

# Geriatriekonzept Berlin

2010



## Arbeitskreis Klinische Geriatrie der Ärztekammer Berlin

Redaktion: Dr. Rainer Neubart (Schriftleitung)

Martina de la Chevallerie

Dr. Christine Mende

---

Verantwortlich im Sinne des Presserechts: PD Dr. Dr. Claus Köppel, Sprecher des Arbeitskreises Klinische Geriatrie der  
Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>2</b>
Geleitwort	3
Zusammenfassung	4
Einleitung	5
1. Herausforderung des medizinischen Versorgungssystems durch die demographische Entwicklung und die Veränderungen in der Morbidität am Ende des Lebens	7
2. Definition des geriatrischen Patienten	8
3. Aufgaben des geriatrischen Versorgungssystems	10
4. Geriatrische Syndrome	13
5. Grundprinzipien geriatrischen Handelns	14
6. Das therapeutische Team	16
7. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Geriatrie	18
8. Besonderheiten der Diagnostik in der Geriatrie – Rolle des Geriatrischen Assessments -	19
9. Der spezifische Behandlungsablauf in der Geriatrie – Struktur von geriatriespezifischen Prozessen -	21
10. Schwerpunkte der medizinischen Forschung der Geriatrie in Berlin	25
11. Die Geriatrie in der universitären Lehre in Berlin	26
12. Rekrutierung von Nachwuchs in allen Berufen des geriatrischen Teams	27
13. Weitere Perspektiven der geriatrischen Versorgung in Berlin	27

## **Anhang**

14. Die Geriatrie in Berlin	28
14.1. Die Chronik der Entwicklung der Geriatrie in Berlin	28
14.2. Die demographische Entwicklung in Berlin	28
14.3. Die bestehenden geriatrischen Versorgungsstrukturen in Berlin	29
14.3.1. Stationäre und teilstationäre Geriatrie	30
14.3.2. Zuweisung der Patienten und Aufnahme in die Geriatrie	30
14.4. Bestehende spezielle geriatrische Versorgungsangebote	30
14.4.1. Ambulante und Mobile Geriatrische Rehabilitation	30
14.4.2. Geriatrische Schwerpunktpraxis	31
14.4.3. Medizinische Versorgung in Pflegeheimen	31
14.4.4. Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“	32

## Geleitwort

Die Pädiatrie hat sich vor rund 100 Jahren aus der Inneren Medizin herausgelöst und verselbständigt. Bei der Geriatrie setzte dieser Prozess vor etwa 50 Jahren ein und ist noch immer nicht abgeschlossen. Entsprechend der demographischen Entwicklung werden die Betreuungs- und Behandlungsangebote für alte Menschen zunehmend erweitert werden müssen unter Berücksichtigung des Prinzips „häuslich-ambulant vor institutionell“. Auch die Prävenierbarkeit von Erkrankungen im Alter wird in Versorgungskonzepten mit Blick auf die Verlängerung der krankheitsfreien Lebenserwartung aber nicht zuletzt auf die Bezahlbarkeit von Leistungen eine viel größere Rolle spielen müssen als bisher. In diesem Kontext fällt dem Fachgebiet Geriatrie eine wichtige und verantwortungsvolle Aufgabe zu.

Einzelne Schritte, die kurz- zumindest aber mittelfristig gegangen werden sollten:

- Ausstattung der Rettungsstellen von Kliniken mit geriatrischem Sachverstand, um von Anfang an die richtigen „Behandlungspfade“ einzuleiten
- Förderung geriatrischer Schwerpunktpraxen (in Analogie zu z. B. onkologischen Schwerpunktpraxen)
- weiterer Ausbau des bewährten Heimärztemodells
- Förderung einer geriatrischen Zahnmedizin (Gerostomatologie)
- Förderung der geriatrischen und gerontologischen Forschung; hier gilt es vor allem die spannende Frage zu klären, ob und inwieweit Hochaltrige von therapeutischen Interventionen im Einzelfall mehr oder weniger profitieren.

Alles Bemühen um eine Verbesserung der Lebenssituation alter Menschen steht und fällt jedoch mit der Haltung der Gesellschaft zu dieser Bevölkerungsgruppe. Die Probleme kann man vor sich herschieben oder verdrängen, sie werden aber jeden „Verdränger“ unbarmherzig erreichen, wenn er denn selbst einmal alt ist. Hier ist noch ein weiter Weg zu gehen und das Ziel scheint sich manchmal eher zu entfernen als zu nähern. Gerade aber das sollte Ansporn sein, die als notwendig erkannten Schritte unbeirrt weiter zu gehen.

Prof. Dr. med. Ruth Mattheis

Senatsdirigentin a.D., langjährige Leiterin der Abteilung „Krankenhaus“ bei der Senatsverwaltung für Gesundheit/Soziales in Berlin

## Zusammenfassung

Das Geriatriekonzept Berlin erhebt folgenden Anspruch:

1. Eine Bestandsaufnahme des gegenwärtigen geriatrischen Versorgungsangebotes
2. Eine Bestandsaufnahme der in den nächsten Jahren zu erwartenden Entwicklung mit Blick auf die Herausforderungen an das Fachgebiet der Geriatrie
3. Identifizierung von Verbesserungspotential für eine medizinisch/pflegerisch fachlich und ökonomisch optimierte Versorgung geriatrischer Patienten in unserer Stadt
4. Die Perspektiven der Weiterentwicklung der Vernetzung des geriatrischen Versorgungssystems mit abgestuften Strukturelementen der wohnortnahen stationären und ambulanten Versorgung
5. Aufzeigen von Handlungsbedarf auf den Gebieten von Forschung und Lehre in der Altersmedizin, Schaffung von Motivation bei der Nachwuchsrekrutierung für alle altersmedizinisch relevanten Professionen.

Die Beschäftigung mit Fragen des Alterns, der Multimorbidität und der möglichen Pflegebedürftigkeit zum Ende des Lebens ist bewusst oder unbewusst angstbesetzt und erinnert uns daran, dass unser aller Leben endlich ist. Das Risiko ist groß, dass man diese Problematik verdrängt und eigene Entscheidungen hierzu vor sich herschiebt. In unserer Gesellschaft findet noch zu wenig Auseinandersetzung mit der Problematik des eigenen Alterns und mit den damit verbundenen notwendigen Umdenkprozessen mit Blick auf die Zukunft statt. Hier gilt es durch Aufklärung der Bevölkerung über die Medien noch deutlich mehr Problembewusstsein zu schaffen.

Es ist zu fordern, dass ältere Patienten, die des besonderen Versorgungsangebots der Geriatrie bedürfen, bereits in der Rettungsstelle identifiziert werden und über entsprechende Behandlungspfade einer qualitätsgesicherten Versorgung zugeführt werden. Die geriatrische Versorgung sollte noch weiter vernetzt werden und noch mehr als bisher auch gezielt Präventionsstrategien wie z. B. zur Sturzvermeidung verfolgen. Das erfolgreiche in Berlin „geborene“ Heimarztmodell sollte weiter ausgebaut werden. Dazu bedarf es aber fairer Vertragsbedingungen und einer kostendeckenden Finanzierung seitens der Krankenkassen. Weiterhin gilt es endlich geriatrische Schwerpunktpraxen zu fördern und auskömmlich zu finanzieren. Das stationäre geriatrische Behandlungsangebot muss mit Blick auf den Qualitätserhalt maßvoll ausgebaut werden, wobei auch Bettenumwidmungen ins Auge gefasst werden sollten. Ein Ausbau des Versorgungsangebots wird nur dann erfolgreich sein, wenn es gelingt entsprechenden Nachwuchs in allen Berufsgruppen der Altersmedizin, angefangen bei Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten, zu rekrutieren. Hier müssen eine Reihe von immer noch bestehenden Vorurteilen über eine vermeintlich wenig Erfolgserlebnisse mit sich bringende Tätigkeit in der Altersmedizin abgebaut werden. Im Zeitalter von Evidence Based Medicine ist geriatrische und gerontopsychiatrische Forschung zu fordern vor allem mit dem Fokus auf der Fragestellung, inwieweit Hochaltrige von bestimmtem therapeutischen Interventionen profitieren.

## Einleitung

Aufgrund der demographischen Entwicklung in Berlin muss annäherungsweise von einer Verdopplung des Anteils der über 80-Jährigen in der Berliner Bevölkerung bis zum Jahr 2030 ausgegangen werden. Die mit der medizinischen Versorgung einer immer älter werdenden Bevölkerung einhergehenden Probleme sind eine ganz erhebliche Herausforderung an die Geriatrie im Zusammenwirken mit vielen anderen Fachdisziplinen. Der weitere Ausbau des geriatricspezifischen Versorgungsangebots ist sicher eine zentrale Aufgabe als Antwort auf die demographische Herausforderung. Eine Bestandsaufnahme der bisherigen Vorhersagen zur demographischen Entwicklung zeigt, dass diese sehr verlässlich sind. Viele Untersuchungen stützen die Kompressions-theorie, die postuliert, dass wir „gesünder“ alt, aber mit Blick von Multimorbidität zum Ende des Lebens „anders“ krank werden.

Hilfreich für die zu erwartende Entwicklung in Deutschland ist auch die Analyse der Morbiditätsentwicklung in der japanischen Gesellschaft, die bereits heute 5 Jahre älter wird und sich somit mit dem Problemszenarium auseinandersetzen hat, das Deutschland in knapp 10 Jahren zu erwarten hat. Eine wichtige Botschaft aus Japan ist, dass die Pflegebedürftigkeit am Ende des Lebens mit steigender Lebenserwartung zunimmt und dass hierzu insbesondere die Demenz vom Alzheimerstyp einen nicht zu unterschätzenden Beitrag leistet. Mit Blick auf das steigende Pflegebedürftigkeitsrisiko ist eine weiter zu optimierende umfassende vernetzte geriatrische Versorgung des alten Menschen gefordert. Dies gilt insbesondere für das Land Berlin vor dem Hintergrund des höchsten Anteils an Single-Haushalten in der Bundesrepublik Deutschland.

Das medizinische Versorgungsangebot muss sich bereits heute auf die komplexen Probleme alter und hochbetagter Menschen einstellen, die weniger von einer spezialisierten organbezogenen Versorgung profitieren, sondern auf ein umfassendes, auf Erhalt und Stärkung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) ausgerichtetes Angebot angewiesen sind. Ein besonderes Anliegen des Fachgebietes Geriatrie ist die Verlängerung der krankheitsfreien Lebenserwartung oder genauer Lebenserwartung mit möglichst selbstständiger Lebensführung bei einer generell steigenden Gesamtlebenserwartung. Dies sind die Gründe ein Konzept der Geriatrie in Berlin vorzulegen, das in besonderer Weise den Aspekten der Prävention, der Qualitätssicherung vernetzter und umfassender altersmedizinischer Versorgungsangebote, aber auch der Ökonomie der Versorgung Rechnung trägt.

Strategien zur Prävenierbarkeit von Erkrankungen auch im hohen Alter werden in Zukunft mehr denn je gefragt sein. Ein Großteil der Kreislauferkrankungen könnte in der Einschätzung der WHO im Prinzip prävenierbar (auf 80 %) sein. Dies gilt für onkologische Erkrankungen immerhin zu 40 %. Die geriatrische Versorgung muss in ihrer zukünftigen Entwicklung noch mehr Strategien der Primär-, Sekundär- und Tertiär-Prävention in ihr Leistungsangebot integrieren. Insbesondere vor dem Hintergrund der Fortschreibung des Landeskrankenhausplanes in Berlin ist es geboten, Verbesserungspotential in der stationären wie auch ambulanten geriatrischen Versorgung zu identifizieren und unerlässliche Weichenstellungen für die Zukunft vorzunehmen. Gefragt ist ein umfassendes Angebot einer abgestuften und weitestgehend vernetzten geriatrischen Versorgung.

In der stationären Versorgung spielt insbesondere die geriatrische Komplexbehandlung zur Sicherstellung einer optimalen (akut)medizinischen Versorgung bei gleichzeitig integrierter geriatrischer Frührehabilitation eine Schlüsselrolle. Hier gilt das Prinzip: soviel akutmedizinische Versorgung wie angemessen und von Beginn an soviel geriatrische Frührehabilitation wie nur möglich. Hierdurch kann Pflegebedürftigkeit vom geriatrischen Patienten abgewendet und seine ADL-Kompetenz gestärkt und dem bekannten „Drehtüreffekt“ bei unzulänglicher stationärer Behandlung entgegengewirkt werden. Die Behandlung in einer geriatrischen Klinik ist der *Grund- und Regelversorgung* zuzuordnen. Die geriatrische Versorgung ist kein Spezialangebot für wenige privilegierte Patienten.

Sicher ist es geboten, die Zahl der geriatrischen Betten im Landeskrankenhausplan an den Bedarf anzupassen. Dies sollte allerdings behutsam, nach Maßgabe der altersstrukturellen Kennzahlen in den einzelnen Bezirken und vor allem unter Wahrung der geriatrischen Qualitätsstandards geschehen. Genauso wichtig ist es aber auch, die vorhandenen Versorgungsstrukturen zu überprü-

fen und für geriatritypische Erkrankungen Versorgungspfade (Clinical Pathways) zu schaffen. Längst nicht alle Patienten, die von einer geriatrischen Komplexbehandlung profitieren würden, gelangen derzeit überhaupt, zeitnah und vor allem ohne unnötige Umwege in geriatrische Kliniken. Hier gibt es einen nicht zu unterschätzenden Optimierungsbedarf, von dem alte Menschen in ihrer Lebensqualität und nicht zuletzt auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung alter Menschen profitieren würde.

Bei etwa 40 % aller geriatrischen Patienten besteht neben körperlichen Erkrankungen eine Demenz, die eine besondere Herausforderung darstellt. Es ist zu fordern, dass - wie in Belgien landesweit eingeführt - geriatrischer Versorgung bedürftige Patienten *obligatorisch* bereits an der „Eingangstür“ von Kliniken, also in Rettungsstellen oder Aufnahmestationen identifiziert werden und entsprechende Behandlungspfade angesteuert werden. Wo keine eigene geriatrische Abteilung in einer Klinik vorhanden ist, muss durch eine Kooperation mit einer externen geriatrischen Abteilung geriatrische Kompetenz bei der Aufnahme multimorbider alter Patienten sichergestellt sein.

Es ist unabdingbar, dass die hausärztliche Versorgung geriatrischer Patienten gestärkt wird. Obwohl die Versorgung des geriatrischen Klientels aufwendiger als die von jüngeren Patienten ist, findet dies im gegenwärtigen Vergütungssystem in keiner Weise angemessene Berücksichtigung. Es müssen geriatrische Schwerpunktpraxen und eine leistungsgerechte Vergütung für die spezifisch geriatrische ambulante Versorgung geschaffen werden. Nur so wird es durch optimierte ambulante geriatrische Versorgung gelingen, vermeidbare und kostspielige Krankenhauseinweisungen zu verhindern.

Es gilt für eine bessere und konsequentere Nutzung des bereits heute bestehenden abgestuften Versorgungsangebots der Geriatrie mit stationärer, teilstationärer, ambulanter und mobiler ambulanter Behandlung zu sorgen und zugleich dieses System nach Maßgabe örtlicher Erfordernisse weiter im Land Berlin auszubauen. Ebenso sollten möglichst flächendeckend Versorgungspfade für typisch geriatrische Erkrankungen geschaffen und eine Vernetzung z. B. mit Pflegeeinrichtungen, therapeutischen Praxen, Hilfsmittelversorgern, Apotheken u. ä. weiter entwickelt werden. Hilfreich für eine weitere Optimierung und Vernetzung des medizinischen und pflegerischen Versorgungsangebots sind die bereits vorhandenen Beratungsstellen in den Bezirken und die gerontopsychiatrischen Verbände. Erhebliche Probleme bereitet die Versorgung von geriatrischen Patienten ohne Pflegestufe, die der Kurzzeitpflege bedürfen. Diese hat der Patient nach derzeitiger Rechtslage selbst zu finanzieren, was oft zu unlösbaren Problemen bei einkommensschwachen Patienten führt.

Vor dem Hintergrund eines zunehmenden Ärztemangels ist die Rekrutierung von ärztlichem Nachwuchs auf dem Gebiet der Altersmedizin eine immens wichtige Aufgabe für die Zukunft. Bereits im Medizinstudium muss Wertschätzung für den alten Menschen vermittelt werden. Auch wenn eine Heilung des geriatrischen Patienten die Ausnahme ist, wird jede Verbesserung in der ADL-Kompetenz und z. B. die Vermeidung einer institutionellen Pflege vom Patienten und seinen Angehörigen dankbar an den Arzt und sein Team zurückgegeben.

Auch die Forschung und hier insbesondere die Versorgungsforschung ist bei alten Menschen bzw. geriatrischen Patienten in besonderer Weise gefordert. Im Blickpunkt stehen die Verbesserung der Lebensqualität des alten Menschen und die Verlängerung der krankheitsfreien Lebenserwartung und der Lebenserwartung in Selbstständigkeit durch Maßnahmen der Prävention oder therapeutische Interventionen. In enger Kooperation mit den in Berlin ansässigen drei Universitäten und Forschungseinrichtungen ist eine Therapieforschung mit dem Ziel einer Risikostratifizierung für viele typische altersmedizinische Erkrankungen geboten. Gerade hochaltrige Patienten profitieren bisweilen mehr von therapeutischen Interventionen als jüngere Patienten mit einem anderen oft prognostisch ungünstigeren Risikoprofil. Mit der Zunahme der Lebenserwartung ergeben sich auch Veränderungen im Morbiditätsspektrum zum Lebensende (z. B. Zunahme von Malignomen, dementiellen Erkrankungen, chronischen pulmonalen Erkrankungen), die neuer, interdisziplinär zu erarbeitender therapeutischer Angebote bedürfen. Gerade auf diesem Gebiet gibt es einen ganz erheblichen Forschungsbedarf.

# 1. Herausforderung des medizinischen Versorgungssystems durch die demographische Entwicklung und die Veränderungen in der Morbidität am Ende des Lebens

Vorhersagen zur demographischen Entwicklung in Deutschland haben sich als allgemein gut belastbar erwiesen. In den letzten 160 Jahren hat die Lebenserwartung alle 10 Jahre um durchschnittlich 2,3 Jahre zugenommen. Komplexer sind Schlussfolgerungen bezüglich der damit zu erwartenden Veränderungen in der Morbidität. Der Alterssurvey 2002 zeigt, dass bei einer Morbiditätsstichprobe die Multimorbidität erst in einem späteren Lebensalter einsetzte verglichen mit einer analogen Erhebung 6 Jahre zuvor.

Die Zunahme der Lebenserwartung korreliert mit der kopfbezogenen Zunahme des Bruttosozialproduktes. Viele Untersuchungen sprechen dafür, dass die wesentlichen Ursachen für die höhere Lebenserwartung Erfolge der Gesundheitserziehung, des Gesundheitsverhaltens, ein umfassendes sozialstaatliches Versorgungssystem und ein generelles Gesundheitsbewusstsein neben dem medizinischen Fortschritt sind. Verfolgt man die Entwicklung der krankheitsfreien Lebenserwartung mit Zunahme der allgemeinen Lebenserwartung, so hat diese auch bei Analyse gegenwärtiger Daten stetig zugenommen. Dies unterstützt die Gültigkeit der Kompressionstheorie von Fries. Bemerkenswert ist, dass Deutschland im europäischen Vergleich eine relativ hohe krankheitsfreie Lebenserwartung hat. Umfragen zeigen, dass auch die Lebenszufriedenheit bei Hochbetagten über die Jahre tendenziell zugenommen hat.

Der Präventionsforscher Fries hält ein weiteres Hinausschieben der maßgeblichen Morbiditätslast um weitere 10 Jahre für möglich. Dies setzt allerdings mittel- und langfristig ganz erhebliche Anstrengungen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung voraus. Nach Schätzung der WHO könnten bei Beseitigung der durch Lebensweise bedingten Risikofaktoren 80 % der Fälle von Herzkrankheit, Schlaganfall und Diabetes mellitus vom Typ 2 sowie 40 % der Malignome verhindert werden. Alle bisherigen Daten sprechen dafür, dass wir bei konsequenter Präventionsanstrengung „gesünder“ alt werden könnten, d. h. die krankheitsfreie Lebenserwartung weiter zunimmt. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung lässt sich aber auch noch bis in das hohe Alter durch altersadaptierte präventive Maßnahmen verbessern.

Auch wenn die krankheitsfreie Lebenserwartung mit Zunahme der Gesamtlebenserwartung zunimmt, wird die soziodemographische Entwicklung allerdings dazu führen, dass wir „anders“ krank werden mit einer Zunahme chronischer Erkrankungen, Zunahme der Multimorbidität und insbesondere einer Zunahme alterstypischer Erkrankungen unmittelbar am Ende des Lebens. Die Zunahme der Morbidität zeigt, dass zwar die chronischen Krankheiten in den Altersgruppen 35 bis 80 Jahre stetig zunehmen, dass aber immerhin die meisten der Menschen keine dieser Erkrankungen aufweisen (>60 %). Im Alterssurvey 2005 werden in der Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen zwei oder mehr Erkrankungen bei 80 % berichtet, bei 24 % sogar fünf und mehr Erkrankungen. Mehrere chronische Erkrankungen nebeneinander summieren sich nicht einfach, sondern können sich in komplexer Weise gegenseitig verstärken. Dies hat unmittelbaren Einfluss auf die Alltagskompetenz in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL).

Erfahrungen aus Japan zeigen, dass trotz zunehmender krankheitsfreier Lebenserwartung der Anteil Pflegebedürftiger mit dem Alter exponentiell zunimmt. Gleichwohl sind die meisten (>60 %) Menschen bis in das höchste Alter nicht pflegebedürftig. Ein besonderes Problem stellt die altersabhängige Zunahme der Prävalenz von Demenzen - insbesondere vom Alzheimer-Typ - dar. Daten aus Japan zeigen, dass lediglich die vaskuläre Demenz, nicht aber die Alzheimer-Demenz in den letzten Jahren zurückgeht. Ersteres hat nicht zuletzt seine Gründe in der Prävenierbarkeit von kardiovaskulären Risikofaktoren. Eine wirklich nachhaltig wirksame Prävention für die Demenz vom Alzheimer-Typ gibt es allerdings - abgesehen von der Minimierung von Risikofaktoren - bis heute leider nicht. Ebenso wenig ist derzeit die *Frühdiagnose* oder eine *kausale* Therapie möglich. Es gibt derzeit leider auch keine Perspektive, dass dies innerhalb der nächsten 5 Jahre möglich sein wird. Mit den alterstypischen Erkrankungen werden u. a. auch Depressionen zunehmen.

Die vorstehend dargelegte Entwicklung zeigt, dass von allen medizinischen Disziplinen insbesondere das Fachgebiet der Geriatrie in naher Zukunft in besonderer Weise gefordert sein wird. Trotz relativ zunehmender krankheitsfreier Lebenserwartung wird die Geriatrie unmittelbar zum Lebensende durch die mit einem hohen Risiko von Pflegebedürftigkeit verknüpfte Multimorbidität

gefordert sein. Die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit durch geriatrische Frührehabilitation kann helfen, die Selbstständigkeit des Alten Menschen zu erhalten und so Pflegekosten zu verhindern. Es ist eine Herausforderung für die Geriatrie, durch Versorgungsangebote und Präventionsmaßnahmen intelligente Lösungen weiter auszubauen. Weiter zeichnet sich ab, dass mit Zunahme der Lebenserwartung sicher die geriatrische Versorgung noch relativ mehr als die organbezogene medizinische Versorgung gefordert sein wird. Ausdrücklich sei betont, dass mit der Zunahme der Lebenserwartung das medizinische Versorgungssystem keineswegs völlig „geriatrisiert“ werden wird.

Die demographische Entwicklung und Verschiebung der Morbidität und auch der Einfluss von Präventionsmaßnahmen, Gesundheitserziehung und –förderung hat erheblichen Einfluss auf die Kostenentwicklung. In Modellrechnungen für Deutschland sinken die Einnahmen demographisch bedingt bis 2040 um rund 30 %, gleichzeitig nehmen aber durch zwei Faktoren die Ausgaben zu: Zum einen durch die erhöhte Anzahl älterer Personen und zum anderen durch die erhöhten Pro-Kopf-Ausgaben mit höherem Alter. Dabei gilt die sicher nicht realistische Annahme, dass der medizinisch-technische Fortschritt in Zukunft keinerlei zusätzliche kostensteigernde Wirkung entfaltet bzw. das Pro-Kopf-Altersausgaben-Profil gleich bleibt. Die demographische Dynamik wird mittelfristig dadurch begrenzt, dass die Anzahl der über 60-Jährigen ab 2030/35 wieder abnimmt.

Die sieben führenden Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Tabak, Alkohol, Cholesterinspiegel, Übergewicht, geringer Verzehr an Obst und Gemüse und Bewegungsmangel können sehr wirkungsvoll durch die immer noch in ihrem Potenzial völlig unterschätzte Prävention angegangen werden. Hierbei sind unterschiedliche Auswirkungen auf die Krankheitslast zu erwarten. Die Bedeutung der Prävention von Erkrankungen zeigt die Erfahrung aus Finnland. Hier ließen sich 80 % der Senkung der durch koronare Herzkrankheiten bedingten Mortalität im Zeitraum von 1972 bis 1992 durch die Präventionsmaßnahmen zur Zurückdrängung der führenden Risikofaktoren erklären.

Aus der vorstehend dargelegten Entwicklung bzw. Prognose lassen sich folgende Schlussfolgerungen mit Blick auf die Geriatrie stellen:

1. Aufgrund der zu erwartenden Zunahme der Lebenserwartung wird trotz Zunahme der krankheitsfreien Lebenserwartung die Nachfrage an qualifizierter und spezialisierter geriatrischer Versorgung deutlich zunehmen. Nach allen Erfahrungen u. a. aus Japan steigt allerdings mit zunehmender Lebenserwartung auch die Pflegebedürftigkeit unmittelbar am Ende des Lebens. Hier ist das Fachgebiet Geriatrie in besonderer Weise aufgerufen, durch sein spezifisches Versorgungsangebot Pflegebedürftigkeit zu verhindern und dieser kostenträchtigen Entwicklung entgegenzuwirken bzw. sie abzupuffern.
2. Konsequente Strategien der Prävention mit Blick auf die durchaus unterschiedliche Prävenierbarkeit einzelner Erkrankungen (z.B. Sturz) werden viel mehr in den Blickpunkt der medizinischen Versorgung treten müssen. Nicht alle Erkrankungen lassen sich allerdings durch Prävention beeinflussen. Hierzu gehört leider die Demenz vom Alzheimer-Typ, die nach allen Erkenntnissen bislang weder früh diagnostizierbar noch kausal behandelbar ist und - so die Erfahrung aus Japan - deutlich zunimmt. Die Geriatrie vermag zur Optimierung von Versorgung von Demenzkranken und Multimorbiden ganz wichtige Beiträge zu leisten.
3. Noch mehr als bereits heute ist eine intelligente Vernetzung von geriatrischen Versorgungsangeboten gefragt.
4. Durch den Rückgang der Geburtenrate werden immer weniger Menschen für die Versorgung der alten Menschen zur Verfügung stehen. Dies fordert verstärkte Anstrengungen, Nachwuchs in allen Berufen der Altersmedizin zu rekrutieren und zu fördern. Die in diesen Berufen erreichbare Berufszufriedenheit ist höher als allgemein angenommen.

## **2. Definition des geriatrischen Patienten**

Geriatrische Patienten definieren sich nicht primär über das Lebensalter („kalendarisches Alter“), sondern über eine charakteristische multifaktorielle Problemkonstellation bei einem gealterten

Organismus („biologisches Alter“). Für die gemeinsame Grundlage geriatrischen Handelns in Deutschland haben die beiden wissenschaftlichen Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie) sowie der Bundesverband Geriatrie e. V. (BV Geriatrie) die folgende Definition erarbeitet.

Geriatrische Patienten sind definiert durch:

- ◆ Geriatrietypische Multimorbidität und
- ◆ höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter);

*chronischen geriatrietypische Multimorbidität ist hierbei vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen;*

oder durch

- ◆ Alter 80+  
auf Grund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z. B. wegen
  - des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen,
  - der Gefahr der Chronifizierung sowie
  - des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus

Die europäische Definition der Geriatrie und des Geriatrischen Patienten unterstützt die deutsche Definition (Malta, 2008):

Geriatrie ist die Medizinische Spezialdisziplin, die sich mit physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen befasst. Dazu gehört die Behandlung alter Patienten bei akuten Erkrankungen, chronischen Erkrankungen, präventiver Zielsetzung, (früh-)rehabilitativen Fragestellungen und speziellen, auch palliativen Fragestellungen am Lebensende.

Diese Gruppe älterer Patienten weist eine hohe Vulnerabilität („Frailty“) auf und leidet an multiplen aktiven 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 des älteren Patienten mit Verbesserung der Lebensqualität und Autonomie.

Die geriatrische Medizin ist zwar nicht spezifisch altersdefiniert, sie konzentriert sich jedoch auf typische bei älteren Patienten gefundene Erkrankungen. Die meisten Patienten sind über 65 Jahre alt. Patienten, die am meisten von der geriatrischen Spezialdisziplin profitieren sind in der Regel 80-jährig und älter.

Aus historischen und strukturellen Gründen kann die Organisation der geriatrischen Medizin zwischen europäischen Mitgliedstaaten variieren.

In der praktischen Arbeit mit geriatrischen Patienten sind folgende Aspekte in diesem Zusammenhang von Bedeutung:

- Die Berücksichtigung aller für den Patienten relevanten akuten und chronischen Erkrankungen sowie aller relevanten Begleitumstände („Kontextfaktoren“ nach ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO 2001)
- Die Bedeutung der Krankheitsfolgen, insbesondere
  - Störungen der Mobilität und der Belastbarkeit
  - Störungen der Aktivitäten des täglichen Lebens mit Verlust der Selbständigkeit
  - Störungen der Kommunikation
  - Probleme der Krankheitsverarbeitung (Coping)

- Die Verflechtung der medizinischen mit den sozialen Problemen

Hieraus ergeben sich Handlungsansätze, die sich grundlegend von den Strategien organzentrierter Medizin unterscheiden.

### **3. Aufgaben des stationären geriatrischen Versorgungssystems**

Eine umfassende geriatrische Versorgung beinhaltet eine Reihe von Handlungsoptionen, die simultan in individueller Zusammenstellung für den einzelnen Patienten einzusetzen sind. Die klassische zeitliche bzw. phasenweise Trennung von akutmedizinischen, frührehabilitativen, rehabilitativen, präventiven und sozial flankierenden Maßnahmen ist für den geriatrischen Patienten wenig hilfreich, u. U. kontraproduktiv, unnötig kostensteigernd und sollte tunlichst vermieden werden.

Zur geriatrischen Versorgung gehören:

- akutmedizinische Versorgung/Akutgeriatrie
- geriatrische Frührehabilitation
- geriatrische Rehabilitation
- Hilfsmittelversorgung, Anpassung von Kontextfaktoren
- palliativmedizinische Versorgung
- (sekundär, tertiär) präventive Maßnahmen
- sozial flankierende Maßnahmen

#### **Ordnungspolitische Organisation von stationärer geriatrischer Versorgung**

Die geriatrische Versorgung kann im Rahmen eines Versorgungsauftrages nach § 109 SGB V als akute Krankenhausbehandlung mit akutgeriatrischer Behandlung und geriatrischer Frührehabilitation („Akutgeriatrie“) erfolgen. Idealerweise erhält ein geriatrischer Patient so viel akutmedizinische Behandlung wie notwendig und angemessen und so viel geriatrische Frührehabilitation wie möglich. Die geriatrische Klinik ist dann im jeweiligen Landeskrankenhausplan mit ihren Krankenhausbetten und tagesklinischen Plätzen ausgewiesen. Diese Lösung hat den Vorteil, dass bereits in der Akutphase einer Erkrankung eines alten Menschen eine spezifisch geriatrische Versorgung stattfindet. Bei Komplikationen im Behandlungsverlauf (z. B. akute Linksherzdekompensation oder Pneumonie) erfolgt eine akutgeriatrische/akutmedizinische Behandlung in der Regel ohne Verlegung des Patienten. Die Vergütung der geriatrischen Behandlung erfolgt im DRG-System, in dem zentral für das Fachgebiet die an umfassende Qualitätsvoraussetzungen geknüpfte *geriatrische Komplexbehandlung* (Prozeduren 8-550.0-2) steht.

Die geriatrische Behandlung kann aber auch im Rahmen eines Versorgungsvertrags nach § 111 SGB V als geriatrische Rehabilitation nach akuter Krankenhausbehandlung erfolgen. Nach Abschluss der akuten Krankenhausbehandlungsphase erfolgt die Verlegung in eine geriatrische Rehabilitationsklinik. Bei akuten Komplikationen im Rehabilitationsverlauf kann eine Rückverlegung des Patienten zur Krankenhausbehandlung notwendig sein.

Die geriatrische Versorgung erfolgt in Berlin nahezu ausschließlich als Krankenhausbehandlung mit Versorgungsauftrag nach § 109 SGB V. Die geriatrischen Betten bzw. tagesklinischen Plätze sind im Landeskrankenhausplan als internistische Subspezialität ausgewiesen. Es gibt zusätzlich eine einzige geriatrische Rehabilitationsklinik mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V.

#### **Akutmedizinische Aufgaben in der Geriatrie („Akutgeriatrie“)**

Eine akut auftretende schwere Krankheit geriatrischer Patienten macht häufig eine stationäre Behandlung erforderlich. Steht ein bestimmtes medizinisches Problem im Vordergrund, das einer speziellen und nicht von der Geriatrie zu leistenden Intervention bedarf (z. B. durch die Unfallchirurgie bei Schenkelhalsfraktur oder im Herzkatheterlabor bei Herzinfarkt), führen die entsprechenden Fachdisziplinen die notwendige Behandlung durch, idealerweise in Abstimmung mit einem Geriater. In allen anderen Fällen ist die unmittelbare Aufnahme und Therapie in einer geriatrischen Klinik geboten, insbesondere wenn eine Gesundheitsstörung auf dem Hintergrund von Multimorbidität besteht. Um die Allokationsentscheidung fachkompetent treffen zu können,

muss geriatrische Kompetenz schon in den Rettungsstellen der Kliniken sichergestellt werden. Hierzu ist es wichtig, bei älteren Patienten bei Aufnahme ein Screening zur geriatrischen Behandlungsbedürftigkeit durchzuführen. Ebenso gilt es, Behandlungspfade für die wichtigsten geriatrischen Krankheitsbilder zu entwickeln.

Geriatrische Kompetenz ist derzeit in kaum einer Rettungsstelle Berliner Krankenhäuser vertreten. Dies bedingt, dass viele ältere Patienten, die unmittelbar von einer geriatrischen Versorgung profitieren würden, nicht in eine derartige Abteilung gelangen. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass es in Belgien Standard ist, dass in jedem Krankenhaus bei Aufnahme eines potentiell geriatrischen Patienten die Frage geprüft wird, ob eine geriatrische Behandlung geboten ist bzw. weshalb man berechtigt ist, diese zu unterlassen.

### **Art und Umfang der medizinischen Interventionen beim geriatrischen Patienten in Grenzsituationen/Intensivtherapie beim geriatrischen Patienten**

Es gibt Situationen beim geriatrischen Patienten, in denen sich die Frage nach der Angemessenheit einer Therapieerweiterung bis hin zur Verlegung auf eine Intensivstation stellt. Eine Therapieerweiterung im Einvernehmen mit dem Patienten, bei nicht einwilligungsfähigen Patienten mit dem mutmaßlichen Willen des geriatrischen Patienten und mit den Angehörigen, ist im Regelfall immer nur dann vertretbar, wenn eine Gesundheitsstörung mit einiger Wahrscheinlichkeit die Chance der Reversibilität hat. Jede Entscheidung hierüber ist eine Einzelfallentscheidung, die die Besonderheiten des Patienten eingehend zu würdigen hat. Bei der Verlegung eines geriatrischen Patienten auf eine Intensivstation muss bedacht werden, dass die Ortsveränderung von der geriatrischen Station mit einem Wechsel der Bezugspersonen (Pflegepersonal, Ärzte) verbunden ist, der gerade bei kognitiver Beeinträchtigung besonders belastend für geriatrische Patienten ist. Aus diesem Grund sollte es möglich sein, auch auf einer geriatrischen Station eine Therapieausweitung (z. B. in Richtung einer Intermediate Care Unit) zu schaffen. Eine enge Zusammenarbeit mit einer Intensivstation bei der Betreuung geriatrischer Patienten ist unabdingbar.

Mit der Änderung des Betreuungsrechts, die einer Patientenverfügung einen hohen und verbindlichen Rang einräumt, wird die Frage nach der Sinnhaftigkeit von therapeutischen Interventionen insbesondere beim alten Menschen in der Öffentlichkeit kritisch diskutiert. Bei dieser Diskussion wird oft übersehen, dass es im Regelfall zwischen dem Patienten, seinen Angehörigen und dem geriatrischen Behandlungsteam völlig unstrittig ist, bei aussichtslosen Krankheitszuständen unangemessene und menschenunwürdige lebensverlängernde Maßnahmen zu unterlassen. Im Fachgebiet Geriatrie führt gelegentlich die prognostische Einschätzung der Reversibilität eines Krankheitszustandes zu einer Diskussion mit Patienten, Angehörigen und Betreuern, die aber in aller Regel im Einvernehmen geklärt werden kann.

### **Geriatrische Frührehabilitation**

Beim geriatrischen Patienten ist die akute Erkrankung auf dem Hintergrund von Multimorbidität mit Fähigkeitsstörungen verbunden, die neben anderen interventionellen Verfahren auch die geriatrische Frührehabilitation erforderlich macht, sofern Rehabilitationsbedarf besteht und Frührehabilitationspotential vorhanden ist.

Eine geriatrische Frührehabilitation unterscheidet sich grundsätzlich von der organmedizinisch zentrierten Rehabilitation:

Geriatrische Frührehabilitation ist – Rehabilitationsbedarf und Frührehabilitationspotential vorausgesetzt – in jeder krankenhausbehandlungsbedürftigen Erkrankungsphase erforderlich. Das betrifft insbesondere auch die frühe Phase von akuten Erkrankungen. Patienten mit akuter Pneumonie, akutem Schlaganfall oder einer Fraktur bedürfen bereits in den ersten Behandlungstagen auch der Frührehabilitation, um Folgeschäden und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Die Ziele einer geriatrischen Frührehabilitation unterscheiden sich in aller Regel von anderen Formen der organzentrierten Rehabilitation (z.B. kardiologische, orthopädische oder neurologische Rehabilitation). Die Eingliederung ins Erwerbsleben spielt für den alten Menschen keine Rolle, während Lebensqualität, Unabhängigkeit von fremder Hilfe sowie die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ganz im Vordergrund stehen.

Für jeden geriatrischen Patienten muss aufgrund seines Morbiditätsspektrums die optimale Form und Intensität der frührehabilitativen Therapie gefunden werden. Dies kann nur unter Würdigung aller Einzelaspekte jedes Patienten festgelegt werden. Es gilt das Prinzip „so viel akutmedi-

*zinische Behandlung wie notwendig und angemessen und so viel geriatrische Frührehabilitation wie möglich“.* Nach Abschluss der stationären akutgeriatrischen und frührehabilitativen Behandlung einer Erkrankung stehen folgende weiterführende spezifisch geriatrische Versorgungsangebote zur Verfügung (s. Kap. 9.):

- Geriatrische Tagesklinik
- Ambulante Rehabilitation
- Mobile Rehabilitation
- Geriatrische Rehabilitation (Rehabilitationsklinik mit Versorgungsauftrag nach § 111 SGB V)
- Betreuung in einer geriatrischen Schwerpunktpraxis

### **Geriatrische Rehabilitation**

Auf eine Rehabilitation besteht ein Rechtsanspruch, der im SGB IX verankert ist. Es gibt in Berlin nur eine geriatrische Klinik mit einem Versorgungsauftrag nach § 111 SGB V (geriatrische Rehabilitation). Hier werden Patienten nach Abschluss einer akutmedizinischen Behandlung aufgenommen. Auch eine Verlegung aus der geriatrischen Frührehabilitation in eine geriatrische Rehabilitation kann insbesondere bei Patienten mit anhaltendem und ausgeprägtem Rehabilitationspotential sinnvoll sein.

### **Hilfsmittelversorgung und Wohnraumanpassung**

Hilfsmittel spielen in der Geriatrie eine wichtige Rolle und ergänzen die rehabilitative Behandlung. Eine weitgehende Selbstständigkeit trotz Behinderung kann oft nur mit ihrem Einsatz sichergestellt werden. Die Wahl der richtigen Hilfsmittel ist nicht nur von den Behinderungen des Betroffenen abhängig, sondern auch von seine kognitiven Fähigkeiten und seiner Motivation. Außerdem müssen die Besonderheiten des Umfeldes (z. B. die Wohnung) und die Möglichkeiten der sozialen Unterstützung beachtet werden.

Um den täglichen Gebrauch eines Hilfsmittels sicherzustellen, müssen der Patient, aber auch die Angehörigen schon während des Klinikaufenthaltes intensiv mit dem Umgang vertraut gemacht werden. Zu beachten ist auch, dass sich in der Wohnumgebung oft ganz andere Schwierigkeiten zeigen können als in der Trainingssituation einer „idealisierten“ Umgebung im Krankenhaus.

Es ist der Wunsch der Mehrheit älterer Menschen (auch der pflegebedürftigen), möglichst lange in der häuslichen Umgebung zu leben. Die Wohnung stellt gleichzeitig einen wesentlichen Kontextfaktor für die Gesundheit eines Patienten dar. In vielen Fällen gelingt es, mit kleinen Veränderungen der Entschärfung von Gefahrenstellen eine möglichst große Selbstständigkeit bei den Alltagsaktivitäten in den häuslichen „vier Wänden“ zu erhalten.

### **Präventive Maßnahmen in der Geriatrie**

Die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen zur Verhinderung von Krankheit und/oder deren Folgeschäden ist in Studien auch im hohen Lebensalter gut belegt. Allgemein kann zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention unterschieden werden, wobei in der Geriatrie sicher der Fokus auf der Sekundär- und Tertiärprävention liegt. Für die Zukunft ist die Weiterentwicklung von Maßnahmen der Prävention eine der wichtigsten Herausforderungen der Geriatrie. Um die Lebensqualität der älteren Patienten zu verbessern, sollten bei jeder stationären oder teilstationären geriatrischen Behandlung alle Möglichkeiten der Prävention geprüft und genutzt werden.

### **Palliativmedizinische Versorgung in der Geriatrie**

In der letzten Lebensphase ist auch bei geriatrischen Patienten nicht selten eine palliativmedizinische Versorgung gefragt. Die palliativmedizinische Versorgung geriatrischer Patienten ist dann geboten, wenn eine Heilung oder Besserung ihrer Krankheiten (nicht nur Malignome) mit Wahrscheinlichkeit nicht mehr möglich ist und sie mit hoher Wahrscheinlichkeit in absehbarer Zeit sterben werden.

Palliativmedizin zielt nicht nur auf die Behandlung von malignen Erkrankungen im Endstadium, sondern eher auf eine viel größere Zahl anderer Erkrankungen, die nachhaltig die Lebensqualität beeinträchtigen und ebenfalls zum Tode führen. Hierzu gehören z.B. die terminale Herzinsuffi-

zienz, die Demenz vom Alzheimer-Typ, die fortgeschrittene chronisch obstruktive Lungenkrankheit oder der Morbus Parkinson.

Bei geriatrischen Palliativpatienten ist es Teil des individuellen geriatrischen Gesundheitsmanagements, ein Sterben in Würde in der von dem Patienten gewünschten Umgebung zu ermöglichen. Dies kann auch je nach individuellen Bedürfnissen Information und Begleitung der Angehörigen, die Organisation von Hilfe bei der Sterbebegleitung im häuslichen Bereich (zum Beispiel durch Hospizgruppen) oder die Vermittlung eines Platzes im Hospiz einschließen.

## **4. Geriatrische Syndrome**

Bei geriatrischen Patienten bestehen sehr häufig typische Problemkonstellationen, die „klassischen“ geriatrischen Syndrome, die einer umfassenden Diagnostik, eines konsequenten geriatrischen Assessments und entsprechender Interventionen bedürfen, um Schaden vom geriatrischen Patienten abzuwenden.

### **Sturzsyndrom**

Stürze stellen eines der häufigsten und gut angehbaren Probleme der Geriatrie dar. Ihre Ursachen sind oft multifaktoriell und müssen analysiert werden, um derartige Ereignisse zukünftig zu verhindern. Ursachen für Stürze können Orthostaseprobleme, Herzrhythmusstörungen, epileptische Anfälle oder eine eingeschränkte zerebrale Durchblutung sein. Aber auch eine Teppichkante, schlechte Beleuchtung im Wohnbereich oder die diesbezüglich oft unterschätzte unerwünschte Wirkung von Medikamenten (z. B. Benzodiazepine) können ursächlich für die Stürze sein.

Stürze haben regelmäßig auch sekundäre Auswirkungen für ältere Patienten. Resultieren können Frakturen, Prellungen und Schädel-Hirn-Traumata, aber auch schwere Angststörungen, denn nach einem Sturz bricht oft nicht nur der Knochen, sondern auch das Zutrauen in die eigenen körperlichen Fähigkeiten. Die Folgen von Stürzen haben überdies immense ökonomische Implikationen.

### **Immobilität, Frailty ("Gebrechlichkeit") und Failure-to-thrive**

Immobilität ist ein Problem mit einschneidenden Folgen für die Lebensqualität und Selbständigkeit des alten Menschen. Sie ist auch mit erheblichen Risiken wie Stürzen, Fehlernährung, aber auch Vereinsamung verbunden.

Frailty ("Gebrechlichkeit") und das Failure-to-thrive-Syndrom stellen eine komplexe Herausforderung dar. Frailty beschreibt eine Kombination von Ernährungsstörung (meist mit Gewichtsverlust) mit Muskelabbau, allgemeiner Schwäche und vermindertem Antrieb. Das Failure-to-thrive-Syndrom (am ehesten „Gedeihstörung“) ist der Pädiatrie entlehnt und bezeichnet einen Zustand einer „Abwärtsspirale“ im Gesundheitszustand des Patienten, ohne dass eine einzelne Krankheit bei Multimorbidität ursächlich verantwortlich gemacht werden könnte. Eine hochgradig eingeschränkte Lebensqualität ist in dieser Situation typisch.

### **Chronische Schmerzsyndrome**

Der chronische Schmerz stellt im Alter ein häufiges Symptom dar, das die Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigen kann. Alter ist kein Analgetikum! Ursache des Schmerzes können neben der sehr häufigen Osteoporose verschiedenste Krankheiten sein, wobei auch der psychosoziale Hintergrund eine wichtige Rolle spielt. Chronische Schmerzen müssen mit nichtmedikamentösen Verfahren (z. B. Physikalische Therapie, psychologische Verfahren), aber auch speziell an den alten Menschen adaptierten Medikamentenregimen angegangen werden.

### **Malnutrition und Exsikkose (Ess- und Trinkstörungen)**

Die Ernährung spielt im Gesundheitsmanagement geriatrischer Patienten eine oft unterschätzte Rolle. Einige typisch geriatrische Krankheiten sind mit Ernährungsstörungen assoziiert, z. B. Kachexie, Adipositas, Mangel- und Fehlernährung, Exsikkose. Bei anderen Krankheiten (z. B. Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen) stellt die Ernährungsberatung einen wesentlichen Teil der Therapie dar. Das Essverhalten wird auch durch die veränderte Geschmackswahrnehmung beeinflusst. Ein weiteres sehr ernstes Problem stellt die verhinderte Durstperzeption des alten Menschen dar.

## **Dysphagie**

Schluckstörungen (Dysphagien) haben unterschiedliche Ursachen. Am häufigsten kommen sie nach Schlaganfällen vor. Bei vielen anderen nicht heilbaren Erkrankungen ist die Dysphagie ein wichtiges Symptom, beispielsweise im Endstadium einer Demenz, eines Morbus Parkinson oder einer malignen Erkrankung. Als potenziell tödlich verlaufende Komplikationen sind besonders Aspirationspneumonien gefürchtet.

## **Chronische Wunden und Dekubitus**

Häufig erfordern chronische und komplizierte Wunden eine stationäre Behandlung in der Geriatrie. Dekubitus, Ulcera cruris, arterielle Ulcera, Wundheilungsstörungen nach Operationen und Probleme im Bereich des Amputationsstumpfes gehören zu den häufigen Problemen von geriatrischen Kliniken.

## **Inkontinenz**

Inkontinenz gehört zu den häufigen Störungen bei geriatrischen Patienten, wobei Erkrankungen des Urogenitaltraktes, neurodegenerative Erkrankungen und auch eine Demenz eine wichtige Rolle spielen. Eine Inkontinenz führt oft zu beeinträchtigtem Selbstwertgefühl und u. U. sozialer Isolation. Nach systematischer Diagnostik bestehen verschiedene Behandlungsoptionen je nach Art der Inkontinenz. Oft ist eine Therapie oder ein Training möglich.

## **Obstipation**

Eine chronische Obstipation, nicht selten auf dem Hintergrund einer Divertikulose, ist ein häufiges Syndrom in der Geriatrie und betrifft ca. 10 % der Patienten. Neben nachhaltiger Beeinträchtigung der Lebensqualität bei multimorbiden Patienten können schwerwiegende Krankheitszustände bis zum lebensgefährdenden Ileus resultieren. Die Aktivierung des Patienten, ein abgestimmtes Ernährungsmanagement und die Koordination mit medikamentösen Verfahren bewirkt eine Verbesserung in nahezu allen Fällen.

## **Demenz**

Dementielle Syndrome und kognitive Störungen finden sich in typischer Weise bei wenigstens 40% aller geriatrischen Patienten und haben deshalb für die Geriatrie eine zentrale Bedeutung. Eine diagnostische Prozedur mit sorgfältiger Anamneseerhebung, neuropsychologischer Untersuchung und Untersuchung mit Testpsychologie und Bildgebung und möglichst einer differenzialdiagnostischen Zuordnung (Alzheimer-Demenz, vaskuläre Demenz, Lewi-Körperchen-Demenz, Frontalhirn-Demenz) ist gefragt. Differentialdiagnostisch kann es sich um Krankheitsbilder wie Demenz, Delir, neuropsychologische Störung bei Schlaganfall, Depression, kognitive Störung auf Grund einer anderen Erkrankung oder eine Psychose im Alter handeln. In vielen Fällen ist bei entsprechender Diagnosestellung eine Behandlung unter Einbeziehung der Angehörigen und eine Verbesserung der Lebensqualität möglich.

## **Depression im Alter**

Die Prävalenz von depressiven Syndromen im Alter wird oft unterschätzt und eine Depression beim alten Menschen neben anderen Erkrankungen nicht wahrgenommen. Im Rahmen eines geriatrischen Assessments wird in der geriatrischen Klinik/Tagesklinik regelmäßig auch die Geriatric Depression Scale (GDS) erhoben, die Hinweise auf eine Depression geben kann.

## **Schlafstörung im Alter**

Mit steigendem Alter nimmt die Häufigkeit von Schlafstörungen zu. Das physiologische Schlafprofil ändert sich, aber auch andere Einflüsse (beispielsweise Nykturie, Senkung der akustischen Weckschwelle) tragen zu dieser Entwicklung bei. Hinzu kommen die Auswirkungen von Krankheiten. Unerwünschte Wirkungen von Medikamenten sind eine weitere häufige Ursache. Die Therapieansätze müssen u. a. Maßnahmen der Tagesstrukturierung, aber auch die Überprüfung der Medikation umfassen. Nicht selten wird von den Patienten der Einsatz von Medikamenten eingefordert, wobei aber unerwünschte Wirkungen zu beachten sind. Hierzu gehört vor allem die Sturzgefahr, die bei Verwendung von Hypnotika vom Benzodiazepintyp deutlich zunimmt.

## 5. Grundprinzipien geriatrischen Handelns

Die geriatricspezifischen Anforderungen an die Versorgung multimorbider chronisch-kranker Patienten bedürfen verschiedener Problemlösungsansätze, die sich von den Konzepten der organzentrierten Medizin unterscheiden:

### **Multidisziplinäres Arbeiten**

Im Mittelpunkt steht in der Geriatrie die Teamarbeit. Die Komplexität der notwendigen Maßnahmen erfordert die Einbeziehung unterschiedlicher Berufsgruppen.

### **Bedeutung des multidimensionalen geriatrischen Assessments im Rahmen der Diagnostik**

Abgesehen von einer Notfallversorgung steht am Anfang eines geriatrischen Behandlungsprozesses grundsätzlich eine umfassende Analyse aller die Krankheit und deren Beeinflussungsmöglichkeiten betreffenden Umstände („Kontextfaktoren“ nach dem ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO 2001)). Dieses „Multidimensionale geriatrische Assessment“ bildet die Basis aller weiteren Maßnahmen.

### **Für den geriatrischen Patienten anzustrebende Behandlungsziele**

Im Gegensatz zur ausschließlich organbezogenen Behandlung werden in der Geriatrie gestützt auf das Assessment in den verschiedenen Dimensionen Behandlungsziele, hauptsächlich mit Blick auf die zu erreichenden Aktivitäten des täglichen Lebens definiert. Diese werden im therapeutischen Team sowie mit den Patienten und dessen Angehörigen kommuniziert und abgestimmt. Besondere Bedeutung bei der Festlegung der Ziele haben die erreichbare Lebensqualität und die Selbständigkeit (Unabhängigkeit von fremder Hilfe und Pflege) in der Zeit nach der Krankenhausentlassung. Während des gesamten Behandlungsverlaufes sind die erzielten Fortschritte eines Patienten im Wochenabstand immer wieder mit den festgelegten Zielen abzugleichen und im Bedarfsfall anzupassen.

### **Individuelle Prioritätensetzung bei den Zielen für jeden geriatrischen Patienten**

Die verschiedenen Einzelprobleme eines multimorbiden geriatrischen Patienten erfordern die Festlegung von Prioritäten. Beispielsweise muss bei einem Betroffenen mit zehn relevanten Erkrankungen eine Beschränkung auf die wichtigsten Medikamente erfolgen, die bei strenger Indikationsstellung unverzichtbar sind. Auch in diesem Zusammenhang zeigt sich wieder die Notwendigkeit zur Erstellung von Gesamtkonzepten mit der Fokussierung auf bestimmte Hauptprobleme im Gegensatz zu einer organmedizinisch spezialisierten Medizin.

### **Prinzip der Wohnortnähe bei stationärer geriatrischer Versorgung**

Eine stationäre geriatrische Behandlung sollte möglichst wohnortnah erfolgen, damit Besuch durch Angehörige und Freunde nicht erschwert ist.

### **Überleitungs- und Entlassungsmanagement**

Die in der Klinik, der Tagesklinik und der ambulanten Rehabilitation getroffenen Maßnahmen müssen sich an der Frage messen lassen, ob die gewählten Konzepte sich in der häuslichen Umgebung des Patienten bewähren. Da die Unabhängigkeit von fremder Hilfe und die Lebensqualität der Patienten in ihrer Wohnumgebung den Erfolg geriatrischer Therapie entscheidend bestimmen, muss die Entlassung sorgfältig vorbereitet werden. Alle wiedererlernten Fähigkeiten eines Patienten sollten sich nicht vordergründig in der Klinik, sondern dort bewähren, wo sich sein tägliches Leben abspielt. Von daher sind der Bezug zum Lebensraum und die Alltagsrelevanz der wiedererlernten Fähigkeiten entscheidend für die Unabhängigkeit von fremder Hilfe und damit für die Lebensqualität älterer chronisch kranker Menschen.

### **Gesundheitsmanagement im vernetzten System**

Das individuelle Gesundheitsmanagement begleitet den geriatrischen Patienten wegen der Chronizität der meisten Erkrankungen sein gesamtes weiteres Leben. Erforderlich ist ein geriatrisches Netzwerk mit der klaren Präferenz „ambulant vor stationär“.

## **Behandlungspfade (Clinical Pathways) für typisch geriatrische Erkrankungen**

Um das komplizierte Zusammenwirken zwischen der geriatrischen Abteilung und den anderen Abteilungen der Klinik bzw. externen Kliniken möglichst optimal zu gestalten, sollten Behandlungspfade entwickelt werden. Beispielsweise profitieren geriatrische Patienten, die wegen einer Schenkelhalsfraktur chirurgisch versorgt wurden, ab einem bestimmten Zeitpunkt nach einer Operation eher von einer geriatrischen als von einer unfallchirurgischen Therapie. Dieser optimale Verlegungszeitpunkt ist dann anzunehmen, wenn eine weitere chirurgische Intervention nicht mehr zu erwarten ist und die Mobilisierung sowie weitere Stabilisierung des Patienten im Vordergrund stehen. Zusätzlich gibt es Belege für den Nutzen einer speziellen prä- und postoperativen Delirprophylaxe durch den Geriater.

### **Die Kernaufgabe des Geriaters: Die Einschätzung des zu erwartenden Benefits von therapeutischen Interventionen beim geriatrischen Patienten**

Die Kernaufgabe des Geriaters zusammen mit seinem Team ist es, den Benefit von therapeutischen Interventionen im Vorfeld realistisch einzuschätzen. Hierzu gehört nicht nur der zu erwartende Benefit durch eine (Früh)Rehabilitation sondern auch die „maßgeschneiderte“ medikamentöse Therapie mit im Einzelfall zu treffender Beschränkung auf eine bestimmte Zahl von Medikamenten und die Indikation zu operativen Eingriffen oder sonstigen invasiven Verfahren. Entscheidend für operative oder sonstige invasive Interventionen ist in der Nutzenrisikoabschätzung die Frage, welcher Zuwachs an Lebensqualität durch eine Intervention nach aller Erfahrung zu erwarten ist. Dies setzt ganz erhebliche geriatrische Expertise voraus. In diesem Aufgabengebiet gibt es für die Zukunft auch immens viel Forschungsbedarf. Bestimmte alte Menschen können von Interventionen bisweilen mehr als jüngere profitieren, bei manchem Multimorbiden stellt jede Intervention die wenige noch vorhandene Lebensqualität in Frage. Eine möglichst evidenzbasierte Einzelfallentscheidung ist gefragt, für einen bisweilen noch dem Fachgebiet unterstellten therapeutischen Nihilismus gibt es in der Geriatrie keine Basis.

## **6. Das therapeutische Team**

Im therapeutischen Team benötigt jede Berufsgruppe eine zusätzliche geriatrische Qualifikation. Regelmäßige Fortbildungen in Altersmedizin sollten für alle Berufsgruppen obligatorisch sein. Weiterhin sollten insbesondere mit Blick auf die geriatrische Komplexbehandlung ausreichende Personalschlüssel vorgesehen sein. Therapiedauern bei der geriatrischen Komplexbehandlung liegen bei mindestens 30 Minuten.

Zum Team gehören:

### **Ärzte / Geriater**

Aufgabe des Geriaters und der Ärzte ist die medizinische Versorgung der Patienten sowie die Leitung des multiprofessionellen Teams.

Der Geriater benötigt profunde Kompetenzen in den Bereichen allgemeine Innere Medizin, Akut- und Notfallmedizin, Rehabilitation, Prävention und Palliativmedizin.

Die Leitung einer geriatrischen Abteilung/Klinik erfordert eine besondere geriatrische Qualifikation. Als Nachweis dieser Qualifikation fungiert die Schwerpunktweiterbildung „Geriatrie“ für das Gebiet Innere Medizin bzw. die Zusatzweiterbildung „Geriatrie“.

Für die im ambulanten Bereich arbeitenden Ärzte gibt es ein geriatrisches Curriculum (120 Stunden-Kurs), das vom Zeitaufwand her auch von niedergelassene Kollegen absolviert werden kann und das für den Erwerb der Zusatzbezeichnung Geriatrie obligatorisch ist.

### **Pflegekräfte**

Die innerhalb des Teams größte Berufsgruppe, die Pflegekräfte, übernehmen in der Geriatrie über die traditionellen pflegerischen Aufgaben hinaus die „aktivierend-therapeutische Pflege“. Sie erfordert Spezialkenntnisse in der angemessenen und einfühlsamen Anleitung des alten Menschen zur Selbsthilfe.

Das Ziel der Geriatrie, jedem Patienten ein Leben mit der größtmöglichen Selbstständigkeit und individuellen Lebensqualität trotz Krankheit und Behinderung zu ermöglichen, fordert ganz besonders die Pflege. Während die therapeutischen Bereiche (Physiotherapie, Ergotherapie, Sprach-

therapie) eine Verbesserung der Kompetenz in bestimmten Alltagsbereichen erarbeiten, fällt der Pflege die Aufgabe zu, diese Teilkompetenzen in einen großen Zusammenhang zu bringen und in ADL-Kompetenz der Patienten zu integrieren. Die Pflege hat in diesem Kontext einen eigenständigen weitgefassten rehabilitativen Auftrag.

### **Physiotherapie**

Die Physiotherapie nimmt sich der Bewegungsstörungen an, die auch für alte Menschen eine wesentliche Einschränkung der Lebensqualität bedeuten. Aufgabe ist die Wiederherstellung verloren gegangener motorischer Fähigkeiten und auch die Motivation und Anleitung zu einem eigenen Übungsprogramm nach der Entlassung. Physiotherapeuten in der Geriatrie sollten Weiterbildungen im Bobath-Konzept u. ä. haben.

### **Ergotherapie**

Im „ADL-Training“ (ADL = "activities of daily living", Aktivitäten des täglichen Lebens) werden für die Selbständigkeit des Patienten entscheidende Fähigkeiten wie Waschen, An- und Auskleiden, Körperpflege, sowie die Zubereitung und Aufnahme der Nahrung geübt. Darüber hinaus werden je nach Notwendigkeit auch komplexere Aktivitäten wie Einkaufen und Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln in das Trainingsprogramm integriert. Trainiert werden sowohl die basalen Funktionen (Kraft, Sensibilität, Feinmotorik, Geschicklichkeit) als auch Koordination, Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit und kognitive Leistungen.

### **Sprachtherapie / Schlucktherapie**

Die Sprachtherapie nimmt sich der Patienten mit Sprachstörungen und anderen Problemen im Bereich Mund/Gesicht/Rachen/Kehlkopf an. Zum Einsatz kommen Therapeuten mit der staatlichen Anerkennung als Logopäde, Sprachheilpädagoge oder in einer anderen Ausbildung gleichwertiger sprachtherapeutischer Berufe. Erforderlich ist insbesondere die Kompetenz in der Behandlung von Aphasien, Sprechapraxien, Dysarthrien sowie bei Schluckstörungen (Dysphagie). Zum Aufgabengebiet gehören außerdem die unterstützte Kommunikation und die spezifische Hilfsmittelversorgung.

### **Neuropsychologie/Psychologie**

Die Psychologie ist in der Geriatrie mit ganz verschiedenen Aufgaben in der Diagnostik und Therapie betraut. Hierzu gehören die neuropsychologische Diagnostik bei Patienten mit Schlaganfällen und anderen Erkrankungen des ZNS sowie die Differenzierung von komplexen (kognitiven) Störungen beispielsweise der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit, insbesondere bei Demenz und anderen kognitiven Störungen. Weitere Schwerpunkte sind das Training von Orientierung und Gedächtnis, Entspannungstherapie und die Hilfe bei der seelischen Verarbeitung einer Erkrankung.

### **Sozialarbeit**

Die Sozialarbeit stellt die Weichen für die Wiedereingliederung der Patienten in die häusliche Umgebung. Typische Aufgaben des Sozialdienstes sind die Einzelberatung des Patienten und die Beratung der Angehörigen bezüglich der Hilfestellung bei sämtlichen sozialversicherungsrechtlichen Angelegenheiten, Beantragung weiterführender Rehabilitationsmaßnahmen/ Anschlussheilbehandlungen, Hilfen nach dem BSHG, Leistungen nach dem SchwbG, Leistungen nach SGB XI, Anregung von Betreuungen, Begleitung bei der Entscheidungsfindung (Wohnung/SH), Umzug in ein Pflegeheim/Betreutes Wohnen/Wohngemeinschaft/Hospiz, die Anbahnung von Kontakten zu Angehörigen, Nachbarn, Kirchengemeinden, Sozialstationen, Tagespflegeeinrichtungen, Hausärzten, Sozial- und Gesundheitsämtern, der Sozialen Wohnhilfe, Betreuern und Gerichten, Kranken- und Pflegekassen, MdK, therapeutischen Wohnprojekten, Hospiz, Seniorenheimen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen und Koordinierungsstellen für die ambulante Rehabilitation. Weitere Aufgaben sind die Vermittlung von Hilfen zur Hauskrankenpflege oder Essensversorgung, die Organisation individueller Unterstützung, die Organisation von Hilfsmitteln und behindertengerechten Wohnungseinrichtungen.

### **Seelsorge**

Für viele Patienten bedeutet ihre Krankheit einschneidende Änderungen ihres Lebens. Beistand in dieser schwierigen Situation kann der Seelsorger der Glaubensrichtung des Patienten als weiteres Mitglied des therapeutischen Teams vermitteln.

## Gerostomatologie

Nicht zuletzt wegen der häufigen Ernährungsstörungen geriatrischer Patienten und einem deletären Gebissstatus hat die Gerostomatologie in den letzten Jahren deutlich an Bedeutung bei der Behandlung geriatrischer Patienten gewonnen. Dringend wünschenswert wären auch geriatrische Zahnarzt-Schwerpunktpraxen

## Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen

Wichtig für eine geriatrische Abteilung ist außerdem der Kontakt zu den verschiedenen Fachdisziplinen (z.B. Chirurgie, Traumatologie, Neurologie, Psychiatrie, Gynäkologie, Urologie, Neurochirurgie, Augen- und HNO-Heilkunde, Zahnarzt), die konsiliarisch bei besonderen Problemkonstellationen hinzugezogen werden können. In Abhängigkeit von der speziellen Struktur der einzelnen Klinik gehören noch andere Berufsgruppen direkt oder durch Konsilleistungen zum therapeutischen Team in der Geriatrie, beispielsweise sind dies Diätberatung, Musiktherapie, und Kunsttherapie.

## Patient und Angehörige in ihrem psychosozialen Kontext

Entscheidenden Einfluss auf die Lebenssituation in der Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt haben Angehörige und andere Bezugspersonen. Angehörige sind oft unterschätzt mitbetroffen. Sie spielen also sowohl in der Klinik als auch nach Entlassung eine entscheidende Rolle für das langfristige Gesundheitsmanagement eines Patienten.

## 7. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Geriatrie

Der Qualitätssicherung geriatrischer Versorgungsangebote kommt in einer Zeit immer knapper werdender Ressourcen eine herausragende Bedeutung zu. Wichtige Elemente der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements sind Vorgaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, Fort und Weiterbildungen aller Berufsgruppen des geriatrischen Teams, regelmäßig tagende Qualitätszirkel und die Zertifizierung.

Im DRG-Abrechnungssystem ist die Abrechenbarkeit spezifisch geriatrischer Leistungen („geriatrische Komplexpauschale“) an umfangreiche Qualitätsvorgaben gebunden.

### Qualitätssicherung

Bei der Qualitätssicherung werden formal die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschieden. Die **Strukturqualität** ergibt sich zum Einen aus der Krankenhausbetriebsverordnung. Empfehlungen zur Strukturqualität mit Blick auf eine Zertifizierung hat der Bundesverband Geriatrie e.V. (BVG) veröffentlicht.

Mindestvorgaben für die **Prozessqualität** finden sich in den Vorgaben für die Erbringung der geriatrischen Komplexbehandlung 8-550. Hier wird ein geriatrisches Assessment in 5 Dimensionen bei Aufnahme und Entlassung, wöchentliche dokumentierte Teambesprechungen, eine Mindestbehandlungsdauer und eine Mindestzahl an Therapien mit einer Mindestlänge von 30 Minuten und wenigstens zwei Therapiearten gefordert.

Einen wichtigen Beitrag zur **Ergebnisqualität** leistet die Teilnahme der überwiegenden Zahl der Berliner geriatrischen Kliniken am bundesweiten Qualitäts-Gemidas-Projekt, bzw. dem Nachfolgeprojekt Gemidas Pro. Diese erlaubt einen allerdings durch unterschiedliche Standortbedingungen natürlich etwas eingeschränkten Benchmark der Einrichtungen. Eine wichtige Bedeutung hat z. B. der Zuwachs des Barthel-Indexes pro Tag des stationären oder teilstationären Aufenthaltes.

In den verschiedenen Expertengremien des BV Geriatrie werden z. Z. weitere zukunftsweisende Qualitätssicherungsmodelle diskutiert. Hierzu gehören u. a. Pilotprojekte zum fachlichen Qualitätsdialog innerhalb der Geriatrie über die Grenzen der einzelnen Bundesländer hinweg, z. B. durch regelmäßige Qualitätsvisiten des interdisziplinären Teams von Mitgliedseinrichtungen untereinander.

Weiterhin bestehen in Berlin Qualitätszirkel für die Geriatrie mit niedergelassenen Fachärzten und Hausärzten.

## **Fortbildung**

In Vorbereitung auf die Zertifizierung mit dem Qualitätssiegel Geriatrie des Bundesverbandes Geriatrie haben sich acht Berliner und Brandenburgische Geriatrie Kliniken zusammengeschlossen und eine gemeinsame Fortbildung aller Mitglieder des therapeutischen Teams nach dem Konzept des zertifizierten Curriculums Geriatrie (ZERCUR Geriatrie) organisiert. Diese Fortbildung gliedert sich in sechs Module. Mit Ende des ersten Jahres wird der erste Kurs abgeschlossen sein. Bei der engagierten Beteiligung der Kliniken und ihrer Mitarbeiter wird für 2010 eine Fortsetzung des Kurses mit neuen Teilnehmern angestrebt. Darüber hinaus werden Mitarbeiter zu entsprechenden Kursen oder Fortbildungen geschickt bzw. diese hausintern organisiert.

## **Ärztliche Weiterbildung**

Die Ärztekammer Berlin hat in diesem Jahr beschlossen den *Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie* neben der für die andern Facharzt Disziplinen erwerbbaeren *Zusatzbezeichnung Geriatrie* einzuführen. Mit zwei Qualifikationsstufen für die geriatrische Kompetenz soll der besonderen Bedeutung dieses medizinischen Fachgebiets für die Zukunft Rechnung getragen werden. Es besteht ein besonderer Qualifizierungsbedarf für die stationäre wie die ambulante geriatrische Versorgung. Für die Zusatzbezeichnung Geriatrie wurde ein Curriculum von 120 Stunden neu eingeführt. Damit wurde die Erwartung verknüpft, dass vor allem auch Ärzte im niedergelassenen Bereich diese Chance zur Qualifizierung ergreifen.

Neben Berlin haben bisher die Landesärztekammern Brandenburg und Sachsen-Anhalt den Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie eingeführt. Es steht zu erwarten, dass sich andere Ärztekammern dem anschließen und dass auch die Musterweiterbildungsordnung dementsprechend geändert wird.

### **7.4. Zertifizierung**

Eine Zertifizierung geriatrischer Kliniken ist über verschiedene Institutionen möglich. Eine fachspezifische Zertifizierung bietet der Bundesverband Geriatrie e.V. an.

## **8. Besonderheiten der Diagnostik in der Geriatrie**

### **- Die Rolle des Geriatrischen Assessments -**

Um für jeden Patienten ein Optimum an Lebensqualität trotz Krankheit und Behinderung zu erreichen, ist eine umfassende Analyse sowohl sämtlicher Erkrankungen als auch der relevanten Begleitumstände erforderlich. Hierbei werden neben den obligaten Informationen über den Gesundheitszustand des Patienten mittels Anamnese und Untersuchungen wichtige Kontextfaktoren erfasst. Das "multidimensionale Geriatrische Assessment" umfasst vielfältige Aspekte.

#### **Anamnese und körperlicher Status**

Alle Beschwerden des Patienten, insbesondere auch Schmerzen, müssen sorgfältig dokumentiert werden. Grundlage der medizinischen Versorgung ist neben der exakten Erhebung der Krankheitsvorgeschichte eine ausführliche körperliche Untersuchung. Sie ist Voraussetzung zur Erkennung aller bestehenden Krankheiten und körperlichen Einschränkungen, dazu gehören auch Kurztests zu der Funktion des Sensoriums, insbesondere Sehen und Hören („Geriatrisches Screening“). Anzumerken ist, dass manche Erkrankungen im Alter untypische Verläufe zeigen und deshalb nicht immer einfach zu diagnostizieren sind. Die Erfahrungen weisen bei Hochbetagten oft auch einen protrahierten Verlauf und eine höhere Komplikationsrate auf.

#### **Kognitiver und psychischer Status**

Gerade angesichts der Bedrohung durch eine oft chronische Krankheit ist auch eine Erfassung der psychischen Situation des Patienten für ein umfassendes Bild notwendig.

Besondere Aufmerksamkeit ist Störungen der Orientierung und Merkfähigkeit zu widmen, die auf einen dementiellen Prozess hinweisen könnten. Defizite werden häufig maskiert und bleiben der Umgebung lange verborgen.

Als standardisierte Testverfahren können im Bereich kognitive Störung z.B. zur Anwendung kommen:

Mini Mental State Examination (MMSE) nach FOLSTEIN

Uhrentest

Als standardisierte Testverfahren können im Bereich Stimmung / Affekt z.B. zur Anwendung kommen:

Geriatric Depression Scale

### **Motivation des Patienten**

Die Lebensperspektive eines geriatrischen Patienten ist entscheidend für Lebensqualität und Motivation. Letztere ist unabdingbare Voraussetzung für Erfolge in der Rehabilitation.

### **Apparative Diagnostik, Labordiagnostik**

Anamnese und körperlicher Status werden durch apparative und Laboruntersuchungen sinnvoll ergänzt. Jedoch müssen alle Maßnahmen, auch in der Diagnostik, unter Berücksichtigung der komplexen Gesamtsituation, der therapeutischen Konsequenzen und der erreichbaren Lebensqualität eingesetzt oder gegebenenfalls zurückgestellt werden. Dabei sind die Indikationen bei solchen Verfahren, die den Patienten belasten oder als risikoreich angesehen werden müssen, besonders kritisch und wohl überlegt zu stellen.

### **ADL-Status**

Wesentlich für Lebensqualität ist die Selbständigkeit bei Alltagsaktivitäten. Einschränkungen müssen erkannt und dokumentiert werden. Für diesen Bereich stehen standardisierte Beurteilungsskalen zur Verfügung, wie beispielsweise der BARTHEL-Index oder die FIM-Skala (Functional Independence Measure).

Wichtig ist auch die Erfassung aller dem Patienten zur Verfügung stehenden Hilfsmittel und seine Fertigkeit mit deren Umgang.

### **Mobilität**

Einschränkungen der Beweglichkeit sind ein Problem der meisten geriatrischen Patienten. Die fehlende Mobilität macht im Alltag die Behinderung schmerzlich bewusst und begrenzt die Alltagskompetenz sowie die gesellschaftliche Teilhabe. Sitz, Stand, Gang und die Funktion von Rumpf und der oberen Extremitäten werden analysiert, dazu Beweglichkeit der Gelenke, Muskeltonus, Kraft, Ausdauer und Koordination.

Als standardisierte Testverfahren können im Bereich Mobilität z.B. zur Anwendung kommen:

Timed Up & Go - Test (TUG) nach PODSIADLO & RICHARDSON

Mobilitätstest nach TINETTI

### **Kommunikationsfähigkeit**

Als gravierender Mangel an Lebensqualität wird von den Patienten eine Einschränkung der Kommunikationsfähigkeit empfunden. Entsprechende Störungen können direkt (z.B. durch Sprachstörungen) oder indirekt (Kommunikationsverlust durch Mobilitätseinschränkungen, häufig auch Scham wegen einer bleibenden Behinderung) ausgelöst sein.

Daraus resultieren häufig Depressionen und Vereinsamung. Die Diagnostik dieses Bereiches gestaltet sich entsprechend kompliziert, ist aber für die Einschätzung der Gesamtsituation unverzichtbar, besonders auch angesichts der Tatsache, dass nahezu jede therapeutische Maßnahme die Kommunikation mit dem Patienten erforderlich macht.

### **Ernährungsassessment**

Wegen der Bedeutung der Ernährung für das Gesundheitsmanagement ist die Analyse der Ernährungssituation sehr wichtig. Erfasst werden können z. B. der Body Mass Index (BMI), die Bioim-

pedanzanalyse, die für den Ernährungsstatus relevanten Laborwerte, der Zahnstatus sowie ein Screening der Ernährungssituation (beispielsweise das NRS, „Nutritional Risk Screening“) und für die Dysphagie (beispielsweise der „Wassertest“). Dazu kommt eine Anamnese der Nahrungsgewohnheiten und ggf. Nahrungsunverträglichkeiten.

### **Sozialassessment**

Besondere Bedeutung haben folgende Bereiche: die Wohnverhältnisse, das soziale Umfeld und der ökonomische Status. Auch zu berücksichtigen sind die Auswirkungen der Krankheit auf die finanzielle Situation (und umgekehrt). Durch Fortschritte der Medizin und moderne Pflegetechniken sind heute viele chronische gesundheitliche oder pflegerische Probleme mit entsprechendem organisatorischem und finanziellem Aufwand auch in der eigenen Wohnung lösbar.

Insgesamt ist das Geriatrische Assessment als ein Prozess zu verstehen, in dem ein individuelles Bild entsteht, aus dem die Ziele für die Behandlung abgeleitet werden. Die einzelnen Werkzeuge des formalen geriatrischen Assessments können allerdings die kritische Würdigung des Einzelfalls in seinen Besonderheiten nicht ersetzen.

## **9. Der spezifische Behandlungsablauf in der Geriatrie - Struktur von geriatrispezifischen Prozessen -**

### **Stationäre Behandlungsdauer geriatrischer Patienten**

Multimorbide geriatrische Patienten benötigen für viele Konsolidierungsprozesse deutlich längere Zeit als jüngere. Hierauf muss ihre Behandlung Rücksicht nehmen und in besonderer Weise Geduld walten lassen, um eine nachhaltige Kompetenzsteigerung im ADL-Bereich zu sichern. Werden geriatrische Patienten mit Rehabilitationsbedarf und –potential in nicht-geriatrischen Kliniken behandelt, bei denen die durchschnittliche stationäre Verweildauer derzeit durchschnittlich bei 7-8 Tagen liegt, besteht die große Gefahr des bekannten „Drehtüreffektes“. Dem kann nur entgegengewirkt werden, wenn geriatrische Kompetenz auch in Rettungsstellen vorhanden ist und eine rechtzeitige Steuerung auf Behandlungspfade vorgenommen wird. Ein alter Mensch mit Rehabilitationsbedarf und Frührehabilitationspotential wird in typischer Weise längere Zeit der stationären geriatrischen Krankenhausbehandlung in einer Größenordnung von durchschnittlich 16-19 Tagen benötigen.

Die Verweildauer in geriatrischen Rehabilitationskliniken liegt in typischer Weise bei 3 Wochen.

### **Festlegung der individuellen Behandlungsziele**

Nach dem geriatrischen Assessment erfolgt in der Teambesprechung eine eingehende Diskussion der individuell festzulegenden Ziele. Eine herausragende Bedeutung in der Entscheidungsfindung für das weitere Vorgehen kommt der erreichbaren Lebensqualität zu, wobei die Wertesysteme des Patienten die Grundlage bilden. Daher werden alle Informationen mit den Patienten und gegebenenfalls seinen Angehörigen kommuniziert. Aus diesem Dialog ergeben sich die definitiven Behandlungsziele, die für die weitere Therapie verbindlich sind. Diese sind zu dokumentieren.

### **Teambesprechung**

Teambesprechungen finden regelmäßig statt und stellen das Forum für die Erarbeitung bzw. Modifikationen von Therapiezielen auf der Basis eines umfassenden geriatrischen Assessments und des laufenden Therapieprozesses dar. Die als Standard festzulegende Anwesenheit des gesamten therapeutischen Teams ist hier unverzichtbar. Eine konsequente Dokumentation der Informationen und Absprachen (einschließlich der Behandlungsziele) bildet den Entscheidungsprozess ab. Wichtig ist es, eine für alle Beteiligten eine fruchtbare Teamkultur zu entwickeln, die alle Berufsgruppen gleichermaßen fordert, achtet und wertschätzt. Dies ist Basis für die berufliche Zufriedenheit aller Mitarbeiter zum Wohl der ihnen anvertrauten geriatrischen Patienten.

### **Bausteine eines geriatrischen Versorgungsnetzes**

Die stationäre Versorgung geriatrischer Patienten sollte - wann immer möglich - durch direkte Aufnahme und zum frühest möglichen Zeitpunkt in geriatrischen Kliniken und Abteilungen erfolgen. Geriatrische Patienten, die der vollstationären Behandlung bedürfen, erhalten hier die notwendige Diagnostik und Therapie auf fachspezifisch hohem Niveau. Doch trotz der konsequent patientenzentrierten Arbeitsweise kann ein Klinikaufenthalt auch in der Geriatrie für den Patienten negative Aspekte zeigen. Insbesondere der gegenüber den Gewohnheiten veränderte Lebens-

rhythmus in der Klinik und die Entfremdung von der eigenen Wohnumgebung komplizieren den bei multimorbiden Patienten ohnehin schon schwierigen Krankheitsverlauf. Aus diesem Grund gehört es zu den Prinzipien geriatrischer Medizin, ihre Patienten konsequent möglichst wohnortnah zu behandeln. Nach den Grundsätzen

- teilstationär vor vollstationär
- ambulant vor teilstationär und
- Rehabilitation vor Pflege

ist für eine umfassende geriatrische Versorgung ein vernetztes System mit folgenden Komponenten erforderlich:

- Geriatrische Klinik
- Geriatrische Tagesklinik (teilstationäre Versorgung)
- Ambulante geriatrische Rehabilitation
- Mobile Teams zur Reintegration in die häusliche Umgebung („Mobile Rehabilitation“) sowie
- niedergelassene Ärzte mit einer geriatrischen Ausbildung und andere Institutionen außerhalb der klinischen Versorgung wie Pflegeheime, ambulante Pflegeteams und Therapeuten.
- Geriatrische Rehabilitationsklinik

Die einzelnen Teile dieses Netzes sollen hier noch einmal charakterisiert werden.

### **Die geriatrische Klinik bzw. Abteilung („Akutgeriatrie“)**

Die akut auftretende schwere Krankheit geriatrischer Patienten macht häufig eine stationäre Therapie von Anfang an erforderlich. In anderen Fällen stellt sich erst im Verlauf der Behandlung heraus, dass die Patienten von einer multidimensionalen Therapie in der Geriatrie profitieren würden. Um die Vorteile einer komplexen geriatrischen Therapie ausschöpfen zu können, sollte der Patient direkt aufgenommen werden oder - wenn dies nicht möglich ist - die Verlegung in die geriatrische Klinik möglichst frühzeitig erfolgen.

Die Einrichtung geriatrischer Kliniken muss sich neben der üblichen Grundausstattung einer internistischen Klinik der Grund- und Regelversorgung (z. B. Sonographie, Langzeit-EKG, Langzeit-Blutdruck, Endoskopie, Pulsoximeter, Spirometrie, EKG-Monitor) an den Besonderheiten ihrer Patienten orientieren. Diese umfassen unter Anderem folgende Gesichtspunkte:

- Geriatrische Patienten leiden häufig unter Orientierungsstörungen, die wegen verschiedener Erkrankungen auftreten können, zum Beispiel Demenz (Morbus Alzheimer), Verwirrheitszustände (Delir) und neuropsychologischen Störungen. Daraus folgt, dass ein besonders gut durchdachtes Orientierungssystem für geriatrische Kliniken unverzichtbar ist. Es sollte alle verfügbaren Orientierungskanäle (Buchstaben, Zahlen, Farben und Formen) einbeziehen. Auch das Licht spielt für die räumliche Orientierung und in der Abwehr der Sturzgefahr (Erkennen von Hindernissen bei nachlassender Sehfunktion) eine wichtige Rolle.
- Ein hoher Anteil der Patienten in der geriatrischen Klinik leidet unter verschiedenen körperlichen Behinderungen. Deshalb ist in allen von den Patienten erreichbaren Räumen eine barrierefreie Bewegungsmöglichkeit sicherzustellen, es sei denn, der Umgang mit nicht behindertengerechter Einrichtung soll ausdrücklich geübt werden.

### **Die geriatrische Tagesklinik (teilstationäre Versorgung)**

In einem geriatrischen Konzept ist eine Tagesklinik unverzichtbar. Sie ist ein wichtiges Bindeglied zwischen der stationären und ambulanten Behandlung. Sie kann den stationären Aufenthalt verkürzen und besonders nach längerem Krankenhausaufenthalt die Überleitung in den ambulanten Bereich erleichtern und absichern. Kommt der Patient aus dem ambulanten Bereich, kann häufig ein stationärer Aufenthalt verhindert oder eine drohende Pflegebedürftigkeit vermieden werden. Der Patient verbleibt außerhalb der Therapiezeiten in seinem gewohnten Umfeld und kann seine Lebensgewohnheiten und seine sozialen Kontakte beibehalten.

Ein Transportdienst holt den Patienten morgens aus seiner Wohnung ab und bringt ihn nachmittags wieder zurück. Während des Aufenthaltes steht dem Patienten das gesamte medizinische Versorgungsspektrum zur Verfügung. Dazu gehören alle diagnostischen Möglichkeiten des Krankenhauses, tägliche ärztliche Visiten und eine komplexe frührehabilitative Behandlung.

Der große Vorteil dieser Therapie besteht in der Verflechtung mit der häuslichen Umgebung der Patienten, da sie sich nachts und am Wochenende zu Hause aufhalten. Auf diese Weise kann das soziale Netz neu geknüpft werden, bei einer Einweisung in die Tagesklinik durch den Hausarzt bleibt der soziale Bezug primär erhalten. Im Unterschied zu Patienten in der ambulanten geriatrischen Rehabilitation benötigten Tagesklinikpatienten einer intensiven pflegerischen Betreuung.

### **Die geriatrische Rehabilitationsklinik**

In eine geriatrische Rehabilitationsklinik werden Patienten nach abgeschlossener Krankenhausbehandlung verlegt. Hier steht die Rehabilitation und weniger die weitere akutmedizinische Versorgung im Vordergrund. Für die Strukturqualität einer geriatrischen Rehabilitationsklinik gelten ähnliche Anforderungen wie für die geriatrische Klinik („Akutgeriatrie“). Die Rahmenbedingungen für eine geriatrische Rehabilitation sind in der Rehabilitationsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt. Voraussetzungen zur Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation sind Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und eine erfolversprechende Rehabilitationsprognose.

### **Die ambulante geriatrische Rehabilitation (AGR)**

Die ambulante geriatrische Rehabilitation (AGR) ist angezeigt, wenn bei einem geriatrischen Patienten bei Erfüllung der entsprechenden Kriterien eine rehabilitative Therapie erforderlich ist und seine persönlichen Begleitumstände eine ambulante Rehabilitation ermöglichen.

Die AGR muss durch den Hausarzt oder nach einem Krankenhausaufenthalt mit bestehendem Rehabilitationsbedarf vom Krankenhausarzt beantragt und von der Krankenkasse genehmigt werden. Der Arzt bestimmt unter Berücksichtigung der medizinischen Erfordernisse des Einzelfalles sowie berechtigter Wünsche des Patienten Art, Dauer, Umfang, Beginn der Leistung und wählt dabei eine möglichst wohnortnahe Rehabilitationseinrichtung aus.

Zu den individuellen Voraussetzungen gehört neben der Notwendigkeit medizinischer Betreuung, dass der ältere Mensch die erforderliche Mobilität besitzt, um die Rehabilitationseinrichtung in einer zumutbaren Fahrzeit zu erreichen und die häusliche Versorgung gesichert ist.

Im Unterschied zur tagesklinischen Behandlung sollten die Patienten für eine ambulante geriatrische Rehabilitation medizinisch weitgehend stabil sein und nur sehr begrenzt der pflegerischen Betreuung bedürfen. Ziel ist es zumeist, neben der Bewältigung des häuslichen Lebens auch die Bewegung im öffentlichen Raum und Teilnahme am sozialen Leben wieder zu ermöglichen. Daher kann auch die Weiterführung der Behandlung in der AGR nach einem vorhergehenden Aufenthalt in der TK sinnvoll sein.

### **Die mobile geriatrische Rehabilitation**

Für eine bestimmte Gruppe von geriatrischen Patienten haben sich mobile Teams („Mobile geriatrische Rehabilitation“) in Modellprojekten bewährt. Seit 2007 ist die mobile Rehabilitation als selbständige Versorgungsform gleichrangig neben anderen rehabilitativen Angeboten in das Sozialgesetzbuch integriert. Es gilt die „Rahmenempfehlung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation“, die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft „Mobile Rehabilitation“ erarbeitet wurde.

Die Behandlungsform „Mobile geriatrische Rehabilitation“ vereinigt Vorteile stationärer Therapie (koordiniertes, teammäßig organisiertes Vorgehen) mit der angestrebten Wohnortnähe.

Die mobile geriatrische Rehabilitation ist eine für bestimmte geriatrische Patienten besonders geeignete Form der Rehabilitation, da diese in häuslicher Umgebung des Rehabilitanden unter Einbeziehung seines persönlichen Umfeldes und seines konkreten Wohn- und Lebensumfeldes durchgeführt wird. Die Probleme werden dort gelöst, wo sie auftreten.

### **Die geriatrische Schwerpunktpraxis**

Neben der Basisversorgung durch den Hausarzt wird zunehmend im Rahmen einer abgestuften geriatrischen Versorgung auch der geriatrischen Schwerpunktpraxis eine wichtige Funktion zufal-

len. Die spezielle geriatrische Qualifikation befähigt diese Ärzte, in Kooperation mit dem Hausarzt die Aufgabe einer ambulanten Versorgung von Patienten mit einem besonderen Problemprofil zu übernehmen beziehungsweise zu unterstützen.

Analog zur Klinik und Tagesklinik ist eine enge Kooperation mit assoziierten nicht-ärztlichen Therapeuten (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Pflege, Psychologie u. a. - siehe therapeutisches Team) erforderlich.

Aufgaben sind die konsiliarische Beratung der zuweisenden Kollegen zu speziellen Fragestellungen medizinischer, sozialmedizinischer und rehabilitativer Art sowie die Übernahme von Teilen der Behandlung.

Der besondere Aufwand der hausärztlichen Betreuung ist gegenwärtig nicht im Vergütungssystem adäquat honoriert. Hier bedarf es dringend der Verbesserung.

### **Kurzzeitpflege**

Geriatrische Patienten bedürfen in manchen Konstellationen der Kurzzeitpflege, wie z. B. einer vorübergehend und zu Hause nicht leistbaren Pflege (Beispiel: für 8 Wochen nicht belastungsfähige Fraktur bei einem bis dahin völlig mobilen Patienten), bevor sie dann endgültig in ihre Häuslichkeit zurückkehren. Die Inanspruchnahme einer Kurzzeitpflege ist allerdings an das Vorhandensein einer Pflegestufe gebunden. Dies bedeutet, dass Patienten ohne Pflegestufe die Kosten für Kurzzeitpflege aus eigenen Mitteln aufzubringen haben. Hier ergeben sich bei mittellosen Patienten bislang nicht gelöste soziale Härten. Die in verschiedenen Bundesländern konzipierte „aktivierende“ Kurzzeitpflege ist aus Kostengründen leider nie realisiert worden.

### **Geriatrische Versorgung im Pflegeheim**

In einer umfassenden Versorgung älterer multimorbider Patienten (bzw. Bewohner) kommt dem Pflegeheim eine wichtige und weiter in der Bedeutung zunehmende Aufgabe zu. Auch die Bemühungen, älteren erkrankten Menschen grundsätzlich im Rahmen einer geriatrischen Frührehabilitation die größtmögliche Selbstständigkeit und Lebensqualität zurückzugeben, können im Einzelfall leider nicht immer die Notwendigkeit einer Pflegeheimunterbringung verhindern. Dabei spielen auch abnehmende familiäre Pflege-Ressourcen bei steigender Zahl von Single-Haushalten in Berlin eine wichtige Rolle.

Eigentlich kann ein Pflegeheim im Idealfall die in der aktuellen Lebens- und Gesundheitssituation optimale Wohnform sein. Hier sind Verbesserungen der intelligent vernetzten medizinischen, rehabilitativen und pflegerischen Versorgung (Heimarztmodell) notwendig und weiter erhebliche Bemühungen zu einer Verbesserung des Images der Institution „Pflegeheim“ erforderlich.

Da Bewohner in Pflegeheimen regelmäßig von Gesundheitsproblemen betroffen sind, kommt der medizinischen Versorgung eine besondere Bedeutung zu. Unverzichtbar für die Gesundheitsversorgung im Pflegeheim ist eine besondere geriatrische Kompetenz aller Mitglieder des Versorgungsteams, insbesondere der Ärzte und des Pflegeteams.

Viele Bewohner von Pflegeheimen sind wegen ihrer psychischen und somatischen Beeinträchtigungen nicht in der Lage einen Hausarzt oder Facharzt aufzusuchen. Aus diesem Grund kann der notwendige Arztkontakt nur im Pflegeheim stattfinden. In Berlin verfügen seit 1996 eine Reihe von Pflegeheimen über angestellte oder besonders vertraglich gebundene Heimärzten („Berliner Modell“), was nachweislich zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung dieser Bewohner und zu einer beachtlichen Kostenreduktion durch eine reduzierte Zahl von Krankenhauseinweisungen geführt hat.

Dieses sehr erfolgreiche Versorgungsmodell, an dem sich leider nur einige Krankenkassen beteiligt haben, gilt es fortzuführen. Dies wird aber nur gelingen, wenn wie bisher faire und auskömmliche Vertragskonditionen von den Krankenkassen zugestanden werden. Leider ist die Fortführung dieses Modells derzeit ungewiss.

Anzumerken ist, dass auch Bewohner von Pflegeheimen einen umfassenden Anspruch auf Gesundheitsversorgung einschließlich Rehabilitation haben und auch nach einem Heimeinzug durchaus auch Verbesserungen von Selbstständigkeit und Lebensqualität erreichbar sein können.

## **Andere Partner der geriatrischen Versorgung im ambulanten Bereich**

Eine Reihe von anderen Institutionen hat sich zu wichtigen Partnern der geriatrischen Versorgung entwickelt. In Berlin sind das vor allem die Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“, die insbesondere in vielen Fällen durch eine Koordinierung aller Maßnahmen den Verbleib älterer Menschen trotz chronischer Krankheit in ihrer Häuslichkeit sicherstellen.

Auf die Koordinierungsstellen kommen mit Einrichtung der „Pflegestützpunkte“ neue Aufgaben zu, die in das Gesamtkonzept integriert werden müssen. Weiterhin gibt es dankenswerter Weise ehrenamtliche Besucherdienste, die alte Menschen ohne Angehörige im Krankenhaus und auch nach der Entlassung zu Hause besuchen. Diese Angebote sollten weiter ausgebaut und konsequent genutzt werden.

## **Netzwerke in der Geriatrischen Versorgung**

Notwendig für eine umfassende Versorgung der älteren multimorbiden Patienten auf einem hohen Niveau ist eine differenzierte Vernetzung aller an dem Versorgungssystem beteiligten Partner. Alle an der Versorgung der älteren kranken Menschen beteiligten Institutionen sind dann besonders wirksam, wenn sie in nach gemeinsamen Regeln und Standards und in guter Kommunikation und Kooperation ihre Ziele verfolgen.

Die Geriatrischen Kliniken sollten als Mittelpunkt lokaler Netzwerke fungieren, eng verbunden mit den anderen geriatrischen Strukturen der Umgebung. Dazu gehören:

- Geriatrische Schwerpunktpraxen
- Hausarztpraxen (möglichst mit besonderer geriatrischer Kompetenz)
- Institutionen der geriatrischen Pflege, wie zum Beispiel Pflegeheime, Kurzzeitpflege
- ambulante Pflegestationen
- niedergelassene Therapeuten mit besonderer geriatrischer Kompetenz in den Bereichen
  - Physiotherapie
  - Ergotherapie
  - Sprachtherapie
  - Psychologie
- andere Institutionen (Selbsthilfegruppen, kommunale Angebote, Kirchengemeinden)

## **10. Schwerpunkte der medizinischen Forschung in der Geriatrie in Berlin**

Um das Alter und den Alterungsprozess in seinen mannigfaltigen Aspekten hinsichtlich seiner komplexen körperlichen, psychischen, sozioökonomischen und sozialpolitischen Besonderheiten verstehen zu können, sind weiterführende wissenschaftliche Untersuchungen unabdingbar. Neben der eigentlichen Behandlung von alterstypischen Krankheiten ist die Erforschung von Konzepten für den Erhalt von Selbstständigkeit und Prävention schwerer Erkrankungen älterer Menschen durch Ärzte und Wissenschaftler erforderlich. Das Verständnis vom Alter ist dabei interessanterweise noch relativ jung. Die Stadt Berlin kann hierbei jedoch schon auf eine jahrzehntelange etablierte Forschung in der Geriatrie und Gerontologie zurückschauen. Als besonderer Schritt ist die Gründung der Akademie der Wissenschaften 1987 anzusehen, die als eine der ersten Maßnahmen eine multidisziplinäre Arbeitsgruppe mit dem Titel „Altern und gesellschaftliche Entwicklung“ ins Leben rief. Als einer der wichtigsten Arbeiten ist aus diesem Prozess die auch international beachtete Berliner Altersstudie (BASE I) hervorgegangen, die wichtige Erkenntnisse im Alterungsprozess aufzeigen konnte. An diesem Projekt waren das Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung, die Forschungsgruppe Geriatrie der Charité und die Psychiatrie der damals Freien Universität Berlin beteiligt. Dadurch hatten Wissenschaftler unterschiedlichster Disziplinen die Möglichkeit, grundlegende Zusammenhänge des Alterungsprozesses zu erforschen. Momentan läuft die Nachfolgestudie, die Berliner Altersstudie BASE II ([www.base-berlin.mpg.de](http://www.base-berlin.mpg.de)), die über einen Zeitraum von mehreren Jahren die Daten von 2200 Berlinerinnen und Berlinern erheben wird. Das Projekt ist vom Bundesministerium

für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert. Zusammen mit den Ergebnissen von BASE I wird eine einzigartige Datenbasis geschaffen, wodurch grundlegende Zusammenhänge des Alterungsprozesses analysiert werden können.

Weitere Forschungsschwerpunkte umfassen drei spezielle Kriterien die für den älteren Menschen von besonderer Bedeutung sind: die Mobilität, die Selbstständigkeit und die Lebensqualität. Als ein Leuchtturmprogramm hierfür kann das Berliner Forschungsprojekt „Smart Senior“ ([www.smart-senior.de](http://www.smart-senior.de)) gelten.

Hier sollen unter der Leitung der Deutschen Telekom Laboratories neuartige Technologien für die Erhaltung von Selbstständigkeit und Unabhängigkeit älterer Menschen entwickelt werden. Dieses Forschungsvorhaben vereint mehr als 25 Partner aus Industrie und Forschung und wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung mit rund 43 Millionen Euro gefördert.

So lässt sich durch die Erforschung von speziell auf den älteren Menschen ausgerichteten Technologien die Behandlung und Prävention von Stürzen, die Rehabilitation nach einem Schlaganfall und die Schmerztherapie älterer Menschen deutlich verbessern. Beispielsweise kann mit Hilfe von Übungscomputern eine besonders motivierende Trainingsumgebung geschaffen werden, die auch im häuslichen Bereich einsetzbar ist. Gerade der ältere, chronisch kranke Patient, wie etwa der Schlaganfall-Patient erhält hier eine unterstützende Hilfe für die teilweise langwierige Rehabilitation.

Neben diesen groß und multidisziplinär angelegten Forschungsvorhaben sind jedoch auch viele kleinere Projekte vorhanden, die sich mit eher praxisrelevanten Problemen aus dem geriatrischen Formenkreis beschäftigen.

Innovative multidisziplinäre Lösungen für den geriatrischen Patienten werden derzeit an der Forschungsgruppe Geriatrie der Charité Universitätsmedizin Berlin unter anderem im Rahmen der Verbundprojekte PAGE ([www.page-projekt.de](http://www.page-projekt.de)) und GAL ([www.altersgerechte-lebenswelten.de](http://www.altersgerechte-lebenswelten.de)) entwickelt. Hier werden sowohl Grundlagen als auch technologieorientierte Anwendungen entwickelt und in vorhandene oder neue Gesundheitsnetzwerke implementiert. Besondere Schwerpunkte bilden dabei die Schlaganfallrehabilitation und das Sturzsyndrom. Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, Forschung, Medizinprodukte-Hersteller sowie Ambient Assisted Living - Anbieter arbeiten hier eng zusammen, um neue Entwicklungen bedarfsgerecht und individualisierbar zu gestalten. Krankenkassen oder Pflegekassen haben vor dem Hintergrund der Minimierung direkter Folgekosten (z. B. durch Verletzungen und Krankenhausaufenthalte nach einem Sturz oder durch indirekte Folgekosten wie z. B. Pflegekosten) ein hohes Interesse an Innovationen aus dem Informations- und Kommunikationstechnologien - Anwendungsgebiet Ambient Assisted Living (AAL).

## **11. Die Geriatrie in der universitären Lehre in Berlin**

Das Fach Geriatrie wurde schon in den 90-er Jahren universitär unterrichtet, seit 2003 ist das Hauptfach Geriatrie integraler Bestandteil des Medizinstudiums mit seinen beiden Studiengängen, dem Regelstudiengang und dem Reformstudiengang. Die Altersmedizin ist damit wichtiger Bestandteil der klinischen Ausbildung geworden.

Im Regel- wie auch im Reformstudiengang findet für die Studierenden schon im ersten Semester im Rahmen einer Berufsfelderkundung ein Hospitationstag in einer geriatrischen Klinik statt. Dieser Tag soll einen ersten Einblick in den klinischen Alltag einer geriatrischen Abteilung ermöglichen.

Im Regelstudiengang können im fünften klinischen Semester 16 Vorlesungen zu unterschiedlichen Themen aus dem Formenkreis der geriatrischen Medizin besucht werden; der praktische Ausbildungsteil findet als sog. Unterricht am Krankenbett (UaK) statt. In diesem praktischen Teil werden den Studierenden durch selbstständige Untersuchungen geriatrischer und multimorbider Patienten mit anschließender Fallbesprechung geriatrische Grundkenntnisse incl. des Geriatrischen Assessments vermittelt. Zusätzlich wird in einem mehrstündigen Seminar ein geriatriespezifisches Problem vertieft. Das Ausbildungsangebot wird durch eine Vorlesungsreihe im sechsten klinischen Semester mit dem Thema Rehabilitation ergänzt, wobei die Rehabilitation des geriatrischen Patienten hierbei einen wichtigen Stellenwert einnimmt.

Das Studium im Reformstudiengang ist in Themenblöcke gegliedert. Anhand konkreter Fallbeispiele werden von den Studierenden vorklinische und klinische Fragestellungen fächerübergreifend bearbeitet. Ab dem 1. Semester besteht bereits Kontakt zu Patienten. Während vierwöchiger Blockpraktika auf Station einer klinischen geriatrischen Abteilung werden praktische Fertigkeiten und theoretische Kenntnisse vertieft.

Im Rahmen des Blocks Flüssigkeit/Herz-Kreislauf (1. Semester) und des Blocks Ernährung/Verdauung/Stoffwechsel (2. Semester) werden bereits themenbezogen in Form von Seminaren geriatrische Fragestellungen mit geriatrisch geschulten Ärzten erarbeitet.

Im Blockpraktikum Geriatrie (9. Semester) lernen die Studierenden moderne und spezielle Diagnostik- und Therapiekonzeptionen kennen, die der veränderten Definition von Krankheiten im Alter Rechnung tragen. Dazu werden die Studierenden Assessment-Methoden anwenden und die praktische Umsetzung und die daraus zu ziehenden Konsequenzen für die weitere Therapie erlernen. Die erste Woche dient der Vermittlung von theoretischen Inhalten, in den weiteren drei Wochen werden die Studierenden aktiv in den klinischen Stationsalltag und speziell in die Behandlung von geriatrischen Patienten eingebunden.

## **12. Rekrutierung von Nachwuchs in allen Berufen des geriatrischen Teams**

Erheblichen Handlungsbedarf gibt es zur Motivierung von jungen Menschen Berufe in der Altersmedizin zu ergreifen. Es gibt leider immer noch das weitverbreitete Vorurteil, dass eine Tätigkeit in der Altersmedizin überaus anstrengend, wenig befriedigend und depressiv machend ist, da man geriatrische Patienten praktisch nie „heilen“ kann. Letzteres ist sicher richtig. Allerdings kommt es im Fachgebiet Geriatrie entscheidend auf das (Früh)Rehabilitationsergebnis bei den geriatrischen Patienten an, die sehr wohl dankbar dem geriatrischen Team den Erfolg zurückspiegeln. Patienten und ihre Angehörigen sind sehr dankbar, wenn ein Zugewinn in ADL-Kompetenz erreicht werden konnte und eine Heimunterbringung dank erfolgreicher geriatrischer Frührehabilitation vermieden wurde. Der Zugewinn des geriatrischen Patienten in seiner Alltagskompetenz ist das Entscheidende und oft in seiner Bedeutung für den Patienten unterschätzte Erfolgserlebnis in der Altersmedizin.

Auch das Arbeiten in einem gruppensdynamisch gut funktionierenden geriatrischen Team zum Wohle des Patienten schafft berufliche Zufriedenheit. Hier gilt es dringend öffentlichkeitswirksam Aufklärungsarbeit zu leisten.

Ein sehr ernstzunehmendes Problem ist der sich abzeichnende Ärztemangel, der aufgrund der vorstehend genannten Vorurteile auch zu Problemen in der Nachwuchsrekrutierung von Geriatern führt, obwohl die Entwicklungschancen sicher so gut wie in kaum einem anderen medizinischen Fachgebiet sind. Ähnliches gilt in jüngster Zeit auch für Pflegekräfte.

## **13. Weitere Perspektiven der geriatrischen Versorgung in Berlin**

Die Weiterentwicklung des Geriatrischen Versorgungssystems in Berlin erfordert das Zusammenwirken aller an der Versorgung beteiligten Institutionen. Das schließt neben den beschriebenen Kliniken, Tageskliniken, ambulanten, mobilen, pflegenden und koordinierenden Versorgungsstrukturen auch die Landesregierung, die Bezirke und die Kostenträger ein. Die Vertreter der älteren Generation (z.B. Landesseniorenvertretung, Seniorenvertreter der Bezirke, Kompetenz-Netz für das Alter Berlin - Brandenburg) werden zunehmend wichtige Dialogpartner. Ganz vorbildliche Arbeit leisten im Land Berlin die vielen Selbsthilfegruppen, deren Angebot noch viel zu wenig konsequent genutzt wird.

Eine enge Kommunikation und Kooperation kann die in den letzten Jahren gemachten strukturellen Fortschritte sichern, optimieren sowie die Gesundheitsversorgung der wachsenden älteren Klientel auf ein gemeinsames hohes Niveau stellen.

Ziel der Geriatrie muss es sein, die medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritte in Kombination mit einer optimierten vernetzten Versorgungsstruktur für eine hohe Versorgungsqualität älterer

Patienten in unserer Stadt zu nutzen. Dies erfordert einen weiteren kontinuierlichen Dialog aller Partner.

Ein weiteres ganz wichtiges Aufgabenfeld ist die Öffentlichkeitsarbeit, um auch bei Jüngeren bei Zeiten eine Auseinandersetzung mit den Problemen ihres eigenen Alterns aber auch den Problemen ihrer immer älter werdenden Eltern und Großeltern zu erreichen. Es muss selbstverständlich werden, dass sich jeder hier viel mehr aktiv einbringt. Auf diesem Gebiet gibt es viel aus der Erfahrung in Japan zu lernen. Hier sind die landesweiten sehr erfolgreichen Bemühungen um demenzfreundliche Kommunen beispielgebend.

## **Anhang**

### **14. Die Geriatrie in Berlin**

#### **14.1. Die Chronik der Entwicklung der Geriatrie in Berlin**

Obwohl der Begriff der Geriatrie bereits Anfang des 20. Jahrhunderts von Ignatius Nascher geprägt wurde, verging noch einmal fast ein dreiviertel Jahrhundert, bis sich in Berlin die ersten geriatrischen Krankenanstalten etablierten.

Nach dem Krankenhausbedarfsplan des Landes Berlin (West) aus dem Jahre 1973 wurden im Rahmen des Aufbaus eines abgestuften Krankenhausversorgungssystems neben den Akutkrankenhäusern auch Krankenhäuser für Chronischkranke und Krankenhäuser als Bindeglied zwischen der stationär-ambulanten Versorgung gefordert.

1973 existierten 7.952 Betten für Chronischkranke. Die Verweildauer betrug durchschnittlich 400 Tage. Der Begriff der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit wurde 1973 wesentlich erweitert; nicht nur Heilung oder Besserung wurden als Krankenhausbehandlung anerkannt, sondern es bestand nach höchstrichterlicher Rechtssprechung auch Anspruch auf die Mittel eines Krankenhauses, um Verschlimmerungen zu verhindern oder Linderung von Beschwerden zu erzielen.

Erstmals wurde für bestimmte Patientengruppen die Mitarbeit zusätzlichen Fachpersonals, z. B. Krankengymnasten, erwünscht - die Anfänge der Rehabilitation in den damaligen Hospitälern für Chronischkranke. Das älteste dieser mehrere hundert Betten großen Hospitäler war das Max-Bürger-Hospital in Charlottenburg, dessen langjährige Chefärztin, Frau Prof. Dr. Falk, sich unter äußerst schwierigen Bedingungen auch wissenschaftlich mit der geriatrischen Medizin auseinandersetzte.

Die erste akutgeriatrische Krankenhausabteilung errichtete Herr Prof. Zapfe durch die Umwandlung einer Chronikerstation im Jahr 1975 im Krankenhaus am Mariendorfer Weg.

Im östlichen Teil unserer Stadt wurde im April des Jahres 1957 im damaligen Ludwig-Hoffmann-Krankenhaus mit 1412 Krankenhausbetten eine intern-geriatrische Klinik gegründet. Der damalige Ärztliche Direktor, Dr. Siggelkow, hatte die Aufgabe übernommen, 100 Akutbetten und 220 Betten für chronisch Kranke unter altersmedizinischen Aspekten zu betreiben. Die damalige Zielstellung bestand in der Schaffung von altersgerechten Krankenhausbedingungen und in der Einführung einer modernen Altersmedizin. Der Leitgedanke war damals folgendermaßen formuliert - „An der Sorge um den alten Menschen erkennt man die Kulturstufe eines Volkes“.

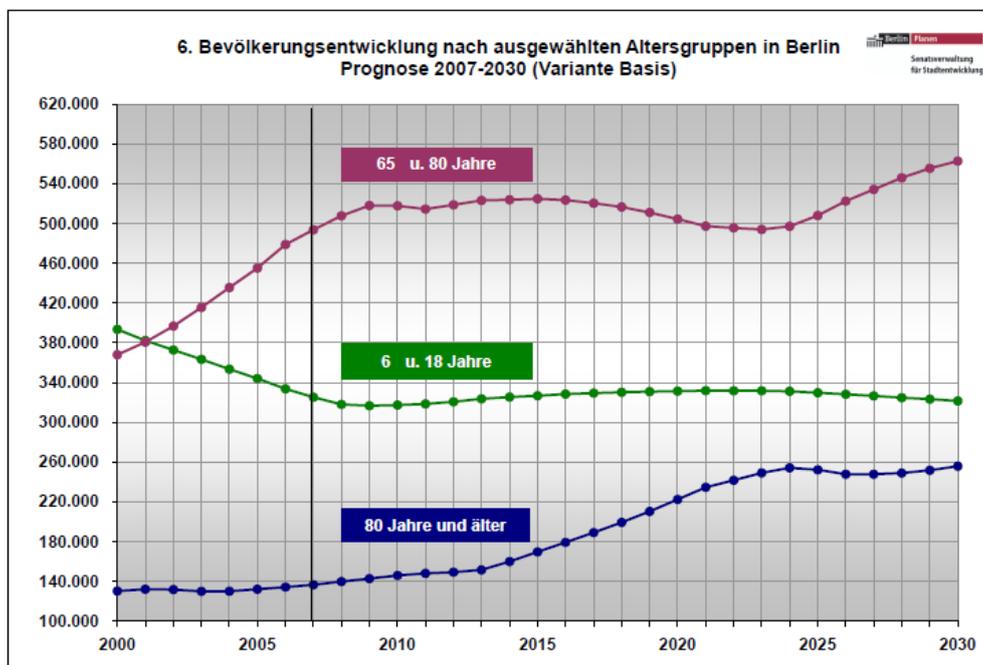
Die beiden geriatrischen Kliniken wurden seit 1977 als Geriatrisches Zentrum geführt und besaßen einen guten nationalen und internationalen Ruf. Als einzigartig konnte damals die komplexe Betreuungsstruktur mit geriatrischer Fachambulanz, Tagesklinik, Intermediate-care, Funktionsdiagnostik, Akutgeriatrie, Rehabilitationsbereich, Patientenclub sowie die enge Zusammenarbeit mit der Alterschirurgie bezeichnet werden.

Bis 1989 war dieses Zentrum beispielhaft im komplexen medizinisch-geriatrischen Betreuungs-niveau, aber auch auf dem Gebiet der Forschung, Wissenschaft und Lehre. Nach der Wende kam es zu einer Privatisierung der II. Geriatrischen Klinik unter dem Dach der Median-Kliniken und schließlich wurde der Standort nach Moabit verlagert. Die I. Geriatrische Klinik unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Schulz zog mehrmals um und ist aktuell als Interimslösung in dem früheren Rheumacontainer (ÖB II, Haus 299) untergebracht.

Mit der Notwendigkeit des Abbaus von Krankenhausbetten im Jahr 1996 wurden die damaligen Chronikerhäuser in Krankenhäuser für Geriatrie oder in Pflegeheime umgewidmet. Im wesentlichen strukturierten sich die auch heute noch bestehenden Geriatriestandorte durch diese Umwandlungen. 1998/99 wurde von den damaligen Chef- und Oberärzten eine medizinische Konzeption gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen Berlin-Brandenburg zur Klinischen Geriatrie erarbeitet. Die Einführung der DRGs 2003 mit den Abbildungen der geriatrischen Leistungen wurde von diesem Arbeitskreis für klinische Geriatrie in entscheidenden Teilen mitgeprägt. Nach der Bevölkerungsprognose der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung ist in der Altersgruppe der über 75-Jährigen zwischen 2010 und 2020 ein Anstieg um 53 % zu erwarten. Es ist höchste Zeit für eine inhaltliche und strukturelle neue Standortbestimmung der Geriatrie in Berlin.

## 14.2. Die demographische Entwicklung in Berlin

Ähnlich wie in allen anderen Bundesländern, wird auch die Berliner Bevölkerung in den nächsten Jahrzehnten immer älter. Am stärksten wächst dabei die Bevölkerungsgruppe der über 80-Jährigen: um 87 % bis zum Jahr 2030.



SenStadt\_IA23\_25.11.2008

Tab. 3  
Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen (in 1.000 Personen)  
Variante „Basis“

Altersgruppe	2007	2010	2015	2020	2025	2030	Veränderung 2007-2030	
							absolut	in %
0 - unter 6	175,3	180,6	178,8	174,2	169,2	166,1	-9,2	-5,2%
6 - unter 18	325,3	317,4	326,9	331,4	329,8	321,6	-3,7	-1,1%
18 - unter 25	299,5	289,0	250,2	250,1	252,2	256,3	-43,2	-14,4%
25 - unter 45	1.078,1	1.047,1	1.033,7	1.028,7	1.014,6	995,5	-82,6	-7,7%
45 - unter 65	907,8	944,5	982,9	966,7	953,4	917,7	+9,9	+1,1%
65 - unter 80	493,7	517,8	524,9	504,5	508,1	562,8	+69,1	+14,0%
80 und älter	136,6	146,0	169,7	222,4	252,4	255,9	+119,3	+87,3%
gesamt	3.416,3	3.442,4	3.467,2	3.477,9	3.479,6	3.475,8	+59,6	+1,7%

Im gleichen Maße erhöht sich auch die Zahl der geriatrischen (multimorbiden) Patienten, woraus sich die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Anpassung der Gesundheitsversorgungsstrukturen ergibt.

### 14.3. Die bestehenden geriatrischen Versorgungsstrukturen in Berlin

#### 14.3.1. Stationäre und teilstationäre Geriatrie

Derzeitig gibt es in Berlin folgende geriatrische Kliniken und Tageskliniken:

Klinik-Standort	Betten	Plätze Tagesklinik
AWO Ida-Wolff-Geriatriezentrum	120	36
Dominikus Krankenhaus	65	15
Ev. Geriatriezentrum Berlin	132	40
Ev. Johannesstift Wichernkrankenhaus	96	10
Ev. Krankenhaus Hubertus	64	8
Ev. Waldkrankenhaus Spandau	84	
Helios Klinikum Berlin Buch	45	
Krankenhaus Bethel Berlin	60	12
Malteser Krankenhaus	43	
Median-Klinik Berlin-Mitte (*Rehabilitationsklinik für Geriatrie)	110*	
Sana Klinikum Lichtenberg	60	10 (ab 2010)
St. Marien-Krankenhaus Berlin	80	
Vitanas Krankenhaus für Geriatrie	90	
Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum		15
Vivantes Klinikum Prenzlauer Berg	35	
Vivantes Wenckeback-Klinikum	120	20
	1243	150

Die soziodemographischen Daten zeigen eine z. T. dramatische Alterung der Bevölkerung Berlins, wobei insbesondere die älteste Bevölkerungsgruppe überdurchschnittlich stark wächst. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer Erhöhung der geriatrischen Betten in Berlin, und zwar auf ca. 1600. Einen besonderen Mangel geriatrischer Betten gibt es insbesondere im Osten und im Norden unserer Stadt, so dass eine Angleichung insbesondere in diesen Bereichen erforderlich ist. Die Aufstockung der geriatrischen Betten sollte z. T. auch durch eine Umwidmung anderer Betten erfolgen.

Um das Prinzip der wohnortnahen Versorgung zu stärken, sollten möglichst alle geriatrischen Kliniken auch über teilstationäre Kapazitäten in geriatrischen Tageskliniken verfügen.

#### 14.3.2. Zuweisung der Patienten und Aufnahme in die Geriatrie

Das Prinzip „Rehabilitation vor Pflege“ hat Gesetzeskraft. Viele ältere Menschen werden aber immer noch direkt in ein Pflegeheim eingewiesen, ohne dass jemals wenigstens der Versuch einer Geriatrischen Rehabilitation unternommen worden ist. Dabei ist wissenschaftlich erwiesen und unmittelbar einsichtig, dass die Verbesserung der Selbsthilfekompetenz geriatrischer Patienten auch gesamtwirtschaftlich finanzielle Mittel einspart.

Alle Berliner Geriatrien sind im Rahmen der frührehabilitativen Komplexbehandlung in der Lage, neben der regelmäßig notwendigen Akutbehandlung (beispielsweise Neueinstellung des entgleis-

ten Blutzuckers, der ätiologische Klärung des Sturzereignisses oder eines Überwindung des posttraumatischen Delirs) die notwendigen rehabilitativen Maßnahmen durchzuführen. Durch eine gute Flächendeckung der geriatrischen Angebote kann auch die dringend gebotene Wohnortnähe der Therapie sichergestellt werden.

#### **14.4. Bestehende spezielle geriatrische Versorgungsangebote**

##### **14.4.1. Ambulante und Mobile Geriatrische Rehabilitation**

Außer den etablierten stationären und teilstationären geriatrischen Angeboten gibt es in Berlin einige moderne Strukturelemente, die das Angebot ergänzen und als Beitrag zu einer Weiterentwicklung angesehen werden können. Es sind die ambulante geriatrische Rehabilitation am Sankt Gertrauden-Krankenhaus (20 Plätze) und das kurz vor der Realisierung stehende Team für die Mobile geriatrische Rehabilitation am Wichern-Krankenhaus im Evangelischen Johannesstift in Spandau. Die Median-Klinik hat mit dem VdAK einen Vertrag über die mobile geriatrische Rehabilitation abgeschlossen.

Insbesondere diese modernen wohnortnahen Angebote werden mit hoher Wahrscheinlichkeit in der Lage sein, bestimmte Patienten im häuslichen Bereich zu stabilisieren und so den (meist unerwünschten) Einzug ins Pflegeheim zu vermeiden.

##### **14.4.2. Geriatrische Schwerpunktpraxis**

Bereits derzeit widmen sich einzelne niedergelassene Kollegen in Berlin vorrangig der Versorgung geriatrischer Patienten. Mit der Niederlassung der Geriaterin Frau Dr. Angela Kloppenborg in Spandau ist eine Praxis mit einem besonderen geriatrischen Profil entstanden, die als Prototyp einer geriatrischen Schwerpunktpraxis verstanden werden kann. Die geriatrische Schwerpunktpraxis wird mit hoher Wahrscheinlichkeit eine wichtige Funktion bei der vernetzten Versorgung geriatrischer Patienten in Berlin einnehmen.

##### **14.4.3. Medizinische Versorgung in Pflegeheimen**

Da in Pflegeheimen viele schwer betroffene multimorbide Patienten leben, ist hier eine hohe Frequenz der ärztlichen Präsenz sowie eine besonders ausgeprägte geriatrische Kompetenz der medizinischen erforderlich. Meist werden die Bewohner von niedergelassenen Ärzten versorgt. In Berlin gibt es darüber hinaus in 37 Pflegeheimen Heimärzte. Bekannt wurde dieses Modell unter dem Namen „Berliner Projekt“.

Es wurde als Weiterentwicklung des besonderen Berliner Konstrukts „Krankenhaus für chronisch Kranke“ 1998 in Berlin begonnen und definierte den Heimarzt als wichtiges Versorgungsprinzip im Gesundheitsmanagement älterer Patienten neu. Hierzu wurde eine Rahmenvereinbarung zwischen der AOK Berlin, der BKK, der IKK, der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, der Berliner Krankenhausgesellschaft sowie 65 Einrichtungen mit ca. 8000 Plätzen beschlossen. Wegen der positiven Erfahrungen ist das Modell inzwischen mehrfach verlängert worden.

In einer differenzierten Evaluation des Modellprojektes konnten insgesamt folgende Effekte nachgewiesen werden:

- Bei einem hohen Anteil der Gesundheitsprobleme von Heimbewohnern konnte ein Klinikaufenthalt vermieden werden.
- Es zeigte sich eine deutliche Kostenersparnis (bei der AOK ein Minderaufwand der Gesundheitskosten für die Heimbewohner zwischen 2,8 bis 4,6 Millionen im Jahr).
- Die Menge der verordneten Medikamente konnte gesenkt werden.
- Insgesamt konnte eine hohe Zufriedenheit der betroffenen Patienten mit dem System konstatiert werden.

Es gibt Bestrebungen, durch eine spezielle Qualifikation der Heimärzte sowie eine apparative Grundausstattung in den Heimen dieses Konzept zum Wohl der Heimbewohner zu optimieren und dabei auch die Versorgungsökonomie zu verbessern. Grundvoraussetzung dafür ist die Fortführung des Modells zu fairen und kostendeckenden Konditionen mit den Krankenkassen.

#### **14.4.4. Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“**

Seit 1999 verfügt Berlin über ein Netz von Anlaufstellen für ältere Menschen, in denen die vielfältigen Hilfsangebote koordiniert werden können. Diese Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ stellen eine wichtige Ergänzung der geriatrischen Versorgung dar. Insbesondere leisten sie auch wertvollen Beitrag zur Vernetzung zwischen den verschiedenen Institutionen. Sie beraten zu allen Fragen rund ums Alter und unterstützen bei Behinderung und Pflegebedürftigkeit, bei sozialen und sozialrechtlichen Fragen, klären die Finanzierungsmöglichkeiten einschließlich der Unterstützung bei Antragsverfahren, helfen bei der Durchsetzung von Ansprüchen, koordinieren die notwendigen Hilfen, planen und organisieren die Maßnahmen zur Wohnungsanpassung.

Mit der Einführung der Pflegestützpunkte wurden die Anzahl der Anlaufstellen erhöht, und das Spektrum der Beratung und Spektrum der Beratung und Koordination hat sich erweitert.