



SACHSEN-ANHALT

Ministerium für
Gesundheit und Soziales

Geriatriekonzept

Vorstellungen zur Verbesserung
der Versorgung alter kranker Menschen
im Land Sachsen-Anhalt

Stand: März 2009

Vorwort

Die Bevölkerungsstruktur in Deutschland ist einem tiefgreifenden Wandel unterworfen und wird auch in unserem Bundesland das Gesundheits- und Sozialgefüge nachhaltig beeinflussen. Während die Anzahl jüngerer Menschen abnimmt, können wir in Sachsen-Anhalt mit einem Anstieg des Durchschnittsalters der Bevölkerung auf über 50 Jahre rechnen. Schon 2025 werden über 54 Prozent der Bevölkerung über 50 Jahre alt sein. Besonders hoch wird der Zuwachs bei den ältesten Bevölkerungsgruppen erwartet. Der Anteil der Menschen über 65 Jahre wird sich bis zum Jahr 2025 auf 31 Prozent erhöhen.



Für die medizinische Versorgung resultieren hieraus einschneidende Veränderungen, ganz besonders muss sich unsere Gesundheitsversorgung auf die komplexen Probleme alter und hochbetagter, multimorbider Menschen einstellen, die keine stark spezialisierte Medizin (z.B. Kardiologie, Neurologie, Orthopädie), sondern ganzheitliche Versorgungsangebote fordert.

Die sachgerechte Versorgung dieser Menschen nimmt in Sachsen-Anhalt einen hohen Stellenwert ein, was sich in der bislang erfolgten Umsetzung und der aktuellen Fortschreibung des Geriatriekonzeptes zeigt. An dieser Stelle möchte ich mich bei den Akteuren bedanken, die ganz wesentlich zum Gelingen dieses Konzeptes beigetragen haben: dazu gehören die AOK Sachsen-Anhalt, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt und die Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt e.V., der Landesverband Geriatrie Sachsen-Anhalt und nicht zuletzt die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter meines Hauses, des Ministeriums für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt.

Angesicht der alternden Gesellschaft bietet die moderne Geriatrie eine Reihe von Lösungsansätzen, die sowohl zur Verbesserung der medizinischen Versorgung älterer Patientinnen und Patienten als auch zur Wirtschaftlichkeit des Systems beitragen können. Diese Lösungsansätze bilden die Basis für wirksame und angemessene Versorgungskonzepte in diesem Vorhaben, welche es nunmehr umzusetzen gilt.

Gefragt ist ein umfassendes System geriatrischer Angebote in einem gestuften Versorgungssystem, das statt einer medizinischen Fokussierung auf einzelne Krankheiten ein umfassendes Gesundheitsmanagement anbietet, das Problemlösungen mit der Aussicht auf Stabilität für möglichst lange Zeit verspricht. Nur so kann es gelingen, vielen Patientinnen und Patienten trotz chronischer Krankheiten ein weitgehend selbständiges Leben in ihrer originären Umgebung zu ermöglichen und ihre Lebensqualität zu steigern, was gleichzeitig zu erheblichen Kosteneinsparungen führt.

Hierfür benötigen wir ein im vorliegenden Konzept vorgestelltes Netzwerk aus ambulanten und stationären medizinischen, rehabilitativen und pflegerischen Einrichtungen sowie Angebote der Selbsthilfe und des bürgerschaftlichen Engagements, das eine bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung der älteren Menschen unseres Landes gewährleisten kann.

An dieser Stelle möchte ich hervorheben, dass das Geriatriekonzept des Landes Sachsen-Anhalt sich als medizinisches Fachkonzept in bereits existierende Landesprogramme integriert bzw. diese ergänzt, wie beispielsweise das Seniorenpolitische Programm oder das Handlungskonzept der Landesregierung zur Nachhaltigen Bevölkerungsentwicklung. Es bildet quasi einen weiteren Mosaikstein in Publikationen wie „Aktiv und selbstbestimmt - Altenhilfe und Pflege im Land Sachsen Anhalt bis zum Jahr 2020“, und findet dort auch seine Schnittstellen.

Durch die Verankerung des Grundsatzes vom Allgemeinen zum Speziellen in der Hierarchie des Betreuungssystems und die Beachtung der sozialpolitischen Grundsätze „ambulant vor stationär“ und „Rehabilitation vor Pflege“ können unter sinnvoller Nutzung der Ressourcen optimale Ergebnisse für den einzelnen Menschen erreicht werden.

A handwritten signature in cursive script, reading "Gerlinde Kuppe".

Dr. Gerlinde Kuppe
Ministerin für Gesundheit und Soziales
des Landes Sachsen-Anhalt

I Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	3
2. Einleitung	5
3. Ziele des Konzepts	7
4. Demografische Entwicklung	8
5. Rechtliche Rahmenbedingungen für geriatrische Patientinnen und Patienten ..	10
5.1. Grundsätzliche Regelungen	10
5.2. Spezielle gesetzliche Regelungen für die Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten	11
6. Grundsätze für eine bedarfsgerechte geriatrische Versorgung	13
7. Prävention und Nachsorge	15
7.1 Allgemeine Präventionsangebote	15
7.2 Spezifische geriatrische Präventionsstrukturen.....	15
7.3 Zukünftige Entwicklungsmöglichkeiten.....	16
7.4 Sozialarbeit am Krankenhaus.....	17
7.5 Ambulante soziale Betreuung.....	18
8. Strukturen der geriatrischen Versorgung	20
8.1 Ambulante Versorgung.....	20
8.1.1 Hausärztliche Versorgung	20
8.1.2 Schwerpunktärztliche Versorgung.....	20
8.2 Stationäre Versorgung.....	21
8.2.1 Vorbemerkung	21
8.2.2 Grundversorgung an Krankenhäusern	21
8.2.3 Organbezogene Behandlung in Akutkrankenhäusern	22
8.2.4 Geriatrisches Zentrum	22
8.2.5 Geriatrische Tagesklinik.....	22
8.3 Geriatrische Rehabilitation	22

8.3.1	Mobile geriatrische Rehabilitation	22
8.3.2	Ambulante geriatrische Rehabilitation	23
8.3.3	Stationäre geriatrische Rehabilitation	23
8.4	Geriatrisches Netzwerk	23
9.	Qualitätssicherung	25
9.1	Qualitätssicherung im ambulanten Bereich	26
9.1.1	Qualitätszirkel	26
9.1.2	Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP).....	26
9.2	Qualitätssicherung im stationären Bereich	27
9.2.1	Anforderungen an Geriatrische Zentren	27
9.2.2	Mitgliedschaft im Bundesverband Geriatrie (BV Geriatrie)	27
9.2.3	Qualitätszirkel	27
9.2.4	Sektorenübergreifende Qualitätssicherung	28
9.2.5	Qualitätssiegel	29
9.2.6.	Zercur Geriatrie	29
10.	Aus-, Fort- und Weiterbildung.....	30
10.1	Ausbildung.....	30
10.2	Weiterbildung.....	30
10.3	Fortbildung.....	30
10.4	Geriatrische Qualifikation nichtärztlicher medizinischer Berufe.....	31
II	Abbildungsverzeichnis.....	32
III	Anhang	32

1. Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund der bislang erfolgten Umsetzung des Geriatriekonzeptes, aber auch in dem Bewusstsein der Notwendigkeit weiterer Verbesserungen im ambulanten und stationären Bereich, dem Aufbau einer wirkungsvollen Prävention und einem Aufbau von ambulanten geriatrischen Schwerpunktpraxen über Modellstandorte hinaus sowie dem Handlungsbedarf in der Nachbetreuung, wurde eine Aktualisierung des Geriatriekonzeptes vorgenommen. Der Anteil sehr alter und hochbetagter Menschen wird in Sachsen-Anhalt in den kommenden Jahren deutlich steigen, weshalb die sachgerechte Versorgung dieser Menschen einen hohen Stellenwert einnimmt.

Bei der vorliegenden Konzeption steht diese Patientengruppe mit ihrer Vielzahl von Krankheiten im Mittelpunkt. In diesem Kontext will das Land Sachsen-Anhalt seine grundlegenden konzeptionellen Überlegungen ebenso wie seine Vorstellungen zu aktuellen Lösungsansätzen darlegen. Fortschreitende Kenntnisse über die sehr alten und hochbetagten Menschen geben den Impuls, verstärkt wirksame und angemessene Versorgungskonzepte zu entwickeln und in die Praxis umzusetzen.

Die Weiterentwicklung des Geriatriekonzeptes im Hinblick auf eine den spezifischen Bedürfnissen dieser Menschen angepasste Versorgung ergab folgende Handlungsfelder:

- Aufgabe aller am Versorgungsprozess Beteiligten ist es, dem sehr alten und hochbetagten Menschen angemessene Lösungen zur Deckung des Betreuungs- und Behandlungsbedarfs anzubieten. Zuvor sind jedoch im Sinne einer Verstärkung der Prävention vor allem im ambulanten Bereich alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um zu verhindern, dass sich Krankheit oder Pflegebedürftigkeit verfestigen. Beeinträchtigungen durch Krankheit und Alter sind so weit zu mindern, dass dem sehr alten und hochbetagten Menschen zeitnah das ihm erreichbare Maß an Selbständigkeit erhalten bleibt.
- Der nahtlose und zeitnahe Übergang von einer Versorgungsform in die andere ist in vielen Fällen noch nicht befriedigend gelöst. Insbesondere eine hochwertige Fallsteuerung bietet hier die Möglichkeit zur besseren Vernetzung der einzelnen Bereiche.
- Es besteht ein Ungleichgewicht zwischen stationärer und ambulanter geriatrischer Versorgung. Erst wenn ein ausgewogenes und stabiles Netzwerk aus stationären und ambulanten Angeboten in nennenswertem Umfang zur Verfügung steht, sind die im Geriatriekonzept formulierten Anforderungen erfüllt.

- Die nachhaltige Sicherstellung des Behandlungserfolges stellt sich als Handlungsfeld von besonderer Bedeutung dar. Eine intensive Nachbetreuung soll das Verbleiben in der häuslichen Umgebung sichern und Wiedereinweisungen möglichst vermeiden.

Hierzu ist eine Erweiterung des bestehenden abgestuften Versorgungskonzeptes erforderlich, um eine effiziente Versorgung der sehr alten und hochbetagten Menschen zu ermöglichen. Hauptziel ist dabei die Sicherung und der Erhalt einer möglichst hohen Alltagskompetenz.

Angesichts dieser Problematik bieten die ganzheitlichen Behandlungskonzepte der Geriatrie eine Reihe von Lösungsansätzen, die sowohl zur Verbesserung der medizinischen Versorgung der sehr alten und hochbetagten Patientinnen und Patienten als auch zur Wirtschaftlichkeit des Systems beitragen können. Gefragt ist allerdings statt einer medizinischen Fokussierung auf einzelne Krankheiten ein umfassendes Gesundheitsmanagement, das Problemlösungen mit der Aussicht auf weitgehende Selbständigkeit und größtmögliche Alltagskompetenz für möglichst lange Zeit verspricht.

Ein großer Teil der geforderten Inhalte und Angebote ist bereits vorhanden. Es ist jedoch erforderlich, dass Einzelbereiche deutlich ausgebaut werden und das gesamte Netzwerk qualifiziert wird.

Alle mit der Behandlung und Betreuung sehr alter und hochbetagter Menschen befassten Organisationen, Verbände, Institutionen und Einzelpersonen sollen durch das Geriatriekonzept zusätzliche fachliche und strukturelle Orientierung erhalten.

2. Einleitung

„Die Herausforderungen des demografischen Wandels zu bewältigen, ist eine Aufgabe, die nur durch ein Umdenken aller gesellschaftlichen Akteure gemeistert werden kann.“¹

Geriatrische Patientinnen und geriatrische Patienten sind alte (überwiegend 70 Jahre und älter) oder hochaltrige Patienten, die typischerweise durch - meist mehrfache - akute bzw. chronische Erkrankungen (sogenannte Multimorbidität) und Funktionsstörungen gekennzeichnet sind, die in ihrer wechselseitigen Beeinflussung ihre Fähigkeit zur selbständigen Alltagsbewältigung einschränken oder bedrohen (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2005): Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation).

Durch altersbedingte Funktionseinschränkungen, begrenzte Kompensations- und Anpassungsfähigkeit und der damit einhergehenden erhöhten körperlichen, kognitiven und emotionalen Instabilität sind sie bei Neuerkrankungen akut gefährdet, Komplikationen oder Folgeerkrankungen zu erleiden, ihre Alltagskompetenz zu verlieren und dauerhaft pflegebedürftig zu werden.

Sehr alte und hochbetagte Demenzkranke werden häufig wegen Akuterkrankungen wie Lungenentzündung, Harnwegsinfekt, Herzinsuffizienz, Frakturen u.ä.m. behandlungsbedürftig, andererseits können akute und chronische Verwirrheitszustände im Alter Ausdruck gravierender Grunderkrankungen sein. Die Geriatrie verfügt über notwendige Kompetenzen im Umgang mit der Demenzkrankheit und den begleitenden Komplikationen.

Die Aufgabenstellung der Psychiatrie und anderer Fachgebiete bleibt davon unberührt. Die kooperative Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Demenzkranker beteiligten Fächern ist weiterzuentwickeln.

Die medizinische Versorgung der sehr alten und hochbetagten Menschen stellt die Gesellschaft, das Gesundheitswesen und die Medizin vor besondere Herausforderungen, insbesondere durch das steigende Risiko für eine Pflege- und Behandlungsbedürftigkeit. Bereits im Jahr 1996 hat das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Sachsen-Anhalt ein Geriatriekonzept vorgelegt, das die Verbesserung der gesundheitlichen Betreuung dieser Menschen zum Ziel hatte. Im Ergebnis sind im Landeskrankenhausplan ausgewiesene geriatrische Krankenhausabteilungen und Tageskliniken entstanden. Im ambulanten Bereich fehlen geriatrische Schwerpunktpraxen. Eine Vernetzung fand bislang nicht statt.

Auf Grund der demographischen Herausforderungen müssen die Strukturen zu einem umfassenden medizinischen Betreuungssystem weiter entwickelt werden.

¹ Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

3. Ziele des Konzepts

Das Konzept beschreibt die Prinzipien eines Systems geriatrischer Angebote in einem gestuften Versorgungssystem. Dabei werden bestehende ambulante, teilstationäre und stationäre Strukturen hinsichtlich ihrer Kompetenzen zur Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten dargestellt sowie eine Ergänzung durch spezialisierte Angebote unter Verzicht auf Doppelstrukturen und Parallelangebote gefordert. Im Ergebnis soll ein Netzwerk aus ambulanten und stationären medizinischen, rehabilitativen und pflegerischen Einrichtungen sowie Angeboten der Selbsthilfe und des bürgerschaftlichen Engagements entstehen, das eine bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung der sehr alten und hochbetagten Menschen unseres Landes gewährleisten kann. Durch die Verankerung unterschiedlicher geriatrischer Kompetenz vom Allgemeinen zum Speziellen in der Hierarchie des Systems und der Beachtung der sozialpolitischen Grundsätze „ambulant vor stationär“ und „Rehabilitation vor Pflege“ soll gewährleistet werden, dass unter sinnvoller Nutzung der Ressourcen optimale Ergebnisse für den einzelnen Menschen zu erreichen sind.

4. Demografische Entwicklung

Grundlage

Ausgehend von der „4. Regionalisierten Bevölkerungsprognose Sachsen-Anhalt 2005 bis 2025“, die mit Kabinettsbeschluss vom 30. Januar 2007 als einheitliche Planungsgrundlage für alle Landesbehörden dient, kann eine zunehmende Bedeutung der Geriatrie belegt werden.

Die Bevölkerung Sachsen-Anhalts wird bis zum Jahr 2025 um 20,0 % oder 493,5 Tausend Personen abnehmen. Ursachen dafür sind das zu erwartende Geburtendefizit und die Wanderungsverluste.

Regionale Unterschiede

Die Bevölkerungsentwicklung wird sich nicht gleichförmig, sondern in den Landkreisen und kreisfreien Städten unterschiedlich vollziehen. So wird die Landeshauptstadt wahrscheinlich nur einen Bevölkerungsrückgang von 9,1 % zu verzeichnen haben, während es im Landkreis Mansfeld-Südharz 29 % sein können.

Altersanteile

Laut Prognose werden im Jahr 2025 die unter 20-jährigen mit einem Anteil von 14,5 % zu einer Minderheit in der Bevölkerung, während die Bevölkerungsgruppe der über 65-jährigen mit ca. 30,6 % stark zunimmt – und hier insbesondere die Gruppe der sehr Alten und Hochbetagten. Der Umstand, dass das Land zusätzlich zum allgemeinen Bevölkerungsrückgang auf überproportional mehr weibliche 18-30 Jährige - und somit potenzielle Mütter - verzichten muss, beschleunigt diesen Prozess. Mit zunehmendem Alter steigt der Frauenanteil kontinuierlich an. Besonders der Anteil hochbetagter Frauen wird im Jahr 2025 einen Anteil von 11 % an der gesamten weiblichen Bevölkerung bilden.

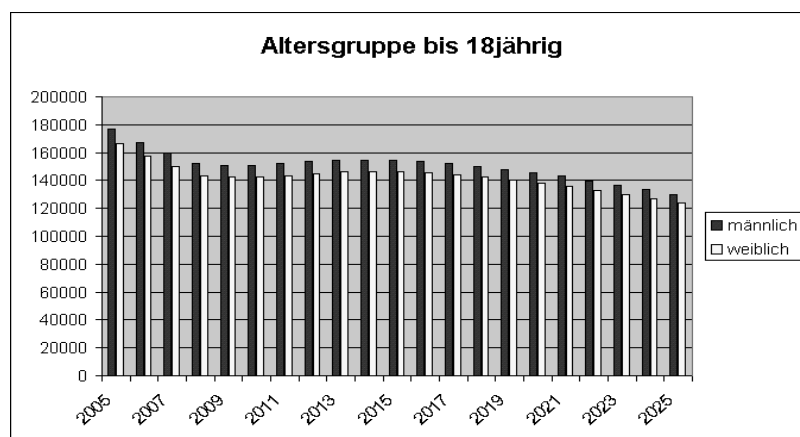


Abbildung 1: Entwicklung der Altersgruppe der unter 18 Jährigen 2005 bis 2025

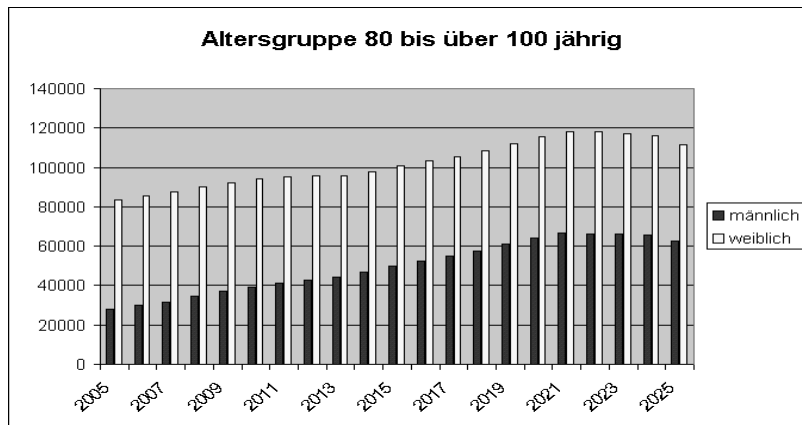


Abbildung 2: Entwicklung der Altersgruppe der 80 bis 100 Jährigen (sehr Alte bis Hochbetagte) 2005 bis 2025

Aussagen

Hinsichtlich einer Prognose zur Entwicklung des Gesundheitswesens in Sachsen-Anhalt können folgende Feststellungen getroffen werden:

Seitens des Ministeriums für Gesundheit und Soziales in Zusammenarbeit mit vom Kultusministerium beauftragten Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie der Universität Magdeburg angestellte prognostische Berechnungen lassen zukünftig für die männliche Bevölkerung eine Zunahme von Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit erwarten. Diese Zunahme ist besonders ab den mittleren Altersklassen dann in den höheren Alterklassen hin zu den sehr Alten und Hochbetagten zu verzeichnen und geht ebenso mit einer absoluten Zunahme der Krankenhausfälle einher.

Für die weibliche Bevölkerung ergibt sich danach folgende Situation. Die „Ausdünnung“ in den generationsfähigen Altersgruppen durch Abwanderung führt zur stärkeren Abnahme des Anteils weiblicher Bevölkerung. Dieser Effekt wird sich bis 2025 noch weiter verstärken. Dennoch wird es auf Grund des weiter bestehenden Frauenüberschusses zu einer zunehmenden Zahl an Behandlungs- und Betreuungsbedürftigen hier ab den höheren Alterklassen hin zu den sehr Alten und Hochbetagten kommen.

Die Gesamtentwicklung weist eindeutig darauf hin, dass es zukünftig verstärkt gilt, geriatrische Angebote auszubauen und gezielt (auch geschlechtsspezifisch) weiter zu entwickeln.

5. Rechtliche Rahmenbedingungen für geriatrische Patientinnen und Patienten

5.1 Grundsätzliche Regelungen

Das Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland enthält in den Art. 1, 2 und 3 Grundrechte, deren Einhaltung für die Gestaltung rechtlicher Regelungen im Gesundheits- und Pflegebereich zwingend sind. Nach Art. 1 des Grundgesetzes ist die Würde des Menschen unantastbar. Art. 2 bestimmt das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Gemäß Art. 3 darf niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.

Auf diesen Grundrechten aufbauend, sichern die sozial- und gesundheitsrechtlichen Regelungen Ansprüche Kranker und Pflegeversicherter auf Früherkennung und Behandlung von Erkrankungen sowie auf umfangreiche Hilfeleistungen bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit.

Sowohl das Sozialgesetzbuch V (SGB V) als auch das Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) enthalten übergreifende Regelungen Erkrankten, Behinderten und pflegebedürftigen Menschen notwendige Leistungen zukommen zu lassen.

Geriatrische Patientinnen und Patienten haben gemäß § 11 Abs. 1 und 2 SGB V Anspruch auf Leistungen zur Behandlung ihrer Erkrankungen sowie Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die notwendig sind, um Pflegebedürftigkeit im Alter abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern oder auszugleichen.

Dabei entsteht der Leistungsanspruch von Versicherten nicht erst mit dem Zeitpunkt des Eintritts der Erkrankung, sondern gem. § 23 Abs. 1 SGB V bereits dann, wenn die Schwächung der Gesundheit in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen würde bzw. um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Die Versorgung von sehr alten und hochbetagten Patientinnen und Patienten im Falle einer Erkrankung umfasst das gesamte Leistungsspektrum des 3. Kapitels, 5. Abschnitt des SGB V, insbesondere die ambulante ärztliche Behandlung einschließlich aller zugehörnden verordnungsfähigen Leistungen, die Krankenhausbehandlung, die häusliche Krankenpflege sowie Leistungen der medizinischen geriatrischen Rehabilitation.

Zur Vermeidung von Pflege wird den Pflegekassen in § 5 Abs. 1 des SGB XI aufgetragen dafür Sorge zu tragen, dass alle geeigneten Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und der medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden.

Nach dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz vom 1. Juli 2008 haben die Pflegekassen nach § 12 Abs. 2 des SGB XI die Aufgabe, mit den Trägern der ambulanten und der stationären gesundheitlichen und sozialen Versorgung partnerschaftlich zusammen zu arbeiten und die für die Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Hilfen zu koordinieren. Insbesondere ist sicherzustellen, dass im Einzelfall ärztliche Behandlung und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nahtlos und störungsfrei ineinander übergreifen.

Das Krankenhausgesetz Sachsen-Anhalt (KHG LSA) in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. April 2005 enthält im § 3 Abs. 2 die Verpflichtung, der für die Krankenhausplanung zuständigen Behörde, gemeinsam mit den Kommunalen Spitzenverbänden Sachsen-Anhalt und der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt sowie den Verbänden der Krankenkassen in Sachsen-Anhalt und den Verbänden der Privaten Krankenversicherung, Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele für die Krankenhausverhandlungen zu entwickeln.

5.2 Spezielle gesetzliche Regelungen für die Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten

Sämtliche gesetzliche Regelungen im Gesundheitsbereich gelten für geriatrische Patientinnen und Patienten uneingeschränkt. Weitere besondere Regelungen sichern notwendige Behandlungen und sollen Benachteiligungen geriatrischer Patientinnen und Patienten ausschließen. So verpflichtet der § 2 a des SGB V die Beteiligten den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen.

Weiterhin wurde den Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit eingeräumt, Verträge zur integrierten Versorgungsform gemäß § 140 b SGB V abzuschließen. Damit soll eine noch bessere Vernetzung und ein nahtloses Ineinandergreifen der einzelnen Versorgungsbereiche vertraglich abgesichert werden.

Zur Sicherung des Grundsatzes, dass die geriatrische Patientin bzw. der geriatrische Patient Anspruch auf das volle Leistungsspektrum in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben, wurden weitere Regelungen für die Behandlung älterer Patientinnen und Patienten verabschiedet. So hat der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vom 16.03.2004 Grundsätze für die medizinische Rehabilitation geriatrischer Patientinnen und Patienten festgelegt. Hier werden neben einer Beschreibung des Verfahrens qualitative Grundsätze und Ziele der Rehabilitation geriatrischer Patientinnen und Patienten geregelt und für die beteiligten Seiten für verbindlich erklärt.

Weiterhin Anwendung finden die Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation vom 01.01.2004 und zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 01.05.2007 der Spitzenverbände der Krankenkassen. Unter der Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und des Bundesverbandes Geriatrie sowie der Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Geriatrische Rehabilitation wurden diese Rahmenrichtlinien erarbeitet und abgestimmt. Die darin enthaltenen Grundsätze und qualitativen Mindestanforderungen werden von den Kostenträgern als Mindestvoraussetzungen gefordert und den Vertragsabschlüssen zu Grunde gelegt.

6. Grundsätze für eine bedarfsgerechte geriatrische Versorgung

Die geriatrische Versorgung hat sich dabei an folgenden Maximen zu orientieren:

1. Ganzheitliche Betreuung
2. Flächendeckende gemeinde- und familiennahe Versorgung
3. Qualitativ hochwertige, wirtschaftliche und nachhaltige Versorgung
4. Kooperation und Vernetzung der Leistungserbringer
5. Rehabilitation vor Pflege
6. Ambulant vor Stationär

Im Mittelpunkt des geriatrischen Handelns steht eine ganzheitliche Betreuung der alten, meist multimorbiden Patientinnen und Patienten. Sie muss deshalb neben der Behandlung akuter Krankheitsbilder auch psychische, physische und soziale Einflussfaktoren einschließen, um so die Selbständigkeit der Betroffenen so lang wie möglich erhalten bzw. Pflegebedürftigkeit abwenden oder mindern zu können.

Da der Anteil der sehr alten und hochbetagten Menschen an der Gesamtbevölkerung Sachsen-Anhalts in den nächsten Jahren zunehmen wird, bedarf es für die ganzheitliche Betreuung und Versorgung dieser Patientengruppe eines flächendeckenden Versorgungsangebotes. Gerade sehr alte und hochbetagte Menschen sind auf die Einbindung in ihr gewohntes Umfeld, in der Gemeinde und Familie zur Aufrechterhaltung ihrer persönlichen Selbständigkeit angewiesen, so dass Versorgungsangebote im nahen räumlichen Umfeld vorgehalten werden müssen.

Die zu betreuenden Patientinnen und Patienten nehmen bei den verschiedenen Leistungserbringern, wie z.B. Ärzten, Pflegediensten, therapeutischen Angeboten sowie Heil- und Hilfsmittellieferanten, eine Vielzahl von Leistungen in Anspruch. Für die ganzheitliche Versorgung dieser Patientengruppe ist deshalb eine Kooperation der involvierten Leistungserbringer oder besser noch deren Vernetzung sinnvoll, um eine in jedem Einzelfall bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten. Eine Vernetzung der genannten unterschiedlichen Leistungserbringer mit niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzten bietet sich dabei besonders an, da sie entsprechend ihres Versorgungsauftrages jederzeit für die Versorgung der Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen, diagnostische, therapeutische und pflegerische Maßnahmen koordinieren und über die hierfür erforderlichen Kenntnisse der Patientinnen und Patienten und ihres sozialen Umfeldes verfügen.

So können Synergieeffekte innerhalb des Netzwerkes genutzt werden, Über- und Fehlversorgungen vermieden und damit die Leistungen noch wirtschaftlicher erbracht werden. Gerade Kooperationen und Netzwerke sind geeignet langfristig wirkende geriatrische Versorgungsstrukturen aufzubauen und so für die mittelfristig steigende Nachfrage nach geriatrischen Leistungen ein adäquates Versorgungsangebot vorzuhalten.

Bei einem bedarfsgerecht abgestuften und qualitätsgesicherten Einsatz zielgerichteter, am individuellen Bedarf orientierter Rehabilitationsmaßnahmen kann das Eintreten oder die Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit vermieden werden. Rehabilitation soll einen möglichst hohen Grad an Eigenständigkeit der geriatrischen Patientinnen und Patienten wiederherstellen sowie das Maß der Pflegebedürftigkeit mindern. Wenn rehabilitative Maßnahmen nicht oder nicht rechtzeitig eingeleitet werden, können bei den geriatrischen Patientinnen und Patienten Selbstbestimmungs- und Selbsterhaltungspotenziale gefährdet werden. Rehabilitation erspart somit nicht nur einen vermeidbaren Verlust an Lebensqualität, sondern entlastet das Gesundheitssystem von zeit- und personalintensiven Betreuungsleistungen und medizinischen Folgekosten. Versorgungskonzepte und Leistungsangebote sind so zu entwickeln und aufeinander abzustimmen, dass geriatrische Patientinnen und Patienten mit Rehabilitationsbedarf fachlich zum richtigen Zeitpunkt diejenigen Leistungen erhalten, die zur Bewahrung und Verbesserung ihrer Fähigkeiten notwendig sind.

Durch den frühzeitigen Einsatz von rehabilitativen Maßnahmen wird den Menschen die Chance eröffnet, trotz Behinderung oder psychischer Erkrankung im häuslichen Umfeld zu verbleiben.

7. Prävention und Nachsorge

7.1 Allgemeine Präventionsangebote

Die Schaffung von Voraussetzungen für gesundes Altern ist die Grundidee der Prävention im Alter. Von besonderer Bedeutung dabei ist, dass das Auftreten typischer Alterserkrankungen und deren Folgen hinausgeschoben werden können. Perspektivisch geht es darum, in einem insgesamt längeren Leben, die Anzahl der mit Krankheit zugebrachten Jahre weiter zu verringern. Aus diesem Grund ist die Prävention von Erkrankungen, vor allem durch gesundheitsbewusstes Verhalten, durch Vermeidung von Risikofaktoren und durch angemessene Ernährung von zentraler Bedeutung für die weitere gesundheitliche Entwicklung im Alter.

Strategien der Verhaltensänderung und der Gesundheitserziehung sowie auch der gesundheitsgerechten Gestaltung der materiellen und der sozialen Umwelt können mögliche Gesundheitsbelastungen positiv beeinflussen. Ebenso kommt es auf die Vermehrung der gesundheitsdienlichen Ressourcen (Selbstbewusstsein, Kompetenzen, Bildung, Handlungswissen, Unterstützung durch soziale Netze, Erholung) an.

In vielfältigen Bereichen trägt die Prävention vorrangig den Charakter der Eigenverantwortung und Selbsthilfe. Selbständige Lebensführung, Bildung und Begegnung, kultureller Austausch, Sport und soziales Engagement sind ebenso möglich wie das Mitwirken in Begegnungsstätten, Seniorenräten, Bürgervereinen, Selbsthilfegruppen und weiteren Interessengruppen.

Zu den Voraussetzungen für eine weitgehend selbständige Lebensführung auch im höheren Alter gehören neben der Förderung eines individuell gesunden Lebensstils auch die Schaffung einer altersgerechten Infrastruktur in der Wohnung und im Wohnumfeld, Angebote zur Erhaltung der psychischen und physischen Aktivität sowie die Förderung sozialer Netze und gemeinschaftlicher Wohnformen.

7.2 Spezifische geriatrische Präventionsstrukturen

Präventive Maßnahmen können abgestuft nach dem individuellen Bedarf angeboten und genutzt werden. Sie zeigen sich u.a. in Form von Familien- und Nachbarschaftshilfen sowie durch die Tätigkeit der Hausärztin bzw. des Hausarztes. Ein präventiver Hausbesuch durch das Team der Hausärztin oder des Hausarztes stellt eine sinnvolle Maßnahme dar, um personen- und umfeldbezogene Risikofaktoren zu erkennen und Interventionen zur Beseitigung anzustreben. Maßnahmen der Prävention, wie z.B. der Sturzprophylaxe und die regelmäßige Anwendung eines geriatrischen Basisassessments in der Häuslichkeit der Patientinnen und Patienten, könnten zukünftige Aufgabengebiete einer Mobilen Praxisassistentin bzw. eines

Mobilen Praxisassistenten sein, um Gefahren im Alltag zu erkennen und möglichst zu vermeiden.

Im Rahmen der ärztlichen Behandlung sowie auch der Routinehausbesuche können altersspezifische Gesundheitsberatungen zu zentralen Themen des gesunden Alterns und zur Entwicklung eines gesunden Lebensstils (ausreichendes körperliches und kognitives Training, ausgewogene und vitaminreiche Ernährung und genügend Flüssigkeitsaufnahme) sowie zur Reduktion von krankheitsfördernden Risikofaktoren durchgeführt werden. Das Team der Hausärztin oder des Hausarztes kann durch rechtzeitig eingeleitete Maßnahmen und Hinweise auf spezielle Impfungen und altersspezifische Gesundheitserziehung wichtige Beiträge zur Intensivierung der Prävention leisten.

Die regelmäßige Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ist auch für sehr alte und hochbetagte Menschen wichtig, um Krebserkrankungen und deren Vorstufen rechtzeitig zu erkennen.

Durch die Information über bzw. die Vermittlung von institutionellen Angeboten für ältere Menschen (mobile Dienste, ambulante Dienste, Sozialstationen, Kreisverwaltungen, Bildungseinrichtungen, Besuchsdiensten, Tagesstätten) kann die Hausarztpraxis oder auch die Sozialarbeiterin oder der Sozialarbeiter im stationären Bereich Angebote unterbreiten, die die Alltagskompetenz fördern, kognitive Handlungsstrategien aktivieren sowie individuelle Fertigkeiten und Ressourcen fördern.

Auch im stationären Bereich sind Maßnahmen der Prävention möglich und sinnvoll.

7.3 Zukünftige Entwicklungsmöglichkeiten

Im Bericht des Sachverständigenrates 2002/2001 wird erwähnt, dass die präventiven Potentiale bei sehr alten und hochbetagten Menschen unterschätzt werden. Um diese Potentiale zu realisieren, sollten frühzeitige Maßnahmen und Strategien insbesondere des altengerechten Fitnesstrainings, der geistigen Vitalität und des Selbstmanagements im Umgang mit chronischen Erkrankungen angeboten werden.

Das Modellprojekt der Mobilen Praxisassistentinnen und -assistenten stellt eine Möglichkeit dar, auf den demographischen Wandel zu reagieren und kann eine Neuorientierung ambulanter Versorgungsstrukturen im Umgang mit der Zunahme geriatrischer Patientinnen und Patienten und somit chronischer Krankheiten darstellen. Die ärztliche Versorgung, insbesondere die zeitaufwendigen Hausbesuche, wird immer schwieriger. Die Menschen werden äl-

ter, damit oftmals auch immobiler. Es besteht jedoch der Wunsch, so lange wie möglich gesund und selbstbestimmt in der eigenen Häuslichkeit zu leben. Damit verbunden ist eine engmaschige, kontinuierliche Betreuung mit regelmäßigen Hausbesuchen. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, spielt die wohnortnahe umfassende ambulante Versorgung durch die Arztpraxis mit Unterstützung durch Mobile Praxisassistentinnen und -assistenten eine bedeutende Rolle.

Geriatrische Patientinnen und Patienten benötigen aufsuchende Versorgungsstrukturen in besonderem Maße. Hier kann die Mobile Praxisassistentin oder der Mobile Praxisassistent tätig werden und die Ärztin oder den Arzt im Hinblick auf delegierbare Tätigkeiten unterstützen. Letztlich soll der Modellversuch dazu beitragen, das Angebot für zukunftssträchtige Versorgungsstrukturen qualitativ und quantitativ zu verbessern.

7.4 Sozialarbeit am Krankenhaus

Das Entlassungsmanagement ist eine der wichtigsten Aufgaben der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter im Rahmen der Betreuung von geriatrischen Patientinnen und Patienten und erfordert ein konzeptionelles und professionelles Vorgehen.

Entlassungsmanagement beinhaltet frühzeitiges Feststellen des Versorgungsbedarfs und Interaktion mit den an der Versorgungskette beteiligten Institutionen, Kommunikation mit einweisenden und weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzten, vorversorgenden ambulanten Diensten, stationären Einrichtungen, Kostenträgern sowie Bezugspersonen.

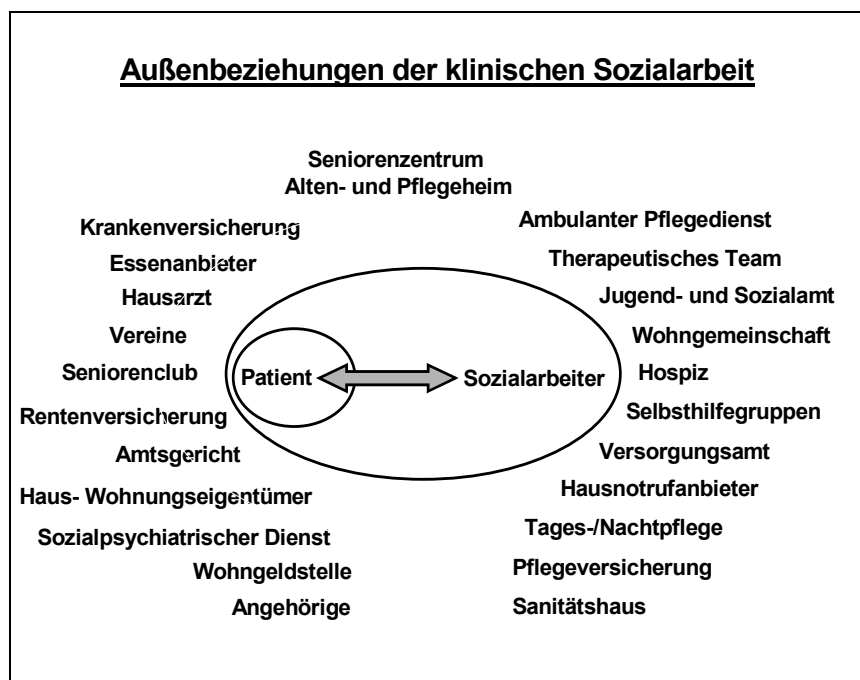


Abbildung 3: Außenbeziehungen der klinischen Sozialarbeit

Für anfallende Problemlagen, die möglicherweise multipler Art sein können, müssen mit der Patientin und dem Patienten, seinen Angehörigen sowie seinen in Frage kommenden Bezugspersonen tragfähige Entscheidungen für die nachstationäre Versorgung erarbeitet und umgesetzt werden. Dies gelingt nur im interprofessionellen Rahmen.

Jeder Patientin und jedem Patienten sollen durch das Selbstbestimmungsrecht die Freiwilligkeit und die Wahlfreiheit bei den Versorgungsformen ermöglicht werden. Persönliche, familiäre, rechtliche und finanzielle Belange sind in die Entscheidungen mit einzubeziehen.

Dazu muss eine frühzeitige, lückenlose und systematische Identifizierung der medizinischen und sozialen Problemfelder der geriatrischen Patientinnen und Patienten einsetzen, um rechtzeitig mit der zeitintensiven Entlassungsplanung beginnen zu können.

Zusätzlich sind Festlegungen zur Erfassung des Pflege- und Hilfebedarfs unerlässlich. Teambesprechungen, standardisierte Formulare, Sozialassessment sowie verbindliche Kommunikationsstrukturen in den therapeutischen Teams der Geriatrischen Zentren fördern die Transparenz zwischen allen Bereichen und sind unabdingbar für ein optimales Entlassungsmanagement.

Durch ein gezieltes patientenorientiertes Arbeiten sowie die stete Beachtung der Autonomie und der Würde des einzelnen Menschen ist der Sozialdienst ein wichtiger Faktor zwischen stationärer/teilstationärer und ambulanter Versorgung.

7.5 Ambulante soziale Betreuung

Die überwiegende Mehrheit geriatrischer Patientinnen und Patienten möchte so lange wie möglich selbstbestimmt zu Hause leben. Dies ist jedoch oftmals nicht ohne eine Wohnungsanpassung an die speziellen Bedürfnisse möglich. Die Hausärztin oder der Hausarzt sowie die geriatrische Schwerpunktpraxis müssen enger mit den ambulanten Strukturen, z.B. im Rahmen der Wohnungsanpassung zusammenarbeiten.

Eine wesentliche Anforderung an die künftigen Strukturen besteht darin, wohnortnahe Versorgungsangebote zu vernetzen, so dass eine abgestimmte Versorgung und Betreuung im jeweiligen Wohnquartier ermöglicht wird.

Die Hausärztin oder der Hausarzt gibt grundlegende Informationen über Krankheitsbilder und ist wichtige Ansprechpartnerin bzw. wichtiger Ansprechpartner für die Angehörigen. Darüber

hinaus berät sie oder er über Hilfsangebote bzw. ihre Vermittlung (z.B. Überweisung an die Gedächtnissprechstunde, Kontaktaufnahme mit geronto- und sozialpsychiatrischen Diensten, Selbsthilfegruppen etc).

8. Strukturen der geriatrischen Versorgung

8.1 Ambulante Versorgung

8.1.1 Hausärztliche Versorgung

Die ambulante medizinische Grundversorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten wird von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachrichtungen, in erster Linie jedoch von Hausärztinnen und Hausärzten wahrgenommen. Die Hausärztinnen und Hausärzte haben eine Schlüsselfunktion bei der Beurteilung der Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit. Dies ergibt sich zum Einen durch die jahrelangen Kenntnisse des sozialen Umfeldes, durch die wohnortnahe kontinuierliche Versorgung und zum Anderen durch die Möglichkeit der gezielten regelmäßigen Erfassung der Alltagskompetenz, des Allgemeinzustandes und des Hilfebedarfs.

Das hausärztliche geriatrische Basisassessment, welches nach dem EBM abrechnungsfähig ist, dient der gezielten Überprüfung der Funktions- und Fähigkeitsstörungen geriatrischer Patientinnen und Patienten, die deren Lebensqualität entscheidend bestimmen. Auf Grund der Ergebnisse dieses Assessments können entsprechende Maßnahmen eingeleitet sowie ggf. weitere adäquate geriatrische schwerpunktärztliche Versorgungsmaßnahmen zusätzlich in Anspruch genommen werden. Deshalb sollte das geriatrische Basisassessment regelmäßig bei Patientinnen und Patienten ab dem 70. Lebensjahr durchgeführt werden.

Wünschenswert ist, dass der bisherige Routine-Gesundheits-Check-up auf die Bedürfnisse der über 70-jährigen Menschen angepasst wird.

8.1.2 Schwerpunktärztliche Versorgung

Die geriatrische Schwerpunktpraxis ist eine vernetzte, auf die Bedürfnisse geriatrischer Patientinnen und Patienten abgestimmte Versorgungsstruktur, welche aus der Kooperation von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, aktivierend Pflegenden, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Logopädinnen und Logopäden und anderen Institutionen wie beispielsweise dem Sozialdienst sowie der Wohnungsanpassung besteht. Dadurch steht ein multiprofessionelles Team unter ärztlicher Leitung für den Erhalt der Selbständigkeit in der häuslichen Umgebung sowie die Vermeidung und Verminderung der Pflegebedürftigkeit zur Verfügung. Die Leitung und Verantwortlichkeit liegt in der Hand geriatrisch geschulter niedergelassener Ärztinnen und Ärzte.

Diese sind Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie oder FA Allgemeinmedizin/hausärztliche Internistin, FA Allgemeinmedizin/hausärztlicher Internist mit fakultativer Weiterbildung klinische Geriatrie oder Zusatzweiterbildung Geriatrie oder FA für Allgemeinmedizin/hausärztliche Internistin, FA für Allgemeinmedizin/hausärztlicher Internist mit 160 Stundenkurs „ambulante geriatrische Rehabilitation“ und mindestens 3 Jahren Berufserfahrung in der hausärztlichen Praxis. Die Patientinnen und Patienten erhalten koordiniert durch die Schwerpunktärztin oder den Schwerpunktarzt abgestimmt bedarfsadaptierte Therapieeinheiten, die ihre physischen, psychischen und kognitiven Fähigkeiten stärken. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten kann sowohl zentral in der Praxis als auch in der Häuslichkeit erfolgen.

8.2 Stationäre Versorgung

8.2.1 Vorbemerkung

Stationäre Versorgung nach den Vorgaben des § 39 SGB V erfolgt in Krankenhäusern der Akutversorgung. Prinzipielle Maxime bei der Auswahl der stationären Therapieangebote, besonders für den sehr alten und hochbetagten Menschen, ist die Übereinstimmung von Wohnort- bzw. Familiennähe und die Vorhaltung einer angemessenen Therapie.

Um eine optimale Versorgung für geriatrische Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, soll bei planbaren Behandlungen möglichst vorab geklärt werden, ob die medizinische Behandlung in einem Allgemeinkrankenhaus oder in einem Krankenhaus mit Geriatrischem Zentrum für die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten angebracht ist. Für die Einweisung ist hierzu die Kooperation und Kompetenz der einweisenden Hausärztin oder des einweisenden Hausarztes bzw. einer Ärztin oder eines Arztes mit speziellen Kenntnissen in der Geriatrie notwendig.

8.2.2 Grundversorgung an Krankenhäusern

Akut auftretende Gesundheitsstörungen führen zunächst zur Einweisung in ein Krankenhaus. Hier kann die Notfallversorgung und Stabilisierung durchgeführt werden. Finden sich nach Abschluss der Stabilisierungsphase Hinweise auf eine verminderte Selbstkompetenz, so kann die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt in einem Krankenhaus ohne geriatrisches Zentrum durch Anwendung eines geriatrischen Screenings oder durch Inanspruchnahme eines geriatrischen Konsils feststellen, ob bei der Patientin oder dem Patienten ein Rehabilitationspotential vorliegt und er von einer Verlegung in ein Krankenhaus mit Geriatrischem Zentrum profitieren würde.

8.2.3 Organbezogene Behandlung in Akutkrankenhäusern

Bestimmte organbezogene Erkrankungen und deren Therapie, z.B. Schenkelhalsfraktur oder Bypassoperationen am Herzen oder den großen Blutgefäßen, erfordern eine Primärtherapie in Krankenhäusern, die diese speziellen Kompetenzen vorhalten. Auch hier ist es in der Phase der Stabilisierung sinnvoll, die weitere Behandlungsnotwendigkeit in einer geriatrischen Einrichtung zu überprüfen. Dies erfolgt gemäß Punkt 8.2.2.

8.2.4 Geriatrisches Zentrum

Das Geriatrische Zentrum ist eine im Landeskrankenhausplan ausgewiesene Struktureinheit, die an ein Allgemeinkrankenhaus angegliedert ist und über die strukturellen Möglichkeiten zur Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten verfügt. Hier erfolgt zusätzlich in der Akutphase einer Erkrankung eine frührehabilitative Komplexbehandlung (entsprechend den Anforderungen des OPS für die geriatrische Komplexbehandlung) durch ein Team von Ärztinnen und Ärzten, unter der Leitung einer geriatrisch weitergebildeten Fachärztin oder eines Facharztes sowie Therapeutinnen und Therapeuten unterschiedlicher Therapiebereiche wie z.B. Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie und Sozialdienst.

In allen Professionen ist nachzuweisen, dass Qualifikationen und Weiterbildungen die fachgerechte Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten garantiert.

8.2.5 Geriatrische Tagesklinik

Geriatrische Patientinnen und Patienten, die nachts und an den Wochenenden in der eigenen Häuslichkeit versorgt sind und keine vollstationäre Krankenhausbehandlung benötigen, können tagesklinisch behandelt werden. Die geriatrische Tagesklinik ist Teil des geriatrischen Zentrums und bietet somit bei gleichzeitiger stationärer Vorhaltung der notwendigen medizinischen Strukturen der Patientin und dem Patienten die maximale Sicherheit beim Verbleib oder der Wiedereingliederung in die Häuslichkeit.

8.3 Geriatrische Rehabilitation

8.3.1 Mobile geriatrische Rehabilitation

Als Sonderform der ambulanten geriatrischen Rehabilitation kann die mobile geriatrische Rehabilitation entsprechend den Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld der Patientin oder des Patienten durchgeführt werden.

8.3.2 Ambulante geriatrische Rehabilitation

Eine leistungsfähige und auf den individuellen Bedarf des älteren Menschen abgestimmte Rehabilitation erfordert eine weitere Flexibilisierung des Versorgungsangebotes. Daher können neben stationären auch ambulante Rehabilitationsangebote geschaffen werden, um eine effiziente Versorgung unter Gesichtspunkten der Qualität aber auch der Wirtschaftlichkeit zu ermöglichen.

8.3.3 Stationäre geriatrische Rehabilitation

Bedürfen geriatrische Patientinnen oder Patienten weiterer rehabilitativer Behandlung im stationären Kontext nach Abschluss der Akutphase, so kann dies in Sachsen-Anhalt in einer Rehabilitationsklinik mit speziellem Versorgungsvertrag erfolgen.

8.4 Geriatrisches Netzwerk

Angestrebt wird ein Netzwerk, bestehend aus geriatrischen Zentren an Krankenhäusern, ambulanten Schwerpunktpraxen, Krankenhäusern ohne geriatrisches Zentrum, Hausärztinnen und Hausärzten und ambulanten Fachärztinnen und Fachärzten, ambulanten Diensten, Pflegeheimen und Selbsthilfegruppen (siehe Abbildung 4), um allen geriatrischen Patientinnen und Patienten wohnortnah einen Zugang zu einer hochwertigen und sachgerechten Diagnostik und Therapie inklusive rehabilitativer Angebote zu gewährleisten. Die Zuweisung von geriatrischen Patientinnen und Patienten mit entsprechendem Rehabilitationspotential erfolgt im stationären Bereich über die Krankenhäuser ohne geriatrisches Zentrum und im ambulanten Bereich über die Hausärztin oder den Hausarzt. Zur Identifizierung dieser Patientinnen und Patienten sind entsprechende Screeningverfahren in diesen Versorgungsbereichen anzuwenden.

Unter Beachtung der demographischen Gegebenheiten wird pro Landkreis und kreisfreier Stadt mindestens ein geriatrisches Zentrum als notwendig erachtet. Im ambulanten Bereich müssen geriatrische Schwerpunktpraxen unter Beachtung der regionalen Besonderheiten aufgebaut werden.

Gemäß dem Grundsatz - ambulant vor stationär - und - Rehabilitation vor Pflege - muss für die geriatrischen Patientinnen und Patienten die notwendige, machbare und indizierte Behandlung unter Vermeidung von doppelstrukturellen Behandlungsangeboten vorgehalten werden.

Der Hausärztin oder dem Hausarzt kommt in diesem Netzwerk eine zentrale Schlüsselposition zu. Sie oder er identifiziert die geriatrische Patientin oder den geriatrischen Patienten und leitet ihn, wenn erforderlich zur weiteren Diagnostik und Therapie in eine geriatrische Schwerpunktpraxis oder, je nach Schwere der Erkrankung, in ein geriatrisches Zentrum. Organbezogene Diagnostik und Therapie kann durch ambulante Fachärztinnen und Fachärzte oder Krankenhäuser ohne geriatrisches Zentrum abgesichert werden. Dabei kann auch die Indikation zur speziellen geriatrischen Therapie resultieren.

Die geriatrische Schwerpunktpraxis arbeitet sozialkompetent als ambulante Einheit geriatrisch-diagnostisch und koordinierend-rehabilitativ. Sie fungiert außerdem zielgerichtet als Bindeglied zwischen der Hausärztin und dem Hausarzt und dem geriatrischen Zentrum. Die geriatrische Schwerpunktpraxis kooperiert eng mit dem geriatrischen Zentrum und kann Aufgaben des Zentrums in Form der multiprofessionellen Weiterbehandlung übernehmen.

Den geriatrischen Zentren obliegt die komplexe Diagnostik und Therapie der multimorbiden und zumeist akut erkrankten geriatrischen Patientinnen und Patienten in enger Kooperation mit den anderen Strukturen des Netzwerkes, möglichst unter Nutzung gemeinsamer Ressourcen (Befunde, therapeutische und diagnostische Möglichkeiten usw.). Gemäß den Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt (§ 3 Abs.2 KHG LSA) sollen die geriatrischen Zentren möglichst fallabschließend behandeln.

Alle in den komplexen Prozess der Versorgung der geriatrischen Patientinnen und Patienten Einbezogenen, wie Pflegeeinrichtungen, ambulante und soziale Dienste, Selbsthilfegruppen, Angehörige und ehrenamtlich Engagierte sollten aktive Partner in jeder Struktur des Netzwerkes sein.

Zur Sicherung einer ausreichenden und flächendeckenden Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten werden landesspezifische Angebote unterhalb der Rahmenempfehlung für die ambulante geriatrische Rehabilitation kostenträgerseitig zugelassen.

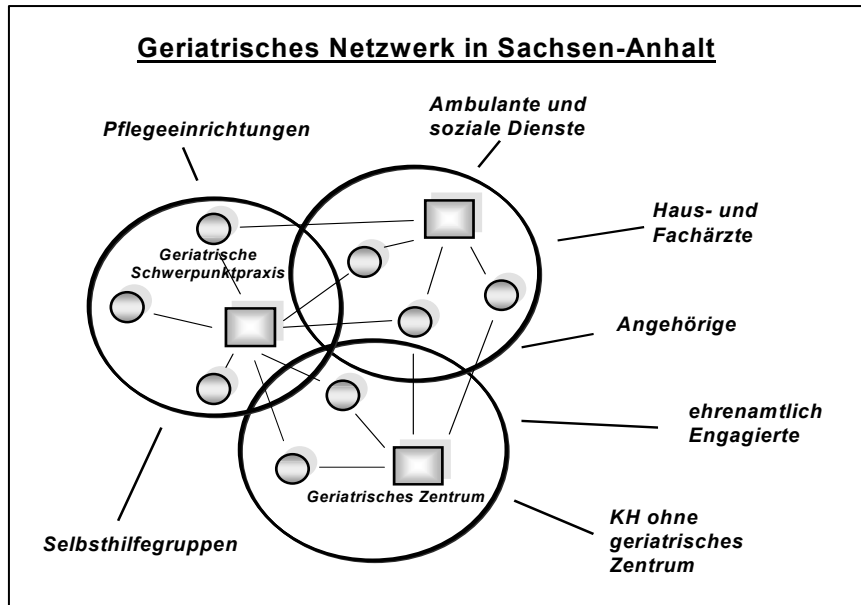


Abbildung 4: Geriatrisches Netzwerk in Sachsen-Anhalt

9. Qualitätssicherung

Qualität im Gesundheitswesen ist der unter Anwendung des derzeitigen Wissens vom medizinischen Versorgungssystem erreichte Grad der Wahrscheinlichkeit, für geriatrische Patientinnen und Patienten erwünschte Therapieresultate zu erzeugen und unerwünschte Behandlungsergebnisse zu vermeiden - oder einfacher gesagt - gute Qualität ist:

Das erwünschte Ziel erreichen.

Unnötiges Risiko vermeiden.

Unnötigen Aufwand vermeiden.

Die Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten erfordert im ambulanten, teilstationären und vollstationären Bereich Qualitätssicherungsmaßnahmen, um einer effizienten und effektiven Behandlung gerecht zu werden.

Das konsequente Durchsetzen der Anforderungen an Struktur- und Prozessqualität lassen auch im Fach der Geriatrie eine messbare Verbesserung der Ergebnisqualität erreichen.

9.1 Qualitätssicherung im ambulanten Bereich

9.1.1 Qualitätszirkel

Im Rahmen von hausärztlichen sowie fachübergreifenden Qualitätszirkeln wird das ärztliche Handeln bezüglich der Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten kritisch betrachtet, Überweisungskriterien und Behandlungskorridore werden im Rahmen von Fallbesprechungen festgelegt, Verbesserungsvorschläge und Handlungsalternativen werden als Erfahrungsaustausch unter Kollegen mit dem Ziel der Verbesserung der Patientenversorgung und der Qualitätsentwicklung in der Arztpraxis diskutiert.

Die Einbeziehung von Fachärztinnen und Fachärzten trägt zur Optimierung der interdisziplinären Zusammenarbeit bei, wobei kollegiale Absprachen hinsichtlich der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten getroffen werden. Fachübergreifende Qualitätszirkel bieten die Möglichkeit, die Qualität der eigenen Patientenversorgung kritisch zu überprüfen. Das hausärztliche Erfahrungswissen wird ergänzt durch Kenntnisse aus anderen Disziplinen und bewirkt eine praxisnahe Problemlösungsstrategie.

Zukunftsaufgabe von Qualitätszirkeln soll die Entwicklung und die Modifikation der Qualität der Versorgungsroutine des ärztlichen Handelns sein, um die hausärztliche Versorgungsqualität auf einem hohen Niveau zu sichern. Die Selbstreflexion eigenen Handelns, die Konfrontation von Selbst- und Fremdwahrnehmung, der offene Austausch sowie die Entwicklung von praxisadäquaten Leitlinien, befördern die Verbesserung der Patientenversorgung und die Arbeitszufriedenheit.

9.1.2 Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP)

Die Versorgung und Betreuung geriatrischer Patientinnen und Patienten bedarf besonderer Voraussetzungen, sowohl in der Struktur- und Prozess- als auch der Ergebnisqualität im Qualitätsmanagement einer Arztpraxis.

Hinsichtlich der Strukturqualität spielen dabei insbesondere die Anforderungen an die räumlichen Gegebenheiten der Praxen und die Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine wesentliche Rolle. Beispielhaft seien der barrierefreie Zugang zur Praxis und eine behindertengerechte Ausstattung der Praxis genannt. Darüber hinaus sind weitere Aspekte, wie zum Beispiel gut leserliche Kennzeichnung der Räume und geräumige Flächen zu berücksichtigen.

Hinsichtlich der Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist neben der fachlichen Befähigung die Sozialkompetenz in besonderem Maße zu berücksichtigen, um den Lebensumständen der Patientenklientel Rechnung tragen zu können.

Neben medizinischen und psychologischen Aspekten sind insbesondere soziale und sozioökonomische Gesichtspunkte zu beachten.

9.2 Qualitätssicherung im stationären Bereich

9.2.1 Anforderungen an Geriatrische Zentren

Im teil- und vollstationären Bereich der Akutgeriatrien existieren definierte Anforderungen an das Erfüllen abrechenbarer Leistungen. Zugrunde liegen die dokumentationspflichtigen und überprüfbaren Kriterien des jeweils geltenden Operations- und Prozedurenschlüssels (OPS 8-550.0 bis 8-550.2, 8-98a und 8-98b).

Darüber hinaus gibt es Merkmale, die erfüllt werden müssen, um in den drei Bereichen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität den Anforderungen an ein geriatrisches Zentrum gerecht zu werden. Dazu gehören unter anderem die räumlichen Anforderungen an Patientenzimmer, Therapieräume und Nebengelasse. Der Personalschlüssel spielt neben der geriatrietypischen Qualifikation des Personals eine weitere entscheidende Rolle. Die Anforderungen an die Arbeitsweise des therapeutischen Teams sowie fachgerechte Dokumentation und Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen sind obligat.

9.2.2 Mitgliedschaft im Bundesverband Geriatrie (BV Geriatrie)

Anzustreben ist für jede geriatrische Klinik und jedes geriatrische Zentrum in Sachsen-Anhalt die Mitgliedschaft im Bundesverband Geriatrie (BV Geriatrie)². In diesen Verband werden nur Kliniken aufgenommen, die in der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität strenge Aufnahmekriterien erfüllen. Diese werden vor Aufnahme im Rahmen eines Audits überprüft.

Im BV Geriatrie besteht die Möglichkeit, an einem Benchmarking teilzunehmen. In einem Datenerfassungsprogramm (GEMIDAS PRO) werden anonymisiert medizinische Verlaufsdaten dokumentiert und ausgewertet. Die Teilnahme am Benchmarking ist Pflicht für alle Geriatrischen Zentren in Sachsen-Anhalt.

9.2.3 Qualitätszirkel

Initiiert durch ein Bundesmodellprojekt "Benchmarking in der geriatrischen Versorgung" zur Verbesserung der stationären Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten, erfolgte in 22 Geriatrischen Kliniken des Bundesverbandes Geriatrie bundesweit das Erarbei-

ten von Best Practice Kriterien in definierten geriatrischen Problembereichen (Sturz, Schmerz, Ernährung). Das Ziel war, Qualitätszirkel in den Geriatrischen Kliniken zu etablieren oder auszubauen, die sich diesen Problemen stellen, regelmäßig im Erfahrungsaustausch stehen und diese Erfahrungen in weitere Geriatrische Kliniken transferieren. Das Projekt wurde erfolgreich abgeschlossen, der Erfahrungsaustausch und das Unterstützen beim Aufbau von Qualitätszirkeln in weiteren Kliniken ist Gegenstand der gegenwärtigen und zukünftigen Bestrebungen.

Interdisziplinäre Qualitätszirkel in den Geriatrischen Kliniken, die weitere Themenfelder in der geriatrischen Versorgung erarbeiten und umsetzen, sind ein wesentliches eigen gesteuertes Instrument zur Qualitätssicherung.

Die medizinische, ethische, soziale und ökonomische Arbeitsweise in der Behandlung von geriatrischen Patientinnen und Patienten im ambulanten wie stationären Bereich erfordert eine funktionierende und kontrollierbare Qualitätssicherung.

9.2.4 Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Die Etablierung von sektorübergreifenden Qualitätszirkeln, die stationäre und teilstationäre Krankenhausbereiche, stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen sowie alle ambulanten Versorgungsstrukturen einbeziehen, ist zwingend erforderlich.

Arbeitsgruppen aller Bereiche sollten zu ausgewählten Themen gemeinsame geriatrietypische Diagnostikinstrumente, Risikoidentifizierung sowie Präventivmaßnahmen und Informationsmittel erarbeiten.

Gemeinsame Fortbildungen schaffen Voraussetzungen für eine gemeinsame Arbeitsbasis.

² ehemals Bundesarbeitsgemeinschaft Geriatrischer Einrichtungen (BAG)

9.2.5 Qualitätssiegel

Seit Oktober 2005 steht das Qualitätssiegel Geriatrie als Zertifikat für geriatrische Einrichtungen des Bundesverbandes Geriatrie zur Verfügung.

Der Bundesverband Geriatrie beschloss gemeinsam mit den beiden medizinischen Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) und Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) ein einheitliches Zertifikat für den Bereich der Geriatrie zu entwickeln. Als Partner steht dabei die Firma EQ ZERT zur Verfügung.

Das Qualitätssiegel stellt den neuen bundesweiten Qualitätsstandard in der Geriatrie dar. Es ist an ein Grundzertifikat gebunden und kann nur erworben werden, wenn das Gesamtklinikum, in dem die geriatrische Einrichtung integriert ist bereits ein „allgemeines“ Gütesiegel führt, z.B. nach ISO 9001, ein Zertifikat nach KTQ oder proCumzert zertifiziert ist, besitzt oder erfolgreich ein vollständiges EFQM-Assessment durchlaufen hat.

9.2.6 Zercur Geriatrie

Zercur steht für **Z**ertifiziertes **C**urriculum Geriatrie und wurde vom Bundesverband Geriatrie als Basiskurs Geriatrie für alle Professionen des Therapeutischen Teams konzipiert, umfasst 64 Unterrichtsstunden zuzüglich eines Hospitationstags und einer abschließenden Hausarbeit und geht auf wesentliche Inhalte der Geriatrie auf der Stufe Basiswissen ein.

Für die Geriatrischen Zentren ist die Teilnahme von Mitgliedern des Therapeutischen Teams am Zercur Geriatrie – Kurs verpflichtend, für andere in der Geriatrie arbeitende Therapeutische Teams wünschenswert.

Vertiefende Module zu ausgewählten Themen werden erarbeitet und in Summation mit anderen zertifizierten geriatrischen Fortbildungen als Gesamteinheit einer komplexen geriatrischen Weiterbildung für alle Professionen des Therapeutischen Teams gefordert.

10. Aus-, Fort- und Weiterbildung

10.1 Ausbildung

In beiden Universitäten des Landes Sachsen-Anhalt werden im Rahmen des Querschnittsfaches Q7 „Medizin des Alterns und des alten Menschen“ Inhalte geriatrischer Medizin gelehrt. Die gegenwärtige, sporadische Einbeziehung von geriatrisch tätigen Ärztinnen und Ärzten soll durch ein Konzept fester Kooperationen zwischen Universitäten und geriatrischen Einrichtungen ersetzt werden, um den Studentinnen und Studenten praxisnahe Lehrinhalte zu vermitteln und ihnen Möglichkeiten zu eröffnen, Wissen unmittelbar in der Praxis zu erlangen. Bei zukünftigen Reformen der Studieninhalte ist die Einführung eines Faches Geriatrie als eigenständiges klinisches Fachgebiet zu fordern.

10.2 Weiterbildung

Mit der Einführung der neuen Musterweiterbildungsordnung 2005 gibt es in der gesamten Bundesrepublik Deutschland eine Zusatzweiterbildung „Klinische Geriatrie“, die nach einer Weiterbildungszeit von 18 Monaten von klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten erworben werden kann.

Die Ärztekammer Sachsen-Anhalt hat als eine von zwei deutschen Landesärztekammern mit der Etablierung eines Schwerpunktes Geriatrie in der Inneren Medizin wichtige Voraussetzungen für eine bessere Verankerung des Fachgebietes in der Weiterbildungsordnung der Ärzte geschaffen. Nach einer Weiterbildungszeit von 36 Monaten kann der Schwerpunkt Geriatrie ebenso wie andere Schwerpunkte der Inneren Medizin erworben werden. Diese Entscheidung bekräftigt die langfristige Bedeutung des Fachgebietes für die Versorgung der Bevölkerung. Sachsen-Anhalt unterstützt die Forderung der geriatrischen Fachgesellschaften nach einer besseren Einordnung des Fachgebietes in den Weiterbildungsordnungen in ganz Deutschland.

10.3 Fortbildung

Leitungen von geriatrischen Schwerpunktpraxen müssen besondere Qualifikationskriterien erfüllen. Sofern sie nicht über die Zusatz- oder die Schwerpunktbezeichnung Geriatrie verfügen, müssen sie die Teilnahme an einem Curriculum „Ambulante geriatrische Rehabilitation“ (160 Stundenkurs) nachweisen.

Die bevölkerungsepidemiologische Entwicklung macht die Auseinandersetzung aller Ärztinnen und Ärzte mit geriatrischen Problemen notwendig. Deshalb sind für niedergelassene und für klinisch tätige Ärztinnen und Ärzte geriatrische Fortbildungsveranstaltungen anzubieten. Langfristig sind die Fortbildungsangebote unter Führung der Ärztekammer so zu strukturieren, dass geriatrische Wissensinhalte obligatorisch von allen Ärztinnen und Ärzten erworben werden.

10.4 Geriatrische Qualifikation nichtärztlicher medizinischer Berufe

Beschäftigte in geriatrischen Schwerpunktpraxen und geriatrischen Zentren müssen eine besondere Qualifikation im Bereich der Geriatrie nachweisen. Auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Versorgungsstrukturen, die einen hohen Anteil älterer Menschen betreuen, müssen zunehmend im Bereich der Geriatrie qualifiziert werden.

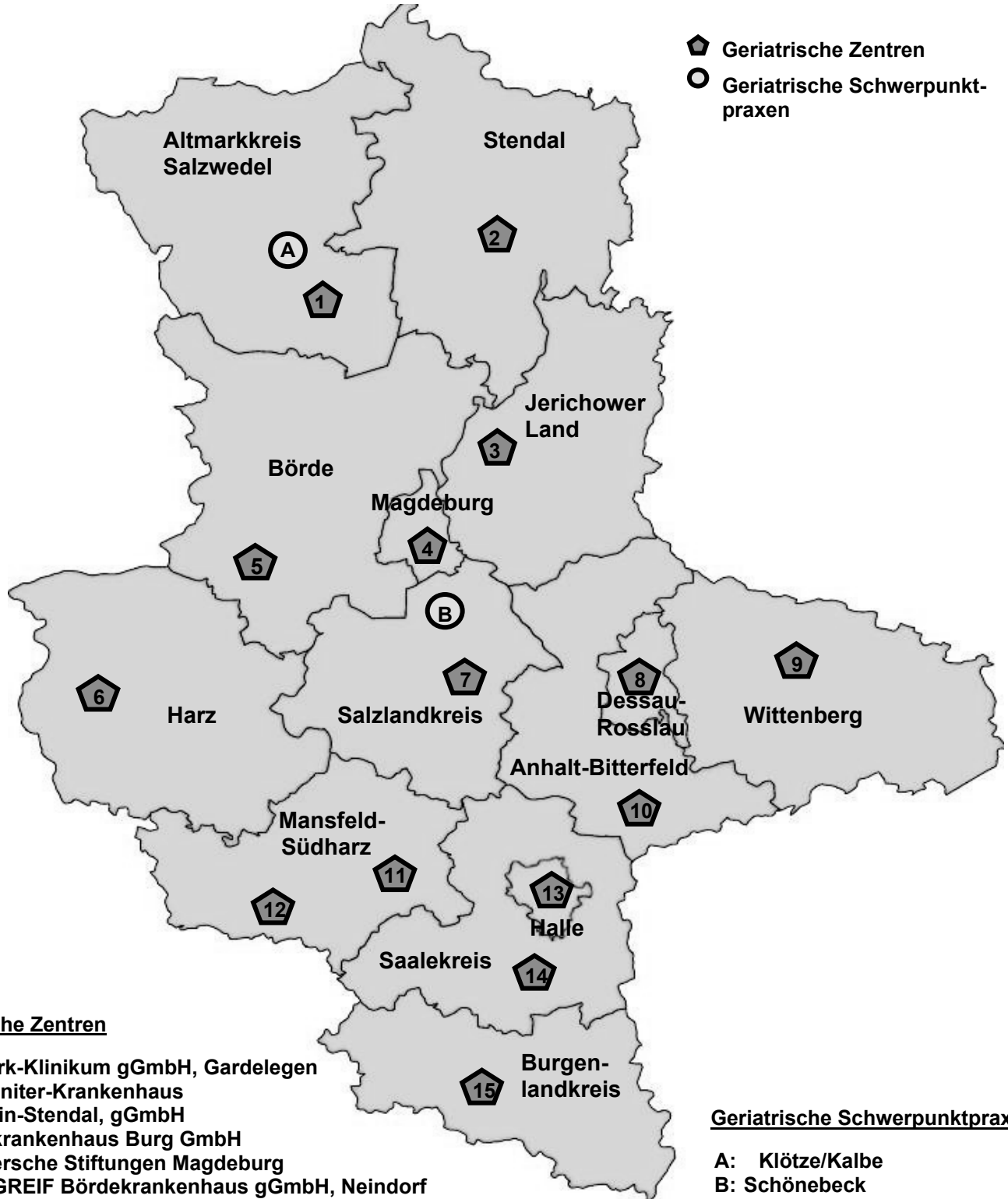
II **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1:	Entwicklung der Altersgruppe der unter 20 Jährigen 2005 bis 2025	8
Abbildung 2:	Entwicklung der Altersgruppe der 80 bis 100 Jährigen (sehr Alte bis Hochbetagte) 2005 bis 2025	9
Abbildung 3:	Außenbeziehungen der klinischen Sozialarbeit	17
Abbildung 4:	Geriatrisches Netzwerk in Sachsen-Anhalt	25
Abbildung 5:	Übersichtskarte geriatrischer Einrichtungen in Sachsen-Anhalt	33

An der Erarbeitung beteiligte Institutionen in alphabetischer Reihenfolge:

- AOK Sachsen-Anhalt (<http://www.aok.de/sachsen-anhalt/>)
 - Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (<http://www.kvsa.de>)
 - Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt e.V. (<http://www.kgsan.de>)
 - Landesverband Geriatrie Sachsen-Anhalt e.V. / Landesarbeitsgemeinschaft klinisch-geriatrischer Einrichtungen in Sachsen-Anhalt (<http://geriatrie-sa.de>)
 - Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (<http://www.ms.sachsen-anhalt.de>)
-

III Anhang



Geriatrische Zentren

- 1: Altmark-Klinikum gGmbH, Gardelegen
- 2: Johanniter-Krankenhaus Genthin-Stendal, gGmbH
- 3: Kreiskrankenhaus Burg GmbH
- 4: Pfeiffersche Stiftungen Magdeburg
- 5: MEDIGREIF Bördekrankenhaus gGmbH, Neindorf
- 6: Harz-Klinikum Wernigerode-Blankenburg, Wernigerode
- 7: Stadtkrankenhaus Calbe
- 8: Diakonissenkrankenhaus Dessau
- 9: Paul-Gerhardt-Stift Wittenberg, Lutherstadt Wittenberg
- 10: Gesundheitszentrum Bitterfeld/Wolfen gGmbH, Bitterfeld
- 11: Klinikum Mansfelder Land gGmbH, Eisleben
- 12: Krankenhaus am Rosarium Sangerhausen GmbH
- 13: Diakonie-Krankenhaus Halle
- 14: Carl-von-Basedow-Klinikum Merseburg
- 15: Klinikum Burgenlandkreis gGmbH, Naumburg

Geriatrische Schwerpunktpraxen

- A: Klötze/Kalbe
 B: Schönebeck

Abbildung 5: Übersichtskarte geriatrischer Einrichtungen in Sachsen-Anhalt

Die Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Ministeriums für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt herausgegeben. Sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Darüber hinaus darf sie weder von Parteien noch von Wahlwerbenden oder Wahlhelferinnen und Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen.

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

Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zu Gunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Impressum

Geriatriekonzept
Vorstellungen zur Verbesserung der Versorgung
alter kranker Menschen im Land Sachsen-Anhalt

Herausgeber: Ministerium für Gesundheit und Soziales
des Landes Sachsen-Anhalt
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Turmschanzenstraße 25
39114 Magdeburg
Telefon: 0391/567-4608
Fax: 0391/567-4622
E-mail: ms-presse@ms.sachsen-anhalt.de
Internet: www.ms.sachsen-anhalt.de

Redaktion:

Druck: Stelzig-Druck, Magdeburg