

Geriatrische Versorgung im Bundesland Bremen

Geriatrisches Zielkonzept mit Handlungsempfehlungen

beschlossen vom Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V am 25. Mai 2018

INHALT

1.	Präambel /Ziele des Konzeptes	3
2.	Die Disziplin Geriatrie	4
3.	Definition des geriatrischen Patienten.....	5
4.	Allgemeines	6
5.	Geriatrische Prävention	8
6.	Ambulante Versorgung.....	11
7.	Stationäre Versorgung und Rehabilitation.....	17
8.	Komplementäre Versorgung durch Soziale Arbeit	20
9.	Demenz	22
10.	Behandlungsketten und Netzwerke	23
11.	Berücksichtigung besonderer Aspekte bei der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten 25	

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.

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, frührehabilitations-medizinische und rehabilitationsmedizinische Behandlungen für geriatrische Patientinnen und Patienten 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 Patientinnen und Patienten, 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 Patienten 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 Patientinnen und Patienten 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 DES GERIATRISCHEN PATIENTEN

Nicht jede(r) ältere Patientin und Patient ist ein(e) geriatrische(r) Patientin oder Patient. Geriatrische Patientinnen und Patienten im Sinne des Konzeptes sind Personen, die grundsätzlich das 70. Lebensjahr vollendet haben und eine geriatritypische 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 geriatritypische Multimorbidität ist unabhängig der vorgenannten Syndrome beim Vorliegen eines Pflegegrades gegeben.

Geriatrische Patientinnen und Patienten 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 Patientinnen und Patienten erforderlichen Therapiebereiche (Psychotherapie und Neuropsychologie, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Pflege- und Sozialdienst).

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

4.1 Versorgungsangebote

- Ambulante hausärztlich tätige Fachärzte
- Ambulante spezialisierte geriatrische Behandlung durch Fachärzte mit geriatrischer Zusatzqualifikation
- Ambulante Geriatrische Versorgung durch Therapeuten
- 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 Patienten 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 Patientinnen und Patienten 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 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten 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 Hausärztinnen und Hausärzte; 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 niedrighwellige 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 Ärztinnen und Ärzte 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.
- Broschüre für jeweils Ärztinnen und Ärzte, ältere Menschen, deren Angehörige erstellen, in denen die Bedeutung der Prävention dargestellt sowie Informationswege und Selbsthilfegruppen benannt werden. Alle Informationen sollten (auch) elektronisch zugänglich sein.
- 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.
- Rezept für Bewegung gezielt nutzen – Hausärztinnen und Hausärzte 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 Patientenvertretungen im Land Bremen bei der Umsetzung von Maßnahmen.

6. AMBULANTE VERSORGUNG

Die ambulante medizinische Grundversorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten wird von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachrichtungen, in erster Linie jedoch von Hausärztinnen und Hausärzten wahrgenommen.

6.1 Grundlagen der ambulanten Versorgung

Zur Gewährleistung einer qualifizierten Versorgung der geriatrischen Patientinnen und Patienten bilden sich die Hausärztinnen und Hausärzte 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) Vertragsärztin oder Vertragsarzt 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 Hausärztinnen und Hausärzte 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 Hausärztin und der Hausarzt kennt seine(n) Patientinnen und Patienten 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 Hausärztin/ der Hausarzt 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 Patienten 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 Patientinnen und Patienten 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 Patientinnen und Patienten abgestimmte Versorgungsstruktur eingebunden, welche aus der Kooperation von niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen und Fachärzten, aktivierend Pflegenden, Physiotherapeutinnen/ Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen/ Ergotherapeuten, Logopädinnen/ Logopäden 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 Patientin und des Patienten 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 Patientinnen und Patienten 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 Patientin/ des Patienten zwischen überweisender/m Hausärztin/Hausarzt 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 Patienten. 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 Vertragsärztin/ der Vertragsarzt 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 Hausärztin/ dem Hausarzt:

- 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 Patientenwillens)
- 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 spezialistisch-geriatrischen Versorgung in der geriatrischen SP-Praxis und beschränkt auf diagnostische Maßnahmen auf Zuweisung im Wesentlichen durch Hausärztinnen und Hausärzte. 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 Patienten

6.5.1 Definition von Immobilität

Immobilie Patientinnen und Patienten im Sinne des Konzeptes, sind Menschen, die aufgrund von körperlichen und/oder anderen in der Patientin/ im Patienten 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 Patientinnen und Patienten 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 Patienten/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 Patienten 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 Patienten 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 Patienten 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

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 Beschäftigten der Pflegeeinrichtung, Heilmittelerbringern, Angehörigen und insbesondere nichtärztlichen Praxisassistentinnen und Praxisassistenten (NäPa) unterstützt. Letztere suchen Patientinnen und Patienten 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

- Ausbau der Ausbildungsplätze „Pflege“; Erhöhung des ambulant tätigen Pflegepersonals durch verbesserte Arbeitsbedingungen.
- Die Akzeptanz eines Eingangsassessments sowie dessen regelmäßige Wiederholung sollte durch Information für Betroffene und Fortbildungsmaßnahmen für Fachkräfte erhöht werden.
- Die Delegation von Leistungen an die/den nichtärztliche(n) Praxisassistentinnen und Praxisassistenten sollte gezielt gefördert werden, hierzu gehört auch die Förderung von geriatrischen Zusatzqualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
- Hausbesuche in Pflegeeinrichtungen müssen durch strukturelle Verbesserungen, qualifizierte zusätzliche Pflegekräfte in der Pflegeeinrichtung, erleichterte Kommunikation (auch durch technische Hilfsmittel) erleichtert und effizienter werden. Dazu gehört auch, dass Änderungen in der Medikation durch eine entsprechende Arzneimittelversorgung ausreichend schnell nachvollzogen werden können.
- Förderung der geriatrischen Qualifikation durch Fort- und Weiterbildung, um dem zusätzlichen Bedarf an Fachkräften auch zukünftig gerecht zu werden.
- Schaffung von Anreizen für die Teilnahme an multiprofessionellen Fallkonferenzen für alle Teammitglieder durch adäquate Vergütung und entsprechende Infrastruktur (z.B. elektronisch sichere Kommunikationsmöglichkeiten).
- Kommunikationsstandards zwischen den Beteiligten festlegen, um Probleme durch Personalfuktuationen besser zu überwinden.
- Stärkere Förderung von Kooperationsverträgen und Netzwerken.
- Ein Ausbau der personellen Ressourcen in Kurzzeitpflegeeinrichtungen und vollstationären Pflegeeinrichtungen ist erforderlich.

7. STATIONÄRE VERSORGUNG UND REHABILITATION

7.1 Akutgeriatrie

Eine akut auftretende schwere Krankheit geriatrischer Patientinnen und Patienten 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 leistenden 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 Patientinnen und Patienten 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 Patientinnen und Patienten. 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 Patientinnen und Patienten 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 Patientinnen und Patienten 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 Patientinnen und Patienten bei gesicherter häuslicher Versorgung nur tagsüber an dieser Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen. Sowohl in der GTK als auch in der AGR erfolgen Rehabilitationsmaßnahmen im diesem Sinne. Deshalb soll auch für rehabilitative Interventionen in der GTK eine vorherige Kostenübernahme-Erklärung eingeholt werden.

In diesen Fällen ist die medizinische Diagnostik abgeschlossen, die Therapie weitgehend eingeleitet und die Patientinnen und Patienten 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.

Im Land Bremen gibt es seit 01.01.2015 eine Vereinbarung, die den Zugang in die GTK regelt.

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 Patientinnen und Patienten 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 Patientinnen und Patienten unter Ausnutzung der dort vorhandenen personellen und apparativen Ressourcen statt. Dies gilt auch für Patientinnen und Patienten, die sich in einer vollstationären Pflegeeinrichtung befinden.

Die 2007 verabschiedete „Rahmenempfehlung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation“ hat die Voraussetzungen in Form von spezifischen Indikationskriterien festgeschrieben:

Die Rehabilitanden

- a) sind auf die umfassende Anwesenheit eines Angehörigen/einer Bezugsperson und deren rehabilitationsfördernde Unterstützung während der Rehabilitation angewiesen und dies ist durch die Mitaufnahme bzw. Teilnahme in einer Einrichtung nicht gewährleistet, sondern kann nur im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld sichergestellt werden.
- b) müssen im gewohnten/ständigen oder bereits krankheitsspezifisch bzw. behindertengerecht adaptierten Wohnumfeld verbleiben.
- c) könnenden angestrebten Rehabilitationserfolg nicht aus der ambulanten/stationären geriatrischen Rehabilitation in die gewohnte oder ständige Umgebung übertragen

und sie sind von erheblichen „Schädigungen der Körperstruktur oder der Körperfunktion“ betroffen (z.B. bezogen auf mentale Funktionen, Stimm-, Sprech- und Sprachfunktion, Seh- und Hörfunktion).

Handlungsempfehlungen

- Förderung der geriatrischen Qualifikation durch Fort- und Weiterbildung, um dem zusätzlichen Bedarf an Fachkräften auch zukünftig gerecht zu werden.
- Kontinuierliche Überprüfung der geriatrischen akutstationären Kapazitäten im Rahmen der Krankenhausplanung.
- Schaffung ausreichender Kapazitäten zur Versorgung in Kurzzeitpflegeeinrichtungen.
- Schaffung eines Angebotes für mobile geriatrische Rehabilitation in Bremerhaven.

8. KOMPLEMENTÄRE VERSORGUNG DURCH SOZIALE ARBEIT

Gerade ältere pflegebedürftige und multimorbide Patientinnen und Patienten 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 Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen oder Bezugspersonen um den Verbleib in der eigenen häuslichen Umgebung zu ermöglichen oder,

¹ *Soziale Arbeit* ist die Bezeichnung der Fachprofession (Diplom, Bachelor, Master)

wenn erforderlich, den Wechsel in ein neues Wohnumfeld oder eine stationäre Versorgungsform komplikationslos zu gestalten.

Leistungserbringer, die derzeit mit der Zielgruppe Ältere Menschen im ambulanten Bereich arbeiten, jedoch unterschiedliche Arbeitsschwerpunkte und Qualifikationen aufweisen, sind:

1. Sozialdienst Erwachsene des Amtes für Soziale Dienste (Träger: Kommune)
2. DLZ-Leitungen (Träger: Wohlfahrtsverbände)
3. Pflegestützpunkte (Träger: Pflegekassen und Kommune)

Im Sinne dieses Konzeptes muss bei der Beratung die Neutralität, die Unabhängigkeit sowie die Kostenfreiheit gewährleistet sein.

Neben der medizinischen Behandlung müssen bei geriatrischen Patientinnen und Patienten 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 Patientinnen und Patienten 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 psycho-sozialer Unterstützung.

Handlungsempfehlung

Sicherstellung einer unabhängigen psychosozialen und sozialrechtlichen Beratung von geriatrischen Patientinnen und Patienten auch im ambulanten Bereich, z.B. an Pflegestützpunkten; bei Bedarf Abschluss von Kooperationsvereinbarungen.

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-Patientinnen und Demenz-Patienten Besonderheiten gelten. Standardisierte Abläufe im Rahmen der Behandlung und Versorgung der Patientinnen und Patienten 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 Patientinnen und Patienten zu rechnen.

Das Bremer Bündnis „Landesinitiative Demenz“ (LinDe) ist ein Kooperationsverbund aller Bremer Krankenhäuser mit der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz, der die Versorgung von Demenz-Patientinnen und Demenz-Patienten als besonderes Versorgungsziel aufgegriffen hat. Der Verbund kooperiert projektbezogen vor allem mit ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen, der Demenz Informations- und Koordinationsstelle (DIKS), den Gesundheitsämtern, Ärztinnen und Ärzten und dem Magistrat Bremerhaven.

Mit dem Konzept werden zur kontinuierlichen Sicherstellung und Verbesserung der Versorgung 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 Ortswechselln, größtmöglicher Aufenthalt in der eigenen Häuslichkeit, feste Bezugspersonen. Einrichtungen, die Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen versorgen, verfügen und praktizieren ein auf diese Personengruppe zugeschnittenes Versorgungskonzept. Diese Konzepte werden weiterentwickelt.
- Kontinuierliche Fortbildung zum Thema Demenz
- Die Berufsgruppen der Ärzte, psychologische Psychotherapeuten und der Pflegenden sowie weitere mit den Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in direktem Kontakt stehende Berufsgruppen werden über ein Qualifizierungsangebot im Umgang mit diesen Menschen geschult. Daneben sollen Schulungsangebote für Angehörige ausgebaut werden.

Handlungsempfehlungen

- Sensibilisierung zum Thema bei allen an der Versorgung Beteiligten.
- Förderung der Fort- und Weiterbildung zur Implementation von geeigneten Assessments zum frühzeitigen Erkennen von Demenz.
- Stärkere Förderung der Fortbildung und Information aller Berufsgruppen sowie Angehöriger zum Thema Demenz.
- Weitere Optimierung der auf das Erkrankungsbild angepassten Versorgung, insbesondere Reduzierung von Ortswechseln, größtmöglicher Aufenthalt in der eigenen Häuslichkeit, feste Bezugspersonen.
- Einrichtungen, die Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen versorgen, verfügen und praktizieren ein auf diese Personengruppe zugeschnittenes Versorgungskonzept. Diese Konzepte werden weiterentwickelt.

10. BEHANDLUNGSKETTEN UND NETZWERKE

Im Interesse der Patientinnen und Patienten 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 Konse in der stationären Versorgung ermöglicht werden, dass den Patientinnen und Patienten 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.
 - 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 Patientinformationen zum Zwecke der Therapie mit Zustimmung des Patienten 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 PATIENTINNEN UND PATIENTEN

Geschlechtsunterschiede, soziale Schicht und kultureller Hintergrund haben ebenfalls einen wichtigen Einfluss auf die Gesundheit und das Nutzungsverhalten gegenüber Versorgungsangeboten im Alter. Im Rahmen einer ganzheitlichen Versorgung gilt es, diese Unterschiede, persönlichen Bedarfe und geschlechtsspezifische Besonderheiten auch bei geriatrischen Patientinnen und Patienten zu beachten.

Dies dient auch dem Ziel, geriatrischen Patientinnen und Patienten zukünftig einen noch besseren Zugang zu den Versorgungsstrukturen, möglichst ohne Barrieren, zu ermöglichen.

Die Versorgung muss patientenorientiert sein und die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten achten. Die Patientin/ der Patient hat dabei die freie Wahl von Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Akteuren der pflegerischen und therapeutischen Gesundheitsfachberufe.

IMPRESSUM

Herausgeber	Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz Geschäftsstelle des Gemeinsamen Landesgremiums Referat 41 - Versorgungsplanung, Landesangelegenheiten Krankenhauswesen, Psychiatrie und Pflege Contrescarpe 72, 28195 Bremen
Verfasser	Arbeitsgemeinschaft „Geriatriekonzept“ im Auftrag des Gemeinsamen Landesgremiums
Stand	Juni 2018