



BREMEN

Geriatrische Versorgung im Bundesland Bremen

Geriatrisches Zielkonzept mit Handlungsempfehlungen

beschlossen vom gemeinsamen Landesgremium nach
§ 90a SGB V am 24. September 2025



**Die Senatorin für Gesundheit,
Frauen und Verbraucherschutz**

Inhaltsverzeichnis

1. Präambel / Ziele des Konzeptes	3
2. Die Disziplin Geriatrie	3
3. Definition der*des geriatrischen Patient*in	4
4. Allgemeines	4
5. Geriatrische Prävention	6
6. Ambulante Versorgung	8
7. Stationäre Versorgung und Rehabilitation	15
8. Komplementäre Versorgung durch Soziale Arbeit	18
9. Demenz	19
10. Behandlungsketten und Netzwerke	22
11. Berücksichtigung besonderer Aspekte bei der Versorgung geriatrischer Patient*innen	23



BREMEN

Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz

Faulenstraßen 9/15

28195 Bremen

katharina.mueller@gesundheit.bremen.de

www.gesundheit.bremen.de



Die Senatorin für Gesundheit,
Frauen und Verbraucherschutz



1. Präambel / Ziele des Konzeptes

Die demographische Entwicklung stellt das Gesundheitswesen vor eine große Herausforderung, denn die Gruppe der betagten und hochbetagten Menschen ist die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe. Das vorliegende geriatrische Zielkonzept für das Land Bremen richtet den Fokus darauf, dass die Menschen so lange wie möglich selbstbestimmt leben können, dauerhafte Pflegebedürftigkeit und der Verlust von Eigenständigkeit möglichst lange vermieden werden. Ausgehend von vorhandenen Versorgungsstrukturen werden in diesem Zielkonzept zukünftig notwendige Strukturen zur Bewältigung der anstehenden Herausforderungen beschrieben. Dabei werden alle einschlägigen Versorgungsangebote in der Region berücksichtigt. Zentrales Anliegen ist es, Versorgungsstrukturen, insbesondere in der akutstationären, rehabilitativen und ambulanten Behandlung bedarfsgerecht, aber auch wirtschaftlich zu optimieren und weiterzuentwickeln. Das vorliegende Geriatriekonzept stellt die Fortschreibung des geriatrischen Zielkonzepts mit Handlungsempfehlungen des Landes Bremen dar, welches seinerzeit als Anlage 4 des Krankenhausrahmenplans des Landes Bremen 2018-2021 verabschiedet wurde. In einem zweiten Schritt ist noch ein Abgleich zwischen dem Ist-Stand und dem im geriatrischen Zielkonzept beschriebenen Soll-Zustand durchzuführen, um den konkreten Handlungsbedarf bestimmen zu können.

2. Die Disziplin Geriatrie

Die Geriatrie als medizinische Disziplin führt akutmedizinische, frührehabilitationsmedizinische und rehabilitationsmedizinische Behandlungen für geriatrische Patient*innen durch. Sie geht deshalb zumeist über die reine Organmedizin hinaus. Die Sektion Geriatrie der Europäischen Vereinigung der Fachärzte beschreibt die Kompetenz der Geriatrie als medizinische Spezialdisziplin, die sich mit physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen befasst. Diese Gruppe, insbesondere hochbetagter Patient*innen, weist eine hohe Verletzbarkeit (Vulnerabilität) auf und leidet an vielen Erkrankungen (Multimorbidität). Sie ist deshalb auf eine umfassende Betreuung angewiesen. Krankheiten im Alter können sich different präsentieren und sind deshalb besonders schwierig zu diagnostizieren. Das Ansprechen auf Behandlung ist oft verzögert und häufig besteht ein Bedarf nach gleichzeitiger sozialer Unterstützung. Hauptziel dieser Behandlung ist die Optimierung des funktionellen Status der älteren Patient*innen mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität und Selbstbestimmung, Pflegebedürftigkeit und soziale Isolierung zu vermeiden oder hinaus zu zögern. Prinzipien der geriatrischen Behandlung sind die umfassende Beurteilung der Patient*innen im Rahmen des geriatrischen Assessments in Bezug auf Anamnese, Körper- und Geisteszustand und ihre Fähigkeiten zur Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens im individuellen sozialen Lebensumfeld. Darauf folgt die Aufstellung eines individuellen Behandlungs- bzw. Rehabilitationsplans. Die Umsetzung obliegt dem multiprofessionell und interdisziplinär aufgestellten, geriatrischen Behandlungsteam unter ärztlicher Leitung.



3. Definition der*des geriatrischen Patient*in

Nicht jede*r ältere Patient*in ist ein*e geriatrische*r Patient*in. Geriatrische Patient*innen im Sinne des Konzeptes sind Personen, die grundsätzlich das 70. Lebensjahr vollendet haben und eine geriatrietypische Multimorbidität aufweisen. Diese Altersgrenze gilt nicht, sofern eine besondere Erkrankung in Form von dementiellen Erkrankungen, Alzheimer-Erkrankung, Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung und Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung vorliegt. Weitere Ausnahmen von der Altersgrenze sind gesondert zu begründen. Typische geriatrische Syndrome im Rahmen der geriatrischen Multimorbidität sind insbesondere:

- Multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Altersschwindel,
- Komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art,
- Frailty-Syndrom (Kombinationen von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität),
- Dysphagie,
- Inkontinenz(en),
- Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom

Eine geriatrietypische Multimorbidität ist unabhängig von den vorgenannten Syndromen beim Vorliegen eines Pflegegrades gegeben. Geriatrische Patient*innen im Sinne dieses Konzeptes sind ferner Personen, die das 80. Lebensjahr vollendet haben und deshalb an einer alterstypisch erhöhten Vulnerabilität leiden.

4. Allgemeines

In enger Kooperation stehen die zur Behandlung geriatrischer Patient*innen erforderlichen Therapiebereiche (Psychotherapie und Neuropsychologie, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Pflege- und Sozialdienst).

Geriatrische Medizin bietet unter Berücksichtigung regionaler Strukturen unterschiedliche Behandlungsansätze, die der*dem einzelnen Patient*in je nach individueller Erfordernis zur Verfügung stehen, ineinander greifen und so ein ganzheitliches, interprofessionelles Therapiekonzept ermöglichen.

4.1 Versorgungsangebote

- Ambulante hausärztlich tätige Fachärzt*innen
- Ambulante spezialisierte geriatrische Behandlung durch Fachärzt*innen mit geriatrischer Zusatzqualifikation
- Ambulante Geriatrische Versorgung durch Therapeut*innen
- Geriatrische Institutsambulanzen gemäß § 118 a SGB V



- Stationäre/teilstationäre Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V in akutgeriatrischen Fachabteilungen
- Stationäre/ambulante geriatrische Rehabilitationsbehandlung gemäß § 40 SGB V
- Spezialisierte palliative Versorgung
- Mobile geriatrische Rehabilitation gemäß § 40 SGB V
- Komplementäre auf geriatrische Patient*innen abgestimmte Versorgungsangebote

4.2 Grundprinzipien der geriatrischen Versorgung

a) Multiprofessionelles Handeln

Geriatrische Versorgung setzt multiprofessionelle Teamarbeit unter ärztlicher Leitung unmittelbar voraus. Die interdisziplinäre Behandlung erfolgt auf Basis des geriatrischen Assessments.

b) Wohnortnähe der geriatrischen Versorgung

Ambulante, stationäre und teilstationäre geriatrische Versorgung müssen dem Prinzip der Wohnortnähe folgen. Nur so ist gewährleistet, dass Behandlungserfolge in das häusliche Umfeld transferiert bzw. dort erprobt werden können. Nur in Wohnortnähe ist die Integration der Mitwirkenden in den Behandlungs- und Rehabilitationsprozess möglich.

4.3 Beachtung Psychischer Komorbidität

Bei älteren Patient*innen besteht in vielen Fällen neben somatischen Erkrankungen eine behandlungsbedürftige psychische Komorbidität. Im Rahmen der geriatrischen Versorgung bedarf es daher in jeder Versorgungsform (ambulant bis stationär) professioneller Unterstützung, die insbesondere von psychologischen und ärztlichen Psychotherapeut*innen und von (geronto-) psychiatrischen Fachdiensten geleistet werden kann. Diese Interventionen werden in den stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen z.B. durch Liaison- und Konsildienste bzw. in Kooperation mit der Psychosomatik und der Psychiatrie durchgeführt. Das Thema wird näher im Landespsychiatrieplan behandelt.

5. Geriatrische Prävention

5.1 Allgemeines

Die weitaus meisten alten Menschen haben lange Zeit keine gravierenden gesundheitlichen Einschränkungen und sind nicht pflegebedürftig. Damit dieses so bleibt, sollte gezielte, altersgerechte Prävention stattfinden und auf einen im frühen Lebensalter entwickelten gesundheitsfördernden Lebensstil aufbauen können (Vermeidung klassischer Risikofaktoren, Hinausschieben des Auftretens von Zivilisationskrankheiten, Vorbereitung auf das Alter). Dabei spielen neben dem Erhalt der körperlichen und geistigen Funktionen auch das soziale Umfeld und die Früherkennung von Krankheiten und Krankheitsfolgen eine zentrale Rolle. Ein weiterer Ansatz in der Prävention besteht in der Verringerung der Schwere und der Ausweitung von bereits manifest gewordenen Erkrankungen. Die Zielgruppe ist nicht homogen, so dass Präventionsangebote sowohl geschlechtsspezifisch wie auch im Lichte sozialer und kultureller



Faktoren unterschiedlich ausgerichtet werden müssen. Durch eine grundsätzlich zunehmende Immobilität im Alter müssen Präventionsangebote lokal sein.

5.2 Präventionsangebote in Bremen

Es gibt spezifische geriatrische Präventionsansätze, die darauf abzielen, die funktionelle Selbstständigkeit im Alter so lange wie möglich zu erhalten. Diese Angebote erfolgen beispielsweise durch Begegnungsstätten, Sportvereine, den Landessportbund, das Seniorenbüro Bremen, Wandervereine oder auch die VHS Bremen. Mit dem Präventionsgesetz erhält die Pflegeversicherung einen neuen Präventionsauftrag, um künftig auch Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen mit gesundheitsfördernden Angeboten erreichen zu können. Insgesamt gibt es gerade für ältere Menschen mit „Einschränkungen“ im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention ein umfangreiches Informationsangebot für Präventionsmaßnahmen. Schon heute spielen Pflegestützpunkte und Dienstleistungszentren eine zentrale Rolle bei der Beratung – auch im Präventionsbereich – im Zusammenhang mit dem Thema Pflege(-bedürftigkeit). Aktuell bestehen in Bremen mehrere Selbsthilfegruppen für ältere Menschen sowie weitere Selbsthilfegruppen, die auch partiell bei bestimmten Erkrankungen ältere Menschen unterstützen (Funktionstraining und Reha-Sport).

5.3 Kontinuierliche Verbesserung der Prävention

Ziel einer Präventionsstrategie muss es sein, die unterschiedlichen Angebote und wissenschaftliche Erkenntnisse sinnvoll zu vernetzen. Darüber hinaus ist es wichtig, Schwerpunktmaßnahmen innerhalb der Präventionsangebote für ältere Menschen zu identifizieren und auszubauen.

a) Primärprävention stärken

Während viele Angebote im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention bestehen und darüber durch unterschiedliche Stellen informiert wird, besteht gerade bei der Primärprävention noch Optimierungspotenzial. Hier gilt es, bereits die jüngeren Menschen zu erreichen und für das Thema Prävention zu sensibilisieren. Dazu wird vorgeschlagen, über eine Broschüre und digitale Medien mit Kontaktmöglichkeiten sowie Tipps zum Thema Prävention zu informieren. Ein wichtiger Kommunikationsweg sind Hausärzt*innen; sie können gezielt über Prävention informieren, die Broschüre auch bei Vorsorgeuntersuchungen verteilen und zugleich die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Teilnahme an Präventionskursen individuell prüfen.

b) Gesundheitskurse speziell für ältere Menschen

Für ältere Menschen muss es niedrighschwellige und wohnortnahe Präventionsangebote geben. Geeignet sind anerkannte Präventionskurse, die von vielen Krankenkassen bezuschusst oder für Menschen mit geringem Einkommen kostengünstig angeboten werden sollten. Mit dem Präventionsgesetz ist es für Ärzt*innen zudem möglich,



„Präventionsempfehlungen“ über Leistungen von Anbietern in der Gesundheitsförderung wie Volkshochschulen, zugelassene Sportvereine und Fitness-Center auszustellen.

c) Sturzprävention

Besonders häufig und oftmals mit weitreichenden gesundheitlichen Folgen sind Stürze hochbetagter Menschen. Gründe hierfür liegen in altersbedingten Funktionseinschränkungen, einer nachlassenden Gleichgewichtsfähigkeit und einer verringerten Muskelkraft. Auch chronische Erkrankungen und deren Medikation können das Sturzrisiko erhöhen. Durch geeignete Präventionsmaßnahmen kann erstens die Anzahl von Stürzen deutlich vermindert und damit die Lebensqualität verbessert werden und zweitens nach einem Sturz die Bewegungsfähigkeit wieder verbessert werden. Zur Sturzprävention gehört daher insbesondere ein Assessment und nach einem Sturz eine Rückfallprophylaxe, bei der die Prävention von Folgestörungen bereits bestehenden Krankheiten bzw. eingetretenen Ereignissen zu beachten ist. Der Abbau von Defiziten kann gezielt trainiert werden. Angebote sollen flächendeckend vorgehalten werden.

d) Angehörige/Bezugspersonen einbinden

Um ältere Menschen zu erreichen, sollten Angehörige/Bezugspersonen stärker eingebunden werden. Dabei können diese zugleich für das Thema Prävention sensibilisiert werden.

Handlungsempfehlungen:

- Information verbessern* Möglichst an zentralen Punkten, z.B. den Hausarztpraxen und Stadtteilzentren, über wohnortnahe Präventionsangebote Informationen zur Verfügung stellen, Informationen sollten zentral gebündelt über eine einheitliche Datenbank, auf die alle zugreifen können, verfügbar sein; Kooperation beispielsweise mit dem Landessportbund
- Online-Angebot für jeweils Ärzt*innen, ältere Menschen, deren Angehörige erstellen, in denen die Bedeutung der Prävention dargestellt sowie Informationswege und Selbsthilfegruppen benannt werden. Ggf. App zu diesem Zweck entwickeln
- Struktur für verlässliches Angebot an Gesundheitskursen/ Schulungen zur Prävention typischer Risiken schaffen
- Stärkung der (intrinsischen) Motivation; Als „guter Ort“ wird die Hausarztpraxis gesehen, z.B. Beratung durch eine nichtärztliche Praxiskraft; Stärkung der Eigenverantwortung der Betroffenen durch die Förderung niedrigschwelliger Angebote erfolgen
- Ausreichende personelle Besetzung von Beratungsstellen
- Rezept für Bewegung gezielt nutzen – Hausärzt*innen sensibilisieren



- Stadtteilzentren/Bürgerhäuser in die wohnortnahe Präventionsarbeit einbinden
- Gewährleistung eines Fahrdienstes/ Begleitservices, damit alte Menschen Präventionsangebote aufsuchen, ihr Wohnumfeld verlassen und soziale Kontakte pflegen können
- Beteiligung der Patient*innenvertretungen im Land Bremen bei der Umsetzung von Maßnahmen.

6. Ambulante Versorgung

Die ambulante medizinische Grundversorgung geriatrischer Patient*innen wird von niedergelassenen Ärzt*innenn verschiedener Fachrichtungen, in erster Linie jedoch von Hausärzt*innenn wahrgenommen.

6.1 Grundlagen der ambulanten Versorgung

Zur Gewährleistung einer qualifizierten Versorgung der geriatrischen Patient*innen bilden sich die Hausärzt*innen regelmäßig spezifisch fort. Diese Fortbildung wird u.a. durch die im Rahmen der im Land Bremen geltenden Hausarztverträge erforderlichen Fortbildungen oder Teilnahme an themenspezifischen Angeboten in Fallkonferenzen oder Qualitätszirkeln erbracht. Die Ärztekammer Bremen (ÄKHB) bietet zudem das Fortbildungscurriculum Geriatrische Grundversorgung an.

In Sinne eines abgestuften Versorgungsmodells wird im Bedarfsfall ein*e auf die geriatrische Behandlung spezialisierte*r Vertragsärzt*in hinzugezogen.

Die spezialisierte fachliche Befähigung besitzen

- Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Geriatrie
- Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzweiterbildung Geriatrie
- Fachärztinnen und Fachärzte mit Schwerpunktbezeichnung „Geriatrie“ (WBO vor 2003)
- Fachärztinnen und Fachärzte mit der fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ (WBO vor 2003)

Die für die geriatrische Behandlung weitergebildeten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bilden sich gemäß Berufsrecht fort.

6.2 Hausärztliche Versorgung

Die Hausärzt*innen haben eine Schlüsselfunktion bei der Versorgung und der Beurteilung der Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit. Dies ergibt sich zum einen durch die jahrelangen



Kenntnisse des sozialen Umfeldes, durch die wohnortnahe kontinuierliche Versorgung und zum anderen durch die Möglichkeit der gezielten regelmäßigen Erfassung der Alltagskompetenz, des Allgemeinzustandes und des Hilfebedarfs. Die*Der Hausärzt*in kennt die eigenen Patient*innen und kann differenziert auf der Basis eines Assessments gemeinsam mit dem/der Patient/-in und Angehörigen die notwendige Versorgung steuern und entscheiden, ob eine spezialisierte Behandlung nötig ist.

Die*Der Hausärzt*in führt zur Vorabklärung ein geriatrisches Basisassessment durch. Dieses enthält eine Einschätzung zu mindestens folgenden Bereichen

- Kognition
- Mobilität
- Selbsthilfefähigkeit
- Emotion
- soziale Situation

z.B. durch folgende Testverfahren

- Mini-mental-State
- Timed Up & Go
- Barthel-Index
- Geriatrische Depressionsskala (GDS)

Um auch schleichende Verläufe zu erfassen, soll das Basisassessment regelmäßig wiederholt werden. Die Durchführung des Basisassessments ist delegierbar an geeignete qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hausärztin/ des Hausarztes (Nichtärztliche Praxisassistent/-in, NÄPA), die ärztliche Beurteilung hingegen nicht.

Mit dem Basisassessment klärt die Hausärztin/ der Hausarzt ab, ob die persönlichen Voraussetzungen für eine ambulante Versorgung des geriatrischen Patient*innen erfüllt werden

- Fähigkeit zur Durchführung der ambulanten Maßnahme und
- Vorliegen einer positiven Prognose und
- die Zumutbarkeit der ambulanten geriatrischen Behandlung und -betreuung. Ebenfalls prüft die Hausärztin/ der Hausarzt, ob Kriterien vorliegen, die eine ambulante Versorgung ausschließen, wie insbesondere
- die Notwendigkeit einer (teil-)stationären Behandlung,
- die Nichtzumutbarkeit notwendiger Maßnahmen im ambulanten Setting
- psychiatrische Erkrankungen/Suchterkrankungen als Hauptdiagnose

Bei Bedarf soll die Hausärztin/ der Hausarzt eine(n) geriatrisch weitergebildete(n) Fachärztin/Facharzt hinzuziehen.



6.3 Spezialisierte Versorgung

Auf der Grundlage der oben beschriebenen Vorabklärung erfolgt bei Bedarf die weitere spezialisierte geriatrische Versorgung der Patient*innen im Rahmen regionaler Netzwerke durch eine zielgerichtete Überweisung

- an die geriatrische Schwerpunktpraxis
- zu rehabilitativen Maßnahmen ambulant oder stationär
- zur teil-/stationären Therapie

Die geriatrische Schwerpunktpraxis ist in eine vernetzte, auf die Bedürfnisse geriatrischer Patient*innen abgestimmte Versorgungsstruktur eingebunden, welche aus der Kooperation von niedergelassenen Haus- und Fachärzt*innen, aktivierend Pflegenden, Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen, den sozialen Diensten (Sozialdienst der Krankenhäuser, kommunaler Sozialdienst, Pflegestützpunkte, Dienstleistungszentren, vgl. näher Punkte 8 Komplementäre Versorgung) und anderen Institutionen besteht. Dadurch steht ein multiprofessionelles Team unter ärztlicher Leitung für den Erhalt der Selbständigkeit der Patient*innen in der häuslichen Umgebung sowie zur Vermeidung und Verminderung der Pflegebedürftigkeit zur Verfügung. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte einer geriatrischen Schwerpunktpraxis sind geriatrisch weitergebildet und leiten verantwortlich die geriatrische Versorgung in diesem Team.

Mobile geriatrische Patient*innen erhalten mittels strukturierter ineinandergreifender medizinischer, pflegerischer und sozialer Leistungsbereiche in einer geriatrischen vertragsärztlichen Schwerpunktpraxis in der Zusammenarbeit mit der Hausärztin/ dem Hausarzt eine wohnortnahe ambulante Versorgung.

Die geriatrische Schwerpunktpraxis wird auf Überweisung von Hausärztinnen/ Hausärzten tätig:

- nach Vorabklärung der Eignung der Patient*innen zwischen überweisender*m Hausärzt*in und geriatrischer Schwerpunktpraxis
- unter Berücksichtigung der Vorbefunde/-untersuchungen (z.B. des hausärztlichen Basisassessments)

Bei positiver Vorabprüfung erstellt und veranlasst die geriatrische Schwerpunktpraxis ein multiprofessionelles geriatrisches Assessment (Eingangsassessment sowie Abschlussassessment).

Das Eingangsassessment besteht aus einer Anamnese/ und der Durchführung verschiedener Testverfahren nach aktuellem Stand der medizinischen Wissenschaft sowie der Beurteilung der sozialen Situation der Patientin/ des Patient*innen. Die Vertragsärztin/ der Vertragsarzt der Schwerpunktpraxis führt die Ergebnisse zusammen und erstellt auf ihrer Grundlage einen individuellen Therapieplan mit Therapieziel, Regelungen zur Therapieüberwachung sowie Therapiedauer.

Die*Der Vertragsärzt*in der geriatrischen Schwerpunktpraxis hat die folgenden Aufgaben:

- Erstellung des Behandlungsplans und dessen Anpassung,



- Festlegung des Behandlungszieles und dessen Anpassung,
- Überwachung und Organisation der Therapie und Behandlung,
- Durchführung von multiprofessionellen Teambesprechungen,
- Beratung der überweisenden Hausärztinnen/ Hausärzte,
- Festlegung geeigneter Hilfsmittelversorgung und Veranlassung der entsprechenden Verordnung durch die/den überweisende(n) bzw. behandelnde(n) Vertragsärztin/ Vertragsarzt.

In Zusammenarbeit mit der*dem Hausarzt*in*

- Beratung und Überwachung der Anpassung sowie Training über/mit Hilfsmitteln und technischer Hilfen unter Berücksichtigung des häuslichen Umfelds,
- Zusammenarbeit mit Angehörigen und deren Beratung (unter Beachtung des Patient*innenwillens),
- Zusammenarbeit mit sozialen Diensten,
- Zusammenarbeit mit Pflegediensten,
- Organisation der Weiterversorgung / Nachsorge,
- Zusammenarbeit mit geriatrischen klinischen Zentren.

6.4 Geriatrische Institutsambulanzen alternativ zu Schwerpunktpraxen (SP)

Geriatrische Institutsambulanzen (GIA) sind subsidiär zur vertragsärztlichen spezialistischgeriatrischen Versorgung in der geriatrischen SP-Praxis und beschränkt auf diagnostische Maßnahmen auf Zuweisung im Wesentlichen durch Hausarzt*innen. Der zur hausärztlichen Versorgung hinzukommende, besondere Versorgungsbedarf wurde differenziert dargelegt. Dieser kann durch GIAS in der heutigen Form nicht erfüllt werden, wohl aber durch die geriatrische SP-Praxis (s. Ziffer .6.3), wenn sie die ambulante Versorgung auf Zuweisung durch Hausärztinnen/ Hausärzte wie beschrieben ergänzen. Solange kein ausreichendes Angebot an SP Praxen vorhanden ist, erscheint eine ergänzende Versorgung durch GIAS grundsätzlich denkbar. Dies setzt allerdings voraus, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen weiterentwickelt werden. So müsste es möglich sein, als Institutsambulanz auch therapeutische Leistungen, die sonst durch die geriatrische SP Praxis erbracht würden, durchzuführen.

6.5 Versorgung immobiler Patient*innen

6.5.1 Definition von Immobilität

Immobilie Patient*innen im Sinne des Konzeptes, sind Menschen, die aufgrund von körperlichen und/oder anderen in der Patientin/ im Patient*innen liegenden Gründen in ihrer Bewegungsfähigkeit so eingeschränkt sind, dass sie ohne die Hilfe einer zweiten Person nicht in der Lage sind zu stehen oder sich fort zu bewegen. Als immobil sind auch Patient*innen anzusehen, die aufgrund kognitiver und/oder psychischer Faktoren nicht ohne Begleitung ambulante Gesundheitseinrichtungen aufsuchen können.



6.5.2 Ambulante Versorgung in der eigenen Häuslichkeit

a) Hausärztliche Versorgung

Voraussetzung für eine hausärztliche Versorgung in der eigenen Häuslichkeit ist das Vorhandensein eines stabilen sozialen Netzes (Angehörige, Freundinnen und Freunde, Nachbarinnen und Nachbarn, usw.) zur Koordination und Absprache zwischen den einzelnen Akteuren, wie der Einhaltung und Vereinbarung von Terminen. Sofern ein solches Netz nicht besteht, kann alternativ ein Dritter (z.B. ambulante Pflegedienste, soziale Dienste) die Koordinierungsfunktion für den Patient*innen/die Patientin übernehmen. Der Hausärztin/ dem Hausarzt kommt die bereits unter 6.2 Hausärztliche Versorgung beschriebene Lotsenfunktion zu.

Die Hausärztin/ der Hausarzt überprüft im Rahmen von Hausbesuchen Behandlungserfolge und entscheidet über Therapiemaßnahmen. Dabei wird sie/ er von den an der Versorgung Beteiligten, wie beispielweise ambulanten Pflegediensten, Heilmittelerbringern, Angehörigen und insbesondere nichtärztlichen Praxisassistentinnen und Praxisassistenten (NäPa) unterstützt. Letztere suchen die Patientin/ den Patient*innen häufiger, je nach individuellem Bedarf, auf.

b) Spezialisierte Versorgung

Entsprechend der Regelung unter Punkt 6.3 Spezialisierte Versorgung erfolgt die spezialisierte Versorgung durch eine geriatrische Schwerpunktpraxis auf Überweisung durch die Hausärztin/ den Hausarzt. Die oder der geriatrisch-spezialisierte Ärztin/ Arzt führt bei Übernahme der Behandlung einen Hausbesuch durch. Zur Überwachung des Behandlungsplans und der weiteren Betreuung in der Häuslichkeit kann sie/ er qualifiziertes Fachpersonal, wie eine Fachkrankenschwester/ einen Fachkrankenpfleger in Anstellung in der Schwerpunktpraxis oder andere nichtärztliche Praxisassistentinnen/ Praxisassistenten, hinzuziehen. Dabei ist vor allem der Austausch mit den komplementären Therapiebereichen, die Evaluation des Behandlungsverlaufs und die Koordination mit dem Pflegedienst sicherzustellen. Des Weiteren ist dem sozialen Netz, insbesondere den Angehörigen, Anleitung gerade in Bezug auf die Pflege der Patientin/ des Patient*innen zu geben.

6.5.3 Versorgung in der (teil-)stationären Pflegeeinrichtung (inkl. Kurzzeitpflege)

Die hausärztliche und die spezialisierte Versorgung unterscheiden sich in stationären Einrichtungen nicht grundsätzlich von der Versorgung in der privaten Häuslichkeit. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Eigenständigkeit der Patient*innen eingeschränkter ist – auch im Hinblick auf die Entscheidung und Umsetzung einer ärztlichen Versorgung. Hierbei ist die Unterstützung durch Pflegekräfte erforderlich. Insgesamt ist in den Pflegeeinrichtungen eine Zunahme des medizinischen Versorgungsbedarfs zu beobachten, da die Menschen bei gravierenden Funktionseinschränkungen aus dem eigenen Haushalt in die Pflegeeinrichtung gehen.



a) Hausärztliche Versorgung

Die*Der Hausarzt*in kommt die bereits unter 6.2 Hausärztliche Versorgung beschriebene Lotsenfunktion zu. Die Hausärztin/ der Hausarzt überprüft im Rahmen von Hausbesuchen Behandlungserfolge und entscheidet über Therapiemaßnahmen. Dabei wird sie/ er von den an der Versorgung Beteiligten, wie beispielweise Beschäftigten der Pflegeeinrichtung, Heilmittelerbringern, Angehörigen und insbesondere nichtärztlichen Praxisassistentinnen und Praxisassistenten (NäPa) unterstützt. Letztere suchen Patient*innen häufiger, je nach individuellem Bedarf, auf.

b) Spezialisierte Versorgung

Entsprechend der Regelung unter Punkt 6.3 Spezialisierte Versorgung erfolgt die spezialisierte Versorgung durch eine geriatrische Schwerpunktpraxis auf Überweisung durch die Hausärztin/ den Hausarzt. Die/ der geriatrisch-spezialisierte Ärztin/ Arzt führt bei Übernahme der Behandlung einen Hausbesuch durch. Zur Überwachung des Behandlungsplans und der weiteren Betreuung in der Pflegeeinrichtung kann sie/ er qualifiziertes Fachpersonal, wie eine Fachkrankenschwester oder Fachkrankenpfleger in Anstellung in der Schwerpunktpraxis oder andere nichtärztliche Praxisassistentinnen und Praxisassistenten, hinzuziehen. Dabei ist vor allem der Austausch mit den komplementären Therapiebereichen, die Evaluation des Behandlungsverlaufs und die Koordination mit der Pflegeeinrichtung sicherzustellen.

Handlungsempfehlungen:

- Die Akzeptanz des **geriatrischen Assessments** sowie dessen regelmäßige Wiederholung soll durch Fortbildungsmaßnahmen für Fachkräfte und durch Informationen für Betroffene erhöht werden. Zu einem geriatrischen Assessment gehört auch das frühzeitige Erkennen von Demenz (eine verbesserte Diagnostik) und die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase.
- Der Grundsatz der **aktivierend-therapeutischen Pflege** ist Basis der geriatrischen Versorgung. Innerhalb von gemeinsam mit dem Patient*innen formulierten Zielstellungen sollen die Beteiligten Berufsgruppen **interdisziplinär** und unter Einbindung sorgender Zu- und Angehörige sowie weiterversorgender professioneller Dienste an der Versorgung mitwirken.
- Die interprofessionelle Zusammenarbeit muss gestärkt werden. Es bedarf einer konsequenten geriatrischen Qualifikation der beteiligten Berufsgruppen durch **Fort- und Weiterbildung** und ihrer Akzeptanz.
- Die ambulante medizinische Versorgung von Personen in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen bedarf **struktureller Verbesserungen**, dazu gehören insbesondere die notwendige Qualifizierung der Pflegekräfte und medizinischen Fachangestellten (MFAs) und die Nutzung **technischer Hilfsmittel**. Gerade notwendige Änderungen in der Medikation durch eine entsprechende **Arzneimittelversorgung** müssen ausreichend schnell nachvollzogen werden können.



- Die Ausübung von **heilkundlichen Tätigkeiten durch nichtärztliche Berufsgruppen** muss ausgebaut werden. Hierzu gehört neben dem Vorantreiben der Heilkundeübertragung an Pflegefachkräfte auch die Förderung von geriatrischen Zusatzqualifikationen der beteiligten Berufsgruppen.
- Die Teilnahme an **interdisziplinären Fallkonferenzen** soll durch entsprechende Rahmenbedingungen gefördert werden. Dazu zählt insbesondere die Schaffung einer standardisierten und zukunftsfesten elektronischen Infrastruktur.
- Dem stetig zunehmenden Bedarf an Pflegekräften und medizinischem Personal muss auch zukünftig durch den **Ausbau der Aus- und Weiterbildungsplätze** und verbesserte Arbeitsbedingungen in der Pflege sowie in den ärztlichen Praxen begegnet werden.
- **Kurzzeitpflege** sollte den Fokus auf die Rehabilitation der Pflegebedürftigen richten. Dazu bedarf es neben den entsprechenden Konzepten auch der dafür notwendigen interdisziplinären personellen Ressourcen.
- **Kooperationsvereinbarungen und Netzwerkarbeit** in der geriatrischen Versorgung sollten stärker gefördert werden.
- Verbesserung der **ambulanten Notfallversorgung** und ein Ausbau der zum Teil bereits bestehenden ambulanten Strukturen sollten erzielt werden, um eine Versorgung im häuslichen Umfeld oder in der Pflegeeinrichtung zu ermöglichen (Reduktion vermeidbarer Krankenhausaufenthalt).

7. Stationäre Versorgung und Rehabilitation

7.1 Akutgeriatrie

Eine akut auftretende schwere Krankheit geriatrischer Patient*innen macht häufig eine stationäre Behandlung erforderlich. In der Regel ist eine unmittelbare Aufnahme und Therapie in einer akutgeriatrischen Fachabteilung geboten. Steht ein bestimmtes medizinisches Problem im Vordergrund, das einer speziellen und nicht von der Geriatrie zu leistende Intervention bedarf (z.B. durch die Unfallchirurgie bei Schenkelhalsfrakturen oder im Herzkatheterlabor bei Herzinfarkt), führen die entsprechenden Fachdisziplinen die notwendige Behandlung grundsätzlich in Abstimmung mit und/oder unter Beteiligung einer Ärztin/ eines Arztes mit geriatrischer Zusatzqualifikation durch.

Ältere Patient*innen sollen bei Aufnahme auf geriatrische Behandlungsbedürftigkeit untersucht werden. Um die Allokationsentscheidung fachkompetent treffen zu können, ist geriatrische Kompetenz schon in den Aufnahmebereichen/ -stationen der Kliniken erforderlich. Die Akutgeriatrie dient der Akutversorgung alter, multimorbider Patient*innen. Die Aufnahme erfolgt entweder notfallmäßig oder aufgrund gezielter Zuweisung durch niedergelassene Haus- und Fachärzte bzw. Haus- und Fachärztinnen. Verlegungen aus anderen



Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen erfolgen indikationsspezifisch, z.B. nach Stürzen und Erstversorgung in der Unfallchirurgie oder bei spezifisch geriatrischen Komplikationen, die während eines Krankenhausaufenthaltes auftreten können oder diesen mitbegründet haben.

Die Indikation zur geriatrischen Behandlung ist durch den/die geriatrisch speziell weitergebildete(n) Facharzt/ärztin vorzunehmen. Alle Patient*innen sind frühzeitig auf Notwendigkeit, Eignung und Aussichten einer anschließenden Rehabilitationsbehandlung nach der Krankenhausbehandlung zu überprüfen.

7.2 Geriatrische Frührehabilitation

Integraler Bestandteil der geriatrischen Akutbehandlung ist die geriatrische Frührehabilitation. Anders als bei jüngeren Patient*innen ist für das geriatrische Klientel die akute Erkrankung vor dem Hintergrund von Multimorbidität häufig mit Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe verbunden, die neben anderen interventionellen Verfahren auch die geriatrische Frührehabilitation erforderlich machen. Diese unterscheidet sich grundsätzlich von der organmedizinisch zentrierten Rehabilitation. Das gilt insbesondere für Akuterkrankungen, die mit deutlichen Beeinträchtigungen der Selbsthilfefähigkeit und körperlichen Leistungsfähigkeit einhergehen wie z.B. Pneumonie, akuter Schlaganfall oder eine Fraktur. Dies gilt auch für Verschlechterungen im Rahmen einer chronischen Erkrankung, z.B. eines Morbus Parkinson oder einer Herzinsuffizienz mit daraus resultierenden deutlichen Beeinträchtigungen.

Ziel der geriatrischen Frührehabilitation ist die Steigerung der Selbsthilfefähigkeit und Mobilität, was entweder kurzfristig und dann „fallabschließend“ erreicht werden kann. Bei schwierigen – in der Geriatrie häufigen – Verläufen ist das Ziel der Frührehabilitation, Rehabilitationsfähigkeit für eine Maßnahme der weiterführenden geriatrischen Rehabilitation zu erreichen.

7.3 Geriatrische Tagesklinik (GTK) und Ambulante Geriatrische Rehabilitation (AGR)

Es gelten die Ausführungen (siehe 7.4) zur stationären geriatrischen Rehabilitation mit der Besonderheit, dass die Patient*innen bei gesicherter häuslicher Versorgung nur tagsüber an dieser Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen. Sowohl in der GTK als auch in der AGR erfolgen Rehabilitationsmaßnahmen im diesem Sinne.

In diesen Fällen ist die medizinische Diagnostik abgeschlossen, die Therapie weitgehend eingeleitet und die Patient*innen sind in einem stabilen Zustand. Sie bedürfen allenfalls begrenzt der pflegerischen Betreuung. Im Vordergrund steht die Durchführung komplexer und koordinierter therapeutischer Maßnahmen.

Darüber hinaus erfolgen in der GTK auch akutmedizinische Leistungen, die einer tagesklinischen geriatrischen Diagnostik bedürfen. Beispielhaft aufgeführt sei hier ein komplexer diagnostischer Prozess bei demenziellen Entwicklungen des alten Menschen. Die teilstationäre Krankenhausbehandlung (ohne vorherige Kostenübernahme-Erklärung) verhindert in diesen Fällen eine sonst notwendige stationäre Aufnahme.



7.4 Stationäre geriatrische Rehabilitation

Die Durchführung geriatrischer Akutbehandlung ggf. unter Einschluss geriatrischer Frührehabilitation schließt eine anschließende Rehabilitation nicht aus. Es ist deshalb zwingend erforderlich, geriatrische Krankenhausbehandlung eng mit der Rehabilitationseinrichtung zu vernetzen.

Geriatrische Rehabilitation ist dann indiziert, wenn aufgrund einer akuten oder einer chronischen Erkrankung Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, Rehabilitationsfähigkeit gegeben ist, ein Rehabilitationsziel formuliert werden kann und eine positive Rehabilitationsprognose besteht.

Voraussetzung ist, dass im Sinne der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen oder bereits bestehen. Eine solche Beeinträchtigung der Teilhabe ist z.B. das Existieren eines Pflegegrades. Diese stellt somit keine Kontraindikation für eine geriatrische Rehabilitationsmaßnahme dar, sie kann im Gegenteil Indiz für die Notwendigkeit einer solchen Maßnahme sein.

7.5 Mobile geriatrische Rehabilitation

Mobile geriatrische Rehabilitation ist für Patient*innen vorgesehen, die einer geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme bedürfen, aber aufgrund besonderer Konstellationen von einer stationären oder ambulanten geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme weniger oder gar nicht profitieren würden bzw. an dieser nicht teilnehmen können. Die Änderung des § 40 SGB V hat die mobile Rehabilitation als selbstständige Versorgungsform etabliert.

Mobile Rehabilitation findet im gewohnten Wohnumfeld der Patient*innen unter Ausnutzung der dort vorhandenen personellen und apparativen Ressourcen und unter Beachtung der jeweils gültigen Rahmenempfehlungen statt. Dies gilt auch für Patient*innen, die sich in einer vollstationären Pflegeeinrichtung befinden.

7.6 Berücksichtigung der Belange geriatrischer Patient*innen im Rahmen von Behandlung und Betreuung

Bei der Behandlung und Betreuung geriatrischer Patient*innen sind die Belange behinderter, alter und dementer Patient*innen im Rahmen der medizinischen Behandlung und der sonstigen Betreuung sowie mit ihrem Bedürfnis nach Fortführung eines selbstbestimmten Lebens Rechnung zu tragen. Dazu sind angemessene Behandlungskonzepte vorzuhalten. Auf Basis dieser Konzepte sollen regelmäßig Schulungen des Personals erfolgen.

Insbesondere ist dabei die im Einzelfall gegebene Indikation für eine geriatrische Frührehabilitation zu klären und geeignete Patient*innen in geriatrische Einrichtungen in Wohnortnähe zu verlegen.



Handlungsempfehlungen:

- Es bedarf einer Förderung der geriatrischen Qualifikation durch Fort- und Weiterbildung, um dem zusätzlichen Bedarf an Fachkräften auch zukünftig gerecht zu werden.
- Unter der Annahme steigender Bedarfe braucht es eine kontinuierliche Überprüfung der geriatrischen akutstationären Kapazitäten im Rahmen der Krankenhausplanung, unter grundsätzlicher Beibehaltung ausgewiesener Standorte. Dabei muss die Entwicklung der Situation in Niedersachsen beachtet werden.
- Es braucht mehr Kapazitäten zur temporären Versorgung geriatrischer Patient*innen, z. B. in Kurzzeitpflegeeinrichtungen.
- Es bedarf möglichst wohnortnaher mobiler Angebote zur Rehabilitation geriatrischer Patient*innen. Dabei sollten insbesondere vorhandene Angebote miteinander kooperieren.
- Die Akzeptanz des geriatrischen Assessments sowie dessen regelmäßige Wiederholung soll durch Fortbildungsmaßnahmen für Fachkräfte und durch Informationen für Betroffene erhöht werden. Zu einem geriatrischen Assessment gehört neben dem Screening auch das frühzeitige Erkennen von Demenz (eine verbesserte Diagnostik) und die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase.

8. Komplementäre Versorgung durch soziale Arbeit

Gerade ältere pflegebedürftige und multimorbide Patient*innen benötigen für eine erfolgreiche geriatrische Behandlung stabile soziale Bezüge, insbesondere im familiären und/oder partnerschaftlichen Umfeld, und eine angemessene Versorgung/Betreuung. Fehlen belastbare soziale Netze/professionelle Unterstützung Dritter, können die vorhandenen Ressourcen nicht optimal für die erforderliche Behandlung (von Präventionsangeboten bis zur Rehabilitation) und zur Sicherung des Behandlungserfolges eingesetzt werden.

Soziale Arbeit¹ unterstützt und berät Patient*innen sowie ihre Angehörigen oder Bezugspersonen, um den Verbleib in der eigenen häuslichen Umgebung zu ermöglichen oder, wenn erforderlich, den Wechsel in ein neues Wohnumfeld oder eine stationäre Versorgungsform komplikationslos zu gestalten.

Beratungsstellen für die Zielgruppe *Ältere Menschen* im ambulanten Bereich sind in den Sozialzentren (Träger* Kommune) der Stadt die *Sozialdienste Erwachsene*, die in Nord, West, Süd und Ost vertreten sind. Angeboten werden neben einer Beratung vor Ort bei Bedarf auch Hausbesuche.

Sowohl die Sozialzentren als auch die Pflegestützpunkte bieten kostenfreie, unabhängige und neutrale Beratung an.

Neben der medizinischen Behandlung müssen bei geriatrischen Patient*innen in der Regel Aspekte der individuellen Betreuung und Unterstützung geklärt werden, was sowohl die Leistungerschließung aus den Bereichen Soziales und



Gesundheit umfasst, deren Organisation und Überprüfung als auch die Sicherung der Finanzierung.

Auf Basis der Sozialanamnese und sozialer Diagnostik werden die individuellen Bedürfnisse hinsichtlich der erforderlichen Interventionen mit dem Ziel erhoben, den Patient*innen die Versorgungsform zu ermöglichen, die ihre Wünsche beachten und ihren Unterstützungsbedarf bestmöglich abdeckt. Die Leistungsbereiche umfassen Psychosoziale Interventionen zur ambulanten und teilstationären Versorgung, Rehabilitation, wirtschaftlichen und sozialen Sicherung sowie psychosozialer Unterstützung.

Handlungsempfehlungen:

- Sicherstellung einer unabhängigen psychosozialen und sozialrechtlichen Beratung von geriatrischen Patient*innen auch im ambulanten Bereich
- Eine personell gute Besetzung der Beratungsstellen mit umfangreicher Beratung würde die hausärztlichen Praxen entlasten. Es besteht weiterhin ein hoher Bedarf an regionalen, niedrigschwelligen Angeboten. Viele geriatrische Patient*innen bedürfen z.B. Unterstützung bei behördlichen Angelegenheiten.

9. Demenz

Demenz ist wesentlich geprägt durch Defizite in kognitiven, emotionalen und sozialen Fähigkeiten. Dies wirkt sich insbesondere auf das Kurzzeitgedächtnis, das Denkvermögen, die Sprache und die Motorik aus, so dass bei der Behandlung von Demenz-Patient*innen Besonderheiten gelten. Standardisierte Abläufe im Rahmen der Behandlung und Versorgung der Patient*innen sind teilweise besonders schwierig und können, wenn die Demenz nicht frühzeitig erkannt wird, eine Verschlechterung der Ausgangssituation verbunden mit einem weiteren Verlust an Selbstständigkeit zur Folge haben. Nach heutigen Erkenntnissen nimmt die Wahrscheinlichkeit für eine Demenz-Erkrankung jenseits des 70. Lebensjahres deutlich zu. Daher ist zukünftig mit einem Anstieg der Fallzahlen demenziell erkrankten Patient*innen zu rechnen.

Neben den betroffenen Menschen mit Demenz leiden auch die An- und Zugehörigen unter den Auswirkungen der Erkrankung. In Deutschland leben rund 1,8 Millionen Menschen mit einer Demenzerkrankung. Im Laufe der Krankheit benötigen sie zunehmend Unterstützung im Alltag und bei der Körperpflege, Betreuung oft rund um die Uhr. Laut dem Deutschen Alterssurvey 4/22 betreuen und pflegen rund 1,4 Millionen Menschen in Deutschland Angehörige mit einer Demenz¹. Mit 9% ist die Demenz an erster Stelle der pflegebegründenden Erstdiagnosen zu nennen², so dass eine frühzeitige Diagnostik wesentlich für die weitere Behandlung und den Verlauf ist. Die Ansätze dazu sollten auch die Beratung der Angehörigen beinhalten um von Anfang an Hinweise zum Umgang mit den Betroffenen zu geben als auch auf die Leistungen

¹ <https://www.alzheimergesellschaft-md.de/news/1/863555/nachrichten/tag-der-pflegenden-angeh%C3%B6rigen.html>

² https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/schriftenreihe/Schriftenreihe_Pflege_Band_20.pdf



der Pflegeversicherung hinzuweisen, insbesondere auch auf die Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige, um eine Überforderung durch die Pflege zu minimieren.

In den Akutkrankenhäusern sind ca. 50 % der behandelten Patient*innen älter als 60 Jahre, und davon sind etwa 12 % von einer Demenzerkrankung betroffen³ und stellen die Fachabteilungen der Krankenhäuser bei der Behandlung vor große Herausforderungen, denn die Demenz als Nebendiagnose ist nicht der Aufnahmegrund für diese Patient*innen, sondern eine akute Erkrankung.

Durch die Zulassung neuer Medikamente, die das Fortschreiten der Alzheimer-Erkrankung in einem frühen Stadium abbremsen, kommt der frühzeitigen Diagnosestellung zukünftig eine noch höhere Bedeutung zu. Die mit der Diagnostik, Therapie und deren Überwachung verbundenen Herausforderungen werden nur durch eine Abstimmung zwischen den an der Versorgung Beteiligten lösbar sein.

Die Einbeziehung des familiären Umfeldes in die Aufklärung und Beratung sollte von Anfang an erfolgen, denn betreuende An- und Zugehörige sind ein wesentlicher Baustein der ambulanten Versorgung. Sie müssen vor allem darauf achten, dass sie selbst Entlastung erhalten, um nicht unter den Anforderungen der Pflege zu erkranken. Dies ist umso wichtiger, weil bei einem Ausfall der An- und Zugehörigen unter Umständen das gesamte Versorgungssetting zusammenbrechen könnte.

Das Bremer Forum Demenz ist ein Zusammenschluss von Diensten und Einrichtungen, die Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen professionell und ehrenamtlich informieren, beraten oder ambulante bzw. stationäre Betreuungs-, Pflege- und Entlastungsleistungen anbieten. Neben regelmäßigen Treffen arbeiten die Vertreter*innen der Einrichtungen in themenbezogenen Arbeitsgruppen mit dem Ziel zusammen, das Thema Demenz in der Öffentlichkeit bekannt zu machen und strukturelle Verbesserungen in der Betreuung und Pflege von Demenzkranken zu erreichen.

Zur kontinuierlichen Sicherstellung und Verbesserung der Versorgung der Menschen mit Demenz werden folgende Ziele angestrebt:

- Etablierung fester Standards zum möglichst frühzeitigen Erkennen von Demenz
- Sensibilisierung zum Thema bei allen an der Versorgung Beteiligten
- Schaffung einer auf das Erkrankungsbild angepassten Versorgung, insbesondere Reduzierung von Ortswechseln, größtmöglicher Aufenthalt in der eigenen Häuslichkeit mit festen Bezugspersonen
- Einführung von auf diese Personengruppe zugeschnittenen Versorgungskonzepten in Einrichtungen, die Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen pflegen und versorgen sowie kontinuierliche Weiterentwicklung dieser Konzepte
- Kontinuierliche Fortbildung zum Thema Demenz für alle an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen
- Ausbau von Schulungsangeboten für Angehörige und ehrenamtlich Engagierte.

³ https://www.deutsche-alzheimer.de/mit-demenz-leben/mit-demenz-im-krankenhaus#~*text=Etwa%20die%20H%C3%A4lfte%20der%20Patientinnen,in%20Zukunft%20voraussichtlich%20erheblich%20steigen.



Handlungsempfehlungen:

- Sensibilisierung zum Thema bei allen an der Versorgung Beteiligten. Neben den beteiligten Berufsgruppen (interdisziplinär) sollen Angehörige und weiterversorgende professionelle Dienste frühzeitig in die Versorgung(splanung)⁴ einbezogen werden.
- Die Akzeptanz des geriatrischen Assessments sowie dessen regelmäßige Wiederholung soll durch Fortbildungsmaßnahmen für Fachkräfte und durch Informationen für Betroffene erhöht werden.
- Förderung der Fort- und Weiterbildung zur Implementation von geeigneten Assessments. Zu einem geriatrischen Assessment gehört auch das frühzeitige Erkennen von Demenz (verbesserte Diagnostik) und die Versorgungsplanung.
- Neben einer konsequenten geriatrischen Qualifikation der beteiligten Berufsgruppen durch Fort- und Weiterbildung, bedarf es auch gezielter Informationen aller Berufsgruppen sowie Angehöriger zum Thema Demenz. Dabei ist eine Bündelung von Informationen und das Zusammenführen bestehender Versorgungsangebote notwendig.
- Die medizinische Versorgung in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen bedarf struktureller Verbesserungen. Dazu gehören insbesondere die notwendige Qualifizierung der Pflegekräfte und die Nutzung technischer Hilfsmittel. Dabei sollten die Strukturen insbesondere auf das Erkrankungsbild Demenz angepasst werden. Auch notwendige Änderungen in der Medikation durch eine entsprechende Arzneimittelversorgung müssen ausreichend schnell nachvollzogen werden können.
- Entwicklung einer Netzwerkstruktur unter Prüfung der vorhandenen Ressourcen, die sowohl ehrenamtlich engagierte Bürger*innen als auch qualifiziertes Fachpersonal einbezieht unter Beachtung des Nationalen Demenzplanes

10. Behandlungsketten und Netzwerke

Im Interesse der Patient*innen sowie einer qualitativ hochwertigen Behandlung ist es erforderlich, abgestimmte und möglichst lückenlose Behandlungsketten innerhalb der einzelnen Sektoren sowie zwischen den Sektoren zu schaffen. Kooperationsvereinbarungen bilden die Grundlage für ein Netzwerk, um geriatrische Kompetenz auch in rechtlich unterschiedlichen, inhaltlich aber eng miteinander verbundenen Leistungssegmenten auf einander abgestimmt und durchgehend anzubieten. Durch Kooperationsvereinbarungen kann beispielsweise über Konsile in der stationären Versorgung ermöglicht werden, dass den Patient*innen konsequent im Bedarfsfall spezielles geriatrisches Fachwissen zukommt. Zur Sicherung der Behandlungsabläufe legen Netzwerke einen Standard zum Überleitungsmanagement fest. Daneben definieren sie Behandlungspfade.

Handlungsempfehlungen:

- Definition eines Netzwerkes und Aufstellung einer Zielstruktur für Bremen
- Besondere geriatrische Fachkompetenz im Netzwerk und Vereinbarung über Abruf dieser Kompetenz durch andere Netzwerkteilnehmer

⁴ Die interdisziplinäre Versorgungsplanung ist unverzichtbar und zu begrüßen, muss aber unter Beachtung der gesetzlichen Vorbehaltsaufgaben nach § 4 Pflegeberufegesetz erfolgen* Die Planung der pflegerischen Versorgungsanteile darf seit 2020 ausschließlich durch Pflegefachkräfte erfolgen.



- Ansprechpartner bei jedem Netzwerkteilnehmer (auch für externe Anfragen)
- Verzeichnis der Netzwerkteilnehmer
- Regelmäßiger Austausch zur Verbesserung der Zusammenarbeit
- Absprache zum Überleitungsprozess und Informationsaustausch
- Mindestgröße, zwingend vertretene Bereiche (Krankenhaus und Hausärzte, Pflege(dienste), Fachärzte, Heilmittelerbringer, Dienstleistungszentren)
- Datenschutzregelung zur Weitergabe von Patient*inneninformationen zum Zwecke der Therapie mit Zustimmung der*des Patient*in an andere Netzwerkpartner (Vorbehaltlich Prüfung SWGV)
- Fortbildungen
- Festlegung eines landesweiten Mindestniveaus für konkrete und verbindliche Regelungen innerhalb jedes Netzwerkes (Beschreibung von Prozessen, Zuständigkeiten und zeitlichen Faktoren)
- Klärung der Finanzierung von Netzwerken.

11. Berücksichtigung besonderer Aspekte bei der Versorgung geriatrischer Patient*innen

Geriatrische Patient*innen sind keine homogene Gruppe. Geschlechtsunterschiede, soziale Schicht und kultureller Hintergrund haben auch im Alter einen wichtigen Einfluss auf die Gesundheit und das Nutzungsverhalten gegenüber Versorgungsangeboten. Beim Eintritt eines Bedarfs an Pflege und medizinischer Behandlung können alte Traumata aufgrund von Erfahrungen etwa mit Rassismus oder Queerfeindlichkeit einschließlich einer in der Vergangenheit erlebten Verfolgung nach § 175 StGB reaktiviert werden und ein Hindernis bei der Inanspruchnahme benötigter Hilfen darstellen. Dann ist Diversitätskompetenz in Form der Beachtung von Unterschieden, persönlichen Bedarfen und u.a. geschlechtsspezifischen Besonderheiten eine Voraussetzung dafür, dass überhaupt ein Zugang zu verfügbaren Hilfsangeboten gefunden werden kann.

Die Versorgung muss patient*innenorientiert sein und die Selbstbestimmung der Patient*innen und deren freie Wahl von Ärzt*innenn sowie anderen Akteur*innen der pflegerischen und therapeutischen Gesundheitsfachberufe achten. Neben professionellen Angeboten sind auch Selbsthilfe- und Netzwerkgruppen von großer Bedeutung gerade für Mitglieder von marginalisierten Personengruppen. Der Austausch mit Menschen, die ähnliche Erfahrungen gesammelt haben, wirkt Einsamkeit entgegen und führt zum Erleben von Selbstwirksamkeit, indem passgenaue Ansätze gefunden werden, um den eigenen Herausforderungen zu begegnen.

Die Diversität der geriatrischen Patient*innen und der sie behandelnden, pflegenden und betreuenden Personen bietet viele Vorteile und Chancen, welche gezielt genutzt werden sollten. Auch mit Blick auf den Fachkräftemangel gilt es, unterschiedliche Gruppen potentieller zukünftiger Fachkräfte jeweils individuell zu adressieren.



Handlungsempfehlungen:

- Fortbildungen und Sensibilisierungsmaßnahmen zu Diversity-Themen speziell in Bezug auf geriatrische Patient*innen und unter Beachtung der intersektionalen Verschränkung der verschiedenen Diversity-Dimensionen (z.B. Umgang mit kultureller Vielfalt sowie mit älteren Menschen mit Rassismuserfahrung, Umgang mit geschlechtlicher Vielfalt in Pflegesituationen, Biografie-Arbeit mit an Demenz erkrankten Menschen, queere geriatrische Patient*innen mit Rassismuserfahrung); Nötigenfalls Änderung von Fortbildungsordnungen der jeweiligen Berufsgruppen, so dass derartige Fortbildungen für die Erfüllung der regulären Fortbildungspflicht genutzt werden können.
- Beachtung von gendermedizinischen Aspekten (z.B. beim Herzinfarkt bei älteren Frauen; je nach Geschlecht unterschiedliche Wirkung von Medikamenten) sowie von geschlechtlicher, sexueller und amouröser Vielfalt bei der medizinischen Versorgung geriatrischer Patient*innen
- Berücksichtigung geschlechtlicher, sexueller und amouröser Vielfalt bei der Betreuung und Pflege geriatrischer Patient*innen (z.B. im Rahmen der Biografiearbeit bei Menschen mit Demenz); Vermeidung der Vorannahme, ausschließlich mit cisgeschlechtlichen und heterosexuellen Patient*innen zu tun zu haben
- Beachtung kultureller und religiöser Bedürfnisse beim Essensangebot nicht nur im Krankenhaus, sondern auch in Pflegeeinrichtungen und bei Angeboten wie Essen auf Rädern
- Schaffung von Angeboten zur Religionsausübung und seelsorgerlichen Betreuung für verschiedene spezifische Religionen, sofern noch nicht vorhanden (Rückzugsräume für Gebete und seelsorgerische Einzelgespräche, Vermittlung von Seelsorgeangeboten etc.)
- Beachtung der intersektionalen Verschränkung verschiedener Diversity-Dimensionen
- Schaffung geschützter Räume zum Austausch für Menschen mit ähnlichen (Marginalisierungs-)Erfahrungen im Lebensumfeld (z.B. auch in Pflegeeinrichtungen)
- Förderung von Diversität innerhalb von Belegschaften