

Philosophie der Geriatrie

- **Es ist nicht entscheidend, wie alt man wird, sondern wie man alt wird.**

Dr. med. Dieter Hotzelmann

Kietzstraße 13b, Waren

- Facharzt für Allgemeinmedizin
- Manualtherapie, Ärztliche Osteopathie
- DMP Diabetes, KHK, COPD
- Leitender Arzt Kurzentrum Waren
- Schwerpunktpraxis Geriatrie
- Geriatrische Komplexbehandlung



Ambulante Geriatriische
Komplexbehandlung
Geriatriische Schwerpunktspraxis

Zentrum Waren

- 
- Konsiliararzt im KH Waren:
 - Anfangsuntersuchung auf Station, Reha-antragsstellung durch Geriatriearzt
 - Im niedergelassenen Bereich:
 - Anfangsuntersuchung und Reha-antrag auf Überweisung
 - Neu für Niedergelassene:
 - Ziffer 30980 , 30988 extrabudgetär ca 26 Euro

Was ist ein geriatrischer Patient?

- In der Regel über 65 Jahre alt
- Er/ Sie ist multimorbide
- Er / Sie hat Behinderungen, Defizite, Handicaps

Was ist ein Geriatriearzt?

- Der Geriatriearzt beschäftigt sich mit Krankheitsfolgen und Behinderungen, die Diagnostik erfolgt vorher.
- Er versucht, Defizite zu verringern oder auszugleichen und die Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder hinauszuzögern.
- **ProMobil aktuell: 1291 Patienten 06.2017**

Flächendeckende Versorgung älterer Mitmenschen in ländlichen Regionen

- Erarbeitet in Zusammenarbeit mit Frau Prof. Dr. Fischer, MHH, Mitglied im Sachverständigenrat des Bundesgesundheitsministeriums
- angepasst an die Verhältnisse im Müritzkreis, neue demoskopische Zahlen wurden eingearbeitet.
- Siehe auch Koalitionsvereinbarung „besondere Versorgungsformen“ und SGB V

Demoskopische Entwicklung

Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland

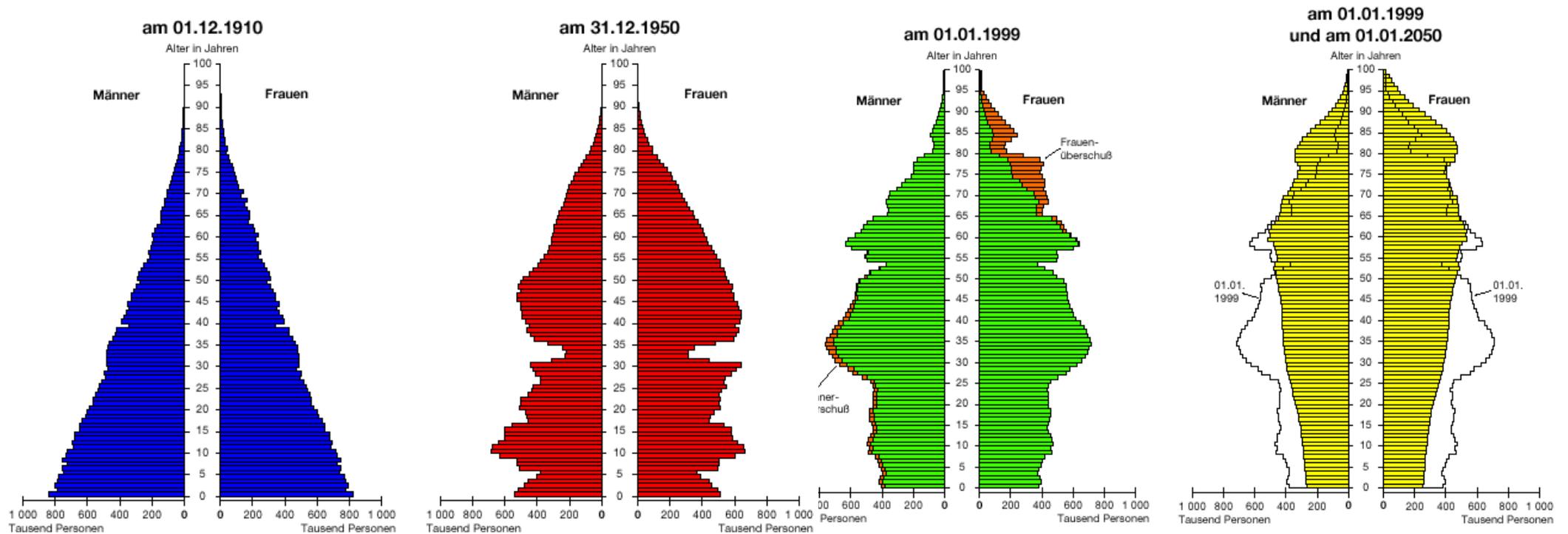


Diagramm 5.3a):

Bevölkerungspyramide Mecklenburgische Seenplatte 2002

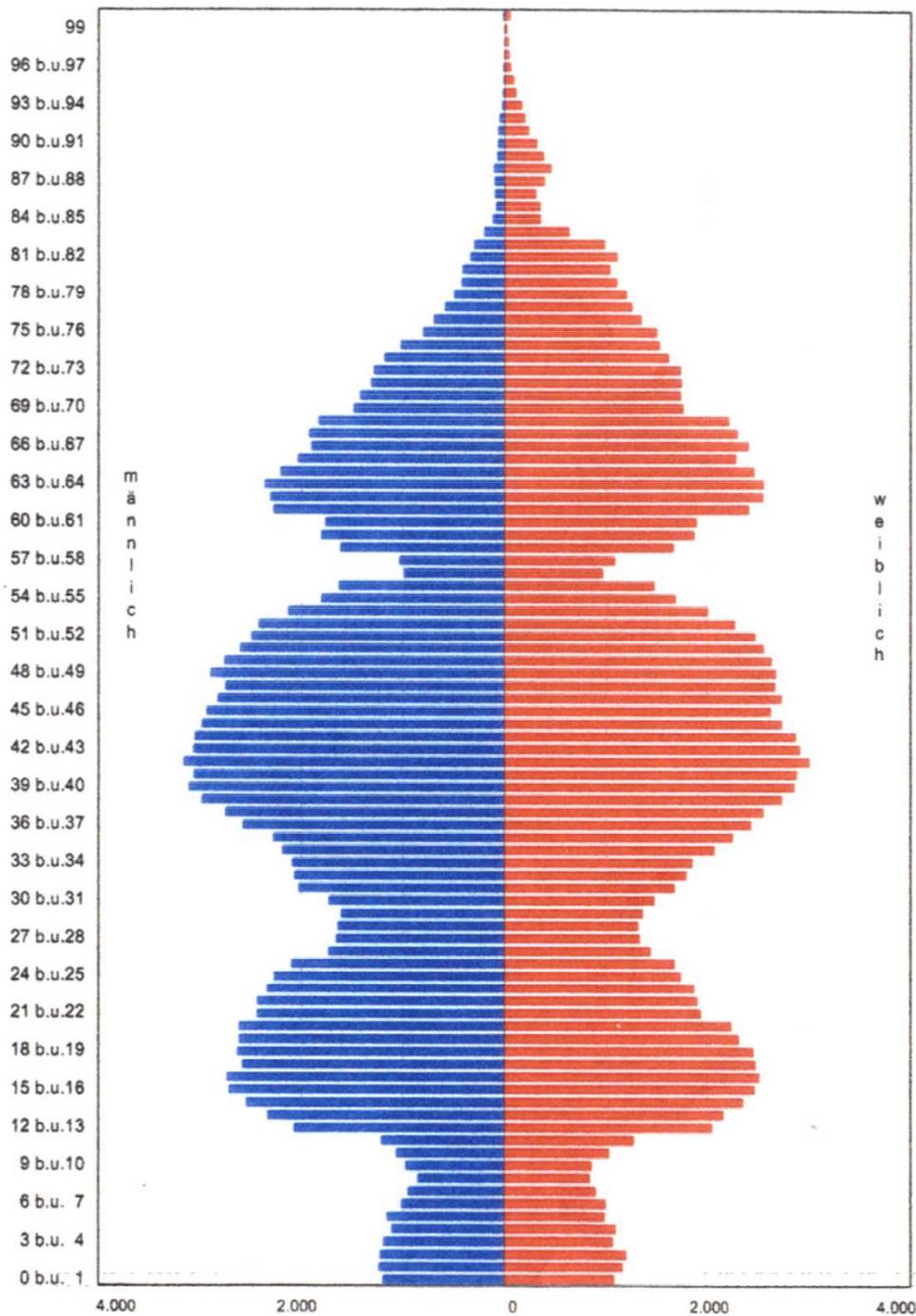
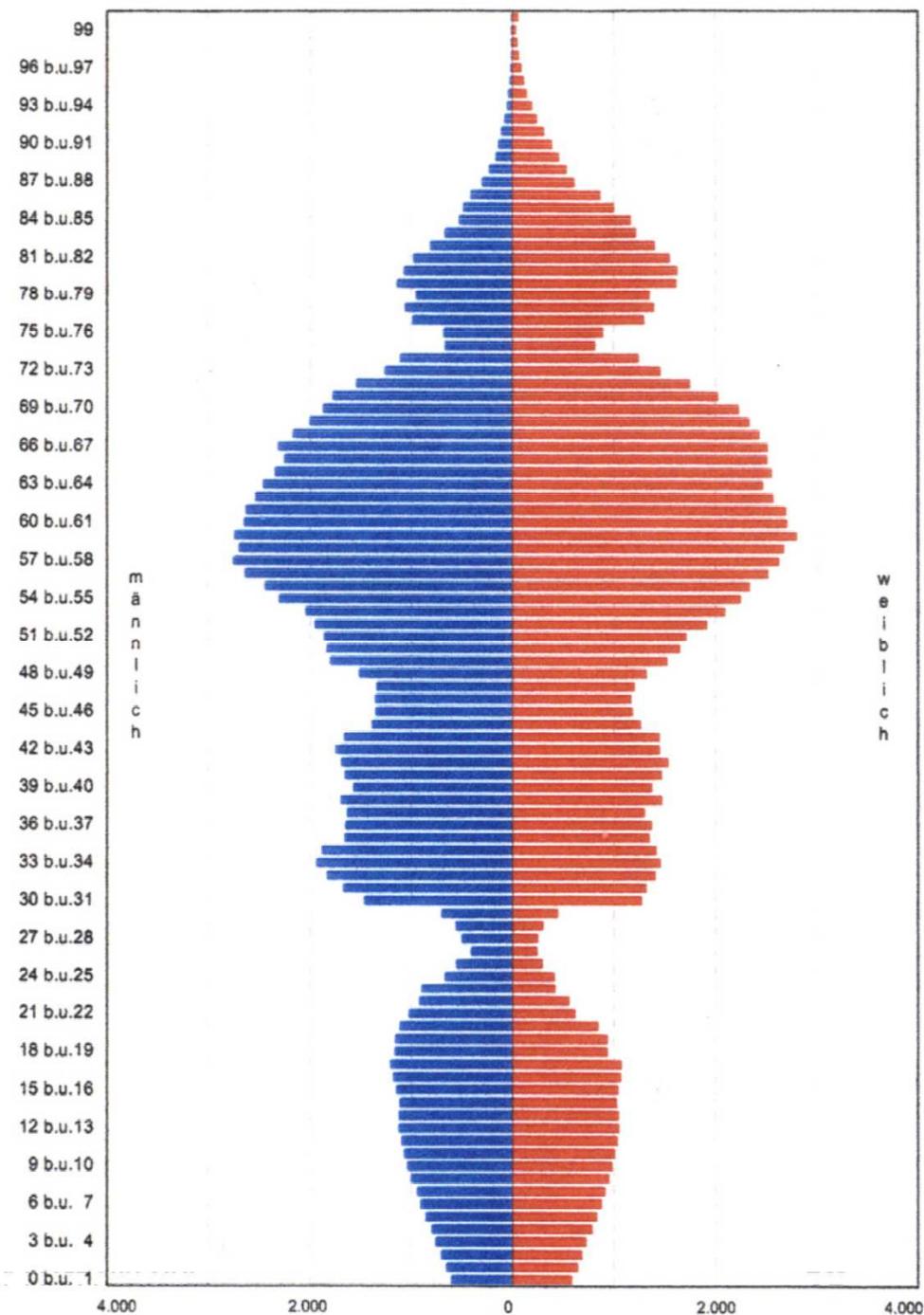


Diagramm 5.3b):

Bevölkerungspyramide Mecklenburgische Seenplatte 2020

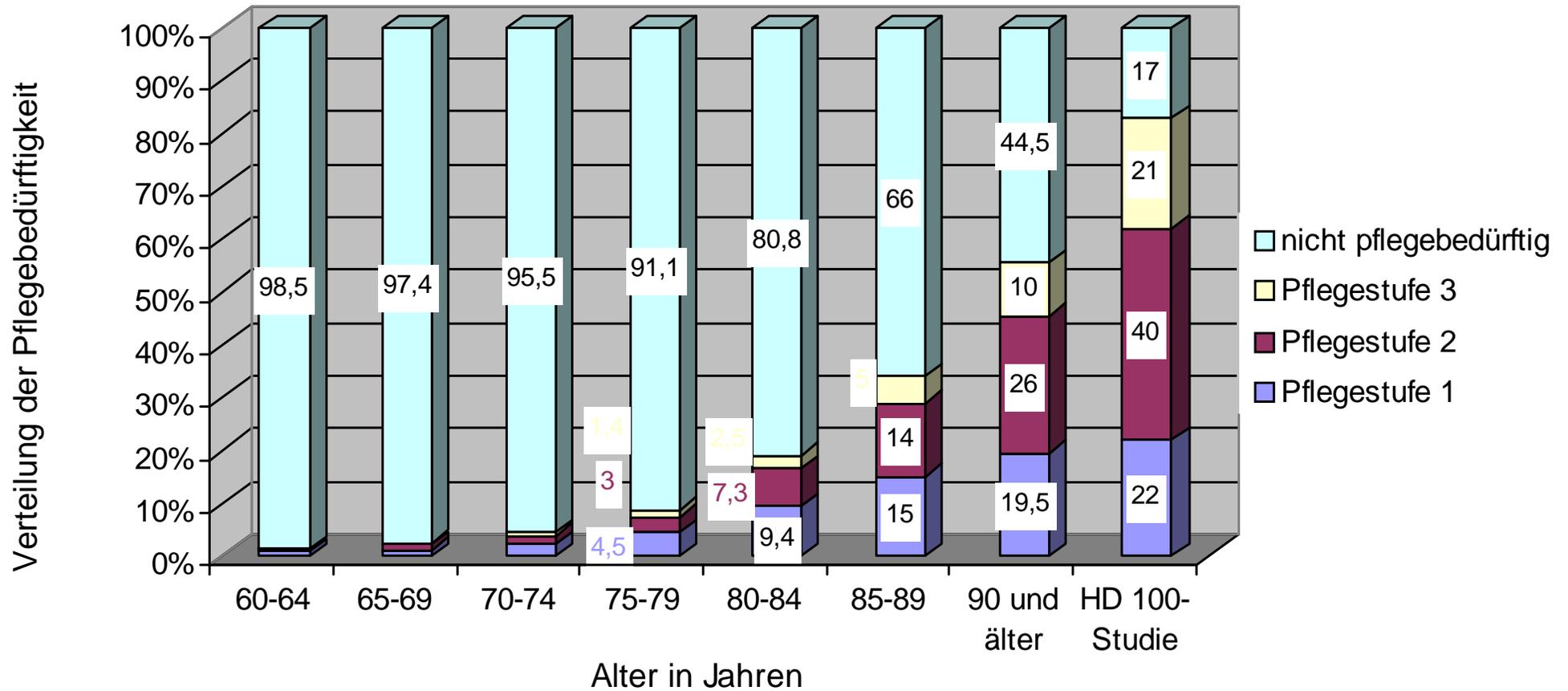


Der Tsunami rollt.....

- Die Zeit wird knapp



Mit höherem Lebensalter steigt die Wahrscheinlichkeit der Zunahme von Krankheiten und Pflegebedürftigkeit (vgl. Sozial-ministerium Baden-Württemberg 2001, WILMS et al 2001).



Ausgangslage

- Demographische Entwicklung, (Abwanderung der Jüngeren, niedrige Geburtenrate, Überalterung, Zuzug von Pensionären)
- Spezifisches Erkrankungsspektrum – Multimorbidität, Verbesserung der ambulanten Versorgungsstruktur
- Einführung der DRG`s

Sozialpolitische Zielsetzung

AMBULANT vor STATIONÄR

REHABILITATION vor PFLEGE

WOHNORTNAH vor WOHNORTFERN

Neu: §40a Geriatriische Rehabilitation

Reicht bei Versicherten eine ambulante

Krankenbehandlung nicht aus,....erbringt die

Krankenkasse.....ambulante

Rehabilitationsleistungen...durch wohnortnahe

Einrichtungen.

Leistungen nach § 40 Abs. 1 sind auch in

stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs.1

des Elften Buches zu erbringen“

Ziele der Amb.Geriatr.Komplexbehandlung

- AHB´s und stationäre geriatrische Reha- Maßnahmen ersetzen oder verkürzen
- Drohende Pflegebedürftigkeit multimorbider Patienten verhindern oder hinauszögern
- Selbständigkeit erhalten und im täglichen Leben verbessern
- Soziale Beeinträchtigungen nachhaltig vermindern
- Krankenhausaufenthalte vermeiden oder verkürzen, „Drehtür-“ Effekte vermeiden

Indikationen für die Amb. Ger. Komplexbehandlung

Funktionsstörungen und Fähigkeitsstörungen bei

- Zustand nach Schlaganfall, neuro- muskulären Erkrankungen
- Frakturen, Zuständen nach Gelenkersatzoperationen
- Schweren degenerativen Gelenkerkrankungen und Osteoporose
- Kardio- pulmonalen Erkrankungen
- Diabetes mit Folgeerkrankungen und Spätschäden
- Stürzen, Gleichgewichts- und Gehstörungen
- Parkinsonsyndrom
- Demenzerkrankungen, Koordinationsstörungen und kognitiven Defiziten
- Drohender Pflegestufe, Frialty furniture walking

Friality

- Friality ist ein klinisches Syndrom mit mindestens 3 Kriterien:
- Gewichtsverlust von >5kg Gewichtsverlust in einem Jahr
- Empfundene Erschöpfung
- Schwäche (Handgriff)
- Langsame Gehweise
- Geringe physische Aktivität

Kontraindikation für eine Amb. Ger. Komplexbehandlung

- Krankheitsbedingt: schwere Demenz, starke Dauerschmerzen, neuropsychologische Ausfälle, konsumierende Erkrankungen im Endstadium, schwere Depression, Schlafstörung, schwere Kreislaufinstabilität
- Persönlich bedingt: mangelnde Eigeninitiative, hoher Versorgungsanspruch
- Umfeldbedingt: Transferprobleme, psychosoziale Singularisierung, krankheitsbedingte Vorteile (Krankheitsgewinn-Pflegegeld)

Die Lage im Landkreis

- Landkreis Müritz ist einer der „ältesten“ Landkreise in Mecklenburg-Vorpommern
- Überproportional viele Institutionen für alte Menschen
- Großer Anteil sozial schwach gestellter alter Menschen
- Geriatriische Unterversorgung

Das Ambulante Therapeutische Team

- Arzt/ Ärztin
- Krankengymnast / in
- Ergotherapeut / in
- Logopäde / Logopädin
- Sozialarbeiter / in
- Pflegekraft, dazu:
- fakultativ: Psychotherapeut, Gerontopsychiater
- Netzwerk der ambulanten und stationären Altenhilfe, Angehörige

dazu Therapiemöglichkeiten :

- Gerätegestützte KG, MTT
- Kurzzeitgedächtnistraining
- Therapieküche mit Handkrafttraining und Feinmotorik
- Gleichgewichts-und Muskeltraining
- Ernährungsberatung, d.h. Fehl-und Unterernährung im hohen Alter

Qualitätssicherung

- Das Therapeutische Team trifft sich fallbezogen mindestens einmal wöchentlich.
- Einbindung von Pflegediensten und Angehörigen
- Information an Hausarzt, Krankenkasse

Planungsziel 2017

- Weiterer Aufbau von Rehasport-gruppen, aktuell schon über 100 Teilnehmer in 4 Zentren und weitere Sportangebote
- Weitere Vernetzung mit anderen AGK`s-Zentren in Meck.-Pom. (Usedom, Ueckermünde,)
- Evaluierung mit Uni Greifswald, Prof. Chenot, seit 1.9.2014

Nachhaltigkeit

- Etablierung der Betreuungsschwester, AGNES, VERAH etc
- Sturzprophylaxe und Esslinger Sturzassessment(TUG, CR, Tandem)
- Demtect , Uhrentest, MMSE
- Medikamentenscreening
- Rückmeldung an Hausarzt

Nachhaltigkeit

- Einbau aller Systeme zur Reduzierung der Einsamkeit, Einbindung von Sportvereinen im Dorf, kommunalen Einrichtungen etc.
- Einsamkeit ist weniger Bewegung, mehr Sturzangst, mehr Schmerzen, Depressionen, mehr Arztbesuche, mehr Medikamente

Vorgehen

- Der Haus- oder Facharzt überweist zum Geriatriearzt.
- Dieser führt die Eingangsuntersuchung durch und stellt den Reha-Antrag.(Mitbehandlung, Ambul. Geriatr. Komplexbehandlung) oder
- Eingangsuntersuchung im KH kurz vor Entlassung, im Arztbrief sollte „Weiterbehandlung durch amb. ger.Reha „ o.ä. stehen
- Die Krankenkasse genehmigt sie , das Therapeutische Team setzt sie um
- Der Hausarzt bleibt für alle anderen medizinischen Belange des Patienten auch während der Therapiemaßnahme zuständig, also auch für Rezepte und Hilfsmittelverordnungen

Organisation

- Der ProMobil-Express holt den Patienten morgens ab, bringt ihn zum AGV und fährt ihn wieder nachhause.
- Er nimmt zwischen 8-14 Uhr an der Therapie teil.
- auf Wunsch Frühstück und Mittagessen

Amb. Geriatr. Komplexmaßnahme

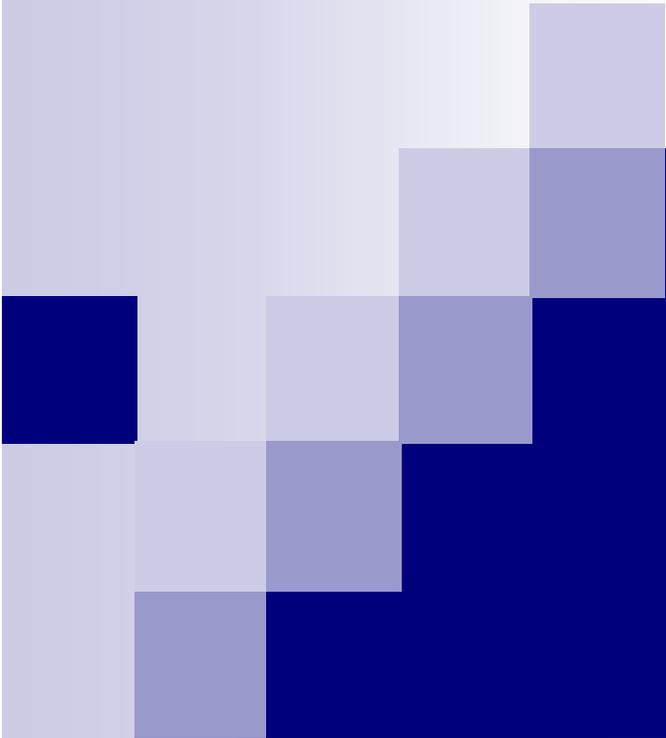
- 20 Therapietage
- 2-3 Anwendungen pro Therapietag
- Einzeltherapiedauer 30 min
- Evtl. Verlängerung
- Anleitung von Pflegedienst , Verwandten
- Abschlussbericht an Hausarzt und Krankenkasse

Finanzierung

- Weniger Stürze und Frakturen
- Weniger Krankenhauseinweisungen und Drehtürpatienten
- Weniger stationäre geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen
- Weniger Medikamente, wenn möglich
- Beteiligung der Pflegekassen
- Unterstützung des Modells durch Fördergelder (Land, KV und Krankenkassen)

Wertewechsel im Alter

- Wiedererlangung und Erhalt der Mobilität
- Schmerzminderung
- Feinmotorik und Handkraft
- Selbstständige Versorgung
- Erhalt der Häuslichkeit
- Erhalt der kognitiven Fähigkeiten



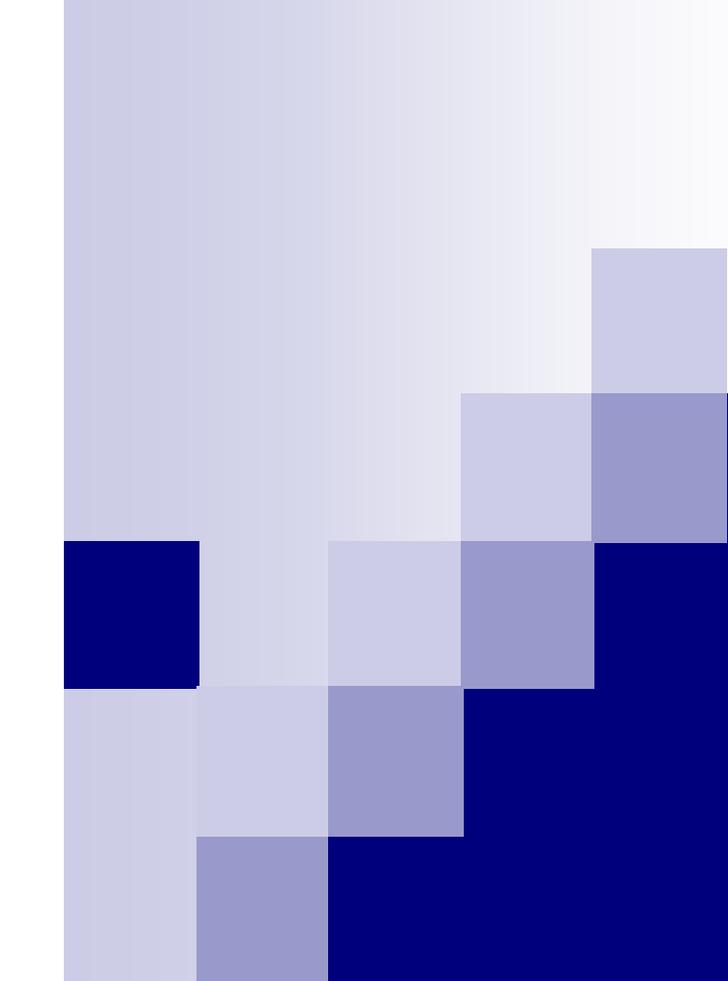
ProMobil, Zentrum Waren

Nicht dem Patienten mehr Tage
an Leben geben, sondern mehr
Leben am Tage geben



Polypragmasie in der Medizin

- Polypragmasie ist die wegen des Risikos für Nebenwirkungen zu vermeidende sinn- und konzeptionslose Diagnostik und Behandlung mit zahlreichen Arznei- und Heilmitteln sowie anderen therapeutischen Maßnahmen, hierbei steigen Wechsel- und Nebenwirkungen.



Geriatrische Schwerpunktpraxis

Seit 01.Juli 2016

Ziffern für Zuweiser

30980,30988

Hausarzt, FA Neurologie, Psychiatrie,
Nervenheilkunde und Geriatriearzt

30980= 194 Punkte, 30998= 65 Punkte,
extrabudgetär

Ziffern für Schwerpunktpraxis

- 30981 Vorabklärung =131 Punkte
- 30984 Durchführung Geriatisches Assessment (ADL, IADL, TuG, CR, Tandem, Berg, Gait, Handkraft Kognition, Nikolaus), 60 Minuten=882 Pkte
- 30985 =325, 30986=234 Punkte, jeweils weitere 30 Minuten ,alles extrabudgetär

Empfehlung an Überweiser

- Physio-, Ergo- ,Logopädie
- Hilfsmittelbedarf
- Pflegebedarf
- Erstellung eines Behandlungsplans
- „Koordination der Therapiemaßnahmen ist Aufgabe des Hausarztes“



Wunsch für die Zukunft

- Überweiser oder Geriatriearzt braucht eigenes Budget

KBV

- Spezialisierte geriatrische Diagnostik
- PDF Datei „spezielle ger. Diagnostik ab 1.Juli 2016

Medikamentenberatung

- Selten verordnet (5)
- Sehr schwierig
- Zeitaufwendig
- Mehrere Termine erforderlich
- Dauer bis zu ½ Jahr