

<p>Geriatric plan of the State Mecklenburg-Vorpommern</p>

Inhalt

Präambel.....	4
1 Demografische Entwicklung und Gesundheitsrisiko	6
1.1 Demografische Entwicklung.....	6
1.2 Zusammenhang zwischen Alter und Gesundheitsrisiko	8
2 Prävention für ältere Menschen.....	12
2.1 Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung und Primärprävention	12
2.2 Ansatzpunkte der Sekundär- und Tertiärprävention	13
3 Geriatrische Medizin.....	16
3.1 Aktuelle Definition der Geriatrie.....	16
3.2 Definition des geriatrischen Patienten	17
3.3 Versorgungsstrukturen für geriatrische Patienten.....	18
4 Prinzipien der geriatrischen Versorgung.....	20
4.1 Multiprofessionelles geriatrisches Team.....	20
4.1.1 Arzt	22
4.1.2 Pflege.....	22
4.1.3 Sozialdienst.....	22
4.1.4 Psychologie / Neuropsychologie/Psychotherapie	22
4.1.5 Physiotherapie (Krankengymnastik und physikalische Therapie)	23
4.1.6 Ergotherapie.....	23
4.1.7 Logopädie (Sprach- und Schlucktherapie).....	24
4.1.8 Ernährungsberatung.....	24
4.1.9 Seelsorge.....	24
4.1.10 Ärztliche Konsiliaruntersuchungen	24
4.1.11 Orthopädietechnik und Hilfsmittelversorgung	24
4.2 Medizinisch-therapeutisches Konzept und geriatrisches Assessment	24
4.3 Qualitätssicherung in der Geriatrie	25
4.4 Aus-, Fort- und Weiterbildung, Etablierung in Forschung und Lehre	26
5 Geriatrische Behandlungs- und Versorgungsstrukturen in Mecklenburg-Vorpommern ..	28
5.1 Ambulanter Sektor	28
5.1.1 Ambulante geriatrische Komplexbehandlung.....	28
5.1.2 Ambulante geriatrische Rehabilitation	29
5.1.3 Ambulante Pflege.....	29
5.1.4 Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen.....	29
5.1.5 Praxisassistenz	30
5.1.6 Verordnung medizinischer Rehabilitation	31
5.2 Stationärer Sektor	31
5.2.1 Akutgeriatrie inklusive geriatrischer Frührehabilitation und Tagesklinik gemäß § 39 SGB V	31
5.2.2 Indikationen zur Krankenhausbehandlung in der Akutgeriatrie	31
5.2.3 Besonderheiten der akutgeriatrischen Behandlung inklusive geriatrisch frührehabilitativer Komplexbehandlung.....	31
5.2.4 Geriatrische Rehabilitation mit angeschlossener Tagesklinik gemäß § 40 SGB V ..	32
5.2.5 Haupt-Krankheitsgruppen und Syndrome in der geriatrischen Rehabilitation.....	33
5.2.6 Durchführung der geriatrischen Rehabilitation	34
5.2.7 Ziele der geriatrischen Rehabilitation.....	35
5.2.8 Vernetzung von akutstationärer, frührehabilitativer und rehabilitativer Geriatrie....	36
5.3 Flussdiagramm der ambulanten und stationären geriatrischen Behandlung.....	38
6 Palliativmedizinische Versorgung und Hospizarbeit in der Geriatrie	40
6.1 Definition und Struktur.....	40
6.2 Weiterentwicklung.....	41

7	Pflege.....	45
8	Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Vernetzung geriatrischer Versorgungsangebote.....	47
9	Handlungsleitfaden.....	51

Präambel

Alterung ist als Reifungsprozess zu betrachten. Entgegen vielfältig auftretender Ansichten führt Alterung nicht automatisch zu einer geringeren Lebenszufriedenheit. Die Zahl der Menschen, die auch im höheren Lebensalter gesundheitlich stabil sind, ist hoch und steigt. Die Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben und Wohlbefinden im Alter. Deshalb müssen die bestehenden Möglichkeiten zur Prävention genutzt und ausgebaut werden.

Gleichwohl steigt mit zunehmendem Alter das Risiko von chronischen Verläufen der Erkrankungen. Zudem treten häufiger mehrere Erkrankungen gleichzeitig auf (Multimorbidität). Im Rahmen der Geriatrie (Altersmedizin) wurden Methoden entwickelt, die diese Situation berücksichtigen.

Dem Geriatrieplan werden folgende Prämissen zugrundegelegt:

- Ganzheitlichkeit,
- Vernetzung und Koordination,
- Bedarfsgerechtigkeit und Angemessenheit, Wirtschaftlichkeit,
- Beständigkeit und Anpassungsfähigkeit.

Geriatrieische Behandlungsangebote müssen auf folgenden Grundsätzen basieren:

- **Geriatrisches Assessment** mit einer umfassenden Beurteilung der Patientinnen und Patienten in Bezug auf Anamnese, Körper- und Geisteszustand und seine Fähigkeiten zur Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens im individuellen sozialen Kontext,
- **Geriatrisches Management** mit
 - Aufstellung eines individuellen Behandlungs- und Rehabilitationsplanes,
 - regelmäßiger Kontrolle der Durchführung und Beurteilung des Behandlungs- und Rehabilitationserfolges,
 - Mitbestimmung und aktiver Mitwirkung der Patientinnen und Patienten sowie der Einbeziehung ihrer Angehörigen,
 - Realisierung von Maßnahmen in Wohnortnähe unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Flächenlandes Mecklenburg-Vorpommern,
 - Kooperation und Koordination aller ambulanten / teilstationären / stationären geriatrischen Behandlungs- und Rehabilitationsangebote (Vernetzung),
- **Interdisziplinäres Handeln** unter Leitung und Verantwortung einer Geriaterin beziehungsweise eines Geriaters.

Eine wesentliche Grundlage für die im Plan vorgeschlagenen Konzepte und Maßnahmen besteht darin, dass Menschen mit einer Behinderung gleichberechtigt am Leben in der Gemeinschaft teilhaben können. Das entspricht Artikel 19 des Übereinkommens der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte der Menschen mit Behinderungen. Mit dem Übereinkommen haben die Vertragsstaaten Handlungsaufträge zur Gestaltung einer inklusiven Gesellschaft bekommen. Somit wird die bereits im Land bestehende Intention bestärkt und drängt zur zügigen Umsetzung.

Im vorliegenden Plan werden die Ausgangsbedingungen und die Vorgaben zur weiteren Entwicklung für die Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege alter Menschen mit spezifischen Versorgungsbedürfnissen dargestellt.

Die Zusammenfassung der Entwicklungsvorgaben erfolgt im Rahmen eines Handlungsleitfadens. Die im Geriatrieplan dargestellten Maßnahmen – insbesondere die im Handlungsleitfaden genannten Handlungsempfehlungen – stehen unter Finanzierungsvorbehalt und entfalten daher keine haushaltspräjudizierende Wirkung. Mit dem vorliegenden Geriatrieplan wird das 1998 veröffentlichte Konzept zur „Geriatrischen Versorgung der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern“ (Geriatriekonzept) fortgeschrieben und erweitert.

Der Anlass zur Erarbeitung dieses Planes bestand in dem Beschluss der Landeskonferenz zur Umsetzung des Landesprogrammes „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ vom 21. Juni 2006, Ziele und Maßnahmen zu entwickeln. Dazu wurde eine Landesarbeitsgruppe (LAG) gebildet. In der LAG sind alle Akteure vertreten, die in den Arbeitsfeldern Prävention, Medizinische Versorgung, Rehabilitation und Pflege im Alter aktiv sind. Der vorliegende Plan basiert auf den Arbeitsergebnissen der LAG, in der sich die Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern und die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern in herausragender Weise engagierten.

1 Demografische Entwicklung und Gesundheitsrisiko

1.1 Demografische Entwicklung

Deutschlandweit zeichnet sich eine Alterung der Bevölkerung durch die Abnahme der Geburtenzahl und die Zunahme der Lebenserwartung ab. Seit Beginn des letzten Jahrhunderts hat die mittlere Lebenserwartung bei Geburten um 30 Jahre zugenommen. Die absolute Zahl der über 65-Jährigen hat sich in Deutschland seit 1910 insgesamt vervierfacht. Der Anteil der über 65-Jährigen betrug im Jahr 2001 deutschlandweit noch 17 %. Der Anteil der über 65-Jährigen an der Bevölkerung Deutschlands wird sich in den Jahren bis 2020 auf voraussichtlich 22 % und bis 2050 auf 30 % erhöhen.

Diese Entwicklung wird sich in unterschiedlichen Tempi vollziehen. In den ländlich strukturierten Regionen wird der Anteil der älteren Menschen schneller steigen. Das zeigt sich bereits jetzt in den mehr ländlich oder mehr städtisch geprägten Bundesländern.

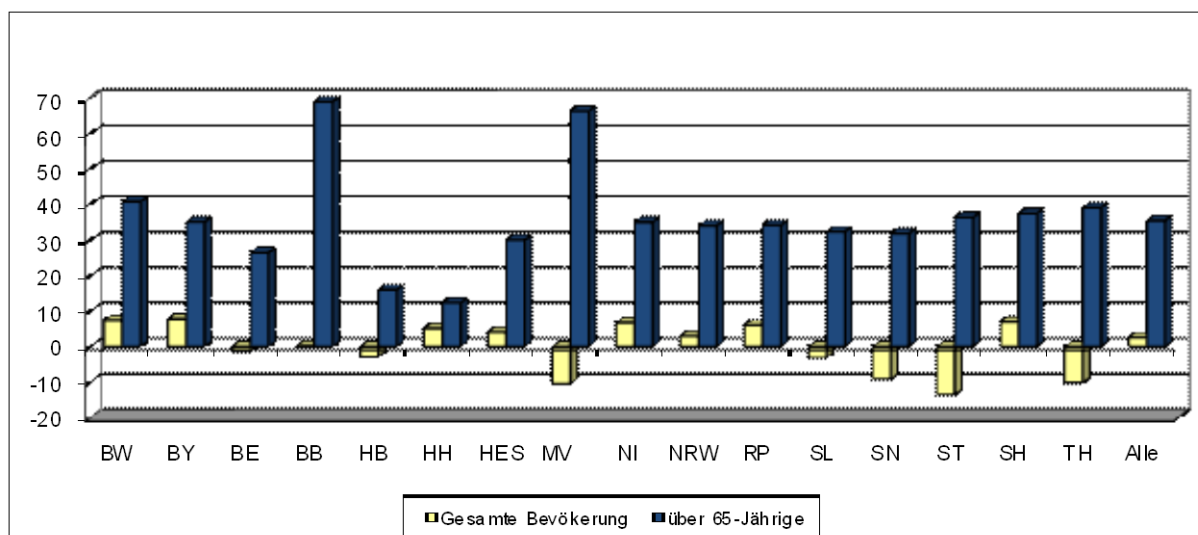


Abbildung 1: Entwicklung der Zahl der Einwohner insgesamt und der über 65-Jährigen von 1991-2006 in Prozent

In Mecklenburg-Vorpommern vollzieht sich dieser demographische Wandel besonders rasant. Als Ursache dafür ist die vermehrte Abwanderung junger und der Zuzug älterer Menschen¹ zu sehen. Der Anteil der über 65-Jährigen betrug im Jahr 2008 21,7 % (361.568 Menschen) und der der über 80-Jährigen 4,2 % (70.614 Menschen). Nach der Bevölkerungsprognose einer Interministeriellen Arbeitsgruppe der Landesregierung wird der Anteil der über 65-Jährigen bis zum Jahr 2020 um ca. 16 % steigen, während der Anteil der über 80-Jährigen um 9,1 % wächst und sich damit mehr als verdoppelt.

¹ Vergleiche Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (2008): Wanderungsströme der kreisfreien Städte und Landkreise in Mecklenburg-Vorpommern 2007, [Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern] Schwerin 2008.

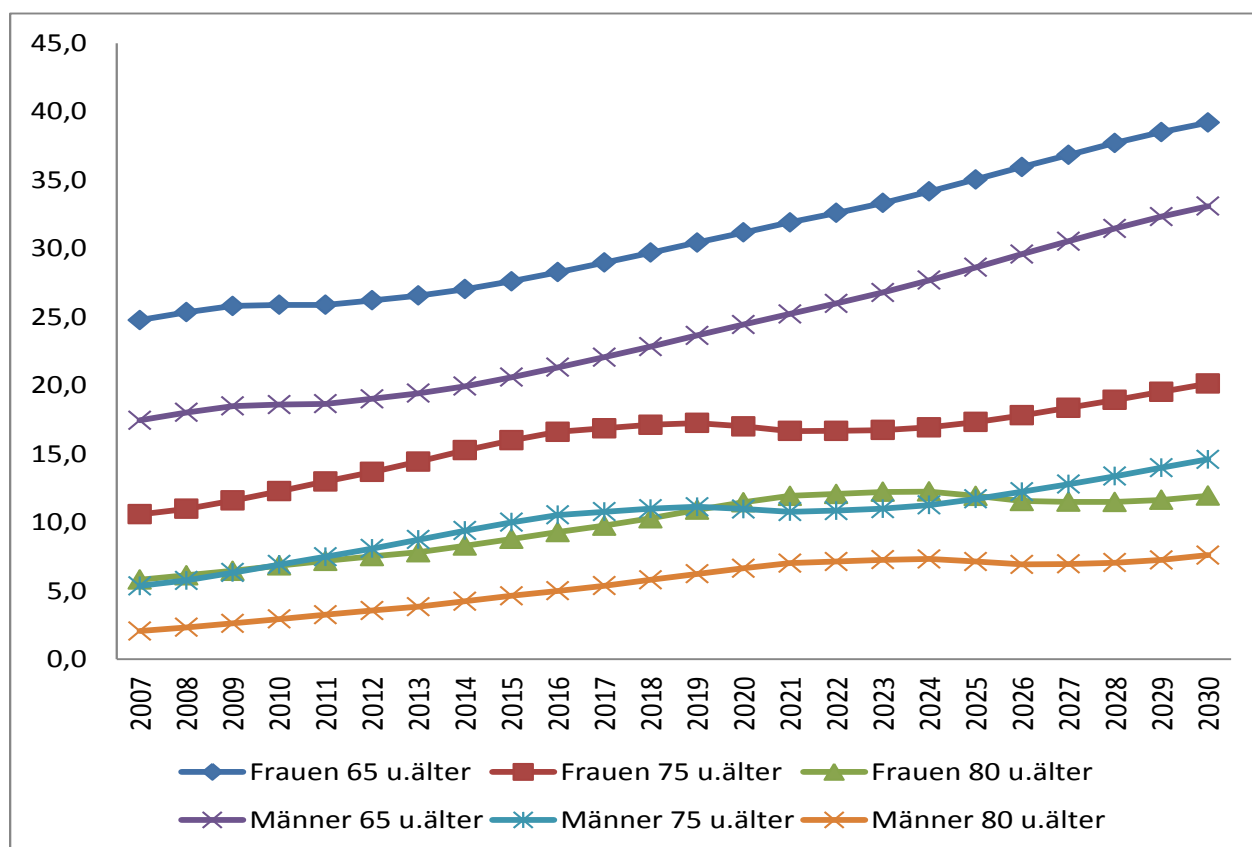


Abbildung 2: Prognose der prozentualen Bevölkerungsanteile ausgewählter Altersgruppen in Mecklenburg-Vorpommern für Frauen und Männer für die Jahre 2007-2030

Während bei den über 65-Jährigen häufig noch von einem stabilen Gesundheitszustand auszugehen ist, bedürfen die über 80-Jährigen in der Regel intensiverer Unterstützung. Insofern zeigt sich gerade an der Entwicklung des Bevölkerungsanteils der über 80-Jährigen, dass das Land schon in naher Zukunft mit gravierenden Veränderungen der Anforderungen an das Gesundheits- und Sozialsystem aufgrund der Veränderung der Altersstruktur konfrontiert sein wird.

Auch die Veränderung der Familienstrukturen wirkt sich auf die Anforderung an das Gesundheits- und Sozialsystem aus. Immer mehr Menschen leben nicht mehr im Familienverband, sondern in Einzelhaushalten. Aufgrund der höheren Lebenserwartung² steigt mit zunehmendem Alter besonders bei Frauen die Zahl der Alleinlebenden. Fehlende Unterstützung durch ein soziales Umfeld wie Lebenspartner oder Kinder führt bei vielen älteren Menschen zu einem drohenden Verlust der Selbstständigkeit.³ Auch wenn die überwiegende Mehrheit der Älteren die Selbstständigkeit bis zuletzt erhalten kann, steigt mit dem Alter das Risiko der Hilfsbedürftigkeit. Um eine eigenverantwortliche Lebensführung zu fördern und die Versorgung mit den notwendigen Gütern und Dienstleistungen dem individuellen Bedarf entsprechend zu garantieren, müssen die notwendigen Rahmenbedingungen bestehen beziehungsweise

² Vergleiche Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (2008): Strukturdaten zur Bevölkerung Haushalte, Erwerbstätigkeit, Familien in Mecklenburg-Vorpommern (Mikrozensus) 1. Halbjahr 2007, [Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern] Schwerin 2008.

³ Vergleiche Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2006): Arbeitshilfe zur geriatrischen Rehabilitation, Schriftreihe – Heft 6,

Seite 20 – 21, Frankfurt am Main, 2006.

geschaffen werden.⁴ Dies impliziert eine ausreichende und an die Bedürfnisse der Betroffenen angepasste, medizinische Versorgung.

1.2 Zusammenhang zwischen Alter und Gesundheitsrisiko

Der Mensch bleibt mit über 60 Jahren nicht mehr automatisch beweglich, fit und geistig gesund. Im hohen Alter treten häufig mehrere Erkrankungen gleichzeitig auf, viele Erkrankungen zeigen chronische Verläufe und sind mit sensorischen, motorischen und kognitiven Beeinträchtigungen verbunden. Mit zunehmendem Lebensalter steigt die Häufigkeit chronischer Krankheiten. Dabei sind zum einen Unterschiede zwischen den einzelnen höheren Altersgruppen, zum anderen zwischen Männern und Frauen festzustellen. In der nachfolgenden Tabelle⁵ sind die häufigsten Erkrankungen beziehungsweise Krankheitszeichen geordnet nach der Häufigkeit ihres Auftretens dargestellt:

	Männer	Frauen
Häufige Erkrankungen im Alter zwischen 65. und 74. Lebensjahr	<ul style="list-style-type: none"> - Arthrose - Herzinfarkt - chronische Bronchitis - Angina pectoris - Venenschwäche - Diabetes - Trübung der Augenlinse - Demenz - Glaukom - Depression 	<ul style="list-style-type: none"> - Arthrose - Angina pectoris - Diabetes - Trübung der Augenlinse - Depression - Chronische Bronchitis - Herzinfarkt - Venenschwäche - Brustkrebs - Durchblutungsstörungen des Gehirns
Häufige Erkrankungen nach dem 75. Lebensjahr	<ul style="list-style-type: none"> - chronische Bronchitis - Arthrose - Angina pectoris - Herzinfarkt - Trübung der Augenlinse - Venenschwäche - Demenz - Diabetes - Durchblutungsstörungen des Gehirns 	<ul style="list-style-type: none"> - Arthrose - Trübung der Augenlinse - Angina pectoris - Demenz - Diabetes - Venenschwäche - Herzinfarkt - Depressionen - chronische Bronchitis

Der Tabelle ist zu entnehmen, dass zu den dominanten Gesundheitsproblemen im Alter chronische Erkrankungen, Multimorbidität und auch psychische Erkrankungen gehören. Zudem sind aus zahnmedizinischer Sicht Paradontitis und Zahnwurzelkaries mit der Folge des Zahnverlustes verbunden, was zu somatischen und psychischen Wechselwirkungen führt.

Psychische Störungen weisen um das 65. Lebensjahr die gleiche Vielfalt, dieselben Ursachen und Erscheinungsbilder wie bei Erwachsenen im mittleren Lebensalter auf. Sie gehen allerdings häufiger mit körperlichen Erkrankungen einher und verlaufen öfter chronisch. In den höheren Altersgruppen zeigen Depressionen eine geringere emotionale und eine verstärkte somatische Symptomatik. Die ermittelten Prävalenzen schwanken daher in Abhängigkeit von den Untersuchungsinstrumen-

⁴ Vergleiche Deutscher Bundestag (2008): Drucksache 16/10155 – Antwort der Bundesregierung auf die Anfrage gemäß Drucksache

16/8301, [Deutscher Bundestag] Berlin.

⁵ Online im Internet: <http://www.medizininfo.de/geriatrie/problembereiche/epidemiologie.shtml>, abgerufen am 02.10.2008.

ten⁶. Wenn man alle Schweregrade der Depression berücksichtigt, ergibt sich eine Häufigkeit von 10 - 25 % bei über 65-Jährigen⁷. Eine besondere Zunahme ist aufgrund des demografischen Wandels bei den neurodegenerativen Erkrankungen, wie zum Beispiel Demenzen oder Morbus Parkinson, zu verzeichnen.^{8 9}

Ebenso wie in anderen Lebensaltern sind psychische Erkrankungen auch bei älteren Menschen psychotherapeutisch behandelbar. Vielfach herrscht jedoch bei älteren Erwachsenen ein somatisch orientiertes Krankheitsbild vor, das ihnen den Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung erschwert. Integrierte Versorgungskonzepte, in die auch psychotherapeutische Behandlungen einbezogen sind, sind daher für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen besonders wichtig.

Eine Studie der Universität Greifswald zeigt am Beispiel des Diabetes, dass bei den Veränderungen an die Anforderungen des medizinischen Versorgungssystems durch den demografischen Wandel geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen.¹⁰

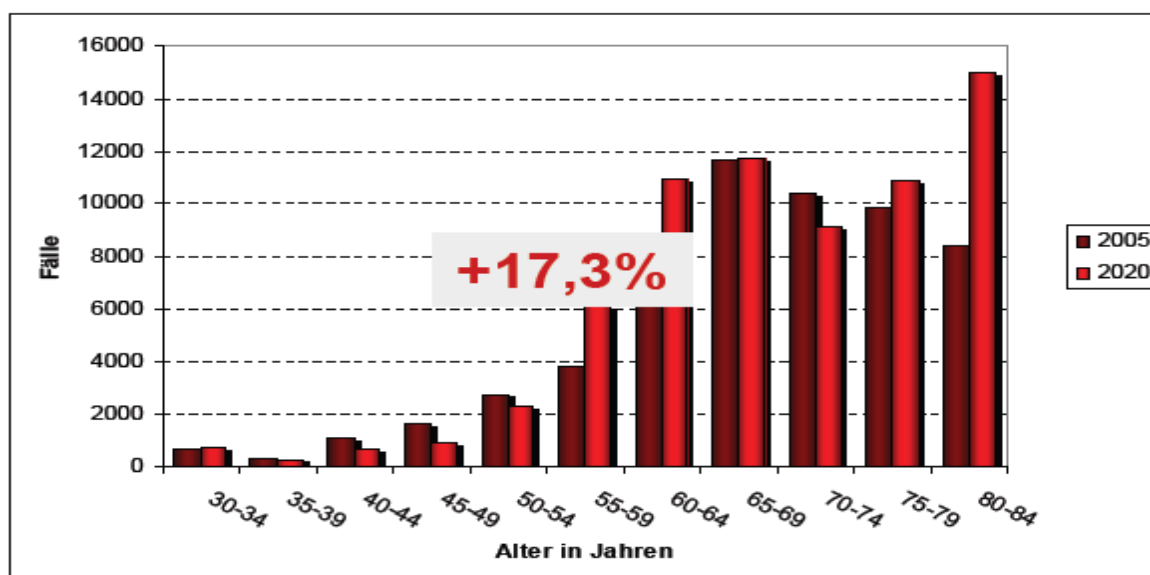


Abbildung 3: Hochrechnung der Fallzahlen für Diabetes bei Frauen 2005-2020

⁶ Gutachten des Sachverständigenrates 2000/2001: S 225-226

⁷ APK (2008): Handlungsempfehlungen zur Organisation und Finanzierung von personenzentrierten Hilfen für psychisch kranke alten und demente Menschen

⁸ Vergleiche Deutscher Bundestag (2008): Drucksache 16/10155 – Antwort der Bundesregierung auf die Anfrage gemäß Drucksache 16/8301, [Deutscher Bundestag] Berlin.

⁹ Vergleiche Weyerer Siegfried, Bickel Horst (2007): Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter, Seite 89, 204.

Grundriss Gerontologie, Band 14, W. Kohlhammer: Stuttgart.

¹⁰ Hoffmann, W., Siewert, U., Friedrich, K. (2008): Voraussichtliche Auswirkungen der Bevölkerungsstruktur und -entwicklung auf den ambulanten medizinischen Versorgungsbedarf, Universität Greifswald.

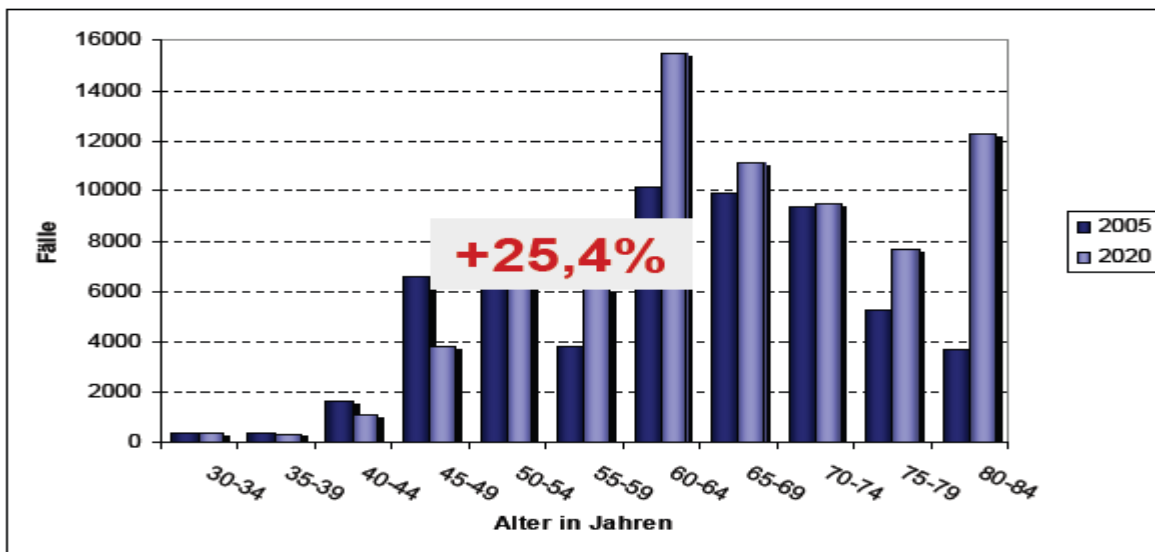


Abbildung 4: Hochrechnung der Fallzahlen für Diabetes bei Männern 2005-2020

Die Greifswalder Studie zeigt ebenfalls am Beispiel des Diabetes, dass zwischen den Regionen in Mecklenburg-Vorpommern deutliche Unterschiede in der zu erwartenden Zunahme von Erkrankungen bestehen.

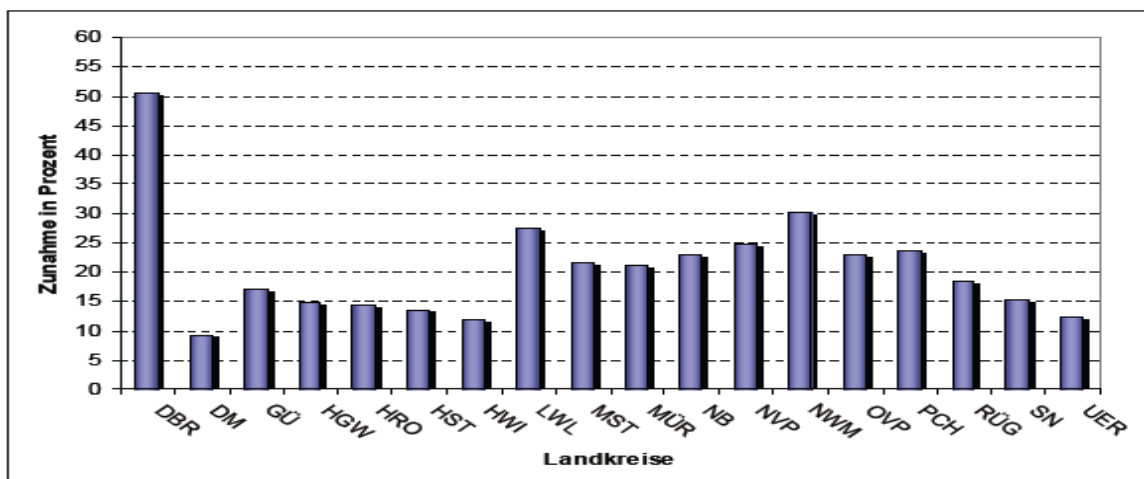


Abbildung 5: Veränderungen der Fallzahlen für Diabetes in den Landkreisen und kreisfreien Städten von 2005 bis 2020 in Prozent

Je ausgeprägter die Multimorbidität bei älteren Menschen ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass neben den bereits bestehenden chronischen Beschwerden zusätzlich eine akute Krankheit auftritt. Darüber hinaus beeinflussen einzelne chronische Krankheiten einander negativ (Beispiel: hoher Blutdruck, Zuckerkrankheit und Fettstoffwechselstörung).¹¹

Die Berücksichtigung der Multimorbidität (und somit der - meist - lebenslangen Behandlungsbedürftigkeit von chronischen Krankheiten) erscheint angesichts des klassischen eindimensionalen Ansatzes in der Medizin (dem nicht geriatrischen Ansatz) problematisch und erhöht bei der Behandlung der älteren Patientinnen und Patienten die Gefahr einer Wertekonkurrenz von Krankheiten mit der Folge, dass Medikamente nicht angemessen verordnet werden. Im Folgenden sind die häufigsten Ursachen für

¹¹ Online im Internet: <http://www.geroweb.de/krankheit-alter.html>, abgerufen am 08.10.2008.

unerwünschte Arzneimittelwirkung bei älteren Patientinnen und Patienten aufgeführt¹²:

- Dosierung (47 %),
- Problematische Arzneimittelwahl (24 %),
- Monitoring (*Überwachung*) (13 %),
- Anwendungsfehler (8 %),
- Kontraindikation (8 %).

¹² Online im Internet: http://www.versorgungsforschung.nrw.de/versorgungsforschung/content/e67/e1418/e1171/e1180/object1187/Thue_Medikationsprobleme_Witten2007.pdf, abgerufen am 09.10.2008.

2 Prävention für ältere Menschen

Gesundheitsförderung und Prävention im Alter sind geeignet, das Risiko schwerer Erkrankungen mit konsekutiver Pflegebedürftigkeit zumindest zum Teil zu vermeiden beziehungsweise 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.

2.1 Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung und Primärprävention

Im Sinne eines salutogenen Gesundheitsverständnisses ist Gesundheit im Alter ein komplexer mehrdimensionaler Prozess, der neben gesundheitlichem Wohlbefinden und gesundheitsbewusstem Verhalten auch die aktive Lebensführung und eine positive Lebenseinstellung umfasst. Gesundheit und Krankheit werden dabei als Ergebnis der dynamischen Wechselwirkung zwischen belastenden und schützenden (protektiven) Faktoren im Menschen und seiner Umwelt betrachtet. Die Balance zwischen den unterschiedlich stabilen und zeitlich veränderbaren Risiko- und Protektivfaktoren bestimmt das jeweilige Gesundheitsniveau. Dabei ist die Fähigkeit, mit Funktionseinschränkungen und Krankheit sinnerfüllt zu leben und ein positives, aktives Selbstbild der Handlungs- und Bewältigungsfähigkeit von besonderer Bedeutung.

Deshalb kommt es grundsätzlich darauf an, ältere Menschen in ihrer selbstständigen, selbstverantwortlichen und persönlich sinnerfüllten Lebensgestaltung zu unterstützen. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler weisen dabei auf große, noch zu wenig genutzte Präventionspotenziale in der zweiten Lebenshälfte hin. Die gerontologische Forschung¹³ zeigt, dass entsprechende Interventionen auch bei Hochbetagten noch wirkungsvoll sein können.

Positives Bild vom Altern fördern

Altern wird nach wie vor von vielen Menschen mit einem kontinuierlich fortschreitenden und nicht umkehrbaren Verlust an körperlichen und geistigen Fähigkeiten gleichgesetzt. Dagegen werden Stärken und Chancen des Alters häufig übersehen. Eine solche einseitige Betonung von Einbußen und Verlusten in der Gesellschaft wirkt sich auch negativ auf das Gesundheitsverhalten älterer Menschen aus. Solange beim einzelnen Menschen die Überzeugung besteht, das Älterwerden lasse sich durch Verhalten nicht beeinflussen, ist auch die Wahrscheinlichkeit gering, dass sich dieser gezielt auf das eigene Alter vorbereitet und Möglichkeiten der gesundheitlichen Vorsorge in vollem Umfang nutzt.

Aus diesem Grund hat die gezielte Information über den Verlauf und die Gestaltbarkeit von Alterungsprozessen für die Realisierung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung große Bedeutung.

¹³ Und andere Gutachten des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen 2007.

Protektivfaktoren für mehr Gesundheit erschließen und stärken

Besonders im Alter kommt es darauf an, die Widerstandsfähigkeit (Resilienz) gegenüber belastenden Faktoren zu erhöhen und aktive Bewältigungsstrategien zu unterstützen. Wichtige Ressourcen sind die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, die psychische Belastbarkeit, eine positive Lebenseinstellung, emotionale Ausgeglichenheit, Selbstvertrauen und ein positives Selbstwertgefühl. Die soziale Kommunikation hat im Alter eine zunehmende Bedeutung für die Lebenszufriedenheit. Wichtige soziale Ressourcen haben ihre Quellen in der Familie, in den Beziehungen zu Freunden und Nachbarn, aber auch in der Gemeinschaft Gleichgesinnter in Verbänden und Sportvereinen. Menschen in hohem Lebensalter können auf Grund von Mobilitätseinschränkungen auf diese Quellen oft nicht mehr zurückgreifen. Dann muss ein stabiles Netz, das von Gesundheits-, Pflege- und Sozialdiensten sowie von ehrenamtlichen Helfern getragen wird, die Aufgabe sozialer Kontakte übernehmen. Gegebenenfalls kann Psychotherapie helfen, die vorhandenen Ressourcen älterer Patientinnen und Patienten zu identifizieren und geeignete Bewältigungsstrategien zu fördern.

Belastungs- und Risikofaktoren reduzieren

Viele ältere Menschen weisen Defizite im Gesundheitsverhalten auf. Bedeutende Risikofaktoren sind Bewegungsmangel, einseitige Ernährung, geringe Flüssigkeitsaufnahme, Übergewicht, Rauchen und übermäßiger Alkoholkonsum, aber auch geringe geistige Aktivität. Mehr als 60 % der Frauen und 50 % der Männer in der Altersgruppe von 60 bis 69 sind nicht regelmäßig körperlich aktiv, bei den über 70jährigen sind es über 70 %. Weniger als 10 % der über 60jährigen Frauen und 15 % der Männer setzen die Empfehlung um, sich an mindestens drei Tagen in der Woche eine halbe Stunde körperlich zu betätigen.¹⁴ Deutliches Übergewicht (BMI \geq 30 kg/m²) findet sich bei beiden Geschlechtern am häufigsten in der Altersgruppe der 60 bis 69jährigen (35 % der Frauen und 28 % der Männer).¹⁵ Die Daten machen deutlich, dass den Themen Ernährung und Bewegung im Alter prioritäre Beachtung zukommen muss.

2.2 Ansatzpunkte der Sekundär- und Tertiärprävention

Gesundheitliche Beeinträchtigungen durch chronische Erkrankungen des höheren Lebensalters lassen sich durch frühzeitiges Erkennen und konsequenter medizinischer Frühintervention in erheblichem Umfang senken. Folge- und Begleiterkrankungen sowie Komplikationen und daraus resultierende Funktionseinschränkungen sind auf diese Weise oft vermeidbar. Leider nehmen insbesondere gesunde ältere Menschen die empfohlenen Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen oft nicht wahr. Dadurch werden chronische Erkrankungen wie zum Beispiel Diabetes oder ein zu hoher Blutdruck häufig erst dann erkannt, wenn bereits Folgeerkrankungen eingetreten sind. Dieses grundsätzliche Problem gilt auch für den zahnmedizinischen Bereich. Hohe Aufmerksamkeit muss auch der Früherkennung psychischer Erkrankungen zukommen. Neben einer guten Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist es dafür besonders wichtig, Pflegepersonal, Hausärztinnen und Hausärzte und Angehörige weiterer Gesundheitsberufe so zu schulen, dass sie Anzeichen psychischer Erkrankungen erkennen.

¹⁴ Bundes-Gesundheitssurvey.

¹⁵ Gesundheitsmonitor 2005, Alterssurvey.

Ziel der Prävention geriatrisch bedingter Krankheiten und Krankheitsfolgen ist 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) der einzelnen Patientinnen und 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 (Ärztin / Arzt, Pflege, Sozialdienst), gegebenenfalls Maßnahmen einer Rehabilitation gemäß des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ und geriatrische Kompetenz der Hausärztinnen und Hausärzte („Lotsenfunktion“).

Ambulante Prävention

Ambulante Prävention in der Geriatrie ist die Vermeidung von Hilfs- beziehungsweise 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 beziehungsweise eine Situation, in der noch keine relevanten Schädigungen eingetreten sind oder bereits bestehende Schädigungen nicht in solchem 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,
- Stärkung der Resilienz und des seelischen Wohlbefindens.

Für die ambulante Prävention wurden Angebote in Zusammenarbeit mit den Kostenträgern und dem Ministerium für Soziales und Gesundheit an den geriatrischen Zentren, an Ärztenetzen und an Hausarztpraxen etabliert (z.B. ambulante geriatrische Komplexbehandlung gemäß § 140 SGB V).

Stationäre Prävention

Stationäre Prävention in der Geriatrie erfolgt im Rahmen einer akutgeriatrischen Krankenhausbehandlung oder geriatrischen Rehabilitation. Hierbei sind die Schädigungen insgesamt so schwerwiegend, dass

- eine häusliche Versorgung zurzeit der Krankenhaus- beziehungsweise Rehabilitationsbehandlung nicht möglich ist oder
- ein im ambulanten Bereich nicht zu erbringender diagnostischer Aufwand beziehungsweise Therapiefrequenz erforderlich sind.

Eben dies gilt auch für die Notwendigkeit der präoperativen Konditionierung. Besondere Bedeutung bei der Sekundär- beziehungsweise Tertiärprävention haben zum Beispiel 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.

Selbstbestimmung und gesundheitsbezogene Kompetenzen durch Selbsthilfe stärken

Selbsthilfe (und Altenselbsthilfe) trägt entscheidend zur Entwicklung von Kompetenzen für den Umgang mit Krankheit und Funktionseinschränkungen bei. Sie stärkt die Rolle des älteren Menschen als mündige Patientin und mündigen Patienten, ermöglicht Partizipation am Behandlungsprozess und verbessert die Compliance. Hinzu kommt, dass durch die Förderung sozialer Kontakte wichtige gesundheitsrelevante Ressourcen aktiviert werden.

3 Geriatrische Medizin

Die Geriatrie ist diejenige Disziplin innerhalb der medizinischen Spezialgebiete, die sich mit den Krankheiten und den Krankheitsfolgen des alten Menschen befasst. Gemäß World Health Organisation (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. Geriatrische Medizin 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 Alltagsselbstständigkeit droht und bei denen ein zeitgleiches Nebeneinander von akutmedizinischen und rehabilitativen Behandlungskonzepten erforderlich ist.

Geriatrische Behandlungsstrukturen bedürfen unter Berücksichtigung örtlich-regionaler Besonderheiten (Ballungsraum beziehungsweise ländliche Struktur) abgestufter ambulanter, teil- und vollstationärer akut-geriatrischer und geriatrisch-rehabilitativer, in zunehmendem Maße auch geriatrisch-präventiver Versorgungsangebote. Eine regional bezogene, institutions- beziehungsweise 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 erwießenermaßen von großer Relevanz ist und eine Kommunikation zwischen den Behandlungsleitern (Hausarzt, Klinikarzt) erleichtert. Die Schnittstelle stationär/ambulant muss überbrückt werden.

3.1 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 (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)- und ICD (Internationale Klassifikation der Krankheiten)-orientierten Diagnostik und funktionellen Therapie sowie im Bereich der Prävention und der Palliation.

3.2 Definition des geriatrischen Patienten

Konsensus der DGG, der DGGG, der BVG¹⁶, 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, zum Beispiel des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen, der Gefahr der Chronifizierung sowie des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus.

Die geriatritypische Multimorbidität¹⁷ 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,
- 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, zum Beispiel 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 (functio-ning) 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.

¹⁶ <http://www.bag-geriatrie.de/presse/20070131.pdf>

¹⁷ 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)

3.3 Versorgungsstrukturen für geriatrische Patienten

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 beziehungsweise angestrebt werden. Diese Aufgaben und Maßnahmen sollen vorrangig in regionalen Netzwerken umgesetzt werden.

a) Ambulanter Sektor

- Hausärztliche Versorgung,
- Fachärztliche Versorgung,
- Spezialisierte geriatrische haus- und fachärztliche Versorgung,
- Mobile geriatrische Rehabilitation¹⁸,
- Ambulante geriatrische Rehabilitation (AGR) gemäß § 40 SGB V¹⁹,
- Innovative Vertragsmodelle unter anderem gemäß § 140 SGB V, wie zum Beispiel:
 - Ambulante geriatrische Komplexbehandlung (AGKB) im Rahmen von regionalen Sondervereinbarungen zwischen der AOK Nord-Ost, der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und einem interdisziplinären ambulanten geriatrischen Versorgungsteam zur strukturierten ambulanten geriatrischen Versorgung / Prävention
 - Rahmenvereinbarung für eine optimierte ambulante medizinische Versorgung von Versicherten der AOK Nord-Ost in vollstationären Pflegeeinrichtungen, umgesetzt in regionalen Unterverträgen nach § 140 SGB V zwischen Ärzteteams, Pflegeeinrichtungen und AOK Nord-Ost (Pflegeheim Plus),
- Ambulante pflegerische Versorgung und Tages- / Nachtpflege
- Kurzzeit- und Verhinderungspflege,
- Pflegestützpunkte,
- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, wie zum Beispiel
 - „Regionalverträge zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)“ nach §§ 37b, 132d SGB V zwischen den Krankenkassen, der KVMV und regionalen Leistungserbringern,
- Ambulantes Hospiz,
- Praxisassistenten in Hausarztpraxen (siehe auch 5.1.5).

b) 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.

¹⁸ DVfR: Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation

¹⁹ Essener Konsensus-Konferenz (BAG-KGE, DGG, MDS) / 07.02.2003

c) 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.

d) Aus-, Fort- und Weiterbildung, Etablierung in Forschung und Lehre**e) Qualitätszirkel „Geriatric“**

4 Prinzipien der geriatrischen Versorgung

Geriatrische Medizin bietet unter Berücksichtigung regionaler Strukturen unterschiedliche Behandlungsansätze, die dem einzelnen Patienten je nach individuellem 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 Krankenhäuser²⁰,
- 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.

4.1 Multiprofessionelles geriatrisches Team

Gemäß den unter 3.3 gemachten Ausführungen sind multiprofessionelle geriatrische Teams sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich aufzubauen und möglichst strukturell beziehungsweise 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.

²⁰ 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 wurde der Begriff „geriatrischer Bereich“ gewählt. Wie dieser Bereich gestaltet wird, obliegt dem Krankenhausträger.

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 Ärztekammern²¹),

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, fernere Funktions- und Konsiliardienste.

²¹ siehe Punkt 4.4

4.1.1 Arzt

Der niedergelassene Arzt beziehungsweise der leitende Arzt einer geriatrischen Abteilung eines Krankenhauses verfügt über Qualifikationen gemäß Kapitel 4.4. 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.

4.1.2 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 (zum Beispiel nach Bobath oder alternativen neurophysiologischen Pflegekonzepten), die spezielle Behandlungspflege inklusive Pflegevisiten, das Wundmanagement, die Inkontinenz- und Stomaberatung, die Interaktion, das heißt die Unterstützung der Beziehung zwischen Patienten, therapeutischen und diagnostischen Diensten sowie Angehörigen.

4.1.3 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 (zum Beispiel 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 (zum Beispiel 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 beziehungsweise 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.

4.1.4 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 beziehungsweise Neuropsychologie – oder als psychologischer und / oder ärztlicher Psychotherapeut. Der geriatrisch tätige

Psychologe sollte über fundierte Kenntnisse in der Gesprächsführung, Krisenintervention oder zum Beispiel 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.

4.1.5 Physiotherapie (Krankengymnastik und physikalische Therapie)

Der niedergelassene oder angestellte Leistungserbringer verfügt über eine staatliche Anerkennung als Physiotherapeut beziehungsweise Krankengymnast. Zusatzqualifikationen zum Beispiel nach Bobath oder Perfetti oder weiterer neurophysiologischer Techniken zur Behandlung häufiger geriatrischer Krankheitsbilder sind erwünscht. Einige der nachfolgenden Therapieelemente werden auch von staatlich anerkannten Masseurinnen 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 (inklusive medizinischer Trainingstherapie (MTT)), Gangschulung, Gleichgewichtsschulung, Hilfsmittelversorgung hinsichtlich Mobilität, Prothesenversorgung und Training, Massagen inklusive Lymphdrainage, Bäder, Güsse, Bewegungsbäder, Inhalationen und die Anleitung Angehöriger.

4.1.6 Ergotherapie

Der Leistungserbringer verfügt über eine staatliche Anerkennung als Ergotherapeut sowie über spezielle Kenntnisse im Activities of daily living (ADL) 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.

4.1.7 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.

4.1.8 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.

4.1.9 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.

4.1.10 Ärztliche Konsiliaruntersuchungen

Eine koordinierte Inanspruchnahme ärztlicher Konsiliaruntersuchungen (zum Beispiel Innere Medizin, Chirurgie, HNO, Urologie, Augenheilkunde, Gynäkologie, Neurologie), durch den geriatrischen Arzt (siehe 4.4) trägt zur Lösung der häufig interdisziplinären medizinische Probleme bei geriatrischen Patienten bei. Der Geriater steht anderen Fachrichtungen zur Verfügung.

4.1.11 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 zum Beispiel die Prothesensprechstunde.

4.2 *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 Leistungsmodulare und Dokumentationen zur Verfügung. Die Leistungen gehören zu den Regelleistungen. Die nachfolgend aufgeführten Inhalte sind in beiden Bereichen vergleichbar.

Das Geriatrie Assessment (einschließlich Screening) umfasst:

- Sozialassessment ,
- Selbsthilfefähigkeit,
- Ernährung,
- Mobilität, Muskelkraft und Gleichgewicht,
- Kognition,
- Stimmungslage,
- bedarfsorientiert weitere Verfahren zur Diagnostik von zum Beispiel
 - Schmerz,
 - Kontinenz,
 - Dysphasie und Aphasie,
 - Kau- und Schluckstörung,
 - Funktionsstörungen, zum Beispiel 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, gegebenenfalls 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 (zum Beispiel 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.

4.3 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 BVGs²². Diese umfassen im Einzelnen:

- Spezifische Anforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität,
- Externes Benchmarking (zum Beispiel Gemidas-Pro),
- Patientenbefragung,
- Qualitätszirkelarbeit²³,
- 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 Absatz 2 Nummer 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 „Geriatric“

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 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.

4.4 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 Einrich-

²² <http://www.bag-geriatrie.de/>

²³ Verschiedene Kooperationsmodelle zur altersmedizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern 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 Kassenärztlichen Vereinigung-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.

tung von Lehrstühlen für Geriatrie an den Universitäten dringend erforderlich.

Entsprechend der aktuell gültigen Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern 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 werden in Form einer Übergangsregelung „Ärztekammer-Zertifikat Mecklenburg-Vorpommern „Geriatrische Grundversorgung“ für den niedergelassenen Bereich“ geschaffen.

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.

Im zahnärztlichen Bereich ist anzustreben, dass das Curriculum „Alterszahnheilkunde“ weitgehend umgesetzt wird.

5 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:

5.1 Ambulanter Sektor

Der erste Anlaufpunkt für die Patienten ist in der Regel der Hausarzt. Daher kommt dem Hausarzt von der Regelversorgung über die ambulante Akutintervention, gegebenenfalls 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 Kapitel 4).

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.

5.1.1 Ambulante geriatrische Komplexbehandlung

Die ambulante geriatrische Komplexbehandlung²⁴ 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 3.3). 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.

Ziele der Vertragspartner zur ambulanten geriatrischen Komplexbehandlung sind:

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

²⁴ Informationen zum Vertrag und dessen Inhalten können über info@kvmv.de erfragt werden.

5.1.2 Ambulante geriatrische Rehabilitation

Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Absatz 2 SGB V genannten Ziele (zum Beispiel 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.

5.1.3 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 zum Beispiel für Demenzerkrankte.

Kurzzeit- und Verhinderungspflege muss in Mecklenburg-Vorpommern flächendeckend zur Verfügung stehen. Eine zeitlich befristete Betreuung in diesen Einrichtungen stellt für die Betroffenen keinen Ersatz für eine gegebenenfalls 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 bezüglich der Versorgung geriatrischer Patienten einzubinden (siehe auch Punkt 7 ff.).

5.1.4 Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen

a) Die Versorgung der Patienten in vollstationären Pflege-Einrichtungen erfolgt durch ein festes Hausärztle-Team, durch mindestens zwei am Vertrag teilnehmende Hausärzte (siehe auch Kapitel 4, „Pflegeheim Plus“). 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, zum Beispiel gezielte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie, Optimierung der Heil- und Hilfsmittelversorgung, Reduzierung von Krankenhauskosten, Kosten für Transporte und unnötige Doppeluntersuchungen.

b) Entsprechend des Konzeptes der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern zur flächendeckenden zahnärztlichen Betreuung von Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen sind in allen Pflegeheimen Angebote zur Zahnbehandlung vorzuhalten. Im Zuge der Visiten in den Pflegeheimen werden die Mitarbeiter / innen sensibilisiert und befähigt, noch intensiver auf die notwendige Prophylaxe hinzuwirken. Die Aus- und Fortbildung des Pflegepersonals muss begleitend durch zahnmedizinische Inhalte im Hinblick auf die Durchführung einer adäquaten Zahn- und Mundhygiene für die Pflegebedürftigen erweitert werden.

c) Die fachärztliche Versorgung von Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen ist unter Federführung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern entsprechend den Bedürfnissen der Heimbewohner zu optimieren. Diese Betreuung erfolgt unter hausärztlicher Koordination.

5.1.5 Praxisassistenz

Dies ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, welche 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 sichert. 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 (Spezialisierte Ambulante Palliativmedizinische Versorgung) 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 Anlage 8 Bundesmantelvertrages Ärzte / Arzt-Ersatzkassenvertrag erfüllen.

Eine entsprechende geriatricspezifische Qualifikation der eingesetzten Pflegekräfte (entsprechend Curriculum der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern) ist erforderlich.

5.1.6 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.

5.2 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.

5.2.1 Akutgeriatrie inklusive geriatrischer Frührehabilitation und Tagesklinik gemäß § 39 SGB V

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

5.2.2 Indikationen zur Krankenhausbehandlung in der Akutgeriatrie

Die Indikation zur Behandlung speziell in der Geriatrie ergibt sich aus der Definition des geriatrischen Patienten (siehe Kapitel 3). Ausnahmen hiervon sollte es nur geben, falls der Patient erkennbar von der Behandlung in einer anderen Fachdisziplin mehr profitiert beziehungsweise 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.

5.2.3 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.

Bei der Aufnahme aller Patienten ≥ 65 Jahre ist regelhaft ein geriatrisches Screening vorzunehmen, welches der Identifizierung des alten Patienten mit geriatrischem Behandlungsbedarf dient.

Darüber hinaus kann bei entsprechender Indikation eine hausinterne Übernahme aus anderen Fachdisziplinen erfolgen (interne Verlegung). Patienten aus anderen Krankenhäusern können zur geriatrischen Weiterbehandlung beziehungsweise 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 4) 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 den Erfordernissen im Prozedurenkatalog im Verlauf und vor Entlassung wiederholt.

5.2.4 Geriatrische Rehabilitation mit angeschlossener Tagesklinik gemäß § 40 SGB V

In der geriatrischen Rehabilitation werden geriatrische Patienten (siehe Kapitel 3) mit anhaltender Funktions- oder Teilhabestörung nach akuter Erkrankung, bei protrahierter Immobilität nach Operationen, Eingriffen oder Intensivbehandlung oder bei drohender beziehungsweise 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 beziehungsweise 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. Krankenhaustypische 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 beziehungsweise Wiedergewinnung weitgehender Selbstständig-

keit.

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 beziehungsweise 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 ambulanten und zur mobilen geriatrischen Rehabilitation 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 beziehungsweise durch niedergelassene Vertragsärzte, die über die notwendige Zugangsvoraussetzung²⁵ 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 (Wettbewerbsstärkungsgesetz Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung²⁶).

Die Rehabilitationsdauer bei geriatrischen Patienten ist individuell und wird häufig von der „Regelzeitverweildauer“ von drei Wochen abweichen²⁷.

5.2.5 Haupt-Krankheitsgruppen und Syndrome in der geriatrischen Rehabilitation

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

- Erkrankungen des Zentralnervensystems,
- Frakturen und Zustände nach Gelenktraumen beziehungsweise -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,

²⁵ Rehabilitations-Richtlinie

²⁶ www.buzer.de/gesetz/7655/index.htm

²⁷ www.mds-ev.org/index2.html: Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation; 10-2005: 37-38

- 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.

5.2.6 Durchführung der geriatrischen Rehabilitation

In Ergänzung zu 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-Modell²⁸ (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit), mit besonderer Betonung von Funktion und Teilhabe. Die besondere Vulnerabilität Älterer und Hochbetagter sowie die geriatritypische 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 – gegebenenfalls abweichend von der „Norm“ – Fähigkeiten und Teilhabe des Betroffenen vor akuter Erkrankung und interne wie externe Kontextfaktoren zu berücksichtigen. Bereits bestehender Pflegebedarf beziehungsweise vorbestehende deutliche Teilhabeeinschränkung 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 und psychischen Status. Eine qualifizierte Prognosestellung ist nur mit Fachkompetenz und spezifischer Erfahrung sowie im Regelfall nach persönlicher Untersuchung des Patienten beziehungsweise 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 Kapitel 5.3).

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 (zum Beispiel 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 Diag-

²⁸ www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf

nostik. Der Wunsch des Patienten, gegebenenfalls auch seiner Angehörigen, ist besonders zu berücksichtigen. Die funktions- und / oder teilhabeorientierte Behandlung erfolgt interdisziplinär patientenzentriert durch das gesamte geriatrische Team (siehe Kapitel 4.1) 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 beziehungsweise 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 (in der Regel der Hausarzt) die Weiterbehandlung durchführt und koordiniert.

5.2.7 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 Intensivaufenthalten beziehungsweise 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 beziehungsweise 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.

5.2.8 Vernetzung von akutstationärer, frührehabilitativer und rehabilitativer Geriatrie

Die Patientenkarriere verläuft individuell unterschiedlich.

DISZIPLINEN					
Kriterien:	angrenzende Akut-Disziplin	Geriatrie			angrenzende Reha-Disziplin
Patient	Nicht-geriatrisch	Patientin / Patient 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 Krankenhaus	Indikation zur Krankenhaus-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“		Geriatrische Rehabilitation	Indikationsspezifische Rehabilitationsbehandlung
		Geriatrische Akutbehandlung	Geriatrische Frührehabilitation		
			„Rehageriatrie“		

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,
 - ii. bei Vorliegen von voraussichtlich nicht nur vorübergehenden Fähigkeitsstörungen,
 - iii. drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen,
 - iv. über die kurative Versorgung hinaus rehabilitationsmedizinische Maßnahmen erforderlich und voraussichtlich erfolversprechend sind.
- (b) Nicht-rehabilitationsbedürftige geriatrische Patienten mit Krankenhausbehandlungsbedarf erhalten eine **indikationsspezifische, akutgeriatrische Behandlung im Krankenhaus** (indikationsspezifisch in Bezug auf die zumeist internistische beziehungsweise neurologische Hauptdiagnose wie zum Beispiel Pneumonie, dekompensierte Herzinsuffizienz, Parkinson-Krise),
- (c) **Rehabilitationsbedürftige** geriatrische Patienten erhalten je nach Rehabilitationsfähigkeit entweder eine **geriatrische Frührehabilitation** oder eine **geriatrische Rehabilitation**.²⁹

²⁹ Im Verlauf ist ein Wechsel von der geriatrischen Frührehabilitation in die geriatrischen Rehabilitation möglich.

- (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 (zum Beispiel Desorientiertheit, Weglauftendenz, hochgradiger Seh- / Hörverlust, eine die Rehabilitation behindernde schwere Wunde oder Wundkomplifikation, 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 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 (zum Beispiel Desorientiertheit, Weglauftendenz, hochgradiger Seh- / Hörverlust, eine die Rehabilitation behindernde schwere Wunde oder Wundkomplifikation, eine höhergradige Stuhlinkontinenz, eine höhergradige psychische Stö-

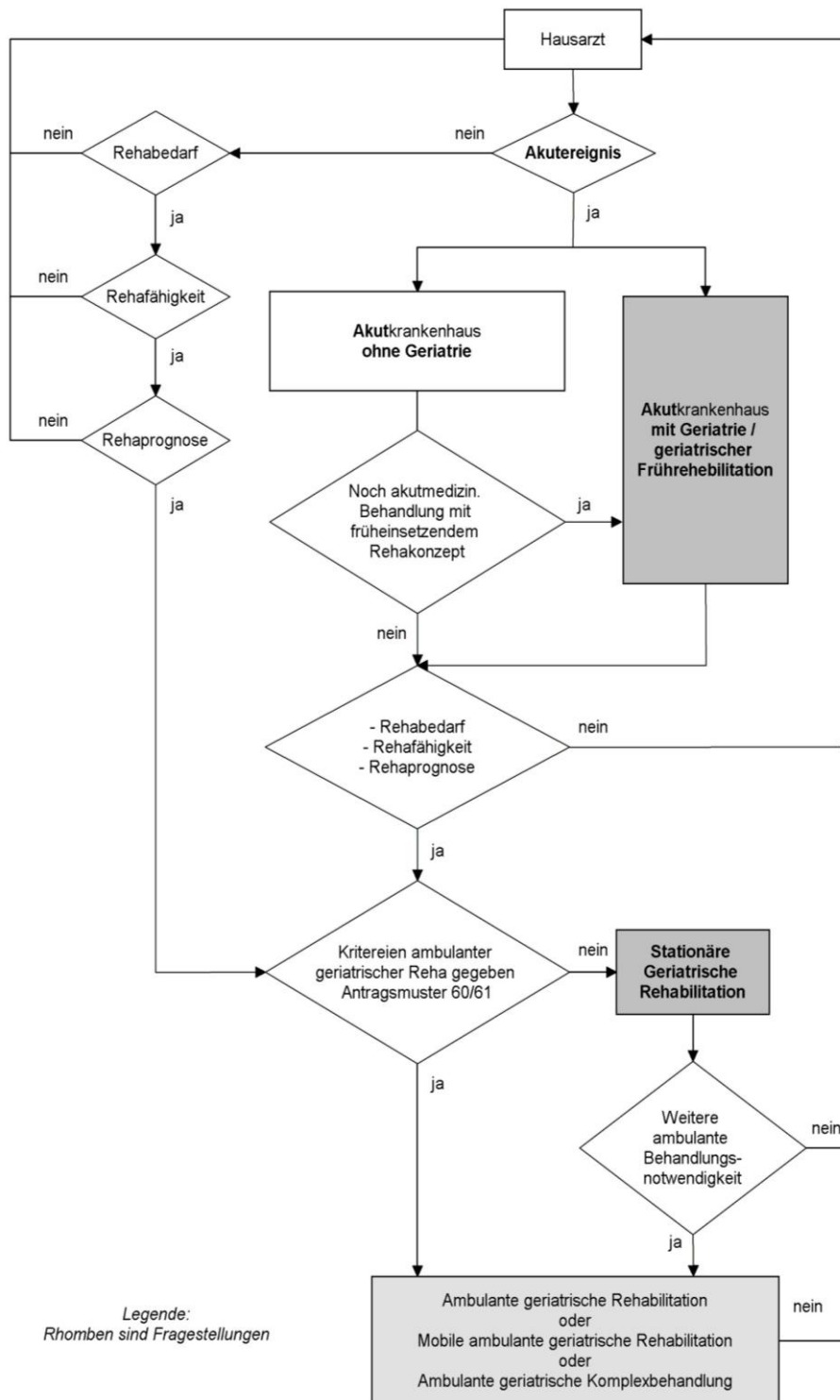
rung wie schwere Depression, Delir, oder akute Wahnsymptomatik), die eine durchgehend aktive Teilnahme an einer Rehabilitationsbehandlung verhindern würden.

- (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 geriatrische Patienten (gemäß Definition) behandelt, die rehabilitationsbedürftig sind (gemäß Definition Satz a), jedoch (noch) nicht im engeren Sinne rehabilitationsfähig (Kriterien gemäß Definition Satz d nicht vollständig erfüllt beziehungsweise mindestens ein Ausschlusskriterium gemäß Satz g erfüllt) und bei denen die notwendigen rehabilitativen Maßnahmen zusätzlich zur akutmedizinischen Diagnostik beziehungsweise 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 gemäß OPS-301). Eine noch unsichere Rehabilitationsprognose steht einer geriatrischen Frührehabilitation dabei nicht entgegen (gemäß Definition Satz f).

5.3 Flussdiagramm der ambulanten und stationären geriatrischen Behandlung

Der veränderte 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 nachstehenden Flussdiagramm erfolgt 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.

6 Palliativmedizinische Versorgung und Hospizarbeit in der Geriatrie

6.1 Definition und Struktur

Palliativmedizin ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen (auch über die Sterbephase hinaus).³⁰

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 Zusammenarbeit der geriatrischen Behandlungsstrukturen mit der Palliativmedizin ist anzustreben, da sich hier zahlreiche Synergieeffekte ergeben.

Grundsätzlich gilt: Geriatrische Patientinnen und Patienten in der Palliativmedizin erfordern geriatrisches und palliativmedizinisches Fachwissen. Diese Kompetenz muss im gesamten Team vorhanden sein. Vergleichbares gilt für die Strukturen.

Es ist stets eine enge Zusammenarbeit mit den regional vorhandenen palliativmedizinischen Einrichtungen und der Spezialisierten Ambulanten Palliativmedizinischen Versorgung (siehe Buchstabe a) sowie mit den Einrichtungen der ambulanten und stationären Hospizarbeit anzustreben.

a) Spezialisierte Ambulante Palliativmedizinische Versorgung und komplexe Versorgung in der Geriatrie (SAPV)

Die SAPV ergänzt das bereits bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärztinnen sowie 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.

b) 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 Mitarbeiterinnen und 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.

c) 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 seiner 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.

d) 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, und andere 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.

6.2 Weiterentwicklung

In Mecklenburg-Vorpommern wurde in die Koalitionsvereinbarung für die fünfte Legislaturperiode ein Auftrag zur Weiterentwicklung der Palliativversorgung aufgenommen. In Ziffer 231 der Koalitionsvereinbarung heißt es: „Die Hospizarbeit wird durch die Koalitionspartner unterstützt und insbesondere im ambulanten Bereich ausgebaut. Die Koalitionspartner richten eine Anlaufstelle in der Landesregierung für Hospiz und Palliativmedizin ein, die unter Beteiligung von Kommunen und Krankenkassen den Aufbau der palliativmedizinischen und hospizlichen Betreuung koordiniert.“

Im November 2007 wurde ein Runder Tisch Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern gegründet. Die Leitung obliegt dem Ministerium für Soziales und Gesundheit. Mitglieder sind die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, die Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern, die Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz und Palliativmedizin, der Landespflegerat, der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste, Vertreter der Krankenkassen, die Liga der Wohlfahrtsverbände, der Städte- und Gemeindetag und der Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern Mecklenburg-Vorpommern und Vertreter der Tumorzentren.

Zunächst wurde eine Bestandsaufnahme der ambulanten und stationären Einrichtungen der Palliativversorgung erstellt.

Wichtiger Teil der Bestandsaufnahme ist auch die Erfassung des Qualifizierungsstandes von Gesundheitsberufen in der Palliativmedizin. In der Ärzteschaft hat sich die Zahl von palliativmedizinisch fortgebildeten Ärztinnen und Ärzten seit 2007 mehr als verdoppelt. Inzwischen haben 132 Ärzte die Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“³¹ erworben.

Auch im pflegerischen Bereich gibt es spezielle palliativmedizinische Fortbildungsangebote, die rege genutzt werden.

Ein Grund für die dynamische Entwicklung ist die Erweiterung des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung durch die letzte Gesundheitsreform: Es wurde in § 37 b SGB V ein Rechtsanspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung geschaffen.

Näheres hierzu regeln die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung vom 20.12.2007 (SAPV) und die Gemeinsamen Empfehlungen der Krankenkassen nach § 132d Absatz 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 23.06.2008. Auf dieser Grundlage wurden ab 2009 auch in Mecklenburg-Vorpommern sieben Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern, die die erforderlichen Voraussetzungen erfüllen, geschlossen.

Seit dem Jahr 2000 besteht in Mecklenburg-Vorpommern mit der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz und Palliativmedizin eine Organisation, die die Akteure in der Palliativversorgung vernetzt.

Trotz der positiven Entwicklung ist die Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern noch in vielen Bereichen verbesserungswürdig. Deshalb wird der Runde Tisch Palliativversorgung beim Ministerium für Soziales und Gesundheit seine Arbeit fortsetzen und weiterhin als Informations- und Kommunikationsplattform fungieren.

Die vorrangige Aufgabe zur Verbesserung der Versorgung ist die Absicherung der ambulanten Palliativversorgung. Dabei ist es eine besondere Herausforderung, im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern mittelfristig landesweit Zugang zur ambulanten Palliativversorgung für alle Menschen mit diesem Versorgungsbedarf zu schaffen.

³¹ Angabe der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Aus Sicht des Ministeriums für Soziales und Gesundheit ist es bei der Vertragsgestaltung wichtig, auf bewährte Strukturen und Erfahrungen zurückzugreifen, Bestehendes sinnvoll zu ergänzen und bei Gewährleistung einheitlicher Qualitätsstandards ein regional differenziertes Vorgehen zu ermöglichen. Palliativmedizinisch fortgebildete Hausärzte sollen in abgestuften Versorgungsmodellen mit Spezialisten zusammenwirken.

In der unmittelbaren Zuständigkeit des Ministeriums für Soziales und Gesundheit wird die Qualifikation der Pflegefachberufe hinsichtlich der notwendigen Kompetenzen in der Palliativmedizin in der Aus-, Fort- und Weiterbildung stetig weiterentwickelt. Dabei wird Mecklenburg-Vorpommern eng mit dem Norddeutschen Zentrum für Pflege zusammen arbeiten, dem das Land beigetreten ist.

Die Verankerung palliativmedizinischer Kompetenzen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung bei Ärztinnen und Ärzten wird durch das Land in geeigneten Gremien auf Landes- und Bundesebene ebenfalls unterstützt.

In der stationären Versorgung bemühen sich immer mehr Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern, eine qualitativ hochwertige Palliativmedizin anzubieten. Das bestehende Abrechnungssystem sieht für diese Leistung vor, sie an bestimmte Qualitätsvoraussetzungen zu binden. Durch diese Entwicklung wird es künftig nicht mehr nötig sein, krankenhausplanerisch Palliativeinheiten an Krankenhäusern auszuweisen. Punktuell sollen bedarfsnotwendige investive Maßnahmen für die palliative Versorgung in Krankenhäusern entsprechend des Landeskrankenhausgesetzes Mecklenburg-Vorpommern durch das Land gefördert werden.

Das Ministerium für Soziales und Gesundheit betont jedoch, dass gerade die Palliativeinheiten, die sich an den onkologischen Zentren in Neubrandenburg, Rostock und Schwerin etabliert haben, einen sehr förderlichen Einfluss auf die Entwicklung der Palliativversorgung im Land hatten. Palliativeinheiten an onkologischen Schwerpunkten sollten weiterhin als Leiteinrichtungen der Palliativmedizin fungieren und die Vernetzung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung sowie die Qualifikation der Fachkräfte befördern.

Die Bildung von regionalen Netzwerken ist eine wesentliche Voraussetzung für eine praxistaugliche Palliativversorgung. Neben dem ambulanten und stationären medizinischen Sektor sind an solchen Netzwerken auch die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und die ambulanten Hospizdienste zu beteiligen. Für ein effizientes Netzwerk ist eine Koordination erforderlich, die sich vorrangig um folgende Fragen kümmert:

- Klärung des patientenspezifischen Versorgungsbedarfes und Vermittlung passgenauer Hilfen (24-Stunden Erreichbarkeit) / Schnittstellenmanagement zwischen Krankenhausaufenthalt und Folgebetreuung,
- Organisation der Netzwerkarbeit (einschließlich Palliativ-Care-Teams), Beteiligung der erforderlichen Institutionen und Professionen,
- Beratung von Hausärztinnen und Hausärzten bei der palliativmedizinischen Basisversorgung,
- Organisation von Qualitätszirkeln und andere Fortbildungsangebote.

Pflegestützpunkte können als regionale Koordinierungsstellen die Vernetzung der verschiedenen Betreuungs- und Pflegeangebote mit den hospizlichen Diensten befördern und wichtige Anlaufstelle für ratsuchende Angehörige sein.

Zur Verbesserung der stationären Versorgung im Bereich Westmecklenburg und Schwerin wurde im Mai 2011 ein stationäres Hospiz mit 12 Plätzen in Schwerin errichtet.

Für eine umfassende Palliativversorgung sind ehrenamtlich engagierte Helferinnen und Helfer unverzichtbar. Auch sie benötigen eine besondere Qualifikation. Darüber hinaus muss diese ehrenamtliche Arbeit kontinuierlich gestärkt und anerkannt werden. Seitens des Landes wird daher die ehrenamtliche Tätigkeit der ambulanten Hospizdienste auch weiterhin im Rahmen der Förderung der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege unterstützt (derzeit 20).

Auf Landesebene soll die gute Zusammenarbeit mit der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz und Palliativmedizin fortgesetzt werden.

Schließlich ist es auch erforderlich, die Öffentlichkeit regelmäßig und kompetent über die sich ständig erweiternden Möglichkeiten der Palliativversorgung zu informieren.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, der Deutsche Hospiz- und Palliativ-Verband und die Bundesärztekammer erarbeiteten gemeinsam eine nationale Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen, die am 8. September 2010 öffentlich vorgestellt wurde. Dadurch soll unter anderem auch ein gesellschaftlicher Dialog und eine professionelle Öffentlichkeitsarbeit zur Versorgung am Lebensende befördert werden. Das Ministerium für Soziales und Gesundheit gehört zu den Institutionen, die für die Ziele und Inhalte diese Charta eintreten.

Eine gute Palliativversorgung soll auch dazu beitragen, die Einstellung der Menschen in diesem Land zu Tod und Sterben zu verändern und keinen Raum für Forderungen nach einer aktiven Sterbehilfe zu lassen.

7 Pflege

Die Entwicklung der Altersstruktur im Land zeigt, dass in Zukunft der Bedarf an professioneller Pflege weiter zunehmen wird. Die Pflegeleistungen werden in immer größerem Umfang durch ambulante Pflegedienste, teil- und vollstationäre Einrichtungen erbracht werden müssen, da durch die gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung immer weniger erwachsene Kinder mit ihren betagten Eltern oder Großeltern unter einem Dach oder in einem Ort wohnen und somit die Pflege nicht übernehmen können.

Die Pflegeanbieter müssen sich künftig auf immer mehr an Demenz erkrankte Pflegebedürftige einstellen und deren speziellem Betreuungsbedarf gerecht werden. Denn Menschen mit demenziellen Erkrankungen werden aufgrund der kontinuierlich steigenden Lebenserwartung künftig die größte Gruppe der auf Pflege und Betreuung Angewiesenen ausmachen. Das erfordert in der Zukunft eine noch stärkere Berücksichtigung demenzkranker Menschen im Rahmen der Pflegeversicherung. Ein erster, folgerichtiger Schritt ist die seit 1. Juli 2008 im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes neu geschaffene Möglichkeit für Pflegeheime, zusätzliche Beschäftigte zur Betreuung ihrer demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohner einzustellen (Betreuungsassistenten), die von den Pflegekassen zusätzlich finanziert werden. Die Höhe der Finanzierung wird zwischen den Pflegekassen und den Pflegeanbietern verhandelt und ist vertraglich festzulegen. Die vom Bundesgesetzgeber vorgeschriebenen Qualifizierungsmaßnahmen und Weiterbildungen der Betreuungsassistenten werden kontinuierlich durchgeführt.

Für die ambulante Pflege in der Häuslichkeit ist es wichtig, weitere ehrenamtliche Helfer zu gewinnen, die im Rahmen der niedrigschwelligen Betreuung tätig werden, um die Angebote zur Entlastung von pflegenden Angehörigen (zum Beispiel stundenweise Betreuung der Pflegebedürftigen, wie spazieren gehen oder vorlesen) ausbauen zu können. Das Ministerium für Soziales und Gesundheit fördert auf Grundlage der Betreuungsangebotelandsverordnung über die Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote und Modellvorhaben weiterhin Projekte ehrenamtlicher Arbeit in diesem Rahmen.

Auch neue Wohnformen, wie zum Beispiel die ambulant betreuten Wohngemeinschaften, können durch das Land im Rahmen des Landespflegegesetzes gefördert werden, um den Wunsch der Pflegebedürftigen nach einem selbstbestimmtem Leben in den eigenen vier Wänden solange wie möglich zu unterstützen. Seit dem 1. Juli 2008 können WG-Bewohnerinnen und WG-Bewohner, aber auch in Nachbarschaft lebende Pflegebedürftige, Sachleistungsansprüche, die sie im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes haben, zusammen legen (poolen) und Leistungen der Grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung gemeinsam in Anspruch nehmen. Die durch das Zusammenlegen von Leistungsansprüchen frei werdende Zeit, ist vom ambulanten Pflegedienst ausschließlich im Interesse der am Pool beteiligten Pflegebedürftigen für deren zusätzliche Betreuung zu nutzen. Hier bedarf es bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen weiterhin eingehender Beratung, damit diese Möglichkeit der Leistungsvernetzung und die daraus resultierenden Vorteile tatsächlich in Anspruch genommen werden.

Im Rahmen der Weiterentwicklung der teilstationären und stationären Pflegeinfrastruktur wird sich auch künftig das Platzangebot in den Pflegeeinrichtungen unseres Landes der demografischen Entwicklung (starke Zunahme der älteren Bevölkerung) anpassen müssen.

Ferner sind regionale Koordinierungsstellen (Pflegestützpunkte) einzurichten, die über vorhandene Pflege- und Betreuungsangebote, Möglichkeiten der Inanspruchnahme von pflegeerleichternden Maßnahmen (zum Beispiel pflegegerechte Wohnraumanpassung), Leistungen im Rahmen der Altenhilfe oder eines trägerübergreifenden persönlichen Budget informieren, beraten und zur Vernetzung der vorhandenen regionalen Pflegestrukturen beitragen. Das Ministerium für Soziales und Gesundheit hat die Pflege- und Krankenkassen durch den Erlass der am 1. Oktober 2010 in Kraft getretenen Allgemeinverfügung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten beauftragt, in Mecklenburg-Vorpommern je Landkreis / kreisfreier Stadt zunächst mindestens einen Pflegestützpunkt zu etablieren.

Zur Weiterentwicklung der Qualität von Pflege und Betreuung sind unter rechtlichen Gesichtspunkten das Pflegeleistungsergänzungsgesetz (seit 1. Juli 2008 in Kraft) und das Heimrecht von besonderer Bedeutung. Im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes sind die Krankenkassen und Pflegeeinrichtungen verpflichtet, verbindliche Standards für die Qualität in der Pflege zu vereinbaren. In diesem Rahmen wurde bis zum Ende des Jahres 2010 jede Pflegeeinrichtung mindestens einmal auf ihre Qualität hin überprüft. Ab 2011 werden diese Prüfungen regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr (Regelprüfung) durchgeführt. Die Ergebnisse der Prüfberichte des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) werden allgemein verständlich und verbraucherfreundlich veröffentlicht. Um dem Schutz der Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern noch besser gerecht zu werden, wurde vom Ministerium für Soziales und Gesundheit das Einrichtungenqualitätsgesetz erarbeitet. Dieses hat das bundesrechtliche Heimgesetz abgelöst. Das Landesgesetz ist am 29. Mai 2010, die Ausführungsverordnungen für die Bereiche Bau, Personal und Mitwirkung sind am 27. November 2010 in Kraft getreten.

Bei der Beurteilung der Qualität von Pflegeeinrichtungen muss auch das Angebot an zahnmedizinischer Betreuung im Rahmen der Komplexversorgung als Bewertungskriterium herangezogen werden.

8 Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Vernetzung geriatrischer Versorgungsangebote

Die Schnittstellenfunktion hausärztlicher Praxen wirkt auch in der geriatrischen Versorgung schon heute im Rahmen einer Reihe von Regelungen, Rechtsverordnungen und Sonderverträgen. Hier ist auf die kassenübergreifenden Chronikerprogramme (DMP's) zu verweisen, die eine eindeutige und zwingende Casemanagement-Funktion eingeschriebener Hausarztpraxen für Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankungen, chronisch-obstruktive Atemwegserkrankungen (COPD) und Asthma in Kooperation mit niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Diabetologie, Pulmologie, Kardiologie und Augenheilkunde beinhalten. Zudem werden von den Krankenkassen Verträge zur „Hausarztzentrierten Versorgung“ nach § 73b SGB V mit der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern abgeschlossen.

Um die Koordination der Leistungen sicherzustellen und auf neue Entwicklungen angemessen reagieren zu können, ist ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch zwischen den niedergelassenen Praxen und anderen Leistungsanbietern erforderlich. Diesen Anforderungen folgend gründete die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern eine Kommission „Geriatric“, die sich analytisch und beratend in die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen, vertraglicher Neuregelungen und Weiterbildungsprogramme einbringt.

Soweit entsprechende Valenzen bestehen, entwickeln die Träger der Rehabilitationskliniken Konzepte, die eine Integration anderer Leistungen in die geriatrische Rehabilitation ermöglichen. Eine Möglichkeit besteht in der Kurzzeitpflege. Bei der Kurzzeitpflege handelt es sich um keine Leistung der geriatrischen Rehabilitation, sondern um ein Versorgungsangebot aus dem Bereich der Pflege. Für die Kurzzeitpflege sind gesonderte Bereiche zur Verfügung zu stellen. Sie ist nicht in sogenannten „Streubetten“ umzusetzen. Daneben wird die Zusammenarbeit mit den Akutkrankenhäusern intensiviert. Anzustreben sind Kooperationsverträge zur integrierten Versorgung nach § 140 b SGB V.

An den Krankenhäusern, an denen das geriatrische Konsil etabliert ist, kann es eine Leit- und Ausstrahlungsfunktion für das Versorgungsgebiet im Sinne des Kerns eines geriatrischen Netzwerkes besitzen.

Zwischen den Einrichtungen und Diensten, die Leistungen für versorgungsbedürftige alte Menschen erbringen, sind Kooperationen anzustreben, die durch Kooperationsverträge untersetzt werden, die die Form der Beziehungen regeln und verbindlich gestalten.

Die einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit birgt neben den positiven Effekten geringer Reibungs- und Informationsverluste sowie eines nicht unterbrochenen Behandlungsverlaufes auch eine erhebliche Attraktivität für die geriatrischen Patientinnen und Patienten, die über mehrere Versorgungsstufen hinweg eine Konstanz in ihrer Behandlung erleben.

In der Fürsorgepflicht für die geriatrischen Patientinnen und Patienten kommt dem Moment der Koordinierung und Steuerung ärztlicher Therapie und der Integration

nichtärztlicher Hilfen, pflegerischer Maßnahmen und flankierender Dienste in die Behandlung ein besonderer Stellenwert zu.

Eine Initialfunktion kann in diesem Zusammenhang von den überwiegend heimbetreuenden Ärztinnen und Ärzten ausgehen³². Damit wird die in diesem Bereich bereits vorhandene geriatrische Kompetenz genutzt.

Die zentrale Rolle zur Koordination der Hilfen für die Betroffenen und die Angehörigen nehmen die Pflegestützpunkte nach § 92 c SGB XI ein. Sie besitzen die Aufgabe die Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen sicherzustellen.

Die geriatrischen Angebote müssen im Rahmen eines Zentrums gesteuert werden. Dazu sind verbindliche Kooperationsbeziehungen zwischen allen Beteiligten herzustellen. Ein Konzept dazu, wie derartige Zentren unter den ländlichen Bedingungen Mecklenburg-Vorpommerns entwickelt und umgesetzt werden können, soll im Rahmen eines durch das Ministerium für Soziales und Gesundheit geförderten Modellprojektes (vorbehaltlich zur Verfügung stehender Haushaltsmittel) erarbeitet werden.

Es wurde eine „Arbeitsgemeinschaft Geriatrie“ gebildet, in der die geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen, die Krankenkassen, der Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und das Ministerium für Soziales und Gesundheit zusammenarbeiten. Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft treffen sich regelmäßig, um sich über die Umsetzung des Geriatriekonzeptes austauschen, Problembereiche zu benennen, Empfehlungen zu erarbeiten (zum Beispiel zum Schnittstellenmanagement, zur Qualitätssicherung, zur Dokumentation). Im Weiteren soll ein Beirat eingerichtet werden, der sich nicht auf die stationäre geriatrische Rehabilitation konzentriert, sondern die Gesamtheit der vielfältigen Aktivitäten zur Optimierung der Geriatrie koordiniert. In diesen Beirat werden alle Akteure einbezogen, die zur Überprüfung der Umsetzung, Ausgestaltung und Weiterentwicklung dieses Geriatrieplanes erforderlich sind. Die Geschäftsführung übernimmt das Ministerium Soziales und Gesundheit.

Im Rahmen des Projektes „Regionale Gesundheitsversorgung“ wird eine neue Form der Zusammenarbeit erprobt. Das Ziel besteht darin, zunächst den Bestand an Gesundheitsdienstleistungserbringern in der Modellregion Mecklenburg-Strelitz sektorenübergreifend festzustellen, um in Anschluss daran Lösungswege zu finden und aufzuzeichnen, wie mit den bestehenden beziehungsweise alternativen Versorgungsstrukturen die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in der Region auch in Zukunft für diese wohnortnah beziehungsweise gut erreichbar sichergestellt werden kann.

Die Verknüpfung der Geriatrie mit der Gerontopsychiatrie und mit der Altenhilfe wird durch ein vom Ministerium für Soziales und Gesundheit gefördertes Modellprojekt („Länger leben in Mecklenburg-Vorpommern“) weiter entwickelt. Im Rahmen dieses Projekts erfolgt

- auf der Basis von aktuellen empirischen Daten (Fakten) eine Beschreibung

³² zum Beispiel die bestehenden Qualitätszirkel heimbetreuender Ärzte in Rostock und Schwerin.

- der aktuellen Ist-Situation (einschließlich der Versorgungslücken),
- ein Vorschlag zur Optimierung des Unterstützungssystems und
- die modellhafte Umsetzung und Evaluierung einiger ergänzender und das vorhandene System stärkender Bausteine.

Für die Forschung ist besonders das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) in der Helmholtz-Gemeinschaft, Partnerstandort Rostock / Greifswald, hervorzuheben. Das DZNE soll von der Grundlagenforschung über neuartige Therapieansätze bis hin zur Versorgung der Patientinnen und Patienten in der Häuslichkeit das gesamte Feld der Demenzforschung bündeln. Am Standort Rostock / Greifswald besteht speziell die Aufgabe, den Bedarf an Unterstützung für ältere Menschen mit Demenz und ihre Familien zu erfassen und das bestehende Versorgungssystem in Mecklenburg-Vorpommern weiter zu entwickeln. Zwischen dem Projekt des DZNE und dem Projekt „Länger leben in Mecklenburg-Vorpommern“ erfolgt eine enge Abstimmung.

An der Universität Rostock wurde mit der Interdisziplinären Fakultät auch die Profillinie „Erfolgreich Altern“ eingerichtet. Ziel dieser Profillinie ist es, in Hinblick auf die zunehmend älter werdende Bevölkerung und die damit verbundenen Probleme neue Lösungsansätze zu entwickeln, sowohl auf der Ebene der medizinischen Versorgungs- und Therapieformen als auch im Bereich der sozialen Strukturen, Sicherungssysteme und Dienstleistungskonzepte sowie in Bezug auf technische Assistenzsysteme für die Unterstützung des täglichen Lebens.

Die Erforschung der Implikationen des demografischen Wandels und die Entwicklung von Lösungen erfordern in besonderem Maße interdisziplinäre Forschungsteams. Nur so ist es möglich, die medizinischen, sozialwissenschaftlichen und ingenieurtechnischen Aspekte ganzheitlich zu untersuchen und in ihren Wechselwirkungen zu verstehen. In der Profillinie werden deshalb die Bereiche Medizin, Demographie, Geisteswissenschaften und Ingenieurwissenschaften gebündelt. Zudem wird die Zusammenarbeit mit dem Max-Planck-Institut für Demographische Forschung Rostock, mit dem Rostocker Zentrum zur Erforschung des demographischen Wandels sowie dem Fraunhofer-Institut für Graphische Datenverarbeitung gepflegt.

Die Medizinische Fakultät hat zudem mit der Neubesetzung der Professur für Medizinische Bioinformatik die Profillinie der Universität Rostock „Erfolgreich Altern“ sowie den Forschungsschwerpunkt „Regenerative Medizin“ der Medizinischen Fakultät nachhaltig gestärkt. Die wissenschaftliche Neuausrichtung des vormaligen „Instituts für Medizinische Informatik und Biometrie“ fand Ausdruck in der Umbenennung in „Institut für Biostatistik und Informatik in Medizin und Altersforschung“.

Die erfolgreiche Vernetzung von Arbeitsgruppen im Bereich der Altersforschung an der Universität Rostock einschließlich der Systembiologie und Bioinformatik führte zur erfolgreichen Einwerbung des Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)-Verbundprojektes GerontoSys RosAge (ROSAge: Reactive Oxygen Species and the Dynamics of Ageing A Mitochondrial Multigene, Multiorgan Approach) über circa 1,4 Mio €. Weitere Forschungen finden und andere statt zu den Themen Fibrose der Leber im Alter, Medikamententherapie im Alter sowie Impfungen im Alter. Zahlreiche Publikationen, teilweise in Zusammenarbeit mit dem Max-Planck-Institut für Demographie, mit geriatric-bezogenem Inhalt sind in den vergangenen Jahren entstanden.

An der Universitätsmedizin Greifswald und Rostock werden die Studierenden fächerübergreifend mit Blick auf die Erkrankungen alter Menschen unterrichtet, um ihnen somit das nötige Rüstzeug für die spätere Tätigkeit in einer Praxis oder in einer Klinik mitzugeben.

Neben den in Kapitel 4.4 dargestellten Qualifikationserfordernissen trägt auch diese Maßnahme dazu bei, mehr Fachkräfte für die Geriatrie zu gewinnen. Weitere Initiativen sind erforderlich, um sicherzustellen, dass alle Berufsgruppen im geriatrischen Team mit der erforderlichen Qualifikation angemessen vertreten sind.

9 Handlungsleitfaden

Die im Handlungsleitfaden genannten Handlungsempfehlungen stehen unter Finanzierungsvorbehalt und entfalten daher keine haushaltspräjudizierende Wirkung. Die Handlungsanforderungen sind für die einzelnen Bereiche der geriatrischen Versorgung wie folgt zusammenzufassen:

a) Prävention und Gesundheitsförderung

- Durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung, an der sich möglichst viele Partnerinnen und Partner beteiligen, soll ein positives Bild vom Altern vermittelt und über Chancen der Gesundheitsförderung und -vorsorge informiert werden.
- Das Ministerium für Soziales und Gesundheit unterstützt die Umsetzung der von der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V. erarbeiteten „Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte“³³.
- Das Ministerium für Soziales und Gesundheit wirkt darauf hin, dass in den Einrichtungen des Gesundheitswesens zielgruppengerichtet und im gegebenen Fall geschlechtersensibel präventive Angebote für ältere Menschen einen höheren Stellenwert erhalten. Als Initialmaßnahmen kommen zum Beispiel Impfaktionen für Seniorinnen und Senioren in Betracht.
- Das Ministerium für Soziales und Gesundheit stärkt in Zusammenarbeit mit der Ärzte- und Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern präventive und rehabilitative Inhalte in der Aus- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte und Gesundheitsfachberufe. Dabei sind Gender-Aspekte als Ausbildungsinhalte mit aufzunehmen.
- Für Menschen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, sind aufsuchende Hilfen erforderlich. Die Landesregierung setzt sich auf Bundesebene dafür ein, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine aufsuchende präventiv ausgerichtete pflegerische, ärztliche und zahnmedizinische Betreuung verbessert werden. Sie unterstützt die Überführung des AGnES³⁴-Projektes in die Regelversorgung.
- Das Ministerium für Soziales und Gesundheit setzt sich für die Fortsetzung des Ausbaus von seniorengerechtem Wohnraum, aktiver Seniorenarbeit, die Förderung der Selbsthilfe und wohnortnahe Beratungsangebote ein.
- Das Ministerium für Soziales und Gesundheit unterstützt zielgerichtete Handlungsmaßnahmen der Förderung eigenverantwortlicher Lebensführung oder / und Versorgung für ältere Frauen.

b) Ambulanter Sektor

- Um die notwendige Arztdichte sicherzustellen, wird der Masterplan des Ministeriums für Soziales und Gesundheit zur künftigen Sicherung der flächendeckenden ärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern³⁵ umgesetzt.
- Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern wird das Zusatzmodul für besonderen Versorgungsbedarf bei älteren Patientinnen und Patienten erhalten und gegebenenfalls weiter entwickeln.
- Die ambulante geriatrische Komplexbehandlung wird weiter ausgebaut.

³³ Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung, 2008

³⁴ AGnES steht für: Arztentlastende, Gemeindeförderung, E-Health-gestützte, Systemische Intervention

³⁵ Landtagsdrucksache 4/1774.

- Die ambulante geriatrische Rehabilitation wird flächendeckend vorzugsweise an geriatrischen Zentren etabliert.
 - Die geriatrische Qualifikation wird im Rahmen eines abgestuften Systems entwickelt und umgesetzt.
 - Der Rahmenvertrag „Pflegeheim plus“ wird weiter mit Einzelverträgen untersetzt.
 - Die Schulungen zur Erlangung einer Genehmigung Rehabilitationsmaßnahmen zu verschreiben, werden weiterhin durch die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern in enger Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern angeboten.
- c) Akutkrankenhäuser
- Bei der Aufnahme aller Patientinnen und Patienten ≥ 65 Jahre ist ein geriatrisches Screening vorzunehmen, um erforderlichenfalls einen geriatrischen Behandlungsansatz verfolgen zu können.
 - Geriatrische Leistungen sind in spezifischen Bereichen der Kliniken (Stationen oder Abteilungen) zu konzentrieren, um das notwendige Behandlungssetting zu ermöglichen.
 - Die tagesklinische Behandlung ist mit der stationären Geriatrie zu verzahnen.
 - Die Geriatrie wird auch künftig nicht als eigenes Fachgebiet im Krankenhausplan ausgewiesen. Die Darstellung der Tageskliniken erfolgt als „geriatrische Tagesklinik“.
- d) Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation
- Die medizinische Rehabilitation wird weiterhin durch die Arbeit der vier bestehenden geriatrischen Rehabilitationskliniken gewährleistet.
 - Die Zusammenarbeit mit den Akutkrankenhäusern wird intensiviert. Anzustreben sind Kooperationsverträge zur integrierten Versorgung nach § 140 b SGB V.
 - Die Zusammenarbeit der Rehabilitationskliniken mit der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern wird unter Einbeziehung der Kostenträger intensiviert.
 - Die Krankenkassen und die Rehabilitationskliniken entwickeln und erproben innovative Verfahren zur Identifizierung von rehabilitationsbedürftigen Patientinnen und Patienten und zur Vereinfachung des Antragsverfahrens.
 - Soweit die erforderlichen Voraussetzungen bestehen, integrieren die geriatrischen Rehabilitationskliniken weitere Leistungen in ihr Konzept.
- e) Pflege
- Auf der Grundlage des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes werden zusätzliche Beschäftigte zur Betreuung demenziell erkrankter Heimbewohnerinnen und Heimbewohner eingestellt (Betreuungsassistentinnen und -assistenten) und von den Pflegekassen zusätzlich finanziert. In diesem Jahr werden die erforderlichen Qualifizierungsmaßnahmen der Betreuungsassistenten beginnen.
 - Das Ministerium für Soziales und Gesundheit fördert weiterhin Projekte ehrenamtlicher Arbeit.
 - Im Rahmen des Landespflegegesetzes erfolgt eine Förderung neuer Wohnformen durch das Land.
 - Es werden regionale Koordinierungsstellen (Pflegestützpunkte) eingerichtet.
 - Die Krankenkassen und Pflegeeinrichtungen vereinbaren verbindliche Standards für die Qualität der Pflege. Bis zum Jahr 2010 wurde jede Pflegeeinrichtung min-

destens einmal auf ihre Qualität überprüft. Ab 2011 werden diese Prüfungen regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr (Regelprüfung) durchgeführt.

- Das durch das Ministerium für Soziales und Gesundheit erarbeitete und am 29.05.2010 in Kraft getretene Einrichtungenqualitätsgesetz verbessert den Schutz der Interessen und Bedürfnisse der Bewohner von Pflegeeinrichtungen.
- f) Palliativversorgung
- Fortsetzung der Arbeit des Runden Tisches Palliativversorgung beim Ministerium für Soziales und Gesundheit, um weiterhin die erforderliche Informationen und Kommunikation sicherzustellen.
 - Entwicklung eines Vertragskonstruktes durch die Krankenkassen zur schrittweisen Umsetzung des Rechtsanspruches auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung.
 - Die Qualifikation der Pflegefachberufe hinsichtlich der notwendigen Kompetenzen in der Palliativmedizin wird in der Aus-, Fort- und Weiterbildung stetig weiterentwickelt.
 - In der Aus-, Fort- und Weiterbildung für Palliativmedizin sind Gender- Aspekte als Lehrinhalt mit einzubeziehen.
 - Die Verankerung palliativmedizinischer Kompetenzen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung bei Ärztinnen und Ärzten wird durch das Land in geeigneten Gremien auf Landes- und Bundesebene ebenfalls unterstützt.
 - Punktuell werden bedarfsnotwendige investive Maßnahmen für die palliative Versorgung in Krankenhäusern durch das Land im Rahmen der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel im Bereich der Krankenhausinvestitionen gefördert.
 - Es sind regionale Netzwerke zu bilden, in die neben dem ambulanten und stationären medizinischen Sektor auch die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie die ambulanten Hospizdienste integriert sind.
- g) Vernetzung geriatrischer Versorgungsangebote
- Es wird ein Beirat unter Federführung des Ministeriums für Soziales und Gesundheit gebildet. In diesen Beirat werden alle Akteure einbezogen, die zur Überprüfung der Umsetzung, Ausgestaltung und Weiterentwicklung dieses Geriatrieplanes erforderlich sind.
 - Zwischen den Einrichtungen und Diensten, die Leistungen für versorgungsbedürftige alte Menschen erbringen, sind Kooperationen anzustreben.
 - Die zentrale Koordination der Hilfen für die Betroffenen und die Angehörigen erfolgt durch die Pflegestützpunkte nach § 92 c SGB XI.
 - Die gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger (nach dem SGB IX) sind stärker zur Beratung und Unterstützung zu nutzen.
 - Im Rahmen eines Modellprojektes zur Versorgung dementieller Erkrankungen werden neue unterstützende Netzwerke implementiert und evaluiert.
 - Die Verknüpfung der Gerontopsychiatrie mit anderen medizinischen Fächern und mit der Altenhilfe wird durch das Ministerium für Soziales und Gesundheit im Rahmen eines Modellprojektes gefördert.
 - Das Ministerium für Soziales und Gesundheit legt vorbehaltlich verfügbarer Haushaltsmittel ein Modellprojekt auf, um die Konzipierung und Implementierung eines Geriatrischen Netzwerkes zu ermöglichen.
 - Es sind flächendeckend regionale, sektorenübergreifende, geriatrische Netzwerke gemeinsam mit den Kostenträgern aufzubauen.

h) Qualifikation

- Alle geriatrischen Einrichtungen und spezialisierten Fachbereiche in Mecklenburg-Vorpommern sind Mitglied beziehungsweise beantragen eine Mitgliedschaft im Bundesverband Geriatrie (BVG) und arbeiten aktiv in dem Landesverband Geriatrie (LVG) MV mit. Die LVG bietet landesweit regelmäßig zertifizierte Schulungen (zum Beispiel Zercur-Geriatrie®) an. Diese werden in aller Regel durch eine oder von mehreren Einrichtungen gemeinsam durchgeführt.
- Es ist mindestens ein Lehrstuhl für Geriatrie in Mecklenburg-Vorpommern einzurichten.
- Die Einführung des Schwerpunktes Geriatrie in der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte ist anzustreben. Es ist darauf hinzuwirken, Gender in der Geriatrie als Weiterbildungsinhalt zu verankern.
- Es ist eine Übergangsregelung für langjährig ambulant geriatrisch tätige Ärztinnen und Ärzte zu schaffen.

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 gegebenenfalls 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.