

## Anlage zum 6. Thüringer Krankenhausplan

### Dritter Thüringer Geriatrieplan

Unter Bezugnahme auf den Punkt 7.1. in Verbindung mit Punkt 7.2. des 5. Thüringer Krankenhausplans und mit Aufstellung des 6. Thüringer Krankenhausplans nimmt das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit im Benehmen mit dem Krankenhausplanungsausschuss den 3. Thüringer Geriatrieplan als besondere Fachplanung für die Weiterentwicklung der bereits seit dem 2. Krankenhausplan ausgewiesenen Leistungen der Geriatrie in die Thüringer Krankenhausplanung auf. Neben der inhaltlichen Darstellung der Besonderheiten des diesbezüglichen Versorgungsauftrags enthält der Geriatrieplan ebenso wie die sonstigen Fachplanungen Mindestvoraussetzungen für die Leistungserbringung stationärer und teilstationärer geriatrischer Krankenhausleistungen. Wenngleich die Erst- und Notfallversorgung geriatrischer Patienten zu den Versorgungsaufgaben aller allgemein versorgenden Krankenhäuser, insbesondere mit internistischen und neurologischen Abteilungen gehört oder ältere multimorbide Patienten aus anderen Gründen stationär behandelt werden müssen, grenzt sich der geriatrische Versorgungsauftrag klar von den Versorgungsaufgaben dieser Fachabteilungen ab. Eine Unterteilung in Leistungsstufen findet aus diesem Grund nicht statt.

Die unter Punkt 4 des Geriatrieplans geforderten Mindestvoraussetzungen sollen daher von den im Krankenhausplan ausgewiesenen geriatrischen Fachkliniken, Fachabteilungen und Tageskliniken erfüllt werden.

Da die für die verbindliche Vorgabe der unter Punkt 4 des Geriatrieplans erforderliche Rechtsgrundlage im Thüringer Krankenhausgesetz bislang nicht geschaffen worden ist, sind diese Mindestvoraussetzungen nicht als Planungsinstrument des 6. Thüringer Krankenhausplans zu betrachten.

Der Krankenhausplanungsausschuss hat diesen Geriatrieplan in seiner 82. Sitzung am 9. Oktober 2008 mehrheitlich verabschiedet. Das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit hat den Geriatrieplan redaktionell überarbeitet und aktualisiert.

<b>INHALTSVERZEICHNIS</b>	<b>Seite</b>
Präambel	3
1.0. Einführung in die Problematik der Geriatrie	3
1.1. Definition des geriatrischen Patienten	3
1.2. Indikationen für eine geriatrische Behandlung	4
1.3. Leitsätze geriatrischer Behandlung	5
1.4. Qualitätsmerkmale der klinisch - geriatrischen Versorgung	6
1.5. Tagesklinische geriatrische Versorgung	10
1.6. Vernetzung ambulanter Versorgungsstrukturen, erstversorgender Allgemeinkrankenhäuser und geriatrischer Einrichtungen	11
2.0. Entwicklung der geriatrischen Versorgung	12
2.1. Geriatrie in Europa	12
2.2. Geriatrie in Deutschland	12
2.3. Geriatrie in Thüringen	13
2.4. Therapeutische Ergebnisse	17
3.0. Konzeption zur weiteren Entwicklung der geriatrischen Versorgung in Thüringen	18
3.1. Aus der Sicht der Aus-, Fort- und Weiterbildung	18
3.2. Aus behandlungsintegrativer Sicht	20
4.0. Mindestvoraussetzungen für geriatrische Fachkliniken, Fach- abteilungen und Tageskliniken (im Sinne der Anlage III zum 5. Thüringer Krankenhausplan)	21
4.1. Versorgungsbedarf	21
4.2. Leistungsbeschreibung	21
4.3. Personalausstattung	21
4.4. Apparative Ausstattung	22
4.5. Infrastrukturelle Anforderungen	22
4.6. Qualitätsmanagement	23
5.0. Eckpunkte für die Weiterentwicklung der stationären und teilstationären geriatrischen Versorgung in Thüringen	24
5.1. Ausgangslage	24
5.2. Bedarfsprognose für den 6. Thüringer Krankenhausplan	24
6.0. Verbindlichkeit und Übergangsbestimmungen	24

## **Präambel**

Die demografische Entwicklung des Freistaates Thüringen ist durch eine progrediente Abnahme der Gesamtbevölkerung bei gleichzeitiger Zunahme der Einwohner über 65 Jahre gekennzeichnet.

Der Freistaat hatte am 31. Dezember 2005 2.334.575 Einwohner. Davon waren rund 484.000 Menschen 65 Jahre und älter; das entsprach einem Anteil von 20,8 % der Einwohner. Damit ist der Anteil der Einwohner über 65 Jahre in drei Jahren um 4,5% gestiegen. Für 2015 wird nach den zusammenfassenden Analysen des IGES Gutachtens ein Rückgang der Gesamtbevölkerung Thüringens auf ca. 2,143 Mio. Einwohner prognostiziert. Gleichzeitig steigt jedoch der Anteil der über 65-jährigen Einwohner auf ca. 23% im Jahr 2015.

Der Freistaat Thüringen, die gesetzlichen Krankenversicherungen und die Leistungserbringer sind deshalb weiterhin gemeinsam aufgerufen, für eine bedarfsgerechte, an den neuesten Erkenntnissen orientierte, medizinische Betreuung dieser überproportional wachsenden Bevölkerungsgruppe Sorge zu tragen.

Mehrere mit konventionellen Versorgungsformen vergleichende Studien belegen die Effektivität und Wirtschaftlichkeit des Konzepts der geriatrischen Versorgung im Krankenhaus. Krankheit im Alter verursacht oft schwere und rasch eintretende Funktionsbeeinträchtigungen. Diese können durch die Arbeit des multiprofessionellen geriatrischen Teams nachhaltig verbessert werden. Durch Wiedergewinnung von größtmöglicher Selbständigkeit wird bei rund 70 -80% der Patienten eine Entlassung in das häusliche Umfeld möglich. Die niedrigere Rate an stationärer Pflegebedürftigkeit und Rehospitalisation führt zur finanziellen Entlastung der Sozialversicherungssysteme.

Unter diesen Prämissen galt es, den Geriatrieplan des Freistaates aus dem Jahr 2001 weiterzuentwickeln und fortzuschreiben.

Das nachstehende Konzept beinhaltet die Anforderungen an die stationäre und tagesklinische geriatrische Behandlung im Krankenhaus, zeigt darüber hinaus Schnittstellen zu weiteren medizinischen und komplementären Bereichen auf, vermittelt den aktuellen Stand und formuliert Aufgaben zur weiteren Entwicklung der geriatrischen Versorgung in Thüringen.

### **1.0. Einführung in die Problematik der Geriatrie**

#### **1.1. Definition des geriatrischen Patienten**

Der geriatrische Patient ist ein älterer (überwiegend 70 Jahre und älter) oder hochaltriger Patient, der typischerweise durch - meist mehrfache - akute bzw. chronische Erkrankungen (sog. Multimorbidität) und Funktionsstörungen gekenn-

zeichnet ist, die in ihrer wechselseitigen Beeinflussung seine Fähigkeit zur selbständigen Alltagsbewältigung einschränken oder bedrohen.

Durch seine altersbedingten Funktionseinschränkungen, seine begrenzte Kompensations- und Anpassungsfähigkeit und der damit einhergehenden erhöhten körperlichen, kognitiven und emotionalen Instabilität ist er bei Neuerkrankungen akut gefährdet, Komplikationen oder Folgeerkrankungen zu erleiden, seine Alltagskompetenz zu verlieren und dauerhaft pflegebedürftig zu werden.

Oft unzureichende oder fehlende soziale Unterstützungssysteme erhöhen das Risiko des Autonomieverlustes.

## **1.2. Indikationen für eine geriatrische Behandlung**

### **1.2.1. Die Hauptindikationen für eine geriatrische Behandlung sind:**

- cerebrovaskuläre Erkrankungen
- neurologische Erkrankungen
- Frakturen, Gelenktraumen und -operationen, Amputationen
- degenerative und entzündliche Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates
- Folgezustände nach schweren allgemein-chirurgischen, neuro- und herzchirurgischen Eingriffen
- Herz-, Gefäß- und Stoffwechselerkrankungen
- Lungenerkrankungen und Erkrankungen des Verdauungsapparates
- Infektionen
- Sturzsyndrom, chronisches Schmerzsyndrom
- Störungen der Kognition (Hirnleistung) und Emotion

Bei diesen Hauptindikationen kann eine stationäre geriatrische Behandlung angezeigt sein, wenn eine oder mehrere der folgenden Voraussetzungen vorliegen (1.2.2. – 1.2.6.):

### **1.2.2. Spezielle geriatrische Begleiterkrankungen bzw. -störungen**

- Immobilitätssyndrom
- Sturzkrankheit
- Kommunikationsstörungen
- Ernährungsstörungen und Austrocknung
- Posturale Hypotension (Neigung zu Kollaps)
- Inkontinenz
- Arzneimittelbezogene Probleme und Schädigungen durch Multimedikation und Medikamenteninteraktionen
- Fähigkeitsstörung unklarer Genese mit / ohne soziale Beeinträchtigung

### **1.2.2.1. Geriatrische Patienten, die einen hohen Bedarf an multiprofessioneller funktioneller Therapie bedingen**

D. h. Patienten, die neben fachärztlicher Kompetenz intensive aktivierende Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Psychologie/ Neuropsychologie, Logopädie und Sozialdienst einzeln oder in Kombination benötigen, um eine akute Erkrankung und deren Folgen zu überwinden und die Selbständigkeit zu erhalten bzw. wieder zu gewinnen.

### **1.2.3. Multimorbide Patienten**

D. h. Patienten mit mehreren gleichzeitig bestehenden, aktiven, interagierenden Erkrankungen, die jede für sich und im Zusammenwirken zur Dekompensation des Patienten führen können.

### **1.2.4. Ältere Patienten mit akuten und chronischen Verwirrheitszuständen:**

Akute und chronische Verwirrheitszustände im Alter sind in vielen Fällen Ausdruck gravierender Grunderkrankungen und erfordern ein gründliches geriatrisches Assessment und Management, gegebenenfalls unter Einbeziehung anderer Fachgebiete.

### **1.2.5. Patienten mit Akuterkrankungen bei vorbestehender Demenz**

Demenzkranke werden häufig wegen Akuterkrankungen wie Pneumonie, Harnwegsinfekt, Herzinsuffizienz oder Frakturen in das Krankenhaus eingewiesen. Die klinische Geriatrie verfügt über die notwendige Kompetenz im Umgang mit der Demenzkrankheit und den begleitenden Komplikationen.

Die Aufgabenstellung der Gerontopsychiatrie bezüglich der Demenzkrankheit bleibt hiervon unberührt.

## **1.3. Leitsätze geriatrischer Behandlung**

### **1.3.1. Behandlungsziel: Selbständigkeit und Lebensqualität**

Geriatrische Patienten bedürfen eines spezifischen, ganzheitlichen Therapiekonzepts, das über die altersmedizinisch adäquate Behandlung der Akuterkrankung/en im Rahmen der regelhaft vorhandenen Multimorbidität hinaus an dem Erhalt größtmöglicher Selbständigkeit, an der Vermeidung von Abhängigkeit und damit an der Lebensqualität der Patienten orientiert ist.

### **1.3.2. Adaptierte medizinische Abklärung und Therapie**

Geriatrische Patienten bedürfen im Sinne dieser Zielsetzung einer sorgfältigen, die Komplexität der Multimorbidität berücksichtigenden, akutmedizinischen Abklärung und Therapie inklusive des hierzu erforderlichen apparativ-diagnostischen Spektrums.

Dies schließt, soweit notwendig, die konservative oder operative fachspezifische Intensiv- und Notfallversorgung mit ein, die angesichts geringer Kompensationsmöglichkeiten und der Instabilität gerade bei alten Menschen rasche Entscheidungen fordert. Diese sind unter sorgfältiger Abwägung von Nutzen und Risiko und der Einwilligung des Kranken kritisch, aber unter ethischen Aspekten grundsätzlich nicht anders als bei jüngeren Menschen zu fällen.

### **1.3.3. Frühzeitige funktionelle Behandlung**

Geriatrische Patienten bedürfen aufgrund drohender funktioneller Gefährdung bzw. bereits bestehender krankheitsbedingter funktioneller Einschränkungen der frühzeitigen Berücksichtigung präventiver und komplex-therapeutischer Behandlungselemente.

### **1.3.4. Betreuungskontinuität**

Geriatrische Patienten bedürfen aufgrund ihrer verminderten physischen und psychischen Kompensationsfähigkeit und der daraus resultierenden sozialen Verunsicherung konstanter und vertrauter Bezüge in der ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Betreuung bei auf das Notwendigste beschränkten räumlichen Wechseln.

### **1.3.5. Einbezug des Umfeldes**

Geriatrische Patienten bedürfen aufgrund ihrer sozialen und psychischen Verunsicherung bei zumeist bestehenden funktionellen Einschränkungen der Einbindung ihres Umfeldes in das Behandlungskonzept. Dies reicht vom Einbezug von Angehörigen über die Adaptation des häuslich-wohnlichen Umfeldes bis zur Organisation von pflegerischen und sonstigen personell und institutionell zur Verfügung stehenden Ressourcen.

### **1.3.6. Sektorenübergreifendes Behandlungskonzept**

Geriatrische Patienten bedürfen eines qualifizierten, sektoren-übergreifenden Schnittstellenmanagements zur Sicherung und ggf. zum weiteren Ausbau der erzielten Behandlungsergebnisse.

### **1.3.7. Angemessene Zeit stationärer / teilstationärer Behandlung**

Geriatrische Patienten benötigen aufgrund ihrer eingeschränkten Ressourcen mehr Zeit für ihre Rekonvaleszenz als nicht-geriatrische Patienten.

## **1.4. Qualitätsmerkmale der klinisch - geriatrischen Versorgung**

Die geriatrische Behandlung ist eine hoch spezialisierte, aufwändige Behandlung. Sie kommt zwar zahlenmäßig mit geringerem Einsatz an apparativer Diagnostik

und Therapie aus, muss diese jedoch prinzipiell verfügbar haben. Dafür ist der personelle Einsatz, insbesondere im pflegerischen und therapeutischen Bereich, aber auch der Aufwand für das umfassende Patientenmanagement deutlich höher.

Geriatrische Patienten sind direkt von Funktionsstörungen mit Beeinträchtigung der selbständigen Lebensführung bedroht. Aufgrund von Multimorbidität und Vulnerabilität besteht zudem stets ein erhöhtes Risiko, Komplikationen zu erleiden. Deshalb ist der rasche Zugriff auf die medizinische Infrastruktur des Krankenhauses mit dem gesamten Spektrum diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, einschließlich des fachspezifischen Konsiliardienstes, erforderlich. Die medizinische Behandlung der Grund- und Begleiterkrankungen muss mit einer individuell konzipierten, unverzüglich einsetzenden funktionellen Therapie im Sinne der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung gekoppelt werden. Dabei ist der Grundsatz der Betreuungskontinuität zu wahren.

Für eine qualitativ gute geriatrische Versorgung durch die spezialisierte klinische Einrichtung gilt es frühzeitig im Behandlungsprozess anhand transparenter Kriterien zu entscheiden, welcher ältere Patient aufgrund der Charakteristika geriatrischer Patienten dieser aufwändigeren Krankenhausbehandlung bedarf.

#### **1.4.1. Ärztliches Personal <sup>1)</sup>**

Die Leitung und deren Stellvertretung einer Geriatrischen Fachklinik/Abteilung obliegt einem Facharzt mit Zusatz-Weiterbildung Geriatrie bzw. dem Schwerpunkt Geriatrie.

Der ärztliche Dienst umfasst eine Arztpräsenz von 24 Stunden und eine fachärztliche Rufbereitschaft.

Ein gut ausgebautes konsiliarisches Netzwerk (Fachgebiete Neurologie, Chirurgie, Orthopädie, Urologie, Augenheilkunde, Dermatologie, HNO, Gynäkologie, Zahnmedizin, Psychiatrie) mit dem Geriater als Koordinator verbindet das ganzheitliche geriatrische Behandlungskonzept mit der notwendigen fachspezifischen Kompetenz.

Aufgabe des Geriaters ist es, unter Berücksichtigung der Multimorbidität seiner Patienten sinnvolle Behandlungsoptionen auszuwählen und im Hinblick auf mögliche Interaktionen und Wechselwirkungen auch zu priorisieren.

Der Geriater ist in seiner generalistischen Kompetenz zusammen mit dem multi-professionellen geriatrischen Team der konstante Begleiter des Patienten im Behandlungsprozess.

<sup>1)</sup> vgl. Punkt 4

### 1.4.2. Konstantes multiprofessionelles geriatrisches Team

Das geriatrische Team besteht neben der ärztlichen Leitung aus dem Pflegepersonal, verschiedenen Therapeutengruppen

- Physiotherapeuten
  - Masseure
  - Ergotherapeuten
  - Logopäden
  - (Neuro-)Psychologen
  - Sozialarbeiter
  - Ernährungsberater
- und optional Seelsorgern.

Die Personalanzahlzahlen orientieren sich dabei an den Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e.V.

Um aufgebautes Vertrauen zu erhalten und Informationsverluste zu minimieren, sollte dieses Team patientenbezogen über den gesamten Behandlungsprozess konstant zusammengesetzt sein.

### 1.4.3. Umfassendes dokumentiertes Assessment

Die Entwicklung einer Behandlungskonzeption setzt neben der gebotenen medizinischen Diagnostik als ergänzendes diagnostisches Spektrum das multidimensionale geriatrische Assessment voraus. Dabei steht die systematische Aufdeckung von Defiziten, aber auch Ressourcen auf den Ebenen der Funktionsstörungen, der Aktivitätsstörungen und der Partizipationsstörungen im Vordergrund

- Das dokumentierte geriatrische Assessment mit standardisierten Instrumenten ist ein essentielles Qualitätsmerkmal geriatrischer Behandlung.
- Das Team legt aufgrund des Assessments die gemeinsamen Therapieziele fest, die in kontinuierlichen Teambesprechungen reflektiert und ggf. modifiziert werden – ebenfalls ein wesentlicher Baustein geriatrischer Prozessqualität.

### 1.4.4. Sektorenübergreifendes Behandlungskonzept

Das Assessment bildet zugleich die Brücke zur Umsetzung zweier weiterer Qualitätsmerkmale des geriatrischen Behandlungskonzepts:

- die Einbindung des Umfeldes des geriatrischen Patienten in den Behandlungsprozess.
- das sektorenübergreifende Behandlungsmanagement mit möglichst nahtloser Überleitung in die weiteren Behandlungssektoren.



Der Hausarzt ist dabei der zentrale Partner, mit dem Behandlungskonzepte frühzeitig abzustimmen sind und von dessen Einbezug und Kooperation wesentlich die Sicherung bzw. ein Ausbau des erreichten Behandlungserfolgs abhängt.

- Der Hausarzt hat im ambulanten Bereich die Aufgabe zu erfüllen, die der Geriater im Krankenhaus wahrnimmt: seinen geriatrischen Patienten mit hoher Kompetenz und idealerweise ebenfalls fundiertem geriatrischem Wissen umfassend ärztlich zu begleiten und bezüglich der sinnvollen Inanspruchnahme medizinisch-technischer Leistungen zu beraten.
- Der Hausarzt muss in besonderer Weise durch Fortbildungsangebote, Qualitätszirkel u.ä. von den geriatrisch tätigen Ärzten im Krankenhaus unterstützt und einbezogen werden.

#### **1.4.5. Versorgungsstrukturen für den Übergang stationär zu ambulant**

Der nahtlose Übergang des geriatrischen Patienten in den ambulanten Bereich und sein oft erhöhter Zeitbedarf für die Rekonvaleszenz setzt neben der strukturierten und fest in den stationären Behandlungsabschluss integrierten Kommunikation mit den Nachbetreuern auch differenzierte Weiterbehandlungs- bzw. Weiterversorgungsstrukturen für den Übergang voraus. Diese müssen den Bedürfnissen und begrenzten therapeutischen Kapazitäten des Patienten angepasst sein, können dann aber zugleich Ökonomisierungsreserven im Behandlungsprozess darstellen.

- Für den funktionell auf einem eingeschränkten Level stehenden geriatrischen Patienten stellt die tagesklinische Behandlung mit ihren strukturierten komplextherapeutischen und pflegerisch begleitenden Elementen die angemessene Form nicht-vollstationärer geriatrischer Behandlung dar

#### **1.4.6. Kapazitäten und Infrastrukturelle Anforderungen**

Geriatrische Fachkliniken bzw. Abteilungen benötigen überwiegend 1- und 2-Bettzimmer mit behindertengerechter Nasszelle.

Der Flächenbedarf liegt anerkanntermaßen 20 – 25 % höher als in Kliniken für Innere Medizin. Dies ist durch die Notwendigkeit eines umfangreichen Hilfsmiteinsatz (z.B. Rollstuhl, Rollator, Gehgestell, Patientenlifter) und den Flächenbedarf für Einzel- und Gruppentherapien der oben genannten Therapeutengruppen begründet.

Zur Erfüllung der therapeutischen Aufgaben sind folgende infrastrukturelle Anforderungen erforderlich:

- Physiotherapie und Krankengymnastik
- Physikalische Therapie
- Ergotherapie
- Logopädie / facioorale Therapie
- Psychologie/Neuropsychologie
- Ernährungsberatung
- Sozialdienst

mit adäquat ausgestatteten Räumlichkeiten (s. Rahmenempfehlungen der BAG der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.).

Zur Sicherung der fachlich qualifizierten Betreuungskontinuität werden insbesondere unter Beachtung der personellen Voraussetzungen (Geriatrisches Team) als geeignete Größe einer geriatrischen Fachklinik etwa 80 - 100 Betten und 16 - 20 Plätze im tagesklinischen Bereich fachlich empfohlen. Für eine Fachabteilung sollten mindestens 60 Betten und im tagesklinischen Bereich mindestens 10 Plätze angestrebt werden.

Zur apparativen Ausstattung gehören:

- Röntgen
- EKG, Langzeit – EKG, Langzeitblutdruckmessungen
- Sonografie, Dopplersonografie
- Endoskopie

Des Weiteren gehören Laborleistungen, einschließlich 24h Notfalllabor, dazu.

## **1.5. Tagesklinische geriatrische Versorgung**

**1.5.1.** Die geriatrische Tagesklinik ist ein integraler Bestandteil einer geriatrischen Fachklinik / Abteilung und an diese angegliedert.

**1.5.2.** Der teilstationär behandelte geriatrische Patient bedarf nicht mehr einer 24-stündigen Arztpräsenz.

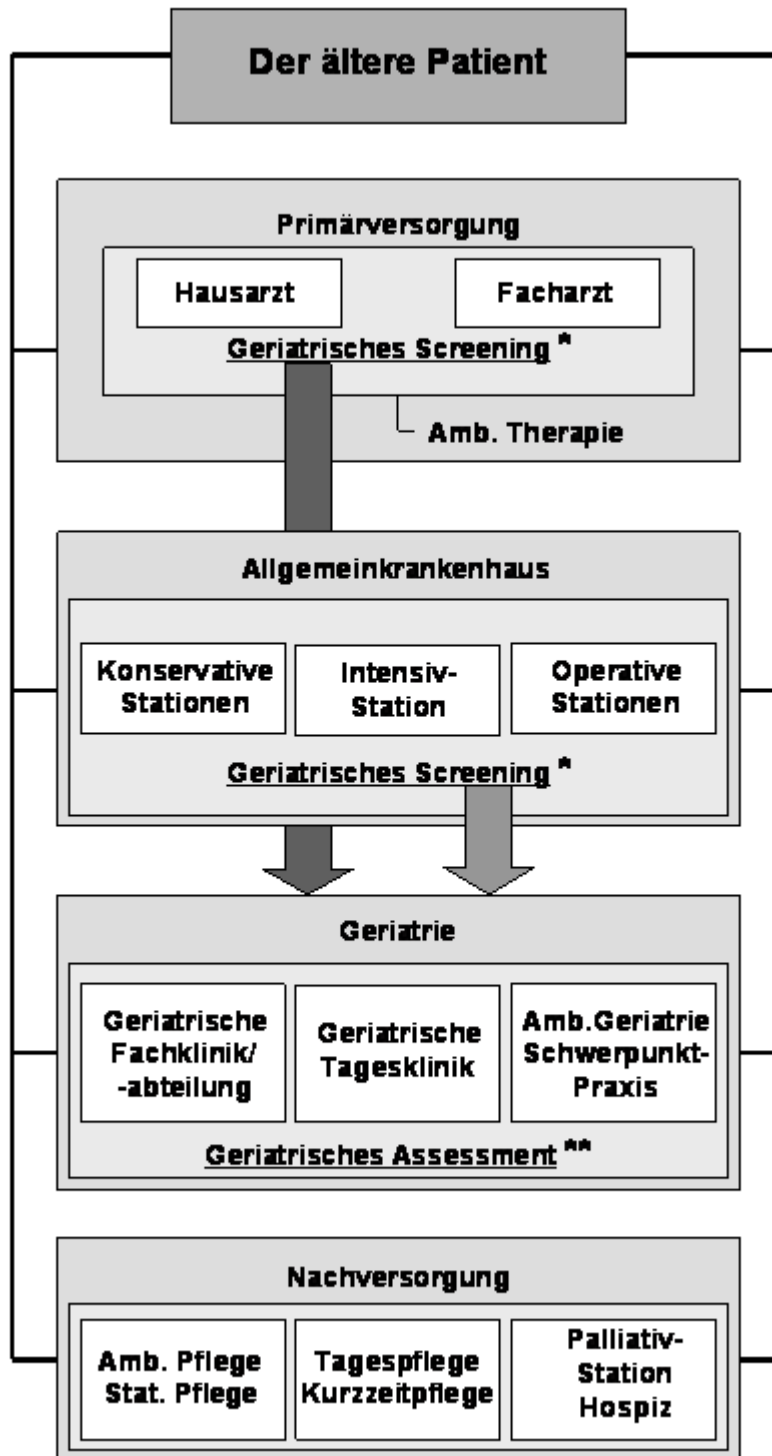
**1.5.3.** Für die geriatrische Tagesklinik müssen gleichermaßen die medizinisch-technische Infrastruktur des Krankenhauses und ein komplettes therapeutisches Team zur Verfügung stehen. Die unter 1.4. genannten Qualitätskriterien (konstantes multiprofessionelles therapeutisches Team, dokumentiertes geriatrisches Assessment, konsiliarisches Netzwerk, sektorenübergreifendes Entlassmanagement) gelten analog.

**1.5.4.** Ziele der geriatrischen Tagesklinik sind die Vermeidung, aber auch die Verkürzung vollstationärer Behandlung; entsprechend gestalten sich die Zugangswege wie folgt:

- Direktzuweisung durch Haus- oder Facharzt zur geriatrischen Komplexbehandlung bei Hauptindikation für eine geriatrische Behandlung.
- Verlegung aus dem vollstationären geriatrischen, aber auch nicht-geriatrischen Bereich zur weiteren geriatrischen Komplexbehandlung bei Hauptindikation für eine geriatrische Behandlung.

**1.5.5.** Im Gegensatz zu dem überregionalen Versorgungsauftrag der stationären geriatrischen Zentren ist das Einzugsgebiet der geriatrischen Tagesklinik transportbedingt regional begrenzt. Zur Optimierung der geriatrischen Versorgung in der Fläche ist analog der Entwicklung in der Psychiatrie der Aufbau eines Tagesklinik-Netzwerks unter fachlicher Leitung der geriatrischen Zentren in Kooperation mit klinischen Einrichtungen wünschenswert. Die Umsetzbarkeit ist unter organisatorischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu prüfen.

## 1.6. Vernetzung ambulanter Versorgungsstrukturen, erstversorgender Allgemeinkrankenhäuser und geriatrischer Einrichtungen



\* bei auffälligem Screening Kontaktaufnahme zu den spezialisiertengeriatrischen Einrichtungen zur Mit- oder Weiterbehandlung

\*\* geriatrisches Assessment als Grundlage des multidimensionalen Therapiekonzeptes und zur weiteren Versorgungsplanung

## **2.0. Entwicklung der geriatrischen Versorgung**

### **2.1. Geriatrie in Europa**

Der Begriff Geriatrie geht auf den Deutsch-Amerikaner Ignaz Nascher zurück, der ihn Anfang des vergangenen Jahrhunderts geprägt hat. Die Geschichte der Klinischen Geriatrie beginnt um 1940, als vor allem in England deutlich wurde, dass durch adäquate Diagnostik und Behandlung ein erheblicher Anteil chronisch kranker alter Menschen, die in Langzeiteinrichtungen verwahrt wurden, soweit wieder hergestellt werden konnten, dass sie ein selbständigeres Leben außerhalb dieser Einrichtungen führen konnten. Hauptangriffspunkte waren Krankheiten und Zustände, die beim alten Menschen häufig vorkommen und Hauptursachen für einen Verlust von Alltagsselbständigkeit und -kompetenz darstellen.

1943 forderte Dr. Marjorie Warren, alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten auch den älteren und chronisch kranken Bürgern zugänglich zu machen, um Immobilität, Bettlägerigkeit, Inkontinenz und intellektuellen Abbau (akute Verwirrtheit und Demenz) angemessen untersuchen und behandeln zu können. Legitimiert durch den Erfolg dieses Ansatzes entstanden in Großbritannien seit den 50er Jahren nach und nach flächendeckend geriatrische Krankenhäuser, Krankenhausabteilungen und Tageskliniken. In der angelsächsischen und skandinavischen Medizin ist Geriatrie ein etabliertes medizinisches Fachgebiet.

### **2.2. Geriatrie in Deutschland**

Deutschland hat sich dieser internationalen Entwicklung erst später angeschlossen. 1967 gründete das Arztehepaar Dr. Leutiger die erste deutsche geriatrische Fachklinik im Evangelischen Krankenhaus Gesundbrunnen in Hofgeismar; 1974 entstand das Richard – Remè - Haus in Hamburg, 1978 in Frankfurt - Hoechst die erste geriatrische Tagesklinik in Deutschland.

Auf der Grundlage internationaler Erfahrungen eröffnete 1980 das Albertinen - Diakoniewerk eine Medizinisch - Geriatrische Klinik, das Albertinen - Haus in Hamburg. Seit der Eröffnung dieser Modelleinrichtung hat die Entwicklung des Fachgebietes nun auch in Deutschland rasche Fortschritte gemacht.

Nach einer Befragung der zuständigen Landesministerien waren für 2001 eine Gesamtzahl von 314 stationären geriatrischen Einrichtungen mit insgesamt 16297 Betten sowie 136 geriatrische Tageskliniken ausgewiesen. Bezogen auf die Bevölkerungsgröße lag die Versorgungsdichte pro 100.000 Einwohner bei einem bundesdeutschen Durchschnitt von 19,8.

## **2.3. Geriatrie in Thüringen**

### **2.3.1. Bis zur Wende gab es keine spezielle geriatrische Behandlung in Thüringen.**

1994 entschied das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit (TMSFG), bedarfsnotwendige, neu zu schaffende geriatrische Versorgungsstrukturen (Kliniken bzw. Abteilungen für Geriatrie) in Thüringen nach Maßgabe der §§ 108/109 SGB V im Sinne eines überregional versorgenden Fachgebietes an Krankenhäusern anzusiedeln.

Der Grund für diese Entscheidung ist fachlicher Natur und bezieht sich auf die für eine optimale geriatrische Behandlung unter 1.2. und 1.4. genannten Leitsätze.

### **2.3.2. In Thüringen erfolgt deshalb die Behandlung geriatrischer Patienten konsequenter Weise bewusst nicht in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen, sondern gezielt „fallabschließend“ in geriatrischen Krankenhausabteilungen bzw. spezialisierten Fachkrankenhäusern nach § 108 SGB V. Die voll- und teilstationäre geriatrische Krankenhausversorgung verbindet also kurativ-medizinische Aufgaben mit frühzeitig einsetzenden indikationsübergreifenden funktionellen Therapien. Darüber hinaus nimmt sie Aufgaben der Prävention und Rehabilitation wahr, um dauerhaft Alltagskompetenz zu erhalten bzw. Pflegebedürftigkeit zu minimieren.**

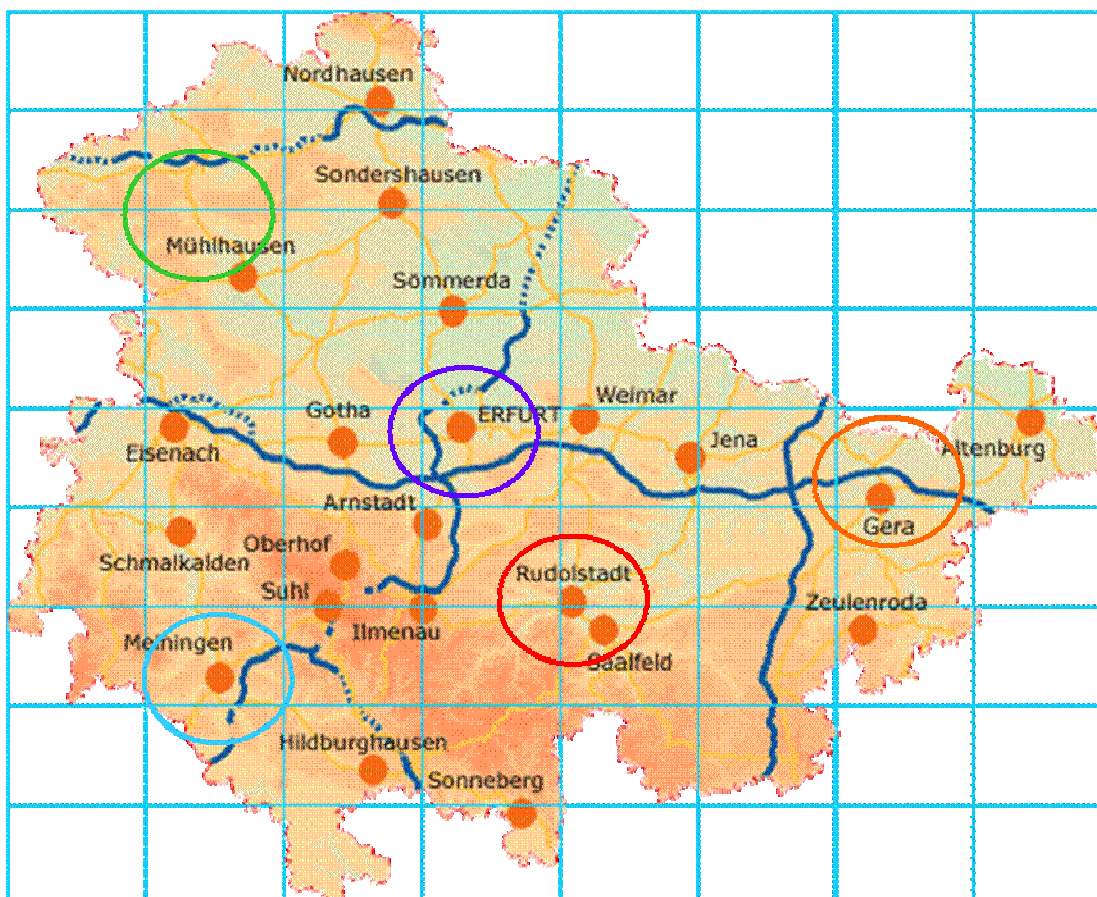
Die geriatrische Behandlung in Thüringen steht sowohl für die zeitnahe Direktverlegung aus vorbehandelnden Fachabteilungen bzw. Krankenhäusern als auch für die Direkteinweisung durch niedergelassene Ärzte zur Verfügung.

Die Aufgabenbereiche indikationsspezifischer Rehabilitationseinrichtungen bleiben unberührt. Gleichwohl ist auch hier in Anbetracht der demografischen Entwicklung die Verankerung einer allgemeinen geriatrischen Kompetenz zu fordern. Seit 1994 etablierten sich im Freistaat 3 Fachkliniken und 4 Fachabteilungen für Geriatrie. Die im Krankenhausplan Thüringens ausgewiesenen geriatrischen Fachabteilungen bzw. -kliniken gewährleisteten durch ihren überregionalen Versorgungsauftrag eine flächendeckende stationäre geriatrische Versorgung für Thüringen (s.Grafik 1 Seite 14).



(Grafik 1: vollstationäre geriatrische Versorgung)

Im Gegensatz dazu ist im teilstationären Bereich eine flächendeckende Versorgung nicht gewährleistet. Dies ist durch die bisher geringere Anzahl an Einrichtungen begründet, deren Einzugsgebiet durch die Notwendigkeit einer täglichen Anfahrt der älteren, Patienten mit eingeschränkter Mobilität zwangsläufig erheblich kleiner ist (s. Grafik 2 Seite 15).



(Grafik 2: teilstationäre geriatriische Versorgung)

Spezifische **ambulante** Versorgungsstrukturen sind bisher in Thüringen nicht etabliert.

**2.3.3.** Im Jahr 2000 schlossen sich die bereits etablierten geriatriischen Kliniken / Abteilungen Hessens und Thüringens in der Länderarbeitsgemeinschaft Hessen-Thüringen (LAG) der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. zusammen.

Dieses Gremium hat sich zum Ziel gesetzt, das Fachgebiet weiter zu entwickeln, die notwendige Qualitätssicherung aufzubauen und wahrzunehmen, gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen durchzuführen und durch den Vorstand die notwendigen Kontakte zu den jeweiligen Ministerien, Krankenkassen und Medizinischen Diensten zu pflegen.

Derzeit sind die geriatriischen Einrichtungen in Erfurt, Lengsfeld, Meiningen, Ronneburg und Rudolstadt Mitglieder der LAG Hessen-Thüringen und der BAG der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.

## Versorgungsnotwendige Betten und tagesklinische Plätze

Auf der Grundlage der Leistungszahlen des Jahres 2009 ergeben sich für den 6. Thüringer Krankenhausplan folgende versorgungsnotwendigen Kapazitäten:

	zum 1.1. 2011		zum 31.12. 2015	
<b>Region Nordthüringen:</b>	Betten	tageskl. Plätze	Betten	tageskl. Plätze
DRK Krankenhaus, Standort Sondershausen	30	10	30	10
St. Elisabeth Krankenhaus Lengenfeld u. Stein	87	3	102	4
<b>Region Mittelthüringen:</b>				
HELIOS Klinikum Erfurt	111	20	130	23
<b>Region Ostthüringen:</b>				
Kreiskrankenhaus Ronneburg,	107	5	126	6
Thüringen Kliniken, Standort Rudolstadt:	76	19	90	21
Klinikum der FSU Jena	43	0	51	0
<b>Region Südwestthüringen:</b>				
Geriatrische Fachklinik "Georgenhaus" Meiningen	86	18	102	21
<b>Thüringen gesamt:</b>	<b>540</b>	<b>75</b>	<b>631</b>	<b>85</b>

Gegenüber dem 5. Thüringer Krankenhausplan (448 Betten) hat sich damit im vollstationären Bereich eine Mehrung des Bedarfs um 92 Betten ergeben. Auf der Grundlage des IGES Gutachtens ist bis Ende 2015 mit einer weiteren Bedarfszunahme um 91 Betten zu rechnen. Demgegenüber ist die Inanspruchnahme der tagesklinischen Plätze (5. Krankenhausplan: 77 Plätze) annähernd konstant geblieben.

Die Kliniken in Lengenfeld, Meiningen und Ronneburg wurden grundlegend saniert bzw. neu errichtet.

Die Leitung der Thüringer Geriatrischen Kliniken/Abteilungen obliegt Fachärzten mit der Zusatz-Weiterbildung Klinische Geriatrie bzw. dem Schwerpunkt Geriatrie. Bei den Chefärzten der Einrichtungen in Erfurt, Lengenfeld, Meiningen, Ronneburg und Rudolstadt liegt die Weiterbildungsermächtigung Klinische Geriatrie durch die Landesärztekammer Thüringen vor, um als Multiplikatoren wirken zu können.



## 2.4. Therapeutische Ergebnisse

### 2.4.1. Qualitätssicherung in der Geriatrie

Bundesweit dient das in den 90er Jahren etablierte Qualitätssicherungsprogramm „Gemidas“ (Geriatrisches Minimum Data Set) zur Qualitätssicherung in den klinisch-geriatrischen Einrichtungen. Lediglich in Bayern wurde mit „GIBDAT“ ein zusätzliches eigenes Instrument zur Qualitätssicherung geschaffen.

Damit besteht die Möglichkeit, krankenhausübergreifend die klinisch-geriatrische Behandlung abzubilden und Unterschiede zwischen den teilnehmenden Einrichtungen darzustellen. In Thüringen beteiligen sich die Kliniken in Erfurt, Lengenfeld, Meiningen, Ronneburg und Rudolstadt an „Gemidas“.

### 2.4.2. Gemidas – Daten

Die erhobenen Gemidas – Daten werden zentral in Berlin zusammengeführt und ausgewertet. Die eigenen Ergebnisse werden den teilnehmenden Einrichtungen zusammen mit den bundes-deutschen Durchschnittswerten zugesandt.

Die Gemidas – Daten beinhalten neben der Darstellung der Multimorbidität geriatrischer Patienten anhand der ICD-Klassifikation hauptsächlich verbreitete Assessment – Parameter zur Dokumentation der klinischen Verläufe. Somit können direkt Aussagen über die Ergebnisqualität der (teil-)stationären Behandlung getroffen werden, und dies unter Berücksichtigung der Morbidität.

### 2.4.3. Ergebnisse für Thüringen im Vergleich

Die Ergebnisse beziehen sich auf die aktuell im 1. Halbjahr 2006 erhobenen Daten (in Klammern die Durchschnittswerte der bundesdeutschen § 109-Geriatrien).

- Bei der Aufnahme in die vollstationäre Geriatrie in Thüringen sind die Patienten im Mittel 80,0 Jahre alt (81,1), 26,2% (28%) davon sind Männer. In der Tagesklinik beträgt das Altersmittel 77,2 Jahre (76,9).
- Mit 71,8% (72,4%) werden in Thüringen die meisten geriatrischen Patienten aus anderen Krankenhäusern bzw. – Abteilungen aufgenommen. Die Vorverweildauer liegt bei 20,9 (16,7) Tagen.
- Der Anteil der direkt aus Pflegeheimen aufgenommenen Patienten liegt bei 4,1% (8,2%).
- Der Anteil der Herz-Kreislaufkrankungen einschließlich cerebrovaskulärer Erkrankungen liegt bei 30% (29%), der Anteil traumatologischer Diagnosen bei 31,2% (24,5%).
- Der durchschnittliche Barthelwert bei Aufnahme weist im bundesdeutschen Längsschnitt seit Jahren eine sinkende Tendenz auf. In Thüringen liegt er bei 38,1 Punkten (42,2). Bei Entlassung wird im Durchschnitt ein Barthelwert von 59,4 (59,2) erreicht.

- Der durchschnittliche absolute Barthelzuwachs (Effektivität) liegt mit 22,3 über dem bundesdeutschen Schnitt (18,5) bei einer mittleren Verweildauer von 21,5 (19,6) Tagen.
- Der Anteil der in die eigene Häuslichkeit entlassenen Patienten beträgt in Thüringen 77,8% (79,1%), die Rate der Neuverlegungen in eine Pflegeeinrichtung 13,8% (10,9%). 2,7% (4%) der Patienten versterben.

Diese Daten der an Gemidas teilnehmenden geriatrischen Einrichtungen Thüringens zeigen die hohe, dem bundesdeutschen Durchschnitt entsprechende Effektivität in Bezug auf den Zuwachs an Selbständigkeit und die damit einhergehende Vermeidung von stationärer Pflegebedürftigkeit.

### **3.0. Konzeption zur weiteren Entwicklung der geriatrischen Versorgung in Thüringen**

Der demografische Wandel stellt in den nächsten Dezennien die entscheidende Herausforderung im Gesundheitswesen für die gesamte Bundesrepublik Deutschland, und so auch für den Freistaat Thüringen dar. Daraus ergeben sich außerhalb der krankenhausplanerischen Verantwortung des Landes folgende Aufgabenstellungen für die zukünftige geriatrische Versorgung:

#### **3.1. Aus der Sicht der Aus-, Fort- und Weiterbildung**

##### **3.1.1. Zusatzbezeichnung Geriatrie**

Derzeit erfolgt die ärztliche Weiterbildung zur Zusatzweiterbildung „Klinische Geriatrie“, die ergänzend nach einer Facharztweiterbildung erworben werden kann, durch die weiterbildungsberechtigten Chefarzte der Geriatrischen Kliniken und Abteilungen.

##### **3.1.2. Vermittlung allgemeiner geriatrischer Kompetenz**

Zur Optimierung der medizinischen Behandlungspfade geriatrischer Patienten und zur Gewährleistung ihrer qualifizierten medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung ist es in Zukunft erforderlich, dass alle Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte Grundsätze der Geriatrie kennen und anwenden können.

Diese allgemeine geriatrische Kompetenz beinhaltet die Kenntnis

- von geriatrischen Syndromen
- von Risiken der Multimorbidität und Multimedikation
- von Screening - Verfahren, um Defizite und Ressourcen alter Menschen erkennen und bewerten zu können

und ist notwendig bei der Entscheidungsfindung, wann spezielle geriatrische Kompetenz zur Anwendung kommen muss.

Zur Vermittlung dieser allgemeinen geriatrischen Kenntnisse sind folgende Maßnahmen umzusetzen:

- geriatrische Inhalte müssen in der universitären Lehre und Ausbildung umfassend verankert werden (s. 3.1.3. und 3.1.4.).
- geriatrische Unterrichtsinhalte müssen obligat im Ausbildungs-Curriculum von Fachschulen / höheren Berufsfachschulen für Gesundheitsberufe eingebunden sein.
- die von den regionalen geriatrischen Fachkliniken und Abteilungen etablierte Zusammenarbeit mit Hausärzten, Mitarbeitern weiterversorgender Institutionen (Sozialstationen, Pflegeheime) und Bildungsträgern zur Vermittlung geriatrischer Weiterbildungsinhalte ist weiter zu vertiefen und im Sinne einer regelmäßigen strukturierten Fort- und Weiterbildung auszubauen.
- gemeinsam mit der Landesärztekammer sind zur Optimierung des sektorenübergreifenden Behandlungskonzepts Richtlinien zur Fort- und Weiterbildung zu erarbeiten und Rahmenvereinbarungen zu treffen.

Hierzu hat sich in anderen Bundesländern, wie z.B. in Hessen, die Einrichtung von geriatrischen Qualitätszirkeln bewährt.

### **3.1.3. Lehrstuhl für Geriatrie am Universitätsklinikum Jena**

Die weitere Verbesserung der Voraussetzungen des akademischen Lehrbetriebes sollten durch Besetzung des Lehrstuhls für Geriatrie am Universitätsklinikum Jena zielgerichtet fortgesetzt werden. Die dazu erforderlichen klinischen Voraussetzungen sind in der Versorgungsplanung entsprechend zu berücksichtigen.

### **3.1.4. Querschnittsfach (Q7) „Medizin des Alterns und des alten Menschen“**

In der neuen Approbationsordnung wurde mit dem Querschnittsfach (Q7) „Medizin des Alterns und des alten Menschen“ eine Plattform zur Vermittlung geriatrischer Lehrinhalte in der Medizinausbildung geschaffen.

Die Anwendung des Rahmenvorschlags der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) zum Curriculum Q7, die Einbindung geriatrischer Kompetenz in die Lehrveranstaltungen und, wie in Hessen erfolgreich umgesetzt, die Nutzung der geriatrischen Fachkliniken für ergänzende Fachpraktika, derzeit bereits fakultativ angeboten, werden dringend empfohlen. Die Verantwortung hierfür obliegt dem Universitätsklinikum Jena.

Die Ausbildung von Studenten der Humanmedizin im Praktischen Jahr erfolgt im Rahmen ihres internistischen Tertials mittlerweile auch an geriatrischen Abteilungen.

### **3.1.5. Berufsgruppenübergreifende zertifizierte Fortbildung Geriatrie**

Zur interdisziplinären Schulung der Mitarbeiter des multiprofessionellen geriatrischen Teams, aber auch zur Vermittlung geriatrischer Kompetenz an die Mitarbeiter primärversorgender Akutkrankenhäuser ist die Etablierung einer zertifizierten geriatrischen Fortbildung, wie sie durch die BAG der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen mit dem zertifizierten Curriculum Geriatrie „Zercur“ entwickelt wurde, anzustreben. Die Umsetzung der Qualifizierung und Fortbildung der Mitarbeiter liegt dabei im Verantwortungsbereich der Einrichtungen.

### **3.1.6. Weiterbildung zur Fachpflegekraft für Geriatrie und Gerontopsychiatrie**

Unter geriatrischer Mitwirkung bei der Konzeption und Ausbildung ist die Weiterbildung zur Fachpflegekraft für Geriatrie und Gerontopsychiatrie auf der Basis eines Verordnungsentwurfs des TMSFG im Jahre 2005 begonnen worden. Als Pilotprojekt für Thüringen erfolgt die Weiterbildung in Kooperation der Ev. Fachschule für Diakonie und Sozialpädagogik „Johannes Falk“, Fachbereich Altenpflege, Weimar-Holzdorf mit dem Bildungswerk „Die Brücke“ – Diakonisches Bildungswerk gGmbH, Eisenach.

## **3.2. Aus behandlungsintegrativer Sicht**

### **3.2.1. Ausbau von geriatrischen Netzwerken**

Die stationäre und teilstationäre geriatrische Behandlung sind als Komponenten des geriatrischen Netzwerkes etabliert, ihre Qualität und Effizienz erwiesen. Eine Erweiterung der regionalen Tagesklinik-Standorte unter den in Punkt 1.5.5. genannten Prämissen ist wünschenswert. Darüber hinaus muss die ambulante geriatrische Versorgung dringend ausgebaut werden. (vgl. 1.4.4./1.4.5.).

### **3.2.2. Koordination der Versorgung geriatrischer Patienten**

Der Zugang zur geriatrischen Versorgung muss auf allen Ebenen niederschwellig und unbürokratisch sein, zumal bei Hochbetagten mit jeder Verzögerung das Risiko der Pflegebedürftigkeit steigt.

Für eine effiziente Vernetzung ist es daher erforderlich, dass die Entscheidung zur Überleitung von der einen zur anderen Behandlungsform vom jeweils verantwortlichen behandelnden Arzt nach Maßgabe des geriatrischen Screenings bzw. Assessments individuell, zeitnah und zielgerichtet getroffen wird (vgl. Grafik 1.6.).

### **3.2.3. Gerontopsychiatrische Behandlung**

Derzeit nehmen die psychiatrischen Fachkrankenhäuser entsprechend ihrem Einzugsgebiet im Wesentlichen die Aufgaben der gerontopsychiatrischen Versorgung wahr.

In ständig steigender Zahl finden sich gerontopsychiatrische Krankheitsbilder aber auch als Begleitdiagnosen im Behandlungsspektrum der Geriatrie.

Im Rahmen der Psychiatrieplanung des Landes sind im Zusammenhang mit der Gesamtkonzeption für die geriatrische Versorgung in Thüringen die Behandlungsangebote zu analysieren und gemeinsam weiterzuentwickeln.

### **3.2.4. Ausbau komplementärer Versorgungseinrichtungen**

Geriatrische Kliniken/Abteilungen benötigen ihrerseits Kooperationen mit den nachstehenden komplementären Versorgungseinrichtungen:

- Betreutes Wohnen
- Tagesstätten mit niederschwelligen Therapieangeboten
- Sozialstationen
- Tagespflege, Kurzzeitpflege
- Alten- und Pflegeheime
- Hospizdienste und Palliativstationen

Auch diese Einrichtungen sind in eine Gesamtkonzeption für die geriatrische Versorgung in Thüringen einzubeziehen.

## **4.0. Mindestvoraussetzungen für geriatrische Fachkliniken, Fachabteilungen und Tageskliniken**

### **4.1. Versorgungsbedarf:**

Auf der Grundlage der Leistungszahlen des Jahres 2009 ergeben sich für den 6. Thüringer Krankenhausplan ein Bedarf von 540 Betten und 75 tagesklinischen Plätzen, der vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung bis zum Jahr 2015 weiter zunehmen wird (vergl. Punkt 2.3.3.)

Die tatsächliche Zahl der Krankenhauspatienten, die die unter Punkt 1. genannten Kriterien erfüllen würden, jedoch nicht in einer geriatrischen Einrichtung behandelt wurden, lässt sich derzeit nicht exakt ermitteln. Auch die Daten nach § 21 KHEntgG (InEK – Daten) lassen kein quantifiziertes Ergebnis zu.

### **4.2. Leistungsbeschreibung:** Vergl. Punkt 1.3.

### **4.3. Personalausstattung**

Die Personalanhaltszahlen orientieren sich an den Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e.V. Hier genannte Zahlen haben empfehlenden Charakter und stellen keine Mindestvorgaben dar.

#### 4.3.1 Ärztliches Personal

- Leitung: Facharzt, Zusatzweiterbildung Geriatrie,
- Stellvertreter: Facharzt, Zusatzweiterbildung Geriatrie,  
(Übergangsbestimmung nach Punkt 6)
- Ärztlicher Dienst: Arztpräsenz 24 h,  
Rufbereitschaft: Facharzt

#### 4.3.2 Pflegepersonal

- Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Krankenschwester / Krankenpfleger,
- Altenpfleger/in (optional)

#### 4.3.3 Sonstiges Personal

- Physiotherapeuten,
- Masseur,
- Ergotherapeuten,
- Logopäden,
- Sozialarbeiter
- (Neuro-)Psychologen (optional),
- Ernährungsberater (optional),
- Seelsorger (optional)

#### 4.3.4 Konsiliardienste

Konsiliardienste für die Fachgebiete Neurologie, Chirurgie, Orthopädie, Urologie, Augenheilkunde, Dermatologie, HNO, Gynäkologie, Zahnmedizin, Psychiatrie. Eine Kooperation mit anderen Krankenhäusern oder Vertragsärzten ist möglich.

#### 4.4. Apparative Ausstattung

- Röntgen
- EKG, Langzeit-EKG, Langzeitblutdruckmessung
- Sonografie, Dopplersonografie
- Endoskopie

#### 4.5. Infrastrukturelle Anforderungen

##### 4.5.1 Größe

- Geriatriische Fachklinik: 80 bis 100 Betten, vollstationär  
16 bis 20 Plätze, teilstationär
- Geriatriische Fachabteilung: 60 Betten, vollstationär  
10 Plätze, teilstationär

Das TMSFG behält sich im Rahmen der Krankenhausplanung abweichende Kapazitäten vor.

#### **4.5.2. Labordiagnostik**

- Labor, einschließlich 24 h Notfalllabor (Kooperation möglich)

#### **4.5.3 Räumliche Ausstattung**

- Überwiegend 1- und 2-Bettzimmer mit behindertengerechter Nasszelle
- Der Flächenbedarf liegt 20 – 25 % höher als in Kliniken für Innere Medizin

#### **4.5.4. Sonstige infrastrukturelle Anforderungen**

Raumangebote und technische Ausrüstung für:

- Physiotherapie und Krankengymnastik,
- Physikalische Therapie,
- Ergotherapie,
- Logopädie / facioorale Therapie,
- Psychologie/Neuropsychologie,
- Ernährungsberatung,
- Sozialdienst,  
(gemeinsame Nutzung von Räumen ist möglich)

#### **4.6. Qualitätsmanagement**

##### **4.6.1 Internes Qualitätsmanagement**

- Umfassende Dokumentation von Indikation, Assessment mit Zielsetzung, Verlauf und Ergebnis der geriatrischen Behandlung
- Strukturiertes Entlassungsmanagement
- Regelmäßige Fallkonferenzen
- Regelmäßige fachspezifische Fortbildung

##### **4.6.2. Externes Qualitätsmanagement**

- Teilnahme am Qualitätssicherungsprogramm GEMIDAS der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. oder an einem vergleichbaren externen Qualitätssicherungsprogramm

Die unter Punkt 4 formulierten Mindestvoraussetzungen stellen keine für die Krankenhäuser im Rahmen der Krankenhausplanung vorgegebenen verbindlichen Standards dar, sondern tragen empfehlenden Charakter.

## **5.0. Eckpunkte für die Weiterentwicklung der stationären und teilstationären geriatrischen Versorgung in Thüringen**

### **5.1. Ausgangslage**

Valide Messinstrumente zur Berechnung bedarfsgerechter geriatrischer Versorgungskapazitäten fehlen. Eine Identifikation des geriatrischen Patienten ist über die Kombination von Alter, Haupt- und Nebendiagnosen allein nicht möglich (vergl. Punkt 4.1.).

Für die Krankenhausplanung verwertbare Rahmenrichtlinien oder Empfehlungen im Hinblick auf die notwendigen stationären wie auch teilstationären Kapazitäten liegen nicht vor.

Aus den Leistungszahlen des Jahres 2007 errechnet sich eine geriatrische Bettenmeßziffer von 11,2 Betten pro 10.000 über 65-jährige (548 Betten/Plätze für ca. 490 000 65-jährige und ältere Bewohner Thüringens).

### **5.2. Bedarfsprognose für den 6. Thüringer Krankenhausplan**

#### **5.2.1. Vollstationäre Versorgung**

Bei dem Verzicht auf bindende Planbettvorgaben im Rahmen des 5. Thüringer Krankenhausplans auch für das Fach Geriatrie konnten die vorhandenen Fachkliniken und Fachabteilungen ihre Bettenkapazitäten an die prognostizierte Bedarfszunahme eigenverantwortlich anpassen. Mit den gegenwärtig laufenden Erweiterungsmaßnahmen werden die Voraussetzungen geschaffen, dass ein steigender Bedarf zunächst von den im Krankenhausplan ausgewiesenen Fachkliniken und Fachabteilungen gedeckt werden kann.

Das derzeit ausgewogene Verhältnis zwischen nachgewiesenem und mittelfristig prognostiziertem Bedarf einerseits und gegenwärtigen und künftig zur Verfügung stehenden Kapazitäten andererseits begründet zurzeit noch nicht die Notwendigkeit der Ausweisung weiterer Fachabteilungen im Thüringer Krankenhausplan.

#### **5.2.2. Teilstationäre Versorgung**

Die im 5. Thüringer Krankenhausplan ausgewiesenen tagesklinischen Plätze wurden nur unzureichend in Anspruch genommen. Der 6. Krankenhausplan lässt gegenwärtig noch keine sichere Bedarfszunahme erkennen.

## **6. Verbindlichkeit und Übergangsbestimmungen**

**Punkt 6 entfällt unter Hinweis auf Punkt 4, letzter Absatz**