

## Unterrichtung

Der Präsident  
des Niedersächsischen Landtages  
– Landtagsverwaltung –

Hannover, den 25.03.2014

### **Geriatrische Versorgung in Niedersachsen ausbauen und stärken**

**Beschluss** des Landtages vom 22.06.2012 - Drs. 16/4928

Der Landtag stellt fest:

1. Laut der regionalen Bevölkerungsprognose des LSKN wird die Zahl der Menschen zwischen 65 und 80 Jahren bis 2030 um 24,5 % von 1,2 auf 1,5 Mio. steigen (Basisjahr 2008). Die Zahl der über 80-Jährigen steigt im selben Zeitraum von 53,2 % von 408 000 auf 625 000. Mit zunehmendem Alter steigt die Pflegebedürftigkeit. Ausgehend vom Stand des Jahres 2007 wird die Zahl Pflegebedürftiger bis 2020 um 25 %, bis 2030 um 45 bis 46 %, bis 2040 um 66,5 % und bis zum Jahr 2050 um mehr als 90 % gestiegen sein.
2. Eine spezialisierte, auf den alten kranken Menschen zugeschnittene Krankenhausversorgung, verbunden mit einem geeigneten geriatrisch-rehabilitativen Behandlungsangebot, wie es in den bisher errichteten geriatrischen Zentren in Niedersachsen etabliert wurde, ist geeignet, die Lebensqualität älterer Menschen weitgehend zu erhalten bzw. sogar zu verbessern. Pflegebedürftigkeit wird dort verhindert bzw. in vielen Fällen deutlich vermindert. Somit wird dem Grundsatz des Vorranges von Prävention und medizinischer Rehabilitation, niedergelegt in § 5 SGB XI, Rechnung getragen. Durch den multiprofessionellen Therapieansatz spezieller ärztlicher und pflegerischer Teams werden Patienten sehr viel häufiger nach Hause entlassen und können dort ihr selbstständiges Leben in der eigenen Wohnung fortsetzen, im Bedarfsfall mit ambulanter pflegerischer Unterstützung. Dadurch sind nach einer stationären medizinischen Behandlung weit weniger häufig Menschen auf den Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung angewiesen als dies bei konventioneller (nicht geriatrisch ausgerichteter) Behandlung der Fall ist.
3. Das Angebot stationärer geriatrischer Betten ist in Niedersachsen nicht Gegenstand der Krankenhausplanung des Landes. Erhebungen des Bundesverbandes Geriatrie zufolge ist es nur halb so groß wie im Bundesdurchschnitt. Insbesondere in ländlichen Gegenden wird eine erhebliche geriatrische Unterversorgung gesehen.
4. Das Geriatriekonzept des Landes Niedersachsen aus dem Jahre 1993 hat sich in seinen Grundsätzen bewährt. Allerdings gilt es, die zwischenzeitlich gewachsenen Strukturen der demographischen Entwicklung anzupassen und unter dem Aspekt der regionalen Erreichbarkeit zu verbessern bzw. zu ergänzen. Ausgehend vom Jahr 2007 wird die Fallzahl in geriatrischen Fachabteilungen bis 2020 allein aufgrund der demografischen Entwicklung bei gleich bleibendem Versorgungsbedarf um ca. 32 % (ca. 68 000 Fälle) zunehmen. Im Bereich der geriatrischen stationären Versorgung würde dies nach Hochrechnungen des Bundesverbandes Geriatrie einen Bettenmehrbedarf für 2020 im Bereich der Akutgeriatrie von bis zu 900 und im Bereich der rehabilitativen Geriatrie in Höhe von bis zu 144 Betten nach sich ziehen.
5. Die Angebote ambulanter und mobiler rehabilitativer geriatrischer Therapie müssen flächendeckend ausgebaut werden.

Die Landesregierung entwickelt bis zum 30.06.2013 in Zusammenarbeit mit dem Landesverband Geriatrie Niedersachsen, den Verbänden der gesetzlichen Krankenversicherung in Niedersachsen und weiteren zu beteiligenden Akteuren ein weiterführendes Konzept zur sektorenübergreifenden medizinischen Versorgung der älteren Bevölkerung unseres Bundeslandes, das geeignet ist, den

aufgrund des demografischen Wandels zukünftig bestehenden Anforderungen gerecht zu werden. Dabei sind folgende Punkte zu prüfen und gegebenenfalls zu berücksichtigen:

- a) die Geriatrie in Forschung und Lehre ist auszubauen und in der zukünftigen Hochschulplanung durch eigenständige Lehrstühle zu stärken,
- b) der Schwerpunkt Geriatrie in der Weiterbildungsordnung für Ärzte sowie die geriatrische Fortbildung von Hausärztinnen und Hausärzten ist in Kooperation mit der Ärztekammer Niedersachsen voranzutreiben, verbunden mit dem Ziel, die Zahl an Ärztinnen und Ärzten mit geriatrischer Fachkompetenz in Niedersachsen zu erhöhen,
- c) in der Ausbildung und Weiterbildung von Pflegefachkräften ist die Thematik Geriatrie als Ausbildungsinhalt stärker zu berücksichtigen,
- d) eine flächendeckende, bedarfsorientierte und die Bevölkerungsentwicklung berücksichtigende Versorgung mit geriatrischen Zentren ist innerhalb von zehn Jahren zu realisieren,
- e) geriatrische Zentren sind insbesondere an Krankenhäusern zu etablieren, die aufgrund ihrer Größe und fachdisziplinären Gliederung regionale Schwerpunktaufgaben wahrnehmen und die Gewähr für eine qualitativ hochwertige medizinische und rehabilitative Versorgung bieten,
- f) um die geriatrischen Zentren herum sind bestehende kooperative geriatrische Netzwerke weiter zu entwickeln bzw. an einzelnen Standorten neu aufzubauen, die für die medizinische, therapeutische, pflegerische und betreuerische Bedarfsabdeckung sorgen,
- g) jedes geriatrische Kompetenzzentrum sollte eine fachkundige Beratung zu Fragen der Altersmedizin, die jedem Bürger zugänglich ist, sowie Qualifizierungen in der „Laienpflege“ anbieten,
- h) Erarbeitung und Umsetzung von Konzepten zur strukturierten ambulanten bzw. mobilen geriatrischen Rehabilitation mit dem Ziel der Vereinbarung eines Rahmen-Versorgungsvertrages.

Die Landesregierung wird gebeten, eine Bundesratsinitiative mit dem Ziel der Erweiterung des Kreises der Indikationen für die Institutsambulanzen um den Bereich der Geriatrie zu initiieren.

#### **Antwort** der Landesregierung vom 24.03.2014

In Ausführung der Landtagsentschließung werden die „Rahmenempfehlungen zur Weiterentwicklung der geriatrischen Angebotsstrukturen in Niedersachsen“ (**Anlage**) vorgelegt. Der Entwurf der Rahmenempfehlungen wurde vom MS den zu beteiligenden Verbänden zur Stellungnahme zugeleitet, ein Einvernehmen konnte nicht hergestellt werden. Während die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen eigene, über die bundesweit geltenden Anforderungen deutlich hinausgehende Kriterien fordern, lehnen die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft wie auch die fachrichtungsbezogenen Fachgesellschaften (außerhalb der Geriatrie) die Notwendigkeit eines Konzeptes ab. Die Fachverbände für Geriatrie sehen demgegenüber interessenbezogen einen deutlich höheren Bedarf an geriatrischen Einrichtungen.

Die strukturierte ambulante bzw. mobile geriatrische Rehabilitation ist Teil eines umfassenden ambulanten-geriatrischen Angebotes, das je nach vorhandenen Leistungsstrukturen in ein vernetztes Versorgungssystem einzubeziehen ist. § 111 c SGB V sieht hierzu vor, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam einheitliche Versorgungsverträge über deren Durchführung mit Rehabilitationseinrichtungen abschließen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 besteht. Aus Sicht der Landesregierung muss es der Selbstverwaltung überlassen bleiben, die Vertragsgestaltung den jeweiligen Gegebenheiten anzupassen; die Vereinbarung eines Rahmen-Versorgungsvertrages wird als wenig Ziel führend angesehen.

Mit Gesetz vom 21.07.2012 wurde ein neuer § 118 a in das SGB V eingefügt. Hierin wird geregelt, dass geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen geriatrischen Abteilungen sowie Krankenhausärztinnen und -ärzte zu einer strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden können. Die in der Landtagsentschließung erbetene Bundesratsinitiative ist daher entbehrlich.

**Rahmenempfehlungen zur  
Weiterentwicklung der  
geriatrischen Angebotsstrukturen  
in Niedersachsen**



## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Rechtliche Rahmenbedingungen und Gestaltungsoptionen</b> .....	<b>6</b>
<b>3.</b>	<b>Demografische Entwicklung in Niedersachsen</b> .....	<b>7</b>
3.1.	Bevölkerungsdichte.....	7
3.2.	Rückgang der Einwohnerzahl .....	9
3.3.	Alterung der Bevölkerung.....	10
<b>4.</b>	<b>Geriatric als spezialisierte Versorgungsform</b> .....	<b>16</b>
4.1.	Begriff der Geriatric .....	16
4.2.	Definition der geriatricen Patientin bzw. des geriatricen Patienten .....	18
4.3.	Was heißt geriatric Multimorbidität? .....	18
4.4.	Multimorbidität.....	18
4.4.1.	Behandlungsbedürftigkeit.....	18
4.4.2.	Geriatricetypisch.....	19
4.4.3.	Geriatrices Syndrom.....	19
<b>5.</b>	<b>Überblick über die sektoralen geriatricen Versorgungselemente</b> .....	<b>24</b>
5.1.	Ambulanter Sektor .....	24
5.1.1.	Haus- und Fachärztliche Versorgung .....	24
5.1.2.	Geriatriche Institutsambulanzen .....	24
5.1.3.	Ambulante Pflege und Tages-/Nachtpflege.....	24
5.1.4.	Ambulante geriatriche Rehabilitation gemäß § 40 SGB V.....	25
5.1.5.	Ambulantes Hospiz.....	26
5.2.	Stationärer Sektor .....	27
5.2.1.	Akutgeriatric inklusive geriatriche Frührehabilitation gemäß § 39 SGB V .....	27
5.2.2.	Stationäre Geriatriche Rehabilitation (§ 40 SGB V).....	28
5.2.3.	Kurzzeit- und Verhinderungspflege .....	28
5.2.4.	Langzeitpflege .....	29
5.2.5.	Palliativmedizinische Versorgung in der Geriatric .....	29
5.2.6.	Stationäres Hospiz .....	30
5.3.	Integrierte Versorgungsformen .....	30
5.4.	Kooperationsmodelle und Qualitätszirkel Geriatric .....	30
<b>6.</b>	<b>Das multiprofessionelle geriatriche Team</b> .....	<b>32</b>
6.1.	Ärztlicher Dienst.....	32
6.2.	Pflegerischer Dienst.....	32
6.3.	Therapeutische und psychosozialer Dienste .....	33
6.3.1.	Physiotherapie (Krankengymnastik und Physikalische Therapie).....	33
6.3.2.	Ergotherapie.....	33
6.3.3.	Logopädie (Sprach- und Schlucktherapie).....	33
6.3.4.	(Neuro) - Psychologischer Dienst.....	33
6.3.5.	Sozialdienst .....	34
6.4.	Ergänzende Dienste .....	34
6.4.1.	Ernährungsberatung.....	34
6.4.2.	Seelsorge .....	34
6.4.3.	Ärztlicher Konsiliardienst.....	34
6.4.4.	Orthopädietechnik und Hilfsmittelversorgung.....	34
<b>7.</b>	<b>Das geriatriche Assessment</b> .....	<b>35</b>
<b>8.</b>	<b>Voraussichtliche Nachfrageentwicklung</b> .....	<b>37</b>
8.1.	Prognose der Fallzahlentwicklung .....	37
8.2.	Krankenhausversorgung .....	38
8.3.	Stationäre geriatriche Rehabilitation .....	39
<b>9.</b>	<b>Angebotsstruktur im Bereich Geriatric</b> .....	<b>40</b>
9.1.	Krankenhausversorgung .....	40
9.2.	Geriatriche Zentren .....	43
9.3.	Rehabilitation .....	44



---

9.4. Ambulante Versorgung .....	46
<b>10. Weiterentwicklung geriatrischer Angebotsstrukturen .....</b>	<b>47</b>
10.1. Vorbemerkung.....	47
10.2. Zielsetzung und Grundsätze .....	47
10.3. Empfehlungen für den Ausbau geriatrischer Versorgungsangebote .....	49
10.3.1. Geriatrische Grundversorgung im Krankenhaus .....	49
10.3.2. Geriatrische Zentren.....	50
10.3.3. Medizinische Rehabilitation .....	52
10.3.4. Berücksichtigung weiterer Fachgebiete .....	52
10.3.5. Berücksichtigung der Abgrenzungskriterien .....	52
10.4. Qualitative Anforderungen an Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen .....	53
10.4.1. Medizinisches Konzept.....	53
10.4.2. Individuelle Beurteilungsmaßstäbe für die Inhalte der Konzeption.....	53
10.5. Monitoring der Entwicklung stationärer geriatrischer Versorgungsangebote .....	56
10.6. Gesundheitsregionen .....	56
<b>11. Ausbau geriatrischer Kompetenz.....</b>	<b>57</b>
11.1. Forschung und Lehre .....	57
11.2. Ärztlicher Bereich .....	57
11.3. Pflege .....	58
<b>12. Besonderes Handlungsfeld „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ .....</b>	<b>61</b>
<b>13. Alte Menschen mit Migrationshintergrund .....</b>	<b>62</b>
<b>14. Schlussfolgerungen.....</b>	<b>63</b>



## 1. Einleitung

*„Geriatric ist 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.“*

Mit dieser grundlegenden Definition hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1989 das Aufgabengebiet der Geriatrie umrissen: Im Zentrum steht der Bedarf der älteren Menschen, im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungen umfassend im Hinblick auf die individuelle, gesundheitliche und soziale Situation wahrgenommen zu werden. Eine Definition der geriatrischen Patientin bzw. des geriatrischen Patienten kann daher nur aus dem spezifischen Behandlungsbedarf abgeleitet werden. Nach der in Fachkreisen entwickelten Definition ist die geriatrische Patientin bzw. der geriatrische Patient gekennzeichnet durch eine vorrangige geriatrietypische Multimorbidität und ein höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre und älter). Hierbei schließt die Klassifizierung alter, kranker Menschen als geriatrische Patientin bzw. geriatrischer Patient die sich aus der Multimorbidität ergebene fachmedizinische Behandlung im Rahmen eines Krankheitsereignisses nicht aus. Dem Geriater erwächst vielmehr die Aufgabe, die oftmals interdisziplinäre fach-medizinische Therapie im Rahmen eines Gesamtbehandlungskonzeptes zu koordinieren.

Der Geriatrie kommt damit in einem erheblichen Umfang eine Steuerungsfunktion zu, die die fachmedizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten begleitet. Die ärztliche Weiterbildung sieht in der Geriatrie eine zusätzliche Weiterbildung, die in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, konservative und interventionelle Behandlung und Rehabilitation körperlicher und seelischer Erkrankungen im biologisch fortgeschrittenen Lebensalter mit dem Ziel der Erhaltung und Wiederherstellung größtmöglicher Selbstständigkeit zum Inhalt hat. Sie ist damit weder Gebiet noch Teilgebiet; in der ärztlichen Weiterbildung stellt sie vielmehr eine zusätzliche Weiterbildung in den Gebieten Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Neurologie, Physikalische und rehabilitative Medizin sowie Psychiatrie und Psychotherapie (insb. Gerontopsychiatrie) dar.

Die geriatrische Versorgung ist in Niedersachsen nicht Gegenstand der Krankenhausplanung. Der Niedersächsische Krankenhausplan enthält nach den geltenden landesgesetzlichen Grundlagen die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, gliedert nach den Fachrichtungen (Gebieten), Planbetten, und die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Die in niedersächsischen Krankenhäusern vorgehaltenen Kapazitäten für Geriatrie werden im Niedersächsischen Krankenhausplan unter die Fachrichtung Innere Medizin subsumiert.

Ungeachtet dessen wurden im Jahre 1992 in engem Zusammenwirken mit den unmittelbar Beteiligten, das sind die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft, die kommunalen Spitzenverbände, die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen sowie der Landesausschuss der privaten Krankenversicherung in Niedersachsen, Vorschläge u. a. zur Verbesserung der geriatrischen Krankenhausbehandlung nach § 39 Sozialgesetzbuch V (SGB V) erarbeitet und in der Sitzung des Planungsausschusses nach § 9 Abs. 1 Nds. KHG einvernehmlich beschlossen. Ziel dieses Konzeptes war es, durch die Schaffung abgestufter geriatrischer Angebote (Geriatrisches Zentrum, Integrierte Abteilung, Geriatrierte Abteilung) insbesondere Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zu schaffen, um mittel- bis langfristig die Voraussetzungen für eine flächendeckende geriatrische Versorgung im Rahmen seiner bewährten fachdisziplinären Gliederung zu schaffen. Niedersachsen war und ist auf der Basis dieses Konzeptes Vorreiter in der Einrichtung eines Netzes geriatrischer Zentren, die als Vorreiter einer sektorübergreifenden, abgestuften altersmedizinischen Versorgung gelten. Parallel hat sich eine zunehmende Ausrichtung einer Vielzahl von Reha-Einrichtungen auf die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen hin sowie eine flächendeckende Erbringung geriatrischer Behandlungen (nicht nur in geriatrischen Zentren) als Versorgungsstandard etabliert.



Aufgrund der Betroffenheit nahezu aller Krankenhäuser kann eine Lösung auch aus heutiger Sicht nicht lauten: „Geriatric nur an wenigen Abteilungen“. Der konzeptionelle Ansatz sieht daher vor, dass sektorenübergreifend ein qualitativ hochwertiges, prozessorientiertes Angebot zur Versorgung multimorbider älterer und kranker Menschen geschaffen wird, ohne die Versorgung der Klientel in den vorhandenen, fachgebietsbezogenen Strukturen aus dem Auge zu verlieren.

Auch wenn sich der vorstehende konzeptionelle Ansatz über die Jahre grundsätzlich als zielführend erwiesen hat, bleibt dennoch festzustellen, dass das Ziel einer flächendeckenden Geriatricierung der Versorgung der Bevölkerung bisher nicht zufriedenstellend erreicht worden ist. Insbesondere ist es bisher nicht in ausreichendem Maße gelungen, das in den Krankenhäusern tätige Personal für die besonderen Bedürfnisse alter Kranker Menschen zu sensibilisieren und hierfür notwendiges spezielles Wissen zu implementieren. Der gerade im hohen Lebensalter zu beachtende interdisziplinäre Behandlungsansatz wie auch die besondere Aktivierend-Therapeutische Pflege in der Geriatric (ATP-G) bleiben mitunter auf der Strecke. Eine besondere Herausforderung für die Zukunft wird darin liegen, die im Gesundheitswesen tätigen Personen durch Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen so zu qualifizieren, dass für die ältere Bevölkerung Niedersachsens auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung eine zukunftsgerechte und bedürfnisorientierte Versorgung gewährleistet ist. Neben der Schaffung spezieller altersmedizinischer Behandlungsmöglichkeiten wird es darauf ankommen, die bestehenden Strukturen zu qualifizieren und eine effizient sektorübergreifende Versorgung zu organisieren.

Innovative Entwicklungen, wie bspw. die Telemedizin, sollten Berücksichtigung finden. Allerdings ist darauf zu achten, dass eine (Weiter-)Entwicklung derartiger Konzepte mit Einbeziehung von Geriatricern geschehen muss. Ein Beispiel kann dabei die durch das Land Niedersachsen geförderte Initiative „Gestaltung Altersgerechter Lebenswelten – GAL“ sein, bei der die Geriatric in den Forschungsverbund eingebunden war und maßgeblich die Feldversuche gestaltete.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. Abschlussbericht für GAL (Gestaltung Altersgerechter Lebenswelten) soll in der Zeitschrift: Informatics for Health and Social Care (IHSC) publiziert werden von Prof. Nicholas Hardiker (Hrsg.).



## 2. Rechtliche Rahmenbedingungen und Gestaltungsoptionen

Die rechtlichen Rahmenbedingungen sehen für die geriatrische Versorgung in den unterschiedlichen Versorgungssektoren unterschiedliche Verantwortlichkeiten vor.

Die ambulante Bedarfsplanung liegt in der Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen. Im Bereich der Rehabilitation bestehen sowohl Versorgungsverträge nach § 111 SGB V für geriatrische Rehabilitationskliniken als auch für indikationsspezifische Rehabilitationsangebote. Es obliegt der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), beim Abschluss derartiger Verträge auf die Einhaltung von Qualitätskriterien zu achten. Verbindliche Vorgaben des Landes Niedersachsen existieren nicht.

Für die Krankenhausversorgung liegt die primäre Zuständigkeit bei den Bundesländern. In Niedersachsen ist die Geriatrie nicht Gegenstand der Krankenhausplanung. Es unterfällt der alleinigen Entscheidungshoheit der Krankenhausträger, ob Sie geriatrische Leistungen anbieten. Bei Vorliegen der Abrechnungsvoraussetzungen (OPS 8-550<sup>2</sup>), die auf Bundesebene definiert werden, ist jedes Plankrankenhaus berechtigt, geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen zu erbringen, eine vorherige Abstimmung mit dem Land oder mit der GKV ist nicht erforderlich. In Einzelfällen existieren zwar ergänzende Vereinbarungen, nach § 109 Abs. 1 Satz 5 SGB V zwischen Krankenhausträgern und der GKV, der Abschluss solcher Vereinbarungen ist aber freiwillig und nicht Voraussetzung für die Leistungserbringung.

Was die bundesweit einheitlichen Abrechnungsvoraussetzungen des OPS 8-550 angeht ist an dieser Stelle zudem darauf hinzuweisen, dass bei Erfüllung der dort genannten Voraussetzungen ein Krankenhaus diese Leistungen abrechnen kann. Der OPS 8-550 fordert das Vorhandensein eines geriatrischen Teams unter fachärztlicher Leitung. Eine Verknüpfung zur Krankenhausplanung nimmt der OPS nicht vor, so dass dort keine krankenhausesplanerischen Mindestmerkmale (Versorgungsstufen, Mindestgrößen etc.) definiert werden. Nach der Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte kann der Versorgungsauftrag für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung nicht eingeschränkt werden. Kompetenzen der Länder, eigenständig die Kriterien des OPS zu verändern, gibt es nicht.

Diese Ausführungen machen deutlich, dass keine gesetzlichen Grundlagen für das Land Niedersachsen existieren, regulierend in die geriatrischen Versorgungsstrukturen z.B. über einen Krankenhausfachplan gemäß § 4 Abs. 5 Niedersächsisches Krankenhausgesetz (NKHG) einzugreifen.

Gleichwohl hat die Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgungsstrukturen in Anbetracht der demografischen Entwicklung für das Land Niedersachsen eine besondere Bedeutung. Mit diesen Rahmenempfehlungen zur Weiterentwicklung der geriatrischen Angebotsstrukturen soll daher eine Grundlage geschaffen werden, in den unterschiedlichen Versorgungssegmenten das Thema der geriatrischen Versorgung zu sensibilisieren und Empfehlungen zur Optimierung der Angebotsstrukturen auszusprechen, auf Basis derer in den unterschiedlichen Versorgungs- und auch Verantwortungsbereichen Prozesse zur Optimierung der geriatrischen Versorgung initiiert werden sollen.

---

<sup>2</sup> Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung





### 3. Demografische Entwicklung in Niedersachsen

Das Landesamt für Statistik Niedersachsen (LSN) hat für die niedersächsischen Landkreise, kreisfreien Städte sowie großen Städte mit rund 50.000 Einwohnern in Niedersachsen im Jahr 2010 eine Bevölkerungsvorausberechnung durchgeführt. Diese regionale Vorausberechnung beginnt mit dem 01.01.2009 und endet am 01.01.2031. Die Grundlage der Berechnung bildet das Ergebnis der Bevölkerungsfortschreibung vom 31.12.2008 (= 01.01.2009). Die wesentlichen Ergebnisse dieser Bevölkerungsvorausberechnung sind in einer Veröffentlichung des LSN im Statistischen Monatsheft Niedersachsen 1/2011 dargestellt. Zusammenfassend wird festgestellt, dass die niedersächsische Bevölkerung in den nächsten Jahren weiter zurückgehen wird. Als ursächlich für die Abnahme der Einwohnerzahlen wird das zunehmende Geburtendefizit angesehen, welches als ein Aspekt auch Auswirkungen auf die Krankenhausplanung und damit die Kapazitäten insbesondere in der Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie haben kann und wird.

In Zukunft wird die Schere zwischen der Zahl der Geburten und der Zahl der Sterbefälle nach Aussage des LSN immer weiter auseinander gehen. Auch kann der erwartete positive Wanderungssaldo weiterhin die fehlenden Geburten nicht ausgleichen. Insgesamt geht die Bevölkerungsvorausberechnung von einem Rückgang der Einwohnerzahl von derzeit 7.918.293 (Stand: 31.12.2010) auf 7.442.242 (Stand: 01.01.2031), d. h. einem Minus von 476.051 Personen in rd. 20 Jahren aus. Das ist ein Bevölkerungsrückgang von rd. 6 Prozent.

Die demografische Entwicklung ist nach den Feststellungen des LSN in den regionalen Einheiten von Niedersachsen sehr differenziert. In den meisten Kreisen wird die Bevölkerungszahl aufgrund von Geburtendefiziten und Wanderungsverlusten zurückgehen. Die Kreise mit einer Zunahme der Einwohnerzahl profitieren zum einen von Wanderungsgewinnen und zum anderen von Geburtenüberschüssen.

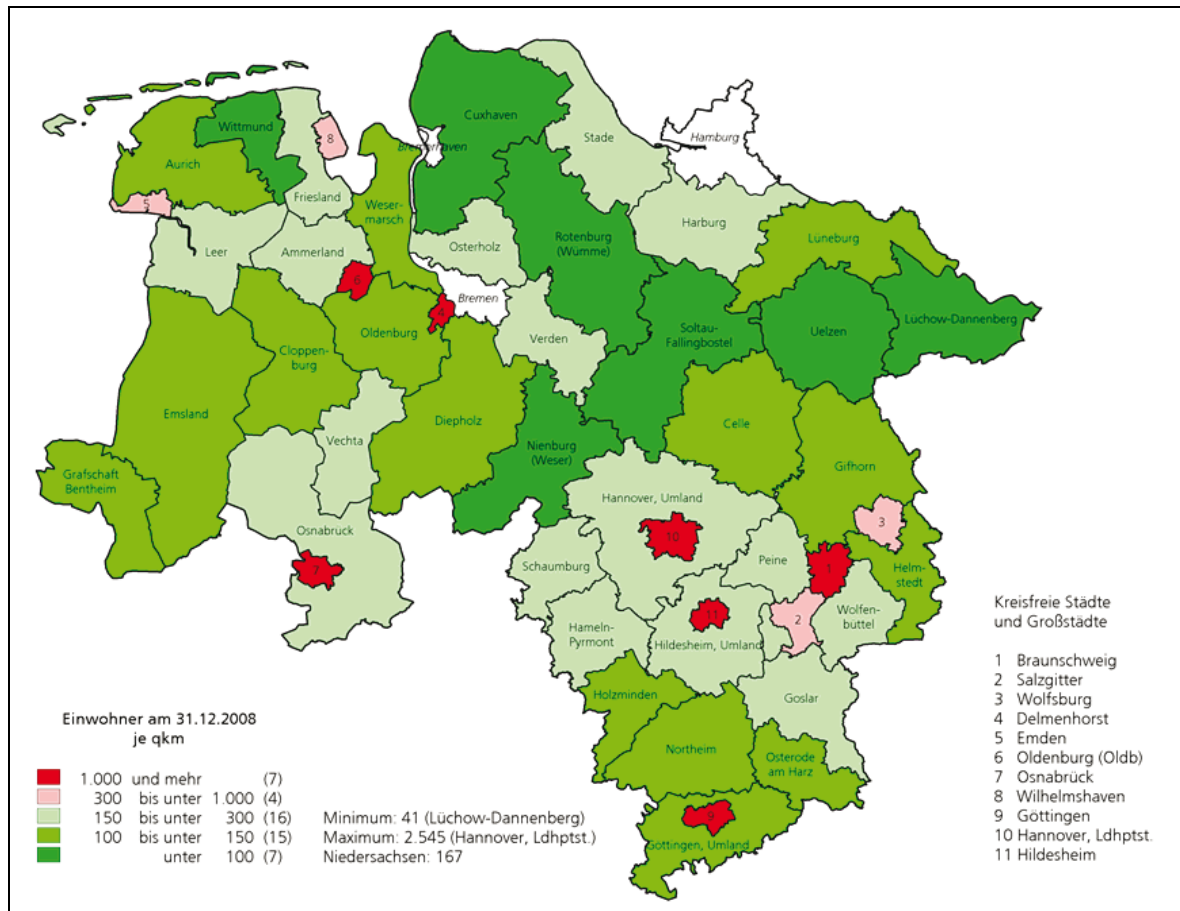
Die Altersstruktur wird sich regional unterschiedlich entwickeln. In allen Kreisen dürfte die Zahl der über 65-Jährigen zunehmen. Diese Entwicklung hat auch Auswirkungen auf die Krankenhausversorgung in Niedersachsen. Die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter, die die Jüngeren und die Älteren versorgen müssen, wird immer geringer werden. Probleme in der Gewinnung ärztlichen und pflegerischen Personals sind damit vorprogrammiert.

Die wesentlichen Feststellungen des LSN im Kontext zur geriatrischen Versorgung werden im Folgenden zitiert.

#### 3.1. Bevölkerungsdichte

Die Bevölkerungsdichte bezieht die Zahl der Einwohner auf die Fläche der jeweiligen regionalen Einheit. Die Bevölkerungsdichte ist höher in Städten mit geringer Fläche und hohen Einwohnerzahlen als in ländlichen Gebieten mit großer Fläche und weniger Einwohnern. Die Abbildung 1 verdeutlicht, dass die Landkreise, die direkt an größere Städte angrenzen, meist eine höhere Bevölkerungsdichte haben als die Kreise, in denen keine Großstadt in unmittelbarer Nähe liegt. Die Landkreise der Lüneburger Heide sowie Nienburg und Wittmund weisen mit unter 100 Einwohnern je km<sup>2</sup> die geringste Bevölkerungsdichte auf. Am dünnsten sind die LK Lüchow-Dannenberg (41), Uelzen (65), Soltau-Fallingb. (75) und Rotenburg (Wümme) (80) besiedelt.

Abb. 1: Bevölkerungsdichte nach Kreisen, kreisfreien Städten und Großstädten - Stand: 31.12.2008



Quelle: LSKN<sup>3</sup> - Statistische Berichte Niedersachsen – A I 8.2/S, 1/2011

Die Region Hannover ist der „Landkreis“ mit der höchsten Bevölkerungsdichte. Dort lebten je km<sup>2</sup> 493 Personen. Für dieses Ergebnis ist die Besiedlungsdichte der Stadt Hannover entscheidend. Des Weiteren zählen Peine (248), Schaumburg (241), Hildesheim (238) und Göttingen (233) zu den Landkreisen mit einer hohen Bevölkerungsdichte.

Eine Bevölkerungsdichte von über 1.000 Einwohnern je km<sup>2</sup> gibt es in den kreisfreien Städten Oldenburg (1.557), Osnabrück (1.363), Braunschweig (1.280) und Delmenhorst (1.199) sowie in den Großstädten Hildesheim (1.121) und Göttingen (1.035). Die Landeshauptstadt Hannover ist mit 2.545 Personen je km<sup>2</sup> am dichtesten besiedelt. Die anderen kreisfreien Städte (Wilhelmshaven, Wolfsburg, Salzgitter und Emden) weisen ebenfalls eine hohe Besiedlungsdichte zwischen 762 und 459 Einwohnern je km<sup>2</sup> aus.

In dünner besiedelten Bereichen kommt im Rahmen der Krankenhausplanung den Aspekten der Erreichbarkeit und der Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern ein höherer Stellenwert zu als dies in dicht besiedelten Gebieten der Fall ist. In den unterschiedlich ausgeprägten Versorgungsregionen ist daher jeweils darauf zu achten, dass ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Erreichbarkeit für die Bevölkerung und Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses hergestellt werden kann. In dünner besiedelten Regionen wird daher ein stärkerer Trend zur Zentralisierung festzustellen sein, als dies in Ballungsräumen der Fall ist. Für die Krankenhausplanung wird es somit darauf ankommen, auch in ländlich geprägten Regionen eine ausreichende geriatrische Versorgung als Grund- und Regelversorgung sicherzustellen.

<sup>3</sup> Seit dem 01.01.2014 LSN



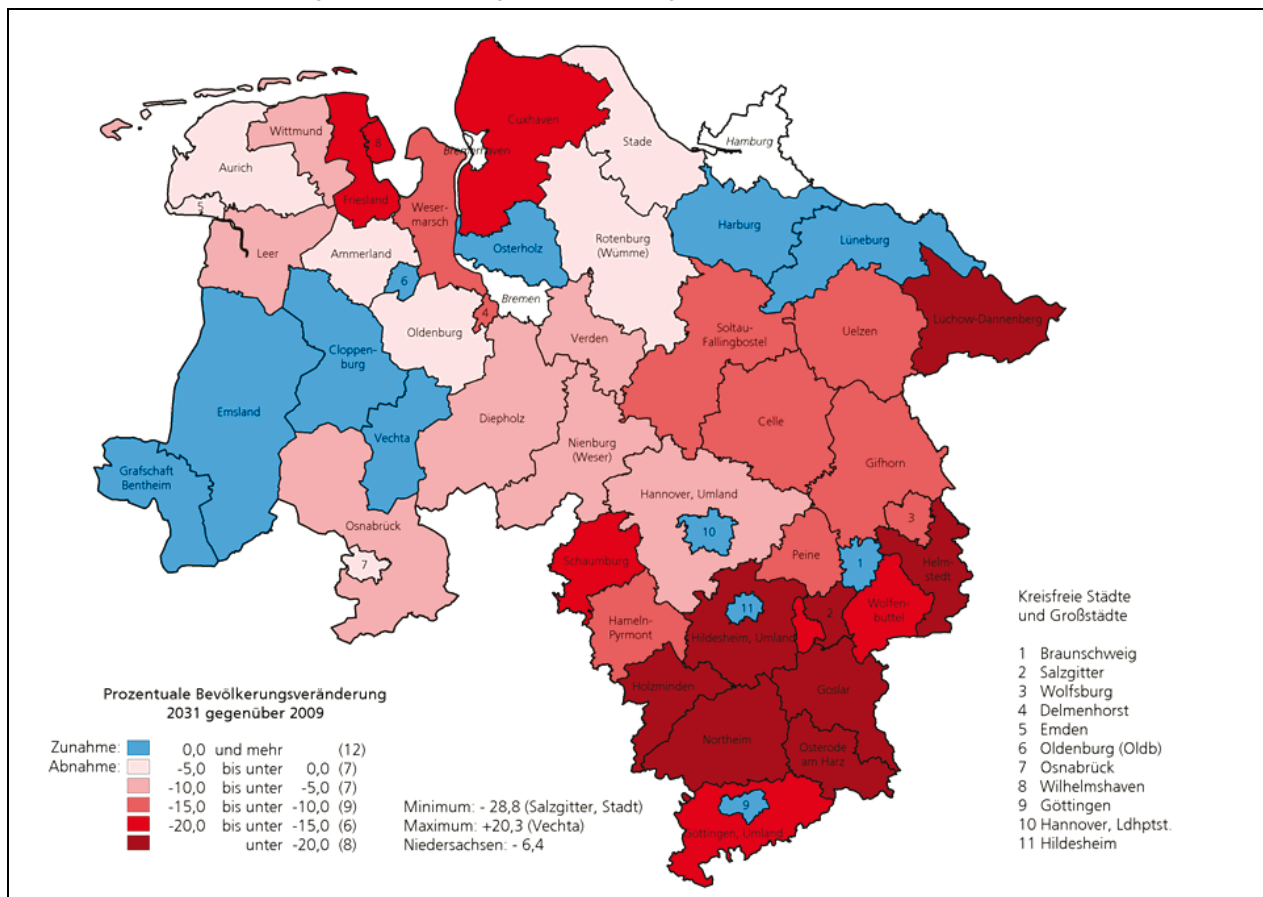
### 3.2. Rückgang der Einwohnerzahl

Bis zum 01.01.2031 wird die niedersächsische Bevölkerung voraussichtlich um 6,4% (Anm. ausgehend vom Basisjahr 2009) auf 7,44 Mio. Einwohner zurückgehen. Die Entwicklung wird regional ganz unterschiedlich verlaufen.

Von den 46 niedersächsischen Landkreisen und kreisfreien Städten wird sich die Zahl der Einwohner voraussichtlich in sieben Kreisen sowie den Städten Braunschweig und Oldenburg erhöhen. Der größte relative Zuwachs der Bevölkerung wird im Oldenburger Münsterland erwartet mit Werten von über 20% (Landkreis Vechta) und fast 13% (Landkreis Cloppenburg). Die hohe positive Entwicklung der Einwohnerzahlen in den Landkreisen Vechta und Cloppenburg basiert insbesondere auf Geburtenüberschüssen. Im Oldenburger Münsterland wird schon seit Jahren die höchste Fertilität verzeichnet. Diese zwei Kreise profitierten in den letzten Jahren zusätzlich auch noch von Wanderungsgewinnen.

Des Weiteren könnten die Landkreis Emsland (6,7%), Grafschaft Bentheim (3,7%), Harburg (2,5%), Lüneburg (2,5%) und Osterholz (0,2%) Bevölkerungsgewinne bis zum 01.01.2031 aufweisen. Auch in den Großstädten Hildesheim (10,8%), Hannover (6,3%) und Göttingen (2,0%) ist mit einer Zunahme der Einwohnerzahlen zu rechnen. Die positive Entwicklung in diesen Kreisen und Großstädten geht auf errechnete Wanderungsgewinne zurück.

Abb. 2: Veränderung der Bevölkerungszahlen im Vergleich der Jahre 2009 und vorausberechneten 2031





In allen anderen Regionen des Landes wird sie mehr oder weniger stark schrumpfen, weil das Geburtendefizit weiter zunimmt und nicht durch Wanderungsgewinne ausgeglichen werden kann.

Eine moderate Abnahme der Einwohnerzahlen von weniger als 5% ist für die Landkreise Aurich (-4,3%), Stade (-2,2%), Ammerland (-1,4%), Rotenburg (Wümme) (-1,4%) und Oldenburg (-0,9%) sowie in den kreisfreien Städten Osnabrück (-3,3%) und Emden (-1,6%) zu erwarten.

Eine Verminderung der Einwohnerzahl von 5% bis 15% bis Ende des Vorausberechnungszeitraumes wurde für das Umland der Stadt Hannover und für fast alle Landkreise, die an die Region Hannover angrenzen, sowie für die Landkreise Diepholz, Osnabrück, Leer, Göttingen, Wittmund, Verden, Uelzen, Wesermarsch und die kreisfreien Städte Delmenhorst und Wolfsburg berechnet. Die meisten dieser Kreise können zwar mit Wanderungsgewinnen rechnen, aber es werden zu wenige Kinder geboren, um die Zahl der Sterbefälle auszugleichen.

Hingegen dürften sechs Landkreise sowie die kreisfreie Stadt Salzgitter voraussichtlich über 20% ihrer Einwohner verlieren. Die höchsten relativen Bevölkerungsrückgänge werden in Südniedersachsen in den Landkreisen Goslar (-25,6%), Northeim (-25,6%), Osterode am Harz (-24,3%), Holzminden (-20,4%) – sowie im Osten des Landes in den Landkreisen Helmstedt (-26,7%) und Lüchow-Dannenberg (-21,5%) erwartet. Auch das Umland von Hildesheim könnte eine Abnahme der Bevölkerung von über 25% aufweisen. Die Einwohnerzahl dürfte am stärksten in der kreisfreien Stadt Salzgitter abnehmen. In dieser Stadt wurde eine Verringerung von bis zu 29% ermittelt.

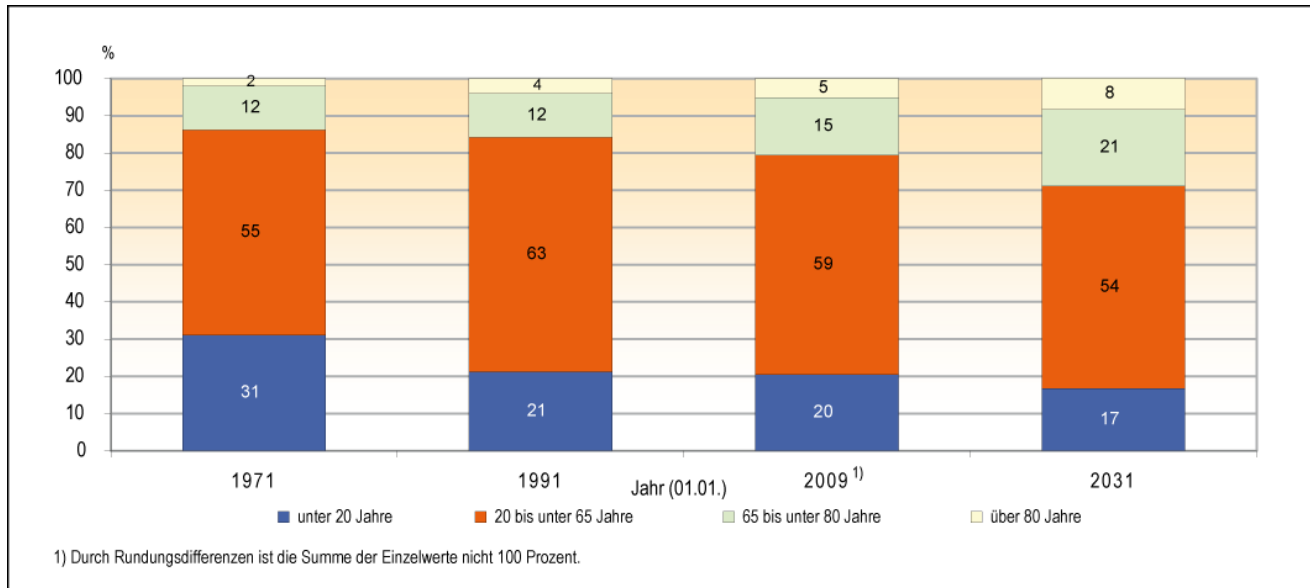
Mit einem sehr hohen Rückgang der Bevölkerung ist auch an der Nordseeküste in den Landkreisen Cuxhaven (-16,7%), Friesland (-16,4%) und Wesermarsch (-12,5%) sowie der Stadt Wilhelmshaven (-15,5%) zu rechnen. Ursächlich sind hier die anhaltenden Geburtendefizite und zusätzliche Wanderungsverluste.

### **3.3. Alterung der Bevölkerung**

Nicht nur die Einwohnerzahl wird zurückgehen, auch die Altersstruktur wird sich verschieben. Diese hat sich bereits in den letzten Jahrzehnten deutlich verändert: Am 01.01.1971 betrug der Anteil der unter 20-Jährigen an der Gesamtbevölkerung noch 31%. In den letzten Jahren schwankte der Anteil der Kinder und Jugendlichen um 21%. Der Anteil der 20- bis unter 65-Jährigen an der niedersächsischen Bevölkerung lag Anfang und Mitte der 1970er-Jahre bei rund 55% und stieg bis Anfang der 1990er-Jahre auf 63%. Anschließend sank dieser Wert bis zum 01.01.2009 auf 59%. Der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung betrug am 01.01.1971 nur 14% und stieg bis zum 01.01.2009 auf über 20% (vgl. Abb. 3) stark an.



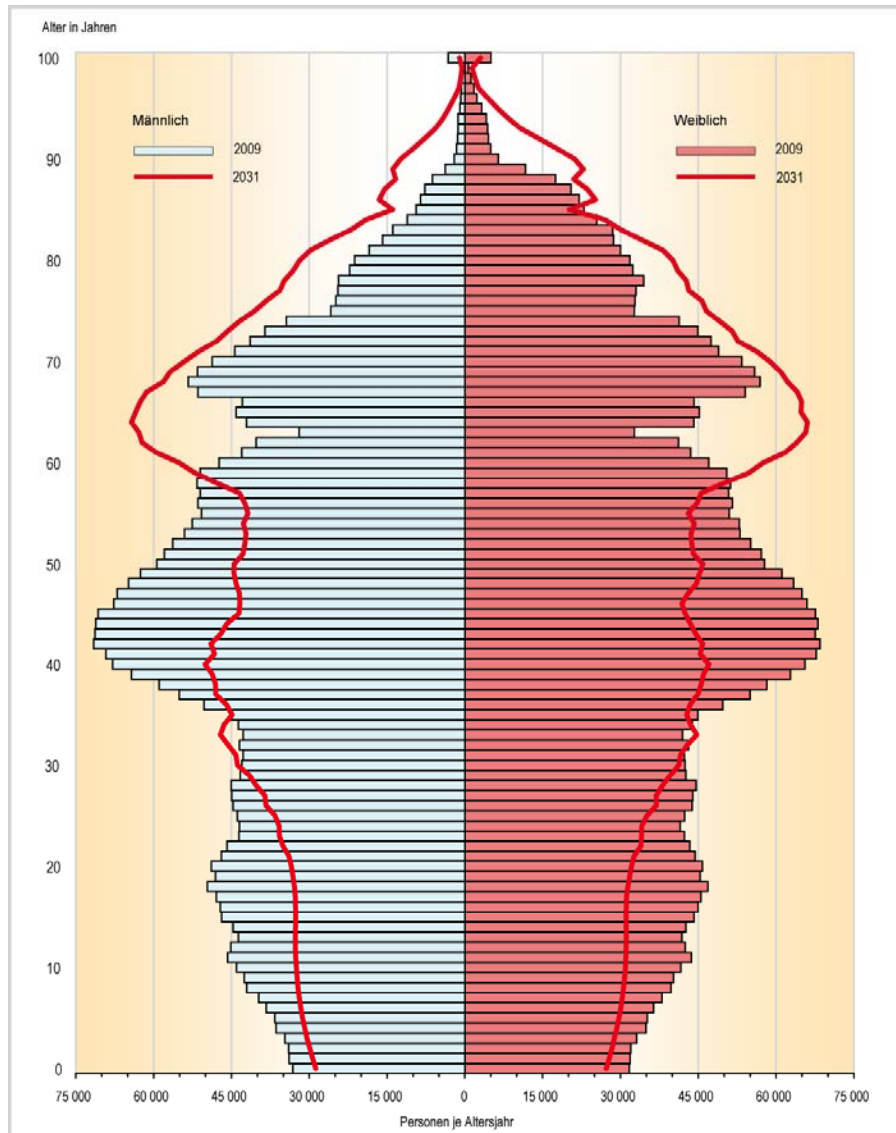
Abb. 3: Veränderung der Altersstruktur in Niedersachsen 1971 bis 2031



Quelle: LSKN - Statistische Berichte Niedersachsen – A I 8.2/S, 1/2011

Auch in Zukunft wird die Bevölkerung weiter altern. Die zurzeit stärker besetzten Jahrgänge werden schrittweise durch zahlenmäßig deutlich schwächer besetzte Jahrgänge ersetzt. Die Zahl der über 65-Jährigen wird weiter ansteigen und die der unter 20-Jährigen deutlich abnehmen. Am 01.01.2031 wird folgende Altersstruktur erwartet: 17% (0 bis unter 20 Jahre), 54% (20 bis unter 65 Jahre) und 29% (über 65 Jahre).

Abb. 4: Bevölkerungsstruktur am 01.01.2009 und 01.01.2031 im Vergleich



Quelle: LSKN - Statistische Berichte Niedersachsen – A I 8.2/S, 1/2011

Durch den Vergleich der Bevölkerungspyramiden am 01.01.2009 und 01.01.2031 wird die demografische Alterung deutlich (vgl. Abb. 4). Die mittlere Altersgruppe zwischen 40 und 50 Jahren ist zurzeit am stärksten besetzt. Diese Jahrgänge werden bis 2031 weiter nach oben verschoben und dann durch weniger stark besetzte Jahrgänge ersetzt. Im Jahr 2031 werden voraussichtlich die Altersstufen der 60- bis 70-Jährigen am stärksten besetzt sein. Die hohe Besetzung in den angesprochenen Altersgruppen resultiert aus dem Babyboom Mitte der 1960er-Jahre. Die Bevölkerungspyramide macht auch deutlich, dass die oberen Altersgruppen stärker von Frauen als von Männern besetzt sind. Ursächlich hierfür ist die höhere Lebenserwartung der Frauen. In den unteren und mittleren Altersgruppen bis unter 50 Jahre ist die Zahl der Männer höher als die der Frauen. Durch die fehlenden Geburten werden die unteren Jahrgänge künftig immer weniger besetzt sein. Die Bevölkerungs“pyramide“ wird demzufolge nach unten immer schmaler.

Nach den vom LSN festgelegten Altersgruppen ergibt sich folgende regionale Verteilung im Vergleich der Jahre 2010 und 2031, hier dargestellt wird nur die Altersgruppe der über 65jährigen:

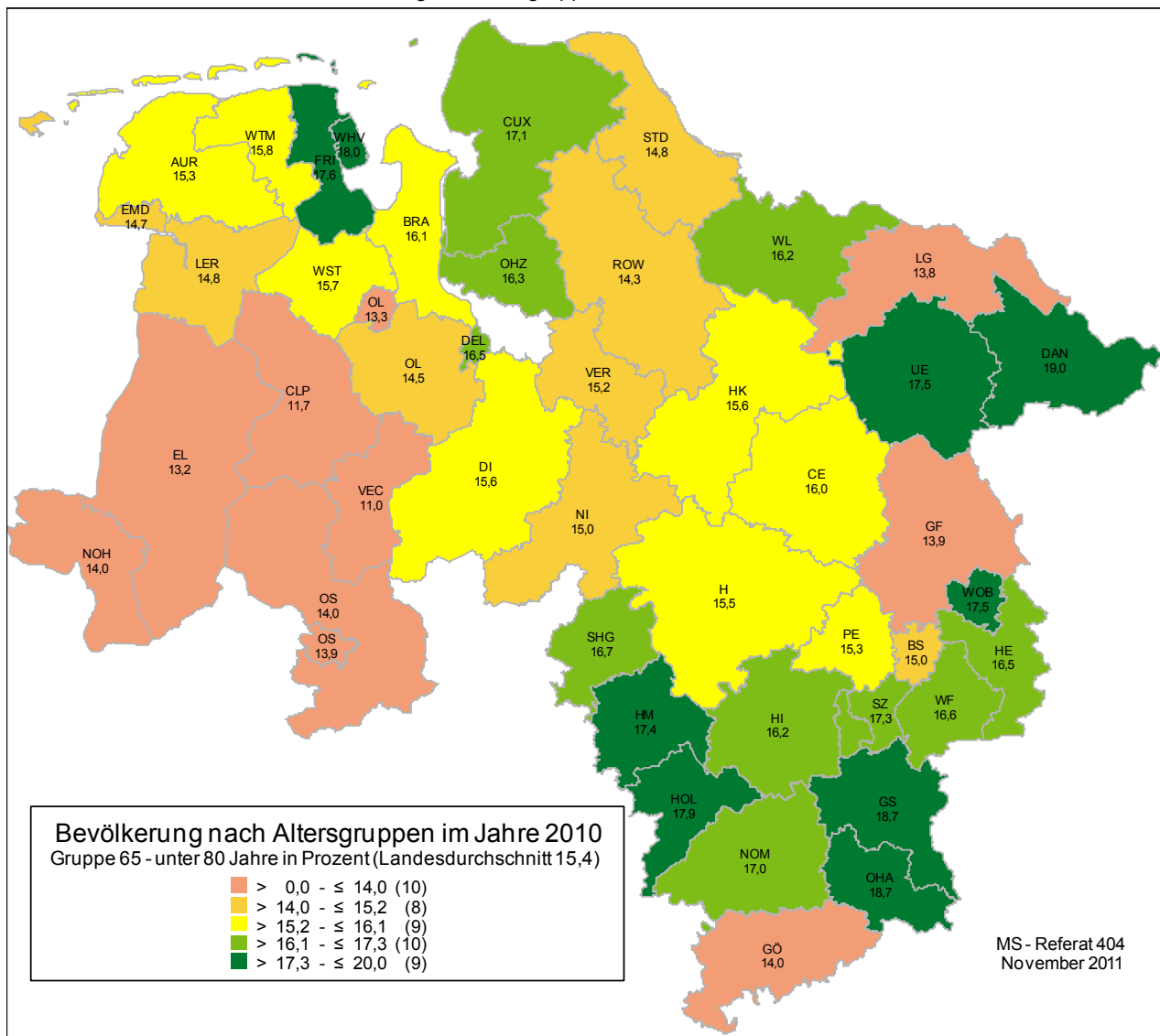
Bei der Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen handelt es sich um den Teil der Bevölkerung, der die Phase des Erwerbslebens abgeschlossen hat. Bei steigender Lebenserwartung wie auch bei zumeist angemessener Gesundheit und Mobilität nimmt diese Altersgruppe in hohem Maße selbstständig und aktiv am gesellschaftlichen Leben teil. Allerdings wird, anders als in den bisherigen Lebensabschnitten, von einem höheren Anteil der Gruppe eine stationäre Versorgung in



den Krankenhäusern Niedersachsens in Anspruch genommen werden müssen. Die Klientel wird daher angesichts der demografischen Entwicklung stärker in Überlegungen zur Krankenhausplanung einbezogen werden müssen.

Der Anteil der Altersgruppe steigt im Landesdurchschnitt von 15,4 um 5,2 Prozentpunkte auf 20,6 Prozentpunkte an. Der Maximalwert liegt in beiden Vergleichsjahren mit 19,0 bzw. 26,6 im Landkreis Lüchow-Dannenberg. Mit einer Steigerung um 7,6 Prozentpunkte weist der Landkreis eine demografische Entwicklung auf, die deutlich über die landesdurchschnittliche Entwicklung hinausgeht. Es folgen die Landkreise Goslar (26,5), Helmstedt (25,9) und Northeim (25,8).

Abb. 5: Bevölkerung der Altersgruppe 65 bis unter 80 Jahre im Jahre 2010



Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

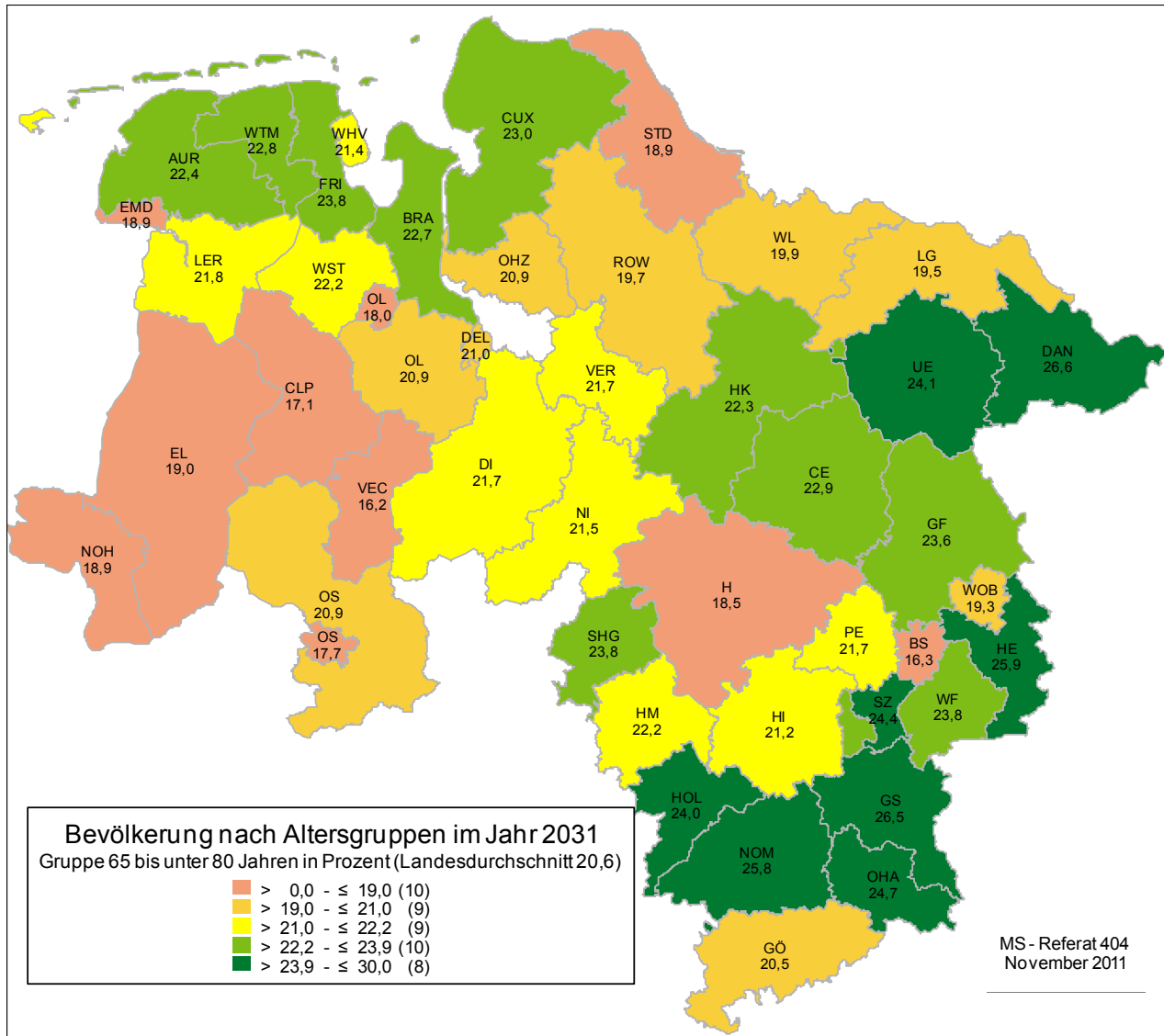
Der Minimalwert liegt in beiden Jahren im Landkreis Vechta mit 11,0 bzw. 16,2 Prozentpunkten. Dieser Landkreis lässt damit eine dem Landestrend entsprechende Bevölkerungsentwicklung erkennen, behält im Vergleich aber weiterhin seine insgesamt günstigere Bevölkerungsstruktur.

Ein Vergleich der Abb. 5 und Abb. 6 zeigt in den kreisfreien Städten und Landkreisen eine erhebliche Veränderungsbandbreite. Der geringste Zuwachs ist vom LSN für die kreisfreie Stadt Braunschweig (8,4%) errechnet worden, gefolgt von den kreisfreien Städten Wolfsburg (10,6%) und Wilhelmshaven (19,2%) sowie der Region Hannover (ebenfalls 19,2%).



Der höchste Anstieg in dieser Bevölkerungsgruppe wird für den Landkreis Gifhorn (69,5%) erwartet, gefolgt von den Landkreisen Helmstedt (56,8%), Northeim (51,9%), Osnabrück (49,6%), Vechta (47,6%) und Leer (47,2%).

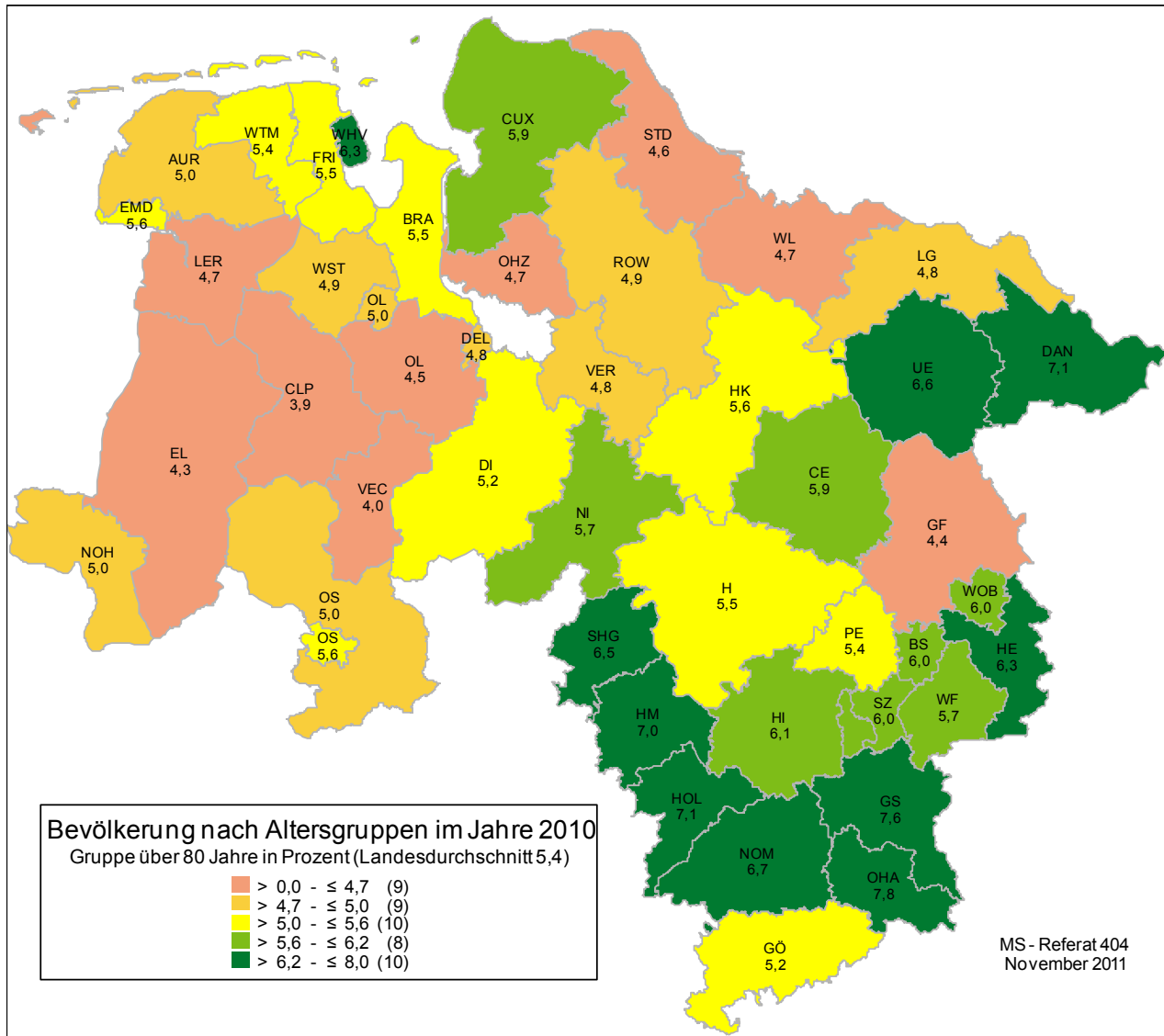
Abb. 6: Bevölkerung der Altersgruppe 65 bis unter 80 Jahre im Jahre 2031



Quelle: eigene Berechnung und Darstellung



Abb. 7: Bevölkerung der Altersgruppe über 80 Jahre im Jahre 2010



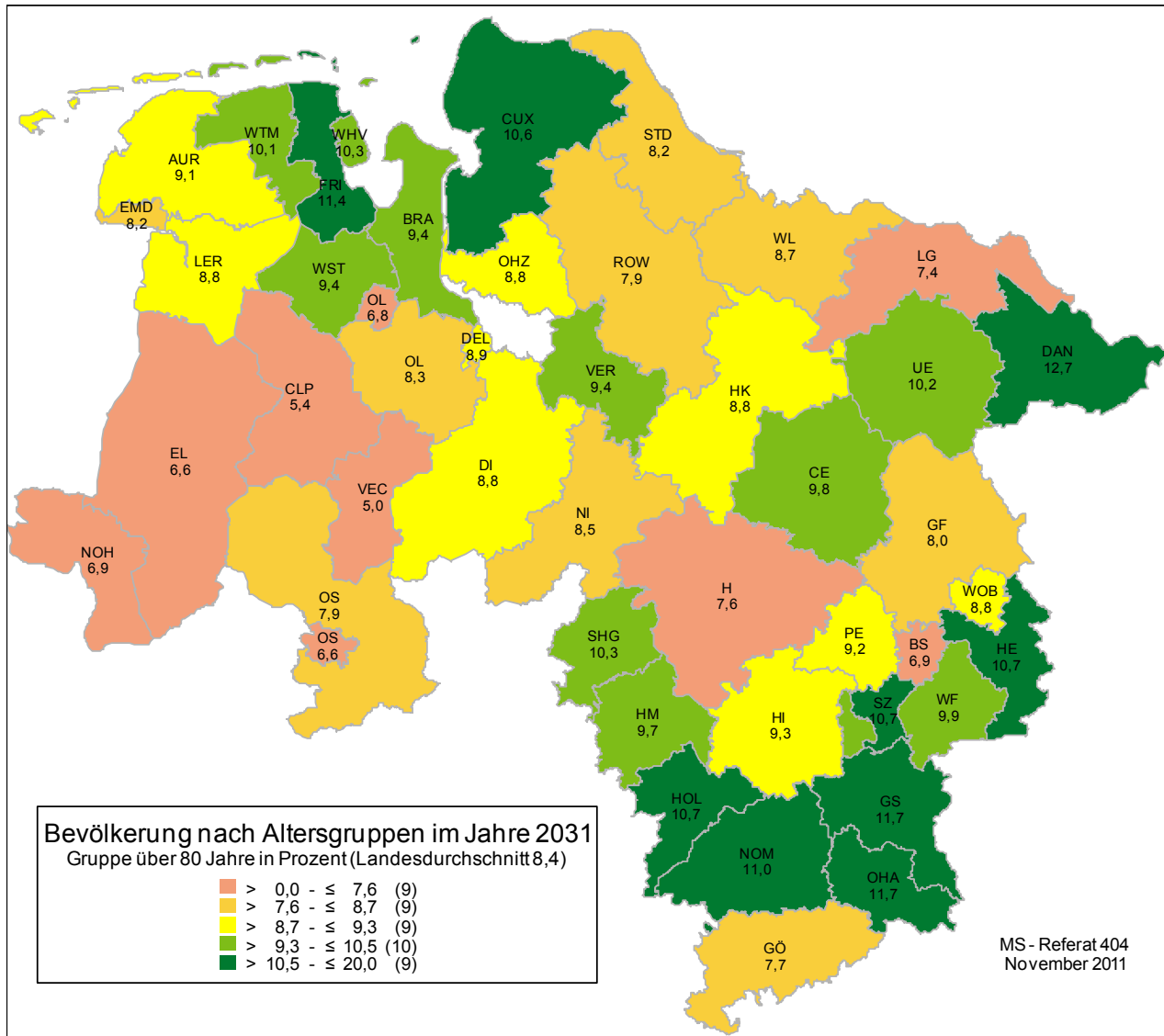
Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

Der Anteil der Menschen über 80 steigt im Landesdurchschnitt von 5,4 um 3,0 Prozentpunkte auf 8,4 Prozentpunkte an. Der Maximalwert liegt mit 7,8 Prozentpunkten im Jahre 2010 im Landkreis Osterode. Es folgen die Landkreise Goslar (7,6), Dannenberg und Holzminden (beide 7,1) und Hameln-Pyrmont (7,0). Im Jahre 2031 wird der Maximalwert für den Landkreis Lüchow-Dannenberg mit 12,7 Prozentpunkten erwartet, gefolgt von den Landkreisen Osterode und Goslar (beide 11,7), Friesland (11,4) und Northeim (11,0).

Ein Vergleich der Abb. 7 und Abb. 8 zeigt in den kreisfreien Städten und Landkreisen eine noch stärkere Veränderungsbandbreite, als dies bei der Altersgruppe der 65 bis unter 80-Jährigen der Fall war. Der geringste Zuwachs ist vom LSN erneut für die kreisfreie Stadt Braunschweig (15,6%) errechnet worden, gefolgt von der kreisfreien Stadt Osnabrück (17,5%) sowie dem Landkreis Vechta (24,8%).

Der höchste Anstieg in dieser Bevölkerungsgruppe wird für den Landkreis Friesland (105%) erwartet, gefolgt von den Landkreisen Verden (98,1%), Ammerland (92,5%), Leer (88,2%), Wittmund (84,9%) und Aurich (84,0%).

Abb. 8: Bevölkerung der Altersgruppe über 80 Jahre im Jahre 2031



Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

## 4. Geriatrie als spezialisierte Versorgungsform

### 4.1. Begriff der Geriatrie

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

Auf europäischer Ebene erfolgte seitens der Europäischen Union der medizinischen Spezialistinnen und Spezialisten (UEMS) eine Definition der Geriatrie (akzeptiert in Kopenhagen am 06.09.2008):

Geriatric ist die Medizinische Spezialdisziplin, die sich mit physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen befasst. Dazu gehört die Behandlung alter Patienten bei akuten Erkrankungen, chronischen Erkrankungen, präventiver



Zielsetzung, (früh-)rehabilitativen Fragestellungen und speziellen, auch palliativen Fragestellungen am Lebensende.

Diese Gruppe älterer Patientinnen und Patienten weist eine hohe Vulnerabilität („Frailty“) auf und leidet an multiplen aktiven Krankheiten. Sie ist deshalb auf eine umfassende Betreuung angewiesen. Krankheiten im Alter können sich different präsentieren und sind deshalb oft besonders schwierig zu diagnostizieren. Das Ansprechen auf Behandlung ist oft verzögert und häufig besteht ein Bedarf nach (gleichzeitiger) sozialer Unterstützung.

Geriatrische Medizin geht daher über einen organzentrierte Zugang hinaus und bietet zusätzliche Behandlung in einem interdisziplinären Team an. Hauptziel dieser Behandlung ist die Optimierung des funktionellen Status der älteren Patientin oder des älteren Patienten mit Verbesserung der Lebensqualität und Autonomie.

Die geriatrische Medizin ist zwar nicht spezifisch altersdefiniert; konzentriert sich jedoch auf typische bei älteren Patientinnen und Patienten gefundene Erkrankungen. Die meisten Patientinnen und Patienten sind über 65 Jahre alt. Patientinnen und Patienten, die am meisten von der geriatrischen Spezialdisziplin profitieren sind in der Regel 80-jährig und älter.

In Deutschland besteht Konsens in der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG), der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG), dem Bundesverband Geriatrie (BV Geriatrie, vormals Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatriischer Einrichtungen BVG), des Bundesverbandes Deutscher Internisten Sektion Geriatrie (BDI) über die Definition der Geriatrie als medizinische Disziplin, welche akutmedizinische, frührehabilitationsmedizinische und rehabilitationsmedizinische Behandlungen für geriatrische Patientinnen und Patienten durchführt. Deshalb geht die Geriatrie meist über die reine Organmedizin hinaus und erbringt zusätzliche Leistungen insbesondere in den Bereichen der multidisziplinären Diagnostik und funktionellen Therapie sowie im Bereich der Prävention und der Palliation.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Vgl. LVG, Altersmedizin in Niedersachsen 2012, S. 16.



## 4.2. Definition der geriatrischen Patientin bzw. des geriatrischen Patienten

Bei einer geriatrischen Patientin bzw. einem geriatrischen Patienten handelt es sich nach übereinstimmender Auffassung der DGG, DGGG, BVG und des BDI um Personen die gekennzeichnet ist durch

- die „Geriatrietypische Multimorbidität“ und ein höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre und älter) oder durch ein
- „Alter 80+“ („oldest old“) aufgrund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z.B. des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen, der Gefahr der Chronifizierung sowie des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus. Die von den Fachgesellschaften und Interessenvertretungen wegen der alterstypischen Vulnerabilität veröffentlichte Definition „Alter 80+“ ist nicht in der für die GKV maßgeblichen Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation berücksichtigt worden.

Geriatrische Patientinnen und 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. Bei der Beurteilung, ob eine geriatrische Behandlung angezeigt ist, ist die geriatrietypische Multimorbidität vorrangig zu betrachten, eine alleinige Abstimmung auf das kalendarische Alter reicht somit nicht aus.

## 4.3. Was heißt geriatrische Multimorbidität?

Geriatrietypische Multimorbidität ist die Kombination von Multimorbidität und geriatrietypischen Befunden bzw. Sachverhalten. Multimorbidität im Sinne der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation<sup>5</sup> ist wie folgt definiert:

### 4.4. Multimorbidität

Eine Patientin bzw. ein Patient ist multimorbide, wenn er multiple strukturelle oder funktionelle Schädigungen bei mindestens zwei behandlungsbedürftigen Erkrankungen aufweist.

#### 4.4.1. Behandlungsbedürftigkeit

Behandlungsbedürftig heißt, dass die aus diesen Erkrankungen entstehenden Gesundheitsprobleme bzw. die resultierenden Schädigungen von Körperfunktionen und/oder Körperstrukturen während der medizinischen Leistung engmaschig ärztlich überwacht und bei der Therapie berücksichtigt werden müssen. Dies muss ggf. integrativ erfolgen, d.h. über die Grenzen des eigenen Fachgebiets hinweg. Die integrative Versorgung sollte vorrangig durch einen entsprechend qualifizierten Geriater sichergestellt werden, ggf. sind Ärzte anderer Fachgebiete (z.B. Orthopädie, Urologie) hinzuzuziehen.

---

<sup>5</sup> [www.mds-ev.org](http://www.mds-ev.org), Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation; Stand Februar 2012



#### 4.4.2. Geriatrietypisch

Das Geriatrietypische der Multimorbidität ist eine Kombination der nachfolgend genannten Merkmalkomplexe:

- a) *Vorhandensein von Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen sowie alltagsrelevanten Beeinträchtigungen von Aktivitäten (in variabler Kombination) im Sinne eines **geriatriischen Syndroms**.*
- b) *Relativ hohes Risiko – gegenüber nicht geriatriischen Patientinnen bzw. Patienten – der Einschränkung der Selbstständigkeit im Alltag bis hin zur Pflegedürftigkeit.*
- c) *Relativ hohes Risiko – gegenüber nicht geriatriischen Patientinnen bzw. Patienten – von Krankheitskomplikationen (Thrombosen, interkurrente Infektionen, Frakturen, verzögerte Rekonvaleszenz u. a.).*

In Betracht kommen hier insbesondere die Kombination a) und b), ggf. in Kombination mit c).

#### 4.4.3. Geriatriisches Syndrom

Bei geriatriischen Patientinnen und Patienten bestehen sehr häufig typische Problemstellungen, die „klassischen“ geriatriischen Syndrome, die einer umfassenden Diagnostik, eines konsequenten geriatriischen Assessments und entsprechender Interventionen bedürfen, um Schaden von der geriatriischen Patientin bzw. dem geriatriischen Patienten abzuwenden. Im Einzelnen sind hier z.B. zu nennen:

##### Immobilität

Immobilität ist ein Problem mit einschneidenden Folgen für die Lebensqualität und Selbständigkeit des alten Menschen. Sie ist auch mit erheblichen Risiken wie Stürzen, Fehlernährung, aber auch Vereinsamung, verbunden.

##### Sturzneigung und Schwindel

Stürze stellen eines der häufigsten und gut bewältigbaren Probleme der Geriatrie dar. Ihre Ursachen sind oft multifaktoriell und müssen analysiert werden, um derartige Ereignisse zukünftig zu verhindern. Ursachen für Stürze können Orthostaseprobleme, Herzrhythmusstörungen, epileptische Anfälle oder eine eingeschränkte zerebrale Durchblutung sein. Aber auch eine Teppichkante, schlechte Beleuchtung im Wohnbereich oder die diesbezüglich oft unterschätzte unerwünschte Wirkung von Medikamenten (z.B. Benzodiazepine) können ursächlich für die Stürze sein.

Stürze haben regelmäßig auch sekundäre Auswirkungen für ältere Patientinnen und Patienten. Resultieren können Frakturen, Prellungen und Schädel-Hirn-Traumata, aber auch schwere Angststörungen, denn nach einem Sturz bricht oft nicht nur der Knochen, sondern auch das Zutrauen in die eigenen körperlichen Fähigkeiten.

##### Schlafstörungen im Alter

Mit steigendem Alter nimmt die Häufigkeit von Schlafstörungen zu. Das physiologische Schlafprofil ändert sich, aber auch andere Einflüsse (beispielsweise Nykturie, Senkung der akustischen Weckschwelle) tragen zu dieser Entwicklung bei. Hinzu kommen die Auswirkungen von Krankheiten. Unerwünschte Wirkungen von Medikamenten sind eine weitere häufige Ursache. Die Therapieansätze müssen u. a. Maßnahmen zur Tagesstrukturierung, aber auch die Überprüfung der Medikation umfassen. Nicht selten wird von den Patientinnen bzw. Patienten der Einsatz von Medikamenten eingefordert, wobei aber unerwünschte Wirkungen zu beachten sind.



## Kognitive Defizite

Demenzielle Syndrome und kognitive Störungen finden sich in typischer Weise bei wenigstens 40 % aller geriatrischen Patientinnen und Patienten und haben deshalb für die Geriatrie eine zentrale Bedeutung. Zu den kognitiven Fähigkeiten eines Menschen zählen zum Beispiel die Aufmerksamkeit, die Erinnerung, das Lernen, die Kreativität, das Planen, die Orientierung, die Imagination, die Argumentation, die Selbstbeobachtung (Introspektion), der Wille, das Glauben und einige mehr. Defizite sind Verzögerungen in der Entwicklung dieser Fähigkeiten. Bei geriatrischen Patientinnen und Patienten sind häufig Einschränkungen in der Aufmerksamkeit, der Orientierung wie auch der planerischen Bewältigung von Aufgaben festzustellen.

Eine diagnostische Prozedur mit sorgfältiger Anamneseerhebung, neuropsychologischer Untersuchung und Untersuchung mit Testpsychologie und Bildgebung und möglichst einer differenzial-diagnostischen Zuordnung (Alzheimer-Demenz, vaskuläre Demenz, Lewi-Körperchen-Demenz, Frontalhirn-Demenz) ist gefragt. Differenzialdiagnostisch kann es sich um Krankheitsbilder wie Demenz, Delir, neuropsychologische Störung bei Schlaganfall, Depression, kognitive Störung auf Grundlage einer anderen Erkrankung oder eine Psychose im Alter handeln. In vielen Fällen ist bei entsprechender Diagnosestellung eine Behandlung unter Einbeziehung der Angehörigen und eine Verbesserung der Lebensqualität möglich.

## Inkontinenz (Harninkontinenz, selten Stuhlinkontinenz)

Inkontinenz gehört zu den häufigen Störungen bei geriatrischen Patientinnen und Patienten, wobei Erkrankungen des Urogenitaltraktes, neurodegenerative Erkrankungen und auch eine Demenz eine wichtige Rolle spielen. Eine Inkontinenz führt oft zu beeinträchtigtem Selbstwertgefühl und u. U. sozialer Isolation. Nach systematischer Diagnostik bestehen verschiedene Behandlungsoptionen je nach Art der Inkontinenz. Oft ist eine Therapie oder ein Training möglich.

## Chronische Wunden und Dekubitus

Häufig erfordern chronische und komplizierte Wunden eine stationäre Behandlung in der Geriatrie. Dekubitus, Ulcera cruris, arterielle Ulcera, Wundheilungsstörungen nach Operationen und Probleme im Bereich des Amputationsstumpfes gehören zu den häufigen Problemen von geriatrischen Kliniken.

Dekubitalulcera entwickeln sich, wenn längerfristig der Druck auf eine bestimmte Körperstelle höher ist als der Kapillardruck (Blutdruck in den kleinsten Blutgefäßen). Es kommt zu einer Unterversorgung des Gewebes mit Sauerstoff, einer Ansammlung toxischer Stoffe und als Folge zu einer Schädigung von Gewebe und Nervenzellen. Beim gesunden bzw. mobilen Menschen würde ein solcher Druck zu einer reflexartigen Veränderung der Körperposition führen. Bei älteren geriatrischen Patientinnen und Patienten fehlt jedoch aufgrund erheblicher Einschränkungen in der Mobilität diese Form der Druckentlastung, so dass es zu einer mehr oder weniger stark ausgeprägten Gewebeschädigung kommt. Besonders gefährdet sind Körperstellen, an denen eine geringe Polsterung durch das fehlende Unterhautfettgewebe vorliegt und an denen der Druck schlecht verteilt werden kann, wie z.B. die Kreuzbeinregion, Fersen, Rollhügel der Oberschenkelknochen, Knöchel und Ellenbogen.

## Ernährung

Die Ernährung spielt im Gesundheitsmanagement geriatrischer Patientinnen und Patienten eine oft unterschätzte Rolle. Einige typisch geriatrische Krankheiten sind mit Ernährungsstörungen assoziiert, z.B. Kachexie, Adipositas, Mangel- und Fehlernährung, Exsikkose. Bei anderen Krankheiten (z.B. Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen) stellt die Ernährungsberatung einen wesentlichen Teil der Therapie dar. Das Essverhalten wird auch durch die veränderte Geschmackswahrnehmung beeinflusst.





## Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt

Bei alten Personen führen das mangelnde Durstempfinden sowie die mangelhafte Flüssigkeitsaufnahme bei Durstempfinden häufig zu einer Dehydratation, einem Wassermangel des Körpers, bis hin zur Exsikkose, einer Austrocknung des Körpers. Diese Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt führen gerade in höherem Alter häufig zu einer Einweisung in ein Krankenhaus.

## Obstipation

Eine chronische Obstipation (Verstopfung), nicht selten auf dem Hintergrund einer Divertikulose (Veränderung des Dickdarms), ist ein häufiges Syndrom in der Geriatrie und betrifft ca. 10 % der Patientinnen und Patienten. Neben nachhaltiger Beeinträchtigung der Lebensqualität bei multimorbiden Patientinnen und Patienten können schwerwiegende Krankheitszustände bis zum lebensgefährlichen Ileus resultieren. Die Aktivierung des alten Menschen, ein abgestimmtes Ernährungsmanagement und die Koordination mit medikamentösen Verfahren bewirkt eine Verbesserung in nahezu allen Fällen.

## Depression, Angststörung

Die Prävalenz von depressiven Syndromen im Alter wird oft unterschätzt und eine Depression beim Alten Menschen neben anderen Erkrankungen nicht wahrgenommen. Im Rahmen eines geriatrischen Assessments wird in der geriatrischen Klinik/Tagesklinik regelmäßig auch die Geriatric Depression Scale (GDS) erhoben, die Hinweise auf eine Depression geben kann.

## Chronische Schmerzen

Der chronische Schmerz stellt im Alter ein häufiges Symptom dar, das die Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigen kann. Ursache des Schmerzes können neben der sehr häufigen Osteoporose verschiedenste Krankheiten sein, wobei auch der psychosoziale Hintergrund eine wichtige Rolle spielt. Chronische Schmerzen müssen mit nichtmedikamentösen Verfahren (z.B. Physikalische Therapie, psychologische Verfahren), aber auch speziell an den alten Menschen adaptierten Medikamentenregimen angegangen werden.

## Sensibilitätsstörungen

Der Begriff Sensibilitätsstörungen beschreibt Störungen in der Wahrnehmung von Reizen wie Berührung, Temperatur oder Schmerzen. Sensibilitätsstörungen werden oftmals auch als "Missempfindungen" bezeichnet. Sie können zahlreiche Ursachen haben – von harmlosen, vorübergehenden Nervenreizungen über Entzündungen bis hin zu schweren Erkrankungen des Nervensystems.

Häufige Ursachen im Zusammenhang mit geriatrischen Patientinnen und Patienten sind u. a.:

- Verbrennungen und Verbrühungen der Haut mit Schädigung der umliegenden Nerven
- Erkrankungen des Bewegungsapparats mit Nervenschäden (z.B. Bandscheibenvorfall)
- Polyneuropathien (z.B. bei Diabetes mellitus oder Alkoholismus)
- neurologische Erkrankungen wie multiple Sklerose (MS) und Parkinson
- Durchblutungsstörungen (z.B. Arteriosklerose, periphere arterielle Verschlusskrankheit)
- Schlaganfall (Apoplex)
- Nebenwirkung von Medikamenten
- Vitaminmangel (z.B. Vitamin-B1-Mangel), Eisen- und Magnesiummangel
- seelische Ursachen, z.B. bei Angst- und Panikstörungen



### Herabgesetzte körperliche Belastbarkeit/Gebrechlichkeit

Frailty („Gebrechlichkeit“) und das Failure-to-thrive-Syndrom stellen eine komplexe Herausforderung dar. Frailty beschreibt eine Kombination von Ernährungsstörung (meist mit Gewichtsverlust) mit Muskelabbau, allgemeiner Schwäche und vermindertem Antrieb. Das Failure-to-thrive-Syndrom (am ehesten „Gedeihstörung“) ist der Pädiatrie entlehnt und bezeichnet einen Zustand einer „Abwärtsspirale“ im Gesundheitszustand der Patientin bzw. des Patienten, ohne dass eine einzelne Krankheit bei Multimorbidität unsächlich verantwortlich gemacht werden könnte. Eine hochgradige eingeschränkte Lebensqualität ist in dieser Situation typisch.

### Starke Sehbehinderung, ausgeprägte Schwerhörigkeit

Ältere Menschen sind unverhältnismäßig betroffen von Sinneseinschränkungen, sie werden verletzlicher und müssen mit Einschränkungen der Lebensqualität zurechtkommen. Visuelle Beeinträchtigungen und Höreinschränkungen können die Unabhängigkeit im täglichen Leben, die Mobilität und die Kommunikation mit anderen Menschen einschränken und zur Isolation führen. Hier gilt es, durch entsprechende Hilfestellungen

Für das geriatrische Syndrom relevante Sachverhalte – außerhalb der Systematik der Schädigungen und alltagsrelevanter Beeinträchtigungen der Aktivitäten – sind

- Mehrfachmedikation,
- herabgesetzte Medikamententoleranz,
- häufige Krankenhausbehandlung (Drehtüreffekt).

Typische Behandlungsdiagnosen bei der geriatrischen Patientin bzw. dem geriatrischen Patienten sind:

- Zustand nach Schlaganfall,
- Zustand nach hüftgelenksnahen Frakturen,
- Zustand nach operativer Versorgung mit Totalendoprothesen von Hüfte und Knie,
- Zustand nach Gliedmaßenamputation bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit oder diabetischem Gefäßleiden.

Ebenso finden sich bei geriatrischen Patientinnen bzw. Patienten neurologische, kardiopulmonale und muskuloskelettale Erkrankungen wie auch Tumor- und Stoffwechselerkrankungen als Hauptdiagnosen. In der geriatrietypischen Befundkonstellation finden sich bei Patientinnen bzw. Patienten weitere Diagnosen, die aber – wie beispielsweise ein gut eingestellter Bluthochdruck oder Diabetes mellitus – nicht zwangsläufig aktuell behandlungs- oder engmaschig überwachungsbedürftig sind. Weitere typische Beispiele sind:

- Morbus Parkinson,
- Parkinson-Syndrom,
- Arterielle Hypertonie,
- Koronare Herzkrankheit mit/ ohne Zustand nach Herzinfarkt,
- Herzinsuffizienz unterschiedlicher Genese,
- degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates,
- periphere arterielle Verschlusskrankheit,
- Diabetes mellitus,
- chronisch-obstruktive Lungenerkrankung,
- Demenz und
- Depression.





Das häufige gleichzeitige Vorkommen der Folgen von somatischen und psychischen Erkrankungen und Schädigungen und alltagsrelevanten Beeinträchtigungen der Aktivitäten, das einen wesentlichen ursächlichen Faktor für Hilfs- und Pflegebedürftigkeit darstellt, ist besonders zu beachten. Eine ältere Patientin bzw. ein älterer Patient wird immer dann zu einer geriatrischen Patientin bzw. einem geriatrischen Patienten, wenn Erkrankungen mit Schädigungen (impairment) einhergehen, aus denen Fähigkeitsstörungen (functioning) und soziale Beeinträchtigung (participation) resultieren. Mit anderen Worten, bei Erkrankung drohen stets Verlust von Alltagskompetenz und Selbstständigkeit im sozialökonomischen Kontext. Die ältere Patientin bzw. der ältere Patient weist darüber hinaus als weitere ihn kennzeichnende Eigenschaften eine oft unspezifische oder fehlende typische Symptomatik und einen protrahierten Krankheitsverlauf mit verzögerter Rekonvalenszenz auf.



## 5. Überblick über die sektoralen geriatrischen Versorgungselemente

Die geriatrische Patientin bzw. der geriatrische Patient bedarf je nach individueller gesundheitlicher Situation einer auf seine Bedürfnisse und Erfordernisse zugeschnittenen, qualifizierten medizinischen Versorgung. Nach den Grundsätzen des Landesverbandes Geriatrie in Niedersachsen sind nachfolgend die Sektoren genannt, die zu einem solchen „Netzwerk“ gehören bzw. sinnvoller Weise dazu gehören sollten:<sup>6</sup>

### 5.1. Ambulanter Sektor

#### 5.1.1. Haus- und Fachärztliche Versorgung

Dem Hausarzt kommt von der Regelversorgung über die ambulante Akutintervention, ggf. mit dem Moment der Einweisung bis zur ambulanten Nachsorge eine Pilotfunktion zu. Der Hausarzt ist der wichtigste Kooperationspartner jeder geriatrischen Klinik. Die gegenseitige Information, Fortbildung und Zusammenarbeit mit der Hausärztin oder dem Hausarzt, aber auch mit den Fachärztinnen und Fachärzten des entsprechenden Einzugsbereichs, zur Optimierung der Behandlung geriatrischer Patientinnen bzw. Patienten besitzt von daher einen besonders hohen Stellenwert und sollte weiter intensiviert werden. Bei Erforderlichkeit einer stationären Krankenhausbehandlung sollte bereits in einem sehr frühen Stadium geprüft werden, ob die geriatrische Patientin bzw. der geriatrische Patient organmedizinisch oder speziell altersmedizinisch behandelt werden sollte. Durch eine frühzeitige Weichenstellung können Therapieunterbrechungen bzw. unnötige Verlegungen vermieden werden. Um das hierfür erforderliche geriatriespezifische Basiswissen zu erlangen, steht das von der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) gemeinsam mit der Bundesärztekammer entwickelte 60-Stunden Curriculum „Geriatrische Grundversorgung“ zur Verfügung.

#### 5.1.2. Geriatrische Institutsambulanzen

Ein weiteres Versorgungselement zur Verbesserung der ambulanten Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten stellen Geriatrische Institutsambulanzen (GIA) nach § 118a SGB V dar. Der neue § 118a SGB V zielt primär auf eine bessere Versorgung derjenigen Patientinnen und Patienten, die aufgrund ihrer geriatrietypischen Multimorbidität einen dringenden ambulanten Versorgungsbedarf haben, die aber aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe mit den verfügbaren Qualifikationen und Versorgungsstrukturen derzeit nicht adäquat ambulant versorgt werden können.

Ziel ist es, eine Verbesserung der geriatrischen wohnortnahen Versorgung dadurch zu erreichen, dass eine zielgerichtete Nutzung der geriatrischen Kompetenzen der Krankenhäuser zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung erfolgt. Die geriatrische Institutsambulanz kann insoweit einbezogen werden, um einen schweren geriatrischen Fall zu einem frühest möglichen Zeitpunkt zu erkennen, einen Behandlungsplan aufzustellen sowie in Ausnahmefällen - zeitlich befristet - die geriatrische Behandlung zu übernehmen.

Die nähere Ausgestaltung - insbesondere zu Versorgungsumfang, zur Anforderung an ein Therapiekonzept und zur Frage, welche Patientinnen und Patienten in einer geriatrischen Institutsambulanz behandelt werden sollen - obliegt der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene.

#### 5.1.3. Ambulante Pflege und Tages-/Nachtpflege

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

<sup>6</sup> Vgl. LVG, Altersmedizin in Niedersachsen 2012, S. 17 ff.



Mit der 1995 eingeführten Pflegeversicherung wurde die Möglichkeit für pflegende Angehörige geschaffen, zwischen Sachleistungen und finanziellen Zuwendungen wählen zu können. Mehrheitlich haben sich Angehörige dazu entschlossen, auf professionelle Hilfe zu verzichten und vor allem die Pflege selbst zu übernehmen. Dies erfordert neben der Beratung von Angehörigen Angebote für Schulungen in pflegetherapeutischen Handlings, um so Sicherheit im Umgang mit den betroffenen zu gewinnen. Dies hat positive Auswirkung hinsichtlich Pflegeererleichterung, dauerhafter Erhaltung (wieder-)erlernter Funktionen und Minderung der Gefahr von Komplikationen im häuslichen Umfeld. Entsprechende Unterstützungs- und Beratungsleistungen werden u. a. auch von den Pflegekassen angeboten.

#### **5.1.4. Ambulante geriatrische Rehabilitation gemäß § 40 SGB V**

Ambulante Rehabilitation - das heißt zu Hause wohnen und trotzdem eine hochwertige und intensive Rehabilitation machen.

Die ambulante geriatrische Rehabilitation trägt zum Erhalt und zur Verbesserung der Teilhabe sowie zur Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit - insbesondere bei mobileren Betroffenen - bei. Rehabilitationsleistungen müssen aber so ausgerichtet sein, dass sie die rehabilitationsbedürftigen geriatrischen Patientinnen und Patienten tatsächlich erreichen, von ihnen akzeptiert werden und die Kontextfaktoren mit einbeziehen. Vor diesem Hintergrund umfasst die ambulante Rehabilitation zwei Formen der Versorgung, für die jeweils getrennt Rahmenempfehlungen der GKV-Spitzenverbände auf Basis der Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation entwickelt worden sind:

##### **5.1.4.1. Einrichtungsbezogene ambulante geriatrische Rehabilitation**

Die ambulante geriatrische Rehabilitation wird nahezu ausschließlich in wohnortnah gelegenen zugelassenen geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt. Diese Angebote befinden sich i.d.R. an stationären Einrichtungen und werden häufig in der organisatorischen Form einer „Tagesklinik“ betrieben.

Zu den individuellen Voraussetzungen gehören neben den medizinischen, dass

- der alte 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
- Krankenbehandlung erforderlich ist, oder
- eine stationäre geriatrische oder indikationsspezifische Rehabilitation notwendig ist.

##### **5.1.4.2. Mobile geriatrische Rehabilitation**

Mobile Rehabilitation ist eine spezifische Versorgungsoption ausschließlich für Patientinnen und Patienten, die mit den bestehenden ambulanten oder stationären Rehabilitationsangeboten nicht angemessen zu versorgen sind. Es handelt sich hierbei um einen sehr eingeschränkten Personenkreis. Hierbei werden ambulante aufsuchende Rehabilitationsleistungen durch ein interdisziplinäres Team (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Rehabilitationspflege und Sozialberatung) unter ärztlicher Leitung auf der Basis einer vorherigen Rehabilitationsplanung in der Häuslichkeit der geriatrischen Patientin bzw. des geriatrischen Patienten erbracht. Dabei werden die



wichtigen Kontextfaktoren, wie häusliche Umgebung, soziales Umfeld und Familie in die Rehabilitation unmittelbar einbezogen. Ressourcen können so erschlossen, Barrieren abgebaut und soziale Teilhabe erweitert werden.

In der vertrauten Umgebung entfallen für den alten Menschen die schwierigen Gewöhnungs- und Transferprozesse, die beim Übergang von einer stationären Rehabilitation in die eigene Häuslichkeit auftreten. Mobile Rehabilitation schließt ein Case-Management der sozialen Problematik der betroffenen Menschen mit ein. Für den Erfolg der Rehabilitation ist die enge Zusammenarbeit mit Kliniken, Pflegediensten, Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen und anderen Leistungserbringern mit ausschlaggebend. Insofern leistet die mobile Rehabilitation immer auch einen wichtigen Beitrag zur Vernetzung der Versorgungsstrukturen in einer Region.

Die mobile geriatrische Rehabilitation stellt eine Sonderform der ambulanten geriatrischen Rehabilitation gemäß § 40 SGB V dar. Für diese spezifische Form wurden seitens der Spitzenverbände der Krankenkassen zum 01.05.2007 Rahmenempfehlungen verabschiedet (Ergänzung um Umsetzungshinweise zum 05.05. 2010). Diese definieren insbesondere die Patientengruppe, die Leistungen einer mobile geriatrische Rehabilitation erhalten können sowie die strukturellen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringer. Des Weiteren erfolgt die Festlegung der Behandlungselemente, der Behandlungsfrequenz der Leistungen sowie der Regeldauer der Maßnahmen der mobilen geriatrischen Rehabilitation. Zu beachten ist, dass die mobile geriatrische Rehabilitation nur für die in der Rahmenempfehlung beschriebene, eng begrenzte Patientengruppe geeignet ist.

#### **5.1.5. Ambulantes Hospiz**

Ambulante Hospizdienste unterstützen schwerstkranken und sterbende Menschen und ihre Familien zu Hause bzw. in Pflegeeinrichtungen und Hospizen durch zumeist ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Dies tun sie im Verbund mit den weiteren Anbietern der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) wie Pflegediensten und Palliativmedizinern. In Gesprächen begleiten sie Kranke und Angehörige in der Auseinandersetzung mit Krankheit, Schmerz, Abschied und Trauer. Sie übernehmen z. T. Sitzwachen, vermitteln Informationen und Ansprechpartner zu Fragen der Schmerztherapie und Symptomkontrolle, unterstützt und beraten in behördlichen Fragen und stehen häufig auch über den Tod hinaus mit den Angehörigen in Kontakt.



## 5.2. Stationärer Sektor

### 5.2.1. Akutgeriatrie inklusive geriatrische Frührehabilitation gemäß § 39 SGB V

Im Unterschied zu organpathologisch spezialisierten medizinischen Disziplinen sind in der Geriatrie akute und rehabilitative Behandlung eng verflochten. Frührehabilitative Elemente sind oft vom ersten Tag der Akutbehandlung an erforderlich, akutstationäre Interventionen während einer geriatrisch-rehabilitativen Behandlung häufig notwendig. Aus diesen Gründen wurden geriatrische Kliniken/Abteilungen in Niedersachsen typischerweise als gemischte Einrichtungen mit akutgeriatrischem und geriatrisch-rehabilitativen Bettenanteil, als Geriatriezentren, konzipiert und realisiert. An diesem Konzept wird auch weiterhin festgehalten.

In Anbetracht der in weiten Teilen des Landes eher ländlichen Struktur sind jedoch um die Geriatriezentren akutgeriatrische Abteilungen in die Struktur der vorhandenen Krankenhäuser zu integrieren, um die Vorortversorgung akutmedizinisch sicherzustellen und mit den Geriatriezentren eng zu kooperieren. Zudem können die Einrichtungen Synergien bei der Weiterbildung nutzen.

Die Zuweisung von Patientinnen und Patienten in geriatrische Akutabteilungen/Kliniken erfolgt anders als bei anderen Fachrichtungen vorrangig durch Krankenhausverlegungen bzw. unmittelbar als Notfall. An der Notfallversorgung nimmt die Geriatrie teil. Für die Identifikation von potenziellen Patienten mit geriatrischem (Mit-)Behandlungsbedarf sind spezifische Screeninginstrumente (z. B. G-ISAR<sup>7</sup>) zu nutzen.<sup>8</sup>

Die akutstationäre Behandlung in der Geriatrie wird bei Erfordernis Maßnahmen der geriatrischen Frührehabilitation umfassen. Diese lassen sich mit der geriatrisch frührehabilitativen Komplexpauschale (OPS 8-550) inhaltlich entsprechend abbilden. Frührehabilitative geriatrische Komplexbehandlung integriert akutmedizinische und rehabilitative Therapieprinzipien als Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V und setzt Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit voraus.

Die geriatrisch-frührehabilitative Behandlung erfolgt durch ein interdisziplinäres Team unter fachärztlicher Leitung eines klinischen 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 der Entlassung wiederholt.

Seit der Einführung der geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlung findet in den Krankenhäusern in Niedersachsen eine Implementierung geriatrischen Sachverstandes statt, die zu einer Ausweitung der Komplexbehandlung in Niedersachsen um 55 % allein in den Jahren von 2008 - 2010 geführt hat. Die genannte Komplexleistung darf von den Krankenhäusern nur abgerechnet werden, wenn die jeweils gültigen Merkmale gegeben sind. Für das Jahr 2014 gelten folgende Mindestmerkmale:

- Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Klinische Geriatrie erforderlich). Die fachärztliche Behandlungsleitung muss überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein.
- Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und vor der Entlassung in mindestens 2 Bereichen (Selbstständigkeit, Mobilität).

---

<sup>7</sup> („Identification of Seniors At Risk“)

<sup>8</sup> Vgl. Thiem, U.; Greuel, H. W.; Reingraber, A.; Koch-Gewinner, P.; Püllen, R.; Heppner, H.J.; Pfisterer, M. (2012): Positionspapier zur Identifizierung geriatrischer Patienten in Notaufnahmen in Deutschland. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 4, 310-314.



- Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche / außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/ Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen).
- Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.
- Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal
- Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche: Physiotherapie / Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie / faziiorale Therapie, Psychologie / Neuropsychologie.
- Teilstationäre geriatrische Behandlungsangebote finden vor dem Hintergrund der leistungsrechtlichen Zuordnung der Inhalte in Niedersachsen keine Anwendung.

### 5.2.2. Stationäre Geriatrische Rehabilitation (§ 40 SGB V)

In der geriatrischen Rehabilitation gemäß § 40 SGB V werden geriatrische Patientinnen und Patienten mit anhaltender Funktions- oder Teilhabestörung nach akuter Erkrankung, bei protrahierter Immobilität nach Operationen, Eingriffen oder Intensivbehandlung oder bei drohender bzw. eintretender Funktions- oder Teilhabestörung bei chronischen Erkrankungen aber auch zur Verhinderung einer Zunahme an Pflegebedürftigkeit behandelt. Ziel ist es, jeder Betroffenen oder jedem Betroffenen eine möglichst große Eigenständigkeit zurück zu geben und die Rückkehr in die eigene bzw. eine zukünftig geeignete Wohnumgebung zu ermöglichen.

Die geriatrische Rehabilitation dient u. a.:

- der Wiederherstellung von krankheitsbedingten Einschränkungen,
- der Reduktion bzw. Kompensation von akuten und chronischen funktionellen Einschränkungen („funktionale Gesundheit“),
- der Vermeidung von Krankenhausbehandlung,
- der Ermöglichung von sozialer Teilhabe,
- der Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität,
- der Prävention in patienten-zentrierter Weise,
- der Lebensstilmodifikation i. S. v. Gesundheitsaufklärung und -erziehung sowie
- der Vermeidung von bzw. Minderung von Pflegebedürftigkeit mit dem Ziel der Erhaltung bzw. Wiedergewinnung weitgehender Selbständigkeit.

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 begrenzten Ressourcen gleichaltriger Lebenspartner. Krankenhaustypische Untersuchungen und medizinische Maßnahmen sind häufiger und gravierender als in der organbezogenen Rehabilitation.

Stationäre geriatrische Rehabilitation wird in Anspruch genommen, wenn die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme eines ambulanten Versorgungsangebots nicht vorliegen.

### 5.2.3. Kurzzeit- und Verhinderungspflege

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





#### 5.2.4. Langzeitpflege

Pflegebedürftig im Sinne von § 14 des SGB XI sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Krankheiten oder Behinderungen in diesem Sinne sind

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

Die Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen. Aufgrund der Multimorbidität der geriatrischen Patientin bzw. des geriatrischen Patienten erfordert auch die Langzeitpflege einen ganzheitlichen Ansatz, um die alten Menschen adäquat versorgen zu können.

In einer umfassenden Versorgung älterer multimorbider Patientinnen oder Patienten (bzw. Bewohnerinnen und Bewohner) kommt dem Pflegeheim eine wichtige und weiter in der Bedeutung zunehmende Aufgabe zu. Auch die Bemühungen, älteren erkrankten Menschen grundsätzlich im Rahmen einer geriatrischen oder indikationsspezifischen Behandlung und Rehabilitation (einschl. Frührehabilitation) die größtmögliche Selbstständigkeit und Lebensqualität zurückzugeben, können im Einzelfall leider nicht immer die Notwendigkeit einer Pflegeheimunterbringung verhindern. Dabei spielen auch abnehmende familiäre Pflege-Ressourcen eine Rolle.

Da Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen regelmäßig von Gesundheitsproblemen betroffen sind, kommt der medizinischen Versorgung eine besondere Bedeutung zu. Unverzichtbar für die Gesundheitsversorgung im Pflegeheim ist eine ausreichende geriatrische Kompetenz des Versorgungsteams, insbesondere der Ärztinnen und Ärzte und des Pflegeteams, damit diese ggf. frühzeitig eine geriatricspezifische Behandlung in den entsprechend spezialisierten Behandlungsstrukturen einleiten können. Auch hier ist das bereits erwähnte 60-Stunden-Curriculum „Geriatrische Grundversorgung“ ein wichtiger Baustein.

#### 5.2.5. Palliativmedizinische Versorgung in der Geriatrie

In der letzten Lebensphase ist auch bei geriatrischen Patientinnen und Patienten nicht selten eine palliativmedizinische Versorgung gefragt. Die palliativmedizinische Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten ist dann geboten, wenn eine Heilung oder Besserung der Krankheiten mit Wahrscheinlichkeit nicht mehr möglich ist und sie mit hoher Wahrscheinlichkeit in absehbarer Zeit sterben werden.

Palliativmedizin zielt nicht nur auch die Behandlung von malignen Erkrankungen im Endstadium ab, sondern eher auf eine viel größere Zahl anderer Erkrankungen, die nachhaltig die Lebensqualität beeinträchtigen und ebenfalls zum Tode führen. Hierzu gehören z.B. die terminale Herzinsuffizienz, die Demenz vom Alzheimer-Typ, die fortgeschrittene chronische obstruktive Lungenerkrankung oder der Morbus Parkinson.

Bei geriatrischen Palliativpatientinnen und -patienten ist es Teil des individuellen geriatrischen Gesundheitsmanagements, ein Sterben in Würde in der von der Patientin bzw. dem Patienten gewünschten Umgebung zu ermöglichen. Dies kann auch je nach individuellen Bedürfnissen Information und Begleitung von Angehörigen, die Organisation von Hilfe bei der Sterbebegleitung



im häuslichen Bereich (zum Beispiel durch Hospizgruppen) oder die Vermittlung eines Platzes im Hospiz einschließen.

### **5.2.6. Stationäres Hospiz**

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

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

### **5.3. Integrierte Versorgungsformen**

Innerhalb der integrierten Versorgung (IV) arbeiten verschiedene Akteure des Gesundheitswesens gemeinsam in einem fach- und/oder sektorenübergreifenden Versorgungsprozess. Durch die bessere Verzahnung der verschiedenen Sektoren und die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die enge Kooperation von Ärzten mit nicht-ärztlichen Berufsgruppen und die Schaffung optimierter Behandlungsabläufe unter direkter Einbeziehung der Patientin bzw. des Patienten sollen unter anderem die folgenden Ziele erreicht werden:

- Qualität der medizinischen Versorgung steigern,
- Transparenz erhöhen und
- Wirtschaftlichkeit verbessern.

Dabei sollen Verträge zur integrierten Versorgung flächendeckend sein. Dies bedeutet, dass Integrationsverträge für Behandlung von Volkskrankheiten in einer größeren Region, etwa in mehreren Stadt- oder Landkreise, gelten. Das Instrument der Integrierten Versorgung ist grundsätzlich für die Weiterentwicklung und Verbesserung der Gesundheitsversorgung nach ausbaufähig. Für die Verbesserung der geriatrischen Versorgung können IV-Verträge grundsätzlich auch als ein adäquates Instrument angesehen werden, da hier bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten die sektorenübergreifende koordinierte Behandlung von besonderer Bedeutung ist. Voraussetzung ist dabei die Vermeidung von Doppelstrukturen und die Einbindung in die bestehende Versorgungslandschaft. Im Vorfeld bedarf es u. a. einer Verbesserung der Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich (siehe 8.4) sowie einer Erhöhung der Akzeptanz für die Notwendigkeit einer speziellen geriatrischen Versorgung bei Patientinnen bzw. Patienten und Leistungsanbietern.

Erste Erfahrungen mit IV-Verträgen zur geriatrischen Versorgung wurden bereits in Niedersachsen gemacht. Hier hatte eine Krankenkasse gemeinsam mit dem Landesverband Geriatrie auf Basis eines Rahmenkonzeptes an vier Standorten einen IV-Vertrag zur ambulanten geriatrischen Versorgung als Erprobungsmodell geschlossen. Aufgrund der geringen Resonanz sowohl bei den Versicherten als auch bei den Hausärzten ist das Modellprojekt jedoch nicht - mit einer Ausnahme - über das festgelegte Ende hinaus verlängert worden. Die Erfahrungen werden in einem Abschlussbericht zusammengefasst. Im Rahmen der Weiterentwicklung der ambulanten geriatrischen Versorgung sollen diese Ergebnisse berücksichtigt werden.

### **5.4. Kooperationsmodelle und Qualitätszirkel Geriatrie**

Verschiedene Kooperationsmodelle zur altersmedizinischen Versorgung in Niedersachsen wurden etabliert, die je nach Standortbesonderheit, auf Grund historisch gewachsener Kooperationen oder in Folge infrastruktureller Merkmale unterschiedlich stark gewichtet sind.





Die geriatrischen Qualitätszirkel unter Leitung qualifizierter Moderatoren führen Fortbildungen zu Themen der Altersmedizin, Fallbesprechungen und einen Erfahrungsaustausch durch. Die Qualitätszirkel sind in die regionalen KV<sup>9</sup>-Mitteilungen und/oder dem niedersächsischen Ärzteblatt angezeigt und für alle interessierten Ärztinnen und Ärzte des ambulanten wie stationären Sektors offen. Gerade diese Interdisziplinarität ist erwünscht, da sie dem ganzheitlichen institutionsübergreifenden Versorgungsgedanken der Geriatrie entspricht.

---

<sup>9</sup> Kassenärztliche Vereinigung



## 6. Das multiprofessionelle geriatrische Team <sup>10</sup>

Das Umsetzen geriatrischer Konzepte - unabhängig davon, ob es sich um ambulante, stationäre, akutgeriatrische oder geriatrisch-rehabilitative handelt - erfolgt immer prozessorientiert in multiprofessioneller Teamarbeit unter ärztlicher Leitung. Die enge Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedern des nachstehend näher umrissenen geriatrischen Teams unter Einschluss von 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 Teams können auch rein stationär vorgehalten werden. Das geriatrische Team betreut dann akutgeriatrische und geriatrisch rehabilitative Patientinnen und Patienten und umfasst unter fachärztlicher Leitung (mit spezieller Weiterbildung „Geriatrie“) mit 24-stündiger Ansprechbarkeit den ärztlichen Dienst sowie die Pflege mit dem Konzept der ATP-G, darüber hinaus: Sozialdienst, (Neuro-) Psychologie, Physiotherapie (Krankengymnastik inklusive physikalischer Therapie), Ergotherapie und Logopädie. Das Team wird ergänzt durch Seelsorge, ehrenamtlichen Besuchsdienst, Ernährungsberatung, Orthopädietechnik, ferner Funktions- und Konsildienste. Alle an dem multiprofessionellen Team beteiligten Berufsgruppen müssen über eine geriatricspezifische Qualifikation und Berufserfahrung verfügen.

### 6.1. Ärztlicher Dienst

Die Ärztinnen bzw. Ärzte, im stationären Bereich sowohl Leitung als auch ständige Vertretung, verfügen in der Regel über eine Facharztanerkennung, in der Regel Innere Medizin, mit fakultativer Weiterbildung „klinische Geriatrie“ bzw. spezielle Weiterbildung „Geriatrie“. Des Weiteren sind Kenntnisse in Sozial-, Rehabilitations-, Palliativ- und Ernährungsmedizin erwünscht.

Zu den Aufgaben zählen die medizinische Diagnostik und Behandlung, medizinische Notfalltherapie, Leitung des Behandlungsteams, rehabilitationsmedizinische Beurteilung, Verordnung angemessener Therapien, Beratung von Patientin bzw. Patient 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.

Darüber hinaus kann der ärztliche Dienst im Rahmen eines geriatrischen Konsils für andere Fachrichtungen (auch einrichtungsübergreifend) tätig werden.

### 6.2. Pflegerischer Dienst

Der pflegerische Dienst setzt sich aus examinierten Fachkräften der Gesundheits-, Krankenpflege sowie Altenpflege mit zusätzlichen Kenntnissen in der aktivierend-therapeutischen Pflege sowie geriatricspezifischer Qualifikation zusammen.

Zu den Aufgaben zählen die 24-Stunden-Verantwortung in der geriatrischen Pflege (z.B. nach Bobath oder alternativen neurophysiologischen Pflegekonzepten), die spezielle Behandlungspflege inklusive Pflegevisiten, das Wundmanagement, die Inkontinenz- und Stomaberatung, die Interaktion, d.h. die Unterstützung der Beziehung zwischen Patientin bzw. Patient, therapeutischen und diagnostischen Diensten sowie Angehörigen. Ferner gehören zu den Aufgaben des Pflegedienstes die Administration (Beziehung zu Verwaltung, Küche, Transportdienst, Hauswirtschaft etc.).

---

<sup>10</sup> Vgl. LVG, Altersmedizin in Niedersachsen 2012, S. 18ff.



### **6.3. Therapeutische und psychosozialer Dienste**

#### **6.3.1. Physiotherapie (Krankengymnastik und Physikalische Therapie)**

Die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter verfügt über eine staatliche Anerkennung als Physiotherapeutin bzw. Physiotherapeut oder als Krankengymnastin bzw. Krankengymnast, Zusatzqualifikationen z.B. nach Bobath oder Perfetti oder weiterer neurophysiologischer Techniken zur Behandlung häufiger geriatrischer Krankheitsbilder sind erwünscht. Einige der nachfolgenden Therapieelemente werden auch von staatlich anerkannten Masseurinnen und Bademeistern durchgeführt.

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

#### **6.3.2. Ergotherapie**

Die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter verfügt über eine staatliche Anerkennung als Ergotherapeut sowie über spezielle Kenntnisse in ADL-/IADL-Training<sup>11</sup>, die Behandlung von Sturz- und Amputationspatientinnen und -patienten. Sie bzw. er verfügt über Erfahrungen/spezifische Qualifikationen in der neurophysiologischen Behandlung inklusive der Behandlung von Kau- und Schluckstörungen. Arbeitsfelder sind die funktionelle Verbesserung mittels konstruktiver Tätigkeiten, Training der Aktivitäten des täglichen Lebens, Tonusregulierung und Anbahnung physiologischer Bewegungsmuster, Grunddiagnostik neurophysiologischer Störungen, Training anamnестischer Funktionen, Gleichgewichtsschulung, facio-orale Therapie, Wahrnehmungs- und Orientierungstraining, Training der Konzentration, Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit, Hausbesuche (mobile Ergotherapie), ADL-Training, Umtrainieren der Händigkeit, Hilfsmittelversorgung (ADL-Bereich) und Training, Wohnungsadaption, Prothesentraining, psychosoziale Stabilisierung, Angehörigenberatung und -einweisung.

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

Die staatlich anerkannte Logopädin bzw. der staatlich anerkannte Logopäde verfügt über spezielle Kenntnisse in Diagnostik und Therapie von Sprach- und Sprechstörungen sowie Kau- und Schluckstörungen. Diagnostik und Therapie erworbener Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen wie Dysarthrophonie, Aphasie, Dysphonie, Sprech-, Sprach- und Stimmapraxie, Behandlung von Kau- und Schluckstörungen, Atemtherapie, Einzel- und Gruppenbehandlung, Angehörigenberatung, Teambesuche und Vermittlung ambulanter Weiterbetreuung.

Es können Therapeuten mit der staatlichen Anerkennung als Logopäde, Sprachheilpädagoge oder in einer anderen Ausbildung gleichwertiger sprachtherapeutischer Berufe zum Einsatz kommen, d. h., gleichwertige Ausbildungen sind analog der gemeinsamen Zulassungsempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur Zulassung der Heilmittelerbringer nach § 124 SGB V ebenfalls möglich.

#### **6.3.4. (Neuro) - Psychologischer Dienst**

Berufliche Qualifikation „Diplom-Psychologin“ bzw. „Diplom-Psychologe“, möglichst mit Zusatzkenntnissen in der klinischen Psychologie bzw. Neuropsychologie.

---

<sup>11</sup> Aktivitäten des Täglichen Lebens, Selbsthilfetraining



Arbeitsbereiche sind Diagnostik und Therapie von Störungen 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 Teambesprechung.

### **6.3.5. Sozialdienst**

Die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter des Sozialdienstes verfügt über eine staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter, Sozialpädagoge oder Gerontologie und psychosoziale, systemische, lösungs- und prozessorientierte Beratungskompetenz spezielle für ältere Patientinnen und Patienten.

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

## **6.4. Ergänzende Dienste**

### **6.4.1. Ernährungsberatung**

Die Diätassistentin bzw. Diätassistent oder die Ökotrophologin bzw. der Ökotrophologe verfügt über Kenntnisse, die sich aus altersbedingten Veränderungen des Organismus und/oder häufigen Erkrankungen im Alter ableiten.

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

### **6.4.2. 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 sterbender Patientinnen und Patienten.

### **6.4.3. Ärztlicher Konsiliardienst**

Regelmäßige Inanspruchnahme ärztlicher Konsiliarleistungen (z.B. Chirurgie, HNO, Urologie, Augenheilkunde, Zahnheilkunde, Gynäkologie, Neurologie), da geriatrische Patientinnen bzw. Patienten fast immer interdisziplinäre medizinische Probleme aufweisen.

### **6.4.4. Orthopädiotechnik und Hilfsmittelversorgung**

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



## 7. Das geriatrische Assessment

Neben der medizinischen Betreuung geriatrischer Patientinnen und Patienten, die sich wie beschrieben durch ein höheres Lebensalter, komplizierte 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 der Patientin bzw. des Patienten hinsichtlich ihrer bzw. seiner Krankheitsgeschichte, seines körperlichen, geistigen und seelischen Gesundheitszustandes, 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.

In der ersten Stufe wird ein geriatrisches Screening durchgeführt, um zu klären, ob es sich um eine potentielle geriatrische Patientin oder einen potentiellen geriatrischen Patienten handelt und ob ein spezifischer altersmedizinischer Behandlungsbedarf vorliegt. Die zweite Stufe bildet das Geriatrische Basisassessment. Abhängig von den jeweiligen Testergebnissen wird erforderlichenfalls bei Auffälligkeiten ein weiterführendes spezialisiertes Assessment durchgeführt.

Das Geriatrische Assessment (einschl. Screening) umfasst:

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

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

Neben der Befunderhebung durch Anamnese und Untersuchung bietet das Assessment mittels standardisierter Testverfahren (z. B. Barthel-Index oder FIM, Timed up and go, Tinetti-Test, Mini



Mental Status, Kraftmessung beider Hände)<sup>12</sup> 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 (Früh-)Rehabilitationspotentiale vorhanden sind, ob sich Ziele ändern, wo verborgene Ressourcen der Patientin bzw. des Patienten und wie diese entwickelt und genutzt werden können. Das geriatrische Assessment ermöglicht die gezielte Überleitung in die jeweils notwendige ambulante oder stationäre Weiterversorgung.

Das geriatrische Assessment bildet damit die Grundlage für eine sektorenübergreifende Behandlung multimorbide erkrankter alter Menschen.

---

<sup>12</sup> Selbstständigkeit bei Alltagsaktivitäten , Mobilitätstest



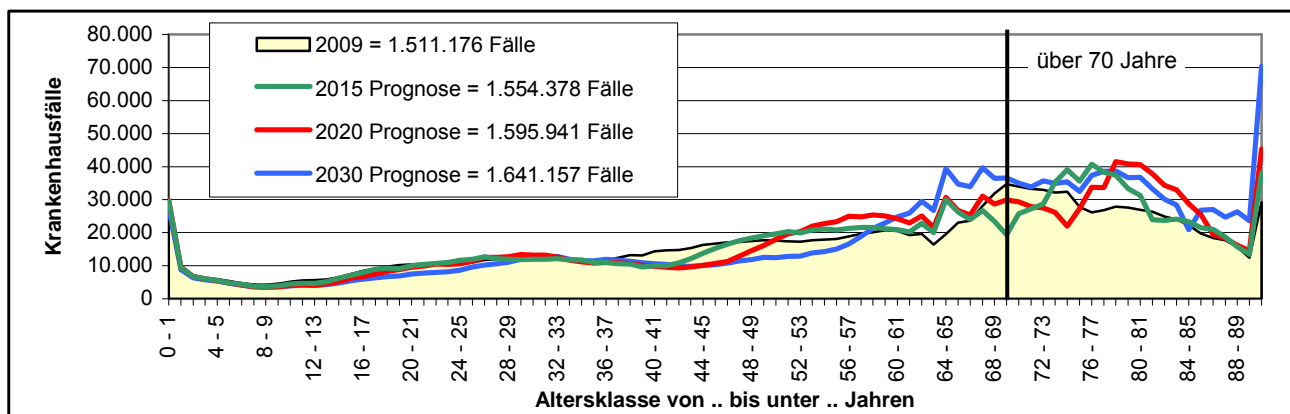
## 8. Voraussichtliche Nachfrageentwicklung

### 8.1. Prognose der Fallzahlentwicklung

In Anbetracht der demografischen Entwicklung ist davon auszugehen, dass der Versorgungsbedarf im Bereich der geriatrischen Behandlung sukzessive ansteigen wird.

Nachfolgende Grafik verdeutlicht die Prognose der Fallzahlentwicklung insgesamt im stationären Bereich bis zum Jahr 2030. Aufgrund der Steigerung des Anteils von Menschen im höheren Lebensalter wird insgesamt mit einem sukzessiven Anstieg der stationär behandlungsbedürftigen Menschen von rd. 1,51 Mio. in 2009 auf rd. 1,64 Mio. in 2030 gerechnet.

Abb. 9: Fallzahlprognose auf der Basis der altersspezifischen Krankenhaushäufigkeit in Niedersachsen



Grundsätzlich ist es im Bereich der medizinischen Versorgung nicht möglich, eine unumstrittene Methode zur Bemessung des zukünftigen Bedarfes anzuwenden. Zu groß ist die Varianz bei wesentlichen Bestimmungsfaktoren im Rahmen der Bedarfsberechnung, wie z.B. Fallzahlen, Verweildauern, Krankenhaushäufigkeit etc.

Nach den Ausführungen des Weißbuches Geriatrie wird sich bundesweit der Bedarf an akutstationären bzw. rehabilitativen Kapazitäten im Bereich Geriatrie von 2007 bis 2020 um 12.512 bzw. 3.243 Betten, insgesamt 15.754 erhöhen.<sup>13</sup> Diese Kapazitäten ergeben sich demnach zum einen aus der Steigerung der Nachfrage in der Geriatrie durch den demografischen Effekt (3.004 bzw. 1.716 Betten) und zum anderen durch eine Quantifizierung des Bedarfs, der derzeit in anderen Fachgebieten behandelt wird. (9.508 bzw. 1.527 Betten).

Grundlage für die Berechnung der Kapazitätsentwicklung durch den demografischen Effekt ist die Annahme, dass die Krankenhaushäufigkeit gleich bleibend ist. Aufgrund der Krankenhaus- bzw. Rehabilitationshäufigkeit in geriatrischen Fachabteilungen von

- 0,02282% bei unter 65 Jährigen,
  - 0,36520% bei 65-75 Jährigen
  - 1,26292% bei 75-80 Jährigen und
  - 3,22707% bei über 80 Jährigen im Krankenhausbereich
- bzw.
- 0,00475% bei unter 65 Jährigen
  - 0,16983% bei 65-75 Jährigen
  - 0,64323% bei 75-80 Jährigen sowie
  - 1,30590% bei über 80 Jährigen im Rehabilitationsbereich

<sup>13</sup> Vgl. Weißbuch Geriatrie, Bundesverband Geriatrie und GEBERA, 2. Auflage, 2010, S. 84.





ergibt sich durch die Zunahme der Bevölkerung im fortgeschrittenen Lebensalter eine Erhöhung der Fallzahlen bis 2020 bundesweit im Krankenhausbereich um rd. 64.000 Fälle bzw. rd. 26.000 Fälle im Rehabilitationsbereich.

Der Bedarf aus anderen Fachgebieten wird vereinfacht dadurch errechnet, dass rd. 10% der Patientinnen und Patienten aus anderen Fachgebieten (insb. Chirurgie, Innere Medizin, Augenheilkunde, Dermatologie, Neurochirurgie, Neurologie, Urologie und Orthopädie/Unfallchirurgie), die ein geriatrisches Profil aufweisen (Anzahl der Nebendiagnosen), der Geriatrie rechnerisch zugeordnet werden. Hieraus würde sich rein rechnerisch ein Fallzahlvolumen von rd. 155.000 Fällen p.a. ergeben, welches aus den anderen Fachbereichen dem Bereich der Geriatrie zugeordnet werden müsste. Es handelt sich hierbei somit um eine Umverteilung und keinen zusätzlichen, derzeit nicht versorgten Bedarf. Ob bei diesen Patientinnen und Patienten tatsächlich eine Verlegung in eine geriatrische Abteilung erforderlich ist, kann aufgrund der Daten nicht abschließend beurteilt werden.

## 8.2. Krankenhausversorgung

In der nachfolgenden Tabelle ist auf Basis der angenommenen bundesweiten Krankenhaushäufigkeit der geriatrischen Fälle nach dem „Weißbuch Geriatrie“ und der 12. Bevölkerungsvorausschätzung für Niedersachsen das rechnerische Fallzahlvolumen für 2011, 2020 und 2030 dargestellt. Rechnerisch werden sich durch den demografischen Wandel die Fallzahlen im Bereich Geriatrie unter diesen Prämissen von 22.945 in 2011 sukzessive auf 30.110 erhöhen.

Tab. 1: prognostizierte Fallzahl im Krankenhausbereich für die Jahre 2020 und 2030

Krankenhaus-häufigkeit	Alter	Fälle 2011	Fälle 2020	Fälle 2030
0,0002282	< 65	1.428	1.353	1.222
0,0036520	65-75	3.235	3.117	4.027
0,0126292	75-80	4.192	4.804	5.027
0,0322707	> 80	14.090	18.003	19.834
<b>Summe</b>		<b>22.945</b>	<b>27.277</b>	<b>30.110</b>

Unterstellt man die im Weißbuch Geriatrie ausgewiesene durchschnittliche Verweildauer von 16,2 Tagen in einer geriatrischen Krankenhausabteilung und eine Sollauslastung von 85% ergibt sich für das Jahr 2011 rechnerisch ein Bettenbedarf von rd. 1.200 Betten. Ohne Berücksichtigung der Altersgruppe der unter 65jährigen, bei denen die Notwendigkeit einer geriatrischen Behandlung zumindest angezweifelt wird, reduziert sich die rechnerisch erforderliche Bettenzahl auf rd. 1.390 Betten für Niedersachsen. Aufgrund der existierenden und konkret in Planung befindlichen geriatrischen Angebotsstrukturen in Krankenhäusern ist aktuell kein unversorgter Bedarf erkennbar. Dies ist auch darin begründet, dass der tatsächliche Bedarf - wie zuvor erläutert - nicht objektiv darstellbar ist. Weiterhin ist zu beobachten, dass ältere Menschen - aber auch geriatrische Patientinnen und Patienten - nicht ausschließlich in speziellen geriatrischen Abteilungen zu versorgen sind. Je nach medizinischer Notwendigkeit können und sollten entsprechende Patientinnen und Patienten auch adäquat in organspezifischen Fachabteilungen behandelt werden.

Unter den zuvor genannten Annahmen und Einschränkungen ergibt sich ein möglicher rechnerischer Orientierungsrahmen für die Jahre 2020 bzw. 2030 ohne Berücksichtigung der unter 65-Jährigen von 1.353 bzw. 1508 Betten. Bei der zukünftigen Bedarfsbeurteilung ist korrigierend zu berücksichtigen, dass die Kapazitätsentwicklung in allen Bereichen des akutstationären Sektors nicht nur durch die Demografie, sondern maßgeblich auch durch den medizinischen Fortschritt im ambulanten und stationären Bereich determiniert wird. In Anbetracht der Tatsache, dass bei der abnehmenden Zahl der unter 65-jährigen gleichzeitig auch die erforderlichen somatischen Krankenhauskapazitäten außerhalb der Geriatrie abnehmen werden, könnte der sukzessive Ausbau der geriatrischen Angebote ggfs. Kapazitätsneutral vorgenommen werden.





### 8.3. Stationäre geriatrische Rehabilitation

In der nachfolgenden Tabelle ist auf Basis der angenommenen bundesweiten Rehabilitationshäufigkeit der geriatrischen Fälle nach dem „Weißbuch Geriatrie“ und der 12. Bevölkerungsvorausrechnung für Niedersachsen das rechnerische Fallzahlvolumen für 2011, 2020 und 2030 dargestellt. Rechnerisch werden sich durch den demografischen Wandel die Fallzahlen im Bereich Geriatrie unter diesen Prämissen von 9.639 in 2011 sukzessive auf 12.714 erhöhen.

Tab. 2: prognostizierte Fallzahl im Reha-Bereich für die Jahre 2020 und 2030

Reha-Häufigkeit	Alter	Fälle 2011	Fälle 2020	Fälle 2030
0,0000475	< 65	297	282	254
0,0016983	65-75	1.504	1.450	1.873
0,0064323	75-80	2.135	2.447	2.560
0,0130590	> 80	5.702	7.285	8.026
<b>Summe</b>		<b>9.639</b>	<b>11.463</b>	<b>12.714</b>

Unterstellt man die durchschnittlich in Niedersachsen vorhandene Verweildauer von rd. 19,5 Tagen in einer geriatrischen Rehabilitation und eine Sollauslastung von 95% ergibt sich für das Jahr 2011 rechnerisch ein Bettenbedarf von rd. 542 Betten. Diese Kapazitäten sind bereits heute erreicht. Auch für den Bereich der Rehabilitation ist eine objektive prospektive Bedarfsberechnung schwer möglich. Unterstellt man die o. g. Berechnungsgrundlagen ergibt sich für die Jahre 2020 bzw 2030 ein rechnerischer möglicher Orientierungsbedarf in Höhe von 645 bzw. 715 Betten.



## 9. Angebotsstruktur im Bereich Geriatrie

Für eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung sind definierte Struktur- und Prozesskriterien (u. a. Anforderungen an die Bettenzahl der geriatrischen Einheit) sowie eine ausreichende Finanzierung erforderlich.

### 9.1. Krankenhausversorgung

In Niedersachsen existieren zahlreiche Krankenhäuser, die im Bereich der Geriatrie Leistungen anbieten, wobei sich die inhaltlich qualitative Ausgestaltung und die Größe der geriatrischen Einheiten z. T. erheblich unterscheiden. Einen Überblick über die existierenden sowie die von den einzelnen Krankenhausträgern perspektivisch vorgesehenen stationären geriatrischen Leistungsangebote geben folgende Übersichten

Tab. 3: Existierende akutstationäre Versorgungsangebote Geriatrie

	Krankenhaus	Ort	Betten Geriatrie IST	Betten Geriatrie Planung
1	Ubbo-Emmius-Klinik Aurich/Norden	Aurich/Norden	15	20
2	Diana Klinik	Bad Bevensen	43	43
3	Helios Ev. Krankenhaus Bad Gandersheim	Bad Gandersheim	24	44
4	Deister-Süntel-Klinik	Bad Münder	6	6
5	Klinikum Hildesheimer Land	Bad Salzdetfurth	40	45
6	Niels-Stensen-Klinikum Bramsche	Bramsche	33	33
7	Klinikum Braunschweig	Braunschweig	77	77
8	Ostemed Klinik Bremervörde	Bremervörde	8	20
9	Krankenhaus Buchholz	Buchholz	6	12
10	Elbe-Kliniken Buxtehude	Buxtehude	20	40
11	Allgemeines Krankenhaus Celle	Celle	72	90
12	Asklepios Harzkliniken Robert-Koch-KH	Clausthal-Zellerfeld	44	85
13	Kath. Kliniken Oldenburger Münsterland	Cloppenburg	22	22
14	Krankenhaus Lindenbrunn	Coppenbrügge	23	23
15	St. Marienhospital	Friesoythe	17	17
16	Klinikum Osnabrück Betriebsteil Georgsmarienhütte	Georgsmarienhütte	20	0
17	Klinikum Gifhorn	Gifhorn	26	26
18	Ev. Krankenhaus Göttingen-Weende	Göttingen-Weende	35	35
19	Johanniter Krankenhaus Gronau	Gronau/Leine	11	55
20	Reha-zentrum Gyhum	Gyhum	22	22
21	Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung / Kirchrode	Hannover	38	38
22	DRK Clementinenhaus Hannover	Hannover	26	41
23	Helios St. Marienberg Klinik	Helmstedt	17	30
24	Kliniken Herzberg und Osterode GmbH	Herzberg	20	20
25	Rhön Klinikum Hildesheim	Hildesheim	20	20
26	Ev. Krankenhaus Holzminden	Holzminden	20	20
27	Klinikum Region Hannover Hagenhof (Umzug 2015)	Langenhagen	40	40
29	Klinikum Leer	Leer	18	30
28	St. Bonifatius-Hospital Lingen	Lingen	20	20
30	St. Franziskus Hospital	Löhne	20	20
31	Städtisches Klinikum Lüneburg	Lüneburg	7	20
32	Wesermarsch Klinik Nordenham	Nordenham	20	20
33	Klinikum Oldenburg	Oldenburg	25	25
34	Ev. Krankenhaus Oldenburg	Oldenburg	18	25
35	Klinikum Osnabrück	Osnabrück	47	47
36	Capio Krankenhaus Land Hadeln	Otterndorf	26	26
37	Marienkrankehaus Papenburg	Papenburg	10	10
38	Kreis Krankenhaus Rinteln (Neubau Klinikum)	Rinteln	4	50
39	Agasplasion Diakonieklinik Rotenburg	Rotenburg	20	40
40	Klinikum Salzgitter	Salzgitter	20	20
41	Krankenhaus Sögel	Sögel	0	0
42	Heidekreisklinikum Soltau	Soltau	10	15
43	Mittelweser-Kliniken	Stolzenau	20	20
44	St. Marienhospital Vechta	Vechta	23	23
45	St. Willehad-Hospital/Reinhard-Nieter-Khs.	Wilhelmshaven	20	20
	<b>Summe</b>		<b>1073</b>	<b>1355</b>



Aktuell werden danach 1.073 akutstationäre geriatrische Betten in Niedersachsen in 45 Plankrankenhäusern betrieben. Darüber hinaus besteht von Seiten dieser Krankenhausträger die Absicht, ihre bestehenden Kapazitäten auf 1.355 Betten auszuweiten. Da die geriatrische Versorgung, wie bereits einleitend ausgeführt wurde, in Niedersachsen nicht Gegenstand der Krankenhausplanung ist, wären ergänzende Regelungen auf Selbstverwaltungsebene sinnvoll.

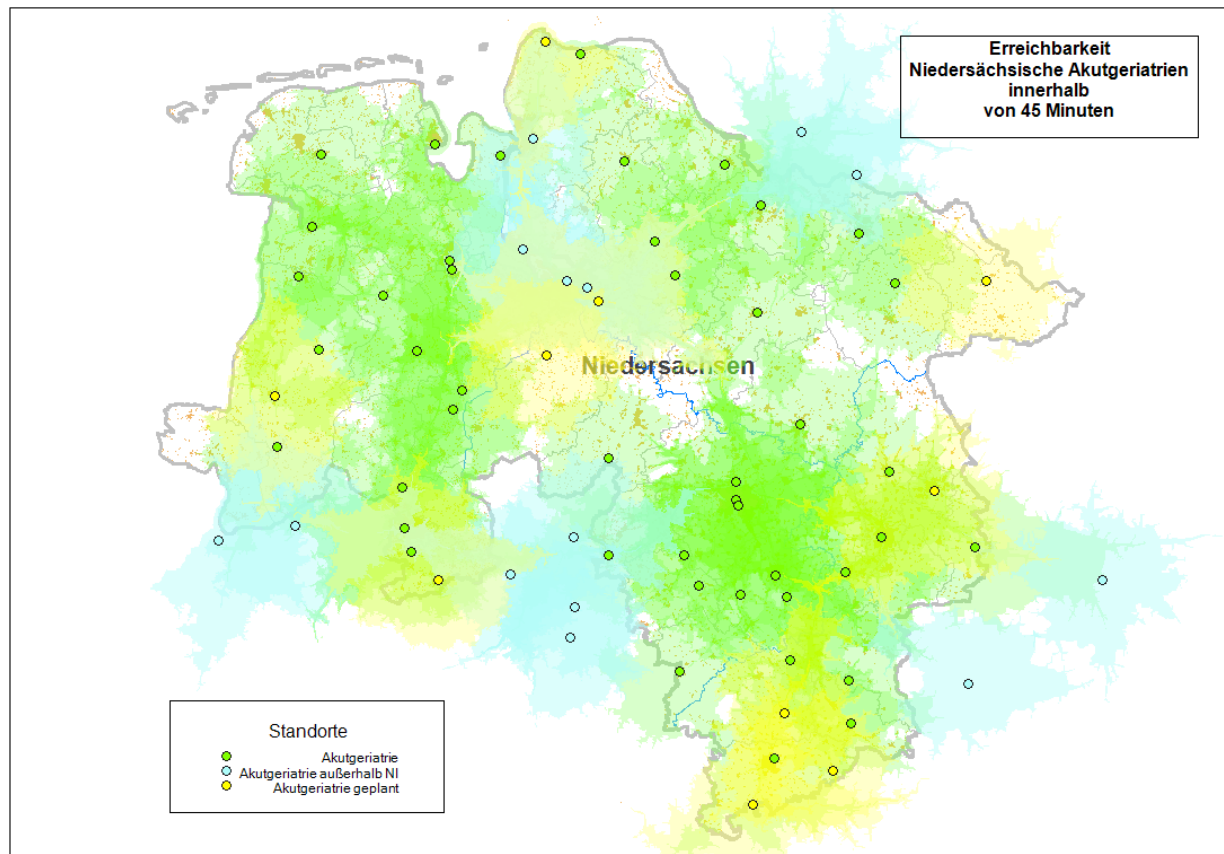
Für weitere 10 Krankenhäuser (Tab. 4) sehen konkrete Überlegungen der entsprechenden Träger die Etablierung eines zusätzlichen geriatrischen Leistungsangebotes vor. Ausgehend von einer durchschnittlichen Bettenzahl für den Bereich der Geriatrie von ca. 30 Betten (1.290 dividiert durch 45), könnte sich nach einer Inbetriebnahme der vorgesehenen Angebote die Gesamtbettenzahl in der Akut-Geriatrie in absehbarer Zeit auf insgesamt 1.590 Betten erhöhen. Auch hier bleibt allerdings darauf zu achten, dass die vorgesehenen Angebote entsprechende Qualitätsstandards erfüllen. Hier vollzieht sich bereits seit Jahren ein Prozess, in dem die Selbstverwaltung den zusätzlichen Bedarf an geriatrischen Kapazitäten erkannt hat und unter Anlegung von Qualitätsstandards und Mindestkriterien erfolgreich gestaltet. Diesen Weg gilt es konstruktiv zu begleiten und durch konzeptionelle Festlegungen zu unterstützen.

Tab. 4: Geplante akutstationäre Versorgungsangebote Geriatrie

Krankenhaus	Ort
Aller-Weser Klinik	Achim
St. Ansgar Klinikverbund Klinik Bassum	Bassum
Krankenhaus Cuxhaven	Cuxhaven
Capio Elbe-Jeetzel-Klinik	Dannenberg
Klinikum Osnabrücker Land	Dissen
St. Martini Krankenhaus	Duderstadt
Krankenhaus Hann. Münden	Hann. Münden
Ludmillenstift Meppen	Meppen
Helios Albert-Schweitzer-Krankenhaus	Northeim
Klinikum Wolfsburg	Wolfsburg

Unter der Prämisse, dass sämtliche dargestellten vorhandenen oder aber vorgesehenen Angebote für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung geeignet sind, stellt sich die regionale Verteilung geriatrischer Versorgungsangebote unter Berücksichtigung einer Erreichbarkeitszeit von 45 Minuten sich wie folgt darstellen:

Abb. 10: Standorte und Erreichbarkeit von Einrichtungen der Akutgeriatrie



Die vorstehend dargestellte Analyse verdeutlicht, dass die Geriatrie zunehmend in den Blickwinkel der Krankenträger wie auch der Krankenversicherung gerückt ist und deutliche Tendenzen eines Ausbaus der geriatrischen Versorgungsstrukturen erkennen lässt. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und den Auswirkungen des pauschalierenden Entgeltssystems im Krankenhauswesen wird daher in jedem Einzelfall zu prüfen sein, ob die dargestellten Versorgungsangebote den zu stellenden Anforderungen an Leistungsfähigkeit, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Standortsicherheit entsprechen. Der adäquaten Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum wird hierbei ein wesentliches Augenmerk zuteil werden müssen.

Die Erfahrungen haben gezeigt, dass eine nachhaltige Verbesserung der Versorgung untrennbar mit der Schaffung entsprechender struktureller und organisatorischer Voraussetzungen in den Kliniken verbunden ist. Die geriatrische Versorgungssituation in der Krankenhausversorgung Niedersachsens wird sich in absehbarer Zeit deutlich verbessern lassen, sodass davon auszugehen ist, dass „Weiße Flecken“ in absehbarer Zukunft weitgehend geschlossen werden können. Für einzelne der genannten Regionen liegen bereits konkrete Konzepte vor bzw. sie werden aktuell entwickelt. Wegen der sehr unterschiedlichen Bedingungen (z.B. Bevölkerungsdichte, Verkehrsanbindung, medizinische Infrastruktur) sind flächendeckend einheitliche, idealtypische geriatrische Versorgungsstrukturen unrealistisch. Ähnlich wie in anderen Bereichen wird es in einem Flächenland wie Niedersachsen hinsichtlich des Umfangs und der Qualität eine Differenzierung in eine Basisversorgung und eine Schwerpunktversorgung geben müssen. Darüber hinaus haben sich die Einzugsgebiete der Kliniken nicht nur im Rehabilitationsbereich über Kreisgrenzen hinaus entwickelt und z. T. erheblich verändert. Die Überlegungen orientieren sich daher für die geriatrische Versorgung nicht Landkreis bezogen, sondern an Einzugsgebieten mit Kriterien der Erreichbarkeit und Fahrzeit. Im Rahmen der Umsetzungsüberlegungen werden auch qualifizierte geriatrische Leistungsangebote an den Landesgrenzen zu berücksichtigen sein.



Es werden regionale Strukturen benötigt, die die Implementierung eines generalistischen, sektorenübergreifenden Behandlungsansatzes unter dem Fokus weitestgehender Selbstständigkeit und Lebensqualität für die Patientinnen und Patienten ermöglichen. Gefordert sind daher regionale Netzwerke, die möglichst wohnortnah eine abgestufte Versorgung mit den verschiedenen sektorenübergreifenden Behandlungselementen gewährleisten. Hier bereits bestehende Strukturen sind ggf. zu ergänzen und in engem Zusammenwirken mit der Selbstverwaltung weiter zu regionalisieren. Ein fachlicher Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den Beteiligten findet hierzu bereits statt.

Im Vordergrund steht dabei neben der Etablierung der Grundversorgung der Aufbau weiterer Geriatrischer Zentren in Regionen, die bisher nicht über ein derartiges abgestimmtes Leistungsangebot (akutstationäre Versorgung einschl. Frührehabilitation, stationäre und ambulante Rehabilitation, Aus-Fort-, und Weiterbildung) verfügen. Geriatrische Zentren (z. T. trägerübergreifend) sollen auch weiterhin die Schwerpunktversorgung darstellen und in den jeweiligen Regionen den Kern des erwünschten sektorübergreifenden Versorgungsverbundes bilden. Auch in diesem Bereich zeichnet sich bereits ab, dass in absehbarer Zeit von einer Flächendeckung auszugehen ist.

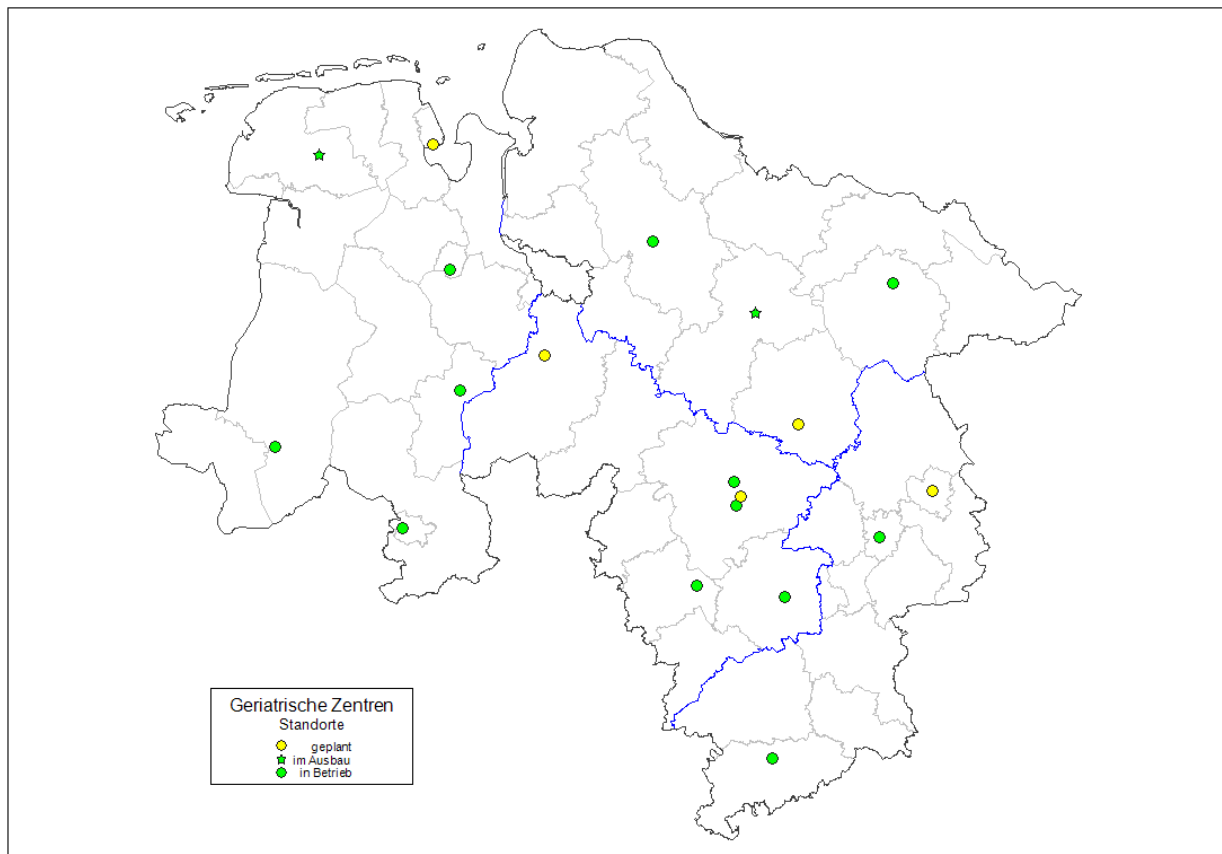
Letztlich ist darauf hinzuweisen, dass bei zukünftigen regionalisierten Strukturplanungen und Weiterentwicklungen der Gesundheitsregionen die sektorenübergreifende geriatrische Versorgung berücksichtigt werden sollte. Dies ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass möglicherweise einzelne Krankenhausträger, die zwar heute spezialisierte geriatrische Versorgungsangebote aufweisen, aufgrund ihrer regionalen Lage und Leistungsfähigkeit langfristig aber als nicht mehr bedarfsgerecht einzustufen sind. In derartigen Fällen ist sicherzustellen, dass die bedarfsnotwendigen geriatrischen Versorgungsangebote zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Krankenhausplan auf andere geeignete Träger in der Region übertragen werden. Ein heute bestehendes geriatrisches Versorgungsangebot alleine begründet daher die langfristige Bedarfsgerechtigkeit eines Krankenhauses nicht.

## **9.2. Geriatrische Zentren**

Geriatrische Zentren sind Einrichtungen, die akutgeriatrische Leistungen erbringen und zusätzlich über einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V Leistungen der geriatrischen Rehabilitation anbieten. Die Besonderheit geriatrischer Zentren ist nicht zuletzt in der für die Geriatrie der Versorgung notwendigen Aus-, Fort- und Weiterbildungsbildungsfunktion zu sehen. Zu berücksichtigen ist, dass die geriatrische Versorgung nicht nur in geriatrischen Zentren stattfinden kann, sondern auch andere kurativ oder rehabilitativ tätige ambulante und stationäre Leistungserbringer zu beteiligen sind. Eine flexible Organisation der geriatrischen Leistungserbringung ist im Flächenland Niedersachsen zur Realisierung einer flächendeckenden, abgestuften, sektorübergreifenden Versorgung unverzichtbar. Diese gilt es weiterzuentwickeln.

In Niedersachsen sind derzeit an zwölf Standorten geriatrische Zentren etabliert. Zwei geriatrische Zentren befinden sich im Aufbau. Fünf weitere Einrichtungen planen die Etablierung eines geriatrischen Zentrums. Die Abbildung zeigt damit, dass auch hinsichtlich der überregionalen geriatrischen Zentren weitgehend eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung Niedersachsens erreicht wurde bzw. in absehbarer Zeit erreicht werden kann. Ein nennenswerter Handlungsbedarf ist zumindest gegenwärtig nicht erkennbar.

Abb. 11: Geriatrische Zentren in Niedersachsen



Als Geriatrische Zentren kommen aufgrund der personellen, baulichen, strukturellen und ablauforganisatorischen Anforderungen, der erforderlichen wirtschaftlichen Größe und der notwendigerweise parallel vorzuhaltenden akutstationären Leistungsstruktur (z.B. Teilnahme an der Notfallversorgung, Unfallchirurgie, Neurologie, Psychiatrie) ausschließlich Krankenhäuser infrage, die über geeignete Strukturen verfügen.

### 9.3. Rehabilitation

Die geriatrische Rehabilitation dient der Erhaltung und Wiederherstellung der Selbstständigkeit bzw. Teilhabe und der Verbesserung der Lebensqualität älterer Patientinnen bzw. Patienten mit mehreren Erkrankungen (siehe Kapitel 4.2.2). Ziel ist es, den Kranken ein möglichst eigenverantwortliches, weitgehend selbstständiges und von der Hilfe durch Dritte möglichst unabhängiges Leben in der gewohnten sozialen Umgebung zu ermöglichen.

Im Rehabilitationsbereich bestehen zurzeit vertragliche Vereinbarungen mit 15 Einrichtungen, die über 642 Betten verfügen sowie an vier Standorten über insgesamt 79 ambulante Behandlungsplätze. Darüber hinaus möchten neun neue Leistungserbringer (vorhandene Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen) stationäre Leistungen zur Rehabilitation im Umfang von 182 Betten anbieten. Zwei weitere Kliniken haben ihre Planungen für den Rehabilitationsbereich noch nicht konkretisiert. An drei Standorten sind ambulante geriatrische Leistungen mit 42 Behandlungsplätzen konkret geplant. Weitere sieben Anbieter beabsichtigen ebenfalls ein ambulantes Angebot, für das jedoch noch keine Kapazität benannt ist. Somit werden im Rehabilitationsbereich in absehbarer Zeit an 26 Standorten Rehabilitationsangebote zur Verfügung stehen. Bereits jetzt steht eine zukünftige Kapazität von 856 Betten zur stationären Versorgung und von 109 Behandlungsplätzen für die ambulante Rehabilitation fest. Unter Berücksichtigung der noch nicht konkretisierten Vorhaben werden voraussichtlich ca. 900 Betten und etwa 200 ambulante Behandlungsplätze für die geriatrische Rehabilitation zur Verfügung stehen.





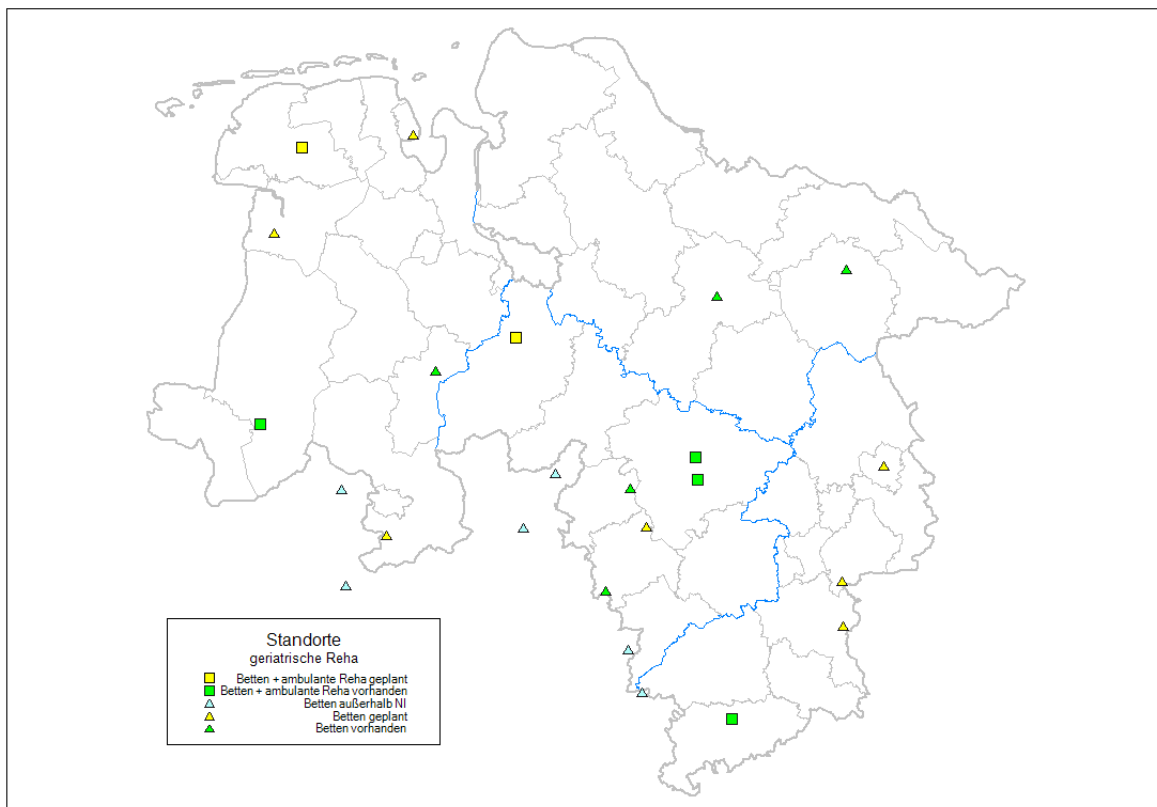
Tab. 5: Einrichtungen für stationäre geriatrische Rehabilitation in Niedersachsen

Einrichtung	Ort	Reha IST	Reha Plan	Reha teilstat. IST	Reha teilstat. Plan
Ubbo-Emmius-Klinik Aurich	Aurich		20		10
Diana Klinik	Bad Bevensen	72			
Herzog-Julius-Klinik	Bad Harzburg		40		
Dörenberg-Klinik	Bad Iburg		50		
Rehaklinik Bad Münster	Bad Münster		10		
Klinik Niedersachsen	Bad Nenndorf	50			
m+i Klinik Bad Pyrmont	Bad Pyrmont	30			
Klinikum Hildesheimer Land	Bad Salzdetfurth	67			*
St. Ansgar Klinikverbund Klinik Bassum	Bassum		15		12
Klinikum Braunschweig	Braunschweig	15			*
Allgemeines Krankenhaus Celle	Celle		*		*
Krankenhaus Lindenbrunn	Coppenbrügge	47			*
Ev. Krankenhaus Göttingen-Weende	Göttingen-Weende	44		20	
Reha-zentrum Gyhum	Gyhum	56			*
Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung / Kirchrode	Hannover	50		24	
Clementinenhaus	Hannover		*		*
Klinikum Region Hannover Hagenhof (Umzug 2015)	Langenhagen	51		15	
St. Bonifatius-Hospital Lingen	Lingen	30		20	
Rehazentrum Oldenburg	Oldenburg	30			20
Klinikum Osnabrück	Osnabrück	45	32		*
Grotjahn-Stiftung	Schladen		27		
MediClin Soltau	Soltau	20			
St. Marienhospital Vechta	Vechta	35			
Krankenhaus Rheiderland	Weener		25		
Reha-zentrum Wilhelmshaven	Wilhelmshaven		20		
Klinikum Wolfsburg	Wolfsburg		20		
<b>Summe</b>		<b>642</b>	<b>259</b>	<b>79</b>	<b>42</b>

\* Standorte mit Planungen, wobei die Bettenzahl/Platzzahl noch nicht konkretisiert worden ist.

Die regionale Verteilung stellt sich wie folgt dar:

Abb. 12: Standorte von Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation







Bei Realisierung der genannten Vorhaben werden in Niedersachsen für die Krankenhausbehandlung und die medizinische Rehabilitation geriatrisch zu versorgender Patientinnen und Patienten insgesamt 65 Krankenhäuser, Rehakliniken und Pflegeeinrichtungen stationäre Angebote mit voraussichtlich ca. 2.500 Betten sowie 200 Behandlungsplätze in der Regelversorgung zur Verfügung stehen. In den genannten Zahlen sind die geriatrischen Zentren enthalten.

#### 9.4. Ambulante Versorgung

Auf die Bedeutung der vertragsärztlichen Versorgung wird an verschiedenen Stellen in diesem Konzept hingewiesen. Dabei steht der Allgemeinmediziner besonders im Blickpunkt: Er ist der Primärbetreuer alter Menschen. Diese wünschen sich ihrerseits zu ihrem Hausarzt häufig auch eine enge „medizinische“ Beziehung; dessen geriatrisches Wissen und seine Koordinierungsfähigkeiten im Bereich der Geriatrie als besondere Versorgungsform sind gefragt.

Wünschenswert wäre allerdings mehr geriatrisches Know-how im vertragsärztlichen Sektor. Derzeit (Stand: 15.10.2013) gibt es in Niedersachsen insgesamt 12 Vertragsärzte (Fachärzte für Allgemeinmedizin oder für Innere Medizin), die die Zusatzbezeichnung „Geriatrie“ führen<sup>14</sup>.

Ein wichtiger Baustein für eine Verbesserung der Versorgungsqualität ist in diesem Zusammenhang auch das 60-Stunden-Curriculum, welches von der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) in Abstimmung mit der Bundesärztekammer entwickelt wurde und speziell im hausärztlichen Bereich geriatrispezifisches Basiswissen vermitteln soll.

Die Etablierung der Geriatrischen Institutsambulanzen (§ 118a SGB V, vgl. Ziffer 4.1.2) ist ein weiterer Baustein zur Verbesserung der ambulanten altersmedizinischen Versorgung. Vor dem Hintergrund der noch auf Bundesebene umzusetzenden Rahmenbedingungen bleibt die Entwicklung abzuwarten.

Aufgrund der Tatsache, dass speziell in Niedersachsen die Facharztdichte Geriatrie kaum für die stationäre Versorgung ausreicht, stellt sich aktuell die Frage nach der ambulanten geriatrischen Facharztversorgung nicht.<sup>15</sup> Die Hausärzte werden also auch in Zukunft einen Großteil der geriatrischen Versorgungslast zu übernehmen haben und es ist insbesondere Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung, dies zu angemessenen Bedingungen zu ermöglichen.

Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass angesichts der insgesamt sehr begrenzten Zahl an Geriatern es kaum möglich sein wird, die Versorgung nahezu vollständig im stationären Bereich anzusiedeln. Bezüglich der geringen Durchdringung der niedergelassenen Ärzteschaft mit spezieller geriatrischer Kompetenz sollte eine planerische Förderung der Einrichtung und Gestaltung von Geriatrischen Institutsambulanzen in Niedersachsen erfolgen. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Hausärzte ihre zentrale Aufgabe bei der Versorgung geriatrischer Patienten erfüllen können. Der Bundesgesetzgeber hat mit der Gestaltung des § 118a SGB V sichergestellt, dass die Geriatrische Institutsambulanz ausschließlich subsidiär die Versorgung im niedergelassenen Bereich ergänzen kann. Somit ist sichergestellt, dass die Primärversorgung durch die Hausärzte erfolgt.

<sup>14</sup> Bei knapp 5.600 Vertragsärzten dieser beiden Fachrichtungen in Nds. zum Ende des Jahres 2010; Quelle KBV

<sup>15</sup> 1.) Vgl. im Folgenden: Kolb G (2009) Versorgungsdichte mit geriatrischer Fachkompetenz in Deutschland. G Kolb für und im Auftrag des Dachverbandes der Gerontologischen und Geriatrischen Gesellschaften Deutschland e. V. (DVGG). Euro J Ger 11;11-13; Kolb G, Andersen-Ranberg K, Cruz-Jentoft A, O'Neill D, Topinkova E and Michel J. P. on behalf of the EUGMS (European Union Geriatric Medicine Society) Academic Board (2011) Geriatric Care in Europe – the EUGMS Survey Part I: Belgium, Czech Republic, Denmark, Germany, Ireland, Spain, Switzerland, United Kingdom. European Geriatric Medicine (EGM) 2(5):290-295; Ekdahl A, Fiorini A, Maggi S, Pils K, Michel JP on behalf of the EUGMS (European Union Geriatric Medicine Society) Academic Board and Kolb G (2012) Geriatric Care in Europe – the EUGMS Survey Part II: Malta, Sweden and Austria. European Geriatric Medicine (EGM) 3(6):388-391



## 10. Weiterentwicklung geriatrischer Angebotsstrukturen

### 10.1. Vorbemerkung

In Niedersachsen besteht bereits ein nennenswertes Angebot zur altersmedizinischen Versorgung, wobei insbesondere im Krankenhaus- und Rehabilitationsbereich der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ durch den bereits realisierten, in den letzten ca. fünf Jahren sehr dynamischen Kapazitätsausbau zunehmend an Bedeutung gewonnen hat. Viele Kliniken im Krankenhaus- und Rehabilitationsbereich wie auch Pflegeeinrichtungen haben daneben die Absicht, ihre Kapazitäten zu erweitern oder eine stationäre bzw. ambulante oder mobile medizinisch-geriatrische Versorgung neu zu etablieren. Damit sind Grundlagen für eine flächendeckende, wohnortnahe, sektorübergreifende altersmedizinische Krankenhausbehandlung und medizinische Rehabilitation gegeben. In Anbetracht der im Einzelnen dargestellten Ist-Situation wie auch der absehbaren Entwicklung der akut- und rehabilitativ-geriatrischen Infrastruktur ist zu erwarten, dass eine flächendeckende, die Bevölkerungsentwicklung berücksichtigende altersmedizinische Versorgung sichergestellt werden kann. Gleichwohl ist insbesondere in inhaltlicher Hinsicht Handlungsbedarf festzustellen:

- Die sektorale Vernetzung ist noch nicht hinreichend umgesetzt.
- Die existierenden Versorgungsangebote sind bedarfs- und qualitätsorientiert weiterzuentwickeln
- Qualifiziertes Personal steht nicht in erforderlichem Umfang zur Verfügung. Es müssen Anstrengungen unternommen werden, um die geriatricspezifischen Qualifikationen des erforderlichen Personals zu fördern. Der Mangel in diesem Bereich ist ein Hemmnis für den Auf- und Ausbau qualitätsgesicherter Versorgungsstrukturen.

Zeitgemäße und zukunftsgerichtete Geriatrie bedeutet, dass die Identifikation der geriatrischen Patientin bzw. des geriatrischen Patienten zum frühestmöglichen Zeitpunkt (Screening durch den Vertragsarzt bzw. in der Notfallaufnahme) erfolgt und die erforderliche Behandlungsform ebenfalls unverzüglich auf der Basis eines geriatrischen Assessments festgelegt wird. Hintergrund ist die allgemeine Erkenntnis, dass dauerhafte Einschränkungen der Funktion und Teilhabe (hier insbesondere das Pflegerisiko) durch den frühestmöglichen Einsatz rehabilitativer Verfahren und Methoden begrenzt werden können.

Eine konsequente Ausrichtung der medizinischen Versorgung alter und kranker Menschen an solchen zukunftsgerichteten altersmedizinischen Forderungen setzt eine deutliche Verbesserung der geriatrischen Wissenskompetenz voraus. Dies gilt insbesondere für niedergelassene Ärztinnen und Ärzten sowie das in der Notfallaufnahme der Krankenhäuser beschäftigte Personal, aber auch für die in den somatischen Abteilungen der Krankenhäuser tätigen Kräfte. Ebenso ist an geriatrisch ausgerichteten Krankenhäusern eine angemessene Einbindung der Geriatrie in die Organisation der Klinik im Sinne einer organisatorisch selbständigen und gleichberechtigten Einheit (Station/Abteilung) mit direkter Zuweisungsmöglichkeit und entsprechender Akzeptanz erforderlich.

### 10.2. Zielsetzung und Grundsätze

Ziel ist die Weiterentwicklung einer geriatrischen Versorgungsstruktur zur flächendeckenden und die Demografie berücksichtigenden nachhaltigen altersmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in Niedersachsen. Durch eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche altersmedizinische Versorgungsstruktur sind die Voraussetzungen für eine Reduzierung und Vermeidung des Hilfe- und Pflegebedarfs der älteren Bevölkerung zu schaffen.

Obgleich die Zulassungsvoraussetzungen durch die geltenden Abrechnungsbestimmungen weitestgehend vorgegeben sind ist es sinnvoll, bei Neu-etablierung geriatrischer Angebote Empfehlungen für strukturelle Rahmenbedingungen zu definieren, um weitere Anreize für eine qualitativ hochwertige Versorgung zu geben. Die nachfolgenden Ausführungen umfassen Empfehlungen



des Landes zur Sicherstellung einer qualitätsorientierten Versorgung. Gleichwohl wird angeraten, diese Empfehlungen und deren Weiterentwicklung von einem Expertengremium überprüfen zu lassen und ggfs. auch weiter anzupassen. An diesem Expertengremium, welches vom Land eingesetzt wird, sollten mindestens die Landesverbände der GKV, die Niedersächsische Krankenhaushausgesellschaft sowie der Landesverband Geriatrie Niedersachsen teilnehmen.

Die Strukturen können in Anlehnung an die Grundsätze des Expertenforums des Kompetenzzentrums Geriatrie vom 13.09.2011 weiterentwickelt werden:<sup>16</sup>

1. Nicht jede geriatrische Patientin bzw. jeder geriatrische Patient muss zwingend in einem geriatrischen Bett versorgt werden.

Es sollte auch zukünftig beachtet werden, dass nicht jeder alte Mensch eine geriatrische Patientin bzw. ein geriatrischer Patient ist und nicht jede geriatrische Patientin bzw. jeder geriatrische Patient eine geriatrische Behandlung benötigt. Notwendig hierzu ist eine klare Definition von Kriterien, die zwingend eine geriatrische Behandlung erfordern.

2. Geriatrische Versorgung muss integrativ und nicht additiv erfolgen.

Die akutstationäre Versorgung wird u. a. durch den medizinischen Fortschritt zunehmend spezialisiert. Im Mittelpunkt der Versorgung älterer Menschen steht die Sicherung einer qualitativ hochwertigen krankheitsspezifischen Versorgung, während der Geriatrie die Funktion als ergänzende Querschnittsaufgabe zukommt, die idealerweise durch eine geriatrisierte Versorgung im Zusammenspiel mit den Geriatrischen Zentren gewährleistet wird.

3. Dem Grundsatz ambulant vor stationär muss durch den prioritären Ausbau und eine höhere Qualifizierung ambulanter geriatrischer Angebote Rechnung getragen werden.

Ein wesentliches Handlungsfeld ist der Ausbau geriatrischer Behandlungskompetenz, insbesondere im vertragsärztlichen Bereich. Hierfür sind von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen und der Ärztekammer Niedersachsen geeignete Fortbildungsangebote, Leistungskomplexe und Vergütungsmodelle zu entwickeln.

4. Die geriatrische Versorgung bedarf einer regionalen Angebotsvernetzung.

Bestehende Leistungsangebote müssen besser vernetzt werden. Dies betrifft sowohl die Leistungssektoren (Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege) als auch die Versorgungsstufen (ambulant und stationär). Dies gilt umso stärker, als aufgrund der demografischen Entwicklung abzusehen ist, dass auch in der medizinische Versorgung der Bevölkerung zukünftig weniger Personal zur Verfügung stehen wird. Nur durch eine weitestgehende Vernetzung bestehender Angebote wird es möglich sein, ein adäquates und qualitativ hochwertiges Angebot aufrechtzuerhalten. Diese Aussage gilt sowohl für die ambulante wie auch die stationäre Versorgung alter und kranker Menschen in Niedersachsen.

5. Für die Geriatrie ist eine Versorgungsforschung zu etablieren

Im Bereich der Geriatrie ist im Rahmen der Versorgungsforschung zu klären, welche Angebotsformen einen hohen Nutzen für die betroffenen Patientinnen und Patienten haben und wie eine drohende Pflegebedürftigkeit vermieden werden kann

---

<sup>16</sup> Vgl. Dr. N. Lübke: Künftige geriatrische Versorgungsstrukturen – Entscheidungsbedarfe heute



## 6. Vermeidung von Verlegungen im gleichen Versorgungssektor

Es ist in jedem Versorgungssektor eine umfassende Behandlung möglichst an einem Standort sicherzustellen. Verlegungen innerhalb eines Versorgungssektors dürfen, auch in Konzern- oder Holdingstrukturen, ausschließlich bei einer entsprechenden und prüfbareren medizinischen Indikationsstellung erfolgen.

Zur Verbesserung der altersmedizinischen Versorgung sollte eine vernetzte und abgestufte Struktur im Sinne eines geriatrischen Versorgungsverbundes angestrebt werden mit mindestens folgenden Segmenten:

- Akutgeriatrie einschl. Frührehabilitation,
- stationärer Rehabilitation,
- ggfs. teilstationäre Versorgungsangebote,
- ambulanter und mobiler Reha,
- Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten,
- Geriatrische Schwerpunktpraxen.

Notwendig ist weiterhin eine angemessene Einbindung weiterer Sektoren wie der hausärztliche Versorgung und des Pflegebereichs. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die enge Zusammenarbeit stationärer Einrichtungen mit dem behandelnden Hausarzt. Darüber hinaus sind die regionale Bevölkerungsentwicklung und infrastrukturelle Gegebenheiten zu beachten. Daneben sind Verlegungen im Interesse der betroffenen Patienten aufgrund der Art und Schwere der Erkrankungen, Funktionseinschränkungen etc. und aus wirtschaftlichen Erwägungen (Fallzahlmehrungen, Transportkosten) weitgehend zu vermeiden.

### **10.3. Empfehlungen für den Ausbau geriatrischer Versorgungsangebote**

Wie eingangs festgestellt, können die Anforderungen an eine geriatrische Versorgung im Krankenhaus mangels gesetzlicher Grundlage weder durch die Krankenhausplanung des Landes noch über ergänzende Vereinbarungen durch die Krankenkassen verbindlich vorgegeben werden.

Gleichwohl ist es Aufgabe des Landes – insbesondere aufgrund der Vorgaben im Koalitionsvertrag des Bundes zur Krankenhausversorgung – Empfehlungen für die qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Versorgung zu geben. Für die geriatrische Grundversorgung, die Versorgung in Geriatrischen Zentren sowie für die Rehabilitation werden für die Neu-etablierung geriatrischer Leistungsangebote folgende Rahmenbedingungen empfohlen:

#### **10.3.1. Geriatrische Grundversorgung im Krankenhaus**

Versorgungsauftrag: Akutgeriatrie im Rahmen der Grundversorgung einschließlich Frührehabilitation.

Eignung:

1. Allgemeinkrankenhäuser, die
  - a. mindestens über eine chirurgische und internistische Fachrichtungen verfügen
  - b. dauerhaft eine vollumfängliche Grundversorgung einschließlich der beide Disziplinen betreffenden regelhaften Erstversorgung von Notfällen gewährleisten
  - c. in der chirurgischen Abteilung neben der operativen Versorgung von Frakturen einschl. Gelenkersatz auch Aufgaben der Allgemein- und Viszeralchirurgie wahrnehmen.
  - d. in der internistischen Versorgung eine Diagnostik sicherstellen, die eine konservative und interventionelle Behandlung insbesondere auf kardiologische, gastroenterologi-



sche und onkologische Erkrankungen erstrecken. Von besonderer Bedeutung ist die Behandlung von Gefäßerkrankungen, u. a. von Schlaganfällen.

- e. eine radiologische Diagnostik inkl. CT sicherstellen.
2. Mindestgröße: ca. 100 Betten, mit den Abteilungen Chirurgie und Innere Medizin
3. Mindestgröße der geriatrischen Einheit: 20 Betten.
4. Organisation der geriatrischen Einheit: Schwerpunkt innerhalb einer vorhandenen internistischen Abteilung mit eigener Behandlungsleitung und räumlich-organisatorischer Abgrenzung (klar zugeordnete Station/en).
5. Fakultativ: Aus-, Fort- und Weiterbildungsstätte/-funktion für die Qualifikation relevanter Berufsgruppe in Theorie und Praxis.
6. Einrichtung eines mindestens zweimal jährlich stattfindenden Qualitätszirkels unter Beteiligung von Hausärzten und geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen.
7. Einzugsgebiet: regelhaft regional.
8. Kooperation/Vernetzung: Zusammenarbeit mit geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen (sowohl sektorbezogene oder an einem geriatrischen Zentrum befindliche). Intensive Kooperation mit allen für die Autonomie der geriatrischen Patientinnen bzw. Patienten wichtigen Akteuren innerhalb und außerhalb der medizinischen und pflegerischen Versorgungskette (z.B. Hausärzte, Heil- und Hilfsmittelerbringer, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, Hilfsangebote zur Speiserversorgung, Wohnraumanbieter).

### 10.3.2. Geriatrische Zentren

Versorgungsauftrag: Besondere Schwerpunktaufgaben im Rahmen eines Versorgungsnetzwerkes - insbesondere in der Aus-, Fort- und Weiterbildung

Eignung:

1. Allgemeinkrankenhäuser, die
  - a. eine Mindestgröße von ca. 250 Betten aufweisen
  - b. in die allgemeine Notfallversorgung eingebunden sind und
  - c. wesentliche Versorgungsfunktionen in den jeweiligen Regionen ausüben.
2. Geriatrischen Einheit
  - a. Mindestgröße (Akut / Reha): 50 (z. B. 30 / 20) Betten, wobei im Rehabilitationsbereich auch kooperative Lösungen umgesetzt werden können
  - b. ggf. zuzüglich (standortabhängig) 10 - 20 Behandlungsplätze zur ambulanten altersmedizinischen Rehabilitation sowie
  - c. perspektivisch weiterer Kapazitäten zur mobilen geriatrischen Rehabilitation.
3. Organisation der sektorübergreifenden geriatrischen Einheit: Hauptamtlich geführte Abteilung unter einer einheitlichen Leitung.
4. Aus-, Fort- und Weiterbildungsstätten/-funktion für die Qualifikation relevanter Berufsgruppen in Theorie und Praxis, Durchführung von zertifizierten, geriatricspezifischen Kursen (ggf. in Kooperation mit anderen geriatrischen Zentren).
5. Einrichtung eines mindestens zweimal jährlich stattfindenden Qualitätszirkels unter Beteiligung von geriatrischen Kliniken der Grundversorgung und Hausärzten.



6. Einzugsgebiet: überregional.
7. Kooperation/Vernetzung: Bildung eines Versorgungsverbunds mit Krankenhäusern der geriatrischen Grundversorgung, sowie aller für den Erhalt oder die Wiedererlangung der selbständigen Lebensführung relevanten Leistungserbringer und sonstige Institutionen (z.B. Hausärzte, Heil- und Hilfsmittelerbringer, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, Hilfsangebote zur Speisenversorgung, Wohnraumanbieter).

In besonderen Fällen kann es sich um ein einrichtungsübergreifendes Zentrum mit einer fachärztlichen geriatrischen Leitung und Verantwortung handeln, sofern eine qualifizierte Stellvertretung nachgewiesen ist. Es muss sichergestellt sein, dass die geriatrische Einheit in jeder der beteiligten Kliniken mindestens 20 Betten umfasst und ein entsprechender Vertrag auf der Grundlage eines gemeinsamen Gesamtkonzepts geschlossen wird.

Geriatrische Zentren, die sich in der Vergangenheit auf die geriatrische Behandlung spezialisiert haben, sind von der Anwendung dieser Empfehlungen ausgenommen, da dort bereits eine qualitativ hochwertige Versorgung sowohl im akutstationären als auch rehabilitativen Bereich sichergestellt wird. Im Einzelnen handelt es sich um folgende Einrichtungen:

- Bad Salzdetfurth, Klinikum Hildesheimer Land (Rhön-Helios) - könnte ins Klinikum Hildesheim (Rhön-Helios) integriert werden.
- Bad Bevensen, Diana-Klinik
- Coppenbrügge, KH Lindenbrunn
- Gyhum, Reha-Zentrum
- Hinsichtlich des Geriatrischen Zentrums Langenhagen ist darauf hinzuweisen, dass diese Einrichtung auf Antrag des Trägers und mit Landesförderung in das Klinikum Großburgwedel integriert wird.





### 10.3.3. Medizinische Rehabilitation

Versorgungsauftrag: medizinisch-geriatrische Rehabilitation

Eignung:

1. Rehabilitationseinrichtung mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V
  - a. mit einer orthopädischen Abteilung und
  - b. fakultativ entweder einer neurologischen oder einer kardiologisch, rheumatologisch, gastroenterologisch oder onkologisch ausgerichteten Abteilung.
2. Mindestgröße: ca. 150 Betten, davon
  - a. mindestens ca. 50 orthopädische und
  - b. ca. 50 neurologische bzw. internistische Betten.
3. Mindestgröße der geriatrischen Einheit: 20 Betten.
4. Organisation der geriatrischen Einheit: In Abhängigkeit von der Größe hauptamtlich oder als Schwerpunkt mit eigenständiger Behandlungsleitung innerhalb einer Fachabteilung und räumlich-organisatorischer Abgrenzung (klare Zuordnung der Station(en)).
5. Fakultativ: Aus-, Fort- und Weiterbildungsstätte/-funktion für die Qualifikation relevanter Berufsgruppen in Theorie und Praxis.
6. Einrichtung eines mindestens zweimal jährlich stattfindenden Qualitätszirkels unter Beteiligung von Hausärzten und Krankenhäusern der akutgeriatrischen Grundversorgung.
7. Einzugsgebiet: überregional.
8. Kooperation und Vernetzung: Zusammenarbeit mit regionalen Krankenhäusern, die akutgeriatrische Versorgung anbieten. Intensive Kooperation mit allen für die Autonomie der geriatrischen Patientinnen bzw. Patienten wichtigen Akteuren innerhalb und außerhalb der medizinischen und pflegerischen Versorgungskette (z.B. Hausärzte, Heil- und Hilfsmittelerbringer, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, Hilfsangebote zur Speiserversorgung, Wohnraumanbieter).

### 10.3.4. Berücksichtigung weiterer Fachgebiete

Wegen des breiten Multimorbiditätsspektrums ist die kurzfristige Verfügbarkeit von nicht in der geriatrischen Einheit tätigen bzw. nicht im Krankenhaus/in der Rehabilitationseinrichtung präsenten Fachärztinnen bzw. Fachärzten konsiliarisch sicherzustellen. Von besonderer Bedeutung ist dabei die neurologisch/psychiatrische Fachkompetenz. Darüber hinaus sind insbesondere die Fachgebiete Urologie, Gynäkologie, Dermatologie, HNO, Augenheilkunde sowie Zahnärzte für die Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten relevant.

### 10.3.5. Berücksichtigung der Abgrenzungskriterien

Gegenwärtig maßgeblich für die Abgrenzung zwischen der geriatrischen Krankenhausbehandlung einschließlich der geriatrischen Frührehabilitation gemäß § 39 SGB V und der geriatrischen medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V sind die seit 2004 in Niedersachsen geltenden Abgrenzungskriterien, die zwischen den Leistungserbringern und den Landesorganisationen der Krankenkassen vereinbart wurden. Sekundärverlegungen innerhalb der Krankenhausbehandlung zur Durchführung von frührehabilitativen Komplexbehandlungen sind aufgrund der durch die Abgrenzungskriterien definierten niedrighschwelligten Eingangsvoraussetzungen für die medizinische Rehabilitation nur in wenigen Fällen (schwer betroffene Patientinnen bzw. Patienten/länger andauernder akutstationärer Behandlungsbedarf) notwendig. Im Bereich der geriatrischen Rehabilitation können auch Patientinnen und Patienten mit noch erheblichem Pflegebedarf sachgerecht versorgt werden.





## **10.4. Qualitative Anforderungen an Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen**

### **10.4.1. Medizinisches Konzept**

Grundlage und Voraussetzung für den Auf- oder Ausbau der akutgeriatrischen und/oder rehabilitativen Versorgung sollte ein individualisiertes Konzept mit folgendem Inhalt sein:

- Informationen zum Krankenhaus/zur Rehabilitationseinrichtung und zum Träger sowie ggf. anderer beteiligter Kliniken
- Angaben zum geplanten Einzugsgebiet
- Art und Umfang des geplanten Leistungsangebotes der geriatrischen Einheit
- Definition/Beschreibung der zu versorgenden Patientinnen bzw. des zu versorgenden Patienten einschl. ggf. geplanter Schwerpunkte/Besonderheiten
- Indikationsstellung/Zugangswege/Ausschlusskriterien
- Umsetzung der niedersächsischen. Abgrenzungskriterien zwischen der geriatrischen Krankenhausbehandlung und der med. Rehabilitation
- Medizinische Diagnostik
- Geriatriespezifische Diagnostik
- Behandlungsfrequenz und Verweildauer
- Ärztliche Leitung und Verantwortung/Stellvertretung
- Therapieplan
- Behandlungselemente: Medikamentöse Behandlung, Physiotherapie (Krankengymnastik), Ergotherapie, Logopädie, Rehabilitative geriatrische Pflege, Physikalische Therapie, (Neuro)psychologie, Sozialarbeit, Ernährungsberatung
- Kooperation und Vernetzung
- Personelle Ausstattung: Geriatrisches Team und Qualifikation, Personalbemessung
- Räumliche Ausstattung (Raumkonzept mit Zeichnung)
- Apparative Ausstattung für Diagnostik und Therapie
- Entlassungsbericht
- Entlassungsmanagement
- Dokumentation
- Qualitätssicherung
- Fallbeschreibungen und Mustertherapiepläne
- Zeitliche Umsetzung der Konzeption
- Planungsdaten der Leistungen und im Reha-Bereich zusätzlich der Vergütung

### **10.4.2. Individuelle Beurteilungsmaßstäbe für die Inhalte der Konzeption**

Die konkreten Maßstäbe für die Beurteilung der im Konzept beschriebenen klinik-/einrichtungsindividuellen räumlichen, apparativen und personellen Voraussetzungen basieren auf den Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation, den auf Bundesebene gem. §137 d SGB V konsentierten Bewertungskriterien und Visitationschecklisten im Rahmen des QS-Reha-Verfahrens, zahlreichen Richtlinien und Veröffentlichungen der Rehabilitationsträger, des Kompetenz-Centrums Geriatrie, der Fachgesellschaften und sonstiger Experten. Damit



erfolgt eine Adaption an die stationäre Rehabilitation und Krankenhausbehandlung unter Beachtung der individuellen Gegebenheiten und der medizinischen Notwendigkeit. Die Anforderungen für Rehabilitationseinrichtungen können als Mindeststandards für den Akutbereich verstanden werden, wobei an geriatrische Zentren aufgrund ihrer besonderen Aufgabenstellung höhere Anforderungen zu stellen sind.

#### **10.4.2.1. Personelle Voraussetzungen**

Die geriatrische Versorgung setzt ein interdisziplinäres Team speziell altersmedizinisch und rehabilitativ geschulter Therapeuten und Fachkräfte unter ärztlicher Leitung und Verantwortung voraus.

Von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen sind die jeweiligen gesetzlichen Anforderungen nach § 107 SGB V in jedem Fall sicherzustellen.

##### Fachärztliche Besetzung:

Die geriatrische Einheit muss i. d. R. unter ständiger Leitung und Verantwortung einer Internistin bzw. eines Internisten mit der zusätzlichen Weiterbildung/Zusatzweiterbildung/Schwerpunkt "Klinische Geriatrie" stehen; im zu prüfenden Ausnahmefall kann eine Neurologin bzw. ein Neurologe oder einen Allgemeinmedizinerin bzw. ein Allgemeinmediziner mit der Zusatzbezeichnung "Klinische Geriatrie" akzeptiert werden. Auch die Vertreterin bzw. der Vertreter der leitenden Ärztin oder des leitenden Arztes muss Internistin bzw. Internist, Neurologin bzw. Neurologe oder Allgemeinmedizinerin bzw. Allgemeinmediziner mit der fakultativen Weiterbildung "Klinische Geriatrie" sein. Sofern die leitenden Ärztin bzw. der leitende Arzt Neurologin bzw. Neurologe oder Allgemeinmedizinerin bzw. Allgemeinmediziner ist, muss es sich bei der Stellvertretung um eine Internistin bzw. einen Internisten handeln. Die ärztliche Leitung oder die Stellvertretung müssen während der Regelarbeitszeit in der geriatrischen Klinik/Einrichtung präsent und verfügbar sein. Während der Regelarbeitszeit hat die internistische und geriatrische Fachkompetenz in der geriatrischen Einheit präsent und verfügbar zu sein. Außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit ist auch in Rehabilitationseinrichtungen ein ärztlicher Anwesenheitsbereitschaftsdienst vorzuhalten. Zusätzlich wird aufgrund der Besonderheiten des Verfahrens zur externen Qualitätssicherung (QS-Reha-Verfahren) ein fachärztlicher geriatrischer Rufbereitschaftsdienst erwartet. Die Zahl der Ärztinnen bzw. Ärzte mit zusätzlicher Weiterbildung/Zusatzbezeichnung/Schwerpunkt "Klinische Geriatrie" richtet sich nach der Aufgabenstellung der Klinik innerhalb der altersmedizinischen Versorgungskette und der Größe der geriatrischen Einheit. Geriatrische Zentren müssen in jedem Fall über mindestens drei angestellte Geriater verfügen.

##### Nicht-ärztliches Personal:

Zum interdisziplinären geriatrischen Team gehören neben dem Arzt folgende Berufsgruppen:

- Pflege
- Ergotherapie
- Physiotherapie
- Physikalische Therapie
- Sprech-, Sprach-, Schlucktherapie
- Psychologischer Dienst
- Sozialdienst
- Ernährungsberatung

Zumindest hauptverantwortliche bzw. leitende Therapeuten müssen über eine mindestens zweijährige vollzeitige Berufserfahrung in einer geriatrischen Klinik/Einrichtung verfügen bzw. über je 12 Monate in einer geriatrischen Klinik/Einrichtung und einer neurologischen Rehabilitationsein-



richtung. Darüber hinaus sind im Team Therapeuten mit nachgewiesener Bobath- oder vergleichbarer Qualifikation vorzuhalten. Einschlägige altersmedizinische Fortbildungen sind für die an der akutmedizinischen und rehabilitativen altersmedizinischen Versorgung beteiligten Therapeuten unverzichtbar. Auch die leitenden Pflegefachkräfte der geriatrischen Einheit sollen (in Analogie zu den OPS-Mindestkriterien und den Anforderungen nach den Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation) für die altersmedizinische Versorgung besonders qualifiziert sein.

Die Personalbemessung richtet sich nach dem Versorgungsauftrag, der Größe der geriatrischen Einheit, Behandlungsschwerpunkten und den Angaben im klinikindividuellen Konzept. Orientierende Werte bieten die Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation, die Audit-Checkliste Qualitätssiegel Geriatrie, die "Strukturstandards geriatrischer und gerontopsychiatrischer Einrichtungen" sowie die "Empfehlungen für die Klinisch-Geriatrische Behandlung".

#### Aus- Fort- und Weiterbildung:

Hinsichtlich der Qualifikation des geriatrischen Teams bestehen abseits der Frage von sozialmedizinischen Zusatzqualifikationen sowie einschlägiger rehabilitativer und speziell altersmedizinischer Berufserfahrung keine wesentlichen Unterschiede zwischen ambulanter (auch mobiler) und stationärer Rehabilitation sowie der geriatrischen Akutversorgung. Altersmedizinisch qualifiziertes und erfahrenes Personal in ausreichendem Umfang ist die wichtigste Grundvoraussetzung für eine Verbesserung der Versorgungssituation. Hier existieren Handlungsbereiche, da die Aus-, Fort- und Weiterbildung nicht mit der Kapazitätsentwicklung standhält und zudem auch in den unterschiedlichen Versorgungssektoren entsprechend aus-, fort- und weitergebildete Kräfte dringend gebraucht werden.

Voraussetzung für die Qualifizierung des Personals innerhalb der bestehenden Strukturen, eine Geriatisierung der vorhandenen Fachdisziplinen und eine erfolgreiche Vernetzung vorhandener Strukturen ist die zeitnahe Integration der Altersmedizin in die theoretische und praktische Aus-, Fort- und Weiterbildung des Personals, vor allem der Ärzte, des Pflegepersonals und der Therapeuten.

#### **10.4.2.2. Räumliche Voraussetzungen**

Neben einer ausreichenden (altersmedizinischen) Qualifikation und Bemessung des Personals sind die räumlich-apparativen Strukturen eine unverzichtbare Voraussetzung für die geriatrische Versorgung. Es sind beispielsweise in beiden Sektoren zur stationären Versorgung innerhalb der geriatrischen Einheit vorzuhalten:

- Ausreichend große Patientenzimmer mit Abstellfläche für Hilfsmittel (Rollstühle, Rollatoren) und Stellung der Betten mit dreiseitigem Zugang zu Patientinnen bzw. Patienten. Im Rehabilitationsbereich gelten 2-Bettzimmer als Standard.
- Rollstuhlgerechte, barrierefreie Sanitärräume mit Haltegriffen, Notfallklingel, Duschhocker etc.
- Therapieräume auf Stationsebene,
- Besprechungsraum für das Team und für Gespräche mit Angehörigen,
- Abstellraum für Hilfsmittel,
- Speise-/Aufenthaltsraum für Patientinnen und Patienten in ausreichender Größe,
- Übungsbad (fakultativ),
- Alltagsgerechte Therapieküche,
- Notfallzimmer mit Monitoring und (zumindest mobile) Sauerstoffversorgung und Absaugmöglichkeiten auch in Rehabilitationseinrichtungen,



- Größe und Anzahl der Räume sind abhängig von der Anzahl der altersmedizinisch zu versorgenden Patientinnen und Patienten.

Im klinikindividuellen Konzept sind die für die einzelnen Therapien (z. B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie) verwendeten Untersuchungs-, Test- und Therapiemethoden einschließlich der hierfür erforderlichen technisch-apparativen Ausstattung nachzuweisen.

#### **10.5. Monitoring der Entwicklung stationärer geriatrischer Versorgungsangebote**

In Anbetracht der besonderen Bedeutung der geriatrischen Versorgung für die Gesundheitsversorgung in Niedersachsen ist zu empfehlen, die Entwicklung der stationären geriatrischen Angebotsstrukturen regelmäßig zu beobachten um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Daher sollte über die Entwicklung der stationären Angebotskapazitäten – insbesondere Neuetablierung geriatrischer Angebote oder Weiterentwicklung von Qualitätsinstrumenten - in regelmäßigen Abständen im Planungsausschuss berichtet werden.

#### **10.6. Gesundheitsregionen**

Das Modellprojekt der „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ ab 2014 richtet sich in erster Linie an Landkreise und kreisfreie Städte. Die kommunale Ebene soll im Bereich der Gesundheitsversorgung umfassender als bislang in die Lage versetzt werden, erforderliche Prozesse zu moderieren und zu steuern.

Nach derzeitiger Planung wird es für die Entwicklung und Umsetzung von Versorgungsprojekten Rahmenvorgaben der Landesebene geben, jede Region soll die aus ihrer Sicht notwendigen Maßnahmen anstoßen können. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen ist davon auszugehen, dass die hausärztliche Versorgung einen Schwerpunkt darstellen wird. Ob in diesem Zusammenhang z.B. auch Initiativen für eine ambulante geriatrische Komplexbehandlung ergriffen werden bleibt abzuwarten.



## 11. Ausbau geriatrischer Kompetenz

### 11.1. Forschung und Lehre

Die Stärkung und der Ausbau der geriatrischen Forschung und Lehre sind ausdrücklich zu unterstützen. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels hat der Bundesverband Geriatrie mehrfach an verschiedenen Stellen betont, die Altersmedizin stärker an Universitäten, insbesondere in Forschung und Lehre, zu verankern, denn die Personalqualifikation ist Grundvoraussetzung für eine hohe Qualität in der geriatrischen Versorgung. Allerdings ist die Abbildung der Geriatrie auf universitärer Ebene ebenso wie in der medizinischen Aus- und Fortbildung – auch im europäischen Vergleich – stark verbesserungswürdig. So existierten in Deutschland gerade einmal sieben Lehrstühle an den 36 medizinischen Fakultäten, die sich schwerpunktmäßig mit Geriatrie befassen. Hier sollte bei der zukünftigen Hochschulplanung entsprechend reagiert werden. In einem ersten Schritt sollte erreicht werden, dass Geriatrie als Querschnittsfach an allen medizinischen Hochschulen von klinischen Geriatern gelehrt wird. Zusätzlich könnten Forschungspreise für hervorragende wissenschaftliche Arbeiten in der Geriatrie ausgeschrieben werden, um die Forschung auf dem Gebiet der Altersmedizin zu befördern.

Auf Grund der demografischen Entwicklung ist es grundsätzlich sinnvoll, darüber nachzudenken, die Lehrfächer Geriatrie und geriatrische Rehabilitation als Pflichtfächer nach der Approbationsordnung für Ärzte in das Studium der Humanmedizin aufzunehmen und entsprechende Lehrstühle einzurichten. Dies würde aber voraussetzen, dass dafür ein anderes Fach aus dem Katalog der zu erbringenden Leistungsnachweise herausgenommen wird, da das extrem anspruchsvolle Studium der Humanmedizin nicht ohne gleichzeitige Entlastung um ein weiteres Fach ergänzt werden kann. Auch muss berücksichtigt werden, dass eigenständige Lehrstühle nur dann Sinn machen, wenn im jeweiligen Uniklinikum eine eigene bettenführende geriatrische Abteilung angeboten wird. Beide hochschulmedizinischen Einrichtungen in Hannover und Göttingen verfügen über eine ausgesprochene Expertise in hochkomplexen Fällen der Hochleistungsmedizin wohingegen die geriatrische Versorgung mehr Zeit und Ruhe erfordert, was in anderen Einrichtungen zielführender sichergestellt werden kann.

### 11.2. Ärztlicher Bereich

Die Geriatrie hat bereits jetzt eine hohe Bedeutung in der Ausbildung der Medizinstudierenden in Niedersachsen. Anders als in anderen Bundesländern verfügt Niedersachsen an seinen hochschulmedizinischen Standorten über eigenständige Lehrstühle für Allgemeinmedizin und gewährleistet so eine Auseinandersetzung mit der Geriatrie während des Medizinstudiums. Sowohl die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) als auch die Universitätsmedizin Göttingen (UMG) bieten eine besonders praxisorientierte Ausbildung an. In beiden Einrichtungen steht das Fach Geriatrie in der Verantwortung eines habilitierten Kliniklers einer Geriatrischen Klinik in der Nähe des Uniklinikums, um den Studierenden direkten Zugang zu den täglichen Herausforderungen bei der ärztlichen Betreuung älterer Menschen zu gewährleisten. Zu diesem Zweck bestehen Kooperationen mit der Henriettenstiftung in Hannover und dem Krankenhaus Weende in Göttingen.

Auch bei der Medizinischen Fakultät der Universität Oldenburg (European Medical School Oldenburg-Groningen - EMS), die im Herbst 2012 mit der Ausbildung von Medizinstudierenden begonnen hat, hat die Ausbildung in der Geriatrie einen hohen Stellenwert. So soll die Abteilung für Geriatrie des Oldenburger Klinikums für den Bereich der Versorgungsforschung genutzt werden. Die Klinik für Geriatrie ist Teil des Geriatrischen Zentrums Oldenburg. Dieses umfasst in seiner gegenwärtigen Konzeption drei Standorte: Für die Akutgeriatrie stehen die Klinik für Geriatrie des Klinikums Oldenburg und die Abteilung für Geriatrie des Evangelischen Krankenhauses Oldenburg zur Verfügung. Im Laufe des Jahres 2013 ist im Reha-Zentrum Oldenburg die Klinik für ambulante und stationäre geriatrische Rehabilitation hinzugekommen und das geriatrische Behandlungsspektrum erweitert. Diese umfassende Ausrichtung der Versorgung wird es ermög-



lichen, Patientinnen und Patienten mit einem weiten Spektrum funktioneller Beeinträchtigungen sektorübergreifend stationär und zukünftig auch ambulant- rehabilitativ zu behandeln und das geriatrische Behandlungsangebot für eine praxisorientierte Lehre zu nutzen.

Die Weiter- und Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte sind Kernaufgaben der Ärztekammer Niedersachsen. Nach deren aktueller Weiterbildungsordnung ist die Vermittlung geriatrischer Kompetenzen zwingend Gegenstand der Regelweiterbildung in den Gebieten Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Neurologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin sowie Psychiatrie und Psychotherapie. Für die beiden erstgenannten Gebiete ist der Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in „geriatrischen Syndromen und Krankheitsfolgen im Alter einschließlich der Pharmakotherapie im Alter“ vorgegeben und damit möglicher Prüfungsinhalt während der abzulegenden Facharztprüfung. In der Neurologie beziehen sich die zu erwerbenden Kenntnisse usw. auf „neurologisch-geriatrische Syndrome und Krankheitsfolgen einschließlich der Pharmakologie im Alter“, während in der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin „die Besonderheiten von angeborenen Leiden und von Erkrankungen des Alters“ in der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Niedersachsen als Inhalt der Weiterbildung definiert wurden. In der Psychiatrie und Psychotherapie ist letztlich der Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in „der Erkennung und Behandlung gerontopsychiatrischer Erkrankungen unter Berücksichtigung interdisziplinärer Aspekte“ vorgegeben.

Es besteht zudem die Möglichkeit, in den genannten Gebieten nach erfolgreich abgelegter Facharztprüfung eine weitere vertiefende Qualifikation zu absolvieren. Es handelt sich um die so genannte „Zusätzliche Weiterbildung“ Geriatrie. Deren Weiterbildungszeit beträgt mindestens weitere 18 Monate, während die zusätzlichen (Mindest-)Weiterbildungsinhalte erworben werden und im Rahmen einer weiteren Prüfung vor der Ärztekammer Niedersachsen nachgewiesen werden müssen.

Die Ärztekammer Niedersachsen hat darüber hinaus seit 2004 mehr als 730 Veranstaltungen, beispielsweise in Form von Qualitätszirkeln und Tagesveranstaltungen mit geriatrischen Inhalten/Themen durchgeführt, die eine große Zahl von Ärzten erreicht hat.

Ungeachtet dessen werden immer wieder Stimmen laut, zukünftig im Rahmen einer Novellierung der Weiterbildungsordnung den Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie, wie es ihn in wenigen Bundesländern bereits gibt, zu etablieren. Hier wird die Ärztekammer Niedersachsen zu prüfen haben, ob diesem Ansinnen unter dem Aspekt einer Verbesserung der geriatrischen Versorgung entsprochen werden sollte. Gerade im vertragsärztlichen Bereich und zur Vermeidung von stationären Aufenthalten sind entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen fortzuentwickeln.

### **11.3. Pflege**

Die demografische Entwicklung wirkt sich auch auf die Bedarfe im Bereich der Pflege aus. Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten ist gestiegen; typische Erkrankungen wie die des dementiellen Formenkreises führen zu neuen Anforderungen.

Im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege haben die Schulen reagiert und entsprechende Unterrichtsinhalte in ihre Curricula aufgenommen. Die Rahmenrichtlinien sind bewusst offen gefasst. Jedoch beinhaltet das Lernfeld „Pflegetechniken auswählen, durchführen und dokumentieren“ immanent auch geriatrische Fragestellungen.

Die Altenpflege hat sich in den letzten Jahren zunehmend im Schwerpunkt zur Behandlungspflege entwickelt. Insoweit haben geriatrische Fragestellungen in der stationären und ambulanten Altenhilfe eine große Bedeutung. Dies findet sich in den Curricula der Schulen wieder. Hinsichtlich der Rahmenrichtlinien ist hier das Lernfeld „Alte Menschen personen- und situationsbezogen pflegen“ zu nennen.

Das Kultusministerium wie auch die Landesschulbehörde unterstützen zudem Modelle des kooperativen Unterrichts an Alten- und Krankenpflegesschulen (z.B. in Hannover, Hildesheim,





Wolfsburg und Osnabrück). Im Team-Teaching werden hierbei Klassen gemeinsam unterrichtet, um die Schwerpunkte und Anforderungen des jeweiligen Bereichs auszutauschen. Beide Ausbildungsberufe profitieren von diesen Konzepten.

Überlegungen zur Zusammenführung der Pflegeausbildung haben die demografische Entwicklung im Blick. Die veränderten Bedarfe sind ein wesentlicher Grund für eine generalistische Ausrichtung der Ausbildung. Niedersachsen unterstützt diese Entwicklung. Da die Gesetzgebungskompetenz letztlich beim Bund liegt, kann der Prozess allerdings nur begleitet werden.

Auch eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Studienangebote in den Gesundheitsfachberufen trägt dazu bei, den besonderen Aufgabenstellungen im geriatrischen Pflegeprozess gerecht werden zu können. Die in den Berufegesetzen des Bundes zur Erprobung akademischer Ausbildungswege eröffneten Möglichkeiten sind auf Landesebene bedarfsgerecht umzusetzen. Hierzu bedarf es neben einer engen ressortübergreifenden Abstimmung auch des Austausches zwischen den Hochschulen und Leistungsträgern, um Bedarfe ermitteln und Möglichkeiten des Berufszugangs für akademisch ausgebildete Pflege- und Therapeuten zu eröffnen zu können. Die unter Federführung des Niedersächsischen Ministeriums für Wissenschaft und Kultur (MWK) eingerichtete Arbeitsgruppe „Gesundheitsfachberufe an den niedersächsischen Hochschulen“ verfolgt diese Zielstellung des Austausches und der Vernetzung aller Beteiligten.

Darüber hinaus verfügt Niedersachsen über insgesamt zehn staatlich anerkannte Weiterbildungen in den Gesundheitsfachberufen, die sich mit alternden Menschen befassen. Die Weiterbildungen haben das Ziel, die geschlechts- und altersspezifischen, sozialen und ethnologischen Unterschiede der Person, auf die sich die berufliche Tätigkeit bezieht, zu erfassen und zu berücksichtigen.

Insoweit werden bereits heute altersspezifische Aspekte in der Weiterbildung von Pflegefachkräften und darüber hinaus auch bei Weiterbildungen von Angehörigen weiterer Gesundheitsfachberufe (Heilerziehungspflegerin oder Heilerziehungspfleger, Ergotherapeutin oder Ergotherapeut, Physiotherapeutin oder Physiotherapeut) berücksichtigt.

Die Lehrpläne werden entsprechend den jeweiligen Bedürfnissen ständig fortentwickelt und angepasst, so dass eine aktuelle Vermittlung der benötigten Kenntnisse erfolgen kann.

Unabhängig davon ist die spezielle Qualifikation der Pflegefachkräfte in der Geriatrie von besonderer Bedeutung. Der pflegerische Dienst setzt sich aus examinierten Fachkräften der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenpflege mit zusätzlichen speziellen Kenntnissen in der ATP-G zusammen. Zu den Aufgaben zählen die 24-Stunden-Verantwortung in der geriatrischen Pflege, die spezielle Behandlungspflege inklusive Pflegevisiten, das Wundmanagement, die Inkontinenz- und Stomaberatung, die Interaktion, d. h. die Unterstützung der Beziehung zwischen Patientin bzw. Patient, therapeutischen und diagnostischen Diensten sowie Angehörigen. Vor diesem Hintergrund müssen in der grundständigen Ausbildung der Pflegefachkräfte die Themen der Geriatrie, insbesondere auch der Umgang mit den unterschiedlichen Assessmentinstrumenten, vermittelt werden. Dabei sollte überlegt werden, ob eine staatlich anerkannte Fachweiterbildung im Bereich der geriatrischen Pflege, analog z.B. zur Fachkraft onkologische Pflege, eingerichtet werden soll, zumal in den DRG<sup>17</sup> Kodierrichtlinien 2013 entsprechende Qualifikationen erstmalig auch für die Pflegeberufe in Hinblick auf den OPS 8550 ff. gefordert werden. Eine solche Fachweiterbildung zur „Fachkraft geriatrische Pflege“ könnte in die „Verordnung über die Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen“ mit aufgenommen werden. Inhaltlich könnte an dieser Stelle die zertifizierte Fachweiterbildung Geriatrie des Bundesverbandes Geriatrie Pate stehen. Im Jahr 2005 hat der Bundesverband Geriatrie mit der Entwicklung und Konzipierung von Fort- und Weiterbildungen für die Geriatrie begonnen. Ziel war es, eine alternative Fortbildung zu entwickeln, die alle notwendigen Grundlagen im Sinne des Teamansatzes in der Geriatrie vermittelt, sich

---

<sup>17</sup> Diagnosis Related Groups (kurz DRG, [deutsch](#): diagnosebezogene Fallgruppen)





jedoch zugleich zeitlich auf das wirklich wesentliche Basiswissen beschränkt. Das erworbene Basiswissen sollte in der weiteren Folge durch eine fachspezifische Weiterbildung für die einzelnen Professionen vertieft werden können. Die Zercur Geriatrie® Fachweiterbildung Pflege wendet sich an examinierte Pflegekräfte und möchte diese in einer modularisierten Angebotsstruktur für die spezifischen Anforderungen in der Geriatrie qualifizieren.



## 12. Besonderes Handlungsfeld „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“

Die somatische Behandlung Demenzerkrankter erfolgt derzeit i.d.R. nicht spezialisiert, d.h. Demenzerkrankte werden in somatischen Krankenhäusern mit in der Allgemeinpflege untergebracht. Ausnahme hiervon sind die spezialisierten Pflegestationen für Demenzkranke im Krankenhaus Thuine sowie im Klinikum Braunschweig.

Grundsätzlich sind die Abläufe in den Krankenhäusern bislang nicht speziell auf die Bedürfnisse dementer Menschen ausgerichtet.<sup>18</sup> Die Abläufe in den Krankenhäusern bei einer vollpauschalierenden Vergütung über DRGs sind primär darauf ausgerichtet, die Patientinnen und Patienten möglichst schnell zu entlassen. Patientinnen und Patienten, die auch an Demenz erkrankt sind, sind in Ihrer Kooperationsbereitschaft bei der stationären Behandlung jedoch deutlich eingeschränkt. In Deutschland leiden etwa 1,2 Millionen Menschen an den Folgen einer Alzheimer Demenz und Experten haben vorausgerechnet, dass diese Zahl noch ansteigen wird. Der fortschreitende demografische Wandel verdeutlicht, dass wir hier über eine Entwicklung sprechen, von der sehr viele Menschen betroffen sind und sein werden.

In der überwiegenden Zahl der Fälle ist nicht die Demenz, sondern eine andere Erkrankung bzw. gesundheitliche Störung Anlass für die stationäre Behandlung. Dementsprechend richtet sich das Interesse der Krankenhausmitarbeiter ebenso wie diagnostische, therapeutische und pflegerische Maßnahmen vorrangig auf das akute Gesundheitsproblem, nicht auf die Demenz. Zugleich aber prägen die Folgen einer demenziellen Erkrankung in hohem Maße das Verhalten des Patienten, seine Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung und die Beziehung zwischen Ärzten/Pflegekräften und Patient. Hierdurch entsteht eine Schiefelage, die letztlich ausschlaggebend ist für viele Probleme und Defizite der Versorgung während des Krankenhausaufenthaltes und darüber hinaus – eine strukturell bedingte Schiefelage, die nur durch besondere, zielgerichtete Maßnahmen kompensiert werden kann.

Bei der akutstationären Behandlung von Demenzpatientinnen und –patienten in „konventionellen“ Krankenhausstrukturen treten folgende Probleme auf: Das Krankenhauspersonal ist auf den Umgang mit diesen Herausforderungen meist wenig vorbereitet. Sie sind mit Konzepten zur Verbesserung der Kommunikation und zum Umgang mit demenzbedingten Verhaltensweisen, die in den letzten Jahren im Heimbereich vermehrt Anwendung finden, wenig vertraut. Betreuungs- und Beschäftigungsangebote, wie sie sich im Heimsektor finden, sind in Krankenhäusern unüblich.

Das Zusammenspiel der körperlichen und kognitiven Defizite demenzkranker Patienten führt häufig zu einem speziellen und überdurchschnittlich hohen Pflege- und Betreuungsaufwand. Während der Umgang mit rein körperlichen Einschränkungen zum „normalen Tagesgeschäft“ gehört, verkomplizieren kognitive Einschränkungen, möglicherweise verbunden mit problematischen Verhaltensweisen, die Planung und Durchführung der Versorgung. Demenzkranke sind häufig nicht oder nur bedingt in der Lage, sich auf die im Krankenhaus üblichen Abläufe einzustellen. Das bedeutet, dass die alltäglichen Routinen den Gewohnheiten der Betroffenen angepasst werden müssten. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass die Betroffenen eine Zusammenarbeit verweigern und als herausfordernd erlebte Verhaltensweisen zunehmen. Darüber hinaus existiert bei Demenzkranken häufiger als bei anderen Patienten die Notwendigkeit, sie zu Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen außerhalb des Patientenzimmers zu begleiten, was mit zusätzlichem Zeitaufwand für das Pflegepersonal einhergeht. Geriatrische Versorgungsstrukturen sind vor diesem Hintergrund für Demenzkranke vorteilhaft, da sie in besonderem Maß strukturell und inhaltlich auf diese Anforderungen abgestimmt sind.

---

<sup>18</sup> Vgl. im Folgenden: Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Menschen mit Demenz im Krankenhaus



Personelle Kontinuität ist eine wichtige Voraussetzung dafür, eine Beziehung zu Demenzkranken aufzubauen, ein vertieftes Wissen über die individuellen Eigenarten und Bedürfnisse der Betroffenen zu erlangen und dementsprechend angemessen mit diesen umzugehen. Die auf die effiziente Gestaltung medizinischer und pflegerischer Versorgung ausgerichteten Strukturen eines Krankenhauses führen jedoch zur Beteiligung zahlreicher Personen an der Versorgung.

Bislang ist die Etablierung von speziell auf Demenzerkrankte abgestellten Behandlungsangebote in Krankenhäusern bundesweit auf einzelne Modellkrankenhäuser fokussiert.

Daher ist es zwingend erforderlich, dass parallel zu der Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgungsangebote auch die stationäre somatische Versorgung von Menschen mit Demenz kontinuierlich verbessert wird. Modellansätze, wie sie derzeit in Thüringen umgesetzt werden, müssen sukzessive landesweit ausgeweitet werden. Unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie wurde im Herbst 2013 ein Positionspapier zur Gestaltung von einer Spezialstation für akut erkrankte, kognitiv eingeschränkte Patienten erstellt, welches entsprechende Impulse für diese Entwicklung liefert.<sup>19</sup>

Denn auch bei der Weiterentwicklung geriatrischer Versorgungsstrukturen werden auch zukünftig ältere Menschen in Krankenhäusern ohne ausgewiesenen geriatrischen Schwerpunkt behandelt werden. Gerade dort wird darauf zu achten sein, dass insbesondere im pflegerischen Bereich die speziellen Bedürfnisse älterer Menschen, insbesondere bei demenziellen Begleiterkrankungen, stärker als bisher beachtet werden. Zu fordern ist, in diesem Bereich eine Anpassung der Fallpauschalenvergütung zu realisieren, um die deutlich höhere Pflegeintensität sachgerechter als bisher zu vergüten.

### **13. Alte Menschen mit Migrationshintergrund**

Mittlerweile lebt in Deutschland eine Vielzahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund, die bei Inanspruchnahme von Leistungen im Bereich der Krankenversorgung, Rehabilitation und Pflege besonders betrachtet werden sollten.

Für die Mehrzahl der Migrantinnen und Migranten existiert die Annahme, dass sie aufgrund vielfältiger sprachlicher und kultureller Zugangsbarrieren, Informationsdefizite, Diskriminierungserfahrungen sowie von Misstrauen gegenüber offiziellen Stellen und Ängsten vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen vom regulären Altenhilfesystem ausgeschlossen seien.

Bei der Weiterentwicklung geriatrischer Versorgungsstrukturen gilt es diesem Aspekt ausreichend Rechnung zu tragen.

---

<sup>19</sup> Vgl. Hofmann, W.; Rösler, A.; Vogel, W.; Nehen, H. G. (2014): Spezialstation für akut erkrankte, kognitiv eingeschränkte Patienten in Deutschland. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 47, 136-140.



## 14. Schlussfolgerungen

Geriatrische Patientinnen und Patienten zeichnen sich neben dem höheren Lebensalter durch eine jeweils individuell zu betrachtende Problemkonstellation aus, wobei die physiologischen Veränderungen des gealterten Organismus und damit eine geriatritypische Multimorbidität eine fundamentale Rolle spielen. Ob ein alter Mensch als geriatrischer Fall einzustufen ist, ist im Rahmen einer Behandlungskette so früh wie möglich abzuklären. Diese Aufgabe wird in der Regel dem Hausarzt oder aber dem erstversorgenden Krankenhaus zufallen. An diesen entscheidenden Schnittstellen der medizinischen Versorgung alter kranker Menschen muss geriatrischer Sachverstand vorhanden sein, um die Notwendigkeiten einer zum Teil sektorenübergreifenden Versorgung sicherstellen und weiterführend begleiten zu können. So identifizierte geriatrische Patientinnen und Patienten benötigen damit im Rahmen eines Versorgungsverbundes eine ineinandergreifende aufeinander abgestimmte Behandlung durch unterschiedliche Leistungsanbieter. Diese Herausforderungen können nur bewältigt werden, wenn es gelingt, in den einzelnen Regionen Niedersachsens flächendeckend Netzwerke aufzubauen, die um ein geriatrisches Zentrum herum eine qualitativ hochwertige, auf die Bedürfnisse der alten und kranken Menschen abgestimmtes Leistungsangebot vorhalten und koordinieren.

Die ambulante Versorgung der Bevölkerung ist durch die niedergelassenen Haus- und Fachärzte grundsätzlich sichergestellt, hinsichtlich der geriatrischen Qualifikation in diesem Versorgungsbereich gibt es aber noch Ausbaubedarf. In Anbetracht der demografischen Entwicklung werden die bereits laufenden Bemühungen um eine Stärkung der hausärztlichen Kompetenz im Bereich der geriatrischen Versorgung unvermindert fortzusetzen und ggf. durch eine zusätzliche Implementierung geriatrischen Wissens zu qualifizieren sein. Die inhaltlichen, organisatorischen und qualitativen Rahmenbedingungen zur Verbesserung der altersmedizinischen ambulanten Versorgung sind von der Selbstverwaltung zu entwickeln.

Die Krankenhäuser in Niedersachsen versorgen seit je her zu einem hohen Anteil Menschen, die älter als 70 Jahre sind und zum Teil eine Klientel darstellen, die als geriatrisch zu bezeichnen ist. Durch den demografiebedingten Anstieg der Fallzahlen ist es von besonderer Bedeutung, dass durch ein geeignetes Screening mit anschließendem Assessment der individuelle geriatrische Behandlungsbedarf ermittelt wird. Nur so kann zwischen dem Patient im höheren Lebensalter und dem geriatrischen Patient, im Sinne der Definition des geriatrischen Patienten, unterschieden und eine sachgerechte Versorgung sichergestellt werden. Die an die Behandlung dieser geriatrischen Patientinnen und Patienten zu stellenden Anforderungen sind in Niedersachsen frühzeitig erkannt worden und haben zur Schaffung spezieller geriatrisch ausgerichteter Leistungsangebote geführt. Die Arbeit dieser Einrichtungen hat sich gerade auch hinsichtlich des hier vertretenen sektorenübergreifenden Versorgungsansatzes bewährt und soll konsequent fortgeführt werden. Obgleich die Anforderungen an eine geriatrische Versorgung weitestgehend durch bundesrecht definiert sind und diese durch länderspezifische Regelungen nicht zusätzlich verschärft werden dürfen wird mit den gegebenen Empfehlungen darauf hinzuwirken sein, dass geriatrische Zentren aus Gründen der Qualitätssicherung Mindestkriterien erfüllen, um als geriatrisches Zentrum anerkannt zu bleiben bzw. zu werden. Für die eine oder andere bereits bestehende Einrichtung werden für einen Übergangszeitraum möglicherweise besondere Festlegungen zu treffen sein.

Ziel muss es sein, in den einzelnen Regionen Niedersachsens einen Versorgungsverbund aller an der altersmedizinischen Versorgung beteiligten Akteure zu etablieren. Dabei kommt den geriatrischen Zentren hinsichtlich der Ausbildung und der überregionalen Versorgung eine besondere Rolle zu. Bei krankenhauplanerischen Neuausrichtungen wird darauf zu achten sein, dass regional bedarfsnotwendige geriatrische Versorgungskapazitäten in hierfür geeigneten Einrichtungen erhalten bleiben.

Die Ausführungen des Konzeptes haben gezeigt, dass verschiedene Krankenhausträger einen Prozess eingeleitet haben, ihr Leistungsangebot in geriatrischer Hinsicht weiter zu qualifizieren



und ein geriatrisches Zentrum aufzubauen. Die Krankenhauskapazitäten werden in absehbarer Zeit einen Umfang erreicht haben, die kurzfristig keinen weiteren quantitativen Handlungsbedarf erkennen lässt. Der zukünftige Handlungsbedarf muss daher kontinuierlich überprüft und ggf. der Bedarfsentwicklung angepasst werden. Grundlage muss dabei die qualitative Absicherung der bestehenden und zukünftigen Versorgungsstrukturen sein. Zudem sollte weiterhin die regionale Verteilung dieser Leistungsangebote aufmerksam begleitet werden, um eine wohnortnahe Versorgung sicherzustellen. Die Bemühungen der Selbstverwaltung sind auch in Zukunft zu unterstützen.

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation ist ebenfalls festzustellen, dass ein weiterer Ausbau von ambulanten und stationären geriatrischen Leistungsangeboten bereits eingeleitet wurde. In absehbarer Zeit wird nach heutiger Prognose eine Leistungsstruktur zur Verfügung stehen, die geeignet ist, den Anforderungen des demografischen Wandels gerecht zu werden. Auch hier ist die Entwicklung kontinuierlich zu überprüfen und die Planungen ggf. dem tatsächlichen Bedarf anzupassen. Zudem dürfen auch in diesem Bereich qualitative Aspekte nicht zu Gunsten der rein quantitativen Entwicklung zurücktreten. Es wird zu prüfen sein, ob die mobile geriatrische Rehabilitation etabliert werden kann, da diese Versorgungsform äußerst personal- und kostenintensiv und logistisch herausfordernd ist. Seit 2013 sind die bundesweiten Modellvorhaben nach und nach in den Regelbetrieb überführt worden und weitere Angebote entstanden. Die daraus abgeleiteten Erfahrungen müssen kritisch in die Entwicklung in Niedersachsen mit einfließen.

Die in der Landtagsentschließung „Der demografische Wandel braucht eine andere Politik - Geriatrische Versorgung ausbauen und stärken“ vom 22.06.2012 - LT-Drs. 16/4928 - zum Ausdruck kommende Annahme einer gegenwärtig vorhanden oder zukünftig entstehenden defizitären Versorgungssituation hat sich insgesamt nicht in vollem Umfang bestätigt. Durch die laufenden Bemühungen der Selbstverwaltung, eine Spezialisierung des vorhandenen Leistungsangebotes unter maßgeblicher Einbeziehung von Qualitätsaspekten zu realisieren, werden in naher Zukunft erforderliche Strukturen geschaffen sein.

Neben der Sicherstellung der bedarfsgerechten geriatrischen Versorgung ist ein weiteres wichtiges Handlungsfeld der Ausbau von Versorgungsangeboten im geriatrischen und somatischen Bereich für Menschen mit Demenz. Die Versorgungsqualität in diesem Bereich ist mit Ausnahme weniger Modellprojekte muss noch deutlich verbessert werden, ebenso wie die Berücksichtigung des enorm hohen Personalaufwandes in der DRG-Vergütung. Die bislang in zwei Krankenhäusern Niedersachsen umgesetzten Modellprojekte für die Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus müssen weiter ausgebaut werden, da der Anteil dieser Menschen weiter steigen wird und die Betreuung im Krankenhaus, insbesondere im pflegerischen Bereich besonders aufwendig ist. Hier kann die Geriatrie mit ihrer speziellen Versorgungsstruktur einen wichtigen Beitrag leisten.

Abschließend bleibt festzustellen, dass es Ziel einer Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung sein muss, die vorhandenen bzw. im Aufbau befindlichen Angebote bei entsprechender Eignung zu unterstützen und zu vernetzen. Im Rahmen der Gesundheitsregionen Niedersachsen besteht die Gelegenheit, sich gemeinsam mit den regionalen Gesundheitsakteuren über die vor Ort erforderlichen Schritte zur Zielerreichung zu verständigen. Ein weiteres Handlungsfeld wird in der Aus- und Fortbildung von geriatrischem Fachpersonal und dessen gezieltem Einsatz in ggf. noch zu optimierenden Versorgungsnetzwerken zu sehen sein.



## Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

## Abbildungen:

Abb. 1: Bevölkerungsdichte nach Kreisen, kreisfreien Städten und Großstädten - Stand: 31.12.2008 .....	8
Abb. 2: Veränderung der Bevölkerungszahlen im Vergleich der Jahre 2009 und vorausberechneten 2031 .....	9
Abb. 3: Veränderung der Altersstruktur in Niedersachsen 1971 bis 2031.....	11
Abb. 4: Bevölkerungsstruktur am 01.01.2009 und 01.01.2031 im Vergleich.....	12
Abb. 5: Bevölkerung der Altersgruppe 65 bis unter 80 Jahre im Jahre 2010 .....	13
Abb. 6: Bevölkerung der Altersgruppe 65 bis unter 80 Jahre im Jahre 2031 .....	14
Abb. 7: Bevölkerung der Altersgruppe über 80 Jahre im Jahre 2010 .....	15
Abb. 8: Bevölkerung der Altersgruppe über 80 Jahre im Jahre 2031 .....	16
Abb. 9: Fallzahlprognose auf der Basis der altersspezifischen Krankenhaushäufigkeit in Niedersachsen .....	37
Abb. 10: Standorte und Erreichbarkeit von Einrichtungen der Akutgeriatrie .....	42
Abb. 11: Geriatrische Zentren in Niedersachsen .....	44
Abb. 12: Standorte und Erreichbarkeit von Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation .....	45

## Tabellen:

Tab. 1: prognostizierte Fallzahl im Krankenhausbereich für die Jahre 2020 und 2030 .....	38
Tab. 2: prognostizierte Fallzahl im Reha-Bereich für die Jahre 2020 und 2030 .....	39
Tab. 3: Existierende akutstationäre Versorgungsangebote Geriatrie .....	40
Tab. 4: Geplante akutstationäre Versorgungsangebote Geriatrie .....	41
Tab. 5: Einrichtungen für stationäre geriatrische Rehabilitation in Niedersachsen .....	45