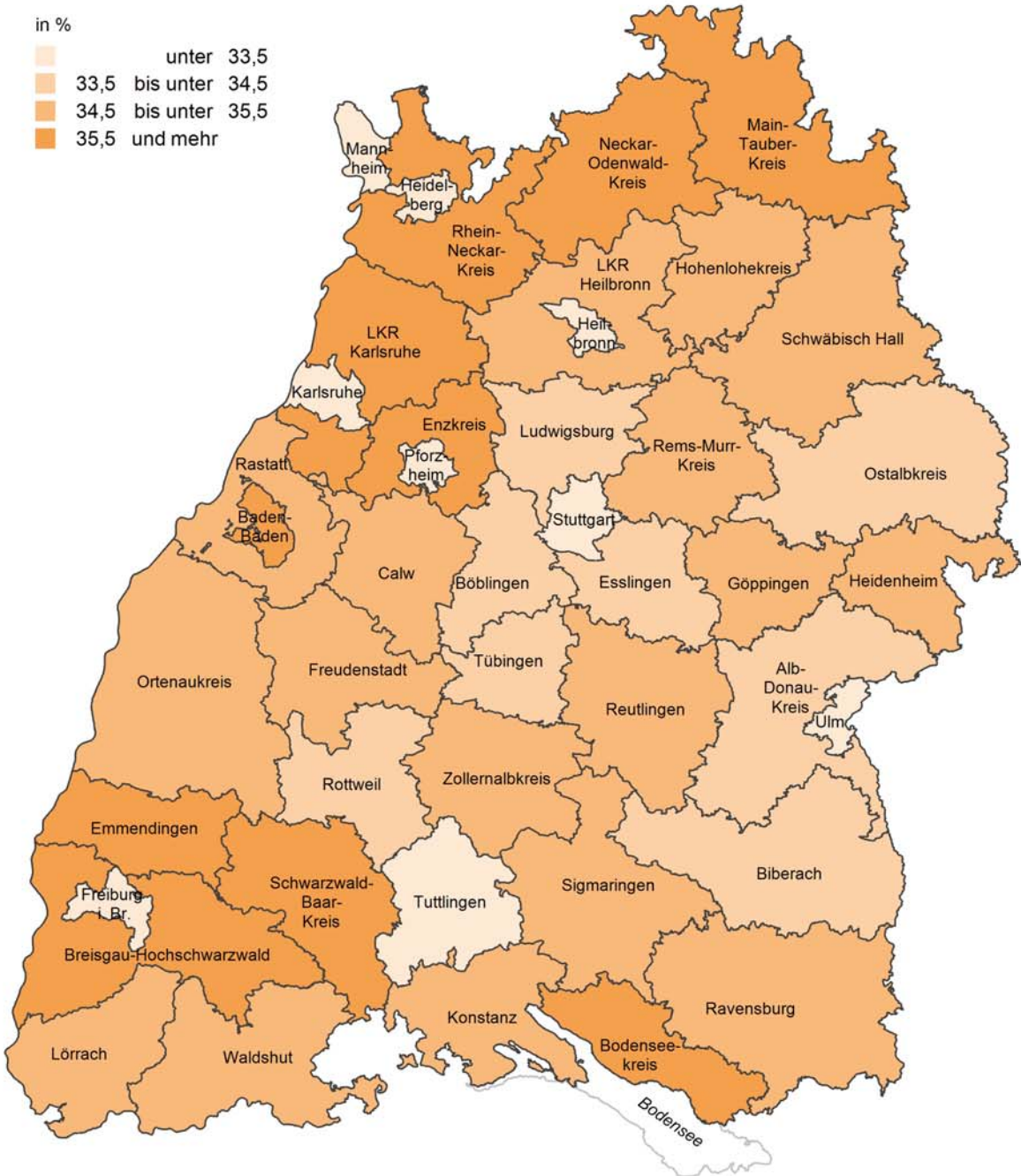
**Die demografische Zeitenwende:
Seit 2000 mehr ältere als jüngere Menschen
in Baden-Württemberg^{*)}**



*) Bis 2008 Ist-Werte, danach Voraussrechnung auf Basis 2008 (Hauptvariante)

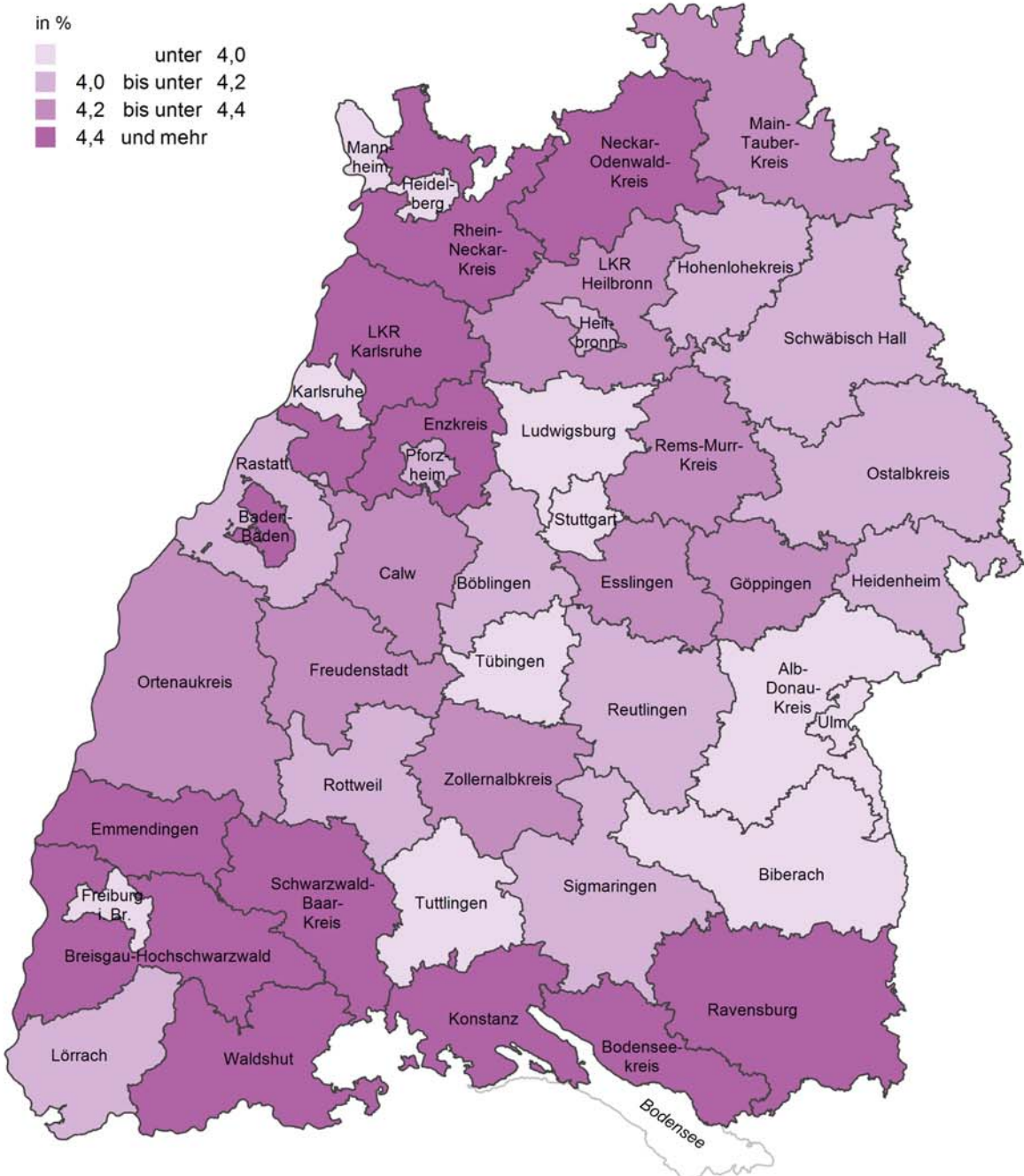
© Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2009

Voraussichtlicher Anteil der 60-Jährigen und Älteren an der Bevölkerung insgesamt in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2030



Datenquelle: Regionalisierte Bevölkerungsvorausrechnung, Basis 2008 mit Wanderungen.

Voraussichtlicher Anteil der 85-Jährigen und Älteren an der Bevölkerung insgesamt in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2030



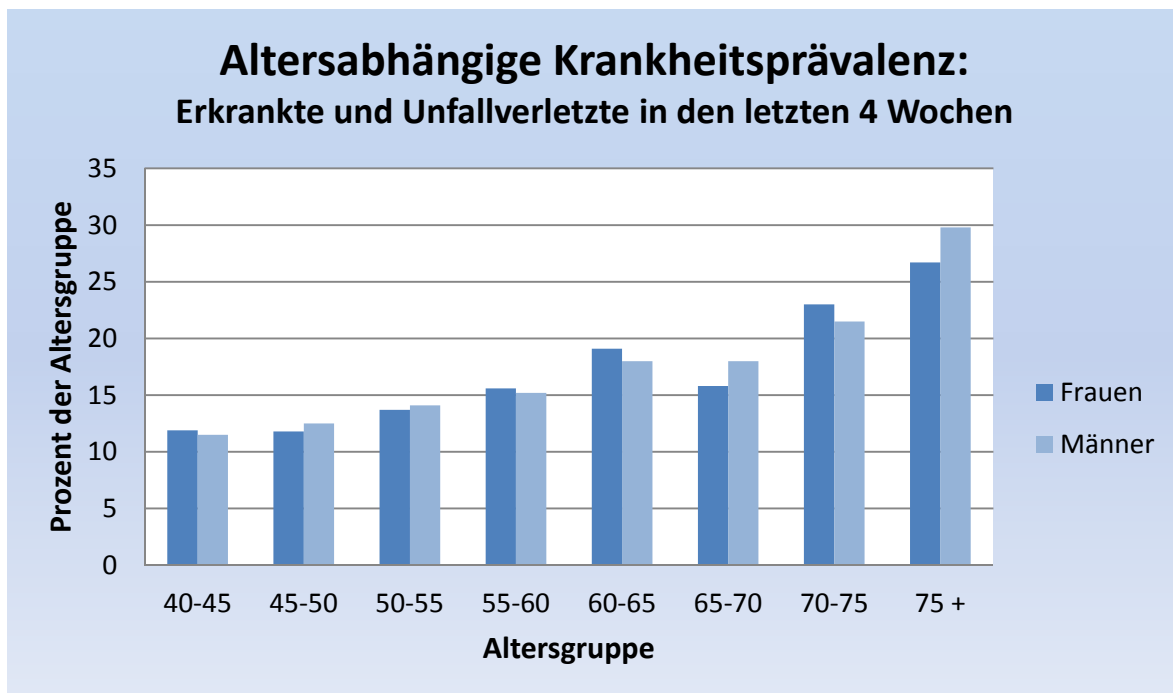
Datenquelle: Regionalisierte Bevölkerungsvorausrechnung, Basis 2008 mit Wanderungen.

Pflegebedürftigkeit ist vor allem ein Phänomen des Alters. Während nur 0,5 % der unter 60-jährigen Menschen pflegebedürftig sind, verdoppelt sich dieser Anteil für die Älteren jeweils in 5-Jahresschritten. Von den 90-jährigen und älteren Menschen in Baden-Württemberg muss bereits jeder Zweite gepflegt werden und bezieht Leistungen der Pflegekasse.

Die Verlängerung der Restlebenserwartung 60-64-Jähriger hat zwischen 2003-2008 für Frauen um 1,2 Jahre und für Männer um 1 Jahr zugenommen. Der Anteil von Lebensjahren in Pflege an der Gesamtlebenszeit hat sich währenddessen bei Frauen von 5,8 % auf 6,2 % und bei Männern von 10,1 % auf 10,9 % erhöht². Die Bevölkerung wird somit nicht nur älter, sondern erlebt zusätzlich mehr „gesunde“ Lebensjahre. Die zusätzlichen Lebensjahre führen jedoch auch zu einem wachsenden Pflegerisiko.

Nach den 2013 veröffentlichten Daten des Statistischen Landesamts sind in Baden-Württemberg ältere Menschen - im Verhältnis zur jeweiligen Bevölkerung - insgesamt seltener pflegebedürftig als in anderen Bundesländern. So hatte das Land zum Stand Jahresende 2011 mit 2,6 % der Gesamtbevölkerung bundesweit die geringste Pflegequote (bundesweite Pflegequote 3,1 %) ³. Zum Jahresende 2011 waren in Baden-Württemberg 278.295 Menschen pflegebedürftig.

Der altersabhängige Anstieg der Krankheitsprävalenz lässt sich anhand der Daten des Mikrozensus 2009 nachzeichnen.



Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Abbildung Altersabhängige Krankheitsprävalenz ⁴

Das Ausmaß, das eine zunehmende Krankheitshäufigkeit und die zunehmende Krankheitslast an chronischen und Alterskrankheiten annehmen wird, wird wesentlich davon abhängen, ob es gelingt, Krankheiten zu verhindern oder sie zu behandeln und Pflegebedürftigkeit und Hinfälligkeit möglichst lange hinauszuschieben.

² Rothgang et al in: BARMER GEK Pflegereport 2010

³ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Stuttgart, 2012

⁴ Statistisches Landesamt Baden – Württemberg, Mikrozensus 2009, Gesundheitszustand der Bevölkerung: Kranke und Unfallverletzte 2009 nach Geschlecht und Altersgruppen

Die demografische Entwicklung ist auch in den Einrichtungen der Behindertenhilfe deutlich zu erkennen. Erstmals in der deutschen Geschichte altert eine Generation von Menschen mit Behinderung. Historisch bedingt liegen wenige Erfahrungen über behinderungsspezifische Auswirkungen von Alterskrankheiten und Auswirkungen von Behinderungen auf die Lebenserwartung vor. Hier besteht nicht nur hoher Forschungsbedarf, sondern auch ein Bedarf von multiprofessioneller Verzahnung der verschiedenen Leistungen für Menschen mit Behinderung.

Das Land Baden-Württemberg bekennt sich zu einer zukunftsgerichteten und innovativen Alten- und Behindertenpolitik der Partizipation und Inklusion. Die Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention gilt es aufzunehmen. Gemäß dieser Konvention soll Menschen mit Behinderungen - ob angeboren oder im Alter erworben - die volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft ermöglicht werden. Den unterschiedlichsten Arten von Beeinträchtigungen, körperlicher oder psychischer Art, müssen auch in der geriatrischen Versorgung entsprechende Angebote gegenüberstehen.

2.2 Geriatrische Patientinnen und Patienten

Mit fortschreitendem Alter verändert sich der Organismus und damit der Mensch in seinen Fähigkeiten und Bedürfnissen. Dies bewirkt eine Häufung bestimmter medizinischer und in der Folge auch pflegerischer Probleme, der so genannten „Alterskrankheiten“ wie z. B. Hörstörungen, Arthrose, Makuladegeneration, Katarakt, Alzheimer, Parkinson, Osteoporose, Schlafstörungen. Das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Myokardinfarkt, Schlaganfall, Hypertonie), Krebserkrankungen und andere chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus oder Osteoporose nimmt mit steigendem Lebensalter zu. Die Menschen mit diesen Krankheiten bedürfen häufiger medizinischer Behandlung.

Geriatrische Patientinnen und Patienten sind nach den medizinischen Leitlinien der Fachgesellschaften definiert durch:^{5 6}

- Höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter);
- und
- Geriatrietypische Multimorbidität (Vorliegen mehrerer behandlungsbedürftiger Krankheiten nebeneinander); die geriatrietypische Multimorbidität ist hierbei vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen;
- oder durch
- Alter 80 +
 - auf Grund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, bspw. für
 - das Auftreten von Komplikationen oder Folgeerkrankungen
 - die Gefahr der Chronifizierung sowie
 - ein erhöhtes Risiko des Verlustes der Autonomie und der Verschlechterung des Selbsthilfestatus.

Bei geriatrischen Patientinnen und Patienten treten schwerwiegende, oftmals chronische Erkrankungen zu den üblichen altersbedingten Veränderungen noch dazu. Diese Multimorbidität geht einher mit akuten und chronischen Phasen der jeweiligen Erkrankungen, die sich überlagern können. Darüber hinaus ist häufig eine atypische Symptom-Präsentation zu beobachten. Geriatrische Patientinnen und Patienten sind in aller Regel überaus anfällig für Komplikationen im Krankheitsverlauf und können als sehr vulnerable Gruppe bezeichnet werden. Unter der geriatrietypischen Multimorbidität ist das Vorhandensein von Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen sowie von alltagsrelevanten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (in variabler Kombination) im Sinne

⁵ „Europäische Definition“ der European Union Geriatric Medicine Society (UEMS) Malta 03.05.2008, Kopenhagen 06.09.2008

⁶ Definition DGG und DGGG sowie BAG Klinisch-Geriatrischer Einrichtungen 19.01.2007

eines geriatrischen Syndroms zu verstehen. Damit sind u. a. folgende Problemkonstellationen angesprochen: Immobilität, Sturzneigung und Schwindel, kognitive Defizite, Inkontinenz (Harninkontinenz, selten Stuhlinkontinenz), Dekubitalulzera, Fehl- und Mangelernährung, Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, Depression, Angststörung, chronische Schmerzen, Sensibilitätsstörungen, herabgesetzte körperliche Belastbarkeit/Gebrechlichkeit bis hin zur starken Gebrechlichkeit (Frailty-Syndrom), starke Sehbehinderung, ausgeprägte Schwerhörigkeit. Das geriatrische Syndrom geht mit einem relativ hohen Risiko für die Einschränkung der Selbständigkeit im Alltag bis hin zu Pflegebedürftigkeit und von Krankheitskomplikationen einher.

Deshalb ist die medizinische Diagnostik und Therapie sehr komplex und anspruchsvoll. Sie muss getragen sein von einer differenzierten Krankenbeobachtung, an der sich insbesondere die professionell Pflegenden beteiligen. Das Ansprechen auf Behandlung ist oft verzögert und häufig besteht ein Bedarf nach (gleichzeitiger) sozialer Unterstützung. Geriatrische Medizin geht daher über einen organzentrierten Zugang hinaus und bietet zusätzliche Behandlung in einem interdisziplinären Team an. Hauptziel dieser Behandlung ist die Optimierung des funktionellen Status der älteren Patienten mit Verbesserung der Lebensqualität und Autonomie. Die geriatrische Medizin ist zwar nicht spezifisch altersdefiniert, konzentriert sich jedoch auf typische bei älteren Menschen gefundene Erkrankungen.⁷ Mit einer hochentwickelten Medizin lässt sich ein konkretes Akutereignis oft erfolgreich behandeln. Aufgrund der Vielzahl der Begleiterkrankungen und oft auch altersbedingter Isolation mit den sozialen Folgen führt die akute Erkrankung jedoch nicht selten zu einer starken Beeinträchtigung mit einem erhöhten Risiko des Autonomieverlusts und Pflegebedürftigkeit. Der Erhalt von Teilhabe und die Minderung von Pflegebedürftigkeit, soweit dies möglich ist, ist deshalb das zentrale Ziel der gesundheitlichen Versorgung im Alter. Die medizinische Betreuung älterer Patientinnen und Patienten erfordert deshalb über die kurative Maßnahme hinaus einen umfassenden Ansatz mit individuellen medizinischen, präventiven, rehabilitativen, pflegerischen, sozialen, therapeutischen und ethischen Aspekten.

Eine ganz besondere Herausforderung stellt die Gruppe der Menschen dar, die an einer Demenz erkrankt sind, denn die oben beschriebenen Phänomene sind auch bei ihr zu beobachten. Hinzu kommen die Beeinträchtigungen durch die Demenz, die nicht nur vielfältig sein können, sondern sich auch noch recht spezifisch auf die oben beschriebenen Phänomene auswirken können (z. B. Schmerz). Demenz ist die Erkrankung, welche die Selbständigkeit im Alter am meisten beeinträchtigt. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen nimmt mit steigendem Lebensalter zu - von etwa 1,5 % bei um 65-jährigen Menschen bis zu 30 % bei über 90-jährigen Menschen. Die Demenzerkrankung vervierfacht das Risiko, auch pflegebedürftig zu werden. Nur 14 % der Männer und 6 % der Frauen, die an Demenz erkrankt waren, waren zum Zeitpunkt ihres Todes nicht pflegebedürftig. Auch sind die Pflegeverläufe länger und schwerer und gehen mit höheren Pflegestufen, höherer Inanspruchnahme von professionell erbrachten Pflegeleistungen und auch höherer Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung einher.⁸

Menschen mit Behinderung, insbesondere wenn sie mit einem Down-Syndrom zur Welt kamen, sind dabei erheblich gefährdet, frühzeitig an einer Demenz zu erkranken. Wird eine demenzielle Erkrankung im Frühstadium erkannt und behandelt, kann der demenzspezifische Abbau verlangsamt und Fähigkeiten länger erhalten werden. Bei Menschen mit hohen kognitiven Einschränkungen ist eine Früherkennung schwierig. Es ist deshalb wichtig, dass geriatrische Kompetenz auch für Hausärzte und Fachkräfte in Krankenhäusern und Behinderteneinrichtungen – bspw. als geriatrisches Konsil - verfügbar ist.

⁷ „Europäische Definition“ der European Union Geriatric Medicine Society (UEMS) Malta 03.05.2008, Kopenhagen 06.09.2008

⁸ Rothgang et al in: BARMER GEK Pflegereport 2010

2.3 Prävention und Gesundheitsförderung

Altersphysiologische Veränderungen erhöhen das Risiko von Erkrankungen. Trotzdem sind Altersprozesse und deren Folgen nichts Unveränderbares. Im höheren Alter dient Prävention der weitest möglichen Vermeidung von Krankheitslast (und damit einem Zugewinn an gesunden Lebensjahren), der Aufrechterhaltung von Selbständigkeit und der Verkürzung gesundheitlicher Beeinträchtigungen auf eine möglichst kurze Zeit vor dem Lebensende⁹.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert gesundes Alter(n) als einen Prozess der Optimierung von Möglichkeiten zum Erhalt der Gesundheit, der sozialen Teilhabe und der Sicherheit, mit dem Ziel, die Lebensqualität älterer Menschen zu fördern

Präventionsmaßnahmen für gutes Altern und zur Verringerung der Risiken für neurodegenerative Erkrankungen wie Alzheimer, Parkinson, aber auch Schlaganfälle und weitere Erkrankungen nutzen die vier zentralen Bausteine Ernährung, Bewegung, medizinische Vorsorge und geistig-soziale Aktivitäten. Spezifische geriatrische Präventionsansätze berücksichtigen dabei alterstypische Funktionsveränderungen und zielen darauf ab, die funktionelle Selbständigkeit im Alter so lange wie möglich zu erhalten.

Durch das Gesundheitsverhalten bspw. durch Vermeidung lebensstilbedingter Risikofaktoren, angemessene Ernährung, Bildung und Begegnung, körperliche Aktivität und Sport, soziales Engagement und Einbindung in soziale Netze sind viele Ursachen für Morbidität und Mortalität im Alter beeinflussbar.

Aber auch wenn bereits eine Erkrankung eingetreten ist, müssen älteren Menschen präventive - einschließlich rehabilitative - Maßnahmen zur Verfügung stehen. Diese können die Entwicklung von Komplikationen verhindern oder hinauszögern bzw. beispielsweise das Wiederauftreten der Erkrankung (bspw. erneutes Sturzgeschehen nach sturzbedingter Fraktur) verhindern.

Gesundheit entsteht dort, wo Menschen leben. Kommunale Akteure sind deshalb neben Hausärzten und ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zentrale Ansprechpartner für Gesundheitsförderung und Prävention. Städte und Gemeinden schaffen gesunde Umgebungen, integrieren Gesundheitsförderung in Lebenswelten und fördern Netzwerke. Vielfältige präventive Angebote von zahlreichen Initiativen der Selbsthilfe, (Sport-)Vereinen und Seniorengruppen existieren bereits.

Die Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ unterstützt Städte und Gemeinden bei der Planung und Umsetzung eines kommunalen und generationenfreundlichen Gesamtkonzepts zur Förderung der Gesundheit¹⁰. Auf der Ebene der Land- und Stadtkreise kommt den Kommunalen Gesundheitskonferenzen als regionalen Informations- und Kommunikationsplattformen von Akteuren im Gesundheitsbereich eine wichtige Bedeutung zu, beispielsweise beim Aufbau von Versorgungs- und Gesundheitsförderungsnetzwerken.

Viele der vor Ort angebotenen gesundheitsförderlichen und präventiven Aktivitäten für ältere Menschen werden gut genutzt. Für Menschen in besonderen, häufig schwierigen und belastenden Lebenslagen, für mobilitätseingeschränkte ältere Menschen und für demenziell erkrankte Menschen bedarf es noch speziell ausgerichteter, nicht stigmatisierender Angebote. Die Koordinierungsstelle „Gesundheitliche Chancengleichheit“ im Landesgesundheitsamt identifiziert und koordiniert geeignete Angebote im Bereich der Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Menschen zur Verbesserung der Strukturen vor Ort. Das ebenfalls dort angesiedelte Zentrum für Bewegungsförderung unterstützt auf Landes- und kommunaler Ebene die Förderung der Alltagsbewegung älterer Menschen.

⁹ Wurm, Tesch-Römer, 2009 in Bengel Jerusalem M:Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Göttingen_ Hogrefe;2009. S.317-327

¹⁰ <http://www.gesundheitsamt-bw.de/oegd/Netzwerke/Gesund-aufwachsen-in-BW/Seiten/default.aspx>

Zugehende Angebote wie der präventive Hausbesuch sind ein Instrument, um Menschen in ihrem Wohnumfeld zu erreichen. Das Land plant ein Modellprojekt durchzuführen, das zum wesentlichen Inhalt hat, den präventiven Hausbesuch als ein differenziertes Instrument zur Identifikation von Problemlagen im Umfeld der kommunalen Daseinsvorsorge zu erproben.

Bürgerschaftliches Engagement wird auch von den Kommunen unterstützt und in Modellversuchen vom Land gefördert. Erfolgversprechend sind Handlungsansätze, die professionelle Strukturen und Angebote in Städten und Gemeinden, möglichst im Quartier, für die älteren Menschen vernetzen und mit Bürgerschaftlichem Engagement zusammenführen.

Wichtig ist die Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und der Eigenverantwortung jedes Einzelnen durch eine gemeinsame Vorgehensweise aller im Bereich Gesundheit Aktiven und Verantwortlichen. Die Gesundheitspolitik in Baden-Württemberg hat das Ziel, die Gesundheit in allen Lebensphasen und Lebenswelten zu fördern, die Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken, die Früherkennung von Krankheiten zu unterstützen und damit die Entstehung von chronischen Erkrankungen langfristig zu vermeiden bzw. ihr Auftreten in spätere Lebensphasen zu verschieben. Damit soll die Lebensphase mit einschränkender Krankheit oder sogar Pflegebedürftigkeit verkürzt werden, um bei steigender Lebenserwartung möglichst viele beschwerdefreie Lebensjahre zu gewinnen.

Hierbei sollen auch die Patientenrechte und Fähigkeiten des Einzelnen zum Selbstmanagement gestärkt und Selbsthilfe vermehrt mit eingezogen werden. Im Rahmen einer alle Lebensbereiche umfassenden Strategie soll eine umfassende Integrationsplattform für bestehende und neue Ansätze, Programme und Projekte in der Gesundheitsförderung und Prävention geschaffen werden. Ein wichtiger Baustein hierbei ist der Erhalt der Mobilität über die Förderung von Bewegung in Setting-orientierten Ansätzen, bspw. in Seniorengruppen mit altersmedizinisch ausgebildeten Traineerinnen und Trainern. Der Abschlussbericht der Projektgruppe „Aktiv für ein gesundes Altern in Baden-Württemberg“ der AG Standortfaktor Gesundheit¹¹ liefert hierzu zahlreiche Hinweise, ebenso zu selbstbestimmtem Leben in eigener Häuslichkeit, zu medizinisch-pflegerischer Versorgung, zu geriatrischer Rehabilitation, sowie zu alltagsunterstützenden Technologien (AAL).

Hausärztinnen und Hausärzten kommt bei der Information über Präventionsmöglichkeiten in der Kommune und der medizinischen Prävention eine wichtige Rolle zu.

Zu den vielfältigen medizinischen präventiven Maßnahmen, die zum Teil auch ausschließlich für ältere Menschen angeboten werden, zählt beispielsweise der Gesundheits-Check-Up ab 35 Jahren, Impfungen zum Schutz vor Pneumokokken und Influenza entsprechend der Schutzimpfungsrichtlinie und der Empfehlung des Landes Baden-Württemberg, Krebsfrüherkennung bspw. Mammographie-Screening ab 50 Jahren und Koloskopie ab 55 Jahren.

Das hausärztlich-geriatrische Basis-Assessment ist seit 2005 als abrechenbare Leistung im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verankert. Es ermöglicht eine strukturierte Erfassung von Funktions-, Fähigkeits- und Hirnleistungsstörungen sowie die Beurteilung der Sturzgefahr als Grundlage für Behandlung, Beratung und Unterstützung. Auch die Belastbarkeit kann in der Hausarztpraxis abgeklärt werden. In der Hausarztpraxis sollen gesundheitliche Ressourcen erkannt und gestützt werden.

Gesundheits- und Krankenpflegekräfte-, Altenpflegekräfte oder Therapeuten, die mit ihrem Beratungsauftrag in die Wohnungen von pflegebedürftigen Menschen kommen, werden im regelmäßigen Umgang mit den Pflegebedürftigen und den pflegenden Angehörigen auch präventiv tätig. Eine enge Einbindung in die präventive ärztliche Beratung ist zielführend.

¹¹ http://www.sm.baden-wuerttemberg.de/de/Umsetzung_der_Gesundheitsstrategie_Baden-Wuerttemberg_-_AG_Standortfaktor_Gesundheit/250052.html?referer=259215&_min=_sm

Die Geriatrischen Schwerpunkte und Zentren haben als Kompetenz- und Referenzeinrichtungen in jeweiligen Stadt- und Landkreis den Auftrag, die ambulanten Versorgungsstrukturen mit geriatrischem Fachwissen zu unterstützen und Hausärztinnen und Hausärzte, Pflegekräfte und weitere in der Prävention tätige Akteure fachlich zu unterstützen bspw. mit Schulungsangeboten.

Auch in Pflegeheimen sind besondere Maßnahmen zur Prävention erforderlich. Beispielsweise konnte mit der im Rahmen der Neuakzentuierung der Prävention in Baden-Württemberg erfolgten Etablierung von Angeboten zur Sturzprävention eine deutliche Verbesserung erzielt werden.

Die Sicherung der Zahn- und Mundgesundheit in stationären Pflegeeinrichtungen durch zahnärztliche Prophylaxe-Maßnahmen, vor allem aber durch konsequente Fortsetzung regelmäßiger Kontrolluntersuchungen ist geeignet, Ernährungsdefiziten in Folge unerkannter Kauprobleme wie auch Folgeerkrankungen schlechter Zahn- und Mundhygiene vorzubeugen. Die Landes Zahnärztekammer mit ihrem Arbeitskreis Alterszahnheilkunde und Behindertenbehandlung entwickelt nachhaltige Strategien der Schulung von Pflegekräften in Aus- und Fortbildung sowie durch bestellte Senioren- und Behindertenbeauftragte in den Kreisen als Vermittler zwischen Pflegeeinrichtungen bzw. pflegenden Angehörigen und betreuenden Zahnärzten.

Es gibt einen Kreis häufiger Problemkonstellationen, die immer wieder zu Krankenhauseinweisungen von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern führen. Spezielle Präventionsmaßnahmen, wie im Folgenden aufgelistet, sind geeignet, die Zahl der Krankenhauseinweisungen zu verringern:

- Influenza- und Pneumokokken-Impfung für Bewohnerinnen und Bewohner und Personal
- Dysphagie- (Schluckstörungen-) Screening
- Verbesserung der Mundhygiene sowie deren konsequente Überwachung
- strenge Indikationsstellung von Blasenkatheter und Ernährungssonden
- strukturierte Überwachung der Pharmakotherapie
- in die Behandlung integrierte Schulungsmaßnahmen bspw. bei Diabetes
- Sturzprophylaxe

2.4 Geriatrische Versorgung aus Sicht der Betroffenen und Angehörigen

Angesichts der Erfahrung, dass mit zunehmendem Alter ein Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens immer seltener wird, hat die ältere Bevölkerung an medizinische und pflegerische Versorgungsangebote und deren Strukturen drei grundsätzliche Erwartungen:

1. Ältere Menschen wollen den Alltag möglichst lange selbstständig und selbstbestimmt in der eigenen Häuslichkeit bewältigen. Hierbei sollen die Versorgungsangebote helfen.
2. Ältere Menschen wünschen durch eine entsprechende Versorgung Unterstützung zu finden, wenn sie lernen müssen, mit Einschränkungen und Behinderungen zu leben.
3. Ältere Menschen erwarten, dass das Leben mit Hilfe einer medizinischen, pflegerischen und palliativen Versorgung in Würde zu Ende gehen kann.

Eine Hauptsorge im Blick auf das hohe Alter ist der Verlust an alltagspraktischer Kompetenz und damit die Angst vor Abhängigkeit und Fremdbestimmung. Eine wichtige Anforderung an Versorgungsangebote ist deshalb aus Sicht von Älteren die Aufrechterhaltung, bzw. Wiederherstellung eines selbstständigen und selbstverantworteten Lebens. Ältere Menschen wünschen sich so lange wie möglich die Erhaltung von Ressourcen für eine möglichst aktive Lebensgestaltung.

Dazu gehört die Möglichkeit persönlich bedeutsame Aufgaben auszuüben, die Selbstständigkeit im Alltag, die Selbstverantwortung der Alltagsgestaltung und Lebensplanung, die Offenheit für neue Erfahrungen und Anregungen und die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung und Gründung tragfähiger

sozialer Beziehungen. Um dies erreichen zu können, wünschen sich ältere Menschen wohnortnahe Präventionsangebote bspw. Sturzprophylaxe.

Ältere Menschen wünschen sich am Wohnort einen Arzt, der auf ihre Probleme und Bedürfnisse achtet, Zeit und Geduld hat, verständlich über Diagnose und Behandlung informiert, über ein spezialisiertes Wissen über Erkrankungen im Alter und deren Behandlung verfügt, sie ganzheitlich betrachtet und ihnen dabei hilft, die Ressourcen für ein selbstbestimmtes Leben zu erhalten bzw. wieder zu erlangen. Ältere Menschen benötigen für den Zugang zu den Versorgungssystemen und bei der individuellen Inanspruchnahme der Hilfeangebote Unterstützung und verständliche Beratung. Der Hausarzt bzw. die Hausärztin ist für die älteren Menschen zentraler Ansprechpartner von dessen bzw. deren Wissen und Entscheidungen es oft abhängt, wie lange es möglich ist, selbständig zu leben.

Wenn personale Ressourcen der aktiven Lebensgestaltung durch eine entsprechende Versorgung unterstützt, erhalten bzw. wieder hergestellt werden können, dann wird auch eine in Teilen eingeschränkte, aber noch aktive Lebensgestaltung zu einer Lebensqualität führen, die von einer subjektiv empfundenen Lebenszufriedenheit geprägt ist. Dies betrifft vor allem Menschen im hohen Alter. Ältere Menschen wünschen sich, dass bei einer Behandlung im Krankenhaus nicht nur die akute Erkrankung, sondern sie als Patientin oder Patient mit allen Vorerkrankungen und Beeinträchtigungen im Mittelpunkt der ärztlichen und pflegerischen Betrachtung stehen. Sie erwarten, dass das fachärztliche und therapeutische Personal und die Pflege im Krankenhaus miteinander reden und gemeinsam, orientiert am Patientenwohl, eine Behandlung durchführen.

Ältere Menschen möchten nicht unnötig lange in einem Krankenhaus bleiben müssen. Jedoch benötigen sie ausreichend Zeit, sowie eine gute medizinische Behandlung und pflegerische Unterstützung, um ihre Selbstständigkeit im möglichst hohen Maße wiederzuerlangen und um Unterstützungsmöglichkeiten organisieren zu können. Die deutlich verkürzte Verweildauer in Krankenhäusern führt oftmals dazu, dass ältere Menschen dort ihre Ressourcen nicht mehr aufbauen können und ihnen nach einem Klinikaufenthalt ein selbstständiges Leben unmöglich ist. Notwendig sind daher rehabilitativ-therapeutische Maßnahmen begleitend zur medizinischen Diagnostik und Therapie und ein gutes Entlass-Management, bei dem auch Rehabilitationspotentiale regelmäßig erkannt und in einer Anschlussheilbehandlung nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ genutzt werden. Erwartet wird ebenfalls eine integrierte Versorgung, bei der Ärzte, Fachärzte, Pfleger in ambulanten Pflegediensten, Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und andere Leistungserbringer kooperieren und für den notwendigen Wissensaustausch sorgen. Da sowohl ältere Menschen als auch ihre Angehörigen in der Regel im besonderen Maße auf die Nähe von Verwandten und auf die bestehenden sozialen Kontakte angewiesen sind, ist die Wohnortnähe der Angebote von hoher Bedeutung.

Wichtig ist, dass die Rehabilitationsmaßnahmen nahtlos an die Akutversorgung anschließen. Gerade ältere Menschen und die Angehörigen werden durch Wartezeiten oder kurzfristig wechselnde Unterbringungen besonders belastet. Besonders hilfreich sind speziell auf ältere Menschen ausgerichtete, geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen.

Wenn die Kräfte nicht mehr ausreichen und ein Umzug in ein Pflegeheim notwendig wird, wünschen sich ältere Menschen auch dort eine gute geriatrische Versorgung.

Eine weitere Erwartung mit Blick auf das Ende des Lebens richtet sich an die palliativmedizinische Versorgung. Hier erwarten alte Menschen - ob zu Hause, im Pflegeheim oder im Krankenhaus - eine kompetente, palliativmedizinische und pflegerische Versorgung. Die letzte Lebensphase sterbender Patientinnen und Patienten kann friedlich und in Würde verlaufen, wenn eine angemessene Pflege und palliativmedizinische Betreuung unter Wahrnehmung und Behandlung dessen, was Unbehagen, Angst oder Schmerz hervorruft, angeboten wird.

Vielen älteren Menschen ist das selbstbestimmte Wohnen in der eigenen Häuslichkeit nur möglich, weil sich Angehörige um sie kümmern. Ohne diese Eigen- und Selbsthilfe wäre die geriatrische Versorgung insgesamt sicher nicht zu lösen: Sie stellt daher einen unschätzbaren Wert und einen unverzichtbaren Beitrag für unsere Gesellschaft dar. Pflegende Angehörige brauchen Unterstützung, Anleitung und Entlastung. Über Monate und vielfach auch über Jahre hinweg, kümmern sich Familienmitglieder oder Freunde - oft rund um die Uhr - um ihre älteren Angehörigen. Viele davon müssen die Pflege und Betreuung mit einer eigenen Berufstätigkeit in Einklang bringen.

Die Angehörigen alter Menschen benötigen verständliche Informationen, Beratung sowie Hilfen für den Zugang zu den Versorgungssystemen. Hilfreich sind hier neben den Pflegestützpunkten auch kleine soziale Netze, Seniorennetzwerke, Pflegebegleiter und ambulante Pflegedienste, die durch ambulante ärztliche Versorgung und ambulante/mobile geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen unterstützt werden.

Für ältere Menschen und deren Angehörige ist es wichtig, und sie erwarten dies, dass die für sie im Sozialgesetzbuch aufgeführten Leistungen bekannt gemacht, angeboten und vor allem auch bewilligt werden.

Besondere Beachtung im Detail erfordert die Situation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. Sie brauchen ein engmaschiges und gut koordiniertes Netz an Begleitung und Unterstützung, das den besonderen Bedürfnissen und Erfordernissen einer dementiellen Erkrankung Rechnung trägt. Dies umfasst die häusliche Versorgung und die Alltagsbewältigung, gegebenenfalls eine angepasste Versorgung im Akutkrankenhaus, ergänzte Versorgungsangebote im teil- und vollstationären Bereich und zudem auch Angebote für die unerlässliche Selbstpflege, der in der Regel hochstrapazierten Angehörigen. Von großer Bedeutung sind auch hier Rehabilitationsmaßnahmen, insbesondere für pflegende Angehörige.

2.5 Rolle der Selbsthilfe und des Bürgerschaftlichen Engagements

Die Möglichkeiten der Selbsthilfe als Form der Selbstorganisation und als Hilfe zur allgemeinen Lebensbewältigung (zum Beispiel im Bereich der gesundheitlichen und sozialen Versorgung) sind gerade auch für ältere Menschen vielfältig. Ein verändertes positives Altersbild motiviert zu gesundheitsbewusstem Verhalten, um Risiken von Krankheit und Pflege zu vermeiden bzw. zeitlich hinauszuschieben.

Da soziale Kontakte eine gesundheitsförderliche Ressource darstellen, spielen Selbsthilfegruppen eine wichtige Rolle für die Prävention von seelischen, aber auch körperlichen Erkrankungen im Alter. Hilfreich zur Vorbeugung und Bewältigung einer Krankheit ist auch der Austausch mit Menschen, die ähnliche Probleme haben. Selbstorganisierte Initiativen und Gruppen bieten sowohl das Potenzial für die Betroffenen, sich gemeinsam mit anderen eigenverantwortlich ihren Problemen zu stellen, als auch das Potenzial, durch bürgerschaftliches Engagement für andere Betroffene ein Teil der Problemlösung zu sein.

Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass entsprechende Rahmenbedingungen vorhanden sind, die Selbsthilfe für ältere Menschen unterstützen. Hilfreich ist, wenn präventive Angebote wohnortnah, niederschwellig und leicht zugänglich angeboten werden. Obwohl Sturzprophylaxe schon ein weit verbreitetes Angebot ist, kommt es doch häufig nicht bei dem Personenkreis an, der akut sturzgefährdet ist. Zugehende Angebote für zu Hause lebende ältere Menschen, die durch verschiedene Erkrankungen ein hohes Sturzrisiko haben und Veranstaltungsorte nicht mehr ohne Unterstützung erreichen können, sind notwendig. Mit Wohnberatungsangeboten für ältere Menschen können ebenfalls Stürze und häusliche Unfälle vermieden, die Sicherheit in der Wohnung erhöht und der Erhalt der Selbstständigkeit gefördert werden. Es ist eine große Unterstützung und Entlastung, wenn Betroffene auf eine gute Nachbarschaft, bestehende soziale Kontakte und auf Freunde bau-

en können. In der Bevölkerung besteht teilweise eine große Bereitschaft, sich bürgerschaftlich zu engagieren. Gute Rahmenbedingungen für bürgerschaftliches Engagement sind in Baden-Württemberg in den Kommunen vielfach schon vorhanden.

Die Landesregierung hat eine Engagement-Strategie beschlossen u.a. im Handlungsfeld „Ältere und Pflege“. Dabei sollen professionelle Hilfe und Leistungen durch ehrenamtliches Engagement nicht ersetzt, sondern ergänzt werden. In Baden-Württemberg wurden in den letzten Jahren zahlreiche Initiativen des Bürgerschaftlichen Engagements gegründet wie zum Beispiel Seniorenetzwerke und Seniorengenossenschaften, die dazu beitragen, eigene und selbstbestimmte soziale Netze für ältere Menschen zu knüpfen. Es gibt vielfältige Formen der Nachbarschaftshilfe, Krankenpflege- und Betreuungsvereine, Senioren- und Bürgertreffpunkte, Altenklubs der Wohlfahrtsverbände und Kirchen wirken an dieser Aufgabe mit und auch Orts-, Stadt- und Kreissenorenräte setzen sich für die Verbesserung des helfenden Umfeldes ein. Auch in der geriatrischen Versorgung sind Formen der Unterstützung durch freiwillige Helfer möglich. Beispielhaft seien als Möglichkeiten genannt: Gespräche führen, vorlesen, Briefe schreiben, gemeinsames Spaziergehen, Kinobesuche, einkaufen, kochen, Behördengänge erledigen, Hilfe bei der Einhaltung ärztlicher Anordnungen. 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 ersetzen es durch die Erfahrung sozialer Nähe. Sie ermutigen Optimismus und Selbstvertrauen und begünstigen damit die Bereitschaft zur Selbstverantwortlichkeit.

3. Grundsätze, Ziele und Handlungsfelder einer bedarfsgerechten geriatrischen Versorgung

Aus der steigenden Zahl älterer und hochbetagter Menschen - und hierunter in besonderem Maß auch der demenzkranken Menschen - ergeben sich veränderte Anforderungen an das Gesundheitswesen. Dieser zunehmende Bedarf an geriatrischer Versorgung ist als gesellschaftspolitische Herausforderung anzunehmen und entsprechend den folgenden Prinzipien zu gestalten:

Selbständigkeit

Oberstes Ziel aller Anstrengungen in der geriatrischen Versorgung ist es, den alten Menschen möglichst lange Lebensqualität und ein selbständiges Leben, wenn möglich im vertrauten Umfeld, zu erhalten.

Prävention und Gesundheitsförderung

Wohnortnahe und niederschwellige Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung sind notwendig, um die gesundheitlichen Ressourcen und die Eigenverantwortung jedes Einzelnen zu stärken. Sie dienen dazu, die Zeit gesunden Alterns zu verlängern und die funktionelle Selbständigkeit im Alter so lange wie möglich zu erhalten.

Kommunale Akteure sind neben Hausarztpraxen und ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zentrale Ansprechpartner für Gesundheitsförderung und Prävention.

Kommunalen Gesundheitskonferenzen als regionalen Informations- und Kommunikationsplattformen von Akteuren im Gesundheitsbereich kommt eine große Bedeutung zu.

Präventive Maßnahmen sind auch bei bereits eingetretener Beeinträchtigung und Pflegebedürftigkeit einzubeziehen mit dem Ziel, Teilhabe und ein möglichst selbständiges Leben zu ermöglichen. Für Menschen in besonderen, schwierigen und belastenden Lebenslagen, für mobilitätseingeschränkte ältere Menschen und für demenziell erkrankte Menschen bedarf es zudem noch speziell ausgerichteter, nicht stigmatisierender Angebote.

Hier sind Krankenkassen, Kommunen und medizinische Versorger gefordert, vielfältige niederschwellige Angebote im Sozialraum zu entwickeln. Die Strukturen bürgerschaftlichen Engagements in Baden-Württemberg können dabei genutzt werden.

Ambulante Behandlung

Die enge Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen ist eine zentrale Voraussetzung für den Erfolg der geriatrischen Behandlung.

Eine bessere Vernetzung und Koordination der bestehenden Versorgungs- und Beratungsangebote, Unterstützung der hausärztlichen Versorgung durch Geriatrische Institutsambulanzen und die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen unter Einschluss von Pflege und ambulanten Therapien ist erforderlich.

Die Geriatrischen Schwerpunkte haben die Aufgabe, diesen Prozess mit ihrer Fachkompetenz zu unterstützen.

Hausärzten und Pflege kommt in der ambulanten Behandlung bis hin zur Betreuung in Pflegeeinrichtungen eine Koordinationsfunktion zu, die eine hohe geriatrische Fachkompetenz erfordert.

Geriatrische Risikoprofile müssen frühzeitig erkannt werden. Das hausärztlich-geriatrische Basis-Assessment ist im Sinne einer frühen Identifikation von Risikopatienten in der Regel ab dem 70. Lebensjahr sinnvoll.

Krankenhausbehandlung

Die geriatrische Versorgung kann nicht allein über einzelne geriatrisch spezialisierte Kliniken gewährleistet werden. Sie muss in allen Krankenhäusern gewährleistet werden können. Dazu ist eine geriatrische Qualifizierung erforderlich.

Die Strukturen und Abläufe in den Krankenhäusern müssen verstärkt auf die Bedürfnisse alter Menschen ausgerichtet werden.

Mit der Etablierung geriatrischer Behandlungseinheiten in Akutkrankenhäusern wird eine qualifizierte altersmedizinische Behandlungsstruktur in Krankenhäusern geschaffen.

Zur Umsetzung einer bedarfsgerechten Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten in allen Krankenhäusern ist es notwendig, dass der Prozess der Identifikation bei der Aufnahme, in der Behandlungsplanung und in der Überleitung in geriatrische Rehabilitation verankert ist.

Hierfür ist die Kompetenz der geriatrischen Schwerpunkte und Zentren in ihren Aufgabenbereichen der exemplarischen Fallkonferenzen, der krankenhausübergreifenden Kooperation und der Fort- und Weiterbildung zu nutzen.

Die Geriatrischen Schwerpunkte und Zentren sollen eng mit den geriatrischen Behandlungseinheiten zusammenarbeiten.

In ihrer Vernetzungsfunktion stellen die Geriatrischen Schwerpunkte und Zentren zukunftsweisende Strukturen dar und können als Kristallisationspunkte für Einrichtungs- und Sektorengrenzen-übergreifende integrierte Versorgungsnetze dienen.

Rehabilitation

Die ambulante, mobile und stationäre geriatrische Rehabilitation sind wesentliche Säulen in der Sicherung der Lebensqualität älterer Menschen. Sie sollen regelhaft wohnortnah erfolgen, um die Verankerung in Familie und Wohnort zu erhalten und die Angehörigen in den Rehabilitationsprozess einzubeziehen.

Geriatrische Patientinnen und Patienten bzw. Versicherte haben bei entsprechender Indikation einen Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation. Der Zugang zu geriatrisch-rehabilitativer Behandlung muss sowohl aus stationärer wie aus ambulanter Behandlung heraus unbürokratisch und pragmatisch gestaltet werden mit dem Ziel „Rehabilitation vor Pflege“.

Die geriatrische Rehabilitation mit hoher fachlicher Qualität, soll in ihrer Struktur flächendeckend erhalten und bedarfsgerecht ausgebaut werden. Die ambulante und die ambulant-mobile geriatrische Rehabilitation stellen flexible und daher auch zukunftsorientierte Versorgungsformen dar. Ein zügiger Ausbau ist dringlich.

In der geriatrischen Rehabilitation ist eine ausreichende Finanzierung sicherzustellen. Die gesetzlichen Krankenkassen bekennen sich zu ihrer Struktur- und Finanzierungsverantwortung.

Ganzheitlicher geriatrischer Behandlungsansatz

Geriatrische Patientinnen und Patienten haben schwerwiegende, oftmals chronische Erkrankungen, die zu den üblichen altersbedingten Veränderungen noch dazukommen.

Geriatrische Versorgungsstrukturen und Behandlungsabläufe müssen diese besonderen Belange der alten und hochbetagten Patientinnen und Patienten berücksichtigen. Sie müssen als ein therapeutisch-rehabilitatives Gesamtkonzept angelegt sein unter Einbezug physischer, psychischer, funktioneller und sozialer Aspekte.

Hauptziel der Behandlung ist die Optimierung des funktionellen Status der Patientinnen und Patienten mit Verbesserung der Lebensqualität und Autonomie und Förderung der Teilhabe.

Flächendeckende Versorgung in Sektoren übergreifender Kooperation und Koordination

Für die Gesundheitsversorgung der älteren Bevölkerung im Flächenland Baden-Württemberg wird das Ziel einer gemeindenah organisierten, ambulant vor stationär ausgerichteten, vernetzten und durchgängigen geriatrischen Versorgung mit den Kernelementen der Prävention, der Akutmedizin (haus- und fachärztlich, Krankenhaus), der Rehabilitation (ambulant, stationär, mobil), der Pflege und der Palliation verfolgt.

Gerade der alte Mensch ist auf den Erhalt seiner Verankerung in Familie und Wohnumfeld angewiesen. Die Verzahnung von Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation, Kuration und Pflege zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten und von Kontinuität gezeichneten Versorgung in Wohnortnähe, aber auch die Einbindung und Förderung informeller Unterstützungs- und Hilfesysteme stellen besondere Herausforderungen für das zukünftige Gesundheitssystem dar.

Zur Umsetzung dieses Ziels wird die Etablierung regionaler geriatrischer Versorgungsnetzwerke mit ambulanten, integrierenden und stationären Angeboten angestrebt.

Es ist Aufgabe aller an der Versorgung Beteiligten, die weitere Realisierung der Interdisziplinarität, der Einrichtungs- und Sektorenübergreifenden Kooperation und des ganzheitlichen Behandlungsansatzes zu fördern.

Qualifikation, Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die besonderen Aspekte der Medizin für ältere Menschen und die daraus resultierenden Anforderungen an das Gesundheitswesen müssen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung im ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich verstärkt berücksichtigt werden.

Im Mittelpunkt muss die geriatrische multiprofessionelle Arbeitsweise stehen, die sich an den vorhandenen Ressourcen und den bestehenden Funktionsdefiziten der Betroffenen orientiert und darüber hinaus in besonderem Maße die Bewältigung der konkreten Alltagsprobleme im Blick hat. Die dafür erforderliche Koordination und Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe muss dazu auch Gegenstand der Qualifikation, Aus-, Fort- und Weiterbildung sein.

Erhalt und Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung

Bewährte geriatrische Versorgungsstrukturen im ambulanten, akutstationären wie auch rehabilitativen Bereich sind langfristig in ihrem Bestand zu sichern und an die sich verändernden Anforderungen anzupassen. Ziel ist ein bedarfsgerechtes und qualitativ hochwertiges geriatrisches Versorgungsangebot im Land.

Das aktualisierte Geriatriekonzept soll diesen Prozess weiter fördern. Alle an der Versorgung Beteiligten, Land, Krankenkassen, Pflegekassen, Sozialhilfeträger, Leistungserbringer und Kommunen wirken gemeinsam an der Anpassung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für geriatrische Patientinnen und Patienten mit und leisten entsprechend ihrer Verantwortung ihren Beitrag zur Finanzierung.

Das Geriatriekonzept ist ein dynamisches Konzept, das auch an künftige Entwicklungen angepasst und weiterentwickelt werden muss. Hierzu wird in Baden-Württemberg der Landesbeirat Geriatrie eingerichtet, in dem neben dem Sozialministerium u. a. auch die Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK), die geriatrischen Landesarbeitsgemeinschaften, die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG), die Landesärztekammer und Landes Zahnärztekammer, weitere an der geriatrischen Versorgung beteiligte Berufsgruppen, die kommunalen Landesverbände, der Landesseniorenrat und die Kassenärztliche und –zahnärztliche Vereinigung vertreten sind.

4. Ambulante medizinische Behandlung und pflegerische Betreuung

4.1 Ärztliche Versorgung

4.1.1 Hausärztliche Versorgung

Die hausärztliche Versorgung erfüllt im deutschen Gesundheitswesen wesentliche Funktionen der gesundheitlichen Primärversorgung. Die hausärztliche Praxis stellt bei gesundheitlichen Problemen die erste und konstante Anlaufstelle für die Menschen dar. Ihr kommt eine Schlüsselfunktion in der Behandlung und Koordination der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten zu.

Hausärztin oder Hausarzt obliegen diverse Aufgaben, von der Beratung über präventive Verhaltensstrategien und Trainingsangebote, über die ambulante akute Intervention - gegebenenfalls mit der Einweisung zur stationären Krankenbehandlung - bis zur Verordnung einer rehabilitativen Behandlung. Diese Aufgaben bestehen mit besonderer Herausforderung auch in der Betreuung hochbetagter Menschen in Pflegeeinrichtungen.

Die älteren Menschen bedürfen in einer patientenzentrierten vernetzten Versorgungslandschaft häufig verschiedener Angebote. Die direkte ärztliche Intervention tritt hier phasenweise hinter Interventionen der Pflege und anderer therapeutischer Professionen zurück. Der hiermit verbundene erhöhte Abstimmungsbedarf zwischen den einzelnen Leistungserbringern wird wesentlich durch die hausärztliche Praxis geleistet.

Der fachliche Austausch mit bereits betreuenden pflegerischen und therapeutischen Fachkräften ist häufig zweckmäßig. Dies gilt bspw. für Fragestellungen, die eine Beratung im häuslichen Umfeld erfordern, wie Wohnraumanpassung zur Sturzprophylaxe, komplexere Fragestellungen oder die Beratung pflegender Angehöriger.

Perspektivisch sind Überlegungen zur Entlastung der Person der Hausärztin oder des Hausarztes durch Übertragung bestimmter Tätigkeiten an besonders qualifizierte Medizinische Fachangestellte und andere Gesundheitsprofessionen erforderlich. Die Stärkung der ambulanten Versorgung durch verbesserte Kooperationen mit Pflegefachkräften in ambulanten Pflegediensten sowie auch weiteren therapeutischen Berufsgruppen, soll im Rahmen von Modellvorhaben erprobt werden.

Eine bessere Vernetzung und Koordination der bestehenden Versorgungsangebote, ärztlicher Therapie, Pflege und Heilmittelbehandlung, ist anzustreben mit dem Ziel bei schleichendem Funktionsverlust im Rahmen geriatrischer Syndrome eine bleibende Beeinträchtigung und Eintritt oder Zunahme der Pflegebedürftigkeit abzuwenden.

Zur Identifikation geriatrischer Risikoprofile wird das hausärztlich-geriatrische Basis-Assessment eingesetzt. Dies dient der gezielten Überprüfung der Funktions- und Fähigkeitsstörungen älterer Patientinnen und Patienten, die deren Lebensqualität entscheidend beeinflussen. Das Basis-Assessment ist im Sinne einer frühen Identifikation von Risikopatienten in der Regel ab dem 70. Lebensjahr sinnvoll und sollte deswegen besonders gefördert werden.

4.1.2 Fachärztliche (Gebietsärztliche) Versorgung

Bei spezifischen medizinischen Fragestellungen stehen niedergelassene und ermächtigte Fachärztinnen und -ärzte und Einrichtungen der (gebietsärztlichen) Sekundärversorgung zur Verfügung.

Die niedergelassenen Fachärzte/Gebietsärzte stellen ein wichtiges Bindeglied zwischen der hausärztlichen Primärversorgung und der hoch spezialisierten stationären Behandlung dar.

Eine enge Kooperation von Hausärzten und psychiatrischen und neurologischen Fachärzten (Nervenärzte, Ärzte für Psychiatrie, Ärzte für Neurologie) ermöglicht eine differenziertere Abklärung oder eine Behandlung gerontopsychiatrischer Problemkonstellationen. Gerontopsychiatrische Erkrankungen sind im Alter häufig, beeinträchtigen die Lebensqualität massiv, und führen oft zum Verlust der Selbstständigkeit. Depressive Störungen im Alter werden oft nicht erkannt und gehen unabhängig von somatischer Komorbidität mit einer starken Inanspruchnahme von ambulanten medizinischen Angeboten und längeren stationären Aufenthalten einher. Demenzerkrankungen sind häufig und stellen einen starken Risikofaktor für den Verlust der Selbstständigkeit und von Krankenhausaufnahmen dar.

4.2 Ambulante pflegerische Versorgung

Die professionelle Pflege leistet einen zentralen Beitrag zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. 25 von 1.000 Einwohnern ab 65 Jahre werden durch einen der derzeit rund 1.110 ambulanten Pflegedienste in Baden-Württemberg versorgt. In der pflegerischen Versorgung werden dabei in der Regel Leistungen der Pflege nach SGB XI und Leistungen der medizinischen Versorgung durch Behandlungspflege nach SGB V aus einer Hand von den Pflegekräften durchgeführt.

Pflege versteht sich als eine gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative und palliative Disziplin, die Menschen dabei hilft, ihren Alltag mit möglichst hoher Lebensqualität zu bewältigen und ggf. einen neuen Alltag mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und/oder Pflegebedürftigkeit zu etablieren. Die Pflege plant und steuert diese individuellen und spezifischen Pflegeprozesse gemeinsam mit den Pflegebedürftigen. Sie bezieht Angehörige und auch andere Berufsgruppen dabei ein und übernimmt so eine Schlüsselrolle in der geriatrischen Koordinierung und Versorgung. Als wissenschaftlicher Bezugsrahmen dient hier das Pflegeprozessmodell.

Die Begleitung von geriatrischen Patientinnen und Patienten in ihrem Alltag ist eine anspruchsvolle fachliche Aufgabe für Pflegende. Selbstverständlich ist auch der Versorgungskontext entscheidend für die Auswahl von pflegerischen Hilfeangeboten. Immer steht auch hier im Vordergrund, die Betroffenen bei einem selbstbestimmten und selbstständigen Leben zu unterstützen, mögliche Ressourcen zu mobilisieren und den Betroffenen zu helfen, einen eigenen, selbstgewählten Weg der Bewältigung ihrer Lebensaufgaben zu finden. Pflege kann und darf hier nur Angebote machen, die die Betroffenen annehmen oder ablehnen können. Professionell Pflegende sind dem internationalen ethischen Kodex der Pflege (ICN Kodex) verpflichtet und richten ihre pflegerische Hilfeangebote an diesen Richtlinien aus.

Eine besondere Herausforderung ergibt sich aus der Komplexität der Lebenslagen von geriatrischen Patientinnen und Patienten. Bei ihrer Begleitung ist es wichtig, Veränderungen rasch erkennen und einordnen zu können. Die enge Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen ist hier eine zentrale Voraussetzung für den Erfolg. Das Erkennen bspw. diffuser Symptom-Präsentation ist eine Grundlage für professionelles Hilfehandeln. Darauf aufbauend sollte sichergestellt werden, dass bspw. im Rahmen einer interdisziplinären Fallkonferenz die Hilfsangebote der verschiedenen Professionen aufeinander abgestimmt sind und Prioritäten gesetzt werden. Pflegende sind aber nicht nur aktive Berufsgruppe bei der Konzeption und Umsetzung von medizinischen und pflegerischen Hilfen, sie koordinieren und managen in Abstimmung mit dem Hausarzt den gesamten Versorgungsprozess und stimmen die einzelnen Leistungsangebote immer wieder aufeinander ab. Dabei ist es wichtig, mit einem ebenso komplexen, übersichtlichen und zugleich praktikablen Informations- und Dokumentationssystem zu arbeiten.

Die Schulung und Beratung der Betroffenen nimmt einen sehr hohen Stellenwert in der Betreuung ein. Diese umfassen Themen wie Ernährung, Sturzprävention, Inkontinenz, Beratung zur Wohnumfeld-Gestaltung und auch Anleitung, Beratung, Schulung zum Umgang mit Krankheitssymptomen und zur Symptomkontrolle.

Der Lebensabschnitt Alter geht mit vielen existentiellen Fragen einher, die bei den Betroffenen Ängste auslösen können. Alte und vielfältig erkrankte Menschen setzen sich mit der Endlichkeit ihres Lebens auseinander. Sie und ihre Angehörigen und Freunde stehen vor einer tiefgreifenden Thematik, der sich viele Menschen erst in diesem Lebensabschnitt stellen. Sterben als unumkehrbarer Lebensprozess wird als Lebensbedingung bewusst erkannt. Pflegende begleiten diesen Alltag und stehen vor der Aufgabe, die entstehenden Themen und Fragen anzunehmen. Sie stehen hier neben anderen Professionen, bspw. Seelsorgern, zur Verfügung. Die Pflegenden sollten Bereitschaft und Zeit für Begleitung und Gespräche haben, um die Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen zu ermöglichen.

Neben der Unterstützung und Anleitung von Angehörigen bei der Versorgung ihrer pflegebedürftigen Familienmitglieder hat die Angehörigenarbeit im weiteren Sinne in der Betreuung geriatrischer Patientinnen und Patienten ebenfalls einen besonders hohen Stellenwert. Pflegende begleiten die Veränderungsprozesse in Familien, in den Beziehungen und in den Neudefinitionen der sozialen Rollen. Hier gilt es auch Themen wie „Schuld“, „Selbstsorge“ und „Mitarbeit in der pflegerischen Betreuung“ aktiv aufzugreifen und in einen Klärungsprozess zu überführen.

4.3 Weitere ambulante Versorgungsangebote und Versorgungsnetzwerke

Medizinische Versorgung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern

In Baden-Württemberg leben knapp 88.000 pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen¹². Die Versorgung pflegebedürftiger Heimbewohnerinnen und -bewohner bringt eine Reihe typischer Herausforderungen mit sich. Sie weisen in der Regel multiple geriatrische Morbiditäts- und Risikokonstellationen auf. Es bestehen sehr individuelle medizinische (und sonstige) Versorgungsbedarfe, die auch ethische und die individuelle Belastbarkeit berücksichtigende Versorgungsentscheidungen erfordern. Auch nimmt die Zahl hochbetagter, erkrankter und sterbender Heimbewohnerinnen und Heimbewohner zu. Stationäre Einrichtungen in Baden-Württemberg integrieren mittlerweile im Bedarfsfall zunehmend ambulante Hospizdienste und weitere externe Dienste und integrieren Aspekte einer palliativen und hospizlichen Versorgungskultur.

Vielfach haben Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Einrichtungen nur begrenzte Möglichkeiten, ihre Interessen und Bedürfnisse selbst wahrzunehmen. Entsprechend hoch ist ihre Abhängigkeit nicht nur von Pflegeleistungen, sondern auch von präventiver Risikoeinschätzung und kontinuierlicher, qualifizierter ärztlicher Kontrolle ihres gesundheitlichen Status. Ferner sind Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner in ihrer Versorgung in hohem Maße auf „Komm“-Strukturen angewiesen, da alternativ oft nur der Transport in die Arztpraxis oder ins Krankenhaus bleibt.

Die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen wird vorwiegend von Hausärzten und fallweise durch Gebietsärzte wahrgenommen. Allerdings weist die Versorgung regional deutliche Unterschiede und teilweise Defizite auf.

Zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in stationären Einrichtungen werden zahlreiche Anstrengungen unternommen. Im Fokus stehen eine geriatrische Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte, die die Heime betreuen, Verbesserung von Kommunikation und Kooperation sowohl zwischen

¹² Statistisches Landesamt Baden-Württemberg Monatsheft 6/2013

den behandelnden Ärzten als auch zwischen den Ärzten und dem Pflegepersonal und die Gewährleistung einer größtmöglichen hausärztlichen Versorgungskontinuität. Der Gesetzgeber hat mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz die Pflegeeinrichtungen verpflichtet, die Landesverbände der Pflegekassen u.a. über die Regelung der ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung, insbesondere über den Inhalt von Kooperationsverträgen oder Einbindung der Einrichtung in Ärztenetze zu informieren. Die Pflegeheime können auch selbst mit geeigneten, niedergelassenen ärztlichen Leistungserbringern Kooperationsverträge nach § 119 b SGB V schließen (ggf. unter Mithilfe der Kassenärztlichen Vereinigung). Kommt kein Kooperationsvertrag zu Stande, erhalten die Pflegeeinrichtungen das Recht, eine Ärztin oder einen Arzt mit geriatrischer Fortbildung anzustellen und die Ermächtigung zur Versorgung der Heimbewohner zu beantragen.

Alternativ dazu kann die Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen auch durch Selektivverträge oder im Rahmen von Verträgen zur Integrierten Versorgung gefördert werden.

Die Landesregierung hat ein Modellprojekt zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern auf den Weg gebracht. Neben einer geriatrischen Qualifikation der beteiligten Berufsgruppen und der Verbesserung der Kommunikation und Kooperation wird die Entwicklung geeigneter Instrumente erprobt, um die Handlungssicherheit der Pflege in den Pflegeeinrichtungen zu erhöhen und ggf. Lücken oder Defizite in der haus- oder fachärztlichen Versorgung zu identifizieren und zu schließen.

Geriatrische Institutsambulanzen

Mit dem § 118a SGB V ist Krankenhäusern die Möglichkeit eröffnet, Institutsambulanzen einzurichten. Die Ermächtigung ist an die Notwendigkeit geknüpft, die ausreichende ambulante geriatrische Versorgung sicherzustellen (ambulanter Versorgungsbedarf nach §118a Abs. 1 Satz 2 SGB V). Ziel wird sein, in besonders komplexen geriatrischen Fällen die hausärztliche und fachärztliche Versorgungsebene zu unterstützen und zu ergänzen. Geriatrische Institutsambulanzen sollen mit einem klar begrenzten Behandlungsauftrag multikausal bedingte geriatrische Syndrome und komplexe Krankheitskonstellationen abklären und hierfür Therapieempfehlungen geben.

Die Interventionen der Institutsambulanzen zielen auf die Abklärung von geriatrischen Syndromen und Krankheitskonstellationen ab, sowie auf die Beratung der weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte und ggfls. die Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme.

Gerontopsychiatrische Institutsambulanz

An zahlreichen psychiatrischen Krankenhäusern sind so genannte Psychiatrische Institutsambulanzen eingerichtet. Deren Behandlungsangebote richten sich an Kranke, die wegen Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung eines solchen besonderen, krankenhaushen Angebotes bedürfen oder die von anderen vertragsärztlichen Versorgungsangeboten nur unzureichend erreicht werden. In diesem Rahmen gibt es das Angebot Gerontopsychiatrischer Ambulanzen.

Sie richten sich auch an gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten, bei denen eine Behandlungskontinuität durch das multiprofessionelle Behandlungsteam im Sinne einer Komplexleistung erforderlich ist. Die Behandlung sollte in enger Abstimmung mit dem niedergelassenen Versorgungsbereich erfolgen.

Ambulante palliative Behandlung

Palliative Behandlung und Betreuung wird ambulant im Rahmen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) durch niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte und ambulante Pflegedienste mit Unterstützung von ambulanten Hospizdiensten geleistet. In medizinisch komplexen Fällen kann nach entsprechender ärztlicher Verordnung auch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) mit spezialisierten Palliative-Care-Teams hinzugezogen werden.

Versorgungsnetzwerke

Die Verzahnung von Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation, Kuration und Pflege zur Gewährleistung einer abgestuften, sinnvoll ineinandergreifenden, von Kontinuität gezeichneten Versorgung in Wohnortnähe, aber auch die Einbindung und Förderung informeller Unterstützungs- und Hilfesysteme stellen besondere Herausforderungen für das zukünftige Gesundheitssystem dar. Die geriatrischen Versorgungsstrukturen und Behandlungsabläufe müssen so angelegt sein, dass bei geriatrischen Patientinnen und Patienten ein therapeutisch-rehabilitatives Gesamtkonzept unter Einbeziehung physischer, psychischer, funktioneller und sozialer Aspekte greifen kann. Dabei ist es die Aufgabe von allen an der Versorgung Beteiligten, hierbei die Interdisziplinarität, die Einrichtungs- und Sektorenübergreifende Kooperation und den ganzheitlichen Behandlungsansatz in seiner Realisierung weiter zu fördern.

Mit diesem Ziel wird die Etablierung regionaler geriatrischer Versorgungsnetzwerke als Netzwerk ambulanter, integrierender und stationärer Angebote in Baden-Württemberg angestrebt.

Ein geriatrisches Versorgungsnetzwerk soll sektorenübergreifend die regional verfügbaren Einrichtungen und Strukturen der stationären und ambulanten medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgung sowie auch der Beratung umfassen. Um die Schaffung neuer Schnittstellen und Parallelstrukturen zu vermeiden, wird zunächst eine Erprobung der Ausprägung und Gestaltung des Versorgungsnetzwerks in Modellregionen erforderlich sein.

Das Versorgungsnetzwerk kann bspw. durch die regionale Gesundheitskonferenz oder - entsprechend deren Aufgabenprofil - durch die Geriatrischen Schwerpunkte und Zentren vor Ort koordiniert werden.

Beispielhafte Aufgaben der Koordination und Kooperation sind

- Bestandsaufnahme regional vorhandener Einrichtungen, Dienste und Beratungsstrukturen
- Entwicklung regionaler Leitlinien
- Ethikrat und Fallkonferenzen für schwierige diagnostische und therapeutische Fragestellungen für Haus- und Fachärzte und für alle mit geriatrischen Patientinnen und Patienten befassten therapeutischen Professionen und
- Fortbildung für alle mit geriatrischen Patientinnen und Patienten befassten therapeutischen Professionen

Der Vorteil der Netzwerkbildung soll neben der Wohnortnähe und damit der Verfügbarkeit der Angebote auch darin liegen, die Leistungen innerhalb eines individuell ausgewählten Behandlungsprogramms in einem Therapieplan aufeinander abzustimmen und damit zeitnah den Patientinnen und Patienten zur Verfügung zu stellen. Die weiteren an der Behandlung involvierten Netzwerkpartner orientieren sich an diesem Therapieplan und modifizieren diesen ggf. entsprechend der aktuellen Erfordernisse. So können unnötige Verzögerungen und Doppelleistungen und die daraus resultierenden Belastungen der Patientinnen und Patienten und auch Mehrkosten im Gesundheitssystem verhindert werden.

Pflegeberatung und Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg

Seit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zum 1. Juli 2008 gibt es einen Rechtsanspruch auf Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI durch die Pflegekassen für ihre Versicherten mit Hilfe- und Betreuungsbedarf. Durch eine intensive Beratung sollen Menschen mit Pflegebedarf in der Bewältigung ihrer Lebens- und Alltagssituation Unterstützung erhalten. Die Beratung richtet sich sowohl an die pflegebedürftigen Personen als auch an die an der Pflege Beteiligten aus dem familiären oder sozialen Umfeld. Die Beratung der Pflegekassen beinhaltet die Erfassung der aktuellen Pflegesituation.

Sie hat die Aufgabe, die häuslichen Pflegearrangements durch effiziente und angepasste Unterstützung zu gestalten und aufrecht zu erhalten, sowie einen individuellen Versorgungsplan (Case-Management), unter Beachtung des Grundsatzes Rehabilitation vor Pflege mit den Pflegebedürfti-

gen und deren Angehörigen zu erstellen und zu überwachen. Für diesen Leistungsbaustein sind die Pflegekassen verantwortlich. Es ist sicherzustellen, dass in den Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg gemäß § 92c SGB XI Pflegeberatung im Sinne des § 7a SGB XI in Anspruch genommen werden kann.

Neben der Pflegeberatung der Pflegekassen nach § 7a SGB XI, die besonders die Erstellung und Überwachung eines individuellen Versorgungsplans für den Pflegebedürftigen beinhaltet, sind in Baden-Württemberg derzeit 48 Pflegestützpunkte, in 42 von 44 Stadt- und Landkreisen, errichtet. Die jeweiligen Pflegestützpunkte werden durch einen kommunalen Träger als geschäftsführenden Träger und den Pflege- und Krankenkassen als weitere Träger getragen. Ziel der neutralen Beratungs- und Begleitungsleistungen eines Pflegestützpunktes ist es, den Rat- und Hilfesuchenden die Unterstützung zu geben, die sie oder ihr soziales Umfeld benötigen: von der präventiven Beratung bis zur Organisation und dem Management von gewünschten Versorgungsarrangements. Dabei wird es oft darum gehen, eine stationäre Versorgung im Krankenhaus oder Pflegeheim bspw. durch Nutzung rehabilitativer Angebote zu vermeiden.

In einem Pflegestützpunkt werden die Beratung und die Vernetzung von allen pflegerischen, medizinischen und sozialen Leistungen unter einem Dach gebündelt. Zur Implementierung geriatrischen Fachwissens ist den Mitarbeiterinnen und -mitarbeitern in den Pflegestützpunkten zu empfehlen, an entsprechenden Schulungen teilzunehmen. Diese können von den benachbarten Geriatrischen Schwerpunkten und Zentren angeboten werden.

Pflegestützpunkte dienen dazu, die auf der wohnortnahen Ebene vorhandenen Versorgungsangebote im Bereich der Pflege und der Gesundheitsversorgung so zu vernetzen, dass eine abgestimmte Versorgung und Betreuung der Pflegebedürftigen und der Leistungsberechtigten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ermöglicht wird. Die Einrichtung der Pflegestützpunkte verändert die materiell-rechtliche Verpflichtung einzelner Leistungsträger nicht.

5. Geriatrie im Krankenhaus

5.1 Akutbehandlung an allen Krankenhäusern

Die geriatrische Versorgung kann nicht allein über einzelne geriatrisch spezialisierte Kliniken gewährleistet werden. Sie muss in allen Krankenhäusern gewährleistet werden können. Dazu ist eine geriatrische Qualifizierung erforderlich.

Geriatrische Akutbehandlung kann abhängig von der gesundheitlichen Situation im Einzelfall unter anderem auch geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung und geriatrisch-palliative Behandlung umfassen.

Für Krankheitssituationen besonderer Schwere und Komplexität können Krankenhäuser spezielle Behandlungsangebote vorhalten.

Geriatrische Akutbehandlung macht ein speziell auf die Bedürfnisse geriatrischer Patientinnen und Patienten abgestimmtes Fall- und Versorgungsmanagement erforderlich.

5.2 Spezielle Behandlungsangebote am Akutkrankenhaus

Geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung

Bei älteren Menschen können akute Erkrankungen und Bettlägerigkeit leicht zum Verlust von Autonomie und Selbstständigkeit führen. Um dies zu vermeiden, müssen rehabilitative Maßnahmen oft nicht erst im Anschluss an eine Akutbehandlung, sondern bereits im Akutkrankenhaus einsetzen.

Maßnahmen der Frühmobilisation und der aktivierenden Pflege gehören zum Leistungsspektrum eines jeden Krankenhauses. Das Angebot frühmobilisierender Behandlung stellt ein grundlegendes Qualitätskriterium der Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten im Allgemeinkrankenhaus dar.

Besteht Rehabilitationsbedürftigkeit und reicht Frühmobilisation nicht aus, erfolgt geriatrische Frührehabilitation im Sinne geriatrisch-frührehabilitativer Komplexbehandlung solange Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit besteht.¹³ Zur Erbringung dieser Leistung sind besondere Voraussetzungen zu erfüllen.

Eine effektive geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung ist geeignet, das Risiko weiterer Komplikationen und das Eintreten weiterer Verschlechterungen zu verhindern und damit ggf. eine nachfolgende Rehabilitation überhaupt erst zu ermöglichen.

Für diese besonders qualifizierte Leistung der geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlung (GFK) bieten insbesondere geriatrische Behandlungseinheiten, wie sie oben beschrieben sind, oder Krankenhäuser mit Geriatrischen Schwerpunkten oder Zentren einen Behandlungsrahmen. Die Abrechenbarkeit der GFK richtet sich ausschließlich nach den Vorgaben des OPS 8-550 in der jeweils gültigen Fassung.

Geriatrisch-palliative Behandlung

In der Geriatrie bedürfen nicht nur Patientinnen und Patienten mit Tumorerkrankungen, sondern auch solche mit weit fortgeschrittenen, unheilbaren Leiden mit begrenzter Lebenserwartung, bspw. chronischen Herz-, Nieren- oder Lungenerkrankungen oder schwerem demenziellen Abbau mit Dysphagie und Kachexie einer palliativen Behandlung. Eine stationäre Behandlung auf der geriatrischen Behandlungseinheit, der Allgemeinstation oder der Palliativeinheit erfolgt zur Stabilisierung

¹³ „Abgrenzungskriterien in der Geriatrie“ Erarbeitet von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe der Bundesarbeitsgemeinschaft der klinisch-geriatrischen Einrichtungen, der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie vom 29.02.2004

und Symptomkontrolle, um möglichst bald wieder eine ambulante Weiterversorgung in der vertrauten Häuslichkeit zu ermöglichen.

Gerontopsychiatrische Behandlung

Die Gerontopsychiatrie als bettenführende Organisationseinheit hat sich als Spezialabteilung innerhalb der psychiatrischen Klinik entwickelt.

Gerontopsychiatrische Problemstellungen betreffen zunehmend alle somatischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser. Mehr Kompetenz im Erkennen und Behandeln psychischer Störungen geriatrischer Patientinnen und 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 geriatrietypische Multimorbidität erfordert bei den gerontopsychiatrischen Erkrankungen oft somatische Expertise. In einigen Allgemeinkrankenhäusern wurden in den letzten Jahren wohnortnah (geronto-) psychiatrische Abteilungen eingerichtet. Diese Entwicklung, wie auch die Einrichtung geschützter gerontopsychiatrisch geführter kleiner Einheiten - auch an Akutkrankenhäusern - oder die Ausweisung geriatrischer Betten an Krankenhäusern mit Geriatrischem Schwerpunkt oder Geriatrischen Zentren mit mehr Kooperation von Psychiatrie und Allgemeinkrankenhaus, sind geeignet, die Kooperation somatischer und gerontopsychiatrischer Versorgung zu erleichtern.

Gerontopsychiatrische Tagesklinik

Gerontopsychiatrische Tageskliniken sind wichtige Ergänzungen der psychiatrischen Versorgung mit multimodalen und multiprofessionellen Angeboten wohnortnah und im teilstationären Rahmen. Gerontopsychiatrische Tageskliniken sind auch zur Behandlung von Menschen geeignet, die einer multimodalen Therapie mit den Mitteln des Krankenhauses bedürfen, aber andererseits im häuslichen Umfeld ausreichend Ressourcen haben oder Unterstützung finden und daher keine vollstationäre Behandlung brauchen.

Geriatrische Tagesklinik

Es gibt in Baden-Württemberg nur an einem Krankenhaus eine geriatrische Tagesklinik. Sie richtet ihr Angebot an Menschen, die einer multimodalen Therapie mit den Mitteln des Krankenhauses, aber keiner vollstationären Behandlung bedürfen, da sie im häuslichen Umfeld ausreichend Ressourcen haben oder Unterstützung finden.

5.3 Besonderheiten beim Fall- und Versorgungsmanagement bei geriatrischen Patientinnen und Patienten

Geriatrische Akutbehandlung macht insbesondere bei der Aufnahme und bei der weiteren Behandlung ein speziell auf die Bedürfnisse geriatrischer Patientinnen und Patienten abgestimmtes Fall- und Versorgungsmanagement erforderlich. Ziel ist eine frühestmögliche Indikationsstellung und ggfls. Antragstellung für notwendige Behandlung, Rehabilitation und Versorgung. Die akutgeriatrische Behandlung sollte so früh wie möglich im Krankenhaus beginnen.

5.3.1 Identifikation, Screening und geriatrisches Konsil

Für die Krankenhausbehandlung stehen für das geriatrische Fallmanagement die Funktionen Identifikation des geriatrischen Patienten, geriatrisches Screening und geriatrisches Konsil mit geriatrischem Assessment zur Verfügung.

Im Falle einer Krankenhausbehandlung ist es notwendig, bereits bei Aufnahme einen geriatrischen Behandlungsbedarf zu erkennen. Dazu empfehlen die geriatrischen Landesarbeitsgemeinschaften den im Anhang abgebildeten Geriatrie-Check¹⁴, mit dem bereits innerhalb des Aufnahmeprozesses festgestellt werden kann, ob es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um geriatrische Patienten handelt. So identifiziert, ist es im weiteren Verlauf erforderlich, die individuelle geriatrische Problemkonstellation mit einem Screening-Verfahren (bspw. geriatrisches Screening nach Lachs¹⁵, siehe Anhang) zu erfassen. Dieses Screening wird durch speziell ausgebildete Pflegekräfte durchgeführt und lässt erkennen, ob ein weiteres Geriatrie-spezifisches Prozedere erforderlich ist. Für komplexe Fragestellungen wird ein geriatrisches Konsil eingeholt. Dies wird von einer Geriaterin oder Geriater - gegebenenfalls unter Einbeziehung weiterer Mitglieder des multiprofessionellen Teams – durchgeführt.

Wo vorhanden, übernehmen die Geriatrischen Schwerpunkte und Zentren diese Funktionen im Rahmen der Patientenversorgung. In anderen Krankenhäusern soll diese Funktion durch Kooperation mit einem Geriatrischem Schwerpunkt oder Zentrum etabliert werden.

Ziel ist, den organpathologisch ausgerichteten Fachabteilungen geriatrische Kompetenz zur Seite zu stellen. Im Rahmen des geriatrischen Konsils wird zur erforderlichen geriatriespezifischen Diagnostik und Therapie sowie zur Weiterversorgung Stellung genommen und ggf. die Indikation zu einer geriatrischen Rehabilitation gestellt.

Das geriatrische Assessment ist ein standardisierter multidimensionaler diagnostischer Prozess, der medizinische und psychosoziale Probleme und funktionelle Fähigkeiten älterer Menschen quantifiziert und als Resultat die Erstellung eines ganzheitlichen Therapie- und Nachbetreuungsplanes ermöglicht. Angaben zu den in der Geriatrie gebräuchlichen validierten Screening- und Assessmentinstrumenten sowie Empfehlungen zur angemessenen Bewertung der erhobenen Daten finden sich im Anhang.

5.3.2 Versorgungsmanagement

Fallmanagement innerhalb des Krankenhauses und Versorgungsmanagement (i.S.v. § 11 Abs. 4 SGB V) sind eng miteinander verbunden. Ziel ist eine frühest mögliche Indikationsstellung und therapeutische Weichenstellung und ggf. Antragstellung für notwendige Behandlung, Rehabilitation und Versorgung. Zur Sicherstellung einer reibungslosen Weiterversorgung im Anschluss an die stationäre Krankenhausbehandlung sind die für die nachfolgende Leistungserbringung notwendigen Unterlagen rechtzeitig und umfassend zur Verfügung zu stellen und von allen Beteiligten zeitnah zu bearbeiten.

Ziel des Versorgungsmanagements ist es, den jeweiligen Patientinnen und Patienten die für ihre individuelle Situation angemessene und medizinisch notwendige weitere Versorgung zu ermöglichen.

5.4 Geriatrische Behandlungseinheit am Akutkrankenhaus

Zunehmend mehr Träger von Allgemeinkrankenhäusern gehen dazu über, für die Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten spezielle Einheiten einzurichten. Dies geschieht teilweise in Form von eigenständigen Abteilungen, teilweise als Bestandteil einer anderen Fachabteilung, beispielsweise der Inneren Medizin, oder als interdisziplinäre Einheit mit der Traumatologie oder der Gerontopsychiatrie.

¹⁴ Geriatrie-Check

¹⁵ Geriatrisches Screening nach Lachs (Lachs MS, Feinstein AR, Cooney LM, Jr., Drickamer MA, Marottoli RA, Pannill FC et al. A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. *Ann Intern Med* 1990;112:699-706).

Die Krankenhausplanung des Landes Baden-Württemberg wird auf der Ebene der Fachgebiete gemäß der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg in der jeweils aktuell gültigen Fassung vorgenommen. Es steht in der Organisationshoheit der Krankenhausträger, die nach ihrem Ermessen erforderlichen Einheiten zu bilden.

Zur Gewährleistung einer hochwertigen geriatrischen Versorgung in dafür vorgesehenen Behandlungseinheiten empfiehlt das Sozialministerium, unter Wahrung der Organisationshoheit der Krankenhausträger, personelle, bauliche und prozessuale Qualitätskriterien. Geriatrische Behandlungseinheiten zeichnen sich aus durch:

- Bauliche Abstimmung auf die Bedürfnisse alter Menschen. Sie sollten also zusammenhängend angelegt sein und auch einen Therapieraum und einen Aufenthaltsraum umfassen.
- Eine Mindestgröße von 15-20 Betten,
- Vorhalten der Fachkompetenz der anderen medizinischen Disziplinen konsiliarisch oder im Liasondienst, insbesondere der neurologisch-psychiatrischen Kompetenz.
- Konsil- oder Liasondienst, mit dem den anderen Fachabteilungen des Krankenhauses die geriatrische Fachkompetenz zur Verfügung gestellt wird.
- Enge Kooperation mit mindestens einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung aus der Region.
- Das Vorhandensein eines Behandlungsteams mit einer geriatrisch qualifizierten ärztlichen Leitung und Verantwortung. Hierfür ist ein Qualifikationsnachweis über die abgeschlossene fakultative Weiterbildung "Klinische Geriatrie" oder die Zusatzweiterbildung Geriatrie zu erbringen. Auf eine entsprechende geriatrische Qualifikation/Qualifizierung der therapeutischen und pflegerischen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ist zu achten.
- Eine Personalausstattung, die den besonderen Bedürfnissen der geriatrischen Patienten entspricht und sich darstellt durch eine multiprofessionelle Zusammensetzung des Teams, die sich an die Funktionsbeschreibung der Geriatrischen Schwerpunkte und Geriatrischen Zentren anlehnt und den Anforderungen zur Erbringung der geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlung entsprechend dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 8-550¹⁶ entspricht. Diese sollte folgende Berufsgruppen umfassen:
 - ärztlicher Bereich
 - nichtärztlich-therapeutischer Bereich mit Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie
 - pflegerischer Bereich (aktivierend-therapeutisch)
 - sozial-betreuerischer Bereich
- Eine Orientierung an den Personalkennzahlen des Qualitätssiegels Geriatrie¹⁷ für die Akutgeriatrie wird empfohlen.

Da die Erteilung einer Weiterbildungsermächtigung für die Zusatzweiterbildung Geriatrie vom Vorhandensein entsprechender Behandlungsbetten abhängig ist, leisten die Krankenhäuser mit der Schaffung solcher Einheiten auch einen maßgeblichen Beitrag dazu, dass die Weiterbildungsmöglichkeiten in Zukunft sichergestellt werden und mehr geriatrisch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen.

¹⁶ Herausgeber: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (www.dimdi.de)

¹⁷ Das Qualitätssiegel Geriatrie wurde im Jahr 2004 von den beiden Fachgesellschaften im Bereich Geriatrie (DGG -Deutsche Gesellschaft für Geriatrie / DGGG - Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie) gemeinschaftlich mit dem Bundesverband Geriatrie entwickelt. Zur Konkretisierung der Auditcheckliste werden vom Bundesverband Geriatrie Anhaltszahlen veröffentlicht.

5.5 Geriatrische Schwerpunkte und Zentren als integrierende Organisationseinheiten mit besonderen Aufgaben

5.5.1 Geriatrischer Schwerpunkt

Geriatrische Schwerpunkte sind Kompetenz- und Referenzeinrichtungen im jeweiligen Stadt- und Landkreis und jeweils an Allgemeinkrankenhäusern angesiedelt. Sie übernehmen im jeweiligen Stadt- und Landkreis eine Vielzahl weiterer Aufgaben.

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

Sie können an eine geriatrische Behandlungseinheit oder als Einheit an eine andere Fachabteilung angegliedert oder als eigenständig arbeitende Einheit ausgestaltet sein.

Der geriatrische Schwerpunkt wird von einer oder einem in der Geriatrie qualifizierten Ärztin oder Arzt geleitet. Hierfür ist ein Qualifikationsnachweis über die abgeschlossene fakultative Weiterbildung "Klinische Geriatrie" oder die Zusatzweiterbildung Geriatrie zu erbringen. Auf eine entsprechende geriatrische Qualifikation/Qualifizierung der therapeutischen und pflegerischen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ist zu achten.

Der Geriatrische Schwerpunkt kooperiert eng mit anderen Kliniken und Abteilungen des eigenen Krankenhauses, anderen Krankenhäusern und Abteilungen sowie anderen Organisationen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des geriatrischen Schwerpunkts sind eingebunden in die Behandlung geriatrischer Patienten.

Zu den besonderen Aufgaben des geriatrischen Schwerpunkts zählen:

- Die Unterstützung der Krankenhäuser bei der Verankerung von Prozessen zur Identifikation des geriatrischen Patienten, des Screenings, sowie bei der Etablierung von geriatrischem Konsil.
- Organisation von Fallkonferenzen und der geriatrischen Fortbildung von ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Krankenhaus, für andere Krankenhäuser, für Rehabilitationseinrichtungen, für die Kreisärzteschaft und für die ambulanten Pflegedienste und die Pflegeeinrichtungen. Die Fallkonferenzen können anhand von exemplarischen Einzelfällen gemäß dem in der Anlage beigefügten Curriculum¹⁸ durchgeführt werden.
- Erschließung des weiteren Versorgungsnetzes durch Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, nichtärztlichen Therapeuten, Pflegediensten, sozialpsychiatrischen Diensten, Pflegeheimen und mit dem Geriatrischen Zentrum sowie den Pflegestützpunkten, auch im Blick auf Prävention und Rehabilitation.
- Die geriatrischen Schwerpunkte stehen auch als zentrale Ansprechpartner für geriatrische Fragestellungen, Aufgaben und Probleme in ihrem Stadt- und Landkreis zur Verfügung und können bei der Etablierung neuer Strukturen beratend bzw. organisatorisch eingebunden werden.

Zur Wahrnehmung der Aufgaben des geriatrischen Schwerpunktes ist ein multiprofessionelles Team mit folgenden Funktionsbereichen erforderlich:

- ärztlicher Bereich,
- nichtärztlich-therapeutischer Bereich (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie),
- pflegerischer Bereich
- sozial-betreuerischer Bereich

¹⁸ Curriculum

Zur Erfüllung der besonderen Aufgaben des geriatrischen Schwerpunktes ist ein ausreichendes Personal- und Sachmittelbudget erforderlich. Im bisherigen Geriatriekonzept wurde von vier Stellen ausgegangen. Durch die Neudefinition der Aufgaben, kann es hierzu zu Abweichungen kommen. Die Neudefinition der besonderen Aufgaben bedeutet umfangreiche konzeptionelle und organisatorische Umstellungen für die geriatrischen Schwerpunkte. Sie erfordert einen angemessenen Übergangszeitraum.

Die Stellen sind so zu besetzen, dass das multiprofessionelle Team abgebildet wird und darüber hinaus in ausreichendem Umfang Verwaltungsaufgaben wahrgenommen werden können. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die für die Wahrnehmung der Schwerpunktaufgaben vorgesehenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im erforderlichen Umfang von anderen Aufgaben im Krankenhaus freigestellt sind.

5.5.2 Geriatrisches Zentrum

An sieben Standorten, in Stuttgart, Karlsruhe, Heidelberg, Mannheim, Freiburg, Ulm und Tübingen, bestehen Geriatrische Zentren. Zum Teil sind sie auch bettenführende Organisationseinheiten.

Zusätzlich zu den Aufgabengebieten der Geriatrischen Schwerpunkte nehmen sie originäre therapeutische Aufgaben wahr und verknüpfen 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 "Geriatric" an einem Krankenhaus am Standort. Bei der geriatrischen Organisationseinheit handelt es sich um eine eigenständige Fachabteilung bzw. um eine Funktionseinheit. 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 einer oder einem in Geriatric ausgewiesenen Ärztin oder Arzt geleitet. Hierfür ist ein Qualifikationsnachweis über die abgeschlossene fakultative Weiterbildung "Klinische Geriatric" oder die Zusatzweiterbildung Geriatric zu erbringen.

Zusätzlich zur Personalausstattung eines Geriatrischen Schwerpunktes soll das Geriatrische Zentrum mit einem weiteren Ärztin oder Arzt sowie zwei Assistenzarztstellen als Rotationsstellen für die Ausbildung in Zusammenarbeit mit der Universität ausgestattet sein. Die Stellenausstattung muss die ganzjährige Funktionsfähigkeit des Geriatrischen Zentrums gewährleisten.

6. Geriatrische Rehabilitation

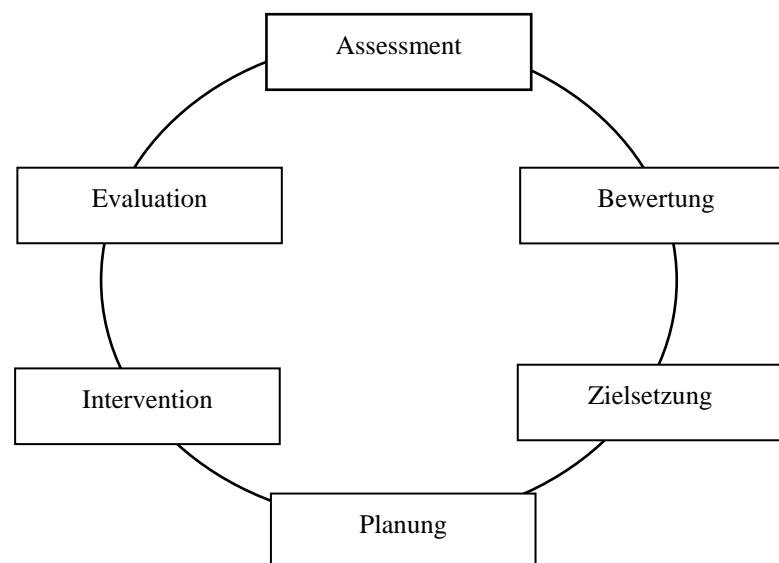
6.1 Prinzipien der Geriatrischen Rehabilitation

Die Geriatrische Rehabilitation ist eine wesentliche Säule in der Sicherung der Lebensqualität älterer Menschen. Sie ist aus ethischen und ökonomischen Gründen zwingend geboten, wenn nach akuten Erkrankungen sowie bei chronischen Krankheiten, eine anhaltende Beeinträchtigung der alltäglichen Verrichtungen und der Teilnahme am sozialen Leben droht. Bei der Rehabilitation steht die Behandlung der Krankheitsfolgen (der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe) im Vordergrund. Die Behandlung der Erkrankungsursache erfolgt, falls erforderlich, ergänzend zur Rehabilitation.

Die Geriatrische ambulante und stationäre Rehabilitation nach § 40 SGB V erfolgt wohnortnah, um die Angehörigen in den Rehabilitationsprozess einzubeziehen. Sie ist für ältere Menschen die richtige Behandlungsform, wenn diese i.d.R. 70 Jahre oder älter sind und mehrere Erkrankungen vorliegen. Dabei müssen auch mehrere Erkrankungen behandlungsbedürftig sein, d. h. diese Erkrankungen müssen ärztlich engmaschig überwacht werden und bei der Therapie Berücksichtigung finden. Geriatrische Patientinnen und Patienten leiden oft unter Immobilität, Sturzneigung und Schwindel, kognitiven Defiziten, Inkontinenz, Wundheilungsstörungen, Fehl- und Mangelernährung, Störungen im Flüssigkeitshaushalt, Depressionen, Angststörungen, chronischen Schmerzen, Sensibilitätsstörungen, herabgesetzter körperlicher Belastbarkeit, Seh- und Hörbehinderungen.

Ein methodisches Grundprinzip der geriatrischen Rehabilitation ist, dass bei Aufnahme ein sogenanntes „geriatrisches Assessment“ durchgeführt wird. „Geriatrisches Assessment“ ist die Bezeichnung für den diagnostischen Prozess in der Geriatrie. Es ist eine multidimensionale Gesamterfassung und Bewertung der gesundheitlichen Situation einer Patientin oder eines Patienten. Das Assessment erfasst, gliedert und bewertet körperliche, psychische und soziale Komponenten, sowie Daten zum physikalischen Umfeld, damit medizinische, pflegerische, therapeutische und soziale Interventionen konkret geplant und in ihrem Verlauf kontrolliert werden können. Dieses Assessment wird nicht nur bei Aufnahme, sondern auch bei Entlassung und - bezogen auf das gewählte Rehabilitationsziel - auch während des stationären Behandlungsverlaufs durchgeführt.

Abb.: Rehabilitationszyklus¹⁹



¹⁹ Quelle: vgl. M. Runge und G. Rehfeld: Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team. Thieme, Stuttgart 1995; S. 527

Geriatrische Rehabilitation zeichnet sich durch den Einsatz eines multiprofessionell zusammengesetzten Teams aus, welches folgende Kompetenzen vereint:

- ärztliche,
- pflegerische,
- physiotherapeutische/bewegungstherapeutische,
- ergotherapeutische,
- logopädische,
- psychologische,
- sozialtherapeutische und
- ggf. weitere therapeutische Kompetenzen.

Geriatrische Rehabilitation ist indiziert, wenn geriatrische Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, alltagsrelevante Rehabilitationsziele und eine positive Rehabilitationsprognose vorliegen. Diese Begriffe werden daher im Folgenden erläutert:

Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit setzt voraus, dass eine körperliche, geistige oder seelische Erkrankung vorliegt und diese die Teilnahme am häuslichen und außerhäuslichen Leben beeinträchtigt. So können bspw. die Selbstständigkeit beim Essen und Trinken, die persönliche Hygiene, die Mobilität, die Kommunikation, die Gestaltung einer angemessenen Beschäftigung und die Gestaltung und Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen betroffen sein.

Rehabilitationsbedürftigkeit ist weiterhin dadurch gekennzeichnet, dass die Behandlungsmöglichkeiten vor Ort zur Erreichung der Ziele nicht ausreichen, sondern dass die speziellen Voraussetzungen der Rehabilitation erforderlich sind. Dies bedeutet, dass mehrere Berufsgruppen in Form eines Teams unter ärztlicher Leitung die Behandlung durchführen und eine geeignete räumliche und apparative Ausstattung dafür erforderlich ist. Auch wenn die Patientin oder der Patient bereits pflegebedürftig ist, kann er von einer Rehabilitation profitieren.

Rehabilitationsfähigkeit

Die Patientin oder der Patient müssen auch in der Lage sein, aktiv an der Rehabilitationsbehandlung teilzunehmen, d.h. sie oder er müssen körperlich und seelisch in der Verfassung sein, bei der Behandlung mitzuwirken und die notwendige Belastbarkeit hierfür mitbringen. Sie müssen mit der Behandlung einverstanden und dafür motivierbar sein. Bei älteren Menschen besteht oft eine herabgesetzte körperliche, seelische oder geistige Belastbarkeit und sie haben meistens einen höheren Hilfebedarf bei den Aktivitäten des täglichen Lebens.

Rehabilitationsziel

Rehabilitation erfolgt stets unter Berücksichtigung eines Rehabilitationsziels. Dies ist im Allgemeinen die Wiedergewinnung, Verbesserung und Erhaltung der Selbstständigkeit bei den täglichen Verrichtungen, damit der ältere Mensch in seiner selbst gewählten Umgebung verbleiben kann. So kann das Rehabilitationsziel für einen Rehabilitationsaufenthalt sein, dass der erkrankte Mensch wieder die Treppen zu seiner Wohnung zurücklegen kann, wodurch seine Selbstständigkeit erhöht wird. Bei einem pflegebedürftigen Menschen, der aufgrund einer Erkrankung das Bett nicht mehr verlassen kann, kann das Rehabilitationsziel sein, einige Stunden des Tages wieder außerhalb des Bettes verbringen zu können.

Rehabilitationsprognose

Bevor eine Rehabilitation bewilligt wird, muss die behandelnde Ärztin oder Arzt einschätzen können, dass die Rehabilitation auch bezogen auf das gewählte Ziel zum Erfolg kommen kann. Hierbei werden das Stadium der Erkrankung, der bisherigen Verlauf sowie die Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung der persönlichen Lebensumstände des Menschen beachtet. Das gewählte Rehabilitati-

onsziel muss auch in dem für die Rehabilitation vorgesehenen Zeitraum realistisch erreichbar sein (positive Rehabilitationsprognose).

Rehabilitationsauftrag und Abgrenzung

Während die Akutbehandlung auf die Beeinflussung von Krankheiten und geschädigten Körperstrukturen und Körperfunktionen zielt, fokussiert die Rehabilitation auf die Wiedererlangung der Aktivitäten und der Teilhabe unter Berücksichtigung personbezogener und umweltbezogener Kontextfaktoren. Die Reha-Zielsetzung erfolgt immer im Kontext individueller Ressourcen der Rehabilitanden. Voraussetzung für eine Rehabilitation nach § 40 SGB V ist das Vorliegen von Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und einer positiven Rehabilitationsprognose für die Maßnahme.

Die Abgrenzung zur Akutgeriatrie ergibt sich aus der nicht mehr vorhandenen Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V. Die Abgrenzung zur indikationsspezifischen Rehabilitation ergibt sich aus der Geriatrie-typischen Multimorbidität des Rehabilitanden und der daraus resultierenden Notwendigkeit Geriatrie-spezifischer Behandlungsansätze (Behandlung geriatri-scher Syndrome).

Zugang des geriatrischen Patienten zur Geriatrischen Rehabilitation

Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung haben einen Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation, wenn ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (§ 40 Abs. 1 und Abs. 2 i.V.m. § 11 Abs. 2 SGB V). Liegen diese Voraussetzungen vor und ist eine Rehabilitationsmaßnahme indiziert, so hat die Krankenkasse die Leistung zu erbringen. Die Leistungsentscheidung für medizinische Rehabilitation liegt entsprechend den dargestellten gesetzlichen Grundlagen bei den Krankenkassen.

Die geriatrische Rehabilitationsmaßnahme kommt nicht nur im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung in Betracht, sondern kann auch nach einer ambulanten Akutbehandlung indiziert sein und durch den niedergelassenen Haus- oder Facharzt verordnet werden. Auch ist sie bei degenerativen und chronischen Erkrankungen ohne unmittelbare Akuterkrankung angezeigt, wenn dadurch Pflegebedürftigkeit verhindert oder vermindert werden kann und keine Alternative zur Erhaltung der Selbständigkeit verfügbar ist. Pflegebedürftigkeit oder Versorgung in einem Pflegeheim begründen also keinen Ausschluss von Geriatrischer Rehabilitation. So zeigen bspw. Ergebnisse der Versorgungsforschung, dass auch bei Patientinnen und Patienten mit Einschränkungen höherer Hirnfunktionen eine erfolgreiche Wiederherstellung verlorengegangener Aktivitäten und Teilhabe durch Rehabilitation möglich ist. Dies gilt insbesondere auch für Demenzerkrankte im Stadium der leichten und mittelschweren Demenz.

Die Geriatrische Rehabilitation setzt als Antragsleistung der Krankenversicherung ein Antrags- und Genehmigungsverfahren voraus. Der Antrag wird durch Klinikärzte oder durch niedergelassene Vertragsärzte gestellt. Liegen die sozialmedizinischen Voraussetzungen für eine Rehabilitation vor, bestimmt die Krankenkasse Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistung sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen (§ 40 Abs. 3 SGB V). Dabei stellen die Krankenkassen sicher, dass geriatrische Patientinnen und Patienten, welche die o.g. Kriterien erfüllen, eine geriatrische Rehabilitation in einer wohnortnahen Einrichtung erhalten. Bei der Entscheidung über den Antrag auf Geriatrische Rehabilitation wird den berechtigten Wünschen des leistungsberechtigten Versicherten (bspw. bezüglich Klinikwahl) entsprochen (§ 9 Abs. 1 SGB IX).

In den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist (§ 275 Abs.1 SGB V), ist die Krankenkasse verpflichtet, eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) einzuholen. Die Krankenkasse hat die Anträge hinsichtlich der Notwendigkeit der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Stichproben und regelmäßig bei beantragter Ver-

längerung durch den MDK überprüfen zu lassen. Bei Anträgen, die aus dem Krankenhaus gestellt werden, kann die Krankenkasse grundsätzlich nach Maßgabe der Richtlinie des GKV-Spitzenverbands gemäß § 275 Abs. 2 Nr.1 SGB V (Richtlinie MDK-Stichprobenprüfung), auf den Einbezug des MDK verzichten. Dies gilt auch bei Verlängerungsanträgen, wenn wegen der Schwere der Krankheitsauswirkung das Rehabilitationsziel noch nicht erreicht wurde oder die Rehabilitation in Folge einer interkurrenten Erkrankung unterbrochen werden musste, sofern die beantragte Verlängerungszeit eine Woche nicht übersteigt.

Die Genehmigungs- und Verlängerungsverfahren sind unter Berücksichtigung der vorgenannten rechtlichen Vorgaben zwischen den Leistungserbringern, den Leistungsträgern und dem MDK einheitlich so zu regeln, dass Verzögerungen und Planungsunsicherheiten vermieden werden. In diesem Zusammenhang ist die Kompetenz geriatrisch qualifizierter Ärztinnen und Ärzte explizit zu nutzen, um das Genehmigungsverfahren zu beschleunigen.

Um eine sachgerechte und zugleich rechtzeitige Zuweisung zur geriatrischen Rehabilitation zu ermöglichen, haben sich die Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen in Baden-Württemberg auf folgendes Verfahren verständigt: Wenn ein Arzt oder eine Ärztin mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie das Antrags- und Genehmigungsverfahren der Geriatrischen Rehabilitation einleitet und die Rehabilitationsvoraussetzungen erfüllt sind, soll auf MDK-Prüfungen möglichst verzichtet werden. Der MDK ist von der Krankenkasse allerdings immer dann einzuschalten, wenn diese vom Zuweisungsvorschlag des Arztes oder der Ärztin mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie abweichen möchte (Ablehnung der Geriatrischen Rehabilitation oder Auswahl einer anderen Rehabilitationseinrichtung). Wenn unabhängig davon Krankenkassen Bedarf an fachlicher Beratung im Antrags- und Genehmigungsverfahren der Rehabilitation geriatrischer Patientinnen und Patienten sehen, können sie dafür die Beratung durch den MDK in Anspruch nehmen.

Der Gesetzgeber hat eine Regeldauer für Rehabilitationsleistungen festgelegt. So sollen ambulante Rehabilitationsleistungen für längstens 20 Behandlungstage, stationäre Rehabilitationsleistungen für längstens drei Wochen erbracht werden (§ 40 Abs. 1 und 2 SGB V). Ist bereits bei der Antragstellung wegen Art und Schweregrad der Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder Teilhabe erkennbar, dass das Rehabilitationsziel nicht innerhalb der vorgegebenen Regeldauer erreicht werden kann, ist von vorneherein eine längere Dauer zu empfehlen. Dies ist bei geriatrischen Patientinnen und Patienten bedingt durch Alter, Multimorbidität und Funktionseinbußen, häufig zu erwarten. Ist zur Erreichung des individuellen Rehabilitationsziels, bspw. durch das Vorliegen einer interkurrenten Erkrankung, eine längere Dauer als die der Erstbewilligung erforderlich, soll einem Verlängerungsantrag grundsätzlich stattgegeben werden, soweit die Indikation für die Geriatrische Rehabilitation weiterhin besteht (Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und positive Rehabilitationsprognose).

Sicherung einer zukunfts- und leistungsfähigen Geriatrischen Rehabilitation

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. Seit der Erstellung des Geriatriekonzepts in Baden-Württemberg wurde eine flächendeckende Versorgungsstruktur zur stationären Rehabilitation geriatrischer Patientinnen und Patienten geschaffen. Die stationären Geriatrischen Rehabilitationskliniken in Baden-Württemberg bieten die geeigneten Voraussetzungen, eine abgestufte Geriatrische Rehabilitation in stationärer und ambulanter Form anzubieten.

Die Leistungsträger und Leistungserbringer tragen gemeinsam Verantwortung dafür, dass Geriatrische Rehabilitationseinrichtungen eine leistungsfähige und wirtschaftliche Patientenversorgung sicherstellen können. Hierzu sind zwischen den Krankenkassen und den Geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen ausreichende Vergütungssätze zu vereinbaren. Die nach § 111 Abs. 5 SGB V und nach § 111 c Abs. 3 SGB V zu vereinbarenden Vergütungen sind medizinisch leistungsgerecht zu bemessen und sollen es den Rehabilitationseinrichtungen ermöglichen, bei wirtschaftlicher Be-

triebsführung ihre Leistungen dauerhaft entsprechend den in 6.5 beschriebenen qualitativen Anforderungen sowie dem Stand des medizinischen Fortschritts zu erbringen. Eine regelmäßige Anpassung der Vergütungssätze ist anzustreben. Die Landesregierung geht davon aus, dass hierbei der in 6.5 beschriebene Personalorientierungsrahmen Berücksichtigung findet.

Eine nachhaltige und zielgerichtete Belegung der Geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen ist Grundlage für den Erhalt der Standorte. Ein verantwortungsvoller Einsatz aller Beteiligten sowohl beim Übergang von der Akutbehandlung in die Geriatrische Rehabilitation als auch bei der anschließenden Versorgungsgestaltung ist dafür maßgeblich.

6.2 Besonderheiten der stationären Geriatrischen Rehabilitation

In der stationären Geriatrischen Rehabilitation ist die Umgebung auf die Bedarfe der älteren Menschen angepasst. Geriatrische Rehabilitationseinrichtungen sollten so konzipiert sein, dass die Therapie- sowie Aufenthalts-/Speiseräume in der Station und/oder im unmittelbaren Stationsumfeld liegen, so dass die Wege kurz und überschaubar sind. Das Arbeitszimmer der Pflegekräfte sollte so gelegen sein, dass Aufenthalts-/Speiseräume für die Pflegekräfte einsehbar sind. Die Unterbringung erfolgt vorwiegend in Ein- und Zweibettzimmern in ausreichender Größe für Rollstuhlfahrer mit behindertengerechter Nasszelle. Das Ambiente soll altersgerecht gestaltet sein und den Therapieprozess unterstützen.

Gerade bei geriatrischen Patientinnen und Patienten treten oft auch während der Rehabilitation sogenannte interkurrente Akuterkrankungen auf. Die geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen sind in der Lage, leichte interkurrente Erkrankungen zu behandeln, um eine Unterbrechung der Rehabilitation durch eine Krankenhausbehandlung zu vermeiden. Die Personalausstattung ist auf die höhere Pflege-, Therapie- und medizinische Überwachungsbedürftigkeit ausgerichtet.

Die Initiative zum Aufbau der stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg war das Geriatriekonzept 1989. Hierdurch hat sich die stationäre geriatrische Rehabilitation in Baden-Württemberg etabliert.

6.3 Besonderheiten der ambulanten Geriatrischen Rehabilitation

Dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ entsprechend, haben ambulante Versorgungsstrukturen auch in der Rehabilitation eine besondere Bedeutung. In Baden-Württemberg gibt es an einigen Standorten Angebote der ambulanten Geriatrischen Rehabilitation nach § 40 Abs. 1 SGB V. Weitere Angebote auch außerhalb städtischer Zentren sollen eingerichtet werden. Die ambulante Rehabilitation erfolgt multiprofessionell, d.h. im Zusammenwirken des geriatrischen Teams unter der Leitung eines geriatrisch weitergebildeten Arztes.

Ambulante Geriatrische Rehabilitation ist indiziert, wenn neben den medizinischen Voraussetzungen folgende individuellen Voraussetzungen gegeben sind:

- Der Rehabilitand besitzt die erforderliche Mobilität und ist physisch und psychisch ausreichend belastbar.
- Die Rehabilitationseinrichtung ist in zumutbarer Fahrtzeit erreichbar.
- Die häusliche sowie sonstige medizinische Versorgung des Rehabilitanden ist sichergestellt. Eine ständige ärztliche Überwachung und pflegerische Versorgung ist nicht erforderlich.

Bei dem Bemühen, ein möglichst hohes Maß an Alltagskompetenz, an Selbstständigkeit und an psychischem Wohlbefinden zu erreichen, ist auch das Umfeld der Patientinnen und Patienten zu motivieren und in den Rehabilitationsprozess einzubeziehen. Ihr Alltag 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 den Patientinnen und Patienten die Einbettung in die 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.

Nach § 40 SGB V können ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht, sowie in wohnortnahen Einrichtungen 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.

6.4 Mobile Geriatrische Rehabilitation

Die mobile Geriatrische Rehabilitation ist ein weiterer Baustein des ambulanten Versorgungsnetzes älterer Menschen. Zielgruppe sind Menschen, die mit den bestehenden ambulanten und stationären Angeboten nicht angemessen zu versorgen sind. Das sind insbesondere Menschen, die auf die umfassende Anwesenheit von Angehörigen oder einer Bezugsperson und deren Unterstützung angewiesen sind und/ oder im gewohnten oder bereits krankheits- oder behinderungsspezifisch adaptierten Wohnumfeld verbleiben müssen.

Die Besonderheit der mobilen Geriatrischen Rehabilitation liegt in der Nutzung der Ressourcen des Wohnumfeldes einschließlich des Einbezugs der Bezugspersonen, insbesondere durch Anleitung und Beratung. Ein Ausbau der Versorgung mit Angeboten der mobilen Geriatrischen Rehabilitation durch ambulante und stationäre Geriatrische Rehabilitationseinrichtungen wird angestrebt.

6.5 Qualitätsanforderung und Qualitätssicherung in der stationären und ambulanten Rehabilitation

Die geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg erbringen eine qualitativ hochwertige Leistung. Sie sind nach § 135a SGB V zur Teilnahme am internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX und der externen Qualitätssicherung nach § 137d SGB V (QS-Reha®) verpflichtet. Darüber hinaus beteiligen sich die stationären Einrichtungen in Baden-Württemberg an einer kollektiven Datenerhebung zur Messung der Ergebnisqualität (KODAS).

Die Landesregierung sieht einen Personalorientierungsrahmen für eine angemessene Personalausstattung als zentrale Anforderung an. Dieser Personalorientierungsrahmen sollte im Konsens zwischen Krankenkassen und BWKG und LAG Geriatrie entwickelt werden. Im stationären Bereich können dazu die im Geriatriekonzept 1989 dargestellten Personalrelationen und im ambulanten und mobilen Bereich die bestehenden Rahmenempfehlungen herangezogen werden.

7. Qualifikation und Zusammenarbeit

7.1 Prinzipien der Zusammenarbeit in der Geriatrischen Versorgung

Eine intensive Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen ist erforderlich und wesentliche Grundlage im geriatrischen Team. Um der komplexen multidimensionalen Problematik gerecht zu werden, bedarf es eines ganzheitlichen Konzeptes im multiprofessionellen Team. Die enge Zusammenarbeit ist für alle Beteiligten inklusive der Patientinnen und Patienten sinnvoller, als weiterhin den tradierten Mustern zu folgen²⁰. Die stärkere Einbindung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung, der Aufbau flexibler Versorgungsangebote, die Anwendung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien und die Kooperation unterschiedlicher Fachgruppen der Gesundheitsberufe ermöglichen die Vermeidung drohender Lücken der Versorgung. Sie stellen aber auch neue Anforderungen an die Zusammenarbeit und Qualifikation.

Auch wenn in Baden-Württemberg die Versorgungsengpässe bei Ärzten derzeit noch nicht gravierend sind, gilt es, sich präventiv auf einen zukünftigen Ärztemangel einzustellen.

Dies gilt erst recht angesichts der alternden Bevölkerung mit ihren besonderen, multikomplexen und insgesamt ganzheitlicheren gesundheitlichen Versorgungsbedarfen. Eine Möglichkeit der Erweiterung der Kooperation ist die Delegation/Substitution hausärztlicher Tätigkeiten an entsprechend qualifizierte Gesundheitsfachberufe, die auch für Baden-Württemberg empfohlen wird.

7.2 Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Geriatrischen Medizin und Pflege

7.2.1 Medizinische Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die besonderen Aspekte der Medizin für ältere Menschen müssen in Anbetracht der Herausforderung der starken Zunahme älterer und hochaltriger Menschen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung im ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich verstärkt berücksichtigt werden. Im Mittelpunkt der Aus- Fort- und Weiterbildung aller beteiligten Professionen in der Geriatrischen Medizin muss weiterhin die geriatrische Arbeitsweise stehen, die sich an den vorhandenen Ressourcen und den bestehenden Funktionsdefiziten orientiert und darüber hinaus in besonderem Maße die Bewältigung der konkreten Alltagsprobleme im Blick hat. Sie geht dabei über die traditionelle organ- und krankheitszentrierte Blickweise hinaus.

Aus der demographischen Entwicklung und der steigenden Zahl älterer und hochaltriger Menschen resultieren veränderte Anforderungen an das Gesundheitswesen, die in der Aus-, Fort- und Weiterbildung im medizinisch-therapeutischen und pflegerischen Bereich verstärkt berücksichtigt werden müssen.

Medizinstudium

Die Approbationsordnung für Ärzte regelt die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten. Seit 2002 sieht die Approbationsordnung verpflichtend Querschnittsbereiche vor, u.a. den Querschnittsbereich Q 7 „Medizin des Alterns und der alten Menschen“. Die medizinischen Hochschulen legen in ihren Prüfungsordnungen das Nähere über die Vermittlung der Querschnittsbereiche fest, die themenbezogen, am Gegenstand ausgerichtet und fächerverbindend erfolgen soll.

²⁰ SVR Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung – Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung

An den baden-württembergischen Universitäten befassen sich derzeit drei Professuren für Gerontopsychiatrie und eine Honorarprofessur für Geriatrie mit Fragestellungen der geriatrischen Medizin in Lehre, Forschung und Krankenversorgung. Außerdem wurden an allen hochschulmedizinischen Standorten in Baden-Württemberg Geriatrische Zentren etabliert, die sich auch mit der studentischen Lehre befassen.

Die Möglichkeit zu einem Blockpraktikum von einer Woche Dauer im Bereich der Geriatrie unter Leitung von weiterbildungsbefugten Ärztinnen und Ärzten aus Geriatrischen Zentren, Geriatrischen Schwerpunkten oder Geriatrischen Rehabilitationskliniken und zusätzlich auch die Möglichkeit, Geriatrie als Wahlfach im Praktischen Jahr in anerkannten geriatrischen Einrichtungen an Akademischen Lehrkrankenhäusern ableisten zu können, ist ein erster Ansatz, angehende Ärztinnen und Ärzte an die geriatrische Medizin heranzuführen.

Ärztliche Weiterbildung

In der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg (WBO 2006, Stand 01.12.2012) gibt es eine Zusatzweiterbildung „Geriatrie“, die nach einer Weiterbildungszeit von 18 Monaten von klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten in Ergänzung der Facharztkompetenz erworben werden kann.

Stand 01.12.2013 ²¹ sind nach Angaben der Landesärztekammer 564 Ärztinnen und Ärzte mit fakultativer Weiterbildung oder Zusatzweiterbildung Geriatrie in Baden-Württemberg registriert. Davon sind etwa 171 im ambulanten Sektor tätig.

Von großer Bedeutung für die Zukunft und die Ausbildung eines qualifizierten Nachwuchses ist eine starke Berücksichtigung der Geriatrie in der fachärztlichen Weiterbildung. Neben der Möglichkeit des Erwerbs der Zusatzbezeichnung Geriatrie müssen in Anbetracht der demografischen Entwicklung alle Ärzte, insbesondere diejenigen mit Hausarztfunktion, das für die tägliche medizinische Versorgung von alten und hochbetagten Menschen nötige Wissen erwerben können.

Eine erhöhte Gewichtung der Geriatrie im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, evtl. auch durch Praktika bei weiterbildungsberechtigten Ärztinnen und Ärzten in Geriatrischen Schwerpunkten und Zentren, ist wichtig, um junge Hausärztinnen und -ärzte zu motivieren, sich intensiv mit der Behandlung funktioneller Einschränkungen von alten und hochbetagten Menschen auseinander zu setzen und die geriatrische hausärztliche Kompetenz zu stärken.

Neben dieser Qualifikation, die auf die Breitenversorgung abzielt, ist künftig auch eine umfangreichere Fach-Weiterbildung in Geriatrie als Grundlage einer spezialisierten Versorgung erforderlich. Insgesamt bedarf es eines abgestuften Weiterbildungskonzepts, das sich auf allgemeinmedizinische Belange einerseits, wie auch auf spezialisierte geriatrische Belange andererseits richtet, um sowohl in den Universitäten und speziellen geriatrischen Einrichtungen, als auch in allen Allgemeinkrankenhäusern, in den Pflegeheimen und im häuslichen Umfeld eine qualifizierte altersmedizinische Versorgung sicher zu stellen.

Ärztliche Fortbildung

Zur Qualifizierung der bereits niedergelassenen Allgemeinärzte und hausärztlich tätigen Internisten wird darüber hinaus das 60-stündige Curriculum „Geriatrische Grundversorgung“ durch die Landesärztekammer angeboten.

Ausweislich der Leistungserbringer- und Abrechnungsstatistiken der KVBW, behandeln fast alle Vertragsärzte alte Menschen und haben damit Erfahrungen im Umgang sowie in Diagnostik und Therapie ihrer geriatrischen Patientinnen und Patienten. Dennoch bedarf es einer kontinuierlichen Fortbildung aller, insbesondere der schwerpunktmäßig mit geriatrischen Fragestellungen befasst-

²¹ Mitteilung Landesärztekammer 10.01.2014

ten, Ärztegruppen. Die über 3.000 an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte absolvieren bereits jährlich eine Pflichtfortbildung. Für die übrigen Fachgruppen sind ähnliche Konzepte zu etablieren. Die Geriatrischen Zentren und die Geriatrischen Schwerpunkte haben als geriatrische Kompetenzzentren die Verpflichtung zur ärztlichen Fortbildung und bieten regelmäßig interne und externe Fortbildungsmaßnahmen in Geriatrie mit interdisziplinärem Ansatz an.

Für die Zahnärztinnen und Zahnärzte bieten die Fortbildungsinstitute der Landes Zahnärztekammer die geriatrische Zahnheilkunde als Fortbildung an.

7.2.2 Pflegerische Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Pflege älterer und hochbetagter Menschen hat sich zu einer hochkomplexen gesellschaftlichen Aufgabe entwickelt, die von den Berufsangehörigen ein umfassendes Wissen aus der Pflegewissenschaft, der Medizin, der Gerontologie und der Pädagogik verlangt, um patientengerecht sowie angemessen professionell zu handeln.

Aufgrund ihrer Aus- Fort- und Weiterbildung verfügen Pflegekräfte über eine umfassende Handlungskompetenz, die sie dazu befähigt, eine zielorientierte Pflege/Versorgung auf der Basis einer fundierten Problemanalyse selbständig durchzuführen und den gesamten Therapieprozess mit zu gestalten. Die Handlungskompetenz setzt sich zusammen aus Kompetenzen im

- fachlichen,
- methodischen,
- sozialen,
- personalen und
- ethischen Bereich.

Die Basis für die Eignungen und Kompetenzen wird über eine klassische fachschulische oder akademische Erstausbildung gelegt. Die Expertise wächst mit der beruflichen Erfahrung, regelmäßiger Fortbildung und fachspezifischen Weiterbildungen oder akademischen Qualifizierung. Insbesondere in der Geriatrie, wo es sich um komplexe und langwierige Pflege- und Versorgungssituationen handelt, ist wichtig, dass Pflegenden lange Berufslaufbahnen anstreben, in deren Rahmen sie sich zunehmend in den oben genannten Kompetenzbereichen weiterentwickeln. Dies wird auch vor dem Hintergrund wichtiger, dass Pflegefachkräfte zukünftig mehr Personen anzuleiten haben (z. B. Pflegehelfer, Ehrenamtliche, Angehörige).

Das Sozialministerium hält im Interesse einer hochwertigen geriatrischen Versorgung für wichtig, dass Pflegenden, die in Geriatrischen Schwerpunkten und Geriatrischen Zentren wie auch in künftigen Geriatrischen Schwerpunktpraxen beschäftigt sind, eine besondere Qualifikation im Bereich der Geriatrie nachweisen.

Fachgesellschaften und Berufsverbände bieten Fortbildungen für examinierte Pflegekräfte zur Aktualisierung und Vertiefung der in der Ausbildung vermittelten Kenntnisse in Geriatrie und Gerontologie an. Diese Angebote wenden sich darüber hinaus an therapeutische Berufsgruppen, die dadurch die Möglichkeit haben, auf diesem praxisrelevanten, aber in ihrer eigenen Ausbildung weniger zentralen Gebiet, Kompetenzen zu erwerben.

Demgegenüber verfolgen staatlich geregelte Weiterbildungen, die zu einer geschützten Berufsbezeichnung führen, wie bspw. die Weiterbildung Gerontopsychiatrie u. a. nachstehende Ziele:

- Spezifisches Qualifizierungsangebot für den wachsenden Bereich der Geriatrie und Gerontopsychiatrie und somit die Sicherstellung der gerontopsychiatrischen Fachqualifikation
- Vermittlung evidenzbasierter theoretischer und praktischer Kenntnisse und Handlungskompetenzen zur Optimierung der Versorgungsqualität alter Menschen
- Vertiefung und Spezialisierung des erworbenen Wissens aus der Ausbildung
- Verknüpfung der Pflegepraxis mit den aktuellen Erkenntnissen aus der Pflegewissenschaft, der geriatrischen Medizin und der Gerontologie
- Kennenlernen neuester Konzepte für die Gerontopsychiatrie
- Eigenständige Entwicklung von Konzepten für spezifische Pflegesituationen
- Weiterentwicklung und Vertiefung der fachlichen, personalen, sozialen und methodischen Kompetenz in der Pflege

Sofern darüber hinaus eine Fachweiterbildung in der Geriatrie für notwendig erachtet wird, sollte sie sich an den derzeitigen Weiterbildungsrichtlinien und -verordnungen des Landes Baden-Württemberg orientieren und einen Mindestumfang von ca. 720 Stunden (inklusive Praxis) haben, damit Durchlässigkeit und Anschlussfähigkeit ermöglicht werden (Zulassung zum Studium). Weitere Orientierungswerte für eine Qualifizierung bieten auch die Richtlinien des Bundesverbandes Geriatrie. Ein Aufbau in Modulen (z. B. Basisqualifikation mit 160 Std. plus weitere Module) erleichtert die Anrechenbarkeit und damit auch die Durchlässigkeit.

7.2.3 Weiteres zu Aus-, Fort- und Weiterbildung

Medizinische Assistenzberufe

Die Fortbildungsinstitute der Landeszahnärztekammer haben die geriatrische Zahnheilkunde in die Curricula der Fortbildung von zahnmedizinischen Assistenzberufen aufgenommen.

Berufsgruppenübergreifende Angebote

Die Hochschulen des Landes bieten vermehrt auch Studiengänge für verschiedene Berufsgruppen an. Das Institut für Gerontologie an der Universität Heidelberg hat beispielsweise einen Master-Studiengang „Gerontologie“ eingerichtet, dessen Schwerpunkte auf den politischen, wirtschaftlichen und soziologisch-kulturvergleichenden Dimensionen der Altersforschung liegen, gleichwohl aber auch die gesundheitsrelevanten, insbesondere die psychologischen und psychiatrischen Aspekte des höheren Lebensalters umfassen. Der Studiengang richtet sich an Studieninteressierte mit Berufszielen in Wissenschaft, Medien und Politik. Bereits seit 2003 wird der europäische EuMaG Studiengang (European Masters in Gerontology) in Kooperation mit der Université Paris Descartes, Vrije Universiteit Amsterdam, Keele University und der Europäischen Kommission angeboten. 2005 wurde der Studiengang Höheres Lehramt an beruflichen Schulen mit der Fachrichtung Pflegewissenschaft/Gerontologische Pflege bzw. Gesundheit und Gesellschaft eingerichtet.

7.3 Rehabilitations- und Versorgungsforschung

Die Forschung im Bereich der Gerontologie und Geriatrie hat in Deutschland eine erst kurze Tradition. In Baden-Württemberg ist sie aber im Gegensatz dazu bereits früh verwurzelt. 1986 wurde in Heidelberg das Institut für Gerontologie gegründet.

Die klinisch-geriatrische Forschung im Rahmen der Hochschulmedizin und Pflegewissenschaft ist im Unterschied zu anderen europäischen Ländern in Deutschland wenig repräsentiert. An den baden-württembergischen Universitäten befassen sich derzeit drei Professuren für Gerontopsychi-

atrie und eine Honorarprofessur für Geriatrie mit Forschung. Daneben sind die an hochschulmedizinischen Standorten in Baden-Württemberg etablierten Geriatrischen Zentren u.a. mit Forschung befasst.

Die Infrastruktur der geriatrischen Zentren und Schwerpunkte in Verbindung mit einem flächendeckenden Angebot an stationärer geriatrischer Rehabilitation in Baden-Württemberg stellt eine Ausnahmesituation in Deutschland dar und bietet eine besondere Chance, Antworten auf versorgungswissenschaftliche Fragestellungen auf Grundlage einer breiten Versorgungslandschaft zu gewinnen.

An allen Zentrumsstandorten wurden in den letzten 20 Jahren Verbünde gebildet, die Fragen der Altersmedizin und pflegerischen Betreuung wissenschaftlich bearbeitet haben. Daneben findet geriatrische Forschung auch in den geriatrischen Akutkliniken und Rehabilitationseinrichtungen statt.

Als Forschungsschwerpunkte haben sich an den Zentren/Kliniken der einzelnen Standorte auf nationalem und internationalem Niveau verschiedene Themenfelder etabliert. Dazu gehören ambulante geriatrische Rehabilitation, Kontinenz, Bewegung, Sturzprävention, Alterstraumatologie, Pharmakotherapie bei älteren Patientinnen und Patienten, Mangelernährung im Alter, Diabetologie, depressive Störungen im Alter, Frühdiagnostik neurodegenerativer Erkrankungen, Verbesserung der Versorgung zu Hause lebender Patientinnen und Patienten mit einer Demenz und intelligente Haustechnik für möglichst langes Wohnen in den eigenen vier Wänden (ambient assistent living (AAL)).

An den Beispielen vielfältiger Forschungsansätze und -themen an den verschiedenen Standorten zeigt sich, dass die im Geriatriekonzept Baden-Württemberg ausgewiesene Infrastruktur in der Lage ist, Geriatrie-relevante Forschungsvorhaben zu initiieren und - bei Ko-Finanzierung durch Bund, Land oder Stiftungen - erfolgreich durchzuführen.

Zum Ausbau und zur Koordinierung der Versorgungsforschung in Baden-Württemberg haben das Wissenschaftsministerium und das Sozialministerium die Initiative der Identifizierung und Vernetzung aller in der Versorgungsforschung tätigen Institutionen ergriffen. In diesem Rahmen hat im Januar 2011 die "Koordinierungsstelle Versorgungsforschung Baden-Württemberg" an der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg ihre Arbeit aufgenommen. Gleichzeitig wurden an allen Medizinischen Fakultäten des Landes und am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, lokale Koordinierungsstellen eingerichtet. Die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses soll mit der Gründung einer "Nachwuchsakademie Versorgungsforschung Baden-Württemberg" realisiert werden. Gefördert wird vom Wissenschaftsministerium auch die Bildung von Strukturen für eine effiziente Forschungsarbeit an allen Partnerinstitutionen. Dazu zählen unter anderem die Etablierung eines Beirats mit Vertretern aus dem Gesundheitswesen und die Einrichtung einer webbasierten Kommunikationsplattform. Eine enge Kooperation der geriatrisch forschenden Schwerpunkte und Zentren mit der hierfür neu eingerichteten „Koordinierungsstelle Versorgungsforschung Baden-Württemberg“ wird angestrebt.

Versorgungsforschung in den bestehenden Strukturen ist wichtig, da Daten aus anderen Bundesländern oft nicht die Versorgungssituation in Baden-Württemberg widerspiegeln.

8. Ausblick und Weiterentwicklung

Ebenso wie die Bedarfe in der geriatrischen Versorgung, ändern sich die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen stetig. Diesem Umstand wird auch das Geriatriekonzept Rechnung tragen. Es will als ein dynamisches Konzept verstanden werden, das laufend an neue Entwicklungen angepasst und dementsprechend weiterentwickelt werden muss. Dieser Prozess wird durch den neu geschaffenen „Landesbeirat Geriatrie“ begleitet und beraten, in dem neben dem Sozialministerium u. a. auch die Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK), die geriatrischen Landesarbeitsgemeinschaften, die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG), die Landesärztekammer und Landes Zahnärztekammer, weitere an der geriatrischen Versorgung beteiligte Berufsgruppen, die kommunalen Landesverbände, der Landesseniorenrat und die Kassenärztliche und –zahnärztliche Vereinigung vertreten sind. Die bislang vom Sozialministerium moderierte AG Geriatrie geht im neuen Landesbeirat auf.

Im Folgenden werden Arbeitsfelder benannt, in denen bereits über die Fertigstellung des Konzepts hinaus eine Weiterentwicklung und entsprechender Aktualisierungsbedarf zu erwarten ist. Diese Aufzählung möchte und kann nicht abschließend sein.

Krankenhausbehandlung

Um die Strukturen und Abläufe in den Krankenhäusern verstärkt auf die Bedürfnisse alter Menschen auszurichten, sieht es die Landesregierung als sinnvoll an, dass geriatrische Behandlungseinheiten in Akutkrankenhäusern etabliert werden und schlägt hierfür die im Geriatriekonzept verankerten Qualitätskriterien vor.

Die Standorte Geriatrischer Behandlungseinheiten sollen künftig auf einer Angebotslandkarte auf der Homepage des Sozialministeriums dargestellt und bei einer Neuauflage als Anhang in das Geriatriekonzept aufgenommen werden. Damit können sich dann auch Krankenhäuser auf dieser Landkarte wiederfinden, die bereits langjährig geriatrische Akutbehandlung im Sinne dieser Qualitätskriterien praktizieren.

Die Entwicklung in der Etablierung von Geriatrischen Behandlungseinheiten im Sinne dieser neu etablierten Qualitätskriterien soll in zwei Jahren evaluiert werden. Abhängig von der bis dahin erreichten Verbreitung erwägt die Landesregierung, künftig Krankenhäuser mit Geriatrischen Behandlungseinheiten auch im Landeskrankenhausplan explizit auszuweisen. Das Verfahren für die Ausweisung als Krankenhäuser mit Geriatrischer Behandlungseinheit würde dann im Landeskrankenhausausschuss festzulegen sein.

Geriatrische Schwerpunkte und Zentren

Mit der Weiterentwicklung des Geriatriekonzepts ist eine Neudefinition der besonderen Aufgaben erfolgt. Dies erfordert umfangreiche konzeptionelle und organisatorische Umstellungen für die Geriatrischen Schwerpunkte und Zentren und wird einen angemessenen Übergangszeitraum erfordern. Die Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen vereinbaren mit den geriatrischen Landesarbeitsgemeinschaften und der BWKG Regelungen bezüglich dieser Übergangsfrist. Die Landesregierung sieht vor, dass als Grundlage der künftigen Ausweisung der Geriatrischen Schwerpunkte und Zentren im Krankenhausplan ein Verfahren der Zertifizierung erarbeitet und implementiert wird.

Zentren für Altersmedizin

Einige Krankenhausträger gehen dazu über, Zentren für Altersmedizin einzurichten mit sowohl akutgeriatrischen Behandlungseinheiten oder Abteilungen als auch Geriatrischer Rehabilitation unter einem Dach. Solche Konzepte sind angesichts des Zieles vielversprechend, geriatrische Versorgung sowohl akutgeriatrisch als auch rehabilitativ in hoher Qualität flächendeckend vorzuhalten.

Geriatrische Rehabilitation

Die ambulante, mobile und stationäre geriatrische Rehabilitation soll mit hoher fachlicher Qualität in ihrer Struktur flächendeckend erhalten und bedarfsgerecht ausgebaut werden.

Das Sozialministerium fördert mit Unterstützung der AOK eine wissenschaftliche Untersuchung der bestehenden geriatrischen Versorgungssituation in Baden-Württemberg. Erwartet werden tragfähige Aussagen für notwendige künftige Entwicklungen in den Versorgungsstrukturen, speziell im Bereich der geriatrisch-rehabilitativen Versorgung als wesentlichem Bestandteil im umfassenden System der medizinischen Versorgung.

Die gewonnenen Erkenntnisse werden in die Fortentwicklung des Geriatriekonzepts Baden-Württemberg insbesondere im Bereich der Geriatrischen Rehabilitation einfließen.

Bereits gegenwärtig werden neue leistungsgerechte Vergütungssysteme bspw. mit einer Differenzierung nach Indikatoren oder nach der Fallschwere in unterschiedlichen Formen von zumindest einer Kasse angestrebt und entwickelt. Die Ergebnisse werden zu bewerten sein.

Die Landesregierung sieht einen Personalorientierungsrahmen für eine angemessene Personalausstattung in der geriatrischen Rehabilitation als zentrale Anforderung an. Dieser Personalorientierungsrahmen sollte im Konsens zwischen Krankenkassen und BWKG und LAG Geriatrie entwickelt werden. Er soll bei einer künftigen Neuauflage als Anhang dem Geriatriekonzept beigelegt werden.

Ambulante Versorgungsnetzwerke

Von besonderer Bedeutung wird künftig die ambulante altersmedizinische Versorgung sein. Die Verzahnung von Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation, Kuration und Pflege zur Gewährleistung einer abgestuften, sinnvoll ineinandergreifenden, von Kontinuität gezeichneten Versorgung in Wohnortnähe, aber auch die Einbindung und Förderung informeller Unterstützungs- und Hilfesysteme, stellen besondere Herausforderungen für das zukünftige Gesundheitssystem dar. Deshalb wird die Etablierung regionaler geriatrischer Versorgungsnetzwerke als Netzwerke ambulanter, integrierender und stationärer Angebote in Baden-Württemberg angestrebt. Das Versorgungsnetzwerk kann bspw. durch die kommunale Gesundheitskonferenz oder - entsprechend deren Aufgabenprofil - durch die Geriatrischen Schwerpunkte und Zentren vor Ort koordiniert werden.

Geriatrische Institutsambulanzen

Mit dem neu geschaffenen § 118a SGB V können Geriatrische Institutsambulanzen errichtet werden. Das Sozialministerium strebt eine ggfls. auch modellhafte Etablierung in Baden-Württemberg an. Als Bestandteil der ambulanten Versorgung werden diese eine wichtige Rolle in den geriatrischen Versorgungsnetzwerken einnehmen.

Ärztliche Weiterbildung Geriatrie

Eine verbesserte Weiterbildung in Geriatrie als Fachgebiet wird von den Fachgesellschaften und den geriatrischen Landesverbänden als erforderlich angesehen.

Die geriatrischen Landesverbände halten auch für Baden-Württemberg den Ansatz der Bundesärztekammer für sinnvoll, aufbauend auf einer 3-jährigen speziellen Weiterbildung einen Schwerpunkt Klinische Geriatrie in der Inneren Medizin zu bilden oder einen Facharzt für Geriatrie mit entsprechenden Weiterbildungsinhalten.

Die Landesregierung geht davon aus, dass die geriatrische Weiterbildung eine spezialisierte Versorgung für die zukünftig am schnellsten wachsende Patientengruppe der Hochaltrigen ermöglicht, die ihrerseits wieder für die hausärztlichen Versorgung eine qualifizierte Grundlage und Ergänzung darstellt. Daher erwartet sie entsprechende Ergebnisse des Diskurses in der Ärzteschaft um die Weiterbildung im Fach Geriatrie.

Anhang

1. Verzeichnis über Geriatrische Schwerpunkte und Zentren.....	51
2. Verzeichnis Geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg	53
3. Übersichtskarte Geriatrische Schwerpunkte und Zentren	56
4. Übersichtskarte Geriatrische Rehabilitationseinrichtungen	57
5. Geriatrie-Check als Instrument zur Identifikation geriatrischer Patientinnen und Patienten	58
6. Geriatrisches Screening nach Lachs	60
7. Geriatrisches Screening nach Lachs - Erläuterungen	61
8. Curriculum für Fallkonferenzen der Geriatrischen Schwerpunkte und Zentren für nicht-geriatrische Einrichtungen.....	62
9. Der Weg in die geriatrische Rehabilitation	64
10. An der Erarbeitung beteiligte Organisationen und Verbände	65

1. Verzeichnis über Geriatrische Schwerpunkte und Zentren

	Klinik	PLZ	Ort
Schwerpunkt	Klinikum Am Plattenwald Bad Friedrichshall	74177	Bad Friedrichshall
Schwerpunkt	Caritas-Krankenhaus gGmbH	97980	Bad Mergentheim
Schwerpunkt	Stadtklinik Baden-Baden	76532	Baden-Baden
Schwerpunkt	Zollernalb-Klinikum	72336	Balingen
Schwerpunkt	Klinikverbund Biber- ach/Laupheim/Ochsenhausen/Riedling en	88400	Biberach
Schwerpunkt	Rechbergklinik Bretten	75015	Bretten
Schwerpunkt	Kreisklinikum Calw-Nagold	75365	Calw
Schwerpunkt	Kreiskrankenhaus Ehingen	89584	Ehingen
Schwerpunkt	Kreiskrankenhaus Emmendingen	79312	Emmendingen
Schwerpunkt	Klinikum Esslingen	73730	Esslingen
Zentrum	Universitätsklinikum Freiburg	79106	Freiburg
Schwerpunkt	Krankenhaus Freudenstadt	72250	Freudenstadt
Schwerpunkt	Städt. Klinikum Friedrichshafen	88048	Friedrichshafen
Schwerpunkt	Klinik am Eichert	73035	Göppingen
Zentrum	Krankenhaus Bethanien	69126	Heidelberg
Schwerpunkt	Klinikum Heidenheim	89518	Heidenheim
Schwerpunkt	Klinikum Gesundbrunnen Heilbronn	74078	Heilbronn
Zentrum	Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe-Rüppur	76199	Karlsruhe
Schwerpunkt	Klinikum Konstanz der Spitalstiftung von 1225	78464	Konstanz
Schwerpunkt	Kliniken des Lkr. Lörrach GmbH Klinikverbund Lörrach/ Rheinfel- den/Schopfheim	79539	Lörrach
Schwerpunkt	Klinikum Ludwigsburg	71640	Ludwigsburg
Zentrum	Klinikum Mannheim gGmbH Universitätsklinikum	68167	Mannheim
Schwerpunkt	Kreiskrankenhaus Mosbach	74821	Mosbach
Schwerpunkt	Enzkreis-Kliniken Mühlacker	75417	Mühlacker
Schwerpunkt	HELIOS Klinik Müllheim	79379	Müllheim
Schwerpunkt	Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd	73557	Mutlangen
Schwerpunkt	Ortenau Klinikum Offenburg-Gengenbach	77654	Offenburg
Schwerpunkt	Hohenloher Krankenhaus GmbH Krankenhaus Öhringen	74613	Öhringen

	Klinik	PLZ	Ort
Schwerpunkt	Klinikum Pforzheim GmbH	75175	Pforzheim
Schwerpunkt	Kreiskrankenhaus Rastatt	76437	Rastatt
Schwerpunkt	Krankenhaus St. Elisabeth/ St. Nikolaus OSK	88212	Ravensburg
Schwerpunkt	Klinikum am Steinenberg Reutlingen	72764	Reutlingen
Schwerpunkt	Krankenhaus Rottweil	78628	Rottweil
Schwerpunkt	Rems-Murr-Klinik Schorndorf	73614	Schorndorf
Schwerpunkt	Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall - Gaildorf	74523	Schwäbisch Hall
Schwerpunkt	Klinikum Sindelfingen-Böblingen	71065	Sindelfingen
Schwerpunkt	Hegau-Bodensee-Klinikum Singen	78224	Singen
Schwerpunkt	Kreiskrankenhaus Sinsheim	74889	Sinsheim
Zentrum	Klinikum Stuttgart	70174	Stuttgart
Zentrum	Universitätsklinikum Tübingen	72076	Tübingen
Schwerpunkt	Klinikum Landkreis Tuttlingen	78532	Tuttlingen
Zentrum	Bethesda Geriatrische Klinik Ulm gGmbH	89073	Ulm
Schwerpunkt	Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen GmbH	78050	Villingen- Schwenningen
Schwerpunkt	Krankenhaus-Spitalfond Waldshut-Tiengen	79761	Waldshut-Tiengen

Stand: März 2014

2. Verzeichnis Geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg

Einrichtung	PLZ	Ort	Plätze	Form
Ostalb-Klinikum Aalen Rehabilitations-Medizin Ostalb GmbH	73430	Aalen	45	stationär
Sana-Klinik Zollernalb GmbH	72461	Albstadt	40	stationär
Kliniken Schmieder	78476	Allensbach	22	stationär
Park Klinikum Bad Krozingen Schwarzwaldklinik Geriatrie	79189	Bad Krozingen	90	stationär
Medi Clin Schlüsselbad Klinik	77740	Bad Peterstal- Griesbach	32	stationär
Sophie-Luisen-Klinik	74906	Bad Rappenau	60	stationär
Klinik St. Marienhaus	79713	Bad Säckingen	34 Schließung voraussichtl. März 2014	stationär
Geriatrische Rehabilitationseinrichtung an den Sankt Rochus Kliniken	76669	Bad Schönborn	15 45 ab 01.01.2015	stationär
m&i Fachkliniken Hohenurach	72574	Bad Urach	55	stationär
BaWi Med Gesellschaft für Geriatrie mbH Johannes-Klinik Bad Wildbad	75323	Bad Wildbad	35	stationär
Kreisklinik für geriatrische Rehabilitation	88400	Biberach an der Riss	40	stationär
SLK-Kliniken Heilbronn GmbH Geriatrische Rehabilitationsklinik Brackenheim	74336	Brackenheim	25	stationär
Geriatrische Rehabilitationsklinik Ehingen	89584	Ehingen	35	stationär
BDH-Klinik Elzach Neurologische Rehabilitation	79215	Elzach	30	stationär
Aerpah Klinik Esslingen Kennenburg	73732	Esslingen	104 Schließung zum 31.03.2014	stationär
Klinikum Friedrichshafen Geriatrische Rehabilitationsklinik	88045	Friedrichshafen	28	stationär
Kliniken Schmieder	78476	Gailingen	23	stationär
MediClin Reha-Zentrum Gernsbach	76593	Gernsbach	75	stationär
Geriatrische Rehabilitationsklinik Giengen	89537	Giengen	30	stationär
Klinik für geriatrische Rehabilitation und physikalische Medizin	73035	Göppingen	55	stationär

Einrichtung	PLZ	Ort	Plätze	Form
Agaplesion Bethanien Krankenhaus Heidelberg	69126	Heidelberg	66	stationär
Klinik für Geriatrische Rehabilitation Horb am Neckar	72160	Horb	25	stationär
Ev. Diakonissenanstalt Karlsruhe- Rüppur	76199	Karlsruhe	65	stationär
Geriatrische Rehabilitationsklinik am Diakoniekrankenhaus Mannheim	68163	Mannheim	66	stationär
Neckar-Odenwald-Kliniken gGmbH, geriatrische Rehaklinik Mosbach	74821	Mosbach	20	stationär
Bad Sebastiansweiler Geriatrische Rehabilitationsklinik	72116	Mössingen	45	stationär
Enzkreis-Kliniken gGmbH Geriatrische Rehabilitationsklinik Mühlacker	75417	Mühlacker	65	stationär
Winkelwaldklinik Nordrach	77787	Nordrach	25	stationär
Geriatrische Rehabilitationsklinik Öhringen	74613	Öhringen	20	stationär
Paul-Gerhard-Werk e.V. Offenburg	77654	Offenburg	40	stationär
Oberschwaben Klinik GmbH Heilig-Geist-Spital	88214	Ravensburg	54	stationär
GRN-Klinik für Geriatrische Rehabilitation Schwetzingen	68723	Schwetzingen	26	stationär
GRN-Klinik für Geriatrische Rehabilitation Sinsheim	74889	Sinsheim	35	stationär
Klinik für geriatrische Rehabilitation am Robert-Bosch-Krankenhaus	70376	Stuttgart	80	stationär
Geriatrische Reha-Klinik Bethel	78647	Trossingen	52	stationär
Geriatrische Rehabilitationsklinik Am Klosterwald GmbH	78048	Villingen- Schwenningen	44	stationär
Geriatriezentrums St. Josef Walldürn	74731	Walldürn	20	stationär
GRN-Klinik für Geriatrische Rehabilitation Weinheim	69469	Weinheim	28	stationär
Geriatrische Reha-Klinik Bethel Welzheim	73642	Welzheim	55	stationär
Sophie-Luisen-Klinik	74906	Bad Rappenau	3	ambulant
Kreisklinik für geriatrische Rehabilitation Biberach	88400	Biberach an der Riss	4	ambulant
Universitätsklinikum Freiburg	79106	Freiburg	8	ambulant

Einrichtung	PLZ	Ort	Plätze	Form
Agaplesion Bethanien Krankenhaus	69126	Heidelberg	40	ambulant
Ev. Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe-Rüppur	76199	Karlsruhe	10	ambulant
Casana Ambulante Rehabilitation und Prävention	68163	Mannheim	40	ambulant
Geriatrische Rehabilitationsklinik am Diakoniekrankenhaus Mannheim	68163	Mannheim	12	ambulant
Therapiezentrum am Rathausplatz	71063	Sindelfingen	15	ambulant
Geriatrische Rehabilitationsklinik Sinsheim	74889	Sinsheim	6	ambulant
Klinik für geriatrische Rehabilitation am Robert-Bosch-Krankenhaus	70376	Stuttgart	20	ambulant
Agaplesion Bethesda Klinikum Ulm gGmbH	89073	Ulm	24	ambulant
Ev. Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe-Rüppur	76199	Karlsruhe	5 Platzzahl- erhöhung ist beantragt	mobil
Mark GmbH	76149	Karlsruhe	10	mobil

Stand: März 2014

3. Übersichtskarte Geriatriische Schwerpunkte und Zentren

Geriatrische Schwerpunkte und Zentren in Baden-Württemberg

Legende

- ◆ Geriatriischer Schwerpunkt
- ▲ Geriatriisches Zentrum

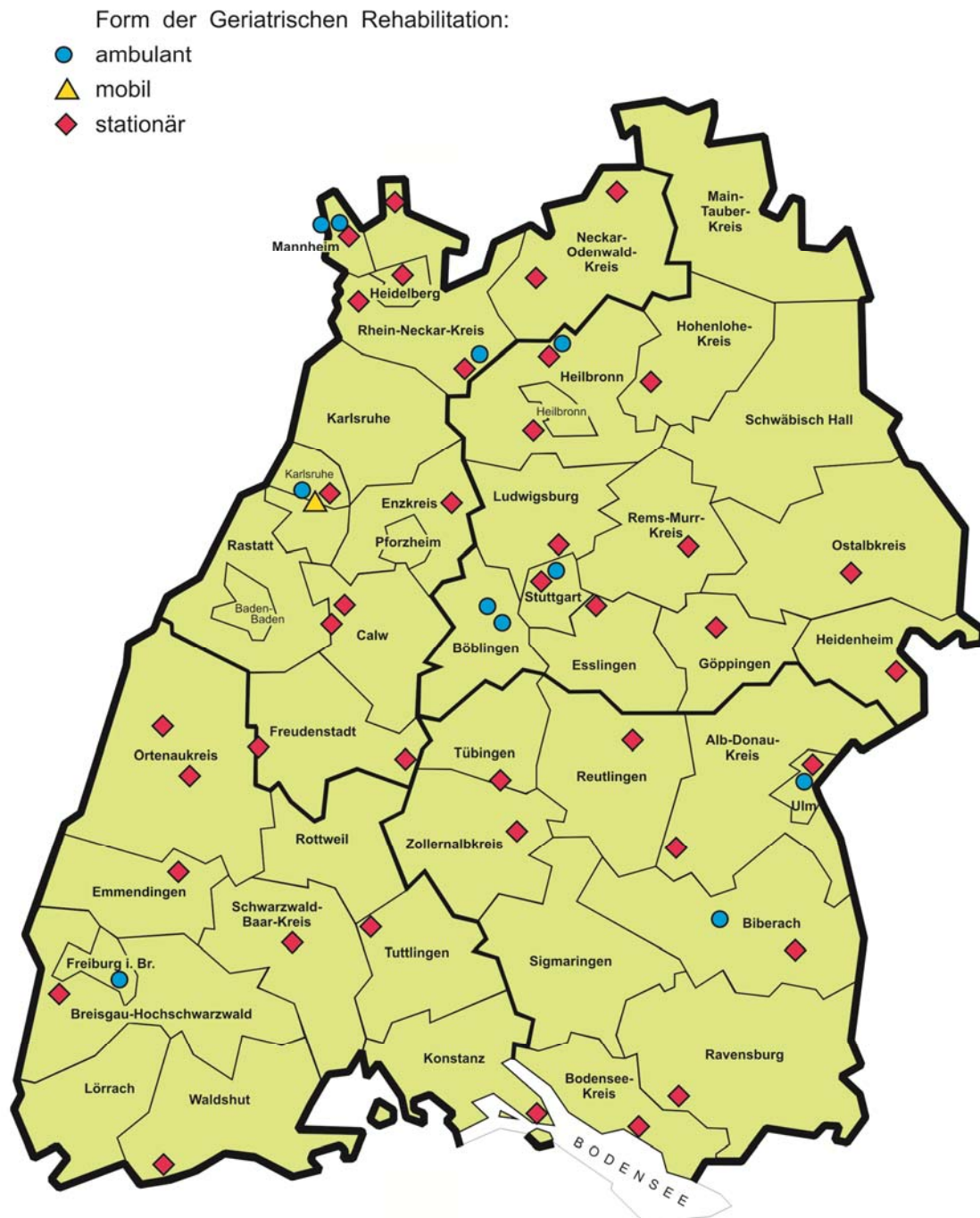


Stand März 2014

Diese Übersichtskarte ist auch auf der Homepage des Sozialministeriums veröffentlicht

4. Übersichtskarte Geriatriische Rehabilitationseinrichtungen

Standorte geriatrischer Rehbailitationseinrichtungen in Baden-Württemberg



Stand März 2014

Diese Übersichtskarte ist auch auf der Homepage des Sozialministeriums veröffentlicht

5. Geriatrie-Check als Instrument zur Identifikation geriatrischer Patientinnen und Patienten²²

Geriatrie-Check

Bitte bei allen Patienten ab 70 Jahren ausfüllen		Informationsquelle(n)	<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Bezugsperson
Name, Vorname	Geburtsdatum	Untersuchungsdatum	Untersucher, Handzeichen

A

Alter \geq 85 Jahre	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Pflegestufe \geq 1 vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Pflegeheimbewohner	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bekannte Demenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
\geq 1 ja-Antwort			<input type="checkbox"/> wahrscheinlich geriatrischer Patient

B (wenn A nicht zutreffend, Geriatrie-Check fortführen)

Beeinträchtigungen vor dem jetzigen Akutereignis			
Mobilität	– Gangunsicherheit und/oder – Wiederholte Stürze und/oder – Gehilfe/Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Selbständigkeit	– Hilfe beim Waschen/Anziehen und/oder – Inkontinenz und/oder – Unter-/Mangelernährung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kognition	– Gedächtnisprobleme und/oder – Desorientiertheit/Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Psyche	– Anhaltende Niedergeschlagenheit und/oder – Anhaltende Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krankenhaus- aufenthalte	\geq 2 Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Anzahl ja-Antworten (=Punktsumme)		
\geq 2 ja-Antworten		<input type="checkbox"/> wahrscheinlich geriatrischer Patient	

Der folgende Abschnitt ist krankenhausespezifisch anzupassen:

Optionen der möglichen Weiterbehandlung, wenn gemäß A oder B wahrscheinlich geriatrischer Patient	
<input type="checkbox"/> Geriatrisches Screening <input type="checkbox"/> Geriatrisches Konsil/geriatrische Mitbehandlung <input type="checkbox"/> Akutgeriatrie <input type="checkbox"/> Geriatrische Rehabilitation <input type="checkbox"/> _____	Unterschrift des Arztes: _____

²² Herausgeber: Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V. (BWKG) www.bwkg.de

Manual zum Geriatrie-Check

Beeinträchtigungen vor dem jetzigen Akutereignis

Mobilität

Gangunsicherheit und/oder	Patient fühlt sich seit einiger Zeit unsicher beim Gehen, oder Bezugsperson hat seit einiger Zeit Unsicherheiten beim Gehen beobachtet*
Wiederholte Stürze und/oder	Patient ist in den letzten 12 Monaten mindestens 2 mal gestürzt (Eigen- oder Fremdanamnese)
Gehilfe/Rollstuhl	Patient benötigte zuletzt eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl zur Fortbewegung (Eigen- oder Fremdanamnese)

Selbständigkeit

Hilfe beim Waschen/Anziehen und/oder	Patient benötigt beim Waschen oder Ankleiden zuletzt Unterstützung durch eine Hilfsperson, wie z.B. Anleitung, Beaufsichtigung oder direkte Hilfe (Eigen- oder Fremdanamnese)*
Inkontinenz und/oder	Patient konnte in letzter Zeit wiederholt den Urin nicht halten, oder Bezugsperson hat ein wiederholtes Einnässen der Kleidung beobachtet
Unter-/Mangelernährung	BMI < 23 kg/m ² oder klinischer Aspekt einer Unter- bzw. Mangelernährung (Sarkopenie, Kachexie)

Kognition

Gedächtnisprobleme und/oder	Patient glaubt, dass er mit seinem Gedächtnis mehr Schwierigkeiten hat als andere Menschen in seiner Altersgruppe, oder Bezugsperson hat eine auffällige Vergesslichkeit im Alltag beobachtet
Desorientiertheit/Verwirrtheit	Patient ist seit einiger Zeit zu Ort, Zeit, Situation oder eigener Person nicht scharf orientiert oder gar verwirrt (Eigen- oder Fremdanamnese)

Psyche

Anhaltende Niedergeschlagenheit und/oder	Patient fühlt sich seit einiger Zeit niedergeschlagen oder hoffnungslos, oder Bezugsperson hat seit einiger Zeit eine anhaltende Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit beobachtet
Anhaltende Antriebslosigkeit	Patient fühlt sich seit einiger Zeit ohne Energie und hat mangels Antrieb viele Tätigkeiten aufgegeben, oder Bezugsperson beobachtet seit einiger Zeit eine anhaltende Antriebslosigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens

Krankenhausaufenthalte

Mindestens 2 Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten	Patient ist vor dem jetzigen Akutereignis in den letzten 12 Monaten mindestens 2 weitere Male im Krankenhaus behandelt worden (Eigen- oder Fremdanamnese)
--	---

* Hierbei handelt es sich um eine Fähigkeitsstörung, die vor Eintreten des Akutereignisses bestand und nicht erst in Zusammenhang mit diesem aufgetreten ist.

6. Geriatrisches Screening nach Lachs

	Problem	Untersuchung	Pathologisches Resultat	
1.	Sehen	<ul style="list-style-type: none"> • Fingerzahl mit Brille in 2 m Entfernung erkennen • Nahvisus oder Lesen einer Überschrift • Frage: Hat sich Ihre Sehfähigkeit in letzter Zeit verschlechtert? 	kein korrektes Erkennen bzw. Lesen möglich oder die Frage wird mit <i>JA</i> beantwortet	<input type="radio"/>
2.	Hören	Flüstern der folgenden Zahlen in ca. 50 cm Entfernung nach Ausatmung in das angegebene Ohr, während das andere zugehalten wird: linkes Ohr: 6-1-9 rechtes Ohr: 2-7-3	mehr als eine Zahl wird falsch erkannt	<input type="radio"/>
3.	Armfunktion	Bitten Sie den Patienten, <ul style="list-style-type: none"> • beide Hände hinter den Kopf zu legen und • einen Kugelschreiber von Tisch/Bettdecke aufzuheben. 	mind. eine Aufgabe wird nicht gelöst	<input type="radio"/>
4.	Beinfunktion	Bitten Sie den Patienten aufzustehen, einige Schritte zu gehen und sich wieder zu setzen.	Patient ist nicht in der Lage, eine dieser Tätigkeiten selbständig auszuführen	<input type="radio"/>
5.	Harnkontinenz	Frage: <i>Konnten Sie in letzter Zeit den Urin versehentlich nicht halten?</i>	Antwort: <i>JA</i>	<input type="radio"/>
6.	Stuhlkontinenz	Frage: <i>Konnten Sie in letzter Zeit den Stuhl versehentlich nicht halten?</i>	Antwort: <i>JA</i>	<input type="radio"/>
7.	Ernährung	Schätzen Sie das Patienten-Gewicht.	nicht normalgewichtig (unter- oder übergewichtig?)	<input type="radio"/>
8a.	Kurzzeitgedächtnis	Nennen Sie dem Patienten die folgenden Begriffe und bitten Sie ihn, sie sich zu merken: Apfel – Pfennig – Tisch Bitten Sie den Patienten, die Begriffe zu wiederholen.	mind. einer der Begriffe kann nicht erinnert werden	<input type="radio"/>
9.	Aktivität	Fragen Sie den Patienten: <i>Können Sie sich selbst anziehen?</i> <i>Können Sie problemlos Treppensteigen?</i> <i>Können Sie selbst einkaufen gehen?</i>	eine oder mehrere Frage(n) mit <i>NEIN</i> beantwortet	<input type="radio"/>
10.	Depression	Fragen Sie den Patienten: <i>Fühlen Sie sich oft traurig oder niedergeschlagen?</i>	Antwort: <i>JA</i>	<input type="radio"/>
8b.	Gedächtnis	Fragen Sie die vorhin genannten Begriffe aus 8a ab.	einen oder mehrere Begriffe vergessen	<input type="radio"/>
11.	Soziale Unterstützung	Frage: <i>Haben Sie Personen, auf die Sie sich verlassen und die Ihnen zu Hause regelmäßig helfen können?</i>	Antwort: <i>NEIN</i>	<input type="radio"/>
12.	Krankenhausaufenthalt	Frage: <i>Waren Sie in den letzten 3 Monaten im Krankenhaus?</i>	Antwort: <i>JA</i>	<input type="radio"/>
13.	Sturz	Frage: <i>Sind Sie in den letzten 3 Monaten gestürzt?</i>	Antwort: <i>JA</i>	<input type="radio"/>
14.	Polypharmazie	Frage: <i>Nehmen Sie regelmäßig mehr als 5 verschiedene Medikamente?</i>	Antwort: <i>JA</i>	<input type="radio"/>
15.	Schmerz	Frage: <i>Leiden Sie häufig unter Schmerzen?</i>	Antwort: <i>JA</i>	<input type="radio"/>
Anzahl der Auffälligkeiten				/16

7. Geriatrisches Screening nach Lachs - Erläuterungen

Kurzbeschreibung

- checklistenartige Identifikation typischer Problem- und Risikokonstellationen, beschreibt Schwierigkeiten, Störungen oder Risiken, welche für die weitere Behandlungsplanung und den weiteren Behandlungsverlauf von Bedeutung sein können
- für den Einsatz in der Arztpraxis und im Krankenhaus entwickelt und geeignet

Durchführung

- Befragung und Ausführung kleiner Aufgaben Interpretation Summe der auffälligen Items ermöglicht einen orientierenden Eindruck über das Ausmaß begleitender Problembereiche
- auffällige Bereiche bedürfen der weiteren Analyse unter Erhebung zusätzlicher Informationen und ggf. Einsatz differenzierterer Assessmentinstrumente eine erste näherungsweise Interpretation setzt die Vorlage der Einzelitemdokumentation und als erste Orientierung deren Korrelation zu den dokumentierten Diagnosen voraus

Zeitbedarf

- je nach Kooperationsfähigkeit des Patienten ca. 5-12 Min.

Vorzüge

- keine wesentliche Ausrüstung erforderlich
- kein wesentlicher Schulungsaufwand
- keine spezifischen beruflichen Qualifikationen erforderlich
- rasche orientierende Übersicht über potenziell relevante Problembereiche

Einschränkungen

- nur dichotome Grobausagen (Auffälligkeit liegt vor oder nicht)
- Ausprägungsgrade von Störungen oder Einschränkungen können nicht erfasst werden keine Aussage zu Akuität oder Prognose der Störungen
- keine Aussage zu etwaig bereits erfolgten Vorbehandlungen, also der Frage, ob es sich schon um das Ergebnis eines entsprechenden therapeutischen Vorgehens oder um ein bisher nicht abgeklärtes / therapiertes Problem handelt
- die Ergebnis lassen hinsichtlich Ursachen und Behandlungskonsequenzen ein breites Feld von Möglichkeiten offen, die einer weiterführenden Analyse bedürfen
- keine definierten Cut-off-Werte, die bestimmte Risikogruppen voneinander abgrenzen

Erstveröffentlichung

- Lachs MS, Feinstein AR, Cooney LM, Jr., Drickamer MA, Marottoli RA, Pannill FC et al. A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. *Ann Intern Med* 1990;112:699-706. 2

Weitere Literaturhinweise

- von Renteln-Kruse W, Ebert D. Merkmale hospitalisierter geriatrischer Patienten - zwei Kohorten im Vergleich unter Verwendung des Screenings der Arbeitsgemeinschaft Geriatrisches Basisassessment (AGAST). *Z Gerontol Geriatr* 2003; 36:223-232

8. Curriculum für Fallkonferenzen der Geriatrischen Schwerpunkte und Zentren für nicht-geriatrische Einrichtungen

Interdisziplinäre und multiprofessionelle Besprechung von geriatrischen Patienten als exemplarische Fälle, anhand derer auch nicht-geriatrische Behandlungsteams lernen können, wie sie geriatrische Patienten identifizieren und künftig grundsätzlich und konkret adäquater gemäß geriatrischen Standards behandeln und betreuen können. Dies ermöglicht eine weitere Verbreitung geriatrischer Kompetenz und eine Verbesserung der Qualität in der Behandlung und Versorgung geriatrischer Patienten.

Fallkonferenz-Teilnehmer

- Multiprofessionelles Team der Geriatrischen Schwerpunkte und Zentren (Team GSGZ): Arzt, Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Sozialarbeit (meist mehrere Teammitglieder)
- Behandlungsteams in Kliniken, Arztpraxen oder Pflegeheimen: Arzt, Pflege / Arzthelferin, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Sozialarbeit, Case Manager und andere Interessierte

Inhalte

Vorstellung der Kasuistik konkreter Patienten durch Behandlungsteam der Klinik, Arztpraxis oder Pflegeheim unter Angabe von

- Medizinischen Diagnosen
- Funktionellen Defiziten
- Barthel-Index
- Wohnumfeld
- Vorhandenen Hilfsmitteln
- bereits etablierten Hilfsdiensten
- Angehörigen / Hilfspersonen / Betreuern
- Spezieller Problematik

Dabei Vorstellung der jeweiligen Teilaspekte durch die primär zuständige Berufsgruppe.

Interdisziplinäre Falldiskussion durch alle Teilnehmer

Dabei auch persönliche Beurteilung des Patienten durch die jeweiligen Berufsgruppen des Teams GSGZ und Erläuterung der verschiedenen Aspekte.

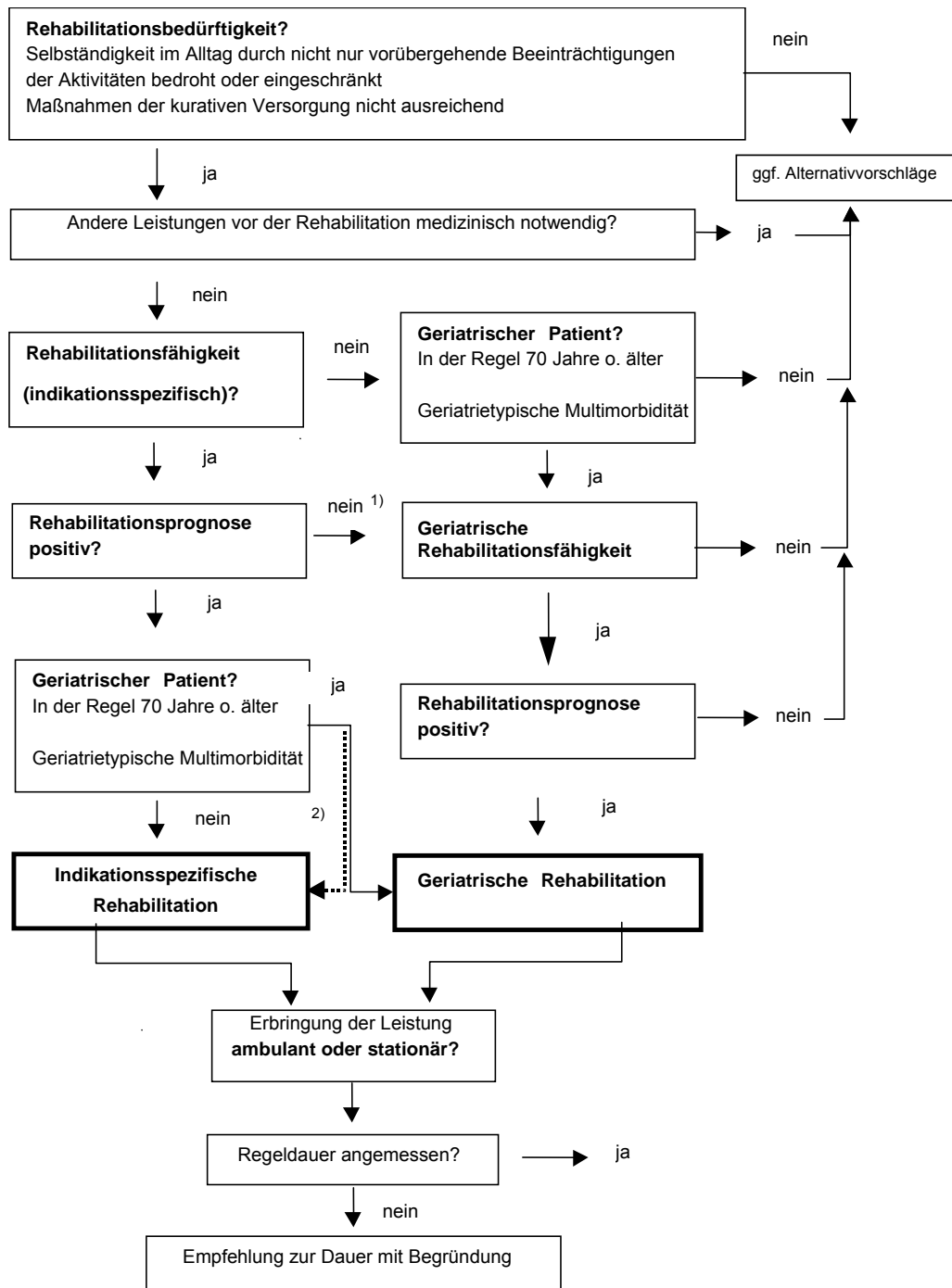
Lern-Ziele

- Erkennen geriatrischer Patienten unter Anwendung des Geriatrie-Checks und des geriatrischen Screenings nach Lachs oder entsprechender Screeningverfahren
- Strukturierte Erfassung geriatrisch relevanter Anamnese-Daten (medizinisch, funktionell, sozial, ethisch)
 - Berücksichtigung aktuell relevanter Diagnosen
 - Erkennen der Geriatrischen Syndrome
 - Erfassen der funktionellen Defizite und Ressourcen mittels geriatrischen Basis-Assessments inklusive korrekter Durchführung und Interpretation der geriatrischen Assessmenttests
 - Erfassung und Berücksichtigung der Wohnsituation zur Planung des weiteren Vorgehens bzw. Erkennen von aktuellem Hilfsmittelbedarf und Überprüfung vorhandener Hilfsmittel auf Eignung in der aktuellen Situation
 - Erfassung des sozialen Umfelds im Sinne nahestehender und ggf. unterstützender Personen bzw. Hilfsdienste
 - Erfassung von Pflegestufe, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung
 - Erfassung und Berücksichtigung ethischer Wertvorstellungen und Wünsche des Patienten

- Formulierung konkreter Therapieziele und Benennung der entsprechenden Maßnahmen
- Zuordnung von geriatrischen Patienten zu der für sie optimalen Rehabilitationsform
 - Erkennen und Einschätzen von Rehabilitationspotenzial
 - Kenntnis der verschiedenen Rehabilitationsformen (geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, stationäre geriatrische Rehabilitation, ambulante geriatrische Rehabilitation, mobile geriatrische Rehabilitation)
- Erkennen von Beratungsmöglichkeiten und Beratungsinhalten
 - Kennenlernen verschiedener Möglichkeiten und Institutionen für Beratung und Betreuung geriatrischer Patienten
- Zuordnung von geriatrischen Patienten zu der für sie optimalen weiteren Versorgungsform und Organisation der weiteren Behandlung bzw. Versorgung für die Zeit nach dem stationären Aufenthalt bzw. in der Arztpraxis oder im Pflegeheim für die weitere Zukunft.

9. Der Weg in die geriatrische Rehabilitation²³

Abbildung „Empfehlungen von Leistungen der (geriatrischen) Rehabilitation – Begutachtungs- und Bewertungsschritte –



1) ggf. Alternativvorschläge

2) wenn keine geeignete geriatrische Einrichtung zur Verfügung steht (Entscheidung der Krankenkasse)

²³ Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. – Oktober 2005 mit Aktualisierungen Februar 2012

10. An der Erarbeitung beteiligte Organisationen und Verbände

(Beteiligte in alphabetischer Reihenfolge)

AOK Baden-Württemberg

BKK Landesverband Süd, Regionaldirektion Baden-Württemberg

BWKG - Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.

IKK classic

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Knappschaft – Regionaldirektion Verwaltungsstelle München

LAG Geriatriische Rehabilitation

LAG Geriatriische Schwerpunkte und Zentren

Landesseniorenrat e.V.

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie,
Frauen und Senioren Baden-Württemberg

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau Baden-Württemberg

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Baden-Württemberg

Im Rahmen von Arbeitsgruppen oder Gesprächen waren auch zahlreiche
Expertinnen und Experten aus der Geriatrie und der Pflege in Baden-Württemberg beteiligt.