



Geriatrykonzept Hessen



GERIATRIEKONZEPT HESSEN

Stand 23.11.2021

*Gut versorgt in Hessen
- auch bei Krankheit im Alter -*

Inhalt

Vorwort	1
Einleitung	2
A Grundlagen.....	3
A 1. Die geriatrische Patientin / der geriatrischer Patient.....	3
A 2. Geriatrie.....	4
B Die Entwicklung der Geriatrie.....	4
B 1. Die Entwicklung der Geriatrie in Deutschland.....	4
B 2. Die Entwicklung der Geriatrie in Hessen	5
C Aktueller Stand der geriatrischen Versorgung in Hessen und Bedarfsprognose	6
C 1. Die stationäre geriatrische Versorgung in Hessen	6
C 2. Die ambulante Geriatrische Versorgung.....	9
C 2.1 Die Struktur der ambulanten geriatrischen Versorgung in Hessen	9
C 2.2. Geriatrische Grundversorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	10
C 2.3. Geriatrische Institutsambulanzen	11
C 3 Die Struktur der Leistungserbringer in der geriatrischen Rehabilitation	11
C 3.1 Sie stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen.....	11
C 3.2 Mobile Geriatrie.....	11
C. 4. Die Prognose der zukünftigen Behandlungsbedarfe in der Geriatrie	12
D Grundsätze der geriatrischen Behandlung in Hessen	14
D 1. Der Nutzen der geriatrischen Behandlung in Krankenhäusern	14
D 2. Die Grundkonzeption der geriatrischen Krankenhausbehandlung in Hessen.....	14
D 3. Die besondere Rolle der Geriatrie in der Krankenhausplanung	16
D 4. Aufgaben der einzelnen Leistungserbringer	16
E Leitsätze geriatrischer Behandlung.....	19
E 1. Bedarfsgerechte Versorgung	19
E 2. Flächendeckende Angebote in der Geriatrie	19
E. 3. Behandlungsziele: Selbständigkeit und Lebensqualität.....	19
E 4. Respekt vor Autonomie und Würde	19
E 5. Adaptierte medizinische Abklärung und Therapie	20
E 6. Frühzeitige funktionelle Behandlung.....	20
E 7. Sichere Behandlung.....	20
E 8. Sektorenübergreifendes Behandlungskonzept	20
E 9. Betreuungskontinuität	21
E 10. Einbezug des Umfeldes	21
E 11. Angemessene Zeit für die geriatrische Behandlung	22
F Qualitätsmerkmale der spezialisierten klinisch - geriatrischen Versorgung.....	22

F 1. Anforderungen an alle geriatrischen Krankenhäuser oder Fachabteilungen	22
F 1.1. Reaktionsfähigkeit bei Komplikationen	23
F 1.2. Multiprofessionelles geriatrisches Team	23
F 1.3. Leitung des geriatrischen Teams	24
F 1.4. Umfassendes geriatrisches Assessment	24
F 1.5. Sektorenübergreifendes Behandlungskonzept	25
F 1.6. Versorgungsstrukturen für den Übergang stationär zu ambulant	25
F 1.7. Tagesklinischen Angebote	26
F 1.8. Patientensicherheit	27
F 1.9. Zeitnahe Übernahme in die geriatrische Behandlung	27
F 1.10. Identifikation geriatrischer Patientinnen und Patienten im Krankenhaus	28
F 1.11. Kognitive Geriatrie	28
F 1.12. Palliative Geriatrie	30
F 1.13. Gerontopsychiatrie als Teil der geriatrischen Versorgung	30
F 1.14. Sektorenübergreifende Versorgung	31
F 1.15. Qualität messbar machen - Qualitätssicherung in der Geriatrie	32
F 2. Anforderungen die im geriatrischen Netzwerk erfüllt sein müssen	33
F 2.1. Interdisziplinäre Alterstraumatologie	33
G Aus-, Weiter- und Fortbildung in der Geriatrie	35
G 1. Medizinische Weiter- und Fortbildung	36
G 1.1. Geriatrische Grundversorgung	36
G 1.2. Zusatz-Weiterbildung „ambulante Geriatrie“	36
G 1.3 Zusatz-Weiterbildung „Geriatrie“	36
G 2. Pflegerische Aus-, Weiter- und Fortbildung	36
G 3. Weiteres zu Aus-, Weiter- und Fortbildung Hessisch - Thüringischer Geriatrietag	37
H Anlagen	38
Anlage 1: Infrastrukturelle Anforderungen	38
Anlage 2 Geriatrisches Assessment	39
Anlage 3 Der Anmeldebogen der in der geriatrischen Versorgung tätigen Krankenhäuser in Hessen	40
Anlage 4 Inhalte der geriatricspezifischen Überleitungsdokumentation	43
Anlage 5 Qualität messbar machen - Qualitätssicherung in der Geriatrie	44

Vorwort



Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wir stellen sicher, dass alle Patientinnen und Patienten in Hessen auf sehr hohem Niveau versorgt sind. Dazu trägt unser modernes, zeitgemäßes und anspruchsvolles Geriatriekonzept bei, das Sie in den Händen halten.

Das neue hessische Geriatriekonzept ist ein bedeutender Fortschritt für die geriatrische Versorgung.

Mit diesem Konzept verbessern und steigern wir die ohnehin schon hohe Behandlungsqualität in den Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Geriatrie. Hilfreich sind dabei verbindliche Vorgaben beispielsweise zur Interventionsfähigkeit bei Komplikationen oder zur Überleitung von Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus profitieren die Patientinnen und Patienten vom starken Fokus auf der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in geriatrischen Versorgungsverbänden.

Für die Gesamtheit der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler ist das neue Geriatriekonzept ebenfalls ein wesentlicher Fortschritt. Mit dem Ansatz „Qualität messbar machen“ zeigt es neue Perspektiven zur Qualitätssicherung und -messung und den Vergleich verschiedener Behandlungsansätze auf.

Schließlich ist das neue Geriatriekonzept auch ein großer Schritt für die flächendeckende geriatrische Versorgung in Hessen. Auf Basis des Konzepts wird über die Anträge der Krankenhäuser auf Erteilung von Versorgungsaufträgen in der Geriatrie entschieden. Damit ist sichergestellt, dass der bedarfsgerechte Ausbau der geriatrischen Versorgung auf einem hohen fachlichen Niveau erfolgt.

Ich danke allen an der AG Geriatriekonzept des Hessischen Landeskrankenhausausschusses beteiligten Institutionen für ihr Engagement. Ohne Sie hätte es kein neues Geriatriekonzept gegeben! und weiterhin die Versorgung der Bevölkerung in einer Welt mit COVID sicherstellen.

Wiesbaden, im Dezember 2021

A handwritten signature in blue ink, which appears to be 'K. Klose'. The signature is fluid and cursive, written over a white background.

Kai Klose,
Hessischer Minister für Soziales und Integration

Einleitung

Die spezialisierte geriatrische Versorgung im Krankenhausbereich in Deutschland hat ihren Ursprung in Hessen: Sowohl das erste Fachkrankenhaus für Altersmedizin (Hofgeismar) als auch die erste geriatrische Tagesklinik (Frankfurt-Hoechst) waren Impulsgeber für das in den letzten Jahrzehnten rasch wachsende Netz geriatrischer Einrichtungen, dessen Aufbau durch mehrere Krankenhauspläne gesteuert wurde. Vor diesem Hintergrund ist es Anspruch und Ansporn, dass die Überarbeitung des hessischen Geriatriekonzeptes zu einer Weiterentwicklung der Versorgung bei Krankheit im Alter in Hessen beiträgt.

Die demographische Entwicklung des Bundeslandes Hessen ist zukünftig durch eine nahezu konstante Zahl der Gesamtbevölkerung bei gleichzeitiger Zunahme der Einwohner in der Altersgruppe 65 Jahre und älter gekennzeichnet. So lebten in Hessen im Jahr 2020 6,29 Mio. Einwohner, 1,31 Mio. davon waren 65 Jahre und älter; entsprechend einem Bevölkerungsanteil von 21 %. Die Zahl der Personen über 65 Jahre ist in den letzten 20 Jahren um 31 % gestiegen, wohingegen die Gesamtbevölkerung lediglich um 4 % gewachsen ist. Bis zum Jahr 2035 wird ein leichter Anstieg der Gesamtbevölkerung Hessens auf ca. 6,35 Mio. Einwohner prognostiziert (+1 %). Wesentlich stärker steigt jedoch der Anteil der über 65-jährigen Einwohner auf ca. 1,70 Mio. (+29 %) bis zum Jahr 2035 an. Das entspricht einem Anteil von 27 %. Noch stärker wächst die Zahl hoch betagter Menschen ab 80 Jahren, diese wird von 2020 bis 2035 um 30 % ansteigen.¹ Gleichzeitig wird auch die Zahl der Menschen steigen, die an Demenz erkrankt sind oder gerontopsychiatrischen Behandlungsbedarf haben. Damit ergibt sich ein wachsender Bedarf an geriatrischen Behandlungsmöglichkeiten. Die Verantwortlichen des Landes Hessen in der Gesundheits- und Sozialpolitik stehen damit gemeinsam vor der Aufgabe, für eine bedarfsgerechte, an den neuesten Erkenntnissen orientierte medizinische Betreuung dieser überproportional wachsenden Bevölkerungsgruppe Sorge zu tragen.

Mehrere vergleichende Studien belegen die Effektivität und Wirtschaftlichkeit einer spezialisierten geriatrischen Versorgung im Krankenhaus. Krankheit im Alter verursacht oft schwere und rasch eintretende Funktionsbeeinträchtigungen. Diese können durch geriatrisches Assessment und den Einsatz eines multiprofessionellen geriatrischen Teams nachhaltig verbessert werden. Durch Wiedergewinnung und teilweise langfristigen Erhalt von größtmöglicher Selbständigkeit wird bei rund 70 bis 80 % der Patientinnen und Patienten eine Entlassung in das häusliche Umfeld möglich. Die niedrigere Rate an stationärer Pflegebedürftigkeit und Rehospitalisationen führt zu einer finanziellen Entlastung der Sozialversicherungssysteme.

¹ Hessen Agentur, Wiesbaden 2019: Ergebnisse der Bevölkerungsvorausschätzung für Hessen und seine Regionen als Grundlagen der Landesentwicklungsplanung.

Das vorliegende Konzept als Teil des aktuellen Krankenhausplans enthält die Anforderungen an die spezialisierte stationäre und tagesklinische geriatrische Behandlung im Krankenhaus und zeigt darüber hinaus Nahtstellen zur ambulanten medizinischen Versorgung und weiteren Bereichen auf. Es beschreibt den aktuellen Stand, formuliert Aufgaben zur weiteren Entwicklung der geriatrischen Versorgung in Hessen und setzt damit den Rahmen für die weitere Ausweitung des geriatrischen Leistungsangebotes.

A Grundlagen

A 1. Die geriatrische Patientin / der geriatrische Patient

Nicht jeder kranke ältere Mensch ist eine „geriatrische Patientin“ bzw. ein „geriatrischer Patient“. Viele ältere Menschen mit spezifischen Erkrankungen profitieren von einer spezialisierten organbezogenen fachärztlichen Behandlung.

„Der geriatrische Patient ist ein älterer (überwiegend 70 Jahre und älter) oder hochaltriger Patient (80 Jahre und älter), der typischerweise durch – meist mehrfache – akute bzw. chronische Erkrankungen (sog. Multimorbidität) und alters- wie krankheitsbedingte Funktionsstörungen gekennzeichnet ist, die in ihrer wechselseitigen Beeinflussung seine Fähigkeit zur selbständigen Alltagsbewältigung einschränken oder bedrohen“.²

Durch Funktionseinschränkungen, die begrenzte Kompensations- und Anpassungsfähigkeit und die damit einhergehende erhöhte körperliche, kognitive und emotionale Instabilität (Vulnerabilität) ist sie/er bei Neuerkrankungen und Exazerbationen bestehender chronischer Erkrankungen akut gefährdet, Komplikationen oder Folgeerkrankungen zu erleiden, ihre/seine Alltagskompetenz zu verlieren und dauerhaft pflegebedürftig zu werden. Unzureichende oder fehlende soziale Unterstützungssysteme erhöhen das Risiko des Autonomieverlustes.

Die Hauptindikationen für eine geriatrische Behandlung sind: Frakturen, Gelenktraumen und -operationen, Amputationen, zerebrovaskuläre Erkrankungen, neurologische Erkrankungen, degenerative und entzündliche Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, Folgezustände nach schweren allgemeinchirurgischen, neuro- und herzchirurgischen Eingriffen, Herz-, Gefäß- und Stoffwechselerkrankungen, Lungenerkrankungen, Erkrankungen des Verdauungsapparates, Infektionen, chronisches Schmerzsyndrom, Sarkopenie, Frailty, Sturzsyndrom sowie Störungen der Kognition (Hirnleistung) und Emotion.

² Vgl. Definition Geriatrischer Patient der Dt. Gesellschaft für Geriatrie, Dt. Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, Bundesverband Geriatrie 2008, vgl. Bundesverband Geriatrie (Hrsg.) (2016): Weißbuch Geriatrie. Band I: Die Versorgung geriatrischer Patienten – Geriatrischer Patient: Seiten 13-15.

Bei diesen Hauptindikationen kann eine stationäre geriatrische Behandlung angezeigt sein, wenn eine oder mehrere der folgenden Voraussetzungen vorliegen:

- Geriatrische Syndrome
- Bedarf an komplexer multiprofessioneller funktioneller Therapie
- Multimorbidität
- Akute oder chronische Verwirrheitszustände
- Akuterkrankung bei vorbestehender Demenz

A 2. Geriatrie

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

Diese Gruppe älterer Patientinnen und Patienten weist eine hohe 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 von älteren Patientinnen und Patienten mit Verbesserung der Lebensqualität und Autonomie.

B Die Entwicklung der Geriatrie

B 1. Die Entwicklung der Geriatrie in Deutschland

Der Begriff Geriatrie wurde 1909 in New York von dem in Wien geborenen amerikanischen Arzt Ignaz Nascher geprägt. Die Geschichte der europäischen Klinischen Geriatrie beginnt um 1940, als vor allem in England deutlich wurde, dass durch adäquate Diagnostik und Behandlung ein erheblicher Anteil chronisch kranker alter Menschen, die in Langzeiteinrichtungen verwahrt wurden, soweit wieder hergestellt werden konnte, dass sie ein selbständigeres Leben außerhalb dieser Einrichtungen führen konnten. Legitimiert durch den Erfolg dieses Ansatzes

entstanden seit den 50er Jahren geriatrische Kliniken und Tageskliniken zunächst in den angelsächsischen und später in den skandinavischen Ländern.

Deutschland hat sich dieser internationalen Entwicklung erst später angeschlossen. 1967 wurde in Hessen das erste deutsche Fachkrankenhaus für Geriatrie in Hofgeismar gegründet. 1978 entstand in Frankfurt-Hoechst die erste geriatrische Tagesklinik in Deutschland. Auf Grundlage des Hessischen Geriatriekonzeptes aus dem Jahr 1992 wurden Anfang der 90iger Jahre – beginnend in Wiesbaden (später in Frankfurt und Hanau) – drei Modellprojekte des Landes und des Bundes zur Ausweitung der Klinischen Geriatrie in Hessen implementiert, die alle durch die Universität Kassel wissenschaftlich evaluiert wurden und maßgebliche Impulse für die weitere geriatrische Entwicklung gaben.

B 2. Die Entwicklung der Geriatrie in Hessen

Die Entwicklung der Geriatrie in Hessen ist eng mit der Entwicklung auf Bundesebene verbunden, war aber immer auch wegweisend für die Entwicklung in Deutschland. Bereits im hessischen Geriatriekonzept von 1992 wurde der Entwicklung von geriatrischen Fachabteilungen an größeren Häusern der Akutversorgung gegenüber eigenständigen Fachkrankenhäusern für Geriatrie überwiegend der Vorzug gegeben. Einer der Hauptvorteile ist die Möglichkeit der vollen Mitnutzung der diagnostischen und therapeutischen Infrastruktur eines Krankenhauses der Akutversorgung ohne zusätzlichen investiven Aufwand. Damit ist sichergestellt, dass auch für geriatrische Patientinnen und Patienten das gesamte medizinische Leistungsspektrum verfügbar ist.

Seit den Anfängen in den 1960er Jahren ist die Zahl spezialisierter stationärer geriatrischer Einrichtungen in Hessen bis zum Jahr 2019 kontinuierlich auf 41, die Zahl der verfügbaren vollstationären Betten von 30 auf 2.240 angewachsen. Hinzu kommen 303 Behandlungsplätze in 20 geriatrischen Tageskliniken. Damit wurde die planerische Vorgabe des Hessischen Geriatriekonzeptes von 1992, in den 26 Landkreisen bzw. kreisfreien Städten je mindestens eine Geriatrie für alle älteren hessischen Bürgerinnen und wohnortnah vorzuhalten, vollständig erfüllt. Die damals geschätzte Bedarfszahl von 1.000 bis 1.500 Betten hat sich mittlerweile als zu gering erwiesen.

C Aktueller Stand der geriatrischen Versorgung in Hessen und Bedarfsprognose

C 1. Die stationäre geriatrische Versorgung in Hessen

Tabelle 1 stellt die Kapazitäten der Geriatrischen Kliniken und Tageskliniken in Hessen im Jahr 2019 dar. Die Kapazitäten werden in der Krankenhausstatistik derzeit nicht auf Standortebene ausgewiesen. Daher kann die Anzahl der Betten bei Krankenhäusern mit mehr als einem Standort nicht differenziert werden. In Hessen verfügen 33 Krankenhäuser über einen krankenhauserplanerischen Versorgungsauftrag für das Fachgebiet Geriatrie. Diese Krankenhäuser halten an 41 Standorten ein geriatrisches Versorgungsangebot vor. Von den 33 geriatrischen Krankenhäusern mit Versorgungsauftrag in Hessen sind alle Kliniken Mitglied des Landes- bzw. Bundesverbands Geriatrie e. V. und entsprechen somit dessen obligatorischen Qualitätsanforderungen.

Tabelle 1 Krankenhäuser mit geriatrischem Versorgungsauftrag in Hessen, Geriatrische Kliniken und Tageskliniken in Hessen (Stand 12/2019)

Versorgungsgebiet	Landkreis	Krankenhaus	aufgestellte Betten	Plätze
Kassel	Kassel, St.	Agaplesion Diakonie-Kliniken Kassel	58	12
	Kassel, St.	DRK-Kliniken Nordhessen, Kaufungen	78	10
	LK Kassel	Evangelisches Krankenhaus Gesundbrunnen, Hofgeismar	105	20
	Schwalm-Eder-Kreis	Asklepios Klinik Schwalmstadt/Melsungen, Melsungen	67	0
		Asklepios Klinik Schwalmstadt/Melsungen, Schwalmstadt		
	LK Waldeck-Frankenberg	Hessenklinik Stadtkrankenhaus Korbach, Standort Frankenberg*	58	0
		Hessenklinik Stadtkrankenhaus Korbach, Standort Korbach		
Werra-Meißner-Kreis	Klinikum Werra-Meißner, Eschwege	103	0	
	Klinikum Werra-Meißner, Witzenhausen			
Fulda-Bad Hersfeld	Vogelsbergkreis	Kreiskrankenhaus des Vogelsbergkreises in Alsfeld	34	0
	Vogelsbergkreis	Krankenhaus Eichhof, Lauterbach	25	0
	LK Fulda	Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda	103	27
	LK Hersfeld-Rotenburg	Klinikum Bad Hersfeld	40	7
Gießen-Marburg	Wetteraukreis	Gesundheitszentrum Wetterau Bad Nauheim – Friedberg – Gedern, Friedberg	57	4
	LK Gießen	St. Josefs Krankenhaus Balserische Stiftung	71	20
	Lahn-Dill-Kreis	Klinikum Wetzlar-Braunfels, Klinik Falkeneck Braunfels	80	10
	LK Marburg-Biedenkopf	Hessische Berglandklinik Koller, Bad Endbach	93	0
	LK Marburg-Biedenkopf	Diakonie-Krankenhaus Wehrda, Marburg	54	0
Frankfurt-Offenbach	Frankfurt am Main, St.	Agaplesion Frankfurter Diakonie Kliniken, Frankfurt a. M.	101	25
	Frankfurt am Main, St.	St. Elisabethen-Krankenhaus, Frankfurt a. M.	40	5
	Frankfurt am Main, St.	Klinikum Frankfurt Höchst, Frankfurt a. M.	40	24

	Frankfurt am Main, St.	St. Katharinen-Krankenhaus, Frankfurt a. M.	50	6
	Offenbach am Main, St.	Ketteler Krankenhaus, Offenbach a. M.	51	10
	Hochtaunuskreis	Hochtaunus-Kliniken, Bad Homburg Hochtaunus-Kliniken, Usingen Außenstelle St. Josefs Krankenhaus in Königstein	123	0
	Main-Kinzig-Kreis	St. Vinzenz-Krankenhaus, Hanau	99	12
	Main-Kinzig-Kreis	Main-Kinzig-Kliniken Schlüchtern Main-Kinzig-Kliniken Schlüchtern, Außenstelle Gelnhausen	71	0
	Main-Taunus-Kreis	Krankenhäuser Bad Soden und Hofheim, Hofheim	64	0
	LK Offenbach	Asklepios Klinik Seligenstadt	55	20
Wiesbaden- Limburg	Wiesbaden, St.	Asklepios Paulinen Klinik in Wiesbaden, Wiesbaden Asklepios Paulinen Klinik in Wiesbaden, Außenstelle Rüdesheim	100	25
	Wiesbaden, St./ Rheingau-Taunus-Kreis	Otto-Fricke-Krankenhaus Bad Schwalbach, Außenstelle Wiesbaden (St. Josefs Hospital)	120	12
	LK Limburg-Weilburg	Kreiskrankenhaus Weilburg	38	10
Darmstadt	Darmstadt, St.	Agaplesion Elisabethenstift Evangelisches Krankenhaus	90	20
	LK Bergstraße	St. Marien Krankenhaus Lampertheim	50	12
	LK Darmstadt-Dieburg	Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg, Groß-Umstadt	51	12
	LK Groß-Gerau	GPR Klinikum, Rüsselsheim	40	0
	Odenwaldkreis	Kreiskrankenhaus Erbach	31	0
	Summe		2.240	303

* Die Gesamtzahl der geriatrischen Betten der Hessenklinik Korbach beinhaltet 26 Betten des Standortes Frankenberg, die nicht im Rahmen der Krankenhausstatistik 2019 gemeldet wurde.

Quelle: Krankenhausstatistik des Hessischen Statistischen Landesamtes, Versorgungsatlas Hessen 2018/2019, Feststellungsbescheide HMSI, Auswertung der Hessen Agentur.

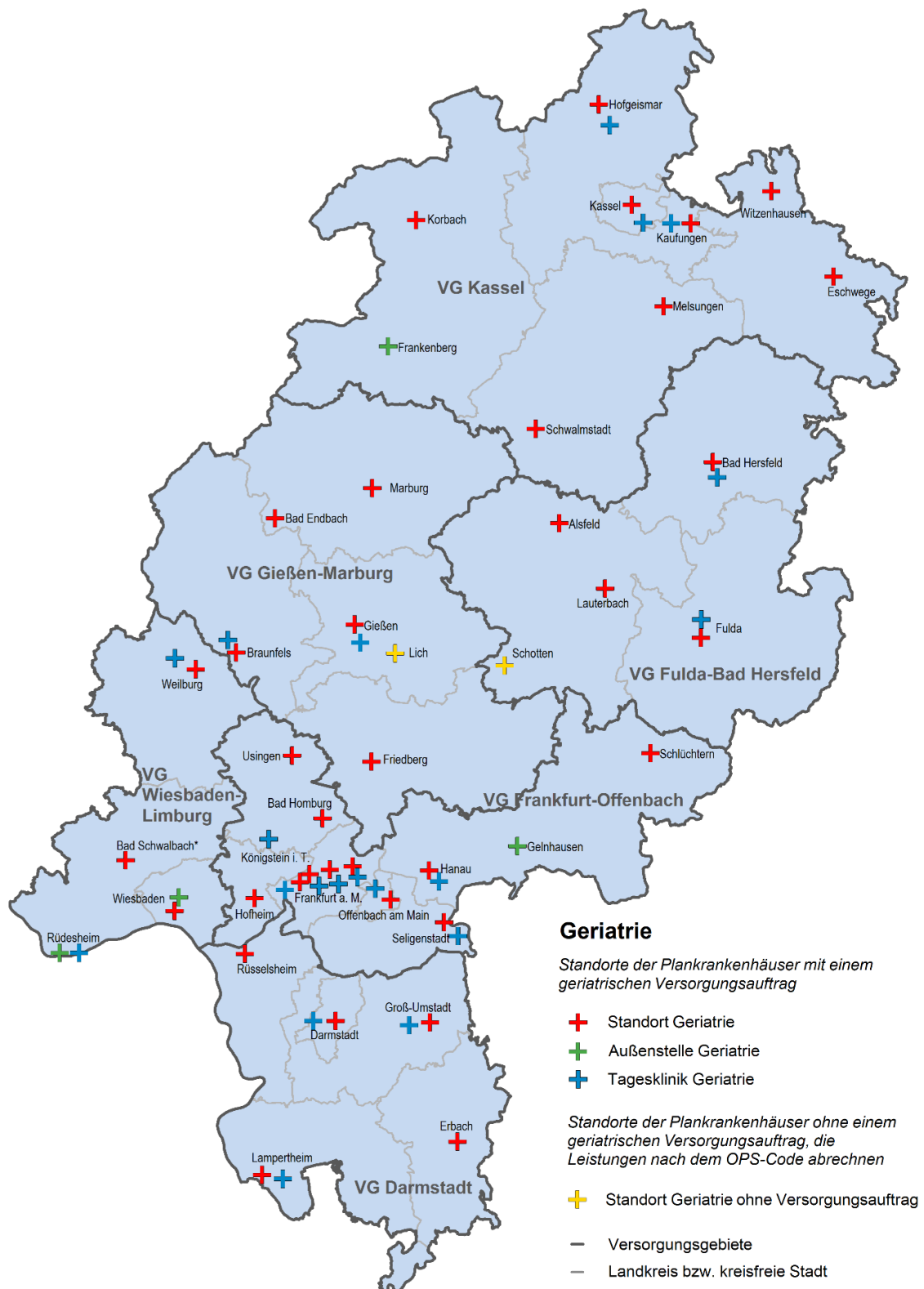
Tabelle 2 Krankenhäuser ohne geriatrischen Versorgungsauftrag, die Leistungen nach dem OPS-Code abrechnen

Versorgungsgebiet	Landkreis	Krankenhaus	Betten	Plätze
Fulda- Bad Hersfeld	Vogelsbergkreis	Gesundheitszentrum Wetterau, Kreiskrankenhaus Schotten	18	0
Gießen-Marburg	LK Gießen	Asklepios Klinik Lich	24*	0*

* Die Anzahl der Betten werden in der Krankenhausstatistik nicht explizit ausgewiesen, da sie unter der Fachabteilung Innere Medizin geführt werden. Nach Angaben der Klinik waren im Jahr 2019 24 Betten aufgestellt.

Quelle: Krankenhausstatistik des Hessischen Statistischen Landesamtes, Auswertung der Hessen Agentur.

Grafik 1 Krankenhäuser mit bzw. ohne geriatrischem Versorgungsauftrag und geriatrische Tageskliniken in Hessen



Quelle: Kartengrundlage: GfK GeoMarketing, Feststellungsbescheide des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration, Stand: 31.12.2020, Darstellung der Hessen Agentur.

Das Kompetenz-Centrum Geriatrie beim Medizinischen Dienst Nord beschreibt die klinisch-geriatrischen Versorgungsquote in Hessen zum 31.12.2018 mit 19,7 Plätzen pro 10.000 Einwohner im Alter von 65 Jahren und älter. Damit lag Hessen an siebter Stelle im bundesweiten Vergleich und etwas über dem bundesweiten Mittelwert von 16,1, welcher auch Bundesländer mit gering ausgebautem geriatrischem Angebot einbezieht. Die geriatrische Versorgungsquote in den anderen Bundesländern mit fallabschließender geriatrischer Behandlung im Krankenhausbereich (Schleswig-Holstein (25,2), und Hamburg (39,2) lag zum 31.12.2018 über der Versorgungsquote Hessens.

Das existierende flächendeckende Netz geriatrischer Fachabteilungen mit im Regelfall fallabschließender Behandlung im Krankenhausbereich ist eine der wesentlichen Grundlagen der spezialisierten stationären Krankenversorgung für geriatrische Patientinnen und Patienten in Hessen. Die in einigen Versorgungsgebieten teilweise vorhandenen längeren Wartezeiten für die Übernahme geriatrischer Patientinnen und Patienten aus anderen Krankenhäusern oder für die direkte Aufnahme durch Einweisung von Hausärztinnen und Hausärzten in geriatrische Abteilungen könnte darauf hinweisen, dass regional die bedarfsgerechte Anpassung der stationären und tagesklinischen³ Kapazität der vorhandenen Abteilungen für Geriatrie erforderlich ist.

C 2. Die ambulante Geriatrische Versorgung

C 2.1. Die Struktur der ambulanten geriatrischen Versorgung in Hessen

Der Hauptanteil der ambulanten geriatrischen Grundversorgung im häuslichen Bereich und in Einrichtungen der stationären Altenhilfe wurde im Jahre 2014 durch die 3.972 niedergelassenen Hausärzte⁴ in Hessen geleistet. Dabei hatten die folgenden auf Bundesebene getroffenen sozialrechtlichen Entscheidungen einen positiven Einfluss auf die ambulante Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten:

- Einführung der EBM-Ziffer 03360 für ein jährliches Geriatrisches Basisassessment in der Hausarztpraxis bei Menschen ab dem 70. Lebensjahr mit geriatritypischer Morbidität. Hierüber erfolgt die Vergütung der Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen sowie die Beurteilung der Sturzgefahr und von Hirnleistungsstörungen durch standardisierte Testverfahren.

³ Der Begriff der tagesklinischen Behandlung entspricht dem der teilstationären Behandlung im Sinne des OPS-Codes.

⁴ Aus Vereinfachungsgründen wird von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gesprochen. Im ambulanten Sektor tätige angestellte Ärztinnen und Ärzte sind mit umfasst.

- Einführung der EBM-Ziffer 03362: Geriatricher Betreuungskomplex bei der das Ergebnis eines geriatrischen Basisassessments nicht länger als 4 Quartale zurückliegen darf. Zudem muss obligat ein mindestens zweimaliger Arzt-Patientenkontakt stattgefunden haben, der die Koordination der notwendigen Behandlung oder Erklärung der Arzneimittelhandhabung beinhalten kann.

Die Einführung der EBM-Ziffern hat zu einer deutlichen Zunahme des Interesses an der Umsetzung und Auswertung des Geriatrischen Assessments in der hausärztlichen Praxis geführt und damit das funktionsorientierte Denken in der ambulanten medizinischen Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten gefördert. Es bedarf keiner weiteren Ausführung, dass der niedergelassenen Ärzteschaft in der Behandlung alter und chronisch kranker Patientinnen und Patienten ein sehr hoher Stellenwert zukommt, da zum einen Krankenbehandlung in der Regel zunächst ambulant geschieht, zum anderen aber auch hier der Grundsatz gilt, die stationäre Aufnahme der geriatrischen Patientin bzw. des geriatrischen Patienten nach Möglichkeit zu verhindern.

Im Hinblick auf die Schwerpunktsetzung des Geriatriekonzeptes auf den Bereich der klinischen Geriatrie mit ihren stationären und tagesklinischen Einrichtungen wird auf eine eingehende Beschreibung der Aufgabenstellung der niedergelassenen Ärzteschaft verzichtet. Es ist jedoch hinzuweisen auf die Notwendigkeit der engen Zusammenarbeit von Personen und Einrichtungen, die für die medizinische Versorgung der geriatrischen Patientin bzw. des geriatrischen Patienten verantwortlich sind. Für den nachhaltigen Erfolg der geriatrischen Betreuung ist die Beteiligung des Hausarztes unverzichtbar.

C 2.2. Geriatrische Grundversorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Bei der ambulanten Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten nehmen die Hausärztinnen und Hausärzte eine zentrale Rolle ein. Ihre Aufgabe ist es, einen möglichen geriatrischen Versorgungsbedarf frühzeitig zu erkennen und in ihrer Lotsenfunktion spezialisierte Kompetenzen im ambulanten Sektor (Fachärzte) oder soweit erforderlich auch spezialisierte geriatrische Krankenhausbehandlung im stationären oder tagesklinischen Sektor einzuleiten. Im Interesse der durchgehenden Sicherstellung und Optimierung der regionalen Versorgung von Patientinnen und Patienten nach § 4 Abs. 2 HKHG arbeiten die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte eng mit den Krankenhäusern und den anderen Beteiligten zusammen. Hierfür erscheint der systematische Einsatz des geriatrischen Screenings und des geriatrischen Basisassessments sehr hilfreich.

Die ambulante geriatrische Grundversorgung durch Hausärzte soll weiter gestärkt werden. Bei der Etablierung regionaler geriatrischer Versorgungsverbünde/-netzwerke ist die aktive Einbeziehung der Hausärzte unabdingbar.

C 2.3. Geriatrische Institutsambulanzen

Mit dem § 118a SGB V ist geriatrischen Fachkrankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern mit selbstständigen geriatrischen Abteilungen die Möglichkeit eröffnet, geriatrische Institutsambulanzen (GIA) einzurichten. Die Ermächtigung ist an die Notwendigkeit geknüpft, die ausreichende ambulante geriatrische Versorgung sicherzustellen. In komplexen geriatrischen Fällen könnte damit zukünftig die hausärztliche und fachärztliche Versorgungsebene unterstützt und ergänzt werden.

Die Selbstverwaltungspartner waren auf Bundesebene vom Gesetzgeber aufgerufen die nähere Ausgestaltung der GIA zu vereinbaren.⁵ Insbesondere Inhalt und Umfang der betreffenden Patientengruppe, Voraussetzungen an die Leistungserbringer sowie die Anforderungen an die Qualitätssicherung wurden in einer Vereinbarung geregelt.

In Hessen bestehen derzeit keine geriatrischen Institutsambulanzen.

C 3 Die Struktur der Leistungserbringer in der geriatrischen Rehabilitation

In Hessen bestehen derzeit sowohl stationäre als auch mobile Rehabilitationseinrichtungen.

C 3.1. Die stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen

In Hessen bestehen folgende geriatrische Rehabilitationseinrichtungen:

- Rehabilitationsklinik Carolinum, Bad Karlshafen (40 Betten),
- Klinik St. Marien, Bad Soden-Salmünster (20 Betten) und
- Klinik Lohrey, Bad Soden-Salmünster (25 Betten).

C 3.2. Mobile Geriatrie

Die mobile geriatrische Rehabilitation wird im vertrauten Umfeld der Patientinnen und Patienten durchgeführt.⁶ Sie erfolgt durch ein interdisziplinäres Team unter ständiger ärztlicher Verantwortung und Steuerung. Die besondere Stärke der mobilen geriatrischen Rehabilitation ist die Einheit von Behandlung, Beratung, Erprobung und Integration in den Alltag.

⁵ Vereinbarung nach § 118a SGB V (Geriatrische Institutsambulanzen - GIA) i. d. F. aus der Sitzung des erweiterten Bundesschiedsamtes gemäß § 118a SGB V vom 15.07.2015.

⁶ Siehe dazu vertiefend: Gemeinsame Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation des GKV Spitzenverbandes vom 01.06.2021.

Die Gesetzgebung hat im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes im Jahre 2015 mit der Änderung des § 40 Absatz 1 Satz 1 die mobile Rehabilitationsleistung explizit neu aufgeführt.

In Hessen bestehen zwei mobile geriatrische Rehabilitationsdienste (Marburg, Wiesbaden). Die dort gewonnenen wissenschaftlichen Ergebnisse belegen die Effektivität dieser Behandlungsform für geeignete Patientinnen und Patienten.⁷

C. 4. Die Prognose der zukünftigen Behandlungsbedarfe in der Geriatrie

Die demographische Entwicklung zeigt, dass die medizinische Versorgung alter und hochbetagter Menschen in den nächsten Jahren noch deutlich mehr Bedeutung erlangen wird. Die Personen der Altersgruppe von 80 Jahren und älter wird in Hessen bis zum Jahr 2035 um 30 % ansteigen. Demzufolge ist mit einem Anstieg der geriatrischen Behandlungen in den hessischen Krankenhäusern zu rechnen. Bedingt durch die zukünftige demografische Entwicklung zeigt Tabelle 3, wie sich die Zahl der Patientinnen und Patienten im Fachgebiet Geriatrie bis zum Jahr 2025 und bis zum Jahr 2035 voraussichtlich entwickeln wird. Prognostiziert wird, dass sich die Fallzahl im Jahr 2025 im Vergleich zum Referenzjahr um 12 % und bis zum Jahr 2035 um 37 % erhöhen wird. Im nahezu gleichen Ausmaß werden sich zukünftig auch die Behandlungstage entwickeln. Insbesondere beim Prognosehorizont 2035 ist auffällig, dass die Versorgungsgebiete Frankfurt-Offenbach, Wiesbaden-Limburg sowie Darmstadt mit Veränderungsraten von zum Teil mehr als 43 % ein wesentlich stärkerer Zuwachs verzeichnen werden als die drei anderen hessischen Versorgungsgebiete. Bezogen auf den zukünftigen Bettenbedarf zeigt die Prognose, dass für das Jahr 2025 bereits ein Mehrbedarf von 259 Betten unter Annahme der Normauslastung für geriatrische Fachabteilungen von 90 % errechnet werden kann. Für das Jahr 2035 ergibt sich ein weitaus größerer Mehrbedarf von 769 Betten gegenüber dem Basisjahr 2019. Auch hier zeigt sich, dass der Mehrbedarf in den drei südhessischen Versorgungsgebieten deutlich größer sein wird als in den Versorgungsgebieten Kassel, Fulda-Bad Hersfeld und Gießen-Marburg. Dennoch fällt auch in diesen Regionen Versorgungsgebieten der zusätzliche Bettenbedarf mit einem Plus von fast 30 % deutlich aus. Bei Interpretation des errechneten Mehrbedarfs ist jedoch zu beachten, dass die Betten im Basisjahr

⁷ Schulz R, Knauf W, Püllen R. et al: (2014) Mobile geriatrische Rehabilitation bei funktionell schwer beeinträchtigten Patienten. Untersuchungen zur Effektivität. ZGerontolGeriatr 47:147-152.

nicht voll ausgelastet waren und daher ein Teil des zusätzlichen Bettenbedarfs durch noch freie Kapazitäten gedeckt werden kann.

Tabelle 3 Prognose der Fallzahlen, Behandlungstage sowie Bettenbedarf für das Fachgebiet Geriatrie 2025 und 2035

Versorgungsgebiet	Fallzahl				
	Ist 2019	Veränderung 2025		Veränderung 2035	
		abs.	rel.	abs.	rel.
Kassel	8.459	+800	+8,9%	+2.400	+28,6%
Fulda-Bad Hersfeld	3.326	+300	+7,7%	+1.000	+29,3%
Gießen-Marburg	5.979	+600	+9,6%	+2.000	+33,7%
Frankfurt-Offenbach	13.356	+2.200	+16,1%	+5.800	+43,2%
Wiesbaden-Limburg	4.649	+600	+13,7%	+1.800	+39,3%
Darmstadt	4.736	+600	+13,3%	+2.000	+41,6%
Hessen	40.505	+5.000	+12,4%	+15.000	+37,0%

Versorgungsgebiet	Tage				
	Ist 2019	Veränderung 2025		Veränderung 2035	
		abs.	rel.	abs.	rel.
Kassel	141.689	+12.900	+9,1%	+41.100	+29,0%
Fulda-Bad Hersfeld	59.691	+4.600	+7,6%	+17.200	+28,8%
Gießen-Marburg	100.117	+9.700	+9,7%	+33.700	+33,7%
Frankfurt-Offenbach	221.294	+35.800	+16,2%	+95.400	+43,1%
Wiesbaden-Limburg	83.122	+11.600	+14,0%	+32.500	+39,1%
Darmstadt	79.524	+10.500	+13,1%	+32.900	+41,3%
Hessen	685.437	+85.500	+12,5%	+253.500	+37,0%

Versorgungsgebiet	Betten*				
	Ist 2019*	Veränderung 2025		Veränderung 2035	
		abs.	rel.	abs.	rel.
Kassel	469	+39	+8,3%	+125	+26,7%
Fulda-Bad Hersfeld	202	+14	+6,9%	+52	+25,7%
Gießen-Marburg	355	+30	+8,5%	+103	+29,0%
Frankfurt-Offenbach	694	+109	+15,7%	+290	+41,8%
Wiesbaden-Limburg	258	+35	+13,6%	+99	+38,4%
Darmstadt	262	+32	+12,2%	+100	+38,2%
Hessen	2.240	+259	+11,6%	+769	+34,3%

* In der Prognose sind die bestehenden Über- bzw. Unterkapazitäten nicht berücksichtigt.

Quelle: Berechnungen der Hessen Agentur.

D Grundsätze der geriatrischen Behandlung in Hessen

Für die Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern mit geriatrischem Versorgungsauftrag gelten die nachfolgend dargestellten Grundsätze:

D 1. Der Nutzen der geriatrischen Behandlung in Krankenhäusern

Zahlreiche vergleichende Studien haben den Nutzen spezialisierter geriatrischer Behandlung nachweisen können. Im Gegensatz zu herkömmlicher Krankenhausbehandlung gelingt es einer spezialisierten geriatrischen Behandlung im Krankenhaus häufiger, eine ältere Patientin oder einen älteren Patienten nach Abschluss der stationären Behandlung selbständig nach Hause zu entlassen. Eine Zusammenfassung von 29 klinischen Studien⁸ mit insgesamt mehr als 13.766 Teilnehmerinnen und Teilnehmern konnte zudem zeigen, dass auch 3 und 12 Monate nach Krankenhausentlassung mehr ältere Menschen selbständig zu Hause lebten, wenn sie in einer geriatrischen Krankenhausabteilung behandelt worden waren. Eine andere zusammenfassende Untersuchung⁹ mit nahezu 7.000 älteren Krankenhauspatientinnen und Krankenhauspatienten konnte weitere günstige Effekte einer akut-geriatrischen Behandlung belegen: So fanden sich im Vergleich zu nicht-geriatrischer stationärer Behandlung signifikant weniger Stürze, weniger akute Verwirrheitszustände, ein geringerer funktioneller Abbau und seltenere Entlassungen in ein Pflegeheim. Sogar die Kosten lagen unter geriatrischer Behandlung niedriger als unter nicht-geriatrischer Behandlung.

Auch im spezifischen Kontext der deutschen Versorgungslandschaft liegen Untersuchungen¹⁰ mit positiven Ergebnissen vor.

D 2. Die Grundkonzeption der geriatrischen Krankenhausbehandlung in Hessen

Die Abgrenzung der geriatrischen Krankenhausbehandlung zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation ist in der juristischen wie medizinischen Fachliteratur umstritten und wird vor allem für geriatrische Patientinnen und Patienten als problematisch beurteilt. Grundsätzlich ist festzustellen, dass sich nur wenige Studien mit den Vor- und Nachteilen der fallabschließenden klinischen Behandlung und der Krankenhausbehandlung mit gesonderten geriatrischen

⁸ Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, Conroy SP, Kircher T, Somme D, Saltvedt I, Wald H, O'Neill D, Robinson D, Shepperd S (2017) Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital [https:// doi.org/10.1002/14651858.CD006211.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006211.pub3), Cochrane Database of Systematic Review, 2017.

⁹ Fox M., T, Persaud M., Maimetes I., O'Brien K., Brooks D., Tregunno D., Schraa E. (2012) Effectiveness of Acute Geriatric Unit Care Using Acute Care for Elders Components: A Systematic Review and Meta Analysis. *J A, Geriatr Soc* 60: 2237-2245, 2012.

¹⁰ Kwetkat A, Lehmann T, Wittrich A. (2014) Geriatrische Frührehabilitation: eine Chance auch für Hochbetagte. *ZGerontolGeriatr* 47: Seiten 372-378.

Rehabilitationseinrichtungen befassen. Die Daten der an Gemidas teilnehmenden geriatrischen Einrichtungen Hessens weisen auf die hohe, dem bundesdeutschen Durchschnitt entsprechende, Effektivität in Bezug auf den Zuwachs an Selbständigkeit und die damit einhergehende Vermeidung von stationärer Pflegebedürftigkeit hin.

In Hessen erfolgt die Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten daher bewusst nicht in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen, sondern grundsätzlich gezielt im Regelfall „fallabschließend“ in geriatrischen Fachabteilungen nach § 108 SGB V. Dies schließt nicht aus, dass geeignete Patientinnen und Patienten in stationären Rehabilitationseinrichtungen behandelt werden. Die vollstationäre und tagesklinische geriatrische Krankenhausversorgung verbindet also kurativ-medizinische Aufgaben mit frühzeitig einsetzenden indikationsübergreifenden funktionellen Therapien. Darüber hinaus nimmt sie Aufgaben der Prävention und (Früh-)Rehabilitation wahr, um dauerhaft Alltagskompetenz zu erhalten bzw. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. zu minimieren. Für dieses „einstufige“ Vorgehen hat sich Hessen nach intensiven wissenschaftlichen und sozialpolitischen Diskussionen bewusst entschieden. In der Vergangenheit haben Vergleichsstudien in Hessen die Vorteile der einstufigen fallabschließenden geriatrischen Krankenhausbehandlung wissenschaftlich aufgezeigt, wonach die Landesregierung bis zum Jahr 2005 drei geriatrische Rehabilitationskliniken (Wiesbaden, Frankfurt, Hanau) in Krankenhausabteilungen umgewidmet hat.

Die im Regelfall fallabschließende Behandlung basiert auf der Annahme, dass möglichst frühzeitig eine vollstationäre oder tagesklinische geriatrische frührehabilitative Behandlung im Krankenhaus beginnen soll und diese Behandlung so lange fortgeführt wird, bis eine adäquate ambulante Versorgung möglich ist. Damit ist – im Gegensatz zu anderen Modellen – grundsätzlich keine weitere stationäre geriatrische Rehabilitationsbehandlung mehr erforderlich.

Das schon im ersten Hessischen Geriatriekonzept 1992 geforderte Versorgungskonzept ist mittlerweile planmäßig umgesetzt, so dass jeder Landkreis über mindestens eine geriatrische Krankenhausabteilung, mehrheitlich mit angeschlossener geriatrischer Tagesklinik verfügt. Damit ist die wohnortnahe geriatrische Versorgung flächendeckend möglich. Die geriatrische Behandlung in Hessen steht daher sowohl für die Direktverlegung aus vorbehandelnden Krankenhäusern bzw. Fachabteilungen als auch für die Direkteinweisung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung sowie für Notfälle und Patientinnen und Patienten, die eine geriatrische Krankenhausabteilung in einem Notfall aus eigener Initiative aufsuchen.

Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration ist aufgrund der bisherigen langjährigen klinischen Erfahrungen und der wissenschaftlichen Erkenntnisse¹¹ von den Vorteilen der im Regelfall fallabschließenden geriatrischen wohnortnahen Behandlung im Krankenhaus in Verbindung mit regionaler Sozialarbeit und Angeboten der Altenhilfe überzeugt und unterstützt uneingeschränkt den notwendigen weiteren Ausbau der Geriatrie in Hessen auf der Grundlage dieses Konzeptes. Dieses Konzept bietet den Vorteil der wohnortnahen Versorgung und hat bietet damit auch für die Angehörigen erhebliche Vorteile. Mit der jetzt vorliegenden Fassung des Geriatriekonzeptes soll zugleich die wissenschaftliche Begleitung und damit auch die Sicherung der hohen Versorgungsqualität auf ein neues Niveau gehoben werden (siehe F.15). Die Aufgabenbereiche indikationsspezifischer Rehabilitationseinrichtungen bleiben unberührt.

D 3. Die besondere Rolle der Geriatrie in der Krankenhausplanung

Die Geriatrie ist kein Gebiet im Sinne der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen (WBO), sondern eine Zusatzweiterbildung. In der hessischen Krankenhausplanung wird die Geriatrie dennoch so behandelt, als sei sie ein Gebiet der WBO.

Das existierende flächendeckende Netz geriatrischer Fachabteilungen mit im Regelfall fallabschließender Behandlung im Krankenhausbereich stellt weiterhin die wesentliche Grundlage für die Weiterentwicklung der spezialisierten klinischen Geriatrie in Hessen dar.

Es besteht unter allen Beteiligten des hessischen Landeskrankenhausausschusses Übereinstimmung, dass sich die besondere Stellung der Geriatrie in der hessischen Krankenhausplanung bewährt hat und beibehalten werden soll.

D 4. Aufgaben der einzelnen Leistungserbringer

An der geriatrischen Versorgung ist eine Vielzahl von Akteuren beteiligt, deren Rollen und Aufgaben möglichst trennscharf gegeneinander abzugrenzen sind.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte haben typischerweise den ersten Kontakt zu den Patientinnen und Patienten. Sie ermitteln den konkreten Behandlungsbedarf, weisen die Patientinnen und Patienten der nach den individuellen Bedürfnissen geeignete Behandlungsform zu und sind der Lotse in der medizinischen Versorgung. Darüber hinaus setzen sie die Behandlung fort, nachdem andere Behandlungsformen abgeschlossen sind.

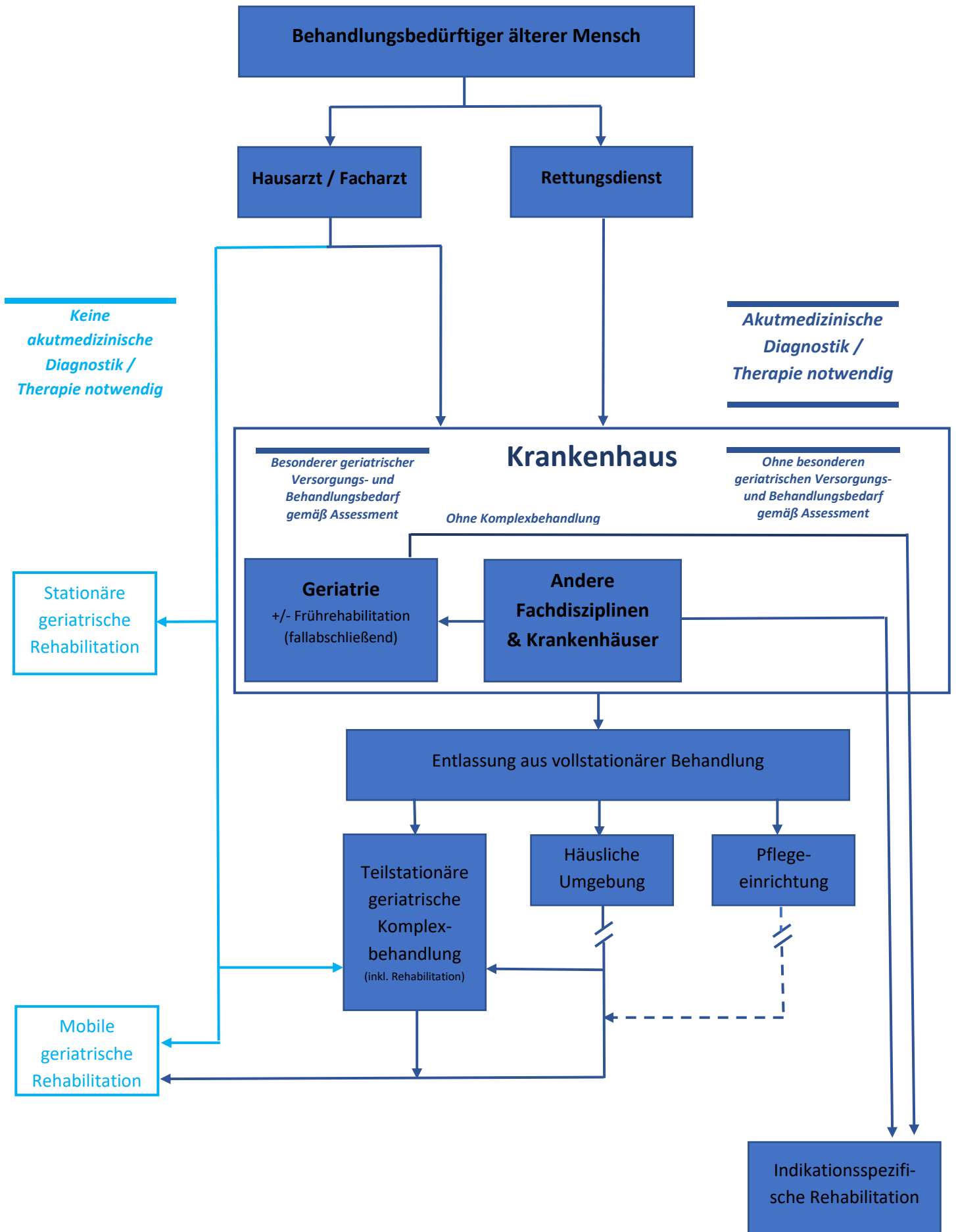
Geriatrie Fachabteilungen und geriatrische Fachkrankenhäuser haben die Aufgabe Patientinnen und Patienten mit besonderem (teil-)stationärem Behandlungsbedarf zu behandeln.

¹¹ Gutachten der PMV Forschungsgruppe, Bericht für das Hessische Sozialministerium, 2012.

Je nach Ergebnis des geriatrischen Assessments steht die geriatrische Behandlung oder die anderweitige Behandlung im Vordergrund. Die Versorgung in geriatrischen Krankenhäusern oder geriatrischen Fachabteilungen schließt die Frührehabilitation mit ein und erfolgt im Regelfall fallabschließend. Die Behandlung in einem geriatrischen Krankenhaus oder einer geriatrischen Fachabteilung kann in Form einer tagesklinischen geriatrischen Komplexbehandlung fortgesetzt werden. Sofern in begründeten Ausnahmefällen nach Entscheidung der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes der geriatrischen Fachabteilung oder des geriatrischen Fachkrankenhauses eine andere Form der Behandlung, insbesondere Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, notwendig ist, ist auch diese möglich.

Besteht initial kein Bedarf an einer (teil-)stationären geriatrischen Krankenhausbehandlung, stehen für die Patientinnen und Patienten Angebote in der stationären, mobilen geriatrischen Rehabilitation zur Verfügung. Welche dieser Formen der Rehabilitation für die einzelne Patientin / den einzelnen Patienten geeignet ist, hängt von dem konkreten Behandlungsbedarf, den Fähigkeiten und der Lebenssituation ab.

Eine Übersicht über den möglichen Behandlungsweg bietet die nachfolgende Grafik.



E Leitsätze geriatrischer Behandlung

Die geriatrische Versorgung in Krankenhäusern mit geriatrischem Versorgungsauftrag oder Krankenhäusern, die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen anbieten, erfolgt in Hessen nach den folgenden Leitsätzen.

E 1. Bedarfsgerechte Versorgung

Nach § 1 Abs. 1 des Hessischen Krankenhausgesetzes ist Ziel des Gesetzes „in Hessen eine qualitativ hochwertige patienten- und bedarfsgerechte stationäre Versorgung der Bevölkerung durch ein flächendeckendes gegliedertes System qualitativ leistungsfähiger und eigenverantwortlich wirtschaftender Krankenhäuser sicherzustellen.“ Dieses gesetzliche Ziel gilt auch für die Geriatrie. Dabei kommt es darauf an, sowohl den aktuell bestehenden Bedarf im Blick zu behalten als auch den aufgrund der demographischen Entwicklung zukünftig entstehenden Bedarf (siehe C 4.).

E 2. Flächendeckende Angebote in der Geriatrie

In den letzten rund 30 Jahren wurde in Hessen ein differenziertes wohnortnahes geriatrisches Versorgungsangebot auf der Grundlage des Konzeptes von 1992 geschaffen. Dies gilt es zu bewahren und auch im Rahmen von Netzwerken und Versorgungsverbänden weiterzuentwickeln. In Hessen gibt es mittlerweile in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt an Krankenhäusern ausgewiesene geriatrische Versorgungsaufträge.

E 3. Behandlungsziele: Selbständigkeit und Lebensqualität

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

E 4. Respekt vor Autonomie und Würde

Im Mittelpunkt der geriatrischen Behandlung steht darüber hinaus der Respekt vor der Autonomie und Würde jeder Patientin und jedes Patienten. Dies kann dazu führen, dass das Ziel der größtmöglichen Selbständigkeit zugunsten anderer beispielsweise lindernder Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität in den Hintergrund rückt.

E 5. Adaptierte medizinische Abklärung und Therapie

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

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

E 6. Frühzeitige funktionelle Behandlung

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

E 7. Sichere Behandlung

Geriatrische Patientinnen und Patienten benötigen eine an ihrer besonderen Vulnerabilität orientierten spezifisch sichere Behandlung. Dies betrifft zum Beispiel die Prävention von Infektionen mit multiresistenten Erregern, die Sturzgefahr oder das erhöhte Risiko von Delirien.

E 8. Sektorenübergreifendes Behandlungskonzept

Geriatrische Patientinnen und Patienten bedürfen eines qualifizierten, sektoren-übergreifenden Behandlungs- und Nahtstellenmanagements zur Sicherung und ggf. zum weiteren Ausbau der erzielten Behandlungsergebnisse. Dabei kommt sowohl der behandelnden Hausärztin / dem behandelnden Hausarzt als auch den niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten als ersten Ansprechpartnern der Patientinnen und Patienten eine herausgehobene Bedeutung zu.

Zu den gesundheitspolitischen Zielsetzungen des Landes Hessen gehört daher die Ausweitung sektorenübergreifender und interdisziplinärer Versorgungsangebote ebenso wie die verstärkte Kooperation von Krankenhäusern untereinander und mit komplementären Einrichtungen. Die Aktualisierung des Geriatriekonzeptes hat diese Anforderungen zu berücksichtigen.

Die geriatrischen Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen sind mit ihren stationären und tagesklinischen Strukturen als Teil der geriatrischen Versorgungsstruktur in Hessen gut etabliert. Sie sollen als Motor für die weitere regionale Vernetzung im Sinne eines geriatrischen Versorgungsverbundes dienen.

Die individuellen Behandlungsbedarfe geriatrischer Patientinnen und Patienten erfordern über die stationären Strukturen hinaus eine intensive Vernetzung und Bündelung von Kompetenzen, die den ambulanten Bereich einschließen. Das Modell des geriatrischen Versorgungsverbunds koordiniert die regionalen Versorgungskompetenzen und -strukturen und strebt auf diesem Weg die Überwindung der Sektorengrenzen an.

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

Die Schaffung von geriatrischen Institutsambulanzen kann ein weiterer Beitrag zur Stärkung sektorenübergreifender Behandlungsmöglichkeiten sein.

Da die mobile geriatrische Rehabilitation als sinnvolle Spezialform der geriatrischen Versorgung für bisher benachteiligte Patientinnen und Patienten mit besonderen Anforderungen an ein beständiges Umfeld (z. B. blinde Patientinnen und Patienten und Menschen mit Demenz) zu sehen ist, soll diese in Hessen weiter ausgebaut werden.

E 9. Betreuungskontinuität

Geriatrische Patientinnen und Patienten bedürfen aufgrund ihrer verminderten physischen und psychischen Kompensationsfähigkeit und der daraus resultierenden sozialen Verunsicherung konstanter und vertrauter Bezüge in der ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Betreuung bei auf das Notwendigste beschränkten räumlichen Wechseln. Die Betreuungskontinuität geriatrischer Patientinnen und Patienten soll daher u.a. durch die Behandlung in Versorgungsverbänden gewährleistet werden.

E 10. Einbezug des Umfeldes

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

E 11. Angemessene Zeit für die geriatrische Behandlung

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

F Qualitätsmerkmale der spezialisierten klinisch-geriatrischen Versorgung

Die geriatrische Behandlung ist eine hoch spezialisierte aufwändige Behandlung. Sie erfordert zwar meist einen geringeren Einsatz an apparativer Diagnostik und Therapie, muss diese jedoch prinzipiell verfügbar haben. Dafür ist der personelle Einsatz, insbesondere im pflegerischen und therapeutischen Bereich, aber auch der Aufwand für das umfassende Patientenmanagement deutlich höher. Daher werden in diesem Abschnitt die Anforderungen an Krankenhäuser, welche an der geriatrischen Versorgung mitwirken, benannt.

Die Qualitätsmerkmale differenzieren zwischen Anforderungen, die grundsätzlich von jedem Krankenhaus an seinem Standort erbracht werden müssen (F 1) und Anforderungen, die im Rahmen eines geriatrischen Netzwerkes erbracht werden können (F 2). Wenn nachfolgend von einem Geriatrischen Versorgungsverbund die Rede ist, so sind damit Strukturen gemeint, die eher kleinräumig aufgebaut sind. Dies können z. B. Kooperationen sein, die zwischen einem an der geriatrischen Versorgung mitwirkenden Krankenhaus und den Einrichtungen der Altenpflege und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten einer Region bestehen. In diesem geriatrischen Versorgungsverbund bewegen sich die Patientinnen und Patienten normalerweise. Hingegen meint der Begriff geriatrisches Netzwerk größere Strukturen, z. B. zwischen mehreren Krankenhäusern, die an der geriatrischen Versorgung mitwirken, die aber ggf. unterschiedliche Schwerpunkte aufweisen.

F 1. Anforderungen an alle geriatrischen Krankenhäuser oder Fachabteilungen

Die nachfolgenden Anforderungen müssen von allen geriatrischen Fachabteilungen, geriatrischen Fachkliniken sowie von allen Abteilungen, welche geriatrische Patientinnen und Patienten behandeln und die geriatrische Kompletpauschale nach dem OPS-Code abrechnen, auch unabhängig eines Versorgungsauftrages in der Geriatrie, erfüllt werden.

Die nachfolgend dargestellten Anforderungen müssen grundsätzlich von dem an der geriatrischen Versorgung teilnehmenden Krankenhaus allein erfüllt werden. Wenn diese Anforderung auch durch eine verbindliche, das heißt vertraglich geregelte, Kooperation mit einem anderen Leistungserbringer im Gesundheitswesen erbracht werden kann, wird in den nachfolgenden

Darstellungen explizit darauf hingewiesen. Voraussetzung für die Anerkennung einer verbindlichen Kooperation ist die Gleichwertigkeit der Lösung für die Patientin / den Patienten.

Krankenhäuser, die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des Geriatriekonzeptes bereits an der geriatrischen Versorgung teilnehmen oder nachweislich vor dem 1.1.2021 bereits einen Antrag auf eine geriatrische Fachabteilung gestellt haben, müssen die Anforderungen dieses Konzeptes spätestens bis zum 31.12.2024 erfüllen.

F 1.1. Reaktionsfähigkeit bei Komplikationen

Wegen stets drohender Komplikationen und Neuerkrankungen ist der rasche Zugriff auf die medizinische Infrastruktur des Krankenhauses mit dem gesamten nach Anlage 1 notwendigen Spektrum diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sowie fachspezifischer Konsiliar-dienste erforderlich. Die medizinische Behandlung der Grund- und Begleiterkrankungen muss mit einer individuell konzipierten, unverzüglich einsetzenden funktionellen Therapie im Sinne der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung gekoppelt werden. Dabei ist der Grundsatz der Betreuungskontinuität zu wahren.

Die Krankenhäuser, welche an der geriatrischen Versorgung teilnehmen, müssen Vorsorge für den Fall treffen, dass eine konsiliare Zusammenarbeit notwendig wird. Dies betrifft insbesondere die Fachgebiete Neurologie, Chirurgie, Orthopädie, Urologie, Augenheilkunde, Dermatologie, HNO, Gynäkologie, Zahnmedizin und Psychiatrie.

Anforderungen an die geriatrische Versorgung:

Der Zugriff die in der Anlage 1 genannte Infrastruktur muss innerhalb des Krankenhausstandortes möglich sein. Eine Sicherstellung im Rahmen einer verbindlichen Kooperation ist in dem in der Anlage 1 dargestellten Rahmen zulässig.

F 1.2. Multiprofessionelles geriatrisches Team

Die fachlichen Anforderungen an ein multiprofessionelles geriatrisches Team ergeben sich aus dem OPS-Code in der jeweils anzuwendenden Fassung. Das geriatrische Team besteht nach dem derzeit gültigen OPS-Code¹² demnach neben den ärztlichen Mitarbeiterinnen / ärztlichen Mitarbeitern aus dem aktivierend-therapeutisch arbeitenden Pflegepersonal und Mitarbeitenden der Bereiche Physiotherapie / Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie / fazioorale Therapie, Psychologie / Neuropsychologie und Sozialdienst. Optional können Ernährungsberatung und die Seelsorge nach § 6 Abs. 5 HKHG hinzutreten. Um aufgebautes

¹² OPS-Code 8-550 (Stand 2021) <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/ops/>

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

Anforderungen an die geriatrische Versorgung:

Die personalfachlichen Anforderungen des jeweils aktuellen OPS-Codes müssen eingehalten werden.

F 1.3. Leitung des geriatrischen Teams

Die Leitung einer geriatrischen Fachabteilung obliegt einer Fachärztin / einem Facharzt mit der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie oder dem Schwerpunkt Geriatrie. Wenn keine Fachärztin / kein Facharzt für Innere Medizin mit der Klinikleitung betraut ist, ist eine Fachärztin / ein Facharzt für Innere Medizin in der geriatrischen Abteilung vorzuhalten. Ein gut ausgebautes konsiliarisches Netzwerk mit der Geriaterin / dem Geriater als Koordinator verbindet das ganzheitliche geriatrische Behandlungskonzept mit der notwendigen fachspezifischen Kompetenz.

Anforderungen an die geriatrische Versorgung:

- Das an der geriatrischen Versorgung mitwirkende Krankenhaus muss nachweisen, dass die Leitung der geriatrischen Fachabteilung einer Fachärztin / einem Facharzt mit der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie oder dem Schwerpunkt Geriatrie obliegt.
- Das an der geriatrischen Versorgung mitwirkende Krankenhaus muss nachweisen, dass eine Fachärztin / ein Facharzt für Innere Medizin in der geriatrischen Abteilung vorgehalten wird, wenn keine Fachärztin / kein Facharzt für Innere Medizin mit der Klinikleitung betraut ist.

F 1.4. Umfassendes geriatrisches Assessment

Die Entwicklung einer Behandlungskonzeption setzt neben der gebotenen medizinischen Diagnostik als ergänzendes diagnostisches Spektrum das multidimensionale geriatrische Assessment voraus. Dabei steht die systematische Aufdeckung von Defiziten, aber auch Ressourcen auf den Ebenen der Funktionsstörungen, der Aktivitätsstörungen und der Partizipationsstörungen im Vordergrund. Das dokumentierte geriatrische Assessment mit standardisierten Instrumenten ist ein essenzielles Qualitätsmerkmal geriatrischer Behandlung. Das Team legt aufgrund des Assessments die Therapieziele fest, die in regelmäßigen, protokollierten Teambesprechungen reflektiert und ggf. modifiziert werden. Es ist ebenfalls ein wesentlicher Baustein geriatrischer Prozessqualität.¹³ Das geriatrische Assessment wird in Anlage 2 definiert.

¹³ S1-Leitlinie Geriatrisches Assessment der Stufe 2 (Stand 19.06.2019) <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/084-002.html>

Anforderungen an die geriatrische Versorgung:

Das geriatrische Assessment nach Anlage 2 ist durchzuführen. Jedes an der geriatrischen Versorgung mitwirkende Krankenhaus muss über eine krankenhausespezifische Regelung zur Umsetzung verfügen.

F 1.5. Sektorenübergreifendes Behandlungskonzept

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

- Einbindung des Umfeldes der geriatrischen Patientin bzw. des geriatrischen Patienten in den Behandlungsprozess
- Sektorenübergreifendes Behandlungsmanagement mit im Regelfall nahtloser Überleitung in die weiteren Behandlungssektoren

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

Hausärztinnen und Hausärzte erfüllen im ambulanten Bereich viele Aufgaben, die die Geriaterin / der Geriater im Krankenhaus wahrnimmt: ihre / seine geriatrischen Patientinnen und Patienten umfassend ärztlich zu begleiten und bezüglich der sinnvollen Inanspruchnahme pflegerischer, therapeutischer und medizinisch-technischer Leistungen zu beraten.

Anforderungen an die geriatrische Versorgung:

- Jedes an der geriatrischen Versorgung mitwirkende Krankenhaus muss in seinen klinikspezifischen Regelungen zur Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten auf die Einbindung des Umfeldes der geriatrischen Patientin bzw. des geriatrischen Patienten in den Behandlungsprozess eingehen.
- Jedes an der geriatrischen Versorgung mitwirkende Krankenhaus muss in seiner klinikspezifischen Regelung darlegen, welche Kooperationsangebote es den Hausärztinnen und Hausärzten im Einzugsgebiet unterbreitet.

F 1.6. Versorgungsstrukturen für den Übergang stationär zu ambulant

Der Übergang von geriatrischen Patientinnen und Patienten in den ambulanten Bereich setzt bei oft erhöhtem Zeitbedarf für die Rekonvaleszenz eine klar strukturierte Entlassungs- und Behandlungsplanung in speziellen Weiterbehandlungsstrukturen voraus, die mit den nachbetreuenden Fachkräften planmäßig zu kommunizieren ist. Sie muss den Bedürfnissen und der ggf. begrenzten Belastbarkeit der Patientin bzw. des Patienten angepasst sein. Anforderungen an die Dokumentation der Überleitung ergeben sich aus der Anlage 4.

Anforderungen an die geriatrische Versorgung:

Jedes an der geriatrischen Versorgung mitwirkende Krankenhaus muss eine Überleitungs-dokumentation anbieten, die mindestens die in der Anlage 4 enthaltenen Daten umfasst.

F 1.7. Tagesklinische Angebote

Ein lückenloses geriatrisches Behandlungskonzept setzt neben einer ausreichenden Zahl vollstationärer Behandlungsmöglichkeiten auch ausreichende Kapazitäten an Tagesklinikplätzen voraus.

Die geriatrische Tagesklinik ist ein integraler Bestandteil einer geriatrischen Klinik / Abteilung und an diese angegliedert. Der tagesklinisch behandelte geriatrische Patient bedarf nicht mehr einer 24-stündigen Arztpräsenz. Für die geriatrische Tagesklinik müssen gleichermaßen die medizinisch-technische Infrastruktur des Krankenhauses und ein komplettes therapeutisches Team zur Verfügung stehen. Die Qualitätskriterien konstantes multiprofessionelles therapeutisches Team, dokumentiertes geriatrisches Assessment, konsiliarisches Netzwerk und sektorenübergreifendes Entlassmanagement sind zentrale Elemente des tagesklinischen geriatrischen Versorgungsangebots.

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

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

Aus diesem Grund wird in den Mindestanforderungen vorgesehen, dass die Erteilung eines Versorgungsauftrages im Regelfall auch die Bereitstellung tagesklinischer Angebote voraussetzt.

Anforderungen an die geriatrische Versorgung:

Jedes an der geriatrischen Versorgung mitwirkende Krankenhaus muss im Regelfall die Bereitstellung eines tagesklinischen Angebots nachweisen. Dies kann auch durch eine Kooperation erfolgen.

F 1.8. Patientensicherheit

Geriatrische Patientinnen und Patienten sind von unvermittelt auftretenden Funktionsstörungen mit Beeinträchtigung der selbständigen Lebensführung bedroht. Aufgrund von Multimorbidität und Vulnerabilität besteht zudem stets ein erhöhtes Risiko, Komplikationen zu erleiden. Aus diesem Grund hat die Patientensicherheit in einer geriatrischen Fachabteilung oder einem geriatrischen Krankenhaus einen sehr hohen Stellenwert. Dies gilt insbesondere für die Vermeidung von Infektionen, namentlich mit multiresistenten Keimen ebenso wie für die Vermeidung von Stürzen, Desorientiertheit, Fehl- und Mangelernährung, Dekubitalgeschwüren sowie unerwünschter Arzneimittelwirkungen oder -interaktionen. Die Etablierung entsprechend umfassender Präventivmaßnahmen gehört damit zur Aufgabe des gesamten geriatrischen Teams. Sie erfordert einen hohen zeitlichen und personellen Aufwand, aktualisierte Konzepte [z. B. zu Sturzprävention, Dekubitusprophylaxe, unbeabsichtigt selbstschädigendes Verhalten (z. B. Weglaufgefahr)] und Qualifizierungsmaßnahmen.

Da der Patientensicherheit und dem Risikomanagement innerhalb der klinischen Geriatrie eine besondere Bedeutung zukommt, haben geriatrische Fachabteilungen spezifische Regelungen und eine angemessene Ausstattung zur Patientensicherheit vorzuhalten. Dazu zählen: Sturzprävention (z. B. Sturzprotokolle, Niederflurbetten), Dekubitusprophylaxe (z. B. Spezialmatten, Bewegungspläne, Dekubitusrisikoskalen), Delirprävention sowie Regelungen zum Umgang mit Patientinnen und Patienten, die gefährdet sind, orientierungslos wegzulaufen. Aufgrund der Multimedikation sind geriatrische Patientinnen und Patienten in besonderer Weise gefährdet, unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu erleiden. Deshalb sind Maßnahmen zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit erforderlich. Zur Minderung der Patientengefährdung durch Verwechslung wird der Einsatz von Patientenarmbändern oder anderen Identifikationshilfen empfohlen. Hier sei auch auf die Handlungsempfehlungen des nationalen Aktionsbündnis Patientensicherheit verwiesen.

Anforderungen an die geriatrische Versorgung

Jedes an der geriatrischen Versorgung mitwirkende Krankenhaus muss durch klinikspezifische Regelungen zur Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten die notwendigen Festlegungen zur Gewährleistung der Patientensicherheit in enger Abstimmung mit dem Patientensicherheitsbeauftragten des Krankenhauses treffen und diese umsetzen.

F 1.9. Zeitnahe Übernahme in die geriatrische Behandlung

Wird eine geriatrische Patientin / ein geriatrischer Patient stationär behandlungsbedürftig, so ist im Regelfall Dringlichkeit gegeben. Zeitziele für die Aufnahme/Übernahme geriatrischer Patientinnen und Patienten in Fachabteilungen für Klinische Geriatrie in Hessen sind daher:

- aus Notaufnahmen und von Hausärzten bei hoher Dringlichkeit innerhalb von 24 Stunden
- aus anderen Krankenhäusern oder Fachabteilungen innerhalb von 5 Werktagen

Anforderungen an die geriatrische Versorgung:

Jedes an der geriatrischen Versorgung mitwirkende Krankenhaus muss in seinen klinikspezifischen Regelungen zur Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten eine Festlegung zur zeitnahen Übernahme geriatrische Behandlungen treffen und diese Festlegung auch umsetzen.

F 1.10. Identifikation geriatrischer Patientinnen und Patienten im Krankenhaus

Eine strikte Trennung in eine (mehr) akutmedizinische und eine (mehr) rehabilitative „Phase“ wird deshalb dem häufig eben nicht phasenhaft ablaufenden Krankheitsprozess der geriatrischen Patientin bzw. des geriatrischen Patienten nicht gerecht. Für eine qualitativ gute geriatrische Versorgung durch die spezialisierte klinische Einrichtung gilt es deshalb frühzeitig im Behandlungsprozess anhand transparenter Kriterien zu entscheiden, welche ältere Patientin / welcher älterer Patient aufgrund der Charakteristika geriatrischer Patientinnen und Patienten dieser aufwändigeren Krankenhausbehandlung bedarf. Hierfür könnte die konsequente Anwendung des geriatrischen Screenings auch in der Notaufnahme des Krankenhauses hilfreich sein.

Um sicherzustellen, dass betagte Patientinnen und Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf und entsprechendem Risikoprofil angemessen behandelt werden, ist die flächendeckende Etablierung eines validen Systems zur frühzeitigen Identifikation von Patientinnen und Patienten, die von einer spezialisierten geriatrischen Behandlung nach vorliegender Evidenz profitieren, anzustreben. Dies schließt auch Patientinnen und Patienten ein, die ohne Überweisung ein Krankenhaus aufsuchen.

Anforderungen an die geriatrische Versorgung:

Jedes an der geriatrischen Versorgung mitwirkende Krankenhaus muss in seinen klinikspezifischen Regelungen zur Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten eine Festlegung zur Identifikation geriatrischer Patientinnen und Patienten treffen.

F 1.11. Kognitive Geriatrie

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels besteht in der akutmedizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen (meist im Rahmen einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung) im Krankenhaus besonderer Handlungsbedarf. Deshalb müssen zielgruppenspezifische Konzepte, die der qualitätsgesicherten Versorgung

geriatrischer Patientinnen und Patienten gerecht werden, erarbeitet werden. 2018 lebten in Hessen 110.400 Menschen im Alter von 65 Jahren und älter mit einer Demenzerkrankung. Bis zum Jahr 2025 wird die Zahl der Betroffenen um 31,2% bzw. bis 2035 sogar um 39,5% ansteigen.

Zu den erforderlichen Maßnahmen gehören:

- die Etablierung eines Systems zur frühzeitigen Identifikation von Patientinnen / Patienten mit kognitiver Einschränkung,
- die verbesserte Aus-, Fort und Weiterbildung des ärztlichen und nichtärztlichen Personals zum Thema Demenz und der Umgang mit Demenzerkrankten,
- die Verbesserung der Diagnostik der Demenz und akuter Verwirrheitszustände (Delir),
- die Vorbeugung akuter Verwirrheitszustände durch adäquate Medikation und sorgfältige Abwägung medizinischer Maßnahmen,
- der Auf- und Ausbau ggf. einrichtungsübergreifender gerontopsychiatrischer und geriatrischer Konsiliardienste,
- die bedarfsgerechte Schaffung von Krankenhausbereichen oder -stationen, in denen akut erkrankten kognitiv eingeschränkten Patientinnen und Patienten bezogen auf die Infrastruktur und das Versorgungskonzept (Kognitive Geriatrie) angemessen begegnet wird und
- die Entwicklung, Einführung und Weiterentwicklung eines Konzeptes als „demenz-/delirsensibles Krankenhaus“ in den jeweiligen Einrichtungen.

Derzeit nehmen die psychiatrischen Fachkrankenhäuser entsprechend ihrem Einzugsgebiet die Aufgaben der gerontopsychiatrischen Versorgung wahr. In steigender Zahl finden sich allerdings gerontopsychiatrische Krankheitsbilder im Falle von akuten somatischen Erkrankungen dieses Risikokollektives im Behandlungsspektrum der klinischen Geriatrie wieder. Dies gilt insbesondere für die Krankheitsbilder Demenz und Delir, für die geriatrische Einrichtungen nach Möglichkeit und abhängig vom Bedarf spezialisierte Stationen bzw. Stationsbereiche zur Versorgung mit speziell geschultem Personal einrichten sollen. Damit kann man dieser akut erkrankten, kognitiv eingeschränkten und sehr vulnerablen Patientengruppe im Rahmen einer erforderlichen Krankenhausbehandlung besser gerecht werden und das Risiko der Schädigung der Betroffenen und/oder der Mitpatientinnen / Mitpatienten reduzieren.

Anforderungen an die geriatrische Versorgung

Jedes an der geriatrischen Versorgung mitwirkende Krankenhaus muss in seinen klinikspezifischen Regelungen zur Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten eine Festlegung zum Umgang mit Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen treffen.

F 1.12. Palliative Geriatrie

Neben kurativen, präventiven und rehabilitativen Ansätzen muss sich die Geriatrie immer auch mit palliativmedizinischen Fragestellungen bei betagten Patientinnen und Patienten auseinandersetzen. Dabei widmet sich die Palliative Geriatrie gezielt der Behandlung und Begleitung multimorbider unheilbar erkrankter betagter Menschen am Lebensende. Ziel ist es, Wünsche und Bedürfnisse Schwerstkranker und Sterbender zu erkennen und ihren körperlichen und seelischen Nöten kompetent zu begegnen. Dabei muss die adäquate interdisziplinäre und multiprofessionelle Behandlung sichergestellt sein. Die Palliative Geriatrie bietet auch Unterstützung bei schwierigen medizinischen und ethischen Entscheidungen und ermöglicht ein Leben und Sterben in Würde und Geborgenheit. Die besondere Expertise der Geriatrie liegt in ihrem Wissen um die Probleme schwerstkranker nicht-onkologischer geriatrischer Patientinnen und Patienten beispielsweise mit fortgeschrittener Demenzerkrankung, chronischer Herz- und Lungenerkrankung oder schwer betroffenen Patientinnen und Patienten nach Schlaganfall.

Vor diesem Hintergrund sollen spezialisierte geriatrische Fachabteilungen über ein einrichtungsbezogenes Konzept zum Umgang mit geriatrischen Palliativpatientinnen und Palliativpatienten verfügen.

Anforderungen an die geriatrische Versorgung

Jedes an der geriatrischen Versorgung mitwirkende Krankenhaus muss in seinen klinikspezifischen Regelungen zur Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten eine Aussage zum Umgang mit geriatrischen Palliativpatientinnen / geriatrischen Palliativpatienten treffen.

F 1.13. Gerontopsychiatrie als Teil der geriatrischen Versorgung

Die Psychiatrie des höheren Lebensalters erlangt zunehmend an Bedeutung. Grundsätzlich können die meisten psychischen Erkrankungen auch im höheren Lebensalter auftreten. Im Zusammenhang mit der steigenden Lebenserwartung und der somatischen Multimorbidität werden organische Psychosen, insbesondere demenzielle Erkrankungen, weiter an Häufigkeit zunehmen, obgleich Patientinnen und Patienten mit depressiven Krankheiten die größte Gruppe darstellen. Die bedarfsgerechte Versorgung psychisch kranker alter Menschen stellt eine besondere Herausforderung dar. Neben dem Bedarf an spezifischen therapeutischen Angeboten – wie Psychotherapie für Ältere – stehen psychosoziale Aspekte und die Notwendigkeit einer multiprofessionellen Versorgung im Vordergrund. Eine besonders intensive Koordination und Verzahnung medizinischer, psychiatrischer, psychotherapeutischer und sozialer Angebote ist erforderlich. Aus diesem Grund ist es zweckmäßig, die regionale Verzahnung

zwischen geriatrischen Fachabteilungen, gerontopsychiatrischen, psychotherapeutischen Angeboten und hausärztlicher Versorgung auszubauen. Entsprechend betont die 2020 veröffentlichte, multidisziplinär erarbeitete Nationale Demenzstrategie die Notwendigkeit einer Entwicklung und Weiterentwicklung der regionalen vernetzten Versorgung mit einem Schwerpunkt in der ambulanten Versorgung (Bundesministerium für Familie; Senioren; Frauen und Jugend: Nationale Demenzstrategie [nationale-demenzstrategie.de]).

Insbesondere für die Krankenhausversorgung somatisch erkrankter alter Menschen mit relevanten psychiatrischen Begleiterkrankungen ist einer medizinischen Versorgung in engem Verbund zwischen Geriatrie und Gerontopsychiatrie der Vorzug vor der Versorgung in isolierten psychiatrischen oder medizinischen Krankenhauseinrichtungen zu geben. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, die Nahtstellen und Abgrenzungsbereiche zwischen Geriatrie und Gerontopsychiatrie beschreiben und individuell in jedem Krankenhaus zu bewältigen.

Anforderungen an die Erteilung geriatrische Versorgungsaufträge:

- Jedes an der geriatrischen Versorgung mitwirkende Krankenhaus muss in seinen klinikspezifischen Regelungen zur Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten eine Aussage zur gerontopsychiatrischen Versorgung treffen.
- Jedes an der geriatrischen Versorgung mitwirkende Krankenhaus sollte – wenn es nicht selbst über einen Versorgungsauftrag in der Psychiatrie verfügt – die gerontopsychiatrische Versorgung durch eine Kooperation mit einem Krankenhaus mit psychiatrischem Versorgungsauftrag sicherstellen.

F 1.14. Sektorenübergreifende Versorgung

Der Versorgungsbedarf geriatrischer Patientinnen und Patienten geht häufig weit über die Krankenhausbehandlung hinaus. Für diese Gruppe von Patientinnen und Patienten gilt es ein sektorenübergreifendes Behandlungsmanagement zu etablieren, das die Notwendigkeit der engen Zusammenarbeit von Personen und Einrichtungen berücksichtigt, die für die medizinische und pflegerische Versorgung verantwortlich sind. Dabei sind einerseits die Einbindung des Umfeldes sowie niedergelassener Ärzte, insbesondere des Hausarztes, in den Behandlungsprozess und andererseits das Entlassmanagement unverzichtbar. Geriatrische Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen sollen sich zur Verbesserung der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten an einem regionalen Versorgungsverbund mit nachstehenden Versorgungspartnern beteiligen:

- Hausärzte
- Ambulante Pflegedienste
- Kurz- und Langzeitpflege

- Betreutes Wohnen
- Tagespflege und Tagesstätten mit niederschweligen Therapieangeboten
- Pflegestützpunkte
- Hospizdienste
- Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)
- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) und spezialisierte stationäre Palliativversorgung (Palliativstation)

Diese Einrichtungen sind in eine Gesamtkonzeption für die geriatrische Versorgung einzubeziehen. Um die Zusammenarbeit mit den genannten Kooperationspartnern zu festigen und zu verstetigen, sollen die Krankenhäuser mit ihren Partnern in einem strukturierten regionalen Geriatrischen Versorgungsverbund zusammenarbeiten.

Anforderungen an die geriatrische Versorgung

Jedes an der geriatrischen Versorgung mitwirkende Krankenhaus muss bis zum 31.12.2023 ein Konzept erarbeiten, wie ein geriatrischer Versorgungsverbund vor Ort aufgebaut sein soll. Bis zum 31.12.2024 müssen konkrete Schritte zur Umsetzung in Angriff genommen worden sein.

Regionale Versorgungsverbände und geriatrische Netzwerke lassen sich nicht ausschließlich mit den Mitteln des SGB V / KHG darstellen. Es bedarf vielmehr einer Einbindung in die sozialen Hilfesysteme der Kommunen. Hierzu sollten jeweils innerhalb eines Versorgungsgebietes verbindliche Kooperationsstrukturen unterhalten werden.

F 1.15. Qualität messbar machen – Qualitätssicherung in der Geriatrie

Die Sicherstellung und Dokumentation einer hohen Behandlungsqualität in der Geriatrie in Hessen und die Herstellung einer Vergleichbarkeit sind zentrale Ziele des Hessischen Geriatriekonzeptes. Um diese Ziele zu erreichen und zugleich den Prozess der Erstellung des Hessischen Geriatriekonzeptes nicht zu überladen, wird folgendes mehrstufiges Vorgehen vereinbart:

- An erster Stelle steht dabei die zuverlässige Erhebung der Versorgungsqualität der einzelnen an der geriatrischen Versorgung mitwirkenden Krankenhäuser mittels eines zu diesem Zweck zu entwickelnden Kennzahlensets.
- In einem zweiten Schritt sollen die Daten so aufgearbeitet werden, dass ein Benchmark der Hessischen Krankenhäuser sowie die Einführung von Referenzbereichen zur Identifizierung rechnerischer Auffälligkeiten möglich ist.

- An dritter Stelle steht schließlich die Herstellung einer bundesweiten Vergleichbarkeit. Diese dient auch dazu nachzuweisen, dass das hessische Konzept der im Regelfall fallabschließenden Behandlung eine hohe Versorgungsqualität sicherstellt.

Von diesen Maßnahmen soll zunächst Schritt 1 umgesetzt werden. Die Gremien der Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (LAGQH) und des Landesverbandes Geriatrie werden gebeten zu prüfen, in welchem Umfang die Umsetzung der Schritte gemeinsam unterstützt werden kann. Die Zielsetzung und die Rahmenbedingungen der Umsetzung ergeben sich aus in Anlage 5 enthaltenen der Präambel. Die weitere Ausarbeitung der Anlage 5 wird gemeinsam mit der LAGQH, dem Landesverband Geriatrie und der AG zum Geriatriekonzept erfolgen.

Anforderungen an die geriatrische Versorgung

Jedes an der geriatrischen Versorgung mitwirkende Krankenhaus soll sich an der Sicherstellung der geriatrischen Versorgungsqualität nach dem als Anlage 5 beiliegenden Konzept beteiligen.

F 2. Anforderungen die im geriatrischen Netzwerk erfüllt sein müssen

Die nachfolgenden Kriterien müssen nicht von jedem Krankenhaus, welches an der geriatrischen Versorgung teilnimmt, erfüllt werden, sollten aber – auch in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten – innerhalb des geriatrischen Netzwerkes angeboten werden.

F 2.1. Interdisziplinäre Alterstraumatologie

Die demographische Entwicklung und die schlechte Prognose der so genannten Altersfrakturen erfordern eine Weiterentwicklung der vorhandenen Versorgungsstrukturen. Im Wissen um die Zusammenhänge von frühzeitigem Operationszeitpunkt – gerade für den schwerkranken alten Menschen – und frühzeitig einsetzender multidisziplinärer geriatrischer Behandlung sowie der Wiedererlangung der Mobilität und sozialen Reintegration sollen die Kompetenzen unfallchirurgischer und geriatrischer Akutversorgung sowie altersgerechter Frührehabilitation gebündelt und zur Behandlung der Alterspatientinnen und -patienten interdisziplinär zusammengeführt werden. Dies kann durch die Schaffung von interdisziplinären Zentren für Alterstraumatologie erreicht werden. Es handelt sich dabei um eine auf die Behandlung älterer Fraktur- und Trauma-Patientinnen und Patienten spezialisierte Versorgungsstruktur. Die

Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfrakturen setzt in einem wichtigen Teilbereich der Alterstraumatologie den rechtlichen Rahmen.

Die Komplexität von Krankheit im Alter bedingt gerade bei geriatrischen Patientinnen und Patienten mit traumatologischen Erkrankungen die Notwendigkeit zur berufsgruppenübergreifenden Kooperation zwischen Ärzten (insbesondere Unfallchirurgie, Klinische Geriatrie und Anästhesie), Pflegekräften, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Psychologen, Sozialarbeitern und Seelsorgern.

Wesentliches Merkmal eines interdisziplinären Alterstraumatologischen Zentrums ist ein durchgehendes interdisziplinäres multiprofessionelles Konzept. Das Spektrum eines solchen Zentrums reicht von der Notfalldiagnostik und -behandlung in der Notfallambulanz über die operative Versorgung und Narkose, die geriatrisch / internistische Behandlung von Begleit- und Grunderkrankungen bis zur Frührehabilitation mit dem Ziel der Rückkehr in die gewohnte Umgebung und Wiedererlangung der Selbstständigkeit so schnell und so weitgehend wie möglich. Ziel ist die bestmögliche Wiederherstellung bzw. Erhaltung und Förderung der Unabhängigkeit und Eigenständigkeit von verletzten alten Menschen, wenn diese durch einen Unfall (Trauma) in Kombination mit Krankheiten und/oder Behinderungen gefährdet oder beeinträchtigt sind.

Es wird empfohlen, dass die Fachabteilungen für Klinische Geriatrie sich an der Bildung von interdisziplinären Alterstraumatologischen Zentren beteiligen. Dabei ist eine enge Kooperation zwischen Klinischer Geriatrie und Unfallchirurgie als gleichberechtigte Partner erforderlich. Dies kann in Form von (telemedizinischen) Konsilen, gemeinsamen Visiten oder einer gemeinsam geführten Station erfolgen.

Anforderungen an die eines geriatrischen Versorgung

Jedes an der geriatrischen Versorgung mitwirkende Krankenhaus soll in einem geriatrischen Netzwerk über einen Zugang zu einem zertifizierten interdisziplinären alterstraumatologischen Zentrum verfügen bzw. sich an diesem beteiligen.

G Aus-, Weiter- und Fortbildung in der Geriatrie

Im Bereich des Gesundheitswesens müssen die spezifischen Bedürfnisse betagter Patientinnen und Patienten im Sinne ganzheitlicher Ansätze mehr Berücksichtigung finden, was vor allem eine wichtige Aufgabe für die Aus-, Fort-, und Weiterbildung darstellt.

So werden die Landesärztekammer und die Fortbildungseinrichtungen der Pflegeberufe und der therapeutischen Berufe die geriatrische Qualifizierung des ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Personals durch entsprechende Fortbildungsangebote weiter unterstützen. Institutionen wie Krankenhäuser, Pflegeheime, Pflegedienste und Praxen ihrerseits sollen darauf dringen, dass solche Angebote genutzt werden. Dabei erscheint es erforderlich, dass alle Ärztinnen / Ärzte, Therapeutinnen / Therapeuten und Pflegekräfte Grundsätze der Geriatrie kennen und anwenden können.

Diese allgemeine geriatrische Kompetenz beinhaltet die Kenntnis von

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

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

Zur Vermittlung dieser allgemeinen geriatrischen Kenntnisse sind folgende Maßnahmen umzusetzen:

- Geriatrische Inhalte müssen in der universitären Lehre und ärztlichen Berufsausbildung umfassend verankert werden.
- Geriatrische Unterrichtsinhalte müssen im Ausbildungs-Curriculum von Fachschulen / höheren Berufsfachschulen für Gesundheitsberufe eingebunden sein.
- Die von den regionalen geriatrischen Fachabteilungen etablierte Zusammenarbeit mit Hausärztinnen / Hausärzten, Mitarbeitenden weiterversorgender Institutionen (Sozialstationen, Pflegeheime) und Bildungsträgern zur Vermittlung geriatrischer Weiterbildungsinhalte ist weiter zu vertiefen und im Sinne einer regelmäßigen strukturierten Fort- und Weiterbildung auszubauen.

G 1. Medizinische Weiter- und Fortbildung

G 1.1. Geriatrische Grundversorgung

Das von der Bundesärztekammer entwickelte 60-stündige Basiscurriculum „Geriatrische Grundversorgung“ wird von der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen angeboten. Es richtet sich an alle Ärztinnen und Ärzte, die ihre Kenntnisse über wesentliche Aspekte bei der Behandlung älterer Menschen vertiefen möchten. Nach bestandener Abschlussprüfung dürfen die Ärztinnen und Ärzte diese Qualifikation auf ihrem Praxisschild entsprechend ankündigen mit „Geriatrische Grundversorgung (Landesärztekammer Hessen)“.

G 1.2. Zusatz-Weiterbildung „ambulante Geriatrie“

Nach Beschluss der Delegiertenversammlung der LÄK Hessen vom März 2017 wird in Hessen die Zusatz-Weiterbildung „ambulante Geriatrie“ eingeführt. Sie soll für das geriatrische Assessment und die Ableitung des daraus resultierenden Behandlungsplans qualifizieren. Voraussetzung für den Erwerb der Bezeichnung ist eine Facharztterkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung. Die Weiterbildungszeit beläuft sich auf 12 Monate Weiterbildung in der Geriatrie bei einem Weiterbildungsbefugten für Ambulante Geriatrie sowie 60 Stunden Kursweiterbildung in Geriatrischer Grundversorgung.

Wurde bereits eine Facharztbezeichnung in Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie oder Physikalische und Rehabilitative Medizin erworben, kann die Weiterbildung abweichend durch Nachweis von 100 Stunden Fallseminare, Hospitationen und Praktika sowie 60 Stunden Kursweiterbildung in Geriatrischer Grundversorgung erfolgen.

G 1.3 Zusatz-Weiterbildung „Geriatrie“

Die 18-monatige ärztliche Weiterbildung zur Zusatz-Weiterbildung „Geriatrie“, die ergänzend zu einer Facharztanerkennung im Gebiet Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Neurologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin oder Psychiatrie und Psychotherapie erworben werden kann, erfolgt durch die anerkannten Weiterbildungsstätten und Weiterbildungsermächtigten gemäß der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen aus dem Jahre 2020.

G 2. Pflegerische Aus-, Weiter- und Fortbildung

Aufgrund der demographischen Entwicklung ist bereits in der Ausbildung von Pflegefachkräften zukünftig besonders darauf zu achten, dass grundlegende geriatrische Kenntnisse vermittelt werden.

Aufbauend auf dem modular aufgebauten Zercur Programm – Fachweiterbildung Pflege des Bundesverbands Geriatrie existiert eine strukturierte 180-Stunden-Weiterbildung für in der Geriatrie tätige Fachpflegekräfte. Die Abrechnung geriatrischer Kompletpauschalen setzt die Präsenz derartig weitergebildeten Pflegekräfte mit Bescheinigung über 180 Stunden Zusatzqualifikation nach OPS 8-550 im geriatrischen Team als Mindestmerkmal voraus.

Darüber hinaus wird die vom Bundesverband Geriatrie im Rahmen des Zercur Programms zertifizierte Fachweiterbildung Therapie zum „Fachtherapeuten Geriatrie“ mit 400 Stunden sowie für die Pflege zur „Fachpflegekraft Aktivierend-therapeutische Pflege Geriatrie“ empfohlen. Sie umfasst 520 Stunden und hat zum Ziel, examinierte Pflegefachkräfte bzw. Therapeuten in einer modularisierten Angebotsstruktur innerhalb von maximal fünf Jahren für die spezifischen Anforderungen in der Geriatrie, insbesondere im Hinblick auf die Aktivierend-therapeutische Pflege bzw. die besonderen Anforderungen in der Therapie geriatrischer Patienten zu qualifizieren.

G 3. Weiteres zu Aus-, Weiter- und Fortbildung Hessisch – Thüringischer Geriatrietag

Seit dem Jahr 2000 wird jährlich ein Hessisch-Thüringischer Geriatrietag im Wechsel in Südhessen/Thüringen/Nordhessen durchgeführt, der dem Austausch organisatorischer und fachspezifischer Fragen und der interdisziplinären geriatrischen Fortbildung in beiden Ländern dient.

Zur Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung für das multiprofessionelle geriatrische Team in Hessen beabsichtigt sich das Land Hessen an der Organisation des jährlichen Geriatrietages zu beteiligen.

H Anlagen

Anlage 1 Infrastrukturelle Anforderungen

Der hohe Qualitätsstandard aller Krankenhäuser, die in Hessen an der geriatrischen Versorgung mitwirken, stellt besondere Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität, die Bestandteil des geriatrischen Versorgungsauftrags sind.

Die im Folgenden dargestellten Mindestvoraussetzungen gelten für alle Krankenhäuser, die in Hessen an der geriatrischen Versorgung teilnehmen. Die apparative Ausstattung muss – auch aufgrund der F 1.1. geforderten Reaktionsfähigkeit bei Komplikationen – am Standort des behandelnden Krankenhauses vorhanden sein. Eine Sicherstellung durch eine Kooperation ist möglich, wenn die Leistung im Regelfall innerhalb des Krankenhausstandortes erbracht werden kann.

Apparative Ausstattung:

- Röntgen
- EKG, Langzeit-EKG, Langzeitblutdruckmessung
- Sonografie, Dopplersonografie, Echokardiographie
- Endoskopie
- Ein Zugriff auf eine CT ist empfehlenswert

Labordiagnostik:

- Das Krankenhaus muss auf eine hinreichend leistungsfähige Labordiagnostik zugreifen können. Notwendig ist ein Zugriff auf ein Labor einschließlich eines 24 h Notfalllabor.
- Wenn kein eigenes Labor vorhanden ist und der Zugriff durch eine verbindliche Kooperation gewährleistet wird, muss eine hinreichend leistungsfähige POC Diagnostik vorhanden sein.

Räumliche Ausstattung:

- Notwendig sind überwiegend 1- und 2-Bettzimmer mit behindertengerechter Nasszelle.
- Der Flächenbedarf in Fachabteilungen für Geriatrie oder in Bereichen, in welchen Geriatrische Patienten behandelt werden, liegt 20 bis 25 % höher als in Kliniken oder Bereichen für Innere Medizin.

Anlage 2 Geriatrisches Assessment

Folgende standardisierte Assessmentinstrumente sind regelhaft bei geriatrischen Patienten zu erheben. Genauere Beschreibungen der aufgeführten Tests finden sich in der S1-Leitlinie „Geriatrisches Assessment der Stufe 2“.¹⁴

Bereich	Test
Selbsthilfefähigkeit	Barthel-Index nach Hamburger Manual (BI)
Mobilität/Motorik	Esslinger Transferskala (ETS)
Mobilität/Motorik	Timed Up and Go Test (TUG)
Kognition	Mini Mental State Examination nach Folstein (MMSE)
Depressivität	Geriatrische Depressions-Skala 15-Item-Version nach Yesavage (GDS 15)

Barthel-Index, Esslinger Transferskala, Timed-Up-and-Go-Test sind sowohl bei Aufnahme als bei Entlassung zu erheben, MMSE und GDS 15 möglichst zu Beginn der Behandlung.

Die in der Tabelle aufgeführten obligatorischen Assessmentinstrumente können als Folge der Weiterentwicklung der **Qualitätssicherung Geriatrie Hessen** um weitere Tests ergänzt werden.

¹⁴https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/084-002l_Geriatrisches-Assessment-Stufe-2_2019-08_01.pdf (Abruf 19.11.2021)

Anlage 3 Der Anmeldebogen der in der geriatrischen Versorgung tätigen Krankenhäuser in Hessen

Für die Anmeldung in einem geriatrischen Fachkrankenhaus oder einem Krankenhaus mit geriatrischer Fachabteilung ist der beiliegende Anmeldebogen zu verwenden. Dieser wurde vom Landesverband Geriatrie Hessen Thüringen erstellt und dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration freundlicherweise für das Geriatriekonzept zur Verfügung gestellt (vgl. nachfolgende Seiten).

Logo der Klink

Anmeldeformular Geriatrie Hessen nach § 39 SGB V

Patientendaten (Aufkleber)		Anmelder/Einrichtung	
Name, Vorname			
geb.			
Krankenkasse	Behandlungsart	stationär <input type="checkbox"/>	stationär seit
		teilstationär <input type="checkbox"/>	Kontakt auf Station
Wahlleistungen	1-Bett <input type="checkbox"/>	Chefarzt <input type="checkbox"/>	Telefon _____
	2-Bett <input type="checkbox"/>		Arzt _____
Hausarzt			

behandlungsbegründende Diagnosen:

weitere relevante Diagnosen:

Operation	bei Frakturen <i>(bitte Vorbefunde / CD mitgeben)</i>
OP-Datum	<input type="checkbox"/> voll belastbar <input type="checkbox"/> teilbelastbar ab _____ mit _____ kg <input type="checkbox"/> übungsstabil <input type="checkbox"/> keine Belastung bis _____

Status vor Erkrankung und Mobilität <input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege/PH <input type="checkbox"/> eigene Wohnung <input type="checkbox"/> immobil <input type="checkbox"/> mit Angehörigen <input type="checkbox"/> Hilfsmittel? <input type="checkbox"/> hilfsbedürftig Welche: _____ <input type="checkbox"/> familiäre Versorgung _____ <input type="checkbox"/> Pflegedienst: _____	Pflegegrad <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Antrag gestellt <input type="checkbox"/> Grad: _____ (1-5)
--	--

Kontakt Ansprechpartner:	Telefonnummer/n: _____
<input type="checkbox"/> Angehöriger	
<input type="checkbox"/> VS-Bevollmächtigter	_____
<input type="checkbox"/> Betreuer	

Geriatric typische Multimorbidität (aktuellen Status bitte ankreuzen)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gebrechlichkeit | <input type="checkbox"/> Immobilität | <input type="checkbox"/> kognitive Defizite/Demenz | <input type="checkbox"/> Mangel-/Fehlernährung |
| <input type="checkbox"/> rezidivierende Stürze/Gangstörung | <input type="checkbox"/> Delir | <input type="checkbox"/> Depression/Angststörung | <input type="checkbox"/> Dekubitus/Wunden |
| <input type="checkbox"/> Schwindel/Gleichgewichtsstörung | <input type="checkbox"/> starke Sehbehinderung | <input type="checkbox"/> Kontinenzprobleme | <input type="checkbox"/> Multimedikation (≥ 5) |
| <input type="checkbox"/> Exsikkose/Elektrolytentgleisung | <input type="checkbox"/> verzögerte Rekonvaleszenz | <input type="checkbox"/> Urin | <input type="checkbox"/> Stuhl |
| <input type="checkbox"/> Schmerz | <input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> chronisch | | |

die Patientin / der Patient ist aktuell

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kooperationsfähig | <input type="checkbox"/> selbständig gehfähig |
| <input type="checkbox"/> orientiert | <input type="checkbox"/> mit Hilfsperson gehfähig |
| <input type="checkbox"/> verwirrt | <input type="checkbox"/> nicht gehfähig |
| <input type="checkbox"/> hin-/weglaufgefährdet | <input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer |

die Patientin / der Patient benötigt Hilfe beim

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Essen | <input type="checkbox"/> Transfer |
| <input type="checkbox"/> Waschen | <input type="checkbox"/> An-/Ausziehen |
| <input type="checkbox"/> Toilettengang | |

Besonderheiten

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sprachstörung | <input type="checkbox"/> Kontrakturen | <input type="checkbox"/> Stomaversorgung | <input type="checkbox"/> Demers/Shaldon Katheter |
| <input type="checkbox"/> Schluckstörung | <input type="checkbox"/> NIV/CPAP-Beatmung | <input type="checkbox"/> Blasenkatheter | <input type="checkbox"/> Dialyse |
| <input type="checkbox"/> Magensonde / PEG | <input type="checkbox"/> O2-Therapie | <input type="checkbox"/> Port | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Tracheostoma | <input type="checkbox"/> aktuell <input type="checkbox"/> chronisch | <input type="checkbox"/> ZVK | _____ |

Hygienerrelevante Erkrankungen (bitte aktuelle Befunde mitschicken)

- Diarrhöe Clostridoides Norovirus
- VRE 3 MRGN / Erreger und Lokalisation _____
- MRSA 4 MRGN / Erreger und Lokalisation _____
- COVID-19 Abstrich erfolgt
- positiv negativ Datum Befund _____
- Sonstige _____

Es besteht noch keine Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik nach § 40 SGB V, da

(vom Arzt auszufüllen!)

- aktuell bestehende i.v. Therapie
- die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind
- Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit die aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern
- Komplikationen bestehen:
(z. B. Desorientiertheit / wahnhaftige Symptome / Weglauftendenz / Wundkomplikationen / Sehverlust / Hörverlust)
- _____
- bestehende Begleiterkrankungen, die weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen (bitte Erkrankung anführen):
- _____

Weitere Bemerkungen

Rücksprache (Name und Telefon)

Datum

Unterschrift des Arztes

Anlage 4 Inhalte der geriatricspezifischen Überleitungsdokumentation

Unabhängig von dem aus anderen Vorschriften folgenden Inhalt der Überleitungsdokumentation, muss diese zu folgenden Punkten eine Aussage treffen:

Die Überleitungsdokumentation in die ambulante Weiterbehandlung sollte folgende Mindestinhalte aufweisen:

Informationen über organbezogene und übergreifende motorische, emotionelle und kognitive Funktionseinschränkungen

Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeiten mittels standardisierter, wissenschaftlich validierter Testverfahren (z. B. Barthel-Index, PGBA, IADL nach Lawton / Brody, geriatrisches Screening nach LACHS),

Beurteilung der Mobilität und Sturzgefahr durch standardisierte Testverfahren (z. B. Timed "up & go", Tandem-Stand, Esslinger Sturzrisikoassessment)

Erforderlichenfalls Beurteilung von Hirnleistungsstörungen mittels standardisierter Testverfahren (z. B. MMST, SKT oder TFDD),

Erforderlichenfalls Hinweise zu den notwendigen Maßnahmen im Bereich der Anpassung des familiären und häuslichen Umfeldes an die ggf. vorhandene Fähigkeits- und Funktionsstörung,

Erforderlichenfalls Hinweise zur Anpassung des Wohnraumes.

Anlage 5 Qualität messbar machen – Qualitätssicherung in der Geriatrie

Das Konzept zur geriatrischen Versorgung in Hessen verfolgt das Ziel, die Qualität der medizinischen Versorgung fortzuentwickeln. Ein wichtiges Element dieses Konzeptes ist es, die Qualität der geriatrischen Versorgung messbar und transparent zu machen sowie diese zu monitoren und zu belegen. Wie bereits unter Punkt F 15 dargestellt, ist beabsichtigt, einen gemeinsamen, mehrstufigen Prozess in die Wege zu leiten.

Für diesen gemeinsamen Weg würden die an der Entstehung des Hessischen Geriatriekonzeptes beteiligten Institutionen eine Zusammenarbeit mit der LAGQH und dem Bundesverband Geriatrie begrüßen. In enger Zusammenarbeit mit der AG zum Geriatriekonzept ist beabsichtigt, eine zuverlässige Analyse der Versorgungsqualität zu etablieren, die gewonnenen Daten zu analysieren, Transparenz unter allen Beteiligten herzustellen und auch die zur weiteren Steigerung der Versorgungsqualität notwendigen Maßnahmen zu ergreifen.

Ausgehend von dieser Prämisse legt der nachfolgende Text dar, wie die organisatorischen und finanziellen Rahmen der Zusammenarbeit gestaltet wird und welche Folgerungen aus den gewonnenen Daten abgeleitet werden.

Impressum

RECHTLICHER HINWEIS

Alle Rechte vorbehalten. Die Urheberrechte liegen vollständig beim Hessischen Ministerium für Soziales und Integration

HINWEISE ZUR VERWENDUNG

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Hessischen Landesregierung herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlkampfveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Die genannten Beschränkungen gelten unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl die Druckschrift dem Empfänger zugegangen ist. Den Parteien ist es jedoch gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.

Herausgeber

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

Sonnenberger Straße 2/2a

65193 Wiesbaden

www.soziales.hessen.de

Verantwortliche i.S.d. § 18 MStV Alice Engel: Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

Verfasser / Redaktion

Dr. Ben Michael Risch: Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Arbeitsgruppe Geriatrie bzw. Redaktionsgruppe Geriatrie

Stand

November 2021

Bildnachweis

Brooke Hoyer – <https://pxhere.com/de/photo/334287>, Bildausschnitt (Titelblatt)

HESSEN



Herausgeber:

**Hessisches Ministerium
für Soziales und Integration**

Sonnenberger Straße 2/2a
65193 Wiesbaden

www.soziales.hessen.de