



RheinlandPfalz

MINISTERIUM FÜR SOZIALES,  
ARBEIT, GESUNDHEIT  
UND DEMOGRAFIE

---

# GERIATRIEKONZEPT DES LANDES RHEINLAND-PFALZ 2016

---





Im Jahr 2020 werden rund 23 Prozent der in Rheinland-Pfalz lebenden Menschen über 65 Jahre alt sein. Die Gruppe der Hochaltrigen, die über 80 Jahre und älter sind, wird dann die am stärksten gewachsene Bevölkerungsgruppe sein. Ihr Anteil wird von heute etwa 4,9 auf 7,3 Prozent der Bevölkerung steigen.

Damit wir das Geschenk des längeren Lebens wirklich nutzen können, muss sich unsere Gesellschaft besser auf die spezifischen Bedürfnisse älterer und hochaltriger Frauen und Männer einstellen. Das gilt besonders für die medizinische Versorgung.

Es ist ein wichtiges Anliegen der rheinland-pfälzischen Landesregierung, dass die Menschen in unserem Land so lange wie möglich selbstbestimmt leben können. Dauerhafte Pflegebedürftigkeit und den Verlust von Eigenständigkeit wollen wir, soweit es geht, vermeiden. Das Geriatriekonzept aus dem Jahr 2009 zielte darauf ab, unter Wahrung der bisherigen sehr guten geriatrischen Versorgungskapazitäten in der Rehabilitation die geriatrische Versorgung in den Krankenhäusern auszubauen. Heute verfügt Rheinland-Pfalz über 17 Standorte im Krankenhausbereich und fünf Rehabilitationskliniken. Auch in der Aus- und Weiterbildung konnten Fortschritte erreicht werden. Ein weiterer Gewinn für das rheinland-pfälzische Gesundheitswesen ist zum Beispiel die Errichtung einer Stiftungsprofessur für Altersmedizin an der Universitätsmedizin Mainz.

Die vorliegende Neufassung des Geriatriekonzeptes gibt den bisherigen Umsetzungsstand wieder und greift weitere Bestandteile der geriatrischen Versorgung auf. Zentrales Anliegen ist weiterhin, die Versorgungsstrukturen in der ambulanten, akutstationären und rehabilitativen Behandlung bedarfsgerecht anzupassen. Zudem soll es die geriatrischen Leistungsanbieter dazu ermutigen, ihre Energie auch in den Aufbau von Netzwerken zu investieren. Insbesondere geriatrische Patientinnen und Patienten profitieren von Versorgungskonzepten, in denen ambulante und stationäre Behandlung eng verzahnt ineinandergreifen. Qualitätszirkel und Kooperationsverträge sind dafür geeignete Instrumente. Ein weiteres wichtiges Element in der medizinischen und pflegerischen Versorgung einer älter werdenden Gesellschaft ist der Ausbau der Demenzkompetenz in den Krankenhäusern. Dem ist ein besonderes Kapitel gewidmet.

Das Geriatriekonzept hat selbstredend den Charakter einer Empfehlung an die Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz, deren Umsetzung in den Vorbereitungen zum nächsten Landeskrankenhausplan überprüft wird.

Ich möchte unsere Partnerinnen und Partner im rheinland-pfälzischen Gesundheitswesen weiterhin dafür gewinnen, sich im Dialog mit uns für eine flächendeckende und hochwertige geriatrische Versorgung der Menschen einzusetzen. Lassen Sie uns gemeinsam aktiv werden, um den Frauen und Männern in unserem Land bis ins hohe Alter hinein eine gute Lebensqualität zu ermöglichen.

### **Sabine Bätzing-Lichtenthäler**

Ministerin für Soziales, Arbeit,  
Gesundheit und Demografie  
des Landes Rheinland-Pfalz



**Inhaltsverzeichnis:**

	<b>Seite</b>
<b><u>Teil A. Konzeptionelle Grundlagen</u></b>	
1. Kompetenz der Geriatrie als Disziplin.....	6
2. Definition der geriatrischen Patientin und des geriatrischen Patienten.....	7
3. Demografische Entwicklung.....	8
4. Rahmenbedingungen auf Bundes- und Landesebene.....	9
5. Bedarfsgerechte Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung in Rheinland-Pfalz.....	15
6. Aktuelle Versorgungssituation und Versorgungsstrukturen in Rheinland-Pfalz	20
6.1. Ambulante Versorgung.....	20
6.2. Sicherung des geriatrischen Behandlungsbedarfs im stationären Sektor.....	21
6.3. Rehabilitation.....	30
7. Qualitätssicherung.....	30
8. Aus-, Fort- und Weiterbildung im medizinischen Bereich und Versorgungsforschung.....	35
9. Prävention.....	39
10. Medikamentenversorgung.....	42
<b><u>Teil B: Standortauswahl und Konsequenzen für die Krankenhausplanung</u></b>	
1. Bedarfsprognose zur klinischen Geriatrie.....	45
2. Kriterien zur Ausweisung akutstationärer Kapazitäten.....	47
3. Merkmale für geriatrische Hauptfachabteilungen und Allgemein- krankenhäuser mit geriatrischer Kompetenz.....	48
4. Festlegung der Standorte zur Ausweisung akutstationärer Geriatrie-Kapazitäten.....	50

## Teil A. Konzeptionelle Grundlagen

### 1. Kompetenz der Geriatrie als Disziplin

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. Dazu gehört die Behandlung älterer Patientinnen und Patienten bei

- akuten Erkrankungen
- chronischen Erkrankungen
- präventiver Zielsetzung
- (früh-)rehabilitativen Fragestellungen und
- speziellen, auch palliativen Fragestellungen am Lebensende.

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

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

Die geriatrische Medizin ist zwar nicht spezifisch altersdefiniert, konzentriert sich jedoch auf typische, bei älteren Patientinnen und Patienten gefundene Erkrankungen. Die meisten Patientinnen und Patienten sind über 65 Jahre alt. Patientinnen und Patienten, die am meisten von der geriatrischen Spezialdisziplin profitieren, sind in der Regel 80-jährig und älter. Die akutstationäre und rehabilitative Versorgung älterer und hochaltriger Menschen ist primär auf den Erhalt von Selbstständigkeit fokussiert und damit darauf ausgerichtet, Pflegebedürftigkeit und soziale Isolierung zu vermeiden oder hinauszuzögern.

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.

Daraus folgt die Aufstellung eines individuellen Behandlungs- bzw. Rehabilitationsplans. Die Umsetzung obliegt dem interdisziplinär aufgestellten, geriatrischen Behandlungsteam, welches unter fachkundiger und verantwortlicher Leitung steht. Zu dem geriatrischen Team gehören vor allem der geriatrisch geschulte Arzt (Fachärztin oder Facharzt mit spezifischer Weiterbildung in Geriatrie), die aktivierend-therapeutische Pflege, das interdisziplinäre Therapeutenteam (Ergotherapeuten, Logopäden, Physiotherapeuten) und Psychotherapeuten sowie Psychologen. Hinzu kommt noch eine Unterstützung durch Sozialarbeiter.

Das multiprofessionelle Team stellt dabei die Basis einer jeden geriatricspezifischen Behandlung dar, unabhängig davon, in welcher Versorgungsform (von ambulant bis stationär) und auf welcher sozialrechtlichen Grundlage die Behandlung erfolgt.

## **2. Definition der geriatrischen Patientin und des geriatrischen Patienten**

Alter und Krankheit sind zwar nicht per se miteinander verknüpft, aber im Alter treten bestimmte Krankheiten gehäuft auf, weshalb die Multimorbidität ein Charakteristikum der alten Patientin und des alten Patienten ist. Die Geriatrie ist spezialisiert auf die Behandlung alter, multimorbider und von Pflegebedürftigkeit bedrohter Patientinnen und Patienten. Der „geriatrische Patient“ wurde 2007 von den geriatrischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und der Trägergesellschaft geriatrischer Einrichtungen definiert, wobei die seit 1995 bestehende Definition des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen aufgenommen und ergänzt wurde.

Ein geriatrischer Patient bzw. eine geriatrische Patientin ist definiert durch eine geriatritypische Multimorbidität und ein höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter). Die geriatritypische Multimorbidität hat im Sinne des biologischen Alters Vorrang vor dem kalendarischen Alter.

Typische Syndrome sind:

- Immobilität,
- Sturzneigung und Schwindel,
- kognitive Defizite/ Demenz,
- Inkontinenz (Harninkontinenz, selten Stuhlinkontinenz),
- Wundliegen (Dekubitalulcera),
- Fehl- und Mangelernährung,
- Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt,
- Depression, Angststörung,
- chronische Schmerzen,
- Sensibilitätsstörungen,
- herabgesetzte körperliche Belastbarkeit/Gebrechlichkeit,
- kardiovaskuläre Multimorbidität (z.B. Pneumonie bei Lungenstauung)
- Iatrogene Störungen (Beeinträchtigung durch Medikamentenneben-/wechselwirkungen)
- starke Sehbehinderung, ausgeprägte Schwerhörigkeit.

### 3. Demografische Entwicklung

Der bekannte demografische Trend des Anwachsens der Bevölkerungsanteile im höheren Lebensalter wurde auch für Rheinland-Pfalz durch das Statistische Landesamt bestätigt (Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2012: RHEINLAND-PFALZ 2060). Je nachdem, welche der betrachteten Prognosevarianten zur Abschätzung der Älteren (65 Jahre und älter) und Hochbetagten (80 Jahre und älter) herangezogen wird, ergibt sich folgendes Bild der Entwicklung bis zum Jahr 2030 (Tabelle 1):

1. Ein Anstieg der älteren Bevölkerungsanteile in der mittleren Berechnungsvariante von ca. 20 Prozent im Basisjahr 2010 auf ca. 29 Prozent im Jahr 2030. In absoluten Zahlen ausgedrückt, wächst die Personengruppe von 823 299 Personen im Jahr 2010 auf bis zu 1 080 835 Personen an.
2. Ein Anstieg der hoch betagten Bevölkerungsanteile von knapp 5,6 Prozent in 2006 auf etwas über 8 Prozent. Absolut steigt damit die Zahl der hoch betag-



ten von knapp 224 966 Personen auf voraussichtlich 308 293 Personen in der mittleren Berechnungsvariante.

Bei der Bewertung dieses demografischen Trends für den zukünftigen geriatrischen Versorgungsbedarf ist die Entwicklungsprognose der hoch betagten Bevölkerung deutlich stärker zu gewichten. Bei allen Prognosevarianten insgesamt sinkt die Gesamtbevölkerung und die Zahl der Hochbetagten steigt.

*Tabelle 1: Bevölkerung nach Altersgruppen, Anteile an der Bevölkerung in Prozent (Mittlere Variante)*

<b>Anteile in %</b>	<b>2010</b>	<b>2020</b>	<b>2030</b>
65-80	14,9	15,8	20,5
80 und älter	5,6	7,6	8,2
65 und älter	20,6	23,4	28,7

*Tabelle 2: Bevölkerung nach Altersgruppen, absolute Zahlen (Mittlere Variante)*

<b>Alter in Jahren</b>	<b>2010</b>	<b>2020</b>	<b>2030</b>
65-80	598.333	620.163	772.542
80 und älter	224.966	297.218	308.293
65 und älter	823.299	917.381	1.080.835

#### **4. Rahmenbedingungen auf Bundes- und Landesebene**

Bei geriatrischen Patienten besteht – aufgrund von Multimorbidität und Komplikationen – die Notwendigkeit gleichzeitiger akutmedizinischer Behandlung bzw. Überwachung und frührehabilitativer Maßnahmen. Dabei können die Anteile im Behandlungsverlauf unterschiedlich gewichtet sein. Damit befinden sich die geriatrische Patientin und der geriatrische Patient mit ihren wechselnden Behandlungsschwerpunkten leistungsrechtlich an der Schnittstelle zwischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung.

Diese Besonderheiten haben u. a. dazu geführt, dass es für die stationäre Versorgung der geriatrischen Patientinnen und Patienten in der Bundesrepublik Deutschland mit Einrichtungen nach § 108 SGB V (Akutgeriatrie, ggf. einschließlich umfassender Anschlussrehabilitation) und Einrichtungen nach § 111 SGB V (Geriatrische

Rehabilitation) zwei Strukturtypen mit unterschiedlichen Modalitäten der Patienten- und Rehabilitandenzuweisung gibt.

Im föderalen System der Bundesrepublik Deutschland gibt es historisch und politisch bedingte Strukturdifferenzen in der stationären Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten, die sich in den jeweiligen Versorgungskonzepten bzw. Geriatrieplänen manifestieren. In einigen Bundesländern gibt es ausschließlich geriatrische Abteilungen in Akutkrankenhäusern (Hessen), andere Bundesländern halten stationäre Kapazitäten für geriatrische Behandlung nur in Rehabilitationskliniken vor und schließlich finden sich Bundesländer mit einer unterschiedlich gewichteten Mischstruktur von Einrichtungen bis hin zur Existenz von Kliniken mit geriatrischen Abteilungen nach §§ 108 und 111 SGB V unter einem Dach (Niedersachsen). Nur wenige Bundesländer haben bisher den Ansatzpunkt gewählt, Geriatrie dual und differenziert abgestuft im Akut- wie im Rehabereich abzubilden, so Rheinland-Pfalz und Bayern.

Aufgrund der politischen Entscheidung in Rheinland-Pfalz in den 1990er Jahren, zunächst keine Krankenhausbetten für die geriatrische Behandlung auszuweisen, wurden Patientinnen und Patienten, die die Kriterien der Frührehabilitation wie auch der Rehabilitation erfüllten, in geriatrischen Rehabilitationskliniken nach §111 SGB V behandelt.

Die Auswertungen über die Schwere der Erkrankungen der Rehabilitanden zeigten jedoch vor Erstellung des Geriatriekonzeptes von 2009, dass zunehmend mehr Patientinnen und Patienten einer höheren Schweregradgruppe zuzuordnen waren und daraus die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung zu überprüfen war. Daraus hat die Landesregierung den Schluss gezogen, verstärkt Akutgeriatrien an den Krankenhäusern auszuweisen.

In der geriatrischen Behandlung sind der ambulante Bereich, die Krankenhausbehandlung und die Rehabilitation zu unterscheiden.

### Ambulante Versorgung

Hausärztinnen und Hausärzte sowie Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sind die Basis einer flächendeckenden geriatrischen Versorgung. Die Versorgung

geriatrischer Patientinnen und Patienten ist oft zeitaufwändig und läuft gleichberechtigt neben der Behandlung der Patientinnen und Patienten anderer Altersgruppen ab. Sie erfordert das Engagement des gesamten Praxisteam. Die Therapie hoch betagter Patientinnen und Patienten ist häufiger symptomorientiert und ein kurativer Therapieansatz steht oft nicht im Vordergrund.

Die Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten im niedergelassenen ärztlichen Bereich muss nach wie vor ausgebaut werden. Die Einführung neuer EBM-Ziffern für ein geriatrisches Basisassessment und eine stärkere Differenzierung der Pauschalen nach Alter ist ein Ansatz, den Behandlungsaufwand adäquater abzubilden. Zudem sind weitere Qualifizierungsangebote sinnvoll. In Rheinland-Pfalz besitzen derzeit 19 Ärztinnen und Ärzte die Schwerpunktbezeichnung Geriatrie sowie 81 die Zusatzbezeichnung Geriatrie (Stand 21.10.2015 Landesärztekammer).

#### Geriatrische Institutsambulanz

Zum 1. Januar 2013 trat eine neue Regelung zur geriatrischen Institutsambulanz in Kraft. Geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen geriatrischen Abteilungen sowie Krankenhausärzte können nach § 118 a SGB V vom Zulassungsausschuss zu einer strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Am 15. Juli 2015 hat das Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 SGB V die Vereinbarung zur geriatrischen Institutsambulanz (GIA) festgesetzt. Eine GIA darf demnach ausschließlich diagnostische Leistungen im Rahmen eines geriatrischen Assessments erbringen sowie einen Behandlungsplan erstellen. Die Einleitung und Verordnung von Therapiemaßnahmen ist dann Aufgabe der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Die Praktikabilität dieser Regelung wird sich beweisen müssen.

Aus Sicht der Landesregierung wird in Zukunft der Arbeit in Qualitätszirkeln besondere Bedeutung zukommen. Es muss insbesondere im Interesse der niedergelassenen Ärzteschaft liegen, die Kooperation mit den Geriatrischen Institutsambulanzen verbindlich aufrecht zu erhalten. Ziel, und das sollte an dieser Stelle noch einmal unterstrichen werden, ist die sektorenübergreifende nahtlose Behandlung von Menschen, die an alterstypischen Erkrankungen leiden. Die Konsequenzen von Erkrankungen

sind wesentlich schwerer in ihren Folgen für den allgemeinen Gesundheitszustand als bei jungen Menschen.

### Teilstationäre Einrichtungen

In Rheinland-Pfalz existieren bisher teilstationäre Versorgungsstrukturen an allen geriatrischen Rehakliniken des Landes. Angesichts der Komplexität der Erkrankungen und der damit verbundenen umfassenden Einschränkungen in den Alltagskompetenzen ist ein weiterer Ausbau der teilstationären Kapazitäten in der akutstationären Behandlungsphase nicht geplant.

### Rehabilitation

Die stationäre, teilstationäre und mobile Rehabilitation wird in einer der anerkannten geriatrischen Rehabilitationskliniken durchgeführt. Deren Leistungsangebot ist in dem rheinland-pfälzischen Qualitätssiegel „geriatrische Rehabilitation“ umfassend definiert. Die Dokumentation und Prüfung der Ergebnisqualität der dortigen Behandlungen erfolgt durch den MDK Rheinland-Pfalz.

Wenn eine Patientin oder ein Patient rehabilitationsbehandlungsbedürftig ist und eine positive Rehabilitationsprognose erhält, besteht ein gesetzlicher Anspruch auf eine geriatrische oder indikationsspezifische medizinische Rehabilitation. Damit soll das Prinzip Rehabilitation vor Pflege umgesetzt werden. Die Frührehabilitation im Krankenhaus ersetzt den Rehabilitationsanspruch dabei nicht.

Die Aufklärung über den Rehabilitationsanspruch für Versicherte obliegt den Kostenträgern, den Sozialdiensten der Krankenhäuser und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Beratung und Unterstützung erhalten Sie auch bei den in Rheinland-Pfalz sehr gut flächendeckend etablierten Pflegestützpunkten.

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz wurden die Pflegekassen verpflichtet, Antragstellern eine gesonderte Rehabilitationsempfehlung der Medizinischen Dienste oder der beauftragten Gutachter zu übermitteln. Zudem wurde eine Berichtspflicht ab dem Jahr 2013 geschaffen.

Die Finanzierung der Rehabilitationseinrichtungen über Versorgungsverträge nach § 111 SGB V stellt die Träger der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen immer wieder vor Herausforderungen. Die Einrichtung einer Schiedsstelle auf Landesebene sollte ein Regulationsinstrument sein, die Auskömmlichkeit der Finanzierung sicherzustellen. Rheinland-Pfalz hat eine entsprechende Rechtsverordnung erlassen. Die Schiedsstelle befindet sich im Aufbauprozess.

### Krankenhäuser

Mit Einführung des DRG-Systems und der anschließenden Definition (OPS 8-550) spezifischer DRGs zur Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten verändert sich auch die Versorgungsrealität für die betroffenen Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. Das bundesweit geltende Fallpauschalensystem zur Vergütung der akutstationären Krankenhausbehandlung hat sich mit der Entscheidung, die frührehabilitative Behandlung als spezifische DRG im Akutkrankenhaus abzubilden, an den Versorgungskonzepten in anderen Bundesländern orientiert.

In vielen Fällen müssen Patientinnen und Patienten im Rahmen der Frührehabphase erst „rehabfähig“ gemacht werden, um dann anschließend eine geriatrische Rehabilitation starten zu können. Durch die Etablierung der akutgeriatrischen Versorgung konnte die Versorgungskette für multimorbide, ältere Patienten gestärkt werden.

Mit der Umsetzung des Geriatriekonzeptes von 2009 durch den Landeskrankenhausplan 2010 und der aktuellen, bedarfsorientierten Fortschreibung des Landeskrankenhausplanes wurden über 500 zusätzliche akutgeriatrische stationäre Behandlungsplätze eingerichtet. Der aktuelle Stand der Krankenhausplanung in der Fachrichtung Geriatrie kann der Tabelle 1 entnommen werden.

Tabelle 3: Geriatrische Akutversorgung und Rehabilitation in Rheinland-Pfalz, Stand 1. Dezember 2015 (inklusive ausgewiesener, aber noch nicht umgesetzter Planbetten)

Einrichtung	Akustationäre Behandlungsplätze	Rehabilitative Behandlungsplätze	Tagesklinische Plätze im Akutbereich	Tagesklinische Plätze im Rehabereich
<b>Hauptfachabteilungen</b>				
Katholisches Klinikum Mainz	100			
Universitätsmedizin Mainz	40			
St. Marien- und St. Annastifts Krankenhaus Ludwigshafen	90 (davon 60 am Standort)			
Westpfalz-Klinikum Kaiserslautern	30			
Mutterhaus Trier	65			
GK Mittelrhein –Standort Koblenz	40			
<b>Schwerpunkte</b>				
GK Mittelrhein –Standort St. Elisabeth Mayen*	12			
Marienkrankenhaus Nassau	30	35		10
Marienhaus Klinikum Ahrweiler, Krankenhaus Maria Hilf	30			
Marienkrankenhaus Cochem	40			
Geriatrische Fachklinik Rheinhessen-Nahe, Bad Kreuznach	52			
Klinikum Idar-Oberstein	30			
DRK-Klinikum Kirchen	25			
DRK Krankenhaus Altkirchen/Hachenburg Standort Hachenburg	<b>20</b>			
Herz-Jesu-Krankenhaus Dernbach	20			
Kreiskrankenhaus Grünstadt	15			12
Klinikum Landau-SÜW	30			
Donnersberg Krankenhaus, Rockenhausen	30			
Stadtklinik Frankenthal	20			
Krankenhaus Zum Guten Hirten, Ludwigshafen	20			
Klinikum Mittelmosel St. Josef Zell	25			
Hetzelstift Neustadt	30			
Diakonissen-Stiftungskrankenhaus	30 (ohne Ausweisung)		16	

Speyer	der Bettenzahl)			
Maria Hilf, Daun	15			
St. Joseph, Prüm	15			
Verbundkrankenhaus Bernkastel-Wittlich Stand- ort Bernkastel-Kues	34			
<b>Reha-Kliniken</b>				
Geriatrische Rehaklinik St. Irminen, Trier		80		20
Brohltalklinik, Burgbrohl		70		15
Geriatrische Rehaklinik Bad Münster a.St.-Ebg.		80		5
Fachklinik Baumholder		40		15
<b>Total</b>	<b>888</b>	<b>305</b>	<b>16</b>	<b>77</b>

## 5. Bedarfsgerechte Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung in Rheinland-Pfalz

Der Aufbau der flächendeckenden akutstationären geriatrischen Versorgungsstrukturen im Land Rheinland-Pfalz mit dem Landeskrankenhausplan 2010 war aus folgenden Gründen notwendig:

1. Die durch die veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht mehr sachgerechte Zuordnung der stationären geriatrischen Behandlung nahezu ausschließlich zu den Rehabilitationskliniken.
2. Der im bundesweiten Vergleich der Versorgungsquote und im Ergebnis der Bedarfsprognose vorhandene Versorgungsbedarf bei den akutstationären geriatrischen Kapazitäten.
3. Der zusätzliche Bedarf an geriatrisch qualifizierter Haus- und Fachärztinnen und -ärzte.
4. Die Notwendigkeit zur stärkeren Vernetzung zwischen ambulantem und stationärem Sektor.

Im Vordergrund der zukünftigen Versorgungsstruktur stehen die Patientinnen und Patienten und der an ihrem Behandlungsbedarf orientierte Weg in die ambulante, voll- oder teilstationäre Versorgung. Auch für die Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten gelten die Grundsätze „ambulant vor stationär“, „Reha vor Pflege“ und „präventiv vor kurativ“ uneingeschränkt.

Mit der Entwicklung wirksamer Strukturen in der geriatrischen Versorgung sind nach wie vor folgende Ziele verbunden:

1. Ambulante Behandlung soll soweit wie möglich Vorrang vor stationären Therapien haben.
2. Dauerhafte Pflegebedürftigkeit soll durch geriatrische Akutbehandlung und Rehabilitation vermieden werden.
3. Die Wohnortnähe der Behandlung soll durch ein differenziertes Angebot unter der Abwägung wirtschaftlicher Gesichtspunkte erreicht werden.
4. Die Behandlungsstrukturen sollen anerkannten Qualitätsstandards entsprechen.
5. Die besonders qualifizierten stationären und ambulanten Strukturen sollen als Fort- und Weiterbildungsstellen zur Nachwuchsförderung sowie zur Fortbildung dienen.
6. Die Vernetzung von ambulantem und stationärem Sektor soll gefördert werden.
7. Die Zusammenarbeit zwischen medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und Reha-Einrichtungen soll verbessert werden.

### **Lückenlose Behandlungskette durch die Bildung von Netzwerken**

Regional sollte die ambulante, stationäre, teilstationäre und rehabilitative Geriatrie miteinander vernetzt werden. Im Interesse der Patientinnen und Patienten, aber auch im Sinne einer wirtschaftlichen Entscheidung ist es erforderlich, eine schlüssige und möglichst lückenlose Behandlungskette von der ambulanten über die akutstationäre und rehabilitative Phase der Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten zu definieren.

Die Weiche in die geriatricspezifische Versorgungsstruktur sollte dabei in erster Linie von der Hausärztin bzw. dem Hausarzt gestellt werden. Sie bzw. er kennt die Patientinnen und Patienten und kann differenziert entscheiden, ob eine rehabilitative Behandlung bei drohender oder chronisch schleichender Entwicklung angezeigt ist oder eine akute Verschlechterung besteht, die mit ambulanten Maßnahmen nicht hinreichend beherrschbar ist und somit eine stationäre Akutbehandlung erforderlich macht. Die Hinzuziehung einer Geriaterin oder eines Geriaters ist wünschenswert.



Die für die zukünftige akutstationäre Versorgung erforderlichen personellen Kompetenzen, vor allem auf der Ebene der fachärztlichen Geriaterinnen und Geriater, sind nach wie vor trotz aller Qualifizierungsanstrengungen begrenzt. Die Zusammenarbeit von Reha- und Akutbehandlung innerhalb der Netzwerke eröffnet die Möglichkeit, diese Kompetenzen für beide Versorgungsbereiche dort zu nutzen, wo dies erforderlich und für die Patientinnen und Patienten nützlich ist.

Das gesundheitspolitische Ziel der Wohnortnähe entsprechender Versorgungsangebote für die Patientinnen und Patienten muss bei allen Strukturentwicklungen mit den gleichfalls bestehenden Zielen einer wirtschaftlichen und qualitätsgesicherten Leistungserbringung in Übereinstimmung gebracht werden. Das gilt auch für das verbriefte Wunsch- und Wahlrecht der Patientinnen und Patienten bezüglich der Behandlungseinrichtung.

Geriatrische Behandlung auf qualitativ hohem Niveau bedarf in besonderer Weise einer sektorenübergreifenden und interdisziplinären Zusammenarbeit. Diese ist zwar an einzelnen Standorten unterschiedlich gut ausgeprägt, eine **strukturierte Zusammenarbeit** soll flächendeckend aufgebaut werden. Die Übergänge der verschiedenen Behandlungsphasen geriatrischer Versorgung müssen nahtlos organisiert sein. Dazu bedarf es klarer Absprachen, Verantwortungszuweisungen und regionaler Zusammenarbeit (Netzwerke).

Dafür werden Kooperationsverträge der Vertragspartner empfohlen (geriatrische Akutkrankenhäuser, geriatrische Rehabilitationskliniken und Kostenträger), um eine für die Patientinnen und Patienten reibungslose **Anschlussrehabilitation** zu ermöglichen. Insbesondere ein ausgebautes Entlassmanagement der Krankenhäuser wird erheblichen Einfluss auf eine verbesserte Versorgungsqualität geriatrischer Patientinnen und Patienten haben. Zentrale Themen dabei sind relevante Informationen für die Weiterbehandlung, die Planung der weiteren Versorgungsphasen sowie die Abstimmung der Medikamentenbehandlung. Dabei sollen zukünftig auch verstärkt telematische Instrumente wie der Einsatz von elektronischen Medikationsplänen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit berücksichtigt werden (siehe auch Medikamentenversorgung unter Nummer 10).

Innerhalb dieses Versorgungsnetzwerkes muss sichergestellt werden, dass die Behandlung qualitätsgesichert erfolgt. Dies setzt eine gefestigte und strukturierte Netzwerkstruktur ebenso voraus wie auch die verpflichtende Qualitätskontrolle auf allen Stufen der geriatrischen Behandlung.

Auch in Allgemeinkrankenhäusern, in denen keine ausgewiesene geriatrische Behandlungskompetenz vorhanden ist, muss sichergestellt werden, dass geriatrische Patientinnen und Patienten frühzeitig als solche diagnostiziert und, sofern erforderlich, in ein spezialisiertes geriatrisches Akutkrankenhaus verlegt werden.

Grundsätzlich sollten alle Krankenhäuser, die geriatrische DRG's abrechnen, mit Hausärztinnen und Hausärzten zusammenarbeiten. Eine wirksame Vernetzung geriatrischer Kompetenzen ist unerlässlich für eine gute Behandlung. Die Einbindung der Geriatrie in ambulante und Sektoren übergreifende Versorgungssysteme soll nicht nur zu einer besseren Versorgung bereits erkrankter älterer Bürgerinnen und Bürger beitragen. Ebenso wichtig wird in Zukunft die **Prävention**, die sogenannte Gerontoprophylaxe, sowie die Beratung und Betreuung von Angehörigen sein. Geriatrische Netzwerke sind hier besonders geeignet, entsprechende Aktivitäten zu bündeln.

Den geriatrischen Netzwerken kommt die Aufgabe der Beratungskompetenz für die niedergelassenen Praxen sowie für die Allgemeinkrankenhäuser ohne eigene geriatrische Kompetenz zu. Die durch die Zusammenarbeit in den geriatrischen Netzwerken entstehenden geriatrischen Kompetenzen sind in besonderer Weise geeignet, die dringend notwendigen Fort- und Weiterbildungsaktivitäten zu entfalten und den in Fort- und Weiterbildung befindlichen Personen eine große Bandbreite der Versorgungsrealität zu vermitteln.

Integraler Bestandteil der Netzwerke sind auch jeweils die regional zugeordneten geriatrischen Rehabilitationskliniken, deren Stellenwert durch die verbesserte Einschätzung des Reha-Potentials alter multimorbider Patientinnen und Patienten in den geriatrischen Akut-Einrichtungen gestärkt werden wird. Die geriatrischen Rehabilitationskliniken besitzen ein hohes Maß an Fachwissen, besonders im Hinblick auf die rehabilitativen Möglichkeiten, von dem die neu zu gründenden geriatrischen Akutversorger erheblich profitieren können.

Die Schnittstellenproblematik zwischen akutstationärer und rehabilitativer Behandlung kann so unter Einhaltung der etablierten Rahmenbedingungen (siehe auch Richtlinien zur geriatrischen Rehabilitation des MDS) erheblich gemindert werden. Durch die Bildung von geriatrischen Netzwerken in den Regionen soll eine sehr enge partnerschaftliche Zusammenarbeit zum Wohl der Patientinnen und Patienten entstehen.

Mit der Unterstützung der Kursweiterbildung in der ambulanten geriatrischen (hausärztlichen) Versorgung durch die geriatrischen Netzwerke (z.B. Netzwerk Rheinhes-sen-Nahe) ist eine weitere Verbesserung in der Vernetzung zwischen ambulanter, akutstationärer und rehabilitativer regionaler Versorgung zu erwarten.

## 6. Aktuelle Versorgungssituation und Versorgungsstrukturen in Rheinland-Pfalz

Im Folgenden sollen die konkreten Bausteine einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur und deren Aufgaben im zu entwickelnden Netzwerk näher definiert werden. Die regionalisierte Versorgung kann mithilfe des vorliegenden Konzeptes durch eine verbesserte Versorgungsstruktur im ambulanten Sektor (vgl. 7.1) und durch die Netzwerkbildung zwischen den spezialisierten **Hauptfachabteilungen Geriatrie** und den weiteren Allgemeinkrankenhäusern mit geriatrischer Kompetenz des Landes hergestellt werden (vgl. 7.2).

Ähnliches gilt für den ambulanten Sektor, wo durch ein möglichst flächendeckendes Netz besonders qualifizierter Hausärztinnen und Hausärzte gewährleistet werden soll, dass der geriatrische Versorgungsbedarf frühzeitig erkannt und sichergestellt werden kann.

Bei eventuell zum Ende der Krankenhausbehandlung noch bestehendem stationärem oder teilstationärem Rehabilitationsbedarf ist konzeptionell ein nahtloser Übergang in die geriatrische Anschlussrehabilitation zu schaffen, damit die bestehenden Potenziale der Patientinnen und Patienten bestmöglich genutzt werden können.

Das Versorgungskonzept berücksichtigt die Prüfung des Kostenträgers bezüglich der Voraussetzungen der Regelleistung Rehabilitation vor deren Beginn. Dabei wird bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung in besonderem Maße den Aspekten der fachlichen Qualifikation sowie der strukturellen Voraussetzungen der Einrichtung Beachtung geschenkt.

### 6.1. Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten obliegt wie in allen Bundesländern so auch in Rheinland-Pfalz den Hausärztinnen und Hausärzten. Ihre Aufgabe ist es, einen möglicherweise vorhandenen geriatrischen Versorgungsbedarf frühzeitig zu erkennen und in ihrer Lotsenfunktion spezialisierte Kompetenzen im ambulanten Sektor (Fachärztinnen und Fachärzte bzw. Psychotherapeutinnen

und -therapeuten) oder soweit erforderlich auch eine geriatrische Akutbehandlung oder Rehabilitation im stationären oder teilstationären Sektor einzuleiten.

In enger Kooperation stehen die zur Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten erforderlichen Therapiebereiche (Psychotherapie und Neuropsychologie, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Pflege- und Sozialdienst). Zur entsprechenden Feststellung eignen sich besondere diagnostische Methoden (geriatrisches Basisassessment), die im Rahmen von Fortbildungen vermittelt werden.

Die Etablierung einer qualifizierten Versorgung der geriatrischen Patienten und Patientinnen in Rheinland-Pfalz soll vorrangig durch entsprechend weitergebildete Hausärzte und -ärztinnen erfolgen. Durch die Implementierung der Fachkunde Geriatrie in die Weiterbildungsordnung der Ärzte und Ärztinnen in Rheinland-Pfalz mit der entsprechenden Kursweiterbildung und nach Ablauf der Übergangsbestimmungen zur vorgeschriebenen Hospitation in einer geriatrischen Klinik sind die Voraussetzungen geschaffen, um in Zukunft eine kompetente, ambulante geriatrische Versorgung in Rheinland-Pfalz sicherzustellen. Im Rahmen regionaler Netzwerke soll im Bedarfsfall die zielgerichtete Zuweisung von geriatrischen Patientinnen und Patienten in entsprechende akutstationäre oder rehabilitative Versorgungsstrukturen verbessert werden. Hierzu gehören angesichts der Vielzahl älterer Menschen, die etwa unter Angst vor Stürzen leiden, depressiv auf Verluste und Einbußen reagieren sowie unter mentalen Beeinträchtigungen leiden, auch der systematische Einbezug psychotherapeutischer und neuropsychologischer Expertise.

## **6.2. Sicherung des geriatrischen Behandlungsbedarfs im stationären Sektor**

Die spezialisierte geriatrische Akutversorgung wird in

- 1. Hauptfachabteilungen Geriatrie (in den Oberzentren oder an Standorten mit Schwerpunktversorgung) und in**
- 2. Allgemeinkrankenhäusern mit besonderer geriatrischer Kompetenz und entsprechendem Versorgungsauftrag (in der Fläche)**

geleistet. Die geriatrische Behandlung obliegt überwiegend den internistischen Abteilungen in Krankenhäusern. Eine Subdisziplin, der in Zukunft größere Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte, ist dabei die palliative Geriatrie. Zudem wird die spezifische altersgerechte Behandlung in anderen medizinischen Disziplinen zunehmend an Bedeutung gewinnen. Dies gilt vor allem auch für den Bereich der **Notaufnahme**. Die regelhafte Einbindung geriatrischer Kompetenz in die Notaufnahme ist als Qualitätskriterium in der Krankenhausbehandlung und gegebenenfalls als Auswahlentscheidung für die Ausweisung an einem Standort zu werten. Ziel muss es sein, in jeder Aufnahmesituation in einem Krankenhaus den geriatrischen Behandlungsbedarf einer Patientin oder eines Patienten zu erkennen und entsprechend strukturiert zu behandeln. Es ist Aufgabe des Krankenhauses, dieses Ziel entweder mithilfe von Schulungen des Personals in der Notaufnahme, der Einführung eines geriatrischen Assessments oder regelmäßiger personeller Anwesenheit des Personals der geriatrischen Fachabteilungen zu erreichen (z.B. tägliche Visite).

Im geriatrischen Bereich erfordern Diabeteserkrankungen mit den diabetesspezifischen Folgekomplikationen, insbesondere dem diabetischen Fußsyndrom und der diabetischen Nephropathie mit Dialysepflicht, spezielle Konzepte und Behandlungsstrategien. Fachspezifisch fundiertes Wissen beim pflegenden und medizinischen Personal ist unabdingbar. Insbesondere das Erkennen lebensbedrohlicher Situationen wie Ketoazidosen und Hypoglykämien sowie das Beherrschen der Therapielgorithmen sind Basiswissen, um den sicheren Umgang mit geriatrischen Patienten zu gewährleisten. Die Behandlung der diabetischen Polyneuropathie, insbesondere der Störungen der Propriozeption, der Tiefensensibilität und der resultierenden Beeinträchtigung der posturalen Kontrolle (Sturzrisiko) erfordern den Einsatz des entsprechend ausgebildeten multiprofessionellen Teams.

In internistischen Geriatrien sind deshalb folgende Strukturen vorhanden:

In jeder Arbeitsschicht ist mindestens eine fortgebildete Pflegekraft, die typische Komplikationen beherrscht. Die Stationen verfügen über die notwendige Ausstattung, um Komplikationen sicher zu erkennen und zu behandeln. Diabetologische Fachkenntnisse sollen, wenn nicht in der Einrichtung vorhanden, durch Kooperationen sichergestellt werden. Die Stationen verfügen über

- nasschemisches Blutzuckermessgerät wie Haemocue zur sicheren Blutzuckermessung
- Messgerät für Ketone im Blut
- schnelle und langsame Kohlenhydrate zur Behandlung einer Hypoglykämie.

Detaillierte Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität enthält Kapitel 7.

### **Die Versorgung demenzkranker Patienten im Krankenhaus**

Aufgrund der zukünftigen Auswirkungen des demografischen Wandels wird der Anteil der demenziell erkrankten Patienten in Krankenhäusern steigen. Das Setting Krankenhaus steht vor der aktuellen Herausforderung, wie eine qualitative und hochwertige Versorgung der älteren und hochaltrigen Menschen in Zukunft gewährleistet werden kann. Dies ist eine zentrale Aufgabe, die die Krankenhäuser bewältigen und dafür zugleich Voraussetzungen für die optimale Behandlung erarbeiten müssen.

Der Anteil der an Demenz erkrankten Menschen liegt bei den über 65-Jährigen bei ca. sieben Prozent. Dies zeigt, dass nach der jetzigen Bevölkerungsstruktur rund eine Million der älteren Menschen in Deutschland betroffen sind. Zudem ist zu beobachten, dass ein hoher Anstieg der Prävalenz ab dem 75. Lebensjahr besteht. In der Gruppe der über 90-Jährigen sind ungefähr 34 Prozent Betroffene. Die Zahl der Patientinnen und Patienten mit demenziellen Erkrankungen in Krankenhäusern ist erheblich und liegt schätzungsweise bei einer Größenordnung von zehn Prozent. Bei vielen Patientinnen und Patienten ist nicht die Demenz der dringliche Grund für den Krankenhausaufenthalt. Dementsprechend wird die Diagnose meist erst während des Krankenhausaufenthaltes gestellt und wird nur in manchen Fällen diagnostisch abgeklärt.

Da das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, im höchsten Maße auf das Alter bezogen ist, sind geriatrische Einrichtungen in besonderem Maße auf demenzkranke Patientinnen und Patienten eingestellt. Dennoch ist es ein Auftrag an alle Krankenhäuser, die Komorbidität einer Demenz angemessen zu berücksichtigen.

Geriatrische Abteilungen und Kliniken führen im Rahmen des geriatrischen Assessments regelhaft Screening-Verfahren für die Erkennung von kognitiven Einschränkungen (Demenz, Delir, Depression) durch. Zusätzlich verfügen sie über ein multiprofessionelles Team, das im Hinblick auf die besonderen Erfordernisse von Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen geschult und qualifiziert ist. Aufgrund dessen sind geriatrische Kliniken und Abteilungen ausgerichtet auf die Behandlung somatischer Erkrankungen bei Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen und sollten diesbezüglich primärer Ansprechpartner sein. Bei Patienten mit der (Neben-)Diagnose Demenz soll im Rahmen des Entlassmanagements regelhaft die Möglichkeit der Rehabilitation überprüft werden.

### Der Krankenhausaufenthalt

Studien zeigen, dass der Krankenhausaufenthalt für Menschen mit Demenz vielfach zu einem weiteren Verlust der Selbstständigkeit, zur Verschlechterung des kognitiven Status und zu einem vermehrten Auftreten spezifischer Verhaltensweisen führt. Aufgrund der fremden Umgebung, eines ungewohnten Tagesablaufs, einer fehlenden Vertrauensperson und einer häufig hektischen Atmosphäre sowie der erzwungenen Untätigkeit können weitere Verluste der ohnehin schon eingeschränkten alltagspraktischen Fähigkeiten folgen. Auch der Einsatz beruhigender und sedierender Medikamente, welche die Minimierung praktischer Verhaltensweisen zur Folge haben, können zu einer Ausprägung von erhöhter Passivität des Betroffenen führen und folglich zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes beitragen.

Patientinnen und Patienten, die neben der Erkrankung, die zur Aufnahme geführt hat, auch an Demenz erkrankt sind, weisen eine überdurchschnittliche lange Aufenthaltsdauer im Krankenhaus gegenüber anderen Patienten auf. Eine Studie mit Patienten, welche eine vergleichbare schwere somatische Erkrankung haben, hat gezeigt, dass der demenziell erkrankte Patient meist doppelt so lange im Krankenhaus versorgt wird. Zudem besteht meist wegen Verschlechterung des Zustandes schon im Krankenhaus eine erhöhte Anzahl der Rehospitalisierung von Demenzerkrankten.

Normale Abläufe, wie beispielsweise die Visite und das Gespräch ebenso die Versorgung und Behandlung der Patientin oder des Patienten stellen Schwierigkeiten dar, die meist eine Verschlechterung der Ausgangssituation zur Folge haben.



In personeller und organisatorischer Hinsicht besteht eine Reihe von sinnvollen Maßnahmen für Akutkrankenhäuser, dem besonderen Bedarf demenzerkrankter Menschen gerecht zu werden. An vordringlichster Stelle ist dabei, die kognitiven Einschränkungen schnell in der Anamnese zu erkennen und patientenorientiert zu handeln. Geriatrische Konsildienste, die neben der medizinisch-pflegerischen auch psychotherapeutisch-neuropsychologische Expertise vorhalten, sind gute Ansätze, um älteren Menschen in allen Abteilungen eines Krankenhauses gerecht zu werden, demenzielle Erkrankungen möglichst frühzeitig zu diagnostizieren und den Krankenhausaufenthalt bedarfsgerecht zu gestalten.

Aus diesem Grund hat das rheinland-pfälzische Gesundheits- und Sozialministerium im Jahr 2013 ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz oder vergleichbaren psychischen Beeinträchtigungen während eines Krankenhausaufenthaltes in Auftrag gegeben. Die Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG) als projektbeauftragte Institution hat acht Modellkrankenhäusern unter Einbindung entsprechender Fachexpertise ein Dienstleistungspaket mit folgenden Bausteinen bzw. Qualitätsmaßnahmen angeboten. Aufgrund der Beispielwirkung wird das Konzept im Folgenden ausführlicher beschrieben:

*Menschen mit Demenz im Krankenhausalltag erkennen – Einführung ergänzender Screeningfragen im Aufnahmeverfahren:*

Um eine adäquate Versorgung von Menschen mit Demenz während eines Krankenhausaufenthaltes sicher zu stellen, ist es wichtig zu wissen, ob Patienten und Patientinnen an Demenz erkrankt sind. Bestenfalls wird diese Information bereits mit der ärztlichen Einweisung oder durch die Angehörigen bei der Aufnahme mitgeteilt. Häufig besteht aber noch keine entsprechende Diagnose oder diese wird nicht genannt, da sie nicht der Grund für den Krankenhausaufenthalt ist. Über ein Screeningverfahren (z.B. „3-Wörter-Uhrentest“), das im Aufnahmegespräch bei allen Personen über 70 Jahren durchgeführt wird, können Patientinnen und Patienten identifiziert werden, die aufgrund ihrer eingeschränkten Alltagskompetenz besonderer Aufmerksamkeit und Versorgung bedürfen.

*Qualifizierungen unterschiedlicher Berufsgruppen:*

Die Berufsgruppen Medizin, Psychologie/Psychotherapie und Pflege sowie weitere mit den Patientinnen und Patienten in direktem Kontakt stehende Berufsgruppen werden über ein Qualifizierungsangebot im Umgang mit Menschen mit Demenz geschult. Schulungsinhalte sind theoretische und praktische Kenntnisse über Demenzerkrankungen, zur Kommunikation mit demenziell erkrankten Patientinnen und Patienten und betreuenden Angehörigen sowie das Training wirksamer Strategien im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten und Krisensituationen.

*Kommunikationswege im Entlassungsmanagement und Vernetzung:*

Überprüfung und Optimierung der Kommunikationsprozesse im Rahmen des Entlassungsmanagements, da mit Beginn der Aufnahme in die Klinik im Prinzip bereits die Planung zur Entlassung beginnt.

*Zusätzliche Option: Beratung und Coaching zu strukturellen Veränderungen (Organisationsentwicklungsmaßnahmen):*

Mittlerweile liegen vielfältige Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz während eines Krankenhausaufenthalts vor. Dazu gehören beispielweise die Entwicklung verbindlicher Regelungen für die Einbeziehung von Angehörigen, ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie zur Einbindung von Patientenbeauftragten oder der Benennung von Demenzbeauftragten. Hierzu haben die Krankenhäuser im Rahmen des Modellprojektes eine Grundlagenberatung für entsprechende organisatorische Maßnahmen erhalten.

Ziel des Modellverfahrens ist eine Verstetigung und Weiterentwicklung der gewonnenen Erfahrungen, die über die Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. und über einen regelmäßigen Runden Tisch „Demenzkompetenz im Krankenhaus“ im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie allen rheinland-pfälzischen Krankenhäusern zugänglich gemacht wird. Das Expertenforum für Demenz hat Empfehlungen zur Planung und Sicherstellung medizinischer Versorgung herausgegeben, die auch die stationäre Versorgung umfassen ([msagd.rlp.de/de/unsere-themen/gesundheits-und-pflege/pflege/demenzstrategie/](https://msagd.rlp.de/de/unsere-themen/gesundheits-und-pflege/pflege/demenzstrategie/)).

### **Modellprojekt: Tagesklinik für Demenzkranke in Mainz**

2014 wurde in Mainz in Trägerschaft der GPS (Gemeinnützige Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit mbH) die bundesweit erste Tagesklinik für demenziell Erkrankte eröffnet. In der Tagesklinik wird frühzeitig eine leitliniengerechte Diagnose erstellt und es werden störungsspezifische Therapien eingesetzt (Selbsterhaltungstherapie, Reminiszenztherapie, Validationstherapie) unter Einbezug der Angehörigen mit dem Ziel einer Stabilisierung des Krankheitsverlaufs und einem besseren Umgang der Erkrankten und Angehörigen mit der Erkrankung. Anstatt in der Krise kurzfristig ins Krankenhaus zur „Notfallbehandlung“ verlegt zu werden (was für demenziell Erkrankte eine ganz besonders große Belastung darstellt), muss der Patient bei der tagesklinischen Behandlung das gewohnte Umfeld nicht verlassen; ein Einbezug der Angehörigen ist hier besonders gut möglich. Die Arbeit der Tagesklinik wird durch die Universitätsmedizin Mainz wissenschaftlich begleitet und evaluiert.

### **Gerontopsychiatrische Behandlung**

In Deutschland sind derzeit mehr als 25 Prozent der über 65jährigen Menschen – das sind etwa 4,25 Millionen Menschen – von einer psychischen Störung betroffen. Zu diesem Personenkreis gehören diejenigen, die mit ihrer psychischen Erkrankung, etwa einer psychotischen Störung, alt geworden sind. Bei dem größeren Teil handelt es sich jedoch um Menschen, die erst im Alter erkranken, zum Beispiel an einer Depression oder Demenz. Frauen sind aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung insgesamt häufiger betroffen als Männer. So sind über zwei Drittel der Demenzkranke Frauen. Auch bei Angststörungen und Depressionen überwiegt der Anteil der Frauen, da das Erkrankungsrisiko bei Hochaltrigen steigt.

Bei älteren Patientinnen und Patienten im Allgemeinkrankenhaus findet sich in mehr als 30 Prozent der Fälle eine behandlungsbedürftige psychiatrische Komorbidität. Bereits heute entfallen 50 Prozent der Pfl egetage auf über 65-Jährige; ein Großteil sind demenziell Erkrankte. Zur Sicherstellung einer qualitativ guten Behandlung bedarf es professioneller Unterstützung, die insbesondere von speziellen (geronto-) psychiatrischen Fachdiensten geleistet werden kann. Im Konsiliarmodell wird der meist ärztliche Berater bedarfsweise für einzelne Patientinnen bzw. Patienten hinzugezogen, im Kontraktmodell regelmäßig bei bestimmten Patienten-, Diagnose- oder Problemgruppen. Beim Liaisonmodell besteht eine anfrageunabhängige, regelmäßi-

ge Präsenz in einer Behandlungseinheit. Nachweislich lassen sich besonders durch kombinierte Konsil- und Liaisondienste folgende Wirkungen erzielen:

- verbesserte Identifizierung gerontopsychiatrischer Patientinnen und Patienten
- Fortbildung und Supervision für das Personal
- Überbrückung von Schnittstellenproblemen
- die Steigerung der Lebensqualität gerontopsychiatrischer Patientinnen und Patienten
- durch verbesserte Diagnostik, Behandlung und Krisenintervention sowie
- eine sorgfältigere Angehörigenbetreuung,
- den Aufbau einer gerontopsychiatrischen Kompetenz beim Krankenhauspersonal,
- die neben einer Erhöhung der Versorgungsqualität positive
- Auswirkungen auf die Arbeitsbelastung haben soll,
- eine schnittstellenübergreifende Behandlungskontinuität durch Initiierung von Koordinations- und Vernetzungsprozessen und
- finanzielle Einsparungen durch Verringerung von Krankenhaustagen
- und Vermeidung von Heimunterbringungen. In Rheinland-Pfalz ist ein solcher Konsil- und Liaisondienst bisher beispielsweise vorbildlich in der Stadtklinik Frankenthal etabliert. Die Etablierung weiterer gerontopsychiatrischer Fachdienste in den rheinland-pfälzischen Krankenhäusern würde die Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten bedeutend verbessern.

### **Alterstraumatologie**

Alleine in Deutschland werden jährlich über 125.000 proximale Femurfrakturen mit einer Einjahresmortalität von 25 Prozent verzeichnet. Ursächlich ist hierfür in der Hälfte der Fälle der Sturz. Neben der im Alter häufig diagnostizierten Osteoporose führen auch Multimorbidität und altersbedingte Funktionseinschränkungen zu hohen Fallzahlen für Oberschenkelhalsfrakturen. Jährlich stürzen rund 30 Prozent der über 60-jährigen und 40 Prozent der über 80-Jährigen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2011, S. 41 - 43).

Daraus wird ersichtlich, dass zukünftig der optimalen Versorgung eine bedeutende Rolle zukommt, unter Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse der alternden Menschen. Das geriatrische Co-Management von hochspezialisierten Fachkompe-

tenzen wird in der Zukunft bei der verbesserten Behandlung des Alterstraumas unerlässlich sein.

Hierzu wurden international seit einigen Jahren verschiedene Behandlungsansätze und -modelle zur gemeinschaftlichen, alterstraumatologischen Versorgung von unfallchirurgischen und geriatrischen Patientinnen und Patienten gefordert und entwickelt. Ein Ansatz, dieses Konzept umzusetzen, wird zurzeit im DRK-Krankenhaus Hachenburg entwickelt.

Um die Qualität der Versorgung von geriatrischen Traumapatientinnen und –patienten in Alterstraumatologischen Zentren zu sichern und zu fördern, wurde durch die deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V., der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V., sowie dem Bundesverband Geriatrie e. V. ein Anforderungskatalog „atz – Alterstraumatologisches Zentrum“ erstellt. Dieser soll die strukturellen Voraussetzungen und insbesondere die entsprechende Zusammenarbeit zwischen Geriatrie und Unfallchirurgie hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beschreiben und mittels des Zertifikats „Alterstraumatologisches Zentrum“ sicherstellen (Bundesverband Geriatrie, 2014, S. 2 - 5).

Zudem hat die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie zur stetigen Verbesserung der Qualität speziell eine Arbeitsgruppe Alterstraumatologie etabliert, welche sich wissenschaftlich mit der Versorgungsrealität der geriatrischen Traumatologie in Deutschland beschäftigt und Algorithmen zur Therapie entwickelt (Deutsche Gesellschaft für Alterstraumatologie, 2015). Um die individuell abgestimmten altersspezifischen Behandlungsprozesse zu optimieren, wurden bereits das Zertifizierungsverfahren AltersTraumaZentrum DGU im März letzten Jahres initiiert und organisiert.

### 6.3. Rehabilitation

Die geriatrische Rehabilitation ist auch in den zukünftigen Versorgungsstrukturen des Landes Rheinland-Pfalz ein fester Bestandteil mit einem eigenen Versorgungsauftrag, der sich von der akutstationären Versorgung unterscheidet. Die Einführung geriatrischer Komplexpauschalen zur frührehabilitativen Behandlung und deren Abrechnung in den Akutgeriatrien schließt eine anschließende Rehabilitation nicht aus, sondern macht diese in vielen Fällen erst möglich. Es ist deshalb zwingend erforderlich, dass die Hauptfachabteilungen Geriatrie sowie die Allgemeinkrankenhäuser mit geriatrischer Kompetenz mit den betreffenden Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen der jeweiligen Netzwerke **eng** zusammenarbeiten. Die Bestätigung der in den Rehaeinrichtungen vorhandenen Behandlungskompetenz durch den MDK Rheinland-Pfalz (EVA-Reha) und die ausgewiesene geriatrische Expertise zeigen deren Leistungsfähigkeit. Spezialisierte Angebote für Patienten mit der (Neben-) Diagnose Demenz (Bsp.: Tandem-Station der Geriatrischen Fachklinik Rheinhessen-Nahe) sind innovative und bedarfsgerechte Weiterentwicklungen für multimorbide, ältere Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen.

Die mobile Rehabilitation ist derzeit kein etabliertes Angebot in Rheinland-Pfalz. Die Einrichtung einer mobilen geriatrischen Rehabilitation durch die Geriatrische Fachklinik Rheinhessen-Nahe für die Region Mainz wird nach wie vor als Modellprojekt angestrebt. Ein besonderer Schwerpunkt der mobilen Rehabilitation kann ein Programm für Patientinnen und Patienten mit Demenz sein.

### 7. Qualitätssicherung

Die Sicherung einer hochwertigen Qualität im ambulanten und stationären Sektor liegt in unterschiedlicher Verantwortlichkeit, die es nach rechtlicher Vorgabe zu beachten gilt. Dabei sollte beachtet werden, dass auch Fachgesellschaften einen wesentlichen und anerkannten Beitrag zur Qualitätssicherung leisten. Diese Kompetenz gilt es zu nutzen.

Eine qualitativ hochwertige geriatrische Behandlung kann beeindruckende Ergebnisse zur Verbesserung der Lebensqualität der betroffenen Patientinnen und Patienten

erreichen. Vielfach ist belegt, dass eine gute Behandlung Pflegebedürftigkeit vermeiden und die Selbstständigkeit der betroffenen Patientinnen und Patienten wiederherstellen kann. Die Qualitätssicherung ist deshalb integraler Bestandteil des gesamten geriatrischen Versorgungskonzeptes.

Die Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten muss durch Vorgaben der Strukturqualität und durch die Messung der Ergebnisqualität begleitet werden. Entsprechende Definitionen und Verfahren dazu sind etabliert und müssen flächendeckend eingefordert werden. Es ist dabei nicht erforderlich, neue und zusätzliche Qualitätskriterien und Zertifikate zu definieren, sondern vielmehr angemessen, die vorhandenen Qualitätssicherungssysteme konkret anzuwenden und zu beachten.

Mit dem Geriatriekonzept werden jedoch keine Abrechnungskriterien entwickelt. Die im Geriatriekonzept formulierten Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität und insbesondere zur Zertifizierung nach den Vorgaben des Bundesverbandes Geriatrie sind deshalb nicht als Voraussetzung zur Abrechnung von geriatrischen Leistungen, insbesondere der geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlung (OPS-8550) zu sehen. Maßgeblich sind insoweit die Vorgaben im jeweiligen OPS-Kode zur Abrechnung der entsprechenden Leistungen.

Für den ambulanten Sektor gilt dabei die vom Gesetzgeber vorgeschriebene Einführung eines adäquaten Qualitätssicherungssystems als Grundlage der Arbeit. Die Vorhaltung der konkreten fachlichen Kompetenzen und die Anwendung anerkannter Verfahren, wie z.B. der geriatrischen Basisassessments in hausärztlichen Praxen, sind spezifische Qualitätsstrukturen, die nachgewiesen werden müssen. Hierfür böten die Hausarztverträge entsprechende Anknüpfungspunkte.

Im stationären Sektor existiert für den Bereich der Rehabilitation das Qualitätssiegel geriatrische Rehabilitation in Rheinland-Pfalz, das von allen Rehaeinrichtungen anerkannt und von den Kostenträgern zur Grundlage der Verträge gemacht wird. Die Überwachung dieses Qualitätssiegels erfolgt durch den MDK Rheinland-Pfalz.

Im akutstationären Sektor sind die Strukturvorgaben des jeweils geltenden Operations- und Prozedurenschlüssels (OPS 8-550) zur Abrechnung der spezifischen

DRG´s für die zu erbringende Qualität maßgebend. Die Einhaltung dieser Vorgaben wird durch den MDK überprüft. Das bedeutet für den Krankenhausbereich folgende Vorgaben:

**a) Strukturqualität**

Das geriatrische Team ist multiprofessionell und interdisziplinär und setzt sich aus hierfür qualifizierten Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachkräften, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, Sozialpädagoginnen und -pädagogen sowie Therapeutinnen und Therapeuten zusammen. Das geriatrische Team wird von einer Geriaterin oder einem Geriater geleitet.

Für den Einsatz des geriatrischen Teams gelten mindestens die Anforderungen zur Erbringung der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung entsprechend dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 8-550 (für den Pflegedienst: 1:1,35-1,8; für den therapeutischen Dienst 1:4,4; für den Sozialdienst 1:40).

Die Chefärztin oder der Chefarzt bzw. die leitende Ärztin oder der leitende Arzt der geriatrischen Einheit ist eine Geriaterin bzw. ein Geriater (Facharzt mit Zusatzbezeichnung/Schwerpunkt; Fachkunde ist nicht ausreichend). Die fachärztliche Behandlungsleitung obliegt dem Geriater. Die fachärztliche Behandlungsleitung muss zu den üblichen Arbeitszeiten anwesend sein. Ist der Geriater kein Facharzt für Innere Medizin, so muss im geriatrischen Team zusätzlich ein Facharzt für Innere Medizin sein.

Pflegefachkräfte müssen in aktivierend-therapeutischer Pflege geschult sein.

Das therapeutische Team besteht aus Fachkräften insbesondere aus folgenden Therapiebereichen: Physiotherapie / Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie / Neuropsychologie.

Die Fort- und Weiterbildung erfolgt durch regelmäßige fachspezifische Weiterbildungen.

Der leitende Arzt soll über die Weiterbildungsbefugnis (Zusatzbezeichnung / Schwerpunkt) verfügen.



Eine Orientierung an den Personalkennzahlen des Qualitätssiegels Geriatrie für die Akutgeriatrie wird empfohlen.

Der Flächenbedarf der Station ist (ab einer Stationsgröße von 25 Betten) etwa zehn - 15 Prozent höher anzusetzen als der einer herkömmlichen Pflegestation. Die Gründe hierfür liegen im überdurchschnittlichen Behinderungsgrad der Patientinnen und Patienten (ca. 60 Prozent Rollstuhlpatienten), deren Bedürfnissen bei der Größe und Ausgestaltung der Räumlichkeiten Rechnung zu tragen ist, der höheren Pflege- und Hilfsmittelbedürftigkeit und der längeren Verweildauer (höherer Bedarf für Aufenthalts- und Speiseräume sowie für soziale Aktivitäten). Der Pflegebereich sollte die Kommunikation fördern, aber auch Privatheit ermöglichen. Sofern die Notwendigkeit besteht, Therapieangebote auch dezentral auf der Station durchzuführen, sind auf der Station zusätzliche Flächen für Therapieangebote vorzusehen. Im Übrigen wird auf die Arbeitshilfe des Gesundheits- und Sozialministeriums „Geriatrische Station“ zur Erstellung des Raum- und Funktionsprogrammes verwiesen.

## **b) Prozessqualität**

Um eine akutgeriatrie Behandlungsbefähigung möglichst frühzeitig feststellen zu können, setzt die Klinik in der Notaufnahme ein geriatrisches Screening ein, das bei jeder Aufnahme von Patienten, die mindestens 70 Jahre alt sind, angewandt wird.

Grundlage der Behandlung geriatrischer Patienten ist ein standardisiertes geriatrisches Assessment, welches multiprofessionell und interdisziplinär erbracht wird und ein soziales Assessment einschließt. Die Vorgaben des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) 8-550 in seiner jeweils gültigen Fassung stellen den Mindeststandard dar.

Aufgrund des Assessments wird ein allgemeiner Behandlungsplan mit Behandlungsziel in Zusammenarbeit mit Patient und Familie durch das Behandlungsteam erstellt. Das therapeutische Team wird von der Geriaterin bzw. dem Geriater geleitet und koordiniert. Jede Berufsgruppe führt vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung eine Dokumentation über den Verlauf des einzelnen Patienten wä-

rend der Behandlung. Dazu gehören die Aufnahme-, Verlaufs- und Entlassungsberichte.

Die für den Patienten anzustrebenden Ziele können nur bei optimaler Zusammenarbeit des therapeutischen Teams erreicht werden. Dies setzt regelmäßige Besprechungen und Visiten voraus. An den Visiten nimmt das Team, insbesondere die Pflege, die Krankengymnastik und Ergotherapie teil.

Aufgrund der besonderen Bedürfnisse geriatrischer Patientinnen und Patienten muss die Entlassungsplanung strukturiert und frühzeitig erfolgen. (Entlassungsmanagement/Expertenstandard).

Die Interdisziplinarität der Geriatrie erfordert die strukturierte Zusammenarbeit mit anderen Fachgebieten. Darüber hinaus benötigen auch die anderen Fachgebiete geriatrische Expertise, die über einen Konsildienst zu gewährleisten ist. Die Etablierung von fachgebietsübergreifenden Kooperationen (z.B. Alterstraumatologisches Zentrum) führt zu einer verbesserten Versorgung.

Eine Akutgeriatrie ist Teil eines Netzwerks zur Versorgung älterer Menschen. Dabei sind Vernetzungen über die Sektorengrenzen hinaus aufzubauen. Um eine lückenlose geriatrische Versorgung zu gewährleisten, ist insbesondere eine Zusammenarbeit mit den medizinischen und sozialen Einrichtungen vor Ort (niedergelassenen Ärzten, sozialen Diensten, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, etc.) erforderlich.

Die Bildung von Qualitätszirkeln sollte fester Bestandteil des Netzwerkes sein. Eine Akutgeriatrie arbeitet mit mindestens einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung in der Region zusammen.

### **Bundesverband Geriatrie und Zentrenbildung**

Zur Sicherung der Qualität sollen sich Hauptfachabteilungen nach einer Übergangszeit nach dem Qualitätssiegel Geriatrie (Bundesverband Geriatrie) zertifizieren lassen. Zurzeit sind sieben Hauptfachabteilungen in Rheinland-Pfalz krankenhaushausplanerisch ausgewiesen. In den Vorbereitungen zum nächsten Landeskrankenhausplan

werden die Zertifizierungsvoraussetzungen diskutiert und Konzepte erarbeitet, um die Intention der Zertifizierung zu erreichen.

Die Aufnahme in den Bundesverband Geriatrie, die eine Qualitätsprüfung voraussetzt, ist von allen Geriatrien anzustreben.

Aufgrund der zu erwartenden Neuregelung des Zentrumsbegriffs wird es Aufgabe des nächsten Landeskrankenhausplanes sein, gegebenenfalls Vorgaben für geriatrische Zentren zu entwickeln.

## **8. Aus-, Fort- und Weiterbildung im medizinischen Bereich und Versorgungsforschung**

Die medizinische Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten erfolgt zum überwiegenden Teil ambulant. Die geriatrische Krankenhausbehandlung und die geriatrische Rehabilitation stellen nur ein kleines Segment der medizinischen Versorgung alter Menschen dar. Dies unterstreicht die überragende Bedeutung der Weiterbildung künftiger Hausärztinnen und Hausärzte sowie der hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten. Die Vermittlung geriatrischen Fachwissens sollte daher nach Möglichkeit in entsprechende Weiterbildungscurricula integriert werden. Den geriatrischen Netzwerken im Land kommt hierbei neben der Fortbildung des geriatrischen Nachwuchses für die stationäre Versorgung eine entscheidende Bedeutung zu.

Der Durchdringungsgrad dieser spezifischen Fortbildung bei den Hausärztinnen und Hausärzten ist weiterhin verbesserungsfähig. Eine flächendeckende Versorgung der Patientinnen und Patienten mit dieser notwendigen hausärztlichen geriatrischen Diagnostik ist noch nicht erreicht. Hier sind sowohl der Hausärzteverband wie auch die Krankenkassen aufgefordert, zum Beispiel im Rahmen von Hausarztverträgen entsprechende Fortbildungen weiterhin zu fördern. Neben dieser frühzeitigen Diagnostik sind es vor allem auch die Hausärztinnen und Hausärzte, die ihren Patientinnen und Patienten unterstützend zur Seite stehen, um durch das Fördern von präventiven Aktivitäten den geriatrischen Versorgungsbedarf im besten Fall erst gar nicht entstehen zu lassen.

Die ärztliche Approbationsordnung integriert erstmals altersmedizinische Ausbildungsinhalte in das klinische Medizinstudium (Querschnittsfach Q7: „Medizin des Alters und des alternden Menschen“ im 10. Semester). Eine weitere Stärkung der Geriatrie im klinischen Fächerkanon der Universitäten könnte der wachsenden Bedeutung des Faches in der Ausbildung künftiger Ärztinnen und Ärzte Rechnung tragen.

Ärztinnen und Ärzte lernen auch im Regelbetrieb der Krankenhausabteilungen, geriatrische Patientinnen und Patienten zu versorgen. Auch die Weiterbildungsordnung für die verschiedensten Fachärztinnen und Fachärzte sieht vor, dass die oder der Weiterzubildende Kenntnisse auf dem Gebiet der Altersmedizin erwirbt. Diese Kenntnisse sind bei der jeweiligen Facharztprüfung auch prüfungsrelevant. Hinzu kommen noch entsprechende Fortbildungsaktivitäten auf lokaler und überregionaler Ebene. Trotz alledem scheint ein Mehr an Weiter- und Fortbildung in diesem Bereich empfehlenswert, was allerdings eine entsprechende Stellenkapazität voraussetzt.

Den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Rheinland-Pfalz steht nach entsprechender Änderung der Weiterbildungsordnung nunmehr die Möglichkeit offen, sich berufsbegleitend in der ambulanten geriatrischen Versorgung weiterzubilden. Allein an den Kursen der Akademie der LÄK haben mittlerweile (Stand 07/2014) mehr als 200 Ärztinnen und Ärzte teilgenommen. Eine deutliche Verbesserung der ambulanten Versorgung geriatrischer Patienten darf daher erwartet werden. Die Kurse in Mainz werden im Wesentlichen von der Geriatrie am KKM und der Rheinhessenfachklinik in Bad-Kreuznach und Bad-Münster am Stein getragen, sodass im Ergebnis auch mit einer Verbesserung bei der Vernetzung zwischen ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung gerechnet werden darf.

Mit einer flächendeckenden ambulanten Versorgung durch qualifiziert weitergebildete niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, vorwiegend aus dem Fachgebiet Allgemeinmedizin, in Rheinland-Pfalz darf für die nächsten Jahre gerechnet werden.

Die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz unterscheidet in der Akutbehandlung und der Rehabilitation zwischen

- a. anerkannten Weiterbildungsstätten zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Geriatrie sowie dem Schwerpunkt Geriatrie in den Fachgebieten Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie und
- b. Weiterbildungsstätten zur Erlangung der Fachkunde Geriatrie für Fachärztinnen und -ärzte in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung.

Folgende Weiterbildungsstätten für Geriaterinnen und Geriater stehen derzeit in Rheinland-Pfalz zur Verfügung:

- Maria Hilf, Bad Neuenahr-Ahrweiler,
- Katholisches Klinikum Mainz,
- Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer,
- Geriatischen Rehabilitationsklinik St. Irminen, Trier,
- Geriatische Fachklinik Rheinhessen, Bad Kreuznach,
- St. Marienkrankenhaus Nassau,
- Geriatischen Klinik St. Josef, Burgbrohl,
- DRK-Krankenhaus Alzey,
- Marienkrankenhaus, Cochem,
- Krankenhaus Maria Hilf, Daun,
- Stadtklinik Frankenthal,
- Westpfalz Klinikum GmbH I, Kaiserslautern,
- DRK Krankenhaus Westerwald, Kirchen,
- Krankenhaus Zum Guten Hirten, Ludwigshafen,
- St. Marienkrankenhaus, Ludwigshafen,
- St. Joseph-Krankenhaus, Prüm,
- Westpfalz-Klinikum GmbH IV, Rockenhausen,
- Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen, Trier,
- Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Trier,
- Ökumenisches Verbundkrankenhaus Trier,
- Klinikum der Stadt Worms, Standort Hochstift.

### Errichtung einer Stiftungsprofessur für Altersmedizin an der Universitätsmedizin Mainz

Mit der Errichtung einer Stiftungsprofessur für Geriatrie wird die Grundlage geschaffen, Forschungsfragen, Krankenversorgung und Lehre im Bereich der Geriatrie für Rheinland-Pfalz zu verknüpfen. Die G. und I. Leifheit-Stiftung Nassau stellt der Universitätsmedizin Mainz dafür finanzielle Mittel zur Verfügung. Nach fünf Jahren soll die Professur evaluiert werden. Die neue Stiftungsprofessur für Geriatrie wird dem „Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie“ zugeordnet. Die Stiftungsprofessur ist zunächst auf sieben Jahre befristet. Verbunden mit der Stiftungsprofessur ist der schrittweise Aufbau einer universitären Geriatrie, wobei die Universitätsmedizin Mainz sich ausdrücklich als universitäre Partnerin in einem wachsenden Netzwerk versteht. Zudem ist es die Aufgabe des Lehrstuhls, Studierende, junge Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte frühzeitig an die Besonderheiten der Versorgung älterer Patientinnen und Patienten heranzuführen.

## 9. Prävention

Eine wichtige Bedeutung wird angesichts des demografischen Wandels und der damit verbundenen Morbiditätsrisiken die zielgerichtete und evidenzbasierte Gerontoprophylaxe erlangen. Dies gilt z.B. für die Schlaganfallprophylaxe oder die gezielte Sturzprophylaxe bei älteren Bürgerinnen und Bürgern. Bereits im Bericht 2000/2001 des Sachverständigenrates wird erwähnt, dass gerade im hohen Lebensalter bislang vernachlässigte präventive Potenziale vorhanden sind (Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001: 12).

Allgemein wird zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention unterschieden, wobei in der Geriatrie der Schwerpunkt auf der Sekundär- und Tertiärprävention liegt. Der Unterschied der Präventionsarten liegt im Zeitpunkt und im Ziel der durchgeführten Maßnahmen.

Aufgabe der Sekundärprävention ist es, symptomlose Krankheiten im Frühstadium zu erkennen und einzudämmen. Durch therapeutisches Eingreifen wird ein Fortschreiten der Krankheit verhindert oder abgeschwächt. Die Tertiärprävention richtet sich an Menschen, bei denen sich die Erkrankung manifestiert hat. Die Herausforderung besteht darin, die Folgen möglichst zu lindern und eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach bestem Wissen zu vermeiden.

Ziel muss das Erkennen von Risikopatientinnen und -patienten und die konsequente Behandlung entsprechender Risikofaktoren sein. Dies gilt im Bereich des Schlaganfalls für die adäquate Behandlung des Bluthochdrucks bzw. die konsequente Antikoagulation von Patienten mit Vorhofflimmern, einer Rhythmusstörung mit einem altersbezogenen exponentiellen Anstieg der Prävalenz. Eine Umstellung auf eine gesunde Lebensweise, insbesondere in der Ernährung und genügend Flüssigkeitszufuhr, wird ebenso als ein wichtiger Beitrag zur Vermeidung eines weiteren Schlaganfalls gesehen. Eine gezielte Rehabilitation begünstigt bei den Betroffenen den Erhalt der Selbstständigkeit, da diese hierbei lernen mit dem Schlaganfall eingetretenen Einschränkungen umzugehen.

Im Bereich von Herz-Kreislauf-Erkrankungen können ebenfalls durch eine Reduzierung vorhandener Risikofaktoren wie beispielweise des Bluthochdrucks, erhöhter Blutzucker- und Blutfettwerte Folgekrankheiten vermieden werden. Bei der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen wird eine gesunde Ernährung, viel Bewegung (je nach Belastungsgrad), Vermeidung von Stress und ein angemessenes Körpergewicht empfohlen. Durch dieses Bündel an Maßnahmen können Herz-Kreislauf-Erkrankungen und die damit verbundene Beeinträchtigung von Gesundheit und Lebensqualität zumindest minimiert, wenn nicht sogar verhindert werden.

Diabetes mellitus Typ-2 tritt häufig im mittleren bis späteren Lebensalter auf. Eine der Hauptursachen der Insulinresistenz ist vor allem erbliche Veranlagung, Übergewicht und Bewegungsmangel. Aus diesem Grund ist hier das Erreichen eines normalen Körpergewichts, gesunde Ernährung und viel Bewegung das primäre präventive Ziel. Bei erhöhten Blutzuckerwerten kann es langfristig zu schwerwiegenden Schädigungen an Nerven und Gefäßen kommen, zum Beispiel zu Nierenerkrankungen, Fußamputationen, Herzinfarkt, Erblindung und Schlaganfall. Um diese Folgeerkrankungen zu vermeiden, sind eine gute Einstellung der Blutzuckerwerte, der Blutfettwerte, des Blutdrucks und eine gute Fußpflege von Bedeutung.

Zu den wichtigsten Faktoren der Sturzgefährdung gehören die Muskelschwäche, Schwierigkeiten bei der Körperbalance, kognitive Einschränkungen oder eine eingeschränkte Sehfähigkeit. Ebenso können auch Umgebungsfaktoren wie zum Beispiel Hindernisse oder ein nasser Fußboden einen Sturz begünstigen. Körperliches Training, die Versorgung mit Hilfsmitteln (Gehhilfen, Brillen, Hörgeräten, festes Schuhwerk) und eine barrierefreie Wohnung vermindern das Risiko zu stürzen. Ebenso könnte im häuslichen Bereich die Vermeidung von Stolperfallen wie z.B. der Verzicht von Teppichbrücken und eine ausreichende, aber nicht blendende Beleuchtung einen sinnvollen Ansatz zur Vermeidung von Verletzungen bieten.

Die Funktionsfähigkeit des Bewegungsapparates ist eine entscheidende Voraussetzung für ein selbstständiges Leben und kann bis ins hohe Alter durch körperliches Training erhalten und gesteigert werden. Zahlreiche Studien belegen, dass durch entsprechende Interventionen (gezielter Muskelaufbau und Bewegungskoordination), die vorwiegend durch ambulante, teilstationäre oder auch stationäre rehabilitative



Verfahren erfolgen, die Häufigkeit von Stürzen, besonders aber auch die Inzidenz sturzbedingter Verletzungen deutlich reduzieren kann.

Die in den nächsten Dekaden prognostizierte Verdopplung der Schlaganfallinzidenz bzw. der Inzidenz von stammnahen Frakturen (Schenkelhalsfrakturen, proximale Humerusfrakturen etc.) könnte durch flächendeckende prophylaktische Maßnahmen zumindest deutlich abgefedert werden.

In diesem Zusammenhang gewinnt die Weiterqualifikation der Hausärztinnen und Hausärzte in Rheinland-Pfalz in der ambulanten geriatrischen Versorgung nochmals an Bedeutung. Durch das frühzeitige Aufdecken von Bedürfnissen, Beratungen und Behandlungen kommt der hausärztlichen Versorgung in der Prävention eine wichtige Rolle zu.

## 10. Medikamentenversorgung

Der Wechsel von Patienten zwischen niedergelassenem und stationärem Sektor ist in aller Regel mit Änderungen der Arzneimitteltherapie verbunden. Der Krankheitsverlauf und die in beiden Sektoren unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen (Vergütungsregelung, Arzneimittelrichtlinien, Preisbildungssysteme) bedingen Modifikationen der Arzneimitteltherapie. Mangelhafte intersektorale Kommunikation und fehlende elektronische Medien, auf die alle betreuenden Gesundheitsdienstleister einer Patientin oder eines Patienten zugreifen können, bedingen Informations- und Qualitätsverlust, mangelnde Arzneimitteltherapiesicherheit, Diskontinuität in der Versorgung des Patienten und eine eingeschränkte Wirtschaftlichkeit.

Zu den Hauptproblemen, die zu Medikationsfehlern an Schnittstellen führen, gehören der unvollständige Medikationsplan, die unvollständige Information der Patientin bzw. des Patienten und der mangelhafte Austausch mit weiterbehandelnden Gesundheitsversorgern. Rund die Hälfte aller Medikationsfehler geht auf schlechte Kommunikation zurück. Eine gute Nachverfolgungsmöglichkeit der Arzneimitteltherapie eines Patienten ist Grundlage für einen Arzneimittelabgleich zwischen den Versorgungssektoren. Neben der Patientenbefragung sollte daher noch eine zusätzliche verlässliche Quelle, wie z.B. eine Medikamentenliste als Quelle genutzt werden können. Der behandelte Arzt muss einen vollständigen Überblick über die Arzneimittelhistorie seines Patienten haben.

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AKdÄ) hat in Zusammenarbeit mit vielen Experten und Spitzenorganen der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen einen bundeseinheitlichen Medikationsplan (Bundes-MP) konsentiert und damit einen bedeutenden Schritt zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) und der Einnahmetreue von Medikamenten vollzogen.

Mit dem Medikationsplan sollen zwei wesentliche Effekte erzielt werden:

- Aufgrund der standardisierten Struktur und der Bereitstellung der Informationen in digitaler Form (Lesemöglichkeit via Barcode) sind die patientenbezogenen Daten den Leistungserbringern zugänglich. Sie können somit als Grundlage bei der Verordnung und Abgabe von Medikamenten genutzt werden, die Informationsweitergabe am Übergang der Sektoren optimieren und die AMTS erhöhen.

- Er verbessert die Information über einzunehmende Medikamente für die Patientin und den Patienten, minimiert Fehler bei der Einnahme und Dosierung und fördert somit die Adhärenz und Kompetenz der Patientinnen und Patienten.

Gemeinsam mit der Universitätsmedizin Mainz, der Techniker Krankenkasse und der Landesapothekerkammer Rheinland-Pfalz gab das rheinland-pfälzische Gesundheitsministerium am 2. März 2015 den Startschuss zum Modellprojekt **„Vernetzte Arzneimittelsicherheit (AMTS) mit dem elektronischen Medikationsplan in Rheinland-Pfalz“**. AMTS ist ein Teilprojekt des Zukunftsprogramms „Gesundheit und Pflege – 2020“ des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie.

Ziel ist es, Patientinnen und Patienten nach einem stationären Krankenhausaufenthalt einen Medikationsplan zur Verfügung zu stellen, der von Hausärzten und Apotheken elektronisch aktualisiert werden kann. So sollen unerwünschte Wirkungen, Doppelverordnungen oder Wechselwirkungen von Arzneimitteln vermieden werden. Der Wechsel von Patientinnen und Patienten zwischen niedergelassenem und stationärem Sektor ist in aller Regel mit Änderungen der Arzneimitteltherapie verbunden. Mangelhafte intersektorale Kommunikation und fehlende elektronische Medien, auf die alle Gesundheitsdienstleister eines Patienten zugreifen können, bedingen Informations- und Qualitätsverluste und können damit zu mangelnder Arzneimitteltherapiesicherheit und Versorgung des Patienten oder zu Medikationsfehlern führen.

Mit dem elektronischen Medikationsplan können allen Leistungserbringern strukturiert patientenbezogene Informationen zur Arzneimitteltherapie in digitaler Form zugänglich gemacht werden. Sie können somit als Grundlage zur Verordnung und Abgabe von Medikamenten dienen, die Informationsweitergabe am Übergang der Sektoren optimieren und die Arzneimitteltherapiesicherheit im Sinne des Patienten erhöhen. Ein schriftlicher Ausdruck des Medikationsplans für den Patienten, verbunden mit einer fachlichen Erläuterung durch Apotheker und Arzt, tragen zum besseren Informationsstand des Patienten bei und fördern dessen Kompetenz im Umgang mit Arzneimitteln.

Das Modellprojekt AMTS wird mit finanzieller Beteiligung der Universitätsmedizin Mainz, der Landesapothekerkammer und der Techniker Krankenkasse Rheinland-Pfalz sowie dem Gesundheitsministerium in den Regionen Bad Kreuznach, Kaiserslautern, Koblenz, Mainz und Trier mit circa 600 Patienten durchgeführt und läuft bis

2016. Die Ergebnisse des Projektes sollen dazu dienen, die Wege zur Verbesserung der Medikamentenversorgung zu zeigen und Empfehlungen vorzulegen, die insbesondere für geriatrische Abteilungen Vorbildwirkung haben sollen.

## Teil B: Standortauswahl und Konsequenzen für die Krankenhausplanung

### 1. Bedarfsprognose zur klinischen Geriatrie

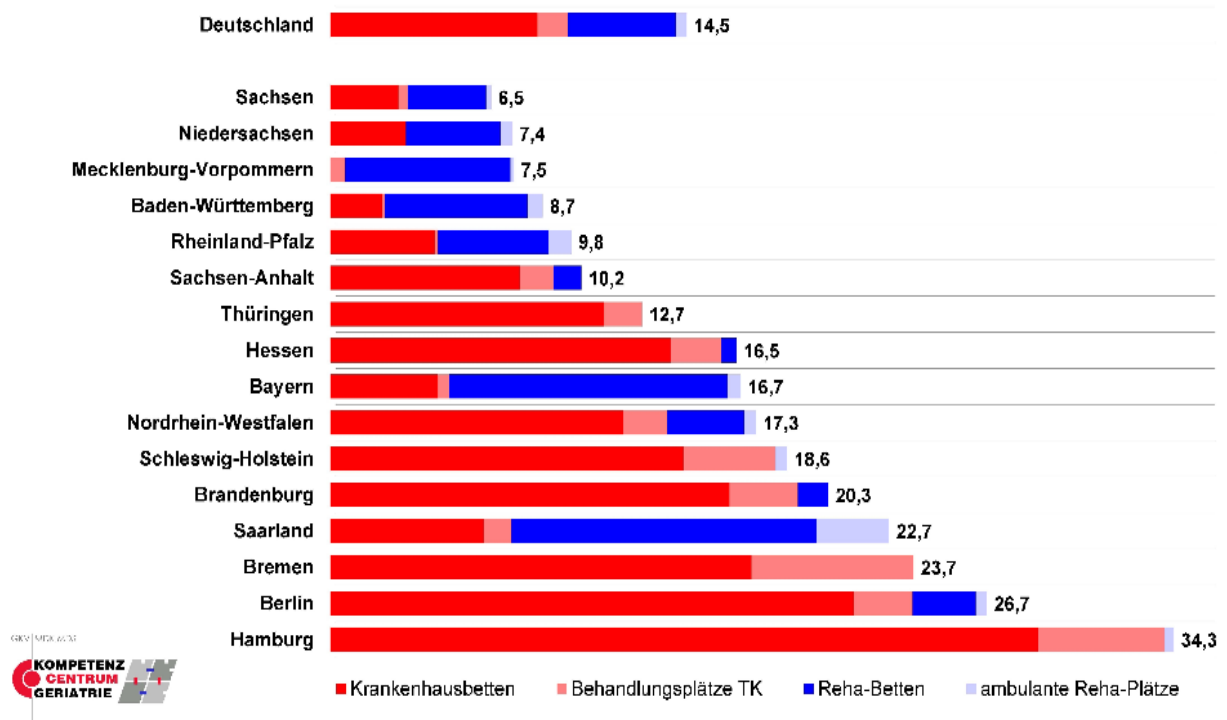
Wie in anderen medizinischen Fachgebieten ist es auch in der Geriatrie nicht möglich, einen unstrittigen Wert zur absoluten Bedarfsbemessung heranzuziehen. Der tatsächliche Versorgungsbedarf ist zweifellos regional sehr unterschiedlich und hängt von vielen Faktoren ab. Es ist jedoch möglich, die relative Position der vorhandenen geriatrischen Versorgungslandschaft eines Bundeslandes darzustellen, und daraus zumindest tendenziell Rückschlüsse auf den bedarfsgerechten Umfang der Versorgungskapazitäten zu ziehen. Hinsichtlich des Bedarfs an konkreten Krankenhausstandorten besteht eine weitere Möglichkeit darin, den Bedarf anhand der geriatrischen relevanten Haupt- und Nebendiagnosen in Abhängigkeit vom Patientenalter zu schätzen.

Der Bedarf an Akutgeriatrien soll durch die bedarfsgerechte Einzelausweisung von Kapazitäten im Rahmen der fortlaufenden Krankenhausplanung gedeckt werden.

Die jeweilige Bedarfsschätzung erfolgt **vor dem Hintergrund einer vergleichenden Betrachtung** der stationären und teilstationären geriatrischen Kapazitäten im Akut- und Reha-Sektor aller Bundesländer und des Bundesdurchschnitts. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung (MDS) veröffentlicht auf seiner Homepage Zahlen zur vergleichenden Darstellung der geriatrischen Kapazitäten. Er verwendet dabei den Begriff der „Geriatrischen Versorgungsquote“ (klinische geriatrische Versorgungsangebote bezogen auf je 10.000 Einwohner 65 Jahre und älter (vgl. [www.kcgeriatrie.de](http://www.kcgeriatrie.de))). Um dieser vergleichenden Prognose in der Krankenhausplanung zu entsprechen, wird in der Krankenhausplanung die aktuelle Bevölkerungsprognose des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz und der darin ausgewiesene Anteil der Bevölkerung, der 65 Jahre und älter ist, verwendet. Das ist nicht gleichbedeutend mit dem medizinischen Behandlungskonzept, das eingangs erläutert wird.

Das Kompetenzzentrum Geriatrie des MDS legt zurzeit folgende Daten vor:

Abbildung Geriatrie Versorgungsstrukturen und Versorgungsquoten in Deutschland:



Quelle: Kompetenzzentrum Geriatrie des MDS, 2014

Die geriatrie Versorgungsquote schwankt zwischen den Bundesländern stark. Der bundesweite Mittelwert liegt nach Angaben des MDS bei einer geriatrie Versorgungsquote von 14,5 im Jahr 2013. Legt man diesen bundesweiten Mittelwert der geriatrie Versorgungsquote als Zielgröße zukünftiger klinischer geriatrie Strukturen in Rheinland-Pfalz zugrunde, besteht nach wie vor ein zusätzlicher Versorgungsbedarf in der Akutgeriatrie. Zielsetzung der weiteren Krankenhausplanung wird es deshalb sein, die vorhandenen klinischen Versorgungsstrukturen an den aktuellen und steigenden Bedarf anzupassen. Dabei wird weiterhin stufenweise vorgegangen. Deshalb ist die Ausweisung zusätzlicher Kapazitäten von der aktuellen Auslastung vorhandener Einrichtungen und einem überzeugenden Versorgungskonzept abhängig. Der weitere Bedarf wird im Rahmen der Krankenhausplanung laufend und aktuell berücksichtigt.

Auf Antrag der Krankenhäuser wird im Ausschuss für Krankenhausplanung beraten und abgestimmt, ob die Vorgaben des Geriatriekonzeptes und die Entscheidungs-

parameter für die Ausweisung von Fachrichtungen wie z.B. Charakteristika des Einzugsgebiete, Fachgebietsstruktur des Krankenhauses, Auslastungskriterien und Investitionsbedarf eingehalten werden.

Die im Geriatriekonzept vorgesehene Intensivierung der Fort- und Weiterbildung soll dazu beitragen, den unübersehbaren Mangel an qualifiziertem Fachpersonal möglichst schnell zu schließen und damit auch die Voraussetzung für die Einrichtung geriatrischer Behandlungskompetenz zu schaffen. Neue Standorte für geriatrische Abteilungen sollten ein ausreichend großes Einzugsgebiet aufweisen.

## **2. Kriterien zur Ausweisung akutstationärer Kapazitäten**

Die Festlegung der Standorte zur Weiterentwicklung der klinischen Geriatrie im Land Rheinland-Pfalz orientiert sich an den im Geriatriekonzept formulierten Zielsetzungen und Strukturvorgaben. Dabei geht es zukünftig um den bedarfsgerechten Ausbau in den Ballungszentren und die weitergehende wohnortnahe Bedarfsdeckung in der Fläche durch den Aufbau geriatrischer Kompetenzen an entsprechenden Standorten in Allgemeinkrankenhäusern.

Im Geriatriekonzept von 2009 wurde der Versorgungsbedarf dadurch gedeckt, indem an vorhandenen klinischen Einrichtungen, die bisher noch keine besondere Kompetenz aufweisen, neue Behandlungsplätze eingerichtet wurden.

Da die geriatrische Behandlung sowohl im Weiterbildungsbereich wie auch tatsächlich im Behandlungsbereich große Schnittmengen zur Inneren Medizin aufweist, ist die teilweise Umwandlung internistischer Planbetten zu akutgeriatrischen Betten ein weiteres grundsätzliches Kriterium der Standortauswahl. Dabei wird von einer planbettenneutralen Umwandlung ausgegangen. Im Hinblick auf die Folgewirkungen der Standortauswahl für die Krankenhausinvestitionsförderung ist bei fachlich vergleichbar geeigneten Standorten auch die Notwendigkeit zusätzlicher Baumaßnahmen ein Auswahlkriterium.

Alle vorhandenen und in der Zukunft auszuweisenden Standorte haben die allgemeinen Strukturvorgaben für Geriatrische Einrichtungen nach dem Geriatriekonzept des Landes Rheinland-Pfalz zu erfüllen und darüber hinaus selbstverständlich alle weite-

ren bundesweiten Vorgaben, die für die Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten relevant sind (siehe Kapitel 7).

### **3. Merkmale für geriatrische Hauptfachabteilungen und Allgemeinkrankenhäuser mit geriatrischer Kompetenz**

#### Gemeinsame Merkmale

Die geriatrischen Hauptfachabteilungen und Allgemeinkrankenhäuser mit geriatrischer Kompetenz (geriatrische Einrichtungen) dienen der Akutversorgung alter, multimorbider Patientinnen und Patienten mit häufig vorliegenden funktionellen Beeinträchtigungen einschließlich der Frühmobilisation. Die Aufnahme erfolgt entweder notfallmäßig oder auf Grund gezielter Zuweisung durch niedergelassene Haus- und Fachärztinnen und -ärzte. Zuverlegungen 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 (Sturz, Schlaganfall etc.). Der Anteil von akut aufgenommenen Patientinnen und Patienten sollte 70 Prozent (50 Prozent in Allgemeinkrankenhäuser mit geriatrischer Kompetenz) nicht unterschreiten.

Die Indikationsstellung zur geriatrischen Behandlung, das heißt die Definition der geriatrischen Patientin und des geriatrischen Patienten, ist durch die Geriaterin oder den Geriater vorzunehmen. Die im OPS kodifizierten Kriterien für die Abrechenbarkeit der geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlung (OPS 8-550) sind lückenlos einzuhalten. Der geriatrische Bereich sollte über einen Zugang zur Intensivmedizin (Überwachung) verfügen. Alle Patientinnen und Patienten sind nach Ende der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung auf Eignung und Aussichten einer anschließenden Rehabilitationsbehandlung, in der Regel in einer geriatrischen Reha-Klinik, hin zu überprüfen. Entsprechende Maßnahmen sind nach Erfüllung der einschlägigen Kriterien (siehe auch Kriterienkatalog des MDS zur geriatrischen Rehabilitation) indikationsgerecht einzuleiten. Die Rate erfolgreich eingeleiteter Rehabilitationsbehandlungen soll ebenfalls als Qualitätsindikator gelten.



Hauptfachabteilungen an akademischen Lehrkrankenhäusern sollten in die Ausbildung der PJ-Studierenden eingebunden werden. Am Standort Mainz sollte die geriatrische Station auf dem Campus der Universitätsmedizin ebenfalls für die Mediziner- ausbildung zur Verfügung stehen. Die Integration des Faches Geriatrie in Forschung und Lehre sowie Krankenversorgung in die Universitätsmedizin soll gefördert werden.

#### Spezielle Merkmale für die Geriatrischen Hauptfachabteilungen:

Nach Abschluss einer zeitgerechten Aufbauphase sollte die geriatrische Hauptfach- abteilung einen eigenen ärztlichen Bereitschaftsdienst und einen eigenen ärztlichen Hintergrunddienst (Rufbereitschaft) auf Facharzniveau (Geriatrin bzw. Geriater) einrichten.

Die geriatrische Hauptfachabteilung muss über alle Möglichkeiten des geriatrischen Assessments sowie der internistischen Diagnostik verfügen. In eigener Verantwor- tung sollten alle sonographischen (einschließlich Duplexsonographie und Echokardi- ographie) sowie elektrokardiographische Untersuchungsmethoden verfügbar sein. Bei einem erwarteten hohen Anteil von Schlaganfallpatientinnen und -patienten sollte ebenfalls die Möglichkeit der videoendoskopischen Schluckdiagnostik bereitstehen.

Die geriatrische Hauptfachabteilung sollte über eigene Betten zur Monitorüberwa- chung (im Intermediate Care Bereich) sowie Zugang zur Intensivbehandlungsstation verfügen.

Die geriatrische Hauptfachabteilung sollte als Weiterbildungsstätte zur Weiterbildung in der Geriatrie anerkannt sein. Die leitende Ärztin oder der leitende Arzt sollte mittel- fristig über die volle Weiterbildungsbefugnis für die Geriatrie verfügen. Die geriatri- sche Hauptfachabteilung sollte für Hospitationen interessierter Kolleginnen und Kol- legen offen stehen. Gleiches gilt für die Fort- und Weiterbildung der weiteren Team- mitglieder, besonders aus den Bereichen Pflege, Ergo- und Physiotherapie.

#### **4. Festlegung der Standorte zur Ausweisung akutstationärer Geriatrie-Kapazitäten**

Die Planung erfolgt bezogen auf den Standort. Es wird davon ausgegangen, dass die Umsetzung in der Aufbauphase in den Krankenhäusern planbettenneutral erfolgt.

Das Ziel, in den Ballungsregionen des Landes akutgeriatrische Kompetenzen zu schaffen, konnte erreicht werden, siehe Tabelle 1. Geriatriische Hauptfachabteilungen sind im aktuellen Geriatriekonzept für folgende Standorte vorgesehen:

- Mainz, Katholisches Klinikum, die ursprünglich 30 Betten umfassende stationäre geriatrische Abteilung wurde zunächst auf 70 Betten erweitert (davon 10 Betten auf der geriatrischen Schlaganfallstation). Mit der geriatrischen Station auf dem Campus der Universitätsmedizin verfügt die geriatrische Klinik am KKM aktuell über 100 Planbetten.
- Universitätsmedizin Mainz
- Bad Kreuznach, Geriatriische Fachklinik Rheinhessen-Nahe Bad
- Trier, Mutterhaus
- Koblenz, Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein
- Ludwigshafen, St. Marien- und St. Anastifts Krankenhaus
- Worms, Klinikum
- Kaiserslautern, Westpfalzlinikum.

Über die oben angesprochenen Standorte in den Ballungszentren des Landes Rheinland-Pfalz hinaus soll eine angemessene regionale geriatrische Akutversorgung in der Fläche entstehen. Die Merkmale für Allgemeinkrankenhäuser mit geriatrischer Kompetenz sowie die Strukturvoraussetzungen des OPS 8-550 sind zu erfüllen. Bei der Standortauswahl sind folgende Vorgaben zu beachten:

- die zu versorgende Einwohnerzahl,
- die geographische Lage,
- die vorhandenen Fachgebiete im Krankenhaus,
- die Verkehrsinfrastruktur,
- bereits vorhandene geriatrische Versorgungsangebote und nicht zuletzt
- die Qualitätsvorgaben des Geriatriekonzeptes.

Das Land wird mit diesem Konzept und den daraus resultierenden Standortentscheidungen seiner Verantwortung für eine flächendeckende und hochwertige Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten gerecht. Es sorgt für zukunftsfähige Strukturen, die die vorhandenen Bedarfe in den Behandlungsstrukturen, aber auch im Bereich der Fort- und Weiterbildung aufgreifen. Durchgängige Behandlungsprozesse über die Sektoren hinweg werden ermöglicht.

Die Standortentscheidungen orientieren sich konsequent an den vorhandenen geriatrischen Kompetenzen im Land und dem regionalen Versorgungsbedarf. Sie berücksichtigen die wirtschaftlichen Folgen für die Kostenträger und den Haushalt des Landes Rheinland-Pfalz, indem vorhandene Strukturen genutzt und weniger ausgelastete Kapazitäten umgewidmet werden.

## Geriatriekonzept des Landes Rheinland-Pfalz

### IMPRESSUM

Herausgeber: Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit  
und Demografie Rheinland-Pfalz  
Referat für Öffentlichkeitsarbeit  
Bauhofstraße 9  
55116 Mainz  
[www.msagd.rlp.de](http://www.msagd.rlp.de)

Verfasser: Abteilung für Gesundheit des  
Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit  
und Demografie Rheinland-Pfalz

Stand: 2016

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Rheinland-Pfalz herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch Wahlbewerbern oder Wahlhelfern im Zeitraum von sechs Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Kommunal-, Landtags-, Bundestags- 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 Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.