

# Grundsätze zur geriatrischen Versorgung in Bayern



Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung

# Vorwort

Alte, kranke Menschen adäquat medizinisch versorgen! Diese Forderung stellt eine hochaktuelle Aufgabe unserer Gesundheits- und Altenpolitik in Bayern dar, der wir uns mit Nachdruck widmen wollen.

Daß die medizinische Versorgung unserer älteren Mitbürger, vor allem im stationären Bereich, mehrerer Verbesserungen bedarf, ist angesichts der Bevölkerungsentwicklung mit ihrer immer ungünstiger werdenden Altersstruktur eine naheliegende Erkenntnis. Ältere Menschen sind die am schnellsten wachsende Bevölkerungsgruppe. Dies gilt für Bayern ebenso wie für das Bundesgebiet. Waren es in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1950 noch 9,4% der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung, so ist dieser Altenanteil gegenwärtig bereits auf 15,6% angestiegen; er wird für das Jahr 2020 sogar mit 23% prognostiziert.

Ältere Menschen nehmen aber nicht nur zahlenmäßig zu, sie sind auch häufiger und länger krank als jüngere Menschen. Charakteristisch für das Auftreten von Krankheiten im höheren Lebensalter sind deutliche Störungen des Gleichgewichts zwischen Körper, Geist und sozialer Umgebung sowie eine Multimorbidität, d. h. das gleichzeitige Auftreten mehrerer Erkrankungen. Krankheiten nehmen im höheren Lebensalter oft einen schwerwiegenden Verlauf. Damit bleibende Behinderungen vermieden werden können, sind Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation durchzuführen.

Der Zweig der Medizin, der sich mit der Diagnose und Therapie alter, kranker Menschen befaßt, heißt Geriatrie. Wir wollen in Bayern die geriatrische Versorgung verbessern, d. h. die vorhandenen Versorgungsangebote im ambulanten und stationären Bereich stärker an die Bedürfnisse geriatrischer Patienten anpassen.

Wichtig ist es, einen Anfang zu machen, die Situation zu analysieren, Lücken in der gewachsenen medizinischen Versorgungsstruktur aufzuzeigen und flexible Lösungen anzubieten. Aus diesem Grunde sieht die erarbeitete Konzeption kein perfektionistisches System geriatrischer Einrichtungen vor, sondern enthält vielmehr „Grundsätze zur geriatrischen Versorgung in Bayern“.

Eine wesentliche Aussage unserer Konzeption bezieht sich auf die geriatrische Rehabilitation nach dem Grundsatz „Rehabilitation geht vor Dauerpflege“. Damit soll ein wichtiges Ziel unserer Bemühungen, nämlich die Erlangung größtmöglicher Selbständigkeit alter, kranker Patienten, die Gewährleistung ihrer eigenen Lebensführung, die Rückkehr in ihre gewohnte häusliche Umgebung nach einem Krankenhausaufenthalt und die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit angestrebt werden.

Herausgeber:  
Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung,  
Winzererstraße 9, 8000 München 40  
RB-Nr. 10/90/21

Herstellung:  
Druckerei Heinz Neubert GmbH, Bayreuth

Gleichzeitig wollen wir mit einer besonderen Förderung der Umwandlung nicht mehr benötigter Krankenhausakutbetten in Betten der geriatrischen Rehabilitation erreichen, daß sich die Fehlbelegungsquote in Akutkrankenhäusern vermindert.

Diese Konzeption stellt – rechtlich zugeordnet – ein Fachprogramm im Sinne des Art. 3 des Bayerischen Krankenhausgesetzes dar. Wir hoffen, daß es auf dieser Grundlage gelingt, schrittweise und regional ausgewogen den Aufbau einer flächendeckenden Versorgung mit leistungsfähigen geriatrischen Einrichtungen in Bayern nach dem Motto „nicht dem Leben Jahre, sondern den Jahren Leben schenken“ zu ermöglichen.

Unser Dank gilt allen, die an der Erarbeitung unserer Konzeption mitgewirkt haben, insbesondere den Mitgliedern des Unterausschusses Geriatrie des Bayerischen Krankenhausplanungsausschusses, die sehr sorgfältig alle Grundsatz- und Detailfragen geprüft und ausführlich beraten haben, bevor das Plenum des Bayerischen Krankenhausplanungsausschusses der Konzeption des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung am 9. Juli 1990 zugestimmt hat.

Bayerisches Staatsministerium  
für Arbeit und Sozialordnung

<b>1. Allgemeines</b> .....	7
1.1 Planungskonzeption .....	7
1.2 Ziele .....	8
<b>2. Situation in Bayern</b> .....	9
2.1 Demographische Entwicklung .....	9
2.2 Krankheit im Alter .....	9
2.3 Stationäre Versorgung alter, kranker Menschen .....	10
2.4 Pflegefallproblematik .....	11
<b>3. Das geriatrische Behandlungskonzept</b> .....	13
3.1 Begriff „Geriatric“ .....	13
3.2 Geriatric in der Arztpraxis .....	13
3.3 Geriatric im Akutkrankenhaus .....	14
3.4 Geriatric Rehabilitation .....	15
<b>4. Grundsätze zur Verbesserung der geriatricen Versorgung in Bayern</b> .....	18
4.1 Aus-, Weiter- und Fortbildung, berufliche Qualifikation .....	18
4.2 Ambulante Versorgung .....	19
4.2.1 Niedergelassene Ärzte .....	19
4.2.2 Sozialpflegerische Dienste .....	19
4.3 Stationäre Versorgung .....	19
4.3.1 Bedarf .....	19
4.3.2 Geriatricer Schwerpunkt im Akutkrankenhaus .....	20
4.3.3 Geriatric Rehabilitation .....	21
4.3.4 Geriatric Tagesklinik .....	22
4.4 Geriatric Nachsorge .....	23
<b>5. Realisierung der Grundsätze</b> .....	24
5.1 Verfahren .....	24
5.2 Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und dem Bayerischen Krankenhausgesetz (BayKrG) .....	24

<b>6.</b>	<b>Anhang</b>	26
<b>6.1</b>	<b>Empfehlungen zur Ausgestaltung der geriatrischen Versorgung</b>	26
	– Beschluß der Gesundheitsministerkonferenz vom 19./20.11.1987	26
	– Förderungskonzept des Bundes aus dem Jahre 1989	26
	– Beschluß des Landesgesundheitsrates vom 24.10.1988	27
	– Resolution des Landesseniorenrates vom 18.01.1990	27
	– Entschließung des 41. Bayerischen rztetages 1988	28
<b>6.2</b>	<b>Modellprojekt Bayreuth</b>	28
	– Struktur des Klinikums Bayreuth und seiner Geriatrischen Klinik (Abteilung)	28
	– Personelle Besetzung	29
	– Aufgabenstellung	30
	– Einzugsgebiet	31
	– Krankheitsbilder	31
	– Pflegesatz	32
	– Ergebnis des Modellversuchs	32

# 1. Allgemeines

## 1.1 Planungskonzeption

Infolge eines tiefgreifenden Wandels in der Entwicklung der Altersstruktur unserer Bevölkerung gewinnt eine adäquate medizinische Versorgung älterer Menschen immer mehr an Bedeutung. Mit dem Schlagwort „Geriatric“ ist der Zweig der Medizin angesprochen, der sich mit der Behandlung älterer, kranker Menschen befaßt. In diesem Sinne ist die Sicherstellung der geriatrischen Versorgung in Bayern – ohne Gerontopsychiatrie – Gegenstand dieser Planungskonzeption.

Bundesweit und landesweit bestehen bereits Bestrebungen, die geriatrische Versorgung zu verbessern. Generell geht es darum, die vorhandenen Versorgungsangebote im ambulanten und stationären Akutbereich an die Bedürfnisse geriatrischer Patienten anzupassen und ergänzend hierzu geeignete Rehabilitationsmöglichkeiten vorzusehen.

Zur Bewältigung dieser hochaktuellen Aufgabe sollen auf der Grundlage des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V), des Bayerischen Krankenhausgesetzes (BayKrG) und des Krankenhausplanes des Freistaates Bayern (KPI) planerische Rahmenbedingungen geschaffen und bestimmte Fördermöglichkeiten vorgeschlagen werden, die eine Realisierung der Zielvorstellungen erleichtern. An der Erarbeitung dieser Konzeption über die „Grundsätze zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung in Bayern“ durch die Bayerische Staatsregierung, vertreten durch das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, haben die im Bayerischen Krankenhausplanungsausschuß vertretenen Institutionen mitgewirkt. Sowohl die im Jahre 1985 tätig gewordene Arbeitsgruppe Geriatric im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung als auch der vom Bayerischen Krankenhausplanungsausschuß eingesetzte Unterausschuß Geriatric haben in mehreren Sitzungen wesentliche geriatrische Fragestellungen und Lösungsansätze erörtert.

Mit dieser Konzeption soll ein Einstieg in die Bewältigung der großen Problematik einer geeigneten Versorgung alter, kranker Menschen erfolgen. Gleichzeitig wird ein Auftrag des Bayerischen Landtags erfüllt (Beschluß vom 22.06.1989, LT-Drs. 11/12012), wonach die Bayerische Staatsregierung ersucht wurde, über die im Landesaltenplan aufgeführten Modellversuche hinaus zu prüfen, wie dem dringenden Bedarf nach geriatrischer Rehabilitation Rechnung getragen werden kann. Die schrittweise Umsetzung dieser Konzeption wird zeigen, ob damit der richtige Lösungsweg eingeschlagen wurde oder ob und ggf. welche Änderungen und Anpassungen notwendig sind.

Der Bayerische Krankenhausplanungsausschuß, mit dem in Fragen der Krankenhausplanung einvernehmliche Regelungen anzustreben sind (§7 KHG, Art.7 BayKrG), hat in seiner Sitzung am 09. Juli 1990 dem Versorgungskonzept zugestimmt. Dieses stellt ein Fachprogramm im Sinne des Art. 3 Satz 2 BayKrG dar.

## 1.2 Ziele

Ziel aller Verbesserungsmaßnahmen für ältere, kranke Menschen ist es, sie als Patienten adäquat behandeln zu können und zwar

- **ambulant** durch den niedergelassenen Arzt, durch sozialpflegerische Dienste und durch sonstige Altenbetreuungsmaßnahmen vor- und nachstationärer Art sowie
- **stationär** in Akutkrankenhäusern, geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen, geriatrischen Tageskliniken und Altenpflegeheimen.

Spezielles Behandlungsziel ist

- die Erlangung größtmöglicher Selbständigkeit alter Patienten,
- die Ermöglichung einer eigenständigen Lebensführung bzw. Rückkehr in die gewohnte häusliche, familiäre und sonstige soziale Umgebung und
- die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit.

Dieses Behandlungsziel wird insbesondere durch Maßnahmen der geriatrischen Rehabilitation angestrebt. Es gilt der Grundsatz „Rehabilitation geht vor Dauerpflege“.

Ziel dieser Konzeption ist es, Zug um Zug und regional ausgewogen den Aufbau einer flächendeckenden Versorgung mit leistungsfähigen geriatrischen Einrichtungen zu ermöglichen. Das Ziel soll vorrangig durch die Umwidmung nicht mehr benötigter Akutbetten in Betten der geriatrischen Rehabilitation erreicht werden.

Der Bayerische Krankenhausplanungsausschuß, mit dem in Fragen der Krankenhausplanung einvernehmliche Regelungen anzustreben sind (§7 KHG, Art.7 BayKrG), hat in seiner Sitzung am 09. Juli 1990 dem Versorgungskonzept zugestimmt. Dieses stellt ein Fachprogramm im Sinne des Art. 3 Satz 2 BayKrG dar.

## 1.2 Ziele

Ziel aller Verbesserungsmaßnahmen für ältere, kranke Menschen ist es, sie als Patienten adäquat behandeln zu können und zwar

- **ambulant** durch den niedergelassenen Arzt, durch sozialpflegerische Dienste und durch sonstige Altenbetreuungsmaßnahmen vor- und nachstationärer Art sowie
- **stationär** in Akutkrankenhäusern, geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen, geriatrischen Tageskliniken und Altenpflegeheimen.

Spezielles Behandlungsziel ist

- die Erlangung größtmöglicher Selbständigkeit alter Patienten,
- die Ermöglichung einer eigenständigen Lebensführung bzw. Rückkehr in die gewohnte häusliche, familiäre und sonstige soziale Umgebung und
- die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit.

Dieses Behandlungsziel wird insbesondere durch Maßnahmen der geriatrischen Rehabilitation angestrebt. Es gilt der Grundsatz „Rehabilitation geht vor Dauerpflege“.

Ziel dieser Konzeption ist es, Zug um Zug und regional ausgewogen den Aufbau einer flächendeckenden Versorgung mit leistungsfähigen geriatrischen Einrichtungen zu ermöglichen. Das Ziel soll vorrangig durch die Umwidmung nicht mehr benötigter Akutbetten in Betten der geriatrischen Rehabilitation erreicht werden.

## 2. Situation in Bayern

### 2.1 Demographische Entwicklung

Die Entwicklung zeigt, die maßgebenden Prognosen bestätigen es, daß der Anteil älterer Menschen (ab 65 Jahre) an der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik weiter erheblich ansteigt. Dieser Anteil läßt sich durch folgende Ist- und Prognosezahlen verdeutlichen:

im Jahre 1950 = 9,4% = 4 762 000 Personen  
im Jahre 1960 = 10,9% = 6 100 000 Personen  
im Jahre 1970 = 13,0% = 7 939 000 Personen  
im Jahre 1980 = 15,6% = 9 565 000 Personen  
im Jahre 1990 = 15,6% = 9 517 000 Personen  
im Jahre 2000 = 17,3% = 10 494 000 Personen  
im Jahre 2020 = 23,0% = 12 342 000 Personen.

Auch die durchschnittliche Lebenserwartung – als weitere Ursache für die ungünstige Altersstruktur – hat stark zugenommen. So ist die durchschnittliche Lebenserwartung seit der Jahrhundertwende um 75% gestiegen. Sie lag in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1950 bei 66,5 Jahren und beträgt gegenwärtig bei Männern 71,8 Jahre und bei Frauen 78,4 Jahre.

Infolge dieses festgestellten Trends wird die Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland – wie auch in allen westlichen Industriestaaten – im Laufe der nächsten 50 Jahre immer stärker altern. Nach einer Prognose der OECD wird bis zum Jahre 2040 die Altenlastquote, die das Verhältnis der älteren (65 Jahre und mehr) zu der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15 bis unter 65 Jahre) angibt, in allen EG-Ländern über 30%, in der Bundesrepublik Deutschland sogar 48% betragen.

Eine im wesentlichen gleichlaufende Entwicklung gilt auch für den Freistaat Bayern. Hier hat der Anteil der über 65 Jahre alten Menschen im Jahre 1988 15,2% betragen.

### 2.2 Krankheit im Alter

Der Mensch wird mit zunehmendem Alter immer häufiger und länger krank. Infolge des fortschreitenden Alterungsprozesses erschöpfen sich die körperlichen Heil- und Widerstandskräfte immer mehr. Das Auftreten von Krankheit im Alter ist insbesondere durch deutliche Störungen des Gleichgewichts zwischen Soma,

Psyche und sozialer Umgebung gekennzeichnet. Charakteristisch für Erkrankungen im höheren Lebensalter sind Multimorbidität, Multikausalität und spezifische Symptomatik mit kritischer Verschlechterung des Allgemeinzustandes sowie verzögerter Rekonvaleszenz. Hinzukommen veränderte Therapiewirksamkeiten, erhöhte Einschränkungen der Beweglichkeit und eine geschwächte Motivation zur Wiedergenesung. Auch psychische Störungen und Erkrankungen treten im höheren Lebensalter verstärkt auf, insbesondere demenzielle Erkrankungen und depressive Syndrome. Die Krankheitsanfälligkeit steigt. Krankheiten nehmen oft einen schwerwiegenden oder sogar chronischen Verlauf. Bleibende Behinderungen drohen.

Der Anteil der Kranken bei älteren Menschen über 65 Jahre ist etwa viermal so hoch wie bei Personen unter 40 Jahre.

Die häufigsten Erkrankungen, die zur Hilflosigkeit und Gebrechlichkeit im Alter führen können, sind

- Herz- und Kreislaufleiden,
- Hirngefäßerkrankungen (Schlaganfälle),
- Krebs,
- Nierenerkrankungen,
- Krankheiten des Bewegungsapparats,
- Beeinträchtigung der Seh- und Hörfähigkeit und
- psychische Erkrankungen.

Die zunehmend hohe Erkrankungshäufigkeit führt zu einer enormen Beanspruchung von Krankenhausleistungen. Die Krankenhaushäufigkeit im Alter steigt infolge der immer ungünstiger werdenden Altersstruktur weiter an.

## **2.3 Stationäre Versorgung alter, kranker Menschen**

Es hat sich gezeigt, daß für die stationäre Versorgung alter, kranker Menschen ein nahtloser Übergang von der Akutbehandlung zur Rehabilitation bis zur Pflege notwendig ist.

Es fehlen gegenwärtig

- geeignete Einrichtungen in Akutkrankenhäusern (geriatrische Schwerpunkte),

- Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation und
- Pflegeplätze in einer ausreichenden Zahl.

Die Folgen davon sind

- zu hohe Krankenhaushäufigkeit,
- zu lange Verweildauer im Krankenhaus,
- bescheidene Behandlungserfolge und
- Abqualifizierung zum Dauerpflegefall trotz Rehabilitationsfähigkeit.

Bei dieser Situation muß in erster Linie Abhilfe dadurch geschaffen werden, daß nach dem Grundsatz „Rehabilitation geht vor Dauerpflege“ spezielle Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation geschaffen werden. Als erste Maßnahme dieser Art sind geriatrische Rehabilitationskliniken in

- Augsburg mit 100 Betten zuzüglich einer Tagesklinik mit 20 Plätzen und
- Kitzingen mit 80 Betten und einer Tagesklinik mit 15 Plätzen

geplant. Die Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Krankenkassenverbände hat insoweit die Bereitschaft zum Abschluß von Versorgungsverträgen nach § 111 SGB V erklärt.

## 2.4 Pflegefallproblematik

Alte, vor allem hochbetagte Menschen, sind infolge verschiedener Krankheiten oft hilflos und gebrechlich. Sie bedürfen besonderer Pflege. Die ungünstige Altersstruktur führt daher zu einer gesteigerten Pflegefallproblematik.

Ausdruck dieser Problematik ist

- die Frage nach geeigneten ambulanten prä- und nachstationären Behandlungsformen,
- die Frage nach einer adäquaten Versorgung mit Pflegeplätzen,
- die Frage nach einer finanziellen Absicherung des Pflegefallrisikos,
- die schwierige Abgrenzung zwischen Pflegefall und Krankheitsfall und in diesem Zusammenhang die festgestellte Fehlbelegungsquote in Akutkrankenhäusern (Kurzbericht des Bundesarbeitsministeriums vom August 1989) und

- das Fehlen ausreichender Rehabilitationsmöglichkeiten für rehabilitationsfähige alte Patienten, die oft allzu schnell zum Pflegefall erklärt werden.

Im Rahmen dieser Konzeption interessiert vor allem die Frage eines Anspruches alter, kranker Menschen, erst dann zum Pflegefall erklärt zu werden, wenn alle rehabilitativen Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Wird eine solche Grundforderung für gerechtfertigt angesehen – dies ist auf der Grundlage des jedem Menschen zustehenden allgemeinen Persönlichkeitsrechtes nach Art. 2 GG und auch im volkswirtschaftlichen Interesse zu bejahen –, dann folgt daraus, daß Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation, d.h. Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation im Rahmen eines Gesamtsystems zur Verfügung gestellt werden müssen.

# 3. Geriatrisches Behandlungskonzept

## 3.1 Begriff „Geriatric“

Unter Geriatric versteht man die Altersheilkunde. Es handelt sich um den Zweig der Medizin, der sich mit Prävention, Erkennung und Behandlung von Krankheiten und Behinderungen befaßt, die besonders beim älteren Menschen vorkommen und zur Hilfsbedürftigkeit und zum Verlust der Selbständigkeit führen können. Nicht jeder alte Mensch über 65 Jahre ist im Krankheitsfalle ein geriatric Patient. Zum einen kommt es auf das biologische Alter an. Hierzu ist festzustellen, daß vorwiegend Hochbetagte, d. h. die mehr als 75-Jährigen geriatric behandelt werden müssen. Zum anderen ist für die Geriatric eine im Alter vermehrt auftretende Multimorbidität (gleichzeitig mehrere akute Krankheiten) und/oder Polypathie (gleichzeitiges Nebeneinander mehrerer chronischer Leiden und Gebrechen) kennzeichnend. Die Geriatric umfaßt, kurz ausgedrückt, die Diagnostik und Therapie biologisch alter, multimorbider Menschen mit akuten und/oder chronischen Erkrankungen. Das geriatric Behandlungskonzept erfordert eine schonende Diagnostik und besondere Therapiemodalitäten sowie Maßnahmen der Rehabilitation.

## 3.2 Geriatric in der Arztpraxis

Die Betreuung alter, kranker Menschen gehört zu den selbstverständlichen Aufgaben des niedergelassenen Arztes, des Hausarztes (praktischen Arztes und Gebietsarztes). Der niedergelassene Arzt behandelt viele Krankheiten auch beim alten Patienten ambulant. An ihn als Hausarzt wenden sich viele Patienten aufgrund eines lange Zeit bestehenden Vertrauensverhältnisses. Der Hausarzt beurteilt den Gesundheitszustand seines ihm bekannten Patienten, weist ihn notfalls in ein Akutkrankenhaus ein, empfiehlt die Durchführung von Maßnahmen der Rehabilitation, schlägt Maßnahmen einer intensiven Betreuung, im Falle der Pflegebedürftigkeit u. a. die Aufnahme in ein Pflegeheim vor und berät die Angehörigen. Der Hausarzt ist damit in die vielfältigen Entscheidungen der sozialen Lebensgestaltung alter Patienten einbezogen. Von Fall zu Fall kommt eine Überweisung an den Gebietsarzt in Betracht.

Wie festgestellt wurde, befinden sich von den älteren Patienten der ambulanten medizinischen Versorgung rund 57% beim Allgemein- und praktischen Arzt. Jeder dritte Patient einer Allgemeinpraxis hat das 65. Lebensjahr erreicht oder überschritten. Dazu kommen mit fortschreitendem Alter zunehmend Hausbesuche.

Es ist allerdings festzustellen, daß der niedergelassene Arzt oft zu wenig spezielle Kenntnisse in der Geriatrie aufweist. Dies hängt damit zusammen, daß im Rahmen der Aus- und Weiterbildung zum Gebietsarzt einschließlich des Allgemeinarztes entsprechende Defizite bestehen. Insoweit besteht ein Handlungsbedarf.

### 3.3 Geriatrie im Akutkrankenhaus

Da ein überdurchschnittlich hoher Anteil alter Menschen im Akutkrankenhaus liegt, spielt die geriatrische Versorgung im Akutkrankenhaus eine erhebliche Rolle. Ältere Patienten sind in Akutkrankenhäusern zu diagnostizieren, zu therapieren und meist im Frühstadium zu rehabilitieren. Infolge einer vielfach bestehenden Multimorbidität und/oder Polypathie liegen bei geriatrischen Patienten gleichzeitig mehrere akute und/oder chronische Krankheiten, d. h. mehrere Diagnosen vor, so daß – abgesehen von einer organspezifischen Behandlung – eine interdisziplinäre Betreuung im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtungsweise unter Einbeziehung sozialer Aspekte erfolgen muß. Man spricht insoweit von Akut- oder Primärgeriatrie, die nicht nur eine „Innere Medizin im höheren Lebensalter“ darstellt, wie manchmal behauptet wird, sondern wegen des Prinzips der Interdisziplinarität auch die (konsiliarische) Beteiligung anderer Fachrichtungen, wie z. B. Orthopädie, Neurologie und Urologie umfaßt. Dazu kommt, daß auch psychische Faktoren und die sozialen Lebensverhältnisse miteinbezogen werden müssen. Da außerdem beim alten, kranken Menschen die Gefahr der Immobilität besteht, muß bereits im akuten Krankheitsstadium eine aktivierende Behandlung und Pflege (Frührehabilitation) eingeleitet werden. Wesentlich für den Behandlungserfolg ist nämlich, daß möglichst früh und schon begleitend zur Akuttherapie mit rehabilitativen Maßnahmen begonnen wird.

Daraus leitet sich die Forderung ab, daß in den Akutkrankenhäusern Umorientierungen erfolgen und entsprechend fachliche, organisatorische und räumliche Voraussetzungen, ausgerichtet auf die spezifischen Bedürfnisse alter Menschen (geriatrische Schwerpunkte), geschaffen werden müssen.

Modellhaft wurde bereits die Einrichtung eines geriatrischen Schwerpunktes in der Form einer selbständigen akutgeriatrischen Abteilung, in der auch Maßnahmen der Frührehabilitation durchgeführt werden, im **Klinikum Bayreuth** erprobt. Die Ergebnisse dieses Modellversuchs sind sehr aufschlußreich. Es hat sich gezeigt, daß dort vor allem hochbetagte Patienten (über 80 Jahre) Aufnahme finden, die infolge von Multimorbidität einer speziellen Betreuung und Behandlung durch ein Team von Fachtherapeuten bedürfen (s. Anhang, Nr. 6.2).

Dieser Modellversuch wird durch die Zuordnung einer geriatrischen Tagesklinik erweitert, um aufzuzeigen, daß ein Teil der Patienten auch teilstationär – kostengünstiger als vollstationär –, vor allem rehabilitativ behandelt werden kann. Aus diesem Grunde wurde unter Mitwirkung des Bayerischen Krankenhausplanungsausschusses beschlossen, im Klinikum Bayreuth eine geriatrische Tagesklinik einzurichten und diese der akutgeriatrischen Abteilung zuzuordnen.

### **3.4 Geriatrische Rehabilitation**

Auf der Rehabilitation im Alter liegt ein besonderer Nachdruck, da beim alten, kranken Patienten häufiger als beim jungen Menschen eine Behinderung droht oder bereits eingetreten ist. Dazu kommt als besonderer Umstand, daß viele alte Menschen allein leben und daher keine familiäre Zuwendung und Betreuung erfahren. Im Falle der Krankheit alter Menschen sind daher häufig Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation angezeigt und dringend notwendig.

Nach § 11 Abs. 2 SGB V bezwecken Leistungen der medizinischen Rehabilitation

- die Vorbeugung einer drohenden Behinderung,
- die Beseitigung oder Besserung einer Behinderung,
- die Verhütung einer Verschlimmerung und
- die Vermeidung oder Minderung einer Pflegebedürftigkeit.

Die medizinische Rehabilitation läßt sich, obwohl die Übergänge fließend sind, in drei Formen einteilen:

#### **– die präventive Rehabilitation**

Zweck ist es, durch vorbeugende Maßnahmen (regelmäßig ärztliche Kontrollen, Vorsorgeuntersuchungen, Bekämpfung von Risikofaktoren, Behandlung von Ernährungsfragen, Beratung über aktivierende Maßnahmen, Sport im Alter) eine erhebliche Minderung der Leistungsfähigkeit zu vermeiden. Je länger z. B. eine Bettlägerigkeit dauert, desto wahrscheinlicher wird der Verlust der Gehfähigkeit. Rasche Mobilität gehört zu den wichtigsten vorbeugenden Maßnahmen. Die präventive Rehabilitation fällt hauptsächlich in den Aufgabenbereich des niedergelassenen Arztes.

#### **– die erhaltende Rehabilitation**

Zweck ist es, bei dem schon behinderten, chronisch kranken Patienten mittels aktivierender Maßnahmen ein Fortschreiten der Behinderung zu vermeiden. Die erhaltende Rehabilitation ist Grundlage jeder geriatrischen Krankenhausbehandlung.

### – die kurative Rehabilitation

Zweck ist es, die durch bestimmte Erkrankungen verlorenen Fähigkeiten wieder zu gewinnen, Funktions- und Leistungsdefizite zu verringern, beispielsweise die Funktion einer gelähmten Körperhälfte wiederherzustellen oder die Gehfähigkeit nach Schenkel-Hals-Fraktur wieder zu erreichen. Die kurative Rehabilitation findet vorwiegend in stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen statt. Maßnahmen der erhaltenden und kurativen Medizin sind meist miteinander zu kombinieren.

Als **Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation** kommen in Betracht:

### – Aktivierende Pflege

Die aktivierende Pflege ist eine Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Rehabilitation des bettlägerigen alten Menschen. Hierzu bedarf es besonders ausgebildeter und geschulter Pflegekräfte, die mit den Prinzipien der Pflege geriatrischer Patienten vertraut sind.

### – Physikalisch-medizinische Wirkprinzipien

Die entscheidenden Methoden in der medizinischen Rehabilitation somatischer Behinderungen sind aktive Maßnahmen der Physikalischen Medizin:

#### **Krankengymnastik**

Infolge der Vielzahl von Erkrankungen des Bewegungsapparates spielt die Krankengymnastik eine zentrale Rolle. So sind der Erhalt und die Wiedergewinnung von Gelenkbeweglichkeit und koordinierter Kraft nur durch eine konsequente auf den alten Menschen abgestimmte Krankengymnastik zu erreichen.

#### **Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)**

Die Ergotherapie dient der Funktionsertüchtigung. Durch gezielte Übungen können verlorengegangene oder gestörte Funktionen, z. B. Lähmungserscheinungen, Koordinationsstörungen wiedererlernt bzw. geschult werden. Ein besonderer Aspekt der Ergotherapie liegt in der Möglichkeit des kreativen Schaffens (z. B. Töpferei).

### – Wasser-, Massage-, Wärmetherapie und andere Maßnahmen

Als passive physikalisch-medizinische Maßnahmen kommen die Hydrotherapie (Wechselbäder), Massagen (z. B. Unterwassermassagen), die Wärmetherapie (Moorerde, Fango), die Kältetherapie (Kältepackungen) und die Elektrotherapie (Dezimeterwelle) in Betracht. Solche Maßnahmen können sich schmerzlindernd, z. B. bei Muskelverspannungen auswirken.

### – Neuropsychologische Rehabilitation

Von den typischen Defiziten im Alter, wie Ausfällen des Sehens und des Gedächtnisses, sind vor allem schwere Störungen der Sprache und des Sprachverständ-

nisses zu nennen. Insoweit kommt der Logopädie, der Sprachheilkunde, eine besondere Bedeutung zu.

Rehabilitationsmaßnahmen in diesem Sinne finden Anwendung

- im Stadium der Frührehabilitation, vor allem in Akutkrankenhäusern und
- im Stadium der Langzeitrehabilitation, vor allem in besonderen Rehabilitationseinrichtungen.

## 4. Grundsätze zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung in Bayern

### 4.1 Aus-, Weiter- und Fortbildung, berufliche Qualifikation

Infolge der bestehenden Aus-, Weiter- und Fortbildungsdefizite ist es ein vorrangiges Ziel dieser Konzeption, den **Ärzten** verstärkt ein spezielles Fachwissen über die Alterskrankheiten und die damit zusammenhängenden Behandlungskonzepte zu vermitteln. Dies gilt auch für das **Pflegepersonal** im Rahmen seiner Aufgaben, die auf eine patientenorientierte Pflege ausgerichtet sein sollten.

Es wird daher die Forderung erhoben, daß

- an den Universitäten verstärkt Vorlesungen über Geriatrie stattfinden, d. h. interdisziplinäre Ringvorlesungen in das Ausbildungsprogramm für Medizinstudenten aufgenommen werden,
- verstärkt Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte im Bereich der Geriatrie durchgeführt werden und
- verstärkt Fortbildungskurse für das Pflegepersonal veranstaltet werden, damit qualifizierte, d. h. in der Betreuung alter, kranker Menschen erfahrene Pflegekräfte eingesetzt werden können.

Die Forderung zur ärztlichen Ausbildung und Ausgestaltung der universitären Vorlesungsprogramme richtet sich an alle bayerischen Universitäten sowie an das Bayerische Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst.

Für die Forderung zur ärztlichen Weiter- und Fortbildung ist vor allem die Bayerische Landesärztekammer zuständiger Adressat.

Zur ärztlichen Qualifikation wird bemerkt, daß die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie das Zertifikat „Alterskrankheiten“ für in der Geriatrie „weitergebildete“ Ärzte und das Zertifikat „Geriatrie“ für Gebietsärzte der Inneren Medizin nach mindestens zweijähriger Weiterbildung in der Geriatrie verleiht. Diese Zertifikate begründen jedoch keine Qualifikation im Sinne der ärztlichen Weiterbildungsordnung. Nach der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns (– Fassung vom 1. Januar 1988 –) ist weder das Gebiet oder Teilgebiet „Geriatrie“ vorgesehen noch eine entsprechende Zusatzbezeichnung möglich.

Die Forderung zur Fortbildung des Pflegepersonals gilt vor allem den Krankenhäusern, in denen geriatrisch ausgebildete und erfahrene Ärzte tätig sind und einen geriatrischen Schwerpunkt leiten.

## **4.2 Ambulante Versorgung**

### **4.2.1 Niedergelassene Ärzte**

Bei der geriatrischen Grundversorgung haben die niedergelassenen Ärzte als Hausärzte (praktische Ärzte und Gebietsärzte) eine wesentliche Aufgabe zu leisten. Zu fordern ist allerdings, daß die damit verbundenen Aufgaben zum Gegenstand der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung gemacht werden.

### **4.2.2 Sozialpflegerische Dienste**

Die in Bayern geschaffenen sozialpflegerischen Dienste erbringen wichtige Hilfeleistungen der ambulanten Haus- und Krankenpflege gerade für ältere Patienten. Durch die vielfältigen Dienstleistungsangebote, vor allem der 323 Sozialstationen und 499 Krankenpflegestationen kann der Umzug in ein Alten- oder Pflegeheim hinausgeschoben oder ganz vermieden werden oder ein Krankenhausaufenthalt überflüssig oder abgekürzt werden.

Für ambulante sozialpflegerische Dienste ist eine staatliche Förderung nach Maßgabe besonderer Richtlinien des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 15.11.1985 vorgesehen. In den kommenden Jahren wird der weitere Auf- und Ausbau des sozialpflegerischen Dienstes konsequent fortgeführt werden.

## **4.3 Stationäre Versorgung**

### **4.3.1 Bedarf**

Die Bedarfsfrage für stationäre Aufenthalte geriatrischer Patienten in Akutkrankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen ist sehr schwierig zu beurteilen. Es gibt verschiedene Bedarfsansätze (meist Schätzzahlen). Die eingehende Diskussion hierzu bei den Beratungen des Unterausschusses Geriatrie hat zu der Erkenntnis geführt, daß eine exakte Bedarfsschlüsselzahl nicht festgesetzt werden kann.

Fraglich ist daher, wieviele Betten der geriatrischen Rehabilitation zur Deckung des Bedarfs in Bayern notwendig sind. Insoweit gilt der Grundsatz, daß spezielle Betten der geriatrischen Rehabilitation nicht neu geschaffen werden sollen, sondern daß vielmehr bestehende Akutbetten in Rehabilitationsbetten umzuwandeln sind.

Über das Ausmaß dieser Umwandlung gibt ein Gutachten des Krankenhausinstituts der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Wissenschaftlichen Insti-

tuts der Ortskrankenkassen aus dem Jahre 1987 über die „Untersuchung von Organisationsformen zur adäquaten stationären Versorgung von Alters- und Langzeitkranken“ nähere Anhaltspunkte. Darin wurde festgestellt, daß ca. 11 v.H. aller Krankenhausfälle in Akutkrankenhäusern der Bundesrepublik Deutschland Alters- und Langzeitkranke im weitesten Sinne gewesen und 132600 Betten in allgemeinen Krankenhäusern von sogenannten Langliegern ab 65 Jahren belegt gewesen sind. Wird nun – wie in diesem Gutachten dargelegt – davon ausgegangen, daß ein Anteil von 30 v.H. bzw. 60 v.H. dieser Akutbetten in Rehabilitationsbetten umgewandelt werden muß, dann errechnet sich, bezogen auf das Bundesgebiet ein Rehabilitationspotential von 24 450 (bei 30 v.H.) bzw. von 48 900 Betten (bei 60 v.H.).

Auf Bayern bezogen würde diese Zahl entsprechend den Empfehlungen dieses Gutachtens – bei rund 88000 Akutbetten – etwa mit 4000 bis 8000 Rehabilitationsbetten anzusetzen sein. Wird hierbei unterstellt, daß es sich bei den „Langliegern“ bis zu 50 v.H. um „echte“ geriatrische Patienten handelt, dann könnte für das Gebiet des Freistaates Bayern angenommen werden, daß etwa bis 2000 (maximal 4000) Betten der geriatrischen Rehabilitation geschaffen werden müßten. Diese Aussage ist zwar nicht präzise, gibt aber doch einen Überblick über die Größenordnung dieser Betten in Bayern.

#### **4.3.2 Geriatrischer Schwerpunkt im Akutkrankenhaus**

Unter einem geriatrischen Schwerpunkt ist die Einrichtung einer ärztlichen Instanz zu verstehen, die dafür sorgt und dafür verantwortlich ist, daß

- akutgeriatrische Therapiemaßnahmen koordiniert werden,
- die benötigten Fachgebiete konsiliarisch verfügbar sind und nach Maßgabe eines bestimmten Therapiekonzeptes eingeschaltet werden,
- Maßnahmen der Frührehabilitation ergriffen werden,
- die Weiterleitung an eine geriatrische Rehabilitationseinrichtung bzw. an ein Pflegeheim erfolgt,
- mit niedergelassenen Ärzten kooperiert wird und
- Fortbildungskurse für Ärzte und das Pflegepersonal veranstaltet werden.

Wesentliches Element des geriatrischen Schwerpunktes ist daher ein mit besonderen Kompetenzen ausgestatteter Arzt, bei dem vorausgesetzt wird, daß er besondere Kenntnisse und Erfahrungen der Geriatrie aufweist. Dieser Arzt wird im Regelfall in die Organisationsstruktur des Akutkrankenhauses integriert sein, sei es als Chefarzt oder Oberarzt einer Abteilung, sei es als Leiter einer geriatrischen

schen Tagesklinik. Die Zuweisung der Kompetenz obliegt dem Krankenhausträger.

Was die Standortfrage betrifft, kommen Krankenhäuser in Betracht, die für die Einrichtung eines geriatrischen Schwerpunktes geeignet sind. Diese Voraussetzung erfüllen alle Krankenhäuser mit einem entsprechenden Aufgabenzuschnitt, einer entsprechenden Größenordnung und mit einer entsprechenden personellen und räumlichen Ausstattung. Dies können grundsätzlich Krankenhäuser aller Versorgungsstufen sein. Über die Eignung wird im Einzelfall unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten entschieden.

Außerdem kann es sinnvoll sein, an einigen größeren Krankenhäusern in Bal lungszentren (Versorgungsstufen III und IV) selbständige geriatrische Abteilungen einzurichten, deren Leiter die Aufgaben eines geriatrischen Schwerpunktes wahrnimmt. Auch insoweit gilt der Grundsatz der Umwidmung zur Vermeidung von Bettenmehrungen.

### **4.3.3 Geriatrische Rehabilitation**

Die wichtige Phase der geriatrischen Rehabilitation findet in selbständigen Reha bilitationskliniken oder Rehabilitationsabteilungen von Akutkrankenhäusern statt. Wichtig ist, daß ein beim alten Menschen noch vorhandenes Rehabilitationspo tential erkannt, seine Rehabilitationsfähigkeit festgestellt und gezielt zum Gegen stand von Rehabilitationsmaßnahmen gemacht wird. In Frage kommen vollstatio näre und teilstationäre Formen. Es handelt sich um Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation.

Die Anspruchsgrundlage für Leistungen der medizinischen Rehabilitation bilden die einschlägigen Vorschriften des SGB V (§§ 40, 107 Abs.2 und 111), die durch das Gesundheits-Reformgesetz mit Wirkung vom 01.01.1989 eingefügt wurden und an die Stelle des § 184a RVO getreten sind. Nach Maßgabe dieser Vorschrif ten sind die Krankenkassen nunmehr zu Leistungen der medizinischen Rehabili tation verpflichtet, unter der Voraussetzung, daß ambulante Rehabilitationsmaß nahmen nicht ausreichen und mit der Rehabilitationseinrichtung ein Versorgungs vertrag nach § 111 SGB V abgeschlossen wird (§ 40 Abs.2 SGB V).

Maßgebend für eine Einrichtung der medizinischen Rehabilitation ist die Begriffs bestimmung des § 107 Abs.2 SGB V. Danach müssen

- das medizinische Leistungsangebot auf Rehabilitation abzielen, d. h. geeignet sein, einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu besei tigen oder zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten oder Pflegebe dürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern,

- die Einrichtung fachlich-medizinisch, d. h. entsprechend personell ausgestattet sein,  
um den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan speziell therapeutisch, d. h. mit Maßnahmen der Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie zu verbessern und
- stationäre Unterbringungsmöglichkeiten vorgesehen sein.

Alle unter Nummer 3.4 genannten Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation kommen bei der geriatrischen Rehabilitation zur Anwendung.

Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation in der Form von selbständigen Kliniken sind möglichst Akutkrankenhäusern mit geriatrischem Schwerpunkt zuzuordnen. Sie können nach Sachlage aber auch an leistungsfähige Alten- und/oder Pflegeheime angegliedert werden. Damit soll ein nahtloser Übergang zwischen der Phase der Akutversorgung und der Phase der Rehabilitation sowie der Phase der Pflege erreicht werden.

Die Anerkennung von Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation setzt voraus, daß

- ein regionaler Bedarf besteht,
- der richtige Standort des Projektes gewählt ist und
- das Projekt nach seinem räumlichen Zuschnitt, sowie seiner personellen und apparativen Ausstattung für die Aufgabenstellung geeignet ist.

#### **4.3.4 Geriatrische Tagesklinik**

Tageskliniken sind teilstationäre Einrichtungen, in denen vor allem rehabilitativ-therapeutische Maßnahmen für Patienten durchgeführt werden, die keiner vollstationären Behandlung (mehr) bedürfen. Dies setzt die Transportfähigkeit der Patienten voraus, die tagsüber in der Tagesklinik betreut und therapiert werden, die Nacht aber zu Hause verbringen.

Es hat sich gezeigt, daß geriatrische Patienten je nach Krankheitszustand und Mobilität in geeigneter Weise in einer Tagesklinik behandelt werden können. Neben den Möglichkeiten medizinischer Diagnostik stehen die Rehabilitationstherapie, wie Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie sowie die soziale Betreuung im Vordergrund.

Durch eine geriatrische Tagesklinik können

- unnötige stationäre Einweisungen vermieden,
- ein vollstationärer Aufenthalt im Akutkrankenhaus abgekürzt,
- der Übergang von der vollstationären zur ambulanten (hausärztlichen) Betreuung erleichtert,
- Nachkontrollen diagnostischer und therapeutischer Art durchgeführt,
- Rehabilitationsmaßnahmen aufeinander abgestimmt und konzentriert durchgeführt und
- zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung weitgehender Unabhängigkeit geriatrischer Patienten im Bereich des täglichen Lebens und innerhalb der gewachsenen sozialen Beziehungen beigetragen und damit die Aufnahme in ein Pflegeheim verhindert oder hinausgeschoben werden.

Die Einbindung von Tageskliniken in die Gesamtversorgung soll modellhaft erprobt werden. Tageskliniken können – je nach Lage des Einzelfalls und der regionalen Gegebenheiten – sowohl zu den Einrichtungen eines geriatrischen Schwerpunktes im Akutkrankenhaus gehören (Rechtsgrundlage: KHG, Krankenhausplan) als auch als teilstationäre Einrichtungen der Rehabilitation in Zuordnung zu einer vollstationären Rehabilitationsklinik betrieben werden (Rechtsgrundlage: Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V). Wegen der Transporthäufigkeit und zur Erleichterung der Organisation von Sammeltransporten bieten sich als Standorte für Tageskliniken vor allem großstädtische Ballungszentren an.

#### **4.4 Geriatrische Nachsorge**

Im Rahmen eines Gesamtsystems ist die Sicherstellung der ambulanten Nachsorge ebenfalls wichtig. Diese setzt voraus, daß auch in den geriatrischen Rehabilitationskliniken ein Sozialdienst eingerichtet wird, der um die vielfältigen Kontakte zu nachstationären Betreuungsdiensten einschließlich des Hausarztes bemüht ist. Zu diesen nachstationären Einrichtungen gehören Sozialstationen und Krankenpflegestationen (s. Nr. 4.2.2) ebenso wie Haus- und Familienpflegeschwestern, Nachbarschaftshilfen, Dorfhelferinnenstationen, Altenservicezentren und sonstige Altenbetreuungsmaßnahmen. Durch eine betreuende Begleitung nach Entlassung aus einer Rehabilitationsklinik oder einer anderen stationären Einrichtung können Probleme im häuslichen Bereich beseitigt oder doch gemildert werden.

## **5. Realisierung der Grundsätze**

### **5.1 Verfahren**

Zur Erreichung der Ziele (Nr. 1.2) auf der Grundlage der in Abschnitt Nr.4 dargestellten Grundsätze bedarf es der Realisierung geeigneter Projekte der geriatrischen Versorgung.

Dies setzt voraus, daß

- von den Krankenhaus- und Projektträgern entsprechende Initiativen ergriffen,
- von den Krankenhaus- und Projektträgern zusammen mit den Kostenträgern regionale Konzepte entwickelt,
- von Krankenhausträgern Entscheidungen über innerstrukturelle Maßnahmen zur Schaffung geriatrischer Schwerpunkte getroffen,
- mit Kostenträgern Versorgungsverträge nach § 111 SGB V abgeschlossen und
- einzelne Maßnahmen vom Sozialministerium im Rahmen seiner Zuständigkeit genehmigt werden.

Bei allen Initiativen ist zu beachten, daß grundsätzlich bei der Schaffung geriatrischer Einrichtungen keine Bettenmehrungen eintreten und Betten der geriatrischen Rehabilitation vor allem durch Umwidmung nicht mehr bedarfsnotwendiger Akutbetten entstehen.

Zuständiges Gremium für die Koordinierung von Maßnahmen ist – unter Beachtung der gesetzlichen Entscheidungsbefugnisse – der Unterausschuß Geriatrie des Bayerischen Krankenhausplanungsausschusses, der seinerseits dem Plenum des Bayerischen Krankenhausplanungsausschusses seine Empfehlungen und Vorschläge zu den Projekten unterbreitet.

### **5.2 Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und dem Bayerischen Krankenhausgesetz (BayKrG)**

Für Maßnahmen, die in den Geltungsbereich des KHG fallen (z.B. Einrichtung einer geriatrischen Tagesklinik als Bestandteil eines geriatrischen Schwerpunktes im Akutkrankenhaus), erfolgt eine Förderung nach Maßgabe der einschlägigen Bestimmungen des KHG und BayKrG.

Für Maßnahmen der geriatrischen Rehabilitation (vollstationär und teilstationär) entfällt eine Förderung nach dem KHG (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 KHG). Im Rahmen der Zulassung von solchen Rehabilitationskliniken nach Abschluß eines Versorgungsvertrages nach § 111 SGB V werden Investitionskosten bei den Vereinbarungen mit den Krankenkassen über die Pflegesätze berücksichtigt.

Um die Umwidmung nicht mehr bedarfsnotwendiger Akutbetten in Betten der geriatrischen Rehabilitation zu erleichtern, erfolgt eine Förderung der Umstellungskosten nach Maßgabe der Bestimmungen des Bayerischen Krankenhausgesetzes, das zu diesem Zweck entsprechend geändert wurde. Die Grundlage dafür bildet eine Bedarfsfeststellung des Sozialministeriums.

## 6. Anhang

### 6.1 Empfehlungen zur Ausgestaltung der geriatrischen Versorgung

#### – Beschluß der Gesundheitsministerkonferenz vom 19./20.11.1987

Nach Auffassung der 57. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder vom 19./20.11.1987 soll eine qualitativ adäquate stationäre Versorgung für geriatrische Patienten ohne Schaffung zusätzlicher Kapazitäten durch Umwidmung nicht mehr bedarfsnotwendiger Betten geschaffen werden.

Zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung wird vorgeschlagen:

- Qualifizierung bestehender Krankenhausabteilungen, insbesondere im Bereich der Inneren Medizin, was die personelle Ausstattung mit Ärzten, Pflegepersonal und Vertretern der Hilfsberufe, wie Logopädie, Ergotherapie, Physikalische Therapie betrifft,
- Einrichtung von geriatrischen Schwerpunkten in Fachabteilungen (Innere Medizin),
- Einrichtung von Fachabteilungen für Geriatrie an größeren Krankenhäusern, die über Fachabteilungen für Innere Medizin und Chirurgie sowie weitere Fachabteilungen für Neurologie, Orthopädie, Urologie und Augenheilkunde verfügen,
- Einrichtung von geriatrischen Tageskliniken – in Anbindung an Krankenhäuser – , da diese für die Remobilisierung alter Menschen geeignet sind und durch sie eine vollstationäre Behandlung vermieden oder abgekürzt werden kann,
- in der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte sowie der Heil- und Hilfsberufe verstärkte Berücksichtigung der ganzheitlichen Betrachtungsweise des alten Menschen und
- engere Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, Sozialstationen, Altenhilfeeinrichtungen und anderen Diensten.

Nicht empfohlen wird die Einrichtung zusätzlicher geriatrischer Fachkrankenhäuser.

#### – Förderungskonzept des Bundes aus dem Jahre 1989

Ausgehend vom „Zweiten Bericht über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation“ (BT-Drs. 11/4455) hat der Bund nach dem Grundsatz

„ambulant geht vor stationär“ ein dreigliedriges System rehabilitativer Einrichtungen, bestehend aus ambulanten, teilstationären und vollstationären Einrichtungen entwickelt und folgendes vorgeschlagen:

- Ausbau geriatrischer Ambulanzen an Krankenhäusern und Sozialstationen,
- Schaffung von geriatrischen Tageskliniken in Anbindung an geriatrische Rehabilitationsabteilungen oder geriatrische Krankenhäuser und
- Aufbau einer vollstationären medizinischen Rehabilitation in speziellen Krankenhausabteilungen oder in selbständigen Rehabilitationskliniken. Diese rehabilitativen Einrichtungen sollen von einem Facharzt für Innere Medizin mit geriatrischer Erfahrung geleitet werden und mit Orthopäden, Neurologen, Psychiatern, Urologen, Gynäkologen, Chirurgen und Ophthalmologen kooperieren. Den besonderen Anforderungen der geriatrischen Patienten sollen der Pflegedienst, die Physikalische Therapie, die Krankengymnastik, die Ergotherapie und Logopädie angepaßt werden. Außerdem sollen Angebote für Freizeitgestaltung, psychische und seelsorgerische Betreuung sowie Sozialdienste vorgehalten werden.

Zur Unterstützung bei der Umsetzung dieser Konzeption bietet der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung die Förderung von Modelleinrichtungen zur geriatrischen Rehabilitation (in Höhe von 45% der Investitionskosten) an.

#### – **Beschluß des Landesgesundheitsrates vom 24.10.1988**

Der Bayerische Landesgesundheitsrat, ein gesundheitspolitisches Gremium zur Beratung aller auf dem Gebiet des Gesundheitswesens tätigen Kräfte, setzt sich für eine schwerpunktmäßig in Allgemeinkrankenhäuser eingebundene akutstationäre geriatrische Versorgung ein. Geriatrische Abteilungen, die durch Umstrukturierung ohne zusätzliche Betten geschaffen werden können, sollen wegen der notwendigen Verbindung zu anderen Fachdisziplinen in Krankenhäusern der III. und IV. Versorgungsstufe in Betracht kommen. Geriatrische Tageskliniken in Anbindung an Krankenhäuser sollen als Ergänzung zur ambulanten Tätigkeit der niedergelassenen Ärzte verstärkt geschaffen werden. Die Fortbildung im Bereich der Geriatrie soll verstärkt, jedoch keine Gebietsbezeichnung Geriatrie eingeführt werden.

#### – **Resolution des Landesseniorenrates vom 18.01.1990**

Der Bayerische Landesseniorenrat befürwortet und unterstützt die Absicht der Bayerischen Staatsregierung zur beschleunigten Verwirklichung einer Konzeption zur Errichtung von geriatrischen Abteilungen samt Tageskliniken zur geriatrischen Behandlung und Rehabilitation in Anbindung an geeignete Akutkranken-

häuser. Zusätzlich sollen Maßnahmen zur Verbesserung der allgemeinen geriatrischen Grundversorgung getroffen werden.

### **– Entschließung des 41. Bayerischen Ärztetages 1988**

Der 41. Bayerische Ärztetag hat die Bayerische Staatsregierung dringend ersucht, für erforderliche Rehabilitations- und Nachsorgemaßnahmen nach schwerer akuter organischer Erkrankung älterer Patienten im Rahmen des Krankenhausplans Nachsorgebetten bereitzustellen.

## **6.2 Modellprojekt Bayreuth**

### **– Struktur des Klinikums Bayreuth und seiner Geriatrischen Klinik (Abteilung)**

Das Klinikum Bayreuth ist ein Krankenhaus der III. Versorgungsstufe, das mit 598 Betten im Krankenhausplan aufgenommen ist. In diesem Krankenhaus wurde eine geriatrische Abteilung mit 40 Betten eingerichtet, die seit 04.06.1986 in Betrieb ist und Modellcharakter hat.

Bettenführende Fachabteilungen des Klinikums sind Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Anästhesiologie und Intensivmedizin, Med. Klinik I (Schwerpunkt Gastroenterologie), Med. Klinik II (Schwerpunkt Kardiologie), Geriatrie, Pädiatrie, Strahlentherapie. Daneben gibt es Belegabteilungen für Augenheilkunde, HNO-Krankheiten und Kieferchirurgie sowie eine Abteilung für Röntgendiagnostik und ein Institut für Pathologie. Die Chefarzte der Geriatrischen und der Orthopädischen Klinik leiten gemeinsam auch die nichtbettenführende Abteilung für Physikalische Therapie. Die Stationen des Hauses haben mit Ausnahme der Kinderklinik einen einheitlichen Grundriß und umfassen jeweils 40 Betten in 4 Einbettzimmern, 14 Zweibettzimmern und 2 Vierbettzimmern. Die Geriatrische Klinik hat deshalb nur eine Station. Diese unterscheidet sich in ihrer Ausstattung kaum von den anderen internistischen oder auch chirurgischen Stationen. Allerdings verfügt sie über zwei EKG-Monitore und einen Blutdruck-Monitor, mit denen eine vorübergehende Überwachung von Herzrhythmus und Kreislauf einzelner Patienten möglich ist, was sehr oft die für Hochbetagte besonders belastende Verlegung auf die Intensivstation verhindern kann, ohne daß hier eine verkappte Intensivstation in der Geriatrie bestünde.

Außerdem verfügt die Geriatrische Klinik über ein spezielles Luftkissenbett zur Prophylaxe und Therapie von Dekubitalgeschwüren (Wundliegen) sowie über einen Klein-Computer zum zerebralen Training hirnleistungsgeminderter Patienten und ein Personal-Computer-System zur geriatrisch-spezifischen wissenschaftlich-statistischen Erfassung und Auswertung der Patientenstruktur.

## – Personelle Besetzung

Personelle Besetzung im ärztlichen Bereich:

Bei Inbetriebnahme 1986 bestand ein Stellenplan von

- 1 Ltd. Arzt (Internist)
- 1 Oberarzt (Internist)
- 1 Oberarzt (Neurologe und Psychiater, gleichzeitig Konsiliarius für das gesamte Klinikum)
- 2 Assistenzärzten (in Weiterbildung zum Internisten)

Aufgrund der Notwendigkeit, die Bereitschaftsdienste tarifkonform zu gestalten, kam am 01.01.1988 eine 5/10 Assistenzarztstelle hinzu. Eine der Assistenzarztstellen ist derzeit mit 2 Ärzten im Praktikum besetzt.

Der leitende Arzt ist derzeit zur Weiterbildung im Fach Innere Medizin für nur 1 Jahr berechtigt (ein weiteres Jahr ist beantragt) sowie zur vollen Weiterbildung zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie. Er ist weiterhin (als einzige Stelle in Bayern) ermächtigt, die Zertifikate „Geriatric“ und „Alterskrankheiten“ der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie zu vergeben.

Personelle Besetzung im Pflegebereich:

Für die 40-Betten-Station wurden von der Pflegedienstleitung zunächst nur 15,5 (2,6:1) Pflege-Planstellen inkl. Nachtwache bereitgestellt. Dies führte bereits im Jahre 1986 zumal bei der unerwartet hohen Belegung zu einer völligen Überlastung des Pflegepersonals mit der Folge rascher Abwanderung qualifizierter und hochmotivierter Mitarbeiter. Erst nach Anhebung der Stellenzahl auf 19,5 (2,1:1) konnten die Pflegequalität angehoben und die Arbeitsbedingungen einigermaßen erträglich gestaltet werden, obwohl eine weitere Aufstockung dringend zu wünschen wäre.

Personelle Besetzung im Therapiebereich:

Das nachgeordnete „therapeutische Team“, das für eine ganzheitliche Geriatrie unerlässlich ist, besteht aus den Mitarbeitern der Abteilung für Physikalische Therapie (Bädermedizin und Massage, Krankengymnastik, Ergotherapie, wobei vor allem bei den beiden letzteren erhebliche personelle Engpässe bestehen), aus der Sozialarbeiterin und dem Logopäden des Klinikums und aus den Krankenhausseelsorgern sowie dem von ihnen geleiteten Besuchsdienst.

Über Drittmittel werden derzeit 1,5 Planstellen für Arzthelferinnen finanziert, die mit der Durchführung von wissenschaftlichen Studien, Blutabnahmen, Gefäß- und Kreislaufuntersuchungen betraut sind.

Kooperation mit den Medizinischen Kliniken I und II:

Es wird mit der Gastroenterologischen und Kardiologischen Klinik eine möglichst enge Kooperation praktiziert. So werden die Bereitschaftsdienste der Assistenzärzte und die Rufbereitschaftsdienste der Oberärzte fachübergreifend für alle drei Kliniken von allen Ärzten geleistet, gemeinsam morgendliche Dienstbesprechungen sowie Röntgenbesprechungen abgehalten und gemeinsame Weiterbildungsveranstaltungen durchgeführt.

### – Aufgabenstellung

Aufgabe der Geriatrischen Klinik in Bayreuth ist – im Rahmen eines hochqualifizierten Schwerpunktkrankenhauses – die Akutversorgung von alten Patienten der Stadt und des Landkreises Bayreuth. Es werden biologisch alte, zumeist multimorbide Menschen mit akuten und chronischen Erkrankungen untersucht und behandelt, und zwar mit einem ganzheitlichen Ansatz unter Berücksichtigung auch der psychosozialen Belange und Einbeziehung zahlreicher Nachbargebiete, vor allem Neurologie, Psychiatrie, Orthopädie und Physikalische Therapie. Die Geriatrische Klinik ist deshalb keine Rehabilitationsklinik und keine Nachsorgeeinrichtung, schon gar nicht eine Pflegeeinrichtung. Akutgeriatrie bedeutet stets auch die Pflege oft schwerstpflegebedürftiger alter, kranker Menschen (nicht „Pflegefälle“) sowie die Einbeziehung allgemeiner oder spezieller Rehabilitationsmaßnahmen, da eine akute Erkrankung den alten Menschen regelmäßig auf ein niedriges Kompetenzniveau herabwirft, von dem aus er – im Gegensatz zum jüngeren Patienten – ohne rehabilitative Maßnahmen die alte Leistungsfähigkeit nicht wieder erreicht. Oberstes Ziel der Behandlung ist es, den Verlust an körperlicher, psychischer und sozialer Kompetenz so gering wie möglich zu halten bzw. auszugleichen, vor allem Immobilität und dauernde Pflegebedürftigkeit soweit wie möglich zu verhindern.

Das Funktionsprogramm des Klinikums Bayreuth legt für die Geriatrie fest:

„Diagnostik und Therapie von Erkrankungen und Verschleißerscheinungen bei Patienten höheren Lebensalters mit dem Schwerpunkt auf Leistungen, die über das Leistungsprogramm innermedizinischer Akutkliniken hinausgehen. Erfassung sowohl des psychosomatischen Grenzbereiches als auch des Grenzbereiches zwischen kurativer Medizin und Rehabilitationsmedizin. Ziel der geriatrischen Versorgung ist es, die medizinischen und medizin-technischen Möglichkeiten auszuschöpfen, um die verbleibenden Kräfte des alten Menschen mit ärztlicher Hilfe zu üben und zu erhalten sowie eine Besserung des Allgemeinzustandes, insbesondere durch aktivierende Pflege, herbeizuführen.“

Kennzeichen des „typischen Geriatrie-Patienten“ sind dabei sein hohes biologisches (nicht einfach kalendarisches) Alter, seine Multimorbidität in verschiedenen

sten Organgebieten und das Vorliegen akuter Erkrankungen, die auch nach ihrem Abklingen rehabilitative Maßnahmen erforderlich machen. Der Gesamtschweregrad der Erkrankungen und das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit sind nur untergeordnete Kriterien.

### **- Einzugsgebiet**

Die Patienten stammten zu 60% aus der Stadt Bayreuth, zu 33% aus dem Landkreis Bayreuth und zu 4% aus benachbarten Gemeinden des Landkreises Kulmbach. Nur 3% der Aufgenommenen wohnten weiter entfernt.

Im folgenden wird auf die Daten der ersten 1000 Patienten-Aufnahmen 1986/87 (685 Frauen, 315 Männer) Bezug genommen, die statistisch erfaßt wurden.

Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 80 Jahre.

In 83,6% der Aufnahmen handelte es sich um Erstaufnahmen, nur 16,4% waren Wiederholungsaufenthalte (12% zweite, 2,1% dritte Aufenthalte). Daraus ergibt sich recht eindeutig, daß die Entlassung aus der geriatrischen Klinik in einem durchschnittlich recht stabilen Zustand erfolgte, der umgehende Wiedereinweisungen nur selten erforderlich machte.

Aus ihrer bisherigen Unterkunft wurden 84,8% der Patienten übernommen, aus anderen Abteilungen des eigenen Klinikums 11,6% und aus anderen auswärtigen Krankenhäusern nur 3,6%.

Die hohe Direkteinweisungsquote ist typisch für eine Akutgeriatrie und verbunden mit einem hohen Schweregrad der Erkrankungen. Es handelt sich in aller Regel um dringliche Fälle, die auch bei Überbelegung der Klinik nicht abgewiesen werden können.

### **- Krankheitsbilder**

Im Vordergrund der Diagnosen standen Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen, Apoplexerkrankungen und Erkrankungen der inneren Organe. Aber auch gerontopsychiatrische Erkrankungen (z. B. Demenz, Depression) bildeten trotz Nachbarschaft einer großen gerontopsychiatrischen Abteilung im Bezirks-Nervenkrankenhaus Bayreuth nicht ganz selten den Hauptaufnahmegrund.

Häufig war bei den Patienten eine Störung der Orientiertheit als Begleitsymptom bei anderweitiger Grunderkrankung festzustellen. So waren bei der Aufnahme nur 51,7% der Patienten stets kategorial orientiert (bei Entlassung immerhin 60,3%). Die Verwirrtheit von Patienten stellt ein nicht unerhebliches pflegerisches und rechtliches Problem für eine „normale“ offene Station dar, wenn zum Schutz der Patienten vor Selbst- oder Fremdgefährdung Sedierungs- oder Fixierungsmaß-

nahmen erforderlich werden. In sehr seltenen Fällen führte diese Problematik zur Verlegung des Patienten ins Nervenkrankenhaus.

### **- Pflegesatz**

In der Geriatrischen Klinik gilt der übliche allgemeine Pflegesatz des Klinikums (Stand April 1989 = 320,49 DM). Obwohl eine endgültige innerbetriebliche Kalkulation derzeit nicht verfügbar ist, kann davon ausgegangen werden, daß die Geriatrische Klinik wirtschaftlich arbeitet. Bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 20 Tagen ergeben sich Fallkosten von etwa 6500,- DM. Diese Zahl gewinnt dann an Bedeutung, wenn sie in Beziehung gesetzt wird zu den Kosten eines Pflegeheimes. Die Behandlung eines Patienten in der Bayreuther Geriatrischen Klinik kostet soviel wie seine Unterbringung in einem Pflegeheim für 2 - 3 Monate.

### **- Ergebnis des Modellversuchs**

Die Geriatrische Klinik des Klinikums Bayreuth hat in den knapp drei Jahren ihres Bestehens den Beweis erbracht, daß eine derartige Einrichtung in einem leistungsfähigen Akutkrankenhaus unter Nutzung der dort gegebenen apparativen und konsiliarischen Möglichkeiten sehr erfolgreich arbeiten kann.

Die Patienten hatten aufgrund ihrer Multimorbidität durchschnittlich nicht nur eine, sondern etwa fünf Diagnosen. Dennoch gelang es, 8,9% der Aufgenommenen weitgehend zu heilen, 40,7% deutlich zu bessern und 20,0% geringgradig zu bessern, während sich bei 9,9% der Zustand nicht ändern ließ, bei 0,7% verschlechterte und 19,8% verstarben. Diese relativ hohe Sterbequote spricht für die überdurchschnittliche Schwere der Erkrankungen, nicht zuletzt aufgrund gewisser Selektionsphänomene. 1988 und 1989 war die Sterbequote leicht rückläufig. Bemerkenswert ist auch, daß von den 593 in eigener Wohnung Lebenden nur 15% verstarben, während es bei den offensichtlich viel schwerer kranken Altenheimbewohnern 32,8% waren.

Die im Durchschnitt 80 Jahre alten Patienten mit überdurchschnittlich hoher Krankheitsintensität hatten eine Verweildauer von im Mittel nur 20 Tagen bei ständiger Überbelegung der Klinik (um 101%). 90,2% derjenigen Nichtverstorbenen und Nichtverlegten, die zuvor nicht in Institutionen untergebracht waren, kehrten wieder in eine häusliche Umgebung zurück, von 1 000 Aufnahmen gingen nur 66 erstmals in ein Heim. Diese Erfolge waren unter Anwendung einer stark patienten- und angehörigenorientierten ganzheitlichen Individualmedizin möglich, wobei von den Mitarbeitern des therapeutischen Teams ein hoher persönlicher Einsatz gefordert wird.

## **Hinweis:**

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbenden oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Mißbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien, sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung.

Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.

# Grundsätze zur geriatrischen Versorgung in Bayern



Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung