

# Geriatric in Mecklenburg-Vorpommern

Grundsätze und Konzept zur Versorgung  
geriatrischer Patienten in Mecklenburg-Vorpommern



Stand: 25.02.2010



**Krankenhausgesellschaft  
Mecklenburg-Vorpommern e.V.**  
Wismarsche Straße 175, 19053 Schwerin



**Kassenärztliche Vereinigung  
Mecklenburg-Vorpommern**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Neumühler Str. 22, 19057 Schwerin

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
Präambel	4
<b>1. Geriatrische Medizin</b>	<b>5</b>
1.1. Aktuelle Definition der Geriatrie	5
1.2. Definition des geriatrischen Patienten	5
1.3. Versorgungsstrukturen für geriatrische Patienten	6
<b>2. Prinzipien der geriatrischen Versorgung</b>	<b>8</b>
2.1. Multiprofessionelles geriatrisches Team	8
2.1.1. Arzt	10
2.1.2. Pflege	10
2.1.3. Sozialdienst	10
2.1.4. Psychologie/Neuropsychologie/Psychotherapie	10
2.1.5. Physiotherapie (Krankengymnastik und physikalische Therapie)	11
2.1.6. Ergotherapie	11
2.1.7. Logopädie (Sprach- und Schlucktherapie)	12
2.1.8. Ernährungsberatung	12
2.1.9. Seelsorge	12
2.1.10. Ärztlicher Konsiliardienst	12
2.1.11. Orthopädietechnik und Hilfsmittelversorgung	12
2.2. Medizinisch-therapeutisches Konzept und geriatrisches Assessment	13
2.3. Qualitätssicherung in der Geriatrie	14
2.4. Aus-, Fort- und Weiterbildung, Etablierung in Forschung und Lehre	15
<b>3. Geriatrische Behandlungs- und Versorgungsstrukturen in Mecklenburg-Vorpommern</b>	<b>16</b>
3.1. Ambulanter Sektor	16
3.1.1. Ambulante geriatrische Komplexbehandlung	16
3.1.2. Ambulante geriatrische Rehabilitation	17
3.1.3. Ambulante Pflege	17
3.1.4. Hausärztliche Versorgung in Pflegeheimen	18
3.1.5. Praxisassistentin	18
3.1.6. Verordnung Medizinischer Rehabilitationen	18

3.2.	Stationärer Sektor	18
3.2.1.	Akutgeriatrie inklusive geriatrischer Frührehabilitation und Tagesklinik gemäß § 39 SGB V	19
3.2.2.	Indikationen zur Krankenhausbehandlung in der Akutgeriatrie	19
3.2.3.	Besonderheiten der akutgeriatrischen Behandlung inklusive geriatrisch frührehabilitativer Komplexbehandlung	19
3.2.4.	Geriatrische Rehabilitation mit angeschlossener Tagesklinik/AGR24 gemäß § 40 SGB V	20
3.2.5.	Haupt-Krankheitsgruppen und Syndrome in der geriatrischen Rehabilitation	21
3.2.6.	Durchführung der geriatrischen Rehabilitation	21
3.2.7.	Ziele der geriatrischen Rehabilitation	22
3.2.8.	Vernetzung von akutstationärer, frührehabilitativer und rehabilitativer Geriatrie	23
3.3.	Flussdiagramm der ambulanten und stationären geriatrischen Behandlung	25
<b>4.</b>	<b>Prävention für ältere Menschen</b>	<b>27</b>
4.1.	Ambulante Prävention	27
4.2.	Stationäre Prävention	28
<b>5.</b>	<b>Palliativmedizinische Versorgung und Hospizarbeit in der Geriatrie</b>	<b>29</b>
<b>6.</b>	<b>Aufgabenstellung</b>	<b>31</b>
<b>7.</b>	<b>Danksagung</b>	<b>32</b>
<b>8.</b>	<b>Impressum</b>	<b>33</b>
<b>9.</b>	<b>Fußnoten</b>	<b>35</b>

# Präambel

Die Geriatrie (Altersmedizin) ist diejenige Disziplin innerhalb der medizinischen Spezialgebiete, die sich mit den Krankheiten und den Krankheitsfolgen des alten Menschen befasst. Gemäß WHO-Definition von 1989 ist die Geriatrie der Zweig der Medizin, der sich mit der Gesundheit im Alter sowie den präventiven, klinischen, rehabilitativen und sozialen Aspekten von Krankheiten beim älteren Menschen beschäftigt. Geriatrie berücksichtigt somit insbesondere die medizinischen und psychologischen sowie auch die sozialen Probleme des älteren Patienten. Diagnostik und ganzheitliche Therapie werden im Wissen um körperliche und psychische Veränderungen des alternden Menschen auf diesen individuell zugeschnitten.

Die Geriatrie umfasst akutmedizinische, aber auch rehabilitative, präventive und palliative Ansätze und versorgt Patienten, die auf Grund ihrer hohen Gebrechlichkeit durch Krankheiten und Krankheitsfolgen gleichermaßen gefährdet sind, denen ein Verlust an Autonomie und Alltagsselbständigkeit droht und bei denen ein zeitgleiches Nebeneinander von akutmedizinischen und rehabilitativen Behandlungskonzepten erforderlich ist.

Geriatrische Behandlungsstrukturen bedürfen unter Berücksichtigung örtlich-regionaler Besonderheiten (Ballungsraum bzw. ländliche Struktur) abgestufter ambulanter, teil- und vollstationärer akut-geriatriischer und geriatrisch-rehabilitativer, in zunehmendem Maße auch geriatrisch-präventiver Versorgungsangebote. Eine regional bezogene, institutions- bzw. sektorenübergreifend ausgerichtete Konzeption ist nach heutigem Sachstand eine der zukunftsfähigsten Versorgungsformen. Sie gewährleistet zum einen eine fachlich kompetente medizinische Versorgung in der Akut- wie Rehabilitationsgeriatrie, zum anderen erlaubt sie die wohnortnahe Realisierung, die für den auf Angehörige angewiesenen Betroffenen erwiesenermaßen von großer Relevanz ist und eine Kommunikation zwischen den Behandlungsleitern (Hausarzt, Klinikarzt) erleichtert. Die Schnittstelle stationär/ambulant muss überbrückt werden.

# 1. Geriatrische Medizin

## 1.1. Aktuelle Definition der Geriatrie

Konsensus der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG), der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG), des Bundesverbandes Geriatrie (BVG), des Bundesverbandes Deutscher Internisten (BDI) der Sektion Geriatrie, des Berufsverbandes Deutscher Allgemeinmediziner (BDA) und zugleich Diskussionsgrundlage der Europäischen Fachärztereinigung, Sektion Geriatrie, ist:

- Die Geriatrie als medizinische Disziplin führt akutmedizinische, frührehabilitationsmedizinische und rehabilitationsmedizinische Behandlungen für geriatrische Patienten durch.
- Die Geriatrie geht deshalb zumeist über die reine Organmedizin hinaus und erbringt zusätzliche Leistungen vor allem im Bereich der multidisziplinären, ICF- und ICD-orientierten Diagnostik und funktionellen Therapie sowie im Bereich der Prävention und der Palliation.

## 1.2. Definition des geriatrischen Patienten

Konsensus der DGG, der DGGG, der BVG<sup>1</sup>, des BDI Sektion Geriatrie und zugleich Diskussionsgrundlage der Europäischen Fachärztereinigung, Sektion Geriatrie ist:

- Ein geriatrischer Patient ist definiert durch die „Geriatritypische Multimorbidität“ und höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter),
- oder durch „Alter 80+“ („oldest old“) auf Grund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z. B. des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen, der Gefahr der Chronifizierung sowie des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus.

Die geriatritypische Multimorbidität<sup>2</sup> ist hierbei vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen. Sie ist in zahlreichen Publikationen beschrieben und beinhaltet folgende Merkmale:

- Immobilität, Sturzneigung und Schwindel
- Kognitive Defizite, Depression, Angststörung
- Inkontinenz (Harninkontinenz, selten Stuhlinkontinenz)
- Dekubitalulcera
- Fehl- und Mangelernährung
- Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt
- Chronische Schmerzen
- Sensibilitätsstörungen

<sup>1</sup> <http://www.bag-geriatrie.de/presse/20070131.pdf>

<sup>2</sup> [www.mds-ev.org](http://www.mds-ev.org) : Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation; 11-2005: 41-43  
(<http://www.mds-ev.de/1683.htm>; [http://www.mds-ev.de/media/pdf/RL\\_VorsorgeReha\\_2005.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/RL_VorsorgeReha_2005.pdf) )

- Herabgesetzte körperliche Belastbarkeit/Gebrechlichkeit
- Starke Sehbehinderung, ausgeprägte Schwerhörigkeit
- Rezidivierende Infektionen, verminderte Immunkompetenz
- Mehrfachmedikation
- Herabgesetzte Medikamententoleranz
- Häufige Krankenhausbehandlung (Drehtüreffekt)

Geriatrische Patienten zeichnen sich somit neben dem höheren Lebensalter durch eine jeweils individuell zu betrachtende Problemkonstellation aus, wobei die physiologischen Veränderungen des gealterten Organismus eine fundamentale Rolle spielen, z. B. bezüglich veränderter Zusammensetzung von Muskelmasse, Anteil von Körperfett und Wasser. Dies hat Auswirkungen auf die Homöostase, die Stoffwechselprozesse, die Arzneimittelwirkungen und deren Interaktionen. Ein älterer Patient wird daher immer dann zu einem geriatrischen Patienten, wenn Erkrankungen mit Schädigungen (impairment) einhergehen, aus denen Fähigkeitsstörungen (functioning) und soziale Beeinträchtigung (participation) resultieren. Mit anderen Worten, bei Erkrankung drohen stets Verlust von Alltagskompetenz und Selbstständigkeit im sozioökonomischen Kontext. Der ältere Patient weist darüber hinaus als weitere ihn kennzeichnende Eigenschaften eine oft unspezifische oder fehlende typische Symptomatik und einen protrahierten Krankheitsverlauf mit verzögerter Rekonvaleszenz auf.

### 1.3. Versorgungsstrukturen für geriatrische Patienten

Deutschlandweit zeichnet sich eine Alterung der Bevölkerung durch die Abnahme der Geburtenzahlen und die Zunahme der Lebenserwartung ab. In Mecklenburg-Vorpommern vollzieht sich dieser Wandel besonders rasant. Ursachen dafür sind unter anderem die vermehrte Abwanderung junger und der Zuzug älterer Menschen.

Der Mensch über 60 Jahre und mehr bleibt nicht automatisch beweglich, fit und geistig und körperlich gesund. Im hohen Alter treten häufig mehrere Erkrankungen gleichzeitig auf, viele Erkrankungen zeigen chronische Verläufe und sind mit sensorischen, motorischen und kognitiven Funktionseinbußen verbunden.

Der geriatrische Patient bedarf je nach individueller gesundheitlicher Situation einer auf seine Bedürfnisse und Erfordernisse zugeschnittenen, qualifizierten medizinischen Versorgung. Grundsätzlich gilt dabei Rehabilitation vor Pflege (§31 SGB XI). Nachfolgend sind die Aufgaben und Maßnahmen der einzelnen Sektoren aufgeführt, die gegenwärtig in Mecklenburg-Vorpommern zur Versorgungsstruktur gehören bzw. angestrebt werden. Diese Aufgaben und Maßnahmen sollen vorrangig in regionalen Netzwerken umgesetzt werden.

#### Ambulanter Sektor

- Hausärztliche Versorgung
- Fachärztliche Versorgung
- Spezialisierte geriatrische haus- und fachärztliche Versorgung
- Mobile geriatrische Rehabilitation<sup>3</sup>
- Ambulante geriatrische Rehabilitation (AGR) gemäß § 40 SGB V<sup>4</sup>

<sup>3</sup> DVfR: Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation

<sup>4</sup> Essener Konsensus-Konferenz (BAG-KGE, DGG, MDS) / 07.02.2003

- Innovative Vertragsmodelle unter anderem gemäß § 140 SGB V, wie zum Beispiel
  - Ambulante geriatrische Komplexbehandlung (AGKB) im Rahmen von regionalen Sondervereinbarungen zwischen der AOK MV, der KVMV und einem interdisziplinären ambulanten geriatrischen Versorgungsteam zur strukturierten ambulanten geriatrischen Versorgung/Prävention
  - Rahmenvereinbarung für eine optimierte ambulante medizinische Versorgung von Versicherten der AOK MV in vollstationären Pflegeeinrichtungen umgesetzt in regionalen Unterverträgen nach §140 SGB V zwischen Ärzteteams, Pflegeeinrichtungen und AOK MV
- Ambulante pflegerische Versorgung und Tages-/Nachtpflege
- Kurzzeit- und Verhinderungspflege
- Pflegestützpunkte
- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, wie zum Beispiel
  - „Regionalverträge zur spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung (SAPV)“ nach §§ 37b, 132d SGB V zwischen den Krankenkassen, der KVMV und regionalen Leistungserbringern
- Ambulantes Hospiz
- Praxisassistenten in Hausarztpraxen (siehe auch 3.1.5)

### **Stationärer Sektor**

- Akutgeriatrie inklusive geriatrischer Frührehabilitation und Tagesklinik gemäß § 39 SGB V
- Geriatrische Rehabilitation mit angeschlossener geriatrischer Tagesklinik
- Palliative Care (Palliativstation/Palliativbereich)
- Geriatrisch stationäre Prävention (primär, sekundär)
- Langzeitpflege
- Stationäres Hospiz

### **Integrierte Versorgung**

Integrierte Versorgung heißt Vernetzung zwischen einzelnen medizinischen Versorgungsstrukturen. Das bedeutet, dass niedergelassene Haus- oder Fachärzte mit stationären Einrichtungen (sektorenübergreifend) oder mit anderen niedergelassenen Fach- und Hausärzten (interdisziplinär-fachübergreifend) zusammenarbeiten. Solche neuen und oftmals innovativen Versorgungsformen können entscheidend zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung beitragen und sind nachhaltig zu fördern.

Die Ambulante geriatrische Komplexbehandlung (AGKB) kann regional auch zwischen stationären Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten gemeinsam vereinbart werden.

### **Aus-, Fort- und Weiterbildung, Etablierung in Forschung und Lehre**

#### **Qualitätszirkel „Geriatric“**

## 2. Prinzipien der geriatrischen Versorgung

Geriatrische Medizin bietet unter Berücksichtigung regionaler Strukturen unterschiedliche Behandlungsansätze, die dem einzelnen Patienten je nach individueller Erfordernis zur Verfügung stehen, ineinander greifen und so ein ganzheitliches Therapiekonzept ermöglichen. Hierzu gehören im Einzelnen:

### Institutionen/Leistungen

- Ambulante Geriatrische Versorgung
- Ambulante haus-/fachärztliche Betreuung durch Ärzte mit geriatrischer Qualifikation
- Stationäre Versorgung geriatrischer Krankheitsbilder gemäß § 39 SGB V in akutgeriatrischen Bereichen der Krankenhäuser<sup>5</sup>
- Geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung in den akutgeriatrischen Bereichen der Krankenhäuser
- Stationäre geriatrische Rehabilitationsbehandlung gemäß § 40 SGB V in der geriatrischen Rehabilitationsklinik
- Behandlung in einer Tagesklinik/AGR (Ambulante Geriatrische Rehabilitation)
- Mobile Angebote der geriatrischen Rehabilitation
- Palliativmedizin

### Gremien und Tätigkeitsmerkmale

- Maßnahmen der Prävention
- Multiprofessionelle Teamarbeit unter ärztlicher Leitung
- Interdisziplinäre Behandlung auf Basis des geriatrischen Assessments
- Geriatrisch-interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Hausärzten und ambulanten Diensten
- Palliativmedizinische Behandlung
- Sozial flankierende Maßnahmen
- Angehörigenanleitung, Hilfsmittelversorgung und Wohnraumanpassung
- Entlassungsmanagement zur Vorbereitung der nachfolgenden ambulanten Versorgung

### 2.1. Multiprofessionelles geriatrisches Team

Gemäß den unter 1.3. gemachten Ausführungen sind multiprofessionelle geriatrische Teams sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich aufzubauen und möglichst strukturell bzw. kommunikativ miteinander zu verzahnen. In stationären Einrichtungen werden solche Teams gemäß den Vorgaben des Qualitätssiegels Geriatrie BVG (EQ-Zert) über den Personalschlüssel strukturiert. Im ambulanten Bereich ist regional eine enge, möglicherweise auch auf Netzstrukturen basierende Kooperation der nachfolgend aufgeführten Leistungserbringer zu organisieren.

Nachfolgend sind die professionsspezifischen Qualifikationen und Tätigkeitsmerkmale aufgeführt.

---

<sup>5</sup> In Mecklenburg-Vorpommern ist in der bisherigen Krankenhausplanung mit einer Ausnahme keine geriatrische Abteilung im Krankenhaus vorgesehen. Geriatrie als Fach erfordert aber einen Ort, an dem das geriatrische Team tätig wird. Daher würde der Begriff „geriatrischer Bereich“ gewählt. Wie dieser Bereich gestaltet wird, ist dem Krankenhausträger überlassen.

Die Umsetzung geriatrischer Konzepte – unabhängig davon, ob es sich um ambulante, stationäre, akutgeriatrische oder geriatrisch-rehabilitative Versorgungsformen handelt – erfolgt immer prozessorientiert in multiprofessioneller Teamarbeit unter ärztlicher Leitung und beinhaltet die folgenden Professionen.

## Arzt

### Ambulanter Sektor

Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Geriatrie, geriatrisch qualifizierte Haus- und Fachärzte (Curriculum der Ärztekammern<sup>6</sup>),

### Stationärer Sektor

Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Geriatrie,

## Pflege

### **Therapeutische und psychosoziale Leistungserbringer:**

- Physiotherapie (Krankengymnastik und physikalische Therapie)
- Ergotherapie
- Logopädie
- Sozialdienst
- Psychologie
- Optional: Musik- und Kunsttherapie

### **Ergänzende Leistungen:**

- Ernährungsberatung
- Seelsorge
- Ärztlicher Konsiliardienst
- Orthopädietechnik
- Hilfsmittelversorgung

Die enge Zusammenarbeit zwischen vorgenannten Ärzten, Therapeuten sowie Pflegediensten und weiteren Leistungserbringern und Angehörigen ist in der Geriatrie von besonderer Bedeutung und von daher fester Bestandteil der regionalen Konzeption einer umfassenden sektorenübergreifenden Versorgung. Diese Strukturqualität bildet die Grundlage für eine regionale qualitätsgesicherte geriatrische Versorgung.

Multiprofessionelle geriatrische Teams können auch rein stationär vorgehalten werden. Das geriatrische Behandlungsteam betreut dann akutgeriatrische und geriatrisch rehabilitative Patienten und umfasst unter fachärztlicher Leitung (mit spezieller Weiterbildung „Geriatrie“) mit 24-stündiger Ansprechbarkeit den ärztlichen Dienst sowie die Pflege mit rehabilitativ-therapeutischem Konzept, darüber hinaus: Sozialdienst, (Neuro-) Psychologie, Physiotherapie (Krankengymnastik inklusive physikalischer Therapie), Ergotherapie und Logopädie. Das Team wird ergänzt durch Seelsorge, ehrenamtlichen Besuchsdienst, Ernährungsberatung, Orthopädietechnik, ferner Funktions- und Konsildienste.

---

<sup>6</sup> siehe Punkt 2.4

### **2.1.1. Arzt**

Der niedergelassene Arzt bzw. der leitende Arzt einer geriatrischen Abteilung eines Krankenhauses verfügt über Qualifikationen gemäß 2.1. Des Weiteren sind Kenntnisse in Sozial-, Rehabilitations-, Palliativ- und Ernährungsmedizin zweckmäßig.

Zu den Aufgaben zählen die medizinische Diagnostik und Behandlung, medizinische Notfalltherapie, Leitung des Behandlungsteams, rehabilitationsmedizinische Beurteilung, Verordnung angemessener Therapien, Beratung von Patienten und Angehörigen, Verantwortung für den Behandlungsverlauf und Weichenstellung im Rahmen des Entlassungsmanagements, Durchführung von Schulungs- und/oder Fortbildungsmaßnahmen sowie Verantwortung für die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement.

### **2.1.2. Pflege**

Die Pflege setzt sich aus Fachkräften der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenpflege mit Kenntnissen in der aktivierenden, therapeutisch-rehabilitativen geriatrischen Pflege zusammen.

Zu den Aufgaben in der geriatrischen Pflege zählen die therapeutische Pflege (z. B. nach Bobath oder alternativen neurophysiologischen Pflegekonzepten), die spezielle Behandlungspflege inklusive Pflegevisiten, das Wundmanagement, die Inkontinenz- und Stomaberatung, die Interaktion, d. h. die Unterstützung der Beziehung zwischen Patienten, therapeutischen und diagnostischen Diensten sowie Angehörigen.

### **2.1.3. Sozialdienst**

Die Mitarbeiter des Sozialdienstes verfügen über psychosoziale, systemische, lösungs- und prozessorientierte Beratungskompetenz speziell für ältere Patienten.

Aufgabenbereiche sind Hilfen zur sozialen Wiedereingliederung durch Aktivierung von Familien- und Nachbarschaftshilfe, Beratung über sozialrechtliche Fragen und wirtschaftliche Hilfen sowie Unterstützung bei Antragstellung (z. B. Pflegegeld gemäß SGB XI, Behindertenrecht gemäß SGB IX), Unterstützung von Patienten und Angehörigen bei der Einrichtung einer Betreuung (BGB) oder beim Ausstellen einer Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung, Beratung über und Vermittlung von ambulanten Hilfen (z. B. häusliche Pflege, Essen auf Rädern, Notfunksystem, Tagespflege), psychosoziale Beratung von Patienten und Angehörigen, Weitervermittlung an Selbsthilfegruppen und an Angebote von Wohlfahrtsverbänden, Unterstützung bei der Suche eines Pflegeheimplatzes für Kurz- oder Langzeitpflege bzw. eines Hospizplatzes.

Im ambulanten Bereich werden diese Leistungen von Hausärzten in Zusammenarbeit mit den Pflegediensten durchgeführt. In der geriatrischen Versorgung ist die Integration des Sozialdienstes in die Behandlung der Patienten von großer Bedeutung.

### **2.1.4. Psychologie/Neuropsychologie/Psychotherapie**

Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich verfügen die Leistungserbringer über eine berufliche Qualifikation als Diplom-Psychologe – möglichst mit Zusatzkenntnissen in der klinischen Psychologie bzw. Neuropsychologie – oder als psychologischer und/oder ärztlicher Psychotherapeut. Der geriatrisch tätige Psychologe sollte über fundierte Kenntnisse in der Gesprächsführung, Krisenintervention oder z. B. auch Traumatherapie verfügen.

Arbeitsbereiche sind Diagnostik und Therapie kognitiver Leistungsfunktionen wie Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Konzentration, Raumverarbeitung, Praxie, Problemlösung, Planungsvermögen komplexer Handlungsabläufe; ferner psychotherapeutische Gespräche zur Krankheitsverarbeitung, Krisenintervention, Beratung von Angehörigen, Einzel- und Gruppentherapie zur Vermittlung von Entspannungstechniken wie Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung und die Teamberatung.

Im ambulanten Bereich wird die psychotherapeutische Betreuung von niedergelassenen Fachärzten mit anerkannter Qualifikation und Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt, wobei ein besonderer Schwerpunkt auf der Durchführung von begleitender und stützender Psychotherapie liegt. Während die Neuropsychologie im stationären Bereich einen weiteren Schwerpunkt darstellt, ist sie im ambulanten Bereich keine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung.

### **2.1.5. Physiotherapie (Krankengymnastik und physikalische Therapie)**

Der niedergelassene oder angestellte Leistungserbringer verfügt über eine staatliche Anerkennung als Physiotherapeut bzw. Krankengymnast. Zusatzqualifikationen z. B. nach Bobath oder Perfetti oder weiterer neurophysiologischer Techniken zur Behandlung häufiger geriatrischer Krankheitsbilder sind erwünscht. Einige der nachfolgenden Therapieelemente werden auch von staatlich anerkannten Masseuren und Bademeistern durchgeführt.

Zu den vielfältigen Aufgaben gehören die Mobilisation des Patienten, schmerzlindernde Therapieverfahren unter Anwendung von thermischen (Kälte-, Wärmetherapie) und/ oder physikalischen Reizen (Ultraschallbehandlung, Elektrotherapie), Kontrakturprophylaxe und -behandlung, Tonusregulierung und Hemmung unphysiologischer Aktivität, Anbahnung von physiologischen Bewegungsmustern, funktionelles Training, Muskelaufbautraining (inkl. MTT), Gangschulung, Gleichgewichtsschulung, Hilfsmittelversorgung hinsichtlich Mobilität, Prothesenversorgung und Training, Massagen inklusive Lymphdrainage, Bäder, Güsse, Bewegungsbäder, Inhalationen und die Anleitung Angehöriger.

### **2.1.6. Ergotherapie**

Der Leistungserbringer verfügt über eine staatliche Anerkennung als Ergotherapeut sowie über spezielle Kenntnisse im ADL-/IADL-Training, die Behandlung von Sturz- und Amputationspatienten; er verfügt über Erfahrungen und spezifische Qualifikationen in der neurophysiologischen Behandlung. Arbeitsfelder sind die funktionelle Verbesserung mittels konstruktiver Tätigkeiten, Training der Aktivitäten des täglichen Lebens, Tonusregulierung und Anbahnung physiologischer Bewegungsmuster, Grunddiagnostik neuropsychologischer Störungen, Training mnestischer Funktionen, Gleichgewichtsschulung, facio-orale Therapie, Wahrnehmungs- und Orientierungstraining, Training von Konzentration, Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit, Hausbesuche (mobile Ergotherapie), ADL-Training, umtrainieren der Händigkeit, Hilfsmittelversorgung (ADL-Bereich) und eventuell Training an den Hilfsmitteln, Wohnungsadaptation, Prothesentraining, psychosoziale Stabilisierung, Angehörigenberatung und -einweisung.

### **2.1.7. Logopädie (Sprach- und Schlucktherapie)**

Der staatlich anerkannte Logopäde verfügt über spezielle Kenntnisse in Diagnostik und Therapie von Sprach- und Sprechstörungen sowie Kau- und Schluckstörungen.

Dazu gehören die Diagnostik und Therapie erworbener Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen wie Dysarthrophonie, Aphasie, Sprechapraxie, facio-orale Therapie, Behandlung von Kau- und Schluckstörungen, Atemtherapie, Einzel- und Gruppenbehandlung, Angehörigenberatung, Teamberatung und Vermittlung von ambulanter Weiterbetreuung.

### **2.1.8. Ernährungsberatung**

Der Ernährungsberater verfügt über Kenntnisse, die sich aus alterungsbedingten Veränderungen des Organismus und/oder häufigen Erkrankungen im Alter ableiten.

Schulung von Patienten und Angehörigen in Ernährungsfragen, insbesondere bei Erkrankungen, die ein spezielles Ernährungsverhalten erfordern, Beratung im Sinne der Prävention, Beratung bei Gabe von Sonderkost.

### **2.1.9. Seelsorge**

Zu den Tätigkeiten der Seelsorge zählen Gespräche zur Krankheitsverarbeitung und Sinnfindung, Verlustverarbeitung, Angehörigenberatung, Gespräche mit Mitarbeitern, Andachten und Gottesdienste. Ein weiterer Aspekt ist die Betreuung und Begleitung in der letzten Lebensphase.

### **2.1.10. Ärztliche Konsiliaruntersuchungen**

Eine koordinierte Inanspruchnahme ärztlicher Konsiliaruntersuchungen (z. B. Innere Medizin, Chirurgie, HNO, Urologie, Augenheilkunde, Gynäkologie, Neurologie), durch den geriatrischen Arzt (siehe 2.1.) trägt zur Lösung der häufig interdisziplinären medizinische Probleme bei geriatrischen Patienten bei.

Der Geriater steht anderen Fachrichtungen zur Verfügung.

### **2.1.11. Orthopädietechnik und Hilfsmittelversorgung**

Die Zusammenarbeit zwischen Sanitätshäusern und Orthopädietechnikern ist für eine umfassende und angemessene wohnortnahe Versorgung geriatrischer Patienten unabdingbar. Neben der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bedarf es in vielen Fällen einer individuellen Hilfsmittel- und/oder Prothesenversorgung. Hierzu zählen die vielerorts angebotenen Spezialsprechstunden, wie z. B. die Prothesensprechstunde.

## 2.2. Medizinisch-therapeutisches Konzept und geriatrisches Assessment

Neben der medizinischen Betreuung geriatrischer Patienten, die sich wie beschrieben durch ein höheres Lebensalter, komplizierende Begleiterkrankungen im Sinne von Multimorbidität, hohes Risiko interkurrenter Erkrankungen und Komplikationen sowie häufig auftretende psychische und kognitive Störungen auszeichnen, erfolgt in enger interdisziplinärer Zusammenarbeit des ambulanten und stationären Behandlungsteams eine patientenzentrierte Diagnostik und Therapie auf der Basis des geriatrischen Assessments. Das Assessment (to assess = bewerten des Funktionszustands) beinhaltet die umfassende Beurteilung des Patienten hinsichtlich seiner Krankheitsgeschichte, seines körperlichen, geistigen und seelischen Gesundheitszustands, seines funktionellen Zustands und Mobilitätsgrades sowie seiner erhaltenen oder möglichen Fähigkeiten zur Bewältigung des täglichen Lebens unter Berücksichtigung familiärer Ressourcen sowie der Wohn- und Lebenssituation und -perspektive.

Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich stehen entsprechende Leistungsmodule und Dokumentationen zur Verfügung. Die Leistungen gehören zu den Regelleistungen. Die nachfolgend aufgeführten Inhalte sind in beiden Bereichen vergleichbar.

Das Geriatrische Assessment (einschl. Screening) umfasst:

- Sozialassessment
- Selbsthilfefähigkeit
- Ernährung
- Mobilität, Muskelkraft und Gleichgewicht
- Kognition
- Stimmungslage
- bedarfsorientiert weitere Verfahren zur Diagnostik von z. B.
  - Schmerz
  - Kontinenz
  - Dysphasie und Aphasie
  - Kau- und Schluckstörung
  - Funktionsstörungen, z. B. bei neurodegenerativen Erkrankungen.

Das geriatrische Assessment ist Bestandteil der ambulanten und stationären geriatrischen Regelbehandlung. An dieser modular aufgebauten ganzheitlichen Befunderhebung sind ärztliche, pflegerische, psychosoziale und therapeutische Berufsgruppen beteiligt. Auf Basis der Ergebnisse des Assessments wird ein individueller Behandlungsplan mit Formulierung eines Behandlungsziels erstellt. Der prämorbid Status sowie explizite Wünsche des Patienten, ggf. auch seiner Angehörigen finden hierbei – im Rahmen individueller Möglichkeiten des Patienten – Berücksichtigung. Aus dem Behandlungsziel leiten sich die Teilziele für die einzelnen Professionen des geriatrischen Teams ab.

Neben der Befunderhebung durch Anamnese und Untersuchung bietet das Assessment mittels standardisierter Testverfahren (z. Bsp. Bartel-Index oder FIM, Timed up and go, Tinetti-Test, Mini Mental Status, Kraftmessung beider Hände) sowie weiterer Verfahren Erkenntnisse, mit denen neben der Ausgangssituation zu Beginn der Behandlung auch Veränderungen im Rahmen von Verlaufskontrollen während der Behandlung erfasst werden können. Damit kann zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Behandlung überprüft werden, ob und in welchem Umfang Rehabilitationspotentiale vorhanden sind, ob sich Ziele ändern, wo verborgene Ressourcen des

Patienten liegen und wie diese entwickelt und genutzt werden können. Das geriatrische Assessment ermöglicht die gezielte Überleitung in die jeweils notwendige ambulante oder stationäre Weiterversorgung.

## 2.3. Qualitätssicherung in der Geriatrie

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement spielen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich eine bedeutende Rolle und werden durch gesetzliche Vorgaben gefordert und gefördert.

Die stationären geriatrischen Einrichtungen Mecklenburg-Vorpommerns orientieren sich an den Qualitätsanforderungen und Empfehlungen des BVGs<sup>7</sup>. Diese umfassen im Einzelnen:

- Spezifische Anforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
- Externes Benchmarking (z.B. Gemidas-Pro)
- Patientenbefragung
- Qualitätszirkelarbeit<sup>8</sup>
- Interne und externe Fortbildung.

Im ambulanten Bereich gelten die vielfältigen Regelungen nach §§ 75, 135 - 137 SGB V, die von der Kassenärztlichen Selbstverwaltung (Geschäftsbereich Qualitätssicherung) regelmäßig zu überprüfen sind.

Des Weiteren regelt § 135a SGB V ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für den ambulanten und stationären Bereich. Im ambulanten Bereich ist dies geregelt durch die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren“.

Die Besonderheiten geriatrischer Patienten erfordern sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich besondere Strukturen:

- Erhöhter Flächenbedarf
- Besondere räumliche Ausstattung der Patientenbereiche
- Geriatrisches Team mit umfassender Qualifikation und angemessenem Personalschlüssel.

### **Qualitätszirkel „Geriatrie“**

Qualitätszirkel in der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung verstehen sich in erster Linie als Gruppen von Ärzten, die durch kritische Überprüfung der eigenen Tätigkeit zur Qualitätsentwicklung nach dem Best-Practice-Prinzip beitragen. Der Lernprozess in den Qualitätszirkeln baut auf den Erfahrungen der Teilnehmenden auf und bezieht dabei zunehmend evidenzbasiertes Wissen ein. Im interkollegialen Erfahrungsaustausch (peer review) werden

<sup>7</sup> <http://www.bag-geriatrie.de/>

<sup>8</sup> Verschiedene Kooperationsmodelle zur altersmedizinischen Versorgung in M-V können je nach Standortbesonderheit etabliert werden. Die geriatrischen Qualitätszirkel unter Leitung qualifizierter Moderatoren führen Fortbildungen zu Themen der Altersmedizin, Fallbesprechungen und einen Erfahrungsaustausch durch. Die Qualitätszirkel sind in den KV-Mitteilungen und/oder dem Ärzteblatt anzuzeigen und für alle interessierten Ärzte des ambulanten wie stationären Sektors offen. Diese Interdisziplinarität ist sinnvoll, da sie dem ganzheitlichen institutionsübergreifenden Versorgungsgedanken der Geriatrie entspricht.

Versorgungsroutinen bewusst gemacht und eine Analyse, Reflexion und Bewertung der eigenen Tätigkeit ermöglicht. Damit stellen Qualitätszirkel grundsätzlich eine handlungs- und lösungsorientierte Ergänzung der klinischen Weiterbildung dar:

## **2.4. Aus-, Fort- und Weiterbildung, Etablierung in Forschung und Lehre**

Die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern verfolgen das Ziel, die ambulante und stationäre Versorgung geriatrischer Patienten durch eine bessere Aus-, Fort- und Weiterbildung zu verbessern.

Zur Verbesserung der geriatrischen Ausbildung der Medizinstudenten ist die Einrichtung von Lehrstühlen für Geriatrie an den Universitäten dringend erforderlich.

Entsprechend der aktuell gültigen Weiterbildungsordnung der Ärztekammer MV können Fachärzte derzeit die führungsfähige Zusatzweiterbildung ‚Geriatrie‘ nach einer 18-monatigen Weiterbildungszeit bei einem Weiterbildungsbefugten erwerben.

Da die Voraussetzungen zum Erwerb der Zusatzweiterbildung ‚Geriatrie‘ für ambulant tätige Kollegen/innen nicht realisierbar sind, wird ein Fortbildungskurs ‚Ambulante geriatrische Grundversorgung‘ geschaffen. Die Voraussetzungen, der Umfang und die Inhalte sind erarbeitet und von der Kammerversammlung im November 2009 verabschiedet worden. Übergangsregelungen für bereits langjährig geriatrisch tätige Ärzte/Ärztinnen im niedergelassenen Bereich sind jedoch wünschenswert.

Die Weiterbildungsermächtigungen für Geriatrie in Mecklenburg-Vorpommern sind in ihrer derzeit beschränkten Kapazität zu erweitern und dringend zu nutzen.

Die zu schaffenden geriatrischen Lehrstühle werden zusammen mit dem Lehrstuhl für Allgemeinmedizin der Universität Rostock im Auftrag der Ärztekammer Mecklenburg Vorpommern ein Qualitätszirkel- und Fortbildungssystem für die geriatrisch tätigen Ärzte erarbeiten. Ergänzend werden Krankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Vereinigung zur geriatrischen Qualifizierung von niedergelassenen und stationär tätigen Ärzten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen an den etablierten Einrichtungen anbieten.

Aufgrund des derzeitigen Mangels universitärer geriatrischer Strukturen nehmen die Einrichtungen mit geriatrischen Bereichen in Mecklenburg Vorpommern die Verpflichtung zur ärztlichen Fort- und Weiterbildung wahr und bieten interne und externe Fortbildungsmaßnahmen der Geriatrie mit interdisziplinärem Ansatz an. Sinnvoll ist daher, dass Geriater Lehraufträge in der gerontologischen Ausbildung an den beiden Universitäten und Fachhochschulen Mecklenburg-Vorpommerns wahrnehmen und geriatrische Hochschuleinrichtungen etabliert werden.

## 3. Geriatrische Behandlungs- und Versorgungsstrukturen in Mecklenburg-Vorpommern

Geriatrie erfordert eine sektorenübergreifende Versorgung und Behandlung geriatrischer Patienten. Unabhängig von deren notwendigen und vielerorts auch bereits funktionierenden Verzahnung und Kooperation werden nachfolgend die spezifischen Strukturen des ambulanten und stationären Bereichs dargestellt:

### 3.1. Ambulanter Sektor

Dem Hausarzt kommt von der Regelversorgung über die ambulante Akutintervention, ggf. mit dem Moment der Einweisung bis zur ambulanten Nachsorge eine Pilotfunktion zu. Der Hausarzt ist daher wichtigster Kooperationspartner der Fachärzte, der spezialisierten Fachärzte, der mobilen geriatrischen Rehabilitation und der geriatrischen Einrichtungen. Die gegenseitige Fortbildung zur Optimierung der Behandlung geriatrischer Patienten hat daher sowohl für die geriatrischen Einrichtungen als auch für den niedergelassenen Hausarzt einen besonders hohen Stellenwert. Bei Erfordernis einer stationären Krankenhausbehandlung erfolgt die gezielte Zuweisung der geriatrischen Patienten durch den Hausarzt in die geriatrische Klinik. Unnötige Einweisungen in eine organbezogene Abteilung sollten daher vermieden werden. (siehe auch 1.3.)

Ebenso bildet die Versorgung in Pflegeeinrichtungen ein wesentliches Aufgabenfeld des ambulant tätigen Arztes.

Neben diesen grundsätzlichen Aufgaben der Regelversorgung sind in Mecklenburg-Vorpommern in den letzten Jahren eine Reihe innovativer Versorgungskonzepte entwickelt worden, die das Spektrum der geriatrischen ambulanten Versorgung ergänzen. Diese sind nachfolgend beschrieben.

#### 3.1.1. Ambulante geriatrische Komplexbehandlung

Die ambulante geriatrische Komplexbehandlung<sup>9</sup> ist eine Ergänzung zur geriatrischen Rehabilitation und wird nach einem Integrierten Versorgungsvertrag nach §140 SGB V erbracht. Die in der Regel über 65 Jahre alten multimorbiden Menschen werden von ambulanten geriatrischen Versorgungsteams betreut (siehe auch 1.3). In dem Team arbeiten Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte zusammen. Sie sind speziell für die geriatrische Betreuung qualifiziert. Der Teamarzt koordiniert die Behandlung sowie die Übungs- und Trainingsstunden für den Patienten. Darin werden entsprechend seinem individuellen Bedarf, die physischen und kognitiven Fähigkeiten stabilisiert und gestärkt. Bevor diese besonderen Therapieeinheiten beginnen, beraten alle Beteiligten auf Basis des vom Arzt erstellten geriatrischen Assessments über Behandlungsformen und -inhalte.

---

<sup>9</sup> Informationen zum Vertrag und dessen Inhalten können über [info@kvmv.de](mailto:info@kvmv.de) erfragt werden.

Ziele der Vertragspartner zur ambulanten geriatrischen Komplexbehandlung sind:

- Erhalt der Selbstständigkeit älterer Menschen in ihrer häuslichen Umgebung,
- Die Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit,
- Verbesserung der Gesundheit und der Lebensqualität

### **3.1.2. Ambulante geriatrische Rehabilitation**

Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 SGB V genannten Ziele (z.B. Abwendung von Behinderung und Pflegebedürftigkeit) zu erreichen, muss die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen erbringen. Es ist jedoch auch die Verordnung einer ambulanten Rehabilitation durch einen hierzu qualifizierten niedergelassenen Arzt möglich.

Alle in der Rahmenempfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation genannten individuellen Voraussetzungen und Ausschlusskriterien sind zu beachten.

Zu den individuellen Voraussetzungen gehören neben den medizinischen, dass

- der ältere Mensch die erforderliche Mobilität besitzt, um die Rehabilitationseinrichtung in einer zumutbaren Fahrzeit zu erreichen
- die häusliche Versorgung gesichert ist
- ein Abstand zum sozialen Umfeld nicht notwendig ist.

Ausschlusskriterien für eine ambulante geriatrische Rehabilitation bestehen, wenn:

- die Behandlung durch den Hausarzt / Facharzt
- die Verordnung von Heilmitteln (Physio-, Ergotherapie oder Logopädie) und Hilfsmitteln, oder
- aktivierende Pflege oder die häusliche Einzelfallberatung / Pflegekurse ausreichend sind, oder
- Krankenhausbehandlung erforderlich ist, oder
- eine stationäre geriatrische oder indikationsspezifische Rehabilitation notwendig ist.

### **3.1.3. Ambulante Pflege**

Landesweit bieten ambulante Pflegedienste und Sozialstationen eine pflegerische und/oder hauswirtschaftliche Betreuung an. Neben der Betreuung im Wohnumfeld des Patienten gibt es mancherorts Angebote einer stundenweisen Betreuung in einer Einrichtung im Sinne der Tages- oder Nachtpflege, teils speziell ausgerichtet z. B. für Demenzerkrankte.

Kurzzeit- und Verhinderungspflege muss in M-V flächendeckend zur Verfügung stehen. Eine zeitlich befristete Betreuung in diesen Einrichtungen stellt für die Betroffenen keinen Ersatz für eine ggf. stationäre geriatrische Behandlung dar. Die Betreuung in den genannten Einrichtungen dient vielmehr zur Entlastung der pflegenden Angehörigen.

Pflegestützpunkte sind in Mecklenburg-Vorpommern aktiv in die Netzwerkstrukturen bzgl. der Versorgung geriatrischer Patienten einzubinden.

### **3.1.4. Hausärztliche Versorgung in Pflegeheimen**

Die Versorgung der Patienten in vollstationären Pflege-Einrichtungen erfolgt durch ein festes Hausärzte-Team, durch mindestens zwei am Vertrag teilnehmende Hausärzte (siehe auch 1.3). Dazu wird in der Regel wöchentlich mindestens eine Sprechzeit vor Ort in Abstimmung mit der Pflegeeinrichtung durchgeführt. Das Hausärzte-Team hat außerhalb und während der Sprechzeiten täglich von 7.00 Uhr bis 21.00 Uhr eine Rufbereitschaft einzurichten. Es werden Regelvisiten und Fallbesprechungen im multiprofessionellen Team durchgeführt. Bei allem geht es um eine Erhöhung der Lebensqualität der Patienten sowie eine qualitätsgesicherte Leistungserbringung unter Ausschöpfung wirtschaftlicher Ressourcen, z.B. gezielte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie, Optimierung der Heil- und Hilfsmittelversorgung, Reduzierung von Krankenhauskosten, Kosten für Transporte und unnötige Doppeluntersuchungen.

### **3.1.5. Praxisassistenz**

Ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Qualität bei der Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen nach § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen durch die nichtärztliche Praxisassistenz gesichert werden soll. Allerdings dürfen nichtärztliche Praxisassistenten solche Hilfeleistungen nur dort erbringen, wo nach Feststellung durch den jeweiligen Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine ärztliche Unterversorgung besteht oder droht.

Mit der Praxisassistenz sollen sukzessive auch die Schnittstellen zu den Leistungsangeboten der Ambulanten Komplexbehandlung und SAPV verbessert werden. Seit der Übernahme in den EBM konnten bereits 14 Praxisassistenten genehmigt werden (mit Stand vom: 30.10.2009).

Eine Anstellung einer Praxisassistenz sollte für alle geriatrisch tätigen ambulanten Arztpraxen möglich sein. Dabei sollte bei geriatrisch spezialisierten Praxen die Anstellung einer Praxisassistentin grundsätzlich die Genehmigungsvoraussetzung „zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf“ gemäß § 3 Anl. 8 Bundesmantelvertrages Ärzte/Arzt-Ersatzkassenvertrag erfüllen.

### **3.1.6. Verordnung medizinischer Rehabilitation**

Die „Berechtigung zur Verordnung medizinischer Rehabilitation“ ist an eine spezielle Fortbildungsmaßnahme geknüpft. Diese wird in Mecklenburg-Vorpommern durch die Ärztekammer in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung angeboten.

## **3.2. Stationärer Sektor**

Im Unterschied zu organpathologisch spezialisierten medizinischen Disziplinen sind in der Geriatrie akute und rehabilitative Behandlung eng verflochten. (Früh-) Rehabilitative Elemente sind oft vom ersten Tag der stationären Akutbehandlung an erforderlich, akutstationäre Interventionen während einer geriatrisch-rehabilitativen Behandlung häufig notwendig.

In Anbetracht der in weiten Teilen des Landes eher ländlichen Struktur sollten regionale akutgeriatrische/ geriatrische frührehabilitative Bereiche vorhanden sein, die die Vorortversorgung akutmedizinisch sicherstellen.

### **3.2.1. Akutgeriatrie inklusive geriatrischer Frührehabilitation und Tagesklinik gemäß § 39 SGB V**

In M-V findet geriatrische Krankenhausbehandlung nach § 109 SGB V nur in spezialisierten geriatrischen Bereichen statt. Im Krankenhausbereich M-V sollten darüber hinaus spezielle geriatrische tagesklinische Angebote gemäß § 39 SGB V etabliert werden.

### **3.2.2. Indikationen zur Krankenhausbehandlung in der Akutgeriatrie**

Die Indikation zur Behandlung speziell in der Geriatrie ergibt sich aus der Definition des geriatrischen Patienten (siehe Kapitel 1.2.). Ausnahmen hiervon sollte es nur geben, falls der Patient erkennbar von der Behandlung in einer anderen Fachdisziplin mehr profitiert bzw. eine spezialisierte geriatrische Behandlung nicht angeboten werden kann. Bezüglich des Erfordernisses zur Krankenhausbehandlung ist auf die häufig gefährdete soziale Einbindung geriatrischer Patienten (Wohnortnähe, Bezugsperson) speziell zu achten.

### **3.2.3. Besonderheiten der akutgeriatrischen Behandlung inklusive geriatrisch frührehabilitativer Komplexbehandlung**

Die Zuweisung von Patienten in geriatrische Bereiche erfolgt wie bei allen anderen Fachdisziplinen vorrangig direkt durch niedergelassene Ärzte oder unmittelbar als Notfall, bei notfallmäßiger Krankenhausbehandlung auch aus dem Bereich der geriatrischen Rehabilitation. Ausdrücklich ist die Möglichkeit der Direkteinweisung durch den niedergelassenen Arzt vorzusehen, um die bisherige Diskriminierung geriatrischer Patienten gegenüber jüngeren Patienten zu beenden. Je nach lokaler Organisation ist in den Kliniken eine für alle Fachdisziplinen regelhafte Erstversorgung von Notfällen in Notfallaufnahmen vorgesehen. Darüber hinaus kann bei entsprechender Indikation eine hausinterne Übernahme aus anderen Fachdisziplinen erfolgen (interne Verlegung). Patienten aus anderen Krankenhäusern können zur geriatrischen Weiterbehandlung bzw. geriatrischen Frührehabilitation übernommen werden (Sekundärverlegung).

Die akutstationäre Behandlung in der Geriatrie wird bei Erfordernis Maßnahmen der geriatrischen Frührehabilitation umfassen. Diese lassen sich mit der geriatrisch frührehabilitativen Komplexpauschale inhaltlich entsprechend abbilden. Frührehabilitative geriatrische Komplexbehandlung integriert akutmedizinische und rehabilitative Therapieprinzipien als Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V und setzt Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit voraus. Die Maßnahmen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung sind definitionsgemäß nur akutstationär zu gewährleisten und deshalb Bestandteil der Krankenhausbehandlung.

Die geriatrisch-frührehabilitative Behandlung erfolgt durch ein interdisziplinäres Team (siehe Kapitel 2.1.) unter fachärztlicher Leitung eines Geriaters und beinhaltet bei Beginn ein standardisiertes geriatrisches Assessment der Bereiche Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion und soziale Situation. Teile des Assessments werden gemäß der Erfordernisse im Prozedurenkatalog im Verlauf und vor Entlassung wiederholt.

Die unter 3.1.6. geforderte Reduzierung des bürokratischen Aufwandes ist auch hier als zwingende Notwendigkeit zu nennen.

### 3.2.4. Geriatrische Rehabilitation mit angeschlossener Tagesklinik/AGR24 gemäß § 40 SGB V

In der geriatrischen Rehabilitation werden geriatrische Patienten (siehe Abschnitt 1.2.) mit anhaltender Funktions- oder Teilhabestörung nach akuter Erkrankung, bei protrahierter Immobilität nach Operationen, Eingriffen oder Intensivbehandlung oder bei drohender bzw. eingetretener Funktions- oder Teilhabestörung bei chronischen Erkrankungen aber auch zur Verhinderung einer Zunahme an Pflegebedürftigkeit behandelt. Ziel ist es, jedem Betroffenen eine möglichst große Eigenständigkeit zurück zu geben und die Rückkehr in die eigene bzw. eine zukünftig geeignete Wohnumgebung zu ermöglichen.

Das Behandlungsspektrum ist somit breiter als in der organbezogenen Rehabilitation. Es umfasst die Integration von akuten Problemen ebenso wie altersbedingter Veränderungen mit besonderem Augenmerk auf die oft begrenzten Ressourcen gleichaltriger Lebenspartner. Krankenhausstypische Untersuchungen und medizinische Maßnahmen sind häufiger und gravierender als in der organbezogenen Rehabilitation. Eine Beliebigkeit der Behandlungseinrichtung ist daher bei geriatrischen Patienten nicht sachgerecht. Die in Frage kommenden Patienten haben einen Anspruch auf eine geriatrische Rehabilitationsmaßnahme.

Die geriatrische medizinische Rehabilitation dient

- der Vermeidung und/oder Abkürzung von Krankenhausbehandlung sowie
- der Vermeidung und/oder Minderung von Pflegebedürftigkeit mit dem Ziel der Erhaltung bzw. Wiedergewinnung weitgehender Selbstständigkeit.

Geriatrische Tageskliniken bieten ein der vollstationären geriatrischen Rehabilitation vergleichbares Therapiespektrum für den Patienten an. Voraussetzung ist die Fähigkeit des Patienten, sich außerhalb der Behandlungszeit in der Tagesklinik selbstständig bzw. mit externen Hilfen zu versorgen. Er muss darüber hinaus in der Lage sein, das Transportmittel zur Tagesklinik selbstständig oder mit Begleitung zu erreichen und über ausreichende Stabilität für den Transport von und zur Tagesklinik verfügen. Der besondere Vorteil von Tageskliniken besteht in der Möglichkeit, die (Wieder)-Erlangung häuslicher Selbstständigkeit kontinuierlich zu begleiten und auf aktuell entstehende Probleme zeitnah zu reagieren. Für bestimmte Patientengruppen kann mit diesem Angebot auf vollstationäre Behandlung ganz verzichtet werden. Insbesondere für den Bereich der (präventiven) Antragsrehabilitation direkt aus der häuslichen Umgebung liegt hier ein besonderer Vorteil.

Leistungsangebote zur AGR/MGR sind ausschließlich an den geriatrischen Einrichtungen und spezialisierten geriatrischen Fachbereichen in Mecklenburg-Vorpommern zu etablieren. Standortspezifika sind dabei zu berücksichtigen.

Die geriatrische Rehabilitation setzt als Antragsleistung der Krankenversicherung ein Antrags- und Genehmigungsverfahren voraus. Der Antrag wird durch Klinikärzte bzw. durch niedergelassene Vertragsärzte, die über die notwendige Zugangsvoraussetzung<sup>10</sup> in den Richtlinien zur Verordnung von Rehabilitationsleistungen verfügen, bei entsprechender Rehabilitationsbedürftigkeit gestellt. Eine Genehmigung der Rehabilitationsmaßnahme kann seit dem 01.04.2007 nur bei nachweislich fehlender Rehabilitationsfähigkeit oder dem Fehlen der versicherungsrechtlichen Grundlagen verweigert werden (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG<sup>11</sup>).

<sup>10</sup> Rehabilitations-Richtlinie

<sup>11</sup> [www.buzer.de/gesetz/7655/index.htm](http://www.buzer.de/gesetz/7655/index.htm)

Die Rehabilitationsdauer bei geriatrischen Patienten ist individuell und wird häufig von der „Regelzeitverweildauer“ von drei Wochen abweichen <sup>12</sup>.

### 3.2.5. Haupt-Krankheitsgruppen und Syndrome in der geriatrischen Rehabilitation

Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation werden bei Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und/oder Beeinträchtigungen als Folge von folgenden Krankheitsbildern erbracht:

- Erkrankungen des Zentralnervensystems
- Frakturen und Zustände nach Gelenktraumen bzw. -operationen
- Zustand nach Amputationen der unteren Extremitäten
- Notwendige präoperative Konditionierung
- Kardiopulmonale Erkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen mit Folgekrankheiten/Spätschäden
- Tumorerkrankungen (die besonderen Regelungen bei der Zuständigkeitsabgrenzung zwischen der Renten- und Krankenversicherung sind zu berücksichtigen)
- Schwere degenerative Gelenkerkrankungen
- Chronisch entzündliche Erkrankungen
- Osteoporose

Bei verzögerter Rekonvaleszenz nach operativen Eingriffen und schweren Erkrankungen mit manifesten, aber reversiblen Fähigkeitsstörungen, die die bisherige selbstständige oder weitgehend selbstständige Lebensführung des Patienten akut bedrohen.

### 3.2.6. Durchführung der geriatrischen Rehabilitation

In Ergänzung zum ICD, d. h. einem diagnosenorientierten Behandlungsansatz der klassischen Akutbehandlung geht der therapeutische Ansatz einer umfassenden geriatrischen Rehabilitationsbehandlung über die limitierte „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD) hinaus. Geriatrische Rehabilitationsbehandlung basiert auf dem von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelten ICF-Modell<sup>13</sup> (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit), mit besonderer Betonung von Funktion und Teilhabe. Die besondere Vulnerabilität Älterer und Hochbetagter sowie die geriatrietypische Multimorbidität erfordern hierbei eine stärkere Einbindung des ICD in die ICF-Behandlungsprinzipien funktionaler Gesundheit und Wiedererlangung der Möglichkeiten zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Bei der Behandlungs-Zieldefinition nach ICF sind – ggf. abweichend von der „Norm“ – Fähigkeiten und Teilhabe des Betroffenen vor akuter Erkrankung und interne wie externe Kontextfaktoren zu berücksichtigen. Bereits bestehender Pflegebedarf bzw. vorbestehende deutliche Teilhabe einschränkung darf hierbei nicht als Ablehnungsgrund gezielter Rehabilitationsmaßnahmen gesehen werden, vielmehr ist dies typischer Ausdruck geriatrischer Multimorbidität. Die Rehabilitationsprognose muss die Fähigkeiten und Ressourcen des Patienten vor akuter Erkrankung berücksichtigen, darüber hinaus den aktuellen körperlichen, funktionellen

<sup>12</sup> [www.mds-ev.org/index2.html](http://www.mds-ev.org/index2.html): Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation; 10-2005: 37-38

<sup>13</sup> [www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf\\_endaussage-2005-10-01.pdf](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf)

und psychischen Status. Eine qualifizierte Prognosestellung ist nur mit Fachkompetenz und spezifischer Erfahrung sowie im Regelfall nach persönlicher Untersuchung des Patienten bzw. direkter Rücksprache mit dem/den Behandler/n möglich.

Grundlegende Aufnahmekriterien sind :

- Rehabilitationsfähigkeit
- Rehabilitationsbedürftigkeit
- Rehabilitationswilligkeit.

Die Aufnahme oder Übernahme von Patienten regelt sich nach dem Flussdiagramm (siehe Punkt 3.3.).

Eine überwiegende oder vollständige Übernahme der Körperpflege, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, Versorgung bei unkontrollierter Blasen- oder Darmentleerung, Veränderungen der Körperlagerung in 2–4-stündigem Abstand sowie kognitive Defizite (z.B. Demenz) stehen einer geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme nicht entgegen.

Behandlungsziele und Therapiepläne der geriatrischen Rehabilitation basieren auf dem Ergebnis des geriatrischen Assessments, auf aktuellen und relevanten früheren Erkrankungen des Patienten sowie den Befunden rehabilitationsbegleitender Diagnostik. Der Wunsch des Patienten, ggf. auch seiner Angehörigen, ist besonders zu berücksichtigen. Die funktions- und/oder teilhabeorientierte Behandlung erfolgt interdisziplinär patientenzentriert durch das gesamte geriatrische Team (siehe Kapitel 2.1.) unter Berücksichtigung aller aktuellen Patienten- und Behandlungsressourcen.

Von besonderer Wichtigkeit ist das fallbegleitende Überleitungs- und Entlassungsmanagement, welches auch die zeitgerechte angemessene Verordnung von Hilfsmitteln und – in Absprache mit den weiterbehandelnden Ärzten – Empfehlungen zur ambulanten therapeutischen Versorgung mit Heilmitteln umfasst. Die Aufgabe der Kostenträger ist es, die zum Funktionsausgleich bzw. zur Teilhabe erforderlichen Hilfsmittel zeitnah unter Berücksichtigung der Entlassungsplanung zur Verfügung zu stellen.

Am Entlassungstag sollte bei geplanter Entlassung ein ärztlicher Befundbericht zur Sicherstellung der ambulanten Weiterbehandlung zur Verfügung stehen. Spezielle fachliche Überleitungen (Pflege, Therapeuten) sind gesondert zu erstellen, auf dessen Grundlage der weiterbehandelnde Arzt (i.d.R. Hausarzt) die Weiterbehandlung durchführt und koordiniert:

### **3.2.7. Ziele der geriatrischen Rehabilitation**

Rehabilitations- und Therapieziele der geriatrischen Einrichtungen sind im Besonderen:

- Bei geriatrischen Patienten nach akuter Erkrankung, länger dauernder Immobilität, nach Operationen oder Intensivaufenthalt bzw. bei drohender oder drohend steigender Pflegebedürftigkeit, die bestmögliche Selbstständigkeit bei guter Lebensqualität wieder zu erlangen oder zu erhalten.
- Dies bezieht sich sowohl auf die körperliche wie psychische Stabilisierung, die Funktionsverbesserung als auch auf eine bestmögliche Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.
- Als zukünftiger Wohnort nach geriatrischer Rehabilitation wird vorrangig der bisherige Wohnort, alternativ eine andere Wohnform mit ambulanten Angeboten angestrebt. Nur in besonders indizierten Fällen ist eine voll- oder teilstationäre pflegerische Versorgung zu

veranlassen bzw. auf Wunsch des Patienten einzuleiten.

Die Behandlung ist stationär durchzuführen, solange die besonderen Angebote der Rehabilitationseinrichtung erforderlich sind und sie nicht durch ambulante Maßnahmen ersetzt werden können. An die stationäre geriatrische Rehabilitationsmaßnahme kann sich nach örtlicher Gegebenheit und Erfordernis eine teilstationäre oder ambulante Rehabilitationsmaßnahme oder eine ambulante hausärztliche Behandlung mit der Verordnung von Einzeltherapien anschließen.

### 3.2.8. Vernetzung von akutstationärer, frührehabilitativer und rehabilitativer Geriatrie

Die Patientenkarriere verläuft individuell unterschiedlich.

		DISZIPLINEN			
Kriterien:	angrenzende Akut-Disziplin	Geriatrie			angrenzende Reha-Disziplin
Patient	Nicht-geriatrisch	Pat. Mit geriatritypischer Multimorbidität, überwiegend 70 Jahre alt oder älter			Nicht-geriatrisch
Reha-bedürftigkeit	(noch) nicht reha-bedürftig	(noch) nicht reha-bedürftig	reha-bedürftig		reha-bedürftig
Indikation	Kurative oder palliative Indikation zur Akutbehandlung im KH	Indikation zur KH-Behandlung nach § 39 SGB V; nicht (früh-) reha-fähig	Bedingt reha-fähig oder reha-fähig mit unsicherer Prognose frühreha-fähig	Indikationsübergreifend reha-fähig mit positiver Prognose und realistischer Zielsetzung	Indikationsspezifisch reha-fähig im engeren Sinne mit positiver Prognose und realistischer Zielsetzung
Art der Behandlung	Akut-/Intensivbehandlung ggfs. mit funktionsorientierter Physiotherapie	„Akutgeriatrie“		Geriatriische Rehabilitation	Indikations-spezifische Rehabilitationsbehandlung
		Geriatriische Akutbehandlung	Geriatriische Frührehabilitation		

Übersicht Geriatrie: Abgrenzungsbereiche und Begriffbestimmungen zum Flussdiagramm

(Quelle: Essener Konsensus-Konferenz vom 15.01.2003)

Die in der Tabelle und im Flussdiagramm verwendeten Begriffe werden wie folgt definiert.

- (a) **Rehabilitationsbedürftigkeit** liegt vor, wenn
- i. Als Folge einer Schädigung bei
  - ii. Vorliegen von voraussichtlich nicht nur vorübergehenden Fähigkeitsstörungen
  - iii. Drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen
  - iv. Über die kurative Versorgung hinaus rehabilitationsmedizinische Maßnahmen erforderlich und voraussichtlich erfolgversprechend sind.
- (b) Nicht-rehabilitationsbedürftige geriatrische Patienten mit Krankenhausbehandlungsbedarf erhalten eine **indikationsspezifische, akutgeriatrische Behandlung im Krankenhaus**

(indikationsspezifisch in Bezug auf die zumeist internistische bzw. neurologische Hauptdiagnose wie z.B. Pneumonie, dekompensierte Herzinsuffizienz, Parkinson-Krise etc.)

- (c) **Rehabilitationsbedürftige** geriatrische Patienten erhalten je nach Rehabilitationsfähigkeit entweder eine **geriatrische Frührehabilitation** oder eine **geriatrische Rehabilitation**.<sup>14</sup>
- (d) **Rehabilitationsfähigkeit** liegt vor, wenn alle nachstehenden Kriterien erfüllt sind:
- i. Die Vitalparameter sind stabil.
  - ii. Bestehende Begleiterkrankungen, Schädigungen und Komplikationen bedürfen weder für sich genommen noch aufgrund ihrer wechselseitigen Beeinflussung (Komplexität) einer Krankenhausbehandlung.
  - iii. Kreislaufstabilität und allgemeine Belastbarkeit erlauben eine mehrmals tägliche, aktive Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen.
  - iv. Die Akutdiagnostik und -therapie ist abgeschlossen.
  - v. Zustimmung des Patienten zu Rehabilitation liegt vor.
  - vi. Es besteht keine Begleiterkrankung oder Komplikation, die eine aktive Teilnahme an der Rehabilitation verhindert.
- (e) Rehabilitationsfähige geriatrische Patienten mit nachweislichem Rehabilitationsbedarf, positiver Rehabilitationsprognose und realistischem Rehabilitationsziel erhalten eine **geriatrische Rehabilitation** – vorausgesetzt, es liegen keine Ausschlusskriterien vor;
- (f) Bedingt rehabilitationsfähige geriatrische Patienten oder solche mit noch unsicherer Rehabilitationsprognose erhalten eine **geriatrische Frührehabilitation** – vorausgesetzt, es liegen keine Ausschlusskriterien vor;
- (g) **Rehabilitationsfähigkeit** liegt **nicht** vor, wenn eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:
- i. Die Vitalparameter sind nicht stabil.
  - ii. Bestehende Begleiterkrankungen, Schädigungen und Komplikationen bedürfen entweder für sich genommen oder aufgrund ihrer wechselseitigen Beeinflussung (Komplexität) einer Krankenhausbehandlung.
  - iii. Kreislaufstabilität und allgemeine Belastbarkeit erlauben keine mehrmals tägliche, aktive Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen.
  - iv. Die Akutdiagnostik und -therapie ist noch nicht abgeschlossen.
  - v. Zustimmung des Patienten zur Rehabilitation liegt nicht vor.
  - vi. Es besteht eine Begleiterkrankung oder Komplikation (z.B. Desorientiertheit, Weglauftendenz, hochgradiger Seh-/Hörverlust, eine die Rehabilitation behindernde schwere Wunde oder Wundkomplikation, eine höhergradige Stuhlinkontinenz, eine höhergradige psychische Störung wie schwere Depression, Delir, oder akute Wahnsymptomatik), die eine aktive Teilnahme an der Rehabilitation verhindert.
- (h) **Frührehabilitationsfähigkeit** liegt vor, wenn bei bestehender Rehabilitationsbedürftigkeit aufgrund eines der nachstehenden Kriterien noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit gegeben ist:
- i. Die Vitalparameter sind nicht durchgehend stabil.
  - ii. Bestehende Begleiterkrankungen, Schädigungen und Komplikationen bedürfen entweder für sich genommen oder aufgrund ihrer wechselseitigen Beeinflussung (Komplexität) einer akutmedizinischen, kurativen oder

<sup>14</sup> Im Verlauf ist ein Wechsel von der geriatrischen Frührehabilitation in die geriatrischen Rehabilitation möglich.

palliativen Behandlung.

- iii. Kreislaufstabilität oder allgemein herabgesetzte Belastbarkeit erlauben keine mehrmals tägliche, aktive Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen.
- iv. Es besteht mindestens eine Krankheitsfolge oder Komplikation (z.B. Desorientiertheit, Weglauftendenz, hochgradiger Seh-/Hörverlust, eine die Rehabilitation behindernde schwere Wunde oder Wundkomplikation, eine höhergradige Stuhlinkontinenz, eine höhergradige psychische Störung wie schwere Depression, Delir, oder akute Wahnsymptomatik), die eine durchgehend aktive Teilnahme an einer Rehabilitationsbehandlung verhindern würden.

(i) **Frührehabilitationsfähigkeit** liegt **nicht** vor, wenn eines der nachstehenden **Ausschlusskriterien der geriatrischen Frührehabilitation** erfüllt ist:

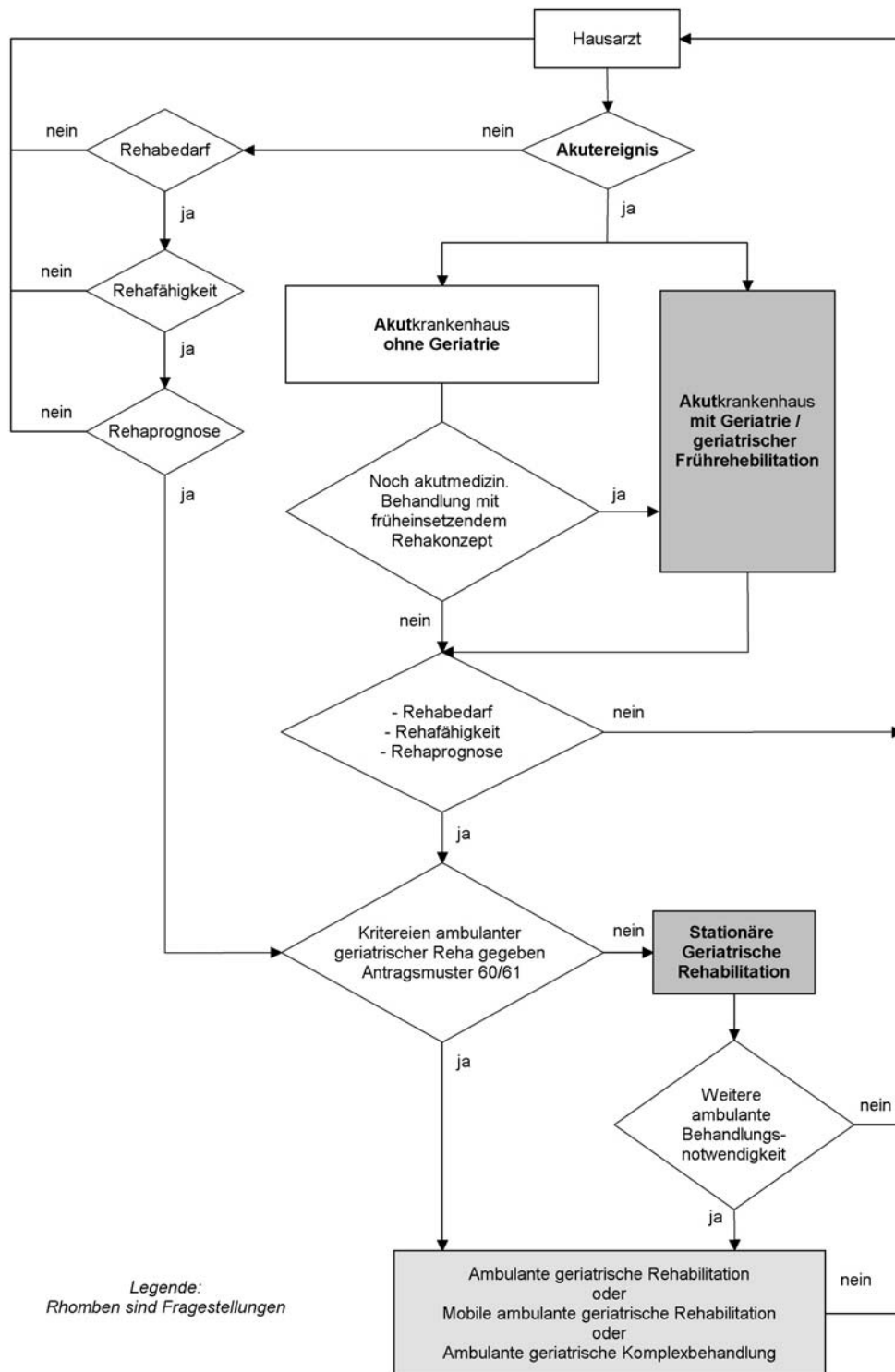
- i. Durchgehend instabile Vitalparameter erlauben keinerlei aktive Beteiligung an rehabilitativ-therapeutischen Maßnahmen.
- ii. Eine andauernd erheblich herabgesetzte Belastbarkeit erlaubt keinerlei aktive Beteiligung an rehabilitativ-therapeutischen Maßnahmen.
- iii. Offene Wunden oder Wundkomplikationen erlauben aufgrund ihrer Lokalisation oder aufgrund von Begleitsymptomen keinerlei Durchführung rehabilitativ-therapeutischer Maßnahmen.

(j) In der **geriatrischen Frührehabilitation** werden damit geriatrischen Patienten (gem. Def.) behandelt, die rehabilitationsbedürftig sind (gem. Def. Satz a), jedoch (noch) nicht im engeren Sinne rehabilitationsfähig (Kriterien gem. Def. Satz d nicht vollständig erfüllt bzw. mindestens ein Ausschlusskriterium gem. Satz g erfüllt) und bei denen die notwendigen rehabilitativen Maßnahmen zusätzlich zur akutmedizinischen Diagnostik bzw. Therapie bereits über rein passive Maßnahmen der frühmobilisierenden Physiotherapie hinaus auch so angewendet werden können, dass die Kriterien des OPS 8-550 erfüllt sind (Definition gem. OPS-301), Eine noch unsichere Rehabilitationsprognose steht einer geriatrischen Frührehabilitation dabei nicht entgegen (gem. Def. Satz f).

### 3.3. Flussdiagramm der ambulanten und stationären geriatrischen Behandlung

Der veränderter Lebensrhythmus und die Entfremdung von der eigenen Wohnumgebung komplizieren den bei geriatrischen Patienten ohnehin schon schwierigen Krankheitsverlauf. Aus diesem Grund gehört es zu den Prinzipien geriatrischer Medizin, ihre Patienten konsequent möglichst wohnortnah zu behandeln. Nach den Grundsätzen teilstationär vor vollstationär und ambulant vor stationär ist für eine umfassende geriatrische Versorgung ein vernetztes System mit folgenden Komponenten erforderlich:

In dem nach folgendem Flussdiagramm befindet sich die Darstellung möglicher geriatrischer Behandlungsformen und -pfade



Die ambulante Rehabilitation ist dabei als ergänzendes Element zu betrachten.

Für die Versorgung geriatrischer Patienten ist eine enge Verzahnung ambulanter, akutstationärer und rehabilitativer Bereiche erforderlich:

## 4. Prävention für ältere Menschen

Wie aus der demografischen Entwicklung unserer Bevölkerung zu schließen ist, muss von einer dramatischen Zunahme der Zahl pflegebedürftiger bzw. -abhängiger Menschen in MV in den kommenden Jahren ausgegangen werden. Bundesweit gehen die Prognosen bis hin zu einer Verdoppelung während der kommenden drei bis vier Jahrzehnte. Wenn auch die Entwicklung nicht in exakten Zahlen vorhersagbar ist, so ist der Trend jedoch unumstritten. Gesundheitsförderung und Prävention im Alter sind geeignet, das Risiko schwerer Erkrankungen mit konsekutiver Pflegebedürftigkeit zumindest zum Teil zu vermeiden bzw. hinauszuzögern. Große gerontologische Studien belegen, dass die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit durch gesundheitsfördernde Maßnahmen im Alter möglich ist. Geeignete Programme können das Risiko einer Pflegebedürftigkeit um über 20 %, das Risiko einer nicht gewünschten, aufgrund intensiven Pflegebedarfs jedoch unabänderlichen stationären Pflege um über 30 % reduzieren. Dies scheint nicht allein unter Aspekten der Lebensqualität und Selbstbestimmung im Alter, sondern auch unter Kostengesichtspunkten bedeutsam.

Ziel einer ambulanten und stationären Prävention geriatrisch bedingter Krankheiten und Krankheitsfolgen ist somit in erster Linie die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und der Erhalt von möglichst viel Selbständigkeit im höheren und hohen Lebensalter. Ein Umzug in ein Pflegeheim sollte verhindert oder zumindest hinausgezögert werden. Ist dies das Ziel und ist dieses Ziel in der Zusammenschau der Krankheitsgeschichte und der erhobenen Befunde zur Beschreibung der Funktionen auf Organebene und der Fähigkeitsstörungen (geriatrisches Assessment) des einzelnen Patienten realistisch, besteht immer eine Indikation zu einer geriatrischen Behandlung, gegebenenfalls als Prävention (ambulant oder stationär). Dies erfordert in der Regel einen Hausbesuch durch ein qualifiziertes Team (Arzt, Pflege, Sozialdienst), ggf. Maßnahmen einer Rehabilitation gemäß des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ und geriatrische Kompetenz des Hausarztes („Lotsenfunktion“):

### 4.1. Ambulante Prävention

Ambulante Prävention in der Geriatrie ist die Vermeidung von Hilfs- bzw. Pflegebedürftigkeit sowie Kompensation von Organschädigungen und resultierenden Fähigkeitsstörungen im Alterungsprozess. Diese manifestieren sich in unterschiedlich schnellen Verläufen und sind letztlich in der Regel unvermeidbar. Ambulante gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen fokussieren sich daher auf einen Zeitpunkt bzw. eine Situation, in der noch keine relevanten Schädigungen eingetreten sind oder bereits bestehende Schädigungen nicht in einem solchen Maße schwerwiegend erscheinen, dass eine häusliche Versorgung nicht mehr möglich ist.

#### **Ziele ambulanter geriatrischer Prävention sind im Besonderen:**

- Vermeidung/Früherkennung von chronischen und drohenden akuten Erkrankungen und ihren Krankheitsfolgen,
- Beschreibung und Vermeidung körperlicher Funktionsdefizite,
- Beschreibung und gegebenenfalls Kompensation geistiger Funktionsdefizite,
- Beschreibung und Erhaltung des sozialen Umfeldes.

Für die ambulante Prävention wurden Angebote in Zusammenarbeit mit den Kostenträgern und

dem Sozialministerium an den geriatrischen Zentren, an Ärztenetzen und an Hausarztpraxen etabliert (z.B. ambulante geriatrische Komplexbehandlung gem. §140 SGB V).

## **4.2. Stationäre Prävention**

Stationäre Prävention in der Geriatrie erfolgt im Rahmen einer akutgeriatrischen Krankenhausbehandlung oder geriatrischen Rehabilitation. Hierbei sind die Schädigungen insgesamt in einem solchen Maße schwerwiegend, dass eine häusliche Versorgung zurzeit der Krankenhaus- bzw. Rehabilitationsbehandlung nicht möglich ist oder ein im ambulanten Bereich nicht zu erbringender diagnostischer Aufwand bzw. Therapiefrequenz erforderlich sind. Eben dies gilt auch für die Notwendigkeit der präoperativen Konditionierung. Besondere Bedeutung bei der Sekundär- bzw. Tertiärprävention haben z. B. Kontrakturen, Dekubitus, Sturz und apoplektischer Insult.

Stationäre Rehabilitation dient der Verhinderung des Drehtüreffektes durch die Sicherung eines nahtlosen Übergangs vom stationären in den ambulanten Bereich. Mögliche Maßnahmen dazu sind eine verstärkte intersektorale Kommunikation und Zusammenarbeit.

## 5. Palliativmedizinische Versorgung und Hospizarbeit in der Geriatrie

Palliativmedizin ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung. Sie strebt die Besserung körperlicher Krankheitsbeschwerden ebenso wie psychischer, sozialer und spiritueller Probleme an. Das Hauptziel der palliativmedizinischen Betreuung ist die Verbesserung der Lebensqualität für die Patienten und ihre Angehörigen (auch über die Sterbephase hinaus).

[Quelle: <http://www.dgpalliativmedizin.de/sn/SN%20310%20DGP-Definitionen.pdf> 2010]

Rehabilitative Maßnahmen als integraler Bestandteil geriatrischer Behandlungen gelten neben Symptomkontrolle sowie der Kommunikation und Spiritualität als eine der Säulen palliativmedizinischer Arbeit.

Dennoch sind Geriatrie und Palliativmedizin keineswegs deckungsgleich. Im palliativmedizinischen Ansatz sind viele Erfahrungen aus der Geriatrie nützlich, dies betrifft beispielsweise Erfahrungen zur Symptomkontrolle bei kognitiv Eingeschränkten, aber auch zur speziellen Präsentation von Erkrankungen und zu pharmakologischen Besonderheiten. Palliativmedizin umfasst das gesamte Altersspektrum von Patientinnen und Patienten.

Eine Integration von Palliativmedizin in geriatrische Behandlungsstrukturen ist anzustreben, da sich hier zahlreiche Synergieeffekte ergeben.

Grundsätzlich gilt: Geriatrische Patienten in der Palliativmedizin erfordern geriatrisches und palliativmedizinisches Fachwissen. Somit benötigen Geriater und das gesamte Team zur Behandlung geriatrischer Patienten zusätzlich palliativmedizinisches Fachwissen. Palliativmediziner (und das gesamte Team) benötigen andererseits zur Behandlung geriatrischer Patienten zusätzlich geriatrisches Fachwissen. Vergleichbares gilt für die Strukturen.

Sofern eine direkte Zusammenarbeit bzw. Integration von Palliativmedizin und Geriatrie vorliegt, ist für die Geriatrie in jedem Falle eine enge Zusammenarbeit mit der regional vorhandenen palliativmedizinischen Einrichtung erforderlich, ebenso wie die enge Zusammenarbeit mit Einrichtungen der ambulanten und stationären Hospizarbeit.

### **Spezialisierte Ambulante Palliativmedizinische Versorgung und komplexe Versorgung in der Geriatrie**

Die SAPV ergänzt das bereits bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste einschließlich der Versorgungsangebote der allgemeinen ambulanten palliativmedizinischen Versorgung. Je nach Umfang einer Patienten-Teilversorgung, vor allem aber bei der Vollversorgung, ersetzt die SAPV die Regelversorgung nach dem SGB V weitgehend oder vollständig. Sie kann als alleinige Beratungs- und Koordinationsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden. Andere Sozialleistungsansprüche bleiben unberührt.

## **Ambulante Hospizdienste**

Die ambulanten Hospizdienste wollen durch eine ganzheitliche Begleitung, welche die körperlichen, seelischen, geistigen, spirituellen und sozialen Bedürfnisse gleichermaßen berücksichtigt, Leiden umfassend lindern, um schwerkranken und sterbenden Menschen bei der Krankheitsbewältigung zu helfen und ihnen ein würdevolles und selbstbestimmtes Leben für die verbleibende Lebenszeit zu ermöglichen.

Die Hospizbewegung wird durch das Zusammenwirken von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen getragen. Wesentlicher Bestandteil der Hospizarbeit ist der Dienst ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sie leisten einen unverzichtbaren Beitrag zur Teilnahme des sterbenden Menschen und der ihm Nahestehenden am Leben des Gemeinwesens.

Der ambulante Hospizdienst ist ein Angebot für die Menschen, die sich eine Begleitung auf dieser letzten Wegstrecke ihres Lebens wünschen, unabhängig von Alter, Nationalität, Konfession und Weltanschauung.

## **Stationäre Palliativmedizinische Versorgung**

Die stationäre palliativmedizinische Versorgung ist Teil der Krankenhausbehandlung. Zwar ist die medizinische und pflegerische Versorgung schwerstkranker Patientinnen und Patienten Aufgabe eines jeden Krankenhauses im Rahmen ihrer Aufgabenstellung, die palliativmedizinische Versorgung geht aber über eine wirksame Kontrolle der Krankheitssymptome hinaus und umfasst auch die menschliche und psychologische Zuwendung, ein Angebot zur Lösung sozialer Probleme und spirituellen Beistand. Mit dieser umfassenden Betreuung soll die Lebensqualität der schwerstkranken Patientinnen und Patienten am Ende ihres Lebens verbessert werden. Die Patientinnen und Patienten in Palliativstationen werden keineswegs nur zum Sterben aufgenommen, sondern zur Stabilisierung der Krankheitssymptome, um eine Entlassung in die häusliche Umgebung oder in ein stationäres Hospiz zu ermöglichen.

## **Stationäres Hospiz**

In Deutschland ist ein stationäres Hospiz eine vom Krankenhaus oder Seniorenheim unabhängige Einrichtung, in der Schwerstkranke mit absehbarem Lebensende palliativ betreut werden.

Im Hospiz bekommen unheilbar Kranke in ihrer letzten Lebensphase eine respektvolle, umfassende und kompetente Betreuung. Dabei spielt die Kontrolle der verschiedenen Symptome eine große Rolle, u.a. die Schmerztherapie. Bei allen pflegerischen und medizinischen Handlungen steht aber der (geäußerte oder mutmaßliche) Wille des Kranken an erster Stelle. Trauerbegleitung für die Angehörigen wird angeboten.

Im Land Mecklenburg-Vorpommern gilt es flächendeckende Angebote der Palliativmedizin und der Hospizbetreuung auch für geriatrischen Patienten zu etablieren.

## 6. Aufgabenstellung

Für eine qualitativ hochwertige geriatrische Versorgung sind folgende Forderungen zu erheben:

Das Ministerium für Soziales und Gesundheit legt gemeinsam mit den Kostenträgern und Leistungserbringern einen Geriatrieplan für eine flächendeckende und die Bevölkerungsentwicklung berücksichtigende Konzeption für die geriatrischen Behandlungsstrukturen vor.

Es sind flächendeckend regionale, sektorenübergreifende, geriatrische Netzwerke gemeinsam mit den Kostenträgern aufzubauen.

Es finden regelmäßig Gespräche zwischen dem Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern, der Krankenhausgesellschaft MV, der Kassenärztlichen Vereinigung MV, der Ärztekammer MV und den Kostenträgern statt. Sie sollen den konstruktiven Dialog fördern und einer Fortschreibung des Geriatriekonzeptes dienen.

Alle geriatrischen Einrichtungen und spezialisierte Fachbereiche in Mecklenburg-Vorpommern sind Mitglied bzw. beantragen eine Mitgliedschaft in der BVG und arbeiten aktiv in dem Landesverband Geriatrie (LVG) MV mit.

Die LVG bietet landesweit regelmäßig zertifizierte Schulungen (z. B. Zercur-Geriatrie®) an. Diese werden in aller Regel durch eine oder von mehreren Einrichtungen gemeinsam durchgeführt.

Es ist mindestens ein Lehrstuhl für Geriatrie in MV einzurichten.

Die Einführung des Schwerpunktes Geriatrie in der Weiterbildungsordnung für Ärzte ist anzustreben.

Es ist eine Übergangsregelung für langjährig ambulant geriatrische tätige Ärzte zu schaffen.

## 7. Danksagung

Als Grundlage für die Erarbeitung der Grundsätze eines Konzeptes zur Versorgung geriatrischer Patienten in Mecklenburg-Vorpommern diente das Geriatrie-Konzept aus Niedersachsen

Weiterhin wurden verschiedene Passagen aus den „Abgrenzungskriterien der Geriatrie“ (Version V1.3) der gemeinsamen Arbeitsgruppe der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatischen Einrichtungen e.V., der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. mit Stand vom 29.02.2004 inhaltlich übernommen.

An der Erarbeitung des Konzeptes zur Versorgung geriatrischer Patienten in Mecklenburg-Vorpommern waren zahlreiche Personen aus den Akutkrankenhäusern, Rehabilitationskliniken des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern und der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern beteiligt. Vorstand und Geschäftsführung der KGMV und der KV danken allen Beteiligten am Zustandekommen dieses Konzeptes sehr herzlich.

Insbesondere danken wir:

### **Der AG Geriatrie der KGMV:**

Frau Dr. Bauer,  
 Herr Boeck  
 Frau Dr. Dannenberg,  
 Herr Dr. Drach,  
 Frau Enderlein,  
 Herr Dr. Keil,  
 Herr Dr. Keller,  
 Frau Dr. Kloth,  
 Frau Krienke,  
 Frau Dr. Linder,  
 Herr Möller,  
 Herr Pallasch,  
 Herr Dr. Platz,  
 Frau Dr. Salchow-Gille,  
 Herr Dr. Schmidt,  
 Frau Trommer,

### **KVMV:**

Frau Dr. Greiner  
 Frau Voglau  
 Herr Dr. Wosniak

### **Geriatrie/Gerontopsychiatrie/amb. Ger. Reha-Kommission der KVMV:**

Frau Dr. Brettschneider  
 Herr Dr. Grebs  
 Frau Dr. Hauk-Westerhoff  
 Herr Dr. Hotzelmann

## 9. Impressum

### für den stationären Bereich

**Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern**  
**Wismarsche Str. 175, 19053 Schwerin**  
**Vereinsregister-Nr.: 411, Amtsgericht Schwerin**

#### Geschäftsführer der KGMV

Herr Wolfgang Gagzow  
 Tel.: 0385/ 48 529 102  
 Fax: 0385/ 48 529 29  
 E-Mail: [gagzow@kgmv.de](mailto:gagzow@kgmv.de)

#### Referentin für Krankenhaus-Planung und Organisation

Frau Monika Petau  
 Tel.: 0385/ 48 529 106  
 Fax: 0385/ 48 529 113  
 E-Mail: [petau@kgmv.de](mailto:petau@kgmv.de)

#### Sachbearbeiterin für Datenmanagement und Design

Frau Anja Skala  
 Tel.: 0385/ 48 529 104  
 Fax: 0385/ 48 529 113  
 E-Mail: [skala@kgmv.de](mailto:skala@kgmv.de)

Bei Anfragen zur Geschäftsstelle wenden Sie sich bitte an: [info@kgmv.de](mailto:info@kgmv.de).

#### Inhaltlich Verantwortlicher gemäß §10 Absatz 3 MDStV:

Herr Wolfgang Gagzow

#### Foto:

Frau Britta Hormann

### für den ambulanten Bereich

**Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern**  
**Neumühler Str. 22, 19057 Schwerin**

#### Vorstand der KVMV

Herr Dr. med. Wolfgang Eckert  
 Tel.: 0385/ 7431201  
 Fax: 0385/ 7431450

Herr Dr. med. Dietrich Thierfelder  
 Tel.: 0385/ 7431207  
 Fax: 0385/ 7431450

#### Leiter des Geschäftsbereiches Qualitätssicherung der KVMV

Herr Dr. Reinhard Wosniak  
 Tel.: 0385.7431.244  
 Fax: 0385.7431.66.244  
 E-Mail: [rwosniak@kvmv.de](mailto:rwosniak@kvmv.de)

Frau Dr. rer.med.  
 Dagmar Greiner

Tel.: 0385.7431.380  
 Fax: 0385.7431.66.380  
 E-Mail:  
[dgreiner@kvmv.de](mailto:dgreiner@kvmv.de)

Frau Anke Voglau

Tel.: 0385.7431.377  
 Fax: 0385.7431.66.377  
 E-Mail:  
[avoglau@kvmv.de](mailto:avoglau@kvmv.de)

Bei Anfragen zur Geschäftsstelle wenden Sie sich bitte an: [info@kvmv.de](mailto:info@kvmv.de).

#### Inhaltlich Verantwortlicher gemäß §10 Absatz 3 MDStV:

Dr. med. Wolfgang Eckert

**Wichtiger Hinweis zu externen Links:**

Mit Urteil vom 12. Mai 1998 – 312 O 85/98 – Haftung für Links, hat das Landgericht (LG) Hamburg entschieden, dass man durch die Erstellung eines Links, die Inhalte der gelinkten Seite ggf. mit zu verantworten hat. Dies kann – so das Gericht – nur dadurch verhindert werden, dass man sich ausdrücklich von diesen Inhalten distanziert.

Da wir keinerlei Einfluss auf die Gestaltung und Inhalte der angegebenen Seiten haben, identifizieren wir uns ausdrücklich nicht mit den Inhalten aller gelinkten Seiten in dieser Broschüre und machen uns die Inhalte der gelinkten Seiten nicht zu eigen.

Diese Erklärung gilt für alle verfügbaren Links in dieser Broschüre.

## 10. Fußnoten:

- 1 <http://www.bag-geriatrie.de/presse/20070131.pdf>
- 2 [www.mds-ev.org](http://www.mds-ev.org) : Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation; 11-2005: 41-43  
(<http://www.mds-ev.de/1683.htm>; [http://www.mds-ev.de/media/pdf/RL\\_VorsorgeReha\\_2005.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/RL_VorsorgeReha_2005.pdf) )
- 3 DVfR: Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation
- 4 Essener Konsensus-Konferenz (BAG-KGE, DGG, MDS) / 07.02.2003
- 5 In Mecklenburg-Vorpommern ist in der bisherigen Krankenhausplanung mit einer Ausnahme keine geriatrische Abteilung im Krankenhaus vorgesehen. Geriatrie als Fach erfordert aber einen Ort, an dem das geriatrische Team tätig wird. Daher würde der Begriff „geriatrischer Bereich“ gewählt. Wie dieser Bereich gestaltet wird, ist dem Krankenhausträger überlassen.
- 6 Siehe Punkt 2.4
- 7 <http://www.bag-geriatrie.de/>
- 8 Verschiedene Kooperationsmodelle zur altersmedizinischen Versorgung in M-V können je nach Standortbesonderheit etabliert werden. Die geriatrischen Qualitätszirkel unter Leitung qualifizierter Moderatoren führen Fortbildungen zu Themen der Altersmedizin, Fallbesprechungen und einen Erfahrungsaustausch durch. Die Qualitätszirkel sind in den KV-Mitteilungen und/oder dem Ärzteblatt anzuzeigen und für alle interessierten Ärzte des ambulanten wie stationären Sektors offen. Diese Interdisziplinarität ist sinnvoll, da sie dem ganzheitlichen institutionsübergreifenden Versorgungsgedanken der Geriatrie entspricht.
- 9 Informationen zum Vertrag und dessen Inhalten können über [info@kvmv.de](mailto:info@kvmv.de) erfragt werden.
- 10 Rehabilitations-Richtlinie
- 11 [www.buzer.de/gesetz/7655/index.htm](http://www.buzer.de/gesetz/7655/index.htm)
- 12 [www.mds-ev.org/index2.html](http://www.mds-ev.org/index2.html): Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation; 10-2005: 37-38
- 13 [www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endafassung/icf\\_endfassung-2005-10-01.pdf](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endafassung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf)
- 14 Im Verlauf ist ein Wechsel von der geriatrischen Frührehabilitation in die geriatrischen Rehabilitation möglich.



Geriatric bedeutet nicht  
Geriatric bedeutet nicht  
das Leben  
mit Jahren zu füllen,  
sondern die Jahre  
mit Leben.