



Altersmedizin in Niedersachsen 2012

Grundsätze und Konzept zur Versorgung
geriatrischer Patienten in Niedersachsen

Landesverband Geriatrie Niedersachsen
Mitglied des Bundesverbandes Geriatrie



BUNDESVERBAND
GERIATRIE

Grußwort des

Niedersächsischen Ministerpräsidenten David McAllister



Sehr geehrte Damen und Herren,

der demografische Wandel stellt auch Niedersachsen vor große Herausforderungen. Schon heute sind rund ein Viertel aller Menschen in Niedersachsen über 60 Jahre alt. Der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung wird in den nächsten Jahrzehnten deutlich steigen. Deshalb müssen bereits heute Modelle entwickelt werden, die eine bestmögliche medizinische Versorgung zu tragbaren Beitragssätzen in der Zukunft sicherstellen.

Für Erkrankungen, die überwiegend im höheren Lebensalter auftreten, werden für die nächsten Jahre erhebliche Zuwachsraten in der medizinischen Versorgung erwartet. Vor diesem Hintergrund freue ich mich, dass sich der Landesverband Geriatrie Niedersachsen seit Jahren intensiv für eine bessere Versorgung geriatrischer Patienten einsetzt.

In Niedersachsen gibt es ein ausgewogenes Verhältnis geriatrischer Versorgungsangebote in spezialisierten Akutkrankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen in Wohnortnähe. Es ist wichtig, dieses Versorgungsniveau in der Zukunft aufrecht zu erhalten sowie bedarfsorientiert weiter zu entwickeln. Dabei müssen die spezifischen Anforderungen an eine geriatrische Behandlung im Vordergrund stehen. Nur durch ein umfassendes, Mehrfacherkrankungen berücksichtigendes Leistungsangebot bewahren wir die Chancen auf ein eigenständiges Leben mit hoher Lebensqualität. Zudem werden so frühzeitig Weichen gestellt, um den zunehmenden Bedarf an qualifiziertem Fachpersonal in allen Berufsgruppen und Versorgungsbereichen zukünftig sicherstellen zu können. Gerade in der Altersmedizin hat eine intensive und zuwendungsorientierte Betreuung der Patienten einen wesentlichen Einfluss auf den Behandlungserfolg.

Die Neuformulierung des Konzeptes der Versorgung geriatrischer Patienten aus dem Jahr 2008 in dem nunmehr vorliegenden Konzept „Altersmedizin in Niedersachsen 2012“ leistet dazu einen wichtigen Beitrag. Hierfür danke ich allen Mitwirkenden des Landesverbandes Geriatrie in Niedersachsen.

Hannover, im März 2012



David McAllister
Niedersächsischer Ministerpräsident

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Die geriatrischen Einrichtungen in Niedersachsen	6
2. Entwicklung der geriatrischen Versorgung in Niedersachsen	8
2.1. Aus Sicht der Politik und Kostenträger	8
2.2. Aus Sicht der geriatrischen Medizin	9
3. Demografie in Niedersachsen	11
3.1. Altersstruktur der Bevölkerung im Bundesland Niedersachsen	11
3.1.1. Versorgungsdichte der Bevölkerung mit geriatrischer Facharztkompetenz	12
3.2. Der gesunde ältere Mensch	14
4. Landesverband Geriatrie in Niedersachsen – LVG Niedersachsen	15
5. Geriatrische Medizin	16
5.1. Aktuelle Definition der Geriatrie	16
5.2. Definition des geriatrischen Patienten	16
5.3. Versorgungsstrukturen für ältere Patienten	17
5.4. Das multiprofessionelle geriatrische Team	18
6. Prinzipien der geriatrischen Versorgung in Niedersachsen	18
6.1. Multiprofessionelles geriatrisches Team	19
6.1.1. Ärztlicher Dienst	19
6.1.2. Pflegerischer Dienst	20
6.1.3. Physiotherapie (Krankengymnastik und Physikalische Therapie)	20
6.1.4. Ergotherapie	20
6.1.5. Logopädie	21
6.1.6. (Neuro)-Psychologischer Dienst	21
6.1.7. Sozialdienst	21
6.1.8. Ernährungsberatung	21
6.1.9. Seelsorge	22
6.1.10. Ärztlicher Konsiliardienst	22
6.1.11. Orthopädietechnik und Hilfsmittelversorgung	22
6.2. Medizinisch-therapeutisches Konzept und geriatrisches Assessment	22
6.3. Medizinisch-apparative Ausstattung der Abteilungen/Kliniken	23
6.4. Qualitätssicherung in der Geriatrie	23
6.5. Aus-, Fort- und Weiterbildung, Etablierung in Forschung und Lehre	24
6.6. Wissenschaftliche Tätigkeit des Landesverbandes Geriatrie Niedersachsen	24
7. Geriatrische Behandlungs- und Versorgungsstrukturen in Niedersachsen	25
7.1. Ambulanter Sektor	25
7.1.1. Haus- und fachärztliche Versorgung	25
7.1.2. Ambulante pflegerische Versorgung und Tages-/Nachtpflege	22

	Seite
7.1.3. Kurzzeit- und Verhinderungspflege	26
7.1.4. Qualitätszirkel „Geriatrie“	26
7.1.5. Mobile geriatrische Rehabilitation	26
7.1.6. Ambulante geriatrische Versorgung	26
7.2. Stationärer Sektor	27
7.2.1. Akutgeriatrie inklusive geriatrischer Frührehabilitation und Tagesklinik gemäß § 39 SGB V	27
7.2.2. Indikationen zur Krankenhausbehandlung in der Akutgeriatrie	27
7.2.3. Besonderheiten der akutgeriatrischen Behandlung inklusive geriatrisch frührehabilitativer Komplexbehandlung	28
7.2.4. Abgrenzungskriterien Akutgeriatrie und geriatrische Rehabilitation	29
7.2.5. Geriatrische Rehabilitation mit angeschlossener Tagesklinik/AGR gemäß § 40 SGB V	29
7.2.6. Hauptkrankheitsgruppen und Syndrome in der geriatrischen Rehabilitation	31
7.2.7. Durchführung der geriatrischen Rehabilitation	31
7.2.8. Ziele der geriatrischen Rehabilitation	32
7.3. Integrierte Versorgung in der Altersmedizin	33
8. Prävention des älteren Menschen	33
8.1. Ambulante Prävention	34
8.2. Stationäre Prävention	34
9. Palliativmedizinische Versorgung in der Geriatrie	35
10. Forderungen an eine zukunftsfähige niedersächsische Geriatriekonzeption	36
11. Die geriatrischen Klinikstandorte in Niedersachsen (Stand 01.03.2012)	37
12. Muster des Versorgungsvertrages für die geriatrische Rehabilitation mit Anlagen 1 und 2	47
13. Antragsformulare	57
13.1. Niedersächsischer Antrag zur Kostenübernahme in der geriatrischen Rehabilitation gemäß § 40 SGB V	58
13.2. Erläuterungen zum Antrag zur geriatrischen Rehabilitation	62
13.3. Niedersächsisches Modellprojekt ambulante geriatrische Versorgung	63
14. Impressum	63

1. Die geriatrischen Einrichtungen in Niedersachsen



Stand 01.03.2012

Folgende Organisationsformen der geriatrischen Versorgung existieren in Niedersachsen:

- „Geriatrisierte Innere Abteilung“
d. h. ohne speziellen Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V für gesamte Abteilung FAS 336
- „Fachabteilung Akutgeriatrie“
d. h. spezieller Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V für „klinische Geriatrie“ FAS 340
- „Geriatrische Rehabilitationseinrichtung“
Abteilung nur mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V für die Indikationsgruppe 19
- „Geriatrische Zentren“
mit speziellem Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V für klinische Geriatrie (FAS 340) plus Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V für die Indikationsgruppe 19

Tab. 1: Versorgungsvertragsübersicht der geriatrischen Einrichtungen in Niedersachsen (Stand 01.03.2012)

PLZ – Stadt Einrichtung	Krankenhaus § 39 SGB V		Rehabilitation § 40 SGB V			BVG Mitgl.
	statio- när	teilsta- tionär	statio- när	ambu- lant TK/AGV*	mobil	
29544 Bad Bevensen Diana Klinik	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja
31162 Bad Salzdetfurth Klinik Hildesheimer Land	Ja	Nein	Ja	AGV	Nein	Ja
49565 Bramsche Niels-Stensen-Kliniken Bramsche	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Antrag gestellt
38106 Braunschweig Städt. Klinikum Braun- schweig gGmbH	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
29221 Celle Allgemeines Krankenhaus Celle, St. Josef-Stift	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
31863 Coppenbrügge Krankenhaus Lindenbrunn	Ja	Nein	Ja	AGV	Nein	Ja
26169 Friesoythe St.-Marien-Hospital gGmbH	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
37075 Göttingen-Weende Ev. Krankenhaus gGmbH	Ja	Nein	Ja	TK	Nein	Ja
31028 Gronau/Leine Johanniter Krankenhaus Gronau	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
27404 Gyhum Reha-Zentrum Gyhum	Ja	Nein	Ja	AGV	Nein	Ja
30559 Hannover Diakonische Dienste Hannover gGmbH	Ja	Nein	Ja	TK	Nein	Ja
30851 Langenhagen Klinikum Region Hannover GmbH	Ja	Nein	Ja	TK	Nein	Ja
49808 Lingen St. Bonifatius Hospital gGmbH	Ja	Nein	Ja	TK	Nein	Ja
49393 Lohne St. Franziskus-Hospital	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
26133 Oldenburg Geriatrisches Zentrum Oldenburg	Ja	Nein	Antrag	Nein	Nein	Ja
49090 Osnabrück Klinikum Osnabrück – Natruper Holz	Ja	Nein	Ja	AGV	Nein	Ja
21762 Otterndorf Capio Krankenhaus Land Hadeln	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
49377 Vechta St. Marienhospital Vechta	Antrag	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja

* TK: etablierte Tagesklinik
AGV: Ambulante Geriatrische Versorgung ab 2012

2. Entwicklung der geriatrischen Versorgung in Niedersachsen

2.1. Aus Sicht der Politik und Kostenträger

Der demografische Wandel stellt nicht nur die Gesellschaft in Deutschland, sondern insbesondere die Gesundheits- und Sozialpolitik sowie die an der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen beteiligten Institutionen vor gewaltige Herausforderungen. Daher wurde 1989 der Grundsatz „Reha vor Pflege“ mit Inkrafttreten des GRG (Gesundheits-Reform-Gesetz) in das Leistungsrecht der GKV (gesetzliche Krankenversicherung) aufgenommen.

Vor diesem Hintergrund haben sich Denkweisen und Konzepte zur medizinischen Versorgung, die ihre Behandlungsansätze eher organspezifisch und nicht auf die Sicht umfassender Zusammenhänge fokussiert haben, für Alterspatienten als nicht ausreichend geeignet erwiesen. Die medizinische und pflegerische Versorgung der alternden Gesellschaft erfordert Konzepte, die die stark spezialisierte Medizin mit ihren einzelnen Schwerpunktfächern nur unzureichend bietet. In Niedersachsen bestand Einvernehmen darüber, dass es ein abgestimmtes, einheitliches Konzept der medizinisch-geriatrischen Versorgung für den Krankenhaus- und Rehabilitationsbereich geben sollte.

Das im Weiteren vorgestellte Konzept einer angemessenen flächendeckenden „Geriatrie“ greift die seit 1993 unverändert existierenden Richtlinien zur Geriatrie und Geriatriisierung in Niedersachsen auf, auf deren Basis die bisherige Versorgung geriatrischer Patienten in Niedersachsen sichergestellt und geleistet wurde. Maßgeblichen Anteil an der Konzeption mit Integration von Krankenhausabteilungen und stationären Rehabilitationseinrichtungen hatten Herr Dr. Ernst Bruckenberger, damaliger Referent für Krankenhausplanung des Niedersächsischen Sozialministeriums sowie die Landesverbände der Krankenkassen in Niedersachsen, vertreten durch Frau Heike Klein und Frau Martina Einbeck-Kaufmann. Zusammen mit leitenden Ärzten niedersächsischer geriatrischer Kliniken wurde das erste niedersächsische Geriatriekonzept mit folgenden grundsätzlichen Zielen entworfen, abgestimmt und veröffentlicht:

- Integration von akutstationärer Krankenhausabteilung mit Möglichkeit der hausärztlichen Direktzuweisung und stationärer Rehabilitationsabteilung
- Auswahl bestimmter Klinikstandorte in Niedersachsen nach demographischen Aspekten
- Festlegung der Struktur- und Prozessqualität, bestimmter Abteilungsgrößen und Anforderungen an die personelle und apparative Ausstattung entsprechend damaliger Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft klinisch-geriatrischer Einrichtungen
- Bewusster Verzicht auf flächendeckende Versorgung mit geriatrischen Kliniken in Niedersachsen zugunsten einer bestimmten Anzahl geriatrischer Zentren
- Weitere Ziele waren die Einrichtung von Qualitätszirkeln, Fortbildungen und der Aufbau kooperativer Netzwerke, um geriatrisches Wissen seitens der geriatrischen Zentren in die ambulante Versorgung sowie in die organspezifische Medizin zu tragen (Stichwort: „Geriatriisierung“)

Explizit sollte mit diesem Geriatriekonzept verhindert werden, unter der Vorstellung, man habe schon immer alte Menschen behandelt und verfüge daher über ausreichende Expertise zur geriatrischen Versorgung, zahllose kleinste Einheiten in Krankenhäusern entstehen zu lassen, deren Abteilungsgrößen weder einen adäquaten Stellenplan noch die übrigen Mindestanforderungen an die Altersmedizin erfüllten.

Die stationäre altersmedizinische Versorgungsstruktur in Niedersachsen mit Integration von Akutgeriatrie und geriatrischer Rehabilitation in „geriatrischen Zentren“ unterscheidet sich von den meisten Konzepten anderer Bundesländer, in denen die Geriatrie entweder nur im Krankenhaus (z. B. Schleswig-Holstein, Bremen) oder ausschließlich (z. B. Mecklenburg-Vorpommern) bzw. überwiegend in Rehabilitationseinrichtungen (z. B. Bayern, Baden-Württemberg) angesiedelt ist. Es wurde eine begrenzte Zahl von Zentren mit einer Aus-, Fort- und Weiterbildungsfunktion angestrebt, um zunächst Erfahrungen zu sammeln und die qualitativen, baulichen und personellen Voraussetzungen ausreichend zu berücksichtigen. Geriatrische Versorgungseinheiten wurden ausschließlich an Krankenhäusern oder Rehabilitationskliniken etabliert. Aus qualitativen und wirtschaftlichen Gründen war von Einrichtungen mit mindestens 200 Betten am Klinikstandort auszugehen. Diese geriatrischen Zentren sollen über einen Krankenhausbereich (Legitimation durch eine ergänzende Vereinbarung nach § 109 SGB V im Rahmen der im Krankenhausplan ausgewiesenen internistischen Betten) und einen Rehabilitationsbereich (spezieller Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V) verfügen. Beide Leistungsbereiche „unter einem Dach“ wurde als sinnvoll erachtet, weil sich geriatrische Patienten genau an der Schnittstelle zwischen beiden Sektoren bewegen. Die geriatrischen Zentren sollen aus qualitativer und wirtschaftlicher Sicht sowie der Aus-, Fort-, und Weiterbildungsfunktion mindestens 50 Betten haben. Da von qualitativen und nicht von quantitativen Versorgungsdefiziten auszugehen war, wurde folgerichtig eine Umsetzung im Rahmen der bestehenden Kapazitäten und der finanziellen Möglichkeiten angestrebt.

Durch den bewussten Verzicht auf die Nennung einer Zielgröße (Anzahl der notwendigen Zentren zur Sicherstellung der Versorgung) und Festlegung auf bestimmte Landkreise oder idealtypische Strukturvorgaben (Art, Größe und Struktur der infrage kommenden Kliniken) konnte flexibel reagiert werden. Da die Errichtung und Etablierung eines Zentrums i. d. R. sehr zeitaufwendig (zwei bis fünf Jahre) ist, konnte auf zwischenzeitliche Änderungen des Leistungs- und Vertragsrechts oder im Bereich der Qualitätssicherung verhältnismäßig gut eingegangen werden.

2.2. Aus Sicht der geriatrischen Medizin

Die Geriatrie als mittlerweile etablierte, aber noch nicht ausreichend verbreitete Disziplin hat es in Niedersachsen verstanden, sich selbst und ihren Aufgabenbereich zu definieren bzw. sich gegenüber anderen Fächern in der Medizin abzugrenzen. Dies gelang durch zahlreiche Aktivitäten engagierter Chefarzte und Klinikleiter, nicht nur in Niedersachsen sondern bundesweit durch:

- die Erhebung umfangreicher Datensätze über Patientenstrukturen, Behandlungsprozesse, deren Ergebnisse und Langzeiteffekte (Versorgungsforschung),
- medizinisch-wissenschaftliche Aktivitäten,

- die Organisation und Durchführung von Symposien, Fortbildungsreihen, wissenschaftlichen Tagungen und Kongressen,
- aktive und beratende Mitarbeit in politischen Gremien, Verbänden, Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften auf Landes- und Bundesebene.

Dieses Engagement war zugleich Grundlage und Triebfeder für die Entstehung weiterer geriatrischer Versorgungsstrukturen, wie z. B. von Tageskliniken, der ambulanten und mobilen geriatrischen Rehabilitation, der Curriculum-gestützten Schulung von Hausärzten in der ambulanten geriatrischen Behandlung (Stichwort: „Geriatrisierung“) sowie der Verankerung frührehabitativer geriatrischer Komplexleistungen im DRG-System.

In nahezu allen Bundesländern wurden die Geriatriekonzepte, in der Regel als konzentrierte Aktivität von Politik, Kostenträgern und Einrichtungen, in den letzten Jahren fortentwickelt. Dies ist in Niedersachsen bisher unterblieben. Niedersachsen nimmt heute in der Auflistung geriatrischer Betten in der Zusammenschau von Akutgeriatrie und stationärer geriatrischer Rehabilitation in Relation zur Bevölkerungszahl eine Position im unteren Viertel (siehe Tab. 2) ein. Dies erlaubt die folgende Schlussfolgerung, dass die Versorgung der Bürgerinnen und Bürger Niedersachsens mit geriatrischen Betten quantitativ dringend verbesserungsbedürftig erscheint.

Tab. 2: Geriatriebetten und deren Inanspruchnahme nach Bundesländern¹

Bundesland	Krankenhäuser		Reha-Einrichtungen		gesamt	
	Betten*	Fälle*	Betten*	Fälle*	Betten*	Fälle*
Baden-Württemberg	0,50	8,69	0,87	11,25	1,37	19,94
Bayern	0,20	7,05	k. A.	k. A.	0,20	k. A.
Berlin	3,10	60,87	0,19	k. A.	3,29	60,87
Brandenburg	2,35	40,43	0,27	3,30	2,62	43,73
Bremen	3,09	55,19	k. A.	k. A.	3,09	55,19
Hamburg	4,19	74,87	k. A.	k. A.	4,19	74,87
Hessen	1,95	29,32	k. A.	k. A.	1,95	29,32
Mecklenb.-Vorpommern	0,16	3,47	k. A.	k. A.	0,16	3,47
Niedersachsen	0,55	7,13	0,34	6,43	0,89	13,56
Nordrhein-Westfalen	1,92	38,12	0,45	6,19	2,37	44,31
Rheinland-Pfalz	0,15	k. A.	0,76	9,69	0,91	9,69
Saarland	1,44	24,18	k. A.	k. A.	1,44	24,18
Sachsen	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Sachsen-Anhalt	0,78	16,30	k. A.	k. A.	0,78	16,30
Schleswig-Holstein	1,22	21,19	k. A.	k. A.	1,22	21,19
Thüringen	1,66	26,84	3,44	47,52	5,10	74,36

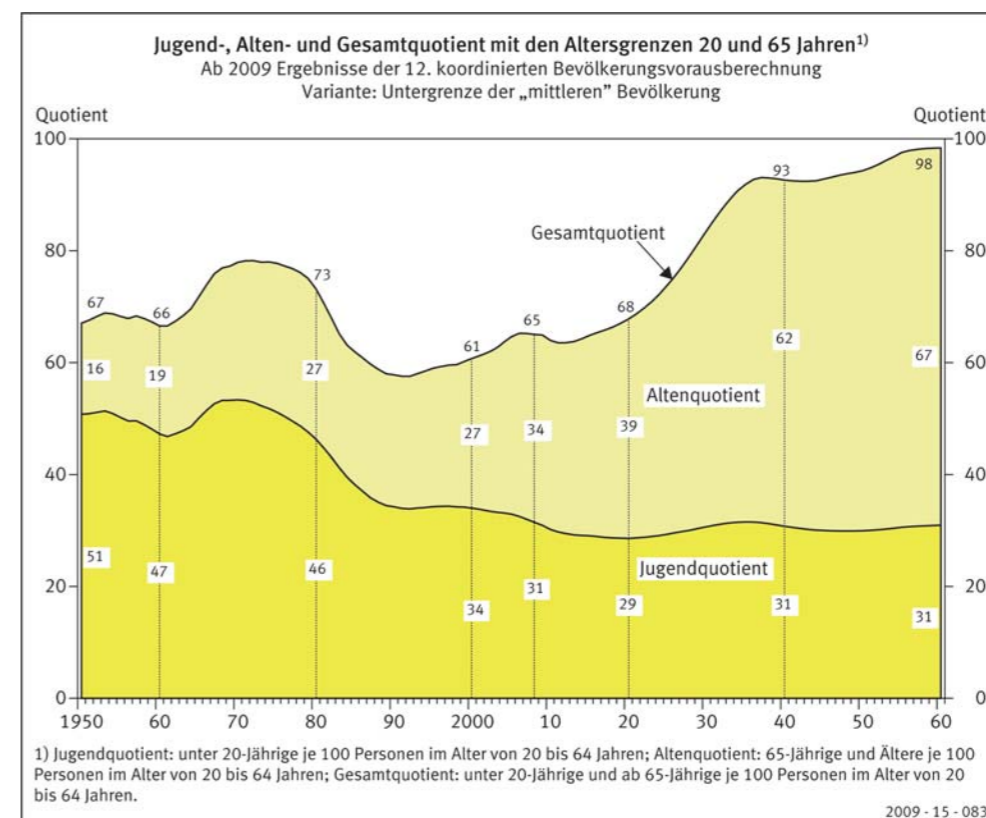
*je 10.000 Einwohner

3. Demografie in Niedersachsen

3.1. Altersstruktur der Bevölkerung im Bundesland Niedersachsen

Nach Angaben des Niedersächsischen Landesamtes für Statistik ist Niedersachsen mit rund 47.624 km² flächenmäßig das zweitgrößte, mit ca. 8 Millionen Einwohnern am 30.06.2006 der Bevölkerungszahl nach viertgrößte Bundesland². Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung wird auch durch den Charakter Niedersachsens als Flächenland entscheidend geprägt.

Auf der Grundlage der 12. koordinierten Vorausberechnung der Bevölkerung Deutschlands 2060 durch das Statistische Bundesamt von 2009³ ergibt sich auch für unser Bundesland eine Abnahme und Alterung der Bevölkerung im Erwerbsalter, die Gruppe der Erwerbstätigen wird in den kommenden Jahrzehnten stärker durch ältere Menschen gebildet werden. Stellen aktuell die 50–65-jährigen etwa 30 % der Gruppe der Erwerbstätigen dar, so wird für 2020 eine Zunahme auf über 40 % prognostiziert. Zeigte der sogenannte Altersquotient für bereits im Jahre 2008 ein Verhältnis von 34 über 65-jährigen auf 100 Personen im Erwerbsalter, so dürfte der Anteil der Menschen über 65 Jahre bis Ende 2030 um über 80 % steigen, der Altersquotient für 2060 wird mit etwa 65/100 vorausberechnet.



Quelle: Bevölkerung Deutschlands bis 2060, 12 koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. © Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2009. www.destatis.de

Betrug die niedersächsische Bevölkerung am 31.12.2008 nach Angaben des Niedersächsischen Landesamtes für Statistik 7.94 Millionen Menschen, so wird für 2030 eine Abnahme der Bevölkerungsgröße von 7.47 Millionen Menschen prognostiziert. Der Anteil der Gruppe der über 65-jährigen steigt dabei von 29.3 % auf 42.8 %!

Ursache für diese Entwicklung ist neben der prognostizierten Rückläufigkeit der Geburten die längere Lebenserwartung der Bevölkerung. Sie beträgt für Niedersachsen nach der neuen Sterbetafel 2008/2010 für einen neugeborenen Jungen 77,2 Jahre, für neugeborene Mädchen sogar 82,4 Jahre. Nach der vorherigen Sterbetafel 2007/2009 waren es 77,0 beziehungsweise 82,2 Jahre⁴.

Aus geriatrischer Sicht kommt aber nicht nur der verlängerten durchschnittlichen Lebenserwartung der Bevölkerung, sondern vielmehr besonders der ferneren durchschnittlichen Lebenserwartung von Menschen zu, die heute 65 Jahre und älter sind. Auch diese Lebenserwartung steigt in Niedersachsen. Nach der neuen Sterbetafel 2008/2010 für Niedersachsen⁵ können 67-jährige Männer statistisch noch mit einer ferneren Lebenserwartung von 15,7 Jahren rechnen. Für 67-jährige Frauen ergeben sich statistisch 18,8 weitere Lebensjahre, siehe Tabelle 3.

3.1.1. Versorgungsdichte der Bevölkerung mit geriatrischer Facharztkompetenz

In einer 2008 erschienenen Analyse⁶ der in den Bundesländern tätigen Zahl an Fachärztinnen/-en mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie schnitt Niedersachsen am schlechtesten ab, sowohl was das Verhältnis von Geriatern zur Gesamtbevölkerung als auch zum Anteil der über 65-jährigen und der über 80-jährigen betrifft: 68 Geriater waren 2008 in Niedersachsen gemeldet, das heißt 1 pro ca. 117.000 Einwohner bzw. 1 pro ca. 23.000 Einwohner > 65 Jahre und 1 pro ca. 5.400 Einwohner > 80 Jahre.

Zum Vergleich: In Baden-Württemberg kam ein Geriater auf 26.000 Einwohner bzw. 1 auf ca. 4.700 > 65-jährige und 1 auf ca. 1.100 > 80-jährige Einwohner. Niedersachsen und Baden-Württemberg unterschieden sich damit um den Faktor 5 (oder 500 %!) in der Versorgungsdichte ihrer Bevölkerung mit geriatrischer Facharztkompetenz. Niedersachsen wich auch erheblich vom Bundesdurchschnitt ab, der lediglich 30 % unterhalb der günstigsten Werte lag.

Der Landesverband hat der Zahl der in Niedersachsen registrierten Fachärztinnen/-en mit geriatrischer Expertise aktuell bei der Landesärztekammer erfragt: im Februar 2012 waren in Niedersachsen 77 Geriater/-innen gemeldet (alle entsprechenden Facharztgruppen, zu denen die Zusatzbezeichnung Geriatrie erworben werden kann, einschließlich Ruheständler).

Grundsätzlich dürfte sich die aktuelle Versorgungsdichte der niedersächsischen Bevölkerung mit geriatrischer Facharztkompetenz damit im Vergleich zu 2008 eher noch verschlechtern, insbesondere unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung 2008 bis 2012. Angesichts des zunehmenden Bedarfs und der steigenden Nachfrage an geriatrischer Medizin erscheint diese Entwicklung fatal.

Tab. 3: Entwicklung in den niedersächsischen Landkreisen⁷

Landkreise Niedersachsens	Altersgruppe 65 plus		
	Anteil in %		Veränderung:
	31.12.05	31.12.15	2015 gegenüber 2005
Ammerland	18,6	22,3	3,7
Aurich	18,8	22,5	3,7
Braunschweig (Stadt)	20,0	21,1	1,1
Celle	20,1	23,4	3,0
Cloppenburg	15,5	17,0	1,5
Cuxhaven	21,5	25,5	4,0
Delmenhorst (Stadt)	19,2	23,5	4,3
Diepholz	19,3	22,2	2,9
Emden (Stadt)	19,4	21,4	1,9
Emsland	16,5	19,5	3,0
Friesland	20,6	25,6	5,0
Gifhorn	16,7	19,7	3,0
Göttingen	17,9	19,8	1,9
Goslar	24,7	27,3	2,6
Grafschaft Bentheim	18,2	19,7	1,5
Hamelnd-Pyrmont	23,0	25,0	2,0
Hannover (Region)	19,8	22,0	2,2
Harburg	18,6	23,5	4,9
Helmstedt	21,5	23,9	2,4
Hildesheim	20,9	23,6	2,7
Holzwinden	23,6	26,5	2,9
Leer	18,3	21,4	3,1
Lüchow-Dannenberg	23,9	27,2	3,3
Lüneburg	17,7	19,0	1,5
Nienburg	19,9	21,7	1,8
Nordheim	22,5	24,7	2,2
Oldenburg (Land)	17,4	21,3	3,9
Oldenburg (Stadt)	17,5	19,3	1,8
Osterholz	18,7	23,4	4,7
Osnabrück (Land)	17,9	20,2	2,3
Osnabrück (Stadt)	19,3	20,1	0,8
Osterode am Harz	24,7	28,0	3,3
Peine	19,4	21,9	2,5
Rotenburg	17,8	20,5	2,7
Schaumburg	21,5	24,2	2,7
Salzgitter (Stadt)	21,8	25,6	3,8
Soltau-Fallingbostel	19,6	21,8	2,2
Stade	17,7	21,6	3,9
Uelzen	22,9	24,7	1,8
Vechta	14,7	16,2	1,5
Verden	17,9	22,4	4,5
Wilhelmshaven (Stadt)	22,6	25,6	3,0
Wittmund	19,2	23,8	4,6
Wolfenbüttel	20,1	23,8	3,7
Wolfsburg (Stadt)	22,4	24,9	2,5
Wesermarsch	20,0	23,0	3,0

3.2. Der gesunde ältere Mensch

Die meisten älteren, über 65-jährigen, Menschen haben keine oder kaum gesundheitliche Einschränkungen. Sie gestalten ihren privaten Lebensbereich selbstständig, beteiligen sich vielfach engagiert am öffentlichen Leben und sind harmonisch in soziale Strukturen eingebettet. Das Alter ist also per se keine Krankheit, aber Älterwerden ist verbunden mit einer Abnahme der Anpassungsfähigkeit an Umwelteinflüsse. Das heißt, es kommt zu einer fortschreitenden Anhäufung von schädlichen Veränderungen, die mit der stets zunehmenden Wahrscheinlichkeit von Krankheiten und schließlich dem Tod zusammenhängen oder dafür verantwortlich sind.

In einer Studie im Auftrag der Robert Bosch Stiftung⁸ wurden ältere Menschen ab 70 Jahre bis hin zu Hochaltrigen, d. h. über 95-jährigen, bezogen auf ihre körperlichen Fähigkeiten zur Bewältigung des Alltages untersucht. Hierbei zeigte sich, dass mit zunehmendem Lebensalter die Grundfertigkeiten der Mobilität und Selbstständigkeit sowie die kognitiven Fähigkeiten abnehmen, ohne dass dies Krankheitswert besitzt, jedoch zunehmende Vulnerabilität mit sich bringt. Zusammen mit auftretenden Krankheiten, insbesondere wenn diese mit bleibenden körperlichen Beeinträchtigungen einhergehen, drohen rasch Pflegebedürftigkeit oder gar Pflegeabhängigkeit.

Einer Pressemitteilung des statistischen Bundesamtes vom Februar 2011⁹ ist zu entnehmen, dass 2009 ca. 2,34 Millionen Pflegebedürftige gemäß SGB XI in Deutschland lebten. 83 % davon waren über 65 und 35 % sogar über 85 Jahre alt. Mehr als zwei Drittel (69 %) der Pflegebedürftigen wurden im häuslichen Umfeld betreut. Hiervon erhielten 1,07 Millionen Patienten Pflegegeld und 555.000 Patienten wurden teils oder vollständig durch ambulante Pflegedienste betreut.

Legt man nun die Zahlen zur Bevölkerungsentwicklung zugrunde und beachtet gleichzeitig die steigende Lebenserwartung wie die Tendenz zu Single-Haushalten, so muss von einem deutlichen Rückgang der „Fürsorgereserve“, d. h. den Familien, die pflegebedürftige Ältere betreuen können, ausgegangen werden. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass es einer zunehmenden Professionalisierung und eines Ausbaus qualifizierter Angebote der Pflege und medizinischen Versorgung hilfsbedürftiger Älterer und hochaltriger Menschen bedarf, um ein Leben in Würde auch bei Pflegebedürftigkeit, drohender sozialer Isolation sowie zunehmender Singularisierung in Zukunft sicher zu stellen.

Im Flächenstaat Niedersachsen kommen mit seinen sehr unterschiedlichen urbanen Gegebenheiten weitere Merkmale zum Tragen, die einer regional unterschiedlichen Ausgestaltung der medizinischen Infrastruktur bedürfen, denn sowohl die Angebotsvielfalt wie auch deren Erreichbarkeit – Stichwort öffentlicher Nahverkehr in ländlichen Regionen – sind für ältere Menschen abhängig vom Wohnort. Ferner wirken sich die abnehmende Mobilität im Alter und Einbußen in der sozialen Integrität auf die Erreichbarkeit aus.

Auch wenn davon auszugehen ist, dass die Mehrzahl älterer Menschen bis in höhere Lebensabschnitte keine oder wenig gravierende gesundheitliche Einschränkungen aufweist, stellt die Versorgung alter, insbesondere, kranker und pflegebedürftiger Menschen eine „humane Gesellschaft“ auf eine ernste Bewährungsprobe, zudem unter zunehmenden finanziellen Begrenzungen aufgrund der Budgetknappheit in

der Gesundheitsversorgung seitens der Kostenträger. Gerade dieser langfristig zu beachtende Aspekt der Kostenentwicklung für medizinische und pflegerische Dienstleistungen ist eine Herausforderung für die Sozialpolitik der Zukunft.

Für einen Flächenstaat wie Niedersachsen sind daher regional organisierte, fachkundig geleitete, auf Kooperation der Anbieter basierende, vernetzte und durchgängig erreichbare Versorgungsstrukturen im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich zwingend zu fordern, um so eine geriatrische, medizinisch wie fachlich kompetente, Ressourcen schonende, umfassende Versorgung mit den Kernelementen der Prävention im Alter, Akutmedizin (hausärztlich, Krankenhaus), Rehabilitation (ambulant, teilstationär, stationär), Pflege (ambulant, institutionalisiert) und Palliation (ambulant, stationär) auch mittelfristig gewährleisten bzw. sicherstellen zu können.

4. Landesverband Geriatrie in Niedersachsen – LVG Niedersachsen

In Niedersachsen gründete sich 1994 – basierend auf einen Arbeitskreis der ersten in diesem Bundesland tätigen geriatrischen Chefärzte – die Landesarbeitsgemeinschaft klinisch-geriatrischer Einrichtungen in Niedersachsen (LAG Geriatrie Niedersachsen), die im Juni 2010 umbenannt wurde in Landesverband Geriatrie in Niedersachsen (LVG Niedersachsen). Als Landesverband Geriatrie Niedersachsen der Trägergesellschaft „Bundesverband Geriatrie e.V.“ (BVG e.V.) repräsentieren wir heute alle Professionen des geriatrischen Teams. Die Mitgliedschaft im BVG ist satzungsgemäß Voraussetzung für eine Mitgliedschaft im Landesverband. Der LVG Niedersachsen wird durch gewählte ärztliche und kaufmännische Vorsitzende repräsentiert.

Auf Grundlage der 2007 erarbeiteten Geschäftsordnung der damaligen LAG Geriatrie Niedersachsen finden regelmäßig 3–4 x jährlich Arbeitstagungen statt. Es werden relevante Belange der altersmedizinischen Versorgung erörtert und konzipiert, wie z. B.:

- Entwicklungen an den einzelnen Geriatriestandorten in Niedersachsen
- Fachlich-medizinischer Austausch in gemeinsamen Fortbildungen
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung und des Benchmarkings
- Kommunikation und Austausch mit Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung zur berufs- und standespolitischen Vertretung des Faches Geriatrie
- Entwicklung neuer medizinischer Konzepte und wissenschaftlicher Schwerpunkte
- Vertretung der niedersächsischen Geriatrie gegenüber Kostenträgern, insbesondere den Landesverbänden und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) sowie den zuständigen Landesministerien
- Vertretung der niedersächsischen Geriatrie in wissenschaftlichen Fachgesellschaften gegenüber Spitzenverbänden der Kostenträger und in politischen Gremien auf Bundesebene.

Somit steht der heutige LVG Niedersachsen, vertreten durch seine gewählten Vorsitzenden, als führendes niedersächsisches Kompetenzgremium für alle an den geriatrischen Versorgungsprozessen beteiligten Institutionen und Anbieter bezüglich Kooperationen, fachlichem Austausch und konzeptionellen Fragen zur Verfügung.

5. Geriatrische Medizin

5.1. Aktuelle Definition der Geriatrie

Konsensus der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG), der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG), der Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatischer Einrichtungen (BVG), des Bundesverbandes Deutscher Internisten (BDI), Sektion Geriatrie, und zugleich Diskussionsgrundlage der Europäischen Fachärztervereinigung, Sektion Geriatrie, ist:

- Die Geriatrie als medizinische Disziplin führt akutmedizinische, frührehabilitationsmedizinische und rehabilitationsmedizinische Behandlungen für geriatrische Patienten durch.
- Die Geriatrie geht deshalb zumeist über die reine Organmedizin hinaus und erbringt zusätzliche Leistungen vor allem im Bereich der multidisziplinären, ICF- und ICD-orientierten Diagnostik und funktionellen Therapie sowie im Bereich der Prävention und der Palliation.

Entsprechend den europäischen Empfehlungen besteht die Forderung, Geriatrie bundesweit in die ärztliche Weiterbildungsordnung als Schwerpunkt mit einer Mindestdauer der spezifischen Weiterbildung von 36 Monaten zu etablieren.¹⁰

5.2. Definition des geriatrischen Patienten

Konsensus der DGG, der DGGG, des BVG¹¹, des BDI Sektion Geriatrie und zugleich Diskussionsgrundlage der Europäischen Fachärztervereinigung, Sektion Geriatrie ist:

- Ein geriatrischer Patient ist definiert durch die „Geriatrietypische Multimorbidität“ und
- höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter),
- oder durch „Alter 80+“ („oldest old“) auf Grund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z. B. des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen, der Gefahr der Chronifizierung sowie des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus.

Die geriatrietypische Multimorbidität¹² ist hierbei vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen. Sie ist in zahlreichen Publikationen beschrieben und beinhaltet folgende Merkmale:

- Immobilität, Sturzneigung und Schwindel
- Kognitive Defizite, Depression, Angststörung
- Inkontinenz (Harninkontinenz, selten Stuhlinkontinenz)
- Dekubitalulcera
- Fehl- und Mangelernährung
- Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt
- Chronische Schmerzen
- Sensibilitätsstörungen
- Herabgesetzte körperliche Belastbarkeit/Gebrechlichkeit
- Starke Sehbehinderung, ausgeprägte Schwerhörigkeit
- Rezidivierende Infektionen, verminderte Immunkompetenz

- Mehrfachmedikation
- Herabgesetzte Medikamententoleranz
- Häufige Krankenhausbehandlung (Drehtüreffekt)

Geriatrische Patienten zeichnen sich somit neben dem höheren Lebensalter durch eine jeweils individuell zu betrachtende Problemkonstellation aus, wobei die physiologischen Veränderungen des gealterten Organismus eine fundamentale Rolle spielen, z. B. bezüglich veränderter Zusammensetzung von Muskelmasse, Anteil von Körperfett und Wasser. Dies hat Auswirkungen auf die Homöostase, die Stoffwechselprozesse, die Arzneimittelwirkungen und deren Interaktionen. Ein älterer Patient wird daher immer dann zu einem geriatrischen Patienten, wenn Erkrankungen mit Schädigungen (impairment) einhergehen, aus denen Fähigkeitsstörungen (functioning) und soziale Beeinträchtigung (participation) resultieren. Mit anderen Worten, bei Erkrankung drohen stets Verlust von Alltagskompetenz und Selbstständigkeit im sozioökonomischen Kontext. Der ältere Patient weist darüber hinaus als weitere ihn kennzeichnende Eigenschaften eine oft unspezifische oder fehlende typische Symptomatik und einen protrahierten Krankheitsverlauf mit verzögerter Rekonvaleszenz auf.

5.3. Versorgungsstrukturen für ältere Patienten

Der geriatrische Patient bedarf je nach individueller gesundheitlicher Situation einer auf seine Bedürfnisse und Erfordernisse zugeschnittenen, qualifizierten medizinischen Versorgung. Nachfolgend sind all jene Sektoren genannt, die zu einem solchen „Netzwerk“ gehören bzw. sinnvoller Weise dazu gehören sollten:

Ambulanter Sektor

- Haus- und fachärztliche Versorgung
- Ambulante pflegerische Versorgung und Tages-/Nachtpflege
- Kurzzeit- und Verhinderungspflege
- Qualitätszirkel „Geriatrie“
- Mobile geriatrische Rehabilitation¹³
- Ambulante geriatrische Rehabilitation (AGR) gemäß § 40 SGB V¹⁴
- Strukturierte ambulante geriatrische Versorgung/Prävention/Palliation
- Ambulantes Hospiz

Stationärer Sektor

- Akutgeriatrie inklusive geriatrischer Frührehabilitation und Tagesklinik gemäß § 39 SGB V
- Palliative Care (Palliativstation/Palliativbereich)
- Geriatrische Rehabilitation mit angeschlossener geriatrischer Tagesklinik
- Langzeitpflege
- Stationäres Hospiz

Integrierte Versorgung

Aus-, Fort- und Weiterbildung, Etablierung in Forschung und Lehre

5.4. Das multiprofessionelle geriatrische Team

Die Umsetzung geriatrischer Konzepte – unabhängig davon, ob es sich um ambulante, stationäre, akutgeriatrische oder geriatrisch-rehabilitative Versorgungsformen handelt – erfolgt immer prozessorientiert in multiprofessioneller Teamarbeit unter ärztlicher Leitung und beinhaltet die folgenden Professionen:

Ärztlicher Dienst

Pflegerischer Dienst

Therapeutische und psychosoziale Dienste:

- Physiotherapie (Krankengymnastik)
- Physikalische Therapie
- Ergotherapie
- Logopädie
- (Neuro)-Psychologie
- Sozialdienst

Ergänzende Dienste:

- Ernährungsberatung
- Seelsorge
- Ärztlicher Konsiliardienst
- Orthopädietechnik
- Hilfsmittelversorgung

Die enge Zusammenarbeit mit Angehörigen, ambulant betreuenden Ärzten und Therapeuten sowie ambulanten Pflegediensten und Einrichtungen der stationären Pflege ist in der Geriatrie von besonderer Bedeutung und von daher fester Bestandteil der regionalen Konzeption einer umfassenden institutionsübergreifenden Versorgung.

6. Prinzipien der geriatrischen Versorgung in Niedersachsen

Geriatrische Medizin bietet unter Berücksichtigung regionaler Strukturen unterschiedliche Behandlungsansätze, die dem einzelnen Patienten je nach individueller Anforderung zur Verfügung stehen, ineinander greifen und so ein ganzheitliches Therapiekonzept ermöglichen. Hierzu gehören im Einzelnen:

Institutionen

- Stationäre Versorgung geriatrischer Patienten gemäß § 39 SGB V in akutgeriatrischen Abteilungen
- Geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung in der akutgeriatrischen Abteilung
- Stationäre geriatrische Rehabilitationsbehandlung gemäß § 40 SGB V im geriatrischen Zentrum

- Behandlung in einer Tagesklinik/AGR
- Mobile Angebote der geriatrischen Rehabilitation
- Ambulante geriatrische Versorgung
- Ambulante haus-/fachärztliche Betreuung durch Ärzte mit geriatrischer Qualifikation

Tätigkeitsmerkmale

- Maßnahmen der Prävention
- Multiprofessionelle Teamarbeit unter ärztlicher Leitung
- Interdisziplinäre Behandlung auf Basis des geriatrischen Assessments
- Geriatrisch-interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Hausärzten und ambulanten Diensten
- Palliativmedizinische Behandlung
- Sozial flankierende Maßnahmen
- Angehörigenanleitung, Hilfsmittelversorgung und Wohnraumanpassung
- Entlassungsmanagement zur Vorbereitung der nachfolgenden ambulanten Versorgung innerhalb eines geriatrisch fortgebildeten Kompetenznetzwerkes unter hausärztlicher Leitung

6.1. Multiprofessionelles geriatrisches Team

Das geriatrische Behandlungsteam betreut akutgeriatrische und geriatrisch rehabilitative Patienten und umfasst unter fachärztlicher Leitung (mit spezieller Weiterbildung „Geriatrie“) mit 24-stündiger Ansprechbarkeit den ärztlichen Dienst sowie die Pflege mit rehabilitativ-therapeutischem Konzept, darüber hinaus: Physiotherapie (Krankengymnastik inklusive physikalischer Therapie), Ergotherapie und Logopädie, (Neuro-) Psychologie und Sozialdienst. Das Team wird ergänzt durch Seelsorge, ehrenamtlichem Besuchsdienst, Ernährungsberatung, Orthopädietechnik, ferner Funktions- und Konsildienste. Nachfolgend sind die professionsspezifischen Qualifikationen und Tätigkeitsmerkmale aufgeführt. Die Personalschlüssel aller Mitgliedseinrichtungen des LVG Niedersachsen orientieren sich an den Vorgaben des Qualitätssiegels Geriatrie des Bundesverbandes¹⁵.

6.1.1. Ärztlicher Dienst

Der leitende Arzt/Chefarzt und sein ständiger Vertreter verfügen über eine Facharztanerkennung, in der Regel Innere Medizin, mit fakultativer Weiterbildung „klinische Geriatrie“ bzw. spezielle Weiterbildung „Geriatrie“. Des Weiteren sind Kenntnisse in Sozial-, Rehabilitations-, Palliativ- und Ernährungsmedizin erwünscht.

Zu den Aufgaben zählen die medizinische Diagnostik und Behandlung, medizinische Notfalltherapie, Leitung des Behandlungsteams, rehabilitationsmedizinische Beurteilung, Verordnung angemessener Therapien, Beratung von Patient und Angehörigen, Verantwortung für den Behandlungsverlauf und Weichenstellung im Rahmen des Entlassungsmanagements, Durchführung von Schulungs- und/oder Fortbildungsmaßnahmen sowie Verantwortung für die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement.

Weitere medizinische Schwerpunkte sind die geriatrische Stroke Unit oder eine Gedächtnis- und/oder Sturzprechstunde.

6.1.2. Pflegerischer Dienst

Der pflegerische Dienst setzt sich aus examinierten Fachkräften der Gesundheits-, Krankenpflege sowie Altenpflege mit zusätzlichen speziellen Kenntnissen in der aktivierenden, therapeutisch-rehabilitativen geriatrischen Pflege zusammen.

Zu den Aufgaben zählen die 24-Stunden-Verantwortung in der geriatrischen Pflege (z. B. nach Bobath oder alternativen neurophysiologischen Pflegekonzepten), die spezielle Behandlungspflege inklusive Pflegevisiten, das Wundmanagement, die Inkontinenz- und Stomaberatung, die Interaktion, d. h. die Unterstützung der Beziehung zwischen Patient, therapeutischen und diagnostischen Diensten sowie Angehörigen. Ferner gehören zu den Aufgaben des Pflegedienstes die Administration (Beziehung zu Verwaltung, Küche, Transportdienst, Hauswirtschaft etc.).

6.1.3. Physiotherapie (Krankengymnastik und Physikalische Therapie)

Der Mitarbeiter verfügt über eine staatliche Anerkennung als Physiotherapeut bzw. Krankengymnast. Zusatzqualifikationen z. B. nach Bobath oder Perfetti oder weiterer neurophysiologischer Techniken zur Behandlung häufiger geriatrischer Krankheitsbilder sind erwünscht. Einige der nachfolgenden Therapieelemente werden auch von staatlich anerkannten Masseuren und Bademeistern durchgeführt.

Zu den vielfältigen Aufgaben gehören die Mobilisation des Patienten, schmerzlindernde Therapieverfahren unter Anwendung von thermischen (Kälte-, Wärmetherapie) und/oder physikalischen Reizen (Ultraschallbehandlung, Elektrotherapie), Kontrakturprophylaxe und -behandlung, Tonusregulierung und Hemmung unphysiologischer Aktivität, Anbahnung von physiologischen Bewegungsmustern, funktionelles Training, Muskelaufbautraining (inkl. MTT), Gangschulung, Gleichgewichtsschulung, Hilfsmittelversorgung hinsichtlich Mobilität, Prothesenversorgung und Training, Massagen inklusive Lymphdrainage, Bäder, Güsse, Bewegungsbäder, Inhalationen und die Anleitung Angehöriger.

6.1.4. Ergotherapie

Der Mitarbeiter verfügt über eine staatliche Anerkennung als Ergotherapeut sowie über spezielle Kenntnisse im ADL-/IADL-Training, die Behandlung von Sturz- und Amputationspatienten, er verfügt über Erfahrungen/spezifische Qualifikationen in der neurophysiologischen Behandlung inklusive der Behandlung von Kau- und Schluckstörungen. Arbeitsfelder sind die funktionelle Verbesserung mittels konstruktiver Tätigkeiten, Training der Aktivitäten des täglichen Lebens, Tonusregulierung und Anbahnung physiologischer Bewegungsmuster, Grunddiagnostik neuropsychologischer Störungen, Training anamnestischer Funktionen, Gleichgewichtsschulung, facio-orale Therapie, Wahrnehmungs- und Orientierungstraining, Training von Konzentration, Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit, Hausbesuche (mobile Ergotherapie), ADL-Training, umtrainieren der Händigkeit, Hilfsmittelversorgung (ADL-Bereich) und Training, Wohnungsadaptation, Prothesentraining, psychosoziale Stabilisierung, Angehörigenberatung und -einweisung.

6.1.5. Logopädie (Sprach- und Schlucktherapie)

Der staatlich anerkannte Logopäde verfügt über spezielle Kenntnisse in Diagnostik und Therapie von Sprach- und Sprechstörungen sowie Kau- und Schluckstörungen.

Diagnostik und Therapie erworbener Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen wie Dysarthrophonie, Aphasie, Dysphonie, Sprech-, Sprach- und Stimmapraxie, Behandlung von Kau- und Schluckstörungen, Atemtherapie, Einzel- und Gruppenbehandlung, Angehörigenberatung, Teambesprechung und Vermittlung von ambulanter Weiterbetreuung.

6.1.6. (Neuro)-Psychologischer Dienst

Berufliche Qualifikation „Diplom-Psychologe“, möglichst mit Zusatzkenntnissen in der klinischen Psychologie bzw. Neuropsychologie.

Arbeitsbereiche sind Diagnostik und Therapie kognitiver Leistungsfunktionen wie Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Konzentration, Raumverarbeitung, Praxie, Problemlösung, Planungsvermögen komplexer Handlungsabläufe. Ferner psychotherapeutische Gespräche zur Krankheitsverarbeitung, Krisenintervention, Beratung von Angehörigen, Einzel- und Gruppentherapie zur Vermittlung von Entspannungstechniken wie Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung und die Teambesprechung.

6.1.7. Sozialdienst

Der Mitarbeiter des Sozialdienstes verfügt über eine staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter, Sozialpädagoge oder Gerontologe und psychosoziale, systemische, lösungs- und prozessorientierte Beratungskompetenz speziell für ältere Patienten.

Aufgabenbereiche sind Hilfen zur sozialen Wiedereingliederung durch Aktivierung von Familien- und Nachbarschaftshilfe, Beratung über sozialrechtliche Fragen und wirtschaftliche Hilfen sowie Unterstützung bei Antragstellung (z. B. Pflegegeld gemäß SGB XI, Behindertenrecht gemäß SGB IX), Unterstützung von Patienten und Angehörigen bei der Einrichtung einer Betreuung (BGB) oder Ausstellen einer Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung, Beratung über und Vermittlung von ambulanten Hilfen (z. B. häusliche Pflege, Essen auf Rädern, Notfunksystem, Tagespflege), psychosoziale Beratung von Patienten und Angehörigen, Weitervermittlung an Selbsthilfegruppen und an Angebote von Wohlfahrtsverbänden, Unterstützung bei der Suche eines Pflegeheimplatzes für Kurz- oder Langzeitpflege bzw. Hospizplatzes.

6.1.8. Ernährungsberatung

Der Diätassistent oder Ökotrophologe verfügt über Kenntnisse, die sich aus altersbedingten Veränderungen des Organismus und/oder häufigen Erkrankungen im Alter ableiten.

Schulung von Patienten und Angehörigen in Ernährungsfragen, insbesondere bei Erkrankungen, die ein spezielles Ernährungsverhalten erfordern, Beratung im Sinne der Prävention, Beratung bei Gabe von Sonderkost.

6.1.9. Seelsorge

Zu den Tätigkeiten der Seelsorge zählen Gespräche zur Krankheitsverarbeitung und Sinnfindung, Verlustverarbeitung, Angehörigenberatung, Gespräche mit Mitarbeitern, Andachten und Gottesdienste. Ein weiterer Aspekt ist die Betreuung und Begleitung sterbender Patienten.

6.1.10. Ärztlicher Konsiliardienst

Regelmäßige Inanspruchnahme ärztlicher Konsiliaruntersuchungen (z. B. Chirurgie, HNO, Urologie, Augenheilkunde, Zahnheilkunde, Gynäkologie, Neurologie), da geriatrische Patienten fast immer interdisziplinäre medizinische Probleme aufweisen.

Das geriatrische Konsil steht anderen Fachabteilungen (einrichtungsübergreifend) zur Verfügung.

6.1.11. Orthopädietechnik und Hilfsmittelversorgung

Die Zusammenarbeit zwischen Sanitätshäusern und Orthopädietechnikern ist für eine umfassende und angemessene Versorgung geriatrischer Patienten unabdingbar. Neben der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bedarf es in vielen Fällen einer individuellen Hilfsmittel- und/oder Prothesenversorgung. Hierzu zählen die vielerorts angebotenen Spezialsprechstunden, wie z. B. die Prothesensprechstunde.

6.2. Medizinisch-therapeutisches Konzept und geriatrisches Assessment

Neben der medizinischen Betreuung geriatrischer Patienten, die sich wie beschrieben durch ein höheres Lebensalter, komplizierende Begleiterkrankungen im Sinne von Multimorbidität, hohes Risiko interkurrenter Erkrankungen und Komplikationen sowie häufig auftretende psychische und kognitive Störungen auszeichnen, erfolgt in enger interdisziplinärer Zusammenarbeit des Behandlungsteams eine patientenzentrierte Diagnostik und Therapie auf der Basis des geriatrischen Assessments. Das Assessment (to assess = bewerten des Funktionszustands) beinhaltet die umfassende Beurteilung des Patienten hinsichtlich seiner Krankheitsgeschichte, seines körperlichen, geistigen und seelischen Gesundheitszustands, seines funktionellen Zustands und Mobilitätsgrades sowie seiner erhaltenen oder möglichen Fähigkeiten zur Bewältigung des täglichen Lebens unter Berücksichtigung familiärer Ressourcen sowie der Wohn- und Lebenssituation und -perspektive.

Geriatrisches Assessment (einschl. Screening) umfasst:

- Sozialassessment
- Ernährung
- Kognition
- Selbsthilfefähigkeit
- Mobilität, Muskelkraft und Gleichgewicht
- Stimmungslage

■ Bedarfsorientiert weitere Verfahren zur Diagnostik von z. B.

- Schmerz
- Dysphagie
- Kau- und Schluckstörung
- Sturzkrankheit
- Kontinenz
- Dysphasie und Aphasie
- Funktionsstörungen, z. B. bei neurodegenerativen Erkrankungen

Mit der Aufnahme des Patienten in einer Akutgeriatrie oder Rehabilitationsabteilung, setzt diese ganzheitliche, modular aufgebaute Befunderhebung ein. An ihr sind ärztliche, pflegerische, psychosoziale und therapeutische Berufsgruppen beteiligt. Auf Basis der Ergebnisse des Assessments wird ein individueller Behandlungsplan mit Formulierung eines Behandlungsziels erstellt. Der prämorbid Status sowie explizite Wünsche des Patienten, ggf. auch seiner Angehörigen finden hierbei – im Rahmen individueller Möglichkeiten des Patienten – Berücksichtigung. Aus dem Behandlungsziel leiten sich die Teilziele für die einzelnen Professionen des geriatrischen Teams ab.

Neben der Befunderhebung mittels Anamnese und Untersuchung bietet das Assessment mittels standardisierter Testverfahren Erkenntnisse, mit denen neben der Ausgangssituation zu Beginn der Behandlung auch Veränderungen im Rahmen von Verlaufskontrollen während der Behandlung erfasst werden können. Damit kann zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Behandlung überprüft werden, ob und in welchem Umfang Rehabilitationspotentiale vorhanden ist, ob sich Ziele ändern, wo verborgene Ressourcen des Patienten liegen und wie diese entwickelt und genutzt werden können. Das geriatrische Assessment ermöglicht zudem die gezielte Überleitung in die ambulante Weiterversorgung.

6.3. Medizinisch-apparative Ausstattung der Abteilungen/Kliniken

In den geriatrischen Kliniken in Niedersachsen erfolgt die medizinische Diagnostik und Therapie gemäß der Leitlinien der in Deutschland etablierten medizinischen Fachgesellschaften (evidenzbasierte Medizin). Hierzu sind die Einrichtungen und Träger der Einrichtung mit erforderlichen apparativen Verfahren ausgestattet und können eine zeitnahe Versorgung sicherstellen.

6.4. Qualitätssicherung in der Geriatrie

Die Mitglieder des LVG Niedersachsen orientieren sich an den Qualitätsanforderungen und Empfehlungen des BVG¹⁶. Diese umfassen im Einzelnen:

- Audit von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vor Aufnahme der Einrichtung in den BVG
- Externes Benchmarking (Gemidas-Pro)
- Internes Benchmarking (LVG)
- Siegelfamilie Geriatrie (Ad-On-Siegel Akut/Reha und Vollsiegel Akut/Reha)
- Qualitätsnetzwerk (Lernen von Anderen, qualitätsorientierter Dialog)
- QS nach § 137 B SGB 5 (Pilotphase)
- Spezielle Befragung mit Geriatrie Benchmark
- Qualitätszirkelarbeit
- Interne und externe Fortbildung

Die Besonderheit geriatrischer Patienten erfordert besondere Strukturen:

- Erhöhter Flächenbedarf
- Besondere räumliche Ausstattung der Patientenbereiche
- Geriatrisches Team mit umfassender Qualifikation und angemessenem Personalschlüssel (Mindestanforderungen gemäß Qualitätssiegel Geriatrie)

6.5. Aus-, Fort- und Weiterbildung, Etablierung in Forschung und Lehre

Geriatrie wird im Rahmen der Ausbildung von Medizinstudenten in Niedersachsen gelehrt. Im Querschnittsfach Q7 ist in Hannover (Medizinische Hochschule) derzeit ein klinisch tätiger Geriater in den Lehrbetrieb eingebunden. An der Universität Göttingen wird die Unterrichtseinheit „Infektionskrankheiten im Alter“ sowie zweimal jährlich das Wahlfach „Klinische Geriatrie“ unterrichtet.

Die praktische Ausbildung von Medizinstudenten im Rahmen von Propädeutik und praktischem Jahr nehmen einzelne geriatrische Kliniken wahr, deren Einrichtung eine Anerkennung als akademisches Lehrkrankenhaus erworben hat, ferner durch einzelne Aktivitäten in Wissenschaft und Lehre an den niedersächsischen Hochschulen.

Die geriatrischen Kliniken in Niedersachsen nehmen als geriatrische Kompetenzzentren die Verpflichtung zur ärztlichen Fort- und Weiterbildung wahr und bieten interne und externe Fortbildungsmaßnahmen der Geriatrie mit interdisziplinärem Ansatz an. Darüber hinaus nehmen einzelne Geriater Lehraufträge in der gerontologischen Ausbildung an verschiedenen Universitäten und Fachhochschulen innerhalb und außerhalb Niedersachsens wahr.

Die zertifizierte Fortbildungsreihe „Ambulante geriatrische Versorgung“ für niedergelassene Allgemeinmediziner und Hausärzte, gemeinsam erarbeitet von Geriatern (Bad Salzdetfurth, Hannover) und dem Hausärzterverband, wurde als Weiterbildungscurriculum in Hannover und Bad Salzdetfurth angeboten.

Bundesweit wird derzeit für das gesamte geriatrische Team als interdisziplinäre Fortbildung mit Anerkennung durch die Fach- oder Trägergesellschaften der Geriatrie das zertifizierte Curriculum Geriatrie des BVG (Zercur Geriatrie®¹⁷) angeboten, zusätzlich Fachweiterbildung in geriatrischer Pflege (BVG). Dieser Fortbildungsgang wird in Niedersachsen derzeit einrichtungsübergreifend durchgeführt.

6.6. Wissenschaftliche Tätigkeit des Landesverbandes Geriatrie Niedersachsen

Bereits 2011 beteiligte sich der Landesverband Geriatrie Niedersachsen an der Antragstellung des niedersächsischen Forschungsverbundes Gestaltung altersgerechter Lebenswelten (GAL) für eine 2-jährige Anschlussförderung. Im Rahmen dieses interdisziplinären Projektes werden innovative Entwicklungen der Informations- und Kommunikationstechnik hinsichtlich ihres Beitrages zur Gewinnung und Aufrechterhaltung von Lebensqualität, Gesundheit und Selbstbestimmung in der zweiten Lebenshälfte untersucht. Weitere beteiligte Institutionen sind das Institut für Gerontologie der Universität Vechta, die Universität Oldenburg, OFFIS Oldenburg, die Charité Berlin sowie die Universitäten Osnabrück, Hannover und Braunschweig. Die Mitwirkung des Landesverbandes Geriatrie Niedersachsen wird vor allem in zwei GAL-Teilprojekten erfolgen. Deren erstes sucht und testet Möglichkeiten, die häusliche Lebensführung älterer Personen mit Mild Cognitive Impairment (MCI) durch IT-basierte Kontrollen und Kommunikation zu unterstützen. Das zweite Teilprojekt wird sich auf Patienten nach traumatisch bedingter Schenkelhalsfraktur mit Malnutrition fokussieren. Deren Bewegungs- und Aktivitätsmuster werden sowohl am Ende einer geriatrischen Rehabilitation als auch nach deren Abschluss unter häuslichen Bedingungen aufge-

zeichnet. Hierbei kommen neben portablen Messgeräten auch solche Instrumente zum Einsatz, die temporär in der Wohnung der Probanden installiert werden. Ziel dieses Teilprojektes ist es, bei dieser Risikogruppe Mobilität und Alltagsaktivitäten im Verlauf zu beobachten, um hieraus positive und negative Prädiktoren entwickeln zu können. Die Projektrealisation wird in den Jahren 2012 und 2013 erfolgen.

Als gemeinsame Ansprechpartner des Landesverbandes Geriatrie Niedersachsen für dieses Projektes fungieren Herr Prof. G. Kolb, Lingen, und Herr PD J.M. Bauer, Oldenburg. Herr Prof. G. Kolb ist zudem Mitglied des GAL-Vorstandes.

7. Geriatrische Behandlungs- und Versorgungsstrukturen in Niedersachsen

Geriatrie erfordert eine sektorenübergreifende Versorgung und Behandlung der älteren Patienten. Im Folgenden werden die Elemente aus Sicht klinisch tätiger Geriater dargestellt.

7.1. Ambulanter Sektor

7.1.1. Haus- und fachärztliche Versorgung

Dem Hausarzt kommt von der Regelversorgung über die ambulante Akutintervention, ggf. mit der Einweisung und der ambulanten Nachsorge eine Pilotfunktion zu. Der Hausarzt ist daher wichtigster Kooperationspartner der geriatrischen Klinik.

Die gegenseitige Fortbildung zur Optimierung der Behandlung geriatrischer Patienten hat für die geriatrischen Zentren von daher einen besonders hohen Stellenwert. Dies hat den Effekt, dass bei Erfordernis einer stationären Krankenhausbehandlung die gezielte Zuweisung des geriatrischen Patienten in die geriatrische Klinik erfolgt.

7.1.2. Ambulante pflegerische Versorgung und Tages-/Nachtpflege

Landesweit bieten ambulante Pflegedienste und Sozialstationen eine pflegerische und/oder hauswirtschaftliche Betreuung an. Neben der Betreuung im Wohnumfeld des Patienten gibt es mancherorts Angebote einer stundenweisen Betreuung in einer Einrichtung im Sinne der Tages- oder Nachtpflege, teils speziell ausgerichtet z. B. für Demenzerkrankte.

Mit der 1995 eingeführten Pflegeversicherung wurde die Möglichkeit für pflegende Angehörige geschaffen, zwischen Sachleistungen und finanziellen Zuwendungen wählen zu können. Ca. 85 % aller Pflegeleistungen in Deutschland finden ambulant statt. Mehrheitlich haben sich Angehörige dazu entschlossen, auf professionelle Hilfe zu verzichten und vor allem die Pflege selbst zu übernehmen. Dies erfordert neben der Beratung von Angehörigen Angebote für Schulungen in pflegetherapeutischen Handlings, um so Sicherheit im Umgang mit dem Betroffenen zu gewinnen. Dies hat positive Auswirkungen hinsichtlich Pflegeerleichterung, dauerhafter Erhaltung (wieder-)erlernter Funktionen und Minderung der Gefahr von Komplikationen (z. B. Sturzgefährdung in Transfersituationen, Kontrakturenentstehung) im häuslichen Umfeld.

7.1.3. Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Kurzzeit- und Verhinderungspflege stehen in Niedersachsen flächendeckend zur Verfügung. Eine zeitlich befristete Betreuung in diesen Einrichtungen stellt für die Betroffenen keinen Ersatz für eine ggf. stationäre geriatrische Behandlung dar. Die Betreuung in den genannten Einrichtungen dient vielmehr zur Entlastung der pflegenden Angehörigen.

7.1.4. Qualitätszirkel „Geriatrie“

Verschiedene Kooperationsmodelle zur altersmedizinischen Versorgung in Niedersachsen wurden etabliert, die je nach Standortbesonderheit, auf Grund historisch gewachsener Kooperationen oder in Folge infrastruktureller Merkmale unterschiedlich stark gewichtet sind. Die geriatrischen Qualitätszirkel unter Leitung qualifizierter Moderatoren führen Fortbildungen zu Themen der Altersmedizin, Fallbesprechungen und einen Erfahrungsaustausch durch. Die Qualitätszirkel sind in den regionalen KV-Mitteilungen und/oder dem niedersächsischen Ärzteblatt angezeigt und für alle interessierten Ärzte des ambulanten wie stationären Sektors offen. Gerade diese Interdisziplinarität ist erwünscht, da sie dem ganzheitlichen institutionsübergreifenden Versorgungsgedanken der Geriatrie entspricht.

7.1.5. Mobile geriatrische Rehabilitation

In Niedersachsen existieren innerhalb der geriatrischen Einrichtungen einzelne standortspezifische Konzeptionen, die verschiedene Modelle und Abstufungen des therapeutischen Angebotes beinhalten. Entsprechende Angebote müssen von Ärzten mit geriatrischer Kompetenz geleitet werden und sind daher an den geriatrischen Einrichtungen anzusiedeln. Einzelheiten zu den Standorten und den Behandlungsangeboten finden sich im Anhang.

Bislang wurde die mobile geriatrische Rehabilitation in Niedersachsen nicht umgesetzt. Rahmenempfehlungen hierzu bestehen seit 2007. Es findet zurzeit ein Dialog mit den Kostenträgern statt, um eine ambulante, rehabilitativ ausgerichtete Versorgung im ambulanten Sektor unter Leitung eines Geriaters in Kooperation mit den Hausärzten zu etablieren. Einzelheiten siehe unter 7.1.6.

Ausdrücklich fallbezogen zu bewerten ist die von einzelnen Politikern und Kostenträgervertretern gelegentlich favorisierte Rehabilitationsbehandlung von Pflegeheimbewohnern in den Pflegeheimen. Pflegeheimbewohner haben, ebenso wie nicht im Heim lebende Pflegebedürftige, einen Anspruch auf individuelle Abwägung der angemessenen Behandlung und des geeigneten Behandlungsortes.

7.1.6. Ambulante geriatrische Versorgung

Für die „Ambulante Geriatrische Versorgung“ ist ein Konzept in Kooperation mit der AOK Niedersachsen in Anlehnung an diese Versorgungsform in Schleswig-Holstein entwickelt worden, dessen Intention u. a. die Einbindung geriatrisch besonders qualifizierter Hausärzte ist. Diese Qualifikation kann neben den vorhandenen Möglichkeiten der Qualifizierung der Hausärzte auch durch eine modulare Weiterbildung erreicht werden. Auf die vom Bundesverband Geriatrie und der Deutschen Gesellschaft für

Geriatrie vereinbarte Weiterbildung können Module wie Schmerztherapie, Rehabilitationsmedizin, Physikalische Therapie, Palliativmedizin, Sozialmedizin, Ernährungsmedizin Zercur Geriatrie und die Fortbildungsreihe „Ambulante geriatrische Versorgung“ mit jeweils 30 Stunden angerechnet werden. Eine praktische Phase mit den Elementen Team-sitzung, praktische Durchführung eines kompletten geriatrischen Assessments sowie Hospitation bei Physiotherapie, Physikalischer Therapie, Ergotherapie, Logopädie und fakultativ Neuropsychologie für insgesamt 16 Stunden wird empfohlen.

7.2. Stationärer Sektor

Im Unterschied zu organpathologisch spezialisierten medizinischen Disziplinen sind in der Geriatrie akute und rehabilitative Behandlung eng verflochten. (Früh-) Rehabilitative Elemente sind oft vom ersten Tag der Akutbehandlung an erforderlich, akutstationäre Interventionen während einer geriatrisch-rehabilitativen Behandlung häufig notwendig. Aus diesen Gründen wurden geriatrische Kliniken/Abteilungen in Niedersachsen typischerweise als gemischte Einrichtungen mit akutgeriatrischem und geriatrisch-rehabilitativem Bettenanteil, als Geriatriezentren, konzipiert und realisiert. Über die Versorgungsstufen an den einzelnen Standorten informiert die Tabelle 1 auf Seite 7.

Im Flächenstaat Niedersachsen nehmen nicht nur die Geriatriezentren die akute Versorgung geriatrischer Patienten wahr, sondern auch Abteilungen anderer Krankenhäuser. Die enge Kooperation dieser Abteilungen bei der eigentlichen Patientenversorgung aber auch bei Fort- und Weiterbildung mit den jeweiligen geriatrischen Zentren ist für die qualifizierte Versorgung geriatrischer Patienten unbedingt notwendig.

7.2.1. Akutgeriatrie inklusive geriatrischer Frührehabilitation und Tagesklinik gemäß § 39 SGB V

In Niedersachsen findet geriatrische Krankenhausbehandlung nach § 109 SGB V in ausgewiesenen geriatrischen Kliniken statt. Eine Übersicht über jene Einrichtungen, die diese Leistungen erbringen, findet sich in Tabelle 1 auf Seite 7. Im Krankenhausbereich sind in Niedersachsen zurzeit keine tagesklinischen Angebote gemäß § 39 SGB V etabliert.

7.2.2. Indikationen zur Krankenhausbehandlung in der Akutgeriatrie

Die Indikation zur Behandlung speziell in der Akutgeriatrie ergibt sich aus den Rahmenbedingungen des § 39 SGB V und der Definition des geriatrischen Patienten (siehe Kapitel 5.2.). Ausnahmen hiervon sollte es nur geben, falls der Patient erkennbar von der Behandlung in einer anderen Fachdisziplin mehr profitiert bzw. eine spezialisierte geriatrische Behandlung nicht angeboten werden kann. Bezüglich des Erfordernisses zur Krankenhausbehandlung ist auf die häufig gefährdete soziale Einbindung geriatrischer Patienten (Wohnortnähe, Bezugsperson) speziell zu achten. Jede stationäre Aufnahme muss vom aufnehmenden Arzt als indiziert angesehen werden. Bei geriatrischen Patienten entspricht die Aufnahmediagnose häufig nicht der Hauptdiagnose zum Entlassungszeitpunkt. Dies ist auf die Besonderheit der Krankheitspräsentation im hohen Alter zurück zu führen.

7.2.3. Besonderheiten der akutgeriatrischen Behandlung inklusive geriatrisch frührehabilitativer Komplexbehandlung

Die Zuweisung von Patienten in geriatrische Akutabteilungen/-kliniken erfolgt wie bei allen anderen Fachdisziplinen vorrangig direkt durch niedergelassene Ärzte oder unmittelbar als Notfall, bei notfallmäßiger Krankenhauserfordernis auch aus dem Bereich der geriatrischen Rehabilitation. Je nach lokaler Organisation ist in den Kliniken eine für alle Fachdisziplinen regelhafte Erstversorgung von Notfällen in Notfallaufnahmen vorgesehen. Darüber hinaus kann bei entsprechender Indikation eine hausinterne Übernahme aus anderen Fachdisziplinen erfolgen (interne Verlegung). In besonderen Fällen können Patienten aus anderen Krankenhäusern zur geriatrischen Weiterbehandlung bzw. geriatrischen Frührehabilitation übernommen werden (Sekundärverlegung), sofern zum Zeitpunkt der Verlegung Krankenhausbedürftigkeit vorliegt.

Die akutstationäre Behandlung in der Geriatrie umfasst in der Regel Maßnahmen der geriatrischen Frührehabilitation. Diese lassen sich mit der geriatrisch frührehabilitativen Komplexpauschale inhaltlich entsprechend abbilden. Frührehabilitative geriatrische Komplexbehandlung integriert akutmedizinische und rehabilitative Therapieprinzipien als Krankenhausbehandlung.

Hierbei ist zu beachten, dass funktionelle Diagnosen, wie z. B. akut aufgetretene Störungen der Kognition oder der Alltagskompetenz, neuropsychologische Störungen, Syndrome wie Schluckstörungen oder schwere Mobilitätsstörungen im Sinne einer frührehabilitativen Behandlungsindikation krankenhausbegründend sind, wenn die Mittel der ambulanten Versorgungsmöglichkeiten nicht gegeben oder nicht ausreichend sind, bzw. der Patient den Status der geriatrischen Rehabilitationsfähigkeit (analog AHB-Fähigkeit) nicht oder noch nicht erreicht hat.

Die geriatrisch-frührehabilitative Behandlung erfolgt durch ein interdisziplinäres Team (siehe Kapitel 6.1.) unter fachärztlicher Leitung eines klinischen Geriaters und beinhaltet zu Beginn ein standardisiertes geriatrisches Assessment der Bereiche Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion und der sozialen Situation. Teile des Assessments werden gemäß den Erfordernissen im Prozedurenkatalog im Verlauf und vor Entlassung wiederholt.

Wie in vielen anderen Fachdisziplinen auch, wird in der Geriatrie zwischen Akutbehandlung inklusive Frührehabilitation und Anschluss- bzw. weiterführender Rehabilitation unterschieden. Im niedersächsischen Modell sollten beide Versorgungsformen in einer räumlichen Einheit angeboten und durch in- wie externe Fortbildungsangebote ergänzt werden.

Die inhaltliche Abgrenzung zwischen akutmedizinischer und rehabilitativer Behandlung ist ausführlich in den „niedersächsischen Abgrenzungskriterien“ beschrieben (siehe Abschnitt 7.2.4.). Hier wurde in enger Abstimmung zwischen dem LVG Niedersachsen, den Kostenträgern und dem MDK Niedersachsen aus geriatrisch-rehabilitationsmedizinischer Sicht festgelegt, welche Merkmale zugrunde zu legen sind, um einen Patienten als geriatrisch rehabilitationsfähig einzustufen.

7.2.4. Abgrenzungskriterien Akutgeriatrie und geriatrische Rehabilitation

In Niedersachsen gelten gemäß niedersächsischem Versorgungsvertrag zur geriatrischen Rehabilitation, zuletzt aktualisiert 2002, folgende Abgrenzungskriterien, um die geriatrische Rehabilitationsfähigkeit in Unterscheidung zur Behandlungspflichtigkeit in der Akutgeriatrie zu beschreiben:

- Vitale und vegetative Parameter sind stabil (RR, Herz-Kreislauf, Atmung, Temperatur)
- Die klinische Diagnostik ist weitgehend abgeschlossen (auch bezüglich Antrieb, Depression, Demenz)
- Die medizinische und medikamentöse Therapie ist weitgehend festgelegt
- Es besteht keine Beaufsichtigungspflicht wegen Verwirrtheit, Gefährdung, Weglauftendenz
- Die aktive Teilnahme an der Rehabilitation ist durch Begleiterkrankungen und Komplikationen nicht beeinträchtigt
- Begleiterkrankungen und Komplikationen können vom Personal der Rehabilitationsabteilung behandelt werden
- Mehrmals täglich sind aktive Rehabilitationsmaßnahmen (sitzend, mindestens 15 Min.) bei Kreislaufstabilität und allgemeiner Belastbarkeit möglich

Für die Entscheidung über die geriatrische Rehabilitationsfähigkeit in Bezug auf eine Abgrenzung zur akutstationären Krankenhausbehandlung ist das klinische Gesamtbild des Patienten maßgeblich, wobei grundsätzlich alle o. g. Kriterien im Hinblick auf die Feststellung der geriatrischen Rehabilitationsfähigkeit erfüllt sein müssen.

7.2.5. Geriatrische Rehabilitation mit angeschlossener Tagesklinik/AGR¹⁸ gemäß § 40 SGB V

In der geriatrischen Rehabilitation werden geriatrische Patienten (siehe Abschnitt 5.2.) mit anhaltender Funktions- oder Teilhabestörung nach akuter Erkrankung, bei protrahierter Immobilität nach Operationen, Eingriffen oder Intensivbehandlung oder bei drohender bzw. eingetretener Funktions- oder Teilhabestörung bei chronischen Erkrankungen, aber auch zur Verhinderung einer Zunahme an Pflegebedürftigkeit, behandelt. Ziel ist es, jedem Betroffenen eine möglichst große Eigenständigkeit zurück zu geben und die Rückkehr in die eigene bzw. eine zukünftig geeignete Wohnumgebung zu ermöglichen.

Im niedersächsischen Versorgungsvertrag zur geriatrischen Rehabilitation, werden der für eine geriatrische Rehabilitationsmaßnahme infrage kommende Patienten wie folgt charakterisiert:

- Höheres Lebensalter (in der Regel über 70 Jahre)
- geriatrietypische Multimorbidität
- manifeste Fähigkeitsstörungen und/oder
- drohende bzw. manifeste Beeinträchtigungen

Das Behandlungsspektrum ist somit breiter als in der organbezogenen Rehabilitation. Es umfasst die Integration von akuten Problemen ebenso wie altersbedingter Veränderungen mit besonderem Augenmerk auf die oft begrenzten Ressourcen gleichaltriger Lebenspartner. Krankenhaustypische Untersuchungen und medizinische Maßnahmen sind häufiger und gravierender als in der organbezogenen Rehabilitation.

Eine Beliebigkeit der Behandlungseinrichtung ist daher bei geriatrischen Patienten nicht sachgerecht. Die geriatrische Rehabilitationsmaßnahme ist zur Behandlung des infrage kommenden Patienten geeignet, wenn eine andere Krankenbehandlung (gem. § 27 SGB V) oder eine indikationsspezifische Rehabilitationsmaßnahme zur Behebung/Minderung der komplexen Fähigkeitsstörungen, Teilhabestörungen und/oder Beeinträchtigungen nicht ausreichend ist.

Die geriatrische medizinische Rehabilitation dient

- der Vermeidung und/oder Abkürzung von Krankenhausbehandlung sowie
 - der Vermeidung und/oder Minderung von Pflegebedürftigkeit
- mit dem Ziel der Erhaltung bzw. Wiedergewinnung weitgehender Selbstständigkeit.

Dabei hat die ambulante Behandlung (Tagesklinik, AGR – ambulante geriatrische Rehabilitation, MGR – mobile geriatrische Rehabilitation) Vorrang vor stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen.

Geriatrische Tageskliniken bieten ein der vollstationären geriatrischen Rehabilitation vergleichbares Therapiespektrum für den Patienten an. Voraussetzung ist die Fähigkeit des Patienten, sich außerhalb der Behandlungszeit in der Tagesklinik selbstständig bzw. mit externen Hilfen zu versorgen. Er muss darüber hinaus in der Lage sein, das Transportmittel zur Tagesklinik selbstständig oder mit Begleitung zu erreichen und über ausreichende Stabilität für den Transport von und zur Tagesklinik verfügen. Der besondere Vorteil von Tageskliniken besteht in der Möglichkeit, die (Wieder-) Erlangung häuslicher Selbstständigkeit kontinuierlich zu begleiten und auf aktuell entstehende Probleme zeitnah zu reagieren. Für bestimmte Patientengruppen kann mit diesem Angebot auf vollstationäre Behandlung ganz verzichtet werden, insbesondere für den Bereich der (präventiven) Antragsrehabilitation direkt aus der häuslichen Umgebung liegt hier ein besonderer Vorteil.

Einrichtungen zur AGR/MGR sind an den geriatrischen Einrichtungen in Niedersachsen bislang nicht existent. Unter 7.1.6. wird der Modellversuch AGV beschrieben. Ambulante geriatrische Versorgung sollte auch auf andere Standorte erweitert werden, sofern sich die Pilotphase an den in Tabelle 1, Seite 7 genannten Kliniken als erfolgreich erweist.

Die geriatrische Rehabilitation setzt als Antragsleistung der Krankenversicherung ein Antrags- und Genehmigungsverfahren voraus. Das Antragsverfahren und die Antragsformulare zur Kostenübernahme einer geriatrischen Rehabilitation wurden zwischen den niedersächsischen Landesverbänden der Krankenkassen, dem LVG Niedersachsen sowie dem MDK Niedersachsen basierend auf den ICF Grundlagen konsensiert bei bewusster Abweichung von bundesweiten Empfehlungen (siehe Kapitel 11.2.1.). Alle Beteiligten sehen hier eine deutliche Qualitätsverbesserung gegenüber den bundesweiten Empfehlungen. Der Antrag wird durch Klinikärzte bzw. durch niedergelassene Vertragsärzte, die über die notwendige Fachkunde in den Richtlinien zur Verordnung von Rehabilitationsleistungen verfügen, bei entsprechender Rehabilitationsbedürftigkeit gestellt. Eine Genehmigung der Rehabilitationsmaßnahme kann seit dem 01.04.2007 nur bei nachweislich fehlender Rehabilitationsfähigkeit oder dem Fehlen der versicherungsrechtlichen Grundlagen verweigert werden (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz-GKV-WSG).¹⁹

Die Rehabilitationsdauer bei geriatrischen Patienten ist individuell und wird häufig von der „Regelzeitverweildauer“ von drei Wochen abweichen.²⁰

7.2.6. Hauptkrankheitsgruppen und Syndrome in der geriatrischen Rehabilitation

Der niedersächsische Versorgungsvertrag zur geriatrischen Rehabilitation besagt, dass Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation bei Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und/oder Beeinträchtigungen als Folge von folgenden Krankheitsbildern erbracht werden:

- Erkrankungen des Zentralnervensystems
- Frakturen und Zustände nach Gelenktraumen bzw. -operationen
- Zustand nach Amputationen der unteren Extremitäten
- Kardio-pulmonale Erkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen mit Folgekrankheiten/Spätschäden
- Tumorerkrankungen (die besonderen Regelungen bei der Zuständigkeitsabgrenzung zwischen der Renten- und Krankenversicherung sind zu berücksichtigen)
- Schwere degenerative Gelenkerkrankungen
- Chronisch entzündliche Erkrankungen
- Osteoporose
- Bei verzögerter Rekonvaleszenz nach operativen Eingriffen und schweren Erkrankungen mit manifesten, aber reversiblen Fähigkeitsstörungen, die die bisherige selbstständige oder weitgehend selbstständige Lebensführung des Patienten akut bedrohen.

7.2.7. Durchführung der geriatrischen Rehabilitation

In Ergänzung zum ICD, d. h. einem diagnosenorientierten Behandlungsansatz der klassischen Akutbehandlung geht der therapeutische Ansatz einer umfassenden geriatrischen Rehabilitationsbehandlung über die limitierte „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD) hinaus. Geriatrische Rehabilitationsbehandlung basiert auf dem von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelten ICF-Modell²¹ (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) mit besonderer Betonung von Funktion und Teilhabe. Die besondere Vulnerabilität Älterer und Hochbetagter sowie die geriatritypische Multimorbidität erfordern hierbei eine stärkere Einbindung des ICD in die ICF-Behandlungsprinzipien funktionaler Gesundheit und Wiedererlangung der Möglichkeiten zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Bei der Behandlungs-Zieldefinition nach ICF sind – ggf. abweichend von der „Norm“ – Fähigkeiten und Teilhabe des Betroffenen vor akuter Erkrankung und interne wie externe Kontextfaktoren zu berücksichtigen. Bereits bestehender Pflegebedarf bzw. vorbestehende deutliche Teilhabeeinschränkung darf hierbei nicht als Ablehnungsgrund gezielter Rehabilitationsmaßnahmen gesehen werden, vielmehr ist dies typischer Ausdruck geriatrischer Multimorbidität. Die Rehabilitationsprognose muss die Fähigkeiten und Ressourcen des Patienten vor akuter Erkrankung berücksichtigen, darüber hinaus den aktuellen körperlichen, funktionellen und psychischen Status. Eine qualifizierte Prognosestellung ist nur mit Fachkompetenz und spezifischer Erfahrung sowie im Regelfall nach persönlicher Untersuchung des Patienten bzw. direkter Rücksprache mit dem/den Behandler/n möglich.

Laut niedersächsischem Versorgungsvertrag zur geriatrischen Rehabilitation gelten als grundlegende Aufnahmekriterien (siehe Kapitel 11.2.2.):

- Rehabilitationsfähigkeit
- Rehabilitationsbedürftigkeit
- Rehabilitationswilligkeit

Für die Aufnahme oder Übernahme von Patienten in die geriatrische Rehabilitation sind bedeutsam:

- Abgeschlossene akutmedizinische Diagnostik
- Vorangegangene weitestgehende Festlegung der medikamentösen Therapie
- Stabilität der vitalen/vegetativen Parameter
- Keine Notwendigkeit einer ständigen Beaufsichtigung (therapieverhindernde schwere Demenz, Psychose, u. ä.)
- Behandlung von gelegentlich auftretenden Komplikationen durch besonders fachlich qualifiziertes ärztliches und nichtärztliches Personal

Eine überwiegende oder vollständige Übernahme der Körperpflege, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, Versorgung bei unkontrollierter Blasen- oder Darmentleerung sowie Veränderungen der Körperlagerung in 2–4-stündigem Abstand stehen einer geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme nicht entgegen.

Behandlungsziele und Therapiepläne der geriatrischen Rehabilitation basieren auf dem Ergebnis des geriatrischen Assessments, auf aktuellen und relevanten früheren Erkrankungen des Patienten sowie den Befunden rehabilitationsbegleitender Diagnostik. Der Wunsch des Patienten, ggf. auch seiner Angehörigen, ist besonders zu berücksichtigen. Die funktions- und/oder teilhabeorientierte Behandlung erfolgt interdisziplinär patientenzentriert durch das gesamte geriatrische Team (siehe Kapitel 6.1.) unter Berücksichtigung aller aktuellen Patienten- und Behandlungsressourcen.

Von besonderer Wichtigkeit ist das fallbegleitende Überleitungs- und Entlassungsmanagement, welches auch die zeitgerechte angemessene Verordnung von Hilfsmitteln und – in Absprache mit den weiterbehandelnden Ärzten – Empfehlungen zur ambulanten therapeutischen Versorgung mit Heilmitteln umfasst. Die Aufgabe der Kostenträger ist es, die zum Funktionsausgleich bzw. zur Teilhabe erforderlichen Hilfsmittel zeitnah unter Berücksichtigung der Entlassungsplanung zur Verfügung zu stellen.

Am Entlassungstag sollte bei geplanter Entlassung ein ärztlicher Befundbericht zur Sicherstellung der ambulanten Weiterbehandlung zur Verfügung stehen. Spezielle fachliche Überleitungen (Pflege, Therapeuten) sind gesondert zu erstellen.

7.2.8. Ziele der geriatrischen Rehabilitation

Rehabilitations- und Therapieziele der geriatrischen Einrichtungen in Niedersachsen sind im Besonderen:

- Bei geriatrischen Patienten nach akuter Erkrankung, länger dauernder Immobilität, nach Operationen oder Intensivaufenthalten bzw. bei drohender oder drohend steigender Pflegebedürftigkeit, die bestmögliche Selbstständigkeit bei guter Lebensqualität wieder zu erlangen oder zu erhalten.
- Dies bezieht sich sowohl auf die körperliche wie psychische Stabilisierung, die Funktionsverbesserung als auch auf eine bestmögliche Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.
- Als zukünftiger Wohnort nach geriatrischer Rehabilitation wird vorrangig der bisherige Wohnort, alternativ eine andere Wohnform mit ambulanten Angeboten angestrebt. Nur in besonders indizierten Fällen ist eine voll- oder teilstationäre pflegerische Versorgung zu veranlassen bzw. auf Wunsch des Patienten einzuleiten.

Die Behandlung sollte stationär durchgeführt werden, solange die besonderen Angebote des Krankenhauses (bzw. der Rehabilitationseinrichtung) erforderlich sind, daran kann sich nach örtlicher Gegebenheit und Erfordernis eine teilstationäre oder ambulante Rehabilitationsmaßnahme oder eine ambulante hausärztliche Behandlung mit der Verordnung von Einzeltherapien anschließen.

7.3. Integrierte Versorgung in der Altersmedizin

An einzelnen Standorten sind erste Verträge zur integrierten Versorgung abgeschlossen, diese betreffen entweder Patienten einer Krankenkasse unabhängig vom Behandlungsgrund oder alle Patienten mit einer speziellen Diagnose bzw. Diagnosegruppe (z. B. periphere arterielle Verschlusskrankheit).

Muster bzw. Entwürfe für einen Vertrag zur integrierten Versorgung im Sinne einer landesweiten Rahmenempfehlung, eines Realisierungskorridores (strukturelle Pflichtelemente) bzw. eines der häufigen Krankheitsbilder oder Syndrome im Alter sind derzeit noch nicht Gegenstand konkreter Verhandlungen, wären aber durchaus denkbar, da die Versorgung so sektorenübergreifend auf gleichem Niveau landesweit den Versicherten angeboten und die Kosten in Anbetracht der Demografie sogar prospektiv kalkulierbar wären. Beispiel für derartige Syndrome wären z. B. der Sturzpatient oder der ältere Mensch mit Demenz. Der im GKV-WSG 2007 enthaltene Aspekt der kassenartübergreifenden Verträge zur integrierten Versorgung eröffnet für die Geriatrie bzw. alle in die Versorgung Älterer eingebundenen Institutionen neue Wege.

8. Prävention des älteren Menschen

Wie aus der demografischen Entwicklung unserer Bevölkerung zu schließen ist, muss von einer dramatischen Zunahme der Zahl pflegebedürftiger bzw. -abhängiger Menschen in Niedersachsen in den kommenden Jahren ausgegangen werden. Bundesweit gehen die Prognosen bis hin zu einer Verdoppelung während der kommenden drei bis vier Jahrzehnte. Wenn auch die Entwicklung nicht in exakten Zahlen vorhersagbar ist, so ist der Trend jedoch unumstritten. Gesundheitsförderung und Prävention im Alter sind geeignet, das Risiko schwerer Erkrankungen mit konsekutiver Pflegebedürftigkeit zumindest zum Teil zu vermeiden bzw. hinauszuzögern. Große gerontologische Studien belegen, dass die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit durch gesundheitsfördernde Maßnahmen im Alter möglich ist. Geeignete Programme können das Risiko einer Pflegebedürftigkeit um über 20 %, das Risiko einer nicht gewünschten, aufgrund intensiven Pflegebedarfs jedoch unabänderlichen stationären Pflege um über 30 % reduzieren. Dies scheint nicht allein unter Aspekten der Lebensqualität und Selbstbestimmung im Alter, sondern auch unter Kostengesichtspunkten bedeutsam.

Geriatrische Prävention als Modell einer interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Fachpersonen in der Gesundheitsberatung auf Anbieter- und Kassenseite findet ihren Ausdruck in der Zusammenarbeit in Qualitätszirkeln mit

altersmedizinisch relevanten gemeinsamen Fortbildungen, Fallbesprechungen oder präventiven Hausbesuchen. Ein wissenschaftlich begleitetes und ausgezeichnetes Modellprojekt²² unter dem Motto „Präventionsprogramm für Senioren“ konnte im Anschluss an Trainerseminare auch in Niedersachsen etabliert werden.

Ziel einer geriatrischen Prävention ist somit in erster Linie die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und Erhalt von möglichst viel Selbstständigkeit im höheren und hohen Lebensalter. Ein Umzug in ein Pflegeheim sollte verhindert oder zumindest hinausgezögert werden. Ist dies das Ziel und ist dieses Ziel in der Zusammenschau der Krankheitsgeschichte und der erhobenen Befunde zur Beschreibung der Funktionen auf Organebene und der Fähigkeitsstörungen (geriatrisches Assessment) des einzelnen Patienten realistisch, besteht immer eine Indikation zu einer geriatrischen Behandlung, gegebenenfalls als Prävention (ambulant oder stationär). Dies erfordert in der Regel einen Hausbesuch durch ein qualifiziertes Team (Arzt, Pflege, Sozialdienst), ggf. Maßnahmen einer Rehabilitation gemäß des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ und geriatrische Kompetenz des Hausarztes („Lotsenfunktion“).

8.1. Ambulante Prävention

Ambulante Prävention in der Geriatrie ist die Vermeidung von Hilfs- bzw. Pflegebedürftigkeit sowie Kompensation von Organschädigungen und resultierenden Fähigkeitsstörungen im Alterungsprozess. Diese manifestieren sich in unterschiedlich schnellen Verläufen und sind letztlich in der Regel unvermeidbar. Ambulante gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen fokussieren sich daher auf einen Zeitpunkt bzw. eine Situation, in der noch keine relevanten Schädigungen eingetreten sind oder bereits bestehende Schädigungen nicht in einem solchen Maße schwerwiegend erscheinen, dass eine häusliche Versorgung nicht mehr möglich ist.

Ziele ambulanter geriatrischer Prävention sind in Besonderem:

- Vermeidung/Früherkennung von chronischen und drohenden akuten Erkrankungen und ihren Krankheitsfolgen
- Beschreibung und Vermeidung körperlicher Funktionsdefizite
- Beschreibung und gegebenenfalls Kompensation geistiger Funktionsdefizite
- Beschreibung und Erhaltung des sozialen Umfeldes

8.2. Stationäre Prävention

Stationäre Prävention in der Geriatrie erfolgt im Rahmen einer akutgeriatrischen Krankenhausbehandlung oder geriatrischen Rehabilitation. Hierbei sind die Schädigungen insgesamt in einem solchen Maße schwerwiegend, dass eine häusliche Versorgung zurzeit der Krankenhaus- bzw. Rehabilitationsbehandlung nicht möglich ist oder ein im ambulanten Bereich nicht zu erbringender diagnostischer Aufwand bzw. Therapiefrequenz erforderlich sind. Besondere Bedeutung bei der Sekundär- bzw. Tertiärprävention haben z. B. Kontrakturen, Dekubitus, Sturz und apoplektischer Insult.

9. Palliativmedizinische Versorgung in der Geriatrie

In der Palliativmedizin werden Patienten mit nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankungen sowie begrenzter Lebenserwartung behandelt, das Hauptziel der Begleitung ist die Verbesserung der Lebensqualität (WHO 1994).

Entsprechend dieser Idee ist es einleuchtend, dass sich in der Geriatrie somit auch Patienten befinden, die vergleichbare Krankheitsbilder aufweisen. Hier seien z. B. Patienten im Endstadium einer Demenz mit akutem Infekt erwähnt.

Auch der interdisziplinäre Behandlungsansatz der Palliativmedizin ist der Geriatrie in ihrem ebenfalls grundsätzlich interdisziplinären Herangehen an den Patienten sehr ähnlich. Die Zusammensetzung des interdisziplinären Teams ist in beiden Bereichen weitgehend identisch.

Rehabilitative Maßnahmen als integraler Bestandteil geriatrischer Behandlungen gelten neben Symptomkontrolle sowie der Kommunikation und Spiritualität als eine der Säulen palliativmedizinischer Arbeit.

Dennoch sind Geriatrie und Palliativmedizin keineswegs deckungsgleich. Im palliativmedizinischen Ansatz sind viele Erfahrungen aus der Geriatrie unerlässlich, dies betrifft insbesondere Erfahrungen zur Symptomkontrolle bei kognitiv Eingeschränkten, aber auch zur speziellen Präsentation von Erkrankungen und zu pharmakologischen Besonderheiten. Andererseits umfasst Palliativmedizin das gesamte Altersspektrum von Patientinnen und Patienten.

Eine Integration von Palliativmedizin in geriatrische Behandlungsstrukturen ist überlegenswert, da sich hier zahlreiche Synergieeffekte ergeben.

Grundsätzlich gilt: Geriatrische Patienten in der Palliativmedizin erfordern geriatrisches und palliativmedizinisches Fachwissen, unabhängig davon, ob ein Tumorleiden vorliegt oder nicht. Somit benötigen Geriater und das gesamte Team zur Behandlung geriatrischer Palliativpatienten zusätzlich palliativmedizinisches Fachwissen. Palliativmediziner (und das gesamte Team) benötigen andererseits zur Behandlung geriatrischer Palliativpatienten zusätzlich geriatrisches Fachwissen.

Vergleichbares gilt für die Strukturen. Auch hier ist eine Anpassung geriatrischer Strukturen an Palliativpatienten erforderlich, ebenso sind übliche palliativmedizinische Strukturen nicht automatisch für geriatrische Patienten sinnvoll.

Landesweit strukturierte sich in jüngster Vergangenheit die Palliativmedizin und sieht nunmehr ein Netzwerk regionaler Palliativstützpunkte vor.

Für eine enge Kooperation zwischen Palliativmedizin und Geriatrie gibt es in Niedersachsen erfolgreiche Beispiele (Lingen, Osnabrück). Sofern eine direkte Zusammenarbeit bzw. Integration beider Bereiche vorliegt, ist für die Geriatrie in jedem Falle eine enge Zusammenarbeit mit der regional vorhandenen palliativmedizinischen Einrichtung erforderlich, ebenso wie die enge Zusammenarbeit mit Einrichtungen der ambulanten und stationären Hospizarbeit.

10. Forderungen an eine zukunftsfähige niedersächsische Geriatriekonzeption

Ende 2006 kristallisierte sich in Gesprächen mit den Landesverbänden der niedersächsischen Krankenkassen und dem Sozialministerium die Notwendigkeit heraus, das Konzept der altersmedizinischen Versorgung in Niedersachsen (Geriatriekonzept Niedersachsen aus dem Jahre 1993) zu überarbeiten und auf einen aktuellen zukunftsfähigen Stand zu bringen. 2008 hat der Landesverband Geriatrie Niedersachsen daraufhin eine eigene Konzeption zur geriatrischen Versorgung vorgelegt. Die Entwicklung der Altersmedizin und ihrer klinischen Standorte in Niedersachsen macht eine Aktualisierung im Jahr 2012 erforderlich.

Geriatrische Behandlungsstrukturen werden unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten (Ballungsraum bzw. ländliche Struktur) abgestuft in ambulanten, teil- und vollstationären Angeboten akutgeriatrischer und geriatrisch-rehabilitativer Versorgung ausgebaut. Eine regionale und institutionsübergreifend ausgerichtete Konzeption im Sinne der Integrierten Versorgung scheint nach heutigem Sachstand eine der zukunftsfähigsten Versorgungsformen im Kontext der zurzeit geltenden Rechtslage zu sein. Sie gewährleistet zum einen eine fachlich kompetente medizinische Versorgung in der Akut- wie Rehabilitationsgeriatrie, zum anderen erlaubt sie die wohnortnahe Realisierung, die für den auf Angehörige angewiesenen Betroffenen erwiesenermaßen von großer Relevanz ist und eine Kommunikation zwischen den Behandlungsleitern (Hausarzt, Klinikarzt) erleichtert. Die Schnittstelle stationär/ambulant kann so zudem überbrückt werden.

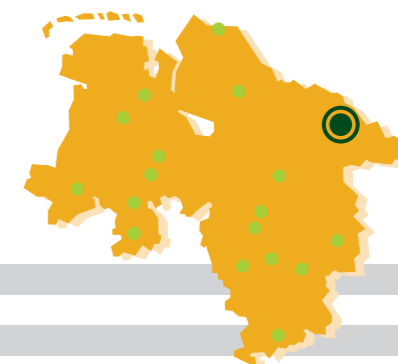
Die Überarbeitung der Geriatriekonzeption in Niedersachsen 2012 führt zu folgenden Forderungen:

- Dauerhafte Repräsentation der Geriatrie in Forschung und Lehre an den Hochschulstandorten über die Mitwirkung im Querschnittsfach Q7 hinaus ist erforderlich.
- Einführung des Schwerpunktes Geriatrie in der Weiterbildungsordnung für Ärzte ist voranzutreiben.
- Sozialpolitik und Kostenträger legen nach Beratung mit dem LVG Niedersachsen einen 10-Jahresplan für eine flächendeckende und die Bevölkerungsentwicklung berücksichtigende Konzeption für geriatrische Zentren (Akut- und Rehabilitationsgeriatrie plus Fortbildungsakademie) vor. Geriatrie wird im niedersächsischen Krankenhausplan abgebildet und bedarfsgerecht fortgeschrieben. Unter Berücksichtigung der Besonderheiten als Flächenland sollte der Schwerpunkt auf die Bildung geriatrischer Zentren gelegt werden.
- Es finden regelmäßig Gespräche des LVG Niedersachsen mit den Sozialministerium, Kostenträgern und dem MDK statt. Sie sollen den konstruktiven Dialog fördern und einer Fortschreibung des Geriatrieplanes dienen.
- Um die geriatrischen Zentren herum sind flächendeckende geriatrische Netzwerke unter enger Einbindung niedergelassener Ärzte mit spezieller geriatrischer Qualifikation aufzubauen.
- Neue Akutgeriatrien bzw. geriatrisierte Betten in Akutabteilungen unter fachkundiger ärztlicher Leitung eines in der Geriatrie qualifizierten Facharztes binden sich in diese regionalen geriatrischen Netze ein. Den Mittelpunkt derartiger Netze bilden die Geriatriezentren mit ihren Fortbildungsakademien.

- Es sind verbindliche Vereinbarungen zu treffen über die gesonderte Erstattung besonders teurer Medikamente, Therapieverfahren und medizinische Diagnostik im Bereich der stationären geriatrischen Rehabilitation.
- Konzepte zur strukturierten ambulanten geriatrischen Versorgung mit Elementen der ambulanten geriatrischen Rehabilitation sind zu erarbeiten bzw. weiterzuentwickeln, z. B. in Fortsetzung des Modellversuchs AGV und deren fester Etablierung.
- Alle Geriatrien in Niedersachsen sind, bzw. beantragen eine Mitgliedschaft im BVG, streben das Qualitätssiegel Geriatrie an und engagieren sich im LVG Niedersachsen.
- Durch den LVG Niedersachsen wird ein jährliches niedersachseninternes Benchmarking vorgenommen, die Daten verbleiben im LVG.
- Der LVG Niedersachsen bietet landesweit regelmäßig zertifizierte Schulungen (z. B. Zercur-Geriatrie®) an. Diese werden in aller Regel durch eine oder von mehreren Einrichtungen gemeinsam durchgeführt.
- Jedes geriatrische Kompetenzzentrum bietet eine fachkundige Beratung zu Fragen der Altersmedizin an, die jedem Bürger zugänglich ist. Dies umfasst auch Hinweise zur pflegerischen Anleitung von Angehörigen.
- Um der Vorgabe „ambulant“ vor „stationär“ Rechnung zu tragen, sind – angeschlossen an geriatrische Zentren – Institutsambulanzen bzw. KV-Ermächtigungsambulanzen einzurichten. An Standorten ohne geriatrisches Zentrum kann diese Funktion von geriatrisch besonders qualifizierten niedergelassenen Ärzten wahrgenommen werden.
- Der LVG Niedersachsen bietet gemeinsam mit der Ärztekammer Niedersachsen eine regionale curriculare Fortbildung „Altersmedizin“ an.

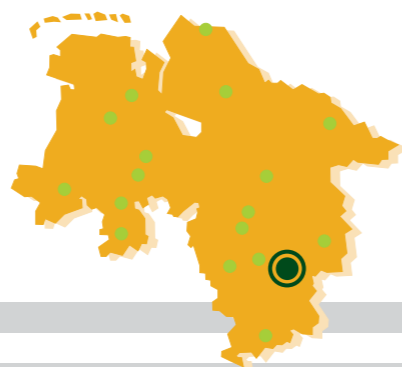
11. Die geriatrischen Klinikstandorte in Niedersachsen (Stand 01.03.2012)

Diana Klinik
Fachabteilung für Geriatrie
Dahlenburger Str. 2A
29549 Bad Bevensen
Tel.: 05821-803141
Fax: 05821-803146
E-Mail: f.schwabe@diana-klinik.de
Internet: www.diana-klinik.de



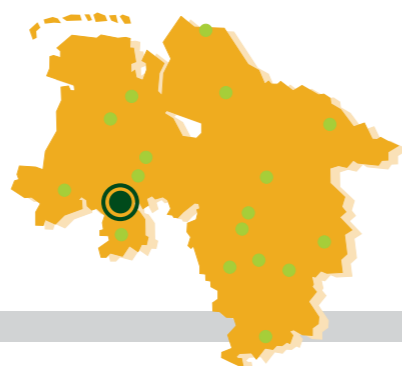
Vertrag § 39 SGB V	Ja
Stationäre Betten	49
Tagesklinikplätze	Nein
Vertrag § 40 SGB V	Ja
Stationäre Betten	73
Tagesklinikplätze	Nein
Chefarzt FA	Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Physikalische und Rehabilitative Medizin
Zusatzbezeichnung	Klinische Geriatrie, Rettungsmedizin, Naturheilverfahren, Sport-, Betriebs-, Ernährungsmedizin, Palliativmedizin
Oberärzte FA	Innere Medizin, Allgemeinmedizin
Zusatzbezeichnung	Notfallmedizin
Stationsärzte FA	Allgemeinmedizin, Neurologie
Zusatzbezeichnung	Rettungsmedizin, Ernährungsmedizin, Physikalische Medizin
Weiterbildungs-ermächtigung	Innere Medizin (2 Jahre), Geriatrie (vollständig), Naturheilverfahren (3 Monate)
CME-Fortbildungen	2 pro Jahr
Qualitätszirkel	Ja, intern

Klinik Hildesheimer Land
 Fachkrankenhaus für Altersmedizin
 An der Peesel 6
 31162 Bad Salzdetfurth
 Tel.: 05063-471140
 Fax: 05063-471144
 E-Mail: hans-thomas.hildebrand@klinik-hildesheimer-land.de
 martin.stolz@klinik-hildesheimer-land.de
 Internet: www.klinik-hildesheimer-land.de



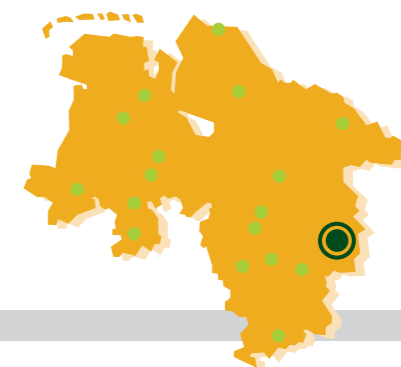
Vertrag § 39 SGB V	Ja
Stationäre Betten	25
Tagesklinikplätze	Nein
Vertrag § 40 SGB V	Ja
Stationäre Betten	67
Tagesklinikplätze	Nein
Ärztl. Dir./Chefarzt FA	Innere Medizin
Zusatzbezeichnung	Klinische Geriatrie, Kardiologie, Physikalische Therapie, Sozialmedizin, Rettungsmedizin, Qualitätsmanagement, Master of Public Health, Gesundheitsökonomie
Oberärzte FA	Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Physikalische und Rehabilitative Medizin
Zusatzbezeichnung	Klinische Geriatrie, Palliativmedizin
Weiterbildungs-ermächtigung	Innere Medizin, Allgemeinmedizin (1,5 Jahre), Geriatrie (vollständig), Sozialmedizin (vollständig)
Klinikfortbildungen (zertifiziert)	wöchentlich Zercur Geriatrie seit 2011, jährlich geplant
CME-Fortbildungen	wöchentlich, akkreditiert bei der Ärztekammer Niedersachsen
Qualitätszirkel	QZ-Geriatrie (10 pro Jahr)

Niels-Stensen-Kliniken Bramsche GmbH
 Abteilung für Innere Medizin
 Hasestraße 16
 49565 Bramsche
 Tel.: 05461-805-161
 Fax: 05461-805-159
 E-Mail: christiana.krambeer@niels-stensen-kliniken.de
 birgit.rautenstrauch@niels-stensen-kliniken.de
 Internet: www.niels-stensen-kliniken.de



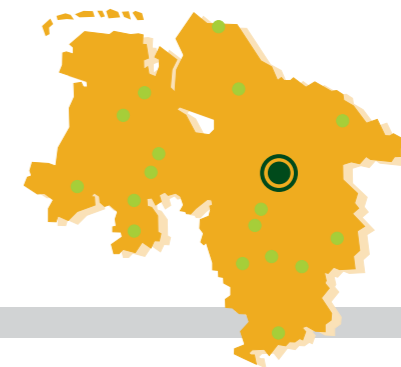
Vertrag § 39 SGB V	Ja
Stationäre Betten	25
Tagesklinikplätze	Nein
Vertrag § 40 SGB V	Nein
Stationäre Betten	Nein
Tagesklinikplätze	Nein
Chefärztin FA	Innere Medizin
Zusatzbezeichnung	Geriatrie, suchtmmedizinische Grundversorgung
Oberärzte FA	Innere Medizin
Zusatzbezeichnung	Geriatrie, suchtmmedizinische Grundversorgung, Kardiologie, Notfallmedizin, Pneumologie, Schlafmedizin
Weiterbildungs-ermächtigung	Innere Medizin (vorläufig), Geriatrie (beantragt)
CME-Fortbildungen	Internistisch regelmäßig pro Woche 1-stündig Geriatrie modulare Fortbildung 2011/2012, 2012/2013
Qualitätszirkel	Nein

Städtisches Klinikum Braunschweig gGmbH
 Medizinische Klinik IV/Geriatrie und Rheumatologie
 Celler Straße 38
 38114 Braunschweig
 Tel.: 0531-595-4722
 Fax: 0531-595-4788
 E-Mail: h.meyerschwabenbedissen@klinikum-braunschweig.de
 Internet: www.klinikum-braunschweig.de



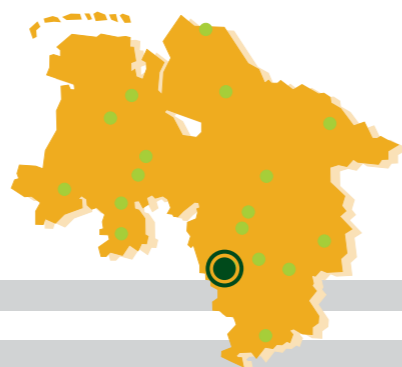
Vertrag § 39 SGB V	Ja
Stationäre Betten	77
Tagesklinikplätze	Nein
Vertrag § 40 SGB V	Antragsstellung für Mitte 2012 in Vorbereitung
Stationäre Betten	15 (geplant)
Tagesklinikplätze	Nein
Chefarzt FA	Innere Medizin
Zusatzbezeichnung	Klinische Geriatrie, Rheumatologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin
Oberärzte FA	Innere Medizin, Neurologie, Rheumatologie
Zusatzbezeichnung	Klinische Geriatrie, Neurogeriatrie
Weiterbildungs-ermächtigung	Innere Medizin (6 Jahre), Klinische Geriatrie, Rheumatologie, Innere Medizin im Verbund des Zentrums Innere Medizin
CME-Fortbildungen	10 pro Jahr
Qualitätszirkel	Nein

Allgemeines Krankenhaus Celle St. Josef-Stift
 Innere Medizin/Geriatrie
 Kanonenstr. 8
 29221 Celle
 Tel.: 05141-751-0
 Fax: 05141-751-108
 E-Mail: joachim.naurath@josefstift.de
 Internet: www.josefstift.de



Vertrag § 39 SGB V	Ja
Stationäre Betten	74
Tagesklinikplätze	Nein
Vertrag § 40 SGB V	Nein
Stationäre Betten	Nein
Tagesklinikplätze	Nein
Chefarzt FA	Innere Medizin, Physikalische und Rehabilitative Medizin
Zusatzbezeichnung	Klinische Geriatrie
Oberärzte FA	Innere Medizin, Allgemeinmedizin
Zusatzbezeichnung	Gastroenterologie
Weiterbildungs-ermächtigung	Innere Medizin: 48 Monate Geriatrie 18 Monate (komplett)
CME-Fortbildungen	Ja
Qualitätszirkel	Ja

Krankenhaus Lindenbrunn
 Klinik für Geriatrie
 Lindenbrunn 1
 31863 Coppenbrügge
 Tel.: 05156-282295
 Fax: 05156-282287
 E-Mail: geriatrie@krankenhaus-lindenbrunn.de
 Internet: www.krankenhaus-lindenbrunn.de



Vertrag § 39 SGB V	Ja
Stationäre Betten	21
Tagesklinikplätze	Nein
Vertrag § 40 SGB V	Ja
Stationäre Betten	47
Tagesklinikplätze	Nein
Chefarzt FA	Innere Medizin
Zusatzbezeichnung	Klinische Geriatrie, Ernährungsmedizin, Rettungsmedizin
Oberärzte FA	Innere Medizin
Zusatzbezeichnung	Kardiologie, internistische Intensivmedizin, Geriatrie, Palliativmedizin, Rettungsmedizin
Assistenzärzte	Allgemeinmedizin, Rettungsmedizin
Weiterbildungs-ermächtigung	Innere Medizin (2,5 Jahre) Geriatrie (1,5 Jahre)
CME-Fortbildungen	8–10
Qualitätszirkel	Nein

St.-Marien-Hospital gGmbH
 Innere Medizin/Geriatrie
 St.-Marien-Str. 1
 26169 Friesoythe
 Tel.: 04491-940-0
 Fax: 04491-940-700
 E-Mail: dr.bonarius@marienstift-friesoythe.de
 Internet: www.marienstift-friesoythe.de



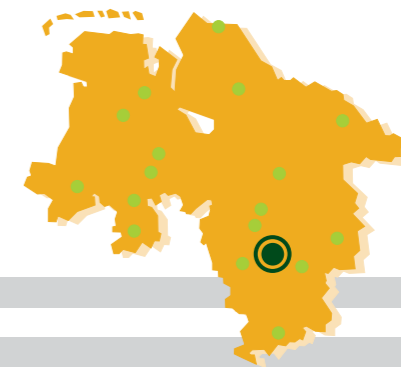
Vertrag § 39 SGB V	Ja
Stationäre Betten	20
Tagesklinikplätze	Nein
Vertrag § 40 SGB V	Nein
Tagesklinikplätze	Nein
Chefarzt FA	Innere Medizin, Klinische Geriatrie
Oberärzte FA	Innere Medizin, Endokrinologie, Diabetologie, Gastroenterologie
Zusatzbezeichnung	Fachkunde suchtmedizinische Grundversorgung
Weiterbildungs-Ermächtigung	Innere Medizin (3 Jahre), Geriatrie beantragt
CME-Fortbildungen	Ja
Qualitätszirkel	Nein

Evangelisches Krankenhaus Weende gGmbH
 Geriatisches Zentrum
 An der Lutter 24
 37075 Göttingen-Weende
 Tel.: 0551-5034-1560
 Fax: 0551-5034-1562
 E-mail: geriatrie@ekweende.de
 Internet: www.ekweende.de



Vertrag § 39 SGB V	Ja
Stationäre Betten	32
Tagesklinikplätze	-
Vertrag § 40 SGB V	Ja
Stationäre Betten	44
Tagesklinikplätze	20
Chefarzt FA	Neurologie und Psychiatrie
Zusatzbezeichnung	Klinische Geriatrie, Neurologische Intensivmedizin, Labordiagnostik i. V. m. der Gebietsbezeichnung Neurologie
Oberärzte FA	Innere Medizin, Neurologie
Zusatzbezeichnung	Klinische Geriatrie, Kardiologie
Weiterbildungs-ermächtigung	Innere Medizin (1 Jahr), Klinische Geriatrie (1,5 Jahre)
CME-Fortbildungen	Geriatrisch-internistisch (wöchentlich)
Qualitätszirkel	Ja (5x/Jahr)

Johanniter-Krankenhaus Gronau
 Innere Medizin/Geriatrie
 Johanniterstr. 1-3
 31028 Gronau/Leine
 Tel.: 05182-583-0
 Fax: 05182-583-145
 E-Mail: info@johanniter-gronau.de
 Internet: www.johanniter-gronau.de



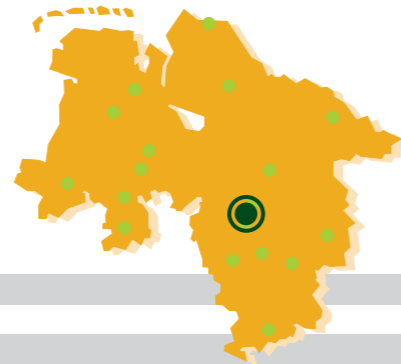
Vertrag § 39 SGB V	Ja
Stationäre Betten	35
Tagesklinikplätze	Nein
Vertrag § 40 SGB V	Nein
Stationäre Betten	Nein
Tagesklinikplätze	Nein
Chefarzt FA	Innere Medizin
Zusatzbezeichnung	Klinische Geriatrie, Palliativmedizin, Notfallmedizin, Medizinische Informatik
Oberärzte FA	Innere Medizin
Zusatzbezeichnung	Notfallmedizin
Weiterbildungs-ermächtigung	Innere Medizin durch Rotation im Hause, Geriatrie beantragt
CME-Fortbildungen	Ja
Qualitätszirkel	Nein

Reha-Zentrum Gyhum
 Geriatriische Klinik
 Alfred-Kettner-Str. 1
 27404 Gyhum
 Tel.: 04286-89-931
 Fax: 04286-89-180
 E-Mail: klinik2@reha-gyhum.de
 Internet: www.reha-gyhum.de



Vertrag § 39 SGB V	Ja
Stationäre Betten	22
Tagesklinikplätze	Nein
Vertrag § 40 SGB V	Ja
Stationäre Betten	74
Tagesklinikplätze	Nein
Chefarzt FA	Allgemeinmedizin
Zusatzbezeichnung	Geriatrie
Oberärzte FA	Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin
Zusatzbezeichnung	Geriatrie
Weiterbildungs-ermächtigung	Physikalische und Rehabilitative Medizin
CME-Fortbildungen	Ja
Qualitätszirkel	Ja (intern)

Diakonische Dienste Hannover gGmbH
Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung gGmbH
 Zentrum für Medizin im Alter
 Schwemannstr. 19
 30559 Hannover
 Tel.: 0511-289-32-22
 E-Mail: geriatrie.dkh@ddh-gruppe.de
 Internet: www.diakonische-dienste-hannover.de



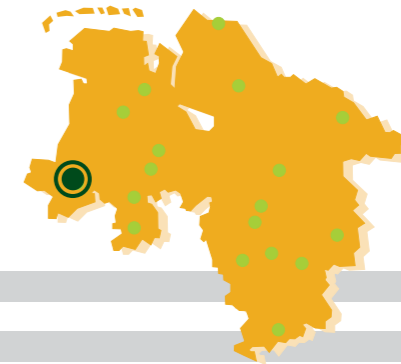
Vertrag § 39 SGB V	Ja
Stationäre Betten	46
Tagesklinikplätze	Nein
Vertrag § 40 SGB V	Ja
Stationäre Betten	50
Tagesklinikplätze	24
Chefarzt FA	Innere Medizin Physikalische- u. Rehabilitative Medizin
Zusatzbezeichnung	Geriatrie, Rettungsmedizin, Qualitätsmanagement, Physikalische Therapie, Psychotherapie
Oberärzte FA	Innere Medizin, Allgemeinmedizin
Zusatzbezeichnung	Geriatrie, Gastroenterologie
Stationsärzte FA	Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Physikalische- u. Rehabilitative Medizin
Zusatzbezeichnung	Geriatrie, Ernährungsmedizin, Physikalische Therapie, Naturheilverfahren, Rettungsmedizin
Weiterbildungs-ermächtigung	Innere Medizin 1,5 Jahre Geriatrie: 1,5 Jahre
CME-Fortbildungen	50 Stunden / Punkte / Jahr
Qualitätszirkel	Ja

Geriatric Langenhagen
Klinikum Region Hannover GmbH
 Rohdehof 3
 30853 Langenhagen
 Tel.: 0511-7300-301
 Fax: 0511-7300-306
 E-Mail: info.geriatrie-langenhagen@krh.eu
 Internet: www.krh.eu



Vertrag § 39 SGB V	Ja
Stationäre Betten	34
Tagesklinikplätze	Nein
Vertrag § 40 SGB V	Ja
Stationäre Betten	50
Tagesklinikplätze	14
Chefarzt FA	Innere Medizin, Neurologie
Zusatzbezeichnung	Klinische Geriatrie, Rettungsmedizin, Physikalische Therapie und Balneologie, Verkehrsmedizinische Begutachtung (ärztliches Qualitätsmanagement vor Abschluss)
Oberärzte FA	Physikalische Therapie, Innere Medizin, Pneumologie
Zusatzbezeichnung	Klinische Geriatrie, Palliativmedizin, Physikalische Therapie und Balneologie (Sportmedizin in Arbeit)
Weiterbildungs-ermächtigung	Innere Medizin (1 Jahr), Klinische Geriatrie im Fachgebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin (1,5 Jahre), Physikalische Therapie und Balneologie (1 Jahr)
CME-Fortbildungen	ja
Qualitätszirkel	nein

St. Bonifatius Hospital gGmbH
 Medizinische Klinik, Fachbereich Geriatrie und Rehabilitation
 Wilhelmstr. 13
 49808 Lingen (Ems)
 Tel.: 0591-910-1501
 Fax: 0591-910-971501
 E-Mail: gerald.kolb@bonifatius-lingen.de
 Internet: www.bonifatius-lingen.de



Vertrag § 39 SGB V	Ja
Stationäre Betten	20
Tagesklinikplätze	Nein
Vertrag § 40 SGB V	Ja
Stationäre Betten	30
Tagesklinikplätze	20
Chefarzt FA	Innere Medizin, Physikalische u. Rehabilitative Medizin
Zusatzbezeichnung	Klinische Geriatrie
Oberärzte FA	Innere Medizin, Neurologie
Zusatzbezeichnung	Klinische Geriatrie
Stationsärzte FA	-
Zusatzbezeichnung	-
Weiterbildungs-ermächtigung	Innere Medizin (6 Jahre, Innere Abteilung), Klinische Geriatrie (2 Jahre), Physikalische Therapie (2 Jahre)
CME-Fortbildungen	3-6 mehrstündige Fortbildungen/Jahr, regelmäßig pro Woche 1-stündig
Qualitätszirkel	Per Internet mit niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und Internisten

St. Franziskus-Hospital

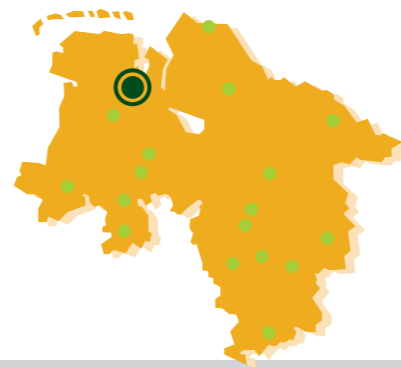
Innere Medizin – Geriatrie
 Franziskusstr. 6
 49399 Lohne
 Tel.: 04442-81510
 Fax: 04442-81188
 E-mail: webmaster@geriatrie-lohne.de
 Internet: www.geriatrie-lohne.de



Vertrag § 39 SGB V	Ja
Stationäre Betten	25
Tagesklinikplätze	Nein
Vertrag § 40 SGB V	Nein
Stationäre Betten	Nein
Tagesklinikplätze	Nein
Chefarzt FA	Innere Medizin
Zusatzbezeichnung	Geriatrie, Palliativmedizin
Oberärzte FA	Im Rahmen der Inneren Abteilung des Hauses und des Geriatriezentrums Vechta/Lohne
Zusatzbezeichnung	-
Weiterbildungs-ermächtigung	Innere Medizin (4 Jahre), Geriatrie (1 Jahr)
CME-Fortbildungen	2–6 pro Jahr
Qualitätszirkel	Nein

Geriatrisches Zentrum Oldenburg

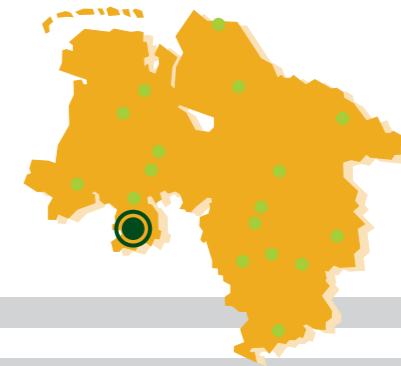
Betriebsstätten
 ■ Evangelisches Krankenhaus Oldenburg
 ■ Klinikum Oldenburg
 ■ Reha-Zentrum Oldenburg (geplant)
 Rahel-Straus-Straße 10
 26133 Oldenburg
 Tel.: 0441-4033351
 Fax: 0441-4033352
 E-Mail: Geriatrie.Sekretariat@klinikum-oldenburg.de
 Internet: www.klinikum-oldenburg.de



Vertrag § 39 SGB V	Ja
Stationäre Betten	50 (je 25 Betten im Klinikum Oldenburg und im Evangelischen Krankenhaus Oldenburg)
Tagesklinikplätze	Nein
Vertrag § 40 SGB V	Beantragt
Stationäre Betten	30 Betten (geplant)
Tagesklinikplätze	20 Plätze für ambulante Rehabilitation (geplant)
Chefarzt FA	Innere Medizin, Gastroenterologie, Ernährungsmedizin, Klinische Geriatrie
Zusatzbezeichnung	Innere Medizin, Gastroenterologie
Oberärzte FA	Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Klinische Geriatrie
Zusatzbezeichnung	Geplant für Innere Medizin
Weiterbildungs-Ermächtigung	Beantragt
CME-Fortbildungen	Geplant
Qualitätszirkel	Vorhanden

Klinikum Osnabrück

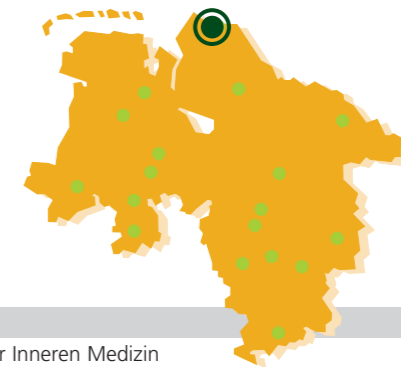
Betriebsstätte Natruper Holz
 Med. Klinik IV, Geriatrie/Palliativmedizin
 Sedanstr. 115
 49090 Osnabrück
 Tel.: 0541-405-7200
 Fax: 0541-405-7299
 E-Mail: dieter.luetjtje@klinikum-os.de
 Internet: www.klinikum-os.de



Vertrag § 39 SGB V	Ja
Stationäre Betten	31
Tagesklinikplätze	Nein
Vertrag § 40 SGB V	Ja
Stationäre Betten	45
Tagesklinikplätze	Nein
Chefarzt FA	Innere Medizin, Physikalische u. Rehabilitative Medizin
Zusatzbezeichnung	Geriatrie, Palliativmedizin, Pneumologie
Oberärzte FA	Innere Medizin, Allgemeinmedizin
Zusatzbezeichnung	Geriatrie, Palliativmedizin
Weiterbildungs-ermächtigung	Innere Medizin komplett im Klinikum (Rotation), Geriatrie komplett
CME-Fortbildungen	Ja
Qualitätszirkel	Ja

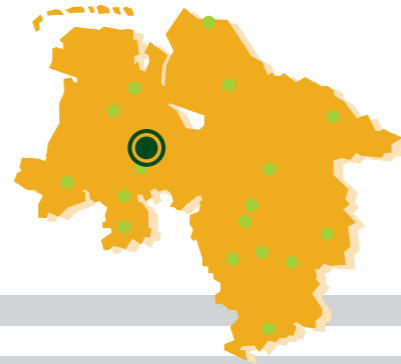
Capio Krankenhaus Land Hadeln

Geriatrie
 Große Ortstr. 85
 21762 Otterndorf
 Tel.: 04751/908251
 Fax: 04751/908259
 E-Mail: jan.wiciok@de.capio.com
 sekretariat.geriatrie@de.capio.com
 www.capio-krankenhaus-land-hadeln.de



Vertrag § 39 SGB V	Ja
Stationäre Betten	25, Klinische Geriatrie im Bereich der Inneren Medizin
Tagesklinikplätze	Nein
Vertrag § 40 SGB V	Nein
Stationäre Betten	Nein
Tagesklinikplätze	Nein
Chefarzt FA	Innere Medizin, Klinische Geriatrie, Rettungsmedizin, Sport-, Betriebsmedizin, Psychotherapie
Oberarzt FA	Innere Medizin, Geriatrie
Stationsarzt FA	Betriebsmedizin
Weiterbildungs-ermächtigung	18 Monate
Qualitätszirkel	Ja (intern und extern)

Katholische Kliniken Oldenburger Münsterland gGmbH
 Betriebsstätte St. Marienhospital Vechta
 Fachbereich Akut- und Rehabilitationsgeriatrie
 Marienstrasse 6-8
 49377 Vechta
 Tel.: 04441-992702
 Fax: 04441-992705
 E-Mail: geriatrie@KK-OM.de
 Internet: http://www.geriatrie-vechta.de



Vertrag § 39 SGB V	Ausstehend
Stationäre Betten	23, davon 2 Monitorbetten
Tagesklinikplätze	Nein
Vertrag § 40 SGB V	Ja
Stationäre Betten	35
Tagesklinikplätze	Nein
Chefärztin FÄ	Innere Medizin
Zusatzbezeichnung	Klinische Geriatrie
Oberärztin FA	Innere Medizin
Zusatzbezeichnung	Klinische Geriatrie
Stationsärzte	Weiterbildungsassistenten Innere Medizin und Allgemeinmedizin (in Rotation mit Medizinischer Klinik)
Weiterbildungs-ermächtigung	Innere Medizin (3 Jahre, Basisweiterbildung), Innere Medizin (2 Jahre, Facharztkompetenz), Geriatrie (1,5 Jahre)
CME-Fortbildungen	Ja
Qualitätszirkel	Ja (intern und extern)

12. Musterversorgungsvertrag für die geriatrische Rehabilitation mit Anlagen 1 und 2

VERSORGUNGSVERTRAG nach § 111 SGB V

Zwischen dem/der _____ (Träger)

Stand: 24.10.2002

als Träger des/der _____ (Einrichtung)

– nachfolgend Einrichtung genannt –

und

der **AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen,**
Kolumbusstraße 2, 30519 Hannover,

dem **BKK-Landesverband Niedersachsen-Bremen,**
Hamburger Allee 61, 30161 Hannover,

dem **IKK-Landesverband Niedersachsen,**
Anderter Straße 49, 30629 Hannover,

der **Landwirtschaftlichen Krankenkasse Niedersachsen-Bremen*)**
Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover,

der **Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle Hannover,**
Siemensstraße 7, 30173 Hannover,

dem **Verband der Angestellten Krankenkassen e.V. (VdAK),**
– Landesvertretung Niedersachsen –,
Rathenaustraße 1, 30159 Hannover,

dem **AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,**
– Landesvertretung Niedersachsen –,
Rathenaustraße 1, 30159 Hannover,

– nachfolgend Krankenkassenverbände genannt –

wird folgender Versorgungsvertrag geschlossen:

*) in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes gem. § 36 KVLG 1989 Präambel

Präambel

Das niedersächsische Konzept zur Verbesserung der stationären Versorgung alter Menschen sieht langfristig eine bedarfs- und leistungsgerechte regionale Angebotsstruktur vor.

Ziel ist dabei die Geriatriisierung der Krankenbehandlung im Rahmen der vorhandenen institutionellen und finanziellen Möglichkeiten und der bestehenden Kapazitäten und nicht die flächen-deckende Schaffung von zusätzlichen Betten in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt. Damit soll der Bevölkerungsentwicklung in Niedersachsen nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ Rechnung getragen werden.

Um den angestrebten Geriatriisierungsprozess zu erreichen, ist zunächst eine begrenzte Zahl von Krankenhäusern oder Rehabilitationseinrichtungen erforderlich, in denen ein fließender Übergang von der Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) zur medizinischen Rehabilitation (§ 40 Abs. 2 SGB V) ermöglicht wird. Diesen Einrichtungen ist ein entsprechender Versorgungsauftrag zu erteilen. Außerdem haben diese Kliniken die Aufgabe, durch Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und eine enge Kooperation mit anderen stationären Einrichtungen sowie Anbietern ambulanter Leistungen und flankierender Maßnahmen die Geriatriisierung in ihrem Einzugsbereich zu fördern.

Mit Einrichtungen, die aufgrund ihrer räumlichen, personellen und organisatorischen Voraussetzungen geeignet sind, diesen speziellen Versorgungsauftrag zu erfüllen, sind besondere einheitliche Versorgungsverträge über die Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 40 Abs. 2 SGB V zu schließen (§ 111 SGB V).

Die geriatrische medizinische Rehabilitation dient

- der Vermeidung und/oder Abkürzung von Krankenhausbehandlung sowie
- der Vermeidung und/oder Minderung von Pflegebedürftigkeit,

mit dem Ziel der Erhaltung bzw. Wiedergewinnung weitgehender Selbstständigkeit.

Dabei hat die ambulante Behandlung Vorrang vor stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen.

§ 1 Geltungsbereich

Dieser Versorgungsvertrag gilt für alle gesetzlichen Krankenkassen im Geltungsbereich des SGB V.

§ 2 Gegenstand

- (1) Die Einrichtung erbringt für die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung stationäre geriatrische Rehabilitationsleistungen (Indikationsgruppe 19) gemäß § 40 Abs. 2 SGB V.
- (2) Für die primär wohnortnahe Versorgung geriatrischer Patienten werden in der Einrichtung _____ Betten vorgehalten.

- (3) Die Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation werden bei Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und/oder Beeinträchtigungen als Folge von folgenden Krankheitsbildern erbracht:
 - Erkrankungen des Zentralnervensystems
 - Frakturen und Zustände nach Gelenktraumen bzw. -operationen
 - Zustand nach Amputationen der unteren Extremitäten
 - Kardio-pulmonale Erkrankungen
 - Stoffwechselerkrankungen mit Folgekrankheiten/Spätschäden
 - Tumorerkrankungen (Die besonderen Regelungen bei der Zuständigkeitsabgrenzung zwischen der Renten- und Krankenversicherung sind zu berücksichtigen.)
 - Schwere degenerative Gelenkerkrankungen
 - Chronisch entzündliche Erkrankungen
 - Osteoporose
 - Bei verzögerter Rekonvaleszenz nach operativen Eingriffen und schweren Erkrankungen mit manifesten, aber reversiblen Fähigkeitsstörungen, die die bisherige selbständige oder weitgehend selbständige Lebensführung des Patienten akut bedrohen.
- (4) Die für eine geriatrische Rehabilitationsmaßnahme infrage kommenden Patienten sind gekennzeichnet durch:
 - ein höheres Lebensalter (in der Regel über 70 Jahre) und
 - manifeste Fähigkeitsstörungen und/oder
 - drohende bzw. manifeste Beeinträchtigungen.
- (5) Die geriatrische Rehabilitationsmaßnahme ist zur Behandlung des infrage kommenden Patienten geeignet, wenn eine andere Krankenhausbehandlung (gem. § 27 SGB V) oder eine indikationsspezifische Rehabilitationsmaßnahme zur Behebung/Minderung der komplexen Fähigkeitsstörungen und/oder Beeinträchtigungen nicht ausreichend ist.
- (6) Mit den Krankenhäusern sowie anderen Einrichtungen der Region zur Versorgung alter Menschen soll eng zusammengearbeitet werden. In die Kooperation sind auch Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen einzubeziehen.
- (7) Mit dem Abschluss des Versorgungsvertrages ist eine Belegungsgarantie nicht verbunden.

§ 3 Aufnahmekriterien

- (1) Als grundlegende Aufnahmekriterien gelten:
 - Rehabilitationsfähigkeit
 - Rehabilitationsbedürftigkeit
 - Rehabilitationswilligkeit

Für die Aufnahme oder Übernahme von Patienten in die geriatrische Rehabilitation ist bedeutsam

- Abgeschlossene akutmedizinische Diagnostik
- Vorangegangene weitestgehende Festlegung der medikamentösen Therapie
- Stabilität der vitalen/vegetativen Parameter

- Keine Notwendigkeit einer ständigen Beaufsichtigung (therapieverhindernde schwere Demenzen, Psychosen, u. ä.)
- Behandlung von gelegentlich auftretenden Komplikationen durch besonders fachlich qualifiziertes ärztliches und nichtärztliches Personal

Eine überwiegende oder vollständige Übernahme der Körperpflege, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, Versorgung bei unkontrollierter Blasen- oder Darmentleerung sowie Veränderungen der Körperlagerung in 2–4-stündigem Abstand stehen einer geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme nicht entgegen.

- (2) Die Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation setzen die Verordnung eines niedergelassenen Arztes oder eines leitenden Arztes des verlegenden Krankenhauses voraus.
- (3) Die Kosten für die Maßnahmen werden übernommen, wenn vor der Aufnahme in die Einrichtung eine Kostenübernahmeerklärung durch die zuständige Krankenkasse erfolgt ist. Telefonische Zusagen werden unverzüglich schriftlich bestätigt. Zur Gewährleistung eines fließenden Übergangs von der Akutversorgung zur geriatrischen Rehabilitation erfolgt die Mitteilung der Krankenkasse zur Frage der Kostenübernahme in der Regel innerhalb von drei Werktagen.

Zur Abgrenzung zwischen Akut- und Rehageriatrie gelten die gemäß Anlage 1 vereinbarten Kriterien.

§ 4 Behandlungsgrundsätze

- (1) Die Einrichtung ist verpflichtet, das Wirtschaftlichkeitsgebot nach §§ 12 und 70 SGB V zu beachten. Die Behandlung darf nur für die aus medizinischen Gründen erforderliche Dauer durchgeführt werden. Sie ist zu beenden, wenn
 - das Rehabilitationsziel erreicht ist,
 - sie ambulant durchgeführt werden kann,
 - Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V notwendig ist oder
 - trotz intensiver Therapie i. d. R. innerhalb von 10 Behandlungstagen (montags bis freitags; inkl. GBA) keine Verbesserung der Fähigkeitsstörung eingetreten ist. Sollten im Ausnahmefall die 10 Tage nicht ausreichen, ist eine Absprache mit der zuständigen Krankenkasse notwendig.
- (2) Bei Aufnahme ist ein geriatrisches Basis-Assessment (GBA), das insbesondere Mobilität, Kognition und Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) erfasst, durchzuführen, sofern dieses nicht vor Beginn der Maßnahme erfolgt ist. (siehe hierzu Anlage 2 zum VV)
- (3) Aufnahme, Behandlung, Unterbringung und Verpflegung werden unbeschadet des Angebots an Wahlleistungen für alle Versicherten nach den gleichen Grundsätzen durchgeführt.
- (4) Die Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren. Der Versicherte ist vor Abschluss der Vereinbarung über die Entgelte der Wahlleistungen zu unterrichten.
- (5) Erfolgt die Aufnahme eines Versicherten wegen Bettenmangels oder aus medizinischen Gründen in eine unter das Wahlleistungsangebot fallende Unterkunft, werden weder der Krankenkasse noch dem Versicherten Mehrkosten berechnet.

§ 5 Kostenübernahme bei Verlängerung

- (1) Ist über die in der Kostenübernahmeerklärung (siehe § 3 Abs. 3) angegebene Dauer hinaus weitere stationäre Behandlung erforderlich, beantragt die Einrichtung schriftlich – rechtzeitig, vor Ablauf der Frist – die Verlängerung unter Angabe der bisher erreichten Teilziele, der noch erreichbaren, alltagsrelevanten Therapieziele und der voraussichtlichen Dauer der stationären Behandlung.
- (2) Die Krankenkasse unterrichtet – rechtzeitigen Eingang des Verlängerungsantrages vorausgesetzt – die Einrichtung spätestens zwei Arbeitstage vor Ablauf der Befristung über die Entscheidung zum Verlängerungsantrag.
- (3) Es soll ein einheitlicher Verlängerungsantrag für geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen unter besonderer Berücksichtigung bundesweiter Empfehlungen verwendet werden.

§ 6 Mitteilungen, Bescheinigungen und Berichte

- (1) Auf der Grundlage des § 301 Abs. 4 SGB V sind der zuständigen Krankenkasse unverzüglich folgende Angaben zu übermitteln:
 1. der Beginn der Rehabilitationsmaßnahme und deren voraussichtliche Dauer
 2. die Einweisungs- und Aufnahmediagnose (nur Hauptdiagnosen)
 3. Entlassungs-/Verlegungstag mit Angabe des Grundes; bei externer Verlegung Name der aufnehmenden Institution.
- (2) Bricht der Versicherte eigenmächtig die Maßnahme ab, wird die Krankenkasse unverzüglich ggf. telefonisch verständigt. Gleiches gilt bei Zuwiderhandlungen gegen das Therapieziel, wie z. B. die Nichtbefolgung ärztlicher Anweisungen.
- (3) Erleidet der Versicherte während der Behandlung einen Unfall (§ 2 Abs. 1 Nr. 15a SGB VII) ist dies der Krankenkasse ebenfalls unverzüglich mitzuteilen.
- (4) Dem Versicherten wird bei der Entlassung für den weiterbehandelnden Arzt ein vorläufiger Bericht mitgegeben, aus dem die Diagnose, der Entlassungsgrund sowie Therapieangaben und die Beurteilung der Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung hervorgehen müssen. Dem weiterbehandelnden Arzt und – mit Einverständnis des Patienten – dem zuständigen Kostenträger wird der endgültige ärztliche Entlassungsbericht in der Regel innerhalb von 10 Tagen übersandt. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherte zu einer Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) verlegt wird.
- (5) Bescheinigungen und Berichte, welche die zuständige Krankenkasse und der Medizinische Dienst der Krankenkassen zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben sowie der behandelnde Arzt im Zusammenhang mit der Weiterbehandlung des Versicherten benötigen, sind mit der Vergütung abgegolten.
- (6) Unterlagen, die für die Prüfung des Leistungsfalles erforderlich sind (z. B. auch die Ergebnisse des GBA), werden von der Einrichtung gemäß § 276 Abs. 2 SGB V an den Medizinischen

Dienst der Krankenversicherung weitergeleitet. Die Partner dieser Vereinbarung sind verpflichtet, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten zu beachten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Aufgaben zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.

- (7) Die Einrichtung legt den Vertragsparteien jeweils spätestens einen Monat nach Ablauf des Halbjahres eine Belegungsstatistik nach dem Muster der Anlage 3 vor. Mit der Belegungsstatistik für das 2. Halbjahr ist eine kumulierte Gesamtstatistik für das Kalenderjahr abzugeben. Die statistischen Auswertungen, die auf der Basis der in den niedersächsischen Einrichtungen gesammelten Daten erstellt werden, werden den beteiligten Einrichtungen in anonymisierter Form zur Verfügung gestellt.

§ 7 Beurlaubung

- (1) Während einer geriatrischen Rehabilitationsbehandlung ist eine Beurlaubung nur aus zwingenden Gründen und ausschließlich mit Zustimmung des leitenden Arztes möglich. Der zuständigen Krankenkasse ist die Beurlaubung zeitgleich mitzuteilen. In einem solchen Fall wird der Patient entlassen und wieder aufgenommen. Die Modalitäten hinsichtlich der Vergütung sind in der gesonderten Vergütungsvereinbarung geregelt.
- (2) Vorübergehende Abwesenheitszeiten, die Bestandteil des Therapiekonzeptes sind und der Belastungserprobung mit dem Ziel der Rückführung in die gewohnte soziale Umgebung dienen, gelten nicht als Beurlaubung. Sie sollten längstens zwei Nächte umfassen und sind der zuständigen Krankenkasse spätestens zwei Tage vorher mitzuteilen. Die Höhe des Entgeltes wird in der Vergütungsvereinbarung geregelt.

§ 8 Vergütung

- (1) Die Vergütung wird auf der Grundlage einer sparsamen Wirtschaftsführung frei vereinbart. Dabei sind aussagefähige und nachprüfbar Unterlagen vorzulegen. KHG und BpflV finden keine Anwendung.
- (2) Mit der Vergütung sind im Rahmen der zugesagten Rehabilitationsbehandlung alle medizinischen, zweckmäßigen und ausreichenden Maßnahmen der Rehabilitationsbehandlung mit Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Leistungen von nicht bei der Einrichtung angestellten Konsiliarärzten sowie Leistungen Dritter abgegolten. Weitere Kosten können den Krankenkassen insoweit nicht in Rechnung gestellt werden. Davon abweichende Regelungen werden in der Vergütungsvereinbarung festgehalten.
- (3) Das Vergütungsverfahren (einschließlich Rechnungslegung und Zahlungsfrist) wird in einer gesonderten Vergütungsvereinbarung geregelt.

§ 9 Werbemaßnahmen

Werbemaßnahmen, die sich auf die Leistungspflicht der Krankenkassen beziehen, sind nicht zulässig.

§ 10 Qualitätssicherung

- (1) Die Einrichtung ist verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen (§ 137 SGB V). Sie sorgt dafür, daß die Qualität der ärztlichen und pflegerischen Behandlung, die Versorgungsabläufe, die Behandlungsmaßnahmen und -ergebnisse nachvollziehbar sind und einer Prüfung zugänglich gemacht werden können.
- (2) Die Einrichtung hat durch Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen die Mitarbeiter/-innen für die besonderen Aufgaben der geriatrischen Rehabilitation zu qualifizieren und den medizinischen Leistungsstandard zu sichern.
- (3) Die Krankenkassenverbände bzw. deren Beauftragte haben das Recht, die Einrichtung unangemeldet im Beisein eines leitenden ärztlichen Mitarbeiters und/oder eines leitenden Mitarbeiters der Verwaltung montags bis freitags in der Zeit zwischen 08.00 Uhr und 18.00 Uhr zu besichtigen.

§ 11 Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)

- (1) Zur Durchführung gutachterlicher Stellungnahmen des MDK wird auf § 276 Abs. 4, Satz 1 SGB V verwiesen. Um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, sollte der Besuch des MDK nach vorheriger Anmeldung erfolgen. Die Einrichtung kann die Vorlage einer entsprechenden Legitimation verlangen.
- (2) Auf Wunsch der Einrichtung erfolgt die Überprüfung in Gegenwart eines ihrer Vertreter. Medizinisch bedingte Überprüfungen, zumindest Untersuchungen des Patienten, werden in Gegenwart des betreuenden Arztes oder des ihn vertretenden Arztes durchgeführt. Die Voraussetzung dafür stellt die Einrichtung sicher.
- (3) Hinsichtlich der Mitteilungspflichten des MDK wird auf § 277 Abs. 1 SGB V verwiesen.

§ 12 Änderung und Kündigung des Vertrages

- (1) Eine Kündigung oder Änderung des Vertrages bedarf der Schriftform.
- (2) Änderungen in der Struktur der Einrichtung (z. B. Zahl der Betten/Tagesklinikplätze, die zu behandelnden Krankheitsbilder, Therapiekonzept) bedürfen der vorherigen Antragstellung und der schriftlichen Zustimmung der vertragsschließenden Verbände. Ebenso sind die Vertragsparteien über eine beabsichtigte Änderung der Zweckbestimmung oder der Besitzverhältnisse zu informieren.

- (3) Für die Kündigung des Versorgungsvertrages gilt § 111 Abs. 4 Satz 2 SGB V.
- (4) Für die Kündigung der Vergütungsvereinbarung gilt die dort vereinbarte Kündigungsfrist. Eine Kündigung der Vergütungsvereinbarung berührt die Wirksamkeit des Versorgungsvertrages nicht.
- (5) Anpassungen des Versorgungsvertrages können auch ohne Kündigung einvernehmlich vereinbart werden.

**§ 13
Salvatorische Klausel**

Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so bleibt die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen davon unberührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmung tritt diejenige Regelung, die in rechtlich zulässiger Weise dem beiderseits Gewollten am nächsten kommt.

**§ 14
Inkrafttreten**

Dieser Vertrag tritt am _____ in Kraft.

Ort, den (Unterschrift der Einrichtung)

Hannover, den

AOK - Die Gesundheitskasse für
Niedersachsen

BKK-Landesverband
Niedersachsen-Bremen

IKK-Landesverband Niedersachsen

Landwirtschaftliche Krankenkasse
Niedersachsen-Bremen

Bundesknapenschaft
– Verwaltungsstelle Hannover –
Niedersachsen

Verband der Angestellten-Krankenkassen-
e.V. (VdAK)/Leiter der Landesvertretung

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
– Der Leiter der Landesvertretung Niedersachsen –

Anlage 1 zum Versorgungsvertrag

**Akutbehandlung/Rehabilitation
Abgrenzungskriterien**

Die geriatrische Akutbehandlung (§ 39 SGB V) ist als abgeschlossen anzusehen, wenn

- die vitalen/vegetativen Parameter (HerzKreislauf, Blutdruck, Atmung, Temperatur) stabil sind,
- die klinische Diagnostik weitgehend abgeschlossen ist.

Das bezieht sich auch auf Begleiterkrankungen und die oft notwendige differential-diagnostische Abklärung einer Depression und mangelnden Motivation.

- Die medizinische, besonders medikamentöse Therapie, ist weitgehend festgelegt, ihre Anpassung an den Verlauf ist Aufgabe der Rehabilitationsabteilung.
- Es besteht keine Notwendigkeit zur dauernden Beaufsichtigung des Patienten (z. B. Weglauftendenz, Verwirrtheit, Eigen- und Fremdgefährdung).
- Bestehende Begleiterkrankungen und Komplikationen der Grundscheidung (z. B. Dekubitus-Probleme am Amputationsstumpf) verhindern die aktive Teilnahme des Patienten an der Mobilisierung und Rehabilitation nicht.
- Die bestehenden Begleiterkrankungen und schädigungstypischen Komplikationen können vom ärztlichen und nichtärztlichen Fachpersonal der Rehabilitationsabteilung behandelt werden.
- Die Stabilität des Kreislaufs und die allgemeine Belastbarkeit des Patienten erlauben, dass mehrmals täglich aktive rehabilitative Maßnahmen von mindestens 15 Minuten Dauer im Sitzen durchgeführt werden können.

Für die Entscheidung über die geriatrische Rehabilitationsfähigkeit in Bezug auf eine Abgrenzung zur akutstationären Krankenhausbehandlung ist das klinische Gesamtbild des Patienten maßgeblich, wobei grundsätzlich alle o. g. Kriterien im Hinblick auf die Feststellung der geriatrischen Rehabilitationsfähigkeit erfüllt sein müssen.

Anlage 2 zum Versorgungsvertrag

Anmerkungen zur zeitlichen Durchführung eines geriatrischen Basis-Assessments (GBA)

Folgende Auf- bzw. Übernahmemodalitäten für Patienten kommen (nach Genehmigung eines Antrags) in Betracht:

- (1) Der Patient stammt aus der eigenen Akutgeriatrie
→ ein GBA wird vorher im Akutbereich durchgeführt.

Der Patient stammt aus einem anderen Krankenhaus bzw. kommt auf Verordnung eines niedergelassenen Arztes; mit einem GBA wird unverzüglich nach der Aufnahme begonnen.

- (2) Rehabilitationsfähigkeit wird festgestellt
→ der Patient zählt ab Aufnahmetag als Rehabilitations-Fall.
- (3) Rehabilitationsfähigkeit wird festgestellt; eine geriatrische Rehabilitation ist jedoch nicht erforderlich (z. B. wegen fehlender Komplexität der Störungen)
→ der Patient wird mit Zustimmung des entsprechenden Kostenträgers in eine andere Einrichtung verlegt. Die erbrachten Pfl egetage werden im Rahmen der Reha-Geriatrie abgerechnet.
- (4) Rehabilitationsfähigkeit kann nicht sicher beurteilt werden
→ es besteht die Möglichkeit einer Rehabilitation auf Probe für längstens 10 Behandlungstage inkl. GBA. Tritt keine deutliche Minderung der Fähigkeitsstörungen ein, ist der Aufenthalt zu beenden. Die erbrachten Pfl egetage werden im Rahmen der Reha-Geriatrie abgerechnet.
- (5) Rehabilitationsfähigkeit ist nicht gegeben
→ der Aufenthalt in der geriatrischen Rehabilitationsabteilung ist zu beenden. Die erbrachten Pfl egetage werden im Rahmen der Reha-Geriatrie abgerechnet.

13. Antragsformulare

13.1. Niedersächsischer Antrag zur Kostenübernahme in der geriatrischen Rehabilitation gemäß § 40 SGB V

Das nachfolgende Antragsformular zur Durchführung einer geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme wurden zwischen den Landesverbänden der Kassen, dem MDK Niedersachsen sowie dem LVG Niedersachsen abgestimmt und eingeführt.

13.2. Erläuterungen zum Antrag zur geriatrischen Rehabilitation

Erläuterungen zum Antragsformular mit Erklärungen der rehabilitationsmedizinischen Begriffe und Ausfüllhinweisen wurden seitens des LVG Niedersachsen erstellt, siehe Seite 62.

13.3. Niedersächsisches Modellprojekt ambulante geriatrische Versorgung

Bei Interesse bitte Kontaktaufnahme direkt mit den Geriatriezentren: Osnabrück, Gyhum, Bad Salzdetfurth, Copenbrügge.

13.1. Antrag auf Kostenübernahme einer geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme nach § 40 SGB V

vollstationär gemäß Abs. 2 ambulant (inkl. Tagesklinik) gemäß Abs. 1

Arztsache	Anmeldende Klinik/Hausarzt Klinik/Hausarzt: Abteilung: Station: Telefon: Fax: Ansprechpartner:
– per Fax –	
An den Kostenträger	

Patient (Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum):	
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):	
Versicherten-Nummer (Krankenkasse):	Aufnahmedatum im Krankenhaus:
Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon):	Geriatrische Rehabilitation ab dem:
Nächste Bezugsperson/Betreuer (s. S. 3 oben) (Name, Tel.):	Antrag auf Verlängerung der geriatrischen Rehabilitation bis zum:
Transportmittel: <input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> PKW/Taxi <input type="checkbox"/> Krankenwagen	

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 2 Nr. 2 und Abs. 4 SGB X):
 Die in diesem Antrag genannten Daten sind zur Prüfung des Anspruchs auf Rehabilitationsmaßnahmen notwendig. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind § 284 Abs. 1 Nr. 4 i. V. m. § 40 SGB V. Ihre Auskunftspflicht ergibt sich aus § 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V i. V. m. § 100 Abs. 1 SGB X.

Zustimmungserklärung des Patienten

_____ Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse von den mich behandelnden Ärzten, Krankenhäusern und den im Antrag genannten Leistungsträgern ärztliche Unterlagen und Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern kann, soweit diese für die Beurteilung und Entscheidung über meinen Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich sind. Insoweit entbinde ich die oben genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Ich gestatte die Weitergabe der Angaben an den Medizinischen Dienst und die Übermittlung der von diesen erstellten Gutachten an meine Krankenkasse.

Ich weiß, dass ich der Übermittlung meiner medizinischen Daten an meine Krankenkasse widersprechen kann.

Bad Salzdettfurth, _____ oder _____
 Ort/Datum Unterschrift des Patienten der Hilfsperson gemäß
 Gesetzlich bestellter Betreuer erklärtem Willen des Patienten

Entscheidung der Krankenkasse

Der beantragten geriatrischen Rehabilitation (§ 40 SGB V) wird

zugestimmt mit einer Verweildauer von _____ Wochen (stationäre Behandlung);

zugestimmt mit einer Behandlungsdauer f. _____ Tage (ambul. inkl. tagesklinische Behandl.);

wird nicht zugestimmt, weil:

_____ Ort/Datum _____ Stempel/Unterschrift der Krankenkasse

Ärztlicher Bericht zum Antrag auf Kostenübernahme einer geriatrischen Rehabilitation nach § 40 SGB V

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
-------	----------	-------------

1. Rehabilitationsbedürftigkeit

1.1. Vorgeschichte: Verlegungs-/Anmeldungsrelevante Hauptdiagnose (inkl. relevanter Behandlungsdaten):

Akutereignis am: ggf. Op am: Belastungseinschränkung: nein ja kg bis (Datum):

Komplikationen im Verlauf u/o für die Begutachtung bei komplexen Vorbehandlungen erforderliche Angaben:

Als Anlage (z. B. Vorbefunde, Arztbriefe u. ä.) beigelegt sind:

1.2. Rehabilitationsrelevante Nebendiagnosen/geriatrische Syndrome und relevante Funktionseinschränkungen:

- 1: d. h. aus diesen Erkrankungen entstehende medizinische Probleme sind während der Rehabilitationsleistung engmaschig ärztlich zu überwachen u/o müssen in der Therapie berücksichtigt werden, z. B:
- Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Lungenerkrankung, COLD
 - Niereninsuffizienz, Dialysepflichtigkeit (Frequenz pro Woche angeben)
 - Diabetes mellitus mit Komplikation (welche?), Elektrolytstörung, Stoffwechsellage (welche?)
 - Tumorleiden
 - Parkinson-Syndrom, Durchgangs-Syndrom
 - Extremitäten-Amputation (wo?), Osteoporose, Wirbelkörperfraktur(en), Arthrose(n), Kontraktur(en)
 - Decubitus, Gangrän, Ulcus, Wundheilungsstörungen (jeweils wo?)
 - Erreger mit besonderer Resistenz (welche?)
- 2: hierbei sind z. B. zu berücksichtigen:
- Sehstörung, Hörstörung, Sprach-/Sprechstörung, Tracheostoma,
 - Schluckstörung, naso-gastrale Sonde, PEG-Träger, Ernährungsstörung
 - Kognitive Störung/Einschränkung (z. B. Orientierung, Hirnleistung, Demenz, Verwirrtheit), psych. Störung (z. B. Depression, Angst)
 - Stürze (>1 mit Verletzung u/o >2 Stürze in letzten 3 Mon.), chronische oder akute Schmerzen, Sensibilisierungsstörung(en)/PNP
 - Lähmung (wo und mit welchem Ausmaß?), Hirnwerkzeugstörung (z.B. Apraxie, Agnosie)
 - Urininkontinenz, andere urologische Probleme, Stuhlinkontinenz, Dauerkatheter-, Enterostoma-Träger
 - Protrahierte Immobilität, Altersschwäche („Frailty“), rez. ungeplante KH-Einweisungen, verzögerte Rekonvaleszenz

1.3. Aktuelle Fähigkeitsstörungen als Folge der o. g. Haupt- und Nebendiagnosen:
 (Mobilität, Gangsicherheit, Sturzgefährdung, Kommunikation, Gedächtnis, Handlungsplanung, Sozialverhalten, Sonstiges)

<input type="checkbox"/> Selbstständiges Gehen möglich	<input type="checkbox"/> selbstständiges Gehen nicht möglich
<input type="checkbox"/> gangsicher	<input type="checkbox"/> nicht gangsicher und sturzgefährdet
<input type="checkbox"/> geordnetes Gespräch mit Pat. möglich	<input type="checkbox"/> geordnetes Gespräch mit Pat. nicht möglich
<input type="checkbox"/> Kognition nicht eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Kognition eingeschränkt <input type="checkbox"/> Kognition erheblich eingeschränkt
<input type="checkbox"/> Handlungsplanung nicht eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Handlungsplanung eingeschränkt <input type="checkbox"/> Handlungsplanung erheblich eingeschränkt
<input type="checkbox"/> Sozialverhalten adäquat	<input type="checkbox"/> Sozialverhalten nicht adäquat

Sonstiges:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Gegenüber dem Zustand vor akuter Krankenhausbehandlung/Erkrankung ist derzeit die:

Alltagsrelevante Gehstrecke/Belastbarkeit: gleich geblieben verkürzt aufgehoben
 Fähigkeit zur Haushaltsführung: nicht eingeschränkt eingeschränkt aufgehoben
 Fähigkeit zur Tagesstrukturierung: nicht beeinträchtigt beeinträchtigt aufgehoben

Die Kooperativität ist nicht beeinträchtigt beeinträchtigt (ggf. stichwortartig kommentieren):

Sozialanamnese:

Bisherige Wohnsituation: mit Partner/in Familie allein lebend
 Betreutes Wohnen Alten-/Pflegeheim
 Zukünftige geplante Wohnsituation: Rückkehr in bisheriges Wohnumfeld abhängig vom Reha-Ergebnis
 Leistungen der Pflegeversicherung: nein nicht bekannt Stufe 1 Stufe 2 Stufe 3
 Amtl. bestellte Betreuung: nein ja, Ansprechpartner Tel: _____

2. Rehabilitationsfähigkeit

Die geriatrische Rehabilitationsfähigkeit wird ärztlicherseits bestätigt.

der geriatritypisch multimorbide Patient verfügt über eine ausreichende phys./psych. Belastbarkeit, erforderliche Mobilität und ausreichende Motivation. (Bitte Abgrenzungskriterien nach Nds. Versorgungsvertrag für die geriatrische Rehabilitation beachten)

der geriatritypisch multimorbide Patient verfügt **nicht** über eine ausreichende phys./psych. Belastbarkeit, erforderliche Mobilität und ausreichende Motivation.

Ggf. antragsrelevante Erläuterungen hierzu:

3. Rehabilitationsziele

Welches ist / sind das / die individuelle/n und realistische/n Reha-Ziel/e (hinsichtlich Schädigung, Aktivitäten, Partizipation/ Teilhabe, Kontext-/ Risikofaktoren) **bezogen auf die beschriebenen Fähigkeitsstörung/en aus Sicht des Vorbehandelnden?**

Folgende Ziele verfolge ich mit der Durchführung einer geriatrischen Rehabilitation:

Armfunktion: selbstständiges Essen und Waschen sonstiges:
 Transfer: selbstständig mit ungeschulter Laienhilfe mit geschulter Laienhilfe sonstige Ziele:
 Lokomotion: selbstständiges Gehen eventuell mit Hilfsmittel selbstständiges Manövrieren mit Rollstuhl
 Gehen mit ungeschulter Laienhilfe Gehen mit geschulter Laienhilfe
 selbstständiges Treppensteigen
 Treppensteigen mit ungeschulter Laienhilfe Treppensteigen mit geschulter Laienhilfe
 Körperliche Versorgung: angestrebt ist komplett selbstständig
 angestrebt ist wenig Hilfsbedarf und zumindest selbstständiger Toilettengang
 angestrebt ist mittlerer Hilfsbedarf und zumindest Toilettengang mit (un)geschulter Laienhilfe

Sonstige Ziele:

4. Rehabilitationsprognose

Bei welchem/n Reha-Ziel/en erwarten Sie unter Berücksichtigung des bisherigen Krankheitsverlaufes durch die Ausschöpfung des Reha-Potenziales während/durch die Reha-Maßnahme Verbesserungen?

Ich erwarte folgende Verbesserungen: Besserung der Armfunktion
 Besserung des Transfers
 Besserung der Lokomotion
 Besserung im Selbstversorgungsgrad der eigenen körperlichen Versorgung
 Sonstiges:

Erläuterungen zum Antrag

- Dieses Antragsformular ersetzt nicht den ärztlichen und pflegerischen Verlegungsbrief!
- Um Rückfragen zu vermeiden wird gebeten, dem Patienten bei Verlegung die wichtigsten medizinischen Informationen (Anamnese-Daten, Laborbefunde, technische Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder, Therapeutenberichte, etc.) mitzugeben.
- Der Antrag ist **nur mit komplett ausgefülltem** Barthel-Index (Kurzversion des Hamburger Manual®, Quelle BVG @Server) vollständig und dient der Mitbewertung der dokumentierten Fähigkeitsstörungen.

Datum der Antragstellung

Unterschrift beantragender Arzt

Barthel Index zum Antrag auf Kostenübernahme einer geriatrischen Rehabilitation nach § 40 SGB V

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

- Wird aus Gründen der Sicherheit oder wegen fehlenden eigenen Antriebs für die ansonsten selbständige Durchführung einer Aktivität Aufsicht oder Fremdstimulation benötigt, ist nur die zweithöchste Punktzahl zu wählen.
- Sollten z. B. je nach Tagesform oder im Tagesverlauf unterschiedliche Einstufungskriterien zutreffen, ist die niedrigere Einstufung zu wählen.
- Bitte das Datum der Erfassung notieren.

Barthel-Index Kriterium (Hamburg-Manual – Kurzversion) vom: _____

Essen	Komplett selbstständig ODER selbstständige PEG/MS-Beschickung-/Versorgung	10
	Hilfe bei der mundgerechten Vorbereitung, aber selbstständiges Einnehmen der Mahlzeit ODER Hilfe bei der PEG/MS-Beschickung-/Versorgung	5
	Kein selbstständiges Einnehmen von Speisen und Getränken UND keine PEG/MS Ernährung	0

Auf- und Umsetzen	Komplett selbstständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl UND zurück	15
	Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe) in der einen oder anderen o. g. Phase	10
	Aufrichten in den Sitz an die Bettkante UND/ODER Transfer in Rollstuhl mit erheblicher Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	5
	Erfüllt das Kriterium nicht, wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	0

Sich waschen	Vor Ort komplett selbstständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	5
	Erfüllt das Kriterium nicht (statt: erfüllt „5“ nicht)	0

Toilettenbenutzung	Vor Ort komplett selbstständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung/Reinigung	10
	Vor Ort Aufsicht oder Hilfe bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung ODER deren Spülung/Reinigung erforderlich	5
	Benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	0

Baden / Duschen	Selbstständiges Baden oder Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	5
	Erfüllt das Kriterium nicht	0

Aufstehen und Gehen	Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen UND mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. Stöcke/Gehstützen) gehen	15
	Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen UND mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens selbstständig gehen	10
	Mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen ODER im Wohnbereich komplett selbstständig im Rollstuhl	5
	Erfüllt das Kriterium nicht	0

Treppe steigen	Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. mit Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- UND hinuntersteigen	10
	Mit Aufsicht oder Laienhilfe mindestens ein Stockwerk hinauf- UND hinuntersteigen	5
	Erfüllt das Kriterium nicht	0

An- und Auskleiden	Zieht sich in angemessener Zeit selbstständig Tageskleidung und Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel, z.B. ATS, Prothesen) an UND aus	10
	Kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbstständig an UND aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind	5
	Erfüllt das Kriterium nicht	0

Stuhlkontinenz	Ist stuhlkontinent, ggf. selbstständig bei rektalen Abführmaßn. oder der Anus-praeter Versorgung	10
	Ist durchschnittlich nicht mehr als 1 x/Woche stuhlinkontinent ODER benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen bzw. der Anus-praeter Versorgung	5
	Ist durchschnittlich mehr als 1 x/Woche stuhlinkontinent	0

Harnkontinenz	Ist harnkontinent ODER kompensiert die Harninkontinenz bzw. versorgt seinen DK komplett selbstständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)	10
	Kompensiert die Harninkontinenz selbstständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1 x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) ODER benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems	5
	Ist durchschnittlich mehr als 1 x/Tag harninkontinent	0

Summe _____

Optional PPR: A1 A2 A3 S1 S2 S3

13.2. Erläuterungen zum Antrag auf geriatrische Rehabilitation

I. Abgrenzungskriterien zur geriatrischen Rehabilitationsfähigkeit nach Versorgungsvertrag Geriatrie Nds.

Einzelheiten finden sich in der Anlage 1 zum Musterversorgungsvertrag (Abschnitt 12)

II. Definitionen

1. Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn als Folge einer Schädigung bei Vorliegen von voraussichtlich nicht nur vorübergehenden Fähigkeitsstörungen oder drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen über die kurative Versorgung hinaus eine medizinische Rehabilitation erforderlich ist.

2. Rehabilitationsfähigkeit

Der Begriff der Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (Motivation/Motivierbarkeit und Belastbarkeit) für die Teilnahme an einer geeigneten Rehabilitation.

3. Positive Rehabilitationsprognose

Sie ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs und der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung der persönlichen Ressourcen (Rehabilitationspotential) über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels durch eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme in einem angemessenen Zeitraum. Die positive Rehabilitationsprognose ist anzunehmen, wenn mindestens eines der nachfolgend genannten Kriterien zutrifft:

- Beseitigung bzw. alltagsrelevante Verminderung der Fähigkeitsstörungen durch Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit
- Kompensationsstrategien zur Alltagsbewältigung sind mit nachhaltigem Erfolg anzuwenden (trainierbar)
- Adaptionsmöglichkeiten sind vorhanden und nutzbar

4. Rehabilitationsziele

Das Rehabilitationsziel besteht darin, möglichst frühzeitig alltagsrelevante Fähigkeitsstörungen zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten oder drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen zu vermeiden, zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Unter kritischer Würdigung des individuellen Grades von Rehabilitationsfähigkeit und positiver Rehabilitationsprognose wird das alltagsrelevante Rehabilitationsziel/werden die alltagsrelevanten Rehabilitationsziele aus den Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen abgeleitet, die den Patienten in der selbstständigen Bewältigung und Gestaltung der Lebensbereiche beeinträchtigen, die als Grundbedürfnisse menschlichen Daseins beschrieben werden. Der unter Berücksichtigung der individuellen sozialen Kontextfaktoren anzustrebende Grad der Selbstständigkeit ergibt sich aus der Alltagskompetenz in den Grundbedürfnissen, die der Patient vor Auftreten der Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen hatte, die die aktuelle Rehabilitationsbedürftigkeit begründen.

Übergeordnete Rehabilitationsziele in der Geriatrie sind die Wiedergewinnung, Verbesserung oder Erhaltung der Selbstständigkeit bei den alltäglichen Verrichtungen durch:

- Verbesserung der Mobilität
- Verbesserung der sozialen Integration
- Verminderung der Abhängigkeit von Pflegepersonen
- Langfristiges Verbleiben in der gewünschten sozialen Umgebung

Konkrete (alltagsrelevante) Rehabilitationsziele in diesem Zusammenhang können z. B. sein:

- Erreichen der Stehfähigkeit
- Verbesserung der Rollstuhlfähigkeit
- Erreichen des Toilettenganges
- Selbstständiges An- und Auskleiden
- Gehfähigkeit über mehrere Treppenstufen

13.3. Niedersächsisches Modellprojekt ambulante geriatrische Versorgung

Bei Interesse bitte Kontaktaufnahme direkt mit den Geriatriezentren: Osnabrück, Gyhum, Bad Salzdetfurth, Coppenbrügge.

14. Impressum

LVG Niedersachsen des BVG e.V.

Landesverband Geriatrie in Niedersachsen

Ärztliche Sprecher

Dr. med. Dipl.-Oec. med. Hans-Thomas Hildebrand
Ärztlicher Direktor
Fachkrankenhaus für Altersmedizin
Klinik Hildesheimer Land GmbH, Bad Salzdetfurth

Dr. med. Martin Stolz, MPH
Chefarzt Geriatrie und Kardiologie
Fachkrankenhaus für Altersmedizin
Klinik Hildesheimer Land GmbH, Bad Salzdetfurth

Kaufmännischer Sprecher

Dipl.-Kfm. Ansgar Veer
Geschäftsführer
St. Bonifatius Hospital gGmbH, Lingen
Vorstandsvorsitzender des BVG e.V.

Textverantwortlich für Konzept:

Dr. med. Dipl.-Oec. med. Hans-Thomas Hildebrand
Ärztlicher Direktor
Fachkrankenhaus für Altersmedizin
Klinik Hildesheimer Land GmbH, Bad Salzdetfurth

mit Unterstützung durch Leitende Ärzte des LVG Niedersachsen

Verantwortlich für die grafische Umsetzung:

Kristin Schwagmeier, Dipl.-Kfr., KEV Werbeagentur der Lielje Gruppe
Lange Straße 13, 32584 Löhne, T.: 05731/784-374, F.: 05731/784-474
E-Mail: k.schwagmeier@uglielje.de
Internet: www.rehaklinik.de

© LVG Niedersachsen
Drucklegung: März 2012



© LVG Niedersachsen

Drucklegung: März 2012