

Geriatriskonzept des Freistaates Sachsen



*Der Zivilisationsgrad einer Gesellschaft wird daran gemessen,
wie sie mit ihren Betagten umgeht.*

Albert Einstein



Christine Clauß
Staatsministerin für Soziales
und Verbraucherschutz

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren.

Die Bevölkerungsstruktur in Sachsen ist einem tiefgreifenden Wandel unterworfen. Während die Anzahl der in Sachsen lebenden Menschen bis 2020 um insgesamt 7 % abnehmen wird, wird die Zahl der 80-Jährigen und Älteren um knapp 60 % steigen. Sachsen weist damit im Jahr 2020 die älteste Bevölkerung in Deutschland auf.

Diese Entwicklung stellt die medizinische Versorgung in den nächsten zehn Jahren vor immense Herausforderungen. Unsere Gesundheitsversorgung muss sich auf die komplexen Bedürfnisse einer steigenden Zahl alter Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen einstellen und ganzheitliche Versorgungsangebote vorhalten.

Die moderne Geriatrie bietet eine Reihe von Lösungsansätzen, die sowohl zur Verbesserung der medizinischen Versorgung älterer Patientinnen und Patienten als auch zur Wirtschaftlichkeit des Systems beitragen können.

Zentrales Ziel ist es, unseren alten und betagten Menschen ein möglichst langes selbstbestimmtes Leben im häuslichen Umfeld zu ermöglichen. Die dafür notwendigen interdisziplinären Angebote sind in Sachsen weitgehend bereits vorhanden.

Um die Qualität der geriatrischen Versorgung zu verbessern, aber auch um die vorhandenen Ressourcen effizienter einzusetzen, müssen die ambulanten und stationären Strukturen stärker als bisher vernetzt werden.

Der Etablierung flächendeckender Netzwerkstrukturen aus ambulanten und stationären medizinischen, rehabilitativen und pflegerischen Einrichtungen sowie Angeboten der Selbsthilfe und des bürgerschaftlichen Engagements, kommt daher im vorliegenden Konzept essentielle Bedeutung zu.

Ich lade alle Akteure des sächsischen Gesundheitswesens ein, sich am Aufbau dieser Netzwerke zu beteiligen.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Christine Clauß', written in a cursive style.

Christine Clauß
Staatsministerin für Soziales
und Verbraucherschutz

Inhaltsverzeichnis

	Abbildungsverzeichnis	5
1.	Einleitung	7
2.	Demografische Entwicklung in Sachsen	8
2.1.	Altersstruktur der Bevölkerung im Freistaat Sachsen	8
2.2.	Auswirkungen auf die Morbidität	8
2.3.	Funktionale Einschränkungen	9
2.4.	Soziale Integration älterer Menschen	10
2.5.	Ökonomische Herausforderungen einer alternden Gesellschaft	10
3.	Definition des geriatrischen Patienten	12
4.	Prinzipien der geriatrischen Versorgung in Sachsen	13
4.1.	Interdisziplinarität	13
4.1.1.	Ärztlicher Dienst	13
4.1.2.	Pflegerischer Dienst	13
4.1.3.	Therapeutische Dienste	14
4.1.3.1.	Physiotherapie	14
4.1.3.2.	Ergotherapie	14
4.1.3.3.	Logopädie	14
4.1.4.	Sozialdienst/Entlassungsmanagement	14
4.1.5.	(Neuro)-Psychologischer Dienst	15
4.1.6.	Ergänzende Dienste	15
4.1.6.1.	Ernährungsberatung	15
4.1.6.2.	Pharmakotherapie (oder Klinische Pharmakologie)	15
4.1.6.3.	Orthopädietechnik und Hilfsmittelversorgung	15
4.1.6.4.	Ärztlicher Konsiliardienst	15
4.1.6.5.	Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe	16
4.1.6.6.	Selbsthilfe- und Angehörigengruppen	16
4.1.6.7.	Seelsorge	16
4.1.6.8.	Komplementäre Behandlungsverfahren und Naturheilverfahren	16
4.2.	Professionalität	16
4.2.1.	Geriatrisches Assessment	16
4.2.2.	Medizin-therapeutisches Konzept	16
4.2.3.	Qualitätsmanagement in der Geriatrie	17
4.2.3.1.	Sektorenübergreifendes Qualitätsmanagement	17
4.2.3.2.	Qualität und Entwicklung in Praxen	17
4.2.3.3.	Qualitätssiegel Geriatrie	17
4.2.3.4.	Zercur Geriatrie	17
4.2.3.5.	Externe Benchmarksysteme	17
4.2.3.6.	Spezielle Patientenbefragungssysteme	17
4.2.3.7.	Qualitätsmanagement in der pflegerischen Versorgung	18
4.2.4.	Aus-, Fort- und Weiterbildung, Etablierung in Forschung und Lehre	18
4.2.4.1.	Geriatrie als Gegenstand der Forschung	18
4.2.4.2.	Akademische Heilberufe	18
4.2.4.3.	Gesundheitsfachberufe	18
4.3.	Subsidiarität	19
4.3.1.	Selbsthilfe vor Fremdhilfe	19
4.3.2.	Bürgerschaftliches Engagement	19
4.3.3.	Ambulante Hilfe vor stationärer Hilfe	19
4.3.4.	Rehabilitation vor Pflege	20
4.4.	Wohnortnähe	20

5.	Gesundheitsförderung	21
5.1.	Gesundheitsziel „Aktives Altern“	21
5.2.	Integrierte Stadtentwicklungskonzepte	22
5.3.	Altersgerechtes Wohnen	22
6.	Geriatrische Behandlungs- und Versorgungsstrukturen in Sachsen	23
6.1.	Geriatrisches Versorgungsnetzwerk	23
6.2.	Ambulante und teilstationäre geriatrische Versorgung	24
6.2.1.	Akutgeriatrie	24
6.2.1.1.	Hausärzte	24
6.2.1.2.	Spezialisierte ambulante geriatrische Versorgung	24
6.2.1.3.	Geriatrische Institutsambulanzen	24
6.2.1.4.	Psychiatrische Institutsambulanzen	25
6.2.1.5.	Geriatrische Tageskliniken	25
6.2.1.6.	Gerontopsychiatrische Tageskliniken	25
6.2.2.	Ambulante und mobile geriatrische Rehabilitation	25
6.2.3.	Pflegerische Versorgung	25
6.2.3.1.	Ambulante Pflege einschließlich Tages- bzw. Nachtpflege	25
6.2.3.2.	Gerontopsychiatrische Tagespflegen	26
6.2.4.	Ambulante Hospizdienste	26
6.3.	Stationäre Versorgung	27
6.3.1.	Akutgeriatrie einschließlich geriatrischer Frührehabilitation	27
6.3.1.1.	Grundversorgung an allen Allgemeinkrankenhäusern	27
6.3.1.2.	Geriatrische Abteilungen und Zentren	27
6.3.1.3.	Indikationen zur akutgeriatrischen stationären Behandlung	28
6.3.1.4.	Besonderheiten der akutgeriatrischen Behandlung inklusive geriatrisch frührehabitativer Komplexbehandlung	28
6.3.2.	Geriatrische Rehabilitation	28
6.3.2.1.	Ziele der geriatrischen Rehabilitation	29
6.3.2.2.	Abgrenzungskriterien Akutgeriatrie und geriatrische Rehabilitation	29
6.3.2.3.	Zugang zur geriatrischen Rehabilitation	30
6.3.3.	Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe	30
6.3.4.	Hospize	30
Anlage 1	Beteiligte Institutionen	33
Anlage 2	Die geriatrischen Klinikstandorte in Sachsen	35

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Entwicklung der Altersgruppen in Sachsen bis 2020	8
Abbildung 2	Erkrankte/Unfallverletzte in Sachsen nach Alter und Geschlecht.	8
Abbildung 3	Zunahme ausgewählter Erkrankungen (2007 – 2030)	9
Abbildung 4	Funktionale Einschränkungen nach Altersgruppen	9
Abbildung 5	Größe privater Haushalte nach Altersgruppen 2006	10
Abbildung 6	Altenquotient 2005 – 2020	11
Abbildung 7	Prinzipien der geriatrischen Versorgung in Sachsen	13
Abbildung 8	Das Geriatrische Assessment.	16
Abbildung 9	Altersgerechtes Wohnen	22
Abbildung 10	Geriatrisches Versorgungsnetzwerk	23

1. Einleitung

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ist auch das Interesse an der Geriatrie¹ – zumindest gemessen an der Anzahl der Veröffentlichungen – in den letzten Jahren gestiegen. Häufig stehen dabei mehr die Herausforderungen einer alternden Gesellschaft als die damit verbundenen Chancen und Potentiale im Vordergrund. Dabei verfolgt die Geriatrie gerade mit dem Anliegen, ein hohes Alter in guter Gesundheit zu erreichen, ein hohes individuelles und gesellschaftliches Ziel. In Gesundheit lassen sich die Alltagskompetenzen aufrechterhalten, die ein selbstständiges und selbstverantwortliches Leben mit eigenen Zielen ermöglichen. Gerade vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der damit verbundenen ökonomischen Folgen steigt die individuelle Wertschätzung wie die gesellschaftliche Bedeutung guter Gesundheit mit dem Alter an.

Die Grundlagen für ein gesundes Altern werden bereits schon in einem frühen Lebensstadium gelegt. Sportliche Aktivitäten, ausgewogene Ernährung sowie ein intaktes soziales und berufliches Umfeld spielen dabei eine entscheidende Rolle. Trotz des altersabhängigen Anstiegs der Krankheitsprävalenz

verfügen die meisten Menschen auch im Alter über die notwendigen Ressourcen, die gesundheitlichen Einschränkungen weitgehend zu kompensieren. Ein großer Teil der bei älteren Menschen dominierenden Gesundheitsprobleme und Funktionseinschränkungen kann durch gesundheitsfördernde Maßnahmen oder eine bedarfsgerechte medizinische und pflegerische Versorgung günstig beeinflusst werden.

Die Sächsische Staatsregierung hatte bereits Anfang der 1990er Jahre den Handlungsbedarf für eine verbesserte Betreuung und Versorgung mehrfach erkrankter älterer Menschen erkannt. Erste Schritte auf dem Weg zu strukturellen Verbesserungen waren die Leitlinien zur geriatrischen Betreuung im Freistaat Sachsen sowie das Rahmenkonzept zur geriatrischen Hilfe im Freistaat Sachsen. Seitdem haben sich die Rahmenbedingungen zur medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung älterer und mehrfach erkrankter Menschen verändert.

Vor diesem Hintergrund hat sich das Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz entschieden, das Geriatriekonzept in enger Zusammenarbeit mit dem Krankenhausplanungsausschuss, dem Landesverband

Geriatrie sowie zahlreichen Experten grundlegend zu überarbeiten.

Das vorliegende Konzept beschreibt zunächst die Prinzipien und Ziele der geriatrischen Versorgung in einem sektoralen System. Zentrales Ziel ist es, den alten Menschen ein möglichst langes selbstbestimmtes Leben im häuslichen Umfeld zu ermöglichen. Die dafür notwendigen gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen sowie pflegerischen und sozialen Angebote sind in Sachsen weitgehend bereits vorhanden. Um die Qualität der geriatrischen Versorgung zu verbessern, aber auch um die vorhandenen Ressourcen effizienter einzusetzen, müssen die ambulanten, teilstationären und stationären Strukturen stärker als bisher vernetzt werden.

Dieser Prozess wird durch neu zu etablierende geriatrische Schwerpunktpraxen und Geriatriezentren, die innerhalb der Netzwerke eine koordinierende Funktion übernehmen, eine wesentliche Unterstützung erfahren. Auch die Relevanz einer personenbezogenen Fallsteuerung („Case-Management“) für die Nachhaltigkeit des Behandlungserfolges wird durch das vorliegende Konzept betont.

¹ Von griechisch *gérôn* = Greis und *iatreia* = das Heilen

2. Demografische Entwicklung in Sachsen

2.1. Altersstruktur der Bevölkerung im Freistaat Sachsen

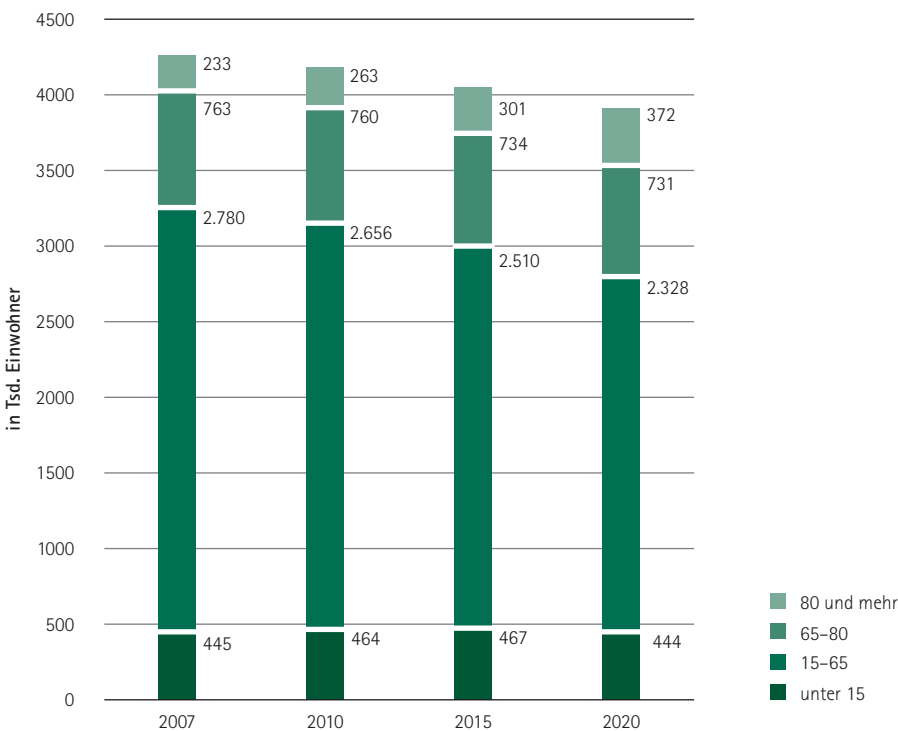
Durch die fortgesetzte Alterung der Bevölkerung werden sich die Relationen zwischen

Alt und Jung verändern. Ende 2007 waren 10,5% der Bevölkerung jünger als 15 Jahre, auf die 65-Jährigen und Älteren entfielen 23,5%. Während sich der Anteil der Kinder und Jugendlichen nach der 4. Regionalisier-

Sachsen² bis 2020 geringfügig auf 11,4% erhöht, wird der Anteil der 65-Jährigen und Älteren auf 28,5% ansteigen. Besonders ausgeprägt wird dabei der Anstieg des Anteils der 80-Jährigen und Älteren sein: Er wird sich von 5,5% auf 9,6% fast verdoppeln.

Ursache für diese Zunahme des Anteils alter Menschen ist zum einen die Rückläufigkeit der Geburten, zum anderen der Anstieg der Lebenserwartung. Betrug die durchschnittliche Lebenserwartung für einen neugeborenen Jungen im Jahr 1995 noch 71,4 und für ein Mädchen 78,7 Jahre, ist sie im Jahr 2007 auf 76,4, bzw. 82,5 Jahre gestiegen. Im Vergleich zu den übrigen Bundesländern liegt Sachsen damit im Mittelfeld.

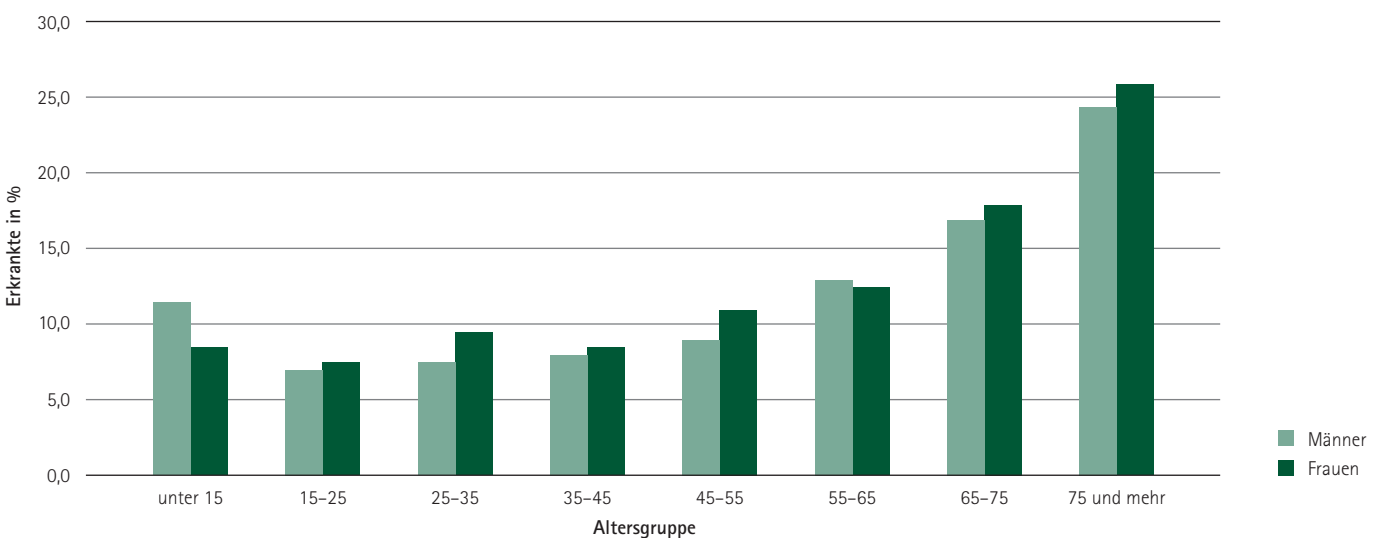
Abbildung 1: Entwicklung der Altersgruppen in Sachsen bis 2020



2.2. Auswirkungen auf die Morbidität

Alter ist nicht generell mit Krankheit, Abhängigkeit oder Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen. Andererseits gilt: Mit dem höheren Lebensalter steigt die Wahrscheinlichkeit der Zunahme von Krankheiten und Pflegebedürftigkeit. Der altersabhängige Anstieg der Krankheitsprävalenz lässt sich anhand der Daten des Mikrozensus 2005 nachzeichnen³. Dabei gaben in Sachsen insgesamt 12% aller Befragten (alle Altersgruppen) an, zum Erhebungszeitpunkt bzw. in den letzten 4 Wochen davor krank oder unfallverletzt gewesen zu

Abbildung 2: Erkrankte/Unfallverletzte in Sachsen nach Alter und Geschlecht



² Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen: <http://www.statistik.sachsen.de/bevprog/> (Variante 3 – unteres Szenario)

³ Statistisches Landesamt, (nicht veröffentlichte) Ergebnisse des Mikrozensus 2005

Abbildung 3: Zunahme ausgewählter Erkrankungen (2007–2030)

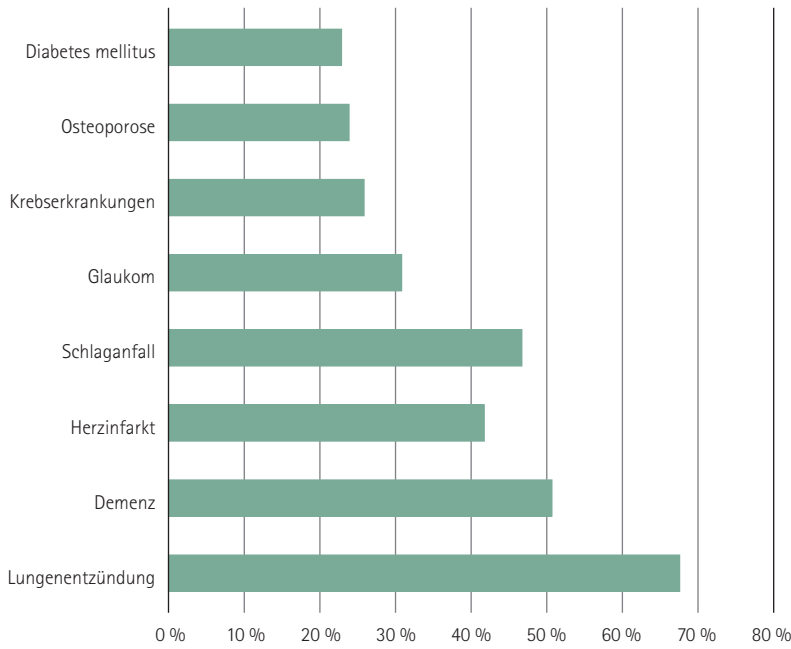
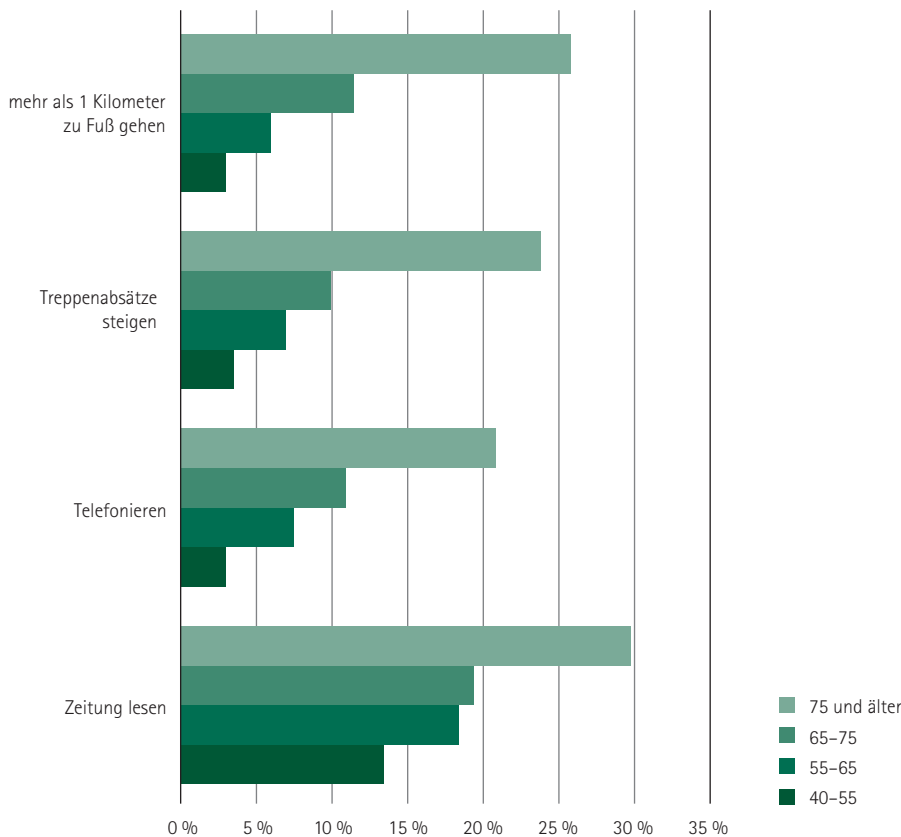


Abbildung 4: Funktionale Einschränkungen nach Altersgruppen



sein (alle Erkrankungen und Verletzungen). In der Altersgruppe 65 bis 75 Jahre betraf dies 17% und bei den 75-Jährigen und Älteren jeden Vierten. In den meisten Altersgruppen sind Frauen etwas häufiger als Männer betroffen.

Da im Mikrozensus lediglich Personen in Privathaushalten befragt werden, dürfte die tatsächliche Zahl der Erkrankten in diesen Altersgruppen noch höher liegen, beispielsweise unter den Bewohnern von Pflegeheimen.

Aufgrund des demografischen Wandels wird es zu unterschiedlichen Entwicklungen bei den einzelnen Diagnosearten kommen. Während im Bereich der Verhaltensstörungen ein Rückgang zu erwarten ist, werden Krankheiten, die mit zunehmendem Alter vermehrt auftreten, wie z.B. Lungenentzündungen, Herz-/Kreislauferkrankungen und Krebserkrankungen überdurchschnittlich ansteigen⁴. Auch bei Demenzerkrankungen dürfte es zu einem deutlichen Anstieg der Inzidenz kommen.

Obwohl alte Menschen heute organisch gesünder sind als gleichaltrige früher, so zeigen sie in psychischer Hinsicht zunehmende Belastungen, welche nur sehr unzulänglich behandelt werden. Die neurotischen und psychosomatischen Erkrankungen liegen mit 16,9% vor den dementiellen Erkrankungen, welche circa 11-13% ausmachen. Die enormen Anpassungsleistungen, welche erforderlich sind, die zunehmende Einsamkeit und die altersbedingten Einschränkungen zu verkraften, führen bei rund 25% zu Anpassungsstörungen unterschiedlichen Schweregrads. Lediglich 1% der über 60-Jährigen erhält jedoch eine psychotherapeutische Behandlung, obwohl die Inzidenz der psychischen Erkrankungen in allen Altersgruppen etwa gleich hoch ist.

2.3. Funktionale Einschränkungen

Aufgrund gesundheitlicher Probleme nehmen mit dem Alter auch die funktionalen Einschränkungen und Aktivitätsbeschränkungen im Alltag zu. Einschränkungen der Mobilität sowie sensorischer Fähigkeiten gehören zu den wichtigsten Risikofaktoren für Hilfebedürftigkeit im Alter. Im Alterssurvey 2002 gaben ein Fünftel der über 75-jährigen Befragten Schwierigkeiten beim Hören während des Telefonierens an.

⁴ Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung, Kiel, Morbiditätsprognose 2050

Der Anteil derjenigen, die Schwierigkeiten beim Lesen einer Zeitung hatten, lag bei den über 75-Jährigen bei fast einem Drittel. Etwa jeder Vierte dieser Altersgruppe gab eine stark eingeschränkte Mobilität an (z. B. beim Steigen mehrerer Treppenabsätze oder beim Zurücklegen einer Strecke von mehr als einem Kilometer⁵).

2.4. Soziale Integration älterer Menschen

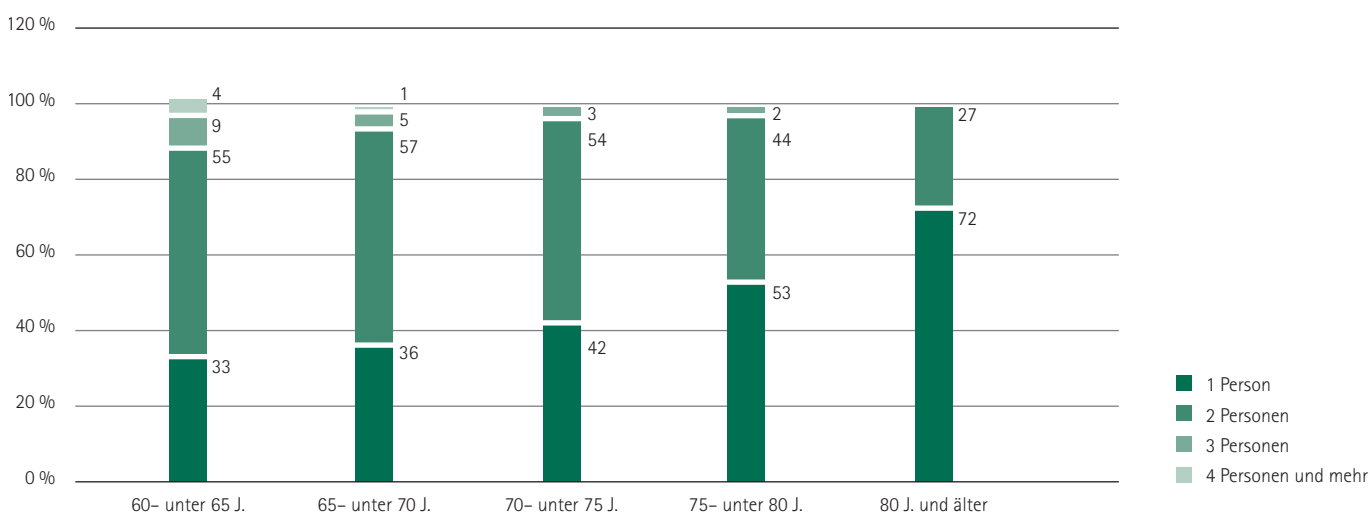
Der demografische Wandel berührt in direkter Weise auch die soziale Integration alter Men-

schen, insbesondere innerhalb der Familie. Die Formen der Lebenspartnerschaft haben sich in den vergangenen Dekaden tiefgreifend verändert und werden dies voraussichtlich auch in Zukunft tun. Während gegenwärtig noch 67% der 60- bis 65-Jährigen in Mehrpersonenhaushalten leben (im Jahr 1991 waren dies etwa noch 73%), nimmt dieser Anteil mit zunehmenden Alter stark ab. 72% der über 80-Jährigen in Privathaushalten lebenden Menschen wohnen vorwiegend in Einpersonenhaushalten⁶.

Der Trend, dass alte Menschen in Zukunft vor allem alleine leben werden, wird sich weiter akzentuieren. Dies liegt nicht nur daran, dass die durchschnittliche Kinderzahl in den nach-

wachsenden Geburtsjahrgängen gesunken ist⁷. Auch die steigende Scheidungsrate sowie eine im Zeichen der Globalisierung höhere Mobilität der Kindergeneration führen dazu, dass die soziale Stabilität der Familie zunehmenden Belastungen unterworfen sein wird. Ob andere private Netze – etwa Freunde oder Nachbarn – in Zukunft an die Stelle der Familie treten werden, ist gegenwärtig offen.

Abbildung 5: Größe privater Haushalte nach Altersgruppen 2006



2.5. Ökonomische Herausforderungen einer alternden Gesellschaft

Das beitragsfinanzierte System der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, aber auch der Rentenversicherung wird im Wesentlichen von der intergenerativen Solidarität zwischen Jung und Alt getragen.

Durch die niedrigeren einkommensabhängigen Beiträge und die höheren Ge-

sundheitsausgaben im Alter reichen die Beitragseinnahmen alter Menschen nicht zur Finanzierung ihrer Leistungsausgaben aus.

Die sich aufgrund der demografischen Alterung öffnende Schere zwischen morbiditätsbedingt steigenden Ausgaben und aufgrund des zurückgehenden Erwerbspersonenpotentials stagnierenden Beitragseinnahmen stellt die gesetzliche Krankenversicherung vor erhebliche Herausforderungen.

Besonders deutlich wird dies bei der Entwicklung des Altenquotienten, d. h. dem Anteil der 65-Jährigen und Älteren an den 20- bis unter 65-Jährigen. Stehen heute in Sachsen einem nicht mehr Erwerbsfähigen noch 2,8 Erwerbsfähige gegenüber, wird sich dieses Verhältnis bis 2020 auf 1 zu 1 reduzieren.

Damit wird Sachsen das ungünstigste Verhältnis aller Bundesländer aufweisen⁸.

⁵ Gesundheit und Krankheit im Alter, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert-Koch-Institut, 2009, veröffentlicht unter:

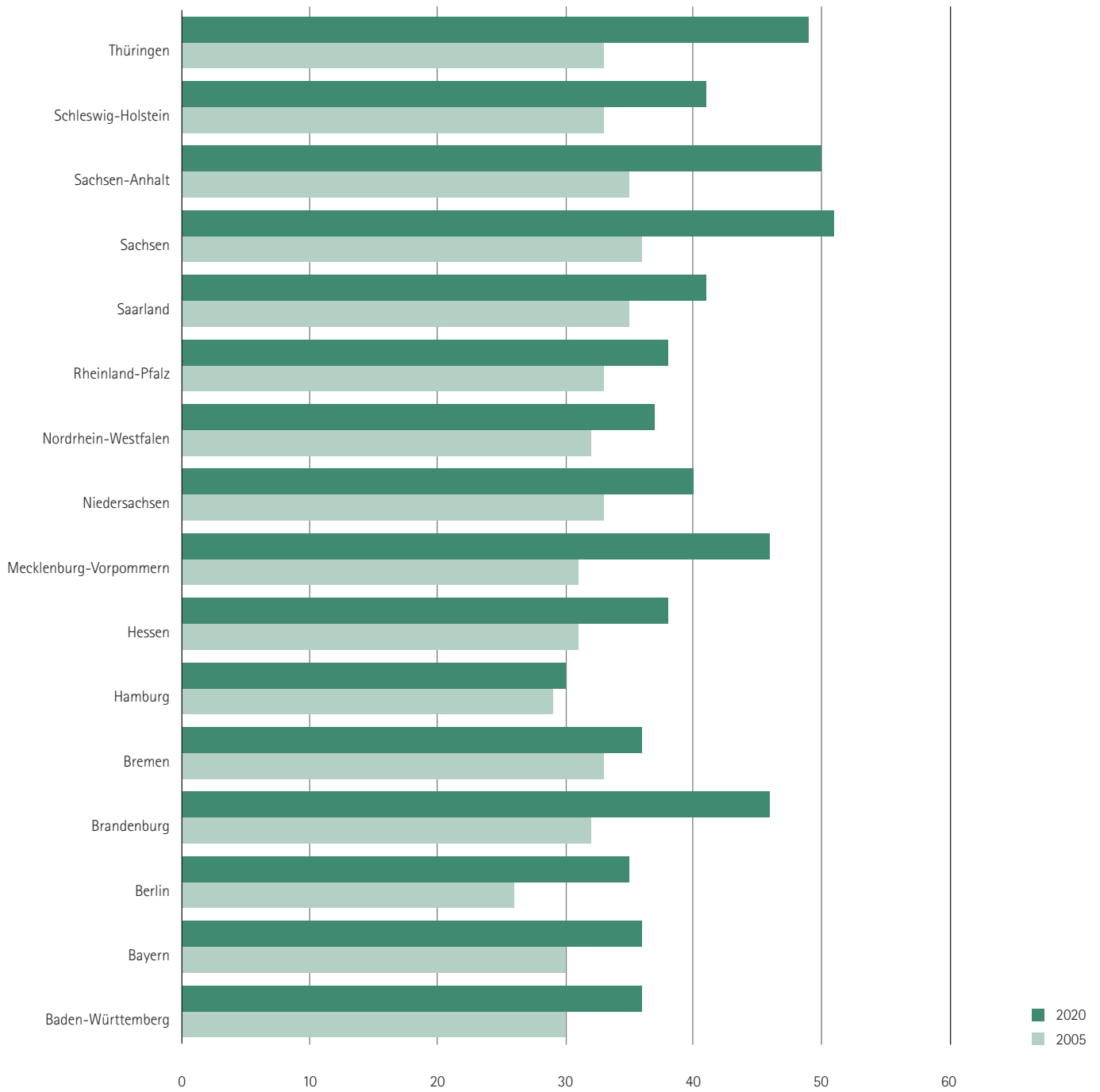
http://www.rki.de/clin_160/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/alter_und_gesundh,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/alter_und_gesundh.pdf

⁶ Deutsches Zentrum für Altersfragen, Statistisches Informationssystem GeroStat: <http://www.gerostat.de/>

⁷ Im Alterssurvey 2002 hatte die älteste Altersgruppe (70 bis 85 Jahre) durchschnittlich 2,09 Kinder, die mittlere Altersgruppe (55 bis 69 Jahre) 1,99 Kinder und die jüngste Altersgruppe (40 bis 54 Jahre) 1,64 Kinder

⁸ Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsberechnung (Variante Untergrenze der „mittleren“ Bevölkerung)

Abbildung 6: Altenquotient 2005–2020



3. Definition des geriatrischen Patienten

Das Rahmenkonzept orientiert sich am Konsensus der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG), der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) und des Bundesverbandes Geriatrie (BV Geriatrie)⁹. Danach definiert sich ein geriatrischer Patient durch:

- Höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter) und
- Geriatrietypische Multimorbidität

oder durch

- sehr hohes Alter (80 Jahre und älter) auf Grund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z. B. des
 - Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen,
 - der Gefahr der Chronifizierung sowie
 - des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus.

An dieser Definition orientiert sich inzwischen auch die Geriatric Medicine Section der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)¹⁰.

Die geriatrietypische Multimorbidität ist nach der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und

Rehabilitation¹¹ des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. eine Kombination der nachfolgend genannten Merkmalkomplexe:

- Vorhandensein von Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen sowie alltagsrelevanten Beeinträchtigungen von Aktivitäten (in variabler Kombination) im Sinne eines geriatrischen Syndroms¹². Für das geriatrische Syndrom relevante Sachverhalte – außerhalb der Systematik der Schädigungen und alltagsrelevanter Beeinträchtigungen der Aktivitäten – sind Mehrfachmedikation, herabgesetzte Medikamententoleranz und häufige Krankenhausbehandlung (Drehtüreffekt).

Typische Hauptdiagnosen beim 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,
- Demenz.

Ebenso finden sich bei geriatrischen Patienten neurologische, kardiopulmonale und muskuloskeletale Erkrankungen wie auch Tumor- und Stoffwechselerkrankungen als Hauptdiagnosen. In der geriatrietypischen Befundkonstellation finden sich beim Patienten weitere Diagnosen, die aber – wie beispielsweise ein gut eingestellter Bluthochdruck oder Diabetes mellitus – nicht zwangsläufig aktuell behandlungs- oder engmaschig überwachungsbedürftig sind¹³. Häufig findet sich ein gleichzeitiges Vorkommen der Folgen von somatischen und psychischen Schädigungen und alltagsrelevanten Beeinträchtigungen der Aktivitäten, das einen wesentlichen ursächlichen Faktor für Hilfs- und Pflegebedürftigkeit darstellt.

- Relativ hohes Risiko – gegenüber nicht geriatrischen Patienten – der Einschränkung der Selbstständigkeit im Alltag bis hin zur Pflegedürftigkeit.
- Relativ hohes Risiko – gegenüber nicht geriatrischen Patienten – von Krankheitskomplikationen (Thrombosen, interkurrente Infektionen, Frakturen, verzögerte Rekonvaleszenz u. a.).

⁹ Vgl. Pressemitteilung der vormaligen Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatischer Einrichtungen (BAG) vom 31.01.2007: <http://www.bv-geriatrie.de/presse/20070131.pdf>

¹⁰ Vgl. am 03.05.2008 in Malta formulierte und am 06.09.2008 in Kopenhagen konsentierete Definition: http://www.uemsgeriaticmedicine.org/documents/important_documents/geriatric_medicine_definition_english_and_french.pdf

¹¹ Stand 10/2005: http://www.mds-ev.de/media/pdf/RL_VorsorgeReha_2005.pdf

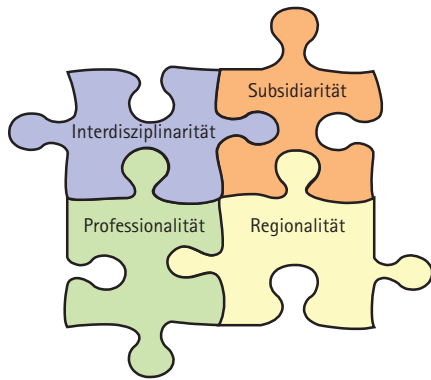
¹² Immobilität, Sturzneigung und Schwindel, kognitive Defizite, Inkontinenz (Harninkontinenz, selten Stuhlinkontinenz), Dekubitalulcera, Fehl- und Mangelernährung, Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, Depression, Angststörung, chronische Schmerzen, Sensibilitätsstörungen, herabgesetzte körperliche Belastbarkeit/Gebrechlichkeit, starke Sehbehinderung, ausgeprägte Schwerhörigkeit

¹³ Weitere typische Beispiele sind: M. 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 und Depression

4. Prinzipien der geriatrischen Versorgung in Sachsen

Die geriatrische Versorgung wird von den Prinzipien Interdisziplinarität, Professionalität, Subsidiarität und Regionalität bestimmt.

Abbildung 7: Prinzipien der geriatrischen Versorgung in Sachsen



4.1. Interdisziplinarität

Die ambulante und stationäre Betreuung akutgeriatrischer und geriatrisch rehabilitativer Patienten erfolgt interdisziplinär durch ein geriatrisches Behandlungsteam unter fachärztlicher Leitung. Dem Team gehören neben dem pflegerischen Dienst therapeutische und psychosoziale sowie ergänzende Dienste an.

Das geriatrische Behandlungsteam in geriatrischen Abteilungen, Zentren bzw. Schwerpunktpraxen betreut akutgeriatrische und geriatrisch rehabilitative Patienten unter fachärztlicher Leitung mit 24-stündiger Ansprechbarkeit. Die Behandlung erfolgt aufgrund eines rehabilitativ-therapeutischen Konzepts. Bestandteil des Teams sind der Sozialdienst, (Neuro)-Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Das Team wird ergänzt u. a. durch Seelsorge, ehrenamtlichen Besuchsdienst, Ernährungsberatung, Orthopädiotechnik sowie Funktions- und Konsildienste.

4.1.1. Ärztlicher Dienst

Der die geriatrische Behandlung leitende Arzt verfügt über eine Facharztanerkennung, in der Regel Innere Medizin, und über eine

geriatrische Qualifikation wie z. B. die Zusatzbezeichnungen „Klinische Geriatrie“ oder „Geriatrie“.

Zu den Aufgaben zählen die medizinische Diagnostik und Therapie akuter und chronischer Erkrankungen im Alter unter besonderer Berücksichtigung der altersbedingten Fähigkeitsstörungen (Disability) und Beeinträchtigungen (Handicap), die rehabilitationsmedizinische Beurteilung (Beurteilung der Prognose und des Rehabilitationspotentials), die Verordnung angemessener Therapien im Rahmen eines individuellen Therapieplans, die Beratung von Patient und Angehörigen, sowie die Verantwortung für den Behandlungsverlauf.

In die Behandlung sind konsiliarisch Fachärzte anderer Fachgebiete (z. B. Chirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO), Urologie, Augenheilkunde, Gynäkologie, Neurologie, Gerontopsychiatrie) einzubeziehen.

Zu den Aufgaben des leitenden Arztes und seines ständigen Vertreters in geriatrischen Abteilungen, Zentren bzw. Schwerpunktpraxen gehört darüber hinaus die medizinische Notfalltherapie, die Leitung des geriatrischen Behandlungsteams, die Weichenstellung im Rahmen des Entlassungsmanagements, Durchführung von Schulungs- und/oder Fortbildungsmaßnahmen sowie die Verantwortung für die notwendigen Qualitätssicherungsmaßnahmen und das interne Qualitätsmanagement (vgl. Kapitel 4.2.3). Ferner stehen der leitende Arzt und sein ständiger Vertreter im Rahmen des geriatrischen Konsils anderen Fachabteilungen (auch einrichtungsübergreifend) zur Verfügung.

Dem ärztlichen Dienst obliegen neben dem üblichen ärztlichen Arbeitsprozess¹⁴ die Verantwortung für das Assessment, die Aufstellung eines medizinisch-kurativen Therapieplanes und die Kontrolle seiner Einhaltung, die Leitung der täglichen und wöchentlichen Teamberatungen sowie die zusammenfassende Beurteilung des Rehabilitationsergebnisses. In seinem Aufgabenbereich liegt die Absicherung der Weiterbehandlung nach der Entlassung aus der stationären Behandlung.

Hervorzuheben ist seine Verantwortung für die Arbeitsweise des multiprofessionellen Teams, d. h. die koordinierenden Aufgaben und seine Funktion für die Entwicklung der

interdisziplinären Arbeit und der ganzheitlichen Denk- und Betrachtungsweise. Er ist für das therapeutische Team verantwortlich; er ist eine wichtige Bezugsperson und Ansprechpartner für den Patienten und die Angehörigen – auch für Belange, die in die Ausführungskompetenz anderer Teammitglieder gehören.

4.1.2. Pflegerischer Dienst

Der pflegerische Dienst setzt sich aus Pflegefachkräften der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenpflege, jeweils mit zusätzlichen speziellen Kenntnissen in der aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie, zusammen.

Ziel der aktivierend-therapeutischen Pflege ist, die individuell optimal erreichbare Mobilität, Selbstständigkeit und Teilhabe in der Form, wie diese vor der aktuellen Verschlechterung bestanden haben, wieder zu erreichen. Dies beinhaltet, den geriatrischen Patienten trotz und mit seiner aktuellen oder chronifizierten Einschränkung die Möglichkeiten seines Handelns selbst erfahren zu lassen und dahin gehend zu motivieren, mit pflegerischer Unterstützung Aktivitäten wieder zu erlernen und einzuüben¹⁵.

Die Zielformulierung und Bestimmung der erforderlichen Interventionen im Rahmen der aktivierend-therapeutischen Pflege werden gemeinsam mit dem Betroffenen im interdisziplinären geriatrischen Team und ggf. mit den Angehörigen erarbeitet, umgesetzt und evaluiert.

Zu den Aufgaben des pflegerischen Dienstes zählen die 24-Stunden-Verantwortung in der geriatrischen Pflege (basierend auf etablierten Pflegemodellen und neurophysiologischen Pflegekonzepten wie z. B. nach Bobath), die spezielle Behandlungspflege inklusive regelmäßiger Pflegevisiten, die Orientierung des pflegerischen Handelns an aktuellen Expertenstandards wie z. B. beim Wundmanagement, bei der Inkontinenzberatung, beim Ernährungsmanagement, der Sturzprophylaxe sowie der Dekubitusprophylaxe. Dazu zählt auch die Interaktion, d. h. die Unterstützung der Beziehung zwischen Patient, therapeutischen und diagnostischen

¹⁴ U. a. Aufnahmeuntersuchung, Kontrolle und Bewertung der medizinischen Befunde, Visiten, Aufklärung und Beratung der Angehörigen, Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärzten, mit Konsiliarärzten und Konsiliardiensten sowie mit den Kostenträgern, Anordnung entsprechender diagnostischer Maßnahmen und Kontrolle sowie Umsetzung der Befunde, Wundmanagement

¹⁵ Vgl. die auf der Mitgliederversammlung des BV Geriatrie im März 2009 verabschiedete aktuelle Definition

Diensten sowie Angehörigen bis hin zum Entlassungsmanagement.

4.1.3. Therapeutische Dienste

4.1.3.1. Physiotherapie

Die physiotherapeutische Behandlung erfolgt durch Physiotherapeuten bzw. Krankengymnasten. Zusatzqualifikationen z.B. nach Bobath oder weiterer neurophysiologischer Techniken zur Behandlung häufiger geriatrischer Krankheitsbilder sind erwünscht. Bestimmte Therapieelemente können auch von Masseuren und medizinischen Bademeistern durchgeführt werden.

Ziel der physiotherapeutischen Behandlung ist es, die Defizite im Rahmen einer strukturierten Bestandsaufnahme (z.B. Dokumentation mit Hilfe geeigneter Assessmentverfahren) zu analysieren und gemeinsam mit dem Patienten Lösungsstrategien zu entwickeln, bis hin zur Wiederherstellung des ökonomischen Bewegungsverhaltens. Ein geriatrischer Patient mit bleibenden, oftmals irreversiblen Störungen soll so behandelt werden, dass er möglichst unabhängig von Fremdhilfe selbstbestimmt im Alltag leben kann. Information, Motivation und Schulung helfen dem Patienten, sein Verhalten auf die Störung der Körperfunktion gesundheitsgerecht abzustimmen.

Der Gebrauch von Hilfsmitteln (z.B. Rollstuhl, Prothese) sowie auch ggf. die Anleitung der betreuenden Person ist Bestandteil der Schulung. Ein wichtiger Bestandteil der Schulungen für geriatrische Patienten ist die Sturzprävention (vgl. Kapitel 5.1).

4.1.3.2. Ergotherapie

Die ergotherapeutische Behandlung unterstützt alte Menschen, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind, bei für sie bedeutungsvollen Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt, damit sie das alltägliche Leben – ADL (activities of daily living) – möglichst selbstständig meistern können. Diese Behandlung erfolgt durch Ergotherapeuten mit speziellen Kenntnissen im ADL-/IADL-Training und Erfahrungen/spezifische Qualifikationen in der neurophysiologischen Behandlung inklusive der Behandlung von Kau- und Schluckstörungen.

Ziel der ergotherapeutischen Behandlung ist es, die Defizite im Rahmen einer strukturierten Bestandsaufnahme (z.B. Dokumentation der ADL-Fähigkeiten mit Hilfe des Barthel-Index) zu analysieren und gemeinsam mit dem Patienten Lösungsstrategien zu entwickeln. Hierbei stehen verschiedene spezifische Therapien (z.B. Hirnleistungstraining, sensorisch-motorisch-perzeptive Therapie) zur Verfügung.

4.1.3.3. Logopädie

Die Beeinträchtigung der Kommunikation durch Stimm-, Sprech-, Sprachstörungen (z.B. Dysphonien, Dysarthrien und Aphasien), sowie die Störung des Kauens und Schluckens (Dysphagie) bedeutet für die Betroffenen eine deutliche Einschränkung ihrer Lebensqualität. Neben den physiologischen Alterungsprozessen mit Auswirkungen auf die Kommunikations-, Kau- und Schluckfähigkeit treten infolge akuter und chronischer Erkrankungen im Alter (z.B. durch Schlaganfall, Morbus Parkinson und Demenz) oft erhebliche Störungen dieser Bereiche auf.

Aufgabe der logopädischen Behandlung ist es, nach erfolgter ausführlicher Diagnostik geeignete Therapieformen und -verfahren auszuwählen, um die eingeschränkten oder verloren gegangenen Fähigkeiten zu verbessern oder wiederherzustellen, um eine größtmögliche Teilhabe am sozialen Leben zu ermöglichen. Dabei ist die Einbeziehung der Angehörigen von großer Bedeutung.¹⁶

Die logopädische Behandlung erfolgt durch Logopäden mit speziellen Kenntnissen in Diagnostik und Therapie von Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen sowie Kau- und Schluckstörungen, insbesondere beim geriatrischen Patienten.

4.1.4. Sozialdienst/ Entlassungsmanagement

Der Übergang von der stationären Krankenhausversorgung in eine weiterführende medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung stellt eine sensible Phase im Behandlungsverlauf des geriatrischen Patienten und seiner Angehörigen dar. Ziel muss sein, möglichst allen betroffenen Personen eine zeitige Rückkehr in den häuslichen Bereich, erforderlichenfalls mit ambulanter Pflege und Betreuung, zu ermöglichen. Um die Kontinuität der Behandlung und Betreuung durch einen nahtlosen Übergang sicherzu-

stellen, bedarf es eines umfassenden, frühzeitig einsetzenden sektorenübergreifenden Entlassungsmanagements.

Deshalb ist mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Leistungsanspruch des Versicherten auf ein Entlassungsmanagement eingeführt worden, mit dem alle Leistungserbringer, also Vertragsärzte, Krankenhäuser, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen verpflichtet werden, zusammen mit den Krankenkassen für eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten zu sorgen (§ 11 Abs. 4 SGB V)¹⁷.

Der Sozialdienst übernimmt je nach Auftrag unterschiedliche Funktionen¹⁸:

- Die Advocacy-Funktion – die Vertretung der Interessen des Betroffenen (z.B. Einrichtung einer rechtlichen Betreuung)
- Die Broker-Funktion – die Vermittlung der passgenauen Hilfen (z.B. häusliche Pflege, Essen auf Rädern, Notfunksystem, Tagespflege, Heim- oder Hospizplatz)
- Die Gate-Keeper-Funktion – Klärung der Rechtmäßigkeit des Erhalts von Hilfeleistungen (z.B. Leistungen der Pflegeversicherung, Teilhabeleistungen nach SGB IX)
- Die Support-Funktion – die Unterstützung mit Informationen, allgemeiner Beratung und Koordination der Hilfen (psychosoziale Beratung von Patienten und Angehörigen, Weitervermittlung an Selbsthilfegruppen und an Angebote von Wohlfahrtsverbänden)

Die Mitarbeiter des Sozialdienstes verfügen über einen anerkannten qualifizierenden Abschluss, zum Beispiel auf den Gebieten der Sozialen Arbeit, der Sozialpädagogik, der Gerontologie, des Pflegemanagement bzw. der Pflegewissenschaften. Zusätzlich verfügen sie über psychosoziale, systemische, lösungs- und prozessorientierte Beratungskompetenz speziell für ältere Patienten.

Zugleich bietet in Sachsen das PflegeNetz, das von Kommunen, Kreisen und den Pflegekassen entwickelt und getragen wird, zusätzliche Beratungskompetenz für die weitere – ambulante oder stationäre – Betreuung. Es wird künftig darauf zu achten sein, dass die Pflegeberatung sowie das Entlassungsmanagement ihre Schnittstellen sorgfältig ausformen und entwickeln.

¹⁶ Vgl. Haberstroh, J., Neumeyer, K., Schmitz, B. & Pantel, J. (2007): Kommunikations-TAnDem: Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Kommunikationstrainings für pflegende Angehörige von Demenzpatienten (in: H. Gutzmann, R. D. Hirsch, M. Teising & R. Kortus (Ed.), *Alt und psychisch krank: Im Spannungsfeld von Ethik und Ressourcen* (S. 328-332); Berlin: Kohlhammer Verlag)

¹⁷ Vgl. auch § 23 Abs. 5 SächSKHG: Das Krankenhaus hat einen Sozialdienst einzurichten

¹⁸ Vgl. Greuß, M./Mennemann, H. (2006): *Soziale Arbeit in der Integrierten Versorgung*; Ernst Reinhardt Verlag

4.1.5. (Neuro)-Psychologischer Dienst

Aufgabenschwerpunkte des Psychologischen Dienstes sind die neuropsychologische Diagnostik und Therapie. Ziel der neuropsychologischen Diagnostik ist es, die kognitiven und affektiven Funktionsstörungen (Aufmerksamkeit, Antrieb, Sprache, Gedächtnis, Planungs- und Kontrollfunktionen, Gefühle etc.) nach einer Hirnschädigung zu beschreiben, zu objektivieren und Ressourcen zur Kompensation zu entdecken. Die neuropsychologische Diagnostik unterstützt die Diagnosestellung bei Demenzverdacht. Je nach Krankheit und Problemlage führt der Psychologische Dienst individuell abgestimmte, unterschiedliche psychotherapeutische Interventionen durch (z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Gespräche zur Krankheitsverarbeitung). Ziel ist es, die Ressourcen der Patient/innen zu stärken, die kognitiven Funktionen wie z. B. das Gedächtnis zu trainieren oder entsprechende Kompensationsstrategien zu lernen. Als berufliche Qualifikation ist ein abgeschlossenes Hochschulstudium der Psychologie, möglichst mit Zusatzkenntnissen in der klinischen Psychologie erforderlich. Angestrebt werden Qualifikationen in der Klinischen Neuropsychologie¹⁹ sowie besondere Fähigkeiten in Gesprächsführung und Krisenintervention.

4.1.6. Ergänzende Dienste

4.1.6.1. Ernährungsberatung

Die Unterernährung stellt gerade bei älteren Menschen einen wichtigen und oft sehr labilen Faktor dar²⁰. Eine wesentliche Rolle für den Ernährungszustand im Alter spielen diverse physiologische Altersveränderungen (z. B. gesteigerte Aktivität gastrointestinaler Sättigungsfaktoren), Funktionseinschränkungen (z. B. beeinträchtigte Kaufähigkeit und Schluckfunktion), akute und chronische Krankheiten sowie sozioökonomische Faktoren.

Die Erfassung des Ernährungsstatus ist fester Bestandteil des geriatrischen Assessments. Dabei sind nicht nur verschiedene Ernährungsparameter²¹ (z. B. Body-Mass-Index,

Albumin-Werte) zu erheben und zum Assessment standardisierte Fragebögen (z. B. Nutrition Risk Assessment Scale, Mini Nutritional Assessment) oder andere Methoden zur Erfassung der tatsächlich aufgenommenen Nahrungsmenge (z. B. Tellererfassungsmethode) einzusetzen, sondern auch die genauen Ursachen der Mangelernährung mit weiterführender Diagnostik abzuklären.

Auf Basis des Ernährungsstatus sind unter Beteiligung eines Ökotrophologen oder eines Diätassistenten bzw. von speziell geschultem Pflegepersonal mit dem Patienten, seinen Angehörigen sowie dem Hausarzt gezielte Maßnahmen im Sinne eines Stufenplans zur Therapie der Malnutrition abzustimmen. Dabei orientieren sich die pflegerischen Maßnahmen an der jeweils aktuellen Auflage des Expertenstandards „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“.

Die Schulung von Patienten und Angehörigen in Ernährungsfragen, insbesondere bei Erkrankungen, die ein spezielles Ernährungsverhalten erfordern, sollte ebenso angeboten werden wie die Beratung bei Gabe von Sonderkost.

Der Diätassistent oder der Ökotrophologe verfügen über Kenntnisse, die sich aus altersbedingten Veränderungen des Organismus und/oder häufigen Erkrankungen im Alter ableiten. Dabei sollte der Ökotrophologe auch den Diätassistenten oder das speziell geschulte Pflegepersonal beraten und anleiten können.

4.1.6.2. Pharmakotherapie (oder Klinische Pharmakologie)

Mehr als einem Drittel der über 70-Jährigen werden regelmäßig fünf oder mehr Medikamente zur täglichen Einnahme verordnet. Bei etwas mehr als einem Fünftel treten Fehldosierungen auf und bei über einem Drittel werden viele „verzichtbare Substanzen“ verordnet²². Die Folgen der Multimedikation (d. h. Verordnung von 5 oder mehr Medikamenten gleichzeitig) sind ein erhöhtes Risiko für Stürze und Verwirrheitszustände²³.

Da evidenzbasierte Leitlinien in der Regel nur für Mono-Morbidität gelten und die Probleme der Multimedikation beim Vorliegen mehrerer chronischer Erkrankungen beim geriatrischen Patienten nicht berücksichtigen, ist ein phar-

makologisch erfahrener Arzt, Apotheker oder klinischer Pharmakologe bei der Überprüfung der Gesamtmedikation einzubeziehen. Dabei müssen die Compliance des Patienten, seine psychische und physische Verfassung sowie seine Lebensumstände berücksichtigt werden. Wichtig ist es, bei der Entlassung aus dem Krankenhaus den Patienten und den nachbehandelnden Arzt zeitnah über die weitere Medikation und Einnahmedauer zu informieren. Damit sollen Polypragmasie, Fehldosierungen sowie die Unterversorgung oder die Verordnung verzichtbarer Substanzen vermieden werden.

4.1.6.3. Orthopädietechnik und Hilfsmittelversorgung

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

4.1.6.4. Ärztlicher Konsiliardienst

Die indikationsgerechte Inanspruchnahme ärztlicher Konsiliaruntersuchungen (z. B. Chirurgie, HNO, Urologie, Augenheilkunde, Gynäkologie, Neurologie) ist zu gewährleisten.

Vor dem Hintergrund, dass alte Menschen hinsichtlich adäquater psychotherapeutischer Behandlung deutlich unterrepräsentiert sind²⁴, kommt der Gerontopsychosomatik/ Psychotherapie eine besondere Bedeutung zu. Sie hat die Aufgabe, fehlplatzierte Patienten z. B. aus der Inneren Medizin zu übernehmen, ein psychogenes Krankheitsverständnis zu entwickeln und die weiterführende Behandlung zu übernehmen. Die Entwicklung eines psychosomatischen Krankheitsmodells ist bei älteren und alten Menschen gut möglich und erfolgsversprechend, bedarf aber einer längeren Vermittlungsphase, da viele Ältere psychische Reaktionen als Ausdruck von Schwäche und charakterlichen Mängeln betrachten. Um diesen Vorurteilen zu begegnen und um adäquate Behandlungen zu ermöglichen, ist Informationsvermittlung und Entstigmatisierung erforderlich.

¹⁹ Vgl. <http://www.gnp.de/extern/pdf/3333>

²⁰ Vgl. Deutsche Studie zur Mangelernährung im Krankenhaus: 43% der Patienten im Alter von 70 Jahren mangelernährt (Abstract der Studie http://www.dgem.de/material/pdfs/Abstr_Mangelern_Praev_deutsch.pdf)

²¹ Vgl. Leitlinie Enterale Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM): Ernährungsstatus (<http://www.dgem.de/leitlinien/1.A.pdf>)

²² Vgl. Studie Polypharmakotherapie und unangemessene Verschreibung bei älteren internistischen Patienten in Österreich, Wiener Klinische Wochenschrift (2008) 120: 733-741

²³ Von Renteln-Kruse, Medizin des Alterns und des alten Menschen. Steinkopffverlag Darmstadt, 2004

²⁴ Sie nehmen nur 1% der ambulanten Behandlungsplätze in Anspruch, obwohl die prozentuale Häufigkeit psychischer Störungen in allen Altersgruppen etwa gleich ist. Problematisch und kostspielig ist, dass älteren Menschen in seelischer Not häufiger somatische Symptome zeigen und ihre Zuwendungswünsche im medizinischen System zu befriedigen suchen. Dort erfolgen kostspielige Klinikaufenthalte mit teurer Diagnostik und frustrierten Heilungsbemühungen.

4.1.6.5. Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe

Einrichtungen und Dienste der Altenhilfe wie ambulante Pflegedienste, Altenpflegeheime und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sind Lebensräume für Menschen mit hohem Hilfebedarf. Sie sollten daher verstärkt einbezogen werden, wenn es darum geht, einen Bedarf an geriatrischer Behandlung zu erkennen.

4.1.6.6. Selbsthilfe- und Angehörigengruppen

Im Rahmen der komplementären Versorgung sollen auch Selbsthilfegruppen unter Beachtung der Autonomie und Unabhängigkeit der Gruppen beteiligt und unterstützt werden. Die vielerorts gebildeten Selbsthilfegruppen leisten einen wichtigen Beitrag bei der Stabilisierung und sozialen Aktivierung der Betroffenen. Dies trifft insbesondere im gerontopsychiatrischen Bereich auf viele Selbsthilfe- und Angehörigengruppen zu, die sich auf den Umgang mit an Demenz Erkrankten fokussieren.

Bei der Versorgung älterer psychisch kranker Menschen nehmen pflegende Angehörige eine besondere Rolle ein. Aufgrund der aus der Pflgetätigkeit resultierenden zum Teil extremen psychischen und physischen Belastungen sind diese Angehörigen in geeignetem Maße zu unterstützen.

4.1.6.7. Seelsorge

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

4.1.6.8. Komplementäre Behandlungsverfahren und Naturheilverfahren

Als Ergänzung zu konventionellen Therapien können auch komplementäre Behandlungsverfahren und Naturheilverfahren zur Anwendung kommen, wie zum Beispiel auch die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) mit ihren Behandlungstechniken:

- Akupunktur,²⁵
- Tuina Anmo,

- Qi Gong,
- Heilpflanzen-Therapie,
- Chinesische Diätetik.

Diese Behandlung erfolgt durch Ärzte und andere Gesundheitsfachberufe, die über eine entsprechende Qualifikation in den anzuwendenden Behandlungsverfahren verfügen.

4.2. Professionalität

4.2.1. Geriatrisches Assessment

Bei geriatrischen Patienten ist grundsätzlich ein Assessment durchzuführen. Das Assessment beinhaltet die umfassende Beurteilung des Patienten hinsichtlich seiner Krankheitsgeschichte, seines physischen, psychischen und seelischen Gesundheitszustands, seines funktionellen Zustands und Mobilitätsgrades sowie seiner erhaltenen oder möglichen Fähigkeiten zur Bewältigung des täglichen Lebens unter Berücksichtigung familiärer und ökonomischer Ressourcen sowie der Wohn- und Lebenssituation und -perspektive.

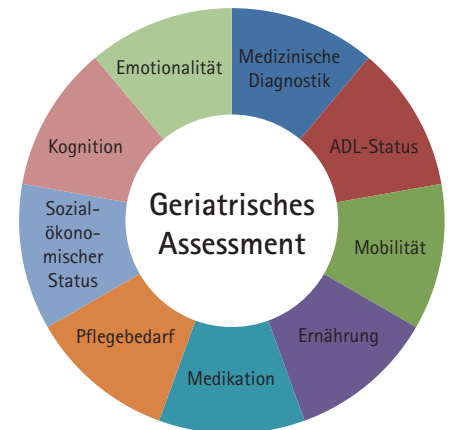
Um eine Objektivierbarkeit zu gewährleisten, werden standardisierte und qualitätsgesicherte Testverfahren verwendet, die reproduzierbar sind und somit eine kontinuierliche Therapieevaluation zulassen.

Das Geriatrische Assessment (einschl. Screening) umfasst:

- medizinische Diagnostik,
- Selbsthilfefähigkeiten z. B. mittels Barthel-Index oder IADL-Skala nach Lawton/Brody,
- Mobilität z. B. durch „Timed up & go“-Test,
- Stimmungslage z. B. nach Geriatric Depression Scale (GDS),
- Kognition z. B. mittels Mini Mental State Examination (MMSE) oder DemTect,
- Ernährung z. B. durch Mini Nutritional Assessment (MNA),
- Medikation,
- Pflege-/Hilfsmittelbedarf,

- familiäres und soziales Umfeld,
- Wohnumfeld,
- finanzielle Ressourcen,
- rechtliche Verfügungen.

Abbildung 8: Das Geriatrische Assessment



4.2.2. Medizin-therapeutisches Konzept

Auf Basis der Ergebnisse des Assessments ist innerhalb des geriatrischen Behandlungsteams ein individueller Behandlungsplan mit einem Behandlungsziel zu erstellen. Der prämorbid Status sowie explizite Wünsche des Patienten, ggf. auch seiner Angehörigen finden hierbei – im Rahmen individueller Möglichkeiten des Patienten – Berücksichtigung. Aus dem Behandlungsziel leiten sich die Teilziele für die einzelnen Professionen des interdisziplinären Teams ab. Durch Verlaufskontrollen zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Behandlung ist zu überprüfen, ob und in welchem Umfang Rehabilitationspotentiale vorhanden sind, ob sich Ziele ändern, wo verborgene Ressourcen des Patienten liegen und wie diese entwickelt und genutzt werden können.

Soweit nach Abschluss der akutgeriatrischen Behandlung eine weitere Versorgung durch ambulante oder stationäre Rehabilitation, durch Unterbringung in einem Pflegeheim oder häusliche Pflege notwendig ist, ist unter Einbeziehung des Sozialdienstes in Absprache mit dem Patienten und ggf. seinen Angehörigen sowie den Kostenträgern eine möglichst nahtlose Überleitung sicherzustellen.

²⁵ Wissenschaftliche Studien attestieren der Akupunkturbehandlung bei den Indikationen „Chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule“ und „Chronische Gonarthroseschmerzen“ eine deutlich höhere Wirksamkeit als konventionellen Schmerztherapien. Vor diesem Hintergrund wird Akupunktur seit dem 01.01.2007 bei diesen Indikationen als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt.

4.2.3. Qualitätsmanagement in der Geriatrie

Qualitätsmanagement umfasst spezifische Anforderungen in den Bereichen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Zur Sicherung und Förderung der Qualität der Versorgung der geriatrischen Patienten kommen in Sachsen verschiedene Qualitätsmanagementverfahren zum Einsatz, welche die verschiedenen Qualitätsdimensionen jeweils berücksichtigen.

4.2.3.1. Sektorenübergreifendes Qualitätsmanagement

Ein wesentliches Instrument des Qualitätsmanagements ist die Etablierung sektorübergreifender Qualitätszirkel, die stationäre und teilstationäre Krankenhausbereiche, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen sowie alle ambulanten Versorgungsstrukturen einbeziehen.

Unter Leitung der geriatrischen Zentren sollen sich fachübergreifend regionale Qualitätszirkel etablieren, die u.a. folgende Aufgaben übernehmen:

- Implementierung von praxisadäquaten Behandlungsleitlinien,
- Institutionalisierung eines interdisziplinären Erfahrungsaustausches,
- Erarbeitung von Präventionsstrategien und Aufklärungskampagnen,
- Organisation gemeinsamer Fortbildungen.

Eine Zusammenarbeit mit weiteren Arbeitsgruppen zu dieser Thematik (zum Beispiel im Rahmen der Gesundheitsziele) ist anzustreben (vgl. Kapitel 5.1).

4.2.3.2. Qualität und Entwicklung in Praxen

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

Hinsichtlich der Strukturqualität spielen dabei insbesondere die Anforderungen an die räumlichen Gegebenheiten der Praxen und die Aus- und Weiterbildung der Ärzte bzw. anderer Therapeuten und deren Mitarbeitern

eine wesentliche Rolle. Beispielhaft seien der barrierefreie Zugang zur Praxis und eine behindertengerechte Ausstattung der Praxis genannt.

Darüber hinaus sind weitere Aspekte, wie zum Beispiel gut leserliche Kennzeichnung der Räume und geräumige Flächen zu berücksichtigen. Hinsichtlich der Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter ist neben der fachlichen Befähigung die Sozialkompetenz in besonderem Maße zu berücksichtigen, um den Lebensumständen der Patientenklientel Rechnung tragen zu können.

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

4.2.3.3. Qualitätssiegel Geriatrie

Der BV Geriatrie hat in Abstimmung mit den beiden Fachgesellschaften DGG und DGGG ein bundeseinheitliches Zertifizierungsverfahren für geriatrische (teil-)stationäre Einrichtungen entwickelt. Es wird von einer unabhängigen, durch die Trägergemeinschaft für Akkreditierung (TGA) und die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege (BGW) akkreditierten Zertifizierungsstelle (EQ ZERT) vergeben. Das Qualitätssiegel Geriatrie geht im Rahmen der zugrunde liegenden Auditcheckliste²⁶ auf die besonderen Anforderungen der Geriatrie ein. Es erfüllt dabei die im Rehabilitationsbereich verbindlichen Vorgaben des §20 SGB IX.

Das „Qualitätssiegel Geriatrie“ ist als eigenständiges Vollzertifikat auf Basis der DIN ISO 9001 konzipiert. Der Erwerb des „Qualitätssiegel Geriatrie“ ist bei bereits erfolgter Zertifizierung nach ISO 9001 oder gemäß der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) oder das erfolgreiche Absolvieren eines vollständigen Assessments nach dem Modell des European Foundation for Quality Management (EFQM) auch als so genannte „Add-On“, d. h. als fachspezifisch ergänzende Zertifizierung möglich.

4.2.3.4. Zercur Geriatrie

Wie in anderen Indikationsbereichen auch, gibt es in der Geriatrie einen indikationsspezifischen Fort- und Weiterbildungsbedarf. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Vermittlung geriatrispezifischer Lerninhalte in der Ausbildung des medizinischen- sowie pflegerischen Personals in weiten Teilen noch Defizite aufweist. Nur durch eine regelhafte Teilnahme des eingesetzten Personals an indikationsspezifischen Fortbildungsveran-

staltungen kann eine qualitätsgesicherte Versorgung erreicht und gesichert werden.

Für alle Professionen des therapeutischen Teams (vgl. Kapitel 4.1.3) hat der BV Geriatrie den Basiskurs Zercur (Zertifiziertes Curriculum) Geriatrie konzipiert. Dieser vermittelt in 64 Unterrichtsstunden zuzüglich eines Hospitastages und einer abschließenden Hausarbeit wesentliche Inhalte der Geriatrie auf der Stufe von Basiswissen²⁷.

Die Durchführung der vom BV Geriatrie zertifizierten Fortbildungskurse Zercur Geriatrie wird in Sachsen mit Mitteln des Europäischen Sozialfonds gefördert. Aufbauend auf den Lerninhalten des Zercur Geriatrie-Kurses startet im Januar 2010 eine modular aufgebaute „Fachweiterbildung Geriatrie“, die im Umfang von ca. 520 Stunden die Lerninhalte des Basiskurses entsprechend erweitert.

4.2.3.5. Externe Benchmarksysteme

Im Auftrag des BV Geriatrie wurde im Jahr 1998 von der Forschungsgruppe Geriatrie der Charité eine zentrale Datenbank entwickelt, die die Leistungen und Ergebnisse in der geriatrischen Versorgung in anonymer Form repräsentativ dokumentiert und im Sinne eines qualitätssichernden Benchmarkvergleichs analysiert. Der Zugang zu dem Datenerfassungsprogramm GEMIDAS PRO steht den Mitgliedern des BV-Geriatrie sowie – gegen eine Nutzungsgebühr – auch Nichtmitgliedern offen.

Zudem beteiligen sich die geriatrischen Rehabilitationskliniken in Sachsen an einer umfangreichen Evaluation, die im Auftrag der Kostenträger vom MDK Sachsen wissenschaftlich begleitet wird. Die Etablierung eines externen Benchmarksystems zum Vergleich der akutstationären und rehabilitativen geriatrischen Versorgung ist perspektivisch anzustreben.

Eine wissenschaftliche Auswertung dieser Daten im Sinne der Versorgungsforschung durch Hochschulen und andere Forschungseinrichtungen wird grundsätzlich als sinnvoll angesehen.

4.2.3.6. Spezielle Patientenbefragungssysteme

Die Zufriedenheitsbefragung von Patienten stellt eine wichtige Form der Qualitätssicherung dar. Jedoch sind Befragungssysteme, die für andere Indikationsbereiche entwickelt wurden aufgrund der besonderen Einschränkungen des geriatrischen Patienten nur bedingt sinnvoll nutzbar.

²⁶ Vgl. zu den Anforderungen: <http://www.bv-geriatrie.de/auditcheckliste.pdf>

²⁷ Vgl. Lehrplan: <http://www.bv-geriatrie.de/zercur%20lehrplan.pdf>

Neben verschiedenen regional eingesetzten Systemen zur Befragung geriatrischer Patienten gibt es ein von der Firma Consort in Kooperation mit Versorgungseinrichtungen entwickeltes, bundesweit zum Einsatz kommendes Patientenbefragungssystem. Dieses System ermöglicht aufgrund des geriatrispezifischen Vergleichspools einen indikationsspezifischen Vergleich mit anderen Leistungserbringern aus dem Bereich der Geriatrie. Dieses Verfahren wurde wissenschaftlich evaluiert und befindet sich seit mehreren Jahren in der regelhaften Anwendung.

4.2.3.7. Qualitätsmanagement in der pflegerischen Versorgung

Qualitätsmanagement in der pflegerischen Versorgung erfolgt auf unterschiedlichen Ebenen, die sich von nationalen Expertenstandards bis hin zu den konkreten Qualitätssicherungsmaßnahmen in einzelnen Einrichtungen erstrecken.

Die Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) sind ein Instrument zur Definition, Einführung und Bewertung (Erfolgskontrolle) der Qualität von pflegerischen Leistungen auf einem professionell abgestimmten Leistungsniveau²⁸. Sie geben Auskunft darüber, welche Verantwortung die Berufsgruppe der Pflegenden gegenüber der Gesellschaft, den Pflegebedürftigen, dem Gesetzgeber und anderen Pflegenden übernimmt. Dabei geben sie die Zielsetzung komplexer pflegerischer Aufgaben sowie Handlungsspielräume und Handlungsalternativen vor.

Zur konkreten Anwendung der gemäß § 113 SGB XI zu vereinbarenden Expertenstandards sind die Pflegeeinrichtungen im Rahmen ihrer Qualitätsverantwortung (§ 112 Abs. 2 SGB XI) seit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes gesetzlich verpflichtet. Derzeit gibt es aber noch keine nach § 113 SGB XI entwickelten Expertenstandards. Die Expertenstandards des DNQP haben noch keine direkte (gesetzliche) Verbindlichkeit. Diese Standards können aber als „vorweggenommene Sachverständigengutachten“ gewertet werden und dienen bei juristischen Auseinandersetzungen als Maßstab zur Beurteilung des aktuellen Standes der medizinisch-pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse. Demzufolge sind bis zum Vorliegen der Standards nach § 113 SGB XI die Standards des DNQP für das pflegerische Qualitätsmanagement maßgeblich.

Solange noch nicht zu allen Pflegethemen Expertenstandards des DNQP vorliegen, werden über den Landespflegeausschuss als Orientierungshilfen bezeichnete Standards erarbeitet. Da diese Standards nicht das Niveau (evidenzbasiert) der DNQP Standards erreichen können, werden diese als Orientierungshilfen bezeichnet. Diese Orientierungshilfen werden mit den Leistungserbringern gemeinsam erarbeitet und sind daher praxisbezogener ausgelegt als die Expertenstandards des DNQP. Auf den Expertenstandards und den Orientierungshilfen basierende einrichtungsspezifische Qualitätsstandards definieren die von der Einrichtung gewünschten Qualitätsziele und setzen ein überprüfbares Qualitätslevel fest. Diese Qualitätsstandards sind dann für alle Mitarbeiter verbindlich, sollten diesen bekannt sein und bei den täglichen pflegerischen Verrichtungen Anwendung finden. Im Rahmen des einrichtungsinternen pflegerischen Qualitätsmanagements erfordern Abweichungen von diesen Standards Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Leistungen.

4.2.4. Aus-, Fort- und Weiterbildung, Etablierung in Forschung und Lehre

4.2.4.1. Geriatrie als Gegenstand der Forschung

Die Geriatrie als Erfahrungsforschung hat sich erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts entwickelt. Die Notwendigkeit, sich mit den verändernden Prozessen im Organismus während des Alterns und im Alter aus wissenschaftlicher Sicht zu befassen, ergab sich erst im Zusammenhang mit dem Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung von unter 60 Jahren zu Beginn des 20. Jahrhunderts und auf etwa 80 Jahre bis heute. Damit verbunden hat die Anzahl der Menschen im höheren Lebensalter stark zugenommen. Somit wurde die „Geriatrie“ auch erst in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der akademischen Heilberufe sowie der Gesundheitsfachberufe einbezogen.

4.2.4.2. Akademische Heilberufe

Die Geriatrie ist Pflichtfach in der Ärztlichen Ausbildung. Nach § 27 Abs. 1 Satz 5 Nr. 7 der

Approbationsordnung für Ärzte müssen Medizinstudenten im Querschnittsbereich „Medizin des Alterns und der alten Menschen“ benotete Leistungsnachweise erbringen. Die Inhalte des genannten Querschnittsbereiches werden an den Medizinischen Fakultäten der Universitätsklinika in Dresden und Leipzig²⁹ vermittelt. Somit verfügen alle Absolventen über erste medizinische Grundkenntnisse in der Geriatrie, Gerontopsychiatrie und Palliativmedizin.

Darüber hinaus können Ärzte seit dem 01.01.2006 nach der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer durch eine 18-monatige Weiterbildung die Zusatzbezeichnung „Geriatrie“ erhalten. Diese Weiterbildung umfasst 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. Ärzte, die die fakultative Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ besitzen, sind berechtigt, stattdessen die Zusatzbezeichnung Geriatrie zu führen. Die Etablierung des Schwerpunktes Geriatrie in der Inneren Medizin/Facharzt für Geriatrie wird perspektivisch angestrebt.

Schließlich bilden Ärzte sich im Rahmen ihrer lebenslangen Fortbildungspflicht auf dem Gebiet der Geriatrie fort, um den steigenden Anforderungen einer qualifizierten Betreuung hochbetagter Menschen gerecht zu werden. Die umfangreichen Aspekte insbesondere zur Diagnostik und Therapie sowie Prävention von Erkrankungen im höheren Lebensalter stehen zunehmend im Mittelpunkt ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen.

4.2.4.3. Gesundheitsfachberufe

In den für die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen geltenden bundesrechtlichen Regelungen sind grundsätzlich geriatrische Themen in Bezug auf das jeweilige Berufsbild vorgesehen. Somit werden bereits während der Ausbildung zumindest grundsätzliche Kenntnisse über das gesunde Altern und den geriatrischen Krankheitsbegriff sowie dessen Komplexität vermittelt. Um jedoch die Prinzipien der Pflege und Betreuung alter Menschen sowie die Grundzüge der Rehabilitation und der Prävention und Gerontoprophylaxe als Handlungskompetenz erweitern und fes-

²⁸ Veröffentlicht unter <http://www.dnqp.de/>

²⁹ An der Universität Leipzig findet neben Vorlesungen der Geriatrie im Rahmen der Hauptvorlesung Innere Medizin im 5. Studienjahr ein Praktikum Geriatrie (Unterricht am Krankenbett) statt, bei dem jeder Student drei Termine als Kleingruppenunterricht am Krankenbett durchläuft. Weiter wurde ein POL-Kurs (Problem orientiertes Lernen) „Medizin des alternden Menschen“ als Schwerpunktthema etabliert, bei dem die Probleme des älter werdenden Menschen interdisziplinär den Studierenden dargeboten werden. Dabei werden in den POL-Kursen Fälle durch die Studierenden in Tutorials bearbeitet, die speziell die Probleme älterer Patienten darstellen. Die dazu notwendigen Tutoren werden in dem Hochschullehrertrainingskurs der Medizinischen Fakultät Leipzig ausgebildet. In begleitenden Vorlesungen wird von allen beteiligten Fachgebieten die Thematik aufgegriffen, wobei explizit auch die Gerontopsychiatrie und Palliativmedizin dargestellt wird. Schließlich werden in diesem POL-Kurs von den Studierenden Praktika absolviert, die weitere Kenntnisse in rehabilitativen und palliativen Maßnahmen bei Erkrankungen älterer Patienten vermitteln. Dieser POL-Kurs ist eine Pflichtveranstaltung, die mit einer benoteten Lernerfolgskontrolle abgeschlossen wird.

tigen zu können, bedarf es einer regelmäßigen Fortbildung in diesen Themenfeldern. Ziel muss es also sein, allen Angehörigen der Gesundheitsfachberufe kontinuierlich im Rahmen ihrer Fortbildungspflicht geriatrische Themen anzubieten. Besonders eignet sich dafür das vom BV Geriatrie entwickelte Zercur Geriatrie (vgl. Kapitel 4.2.3.4). Weiterführend hat der Bundesverband Geriatrie in Kooperation mit dem Evangelischen Diakonieverein Berlin-Zehlendorf e.V. die Fachweiterbildung Geriatrie für examinierte Pflegekräfte entwickelt. Ziel dieser Weiterbildung ist die Qualifikation für die spezifischen Anforderungen in der Geriatrie. Sie umfasst insgesamt 520 Unterrichtseinheiten und gliedert sich modular in 3 Bereiche: Pflichtkurse (z. B. Zercur Geriatrie, Bobathkurs, Validation), Wahlpflichtkurse (Zercur-Aufbaumodule) und Wahlkurse.

Die Fachweiterbildung Geriatrie soll perspektivisch auch für die therapeutischen Berufsgruppen entwickelt werden.

Die Weiterbildungen für Gesundheitsfachberufe regelt in Sachsen das Weiterbildungsgesetz Gesundheitsfachberufe in Verbindung mit der Weiterbildungsverordnung Gesundheitsfachberufe. In der Regel beinhalten die die Pflegeberufe betreffenden Weiterbildungen auch geriatrische Themen. Mit konkretem Bezug zur Geriatrie sind folgende spezielle Weiterbildungen vorgesehen:

- Geriatrie, Rehabilitation und Gerontopsychiatrie,
- Schwerstpflege und Gerontopsychiatrie und
- Palliativ- und Hospizpflege.

Weiterbildungen werden von einer ausreichenden Anzahl von staatlich anerkannten Weiterbildungseinrichtungen im Freistaat Sachsen angeboten. Ziel muss es sein, die Bereitschaft der Fachkräfte der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenpflege zur Teilnahme an diesen Weiterbildungen zu fördern. Zur finanziellen Unterstützung können sowohl die staatlich anerkannten Weiterbildungseinrichtungen als auch die entsprechenden Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens bei der Sächsischen Aufbaubank eine Förderung aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds beantragen.

4.3. Subsidiarität

4.3.1. Selbsthilfe vor Fremdhilfe

Ziel ist es, den alten Menschen ein möglichst langes selbstbestimmtes Leben im häuslichen Umfeld zu ermöglichen. Um die Nachhaltigkeit der kurativen und rehabilitativen Behandlung zu gewährleisten, ist eine Nachbetreuung durch pflegerische und soziale Dienste, Selbsthilfeeinrichtungen sowie bürgerschaftliches Engagement sicherzustellen.

4.3.2. Bürgerschaftliches Engagement

Im Allgemeinen besteht auch in Sachsen eine große Bereitschaft, sich bürgerschaftlich zu engagieren³⁰. So wird immer noch ein großer Teil alter, kranker und pflegebedürftiger Menschen zuhause von den Angehörigen versorgt. Die Eigen- und Selbsthilfe im Familienverbund stellt daher einen unschätzbaren Wert und unverzichtbaren Beitrag für unsere Gesellschaft dar.

Angesichts der enormen Herausforderungen, denen sich die umlagefinanzierten Sozialversicherungssysteme aufgrund der demografischen Entwicklung stellen müssen, ist es von elementarer Bedeutung, die Selbsthilfe und das soziale bürgerschaftliche Engagement stärker einzubeziehen. Die beachtlichen Ressourcen der Selbsthilfe und des bürgerschaftlichen Engagements können zwar die professionelle Pflegetätigkeit oder gar medizinische Versorgung nicht ersetzen. Sie können jedoch insbesondere in der sozialen Betreuung, aber auch bei der hauswirtschaftlichen Unterstützung eine wichtige Aufgabe übernehmen.

Freiwilligenarbeit kann sich in Bereichen widerspiegeln, die gefühlsmäßige Zuwendung voraussetzen und persönliche Betreuung und Hilfe erfordern. Diese Aufgaben zeichnen sich gewöhnlich durch eine besondere Zeitintensität aus und lassen sich schon deshalb nicht oder nur selten im Rahmen einer professionellen Umsetzung erfüllen. Beispielfhaft seien genannt: Gespräche führen, Vorlesen, Briefe schreiben, Spazieren gehen, Kinobesuche, Einkaufen, Kochen, Behördengänge begleiten, Hilfe bei der Einhaltung ärztlicher Vorschriften. Solche Tätigkeiten bedeuten sowohl für den zu Pflegenden als auch für den Pflegenden selbst ein emotionales Engagement, das neben der materiellen Bedeutung der Pflege

und Versorgung einen tiefen humanitären Sinn hat. Sie beseitigen das Gefühl der Einsamkeit und der Verlorenheit und ersetzen es durch die Erfahrung sozialer Nähe. Sie ermutigen Optimismus und Selbstvertrauen und begünstigen damit die Bereitschaft zur Selbstverantwortlichkeit.

Viele Formen des bürgerschaftlichen Engagements, wie Nachbarschaftshilfe, Krankenpflege- und Betreuungsvereine, Senioren- und Bürgertreffpunkte, Altenklubs der Wohlfahrtsverbände und Kirchen, Seniorenräte und Helfer im Wohnumfeld leisten bei der geriatrischen Prävention und der Integration älterer Menschen einen wichtigen Beitrag. Entscheidende Faktoren für den erfolgreichen Einsatz bürgerschaftlichen Engagements sind Qualität und Zuverlässigkeit. Diese erfordern intensive Unterstützung der Engagierten durch die Leistungsträger mit aufgaben- und situationsspezifischer Beratung und Motivation. Dabei wird es zukünftig insbesondere darauf ankommen, die „jungen Alten“, d. h. die Altersgruppe der 60- bis 80-Jährigen für das bürgerschaftliche Engagement zu gewinnen. Diese Altersgruppe, die von der gestiegenen Lebenserwartung besonders stark profitiert, weist noch ein großes Aktivierungspotential auf. Sie kann damit einen wichtigen Beitrag leisten, den demografiebedingten Anstieg des Hilfe- und Unterstützungsbedarf der über 80-Jährigen zu kompensieren. Nicht zuletzt ist das bürgerschaftliche Engagement auch ein wichtiges Setting, um nach dem Ausscheiden aus dem Beruf wegfallende soziale Kontakte zu kompensieren.

Vor diesem Hintergrund unterstützt der Freistaat Sachsen das bürgerschaftliche Engagement in vielfältiger Weise sowohl ideell als auch materiell. So werden Aufwendungen im Rahmen des bürgerschaftlichen Engagements mit einer monatlichen Pauschale von bis zu 40 € entschädigt³¹.

4.3.3. Ambulante Hilfe vor stationärer Hilfe

Da geriatrische Hilfe immer darauf gerichtet sein soll, einzelne Hilfebedürftige soweit wie nötig zu unterstützen, ein möglichst eigenverantwortliches Leben führen zu können, ist grundsätzlich der ambulanten Hilfe der Vorrang vor der stationären Hilfe zu geben. Daher ist in jedem Einzelfall zunächst stets zu prüfen, ob auch ambulante Hilfen dieses Ziel gewährleisten. Erst wenn ambulante Hilfen

³⁰ Nach den Ergebnissen der Sonderauswertung des Freiwilligenurvey 2004 ist die Zahl der Personen, die sich grundsätzlich ein freiwilliges Engagement vorstellen können, deutlich von 26% im Jahr 1999 auf 36% im Jahr 2004 gestiegen (Bürgerschaftliches Engagement in Sachsen 2004, veröffentlicht unter: http://www.wir-fuer-sachsen.de/sms-wfs/doc/Brosch_BuergerschaftlichesEngagementinSachsen1999.2004_040406.pdf)

³¹ Weitere Informationen unter <http://www.wir-fuer-sachsen.de>

nicht ausreichen, sind – in dieser Reihenfolge – teilstationäre und stationäre Leistungen zu prüfen.

Insbesondere § 45 SGB XI formuliert, dass die Pflegekassen für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen Schulungskurse unentgeltlich anbieten sollen, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken. Förderfähig sind auch Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige. Gefördert wird auch der Auf- und Ausbau von Gruppen ehrenamtlich Tätiger, die sich die Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben, und von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben.

4.3.4. Rehabilitation vor Pflege

Der seit der Einführung der Pflegeversicherung in § 5 SGB XI verankerte Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ ist Ausdruck der gesundheitspolitischen Zielsetzung, Pflege-

bedürftigkeit im Alter solange wie möglich zu vermeiden, sie zu überwinden, zu mindern, auszugleichen oder ihre Verschlimmerung zu verhüten³². Allerdings ist dieser Grundsatz aufgrund der sektoralen Trennung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung und der damit kohärenten allokativen Fehlanreize lange Zeit vernachlässigt worden, obwohl der ökonomische Erfolg geriatrisch-rehabilitativer Maßnahmen mehrfach nachgewiesen wurde³³.

Durch die Einführung eines Rechtsanspruchs auf geriatrische Rehabilitation ab 01.04.2007 (§ 40 Abs. 3 SGB V i. d. F. des GKV-WSG) und der Verpflichtung des MDK, ab 01.07.2008 im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit auch die Notwendigkeit von Maßnahmen der medizinische Rehabilitation zu prüfen (§ 18 Abs. 6 Satz 2 SGB XI i. d. F. des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes), hat der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ inzwischen eine noch stärkere normative Ausprägung erfahren.

Als besondere Zielgruppe sind dabei auch die Antragsteller auf ambulante Pflegeleistungen anzusehen, die im Ergebnis der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung als nicht pflegebedürftig (Pflegestufe 0) eingestuft werden. Bei ihnen wird eingehend zu prüfen sein, welche Prognose besteht und ob durch geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen der Eintritt der Pflegebedürftigkeit verhindert werden kann.

4.4. Wohnortnähe

Die geriatrische Versorgung ist in Sachsen möglichst flächendeckend zu gewährleisten. Gerade der alte Mensch ist darauf angewiesen, dass seine Verankerung in Familie und Wohnort erhalten bleibt. Dies gilt auch für stationäre Einrichtungen für Krankenversorgung und Pflege.

Insbesondere bei der Rehabilitation erleichtert eine wohnortnahe Zuweisung den Rehabilitationserfolg, weil Angehörige besser in den unmittelbaren Rehabilitationsprozess einbezogen werden können, die Entlassungsplanung durch gute Kenntnisse der ambulanten Strukturen des Wohnortes vereinfacht ist und überdies durch kurze Transportwege unnötige Belastungen für die kranken, behinderten Versicherten vermieden werden.

Auch das in Sachsen etablierte PflegeNetz³⁴ setzt das Prinzip der Wohnortnähe um. Durch die aufsuchende Pflegeberatung in der eigenen Häuslichkeit wird die Belastung des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen signifikant reduziert. Durch die Zusage der Pflegekassen, innerhalb von 48 Stunden nach Anforderung einen Besuchstermin zu vereinbaren, entsteht hier ein weiterer leistungsfähiger Baustein an der Schnittstelle zwischen Pflege- und Krankenkassen und dem Wechsel von Krankenhausaufenthalt in ambulante Pflege bzw. Übertritt in ein Altenpflegeheim.

³² Vgl. Gesetzesbegründung zum GKV-WSG, BT-Drs. 16/3100, S. 106

³³ Vgl. Plute, Universität Kassel, Dissertation 2002 zur Rolle der medizinischen Rehabilitation in der Pflegeversicherung; <http://www.upress.uni-kassel.de/online/frei/978-3-933146-99-1.volltext.frei.pdf>

³⁴ Weitere Informationen: <http://www.pflegenetz.sachsen.de/index.html>

5. Gesundheitsförderung

Zu den personalen Ressourcen der aktiven Lebensgestaltung gehören:

- körperliches und seelisches Wohlbefinden,
- körperliche und geistige Leistungsfähigkeit,
- erhaltene Aktivität im Sinne der Ausübung persönlich bedeutsamer Aufgaben,
- Selbstständigkeit im Alltag,
- Selbstverantwortung in der Alltagsgestaltung und Lebensplanung,
- Offenheit für neue Erfahrungen und Anregungen,
- Fähigkeit zur Aufrechterhaltung und Gründung tragfähiger sozialer Beziehungen,
- Fähigkeit zum reflektierten Umgang mit Belastungen und Konflikten,
- Fähigkeit zur psychischen Verarbeitung bleibender Einschränkungen und Verluste,
- Fähigkeit zur Kompensation bleibender Einschränkungen und Verluste.

Ein Mensch kann als psychisch gesund bezeichnet werden, der trotz seiner Einschränkungen und Probleme gerne lebt, sein Leben bewältigen kann, Aufgaben erfüllen kann und einen Sinn in seinem Dasein findet. Die Gesundheit wird dabei nicht statisch oder final gesehen, sondern mehrdimensional als eine Aufgabe, der man sich aktiv zuwenden muss, um sie bestmöglich zu erhalten, wobei eine 100% Funktionstüchtigkeit nicht zu erwarten ist.

Beim älteren Menschen ist bemerkenswert, dass es zu einer Gleichzeitigkeit von Stärken und Schwächen kommt. Einerseits lässt die physische Stärke, die Belastbarkeit und die geistige Frische sowie das Gedächtnis nach, andererseits hat der Mensch im Laufe seines gelebten Lebens einen immensen Erfahrungsschatz und eine Daseinskompetenz erworben, die als gesellschaftliche Ressource verstanden werden kann. Wenn auch

die Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung und der Anpassungsfähigkeit im Alter nachlässt, so ist andererseits zumeist eine gute soziale Kompetenz, ein größerer Weitblick, eine gute Problemlösefähigkeit vorhanden. Diese Fähigkeiten und Fertigkeiten bilden ein Potenzial, das es zu nutzen gilt und das man den Defiziten entgegenstellen muss. In der psychotherapeutischen Ressourcendiagnostik werden diese Fähigkeiten und Fertigkeiten den Vulnerabilitäten und Risikofaktoren als positive Ressource entgegengesetzt.

5.1. Gesundheitsziel „Aktives Altern“

Zur Bewältigung der Auswirkungen der demografischen Alterung auf den Gesundheitssektor beschloss der Steuerungskreis Gesundheitsziele Sachsen im März 2008 die Entwicklung des Gesundheitsziels „Aktives Altern – Altern in Gesundheit, Autonomie und Mitverantwortlichkeit“³⁵.

Auf der Basis einer quantitativen Inhaltsanalyse wurden im Rahmen eines Experten-Workshop die Handlungsfelder

Oberziel

Bedarfsgerechte und ressourcenfördernde Versorgungsstrukturen

Multiprofessionelle Qualifizierung für den Umgang mit älteren Menschen

Stärkung der subjektiven Gesundheit in verschiedenen Lebensphasen

Stärkung der intergenerationalen Solidarität

Operationalisierte Teilziele

1. Ein Risikoassessment zur Verhinderung von Stürzen und Frakturen im Alter mit Einleitung entsprechender therapeutischer Maßnahmen bei Behandlungsindikation ist in Sachsen modellhaft eingeführt.

2. Eine zweijährige steuerfinanzierte Berufsfachschulbildung analog der bundesrechtlichen Regelungen zur/zum Pflegeassistentin/Pflegeassistenten bei gleichzeitigem Erwerb des mittleren Bildungsabschlusses und Anschlussmöglichkeit an die dreijährige Pflegeausbildung (BFS) unter Anrechnung eines Ausbildungsjahres ist bis 2012 eingeführt.

3. Eine akademische grundständige Pflegeerausbildung in Verantwortung der Hochschule mit dem Abschluss Bachelor und der staatlichen Anerkennung als Pflegefachkraft ist curricular entwickelt, bis 2012 modellhaft implementiert und evaluiert.

4. Die dreijährige Berufsfachschulbildung zur Pflegefachkraft ist bis 2012 durch die Möglichkeit des Erwerbs von allgemeinbildendem Fachwissen im Sinne der Fachhochschulreife ergänzt, sodass der Berufsabschluss gleichzeitig den Zugang zur akademischen Erstausbildung ermöglicht. Gleichzeitig soll die berufsfachschulische Ausbildung generalistisch erfolgen (Altenpflege, Krankenpflege, Kinderkrankenpflege).

5. Eine alters- und geschlechtsdifferenzierte Arbeitsgestaltung und Führung in Organisationen ist gefördert.

6. Maßnahmen zur Förderung der Planung, aktiven Gestaltung und Strukturierung des Übergangs ins Rentenalter sind bis 2012 entwickelt, modellhaft implementiert und evaluiert.

7. Vorhandene kognitive Kompetenzen sind gestärkt und Verbesserungspotenziale herausgearbeitet.

8. Angebote zur partizipativen Wohnberatung und Wohnraumanpassung sowie Umfeldgestaltung sind eingeführt.

9. Die Anzahl intergenerationaler Begegnungstätten im Sozialraum hat sich bis 2015 wesentlich erhöht.

10. Die Nachbarschaftshilfe im intergenerationalen Kontext auf dem Land ist gestärkt.

11. Die positive Wahrnehmung des eigenen Alter(n)s wird unterstützt.

12. Angebote der intergenerationalen Zusammenarbeit in Organisationen sind in Sachsen modellhaft entwickelt und eingeführt.

13. Qualifizierungs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige sind ausgebaut.

³⁵ Im April 2009 wurde auch auf der Bundesebene mit der Entwicklung eines nationalen Gesundheitsziels zum Alter(n) begonnen.

- Versorgungsstrukturen,
- Subjektive Gesundheit,
- Alten- und Angehörigenstärkung

für die Ziele-Entwicklung priorisiert und in Form von vier Oberzielen und 24 Teilziele konkretisiert. 13 Teilziele wurden bis zu Vorschlägen für Umsetzungsmaßnahmen und die Evaluation operationalisiert³⁶.

Das Ziele-Konzept wurde am 23.03.2009 durch den Steuerungskreis Gesundheitsziele Sachsen verabschiedet. In so genannten Implementierungsgruppen werden gegenwärtig in Kooperation mit interessierten Entscheidungsträgern spezifische Handlungsanweisungen für die besten Maßnahmenvorschläge ausgearbeitet, um deren Implementierung und Finanzierung zu ermöglichen.

5.2. Integrierte Stadtentwicklungskonzepte

Die demografische Entwicklung führt zu einem steigenden Bedarf an altersgerechten, weitgehend barrierefreien Wohnungen und an Veränderungen des städtischen Umfeldes sowie der kommunalen Einrichtungen. Das bestehende Wohn- und Versorgungsangebot muss entsprechend angepasst werden. Aufgrund der im Alter eingeschränkten Mobilität ist für ein selbstbestimmtes Leben im Alter essentiell, dass im Wohnumfeld notwendige Versorgungsangebote wie Ärzte, Apotheken, Einkaufseinrichtungen und öffentlicher Nahverkehr vorhanden sind.

Die regionale Entwicklungspolitik in Sachsen zielt verstärkt auf die Innenentwicklung sächsischer Städte. Stadtzentren und Stadtteilzentren werden als lebendige Orte für Menschen aller Generationen und unterschiedlicher Lebenssituationen neu entdeckt und dementsprechend gestaltet. Integrierte Stadtentwicklungskonzepte können ein wichtiges Instrument einer Stadtentwicklungspolitik werden, die nicht nur alle lokalen Politik- und Verwaltungsbereiche, sondern ebenso die wesentlichen Akteure aus Wirtschaft und Gesellschaft einbezieht. Dazu gehören die Vertreter aus Bildung, Kultur und Wissenschaft ebenso wie die Sozialverbände und nicht zuletzt das bürgerschaftliche Engagement.

Fachförderprogramme können dabei ebenso helfen wie die Programme der Städtebau-

und der Wohnraumförderung³⁷. Sie unterstützen Maßnahmen der Verkehrsberuhigung und einer generationengerechten Wohnumfeldgestaltung, sie erleichtern barrierearmes und barrierefreies Bauen, sie wirken mit bei der Sicherung der sozialen Infrastruktur in einem „Lebensraum der kurzen Wege“. Die Programme tragen dazu bei, dass Jung und Alt, gesunde, kranke und behinderte Menschen in ihrer Stadt sicher und zufrieden leben können.

5.3. Altersgerechtes Wohnen

Einen wesentlichen Beitrag, altersbedingte Gesundheitsrisiken präventiv zu reduzieren, ist die altersgerechte Anpassung des Wohnumfeldes.

„Ambient Assisted Living“ (AAL) steht für die Entwicklung von Assistenzsystemen, die eine intelligente Lebensumgebung gestalten. In einer von Individualisierungstendenzen geprägten Lebenswelt können innovative Assistenzsysteme – insbesondere auf der Basis von Informations- und Kommunikationstechnik – zu einer deutlich besseren Lebensqualität im Alter beitragen.

Dies gilt insbesondere für Regionen, die besonders unter dem Bevölkerungsrückgang und Verlust von Infrastruktureinrichtungen wie Einkaufsmöglichkeiten, Öffentlicher Nah-

verkehr und Ärztersversorgung zu leiden haben. Die Assistenzsysteme sollen den Nutzer in seinen alltäglichen Handlungen unterstützen und ihm Kontroll- und Steuerleistungen abnehmen. Durch die technische Assistenz und das Angebot altersgerechter Dienstleistungen können auch ältere Mensch dazu befähigt werden, altersbedingte Einschränkungen weitgehend zu kompensieren und ein selbstbestimmtes Leben im häuslichen Umfeld zu führen. Schließlich sind auch Assistenzsysteme zur Unterstützung der sozialen Teilhabe ein wesentliches Element für längere geistige und körperliche Fitness.

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert im Rahmen des europäischen Programms „Ambient Assisted Living Joint Programme (AAL-JP)“ in Deutschland 17 Projekte³⁸, darunter zwei in Sachsen, mit insgesamt 45 Mio. €. Während sich das Projekt „AlterLeben“ (Koordinator: Verband Sächsischer Wohnungsgenossenschaften e.V.) zum Ziel gesetzt hat, Pilotlösungen zur Erhaltung der Selbstständigkeit im häuslichen Wohnbereich durch Etablierung mikrosystemtechnischer Lösungen in Kombination mit sozialen Dienstleistungen zu erproben, verfolgt das Projekt AUTAGEF (Koordinator: Wohnungsgenossenschaft „Aufbau“ Dresden eG) den Ansatz, Assistenzsysteme zu entwickeln, die Notfälle z.B. aufgrund von Anomalien beim Stromverbrauch automatisch erkennen und den Notruf selbst auslösen.

Abbildung 9 Altersgerechtes Wohnen



Quelle: Bundesministerium für Bildung und Forschung

³⁶ Vgl. Entwicklung des Sächsischen Gesundheitsziels „Aktives Altern – Altern in Gesundheit, Autonomie und Mitverantwortlichkeit“, Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 775

³⁷ Vgl. Förderprogramm der Kreditanstalt für Wiederaufbau „Altersgerecht Umbauen“: Gefördert werden z. B. barrierefreie- und reduzierte Gebäude- und Wohnungszugänge (wie Überbrückung von Stufen, Einbau von Aufzügen oder Verbreiterung von Türöffnungen), Abbau von Schwellen, Umbau von Sanitärräumen.

³⁸ Gesamtübersicht: <http://www.aal-deutschland.de/deutschland/bekanntmachung-altersgerechte-assistenzsysteme>

6. Geriatrische Behandlungs- und Versorgungsstrukturen in Sachsen

6.1. Geriatrisches Versorgungsnetzwerk

Um eine fachspezifische, qualitätsgesicherte und auf die jeweiligen Bedürfnisse des einzelnen Patienten abgestellte geriatrische Versorgung zu sichern bzw. weiter auszubauen, muss die Versorgung zukünftig weniger in „Monostrukturen“ angesiedelt sein, sondern zu einem geriatrischen Versorgungsnetzwerk weiterentwickelt werden.

Mit Blick auf das Ziel, allen geriatrischen Patienten in Sachsen einen wohnortnahen Zugang zu einer hochwertigen und effizienten Diagnostik und Therapie inklusive rehabilitativer Angebote zu gewährleisten, wird angestrebt, regionale Versorgungsnetzwerke zu etablieren. Diese bestehen aus geriatrischen Zentren an Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen (Leiteinrichtungen) in Kooperation mit Krankenhäusern, Schwerpunktpraxen, Hausärzten und niedergelassenen Fachärz-

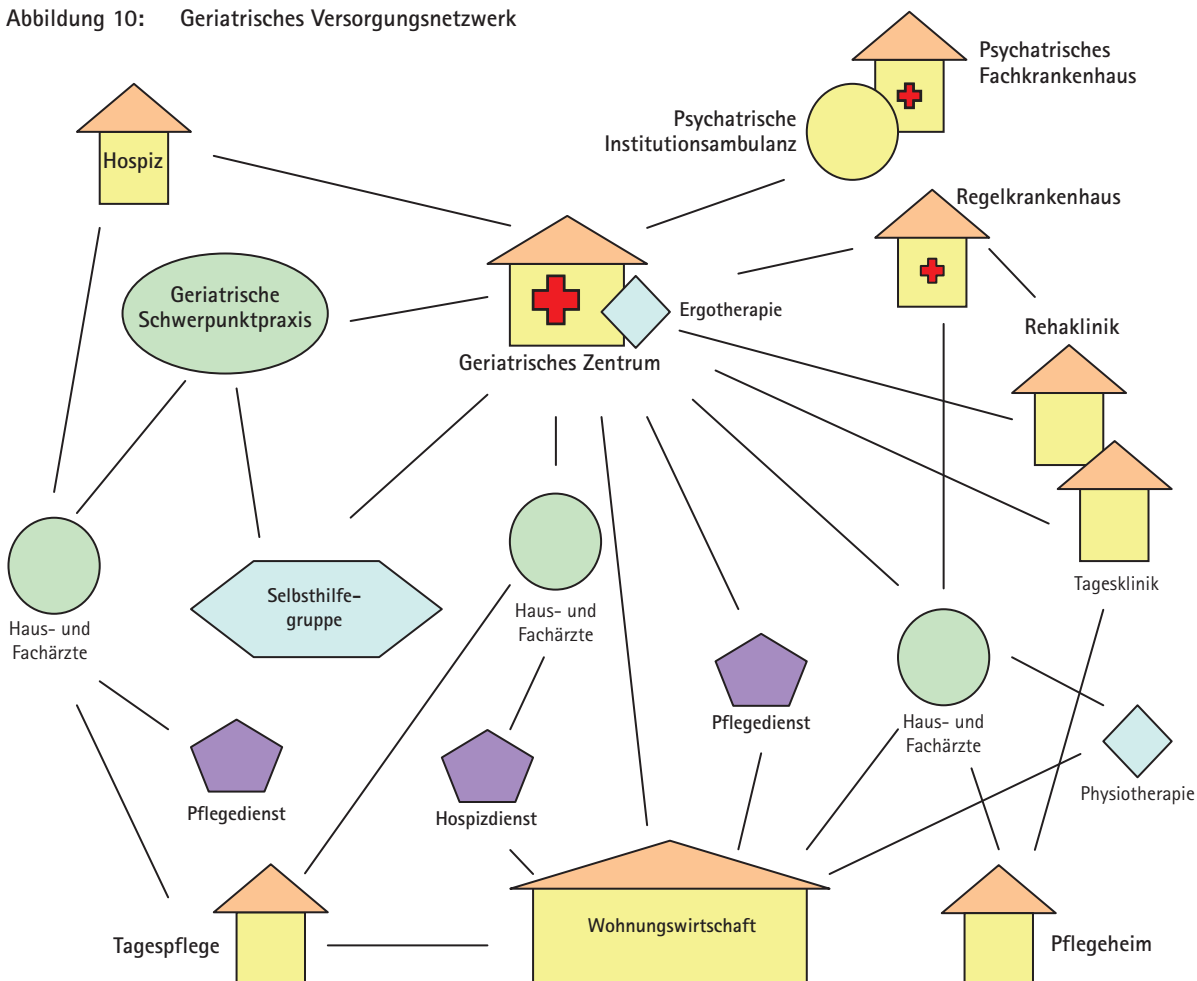
ten, ambulanten- und stationären Reha-Einrichtungen, Pflegeheimen und -diensten, therapeutischen und psychosozialen sowie ergänzenden Diensten, Kommunen, Wohnungswirtschaft und Sozialorganisationen. Ziel sollte sein, eine belastbare Schnittstelle zum Pflegenetzwerk zu entwickeln.

Dabei soll das geriatrische Zentrum als Mittelpunkt des geriatrischen Versorgungsnetzwerkes besondere Aufgaben zentral und ggf. überregional wahrnehmen. Insbesondere ist dabei die fachspezifische Koordinierung der Patientenversorgung zu nennen. Das geriatrische Assessment bildet bei dieser Aufgabe das zentrale Steuerungsinstrument im Versorgungsnetzwerk. Durch die im Rahmen des Assessments gewonnenen Ergebnisse kann ein sachlicher Bezug zwischen dem konkreten Versorgungsbedarf des geriatrischen Patienten und dem Versorgungsangebot der jeweiligen Einrichtung im Versorgungsverbund hergestellt und somit eine individuell auf die

Bedürfnisse des einzelnen Patienten abgestimmte Versorgung erreicht werden.

Der Vorteil der Netzwerkbildung soll neben der Wohnortnähe und damit Verfügbarkeit der Angebote auch darin liegen, die Leistungen innerhalb eines individuell ausgewählten Behandlungsprogramms aufeinander abzustimmen und damit unnötige Verzögerungen der Behandlung und Mehrkosten im Gesundheitssystem zu verhindern. Dazu ist es notwendig, dass der behandelnde Geriater ein Therapiekonzept festlegt, das die Ziele gemeinsam mit dem Patienten und seinen Angehörigen für diesen definiert und die notwendigen Therapiebausteine identifiziert. Das erfolgt insbesondere auch in Kenntnis der sozialen Situation des Patienten. Die weiteren an der Behandlung des Patienten involvierten Netzwerkpartner orientieren sich an diesem Therapieplan und modifizieren diesen ggf. entsprechend der aktuellen Erfordernisse.

Abbildung 10: Geriatrisches Versorgungsnetzwerk



6.2. Ambulante und teilstationäre geriatrische Versorgung

6.2.1. Akutgeriatrie

6.2.1.1. Hausärzte

Den Hausärzten kommt bei der Versorgung geriatrischer Patienten eine herausragende Bedeutung zu. Sie übernehmen nicht nur von der ambulanten Regelversorgung über die ambulante Akutintervention bis ggf. zur ambulanten Nachsorge nach einer stationären Behandlung eine Pilotfunktion. Die Hausärzte haben darüber hinaus aufgrund eines regelmäßig über Jahre gewachsenen Vertrauensverhältnisses zum Patienten auch eine Schlüsselfunktion im medizinischen und sozialen Bereich bei der Beurteilung von Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit sowie bei der Zusammenarbeit mit Angehörigen und sozialen Diensten. So können sie die betroffenen Patienten in ihrer Krankheit begleiten, notwendige Behandlungen einleiten und Behandlungsergebnisse beurteilen.

Dem Hausarzt obliegt die Aufgabe, im Rahmen des hausärztlichen Basisassessments den geriatrischen Patienten frühzeitig als einen solchen zu erkennen und ihm so den Weg in die spezifische geriatrische Versorgung zu eröffnen. Dies setzt eine entsprechende geriatrische Grundkompetenz voraus.

Im geriatrischen Behandlungsteam des geriatrischen Zentrums bzw. Abteilung hat er einen qualifizierten Ansprechpartner hinsichtlich der Betreuung der geriatrischen Patienten. Diese Einbindung in den Versorgungsverbund ermöglicht ihm, für den geriatrischen Patienten bedarfsgerecht alle erforderlichen ambulante-geriatrischen Mit- und Weiterbehandlungen zu veranlassen. Bei Notwendigkeit tritt er mit den mit-/weiterbehandelnden Fachärzten in direkten Kontakt, um Informationsdefizite zu vermeiden und eine zeitnahe Behandlung sicherzustellen. Beim Hausarzt laufen sämtliche Befunde von durchgeführten Mit-/Weiterbehandlungen zusammen. Bei Erfordernis einer akutstationären Behandlung erfolgt die gezielte Einweisung des geriatrischen Patienten in die geriatrische Klinik. So wird eine weniger angezeigte Einweisung in eine organbezogene Abteilung vermieden.

Vor allem in strukturschwachen Regionen ist zu prüfen, in wie fern aufsuchende Versorgungsdienste (zum Beispiel die Konzepte AGnES oder VERAH³⁹) Hausarztpraxen entlasten können. Die Arztentlastung wird erreicht, indem entsprechend qualifizierte nichtärzt-

liche Fachkräfte des Praxisteam bestimmte ärztliche Leistungen übernehmen. In Gebieten mit drohender oder bereits vorhandener hausärztlicher Unterversorgung können diese aufsuchende Versorgungsdienste dazu beitragen, einem Hausarzt die Versorgung eines größeren Patientenstammes bzw. einer größeren Region zu ermöglichen.

6.2.1.2. Spezialisierte ambulante geriatrische Versorgung

Neben der hausärztlichen Grundversorgung und der diese ergänzenden fachärztlichen Versorgung ist – in Anlehnung an die zweistufige Versorgungsstruktur im stationären Sektor (vgl. Kapitel 6.3.1) – auch im ambulanten Bereich eine weitere spezialisierte geriatrische Versorgung zu etablieren, die eine höhere Spezialisierung/Qualifikation und somit bessere diagnostische und therapeutische Möglichkeiten vorhält und sich in stärkerem Maße dem geriatrischen Versorgungsbild widmet. Dies kann auf unterschiedliche Weise erfolgen:

- in Form einer Geriatrischen Schwerpunktpraxis, mit stärker therapeutischer Ausrichtung,
- in Form einer Geriatrischen Schwerpunktpraxis, mit stärker diagnostischer Ausrichtung oder
- in Form einer Praxis mit der Anerkennung einer Praxisbesonderheit und der damit ebenfalls gegebenen Möglichkeit für eine ambulante-geriatrische Komplexbehandlung.

Während die ersten beiden Lösungsansätze die Variante eines zentralen Ortes beschreiben, in dem die notwendige Infrastruktur umgesetzt wird, ist mit der dritten Variante die Möglichkeit der Installation von geriatrischen (kooperativen) Versorgungsnetzen, welche nicht an einem Ort zentriert sind, gegeben. Für diese Netze müssen die einzelnen Fachkompetenzen in einer erreichbaren räumlichen Nähe zueinander sein sowie zusätzliche räumliche Möglichkeiten für therapeutische und/oder diagnostische Zwecke an zumindest einem Ort des Netzes vorgehalten werden. Die ärztliche geriatrische Kompetenz kann somit auch in Regionen zur Verfügung stehen, in denen eine örtliche Konzentration nicht möglich ist.

Wichtig bei der Planung/Umsetzung einer solchen zweiten Strukturebene ist ein demografischer und morbiditätsorientierter

Versorgungsbezug. Die Ansiedlung ist immer auch in Abstimmung mit anderen Versorgungsstrukturen zu gestalten.

Die genannten Modelle funktionieren nur dann, wenn eine Mindestmobilität der Patienten gegeben ist. D.h., dass in Fällen in denen die Wege nicht mehr allein bewältigen können, neben den entsprechenden Versorgungsangeboten flexible Möglichkeiten in die Versorgungsstruktur zu integrieren sind, aber auch eine gewisse Mobilität der Ärzte, insb. bei den als reines Netzwerk vorgesehenen Strukturen, erforderlich ist.

Die konkrete Ausgestaltung der Angebote sollte weitestgehend einer vertraglichen Freiheit unterliegen. Qualifikatorische und strukturelle Anforderungen können auf Grundlage bereits existierender leitlinienorientierter Vorgaben sowie von Versorgungskonzeptionen anderer Länder abgeleitet werden. Für alle genannten organisatorischen Formen ist eine Kooperation von Ärzten, aktivierend Pflegenden, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden sowie einem Sozialdienst notwendig.

Innerhalb aller zu entwickelnden Strukturen ist es wichtig, eine koordinierende Funktion für die Versorgungsstruktur in Person eines geriatrisch geschulten und erfahrenen Arztes als leitenden Teamarzt zu installieren. Ebenfalls notwendig ist Personal mit reinen Koordinations- und Lenkungsaufgaben, welches eng mit dem integrierten Sozialdienst zusammenarbeiten muss.

In den Grenzen von Mindestanforderungen für Qualifikation und Qualität sollte es möglich sein, Versorgungsformen zu erproben. Voraussetzung hierfür ist eine wissenschaftliche Begleitung und Evaluation.

6.2.1.3. Geriatrische Institutsambulanzen

Im Interesse einer Verbesserung der ambulanten geriatrischen Versorgung ist zu prüfen, ob nicht durch eine Bundesratsinitiative in Analogie zu den psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) die normativen Voraussetzungen für die Einrichtung von Institutsambulanzen an geriatrischen Fachabteilungen geschaffen werden können. Diese können nicht nur das geriatrische Assessment (vgl. Kapitel 4.2.1) übernehmen, sondern auch die weitere diagnostische, therapeutische sowie soziale Versorgung (Therapieempfehlungen, Pflegebedarf, Rehaeinleitung usw.) steuern.

Der Bedarf dieser Ambulanzen richtet sich nach dem jeweils regionalen Versorgungsangebot. Die Ambulanzen unterstützen die Hausärzte

³⁹ AGnES steht für Arztentlastende, Gemeindeförderung, E-Healthgestützte, Systemische Intervention; VERAH steht für Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis

bei der Betreuung geriatrischer Patienten, ergänzen durch ihr umfassendes Angebot regionale Schwerpunktambulanzen/-praxen oder fungieren bei Fehlen derselben im Sinne einer regionalen Schwerpunktambulanz/-praxis.

In unterversorgten Gebieten können zusätzlich therapeutische Angebote dieser Institutsambulanz genutzt werden (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie), wobei Maßnahmen zur Qualitätssicherung (z.B. Teambesprechungen und Evaluationen) durchzuführen sind.

6.2.1.4. Psychiatrische Institutsambulanzen

Auch bei der Versorgung älterer psychisch erkrankter Menschen, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der ambulanten Behandlung durch das Krankenhaus bedürfen, oder von anderen Versorgungsangeboten nur ungenügend erreicht werden, erfüllen die psychiatrischen Institutsambulanzen eine wichtige Aufgabe; sie halten hierzu in zwischen häufig ein spezielles Angebot vor, das vor allem Aufgaben der Diagnostik und Klassifikation von fortschreitenden Hirnleistungsstörungen, die Abklärung zusätzlicher psychiatrischer Erkrankungen und die Planung und Initiierung medikamentöser und nichtmedikamentöser Behandlungsstrategien übernimmt.

Das bestehende Angebot ist dem regional sich verändernden Bedarf anzupassen. Die Zusammenarbeit der Institutsambulanzen vor allem mit den niedergelassenen Fachärzten ist erforderlich.

6.2.1.5. Geriatrische Tageskliniken

Die geriatrische Tagesklinik ist Teil der geriatrischen Einrichtung und bietet somit bei gleichzeitiger stationärer Vorhaltung der notwendigen medizinischen Strukturen den Patienten die maximale Sicherheit beim Verbleib oder der Wiedereingliederung in die Häuslichkeit.

Patienten, die auf Grund ihrer Mobilität, kognitiven Fähigkeiten und stabilen Vitalfunktionen keine vollstationäre Therapie brauchen, d. h. in ihrer häuslichen Umgebung übernachten und dort in der Lage sind, sich selbstständig – ggf. mit externer Unterstützung – zu versorgen, aber neben ärztlichen Maßnahmen therapeutischer oder ergänzender Dienste auf Basis eines multimodalen Behandlungskonzeptes bedürfen, sollen tagesklinisch behandelt werden.

Die Tagesklinik hat die Abholung und Rückbringung der Patienten zu gewährleisten. Der Patient muss in der Lage sein, das Transportmittel zur Tagesklinik selbstständig oder mit

Begleitung zu erreichen und über ausreichende Stabilität für den Transport von und zur Tagesklinik verfügen.

6.2.1.6. Gerontopsychiatrische Tageskliniken

Eine Alternative zur vollstationären Versorgung sind spezialisierte Tageskliniken zur teilstationären Akutbehandlung der verschiedenen gerontopsychiatrischen Erkrankungen. Ein Vorteil besteht darin, dem älteren Menschen den Verbleib in seinem gewohnten Lebensumfeld zu ermöglichen. Aufgaben der Tageskliniken sind die diagnostische Abklärung, ein gerontopsychiatrisches Assessment, die Einleitung ressourcenaktivierender Trainingsmaßnahmen, die poststationäre Behandlung und Wiedereingliederung in den Alltag sowie die Sicherstellung von Behandlungskontinuität. Typische Interventionen sind neben der medikamentösen Behandlung und Einstellung, Soziotherapie, Psychotherapie, Physiotherapie und Ergotherapie.

Ein besonderes Problem ist allerdings die Mobilität der älteren Patienten, die oft erheblich eingeschränkt ist, so dass es gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen häufig nur schwer möglich ist, ein tagesklinisches Angebot in Anspruch zu nehmen. Vor diesem Hintergrund ist die Einrichtung eines Fahrdienstes zu prüfen, der die gerontopsychiatrisch erkrankten Patienten bei entsprechendem Bedarf in die Tageskliniken bringt und von dort wieder abholt, sind zu prüfen.

6.2.2. Ambulante und mobile geriatrische Rehabilitation

Auch für geriatrische Rehabilitation gilt, dass ambulante Rehabilitation der stationären vorzuziehen ist. Deshalb wird der Auf- bzw. Ausbau weiterer ambulanter Versorgungsstrukturen in den Ballungs- und Mittelzentren in den kommenden Jahren von großer Bedeutung sein. Die Einbettung des Patienten in seine vertraute Lebenswelt unterstützt die medizinischen Rehabilitationsanstrengungen in dem Ziel der Erreichung eines hohen Maßes an Alltagskompetenz, Selbständigkeit und psychischem Wohlbefinden und verhindert oder verringert damit die Folgen einer Pflegebedürftigkeit.

Im Vergleich zur stationären Versorgung eignet sich die ambulante geriatrische Rehabilitation für Patienten mit größerer Selbstständigkeit, geringerem Hilfe- und Pflegebedarf und geringerem Bedarf an tagesstrukturierenden Maßnahmen. Dementsprechend sind für diese Patienten des Weiteren verkürzte Ruhezeiten und eine hö-

here Therapedichte regelhaft kennzeichnend. Die tägliche An- und Abreise der Patienten ist zwar durch den Patienten selbst oder sein persönliches Umfeld zu organisieren, vielfach bieten die Einrichtungen jedoch auch (Sammel-)Fahrdienste an, um die Patienten diesbezüglich zu entlasten.

Die im Rahmen des GKV-WSG aufgenommene Sonderform der mobilen geriatrischen Rehabilitation wird im Freistaat Sachsen zurzeit noch nicht praktiziert. Sie kann eine ergänzende Rehabilitationsform für eine eng begrenzte Gruppe von geriatrischen Patienten sein, denen bisher die Angebote der geriatrischen Rehabilitation wegen der strukturellen Gegebenheit des Wohnumfeldes oder auch wegen der Unmöglichkeit des Verlassens des Wohnumfeldes versagt bleiben. Deshalb wird dieses Angebot allenfalls außerhalb von Ballungszentren aufzubauen sein.

6.2.3. Pflegerische Versorgung

6.2.3.1. Ambulante Pflege einschließlich Tages- bzw. Nachtpflege

Die überarbeiteten Rahmenbedingungen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes bieten Anreize und neue Möglichkeiten, in der Altenpflege integrierte Versorgungssysteme aufzubauen, die die Segmentierung der Leistungsbereiche von SGB V und SGB XI zu überwinden. Dabei steht im Focus, die Lebensqualität der zuhause lebenden Pflegebedürftigen zu verbessern und damit zu ermöglichen, dass diese möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können, indem Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege vor denen der vollstationären Pflege prioritär eingesetzt werden. Damit eröffnet sich eine erneute Chance, dem Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘ ein nachhaltiges Profil zu geben. Darin liegt aber zugleich die Aufgabe, Angebote der ambulanten wie der stationären Altenpflege in die geriatrische medizinische Versorgung bzw. Rehabilitation zu integrieren. Diese Verbundsysteme in der ambulanten wie der stationären Altenpflege müssen das Ziel verfolgen, durch eine optimierte und bedarfsangepasste Versorgungsqualität die Abhängigkeit von Pflege- und Hilfsbedürftigen von den Diensten und Einrichtungen des Verbundsystems möglichst zu reduzieren und eine häusliche Versorgung sicherzustellen.

Zentral ist dabei, dass jeder Leistungserbringer des Verbundsystems mit den jeweils anderen Leistungserbringern effizient verknüpft ist und damit entweder eine Verknüpfung der notwendigen Hilfen oder ein nahtloser Übergang zwischen unterschiedlichen Angeboten

möglich wird. Dies gilt insbesondere im Bereich des Entlassungsmanagements oder im Bereich des geriatrischen Assessments. Komplementär dazu ist ein bedarfsorientiertes, individualisiertes Angebots- und Beratungsportfolio notwendig. Dies kann der Pflegevermeidung dienen; aber auch in den Fällen, in denen der Pflegebedarf eingetreten ist, über ein differenziertes Angebot von ambulanten und modularisierten Wohn- und Betreuungsdienstleistungen einen möglichst langfristigen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen.

Dabei kommt den ambulanten Pflegediensten ebenso wie der Tages- und Kurzzeitpflege eine tragende Bedeutung zu, da die Pflegeversicherung mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen soll. Die ambulanten Pflegedienste müssen ihr Leistungsangebot flexibel auf diese wachsenden Anforderungen einstellen. Die vielfältigen Hilfeanforderungen in diesem Bereich erfordern eine abgestimmte Zusammenarbeit der verschiedenen Träger von ambulanten Diensten. Speziell für die Pflege gerontopsychiatrisch erkrankter alter Menschen in ihrer häuslichen Umgebung und in der Familie sind die besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker im Leistungsrecht der häuslichen Krankenpflege zu berücksichtigen.

Pflegebedürftige haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück. Die Tages- oder Nachtpflege ist damit eine teilstationäre Pflege, bei welcher der Pflegebedürftige nur einen Teil des Tages (während des Tages oder während der Nacht) stationär gepflegt wird, wohingegen er in der übrigen Zeit häusliche Pflege erhält.

Kurzzeitpflege ist eine vorübergehende Pflege und Betreuung einer pflegebedürftigen Person in einer vollstationären Einrichtung für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen je Kalenderjahr. Es handelt sich dabei um eine Leistung der Pflegeversicherung oder des Sozialhilfeträgers. Sie ermöglicht pflegenden Angehörigen eine zeitlich begrenzte Entlastung oder bereitet einen pflegebedürftigen Menschen nach dem Klinikaufenthalt auf die Rückkehr in den eigenen Haushalt vor (Krankenhaus-Anschlusspflege). Dabei kommt der Kurzzeitpflege im Pflegeverbund eine besondere

Bedeutung zu, da sie pflegenden Angehörigen eine „Auszeit“ gewähren kann und dadurch langfristig die Priorität häuslicher bzw. ambulanter Pflege zu sichern vermag. Alternativ zur ambulanten bzw. teilstationären Pflege können Pflegebedürftige anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt.

6.2.3.2. Gerontopsychiatrische Tagespflegen

In Gerontopsychiatrischen Tagespflegestätten werden bevorzugt Menschen mit Demenzerkrankungen und hohem Pflegebedarf betreut. Leistungen zur Tagesstrukturierung ergänzen das Pflege- und Betreuungsangebot, das konzeptionell zwischen Altenpflegeheimen und ambulanten Diensten angesiedelt ist und ganz erheblich zur Entlastung von pflegenden Angehörigen beiträgt.

Zur Sicherstellung dieses Angebotes sollte der Ausbau an Tagespflegen bedarfsgerecht erfolgen. Um tatsächlich eine Entlastung der Tageskliniken und Altenpflegeheime durch dieses Angebot zu bewirken, ist die Professionalisierung der Tagespflege durch adäquate Personalstrukturen und kontinuierliche Weiterbildungsmaßnahmen zu forcieren.

6.2.4. Ambulante Hospizdienste

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung in Sachsen und dem sich auch daraus ergebendem notwendigen verantwortungsbewussten Umgang mit personellen und sächlichen Ressourcen nehmen die ambulanten Hospizdienste durch den koordinierten Einsatz ihrer geschulten, vorwiegend ehrenamtlich arbeitenden Hospizhelfer einen zunehmend wichtigen Stellenwert in der adäquaten Betreuung und Begleitung von alten Menschen mit progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankungen und ihren Angehörigen ein.

Die ambulanten Hospizdienste erbringen qualifizierte ehrenamtliche Sterbegleitung im Haushalt oder in der Familie von erkrankten Versicherten, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen (vgl. Kapitel 6.3.4). Der ambulante Hospizdienst umfasst palliativ-pflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte und stellt die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der

ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbegleitung zur Verfügung stehen, sicher. Somit wird der Verbleib der Sterbenden in der häuslichen Umgebung bzw. in einer vertrauten Umgebung gewährleistet.

Dabei steht gerade in der letzten Lebensphase der Respekt vor dem Recht auf ein selbstbestimmtes Leben im Vordergrund. Ziel des Hospizdienstes ist es, neben der Unterstützung der Angehörigen mögliche Aktivitäten in dieser Lebensphase im gewohnten Umfeld bis zuletzt zu unterstützen, belastende Begleitsymptome zu lindern und den als natürlich aufgefassten Sterbeprozess weder zu beschleunigen noch hinauszuzögern. Eine besondere Herausforderung stellt dabei die Versorgung und Begleitung schwerst- und demenzerkrankter Menschen dar.

Individuelle, der Situation angepasste und abgestufte Hilfsangebote können als Beratung, Begleitung, als direkte Krisenintervention oder Vermittlung weiterführender Unterstützung und Versorgung insbesondere bei psychischen, spirituellen und/oder sozialen, aber auch physischen Problemen zum Einsatz gebracht werden.

Der seit 01.04.2007 in §37b und §132d SGB V verankerte Rechtsanspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) erfordert einerseits einen weiteren Ausbau der Netzwerkstrukturen der ambulanten Hospizdienste besonders auch in den ländlichen Regionen Sachsens, andererseits auch die besondere Einbeziehung der regionalen Versorgungseinrichtungen wie Pflegeheime oder andere Institutionen der Altersversorgung. Durch diese enge Zusammenarbeit der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen kann in Form einer Krisenintervention eine gezielte Unterstützung der Angehörigen oder eine zeitliche Entlastung versorgender Pflegedienste und damit ein Verbleiben der Menschen in ihrem gewohnten Umfeld erst ermöglicht werden. Eine standardisierte Dokumentation liefert daneben wichtige Daten u. a. zu Qualität und Bedürfnissen in der Begleitung schwerstkranker und sterbender Mitmenschen.

Weiterhin leisten ambulante Hospizdienste durch verschiedene Angebote wie Einzelgespräche, Gruppengespräche, Trauercafe oder Vermittlung weiterführender Hilfsangebote auch nach dem Versterben eines Menschen einen wichtigen Beitrag im Rahmen der Trauerbegleitung für Angehörige und nahestehende Personen.

Unverzichtbarer Bestandteil dieser Arbeit ist eine qualifizierte Öffentlichkeitsarbeit mit dem Ziel der Enttabuisierung von Sterben, Tod und Trauer als gesellschaftlichem Prozess. In der überarbeiteten Konzeption zur Hospiz- und Palliativarbeit im Freistaat

Sachsen 2006⁴⁰ wurden Grundsätze und aktuelle Strukturen sowie deren notwendige Weiterentwicklung erfasst und beschrieben. Ambulante Hospizdienste arbeiten konfessionsübergreifend und für den Betroffenen kostenfrei.

Zukünftig sollte deshalb auch die Vermittlung geriatrischer Grundkenntnisse verstärkt Eingang in die Ausbildung haupt- und ehrenamtlicher Hospizhelfer erhalten. Daher fördert der Freistaat Sachsen regionale und landesweite Vernetzung der ambulanten Hospizdienste und die Weiterbildung der dort hauptberuflich und ehrenamtlich Tätigen.

Auch die gesetzlichen Krankenkassen fördern die ambulanten Hospizdienste. Voraussetzung für die Förderung ist außerdem, dass der ambulante Hospizdienst mit palliativmedizinisch bzw. -pflegerisch erfahrenen ambulanten Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeitet sowie unter der fachlichen Verantwortung einer Pflegefachkraft oder einer anderen fachlich qualifizierten Person steht, die über mehrjährige Erfahrung in der palliativ-medizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung verfügt und eine Weiterbildung als verantwortliche Pflegefachkraft oder in Leitungsfunktionen nachweisen kann.

6.3. Stationäre Versorgung

Die stationäre Versorgung der geriatrischen Patienten zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass akute und rehabilitative Behandlungen im besonderen Maße eng verflochten sind. Beim älteren Patienten ist die frühestmögliche Einbindung von (früh-) rehabilitativen Elementen von besonderer Bedeutung und zumeist vom ersten Tag der Akutbehandlung an erforderlich. Gleichzeitig sind im Vergleich mit anderen Indikationsbereichen akutstationäre Interventionen während einer geriatrisch-rehabilitativen Behandlung häufig notwendig. Insoweit zeigt sich in diesem besonderen Verhältnis von Reha- und Akutbehandlungsbedarf ein elementarer Unterschied zu organpathologisch spezialisierten medizinischen Disziplinen.

Die geriatrischen Kliniken in Sachsen erfüllen bezüglich ihrer Strukturqualität die Vorgaben des Bundesverbandes Geriatrie. Vor dem Hintergrund der Sicherung und dem weiteren Ausbau der Qualität der Versorgung ist zudem eine Mitgliedschaft aller speziellen geriatrischen Versorgungseinrichtungen in dem Bundesverband anzustreben.

Dieser hohe Qualitätsstandard muss als Ba-

sis der Versorgung geriatrischer Patienten grundsätzlich bewahrt und kontinuierlich weiterentwickelt werden. Vor diesem Hintergrund ist die Etablierung vieler kleiner akutgeriatrischer Versorgungsbereiche nicht zielführend und im Freistaat Sachsen nicht vorgesehen. Die hohen strukturellen Anforderungen an eine geriatrische Einrichtung, insbesondere bedingt durch das Vorhalten des gesamten therapeutischen Teams, erfordern eine gewisse Mindestgröße der stationären geriatrischen Versorgungseinheit. Anderenfalls droht eine deutliche Qualitätsminderung im Bereich der stationären geriatrischen Versorgung.

Therapieziele der geriatrischen Zentren und Abteilungen in Sachsen sind im Besonderen:

- Die Erhaltung bzw. Wiedererlangung der bestmöglichen Selbstständigkeit und Mobilität bei guter Lebensqualität für geriatrische Patienten nach akuter Erkrankung, länger dauernder Immobilität, nach Operationen oder Intensivaufenthalten bzw. bei drohender oder drohend steigender Pflegebedürftigkeit. Dies bezieht sich sowohl auf die körperliche wie psychische Stabilisierung, die Funktionsverbesserung als auch auf eine bestmögliche Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.
- Als zukünftiger Wohnort nach geriatrischer Rehabilitation wird vorrangig der bisherige Wohnort, alternativ eine andere Wohnform mit ambulanten Angeboten angestrebt. Nur in besonders indizierten Fällen ist eine voll- oder teilstationäre pflegerische Versorgung zu veranlassen bzw. auf Wunsch des Patienten einzuleiten.
- Die Behandlung sollte stationär durchgeführt werden, solange die besonderen Angebote des Krankenhauses (bzw. der Rehabilitationseinrichtung) erforderlich sind. Daran kann sich nach örtlichen Gegebenheiten und Erfordernissen eine teilstationäre oder ambulante Rehabilitationsmaßnahme oder eine ambulante hausärztliche Behandlung mit der Verordnung von Einzeltherapien anschließen.
- Weitere Ziele sind die Minderung einer bestehenden Pflegestufe bzw. die Verhinderung einer Anhebung der Pflegestufe, Hilfe zur Selbsthilfe, Leben mit Behinderung durch funktionelle Anpassung und eine Integration von Angehörigen oder alternativen Hilfspersonen in die weitere Betreuung.

6.3.1. Akutgeriatrie einschließlich geriatrischer Frührehabilitation

Dem Ziel einer zugleich qualifizierten sowie möglichst wohnort- und familiennahen geriatrischen Versorgung im Krankenhausbereich wird in Sachsen mit einem zweistufigen Versorgungsangebot Rechnung getragen:

1. der Grundversorgung an allen Akutkrankenhäusern und
2. der geriatrischen Versorgung in geriatrischen Abteilungen und Zentren.

Dem besonderen Bedarf geriatrischer Patienten ist auch im Rahmen der Krankenhausplanung und -finanzierung Rechnung zu tragen.

6.3.1.1. Grundversorgung an allen Allgemeinkrankenhäusern

In allen Krankenhäusern der Regelversorgung ist innerhalb des Fachgebietes der Inneren Medizin die medizinische Behandlung geriatrischer Patienten sicherzustellen. Im Rahmen der Grundversorgung ist zu gewährleisten, dass auf die besonderen Belange alter Menschen Rücksicht genommen wird. Eine besondere Verantwortung trägt dabei der auch in jedem Krankenhaus der Regelversorgung verfügbare Sozialdienst (vgl. Kapitel 4.1.4).

Dies setzt voraus, dass in allen Krankenhäusern der Regelversorgung ausreichend geriatrische Grundkompetenz vorhanden ist und zudem regelhaft bereits frühzeitig nach Aufnahme eines geriatrischen Patienten dieser auch als solcher eingestuft und entsprechend behandelt wird (vgl. Kapitel 3 und 6.3.1.3). Dies erfordert neben der medizinischen Kompetenz auch entsprechende organisatorische Abläufe in den Krankenhäusern. Eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen muss gewährleistet sein (z. B. Psychiatrie, Gerontopsychiatrie, Neurologie, Orthopädie).

Bei der Sicherstellung der geriatrischen Grundkompetenz bzw. der frühzeitigen, zielgerichteten Steuerung des Patienten spielt zudem die bestehende bzw. weiter auszubauende Vernetzung innerhalb der geriatrischen Versorgungsverbünde bzw. zwischen den geriatrischen Zentren und den Krankenhäusern der Regelversorgung eine besondere Rolle.

6.3.1.2. Geriatrische Abteilungen und Zentren

Die geriatrische Versorgung durch multiprofessionelle Behandlungsteams wird in den Geriatrischen Abteilungen (sowohl Akut- wie auch Rehabilitationseinrichtungen mit

⁴⁰ Veröffentlicht unter: http://www.familie.sachsen.de/download/Konzeption_zur_Hospiz-_und_Palliativarbeit_im_Freistaat_Sachsen.pdf

geriatrischem Versorgungsauftrag) sichergestellt. Diesen stehen entsprechend geriatrisch qualifizierte Ärzte und Pflegekräfte sowie die notwendigen therapeutischen, psychosozialen sowie ergänzenden Dienste zur Verfügung (vgl. Kapitel 4.1).

Die Einrichtungen mit geriatrischem Versorgungsauftrag werden im Krankenhausplan gesondert ausgewiesen. Die Auswahl der Standorte erfolgt dabei nach folgenden Kriterien:

- Regionaler Bedarf unter Berücksichtigung bereits etablierter geriatrischer Einrichtungen,
- Erfüllung der Voraussetzungen für das Qualitätssiegel Geriatrie (EQ-ZERT),

An ausgewählten Standorten mit geriatrischer Fachabteilung sind Modelle zur Etablierung geriatrischer Zentren zu erproben. Dabei sind insbesondere die folgenden zusätzlichen Kriterien zu erfüllen:

- Organisation sektorübergreifender Qualitätszirkel (vgl. Kapitel 4.2.3.1) und Fortbildungsveranstaltungen,
- Entwicklung und Implementierung von Präventionsstrategien,
- Etablierung und Koordinierung eines regionalen geriatrischen Netzwerkes (vgl. Kapitel 6.1),
- Teilnahme an einem externen Benchmarkverfahren (vgl. Kapitel 4.2.3.5).

Die Auswahl der Zentren erfolgt im Rahmen der Krankenhausplanung.

6.3.1.3. Indikationen zur akutgeriatrischen stationären Behandlung

Die Indikation zur akutgeriatrischen stationären Behandlung folgt der Definition des geriatrischen Patienten (vgl. Kapitel 3). Ausnahmen hiervon sollte es nur geben, falls der Patient erkennbar von der Behandlung in einer anderen Fachdisziplin mehr profitiert bzw. eine spezialisierte geriatrische Behandlung nicht angeboten werden kann. Bezüglich des Erfordernisses zur Krankenhausbehandlung ist auf die häufig gefährdete soziale Einbindung geriatrischer Patienten (z.B. Wohnortnähe, Bezugsperson) speziell zu achten. Hierbei nehmen auch palliativmedizinische Betreuungsinhalte perspektivisch an Bedeutung zu. Jede stationäre Aufnahme muss vom aufnehmenden Arzt als indiziert angesehen werden.

6.3.1.4. Besonderheiten der akutgeriatrischen Behandlung inklusive geriatrisch frührehabilitativer Komplexbehandlung

Die Einweisung von Patienten erfolgt wie bei allen anderen Fachdisziplinen vorrangig direkt durch niedergelassene Ärzte oder unmittelbar als Notfall, bei notfallmäßigem Erfordernis einer Akutbehandlung auch aus dem Bereich der Rehabilitation. Je nach lokaler Organisation ist in den Kliniken eine für alle Fachdisziplinen regelhafte Erstversorgung von Notfällen in Notfallaufnahmen vorgesehen. Darüber hinaus kann bei entsprechender Indikation eine hausinterne Übernahme aus anderen Fachdisziplinen erfolgen (interne Verlegung). In besonderen Fällen können Patienten aus anderen Krankenhäusern zur geriatrischen Weiterbehandlung bzw. geriatrischen Frührehabilitation übernommen werden (Sekundärverlegung), sofern zum Zeitpunkt der Verlegung Krankenhausbedürftigkeit vorliegt.

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

Die geriatrisch-frührehabilitative Behandlung erfolgt durch ein interdisziplinäres Team unter fachärztlicher Leitung eines klinischen Geriaters bzw. eines dafür geeigneten Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie und beinhaltet bei Beginn ein standardisiertes geriatrisches Assessment (vgl. Kapitel 4.2.1). Teile des Assessments werden gemäß den Erfordernissen im Prozedurenkatalog im Verlauf bzw. vor Entlassung wiederholt.

6.3.2. Geriatrische Rehabilitation

In der geriatrischen Rehabilitation werden geriatrische Patienten mit anhaltender Funktions- oder Teilhabestörung nach akuter Erkrankung, bei protrahierter Immobilität nach Operationen, Eingriffen oder Intensivbehandlung oder bei drohender bzw. eingetretener Funktions- oder Teilhabestörung bei chronischen Erkrankungen, aber auch zur Verhinderung der Pflegebedürftigkeit oder einer Zunahme an Pflegebedürftigkeit, behandelt. Ziel ist es, jedem Betroffenen eine möglichst große Autonomie und Alltagskom-

petenz sowie die Rückkehr in die eigene bzw. eine zukünftig geeignete Wohnumgebung zu ermöglichen.

Aus der Definition des geriatrischen Patienten (vgl. Kapitel 3) ergibt sich die Notwendigkeit eines breiteren Behandlungsspektrums als in der organbezogenen Rehabilitation. Deswegen erfolgt im Freistaat Sachsen eine thematische wie lokale Abgrenzung der geriatrischen Rehabilitation gegenüber anderen Indikationen.

Das Behandlungsspektrum umfasst die Integration von akuten Problemen und altersbedingten Veränderungen mit besonderem Augenmerk auf die oft begrenzten Ressourcen gleichaltriger Lebenspartner insbesondere im Bereich des kardiovaskulären Systems, des Knochen-, Skelett- und Muskelapparates sowie im Bereich der Psyche, insbesondere der Emotionen und Ängste. Krankenhaustypische Untersuchungen und medizinische Maßnahmen sind häufiger und gravierender als in der organbezogenen Rehabilitation.

Auch die Rehabilitationsdurchführung ist deshalb notwendigerweise durch spezifische Besonderheiten gekennzeichnet:

- Notwendigkeit eines gleichwertigen Therapieansatzes von Haupt- und Nebendiagnosen,
- Stärkere Orientierung an den individuellen Voraussetzungen und Biografien der alten Menschen,
- die Organisation muss flexibler gestaltet werden,
- Beachtung körperlicher Einschränkungen (Minderung physiologischer Reserven), psychischer und sozialer Probleme,
- Durchführung eines geriatrischen Assessments,
- ganzheitliche, individuelle Therapie mit stufenweisem Therapiebeginn,
- besondere Rolle der aktivierend therapeutischen Pflege,
- Einbeziehung palliativmedizinischer Behandlungsinhalte,
- Komplikationsgefahr und begleitender Diagnostik- und Therapiebedarf auch der Nebendiagnosen,
- verzögerte Rekonvaleszenz, woraus – neben anderen Gründen – ein die Regelverweildauer oft übersteigender Zeitbedarf resultiert.

Eine Beliebigkeit der Behandlungseinrichtung ist daher bei geriatrischen Patienten nicht sachgerecht.

Die geriatrische Rehabilitationsmaßnahme ist zur Behandlung des in Frage kommenden Patienten geeignet, wenn eine andere Krankenbehandlung (gem. § 27 SGB V) oder eine indikationsspezifische Rehabilitationsmaßnahme zur Behebung bzw. Minderung der komplexen Fähigkeitsstörungen, Teilhabestörungen und/oder Beeinträchtigungen nicht ausreichend oder/und nicht geeignet ist.

Die Einrichtungen haben sich an einem einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsprogramm zu beteiligen und einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement mit der Verpflichtung zur Zertifizierung aufzubauen.

In dem QS-Reha®-Verfahren der Gesetzlichen Krankenversicherung zur externen Qualitätssicherung werden die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Patientenzufriedenheit gemessen. Für die Indikation Geriatrie wird das QS-Verfahren derzeit aufgebaut und in den nächsten Jahren über eine Pilotphase in die Routine überführt.

Zusätzlich zu den bestehenden geriatrischen Rehabilitationsstrukturen findet durch die Landesverbände der sächsischen Krankenkassen fortlaufend eine bedarfsorientierte Planung von weiteren Kapazitäten zur flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung geriatrischer Patienten statt.

6.3.2.1. Ziele der geriatrischen Rehabilitation

Die gesundheitliche Gesamtsituation alter Menschen ist geprägt durch die Krankheitsfolgen, die die Alltagskompetenz der alten Menschen in deren individuellem psychosozialen Kontext einschränken. Die geriatrische Rehabilitation verfolgt das Ziel,

- dem geriatrischen Patienten bei drohender oder zunehmender Pflegebedürftigkeit, nach medizinisch behandlungsbedürftigem Zustand, seine Selbständigkeit wieder zu geben oder zu erhalten,
- den geriatrischen Patienten zu ermöglichen, die Alltagsanforderungen seines direkten Lebensumfeldes zu bewältigen oder wenn dies nicht mehr möglich ist, sich mit den Anforderungen eines gesundheitlich bedingten geänderten Lebensumfeldes zu arrangieren,
- den geriatrischen Patienten zur Erhal-

tung seiner Lebensqualität physisch und psychisch zu stabilisieren.

Im Mittelpunkt der Behandlung steht die gezielte Wiederherstellung der gestörten Funktion bzw. die Aufhebung der Behinderung. Im Einzelnen kann es sich um:

- Verbesserung des funktionellen Status und größtmögliche Adaption (auch Kompensation) auch bei fortbestehender Behinderung, insbesondere Verbesserung und Wiederherstellung von Mobilität und Selbstversorgungsfähigkeit,
- Vermeidung von dauerhafter Handlungs- und Leistungseinschränkung sowie Folgeschäden trotz Vorhandenseins chronischer Krankheiten,
- Erhaltung oder Wiederherstellung der optimalen Selbständigkeit im ADL-Bereich und der sozialen Kompetenz,
- Erhaltung von Sozial- und Genussfähigkeit,
- Rückkehr in die gewünschte Umgebung,
- soziale Reintegration nach einer akuten Erkrankung und
- damit Erhaltung und Verbesserung von Lebensqualität und Lebenszufriedenheit handeln.

Teilziele bzw. Behandlungskomponenten können außerdem sein:

- Verbesserung der allgemeinen körperlichen Belastbarkeit und des Leistungsvermögens des Organismus (z. B. Herz-Kreislauf- und Atemtraining, Überwindung kataboler Stoffwechselsituationen, Störungen der Nahrungsaufnahme und -verwertung),
- Weiterführung der Behandlung von Begleiterkrankungen (z. B. Diabetes mellitus, Hypertonus, chronische Atemwegserkrankungen),
- psychische Stabilisierung des Patienten (Erhöhung des emotionalen Antriebes, Angstmanagement, Verbesserung der Kooperativität, Vermeidung von Rückzugstendenzen).

Die Umsetzung dieser Ziele wird als Bestandteil des Zertifizierungsverfahrens im Quali-

tätsmanagement fortlaufend geprüft werden. Die für die Rehabilitation zuständigen Rehabilitationsträger haben Rehabilitationsleistungen regional in ausreichender Zahl und Qualität sicherzustellen.

Alle an der geriatrischen Rehabilitation Beteiligten müssen sich bewusst sein, dass der Erfolg einer rehabilitativen Maßnahme wesentlich von der Motivation und Mitarbeit des geriatrischen Patienten abhängt.

6.3.2.2. Abgrenzungskriterien Akutgeriatrie und geriatrische Rehabilitation

Im Unterschied zu organpathologisch spezialisierten medizinischen Disziplinen sind in der Geriatrie akute und rehabilitative Behandlung eng verflochten. (Früh-)Rehabilitative Elemente sind oft vom ersten Tag der Akutbehandlung an erforderlich, akutstationäre Interventionen während einer geriatrisch-rehabilitativen Behandlung häufig notwendig. Für die inhaltliche Abgrenzung zwischen akutmedizinischer und rehabilitativer Behandlung ist entscheidend, ab wann ein Patient als geriatrisch rehabilitationsfähig einzustufen ist. Dazu gehören nach übereinstimmender Auffassung des Landesverbandes Geriatrie Sachsen und der Kostenträger folgende Merkmale:

- vitale und vegetative Parameter sind stabil (Herzfrequenz, Blutdruck, Atmung, Temperatur), keine Beatmungspflicht außer stabile Beatmung mit einer CPAP⁴¹-Maske,
- weitestgehend abgeschlossene akutmedizinische Diagnostik und Therapie,
- die medizinische und medikamentöse Therapie ist weitgehend festgelegt,
- die Rehabilitation relevant beeinflussende Therapien wie Infusionsbedarf über 24 Stunden, zentralvenöse Therapien, intravenöse Antibiotikatherapien usw. sind in der Regel abgeschlossen. Ausnahmen bedürfen der Abstimmung zwischen Akut- und Rehaklinik und bei Bedarf mit der zuständigen Krankenkasse,
- es besteht keine Beaufsichtigungspflicht wegen Verwirrtheit, Selbst- und Fremdgefährdung, Weglauftendenz,
- die aktive Teilnahme an der Rehabilitation ist durch Begleiterkrankungen und Komplikationen nicht relevant beeinträchtigt,

⁴¹ Continuous Positive Airway Pressure

- Begleiterkrankungen und Komplikationen können vom Personal der Rehabilitationsabteilung behandelt werden,
- mehrmals täglich sind aktive Rehabilitationsmaßnahmen (sitzend/liegend, mindestens 15 Min.) bei Kreislaufstabilität und allgemeiner Belastbarkeit möglich,
- eine überwiegende oder vollständige Übernahme der Körperpflege, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, Versorgung bei unkontrollierter Blasen- oder Darmentleerung sowie Veränderungen der Körperlagerung in 2 – 4-stündigem Abstand stehen einer geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme nicht entgegen.
- Rehabilitationsbedürftigkeit⁴³,
- Rehabilitationsfähigkeit⁴⁴,
- alltagsrelevante Rehabilitationsziele und
- positive Rehabilitationsprognose.

Eine Genehmigung der Rehabilitationsmaßnahme kann nur bei nachweislich fehlender Rehabilitationsfähigkeit und -bedürftigkeit oder dem Fehlen der versicherungsrechtlichen Grundlagen verweigert werden (vgl. Kapitel 4.3.4). Bereits bestehender Pflegebedarf bzw. vorbestehende deutliche Teilhabeeinschränkungen dürfen nicht als Ablehnungsgrund gezielter Rehabilitationsmaßnahmen gesehen werden, vielmehr ist dies typischer Ausdruck geriatrischer Multimorbidität.

Für die Entscheidung über die geriatrische Rehabilitationsfähigkeit in Bezug auf eine Abgrenzung zur akutstationären Krankenhausbehandlung ist das klinische Gesamtbild des Patienten maßgeblich, wobei grundsätzlich alle o. g. Kriterien im Hinblick auf die Feststellung der geriatrischen Rehabilitationsfähigkeit erfüllt sein müssen.

6.3.2.3. Zugang zur geriatrischen Rehabilitation

Der Anspruch auf Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation bemisst sich nach § 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V in Verbindung mit § 4 Abs. 1 SGB IX. Als Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung setzt die geriatrische Rehabilitation ein Antrags- und Genehmigungsverfahren voraus. Hierfür wurde durch die verantwortlichen Beteiligten im Freistaat Sachsen ein eigenes Management basierend auf den Grundlagen der ICF⁴² – bei bewusster Abweichung von bundesweiten Empfehlungen – entwickelt.

Der Antrag wird durch Klinikärzte bzw. niedergelassene Vertragsärzte gestellt, die über die notwendige Fachkunde in den Richtlinien zur Verordnung von Rehabilitationsleistungen verfügen.

Zu entscheiden ist zunächst, ob eine indikationsspezifische oder eine geriatrische Rehabilitation angezeigt ist. Dabei ist zu prüfen, ob die für die geriatrische Rehabilitation entwickelten Indikationskriterien, z. B. gemäß der von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) erstellten „Arbeitshilfe zur geriatrischen Rehabilitation“, erfüllt sind:

6.3.3. Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich sind oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommen. Insgesamt kann Sachsen hier eine sehr gute Ausstattung verweisen. Die Einrichtungen stellen aufgrund ihrer guten regionalen Streuung eine wohnortnahe Versorgung sicher. Im Zuge der Förderung nach Art 52 Pflege-Versicherungsgesetz konnten insgesamt 332 Einrichtungen in Sachsen saniert bzw. neu errichtet werden; auch unter den nicht geförderten Einrichtungen befinden sich zahlreiche sanierte bzw. neu errichtete stationäre Einrichtungen.

In diesen vollstationären Einrichtungen haben die Bewohner ihren Lebensmittelpunkt und werden durch qualifizierte Altenpflegefachkräfte, aber auch Pflegefachkräfte, durch aktivierende Pflege bei der Verrichtung der Aktivitäten des täglichen Lebens, soweit dies notwendig ist, unterstützt. Das Pflegepersonal sollte auch eine ausreichende Kompetenz im Umgang mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen aufweisen.

Grundsätzlich gilt die dauerhafte Übersiedlung in eine stationäre Einrichtung der Altenhilfe als „ultima ratio“; vor einer Übersiedlung gilt es sicherzustellen, dass alle ambulanten pflegerischen Angebote und Beratungsleis-

tungen, die ein geriatrisches Netzwerk zu bieten vermag, ausgeschöpft werden können. Gerade hier kommt dem PflegeNetz und seiner möglichst engen Verknüpfung mit allen ambulanten, teilstationären, rehabilitativen und pflegenden Angeboten sowie der wohnungsnahen Beratung herausragende Bedeutung zu. Eine besondere Rolle spielen hierbei auch die Hausgemeinschaften, in denen unter pflegerischer und hauswirtschaftlicher Assistenz den älteren Menschen eine weitgehend selbstbestimmte Lebensführung ermöglicht wird. Generell ist eine Weiterentwicklung der stationären pflegerischen Versorgung in der Altenhilfe anzustreben, die, unter anderem mit Einbezug von ehrenamtlichem Engagement, den Mehrgenerationenaspekt betont. Die Qualitätssicherung der pflegerischen Leistungen in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe obliegt zum einen dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen, die in zugelassenen Pflegeeinrichtungen bis zum 31.12.2010 mindestens einmal und ab dem Jahre 2011 regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr eine Prüfung selbst oder durch von ihnen bestellte Sachverständige (Regelprüfung) durchführen müssen. Die Regelprüfung erfasst insbesondere wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität). Sie kann auch auf den Ablauf, die Durchführung und die Evaluation der Leistungserbringung (Prozessqualität) sowie die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (Strukturqualität) erstreckt werden. Die Regelprüfung bezieht sich auf die Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege, der sozialen Betreuung einschließlich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung, der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung der Zusatzleistungen. Hinzu kommen die Prüfungen der Heimaufsicht, die künftig einer sorgfältigen Abstimmung mit den Prüfungen des MDK bedürfen.

6.3.4. Hospize

Die in Sachsen bestehenden stationären Hospize sind selbstständige Einrichtungen mit einem eigenständigen Versorgungsauftrag, um für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliative⁴⁵, medizinische und pflegerische Behandlung zu

⁴² Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

⁴³ Rehabilitationsbedürftigkeit liegt dann vor, wenn eine Verhinderung bzw. Abmilderung von Schädigungen, Fähigkeitsstörungen oder sozialen Beeinträchtigungen bei den vorhandenen Krankheitsbildern und Funktionsbeeinträchtigungen in einem absehbaren Zeitraum konkret voraussehbar ist (positive Rehaprognose)

⁴⁴ Rehabilitationsfähigkeit setzt die psychischen und physischen Fähigkeiten zur Mitwirkung bei den vorgeschlagenen Maßnahmen voraus

⁴⁵ In der Palliativmedizin werden Patienten mit nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankungen sowie begrenzter Lebenserwartung behandelt, das Hauptziel der Begleitung ist die Verbesserung der Lebensqualität (WHO 1994)

erbringen. In unterschiedlicher Trägerschaft gewährleisten sie durch speziell geschulte hauptamtliche Mitarbeiter in Zusammenarbeit mit den regionalen ambulanten Hospizdiensten eine individuelle, den aktuellen Erfordernissen angepasste Betreuung und Begleitung Sterbender.

Ein besonderer Personalschlüssel und eine reduzierte Anzahl der Bewohnerplätze erlaubt für Hospizbewohner eine adäquate palliativmedizinische und intensivere pflegerische Versorgung ebenso wie eine seelsorgerische oder psychosoziale Begleitung.

Neben dem individuellen Wunsch des Patienten ist Grundvoraussetzung für die Aufnahme in ein Hospiz, dass der Patient an einer progredient verlaufenden Erkrankung leidet, die bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat, die einer kurativen Behandlung im Krankenhaus nicht mehr zugänglich ist und die eine begrenzte Lebenserwartung von nur noch wenigen Wochen oder Monaten erwarten lässt⁴⁶.

Voraussetzung für die Aufnahme in das Hospiz ist ferner, dass eine ambulante Versor-

gung im Haushalt oder in der Familie nicht ausreicht, weil der Versorgungsbedarf die Möglichkeiten von Laienhelfern und der ergänzenden ambulanten Versorgungsformen sowie die Pflege und Sterbebegleitung in einer stationären Pflegeeinrichtung regelmäßig übersteigt.

Die stationären Hospize bieten damit denjenigen Todkranken und ihren Angehörigen, die eine familiäre, gegebenenfalls durch ambulante Pflege- und Hospizdienste unterstützte Betreuung nicht leisten können, eine angemessene medizinische und pflegerische Begleitung, die die Würde des Einzelnen berücksichtigt und auch die Sterbe- und Trauerbegleitung umfasst. Hierbei finden körperliche, seelische, spirituelle und psychosoziale Probleme und Bedürfnisse der Betroffenen und ihrer Angehörigen gleichermaßen Berücksichtigung.

Das pflegerische Personal in den Hospizen sollte in der palliativ-pflegerischen Versorgung qualifiziert sein. Dabei ist eine Unterstützung der Pflegekräfte durch geeignete ehrenamtliche Hospizhelfer anzustreben.

Die Leistungen der stationären Hospize werden von ambulanten Hospizdiensten ergänzt, welche palliative, medizinische und pflegerische Leistungen in der Häuslichkeit der Patienten erbringen und somit einen Umzug in ein stationäres Hospiz vermeiden können. Stationäre Hospize ergänzen damit das Angebot der stationären Versorgung, sie stellen aber keine Alternative zu den Einrichtungen der stationären Pflegeversorgung dar.

Die Einrichtung von ambulanten Hospizdiensten sowie stationären Hospizen wird durch den Freistaat Sachsen gefördert. Im Landesarbeitskreis Hospiz, der beim Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz angesiedelt ist, findet die Diskussion und Abstimmung über förderfähige Vorhaben statt; darüber hinaus werden dort die aktuellen Problemlagen und Strategien der hospizlichen Arbeit in Sachsen abgestimmt.

Die inhaltliche Arbeit der Hospizverbände, namentlich die der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz und die Fortbildung der Träger der hospizlichen Arbeit werden ebenfalls durch den Freistaat Sachsen gefördert.

⁴⁶ Die aktuelle durchschnittliche Dauer der Versorgung der Bewohner im stationären Hospiz liegt bei ca. 20 Tagen

Anlage 1: Beteiligte Institutionen

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.

Bundesverband Geriatrie e.V.

Deutsches Institut für Gesundheitsforschung gGmbH

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

Krankenhausgesellschaft Sachsen e.V.

Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V.

Landesverband Geriatrie Sachsen

Sächsische Landesärztekammer

Verband Sächsischer Wohnungsgenossenschaften e.V.

Verband der Ersatzkassen e. V. Landesvertretung Sachsen

Wissenschaftliche Begleitung

Prof. Dr. med. habil. Jörg Klewer

Professur für Management im Gesundheits- und Pflegesystem

Westfälische Hochschule Zwickau

Anlage 2: Die geriatrischen Klinikstandorte in Sachsen



Chemnitz	Krankenhaus (\$ 39)	stationär	ja
Klinikum Chemnitz Geriatriezentrum		teilstationär	nein
Chefarzt: Dipl.-Med. Matthias Forbrig	Reha (\$ 40)	stationär	ja
Anschrift: Dresdner Straße 17, 09131 Chemnitz		teilstationär	ja
Telefon: 03 71 / 3 33 - 1 14 23		mobil	ja
E-Mail: geriatrie@skc.de	Qualitätssiegel Geriatrie		nein
Web: www.klinikumchemnitz.de	Mitglied BV Geriatrie		ja



Dresden	Krankenhaus (\$ 39)	stationär	ja
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus		teilstationär	nein
Chefarzt: Prof. Dr. med. Stefan Bornstein	Reha (\$ 40)	stationär	nein
Anschrift: Fetscherstraße 74, 01307 Dresden		teilstationär	nein
Telefon: 03 51 / 4 58 52 10		mobil	nein
E-Mail: Gabriele.Krumpolt@uniklinikum-dresden.de	Qualitätssiegel Geriatrie		nein
Web: www.uniklinikum-dresden.de	Mitglied BV Geriatrie		nein



Dresden	Krankenhaus (\$ 39)	stationär	nein
Geriatriische Rehabilitationsklinik Dresden Löbtau		teilstationär	nein
Chefarzt: Dr. med. Christina Naumann	Reha (\$ 40)	stationär	ja
Anschrift: Altonaer Straße 2a, 01159 Dresden		teilstationär	ja
Telefon: 03 51 / 8 56 27 01		mobil	nein
E-Mail: christina.naumann@khdn.de	Qualitätssiegel Geriatrie		nein
Web: www.khdn.de	Mitglied BV Geriatrie		ja



Erlabrunn	Krankenhaus (\$ 39)	stationär	ja
Kliniken Erlabrunn gGmbH		teilstationär	nein
Chefarzt: Dr. med. habil. W. Zwingenberger	Reha (\$ 40)	stationär	nein
Anschrift: Am Märzberg 1a, 08359 Breitenbrunn		teilstationär	nein
Telefon: 0 37 73 / 6 20 01		mobil	nein
E-Mail: geriatrie@erlabrunn.de	Qualitätssiegel Geriatrie		ja
Web: www.erlabrunn.de	Mitglied BV Geriatrie		ja



Görlitz	Krankenhaus (§ 39)	stationär	ja
Städtisches Klinikum Görlitz GmbH		teilstationär	ja
Chefarzt: Dr. med. Wolfgang Wilke		stationär	nein
Anschrift: Girbigsdorfer Straße 1-3, 02828 Görlitz	Reha (§ 40)	teilstationär	nein
Telefon: 0 35 81 / 37 51 51		mobil	nein
E-Mail: medklinik@klinikum-goerlitz.de		Qualitätssiegel Geriatrie	nein
Web: www.klinikum-goerlitz.de		Mitglied BV Geriatrie	ja



Leipzig	Krankenhaus (§ 39)	stationär	ja
Klinikum St. Georg gGmbH		teilstationär	ja
Chefarzt: Dr. med. Frank Mickley (Tel. 03 41 / 9 09-26 04)		stationär	ja
Chefärztin: Dr. med. Simone Wötzel (Tel. 03 41 / 9 09 33 71)	Reha (§ 40)	teilstationär	nein
Anschrift: Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig		mobil	nein
E-Mail: info@sanktgeorg.de		Qualitätssiegel Geriatrie	ja
Web: www.sanktgeorg.de		Mitglied BV Geriatrie	ja



Radeburg	Krankenhaus (§ 39)	stationär	nein
Geriatriische Rehabilitationsklinik Radeburg GmbH		teilstationär	nein
Chefarzt: Dr. Med. Sabine Vodenitscharov		stationär	ja
Anschrift: Siedlung 2, 01471 Radeburg	Reha (§ 40)	teilstationär	nein
Telefon: 03 52 08 / 88 50		mobil	nein
E-Mail: info@rehaklinik-radeburg.de		Qualitätssiegel Geriatrie	ja
Web: www.rehaklinik-radeburg.de		Mitglied BV Geriatrie	ja



Zwenkau	Krankenhaus (§ 39)	stationär	nein
HELIOS Geriatriezentrum Zwenkau		teilstationär	nein
Chefarzt: Dr. med. Ralf Sultzer		stationär	ja
Anschrift: Pestalozzistraße 9, 04442 Zwenkau	Reha (§ 40)	teilstationär	nein
Telefon: 03 42 03 / 4-0		mobil	nein
E-Mail: geriatriezentrum.zwenkau@helios-kliniken.de		Qualitätssiegel Geriatrie	ja
Web: www.helios-kliniken.de		Mitglied BV Geriatrie	ja

Herausgeber:

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Albertstraße 10, 01097 Dresden
E-Mail: presse@sms.sachsen.de
www.sms.sachsen.de

Für den Inhalt verantwortlich:

Referat 34 / Krankenhauswesen

Verfasser:

Dieter Knoblauch

Titelbild:

Geriatrische Rehabilitationsklinik Radeburg

Gesamtherstellung:

Lausitzer Druck- und Verlagshaus GmbH Bautzen, www.ldv-bautzen.de

Redaktionsschluss für den Bericht:

12/2009

Auflage:

2010: 1.000

Bezug:

Zentraler Broschürenversand der Sächsischen Staatsregierung
Hammerweg 30, 01127 Dresden
Telefon: 0351 2103671, Fax: 0351 2103681
E-Mail: Publikationen@sachsen.de

Die Broschüre kann auch online bestellt und heruntergeladen werden unter www.publikationen.sachsen.de
Diese Broschüre wird kostenlos abgegeben.

Verteilerhinweis:

Diese Informationsschrift wird von der Sächsischen Staatsregierung im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Information der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidaten oder Helfern im Zeitraum von sechs Monaten vor einer Wahl zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zur Verwendung bei der Wahlwerbung.

Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, dass dies als Parteinahme des Herausgebers zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist. Erlaubt ist es jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

Copyright:

Diese Veröffentlichung ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, auch die des Nachdruckes von Auszügen und der fotomechanischen Wiedergabe, sind dem Herausgeber vorbehalten.

