

**– Geriatriekonzept für Baden-Württemberg –  
Aktuelle Situation und Anforderungen an die  
ambulante Versorgung und an eine zukunftsweisende  
Weiterentwicklung**

**WISSENSCHAFTLICHE EXPERTISE**

**Auftraggeber: Ministerium für Arbeit, Sozialordnung,  
Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg  
Laufzeit: 01.01.2012 – 31.12.2012**

**Verantwortliche wissenschaftliche Leitung:**

Prof. Dr. Ulla Walter<sup>1</sup>

Prof. Dr. Gerhard Naegele<sup>2</sup>

**Projektmitarbeiterinnen:**

Christiane Patzelt, Dipl. PGW, Dipl. Gesundheitswirtin<sup>1</sup>

Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin, M.A.<sup>2</sup>

Kristina Lupp, Dipl. Sozialwiss.<sup>1</sup>

Anja Giesecking<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Tel.: 0511 / 532 4455

<sup>2</sup> Universität Dortmund, Institut für Gerontologie, Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Evinger Platz 13, 44339 Dortmund, Tel. 0231 / 728 488 0

## Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	4
Tabellenverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis.....	5
<b>1. Hintergrund.....</b>	<b>6</b>
<b>2. Zielsetzung.....</b>	<b>9</b>
<b>3. Arbeitsschritte und Methoden .....</b>	<b>10</b>
<b>4. Ausgangslage .....</b>	<b>14</b>
<b>4.1. Geriatrischer Versorgungsbedarf und Definition des geriatrischen Patienten .....</b>	<b>14</b>
<b>4.2. Demographischer Wandel in Baden-Württemberg.....</b>	<b>16</b>
<b>5. Haus- und Fachärztliche Versorgung.....</b>	<b>22</b>
<b>5.1. Situation in Baden-Württemberg .....</b>	<b>22</b>
5.1.1. Hausärztliche Versorgung.....	22
5.1.2. Fachärztliche Versorgung .....	27
<b>5.2. Ärztliche Versorgung von Heimbewohnern.....</b>	<b>29</b>
5.2.1. Versorgungssituation .....	30
5.2.2. Vernetzung und Konzepte in der ärztlichen Heimversorgung.....	32
5.2.3. Empfehlungen .....	38
<b>5.3. Delegation bzw. Substitution hausärztlicher Aufgaben.....</b>	<b>39</b>
5.3.1. Versorgungssituation - verschiedene Modelle.....	40
5.3.2. Aktuelle Diskussionspunkte .....	43
5.3.3. Empfehlungen .....	50
<b>6. Gesundheitsförderung und Prävention im Alter .....</b>	<b>52</b>
<b>6.1. Präventive Hausbesuche .....</b>	<b>52</b>
6.1.1. Versorgungssituation .....	53
6.1.2. Empfehlungen .....	58
<b>7. Ambulanzen .....</b>	<b>60</b>
<b>7.1. Geriatrische Institutsambulanzen .....</b>	<b>60</b>
7.1.1. Versorgungssituation .....	60
7.1.2. Empfehlungen .....	62
<b>7.2. (Geronto-)psychiatrische Institutsambulanzen .....</b>	<b>64</b>
7.2.1. Versorgungssituation .....	65
7.2.2. Empfehlungen .....	66
<b>7.3. Schwerpunktpraxen .....</b>	<b>66</b>
7.3.1. Versorgungssituation .....	66
7.3.2. Empfehlungen .....	67
<b>8. Ambulante und mobile geriatrische Rehabilitation.....</b>	<b>68</b>
8.1. Versorgungssituation .....	74
8.2. Empfehlungen .....	82
<b>9. Aus-, Fort- und Weiterbildung .....</b>	<b>84</b>
9.1. Versorgungssituation .....	85

9.2. Studentische Ausbildung.....	86
9.3. Ärztliche Fort- und Weiterbildung.....	87
9.4. Fort- und Weiterbildung für nicht-ärztliche Professionen.....	88
9.5. Aktuelle Diskussionspunkte .....	89
9.6. Empfehlungen .....	92
<b>10. Vernetzung geriatrischer Versorgungsstrukturen .....</b>	<b>94</b>
10.1. Geriatrischer Versorgungsverbund .....	96
10.2. Geriatrische Zentren und Schwerpunkte.....	100
10.3. Geriatrische Netzwerke – das Beispiel Sachsen.....	102
10.4. Die Rolle der Kommunen – Kommunale Gesundheitskonferenzen.....	105
10.5. Empfehlungen .....	107
<b>11. Zusammenfassende Empfehlungen und Impulse für eine zukunftsweisende Weiterentwicklung.....</b>	<b>109</b>
Literaturverzeichnis .....	114
Anhang.....	131

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Geriatrischer Patient und adaptiertes Behandlungskonzept .....	15
Abbildung 2:	Anteil der 65-Jährigen und Älteren an der Bevölkerung Baden-Württembergs auf Stadt- und Landkreisebene am 31.12.2011 .....	17
Abbildung 3:	Anteil der 85-Jährigen und Älteren an der Bevölkerung Baden-Württembergs auf Stadt- und Landkreisebene am 31.12.2011 .....	17
Abbildung 4:	Voraussichtliche Entwicklung der Hochbetagten (85 Jahre und älter) in Baden-Württemberg 2008 bis 2030 .....	19
Abbildung 5:	Altersstruktur der Vertragsärzte/-psychotherapeuten in der Kassenärztliche Baden-Württemberg, Stand: Juli 2012 .....	26
Abbildung 6:	Anzahl der qualifizierten Vertragsärzte in Baden-Württemberg (nach Regierungsbezirk) zur Verordnung einer medizinischen Rehabilitation der Gesetzlichen Krankenversicherung, Vergleich 2007 und 2013 .....	78
Abbildung 7:	Geriatrischer Versorgungsverbund .....	97
Abbildung 8:	Übersicht Geriatrische Zentren, Schwerpunkte, Kooperationschwerpunkte und Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg .....	101
Abbildung 9:	Geriatrisches Versorgungsnetzwerk, Beispiel Sachsen .....	103
Abbildung 10:	Projekte GeriNet Leipzig .....	104

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Hausärztliche Versorgung in Kreisen mit einem hohen Anteil an 65-jährigen und älteren Menschen.....	23
Tabelle 2:	Hausärztliche Versorgung in Kreisen mit einem leicht erhöhten Anteil an 65-jährigen und älteren Menschen .....	24
Tabelle 3:	Hausärztliche Versorgung in Kreisen mit keinem überdurchschnittlich hohen Anteil an 65-jährigen und älteren Menschen .....	25
Tabelle 4:	Status der Planungsbereiche je Arztgruppe Stand 06.03.2012 .....	28
Tabelle 5:	Übersicht Qualifizierungsmaßnahme, Anbieter, Stundenumfang.....	41
Tabelle 6:	MFA mit Weiterbildung zu VerAH .....	42
Tabelle 7:	Delegation/Substitution hausärztlicher Aufgaben, Vor- und Nachteile einer Tätigkeitsübertragung .....	45
Tabelle 8:	Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2010, Anträge und Genehmigungen .....	76
Tabelle 9:	Anzahl der qualifizierten Vertragsärzte in Baden-Württemberg zur Verordnung einer medizinischen Rehabilitation der Gesetzlichen Krankenversicherung, Vergleich 2007 und 2013 .....	77
Tabelle 10:	Ärztinnen und Ärzte mit Zusatz-Weiterbildung Geriatrie in Baden-Württemberg (Stand 31.12.2011) .....	86

## **Abkürzungsverzeichnis**

AGnES	Arztentlastende, gemeindenahe, e-health-gestützte, systemische Intervention
BAG MoRe	Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
EVA	Entlastende Versorgungsassistentin
HELVER	ArztHELferinnen in der ambulanten VERsorgung
LÄK	Landesärztekammer Baden-Württemberg
MoNi	Modell Niedersachsen
MOPRA	Mobile Praxisassistentin
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
VerAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis

## **1. Hintergrund**

Die demografische Entwicklung führt zu einem veränderten Versorgungsbedarf der Gesamtbevölkerung, was eine Anpassung der gesundheitlichen Versorgung an eine alternde Gesellschaft notwendig macht. Dabei bilden chronische Erkrankungen und Funktionseinschränkungen und die daraus resultierenden Bedarfe an medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Versorgung eine besondere Herausforderung für die Zusammenarbeit der Akteure<sup>1</sup> im Gesundheits- und Sozialsystem.

Charakteristika der Morbiditätsstruktur einer insgesamt alternden Gesellschaft sind Multimorbidität<sup>2</sup>, Chronifizierung, Irreversibilität und die Nähe zum Tod. Für viele ältere Menschen, vor allem hochaltrige Menschen, werden somatische Erkrankungen zunehmend überlagert von psychischen Erkrankungen. Insgesamt steigen die Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit und/oder demenziellen Erkrankungen mit sehr hohem Alter.

Charakteristisch sind aber andererseits auch bei sehr alten Menschen vorhandene gesundheitliche Ressourcen und Potenziale, die insbesondere bei der Gesundheitsförderung und der Rehabilitation, welche verstärkt beachtet und unterstützt werden sollten. Gesundheit ist ein Konzept, in das speziell bei älteren Menschen – neben medizinischen – auch pflegerische, psychologische, soziale und ökonomische Aspekte zu integrieren sind. Gegenüber einem klassisch medizinischen Verständnis von Gesundheit beinhaltet diese Sicht, dass das Ausmaß persönlich sinnerfüllter Aktivität, die aktive bzw. behinderungsfreie Lebenserwartung, die subjektiv wahrgenommene Gesundheit sowie die Fähigkeit, eine tragfähige Lebensperspektive aufrecht zu erhalten oder wieder herzustellen, als zentrale Indikatoren von Gesundheit gewertet werden müssen.

Im Alter besitzt die subjektiv empfundene Gesundheit eine eigenständige Bedeutung: Sie ist nicht etwa „nur“ eine Abbildung der objektiv gegebenen Gesundheit, sondern vielmehr zu verstehen als eine Bewertung aus subjektiver Sicht, in die sowohl Personenmerkmale (z.B. Bewältigungstechniken) wie auch Umweltmerkmale (z.B. social support, Wohnbedingungen, soziale Netzwerke oder die Bewertung durch Dritte) eingehen. Ebenso bedeutsame Versorgungsziele sind somit der Erhalt der subjektiven Gesundheit und Lebensqualität selbst bei eingeschränkter objektiver Gesundheit. Dazu zählt auch, den Wunsch vieler älterer Menschen so lange wie möglich in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung zu leben, zu unterstützen.

Gesundheitsprobleme älterer Menschen sind vielschichtig und komplex und nicht selten durch soziale Lebensumstände überlagert bzw. mitbestimmt. Nur eine mehrdimensionale

---

<sup>1</sup> Da die gesonderte Ausführung der weiblichen und männlichen Personen durch entsprechende Sprachformen das Lesen des Textes i.d.R. erschwert, sind in dieser Expertise dort, wo nicht beide Geschlechter aufgeführt sind, mit der Verwendung der männlichen Form ausdrücklich Angehörige beider Geschlechts gleichermaßen gemeint.

<sup>2</sup> Häufige Krankheiten im Alter sind u.a. Bluthochdruck, Herz- Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Krebserkrankungen, Arthrose sowie Demenz und Depression (vgl. Nowossadeck, Nowossadeck 2011).

Sichtweise ermöglicht eine ganzheitliche Erfassung der Gesundheitsrisiken, aber auch der Gesundheitspotenziale sowie der Faktoren der Gesundheitserhaltung.

Innerhalb der Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen bestehen erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Morbiditätsstruktur, aber auch der gesundheitlich-geriatrische Versorgung relevanter Differenzierungen. So vor allem nach Altersgruppe, Geschlecht, Familienstand, Wohnform („Feminisierung“ und „Singularisierung“ des Alters), Migrationshintergrund, sozialer Status, Wohnort und regionale Lage. Spezielle Beachtung muss besonders vulnerablen Gruppen gewidmet werden.

Gesundheitlich-geriatrische Versorgung älterer Menschen ist somit mehr als nur die bedarfsgerechte Behandlung von Krankheiten älterer Menschen, d.h. mehr als geriatrische Versorgung im engeren Sinne. Sie bezieht u.a. die Vernetzung mit der Pflege und der sozialen Arbeit mit ein. Zur gesundheitlich-geriatrischen Versorgung älterer Menschen zählen – insbesondere mit Blick auf die künftig erwarteten Steigerungsraten von chronischen Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit und Demenzerkrankungen – Gesundheitsförderung und Prävention, Rehabilitation ebenso wie Palliative Care.

Auf der Seite der Unterstützung durch Angehörige, Laienhelfer und andere bürgerschaftlich Engagierte sind die besonderen Grenzen, die durch den demografischen wie sozialen Wandel („Landflucht“, steigende Frauenerwerbstätigkeit, abnehmende Pflegebereitschaft in bestimmten sozialen Milieus) noch akzentuiert werden, in den Blick zu nehmen.

Um den besonderen, multiplen gesundheitlich-geriatrischen Versorgungsbedarfen und -bedürfnissen älterer Menschen gerecht zu werden, müssen die entsprechenden Einrichtungen und Dienste vorgehalten werden. Wesentliche Probleme liegen in regionalen Versorgungsdisparitäten, vor allem zwischen ländlichen Regionen und städtischen Ballungszentren. Versorgungsengpässe sind bei der künftig erforderlichen interdisziplinären Zusammensetzung des Fachpersonals zu erwarten. Schon jetzt gibt es in Deutschland regionale wie fachspezifische Engpässe bei bestimmten Berufsgruppen (z.B. hausärztliche Primärversorgung in strukturschwachen Regionen), die sich künftig vor dem Hintergrund des demografischen und sozialen Wandels noch verstärken dürften.

Die gesundheitlich-geriatrische Versorgung älterer Menschen ist durch eine Vielzahl von Schnittstellen und infolgedessen -friktionen gekennzeichnet, so zwischen den sozialrechtlichen Zuständigkeiten, den Versorgungsebenen (i. W. Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege, Palliativversorgung), den klassischen Orten geriatrischer Versorgung (Praxis niedergelassener Ärzte, Krankenhäusern, Gesundheitsstandort „Haushalt“, Pflegeheime) oder zwischen einzelnen Versorgungsformen (z.B. Schnittstelle Pflegeheim und Krankenhaus).

Die explizite gesundheitlich-geriatrische Versorgung ist in Deutschland strukturell weit überwiegend im Krankenhaus- und Rehabilitationsektor angesiedelt. Der überwiegende Teil der Gesundheitsversorgung älterer Menschen wird jedoch im ambulanten Sektor erbracht (vgl. Lübke 2012). Die ambulante geriatrische Versorgung durch speziell weiter- und fortgebildete Hausärzte und andere Gesundheitsprofessionen bildet immer noch eine Ausnahme.

Dieser Bereich wird in Anbetracht der demografischen Entwicklung zukünftig besondere Relevanz in der Gestaltung des Versorgungsgeschehens erhalten.

Als wichtige Handlungsfelder für die ambulante Versorgung älterer Menschen gelten (Lübke 2012: 62):

- die stärkere Implementierung präventiver Ansätze (u.a. Sturzprophylaxe, Vermeidung von Ernährungsdefiziten, Impfungen, Erhalt sozialer Einbindung),
- die konsequentere Ausschöpfung rehabilitativer Potenziale (adäquate Heilmittelverordnung, Ausbau ambulanter und mobiler Rehabilitationsangebote),
- ein effizienteres Versorgungsmanagement zwischen Haus- und Facharzt,
- Unterstützungs- und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige, insbesondere bei Demenzerkrankungen,
- hausärztliche Koordinationsfunktionen, wobei der Hausarzt über eine qualifizierte, generalistisch ausgerichtete Weiterbildung unter Einschluss geriatrischer Basiskompetenzen verfügt,
- die vertragsärztliche Haus- und Facharztversorgung in Pflegeheimen unter Nachweis entsprechender geriatrischer Kompetenzen und einer angepassten Vergütung kann zur Vermeidung von Krankenhauseinweisungen und Ausschöpfung von Rehabilitationspotenzialen beitragen sowie
- die Schaffung von strukturellen Rahmenbedingungen für ein würdiges Sterben im Lebensumfeld ohne und mit spezieller palliativmedizinischer Unterstützung

Im Besonderen ist auch zu beachten, dass der Großteil der älteren Bevölkerung sich wünscht, bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit in der eigenen Häuslichkeit versorgt zu werden (vgl. Klewer 2009). Entsprechend sind vor allem im ländlichen Raum ambulante Versorgungsstrukturen und Netzwerke, kommunale (Unterstützungs-)Angebote und Wohnformen vorzuhalten, um die Attraktivität der Region sowohl für ältere als auch jüngere Menschen zu erhöhen und somit einem Bevölkerungsrückgang und einem drohenden Fachkräftemangel entgegenzuwirken.

Bisher konzentrierte sich die gesundheitlich-geriatrische Versorgungsplanung fast ausschließlich auf den stationären Sektor. Die unterschiedlichen politischen Konzeptionen in den einzelnen Bundesländern in Form von Geriatriekonzepten und/oder Krankenhausplänen, haben dabei zu unterschiedlichen regionalen geriatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland geführt. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern zeigen sich in den klinisch-geriatrischen Behandlungskapazitäten, welche entweder ausschließlich im Krankenhaussektor (stationär und teilstationär), (nahezu) ausschließlich im Rehabilitationssektor (stationär und ambulant, vereinzelt mobil) oder sowohl im Krankenhaus als auch im Rehabilitationssektor vorgehalten werden (vgl. Kompetenzzentrum Geriatrie 2012). „Entsprechend unterschiedlich gestalten sich der Zugang und die Zugangschancen geriatrischer Patienten in eine spezifisch geriatrische Behandlung. Unter entsprechend unterschiedlichen Bedingungen wird aber auch das geriatrische Behandlungskonzept, das charakteristischerweise den häufig



gleichzeitigen Bedarf akutmedizinischer und rehabilitativer Behandlungsanteile zu berücksichtigen hat, umgesetzt.“ (ebd.; vgl. Lübke 2005). Die ambulante geriatrische Versorgung fand bislang eher wenig Beachtung in der Versorgungsplanung, auch aufgrund der nicht vorhandenen Strukturen, fehlender Vernetzungsanreize und Schnittstellenproblematik in der Finanzierung.

## **2. Zielsetzung**

In Baden-Württemberg wird derzeit das Geriatriekonzept aus dem Jahr 2001 überarbeitet. Ziel ist es, die Grundlagen und zentralen Handlungsfelder der zukünftigen geriatrischen Versorgung im Bundesland zu beschreiben. Der Fokus liegt dabei auf der Versorgung älterer Menschen im ambulanten, häuslichen Bereich sowie in der medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern.

Die vorliegende Expertise soll zur Weiterentwicklung des Geriatriekonzeptes beitragen. Ziele sind:

- eine evaluative fachliche Absicherung bestehender ambulanter Strukturen der gesundheitsbezogenen geriatrischen Versorgung in Baden-Württemberg,
- die Evaluation einer möglichen Übertragbarkeit ambulanter geriatrischer Versorgungskonzepte anderer Bundesländer und Staaten auf Baden-Württemberg
- die Ableitung von Empfehlungen für eine zukunftsweisende und bedarfsangepasste Weiterentwicklung der gesundheitlich-geriatrischen Versorgung.

Die vom Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover und dem Institut für Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund fachwissenschaftliche Stellungnahme bezieht sich auf die Evaluation der Ausführungen in Kapitel 7 zur vertragsärztlichen kurativen Versorgung und Kapitel 9.2. zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation des vorliegenden Entwurfs des Geriatriekonzepts vom 15.09.2011 und in der Überarbeitung vom Juli 2012. Im Mittelpunkt der Expertise stehen strukturelle Reformforderungen in diesem Bereich. Dabei soll u.a. auf integrierte Versorgungsmodelle, Überwindung von Schnittstellen zwischen den verschiedenen Sektoren und die Implementierung von ambulanten Netzwerkstrukturen eingegangen werden.

Im folgenden 3. Kapitel wird auf die einzelnen Arbeitsschritte und das methodische Vorgehen eingegangen. Im Kapitel 4 wird ausgehend von den Bevölkerungs- und Prävalenzdaten für Baden-Württemberg zunächst die haus- und fachärztliche Versorgungssituation beschrieben. Besondere Schwerpunkte liegen im 5. Kapitel auf der vertragsärztlichen Versorgung im Pflegeheim sowie auf der Delegation bzw. Substitution hausärztlicher Aufgaben an nicht-ärztliche Fachkräfte. Präventive Hausbesuche bieten insbesondere für ältere multimorbide Menschen eine Form der zugehenden Beratung und Risikoidentifikation. Auf verschiedene Formen der ambulanten Verankerung, die derzeitige Studienlage sowie Barrieren in der Umsetzung wird im 6. Kapitel eingegangen. Ambulanzformen wie gerontopsychiatri-

sche und geriatrische Institutsambulanzen oder Schwerpunktpraxen stellen Möglichkeiten der engeren Vernetzung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung dar. Mit der derzeitigen Versorgungssituation sowie Barrieren und Möglichkeiten der Umsetzung beschäftigt sich Kapitel 7. Neben Prävention und Kuration ist die ambulante und mobile Rehabilitation relevant (Kapitel 8), welche jedoch gegenüber der stationären Rehabilitation bisher nur einen geringen Anteil an der gesundheitlich-geriatrischen Versorgung, ausmacht. Die Expertise befasst sich zudem mit den Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für ärztliche und nicht-ärztliche Professionen im Tätigkeitsfeld der ambulanten Geriatrie (Kapitel 9). Die verschiedenen aufgegriffenen Themenfelder der ambulanten geriatrischen Versorgung werden im Kapitel 10 unter dem Aspekt der Vernetzung diskutiert. Hier kommen in Baden-Württemberg den Geriatrischen Zentren und Schwerpunkten sowie den Gesundheitskonferenzen auf kommunaler Ebene wichtige Vernetzungsfunktionen zu. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Stellungnahme werden in Form von Empfehlungen und Visionen für das Land Baden-Württemberg zusammengefasst (Kapitel 11). Aufgrund der zeitlichen Begrenzung des Expertisenauftrags wurden in Abstimmung mit dem Auftraggeber auf einzelne Themenfelder fokussiert. Nach Absprache mit dem Auftraggeber sind die Themenfelder ambulante Pflege, Palliativversorgung, Qualitätssicherungsmaßnahmen und Finanzierung der Versorgung nicht Gegenstand der Expertise.

### **3. Arbeitsschritte und Methoden**

Der vorliegenden Expertise liegen folgende **Arbeitsschritte** zugrunde:

#### **1. Sichtung und Auswertung vorliegender Bevölkerungs- und Prävalenzdaten**

Die Expertise umfasst die Sichtung und Auswertung von kleinräumigen Bevölkerungs- und Prävalenzdaten für Baden-Württemberg anhand von Sekundärdaten. Dabei werden Darstellungen auf Stadt- und Landkreisebene vorgenommen, welche die regionalen Unterschiede der Bevölkerungsstruktur aktuell und zukünftig abbilden. Im Fokus der Betrachtung stehen der Anteil der über 65-Jährigen und der über 85-Jährigen an der Gesamtbevölkerung des Bundeslandes. Als Datenquellen wurden die Bevölkerungsstatistik des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg und die Gesundheitsberichterstattung des Bundes herangezogen.

#### **2. Erarbeitung von Bedarfszahlen für definierte Versorgungsbereiche**

Die Ermittlung von Bedarfszahlen für die haus- und fachärztliche Versorgung, die Pflegeheimversorgung und die ambulante/mobile geriatrische Rehabilitation erfolgte zunächst auf der Grundlage der Literatursichtung und Einbeziehung von Rahmenempfehlungen und Arbeitshilfen relevanter Fachverbände. Diese wurden durch Einschätzung der Experten zu einzelnen Versorgungsbereichen ergänzt. Nicht vorgenommen wurden Modellrechnungen und eigene quantitative Datenerhebungen.

### **3. Fachwissenschaftliche Bewertung ausgewählter Kapitel des Geriatriekonzepts**

Die fachwissenschaftliche Stellungnahme zur ambulanten geriatrischen Versorgung und deren strukturellen Weiterentwicklung erfolgte anhand ausgewählter Erörterungen und Empfehlungen in den Kapiteln 7 und 9.2. der vorliegenden Entwürfe des Geriatriekonzepts. Es wurde eine Literaturrecherche nach nationalen und internationalen Publikationen in den Datenbanken PubMed, SpringerLink und der Datenbank des Thieme-Verlages durchgeführt. Zu ausgewählten Einzelaspekten wurden zusätzlich Experten interviewt. Darüber hinaus erfolgte eine Sichtung der Geriatriekonzepte der anderen Bundesländer.

### **4. Identifikation und Einschätzung vorhandener Modellprojekte**

Modellprojekte zu den einzelnen Themenfeldern der ambulanten geriatrischen Versorgung wurden anhand einer Internet- und Literaturrecherche ermittelt. In die vorliegende Expertise einbezogen wurden insbesondere evaluierte Projekte, veröffentlichte Abschlussberichte sowie internationale Erfahrungen. Einige sind nachfolgend beispielhaft aufgeführt. Die Darstellung der Projekte erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Ihre Anwendbarkeit und Übertragbarkeit auf Baden-Württemberg wurde mit Expertinnen und Experten diskutiert.

### **5. Experteninterviews**

Experteninterviews werden in der empirischen Sozialforschung häufig im Rahmen eines Methodenmix bzw. einer Triangulation z.B. in Kombination mit einer Dokumentenanalyse eingesetzt (vgl. Meuser, Nagel 2008). Experten verfügen über ein spezialisiertes Sonderwissen und somit über einen privilegierten Zugang zu Informationen über relevante Personengruppen, Soziallagen und Entscheidungsprozesse. Häufig tragen sie in ihrer Position Verantwortung für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung. Zielsetzungen der Experteninterviews waren die Eruiierung unterschiedlicher Bedarfslagen und Besonderheiten in Baden-Württemberg, die Einholung von unterschiedlichen Perspektiven, Problemlösungen und Bewertungen von Modellen.

Zu folgenden acht Themenbereichen wurden Experteninterviews durchgeführt: Schwerpunktpraxen, Institutsambulanzen, Fort- und Weiterbildung Geriatrie, medizinische Versorgung von Heimbewohnern, Delegation/Substitution von hausärztlichen Aufgaben an ausgebildete Fachkräfte, präventive Hausbesuche, ambulante geriatrische Rehabilitation sowie Vernetzung geriatrischer Versorgungsstrukturen.

Ursprünglich vorgesehen war, zu jedem Themenkomplex jeweils drei Experten zu interviewen; ein Experte aus Baden-Württemberg, ein Experte auf Verband- oder Bundesebene und ein Experte aus der Wissenschaft. Von ursprünglich 25 angefragten Interviews konnten 18 Interviews realisiert werden. Die Auswahl der Experten erfolgte in Absprache mit dem Auftraggeber. Einbezogen wurden Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, der Landesarbeitsgemeinschaft geriatrische Rehabilitation Baden-Württemberg, des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg, des Landesgesundheitsamtes, der Hochschule Esslingen und dem Bundesverband Geriatrie (Ausschuss Aus-, Weiter- und Fortbildung), des Zentrums für Psychiatrie Süd-Württemberg, der Evangelischen Hochschule Freiburg und des Landkreises Reutlingen.

Die Experteninterviews wurden im Zeitraum von September bis November 2012 telefonisch durchgeführt. Grundlage bildete ein Leitfaden, welcher u.a. die Fragestellungen des ersten Expertenworkshops (siehe unter 6.) zu den einzelnen Themenkomplexen sowie die Diskussion von Modellprojekten aufgriff. Der Leitfaden wurde flexibel gehandhabt, um für unerwartete Themendimensionen offen zu sein und Bewertungen anhand von Beispielen Raum zu geben (vgl. Meuser, Nagel 2008). Alle Interviews wurden digital aufgezeichnet und transkribiert. Im Anschluss erfolgte eine inhaltsanalytische Auswertung der qualitativen Daten (vgl. Mayring 2008; vgl. Gläser, Laudel 2010).

## **6. Expertenworkshops**

Gruppendiskussionen werden in der qualitativen Forschung verwendet, um einen Überblick über die Variationsbreite und die Struktur von Meinungen zu bestimmten Themen zu erfassen. Sie sind mit einem geringeren personellen und zeitlichen Aufwand verbunden als Einzelinterviews. Durch die Interaktion und Kommunikation der Teilnehmer bieten Gruppendiskussionen den Vorteil, dass sich die Teilnehmenden mit ihren Aussagen gegenseitig inspirieren und Themen umfassender, vielfältiger und teilweise kreativer behandelt werden können als in Einzelinterviews. Die Gruppe dient der Qualitätssicherung, da Ideen und Vorschläge durch die anderen Teilnehmer einer Überprüfung und Kommentierung unterzogen werden. Gruppendiskussionen können des Weiteren zur Analyse gemeinsamer Aushandlungs- oder Problemlösungsprozesse genutzt werden, indem in der Gruppe verschiedene Lösungswege und die beste Strategie diskutiert werden. Heterogen zusammengesetzte Gruppen erhöhen die Dynamik, da häufig differierende Perspektiven geäußert werden (vgl. Flick 2007; vgl. Carlsen, Glenton 2011).

Innerhalb der Projektlaufzeit wurden zwei Expertenworkshops durchgeführt. Der erste vierstündige Expertenworkshop fand am 25. April 2012 im Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg in Stuttgart statt. Hierfür wurden in enger Abstimmung mit dem Ministerium Expertinnen und Experten aus Baden-Württemberg eingeladen (siehe Anhang). Der Workshop diente der fachlichen Diskussion der Zielsetzung der Untersuchung, der Ermittlung von Themenschwerpunkten sowie der Festlegung des Arbeitsprogramms. Weiterentwicklungsmöglichkeiten für die ambulante geriatrische Versorgung und Bedarfschwerpunkte, die Einschätzung unterschiedlicher Versorgungsmodelle wie Institutsambulanzen, Ermächtigungs- oder Schwerpunktpraxen, die Anwendung des Geriatrischen Basisassessments in der hausärztlichen Praxis und die Delegation bzw. Substitution hausärztlicher Aufgaben an ausgebildete Fachkräfte wurden diskutiert. Weitere Themen waren die Umsetzung ambulanter und mobiler Rehabilitationsformen in städtischen und ländlichen Regionen Baden-Württembergs sowie die Vernetzung von unterschiedlichen Versorgungsformen zu einem geriatrischen Versorgungsverbund.

Der zweite fünfstündige Expertenworkshop wurde nach der Phase der Literatursichtung sowie der Durchführung und Auswertung der ergänzenden Experteninterviews am 19. Dezember 2012 im Ministerium in Stuttgart durchgeführt. Teilnehmer waren größtenteils die Experten des ersten Workshops sowie einzelne Interviewteilnehmer (siehe Anhang). Zielsetzungen des zweiten Workshops waren die Reflexion und Diskussion der Recherche- und In-

terviewergebnisse sowie die Einschätzung vorhandener Modellvorhaben im Hinblick auf die Übertragbarkeit und Anwendbarkeit in Baden-Württemberg. Im Mittelpunkt des fünfstündigen Workshops standen die Vernetzung geriatrischer Versorgungsstrukturen, die medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern, die ambulante/mobile Rehabilitation und die Delegation/Substitution hausärztlicher Aufgaben. Die Vernetzungsmöglichkeiten wurden am Beispiel der Ausgestaltung eines geriatrischen Versorgungsverbundes diskutiert, welcher nach Anregung des Weißbuches Geriatrie (vgl. BV Geriatrie 2010) auf Landesebene als eine Diskussionsgrundlage dienen sollte.

## **7. Zusammenführung der Ergebnisse und fachwissenschaftliche Stellungnahme**

Zur Erstellung eines integrierten Abschlussberichtes wurden die Ergebnisse der vorangegangenen Arbeitsschritte zusammengeführt. Dabei wurden relevante Textstellen des Entwurfs des Geriatriekonzepts kommentiert und Empfehlungen für eine zukunftsweisende Weiterentwicklung der ambulanten geriatrischen Versorgung für das Bundesland Baden-Württemberg formuliert.

## 4. Ausgangslage

### 4.1. Geriatriischer Versorgungsbedarf und Definition des geriatrischen Patienten

Der geriatrische Versorgungsbedarf und die Einordnung eines älteren Menschen als geriatrischen Patienten sind eng miteinander verbunden. Besteht ein spezifischer Behandlungs- bzw. Versorgungsbedarf leitet sich daraus das geriatrische Behandlungskonzept ab.

Nicht jeder ältere Mensch ist ein geriatrischer Patient. Nach allgemein gültiger Definition der geriatrischen Fachgesellschaften und Verbände<sup>3</sup> kennzeichnet den geriatrischen Patienten

- eine geriatrietypische Multimorbidität und
- ein höheres Lebensalter von überwiegend 70 Jahren oder älter,

wobei die geriatrietypische Multimorbidität vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu betrachten ist. Ein geriatrischer Behandlungsbedarf ergibt sich insbesondere bei hochaltrigen Patienten (80 Jahre oder älter) aufgrund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z.B. aufgrund

- des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen,
- der Gefahr der Chronifizierung und/oder
- des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus.

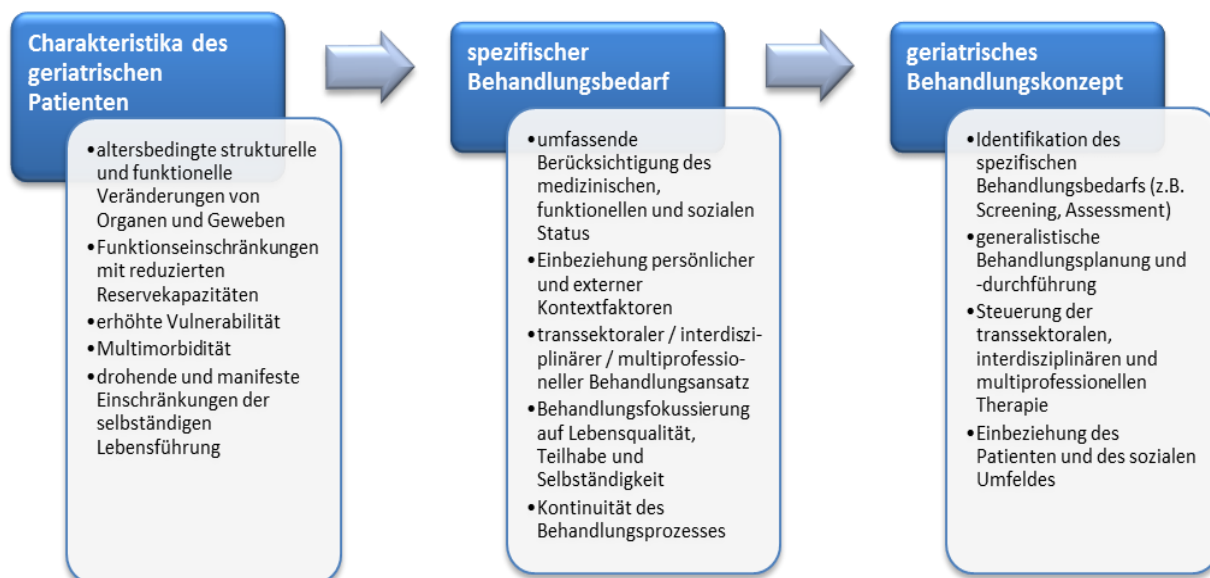
Die Definition des geriatrischen Patienten darf dabei nicht als Abgrenzung zu anderen Fachdisziplinen gesehen werden, sondern ermöglicht die Identifikation eines spezifischen geriatrischen Behandlungsbedarfs unter Einbeziehung fachmedizinischen Spezialwissens als Teil des geriatrischen Behandlungskonzepts (vgl. BV Geriatrie 2010). Aus den Charakteristika des geriatrischen Patienten lässt sich ein spezifischer Behandlungsbedarf ableiten, welcher in ein geriatrisches Behandlungskonzept übergehen sollte (vgl. Abbildung 1). Dies setzt das Vorhandensein geeigneter Versorgungsstrukturen und entsprechendes geriatrisches Fachwissen voraus.

Die derzeitige akutmedizinische, rehabilitative und ambulante Versorgungssituation wird diesem Prozess nicht gerecht, da ein geriatrischer Behandlungsbedarf oftmals nicht erkannt wird. Zurückzuführen ist das u.a. auf unzureichende initiale Screenings zur Erhebung des individuellen Risikopotenzials älterer Patienten und entsprechend unvollständiger Therapieplanung sowie Nichtbeachtung sozialer Dimensionen. Weitere Gründe sind die unzureichende Berücksichtigung des (früh-)rehabilitativen Behandlungsbedarfs und somit Nicht-Ausschöpfens von Rehabilitationspotenzialen. Ein unzureichender Blick auf die Multimorbidität in der Behandlungsplanung führt dazu, dass therapeutische Wechselwirkungen im fachspezifischen Kontext nicht berücksichtigt werden. Das Erkennen eines älteren Menschen als

---

<sup>3</sup> Gemeinsame Definition der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V.; der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. und der Bundesarbeitsgemeinschaft für Klinisch-Geriatriische Einrichtungen e.V./Bundesverband Geriatrie e.V. (vgl. DGG et al. 2007).

geriatrischen Patienten bzw. die Identifizierung dieser Patientengruppe mit einem spezifischen geriatrischen Versorgungsbedarf ist die Voraussetzung für den Zugang zu entsprechenden ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen und eine fachlich indizierte, auf den individuellen Bedarf abgestimmte Behandlung (vgl. BV Geriatrie 2010).



**Abbildung 1: Geriatrischer Patient und adaptiertes Behandlungskonzept**

Quelle: in Anlehnung an BV Geriatrie 2010; Lübke 2005

Die Identifikation eines geriatrischen Patienten zur bedarfsgerechten Fallsteuerung ist zum einen im stationären Versorgungsbereich von Bedeutung. Bereits in der stationären Aufnahme sollte ein Patient als nicht geriatrischer Patient oder geriatrischer Patient identifiziert werden. Eine Arbeitsgemeinschaft der DGGG, der DGG und des Bundesverbandes Geriatrie beschäftigte sich seit Herbst 2011 mit der Thematik der frühzeitigen Identifikation des geriatrischen Patienten in der Notaufnahme mit Hilfe eines geeigneten Screening-Instruments. Bisher existiert in deutschen Krankenhäusern kein einheitlicher Standard zur Identifizierung geriatrischer Patienten. Die Arbeitsgruppe verglich drei mögliche Ansätze (Prognose-Indices, ein umfassendes geriatrisches Assessment und verschiedene Screeninginstrumente) und formulierte Empfehlungen auf Basis der vorliegenden Evidenz sowie der Praktikabilität und Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse (vgl. Thiem, Greuel et al. 2012). Prognose-Indices erweisen sich als alleiniges Instrument ungeeignet, um den komplexen Handlungsbedarf abzubilden, das geriatrische Assessment ist gut etabliert und wirksam, aber sehr umfangreich. Von der Arbeitsgemeinschaft empfohlen wird die Adaptation des kanadischen Kurz-Screenings ISAR (Identification of Senior Ar Risk) sowie dessen Anwendungen im klinischen Setting, sofern nicht bereits andere Screeninginstrumente verwendet werden oder die Beurteilung über einer Geriater erfolgt. Erste Erfahrungen zum Einsatz dieses Screening-

Instruments im Rahmen einer monozentrischen prospektiven Kohortenstudie liegen für Deutschland vor (vgl. Thiem 2013).

In Baden-Württemberg befassten sich die beiden geriatrischen Landesarbeitsgemeinschaften mit der Entwicklung eines Kurz-Screeningbogens („Geriatrie-Screen“), welcher sich an den Frailty-Kriterien nach Fried, Tangen et al. (2001) orientiert. Dabei wird eine Einteilung in „fit und selbständig“ oder „frail und gebrechlich“ anhand weniger Fragen sowie der klinischen Beurteilung vorgenommen (insgesamt eine A4-Seite). Der Fachausschuss der Landesarbeitsgemeinschaften empfiehlt, dass der „Geriatrie-Screen“ Gegenstand wissenschaftlicher Begleitforschung wird.

- Diese Initiativen beziehen sich auf die Identifikation des geriatrischen Patienten in der stationären Versorgung, jedoch sollte unter dem Aspekt der frühzeitigen Bedarfserkennung insbesondere der Einsatz von geriatrischen Kurz-Screenings im ambulanten Bereich bedacht werden. Dies könnte in erster Linie durch die Haus- und Fachärzte, aber auch aufsuchende präventive Angebotsformen (z.B. präventive Hausbesuche) erfolgen.

**Expertenmeinung:** In den Experteninterviews und den Expertenworkshops wurde deutlich, dass der geriatrische Patient mit seinem spezifischen Behandlungsbedarf möglichst frühzeitig identifiziert werden muss. Dabei sollte der Patient nicht als „Problempatient“ gesehen werden, sondern es gehe vielmehr um die Steuerung des älteren Patienten mit seinem spezifischen Behandlungsbedarf in geeigneten bedarfsgerechten (geriatrischen) Versorgungsformen.

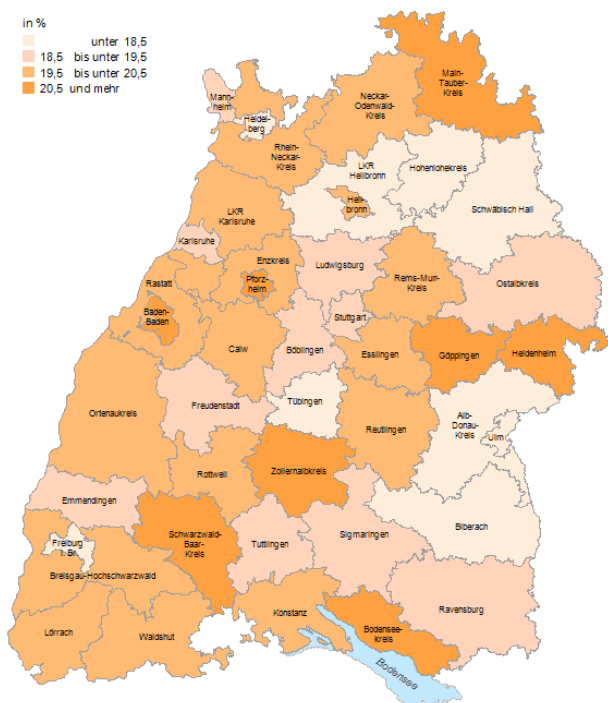
Die Bedeutung des geriatrischen Basisassessments in der hausärztlichen Praxis und dessen Umsetzung in Baden-Württemberg wurden zum ersten Expertenworkshop thematisiert. Die Anwendung des geriatrischen Basisassessments wurde aus Sicht der Experten als mangelhaft eingeschätzt. Als Gründe wurden u.a. der hohe Zeitaufwand und die unzureichende Vergütung genannt. Häufig werden die Instrumente nicht genutzt, da sich die Hausärzte auf ihre langjährige Berufserfahrung in der Behandlung älterer multimorbider Patienten verlassen. Zu bedenken ist, dass die Ergebnisse des geriatrischen Basisassessments weitere Interventionen bedingen. Für diese und auch die damit zusammenhängenden Abstimmungsprozesse sollte eine ausreichende Finanzierung vorhanden sein.

## 4.2. Demographischer Wandel in Baden-Württemberg

Baden-Württemberg ist mit einer Fläche von 35.751 km<sup>2</sup> hinter Bayern und Niedersachsen das drittgrößte Bundesland und belegt mit einer Einwohnerzahl von 10,8 Millionen im Jahr 2010 den dritten Platz nach Nordrhein-Westfalen und Bayern. Baden-Württemberg zählt zudem mit 300 Einwohnern/ km<sup>2</sup> zu den dicht besiedelten Bundesländern. Zu den größten Städten gehört die Landeshauptstadt Stuttgart mit 607.000 Einwohnern, gefolgt von Mannheim (313.000 Einwohner) und Karlsruhe (295.000 Einwohner). Die Geburtenhäufigkeit lag in Baden-Württemberg im Jahr 2010 mit 1,38 Kindern je Frau 0,01 Prozentpunkte unter dem Bundesdurchschnitt (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2011).



Der demographische Wandel und die Zunahme älterer und vor allem hochbetagter Menschen stellen wesentliche Herausforderungen für das Sozial- und Gesundheitssystem dar. Im Jahr 2011 lebten in Baden-Württemberg 2.102.228 65-jährige und ältere Menschen (19,5% der Gesamtbevölkerung) und 563.155 über 80-jährige und Ältere (5,2% der Gesamtbevölkerung) (Stand 31.12.2011, vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2012a). Einer koordinierten Vorausberechnung der Bevölkerungsentwicklung des Statistischen Bundesamtes (2009) zufolge wird die Zahl der Bevölkerung im Bundesgebiet voraussichtlich generell sinken. Hierbei wird vorausgerechnet, dass die Zahl der über 65-jährigen und älteren Menschen im Jahr 2060 auf 34% der Gesamtbevölkerung ansteigen wird. Die Zahl der über 70-Jährigen wird voraussichtlich doppelt so hoch sein wie die Zahl der Neugeborenen.



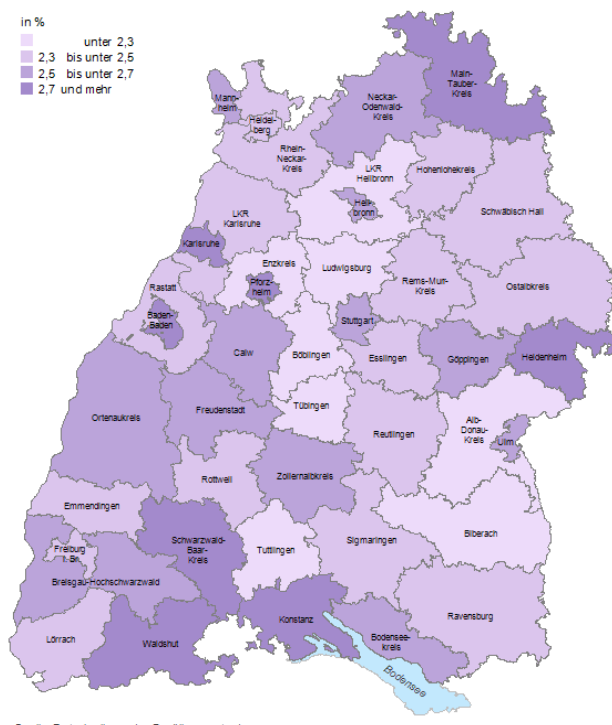
© Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Stuttgart 2012  
 Veranschaulichung und Verbreitung mit Quellenangabe gestattet.  
 Kommerzielle Nutzung bzw. Vervielfältigung über elektronische Systeme ist ohne vorherige Zustimmung.

Statistik  
 Baden-Württemberg  
 07147 33-0000

07147 33-0004  
 © Kartographie: SHV Geoinformation GmbH  
 Karte erstellt mit RegioGraph

**Abbildung 2: Anteil der 65-Jährigen und Älteren an der Bevölkerung Baden-Württembergs auf Stadt- und Landkreisebene am 31.12.2011**

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2012b



© Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Stuttgart 2012  
 Veranschaulichung und Verbreitung mit Quellenangabe gestattet.  
 Kommerzielle Nutzung bzw. Vervielfältigung über elektronische Systeme ist ohne vorherige Zustimmung.

Statistik  
 Baden-Württemberg  
 07147 33-0000

07147 33-0004  
 © Kartographie: SHV Geoinformation GmbH  
 Karte erstellt mit RegioGraph

**Abbildung 3: Anteil der 85-Jährigen und Älteren an der Bevölkerung Baden-Württembergs auf Stadt- und Landkreisebene am 31.12.2011**

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2012c

Die Bevölkerung im Westen Baden-Württembergs ist insgesamt „älter“ als im Osten (vgl. Abb. 2 und 3). Dabei werden der Stadtkreis Baden-Baden (28,9%) und der Landkreis Rastatt (23,7%) 2020 voraussichtlich die höchsten Anteile an Personen über 65 Jahre aufweisen, ge-

folgt vom Schwarzwald-Baar-Kreis (23,9%) und dem Rhein-Neckar-Kreis (23,6%). Die Universitätsregionen Heidelberg (18,9%), Freiburg im Breisgau (18,5%), Ulm (21%) sowie Tübingen (19%) haben die niedrigsten Anteile von 65-Jährigen und Älteren, gefolgt von den westlich gelegenen Kreisen Alb-Donau-Kreis (20,8%) und Biberach (20,3%). Der durchschnittliche Anteil dieser Altersgruppe „65+“ liegt für die Stadt- und Landkreise Baden-Württembergs im Jahr 2020 bei voraussichtlich 22,3%, der Altenquotient<sup>4</sup> bei voraussichtlich 36%.

In Baden-Württemberg gibt es zudem einige Gemeinden, in denen überdurchschnittlich viele ältere Menschen (65 Jahre und älter) leben. Beispielsweise werden in der Gemeinde Büsingen am Hochrhein im Kreis Konstanz, in den Gemeinden Gaienhofen (Konstanz), Badenweiler (Breisgau-Hochschwarzwald) und Ibach (Waldshut) die Anteile der 65-Jährigen und Älteren im Jahre 2020 voraussichtlich bei über 30% liegen. Ähnlich gestaltet sich die Verteilung der Hochaltrigen<sup>5</sup> in Baden-Württemberg: so werden im Jahr 2020 bei einem landesdurchschnittlichen Anteil der über 85-Jährigen an der Gesamtbevölkerung von voraussichtlich 3,1% die Städte Tübingen (2,4%), Freiburg (2,5%), Heidelberg (2,5%) und Biberach (2,7%) die niedrigsten Anteile hochaltriger Menschen aufweisen; Baden-Baden (4,5%), der Schwarzwald-Baar-Kreis (3,6%) und der Kreis Heidenheim (3,6%) hingegen die höchsten.

Der im Allgemeinen für die kommenden Jahre zu erwartende deutliche Anstieg der Gruppe der Hochaltrigen<sup>6</sup> (vgl. Motel-Klingebiel, Ziegelmann et al. 2013: 5) wird sich insbesondere auch in Baden-Württemberg abzeichnen. Einer Vorausberechnung des Statistischen Landesamtes zufolge wird sich die Zahl der Hochaltrigen über 85 Jahren insbesondere in Baden-Württemberg langfristig stark erhöhen und vermutlich nahezu vervierfachen. Während derzeit ca. 250.000 Hochbetagte in Baden-Württemberg leben, wird erwartet, dass diese Bevölkerungsgruppe im Jahr 2030 um 35% auf etwa 414.700 Personen ansteigen wird. Die Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren wird nach aktuellem Stand bis 2020 zahlenmäßig um fast ein Sechstel zunehmen und ab 2030 um etwa 40% angestiegen sein<sup>7</sup>. Innerhalb dieser Gruppe wird mit einem überproportionalen Anstieg der Anzahl derjenigen gerechnet, die 85 Jahre und älter sind (vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2013a).

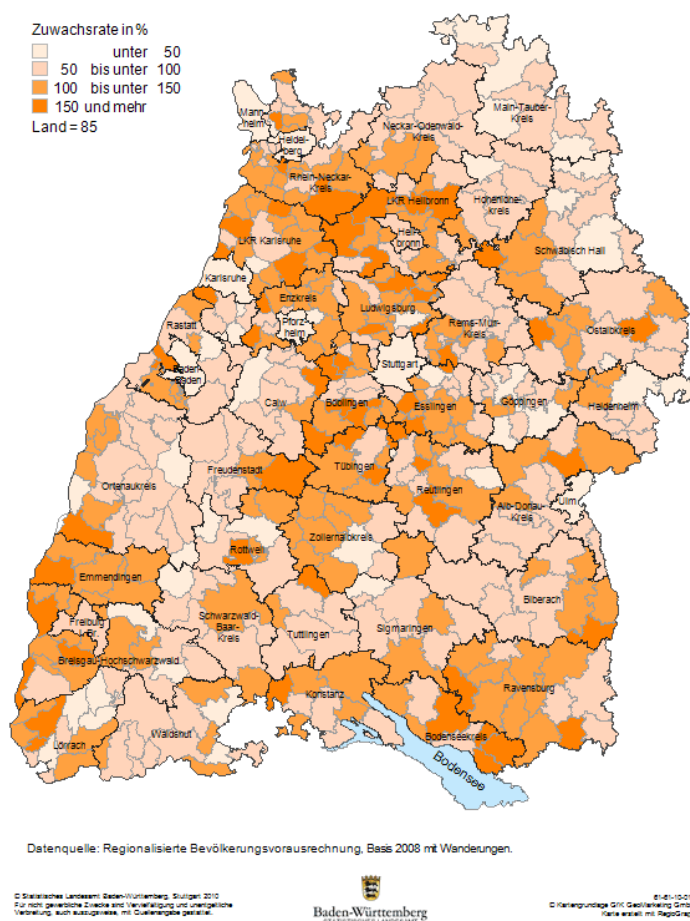
---

<sup>4</sup> Der Altenquotient weist das Verhältnis zwischen der älteren (65 Jahre und älter) und jüngeren Bevölkerung (20 bis unter 64 Jahre) aus (vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2013a).

<sup>5</sup> In der Expertise wird die Grenze der Hochaltrigkeit den zitierten Analysen zufolge teilweise bei 80 und teilweise bei 85 Jahren gesetzt. Amrhein (2013) konstatiert zu dieser Thematik, dass die Hochaltrigkeit sozial konstruiert ist und erläutert, dass Hochaltrigkeit in der Gerontologie entsprechend der disziplinären Perspektive unterschiedlich bestimmt wird (vgl. Amrhein 2013).

<sup>6</sup> Der Anteil der über 60-Jährigen wird bis 2060 um etwa zwei Drittel steigen, der Anteil der über 80-Jährigen wird sich in diesem Zeitraum hingegen eher verdreifachen (vgl. Motel-Klingebiel, Ziegelmann et al. 2013: 4).

<sup>7</sup> Die aktuellen Bevölkerungszahlen beziehen sich auf das Jahr 2010.



**Abbildung 4: Voraussichtliche Entwicklung der Hochbetagten (85 Jahre und älter) in Baden-Württemberg 2008 bis 2030**

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2013e

Mit den zu erwartenden Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur geht auch eine veränderte Nachfrage nach gesundheitlichen Leistungen einher, da ältere Menschen mehr medizinische Versorgung in Anspruch nehmen als junge Menschen. Insbesondere geriatrische und psychiatrische Versorgungsbedarfe steigen mit der Alterung der Bevölkerung an. Eine zunehmend hochaltrige Bevölkerung ist auch mit einer steigenden Verbreitung von Multimorbidität, beschleunigten Mortalitätsprozessen sowie einem sich erhöhenden Institutionalierungsgrad verbunden (vgl. Motel-Klingebiel, Ziegelmann et al. 2013: 5). Zudem nimmt mit zunehmendem Alter auch die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden zu.

Momentan weist Baden-Württemberg deutschlandweit die geringste Pflegequote (2,3%) auf. Im Jahr 2009 bezogen in Baden-Württemberg 246.000 Menschen Leistungen der Pflegekasse und waren als pflegebedürftig eingestuft. In Baden-Württemberg werden mit 34,1% mehr Pflegebedürftige stationär in Alten- und Pflegeheimen gepflegt als im Bundesdurchschnitt (30,7%). Ambulante Pflegedienste haben hier bisher eher ein geringeres Gewicht

(20,2%) in Baden-Württemberg (Bundesdurchschnitt: 23,7%), wohingegen die Angehörigenpflege mit 45,7% dem Bundesdurchschnitt entspricht (vgl. Statistisches Bundesamt 2011).

In der hausärztlichen Verorgung liegt Baden-Württemberg ebenfalls im Bundesdurchschnitt. Von den im Jahr 2010 15.500 registrierten Vertragsärzten arbeiteten 6.700 in einer Hausarztpraxis und jeder Hausarzt betreute circa 1.596 Einwohner. Insgesamt entfielen 654 Einwohner auf jeden niedergelassenen Arzt. Dieser Wert liegt etwas unter dem Mittelwert für Flächenländer<sup>8</sup> (667 Einwohner je niedergelassenem Arzt).

*„Gerontopsychiatrische Erkrankungen sind im Alter häufig, beeinträchtigen die Lebensqualität massiv, und führen oft zum Verlust der Selbständigkeit. Depressive Störungen im Alter werden oft nicht erkannt und gehen unabhängig von somatischer Komorbidität mit einer starken Inanspruchnahme von ambulanten medizinischen Angeboten und längeren stationären Aufenthalten einher. Demenzerkrankungen sind häufig und stellen einen starken Risikofaktor für den Verlust der Selbstständigkeit und für Krankenhausaufnahme dar.“*

*(Geriatriekonzept, Entwurf 07/2012, Kapitel 7.2.2.)*

Die häufigsten gerontopsychiatrischen Erkrankungen sind unterschiedliche Arten von Demenzen, wobei die Alzheimer-Demenz dominiert; zwei Drittel aller Demenzerkrankten sind davon betroffen. Während in der Gruppe der 65- bis 69-jährigen Menschen lediglich 1,5% an einer demenziellen Erkrankung leiden, steigt der Anteil der an Demenz Erkrankten mit zunehmendem Alter stark an und verdoppelt sich in 5-Jahresschritten. Er liegt bei den über 90-Jährigen bei über 30%. Die Zahl der Neuerkrankungen in einem Jahr beträgt etwa 200.000. Einer Schätzung von Bickel (2005) und Bevölkerungsdaten des Statistischen Bundesamtes (2003) zufolge steigt die Zahl der Demenzpatienten von 2010 bis 2050 um mehr als 100%.

Demenzen treten zudem bei Frauen häufiger auf als bei Männern (Verhältnis 2:1), da ihre Lebenserwartung höher ist. Darüber hinaus sind Depressionen ein ebenfalls sehr häufig auftretendes Krankheitsbild bei alten Menschen. Wittchen, Jacobi et al. (2010) zufolge schätzen klinische Experten die Prävalenz der Depression bei älteren Menschen auf 8-10%. Bei Personen, die im Heim wohnen, wird von einer Depressionsprävalenz von etwa 50% ausgegangen.

Zur Epidemiologie körperlicher geriatrischer Krankheiten wird derzeit im Forschungsverbund ESTHER-net eine interdisziplinäre Längsschnittstudie zur Multimorbidität und Gebrechlichkeit im Alter durchgeführt, deren Ergebnisse zur Epidemiologie von Multimorbidität jedoch noch nicht vorliegen. Einer Veröffentlichung von Kuhlmeier (2006) zufolge leiden ältere Menschen häufig gleichzeitig an chronischen somatischen Krankheiten

---

<sup>8</sup> Bundesländer in Deutschland, die keine Stadtstaaten sind.

wie Diabetes mellitus, Arthrose oder Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems und Krebserkrankungen.

Aus der Berliner Altersstudie geht hervor, dass bei 96% der Menschen im Alter von 70 bis 103 Jahren mindestens eine und bei 30% mehr als fünf internistische, neurologische oder orthopädische Erkrankungen vorliegen. Dabei überwiegen insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen: der Anteil der 70-jährigen und älteren Bevölkerung, die an mittel- bis schwergradig ausgeprägten Gefäßerkrankungen oder der koronaren Herzkrankheit leidet, liegt bei 36%; von einer mittel- bis schwergradigen Herzinsuffizienz sind 24% der Älteren betroffen (vgl. Baltes, Mayer 2001; vgl. Kruse, Gaber et al. 2002).

- Der Einschätzung des *Geriatriekonzepts*, dass gerontopsychiatrische Erkrankungen im geriatrischen Krankheitsspektrum zunehmend an Bedeutung gewinnen, ist zuzustimmen. Zu beachten ist, dass gerontopsychiatrische Erkrankungen ebenfalls Teil der Multimorbidität sein können und insbesondere aus diesem Grund eine geriatrische Behandlung notwendig werden kann.

## 5. Haus- und Fachärztliche Versorgung

*„Die Mehrheit der Älteren sucht regelmäßig ihren Hausarzt auf.“  
(Geriatriekonzept, Entwurf 07/2012, Kapitel 7.1.)*

*„Bei spezifischen medizinischen Fragestellungen stehen niedergelassene Fachärzte und ermächtigte Ärzte und Einrichtungen der Sekundärversorgung zur Verfügung. Die niedergelassenen Fachärzte/Gebietsärzte stellen ein wichtiges Bindeglied zwischen der Primärversorgung durch Hausärzte und der hoch spezialisierten stationären Behandlung dar.“ (Geriatriekonzept, Entwurf 07/2012, Kapitel 7.2.)*

### 5.1. Situation in Baden-Württemberg

Im Folgenden wird die haus- und fachärztliche Versorgung in Baden-Württemberg beschrieben; die Darstellung basiert auf den Daten des Ärzteatlas (vgl. Klose, Rehbein 2011) und des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg.

#### 5.1.1. Hausärztliche Versorgung

Im Jahr 2010 lag der hausärztliche Versorgungsgrad im Bundesland Baden Württemberg bei 110,1% und war somit insgesamt als Überversorgung einzustufen (vgl. Klose, Rehbein 2011). Bei kleinräumiger Betrachtung variieren die Soll-Zahlen der hausärztlichen Versorgung, die sich aus der Anzahl der Bewohner im Verhältnis zu der Fläche des Kreises berechnen lassen, entsprechend der Zuordnung der Kreise zu Kreistypen.. So soll laut einer Bedarfsplanungsrichtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses von 2011 in Baden-Württemberg ein Arzt in Agglomerationsräumen in Kernstädten<sup>9</sup> 1.585, in hochverdichteten<sup>10</sup> Kreisen 1.872, in verdichteten<sup>11</sup> Kreisen 1.767 und in ländlichen Kreisen<sup>12</sup> 1.752 Patienten betreuen. In verstädterten Räumen sollen in Kernstädten<sup>13</sup> 1.565, in verdichteten Kreisen<sup>14</sup> 1.659 und in ländlichen Kreisen<sup>15</sup> 1.629 Patienten betreut werden. In ländlichen Räumen beträgt die

---

<sup>9</sup> Kreisfreie Städte über 100 000 Einwohnern

<sup>10</sup> Kreise mit einer Dichte von über 300 Einwohner/km<sup>2</sup>

<sup>11</sup> Kreise mit einer Dichte über 150 Einwohner/km<sup>2</sup>

<sup>12</sup> Kreise/Kreisregionen mit einer Dichte unter 150 Einwohner/km<sup>2</sup>

<sup>13</sup> Kreisfreie Städte mit einer Dichte von 100 Einwohner/km<sup>2</sup>

<sup>14</sup> Kreise/Kreisregionen mit einer Dichte über 150 Einwohner/km<sup>2</sup>

<sup>15</sup> Kreise/Kreisregionen mit einer Dichte unter 150 Einwohner/km<sup>2</sup>

Zahl der zu betreuenden Patienten in Kreisen mit höherer Dichte<sup>16</sup> 1.490, in Kreisen mit geringerer Dichte<sup>17</sup> 1.474 (vgl. Bundesministerium der Justiz 2012).

### a) Hausärztliche Versorgung auf Stadt- und Landkreisebene:

Der Anteil der älteren Bevölkerung „65+“ an der Gesamtbevölkerung liegt in Baden-Württemberg durchschnittlich bei 19,5% (vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2013b). Zu den Kreisen mit dem höchsten Anteil an 65-jährigen und älteren Menschen zählen: der Stadtkreis Baden-Baden mit 26,7%, der Landkreis Alb-Donau-Kreis mit 24,7%, der Schwarzwald-Baar-Kreis mit 21,8% und der Stadtkreis Heidenheim mit 21,7% (vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2013c).

Da ältere Menschen und Hochaltrige eine intensive hausärztliche Behandlung benötigen, ist die hausärztliche Versorgung in diesen Kreisen gesondert zu betrachten (vgl. Tabelle 1).

**Tabelle 1: Hausärztliche Versorgung in Kreisen mit einem hohen Anteil an 65-jährigen und älteren Menschen**

Kreis	Kommumentyp	Ist Betreuungs- relation Einwohner/ Haus- arzt ( 2011)	Soll Betreuungs- relation Einwohner/ Hausarzt (nach Klose, Rehbein 2011)	Bewertung
<b>Stadtkreis Baden- Baden</b>	Agglomerations- raum, hochver- dichteter Kreis	1.184	1.872	Überversorgung
<b>Landkreis Alb-Donau- Kreis</b>	Verdichteter Raum, ländlicher Kreis	1.651	1.629	Leichte Unterversorgung
<b>Landkreis Schwarz- wald-Baar- Kreis</b>	Verdichteter Raum, verdichte- ter Kreis	1.964	1.659	Unterversorgung
<b>Landkreis Heidenheim</b>	Verdichteter Raum, verdichte- ter Kreis	1.720	1.659	Unterversorgung

Quellen: eigene Darstellung auf der Basis von Informationen aus der Bedarfsplanungsrichtlinie 2012 des Bundesministeriums für Gesundheit (Bundesministerium der Justiz 2012), Angaben des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg (2013d) und Angaben des Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR 2013), Klose, Rehbein (2011)

<sup>16</sup> Kreise/Kreisregionen mit einer Dichte über 100 Einwohner/km<sup>2</sup>

<sup>17</sup> Kreise/Kreisregionen mit einer Dichte unter 100 Einwohner/km<sup>2</sup>

Diese Angaben verdeutlichen, dass bei einer hohen Bevölkerungsdichte an 65-jährigen und älteren Menschen nicht zwingend eine hausärztliche Unterversorgung gegeben sein muss. Insbesondere im Stadtkreis Baden-Baden und dem Landkreis Alb-Donau-Kreis entspricht die hausärztliche Versorgung (nahezu) den Bedarfsplanungsrichtlinien des Bundesministeriums für Gesundheit. Für die Landkreise Schwarzwald-Baar-Kreis und Heidenheim wird hingegen eine hausärztliche Unterversorgung deutlich; besonders die Situation im stark unterversorgten Schwarzwald-Baar ist kritisch zu beurteilen. Darüber hinaus sind folgende Kreise zu benennen, die einen leicht erhöhten Anteil an über 65-Jährigen aufweisen und durch Hausärzte unterversorgt sind (vgl. Tabelle 2).

**Tabelle 2: Hausärztliche Versorgung in Kreisen mit einem leicht erhöhten Anteil an 65-jährigen und älteren Menschen**

Kreis	Kommumentyp	Ist Betreuungs- relation Einwohner/ Hausarzt (2011)	Soll Betreuungs- relation Einwohner/ Hausarzt (Klose, Reh- bein 2011)	Bewertung
<b>Landkreis Enzkreis</b>	Verdichteter Raum, ver- dichteter Kreis	2.108	1.659	Unterversorgung
<b>Landkreis Esslingen</b>	Agglomerationsraum, hochverdichteter Kreis	2.182	1.872	Unterversorgung
<b>Landkreis Freudenstadt</b>	Verdichteter Raum, länd- licher Kreis	2.100	1.629	Unterversorgung
<b>Landkreis Hohenlohekreis</b>	Verdichteter Raum, länd- licher Kreis	1.979	1.629	Unterversorgung
<b>Landkreis Karlsruhe</b>	Agglomerationsraum, hochverdichteter Kreis	2.267	1.872	Unterversorgung
<b>Landkreis Neckar- Odenwald</b>	Agglomerationsraum, ländlicher Kreis	1.898	1.752	Unterversorgung
<b>Landkreis Rastatt</b>	Agglomerationsraum, hochverdichteter Kreis	2.161	1.872	Unterversorgung
<b>Landkreis Rottweil</b>	Verdichteter Raum, ver- dichteter Kreis	1.875	1.659	Unterversorgung
<b>Landkreis Schwarzwald- Baar-Kreis</b>	Verdichteter Raum, ver- dichteter Kreis	1.964	1.659	Unterversorgung
<b>Stadtkreis Stuttgart</b>	Agglomerationsraum, Kernstadt	1.966	1.585	Unterversorgung

Quellen: eigene Darstellung auf der Basis von Informationen aus der Bedarfsplanungsrichtlinie 2012 des Bundesministeriums für Gesundheit (Bundesministerium der Justiz 2012), Angaben des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg (2013d) und Angaben des Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR 2013), Klose, Rehbein (2011)



Allerdings zeigt sich auch in einigen Kreisen, die keinen überdurchschnittlich hohen Anteil an Menschen über 65 Jahren aufweisen eine hausärztliche Unterversorgung (vgl. Tabelle 3).

**Tabelle 3: Hausärztliche Versorgung in Kreisen mit keinem überdurchschnittlich hohen Anteil an 65-jährigen und älteren Menschen**

Kreis	Kommunentyp	Ist Betreuungs- relation Einwohner/ Haus- arzt (2011)	Soll Betreuungs-relation Einwohner/ Hausarzt (Klose, Rehbein 2011)	Bewertung
<b>Landkreis Ludwigs- burg</b>	Agglomerations- raum, hochverdich- teter Kreis	2.390	1.872	Unterversorgung
<b>Stadtkreis Mannheim</b>	Agglomerations- raum, Kernstadt	2.100	1.585	Unterversorgung
<b>Landkreis Tuttlingen</b>	Verdichteter Raum, verdichteter Kreis	2.200	1.659	Unterversorgung

Quellen: eigene Darstellung auf der Basis von Informationen aus der Bedarfsplanungsrichtlinie 2012 des Bundesministeriums für Gesundheit (Bundesministerium der Justiz 2012), Angaben des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg (2013d) und Angaben des Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR 2013), Klose, Rehbein (2011)

In den Stadtkreisen Freiburg im Breisgau, Heidelberg, Tübingen und Ulm ist die hausärztliche Versorgung besonders gut zu bewerten – zum Teil können sie als überversorgt (z.B. Freiburg im Breisgau) bezeichnet werden. Ein Problem bei der hausärztlichen (und teilweise auch der fachärztlichen) Versorgung stellt jedoch das hohe Durchschnittsalter und die bevorstehende Pensionierung der praktizierenden Ärzte dar. Die Abbildung 5 verdeutlicht die Altersstruktur der Haus- und Fachärzte sowie der Psychotherapeuten in Baden-Württemberg.

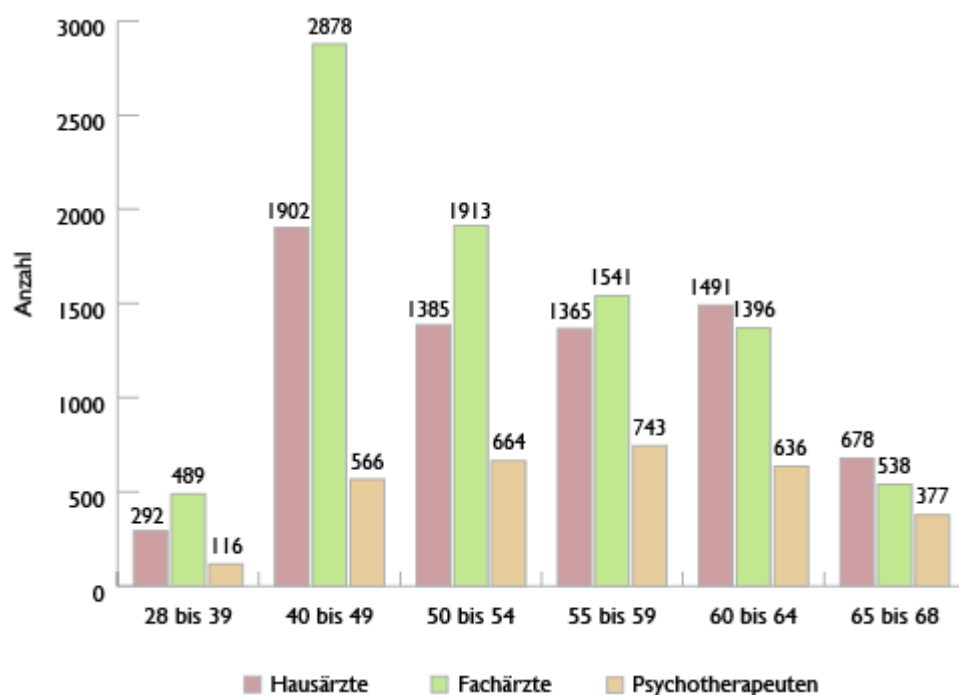


Abbildung 5: Altersstruktur der Vertragsärzte/-psychotherapeuten in der Kassenärztliche Baden-Württemberg, Stand: Juli 2012

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg 2012

Von den 7.113 Hausärzten in Baden-Württemberg sind 2.169 Hausärzte 60 Jahre und älter (30,5%). Die Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen umfasst anteilig 38,7% und ist noch relativ gut vertreten. Jedoch zeichnet sich in den jüngeren Altersgruppen der 28- bis 39-Jährigen (4,1%) und der 40- bis 49-Jährigen (26,7%) bereits ein „Nachwuchsproblem“ an Hausärzten in Baden-Württemberg ab. Dieses Problem wird sich bereits in den nächsten 10 bis 15 Jahren auf die ambulante medizinische Versorgung in Baden-Württemberg auswirken, wobei erschwerend eine zunehmend ältere Bevölkerung mit einem erheblich höheren Versorgungsbedarf hinzukommt (vgl. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg 2012).

Eine Einschätzung des Hausärztemangels aus kommunaler Sicht bietet eine Befragung von rund 700 Bürgermeistern<sup>18</sup> in Baden-Württemberg aus dem Jahr 2011 (Steinhäuser, Scheidt et al. 2012). Über 90% der befragten Bürgermeister sehen die Hausarztpraxis als einen wichtigen Standortfaktor für die Gemeinde. Über Notfallpraxen verfügen 15% (n=103) der Gemeinden (vor allem in Nordbaden, Nordwürttemberg und Südbaden), in 64% (n=443) der Gemeinden existieren Alten- und Pflegeheime und in 86% (n=602) Sozialdienste. Die Mehrzahl der befragten Gemeinden bietet bereits Unterstützungsmaßnahmen zur Gewinnung zukünftiger Hausärzte an (z.B. Kinderbetreuung, günstiges Bauland oder günstige Mieten für Praxisräume). Weitere, bereits in Deutschland erprobte und empfohlene Maßnahmen wie z.B. Kampagnen und Veranstaltungen für Ärzte in Weiterbildung über vorteilhafte regionale

<sup>18</sup> Mehr als die Hälfte der Befragten (56%, n=389) kamen aus einer Gemeinde mit unter 5.000 Einwohnern, davon gaben 314 Befragte an, dass sich die Gemeinde im ländlichen Raum befindet.

Voraussetzungen, finanzielle Unterstützung für eine telemedizinische Ausstattung oder finanzielle Förderung von Medizinstudierenden (siehe hierzu auch Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen 2013), sollten landespolitisch diskutiert und in Pilotregionen erprobt werden (vgl. Steinhäuser, Scheidt et al. 2012).

Außerdem soll an dieser Stelle auf ein Projekt zur Förderung des ärztlichen Nachwuchses auf dem Land mit dem Titel „Perspektive Hausarzt“ hingewiesen werden, das vom Hausärzterverband initiiert und dem Sozialministerium in Baden-Württemberg gefördert wird. Dieses Projekt unterstützt Niederlassungen von Ärzten in bestimmten Fördergebieten des ländlichen Raums, die von einer hausärztlichen Unterversorgung bedroht sind.

### **5.1.2. Fachärztliche Versorgung**

Der Gesamtversorgungsgrad lag in Baden-Württemberg (27,5%), wie auch insgesamt in Deutschland (26,5%), im Jahr 2010 in allen Arztgruppen über dem von den Kassenärztlichen Vereinigungen berechneten Bedarfs-Soll-Wert. Im Vergleich Baden-Württemberg zum Bundesdurchschnitt lag der Versorgungsgrad bei Hausärzten, fachärztlich tätigen Internisten, Nervenärzten, Hautärzten, Orthopäden, Nervenärzten und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg über dem bundesweiten Versorgungsgrad. Bei Anästhesisten, Augenärzten, Chirurgen, HNO-Ärzten, Kinderärzten, Radiologen und Urologen lag der Versorgungsgrad unter und bei Frauenärzten entsprach dieser dem Gesamtdurchschnitt in Deutschland (vgl. Klose, Rehbein 2011). Von einer generellen Überversorgung kann jedoch nicht gesprochen werden, da erhebliche regionale Unterschiede zu verzeichnen sind.

Die Bedarfsplanung stellt die Grundlage dafür, ob Planungsbereiche für die unterschiedlichen Fachgebiete zulassungsbeschränkt sind, d.h. ob sich neue Ärzte dieser Fachrichtung in diesem Kreis mit einer eigenen Praxis niederlassen dürfen oder nicht. Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (2013a) besteht in Baden-Württemberg für Anästhesisten, Chirurgen, fachärztliche Internisten, Psychotherapeuten, Radiologen und Urologen eine Überversorgung und dementsprechend eine Sperrung für Niederlassungen. Offene Planungsbereiche liegen für Hausärzte, Augenärzte, HNO-Ärzte und Hautärzte vor, bestehen allerdings z.T. nur für einzelne Regionen Baden-Württembergs. Darüber hinaus gibt es für diese und weitere Fachgebiete partiell geöffnete Planungsbereiche (vgl. Tab. 4). Für Rehabilitationsmediziner, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten, Neurochirurgen, Laborärzte sowie Transfusionsmediziner stehen noch keine Angaben zur Verfügung (vgl. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2013b)).

**Tabelle 4: Status der Planungsbereiche je Arztgruppe Stand 06.03.2012**

Arztgruppe	Status der Planungsbereiche
<b>Anästhesisten</b>	für Niederlassungen gesperrt
<b>Chirurgen</b>	für Niederlassungen gesperrt
<b>Fachärztliche Internisten</b>	für Niederlassungen gesperrt
<b>Psychotherapeuten</b>	für Niederlassungen gesperrt
<b>Radiologen</b>	für Niederlassungen gesperrt
<b>Urologen</b>	für Niederlassungen gesperrt
<b>Hausärzte</b>	Enzkreis, Landkreis Heilbronn, Landkreis Karlsruhe, Neckar-Odenwald-Kreis, Stuttgart, Tuttlingen und Zollernalbkreis offen, weitere 20 Planungsbereiche partiell geöffnet
<b>Augenärzte</b>	Enzkreis und Landkreis Heilbronn offen, weitere 3 Planungsbereiche partiell geöffnet
<b>HNO-Ärzte</b>	Enzkreis offen, weitere 8 Planungsbereiche partiell geöffnet
<b>Hautärzte</b>	Enzkreis offen, weitere 5 Planungsbereiche partiell geöffnet
<b>Frauenärzte</b>	2 Planungsbereiche partiell geöffnet
<b>Nervenärzte</b>	2 Planungsbereiche partiell geöffnet
<b>Kinderärzte</b>	1 Planungsbereich partiell geöffnet
<b>Orthopäden</b>	1 Planungsbereich partiell geöffnet

Quelle: in Anlehnung an Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg 2013b

Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg zufolge liegt das Durchschnittsalter der Fachärzte in Baden-Württemberg im Jahr 2012 mit 52,8 Jahren leicht unter dem Durchschnittsalter der Hausärzte mit 54,6 Jahren. Das Durchschnittsalter der Psychotherapeuten beträgt 55,9 Jahre.

Bei den Fachärzten ist die Entwicklung der Altersstruktur ähnlich (vgl. Abbildung 5), fällt im Vergleich zu den Hausärzten jedoch in den jüngeren Altersgruppen nicht ganz so gravierend aus. So sind in der Altersgruppe der 28- bis 39-Jährigen 489 Fachärzte (5,5%) und in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen 2.878 Fachärzte (32,9%) vertreten. Im Jahr 2012 sind insgesamt 3.102 Psychotherapeuten bei der Kassenärztlichen Vereinigung gemeldet, davon sind 78,1% 50 Jahre und älter. In Anbetracht der zunehmenden psychischen Erkrankungen wird sich in den nächsten Jahren eine Unterversorgung abzeichnen (vgl. Abbildung 5).

- Gegenwärtig stellt sich die ärztliche Versorgung in Baden-Württemberg somit relativ gut dar; aufgrund der Altersstruktur der Ärzte und der alternden Bevölkerung, die einen höheren Bedarf an medizinischer Versorgung erwarten lässt, zeichnen sich jedoch Herausforderungen für die zukünftige Versorgung ab. Zudem erweist sich die Versorgungssitua-

tion in einzelnen Regionen Baden-Württembergs bereits heute als schwierig (vgl. Kasenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg 2013a).

## 5.2. Ärztliche Versorgung von Heimbewohnern

*„Diese Aufgaben bestehen mit besonderer Herausforderung auch in der Betreuung alter Menschen in Pflegeinstitutionen.“ (Geriatriekonzept, Entwurf 07/2012, Kapitel 7.1.)*

*“Oft bestehen sehr individuelle medizinische (und sonstige) Versorgungsbedarfe, die auch ethische und die individuelle Belastbarkeit berücksichtigende Versorgungsentscheidungen erfordern. Pflegeheimbewohner haben vielfach nur begrenzte Chancen, ihre Interessen und Bedürfnisse selbst wahrzunehmen. Entsprechend hoch ist die Abhängigkeit der Bewohner nicht nur von Pflegeleistungen, sondern auch von präventiver Risikoeinschätzung und kontinuierlicher, qualifizierter ärztlicher Kontrolle ihres gesundheitlichen Status. Ferner sind Pflegeheimbewohner in ihrer Versorgung in hohem Maße auf „Komm“-Strukturen angewiesen, da alternativ oft nur der Transport ins Krankenhaus bleibt.“ (Geriatriekonzept, Entwurf 07/2012, Kapitel 7.3.1.)*

*“Die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen wird vorwiegend von Hausärzten und fallweise durch Gebietsärzte wahrgenommen. Allerdings weist die Versorgung regional deutliche Unterschiede und teilweise Defizite auf.“ (Geriatriekonzept, Entwurf 07/2012, Kapitel 7.3.1.)*

Im Entwurf des Geriatriekonzepts wird mit Recht darauf verwiesen, dass Pflegeheimbewohner aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation in hohem Maße von Pflegeleistungen und ärztlichen Leistungen abhängig und in der Konsequenz oftmals auf „Komm-Strukturen“ angewiesen sind, in der Versorgung mit ärztlichen Leistungen jedoch Defizite bestehen, die regional unterschiedlich ausgeprägt sein können. Die Versorgungssituation wird im Folgenden, auch unter Bezugnahme auf die Expertenmeinungen, beschrieben, bevor Vernetzungsmodelle und unterschiedliche Konzepte aufgezeigt werden, die auf die Behebung der Defizite abzielen. Vor dem Hintergrund der spezifischen Situation in Baden-Württemberg werden die Lösungsansätze und deren Anwendbarkeit für Baden-Württemberg erörtert sowie Empfehlungen gegeben.

### **5.2.1. Versorgungssituation**

Die derzeitige Regelung sieht vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet sind, die ambulante Versorgung mit medizinischen Leistungen sicherzustellen, so auch die medizinische Versorgung von Heimbewohnern. Aufgrund der freien Arztwahl können sich Pflegeheimbewohner durch niedergelassene Haus- und Fachärzte medizinisch versorgen lassen. Da jedoch rund Dreiviertel der Pflegeheimbewohner in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, und bei circa 60% bis 65% der Bewohner eine Demenzerkrankung vorliegt, können nur wenige eine Arztpraxis außerhalb des Heims aufsuchen. Laut der Studie SÄVIP besuchten 3,4% der Bewohner aus den befragten Heimen selbstständig eine Arztpraxis außerhalb des Heims, weitere 15,8% konnten in Begleitung einen Arztbesuch außerhalb des Heims wahrnehmen SÄVIP (vgl. Hallauer, Bienstein et al. 2005).

Somit ist die Mehrheit der Pflegeheimbewohner auf Hausbesuche von Allgemein- und Fachärzten angewiesen. Dabei kommt es insbesondere im ländlichen Raum zu Versorgungsengpässen, da es schwierig ist, Ärzte für Hausbesuche im Pflegeheim zu gewinnen (vgl. Carrier, Warschau 2012).

Während die hausärztliche Versorgung von Heimbewohnern in Deutschland grundsätzlich als ausreichend eingestuft werden kann, stellt sich die fachärztliche Versorgung als defizitär dar (vgl. Hibbeler 2007). So mangelt es vor allem an Neurologen, Psychiatern, Gynäkologen, Urologen, Orthopäden und Augenärzten, die Besuche in Pflegeheimen durchführen (vgl. LÄK 2009). Auch die zahnärztliche Versorgung von Heimbewohnern ist unzureichend; so wurden 56% der Heimbewohner in den letzten 12 Monaten nicht von einem Zahnarzt untersucht (vgl. Schneekloth, Wahl 2007). Erhebliche Versorgungslücken bestehen auch für die Versorgung durch Frauen- und HNO-Ärzte (vgl. Hallauer, Bienstein et al. 2005). Um die fachärztliche Versorgung zu verbessern wird vorgeschlagen, die Lotsenfunktion des Hausarztes zu stärken. Er soll bei Bedarf Fachärzte in die Behandlung einbeziehen (vgl. Hibbeler 2007).

Des Weiteren sind die Zuständigkeiten für die Veranlassung von Arztbesuchen unklar, wodurch die Versorgungssituation zusätzlich erschwert werden kann. So ist prinzipiell der Pflegeheimbewohner dafür zuständig, Arztbesuche zu veranlassen, obwohl er dazu aufgrund seiner gesundheitlichen Situation oftmals nicht in der Lage ist. Dementsprechend werden erforderliche Arztbesuche zumeist durch Pflegekräfte angefragt, auch wenn dafür bislang rechtliche Regelungen fehlen (vgl. Rothgang, Iwansky et al. 2008).

Das Problem der medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern verschärft sich, da die Zahl der Pflegebedürftigen in den Heimen steigt. Seit 1994 ist die Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen von 644.000 auf knapp 743.000 Bewohnerinnen und Bewohner um 15,4% angestiegen (vgl. Statistisches Bundesamt 2007, 2013). Dies ist u.a. auf den demographischen Wandel und auf die Verringerung der Möglichkeiten familiärer Pflege zurückzuführen. Hinzu kommt, dass sich die Morbiditätsstruktur verändert hat. Der gerontopsychiatrische Pflegebedarf hat sich stark erhöht. Speziell hierfür ausgebildetes Personal ist in den meisten Pflegeeinrichtungen jedoch nicht vorhanden (vgl. Becker, Koczy et al. 2005).

In diesem Kontext wird grundsätzlich kritisiert, dass bislang kein einheitlich geregeltes und auf alle Regionen übertragbares Modell für eine adäquate medizinische Versorgung von Heimbewohnern durch Haus- und Fachärzte vorliegt. Es existieren unterschiedliche Hürden für eine adäquate medizinische Versorgung von Heimbewohnern; hervorgehoben werden unter anderem ein hoher bürokratischer Aufwand, fehlende finanzielle Anreize für Hausärzte für die Durchführung von Hausbesuchen in Pflegeheimen, fehlende Unterstützung durch Pflegekräfte, logistische Schwierigkeiten, fehlende fachliche Vorbereitung der Hausärzte auf spezielle geriatrische/gerontopsychiatrische Versorgungsbedarfe (vgl. Katz, Karuza et al. 2009) und gravierende Abstimmungs- und Versorgungsprobleme zwischen dem Pflegepersonal und den Ärzten (vgl. Enders, Schmidt 2008). Problematisch wird auch der Zeitdruck, unter dem die Behandlungen im Heim verlaufen erlebt. Außerdem kann der Einzug in ein Heim den Wechsel des Hausarztes nach sich ziehen, wenn dieses außerhalb des Einzugsgebietes des bisher konsultierten niedergelassenen Hausarztes liegt. Damit kann auch ein Informations- und Vertrauensverlust einhergehen. Auch die schwere Erreichbarkeit von niedergelassenen Hausärzten in akuten Situationen wird bemängelt, da dies zu vermehrten Krankenhauseinweisungen führen kann (vgl. LÄK 2009).

**Expertenmeinung:** Es besteht Einigkeit darüber, dass die Versorgung der Heimbewohner durch Hausärzte quantitativ gewährleistet ist, die Qualität der geriatrischen Versorgung durch Hausärzte wird allerdings unterschiedlich beurteilt. Hinsichtlich der geriatrischen Kompetenzen der Hausärzte bestand geteilte Meinung.

Die Versorgung im Pflegeheim durch Fachärzte im ländlichen und städtischen Raum wird einheitlich als unzureichend angesehen. Im Vergleich zur hausärztlichen Versorgung der Heimbewohner wird die Konsultation von Fachärzten durch die Pflegedienstleitung des Heims, insbesondere die Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung, als sehr schwierig bewertet.

Uneinigkeit besteht jedoch darüber, ob finanzielle Anreizsysteme für die Betreuung von Patienten im Heim geschaffen werden sollten, um die ärztliche Versorgung im Heim zu verbessern.

Als Lösung für die bevorstehende Ärzteknappeheit wurde vorgeschlagen, vor allem im ländlichen Raum Teilzeitmodelle für Ärzte anzubieten oder Gruppenmodelle, ähnlich den Ärztenetzen, zu etablieren, um in versorgungsschwachen Gebieten die Haus- und Heimarztversorgung aufrecht zu erhalten.

Hinsichtlich der schlechten Versorgungslage durch Fachärzte in Pflegeheimen wurde vorgeschlagen, dass der Hausarzt bei der Einbindung der Fachärzte stärker eine Lotsenfunktion übernehmen soll. Ebenso muss die Hilfsmittelversorgung im Pflegeheim verbessert werden.

## 5.2.2. Vernetzung und Konzepte in der ärztlichen Heimversorgung

*“Zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Heimbewohnern werden zahlreiche Anstrengungen, unter anderem auch ein Modellprojekt der Landesregierung, unternommen.*

*Eine weitere Möglichkeit zur Verbesserung der Versorgung in Pflegeheimen hat der Gesetzgeber den Pflegeeinrichtungen in § 119 b SGB V gegeben. Die Pflegeheime können mit geriatrisch fortgebildeten, niedergelassenen ärztlichen Leistungserbringern Kooperationsverträge schließen (ggf. unter Mithilfe der KV). Kommt kein Kooperationsvertrag zu Stande erhalten die Pflegeeinrichtungen das Recht, einen Arzt anzustellen und die Ermächtigung zur Versorgung der Heimbewohner zu beantragen.*

*Die Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen kann auch durch Selektivverträge (§§ 73 b, 73 c SGB V) oder im Rahmen von Verträgen zur Integrierten Versorgung (§§ 140 a ff. SGB V) gefördert werden. Hiervon machen in Baden-Württemberg bereits mehrere Krankenkassen Gebrauch.*

*Diese Möglichkeiten sind geeignete Instrumente, um eine ggf. lückenhafte haus- oder fachärztliche Versorgung zu verbessern.*

*Im Fokus stehen eine geriatrische Qualifikation der Ärzte, die die Heime betreuen, Verbesserung von Kommunikation und Kooperation sowohl zwischen den behandelnden Ärzten als auch zwischen den Ärzten und dem Heimpersonal z. B. mittels einheitlicher Verfahren der gegenseitigen Information, Dokumentationsstandards, gemeinsamen Visiten, Medikationsleitlinien etc. und Gewährleistung einer größtmöglichen hausärztlichen Versorgungskontinuität, d. h. eine Versorgung „aus einer Hand“.*

*Hierzu gehören z. B. regelmäßige Visiten im Heim und die Erreichbarkeit eines hausärztlichen Bereitschaftsdienstes auch außerhalb der Sprechstundenzeiten.“*  
*(Geriatriekonzept, Entwurf 07/2012, Kapitel 7.3.1.)*

Es bestehen verschiedene Möglichkeiten zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Heimbewohnern, die vorwiegend von Hausärzten und teilweise auch von Gebietsärzten übernommen werden. So wird auf den §119b SGB V hingewiesen, nach dem Kooperationsverträge zwischen den Pflegeheimen und Ärzten geschlossen werden können oder bei Nicht-Zustandekommen eines solchen Kooperationsvertrags das Pflegeheim einen Arzt anstellen kann. Als weitere Möglichkeiten werden Selektivverträge und Verträge zur Integrierten Versorgung genannt, welche bereits in Baden-Württemberg Anwendung finden. Es wird als notwendig erachtet, dass die Ärzte über eine geriatrische Qualifikation verfügen und dass die Kommunikation und Kooperation zwischen den involvierten Akteuren verbessert wird. Zur Verbesserung der Kommunikation und Kooperation können unter anderem einheitliche Verfahren des Informationsaustauschs, einheitliche Dokumentenstandards, gemeinsame Visiten sowie Medikationsleitlinien beitragen. Um die größtmögliche hausärztliche Versor-



gungskontinuität zu gewährleisten, werden regelmäßige Visiten im Heim und die Erreichbarkeit eines hausärztlichen Bereitschaftsdienstes zu jeder Zeit empfohlen.

Um die medizinische Versorgung in Pflegeheimen zu verbessern, werden auch in der Literatur folgende Modelle diskutiert:

1. Versorgung durch niedergelassene Hausärzte (vgl. LÄK 2009)
2. Versorgung durch geriatrische Schwerpunktpraxen mit besonderer Erfahrung in der Heimbetreuung<sup>19</sup> (vgl. ebd.)
3. Versorgung im Rahmen von Kooperationsverträgen zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Pflegeeinrichtung (vgl. ebd.)
4. Versorgung durch einen angestellten Arzt, der zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt wird (vgl. ebd.)
5. Versorgung durch regionale Hausarztnetze im Rahmen der Integrierten Versorgung (vgl. ebd.)
6. Versorgung durch Ärzte eines MVZ, welches von dem Pflegeheimträger betrieben wird (vgl. Diakonisches Werk der evangelischen Kirche 2007)
7. Einrichtung von Zweig-Praxen in Pflegeeinrichtungen (vgl. Arend 2009)
8. Koordination der medizinischen Versorgung durch einen koordinierenden und beratenden Arzt (vgl. van den Bussche, Schröfel et al. 2009).

Das erste Modell stellt in Deutschland (siehe auch Kapitel 4.2.1.) die Regelversorgung dar. Die anderen Modelle werden in einzelnen Regionen bereits umgesetzt oder im Rahmen von Modellprojekten erprobt. Die Koordination der medizinischen Versorgung durch einen beratenden Arzt wird bereits in anderen Ländern erfolgreich durchgeführt, in Deutschland bislang jedoch noch nicht umgesetzt (siehe internationale Modelle).

Die Modelle unterscheiden sich vor allem bezüglich der Stellung des Arztes: während in einigen Modellen niedergelassene, selbständige Ärzte einbezogen werden, die ggf. in einem Hausarztnetz agieren, ist in anderen Modellen ein Angestelltenverhältnis vorgesehen.

Kennzeichnend für die Heimarzt- und Kooperationsmodelle sind die geringe Zahl der involvierten Ärzte und die regelmäßigen Kontakte zwischen Ärzten und Pflegeheimbewohnern sowie zwischen Ärzten und Pflegepersonal. Dadurch ist den Ärzten die gesundheitliche Situation der Pflegebewohner gut bekannt; zudem wird die Kommunikation zwischen den Ärzten und dem Pflegepersonal erleichtert (vgl. Rothgang, Iwansky et al. 2008).

Nach §119b SGB V können stationäre Pflegeeinrichtungen bei Bedarf Kooperationsverträge mit dafür geeigneten Leistungserbringern schließen. Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen dazu verpflichtet Kooperationsverträge zwischen Pflegeheimen und Ärzten zu vermitteln und nicht wie bisher nur anzustreben (vgl. BMG 2012). Kommt nach sechs Monaten kein Vertrag zu Stande, erfolgt eine Ermächtigung

---

<sup>19</sup> Siehe auch Kapitel 6.3. Schwerpunktpraxen

der Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung mit angestellten Ärzten.

Das Heimarztmodell als auch Kooperationsmodelle wurden in einem Berliner Projekt erprobt (vgl. Rothgang, Iwansky et al. 2008). Die Evaluation (1998-2002) zeigt eine deutlich geringere Anzahl an Krankenhauseinweisungen, verminderte Fahrtkosten zu Therapiemaßnahmen sowie Steigerung der Lebensqualität. Dies wurde auf die „umfassende ärztlich-therapeutische und pflegerische Betreuung“ (Richter-Reichhelm, Müller 2004: 2) zurückgeführt.

Die Umsetzung des Heimarzt-Modells wird allerdings als schwierig erachtet, da bislang zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und der Pflegeversicherung keine Einigung für die Vergütung des im Heim angestellten Arztes erzielt werden konnte. Obwohl sich Einsparungen durch die Anstellung eines Heimarztes zum großen Teil bei der Pflegeversicherung niederschlagen, werden die Kosten des Heimarztes von dieser nicht getragen. Weil diese Diskussionen bislang zu keinem für beide Seiten befriedigenden Ergebnis geführt haben, wird dieses Modell derzeit nur von wenigen Krankenkassen finanziell unterstützt (AOK Nordost in Berlin-Brandenburg-Mecklenburg-Vorpommern, IKK Berlin-Brandenburg, Bahn BKK und Siemens BKK) (vgl. Bach 2011).

Auch ein in München durchgeführtes Modellprojekt der AWO, in dem ein angestellter Arzt die Bewohner betreut, wurde positiv evaluiert. Krankenbeobachtung, Krankheitsdiagnostik und Behandlung wurden durch die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Heimarzt und Pflegepersonal effektiver, die Zahl der Krankenhauseinweisungen sank in diesen Heimen (vgl. AWO 2011: 24; vgl. Kopp, Salzhuber 2007: 44).

Beispiele für die Versorgung durch regionale Hausarztnetze im Rahmen der Integrierten Versorgung sind die geriatrischen Praxisverbünde der KVB oder die AOK-Pflegenetze. Diese wurden hinsichtlich der Zufriedenheit von Patienten, Ärzten, Pflegekräften und Psychotherapeuten positiv bewertet (vgl. KVB 2012).

Beispielsweise zeichnet sich das AOK-Pflegenetz insbesondere durch das Ziel aus, Ärzte, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen so zu vernetzen, dass die Versorgung von Pflegeheimbewohnern optimiert wird. Das AOK-Pflegenetz in Bayern besteht aus etwa 20 Hausärzten, 10 Pflegeeinrichtungen und drei Krankenhäusern (vgl. AOK Bayern 2013). AOK-Pflegenetze zeichnen sich durch drei Vertragskomponenten aus: (1) Visiten von Pflegekräften und Ärzten werden gemeinsam durchgeführt. (2) Im Notfall sind die Ärzte erreichbar beziehungsweise diese stellen sicher, dass ein geriatrisch erfahrener Kollege erreichbar ist. Zudem greifen für das Pflegepersonal Notfall-Leitlinien. (3) Bei einer Überweisung in ein Krankenhaus oder einer Entlassung aus dem Krankenhaus wird ein Überleitungsbogen genutzt. Des Weiteren erhalten die beteiligten Ärzte jeweils nach Quartalsende eine zusätzliche leistungsbezogene - von den erzielten Einsparungen abhängige - Vergütung. Für die ersten drei Quartale wird ein Betrag von 25 € je teilnehmenden Bewohner garantiert (vgl. Enders, Schmidt 2008). Zu beachten ist jedoch, dass Selektivverträge immer auch Patientengruppen ausschließen (vgl. Schäfer-Walkmann, Deterding 2009).

### **Internationale Modelle**

Um Entwicklungsmöglichkeiten für die ärztliche Versorgung von Heimbewohnern in Deutschland aufzuzeigen, wird ein Blick auf einige europäische Nachbarländer geworfen sowie das Modell des „Medical Director“ aus den USA vorgestellt.

Auch international bestehen für die ärztliche Versorgung von Heimbewohnern ähnliche Probleme und Herausforderungen. So praktizieren beispielsweise in den USA nur 20% der Ärzte auch in Heimen. Hinzu kommt, dass die wenigen in den Heimen tätigen Ärzte nur 4% ihrer Arbeitszeit dort verbringen (vgl. Katz, Karuza et al. 2009).

In *Belgien* wird die ärztliche Versorgung von Heimbewohnern ähnlich wie in Deutschland von den Hausärzten übernommen. Im Jahr 2000 wurde zusätzlich zu der hausärztlichen Versorgung ein koordinierender und beratender Arzt („coördinerend en raadgevend arts“, kurz: CRA) eingeführt. Der CRA wird vom Heimträger in Rücksprache mit dem regionalen Zusammenschluss der Hausärzte bestellt und übernimmt vor allem Aufgaben, die die Sicherstellung der medizinischen Versorgung betreffen, Organisations- und Koordinationsaufgaben sowie qualitätssichernde Aufgaben. Um diese Tätigkeit ausführen zu können, muss der CRA eine spezielle Fortbildung durchlaufen und wird je Tag und Bewohner mit 0,47 Euro von dem Heim vergütet. Eine Herausforderung ist, die verschiedenen Vorstellungen der Geschäftsführung, des CRA und der jeweiligen Hausärztervereinigung in der Praxis zusammenzuführen (vgl. van den Bussche, Schröfel et al. 2009).

Ähnlich wie in *Belgien* wird die hausärztliche Versorgung in Frankreich von einem koordinierendem Arzt („Médecin Coordinateur“, kurz: MC) unterstützt, dessen Aufgabenbereich dem des CRA in Belgien ähnelt. In Frankreich ist dieser jedoch zumeist ein angestellter Geriater eines Krankenhauses, der diese Arbeit nebenberuflich ausübt. Ein halbtags tätiger MC wird für circa 100 Heimbewohner eingesetzt und behandelt in der Regel keine eigenen Patienten im Heim (vgl. ebd.).

In den *Niederlanden* wird zwischen Hausärzten und Heimhausärzten unterschieden. Hausärzte sind in der Regel nicht an der Versorgung von Heimpatienten beteiligt. Heimhausärzte hingegen sind auf die Versorgung dieser Patientengruppe spezialisiert und versorgen jeweils circa 100 Heimpatienten. Außerdem können sie auch im Krankenhaus im Hinblick auf geriatrische Themen beratend wirken. Die Weiterbildungszeit beträgt sowohl für die Hausärzte als auch für die Heimhausärzte drei Jahre.

In den USA sieht das Modell des „Medical Director“ vor, dass in allen staatlich anerkannten Altenpflegeheimen ein Arzt für die medizinische Versorgung verantwortlich ist. Zunächst seit 1974 in den Vorschriften von Medicare verankert, wurde 1987 der Medical Director für alle staatlich anerkannten Pflegeeinrichtungen verpflichtend eingeführt (vgl. AMDA 2011). Der Medical Director koordiniert und beaufsichtigt die medizinische Versorgung und führt Pflegerichtlinien ein (vgl. Wilson 2005). Der Medical Director ist gegenüber dem Träger des Heims verantwortlich für die Koordination, Ausführung und Kontrolle der Tätigkeiten der Ärzte sowie für die Evaluation der gesundheitlichen Versorgung, die durch Ärzte und Kliniken ausgeführt wird. Außerdem beaufsichtigt der Medical Director die medizinische Versorgung

(vgl. LTCPLC 2013). (vgl. ebd.). Die Tätigkeit als Medical Director wird meist parallel zu einer anderen Tätigkeit ausgeführt. Ein Medical Director verfügt über ein abgeschlossenes Medizinstudium sowie mehrjährige Berufserfahrung. Von Vorteil sind zusätzliche Managementenerfahrungen (vgl. Education Portal 2013).

General Directors können sich von der American Medical Directors Association zertifizieren lassen. Studien belegen, dass sich die Zertifizierung der Medical Director positiv auf die Versorgungsqualität auswirkt (vgl. Rowland, Cowles et al. 2009).

### **Lösungsansätze und Anwendbarkeit auf Baden Württemberg**

Durch eine unabhängige Kommission bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg wurde eine Expertise zur medizinisch-pflegerischen Versorgung älterer Menschen angefertigt, in der Herausforderungen und Lösungsansätze erarbeitet wurden. Als wesentliche Ergebnisse dieser Expertise ist festzuhalten, dass die Kommunikation und Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen unzureichend ist und die fachärztliche Versorgung im Pflegeheim erhebliche Lücken aufweist. Es fehle insbesondere die Betreuung durch Neurologen, Psychiater, Gynäkologen, Urologen, Orthopäden und Augenärzte (vgl. LÄK 2009).

Zudem wird in Baden-Württemberg derzeit am Universitätsklinikum Heidelberg ein Projekt zur „Evaluation des Gesundheitszustands, der Lebensqualität und der ärztlichen Versorgungssituation von Menschen in Pflegeheimen sowie der Akzeptanz und Wirksamkeit von Interventionskonzepten zu ihrer Verbesserung“ durchgeführt<sup>20</sup>. Dieses Projekt wird weitere Erkenntnisse hinsichtlich der medizinischen Versorgung der Heimbewohner in Baden-Württemberg liefern.

Da es in Baden-Württemberg sowohl städtische Regionen mit einem hohen Versorgungsgrad als auch ländlich geprägte Regionen mit Versorgungsengpässen gibt, sind verschiedene Versorgungsmodelle erforderlich, um die lokal verfügbaren Potenziale bestmöglich nutzen zu können.

Folgende generelle Anforderungen lassen sich identifizieren, die auf Baden-Württemberg anwendbar sein könnten: Heimärzte sollten eine Mindestanzahl von vier Stunden pro Woche im Pflegeheim tätig sein, um heimeigenen Strukturen und Prozesse besser zu verstehen. Des Weiteren sollten sie über spezifische Kompetenzen hinsichtlich interdisziplinärer Zusammenarbeit, Polypharmazie und Qualitätsmanagement verfügen (vgl. Katz, Karuza et al. 2009). Folglich sollte die Fort- und Weiterbildung von in Heimen tätigen Ärzten beispielsweise auf dem Gebiet der Geriatrie gesichert sein. Auch van den Bussche, Schröfel et al. (2009) sehen die ärztliche Qualifikation auf dem Gebiet der Geriatrie und Kommunikationskompetenzen als eine zentrale Anforderung an die ärztliche Heimversorgung an. Hierdurch kann eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen den Ärzten sowie zwischen Ärzten und Pflegepersonal entwickelt werden, die sich positiv auf die Versorgungsqualität auswirkt.

---

<sup>20</sup> „EVI-P“ unter der Leitung von Prof. Dr. Johannes Schröder

Die vom Gesundheitsrat Südwest für Baden-Württemberg formulierten Lösungsansätze beziehen sich insbesondere darauf, die Ärzte in ihrer Rolle auch gegenüber der Heimleitung zu stärken, um „eine qualifizierte medizinische Versorgung der Bewohner zu gewährleisten“ (LÄK 2009: 15). Im Sinne einer Kooperation zwischen den Berufsgruppen soll die ärztliche Versorgung in die pflegerische Versorgung eingebunden werden. Der Gesundheitsrat Südwest fordert für Baden-Württemberg regionale Hausarztnetze mit fünf bis zehn Haus- und Fachärzten aufzubauen. In den Netzwerken sollten Qualitätsstandards und Regelwerke mit verbindlichen Vereinbarungen erarbeitet werden um die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren zu erleichtern. Die Versorgung soll auf einer budgetunabhängigen Vergütung beruhen, die das geriatrische Assessment einschließt. Eine Weiterbetreuung durch den eigenen Hausarzt solle jedoch mit Blick auf die freie Arztwahl und die Versorgungskontinuität ebenfalls ermöglicht werden (vgl. LÄK 2009).

**Expertenmeinung:** Nach Meinung der befragten Experten profitiert die Vernetzung der Akteure bei der Versorgung von Pflegeheimbewohnern vor allem von telefonischer und informeller Kooperation zwischen Pflegeleitung des Heimes, Haus- und Fachärzten, wobei die Initiative für die Vereinbarung von Arztterminen meist vom Heim ausgeht. Durch die neu zu gründenden geriatrischen Institutsambulanzen könnte die Versorgung der Heimbewohner verbessert werden, da die geriatrischen Kompetenzen der Kliniken auch in den Heimbereich wirken können.

Die Koordination und Vernetzung der Akteure zur ärztlichen Versorgung von Heimbewohnern könnte aus Expertensicht der Kommune übertragen werden.

Hinsichtlich der Notwendigkeit von Versorgungsmodellen wurde deutlich, dass durch die unterschiedliche Versorgungsstruktur und -situation in der Stadt und auf dem Land, aber auch innerhalb von einzelnen Kreisen eine Notwendigkeit für heterogene und auf die spezifischen Bedarfe und Ressourcen der Region zugeschnittenen Modelle besteht, die dauerhaft, zentral oder dezentral organisiert sind.

Die einzelnen Modelle wurden von den Experten folgendermaßen bewertet:

- Das Medical Director-Modell wurde empfohlen, weil durch diese Instanz die medizinische Versorgung im Pflegeheim koordiniert, heimspezifische Pflegestandards entwickelt und aufrechterhalten werden könnten.
- Regionale Hausarztnetze werden begrüßt, weil sie niedrigschwellig einzurichten sind.
- Das Heimarztmodell wurde einerseits positiv bewertet, weil es eine gute Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient schaffe; andererseits aber auch kritisiert, weil es aus Kostengründen kaum für ein Heim realisierbar sei und auch Interessenkonflikte zwischen dem angestellten Arzt und der Heimleitung entstehen könnten.
- In Heimen integrierte extrabudgetäre Behandlungszimmer wurden befürwortet; ebenso wurde die Teilberufsausübungsgemeinschaft vorgeschlagen. In diesem Modell eröffnet ein Haus- oder Facharzt eine Zweigstelle seiner Praxis im Heim und kann dadurch sein gedeckeltes Budget erweitern. Diesem Modell ähnlich wäre eine Hausarztpraxis, die in

oder an ein Heim angegliedert ist und die Versorgung der Heimbewohner mit übernimmt.

- Die fortwährende Betreuung der Heimbewohner durch den Hausarzt, der den Patienten vor Aufnahme ins Heim betreut hat, wurde als positiv beurteilt. Bedenklich sei jedoch, dass keine finanziellen Anreize für die Weiterführung der Behandlung im Heim für den Arzt existieren und eine Fortsetzung der Behandlung meist nur dann gewährleistet ist, wenn ein langjähriges Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient besteht.
- Kooperationsverträge zwischen den Krankenkassen und den Pflegeeinrichtungen wurden (außer von Seiten der Krankenkassen) durch die befragten Experten kritisiert, da Versicherte anderer Kassen nicht erreicht werden.

### 5.2.3. Empfehlungen

Im Entwurf des Geriatriekonzeptes wird herausgestellt, dass *„die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen vorwiegend von Hausärzten und fallweise durch Gebietsärzte wahrgenommen“* wird, diese Versorgung jedoch *„regional deutlich Unterschiede und teilweise Defizite“* aufweist.

Zu Recht wird auf die besonderen Versorgungsbedarfe der in den Heimen wohnenden Pflegebedürftigen hingewiesen, die insbesondere auch von Abhängigkeit geprägt sind. Richtigerweise wird auch betont, dass Pflegeheimbewohner in der Regel auf „Komm“-Strukturen angewiesen sind.

Es werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie die medizinische Versorgung verbessert werden kann, so z.B. durch Kooperationsverträge oder bei deren Nichtzustandekommen durch einen angestellten Arzt (gemäß §119b SGB V).

- Beim Einzug in ein Pflegeheim sollte möglichst versucht werden, die hausärztliche Versorgung aufrechterhalten werden, da die Arzt-Patient-Beziehung in der Regel durch langjähriges Vertrauen geprägt ist und sich positiv auf den Patienten auswirkt.
- Neben der hausärztlichen Versorgung muss auch die fachärztliche Versorgung gewährleistet werden. In die Versorgung von Pflegeheimbewohnern einbezogen werden sollten besonders Zahn-, Augen-, HNO-Ärzte und Psychiater.
- Modelle zur ärztlichen Heimversorgung sollten nach dem Bedarf eines Kreises/einer Stadt etabliert werden, auch um regionale Aspekte besser beachten zu können. Flexiblere Beschäftigungsmodelle, wie z.B. die Betreuung von mehreren Heimen durch einen koordinierenden Hausarzt, sind ggf. zu fördern. Teilzeitmodelle können sich ebenfalls dazu eignen, qualifiziertes medizinisches Personal zu gewinnen. Voraussetzung sind gesetzliche Grundlagen, die differenzierte Lösungen zulassen.
- Zu empfehlen ist eine bedarfsgerechte, die medizinische Heimversorgung koordinierende Instanz. Diese sollte ein Versorgungsnetz zu Hausärzten, zu Apotheken und zu Fach-

ärzten aufbauen und deren Aktivitäten möglichst koordinieren. Sie übernimmt somit eine Lotsenfunktion.

- Für ihre jeweilige Verortung bieten sich zwei Lösungen an, die je nach örtlichem Bedarf in Frage kommen: (1) Eine übergeordnete regionale Instanz in Form Geriatrischer Schwerpunkte und Zentren, die für die Koordinierung der Akteure bei der medizinischen Versorgung in den Heimen ihrer Region verantwortlich ist; oder (2) eine ausführende koordinierende Instanz, vergleichbar mit dem Medical-Director-Modell der USA.

### 5.3. Delegation bzw. Substitution hausärztlicher Aufgaben

Die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten kann unterschiedlich gestaltet sein. Zu unterscheiden sind hier die Begriffe Delegation und Substitution. Unter Delegation wird die Übernahme der Verantwortung bei der Aufgabendurchführung verstanden. Mit Substitution ist hingegen die Übernahme der Entscheidungszuständigkeit gemeint (vgl. Szepan 2012: 27).

Der bisherige Entwurf des Geriatriekonzepts sieht in Kapitel 7.1. Folgendes vor:

*„Perspektivisch sind Überlegungen zur Entlastung des Hausarztes durch Übertragung bestimmter Tätigkeiten an besonders qualifizierte Medizinische Fachangestellte und andere Gesundheitsprofessionen erforderlich. Die Tätigkeit zum Beispiel von Pflegefachkräften in ambulanten Pflegediensten oder in der ärztlichen Praxis im Rahmen von Modellvorhaben oder integrierter Versorgung ist geeignet, die ambulante Versorgung zu stärken. Eine Weiterentwicklung und weitere Erprobung derartiger Kooperationen auch mit den therapeutischen Berufsgruppen wird auch in Baden-Württemberg angestrebt.“ (Geriatriekonzept, Entwurf 07/2012, Kapitel 7.1)*

Zukünftig sollen qualifizierte Medizinische Fachangestellte und Pflegefachkräfte sowie weitere nicht benannte Gesundheitsprofessionen den Hausarzt in seinen Tätigkeiten entlasten. Zur Verbesserung der ambulanten Versorgung können Modellvorhaben wie integrierte Versorgungsmodelle z.B. in Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten und Pflegefachkräften beitragen. Einige werden im Folgenden vorgestellt.

In Baden-Württemberg wird das VerAH-Modell breitflächig umgesetzt. Bereits bestehende Modelle sollen weiterentwickelt und weitere Kooperationsmodelle erprobt werden.

Bei der Übertragung von ärztlichen Aufgaben an nicht-ärztliche Fachkräfte bestehen kontroverse Standpunkte zwischen den verschiedenen Fachverbänden. Diskussionspunkte umfassen u.a. das Aufgabenspektrum sowie rechtliche und finanzielle Fragestellungen. Eine Weiterentwicklung und Erprobung von Modellen ist anzustreben, sollte aber unter Einbeziehung aller beteiligten Berufsgruppen erfolgen.

Vor dem Hintergrund der Herausforderungen im Gesundheitssystem wie dem demografischen Wandel, Ärztemangel besonders in ländlichen Regionen und dem medizinischen Fortschritt sind nicht nur Änderungen der Versorgungsstrukturen sondern auch der Fachpersonalsituation erforderlich. Es lässt sich eine Verschiebung der Leistungserbringung von der Akutbehandlung zur Versorgung chronisch Kranker feststellen, zudem ist eine Akademisierung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe zu verzeichnen, die die bisherigen Aufgaben von Ärzten in den verschiedenen Versorgungssektoren ergänzen oder teilweise übernehmen (können). Zusätzlich zu der fortschreitenden Technisierung kann auch die Einführung von Leitlinien als eine Entwicklung betrachtet werden, die die zukünftige Bedeutung der alleinigen ärztlichen Expertise in Frage stellt (vgl. Redaelli, Stock et al. 2009: 1f).

Bereits jetzt erfolgt die Übernahme etwa von Hausbesuchen durch Medizinische Fachangestellte (MFA). Laut dem Ergebnis einer im Jahr 2009 durchgeführten Expertentagung zur Entwicklung der MFA ist „die Realität in der hausärztlichen Versorgung [...] bereits weiter als der derzeitige Stand der Diskussion um Delegation bzw. Substitution“ (ebd.: 3).

Seit 2009 besteht zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband der Krankenkassen eine Vereinbarung über die Abrechnung der von den nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen und -assistenten erbrachten Leistungen. Da diese aber nur in Gebieten abgerechnet werden können, für die der zuständige Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung festgestellt hat - was bislang nur für wenige Regionen in Ostdeutschland geschehen ist - wird die Versorgungsrelevanz der Delegations-Vereinbarung als gering eingeschätzt (vgl. Gerst 2012: 518).

### **5.3.1. Versorgungssituation - verschiedene Modelle**

Zur Qualifizierung für die Übernahme hausärztlicher Aufgaben liegen verschiedene Modelle vor. Nach Kalitzkus, Schluckebier et al. (2009) unterscheiden sich die vorhandenen Konzepte bezüglich ihres Ausbildungsmodus (Zusatzqualifikation, (Aufstiegs-) Fortbildung, Training oder Lehrgang) und des Stundenumfangs; die inhaltlichen Ziele sind aber ähnlich gelagert (vgl. ebd.: 404).

Folgende Qualifizierungsmaßnahmen stehen zur Verfügung (siehe Tabelle 5):



**Tabelle 5: Übersicht Qualifizierungsmaßnahme, Anbieter, Stundenumfang**

Name	Anbieter	Umfang in Stunden	Bemerkungen
VerAH	Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF)	bis zu 200	Bundesweite Schulungsangebote
EVA	Landesärztekammer Westfalen-Lippe	170-270	Westfalen-Lippe und Nordrhein
Nichtärztliche Praxisassistentin (vormals MoPra)	Kassenärztliche Vereinigung	270-800	Nur Sachsen-Anhalt
HELVER	Landesärztekammer Schleswig-Holstein	84	Vorwiegend Schleswig-Holstein und z.T. Mecklenburg-Vorpommern
AGnES <sup>21</sup>	Hochschule Neubrandenburg	822	Überwiegend Brandenburg, dort über Kommunen finanziert, wenig Mecklenburg-Vorpommern
Nichtärztliche Praxisassistentin	Landesärztekammern Hessen, Niedersachsen, Sachsen, Thüringen	270-170	Hessen, Niedersachsen, Sachsen, Thüringen
MoNi – Modell Niedersachsen	Kassenärztliche Vereinigung	Voraussetzung für MFA: 80 (bereits absolvierte Fortbildungen können angerechnet werden) + 50 Hausbesuche	Niedersachsen

Quelle: ergänzt nach Gerlach, Brenk-Franz et al. 2011: 281

	Entsprechen den Vorgaben der Delegationsvereinbarung zwischen Ärzten und dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen und sind daher im Rahmen der GKV Regelleistungen weitestgehend erstattungsfähig (vgl. Gerlach, Brenk-Franz et al. 2011: 280).
	Anerkannt für besondere Verträge außerhalb der GKV-Regelleistung (vgl. ebd.).
	Die Qualifizierungsmaßnahmen entsprechen weitestgehend den Anforderungen der Delegationsvereinbarung, welche am ehesten im Curriculum der Bundesärztekammer umgesetzt sind (vgl. ebd.: 285).
	Quelle: Meyer (2013), Schramm (2010), Niedersächsischer Landtag (2011)

**VerAH – Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis:** VerAH ist ein Qualifizierungsangebot primär für MFA. Das Konzept existiert bundesweit und wird derzeit auch in Baden-Württemberg umgesetzt. Die Personen mit einer VerAH-Qualifikation sollen ein integrierter Bestandteil der Hausarztpraxis sein und die Hausärzte bei der Versorgung der Patienten und der Praxisorganisation entlasten (vgl. Kalitzkus, Schluckebier et al. 2009: 405).

<sup>21</sup> Das AGnES-Modell ist nach Gerlach, Brenk-Franz et al. (2011) nicht eindeutig klassifizierbar (vgl. ebd.: 280).

**Tabelle 6: MFA mit Weiterbildung zu VerAH**

MFA insgesamt (Stand 2010)	394.000,
MFA mit Weiterbildung zu VerAH (Stand Mai 2012)	3.489, davon in Baden-Württemberg: 1.114

Quelle: in Anlehnung an Gerlach, Mergenthal et al. 2012

In 29% der Praxen, die in Baden-Württemberg an der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) teilnehmen, ist eine nach dem VerAH-Modell fortgebildete Person angestellt (vgl. Gerlach, Mergenthal et al. 2012).

Das Konzept wird vom Hausärzteverband propagiert und ist insbesondere in Bayern und in Baden-Württemberg verbreitet. Fast in jeder dritten Hausarztpraxis gibt es eine Person mit einer entsprechenden Qualifikation (vgl. Gerst 2012: 518).

Die VerAH-Fortbildung entspricht momentan allerdings nicht den Vorgaben der Vereinbarung zwischen KBV und dem Spitzenverband der Krankenkassen, sodass die erbrachten Leistungen selbst in als unterversorgt deklarierten Regionen nicht abgerechnet werden könnten. Die Leistungen werden aber im Rahmen von HzV-Verträgen vergütet. HzV-Ärzte mit einer entsprechend fortgebildeten Person in der Praxis erhalten derzeit in Baden-Württemberg pro Quartal 5 Euro zusätzlich pro chronisch Krankem. Der Hausärzteverband hat zudem Anfang 2012 mit der Techniker Krankenkasse ebenfalls einen entsprechenden Zuschlag vereinbart (vgl. ebd.).

Gerlach, Brenk-Franz et al. (2011) kommen zu dem Schluss, dass beim VerAH-Modell der erforderliche Gesamtstundenumfang nicht erreicht wird und zudem wesentliche Inhalte sowie Lernerfolgskontrollen fehlen. Einige der geforderten curricularen Inhalte sind bereits Teil der Ausbildung der MFA, insofern müsste der zusätzliche Nutzen der Qualifizierungsmaßnahmen noch aufgezeigt werden. Zudem wird eine VerAH-Qualifikation aus Baden-Württemberg bei Wohnortwechsel in ein anderes Bundesland nur teilweise für eine Qualifizierungsmaßnahme in einer anderen Region anerkannt (vgl. Gerlach, Brenk-Franz et al. 2011: 285).

**AGnES – Arztentlastende, gemeindenahe, e-health-gestützte, systemische Intervention:**

Das Projekt besteht seit 2005 und galt zunächst der Qualifizierung von Pflegekräften, später aber auch von MFA (vgl. Kalitzkus, Schluckebier et al. 2009: 403). Die AGnES-Fachkraft war je nach Modellprojekt - es gab sieben verschiedene, die nach dem AGnES-Konzept entwickelt wurden - entweder in einer Einzel-, Zweig- oder Gemeinschaftspraxis, einem medizinischen Versorgungszentrum oder in einem lokalen Hausärzteverbund tätig (vgl. van den Berg, Kleinke et al. 2010: 286).

Die Evaluation zeigte eine hohe Akzeptanz des Modells in der Ärzteschaft, bei den Praxismitarbeitenden sowie bei Patienten. In den meisten Fällen beurteilten die beteiligten Ärzte die Qualität der medizinischen Versorgung der Patienten durch die AGnES-Fachkräfte als gut (vgl. van den Berg, Meinke et al. 2009: 3). Erfahrungen aus den AGnES-Modellprojekten haben gezeigt, dass die AGnES-Fachkraft - welche selbst zwar keine pflegerischen Aufgaben übernimmt, durchaus aber Hausbesuche bei Pflegebedürftigen

durchführt - in diesen Fällen auch als wichtige Schnittstelle zu den beteiligten Pflegediensten fungieren kann (vgl. ebd.: 7).

Auf Grundlage der Ergebnisse aus den AGnES-Modellprojekten wurde die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an andere Personen und deren Erbringung in der Häuslichkeit im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes gesetzlich erlaubt (§63 SGB V, §87 SGB V, verabschiedet am 1.7.2008) (vgl. SVR 2009: 432).

Obwohl mit den AGnES-Projekten nur eine relativ kleine Aufgabenneuverteilung verbunden ist, führen diese Neuerungen zu starken Kontroversen im ambulanten Bereich (vgl. Höppner, Kuhlmeier 2009: 11).

**MOPRA – Mobile Praxisassistentin:** Das Projekt richtet sich vor allem an MFA, aber auch an Pflegefachkräfte. Im Unterschied zum AGnES-Modell sind die MOPRA's direkt in der Hausarztpraxis angestellt. Es werden acht bis zehn Hausbesuche pro Tag absolviert, die extra vergütet werden (vgl. Kalitzkus, Schluckebier et al. 2009: 404f).

**EVA – Entlastende Versorgungsassistentin:** Dieses Projekt ist überwiegend deckungsgleich mit dem VerAH-Modell, ist aber auf Nordrhein-Westfalen beschränkt. Das Modell soll auch auf aufsuchende Hilfen für andere Ärzte, etwa Chirurgen, ausgedehnt werden können (vgl. ebd.: 405).

**MoNi – Modell Niedersachsen:** Das Modellprojekt lief ursprünglich von Ende 2010 bis Ende 2012. Es richtet sich an MFA in Praxen, die sich in dünn besiedelten Regionen Niedersachsens befinden (vgl. Beneker 2012). Das Projekt wurde für 2013 verlängert und wird derzeit wissenschaftlich evaluiert (vgl. KVN 2013).

**HELVER - arztHELferinnen in der ambulanten VERSorgung:** Das Modellprojekt HELVER wurde 2009 in Schleswig-Holstein durchgeführt und ist mittlerweile abgeschlossen. Die Fortbildungsthemen und -inhalte wurden aber als Bildungsangebote erhalten (vgl. Aeksh 2012).

**Nicht-ärztliche Praxisassistentin:** Das Curriculum „Nicht-ärztliche Praxisassistentin“ wurde von der Bundesärztekammer auf Basis der Vorgaben einer Delegationsvereinbarung entwickelt. Diese beruht wiederum auf einer Regelung im Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2008. Die Bundesärztekammer empfiehlt allen Landesärztekammern, das Curriculum anzuwenden (vgl. BÄK 2010).

### **5.3.2. Aktuelle Diskussionspunkte**

An der momentanen Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen bestehen vielfältige Kritikpunkte: 1) Die derzeitige Aufgabenverteilung entspricht nicht den demografischen, strukturellen und innovationsbedingten Notwendigkeiten. 2) Der Sachverständigenrat kritisiert die Rechtsunsicherheit bezüglich der Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen, besonders zwischen der Ärzteschaft und der Pflege. 3) Die interprofessionelle Standardisierung - also diejenige, die alle relevanten Berufsgruppen einbezieht und auch ihre jeweiligen Arbeitsaufgaben beschreibt - ist nicht ausreichend, was

die Delegation und Zusammenarbeit erschwert. 4) Die Arztzentriertheit in der Versorgung ist nicht immer effizient. 5) Die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen wird in der Ausbildung der einzelnen Gesundheitsberufe nicht angemessen berücksichtigt (vgl. SVR 2007: 96).

Daraus folgt:

- Durch eine interprofessionelle Leitlinienerstellung könnten neue effizientere und wissenschaftlich begründete Kooperationsstrukturen entstehen (vgl. ebd.).
- Die für den ambulanten geriatrischen Bereich relevanten, auszubauenden und weiterzuentwickelnden Formen der Kooperation der Gesundheitsberufe sind die Versorgung im ambulanten multiprofessionellen Team und das transsektorale Case-Management (vgl.: ebd.: 97).

Sowohl bei dem im Rahmen dieser Expertise-Erstellung durchgeführten *Expertenworkshop* als auch aus der Literatur ist deutlich geworden, dass die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf nicht-ärztliche Berufsgruppen bzw. der Neuordnung der Gesundheitsberufe stark mit Deutungen und mit berufsständischen Interessen verbunden ist (vgl. Schmidt 2009; vgl. KBV 2009a; vgl. DPR 2008). Dies lässt sich auch an den Reaktionen auf die Heilkundeübertragungs-Richtlinie nach §63 Abs. 3c SGB V (in Kraft getreten am 22. März 2012) erkennen. Die Richtlinie ermöglicht die Initiierung von Modellprojekten, die die Übernahme bestimmter ärztlicher Aufgaben durch entsprechend qualifizierte Pflegekräfte erproben und untersuchen. In die Regelversorgung könnte ein solches Konzept aber erst in etwa 10 Jahren gelangen, wenn Ausbildungscurricula entwickelt worden und die Modellprojekte beendet sind (vgl. Gerst 2012: 518f).

### **Unterschiedliche Positionen**

Die *ärztlichen Verbände* formulierten im Februar 2012 Kernforderungen zur Delegation ärztlicher Aufgaben. Hier machen sie deutlich, dass die Verantwortung bei der Leistungsdelegation vollständig bei der Ärzteschaft bleiben müsse. Die ganzheitliche Sicht der Ärzte auf ihre Patienten müsse unbedingt erhalten bleiben; eine weitere Fragmentierung des Gesundheitssystems sei unter allen Umständen zu verhindern. Drei Kriterien müssten im Einzelfall berücksichtigt werden:

- Die individuelle Indikationsstellung der Patienten sowie die dabei zu beachtenden Einflussfaktoren,
- die berufsspezifische Qualifikation sowie die Zusatz-Qualifikation, die Erfahrung und die Fähigkeiten des mit der Leistungserbringung betrauten Mitarbeitenden und
- das Versorgungsumfeld des jeweils zu Behandelnden (vgl. BÄK 2012).

Der *Deutsche Pflegerat* hingegen begrüßt die Richtlinie zur Heilkundeübertragung. Begleitend sei aber ein Berufsgesetz „Pflege“ umzusetzen, in dem die Kompetenzdefinitionen gesetzlich geregelt werden. Der Rat betont mit Blick auf die Kritiker der Richtlinie, dass diese keine völlig neue Rechtslage schaffe. Vielmehr geht es um eine mögliche Erweiterung des Tätigkeitsbereichs der Pflegefachkräfte im Rahmen von Modellprojekten und die

Übertragung bestimmter ärztlicher Tätigkeiten bei entsprechender Qualifikation. Darüber hinaus schafft die Richtlinie auch mehr Rechtsklarheit in Bereichen, die für die Pflegefachkräfte zuvor eher ein rechtsfreier Raum gewesen sind, etwa bei der spezifischen Infusionstherapie (vgl. DPR 2012). Beim zweiten Expertenworkshop wurde die Rechtsunsicherheit bei der Delegation ärztlicher Aufgaben an nicht-ärztliche Berufsgruppen als gering eingeschätzt.

Von der *Bundesärztekammer* wird prognostiziert, dass aufgrund der bevorstehenden Lücken in der ärztlichen Versorgung in Zukunft noch mehr Tätigkeiten an qualifiziertes Praxispersonal delegiert werden. Als Beispiele werden die Praxisorganisation, Hygiene, Arbeitssicherheit, das Case-Management, im diagnostischen Bereich die Assessment-Verfahren und das Wundmanagement genannt. Auch der *Verband medizinischer Fachberufe* vertritt die Ansicht, dass entsprechend qualifizierte MFA noch mehr Aufgaben eigenständig ausführen könnten; hier wird die Fokussierung auf Hausbesuche als zu eng gefasst beurteilt. Gleichzeitig wird angemahnt, auch für eine entsprechende Vergütung zu sorgen, auch damit der Ausbildungsberuf attraktiv für die Jüngeren bleibt, denn in der Pflege etwa sei die Ausbildungsvergütung höher (vgl. Gerst 2012: 517).

### **Mögliche Vor- und Nachteile der Delegation/Substitution**

Die möglichen Vor- und Nachteile einer Tätigkeitsübertragung, d.h. sowohl einer Substitution als auch einer Delegation sind zusammenfassend noch einmal in der folgenden Gegenüberstellung des Sachverständigenrats (2007) dargestellt (vgl. Tabelle 7).

**Tabelle 7: Delegation/Substitution hausärztlicher Aufgaben, Vor- und Nachteile einer Tätigkeitsübertragung**

<b>Mögliche Vorteile</b>	<b>Mögliche Nachteile</b>
Arbeitsentlastung	Koordinations-, Kommunikations- und Kontrollfehler
Auffangen personeller Engpässe	Entstehung neuer Schnittstellen im Gesundheitswesen
Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit (z.B. durch eine höhere Prozessroutine)	Verschlechterung der Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit
Neue Karrieremöglichkeiten für die nicht-ärztlichen Berufsgruppen	Verlust von Erfahrungen
Steigerung der Attraktivität des Berufs	Abwälzen unliebsamer Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen („dirty work“, Hughes 1958)
Erhöhung der Arbeitszufriedenheit innerhalb der Berufsgruppen	Leistungs- und damit Ausgabenausweitung
Mehr Möglichkeiten zur Förderung individueller Kompetenzen	Rechtsunsicherheit
Flexibilisierung der Versorgung	
Kostenreduktion der Gesundheitsversorgung	
Stärkung des Teamgedankens	

Quelle: SVR 2007: 55

### **Empfehlungen und Lösungsansätze**

Der Sachverständigenrat (2007) empfiehlt eine bessere Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen. Er kommt zu dem Ergebnis, dass eine bessere Zusammenarbeit für alle Beteiligten, inklusive der Patienten sinnvoller sein kann als weiterhin den tradierten Mustern zu folgen. Dies gilt insbesondere für den Fall, dass sich das Selbstverständnis der Gesundheitsberufe so wandelt, dass flache und vernetzte Strukturen der Zusammenarbeit als vorteilhaft und umsetzbar erachtet werden. Folgende Ziele sollten bei einem solchen Paradigmenwechsel nach Ansicht des Sachverständigenrats anvisiert werden:

- Eine neue Aufgabenteilung sollte mit dem Abbau der vorhandenen Versorgungsdefizite und einer Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit begründet werden.
- Die Versorgung sollte sich sowohl an der Qualität als auch an der Kosteneffektivität orientieren.
- Eine funktionierende Kommunikation, flache Teamstrukturen und eine Trennung von funktionalen und hierarchischen Befugnissen wären notwendig.
- Die neuen Aufgabeneinteilungen zwischen den Berufsgruppen müssten flexibel sein, den lokalen Bedürfnissen entsprechen und entwicklungsfähig sein.
- Mit den neuen Berufsbildern sollte eine höhere Arbeitszufriedenheit durch eine sinnvolle Aufgabenteilung einhergehen sowie die Sicherheit, dass Aufgaben dem Qualifikationsniveau entsprechend durchgeführt werden können.
- Die Aufgabenneuverteilung zwischen den Gesundheitsberufen muss einen Beitrag zur Verringerung der Abhängigkeit der Morbiditätslast vom sozialen Status leisten (vgl. ebd.: 95f).

Zudem sprechen sich die Sachverständigen für Poolkompetenzen aus:

„Die Einführung von Vorbehaltsaufgaben für einzelne nicht-ärztliche Heilberufe bildet kein geeignetes Mittel zur Neuverteilung der Aufgaben, da sie neuerlich unflexible Strukturen schaffen würde. An Stelle dessen erscheinen Poolkompetenzen sinnvoller, die jeweils einer Gruppe von geeigneten Gesundheitsberufen eine Tätigkeitsausführung ermöglicht. Die zur Ausübung einer bestimmten Tätigkeit notwendigen Qualifikation wird dabei definiert und kann von verschiedenen Gesundheitsberufen erworben werden.“ (SVR 2007: 99)

Der Vorteil dieser Art von Aufgabenteilung liegt in der Flexibilität, mit der auf regionale Sonderbelange eingegangen werden kann. Zugleich wären hiermit klare Zuständigkeiten geschaffen. Die Aus- bzw. Weiterbildungen müssten aber an diese Poolkompetenzen angepasst werden. Vorbehaltsaufgaben sind nur bei Eingriffen geeignet, die häufig besonders gefährlich sind (vgl. ebd.).

Für verbesserte Team-Strukturen spricht auch, dass sich Innovationen hier eher umsetzen lassen als in starren hierarchischen Strukturen. In letzteren müssen vor einer Zulassung von innovativen Methoden immer erst die Zuständigkeiten neu ausgehandelt werden. Als Beispiel wird das hochspezialisierte Team im Krankenhaus genannt, wo sowohl Spezialisierungen, Tätigkeitsübertragungen als auch die Integration neuer Aufgaben vorhanden sind. Eine Akademisierung der Gesundheitsberufe ist in einem hochspezialisierten

Team sehr wichtig. Hier kann, unter Anwendung eines multiprofessionellen Verständnisses von (Versorgungs-)Forschung, die Umsetzung der Innovation untersucht und vorangetrieben werden (vgl. ebd.).

Um Engpässen in der hausärztlichen und pflegerischen Versorgung entgegenzuwirken, sollten dem *Sachverständigenrat* (2007) zufolge der Beruf des Hausarztes und der Pflegeberuf attraktiver werden. Um der drohenden hausärztlichen Unterversorgung im ländlichen Bereich zu begegnen, werden insbesondere von Seiten der Länder folgende Anreize als sinnvoll erachtet: verbesserter Zugang zur Facharztausbildung in der Allgemeinmedizin, ein Statusausgleich mit den anderen Facharztgruppen, Zahlung einer Sicherstellungszulage sowie eine differenzierte Honorierung zwischen städtischen und ländlichen Bereichen.

Der Beruf der Pflegefachkraft sollte stärkere Aufmerksamkeit erfahren und sein Ansehen gesteigert werden. Anreize sind im Zusammenhang mit der Entlastung der Pflegefachkräfte zu sehen. Weiterbildungen sollen Karriere- und Aufstiegsmöglichkeiten, auch beim bisherigen Arbeitgeber, eröffnen. Akademisch ausgebildete Pflegeexperten sollten mit einem höheren Grad an Autonomie und Verantwortung bei der Ausübung der medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten motiviert werden (vgl. ebd.: 67).

Dem *Gesundheitsrat Südwest* (vgl. LÄK 2009) zufolge ist es insbesondere in Regionen mit einem hohen Anteil an älteren Menschen und vor dem Hintergrund einer abnehmenden Zahl an Ärzten in der Primärversorgung notwendig, ursprünglich ärztliche Aufgaben an nicht-ärztliches Personal zu übertragen. Hierbei müsse auf eine enge Kooperation zwischen den Berufsgruppen geachtet werden. Der Gesundheitsrat unterbreitet hierzu zwei Vorschläge: erstens sollte die Ausbildung von Pflegekräften, vor allem auch im ambulanten Sektor, verbessert werden. Dies sollte einhergehen mit besseren Verdienst- und Aufstiegsmöglichkeiten zu Fachpflegekräften. Zweites müsse der Anteil akademisch ausgebildeter Pflegekräfte erhöht werden, damit sie das im Altenpflegebereich benötigte Personal leiten und qualifizieren können (vgl. ebd.: 9).

Der *Sachverständigenrat* gibt zu bedenken, dass die Übernahme ärztlich ausgeführter Tätigkeiten durch nicht-ärztliche Berufsgruppen verlangt, dass ausreichend Personal zur Verfügung steht (vgl. SVR 2007: 98).

Im Rahmen der Empfehlungen des SVR zur Zusammenarbeit heißt es:

„Der Rat empfiehlt die Übertragung der Prinzipien des Chronic Care Modells zu Verbesserung der ambulanten Versorgung in Deutschland und den verstärkten Einsatz nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe für beratende, edukative, organisatorische und präventive Aufgaben.

Eine Tätigkeitsübertragung von Aufgaben insbesondere auf die Pflege und eine größere Handlungsautonomie derselben ist nicht zu umgehen, wenn die Versorgung aufrechterhalten und verbessert werden soll.“ (ebd.: 98f)

Das Chronic Care Modell von Ed Wagner (vgl. Wagner, Davis et al. 1999; vgl. Bodenheimer, Wagner et al. 2002) ist ein evidenzbasiertes interdisziplinäres Versorgungsmodell für chronisch kranke Menschen in der Hausarztpraxis. International ist es verbreitet und durch zahlreiche Studien belegt (vgl. Piatt, Orchard et al. 2006; vgl. Bauer, McBride 2006; vgl. Tsai,

Morton et al. 2005). Untersucht und bestätigt wurde dies für die Indikationen Diabetes, Depression, Herzinsuffizienz und Erkrankungen des Bewegungsapparates. Für Deutschland erfolgte eine Adaptation durch Gensichen, Muth et al. (2006). Im Chronic Care Modell soll eine verbesserte ambulante Versorgung von chronisch kranken Menschen durch ein vorausschauendes Praxisteam und ein aktivierten Patienten erreicht werden. Elemente sind die Unterstützung des Selbstmanagements und Stärkung der Patientenkompetenz, eine verantwortliche Aufgabenteilung innerhalb des Praxisteams und strukturierte Arbeitsabläufe, die Nutzung von klinischen Informationssystemen und evidenzbasierten Leitlinien sowie Kooperation mit Fachspezialisten durch Versorgungspfade und die Einbeziehung übergreifender Gesundheitsangebote auf kommunaler Ebene (vgl. Gensichen, Rosemann 2007).

Es wird vom Sachverständigenrat (2007) weiter empfohlen, die Übertragung internationaler Modelle wie „Advanced Nursing Practice“ etwa „Nurse Practitioners“ zu erproben. Die Übernahme von Verantwortung auf Seiten der Pflegefachkräfte sollte in Modellprojekten untersucht werden. Die Pflege sollte für folgende Aufgaben zuständig sein:

- Selbstständige Beurteilung des Pflegebedarfs
- Tragen der Verantwortung für die Durchführung pflegerischer Tätigkeiten, Ergebnisüberprüfung der pflegerischen Versorgung
- Eigenständige Verordnung von Pflegebedarfsartikel
- Zu überprüfen wäre auch die zeitlich limitierte Verordnungsfähigkeit bestimmter Medikamentengruppen (vgl. ebd.: 99).

Redaelli, Stock et al. (2009: 64ff) geben in einem Literaturreview fünf Empfehlungen zum Thema Delegation bzw. Substitution ärztlicher Tätigkeiten:

- Aus der Ärzteschaft heraus sollte ein wissenschaftlich fundierter detaillierter Katalog entwickelt werden, indem sowohl die delegierfähigen Leistungen festgelegt sind als auch die hierfür notwendigen Fähigkeiten der nicht-ärztlichen Berufsgruppen. Da es an einer Definition für den Begriff der „ärztlichen Tätigkeit“ mangelt, ist es schwierig von Delegation oder Substitution zu sprechen. Insofern wird empfohlen, Rechtsgutachten erstellen zu lassen, die die Themen „ärztliche Tätigkeit“, „Delegation“ und „Aufgaben- und Zuständigkeitskompetenzen“ der nicht-ärztlichen Berufsgruppen für den ambulanten Sektor beinhalten.
- Die Studienlage zur Effektivität und Effizienz der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch nicht-ärztliche Berufsgruppen im ambulanten Bereich ist sehr heterogen. Insbesondere zum Ausmaß der Entlastung der Ärzte fehlen entsprechende Studien. Dementsprechend wird empfohlen, qualitativ hochwertige Studien durchzuführen, die die Effekte der Entlastung der Ärzteschaft untersuchen.
- Internationale Studien zeigen, dass nicht-ärztliche Berufsgruppen im Bereich der Sekundärprävention und psychosozialen Betreuung sowie allen Bereichen mit hohem



Kommunikationsbedarf effektiver zu arbeiten scheinen als Ärzte. Nicht-ärztliche Berufsgruppen sollten in der ambulanten Versorgung unter ärztlicher Supervision und in definierten Gebieten verstärkt eingebunden werden. Die Ärzteschaft sollte hier offensiv und aktiv bei den entsprechenden Regelungen mitarbeiten.

- Die Substitution ärztlicher Tätigkeiten aus ökonomischen Gründen ist strittig. Es sollten Studien zur Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch nicht-ärztliche Berufsgruppen von Anfang an eine gesundheitsökonomische Evaluation im Studiendesign vorsehen.
- Der internationale Ausbildungsstandard bei nicht-ärztlichen Berufsgruppen liegt nach Redaelli, Stock et al. über dem deutschen. Insofern kann die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch nicht-ärztliche Berufsgruppen in Deutschland nur in eingegrenzten Bereichen, unter genau festgelegten Bedingungen und nur mit definierten und nachgewiesenen Kompetenzen stattfinden. Um schnell eine Entlastung zu erreichen, wird in dem Review ein „Skill Mix“, also die Bildung multidisziplinärer Teams empfohlen. Dies soll unter ärztlicher Supervision stattfinden; außerdem sollen die jeweiligen Kompetenzen, Rollen und Aufgaben beschrieben und definiert werden.

„Die Autoren sind zusammenfassend der Auffassung, dass ein von Ärzten supervidiertes, interdisziplinäres, multiprofessionelles Versorgungsteam die Idealbesetzung in der ambulanten gesundheitlichen Versorgung darstellt. Die in dieser Expertise ausgewerteten Studien weisen hier die höchste Effektivität und Effizienz gepaart mit der höchsten gesundheitlichen Qualität der behandelten Patienten auf.“ (ebd.: 67)

**Expertenmeinung:** Wie Redaelli, Stock et al. (2009) und der Sachverständigenrat (2007) sehen auch die am *Expertenworkshop* beteiligten Experten die Notwendigkeit einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Professionen. Grundsätzlich wird die Delegation ärztlicher Aufgaben als notwendig erachtet. Dasselbe gilt für das multiprofessionelle Team unter ärztlicher Supervision mit festgelegten Kompetenzen, Aufgaben und Rollen. Allerdings steht der Übernahme von ärztlichen Aufgaben durch die Pflege auch ein Mangel an Pflegefachkräften entgegen.

Es wird darüber hinaus diskutiert, ob eine geriatricspezifische Weiterqualifikation etwa für MFA benötigt wird. Bei der Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten muss eine entsprechende Qualifikation unbedingt gewährleistet sein, die genaue Ausgestaltung der Qualifikationen muss aber noch diskutiert werden.

Es wird darauf hingewiesen, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit schon in die Ausbildung integriert werden muss. Die strikte Trennung der Zuständigkeiten führt zu einer ineffizienten Versorgung. Eine Durchlässigkeit der Gesundheitsberufe sowie eine sektorenübergreifende Kooperation werden als notwendig erachtet. Generell sollte das Land Baden-Württemberg die Vernetzung fördern. Als problematisch wird derzeit noch die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Sozialstationen/ambulanter Pflege und Hausärzten gesehen. Daher sollte vor allem die Vernetzung zwischen den Berufsgruppen verbessert werden.

### 5.3.3. Empfehlungen

- Auch wenn in Baden-Württemberg die Versorgungsengpässe bei Ärzten derzeit noch nicht gravierend sind, gilt es, sich präventiv auf einen zukünftigen Ärztemangel einzustellen. Dies gilt erst Recht angesichts der alternden Bevölkerung mit ihren besonderen, multikomplexen und insgesamt ganzheitlicheren gesundheitlichen Versorgungsbedarfen. Eine Möglichkeit dazu ist die Delegation/Substitution hausärztlicher Tätigkeiten, die auch für Baden-Württemberg empfohlen wird.
- Bei den *“Überlegungen zur Entlastung des Hausarztes durch Übertragung bestimmter Tätigkeiten an besonders qualifizierte Medizinische Fachangestellte und andere Gesundheitsprofessionen“* (Entwurf Geriatriekonzept, Stand 07/2012, Kapitel 7.1) muss zunächst geklärt werden, ob eine *Delegation* oder eine *Substitution* ärztlicher Aufgaben gemeint ist.
- Empfohlen wird, Lösungen mit Blick auf eine Aufgabenneuverteilung zwischen den Gesundheitsberufen und eine sinnvolle Mischung aus Substitution, Delegation, Zusammenarbeit in multidisziplinären Teams mitflacheren Hierarchien zu suchen. Dabei sind alle an der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen beteiligten Berufsgruppen einzubeziehen (therapeutische, pflegerische, soziale Professionen). Zu klären sind u.a. eine bedarfsangemessene Aufgabenverteilung und die dafür notwendigen Qualifikationen sowie die Überprüfung bisheriger Ausbildungswege und Studiengänge.
- Bei der Etablierung von Modellen der Substitution bzw. Delegation hausärztlicher Aufgaben ist sicherzustellen, dass alle Patienten bedarfsgerecht die gleichen Zugangschancen bzgl. der Inanspruchnahme dieses Versorgungsangebotes erhalten. Das Angebot sollte nicht nur einer ausgewählten Gruppe von Patienten zur Verfügung stehen.
- Ziel muss eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen insbesondere auf kommunaler Ebene sein, um Schnittstellen und Parallelstrukturen zu verhindern bzw. zu beseitigen. Dazu förderlich sind berufsgruppenübergreifende Poolkompetenzen, um einerseits auf regionale Bedarfe und andererseits auf den Bedarf des einzelnen Patienten besser eingehen und insgesamt flexibler reagieren zu können. Für diese Aufgaben sind Aus- und Weiterbildungen anzupassen sowie Qualifikationen und Zuständigkeiten zu regeln. Hierbei bedarf es einer klaren Abstimmung aller Beteiligten auf kommunaler Ebene, idealerweise über eine koordinierende Instanz, da die Zusammenarbeit nicht nur auf der Ebene einzelner Arztpraxen stattfindet.
- Pflegefachkräfte könnten die gesundheitliche Versorgung insbesondere im ambulanten Bereich stärken. Empfohlen wird, modellhaft die Übernahme bestimmter ärztlicher Tätigkeiten durch entsprechend qualifizierte Pflegekräfte zu erproben. Vorgeschlagen wird, Modellvorhaben auf kommunaler Ebene anzusiedeln und dabei alle hier vertretenen Kostenträger einzubeziehen, u.a. um zu vermeiden, dass - wie häufig im Rahmen der integrierten Versorgung zu beobachten - Versicherte nicht beteiligter Kassen ausgegrenzt werden. Eine wissenschaftliche Evaluation solcher Vorhaben – einschließlich gesundheitsökonomischer Fragestellungen - wird empfohlen.

- Im Falle der Übernahme zusätzlicher (ärztlicher) Aufgaben durch eine bestimmte Berufsgruppe ist auf eine sachgerechte Delegation bzw. Substitution sowie entsprechende Personalausstattung und sachgerechte Vergütung zu achten.
- Die Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams muss verbessert und ausgebaut werden. Gefordert sind u.a. die Bereitschaft und Fähigkeit zur Teamarbeit bei allen beteiligten Berufsgruppen. Bestehende Aus- und insbesondere Weiterbildungsangebote sind entsprechend zu konzipieren und ggf. umzustrukturieren. Die Zusammenarbeit fördern auch gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen.
- Bei Überlegungen zur Übernahme bestimmter ärztlicher Aufgaben durch nicht-ärztliche Berufsgruppen ist auf die Vergleichbarkeit der Qualifikationen zwischen den einzelnen Bundesländern zu achten, um z.B. die Nicht-Anerkennung im Falle eines Wohnortwechsels in ein anderes Bundesland zu verhindern.

## **6. Gesundheitsförderung und Prävention im Alter**

Die Förderung und der Erhalt eigenverantwortlicher Lebensgestaltung sowie gesellschaftlicher Teilhabe, die Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit sowie der Erhalt bzw. die Förderung von Lebensqualität, insbesondere wenn bereits physische und psychische Einschränkungen bestehen, sind Zielsetzungen der Gesundheitsförderung und Prävention im höheren Lebensalter (vgl. Naegele, Schmitt 2009). Während Maßnahmen der Gesundheitsförderung auf die Gesunderhaltung und Stärkung der Gesundheitsressourcen zielen, fokussieren Präventionsmaßnahmen auf die Verringerung bzw. Vermeidung von Risikofaktoren und Erkrankungen sowie dem Wiederauftreten. Beide Ansätze verfolgen aus unterschiedlichen Blickwinkeln und mit verschiedenen Strategien die Gesundheit des Einzelnen sowie der Bevölkerung zu verbessern und sollten als einander ergänzend betrachtet werden (vgl. Walter, Robra et al. 2012; vgl. Walter, Patzelt 2009; vgl. Sachverständigenrat 2001).

Eine Differenzierung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention wie sie Caplan (1964) entsprechend dem zeitlichen Ansatz des Krankheitsverlaufs beschrieb, ist im höheren Lebensalter ebenso wie die Unterscheidung in präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen schwierig und in der Praxis kaum umsetzbar (vgl. Walter, Patzelt 2012). Oft erfordern gesundheitliche Einschränkungen in verschiedenen Krankheitsstadien und Multimorbidität gleichzeitig sowohl ressourcenorientierte Interventionen im Sinne der Gesundheitsförderung als auch risikominimierende Interventionen im Sinne der Prävention. Des Weiteren erschweren eine zunehmend verfeinerte Diagnostik, die Komplexität von Krankheitsursachen und präventiver Wirkmechanismen eine klare Abgrenzung und Zuordnung zu den Präventionsterminologien (vgl. Walter, Robra et al. 2012).

Gesundheit entsteht dort, wo die Menschen leben und arbeiten. Als bevorzugte Settingansätze bzw. als geeignete Zugangswege zur Zielgruppe der älteren Menschen sind insbesondere die Kommunen, die (haus-)ärztliche Versorgung, das häusliche Umfeld, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen des Betreuten Wohnens zu sehen (vgl. Walter, Patzelt 2012). Die aufsuchende individuelle Beratung über präventive Hausbesuche eignet sich insbesondere dafür, schwer erreichbare Zielgruppen, zu denen u.a. ältere multimorbide immobile Menschen gehören, zu erreichen (vgl. Soom Ammann, Salis Gross 2011).

### **6.1. Präventive Hausbesuche**

Im Entwurf des Geriatriekonzeptes wird im Kapitel 7 auf die häusliche Beratung von älteren Menschen und deren Angehörigen sowie im Kapitel 6 explizit auf das Angebot des präventiven Hausbesuchs eingegangen:

*„Zugehende Angebote wie der präventive Hausbesuch sind mögliche Ansätze für eine Risikoidentifikation und Beratung. Eine weitere Evaluation und Prüfung von Möglichkeiten der Etablierung sollten verfolgt werden. Qualifikationen von Pflegepersonen für diese Aufgabe werden von Fachgesellschaften der Pflege mit Weiterbildungen zu Familiengesundheitspflegenden bereits angeboten.“*  
(Geriatriekonzept, Entwurf 09/2011, Kapitel 6)

Als ein Beispiel für ein zugehendes Beratungsangebot für selbständig lebende ältere Menschen wird im Entwurf des Geriatriekonzepts der präventive Hausbesuch genannt. Gesundheitsrisiken können im Rahmen dieses Angebots identifiziert und abgeklärt werden. Weitere Inhalte und Interventionsmöglichkeiten von präventiven Hausbesuchsprogrammen werden nicht aufgeführt. Es wird empfohlen, die Möglichkeiten zur Etablierung von präventiven Hausbesuchsprogrammen in Baden-Württemberg weiter zu prüfen und entsprechende Programme zu evaluieren. Insbesondere wird in diesem Textauszug auf das Weiterqualifizierungsangebot zur Familiengesundheitspflegenden verwiesen, welches Pflegefachkräfte absolvieren können. Weitere Berufsgruppen und Qualifizierungsmöglichkeiten sowie institutionelle Anbindungen bzgl. der Durchführung von präventiven Hausbesuchsprogrammen werden nicht benannt.

*„Bei Fragestellungen, die eine Beratung im häuslichen Umfeld mit dem Ziel z.B. der Sturzprophylaxe durch Wohnraumanpassung erfordern oder eine Beratung pflegender Angehöriger, ist fachlicher Austausch mit bereits betreuenden therapeutischen und Pflegefachkräften zweckmäßig.“* (Geriatriekonzept, Entwurf 07/2012, Kapitel 7.1)

Für spezifische Beratungsaktivitäten im häuslichen Umfeld des älteren Patienten wird der fachliche Austausch mit den bereits an der therapeutischen und pflegerischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen bzw. Institutionen empfohlen. Die Kommunikation und Vernetzung mit bestehenden Versorgungsangeboten ist in der ambulanten Versorgung älterer Patienten und Patienten notwendig.

### **6.1.1. Versorgungssituation**

Präventive Hausbesuche stellen eine Form der aufsuchenden Beratung älterer Menschen in ihrer häuslichen Umgebung dar mit dem Ziel der Gesundheitsförderung, Krankheitsvermeidung und Förderung der selbständigen Lebensführung. Die Intervention fokussiert auf die Reduzierung der Mortalität, die Verzögerung oder Verhinderung von Pflegebedürftigkeit, Pflegeheim- und Krankenhausaufnahmen sowie die Verbesserung des funktionellen Status und der gesundheitlichen Lebensqualität (vgl. Meinck 2012; vgl. DIP 2008; vgl. Bundesverei-

nigung für Gesundheit 2005). Bereits der Dritte Altenbericht der Bundesregierung beschrieb präventive Hausbesuche als Methode zur Vermeidung, Früherkennung sowie Intervention von bzw. bei Risikofaktoren und Erkrankungen sowie zur gezielten Beeinflussung von Merkmalen des Lebensstils, der Lebenslage und der Umwelt. Sie vermögen im besonderen Maße den mehrdimensionalen Ansatz der Kompetenzstärkung im Alter zu berücksichtigen und tragen darüber hinaus zu einer stärkeren Vernetzung von präventiven, therapeutischen, rehabilitativen und pflegerischen Maßnahmen bei (vgl. BMFSFJ 2001).

Erste **internationale Studien** wurden in den 1980er Jahren in Dänemark durchgeführt, wo präventive Hausbesuche Bestandteil der regulären Gesundheitsversorgung der älteren Bevölkerung geworden sind. Es folgten in den 90er Jahren zahlreiche Untersuchungen vor allem in den USA und Großbritannien sowie in der Schweiz (vgl. Ströbel, Weidner 2003; vgl. Stuck, Egger et al. 2002). Eine deutsche Machbarkeitsstudie zu geriatrischen Hausbesuchen wurde von Wildner und Manstetten (2002) durchgeführt. In systematischen Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen (vgl. van Haastregt, Diederiks et al. 2000; vgl. Elkan, Kendrick et al. 2001; vgl. Stuck, Egger et al. 2002; vgl. Lübke, Meinck 2003; vgl. Ploeg, Feightner et al. 2005) wurden die Effekte präventiver Hausbesuche dargestellt, wobei die Autoren nicht zu übereinstimmenden Ergebnissen kamen (vgl. Meinck 2012). Trotz Begrenzung aufgrund der Studienheterogenität ergeben sich durchgängig jedoch Hinweise zur Reduktion der Mortalität sowie der Krankenhaus- und Pflegeheimweisungen, die zuletzt in schwedischen Untersuchungen untermauert wurden (vgl. Sahlen, Dahlgren et al. 2006). Meinck, Lübke et al. (2004: 737) kommen zu dem Resultat, dass „derzeit Evidenz für die grundsätzliche Wirksamkeit präventiver Hausbesuche im Alter“ bestehe, Klärungsbedarf jedoch hinsichtlich der Eignung bestimmter Zielgruppen vorhanden sei. Einen guten Überblick über bisherige Erkenntnisse zu den inhaltlichen und formalen Gestaltungserfordernissen „evidenzbasierter“ Hausbesuche liefert eine aktuelle Arbeit von Löfqvist, Eriksson et al. (2012). Meinck (2012) empfiehlt die Wirksamkeit im Rahmen eines deutschen multizentrischen Forschungsprogramms systematisch zu untersuchen. Des Weiteren sollten für die Erprobung präventiver Hausbesuche vorrangig bereits vorhandene Versorgungsstrukturen genutzt werden.

In **Deutschland** werden präventive Hausbesuche derzeit modellhaft umgesetzt und finden zunehmend Verbreitung und Akzeptanz, wobei bisherige Vorhaben hinsichtlich Zielsetzung, Zielgruppen, Leistungsumfang und Inhalte stark variieren, so dass bisher kein allgemein gültiges Konzept des präventiven Hausbesuches existiert. Die Träger sind u.a. Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände oder Kommunen. Dementsprechend unterscheiden sich die Zielgruppen und durchführenden Professionen in den einzelnen Vorhaben, so dass nicht nur von Pflegefachkräften als Beratende ausgegangen werden kann. Berufsbilder der Sozialen Arbeit und Sozialpädagogik, aber auch Physiotherapeuten und Ergotherapeuten können in diesem Kontext bei entsprechender Weiterqualifizierung beratend tätig sein (vgl. Coqui 2012). In dem Projekt „Gesund Älter Werden“ der AOK Niedersachsen führen Präventionsberaterinnen der Krankenkasse (u.a. Sozialpädagogen, Ernährung- und Sozialwissenschaftler) präventive Hausbesuche bei über 65-jährigen Versicherten durch. Die Zielgruppe, die systematische Weiterentwicklung einer zielgruppengerechten Ansprache sowie die Erprobung und Evaluation von zwei Zugangswegen über zwei zentrale Institutionen des Gesundheitssystems

(Krankenkasse, Hausarztpraxis) wurden in der BMBF-geförderten Studie „Ältere gezielt erreichen“ (2008-2011) untersucht (vgl. Patzelt, Deitermann et al. 2013).

Ein weiteres Programm zur Umsetzung von präventiven Hausbesuchen wird im Albertinenhaus in Hamburg angeboten. Bei dem im Rahmen der EU-Studie „Disability Prevention“ durchgeführten Projekt „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ (AGIL) erhielten nach einer telefonischen Anfrage 60-jährige und ältere, nicht pflegebedürftige Teilnehmer zwei im Abstand von sechs Monaten aufeinander aufbauende Beratungsveranstaltungen oder alternativ Beratung im eigenen Zuhause. Darüber hinaus erfolgten Hausbesuche mit einem geriatrischen Assessment (vgl. Meier-Baumgartner, Dapp et al. 2004; vgl. von Renteln-Kruse, Anders et al. 2003). Die Erkenntnisse aus dem Projekt flossen in die Etablierung des ‚Kleeblattkonzepts‘ des Albertinenhauses ein. Hierbei handelt es sich um ein Beratungsprogramm für Senioren, das überwiegend mit Kursen zur Ernährung, Bewegung und sozialer Teilhabe im Rahmen eines Komm-Angebots arbeitet und für bestimmte Zielgruppen präventive Hausbesuche anbietet.

Das gemeinsam von der Bosch Betriebskrankenkasse und dem Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. durchgeführte Projekt „mobil“ (vgl. DIP 2008) war als kontrollierte Studie konzipiert worden. Als Kernelemente wurden die Durchführung eines multidimensionalen Assessments zur strukturierten Einschätzung der Lebenssituation und des Gesundheitszustandes, Folgeberatungen und der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, die Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen sowie die vorbereitende Schulung der Durchführenden definiert.

Das Zentrum für Qualität in der Pflege beschäftigt sich in einem aktuellen Projekt (2012) auf der Grundlage nationaler und internationaler Best-Practice-Ansätze mit der Entwicklung eines praxisnahen Dienstleistungskonzepts für präventive Hausbesuche im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI.

Das Landesgesundheitsamt **Baden-Württemberg** führte im Rahmen der bundesweiten Veranstaltungsreihe „Gesund und aktiv älter werden“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Jahr 2011 eine Impulskonferenz zum Thema „Präventive Hausbesuche im Spannungsfeld zwischen Ehren- und Hauptamt“ durch. Eine umfassende Tagungsdokumentation beinhaltet u.a. die Ergebnisse einer exemplarischen Literaturübersicht zur Definition, Zielsetzung und Zielgruppen, Umsetzbarkeit von präventiven Hausbesuchen, der Qualifikation der durchführenden Fachpersonen, regionalen Vernetzung und Kooperation, Finanzierung und Qualitätssicherung (vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2012). In Baden-Württemberg werden folgende Programme der zugehenden Beratung von unterschiedlichen Institutionen angeboten (siehe Projektbeschreibungen im Anhang):

- Mannheimer Modellprogramme „Miteinander gesund älter werden im Stadtteil“ und „Im Alter zu Hause gesund leben“, Der Paritätische Baden-Württemberg (seit 2003 aufsuchende Beratung von Senioren, 2010 Programmweiterung durch Qualifizierung von „Aktivierungs- und Gesundheitsförderungskräften“ für den Einsatz im häuslichen Bereich, 2011 Projektstart des Modellvorhabens „Im Alter zu Hause gesund leben“)

- „Begleitung im Alltag“, Stadt Reutlingen, Sozialamt (seit 2004)
- Betreutes Wohnen zu Hause, Lenninger Netz e.V. (seit 2005)
- „Aktivierender Hausbesuch“, DRK Landesverband Baden-Württemberg e.V. (seit 2008)
- Seniorenbegleiter, Kooperationsprojekt der Stadt Aalen und des Stadtseniorenrates Aalen (seit 2009)

**Expertenmeinung:** Die Angebote zu präventiven Hausbesuchen sind in Baden-Württemberg nicht flächendeckend vorhanden. Das Deutsche Rote Kreuz ist mit dem Angebot des „Aktivierenden Hausbesuchs“ im Land sehr verbreitet. Schwierigkeiten bei der Umsetzung von präventiven Hausbesuchsprogrammen bestehen insgesamt in der Finanzierung u.a. durch Vorbehalte einzelner Krankenkassen. Aus Expertensicht sollte in der Finanzierung ein neutrales Angebot geschaffen werden, welches nicht auf ein bestimmtes Versichertenklientel fokussiert. Die Organisation und Koordination sollte wohnortnah auf Stadt- bzw. Gemeindeebene erfolgen. Auch die Angliederung an Pflegestützpunkte wäre denkbar, wobei bei einem solchen Angebot nur spezielle Zielgruppen angesprochen werden. Wichtig erscheint aus Expertensicht die Festlegung von Qualitätskriterien wie die Schulung der Beratenden und die Definition von inhaltlichen Basiselementen wie u.a. die Durchführung eines geriatrischen Assessments. Es sollten sowohl hauptamtliche Akteure als auch ergänzend Ehrenamtliche einbezogen werden. Die Vernetzung in der Kommune und die Nutzung bereits vorhandener Netzwerkstrukturen wie die kommunalen Gesundheitskonferenzen sowie die Vermeidung von Parallelstrukturen sind wichtig für die Etablierung von präventiven Hausbesuchen in Baden-Württemberg.

### **Qualifikation und Qualifizierung**

Die Weiterbildung zur Familien-Gesundheitsschwester (Family Health Nurse) bzw. Familiengesundheitspflege stellt *eine* Möglichkeit der Qualifizierung zur Durchführung von präventiven Hausbesuchen dar. Die zweijährige berufsbegleitende Weiterbildung<sup>22</sup> für Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpfleger sowie Kinderkrankenpfleger und Hebammen wird vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - u.a. vom Regionalverband Südwest am Standort Stuttgart - regelmäßig angeboten. Mit dem WHO-Rahmenkonzept „Gesundheit 21“ (1998) wurde die „Family Health Nurse“ als Berufsprofil für Pflegefachkräfte und Hebammen erstmals beschrieben. „Gesundheit 21“ geht u.a. auf die Themen Altern in Gesundheit, auf einen besseren Zugang zu familienorientierten und gemeindenahen primären Gesundheitsversorgungsangeboten sowie die Qualifizierung von Fachkräften für gesundheitliche Aufgaben ein. Es folgte im Jahr 2000 das WHO-Curriculum zur „Family Health Nurse“ und die „Münchner Erklärung“ zum Pflege- und Hebammenwesen sowie eine WHO-Studie (2000-2006) zur „Family Health Nurse“. Die Erprobung der „Family Health Nurse“ wurde in

---

<sup>22</sup> 720 Stunden Theorie, 720 Stunden Selbststudium, 120 Stunden Praktika



Deutschland von der Universität Witten-Herdecke wissenschaftlich begleitet (vgl. Schnepf, Eberl 2005; vgl. Eberl, Schüssler et al. 2008). Zum Handlungs- und Kompetenzprofil der Family Health Nurse gehören (vgl. DBfK 2013):

- Alltagsbezogene Beratung, Unterstützung und Begleitung in Krisen- und Umbruchsituationen mit frühzeitigem Erkennen potentieller und aktueller Gesundheitsprobleme, präventive Hausbesuche
- Prioritäten in Gesundheitsfragen in Absprache mit den Klienten setzen, Entscheidungen unterstützen und gegebenenfalls andere Experten hinzuziehen
- Beratung und Begleitung im Kontext sozialer Gesundheitsfaktoren wie Pflegebedürftigkeit, Gewalt, Armut, etc.
- Beratung und Begleitung der Betroffenen und ihrer Familien im Umgang mit der Erkrankung und zur Alltagsbewältigung
- Beratung und ggf. Erbringen von Pflege- und Versorgungsleistungen im Anschluss an Krankenhausbehandlung
- Hilfestellung für Individuen / Familien bei der Bewältigung von chronischer Krankheit, Behinderung und /oder Stresssituation
- Kenntnisse über die Bürger der Kommune / des Stadtteils
- Anwendung spezifischer Assessmentinstrumente
- Kontinuierliche Verbesserung der Gesundheitsversorgung durch Anwendung innovativer Konzepte der Gesundheitsförderung
- Vernetzung und Nutzung vorhandener Angebote und die Kooperation mit anderen Akteuren und Institutionen im Sinne eines Case Managements

Die Zielgruppen der zugehenden Beratung sind über die Lebensspanne weit gefasst, neben gesundheitlich, sozial und wirtschaftlich benachteiligten Familien in Krisen- und Umbruchsituationen, Schwangeren, Kindern und Jugendlichen gehören u.a. ältere alleinstehende Menschen, Pflegebedürftige und chronisch kranke Menschen dazu. Die institutionelle Anbindung der Family Health Nurse kann über ambulante Pflegedienste, ärztliche Gemeinschaftspraxen, Kranken- und Pflegekassen, MDK, Krankenhäuser, Kommunen (z.B. Gesundheitsamt, Jugendamt), Pflegestützpunkte oder sonstige Beratungseinrichtungen erfolgen.

Eine Rahmenvereinbarung des DBfK mit der Barmer GEK ermöglicht eine Finanzierung dieser Beratungsleistung in komplex belasteten Familien bis zu sieben Monate mit insgesamt 21 Stunden. Gesetzlich verankert ist das Schulungs- und Beratungsangebote in § 45 SGB XI. Wünschenswert aus Sicht des DBfK wären eine kassenübergreifende Finanzierungsmöglichkeit und eine kommunale Verankerung z.B. im Rahmen des Quartiersmanagements.

Im Rahmen der Fachtagung des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (2012) wurden auf der Grundlage einer Literaturrecherche und der Expertendiskussion Qualifikations- und Qualifizierungsanforderungen für das durchführende Fachpersonal zusammengestellt: Das Berufsfeld der Pflege erscheint mit entsprechender Weiterbildung prädestiniert für die

Durchführung von präventiven Hausbesuchen bei älteren Menschen (vgl. Wildner, Manstetten 2002). Dennoch sollte der Fokus nicht nur auf die Gruppe der Gesundheits- und Krankenpfleger und der Altenpfleger gelegt werden und entsprechende Weiterbildungsangebote sollten auch für andere Berufsgruppen bestehen. Berufsgruppen wie bspw. Sozialarbeiter, Ernährungswissenschaftler, Physio- und Ergotherapeuten oder auch Ehrenamtliche können, wie einzelne Modellprojekte bereits zeigten, ebenfalls mit entsprechender Qualifizierung, Hausbesuche durchführen. Die Interdisziplinarität in Teambesprechungen kann den Blick für Problemfelder öffnen. Da die Inhalte präventiver Hausbesuchsprogramme je nach Anbieter variierten, ist eine maßnahmebezogene vorherige Schulung aller Beraterinnen und Berater unabdingbar. Des Weiteren sind sehr gute Kenntnisse über lokale Netzwerkstrukturen und Gesundheitsversorgungsangebote erforderlich. Kompetenzen in Public Health (Umwelt- und Sozialfaktoren der Gesundheit, Gesundheitsberichterstattung, etc.), persönliche Beratung, Anwaltschaft, Kommunikation und Grundkenntnisse in Geriatrie, Gerontologie, Sozialberatung und Psychologie wurden vom Gesundheitsbeirat der Landeshauptstadt München (2002) im Rahmen einer Gesundheitskonferenz zum Thema „Prävention im Alter. Geriatriisch fundierte Hausbesuche für ältere Menschen“ dokumentiert.

### **6.1.2. Empfehlungen**

- Die im Kapitel 6 des Entwurfs des Geriatriekonzepts enthaltenen Zielsetzungen für ein aufsuchendes Beratungsangebot der präventiven Hausbesuche sollten erweitert werden. Neben der Risikoidentifikation mit Hilfe eines geriatrischen Assessments gehören u.a. die Verhältnisprävention im Wohnumfeld, die Förderung sozialer Teilhabe sowie die Unterstützung und Motivierung zu gesundheitsförderlichen und präventiven Verhalten im Alter dazu. Mit präventiven Hausbesuchen sollten vor allem alleinlebende, sozial isoliert lebende Menschen angesprochen werden.
- Empfohlen wird, die zugehende Beratung in Form von präventiven Hausbesuchen beizubehalten und auszubauen.
- Dem im Geriatriekonzept empfohlenen fachlichen Austausch verschiedener Berufsgruppen zu Fragen der präventiven Beratung im häuslichen Umfeld ist zuzustimmen. Dies gilt auch für die Kommunikation und Vernetzung mit bereits bestehenden Versorgungsangeboten, um die Betroffenen und deren Angehörige nicht mit den unterschiedlichsten Beratungsinstanzen zu überfordern. Ziel muss die Kooperation im Sinne eines Case- und Caremanagements sein.
- Die Vorschläge im Geriatriekonzept, die bestehende Praxis zu evaluieren und die Ausweitung von präventiven Hausbesuchen zu prüfen, werden geteilt. Dabei sollte z.B. im Rahmen von Modellvorhaben die kommunale Anbindung und Vernetzung mit bestehenden Strukturen gefördert werden. Dies gilt insbesondere für die Geriatriischen Schwerpunkte und die Gesundheitskonferenzen.

- Neue Modellvorhaben sollten wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden. Bisherige wissenschaftliche Erkenntnisse bei der Konzeption sind zu beachten, um Vergleichsdaten bei der Ergebnisdarstellung einbeziehen zu können.
- Eine entsprechende Qualifizierung des Fachpersonals zur Durchführung der präventiven Hausbesuche ist wichtig, um die Qualität zu sichern. Dabei ist nicht nur auf die Fachweiterbildung zur Family Health Nurse und auf die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte zu fokussieren.

## 7. Ambulanzen

In diesem Abschnitt werden geriatrische Institutsambulanzen, Schwerpunktpraxen und gerontopsychiatrische Ambulanzen separat erörtert, wobei der Schwerpunkt auf den ab 2013 neu einzurichtenden geriatrischen Institutsambulanzen liegt.

### 7.1. Geriatrische Institutsambulanzen

*„In der Regel werden sich die Interventionen der Institutsambulanzen auf die Abklärung von geriatrischen Syndromen und Krankheitskonstellationen beschränken sowie auf die Behandlungsberatung der weiterbehandelnden Ärzte und bspw. die Einleitung einer Rehabilitation.“ (Geriatriekonzept, Entwurf 07/2012, Kapitel 7.3.2.)*

Im Geriatriekonzept wird den Institutsambulanzen somit vorwiegend eine Unterstützungsfunktion zugesprochen. Die Ambulanzen sollen die behandelnden Ärzte bei der Abklärung von geriatrischen Syndromen unterstützen, in Bezug auf den weiteren Behandlungsablauf beraten und bei Bedarf eine Rehabilitation einleiten. Dies entspricht den Ausführungen des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestags (vgl. Deutscher Bundestag 2012: 29).

#### 7.1.1. Versorgungssituation

Bis Ende 2012 umfasste die Regelversorgung keine geriatrischen Institutsambulanzen, jedoch wurden mit der Unterzeichnung des Psych-Entgeltgesetzes am 21.07.2012 der § 118a SGB V „Geriatrische Institutsambulanzen“ eingeführt. Dieses tritt am 01.01.2013 in Kraft (vgl. BGBl I 2012).

Laut § 118a Abs. 1 SGB V können geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen geriatrischen Abteilungen und Krankenhausärzte künftig ermächtigt werden, eine ambulante geriatrische Versorgung zu übernehmen. Die Ermächtigung wird vom Zulassungsausschuss erteilt und erfolgt nur, wenn und solange die ambulante geriatrische Versorgung nicht ausreichend sichergestellt ist (vgl. § 118a Abs. 1 SGB V).

Eine geriatrische Institutsambulanz ist von einem Arzt mit geriatrischer Weiterbildung zu leiten; Krankenhausärzte, die ermächtigt werden, müssen ebenfalls eine geriatrische Weiterbildung vorweisen. Die Zusatzbezeichnung Geriatrie ist hinreichend, Fachärzte müssen die Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ absolviert haben (vgl. Deutscher Bundestag 2012: 30).

Die Vergütung der Leistungen erfolgt aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben unter Einbezug der Deutschen Krankenhausgesellschaft die strukturierte und koordinierte ambulante Versorgung zu vereinbaren. Sie entscheiden über den Inhalt und den Umfang, die

Patientengruppe, die Anforderungen in personeller und sachlicher Hinsicht und mit Blick auf die Qualitätssicherung sowie über die Fälle, in denen eine direkte Inanspruchnahme oder eine Überweisung möglich ist (vgl. §118a Abs. 2 Satz 1 SGB V).

Ziel des § 118a SGB V ist die Sicherstellung einer wohnortnahen, qualitativ hochwertigen geriatrischen Versorgung. Insbesondere multimorbide ältere Menschen mit einem hohen Versorgungsbedarf und einem komplexen Krankheitsverlauf sollen von dieser neuen Struktur profitieren. Geriatrische Institutsambulanzen sollen den Hausarzt bei komplexen Fällen mit geriatrischer Fachkompetenz unterstützen. So können in einer geriatrischen Institutsambulanz geriatrische Fälle möglichst früh erkannt, die Planung der weiteren Behandlung unterstützt und in bestimmten Fällen Behandlungen durchgeführt werden (vgl. Deutscher Bundestag 2012: 29).

Die genaue Ausgestaltung des Gesetzes zur Einrichtung geriatrischer Institutsambulanzen ist derzeit noch umstritten, da Regelungen zur Bedarfsprüfung seitens des Zulassungsausschusses als Voraussetzung für eine Ermächtigung zur Einführung einer geriatrischen Institutsambulanz fehlen. Eine Bedarfsprüfung soll sicherstellen, dass geriatrische Institutsambulanzen nicht in Regionen entstehen, in denen vorhandene ambulante Strukturen die Versorgung gewährleisten könnten (vgl. Deutscher Bundestag – Ausschuss für Gesundheit 2012: 6).

Von Personen, die gegen die Einführung der geriatrischen Institutsambulanzen Stellung nahmen, wie beispielsweise die Mitglieder der Freien Allianz der Länder-KVen (FALK) – dazu gehören die Kassenärztlichen Vereinigungen Bayern, Baden-Württemberg, Hessen und Mecklenburg-Vorpommern – wird kritisiert, dass der Wirkungskreis der Krankenhäuser zum Nachteil der ambulanten Versorgung ausgeweitet wird. Niedergelassene Ärzte, insbesondere Hausärzte, sind der Aussage der Länder-KVen nach, aufgrund geriatrischer Aus- und Weiterbildungen fachkundig genug, um die ambulante geriatrische Versorgung zu übernehmen. Zudem besäßen die niedergelassenen Ärzte das Vertrauen ihrer Patienten und könnten eine wohnortnahe Versorgung sicherstellen (vgl. FALK 2012).

Bei schwierigen Fällen könnten Geriatrische Schwerpunkte und Zentren aus dem stationären Bereich in Anspruch genommen werden (vgl. Haußmann 2012). Es wird kritisiert, dass die Komplexität der Versorgungsstrukturen durch die Einführung von geriatrischen Institutsambulanzen weiter zunimmt: weitere Schnittstellen erschweren die Versorgung nicht nur aufgrund zusätzlich erforderlicher Abstimmungsleistungen, sie führen auch zu höheren Kosten (vgl. FALK 2012). Außerdem bewirke die Vergütung der Leistungen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung, dass weniger Geld für die Vergütung der niedergelassenen Ärzte zur Verfügung stehe; dies mit der Folge, dass auch zur Förderung ärztlichen Nachwuchses im ländlichen Raum weniger Geld zur Verfügung stünde (vgl. Landtag von Baden-Württemberg 2012: 2).

Die Befürworter der geriatrischen Institutsambulanzen, allen voran der Bundesverband Geriatrie, sind der Meinung, dass die geriatrischen Institutsambulanzen eine Verbindung zwischen den ambulanten und stationären Strukturen schaffen und die vorhandenen Angebote ergänzen. So sei für eine optimale Behandlung von multimorbiden geriatrischen Patienten die ambulante Versorgung durch Hausärzte nicht ausreichend, insbesondere unter multipro-

fessionellen Gesichtspunkten und der nicht flächendeckenden Verbreitung von geriatrischer Kompetenz. Häufig erfolgt die Versorgung von geriatrischen Patienten mit einer komplexen Krankheitssituation deshalb stationär. Die geriatrischen Institutsambulanzen würden den niedergelassenen Ärzten Unterstützung bieten und somit in Hinblick auf die demographische Entwicklung zukünftig eine wichtige Versorgungseinheit darstellen (vgl. BV Geriatrie 2012).

Sogenannte „Falls clinics“, die sich an ältere Menschen richten, die gestürzt sind oder ein erhöhtes Sturzrisiko haben, können als internationale Beispiele für geriatrische Institutsambulanzen angeführt werden. In Australien werden beispielsweise in Tageskliniken, die an stationäre Krankenhäuser angebunden sind, die Falls clinics angeboten. Im Rahmen der Falls clinics wird eine Einschätzung vorgenommen und Behandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt (vgl. Hill, Moore et al. 2008).

**Expertenmeinung:** Grundsätzlich wird die Einrichtung geriatrischer Institutsambulanzen begrüßt und als eine Möglichkeit angesehen, die strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu durchbrechen. Eine Arbeitsgruppe zur Klärung der qualitativen Anforderungen und Zuweisungskriterien für geriatrische Institutsambulanzen wird vom Ministerium für Arbeit, Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg einberufen.

Die Aufgaben und Einsatzgebiete einer geriatrischen Institutsambulanz sollten klar definiert sein und sich an der Vorgabe der Schwere des Falles und der „Wartezimmeruntauglichkeit“ orientieren. Die Zweistufigkeit des Zugangs zur geriatrischen Institutsambulanz über die Überweisung durch den Hausarzt wird vorausgesetzt, um Konkurrenzen zu vermeiden. Die Finanzierung der geriatrischen Institutsambulanzen sollte transparent und nachvollziehbar sein. Folgende mögliche Einsatzgebiete für geriatrische Institutsambulanzen sind denkbar:

- Kooperation zwischen sozialen Diensten und Ärzten, um Krankenhaus- und Heimeinweisungen zu verhindern
- Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen, da die Komplexität der Beantragung für Fach- und Hausärzte häufig eine Hürde darstellt
- geriatrische Diagnostik
- Priorisierung der zu behandelnden Krankheiten bei Multimorbidität
- Behandlung u.a. von sturzgefährdeten Patienten
- Spezielle Kenntnisse bzgl. Polypharmazie im Alter.

### 7.1.2. Empfehlungen

- In der Arbeitsgruppe des zuständigen Ministeriums zu geriatrischen Institutsambulanzen sollten alle Interessengruppen vertreten sein.
- Die im bisherigen Entwurf dargestellten Arbeitsbereiche sollten konkret abgegrenzt werden zu den Zuständigkeitsbereichen anderer Ärzte. Der Übergang zu den geriatri-

schen Institutsambulanzen und der Zeitpunkt der Überweisung zurück zu den Haus- und Fachärzten ist zu regeln.

- Zugangsvoraussetzungen und Aufgaben der geriatrischen Institutsambulanzen müssen eindeutig definiert werden, um Parallelstrukturen zu bereits vorhandenen regionalen geriatrischen Versorgungsstrukturen zu vermeiden. Hierzu ist vorab zu klären, inwiefern geriatrische Kompetenz bereits ambulant verfügbar ist und wie viele der ambulant tätigen Ärzte vor Ort eine geriatrische Aus-, Fort- oder Weiterbildung vorweisen können.
- Zu klären ist auch, ob und inwiefern geriatrische Institutsambulanzen nur den geriatrischen Behandlungsbedarf diagnostizieren oder auch Patienten behandeln sollen. Empfohlen wird, dass bei gegebener Bedarfslage auch fallweise geriatrische Behandlungen ausgeführt werden. Die im Entwurf enthaltene Aufgabenbeschreibung ist entsprechend zu überarbeiten.
- Empfohlen wird, die Finanzierung der geriatrischen Institutsambulanzen klar zu regeln und für alle Akteure im Gesundheitssystem transparent und nachvollziehbar zu machen.

## 7.2. (Geronto-)psychiatrische Institutsambulanzen

### *Gerontopsychiatrie:*

*„Eine enge Kooperation von Hausärzten und psychiatrischen und neurologischen Fachärzten (Nervenärzte, Ärzte für Psychiatrie, Ärzte für Neurologie) ermöglicht eine differenziertere Abklärung oder eine Behandlung gerontopsychiatrischer Problemkonstellationen.“ (Geriatriekonzept, Entwurf 07/2012, Kapitel 7.2.2.)*

*„Eine enge Kooperation von Hausärzten und Fachärzten ist besonders auch in dem Bereich der psychischen Erkrankungen und der Demenz erforderlich.“ (Geriatriekonzept, Entwurf 07/2012, Kapitel 7.2.2.)*

### *Psychiatrische Institutsambulanz:*

*„Zur Behandlung von Patienten mit schweren und schwersten Verlaufsformen psychischer Erkrankungen sind an zahlreichen psychiatrischen Krankenhäusern Institutsambulanzen eingerichtet. Sie richten sich auch an gerontopsychiatrische Patienten, bei denen eine kontinuierliche und oft auch persönlichkeitsgebundene Behandlung im Sinne einer Komplexleistung, ggf. einschließlich einer aufsuchenden oder nachgehenden Behandlungsweise, erforderlich ist.“ (Geriatriekonzept, Entwurf 07/2012, Kapitel 7.3.3.)*

*„Die Behandlung sollte in enger Abstimmung mit dem niedergelassenen Versorgungsbereich erfolgen. Psychiatrische Institutsambulanzen dienen nicht der Versorgung von Patienten, die mit einer regelhaften fachärztlichen Abklärung und Behandlung, auch im Hausbesuch, angemessen versorgt sind.“ (Geriatriekonzept, Entwurf 07/2012, Kapitel 7.3.3.)*

In den Ausführungen des Geriatriekonzepts in Bezug auf psychiatrische Institutsambulanzen wird deutlich, dass deren Aufgabenbereich mit Absicht von dem der niedergelassenen Fachärzte abgegrenzt wurde. So sind nur Patienten mit schweren Verlaufsformen von Institutsambulanzen zu behandeln, nicht aber Patienten, die durch niedergelassene Fachärzte angemessen behandelt werden können. Die Behandlung durch eine psychiatrische Institutsambulanz hat in enger Abstimmung mit den niedergelassenen Ärzten zu erfolgen. Dies entspricht weitgehend den gesetzlichen Bestimmungen, nach denen die Art, Schwere und Dauer der Erkrankung des Patienten sowie die Entfernung zu geeigneten Ärzten über die Versorgung durch eine psychiatrische Institutsambulanz entscheidet.



### 7.2.1. Versorgungssituation

Im Rahmen der psychiatrischen Institutsambulanzen ist eine Spezialisierung für die Fachdisziplin der Gerontopsychiatrie möglich. Zur ambulanten Behandlung durch psychiatrische Institutsambulanzen sind laut § 118 SGB V psychiatrische Fachkrankenhäuser sowie Allgemeinkrankenhäuser, die über eine selbständige, unter fachärztlicher Leitung stehende psychiatrische Abteilung verfügen und regional zur Versorgung verpflichtet sind, ermächtigt.

Die Versorgung in psychiatrischen Institutsambulanzen ist nach § 118 Abs. 1 Satz 2 SGB V beschränkt auf Behandlungen, die aufgrund der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung der Patienten sowie der Entfernung zu geeigneten Ärzten, nicht von Vertragsärzten durchgeführt werden können. Für die Behandlung von Patienten in psychiatrischen Institutsambulanzen an Allgemeinkrankenhäusern wird gemäß § 118 Abs. 2 Satz 2 SGB V eine weitere Begrenzung in einer Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgenommen.

Seit dem 01. Juli 2010 gelten folgende Vereinbarungen für Einschluss- sowie Ausschlusskriterien für die Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen: So ist es für die Behandlung von erwachsenen Patienten notwendig, dass die Patienten eine Diagnose aus der im Anhang der Vereinbarung aufgeführten Positiv-Liste aufweisen, bezüglich der Schwere der Erkrankung mindestens vier von zwölf Kriterien und bezüglich der Dauer der Erkrankung mindestens ein von zwei Kriterien erfüllen<sup>23</sup>. Zudem sollen nur die Patienten in psychiatrischen Institutsambulanzen behandelt werden, deren Versorgung nicht von anderen vertragsärztlichen Angeboten übernommen werden kann. Psychiatrische Institutsambulanzen haben unter anderem zum Ziel, Aufnahmen in stationäre Einrichtungen zu vermeiden, Behandlungszeiten zu verringern und die Behandlungsprozesse zu optimieren. Hierzu ist eine Kontinuität in der Versorgung erforderlich. Die Behandlung durch einen Vertragsarzt oder durch einen Vertragspsychotherapeuten bei gleichzeitigem Vorliegen eines funktionierenden sozialen Netzes stellt ein Ausschlusskriterium für die Behandlung in einer psychiatrischen Institutsambulanz dar (vgl. Spitzenverband Bund der Krankenkassen et al. 2010).

Psychiatrische Institutsambulanzen können von Patienten eigeninitiativ aufgesucht werden, Bewohner eines Pflegeheims bedürfen jedoch einer Überweisung durch einen behandelnden Arzt (vgl. ebd.).

**Expertenmeinung:** Psychiatrische Institutsambulanzen werden von den befragten Experten als Institution verstanden, die sowohl Hausärzte als auch Fachärzte der Psychiatrie entlasten, indem sie die Versorgung von Patienten übernehmen, die aufgrund der Schwere oder Komplexität der Erkrankung oder der mangelnden „Wartezimmer-tauglichkeit“ nicht ambulant versorgt werden können. Psychiatrische Institutsambulanzen sind häufig aufsuchend tätig und gewährleisten dadurch u.a. auch eine bessere psychiatrische Versorgung in Pflegehei-

---

<sup>23</sup> Alternativ können auch andere Indikationen vorliegen, wenn diese in der geltenden Klassifikation von Diagnosen (ICD-10-GM) aufgeführt sind und wiederum vier von zwölf Kriterien zur Schwere und ein von zwei Kriterien zur Dauer erfüllt sind.

men. Kritisiert wird an dem Konzept der psychiatrischen Institutsambulanz, dass die Pauschalvergütung von Behandlungen an Patienten im Vergleich zu den Vergütungssätzen der Fachärzte sehr hoch ist; die Vergütungspolitik und die finanziellen Ressourcen werden als intransparent und ungerecht verteilt bewertet.

### 7.2.2. Empfehlungen

- Die Aussagen im Geriatriekonzept zu (geronto-)psychiatrischen Institutsambulanzen können im Grundsatz unterstützt werden.
- Allerdings müssen die Unterschiede in der Vergütung von Leistungen der (geronto-) psychiatrischen Institutsambulanzen und denen der psychiatrischen Fachärzte begründet werden. Dazu bietet sich ggf. ein Vergleich der jeweils unterschiedlichen Leistungen an.

## 7.3. Schwerpunktpraxen

### 7.3.1. Versorgungssituation

Nach dem Glossar Gesundheitspolitik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ist ein Schwerpunkt *„eine weitere Spezialisierung innerhalb eines Gebiets [...] Der Arzt erwirbt die entsprechenden Kenntnisse zusätzlich zur Weiterbildung zum Facharzt. Den Schwerpunkt darf er auf dem Praxisschild ausweisen“* (KBV 2009b).

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (kurz: KVSA) wird die geriatrische Schwerpunktpraxis als *„eine vernetzte, auf die Bedürfnisse geriatrischer Patientinnen und Patienten abgestimmte Versorgungsstruktur durch ein multiprofessionelles Team unter ärztlicher Leitung zum Erhalt der Selbständigkeit in der häuslichen Umgebung sowie die Vermeidung und Verminderung der Pflegebedürftigkeit“* beschrieben (vgl. KVSA 2012). Die geriatrische Schwerpunktpraxis arbeitet eng mit den Hausärzten und einem Geriatrischen Zentrum zusammen und wird als Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Versorgung betrachtet.

Die KVSA unterhält Verträge im Rahmen der integrierten Versorgung, die jeweils eine geriatrische Schwerpunktpraxis in den Mittelpunkt der integrierten Versorgung geriatrischer Patienten stellen. So ist zum Beispiel die geriatrische Schwerpunktpraxis Dr. John/Dipl.-Med. Burkhardt/Dipl.-Med. Breitmeier/Dipl.-Med. Soika im Rahmen des Vertrages *„Ambulante geriatrische Komplexbehandlung durch interdisziplinäre fachübergreifende Versorgung des betroffenen Patientenkontexts in einer geriatrischen Schwerpunktpraxis in der integrierten Versorgung nach § 140 a ff SGB V [...]“* sowohl für die ärztlichen und fachlichen Angelegenheiten, als auch für Organisations- und Verwaltungsaufgaben zuständig (vgl. AOK Sachsen-Anhalt 2013: 1). Als besonderes Behandlungsangebot für geriatrische Patienten wird in der geriatrischen Schwerpunktpraxis in Schönebeck der ambulante geriatrische Rehakomplex vorgehalten, welches eine niedrigschwellige Versorgungsstufe zur ambulanten Rehabilitation darstellt (vgl. John 2011).

Auch im Geriatriekonzept von Sachsen-Anhalt sind geriatrische Schwerpunktpraxen vorgesehen. Geriatriisch qualifizierte Ärzte sollen Hausärzte unterstützen und mit Geriatrischen Zentren kooperieren (vgl. Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt 2009: 24).

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) zieht Schwerpunktpraxen geriatrischen Institutsambulanzen ebenfalls vor, da eine wohnortnahe Versorgung von Institutsambulanzen nicht geleistet werden könne (vgl. KVN 2012).

Auf Bundesebene hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung ein Konzept zur Ausgestaltung geriatrischer Schwerpunktpraxen hinsichtlich der Qualifizierung, Teamstruktur und Vergütung erarbeitet, welches für alle Landesregionen nutzbar ist (vgl. John 2011).

**Expertenmeinung:** Aus den Expertenworkshops und den Interviews geht hervor, dass die geriatrische Schwerpunktpraxen in Baden-Württemberg über die Zeit der Anschubfinanzierung hinaus nicht beibehalten werden konnten, weil die Voraussetzungen für den Erhalt der Praxen und die Verpflichtungen, die geriatrische Schwerpunktpraxen eingehen mussten, für diese nicht tragbar waren. Auch sei in den geriatrischen Schwerpunktpraxen die Auslastung durch Patienten zu gering gewesen. Vereinzelt wurde geäußert, dass das Konzept der Schwerpunktpraxis weiterhin in Betracht gezogen werden sollte, ggf. auch im Zusammenhang mit der Heimbetreuung. Zusammenfassend konnte bei den Expertenworkshops jedoch beobachtet werden, dass das Thema Schwerpunktpraxis nicht auf der aktuellen Agenda in Baden-Württemberg steht und tendenziell als ein gescheitertes Modellprojekt betrachtet wird.

### **7.3.2. Empfehlungen**

Vor dem Hintergrund der Diskussionen in Baden-Württemberg und dem derzeitigen Stand des Geriatriekonzepts ist nicht geplant, die Idee der geriatrischen Schwerpunktpraxis weiter zu verfolgen. Die Argumente sind nachvollziehbar. Auf Empfehlungen wird daher verzichtet.

## 8. Ambulante und mobile geriatrische Rehabilitation

Der Entwurf des Geriatriekonzepts befasst sich im Kapitel 9 mit der geriatrischen Rehabilitation. Nach den Ausführungen zu den Zugangsvoraussetzungen für eine geriatrische Rehabilitation und Abgrenzungskriterien gegenüber der indikationsspezifischen Rehabilitation, wird kurz auf die Sicherung einer zukunfts- und leistungsfähigen geriatrischen Rehabilitation eingegangen. Die letztgenannten Ausführungen betreffen sowohl die stationäre als auch die ambulante/mobile Rehabilitation. Erst daran anschließend wird in drei Unterkapiteln jeweils auf die Besonderheiten der stationären, ambulanten und mobilen geriatrischen Rehabilitation eingegangen. Im Kapitel 9.2. heißt es zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation:

*„Dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ entsprechend, haben ambulante Versorgungsstrukturen auch in der Rehabilitation eine besondere Bedeutung. In Baden-Württemberg gibt es an einigen Standorten Angebote der ambulanten Geriatrischen Rehabilitation nach § 40 Abs. 1 SGB V. Weitere Angebote auch außerhalb städtischer Zentren sollen eingerichtet werden.“ (Entwurf 09/2011, Kapitel 9.2)*

*„Nach § 40 SGB V können ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht, sowie in wohnortnahen Einrichtungen erbracht werden. Die geriatrischen stationären Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg verfügen sowohl über die fachlichen Voraussetzungen als auch in ihrem Einzugsgebiet über die für ambulante Rehabilitationsleistungen erforderliche Wohnortnähe.“ (Entwurf 09/2011, Kapitel 9.2)*

*„Grundsätzlich ist anzustreben, möglichst viel an geriatrischer Rehabilitation ambulant zu leisten.“ (Geriatriekonzept, Entwurf 09/2011, Kapitel 9.2)*

In diesen Ausführungen wird der politische Grundsatz „ambulant vor stationär“, die Schaffung von wohnortnahen ambulanten Rehabilitationsangeboten u.a. als Ergänzung des stationären Rehabilitationsangebotes sowie die Einrichtung von ambulanten Rehabilitationsangeboten außerhalb der Ballungszentren hervorgehoben.

Morfeld, Strahl et al. (2011: 420) unterstreichen in ihrem Übersichtsartikel den „Ausbau und die Etablierung einer sowohl eigenständigen als auch ergänzenden ambulant-medizinischen Rehabilitationsstruktur in Deutschland“ als Zukunftsaufgabe für die kommenden Jahre. Ambulante Rehabilitationsformen sind mit einer stärkeren Bedarfsorientierung und Flexibilisierung von Rehabilitationsleistungen verbunden und so werden als Zielgruppe u.a. auch Versicherte gesehen, die bisher mit den stationären Rehabilitationsmaßnahmen nicht erreicht werden konnten. Zur Verteilung von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen in städtischen und ländlichen Regionen wurde häufig davon ausgegangen, dass ambulante Einrichtungen sich vorwiegend in Ballungszentren etablieren würden, da unter wirtschaftlichen Aspekten die Rehabilitanden in der Nähe zur Einrichtung wohnen müssten. Eine Untersuchung von

Klingelhöfer und Timm (2005) zeigte, dass den höchsten Anteil an ambulanter orthopädischer Rehabilitation Stadtstaaten wie Hamburg und Berlin aufwiesen, bevölkerungsreiche Bundesländer wie Nordrhein-Westfalen oder Bayern im Mittelfeld rangierten und die neuen Bundesländer die geringsten Anteile auswiesen (vgl. Morfeld, Strahl et al. 2011). In Deutschland ist ein Aufwärtstrend in der Etablierung ambulanter Rehabilitationsformen zu verzeichnen, wobei die ambulante Rehabilitation gegenüber der stationären Rehabilitation immer noch einen sehr geringen Anteil im Leistungsgeschehen ausmacht.

*„Die ambulante Rehabilitation erfolgt multiprofessionell, d.h. im Zusammenwirken des geriatrischen Teams unter der Leitung eines geriatrisch weitergebildeten Arztes.“  
(Geriatriekonzept, Entwurf 09/2011, Kapitel 9.2)*

Die interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit im Rehabilitationsteam zeichnet generell die medizinische Rehabilitation aus, dies gilt sowohl für stationäre, teilstationäre und ambulante (mobile) Versorgungsformen wie auch für die indikationsspezifische und geriatrische Rehabilitation. Die Besonderheit bei der geriatrischen Rehabilitation ist die Leitung des Rehabilitationsteams durch einen geriatrisch weitergebildeten Arzt. In der ambulanten und mobilen Rehabilitation ist zu beachten, inwieweit diese auf geriatrische Patienten spezialisiert ist.

*„Ambulante Geriatrische Rehabilitation ist indiziert, wenn neben den medizinischen Voraussetzungen folgende individuellen Voraussetzungen gegeben sind:*

- *Der Rehabilitand besitzt die erforderliche Mobilität und ist physisch und psychisch ausreichend belastbar.*
- *Die Rehabilitationseinrichtung ist in zumutbarer Fahrtzeit erreichbar.*

*Die häusliche sowie sonstige medizinische Versorgung des Rehabilitanden ist sichergestellt. Eine ständige ärztliche Überwachung und pflegerische Versorgung ist nicht erforderlich.“ (Geriatriekonzept, Entwurf 09/2011, Kapitel 9.2)*

In diesem Absatz des Geriatriekonzepts sind die wesentlichen Zugangsvoraussetzungen für die Inanspruchnahme einer ambulanten geriatrischen Rehabilitation benannt. Einige Voraussetzungen sowie die Ausschlusskriterien nach den Rahmenempfehlungen, der Arbeitshilfe sowie der Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation fehlen. In den Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation (vgl. Spitzenverbände der Krankenkassen 2004) und der Arbeitshilfe zur geriatrischen Rehabilitation (vgl. BAR 2008) sind die Voraussetzungen und Ausschlusskriterien für eine ambulante geriatrische Rehabilitation definiert:

Zu den individuellen *Voraussetzungen* einer ambulanten geriatrischen Rehabilitation gehören neben den medizinischen, dass

- der ältere Mensch die erforderliche Mobilität besitzt, um die Rehabilitationseinrichtung in einer zumutbaren Fahrzeit zu erreichen,
- die häusliche und sonstige medizinische Versorgung gesichert ist und
- ein Abstand zum sozialen Umfeld nicht notwendig ist.

*Ausschlusskriterien* für eine ambulante geriatrische Rehabilitation bestehen, wenn:

- ausschließlich kurative oder pflegerische Maßnahmen angezeigt sind (z.B. Behandlung durch den Hausarzt / Facharzt, Verordnung von Heilmitteln (Physio-, Ergotherapie oder Logopädie) und Hilfsmitteln, aktivierende Pflege oder die häusliche Einzelfallberatung / Pflegekurse sind ausreichend sind)
- eine Krankenhausbehandlung erforderlich ist,
- eine stationäre geriatrische Rehabilitation notwendig ist, da eine pflegerische Betreuung und ständige ärztliche Überwachung angezeigt sind und/oder die Notwendigkeit einer zeitlichen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld besteht, oder
- eine indikationsspezifische Rehabilitation indiziert ist.

In der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation (vgl. MDS 2012: 35) werden die Zuweisungskriterien für die ambulante Rehabilitation aufgeführt, welche im Wesentlichen sich in den oben genannten Rahmenempfehlungen und der Arbeitshilfe wiederfinden:

- Das Rehabilitationsziel ist durch eine ambulante Rehabilitation erreichbar.
- Eine ständige ärztliche Überwachung und pflegerische Versorgung des/durch Versicherten sind nicht erforderlich. Die hausärztliche Versorgung ist außerhalb der Rehabilitationszeiten sichergestellt.
- Der Versicherte verfügt über die zur Inanspruchnahme der ambulanten Rehabilitation erforderliche Mobilität und über ausreichende Aktivitäten zur Selbstversorgung.
- Er ist für die ambulante Leistungserbringung physisch und psychisch ausreichend belastbar.
- Die Rehabilitationseinrichtung kann in einer zumutbaren Fahrtzeit erreicht werden.
- Eine Herausnahme aus dem sozialen Umfeld ist nicht notwendig.
- Die hauswirtschaftliche Versorgung ist sichergestellt.

*„Voraussetzung für die Einlösung der gesundheitspolitischen Postulate „ambulant vor stationär“ und „Reha vor Pflege“ ist ein abgestuftes und in seinen Elementen aufeinander abgestimmtes Versorgungssystem.“*

*(Geriatriekonzept, Entwurf 09/2011, Kapitel 9.2)*

Geriatrische Rehabilitation ist für Pflegebedürftige und für von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen von Bedeutung. Der gesundheitspolitischer Leitsatz „Rehabilitation vor Pflege“ bedeutet Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, aber auch Pflegebedürftigkeit zu vermindern. Im § 31 SGB XI heißt es: „Die Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

und ergänzende Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern. Mit Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes am 30.10.2012 wurden neue Anreize zur Inanspruchnahme und Durchführung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen geschaffen, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern. Im Rahmen der Pflegebegutachtung soll deshalb auch noch konsequenter ein Rehabilitationsbedarf geprüft und entsprechende Antragstellungen eingeleitet werden. So sind die Pflegekassen verpflichtet, neben dem Leistungsbescheid auch eine gesonderte Stellungnahme bzgl. einer möglichen Rehabilitationsempfehlung den Patienten bzw. den Angehörigen zu übermitteln. Des Weiteren wurden für stationäre Pflegeeinrichtungen finanzielle Anreize geschaffen, wenn Pflegebedürftige durch aktivierende Pflege oder rehabilitative Maßnahmen für mindestens sechs Monate in eine geringere Pflegestufe zurückgestuft werden. Die Pflegeeinrichtungen erhalten einen Anerkennungsbetrag in Höhe von 1536 EUR von den Pflegekassen (Differenz zwischen den Leistungsbeträgen der Stufe I und der Stufe II für die Dauer von sechs Monaten). Falls Pflegebedürftigen innerhalb von sechs Monaten nach Reha-Antragstellung notwendige Rehabilitationsleistungen nicht erhalten haben, müssen die Krankenkassen den Pflegekassen einen finanziellen Ausgleich in Höhe von 3072 EUR leisten (vgl. Deutscher Bundestag 2013).

Des Weiteren soll durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz der Zugang zur medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige erleichtert werden. Diese haben die Möglichkeit, den zu Pflegenden in der Rehabilitationseinrichtung im Rahmen Kurzzeitpflege vor Ort pflegen und betreuen zu lassen.

Ein abgestuftes und in seinen Elementen aufeinander abgestimmtes Versorgungssystem postuliert auch die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK). Staatliche und kommunale Stellen sollen demnach gewährleisten, dass gleichberechtigte und gleichwertige Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen möglich ist. Gefordert werden geeignete Rehabilitationsangebote, die auf alle Versorgungsebenen und Versorgungsformen abgestimmt sind, um Behinderung im Alter im Sinne der BRK zu vermeiden, zu reduzieren, zu beseitigen oder deren Fortschreiten zu verlangsamen (vgl. DVfR 2012). Zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention wurde in Baden-Württemberg auf Landesebene auf Initiative des Landes-Behindertenbeirates eine Arbeitsgruppe eingerichtet. Dieser Arbeitsgruppe<sup>24</sup> gehören Wohlfahrtsverbände, Betroffenenverbände, Kommunen sowie beratend das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg an. Für einen Landesaktionsplan wurden im April 2012 acht Handlungsfelder definiert: (1) Bildung, (2) Erziehung, (3) Gesundheit, (4) Arbeit, (5) Wohnen, (6) Barrierefrei-

---

<sup>24</sup> Mitglieder der Arbeitsgruppe sind die Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Baden-Württemberg e.V., der Badische Blinden- und Sehbehindertenverein V. m. K., die Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V., der Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS), die Landesarbeitsgemeinschaft der Angehörigenvertretungen in Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung in Baden-Württemberg e.V. (LAG AVMB Baden-Württemberg), der Landesverband für Gehörlosen Baden-Württemberg e.V. sowie als beratendes Mitglied das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg.

heit, (7) Kultur/Freizeit/Sport, (8) Persönlichkeitsrechte. Obwohl die Schwerpunkte des Aktionsplanes in der Inklusion im Erwerbsleben, in der Sicherstellung der Barrierefreiheit und in der Bildung liegen, bieten insbesondere die Handlungsfelder Gesundheit, Wohnen und Barrierefreiheit Anknüpfungspunkte zur gesundheitlichen Versorgung im Alter (siehe Anhang). Ältere Menschen sind im Besonderen aufgrund von chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit von Behinderungen betroffen bzw. bedroht.

Des Weiteren ist mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22.12.2011 eine Konkretisierung des Entlassmanagements erfolgt, welches zur Überwindung von Schnittstellen- und Abstimmungsproblemen beitragen soll. Das Entlassmanagement als Teil der Krankenhausbehandlung soll die Kontinuität in der Gesundheitsversorgung gewährleisten, z.B. in Rahmen von AHB-Verfahren, und die Kommunikation zwischen der stationäre und ambulanten Versorgungseinrichtungen sowie der Pflege verbessern. Des Weiteren besteht für die Leistungserbringer die Verpflichtung zum Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGBV, um Versorgungslücken zu vermeiden und reibungslose Übergänge zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen zu ermöglichen (vgl. Deutscher Bundestag 2013).

*„Grundsätzlich ist anzustreben, möglichst viel an geriatrischer Rehabilitation ambulant zu leisten. Dies erhält dem Patienten die Einbettung in seine vertraute Lebenswelt und kann zu einer sinnvollen Verknüpfung von medizinischen Rehabilitationsanstrengungen und lebenspraktischen Anforderungen genutzt werden.“ (Entwurf 09/2011, Kapitel 9.2)*

*„Bei dem Bemühen, ein möglichst hohes Maß an Alltagskompetenz, an Selbstständigkeit und an psychischem Wohlbefinden zu erreichen, ist auch das Umfeld der Patienten zu motivieren und in den Rehabilitationsprozess einzubeziehen. Der Alltag der Patienten ist hierbei ein entscheidender Bezugsrahmen. Der Verbleib in der gewohnten Umgebung kann zum Erhalt der Selbstständigkeit beitragen und die Selbstorganisation der Lebensaktivitäten fördern.“ (Geriatriekonzept, Entwurf 09/2011, Kapitel 9.2)*

In diesen Absätzen des Geriatriekonzepts wird auf die Umweltfaktoren als Kontextfaktoren im bio-psycho-sozialen Modell der ICF sowie die Besonderheiten und Zielsetzungen der ambulanten Rehabilitation eingegangen. Die frühzeitige Einbeziehung der Angehörigen in den Rehabilitationsprozess gelingt während einer ambulanten und mobilen Rehabilitation besser als während einer stationären Rehabilitation, da die Alltagsnähe und das Rehabilitationssetting (mobile Rehabilitation) dies bedingen und ermöglichen. Ziel jeder Rehabilitation sollte die Reintegration in den Alltag und der mögliche Verbleib in der gewohnten Umgebung sein. Teilweise sind hierfür Wohnanpassungsmaßnahmen notwendig, die ein Leben



mit einer verbleibenden Behinderung erleichtern. Diese Anpassungsmaßnahmen und Hilfsmittel können während der ambulanten oder mobilen Rehabilitation direkt im Alltag auch unter Einbeziehung der Angehörigen erprobt werden. Dies fördert zusätzlich die Akzeptanz und nachhaltige Umsetzung bzw. Anwendung. Morfeld, Strahl et al. (2011: 426) sehen als Vorzüge ambulanter Rehabilitationsformen u.a. die „Stärkung der Aktivierung des Selbstheilpotenzials des Rehabilitanden durch das Einbeziehen der Lebenswirklichkeit, [...] (eine) verbesserte Kooperation in der Nachsorge sowie die Nutzung vorhandener sozialer Netzwerkstrukturen“. Des Weiteren werden die Teilnahme von Angehörigen an Schulungsprogrammen oder die Einbeziehung der behandelnden Ärzte in der Rehabilitationskette als Vorteile genannt (ebd.).

*„Die mobile geriatrische Rehabilitation ist ein weiterer Baustein des ambulanten Versorgungsnetzes älterer Menschen. Zielgruppe sind Menschen, die mit den bestehenden ambulanten und stationären Angeboten nicht angemessen zu versorgen sind. Das sind insbesondere Menschen, die auf die umfassende Anwesenheit eines Angehörigen oder einer Bezugsperson und deren Unterstützung angewiesen sind und/ oder im gewohnten oder bereits krankheits- oder behinderungsspezifisch adaptierten Wohnumfeld verbleiben müssen.“ (Entwurf 09/2011, Kapitel 9.3)*

*„Die Besonderheit der mobilen geriatrischen Rehabilitation liegt in der Nutzung der Ressourcen des Wohnumfeldes einschließlich des Einbezugs der Bezugspersonen insbesondere durch Anleitung und Beratung. Ein Ausbau der Versorgung mit Angeboten der mobilen geriatrischen Rehabilitation durch ambulante und stationäre geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen wird angestrebt.“  
(Geriatriekonzept, Entwurf 09/2011, Kapitel 9.3)*

Die mobile Rehabilitation wird als Sonderform der ambulanten Rehabilitation betrachtet, da sie nicht in der Rehabilitationseinrichtung, sondern im konkreten Wohnumfeld des Rehabilitanden durchgeführt wird. So ist sie auch als ein weiterer Baustein des ambulanten Versorgungsnetzes älterer Menschen zu sehen. Nicht für jeden Rehabilitanden ist dies die geeignete Rehabilitationsform und es wurden spezifische Zielgruppen definiert. Die mobile Rehabilitation kommt für Patienten in Betracht, die mit den bestehenden ambulanten und stationären Rehabilitationsangeboten nicht angemessen versorgt werden können (vgl. Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkasse 2007). Als Zuweisungskriterien gelten neben den medizinischen Voraussetzungen, dass die medizinische Versorgung zu Hause einschließlich notwendiger Grund- und Behandlungspflege sichergestellt ist, die Unterstützung in Notfälle durch Angehörige, Nachbarn, Notrufanlage etc. vorhanden ist und dass die Bezugspersonen bereit sind, bei der Therapie aktiv mitzuwirken. Als Ausschlusskriterien gelten „Verwahrlosung“, therapiebeeinträchtigende Abhängigkeitserkrankungen, nicht beeinflussbare Fremd- und Selbstgefährdung sowie fehlende oder nicht erreichbare Motivation und Kooperation

des Patienten oder seiner Bezugspersonen (vgl. ebd.; vgl. Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland 2008).

Zur Bedarfsermittlung an mobiler Rehabilitation müssen bestimmte Kontextfaktoren berücksichtigt werden. Das heißt konkret (vgl. Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland 2008: 12):

- „es besteht eine so erhebliche Mobilitätsbeeinträchtigung, dass Therapeut/innen und Ärztinnen und Ärzte nicht ambulant aufgesucht werden können,
- eine Sinnesbehinderung erfordert vertrautes und ggf. angepasstes Umfeld,
- kognitive oder neuropsychologische Beeinträchtigungen machen ein Lernen in fremder Umgebung, in fremden Alltagsvollzügen oder einen Transfer des Gelernten in die neue Umgebung unmöglich,
- wegen Kommunikationsstörungen ist die Rehabilitandin/der Rehabilitand auf vertraute Bezugspersonen bzw. spezielle Kommunikationsassistenten angewiesen
- aufgrund biographischer Erfahrungen (z. B. Migrationshintergrund) oder psychischer Erkrankungen (z. B. Zwangs- und Angsterkrankungen) ist die Rehabilitandin bzw. der Rehabilitand auf vertraute Bezugspersonen und ihre Unterstützung während der Rehabilitation angewiesen,
- trotz seiner eigenen Erkrankung trägt er wesentlich Verantwortung für andere Familienmitglieder und ist für die Organisation des Alltagslebens in erheblichem Umfang verantwortlich, so dass die Rehabilitation im familiären Umfeld stattfinden muss,
- aufgrund von Verhaltensstörungen in Kombination mit geistiger Behinderung kann sie/er an Reha-Maßnahmen in fremder Umgebung nicht teilnehmen,
- als Träger multiresistenter Keime (MRSA) stellt die Rehabilitandin/der Rehabilitand eine erhebliche Ansteckungsgefahr für andere Patienten dar und müsste deshalb isoliert werden. Dadurch wird seine Rehabilitation wesentlich beeinträchtigt, so dass sie in häuslicher Umgebung stattfinden muss.
- vorher vorhandene Behinderungen machen es notwendig, die Rehabilitation in speziell angepasster häuslicher Umgebung durchzuführen.“

Von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Mobile Rehabilitation (BAG MoRe) und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung wurde eine Bedarfseinschätzung vorgenommen, wobei von einem Bedarf von 25.000 bis 60.000 neuen Fällen im Jahr (ohne Heimbewohner) ausgegangen wird. Dies entspricht in etwa 31 bis 75 Fälle pro 100.000 Einwohner. Diese grob geschätzten Daten zeigen für Einrichtungen und Dienste, die eine Gründung einer mobilen Reha erwägen, die Notwendigkeit auf, den regionalen Bedarf und die jeweiligen örtlichen Versorgungsstrukturen genau zu eruieren (vgl. Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland 2008).

### **8.1. Versorgungssituation**

Mit der „demographischen Alterung“ der Bevölkerung ist ein Anstieg an chronischen Erkrankungen sowie Multimorbidität und den damit zusammenhängenden Krankheitsfolgen verbunden, welche im höheren Lebensalter häufig zu Einschränkungen der funktionalen Fä-

higkeiten, Beeinträchtigungen der sozialen Teilhabe und Hilfs- und Pflegebedürftigkeit führen. Die Rehabilitation im Alter strebt mit dem Ziel „Reha vor Pflege“ einen Zugewinn an krankheits- und behinderungsfreier Lebenszeit an sowie die Entwicklung von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit positiv zu beeinflussen (vgl. von Renteln-Kruse, Anders et al. 2011). Vor dem Hintergrund einer alternden Bevölkerung sollten die geriatrische Rehabilitation und die indikationsspezifische Rehabilitation im Alter zunehmend an Bedeutung in der Gestaltung des Gesundheitsversorgungsgeschehens gewinnen.

Jedoch äußert sich ein Mehrbedarf an medizinischer Rehabilitation bisher nicht in den Ausgaben für diesen Versorgungszweig. Insgesamt entfällt für die gesetzliche Krankenversicherung aktuell etwa 1% der Ausgaben auf Rehabilitationsleistungen. Die Ausgabenentwicklung ist seit 2008 kontinuierlich rückläufig. Betrug die Ausgaben für Vorsorge und Rehabilitation im Jahr 2008 noch 2,48 Mrd. EUR so waren es 2011 nur noch 2,36 Mrd. EUR (vgl. Hibbeler 2012). Von Renteln-Kruse, Anders et al. (2011) verweisen auf Daten aus dem Jahr 2006, in dem die GKV-Leistungsausgaben insgesamt 147,6 Mrd. EUR umfassten. 2,42 Mrd. EUR, das heißt 1,7%, entfielen auf Leistungsausgaben für Vorsorge und Rehabilitation, wobei die ambulante Rehabilitation davon lediglich 3,5% ausmachte. Eine Differenzierung nach indikationsspezifischer und geriatrischer Rehabilitation kann derzeit nicht vorgenommen werden. Im Gegensatz zur Statistik der Rentenversicherung umfasst die Statistik der Krankenversicherung keine alters- und indikationsspezifischen Informationen, sondern beinhaltet lediglich geschlechtsspezifische Angaben (vgl. Hibbeler 2010).

Einen Überblick über bestehende rehabilitative Versorgungsstrukturen auf Bundesebene, aber auch auf Länderebene zu erhalten, ist schwierig. Das Statistische Bundesamt erfasst gemeinsam in einer Statistik stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Ambulante Einrichtungen als auch fachliche Spezialisierungen sind nicht aufgeführt (vgl. ebd.). Eine weitere Recherchemöglichkeit besteht über das onlinebasierte Handbuch Reha- und Vorsorgeeinrichtungen (siehe hierzu Medizinische Medien Informations GmbH 2013). Über diese Datenbank kann nach Bundesland, Region, Stadt, Indikation und Namen der Einrichtung auch der Einrichtungstyp (stationär / ambulant) recherchiert werden. Diese Informationsquelle ist auch für Patienten für die Wahrnehmung ihres Wunsch- und Wahlrechtes (§9 SGB IX) von Bedeutung. In der Datenbank sind für Baden-Württemberg insgesamt 228 Rehabilitationseinrichtungen registriert, davon 36 indikationsspezifische ambulante Einrichtungen und 24 stationäre geriatrische Einrichtungen (Stand: Februar 2013). Dem Landes-Qualitätsbericht Gesundheit ist die Angabe von ca. 60 indikationsspezifischen ambulanten Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg zu entnehmen, wobei noch keine flächendeckende Versorgung zum Zeitpunkt der Berichtsstellung gewährleistet war (vgl. Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg 2008). Es zeigt sich, dass aus verschiedenen Bezugsquellen unterschiedliche Angaben zu entnehmen sind. Auch in Bezug auf den Fokus geriatrischer Versorgungsstrukturen wurde die Aussagekraft der amtlicher Statistik und anderer Erhebungen von Meinck, Lübke et al. (2006) kritisch betrachtet. So geht auch das Weißbuch Geriatrie (vgl. BV Geriatrie 2010) aktuell nur auf die stationäre geriatrische Versorgung ein. Angaben zur teilstationären und ambulanten geriatrischen Rehabilitation fehlen. Nach Angabe der Geriatrischen Schwerpunkte und Zentren existieren in Baden-

Württemberg derzeit 10 ambulante geriatrische Rehabilitationseinrichtungen und eine mobile Rehabilitation.

Ein weiteres Problem stellt die Statistik der Antragstellungen und Genehmigungen von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen der GKV dar. Während die DRV seit Jahren eine detaillierte Statistik vorlegt, wurde eine allgemein gefasste Statistik von der GKV erst seit zwei Jahren veröffentlicht, obwohl seit 2007 die gesetzliche Verpflichtung hierzu besteht. Von 2009 bis 2010 sank die Anzahl der Reha-Anträge um 4%, die Anzahl der Bewilligungen sank bundesweit um 2% (vgl. Hibbeler 2012).

**Tabelle 8: Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2010, Anträge und Genehmigungen**

	Anträge	Genehmigungen*
<b>Vorsorge ambulant</b>	167 761	114 250 (68%)
<b>Vorsorge stationär</b>	46 027	26 449 (57%)
<b>Reha ambulant</b>	92 763	80 629 (86%)
davon Anschlussrehabilitation	63 644	58 931 (93%)
<b>Reha stationär</b>	926 810	712 921 (77%)
davon Anschlussrehabilitation	643 583	573 033 (89%)
<b>Leistungen für Mütter und Väter</b>		
Vorsorge	141 356	92 525 (65%)
Reha	14 706	9 579 (65%)
<b>Insgesamt</b>	<b>1 389 423</b>	<b>1 036 353 (75%)</b>

\*ohne Widerspruchs- und Klageverfahren; Quelle: Statistik KG 5

Quelle: Hibbeler 2012

Insgesamt ist die Genehmigungsquote im Jahr 2010 jedoch gestiegen auf 75%. Vergleichsweise häufig werden ambulante Rehabilitationsmaßnahmen (86%) und Anschlussrehabilitationen (89% bis 93%) bewilligt (siehe Tabelle 8). Im Jahr 2010 wurden in Deutschland über die Gesetzliche Krankenversicherung als Kostenträger 1.019.573 Anträge für eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme (ohne Mutter/Vater-Kind-Maßnahmen) gestellt, wovon 10% der Anträge sich auf eine ambulante Rehabilitation bezogen. Es wurden insgesamt 793.550 Rehabilitationsmaßnahmen (78%) bewilligt. Angaben zur Antrags- und Genehmigungspraxis der ambulanten/mobilen und stationären geriatrischen Rehabilitation existieren bisher nicht.

### **Zugang zur Rehabilitation**

Nach der Rehabilitations-Richtlinie vom 01.04.2004 dürfen niedergelassene Ärzte nur dann eine medizinische Rehabilitation zulasten der Krankenkasse verordnen, wenn sie über eine der folgenden Qualifikationen verfügen:

- abgeschlossene Facharztausbildung in „Physikalischer und Rehabilitativer Medizin“
- Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ oder „Rehabilitationswesen“
- *fakultative Weiterbildung „Klinische Geriatrie“*

- einjährige Tätigkeit in einer ambulanten oder stationären Rehabilitationseinrichtung
- 20 Rehabilitationsgutachten (Reha-Anträge) im vergangenen Jahr – auch für andere Kostenträger
- Nachweis einer anerkannten Fortbildung von insgesamt 16 Stunden.

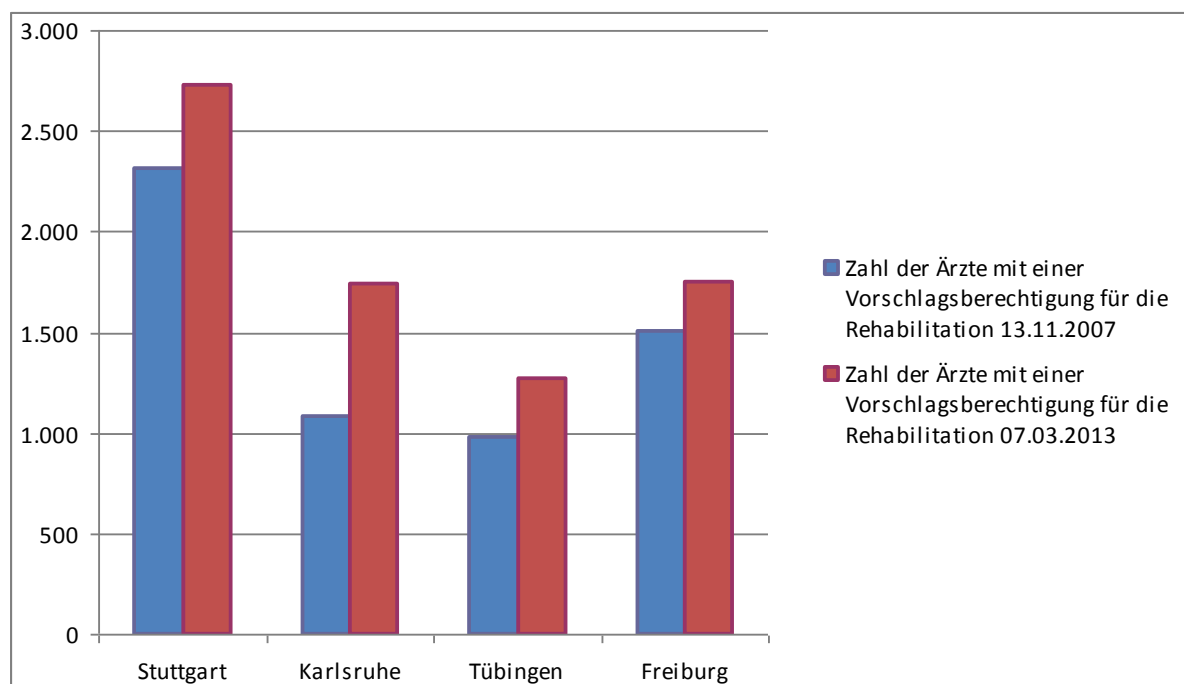
Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Reha-Richtlinie erfüllten nur wenige Vertragsärzte die neuen Voraussetzungen und es wurde eine Übergangsfrist bis zum 31.03.2007 eingeräumt, bis zu welcher auch noch nicht qualifizierte Ärzte Rehabilitationsleistungen verordnen durften. Ende 2007 besaßen in Baden-Württemberg insgesamt 5.882 Vertragsärzte eine entsprechende Qualifikation zur Verordnung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme auf der Grundlage des Formulars 60/61 der GKV. Anfang 2013 waren es bereits 7.488 qualifizierte Vertragsärzte, was insgesamt einer Zunahme um 27,3% entspricht. Tabelle 9 und Abbildung 6 zeigen die Aufteilung über die vier Regierungsbezirke Stuttgart, Karlsruhe, Tübingen und Freiburg sowie die Einwohner pro qualifizierten Arzt.

Eine Anfrage bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ergab für das Jahr 2008, dass in keinem Bundesland außer in Bayern so viele Vertragsärzte über diese Qualifikation verfügten. Somit sind gute Voraussetzungen gegeben, um den Reha-Zugang aus der ambulanten Versorgung für ältere multimorbide Patienten zu gewährleisten. Letztendlich kommt es aber auch hier auf die frühzeitige Rehabedarfserkennung bei geriatrischen Patienten an.

**Tabelle 9: Anzahl der qualifizierten Vertragsärzte in Baden-Württemberg zur Verordnung einer medizinischen Rehabilitation der Gesetzlichen Krankenversicherung, Vergleich 2007 und 2013**

Regierungsbezirke in Baden-Württemberg	Zahl der Ärzte mit einer Vorschlagsberechtigung für die Rehabilitation 13.11.2007	Zahl der Ärzte mit einer Vorschlagsberechtigung für die Rehabilitation 07.03.2013	Einwohner pro Arzt mit Vorschlagsberechtigung für die Rehabilitation 13.11.2007	Einwohner pro Arzt mit Vorschlagsberechtigung für die Rehabilitation 07.03.2013
Stuttgart	2.318	2.726	1.728	1.481
Karlsruhe	1.084	1.741	2.522	1.588
Tübingen	975	1.272	1.852	1.429
Freiburg	1.505	1.749	1.457	1.267
<b>Gesamt</b>	<b>5.882</b>	<b>7.488</b>	<b>1.826</b>	<b>1.447</b>

Quellen: Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg 2008; eigene schriftliche Anfrage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg 2013



**Abbildung 6: Anzahl der qualifizierten Vertragsärzte in Baden-Württemberg (nach Regierungsbezirk) zur Verordnung einer medizinischen Rehabilitation der Gesetzlichen Krankenversicherung, Vergleich 2007 und 2013**

Quelle: in Anlehnung an Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg 2008; eigene schriftliche Anfrage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg 2013

### **Modellprojekte**

In den 1990er Jahren wurden einige Modellprojekte zur ambulanten Rehabilitation durchgeführt, sowohl auf Initiative der Rentenversicherung als auch der Krankenversicherung. Studien wurden vor allem in den Indikationsbereichen Orthopädie und Kardiologie durchgeführt, aber auch im Bereich der geriatrischen Rehabilitation (vgl. u.a. Meinck, Freigang et al. 2002). Baden-Württemberg nahm in der Erprobung ambulanter geriatrischer Rehabilitation bundesweit eine Vorreiterrolle ein. Das Sozialministerium Baden-Württemberg, die gesetzliche Krankenkassen und die kassenärztliche Vereinigung führten gemeinsam von 1996 bis 2001 einen Modellversuch zur Implementierung verschiedener ambulanter Rehabilitationsformen durch und schufen als erstes Bundesland die notwendigen leistungsrechtlichen Voraussetzungen für die ambulante Rehabilitation. An acht Standorten im Bundesland wurden fünf verschiedene Organisationsformen mit unterschiedlichen Formen der organisatorischen Anbindung (Hausarzt-Facharztmodell, Institutsambulanz, IAV-Stellen-Modell (in der Praxis nicht umsetzbar), Therapiezentrum, mobile Rehabilitation) sowie multiprofessionellen Zusammenarbeit (vgl. Schweizer, Brandt 1997). Der Modellversuch verdeutlichte, dass sich geriatrische Qualitätsstandards auch im ambulanten Bereich unter Einbeziehung niedergelassener Ärzte umsetzen lassen (vgl. Swoboda, Hermens 2011: 959).

### **Wirksamkeit**

Neben den Abschlussberichten zu den Modellprojekten, gibt es einige Studien zur Wirksamkeit der stationären geriatrischen Rehabilitation. Bachmann, Finger et al. (2010) haben in einem systematischen Review die Wirksamkeit von einer stationären geriatrischer Rehabilitation untersucht. In die Metaanalyse wurden 27 Artikel einbezogen, denen 17 randomisierte kontrollierte Studien zugrunde liegen. Es gingen 4.780 Patienten im Alter von 74,2 bis 86,0 Jahren in die Betrachtung ein, welche entweder eine internistische geriatrische Rehabilitation oder eine orthopädische Rehabilitation nach Hüftfrakturen in Anspruch genommen hatten. Die Autoren kommen zu den Ergebnissen, dass eine stationäre geriatrische Rehabilitation zu einer Verbesserung der Funktionsfähigkeit im Alltag, zur Verminderung von Pflegeheimweisungen und zur Senkung der Mortalität führt. Die Studie zeigt einen (Forschungs-)Bedarf an speziellen geriatrischen Rehabilitationsprogrammen und an der Untersuchung weiterer Rehabilitationsindikationen für geriatrische Patienten auf. Ein aktueller HTA-Bericht beschäftigt sich mit der Effektivität der ambulanten und stationären geriatrischen Rehabilitation bei Patienten mit der Nebendiagnose Demenz (vgl. Korczak, Steinhilber et al. 2012). Von den 16 eingeschlossenen Studien, welche sich in der Fallzahl, Stichprobe, Intervention, Messverfahren und Evidenzlevel unterschieden, konnte in 12 Studien die Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen bei geriatrischen Patienten mit der Nebendiagnose Demenz festgestellt werden. „Positiven Einfluss auf die Behandlungsergebnisse haben geringe kognitive und kommunikative Defizite des Patienten, die Einbindung von pflegenden Angehörigen, ein guter funktioneller Zustand bei Behandlungsbeginn, die heimische Wohnsituation und die Entlassung nach Hause. Das Vorhandensein einer Depression beeinträchtigt den Behandlungserfolg. Das Training kognitiver Fertigkeiten im Rahmen der Rehabilitationsbehandlung verbessert das Ergebnis.“ (ebd.: 1). Die Autoren schlussfolgern, dass nach dem Grundsatz „Reha vor Pflege“ eine flächendeckende rehabilitative Versorgung auch für Patienten mit der Nebendiagnose Demenz vorhanden sein sollten, die Rehabilitation der Hauptdiagnose an die kognitiven Fähigkeiten angepasst werden sollte und es noch weiteren Forschungsbedarf gibt.

### **Derzeitige Umsetzungsprobleme der mobilen Rehabilitation in Deutschland**

Die mobile Rehabilitation ist seit 01.04.2007 sozialrechtlich verankert (§ 40 Abs. 1 Satz 1 2. Variante SGB V). Umsetzungshinweise und Übergangsregelungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation wurden am 01.05.2010 vom GKV Spitzenverband herausgegeben. Es gibt generell bisher nur sehr wenige mobile Rehabilitationsformen. Im Oktober 2011 existierte lediglich an 11 Standorten in Deutschland ein mobiles Rehabilitationsteam (Karlsruhe (2 Teams), Bad Kreuznach, Berlin (2 Einrichtungen), Bremen, Chemnitz, Marburg, Woltersdorf, Wiesbaden, Schleswig-Holstein (2 Standorte), Bad-Neuenahr-Ahrweiler). Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Mobile Rehabilitation (vgl. Schmidt-Ohlemann 2011) hat die derzeitigen Probleme bei der Umsetzung dieser Rehabilitationsform erfragt. Auf Seiten der Träger bestehen Bedenken, wie z.B.

- ein Missverhältnis zwischen Aufwand für die Zulassung und Ergebnis (Zulassung in überschaubarem Zeitraum)

- aufwändiges Zulassungsverfahren
- mangelnde Auslastung
- keine wirtschaftlich zuverlässige Basis erreichen zu können
- erheblicher organisatorischer Aufwand
- Einbußen im Bereich stationärer oder ambulanter Rehabilitation oder Tagesklinik
- eine Verschlechterung des Klimas bei den oft harten Verhandlungen mit den Kostenträgern
- unklare Perspektiven, da es ein neues Angebot ist
- Mangel an Unterstützung und konzeptioneller Überzeugung aus der Politik und von den Sozialleistungsträgern
- Finanzierungsvorbehalte
- Unsicherheit bzgl. des Bedarfs
- Mangelnde Umsetzung der bundesweiten Empfehlungen auf Landesebene

Einige dieser Umsetzungshemmnisse wurden auch von den interviewten Experten in Baden-Württemberg genannt.

Auf die Situation der geriatrischen Rehabilitation in **Baden-Württemberg** bezieht sich der Gesundheitsrat Südwest in seinem Bericht zur medizinisch-pflegerischen Versorgung älterer Menschen (vgl. LÄK 2009). In den letzten Jahren soll es in Baden-Württemberg zu einer zunehmenden Unterfinanzierung der Rehabilitationseinrichtungen gekommen sein und die Hälfte aller Träger geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen dachte daraufhin über strukturelle Veränderungen nach. Die externe Qualitätssicherung der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg zeigte, dass durch die Wiedererlangung der Selbstversorgungsfähigkeit bei mehr als 80% der Rehabilitanden eine Pflegeheimaufnahme verhindert werden konnte. Nach Einschätzung des Gesundheitsrates Südwest hat der rechtliche Anspruch auf eine geriatrische Rehabilitation nach dem GKV-WSG vom 1.4.2007 nicht zu einer Verbesserung der Versorgungssituation geriatrischer Patienten geführt, da mit der angespannten finanziellen Situation ein Verlust der flächendeckenden Versorgung zu befürchten ist. Im Bereich der ambulanten geriatrischen Rehabilitation wurden bestehende Verträge im Jahr 2007 von den Krankenkassen gekündigt und bei Abschluss eines Neuvertrages eine Vergütungskürzung um 10% vorgenommen, was auch in diesem Bereich zu einer strukturellen Unterfinanzierung führte (vgl. ebd.).

**Expertenmeinung:** Die wenigen ambulanten geriatrischen Rehabilitationsangebote in Baden-Württemberg konzentrieren sich auf den städtischen Raum. Dort sind sie über öffentliche Verkehrsmittel gut zu erreichen. Im ländlichen Raum ist die Versorgung mit ambulanter geriatrischer Rehabilitation schwierig. Die versorgungsvertragliche Gleichstellung der ambulanten und stationären Rehabilitation hat der ambulanten Rehabilitation eher geschadet, weil die Kassen nicht mehr flexibel sind und es nun einheitliche Verträge gibt. Probleme in der Umsetzung der ambulanten und mobilen geriatrischen Rehabilitation sehen die Experten darin, dass der geriatrische Patient im ambulanten Bereich häufig nicht identifiziert wird sowie in der Gefahr der emotionalen Bindung zwischen Reha-Team und Rehabilitand im



häuslichen Bereich (Forderung nach Dauerleistung), aber vor allem im hohen zeitlichen und finanziellen Aufwand (wenig Patienten und lange Fahrtzeiten in ländlichen Regionen, Abrechnung der Fahrtkosten). Des Weiteren sind die Strukturanforderungen und bürokratischen Hürden für die Einrichtungen bzgl. der Zulassung und Durchführung ambulanter und mobiler Rehabilitation sehr hoch und die Vergütung zu gering. Dies führt zu „Startschwierigkeiten“ in diesem Bereich und zu einem geringen Versorgungsangebot. Der Handlungsspielraum der Einrichtungen sollte deshalb vergrößert werden. Ein grundlegendes Problem stellt die Intransparenz im Leistungsgeschehen dar und die Überleitung vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich.

Als erstrebenswert werden „durchlässige Mischformen“ angesehen, d.h. stationäre, ambulante oder mobile geriatrische Rehabilitation sollte gleichzeitig möglich sein (Bsp. teils ambulant, teils mobil), aber auch flexible Lösungen (Bsp. erst stationär, dann ambulant, zeitliche Taktung der Rehabilitationstage). Von der AOK Baden-Württemberg wird ein Programm angedacht, welches der Rehabilitationseinrichtung zur Gestaltung der Rehabilitationsform ein Art „Rehabudget“ zuspricht. Ziel sollte aus Expertensicht eine flexible Gestaltung sein, bei der der ältere Patient im Mittelpunkt steht. Eine Trennung zwischen den Rehabilitationsformen ist nicht mehr zeitgemäß. Die ambulante Rehabilitation sollte stärker zielgruppenorientiert ausgerichtet werden (Bsp. Demenzkranke, Schlaganfallpatienten). Hierfür muss eine entsprechende Vergütung vorgesehen werden, da gesonderte Therapieverfahren in den herkömmlichen Strukturen nicht erbracht werden können. Als spezifische Zielgruppen für die mobile Rehabilitation werden MRSA-Patienten, moderat bis schwer kognitiv beeinträchtigte Patienten, Migranten und Pflegeheimbewohner genannt. Es wurde aus Expertensicht kritisiert, dass der MDK häufig nicht alle Zielgruppen für die ambulante und mobile Rehabilitation berücksichtigt und der indikationsspezifischen Rehabilitation oft Vorrang vor der geriatrischen Rehabilitation gegeben wird. Die mobile Rehabilitation im Pflegeheim wird befürwortet, jedoch müssten entsprechende Räumlichkeiten im Pflegeheim vorhanden sein und die Pflegeheime sollten aufgrund frühzeitiger Krankenhausentlassungen nicht als „verlängerter Arm“ der medizinischen Einrichtungen gesehen werden.

Für die mobile Rehabilitation bestehen unterschiedliche Vergütungsformen in den einzelnen Bundesländern. Die Vertragsgestaltung erweist sich als kompliziert. Einheitliche Formulare und Vergütungssätze der Krankenkassen könnten generell den Verwaltungsaufwand für alle Beteiligten mindern. Der Zugang zur mobilen Rehabilitation stellt ein Problem dar, der Zugang aus der stationären Versorgung (Anschlussrehabilitation) funktioniert teilweise, aus dem ambulanten Bereich fast gar nicht (vgl. Formular 60/61, Qualifizierung der Vertragsärzte). Wichtig für die Ausgestaltung des Geriatriekonzepts ist aus Expertensicht, dass sich die öffentliche Wahrnehmung der Rehabilitation innerhalb der Bevölkerung verändert. Hierfür sind öffentliche Kampagnen notwendig. Es sollte auch verdeutlicht werden, dass eine nicht erfolgte Rehabilitation und somit nicht wahrgenommene Rehabilitationschancen nachfolgend Pflege für die Familie bedeuten kann. Der Patientenwunsch nach §9 SGB IX sollte berücksichtigt und unterstützt werden.

## 8.2. Empfehlungen

- Geriatrische und indikationsspezifische Rehabilitation ist sowohl für von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen als auch für bereits Pflegebedürftige zentral. Das Geriatriekonzept sollte dieses explizit herausstellen.
- Im Geriatriekonzept fällt positiv auf, dass keine Gewichtung bzgl. der stationären, ambulanten und mobilen Rehabilitation vorgenommen wird. Obwohl in der Praxis die stationäre Rehabilitation gegenüber der ambulanten Rehabilitation dominiert, unterstreicht das Geriatriekonzept die zukünftige Bedeutung ambulanter Versorgungsformen und den politischen Grundsatz „ambulant vor stationär“.
- Ein abgestuftes und in seinen Elementen aufeinander abgestimmtes Versorgungssystem ist laut Geriatriekonzept die Voraussetzung für die Umsetzung der Leitsätze „ambulant vor stationär“ und „Reha vor Pflege“. Dem ist uneingeschränkt zuzustimmen, zumal es auch kompatibel ist mit der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK), für welche in Baden-Württemberg bereits Handlungsempfehlungen zur Umsetzung auf regionaler und kommunaler Ebene formuliert wurden.
- Insgesamt wird empfohlen, die Vorzüge der ambulanten Rehabilitation stärker zu betonen. Herausgehoben werden könnten z.B. die Alltagsnähe, die Einbeziehung der Angehörigen in den Rehabilitationsprozess, die Einbindung behandelnder Ärzte, die verbesserte Kooperation in der Nachsorge und die Nutzung von sozialen Netzwerkstrukturen.
- Ein eigenständiges Unterkapitel „mobile geriatrische Rehabilitation“ als eine Sonderform der ambulanten Rehabilitation wird ausdrücklich begrüßt, da damit innovatives „Neuland“ für einige Rehabilitationsanbieter betreten wird. Bisher ist diese Rehabilitationsform noch wenig verbreitet und in der Praxis weitestgehend unbekannt. Öffentlichkeitsarbeit – idealerweise unter Einbezug Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation (BAG MoRe) - kann zur Überwindung bestehender Umsetzungsbarrieren beitragen; ebenso eine Vereinfachung des Zugangsverfahrens.
- Die gesetzliche Verankerung der mobilen Rehabilitation sowie die dazu gehörigen Rahmenempfehlungen von 2007 sollten Erwähnung finden. Bei der Bedarfsermittlung gilt es, auf bestimmte Kontextfaktoren, den regionalen Bedarf und die jeweils örtlichen Versorgungsstrukturen zu verweisen.
- Es wird empfohlen, im Geriatriekonzept den Absatz zu den Voraussetzungen für eine ambulante geriatrische Rehabilitation mit den bestehenden Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation (2004), der Arbeitshilfe zur geriatrischen Rehabilitation (BAR 2008) sowie der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation (2012) abzugleichen und einen Verweis auf die entsprechenden Vorgaben aufzunehmen. Die Ausschlusskriterien könnten zur Abgrenzung gegenüber der stationären geriatrischen Rehabilitation zusätzlich aufgenommen werden.
- Zu empfehlen sind durchlässige flexible Mischformen für die geriatrische Rehabilitation. Für die ambulante Rehabilitation sollten eine stärkere Zielgruppenorientierung und darauf bezogene entsprechende Vergütungsformen angestrebt werden.

- Empfohlen wird, Pflegebedürftigen den bedarfsgerechten Zugang zu einer geriatrischen Rehabilitation zu erleichtern. Die finanziellen Anreize in Form von Ausgleichzahlungen – entsprechend Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz - sind ein erster Schritt, reichen jedoch nicht aus, um Pflegeeinrichtungen hinreichend zu motivieren, sich in der geriatrischen Rehabilitation stärker zu engagieren.
- Gesundheitspolitisch zu kritisieren ist, dass sich die bisherigen Anreizsysteme auf die stationäre Pflege und nicht auf den ambulanten Sektor beziehen. Da der „Verlust“ einer Pflegestufe aufgrund einer erfolgreichen geriatrischen Rehabilitation zugleich finanzielle „Einbußen“ für die Betroffenen oder für die ambulanten Pflegedienste bedeutet, ist über zusätzliche Bonus- und Anreizsysteme nachzudenken.
- In das Geriatriekonzept sollte eine Übersicht über bestehende ambulante, mobile und stationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtungen aufgenommen werden. Des Weiteren sollten diese Einrichtungen auch im Internet auf der Seite des Kompetenzzentrums Geriatrie ([www.kcgeriatrie.de/k\\_bawue.htm](http://www.kcgeriatrie.de/k_bawue.htm)) sowie der Internetseite Handbuch Reha- und Vorsorgeeinrichtungen ([www.rehakliniken.de](http://www.rehakliniken.de)) regelmäßig aktualisiert werden. Diese Transparenz der rehabilitativen Versorgungsstrukturen trägt auch zur Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechtes nach § 9 SGB IX bei.
- Die Identifikation geriatrischer Patienten in der ambulanten Versorgung und das Erkennen des Reha-Potenzials und Reha-Bedarfs sind derzeit noch unzureichend. Der Zugang zur geriatrischen Rehabilitation aus der ambulanten Versorgung und eine damit verbundene frühzeitige Reha-Bedarfserkennung sollte durch eine ausreichende Anzahl qualifizierter Ärzte sichergestellt werden. Eine positive Entwicklung ist dahingehend bereits zu verzeichnen. Für die Identifikation des geriatrischen Reha-Potenzials und Reha-Bedarfs sowie der besonderen Berücksichtigung dieser Aspekte in der Reha-Antragstellung können Geriater, z.B. in geriatrischen Institutsambulanzen, den ambulanten Antragstellern Unterstützung bieten. Dies könnte sowohl die Anzahl der Reha-Antragstellungen wie auch der Bewilligungen erhöhen.
- Das Versorgungsangebot an geriatrischer Rehabilitation ist dem zukünftig steigenden Bedarf anzupassen. Hierfür sind regionale Bedarfsanalysen notwendig.

## 9. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die verschiedenen Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten sowie nicht-ärztlichen Gesundheitsprofessionen im Tätigkeitsfeld der ambulanten geriatrischen Versorgung wurden in die Expertise aufgenommen, da die Qualifizierung im Rahmen des ersten Expertenworkshops und der Experteninterviews aufgegriffen und als wichtiger Diskussionspunkt erachtet wurde. In der Entwurfsfassung des Geriatriekonzeptes vom September 2011 wurde im Kapitel 7 diese Thematik in einem Absatz aufgegriffen, welcher in der Entwurfsfassung vom Juli 2012 nicht mehr enthalten ist. Kapitel 10 des Geriatriekonzeptes, welches nicht Inhalt der wissenschaftlichen Stellungnahme im Rahmen der Expertisenerstellung ist, geht ausführlich auf die Thematik der Aus-, Fort- und Weiterbildung ein. Es werden folgende Textpassagen bewertet:

*„Die im Landespflegegesetz seit 2010 enthaltene Modellklausel ermöglicht die Einrichtung von Studiengängen für nichtärztliche medizinische Berufe. Die Hochschulen in Baden-Württemberg haben diese Möglichkeit aufgegriffen und bieten verschiedene Bachelor- und Masterstudiengänge u.a. im Bereich Pflege an, um Pflegerinnen und Pflegern weitere berufliche Perspektiven zu eröffnen. Hinzuweisen ist auch auf den zum WS 2010/11 an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg eingerichtete Bachelorstudiengang „Arztassistent“.*

*(Geriatriekonzept, Entwurf 09/2011, Kapitel 10)*

Die Akademisierung im Bereich der Pflegeberufe ist zukunftsweisend und sollte weiter ausgebaut werden. Allerdings sind, je nach zukünftigem Aufgabengebiet, nicht nur pflegerische und therapeutische Berufe als Zielgruppe zu sehen, sondern etwa auch andere Berufsgruppen beispielsweise im sozialen Bereich. Das Projekt „Personalbedarf in der Altenhilfe und Altenpflege in Baden-Württemberg – Expertise unter Berücksichtigung des Bedarfs an nicht-medizinischen Fachkräften mit akademischer Qualifikation“, durchgeführt von der MHH und der FFG der TU Dortmund, hat sich ausführlich mit dieser Thematik befasst (vgl. Kuhlmann, Lüders et al. 2013). Das Angebot an Studiengängen sollte allerdings strukturiert und übersichtlich gestaltet werden.

Des Weiteren heißt es im Entwurf des Geriatriekonzeptes:

*„Es bedarf daher eines abgestuften Weiterbildungskonzepts, um sowohl in den Universitäten und speziellen geriatrischen Einrichtungen, als auch in allen Allgemeinkrankenhäusern und Pflegeheimen, aber auch im häuslichen Umfeld eine qualifizierte altersmedizinische Versorgung sicher zu stellen.“*

*(Geriatriekonzept, Entwurf 09/2011, Kapitel 10)*

Die Einschätzung, dass ein abgestuftes Weiterbildungskonzept notwendig ist, um die geriatrischen Kompetenzen in den verschiedenen Einrichtungen und Sektoren auszubauen, kann unterstützt werden. Wichtig wäre eine Diskussion darüber, was in welchem Versorgungsbereich an geriatrischem Wissen notwendig ist. Bei den Weiterbildungen ist darüber hinaus auf die Qualität der Angebote zu achten.

In der folgenden inhaltlichen Darstellung werden aktuelle und ergänzende Ergebnisse der Literaturrecherche und der Expertengespräche betrachtet.

### **9.1. Versorgungssituation**

Die qualifizierte Versorgung geriatrischer Patienten ist eine komplexe Aufgabe und erfordert eine spezifische geriatrische Kompetenz. Lübke, Ziegert et al. (2008) weisen darauf hin, dass für die Versorgung multimorbider geriatrischer Patienten ein „medizinischer Case-Manager“ notwendig ist, der mit generalistischem Blick, zu stark spezialisierte und unkoordinierte Behandlungen verhindert. Der Erhalt der Selbstständigkeit und der Lebensqualität der Patienten spielen hierbei eine herausragende Rolle. Die notwendige generalistische Qualifikation im Bereich der Geriatrie steht der Entwicklung im Gesundheitswesen und im akademischen Betrieb jedoch entgegen; hier nehmen Spezialisierungen einen immer größeren Stellenwert ein. Dem gestiegenen und aufgrund des demografischen Wandels weiter steigenden Bedarf an geriatrischem Wissen steht in Deutschland ein geringes Ausmaß an geriatrischer Qualifikation gegenüber (vgl. ebd.: 1120 ff).

Nach aktuellen Angaben der Gesundheitsberichterstattung waren im Jahr 2011 in Baden-Württemberg keine Ärzte mit der Schwerpunktbezeichnung Geriatrie oder mit einer Facharztbezeichnung Innere Medizin und Geriatrie registriert (vgl. GBE Bund 2012a, 2012b). Im Jahr 2007 hatten 416 Ärzte in Baden-Württemberg die mittlerweile in einer anderen Weiterbildung aufgegangene „Fakultative Weiterbildung Klinische Geriatrie“ absolviert (vgl. Lübke, Ziegert et al. 2008: 1121).

In einer Untersuchung zum Verhältnis von Bevölkerung und geriatrisch geschulten Ärzten in den einzelnen Bundesländern führt Baden-Württemberg mit dem günstigsten Verhältnis die Tabelle an (vgl. Kolb 2009: 12). Ende 2011 verfügten in Baden-Württemberg jedoch nur 10 niedergelassene Ärzte über die Zusatz-Weiterbildung Geriatrie:

**Tabelle 10: Ärztinnen und Ärzte mit Zusatz-Weiterbildung Geriatrie in Baden-Württemberg (Stand 31.12.2011)**

	Anzahl gesamt	berufstätig	davon:	
			ambulanz	darunter:
				niedergelassen
<b>Baden-Württemberg gesamt</b>	<b>82</b>	<b>79</b>	<b>16</b>	<b>10</b>
Nordbaden	25	25	6	4
Nordwürttemberg	25	25	3	2
Südbaden	19	18	4	2
Südwestwürttemberg	13	11	3	2
<b>Bundesgebiet gesamt</b>	<b>1.021</b>	<b>977</b>	<b>245</b>	<b>215</b>

Quelle: in Anlehnung an LÄK Baden-Württemberg 2012a

## 9.2. Studentische Ausbildung

Ein Problem ist nach Lübke, Ziegert et al. (2008), dass die Geriatrie bereits im Medizinstudium nur eine untergeordnete Rolle einnimmt, obgleich der Querschnittsbereich 7, „Medizin des Alterns und des alten Menschen“, seit der Neuordnung der ärztlichen Approbationsordnung im Jahr 2002 ein obligatorischer Teil des Medizinstudiums geworden ist. Die Autoren kritisieren, dass die Geriatrie nur an wenigen Medizinischen Fakultäten als eigenständiges akademisches Fach existiert, dass es zu wenige Lehrstühle für Geriatrie gibt, dass der Stundenumfang im geriatrischen Bereich des Studiums oftmals zu gering ist und die Lehrveranstaltungen häufig nicht von Geriatern durchgeführt werden. Diese Kritik wird auch im Weißbuch Geriatrie geäußert. Demnach wurde bereits auf dem 111. Deutsche Ärztetag gefordert, mehr Lehrstühle für Geriatrie an den Medizinischen Fakultäten einzurichten (vgl. BV Geriatrie 2010: 59f). An den 36 Medizinischen Fakultäten waren im Jahr 2010 nach Angaben des Bundesverbandes Geriatrie lediglich sieben geriatrische Lehrstühle etabliert (vgl. ebd.; vgl. Lübke 2012). Des Weiteren sind an drei Universitäten geriatrische Kliniken vorhanden (vgl. DGG 2011a).

Baden-Württemberg verfügt über fünf Medizinische Fakultäten an den Standorten Heidelberg, Freiburg, Mannheim, Tübingen und Ulm (vgl. Hochschulrektorenkonferenz 2013) und ist somit im Vergleich zu den anderen Bundesländern sehr gut aufgestellt.

Es wurden an drei Standorten bisher Professuren für Gerontopsychiatrie eingerichtet: Universität Ulm (Prof. Dr. Matthias Riepe), Universität Heidelberg (Prof. Dr. Johannes Schröder) und Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg in Mannheim (Prof. Dr. Lutz Frölich). Des Weiteren ist eine Honorarprofessur an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm vorhanden. An allen fünf Medizinischen Fakultäten des Bundeslandes wurden Geriatrische Zentren eingerichtet, die in die studentische Lehre involviert sind. Das Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg verweist ausdrücklich auf seine Lehrverantwortung im Medizinstudium (vgl. Geriatriisches Zentrum Freiburg 2013). Auf der Homepage des Geriatriischen Zentrums in Tübingen wird ebenfalls auf die Lehrverantwortung im Medizinstudium hingewiesen (vgl. Geriatriisches Zentrum Tübingen 2013).

Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. versucht verstärkt Nachwuchs für die Geriatrie zu gewinnen. Aktionen wie ein eigenes Nachwuchsprogramm, Promotionsstipendien, vergünstigte Gebühren für Studierende zu wissenschaftlichen Kongressen, aber auch aktive Werbung an den Medizinischen Fakultäten und in studentischen Medien (Facebook) sowie eine für Kliniken kostenfreie Famulatur- und Promotionsbörse tragen dazu bei (vgl. DGG 2012a).

Der Sachverständigenrat empfiehlt, bereits im Studium generalistische bzw. allgemeinmedizinische Themen verstärkt zu berücksichtigen (vgl. SVR 2009: 335). Auch bei der Erreichung einer aus verschiedensten Gründen notwendigen verbesserten Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen kommt der Ausbildung eine entscheidende Rolle zu. Die Kooperation müsste bereits in die Ausbildung der verschiedenen Professionen integriert werden:

„Die Medizinischen Fakultäten der Universitäten sollten daraus die Konsequenz ziehen, Ausbildungsverantwortung für alle, auch neue berufliche Zweige, die zur Heilkunde gehören, zu übernehmen. Wenn die Gesundheitsprofessionen künftig besser zusammenarbeiten sollen, muss diese Zusammenarbeit schon während der Ausbildung geübt werden. Eine partielle Überlappung von Ausbildungsinhalten und -abschnitten verspricht ein besseres gegenseitiges Verständnis.“ (SVR 2007: 99)

### 9.3. Ärztliche Fort- und Weiterbildung

Insgesamt gibt es verschiedene Qualifikationsmöglichkeiten für Ärzte im geriatrischen Bereich. Bei der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) sind mehrere geriatrische Qualifikationen gelistet: (1) Der *Facharzt Innere Medizin und Geriatrie* ist bislang nur in Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt umgesetzt worden und bleibt bundesweit weiterhin das Ziel. Die Dauer der Weiterbildung beträgt 72 Monate; der Schwerpunkt liegt im stationären Bereich, es können aber auch Teile der Weiterbildung im ambulanten Sektor absolviert werden (vgl. DGG 2012b; vgl. DGG 2013a).

(2) Die *Zusatz-Weiterbildung Geriatrie* kann in allen Bundesländern absolviert werden. Meistens gilt eine Facharztkompetenz als Zugangsvoraussetzung. Die seit 1992 bestehende „Fakultative Weiterbildung Klinische Geriatrie“ geht in die Zusatz-Weiterbildung über. Ärztinnen und Ärzte, die die Weiterbildung Klinische Geriatrie absolviert haben, sind berechtigt die Zusatzbezeichnung Geriatrie zu führen. Die Zusatz-Weiterbildung dauert 18 Monate (vgl. DGG 2012c). Sie kann auch in Baden-Württemberg absolviert werden.

(3) Die *Zusatzqualifikation Geriatrische Rehabilitation* ist ebenfalls ein Angebot der DGG. Sie ist als freiwillige Fortbildung für niedergelassene Ärzte konzipiert. Die Inhalte der Qualifikation werden derzeit überarbeitet und mit den Landesärztekammern abgesprochen (vgl. DGG 2012d).

Im Dezember 2012 hat die Bundesärztekammer einem 60-stündigen *Curriculum „Geriatrische Grundversorgung“* zugestimmt, welches in Zusammenarbeit mit der DGG von allen Landesärztekammern angeboten werden kann. Sofern ein Beschluss der zuständigen Landesärztekammer besteht, kann die Geriatrie damit im Hausarztbereich als

Zusatzfortbildung geführt werden (vgl. DGG 2013a). Der DGG zufolge könnte das Curriculum zukünftig auch die Voraussetzung für die Abrechnung von bislang noch nicht definierten geriatrischen EBM-Ziffern darstellen. Des Weiteren wird diskutiert, ob es als Basis für die Vergütung von ärztlichen Leistungen in Pflegeheimen dienen kann. Perspektivisch könnte das Curriculum für langjährig tätige Hausärzte eine Voraussetzung für den Erwerb der Zusatzbezeichnung Geriatrie darstellen (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2012). Nach einer Prüfung vor der Ärztekammer soll die Bezeichnung „Geriatrische Grundversorgung“ zudem auf dem Praxisschild ausweisbar sein (DGG 2013b).

In Brandenburg wird eine von der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG), der DGG und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mitentwickelte *Fortbildung (Basiskurs Geriatrie)* für niedergelassene Ärzte angeboten. Bei dieser Fortbildung besteht ein bundesweit vereinheitlichtes Curriculum (vgl. Geriatriische Akademie Brandenburg 2012).

In Baden-Württemberg besteht die Möglichkeit, neben dem Erwerb der Zusatzbezeichnung Geriatrie auch Fortbildungen im geriatrischen Bereich zu absolvieren, die sich der Homepage der Landesärztekammer entnehmen lassen (vgl. LÄK Baden-Württemberg 2012b).

#### **9.4. Fort- und Weiterbildung für nicht-ärztliche Professionen**

Auch für nicht-ärztliche Professionen bestehen Weiterbildungsmöglichkeiten im geriatrischen Bereich.<sup>25</sup>

Ziel des Basislehrgangs „Zercur Geriatrie®“ (Zertifiziertes Curriculum Geriatrie) ist es, ein interdisziplinäres geriatrisches Basiswissen an alle Mitglieder des therapeutischen Teams zu vermitteln. Da in der Geriatrie die Interdisziplinarität besonders wichtig ist, steht die Orientierung am gesamten Team im Zentrum des Lehrgangs. Eine Weiterbildung ist weitaus kosten- und zeitintensiver als eine Fortbildung; aus diesem Grund haben viele Einrichtungen ihre Mitarbeitenden in der Vergangenheit immer seltener für eine Weiterbildung angemeldet. Hier kann der Basislehrgang als eine Ergänzung gesehen werden.

Die Fachweiterbildung richtet sich an einzelne Professionen und stellt eine Fortsetzung der Basisqualifikation dar. Das Projekt läuft seit 2010 im Bereich der Pflege und zielt auf examinierte Pflegekräfte ab (vgl. BV Geriatrie 2013). Der Basislehrgang kann auch in Baden-Württemberg absolviert werden und wird mit entsprechenden Fortbildungspunkten von der Landesärztekammer anerkannt (vgl. z.B. Bethesda Ulm 2012).

---

<sup>25</sup> Studiengänge zur Weiterqualifizierung werden hier nicht berücksichtigt (siehe hierzu auch das Projekt „Personalbedarf in der Altenhilfe und Altenpflege in Baden-Württemberg – Expertise unter Berücksichtigung des Bedarfs an nicht-medizinischen Fachkräften mit akademischer Qualifikation“ durchgeführt von der MHH und der FFG der TU Dortmund); aufgrund der Vielzahl möglicher Weiter- und vor allem Fortbildungen kann hier nur ein kleiner Ausschnitt der Qualifizierungsmöglichkeiten beschrieben werden. Auch Modellprojekte wie AGNES etc. stellen Fortbildungen bzw. Weiterbildungen für nicht-ärztliche Professionen dar.



„Auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Versorgungsstrukturen, die einen hohen Anteil älterer Menschen betreuen, bspw. in Pflegeheimen, in geriatrischen Rehabilitationskliniken oder Krankenhäusern, aber auch in ambulant tätigen Pflegediensten müssen zunehmend im Bereich der Geriatrie qualifiziert werden. Beispielhaft für eine Weiterbildung sind die zertifizierten Weiterbildungsangebote des Bundesverbandes Geriatrie (ZerCur Geriatrie).

Der Bundesverband Geriatrie hat neben einer Basisqualifizierung auch eine Fachweiterbildung Pflege für examinierte Pflegekräfte als Weiterqualifizierung entwickelt. Dabei wurde u.a. auch das Konzept des deutschen Bildungsrats für Pflegeberufe berücksichtigt, welches Anpassungs- und Aufstiegsweiterbildungen vorsieht. Mit einer Anpassungsqualifikation (Fortbildung) sollen Qualifikationen aktualisiert und durch neue Erkenntnisse erweitert werden. Mit einer Aufstiegsweiterbildung (Zusatzqualifikation) kann eine höhere Qualifikation erworben werden.

Ziel der Fachweiterbildung Pflege ist die Qualifikation für die spezifischen Anforderungen in der Geriatrie. Mit Angeboten wie ZerCur Geriatrie gibt es auch für therapeutische Berufsgruppen die Möglichkeit von Fachweiterbildungen.“  
(Geriatriekonzept, Entwurf 09/2011, Kapitel 10)

Neben der Fort- und Weiterbildungsqualifizierung „Zercur Geriatrie®“ gibt es bspw. die Weiterbildung zur „staatlich geprüften Fachkraft Gerontopsychiatrie“ (vgl. z.B. Akademie für Wirtschafts- und Sozialmanagement 2012). Des Weiteren gibt es z. B. eine „Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“. Sie übernimmt Führungsfunktionen im Team und führt anspruchsvolle oder spezialisierte Aufgaben in den Bereichen Medizin, Patientenbegleitung sowie Praxisführung durch (vgl. Bezirksärztekammer Nordwürttemberg 2012: 3). Zur finanziellen Unterstützung einer Weiterbildung kann derzeit die Bildungsprämie des BMBF beantragt werden (vgl. BMBF 2013).

Die jeweiligen Qualifizierungsmöglichkeiten hängen u.a. immer auch von der zuvor abgeschlossenen Erstausbildung ab.

Der Sachverständigenrat wertet die fortschreitende Akademisierung verschiedener Gesundheitsberufe positiv. Allerdings sollten die Länder bzw. die Universitäten eine Vereinheitlichung der sehr heterogenen Studiengänge anstreben (vgl. SVR 2007: 100).

## 9.5. Aktuelle Diskussionspunkte

Der als unabhängige Kommission bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg eingerichtete Gesundheitsrat Südwest weist darauf hin, dass es bisher zu keiner flächendeckenden Versorgung mit geriatrisch geschulten Ärzten in Baden-Württemberg gekommen ist. Im am-

bulanten häuslichen Bereich und in Pflegeheimen fußt die Versorgung dem Bericht zufolge auf individuell erworbenem Erfahrungswissen der Ärzteschaft und entspricht nicht dem Stand der Wissenschaft. Der Gesundheitsrat plädiert für ein abgestuftes Weiterbildungskonzept und eine mindestens 6-monatige geriatrische Weiterbildung, so dass in etwa 10 Jahren eine flächendeckende geriatrische Qualifizierung von Hausärzten erreicht werden könne. Zur Erreichung des Ziels müssten zwei Voraussetzungen erfüllt sein. Es müsste eine zur Weiterbildung befugte Person pro Klinik geben. Finanzielle Anreize der Geriatrie-DRG's könnten hierbei unterstützend wirken. Des Weiteren müssten in den nächsten Jahren 6-monatige Weiterbildungsabschnitte subventioniert werden, damit sich mindestens 500 – 1000 Ärzte aus der Allgemeinmedizin und dem internistischen Bereich weiterbilden. Die Anreize hierzu sollten vom Land Baden-Württemberg und der Landesärztekammer Baden-Württemberg geschaffen werden (vgl. LÄK 2009: 7f).

Der Rat schlägt ein 3-Stufen-Konzept vor:

1. Stufe: Aufnahme eines „Facharztes für klinische Geriatrie“ als sogenannte 10. Säule in die Weiterbildungsordnung im Bereich der Inneren Medizin und der Allgemeinmedizin (vor allem für den stationären Bereich)
2. Stufe: Verkürzung der aktuellen Zusatz-Weiterbildung Geriatrie von 18 auf sechs Monate, um junge Ärzte für die Weiterbildung zu motivieren. Die Weiterbildung kann auf den ambulanten Bereich ausgedehnt werden, wenn ausreichend zur Weiterbildung befugte Personen zur Verfügung stehen.
3. Stufe: Motivierung der bereits niedergelassenen hausärztlich tätigen Ärzte der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin zur Fortbildung mittelseiner 160-stündige Fortbildung mit 120 Theoriestunden und 40 Praxistunden in bettenführenden geriatrischen Krankenhausabteilungen Zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen sollte die Fortbildung um 80 Stunden in der Pflegeheimmedizin erweitert werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG), die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) und der Bundesverbands Geriatrie schlagen ebenfalls vor, einen Facharzt mit geriatrischer Ausrichtung einzuführen, sie plädieren dafür, einen „Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Geriatrie“ (DGG 2011b) in die Musterweiterbildungsordnung aufzunehmen.

Auch die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) spricht sich für die Einführung eines Facharztes für Geriatrie, welcher im Gebiet der Inneren Medizin als neunte Subspezialisierung angesiedelt sein soll (vgl. Ärzte Zeitung 2012).

Sie plädiert für eine 6-jährige Weiterbildung, die sich in eine Basisweiterbildung und eine spezielle Weiterbildung von je 3 Jahren gliedern sollte. Der DGG zufolge stimmen alle nationalen Fachgesellschaften hierin überein. Eine Zusatz-Weiterbildung Geriatrie sollte auch für Hausärzte praktikabel sein. Hierzu sollte - neben der Weiterbildung in Kliniken - ein modular aufgebautes System mit einer verkürzten Hospitationszeit von drei Monaten eingeführt werden. Die inhomogene Umsetzung der MWBO in den einzelnen Bundesländern ist für eine adäquate geriatrische Versorgung nach Ansicht der DGG hinderlich (vgl. DGG

2012e).

Die Sektion Geriatrie der Europäischen Vereinigung der Fachärzte (Geriatric Medicine section of the European Union of Medical Specialists UEMS) plädiert für eine 2-jährige Basisweiterbildung im Bereich der allgemeinen Inneren Medizin und einer anschließenden Spezialweiterbildung in der Geriatrie, wovon auch 1 Jahr in der Forschung absolviert werden kann. Die Qualität der Weiterbildung muss dabei kontrolliert werden und die Weiterzubildenden sollen je einen Mentor zur Seite gestellt bekommen (vgl. UEMS 2012).

Der Sachverständigenrat weist darauf hin, dass auch das teamorientierte Arbeiten Inhalt der Aus-, Fort- und Weiterbildungen sein muss:

„Zur Vorbereitung auf eine stärker arbeitsteilig und teamorientierte Tätigkeit in der Primärversorgung der Zukunft benötigen Hausärzte durch eine entsprechend ausgerichtete Aus-, Weiter- und Fortbildung gezielte Unterstützung, um Führungsqualitäten und dazugehörige Fähigkeiten zur Leitung bzw. Moderation von multidisziplinären Teams sowie zur Nutzung neuer Informationstechnologien zu erwerben“ (SVR 2009: 330).

Darüber hinaus kritisiert der Sachverständigenrat (2009) allgemein die fehlende didaktische Qualifikation der zur Weiterbildung befugten Personen, welche vor allem nach formalen Kriterien zur Weiterbildung ermächtigt werden. Die Kritik richtet sich gegen die Ärztekammern, die es versäumt hätten, die ärztliche Weiterbildung auch didaktisch auszugestalten (vgl. ebd.: 329). Der Rat plädiert vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen für eine Unterstützung und Motivation des ärztlichen Nachwuchses, die in Deutschland bis 2009 kaum stattgefunden hat, jedoch aktuell von der DGG durch verschiedene Aktionen fokussiert wird (siehe oben). Der Sachverständigenrat empfiehlt - mit Verweis auf internationale Erfahrungen -, Weiterbildungen als Verbundsystem zu gestalten. Im Zentrum stehen hierbei ein im Voraus festgesetztes und strukturiertes Curriculum sowie ein einheitlicher und tarifgerechter Vertrag für die stationären und ambulanten Abschnitte. Hierdurch könnten Ärzte eine gewisse Planungssicherheit erhalten und die individuelle Abfolge der Weiterbildungsabschnitte könnte sich am Weiterbildungsziel orientieren. Des Weiteren könnte so eine gezielte Förderung der Motivation junger Ärztinnen und Ärzte stattfinden (vgl. ebd.: 329). In Baden-Württemberg existiert ein solches Verbundsystem bereits für die Allgemeinmedizin (vgl. VerbundweiterbildungPlus 2012).

Der Sachverständigenrat merkt zudem kritisch an, dass es bislang keine Diskussion zur anteiligen Steuerung bei der Weiterbildung gibt (vgl. SVR 2009: 330).

Die in Deutschland angebotenen Fortbildungen sind dem Sachverständigenrat folgend oftmals nicht frei von industriellen Interessen, sodass die Informationen oft verzerrt bei den Ärzten ankommen. Positiv hingegen wertet der Rat die Qualitätszirkel, da dies interaktive Fortbildungen seien, die sich am Lernbedarf der Teilnehmenden orientieren, wo etwa auch Qualitätsprobleme diskutiert und behoben werden können (vgl. ebd.: 330f). Im Zuge der gesetzlich vorgeschriebenen Einführung von Zertifizierungen bei Fortbildungen ist es dem Rat zufolge zu einer verstärkten Fortbildungsaktivität gekommen. Ob dies allerdings zu einem Anstieg der relevanten Kompetenzen geführt habe, sei unklar, da Ärztekammern die eingereichten Anträge oftmals nicht ausreichend auf Inhalt, Didaktik und eventuelle

Verstrickungen mit industriellen Interessen prüfen könnten. Der individuelle Lernbedarf komme in der Fortbildung insgesamt zu kurz. Der Rat schlägt Folgendes vor:

„Zuständige Fachgesellschaften und Organe der ärztlichen Selbstverwaltung sollten alternative Formen der Prüfung (Selbsteinschätzung), der individuellen Themenwahl, der Wahl von Lernstrategien, der kollegialen Unterstützung und der Evaluation von Ergebnissen, die in Deutschland oftmals kaum bekannt bzw. realisiert sind, stärker fördern.“ (ebd.: 331)

**Expertenmeinung:** Die Experten konstatieren im ambulanten Bereich derzeit einen dringenden Handlungsbedarf beim Ausbau der geriatrischen Weiterbildung, um eine geriatrisch kompetente Versorgung sicher zu stellen. Es gibt einerseits zu wenig Interessenten, andererseits liegt kein strukturiertes Konzept der Ärztekammern in Baden-Württemberg zur Fort- und Weiterbildung in der Geriatrie vor. Es existieren lediglich 40-stündige Fortbildungen, eine strukturierte Weiterbildung in der Allgemeinmedizin fehlt. Von Seiten der LAG Geriatrische Schwerpunkte und Zentren Baden-Württemberg wurde der Ärztekammer Nord-Baden ein strukturiertes Curriculum (mit einem Umfang von 80 Stunden) vorgelegt, welches aufgrund fehlenden Interesses abgelehnt wurde. Allerdings wurde der Vorsitzenden der LAG Geriatrische Schwerpunkte und Zentren Baden-Württemberg kürzlich ein Gesprächsangebot von Seiten der Ärztekammer unterbreitet.

Angemerkt wurde, dass es in Deutschland zu wenige Lehrstühle für Geriatrie gibt. Zudem wurde das Problem der mangelnden Anerkennung der Geriater angesprochen. Es wurde außerdem darauf hingewiesen, dass Qualitätszirkel speziell zu geriatrischen Themen eventuell nicht zielführend sind, da die Hausärzte häufig thematisch schon gesättigt sind.

## 9.6. Empfehlungen

- Auch in Baden-Württemberg ist das geriatrische Erfahrungswissen der praktizierenden Ärzte derzeit nicht ausreichend, um ältere und geriatrische Patienten auch fachlich angemessen zu behandeln. Oftmals entspricht es nicht dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Insofern muss das geriatrische Wissen bei den ambulant tätigen Ärzten wie auch Krankenhaus-Ärzten erhöht werden. Einbezogen sein muss ebenso eine kritische Überprüfung ihrer Altersbilder.
- Nach Auffassung der Fachgesellschaften sollte ein *Facharzt für Geriatrie* eingeführt werden. Dieser wird vor allem für den stationären Sektor benötigt, da hier die komplexen geriatrischen Fälle behandelt werden. Dennoch müssen spezialisierte Geriater auch im ambulanten Bereich zugänglich sein.
- Geriatrische und generalistische Themen müssen verstärkt im *Medizinstudium* integriert werden. Einbezogen sind Curriculumelemente, die auf eine bessere interprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen abzielen.
- Geriatrische Themen müssen auch im Rahmen der *Facharztausbildung Allgemeinmedizin* verankert werden. So können spätere Hausärzte besser in die Lage versetzt werden,

geriatriische Patienten zu identifizieren.

- Ein abgestuftes Fort- und Weiterbildungskonzept mit verschiedenen Spezialisierungsebenen für Ärzte ist notwendig. Zu klären ist dabei u.a., ob und wenn ja welche unterschiedlichen Qualifikationen für den ambulanten und stationären Sektor benötigt werden.
- Es wird empfohlen, *Weiterbildungen* als Verbundweiterbildung zu organisieren, so wie sie bereits für die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner in Baden-Württemberg existiert. Zudem sollten Ärzte im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung auch allgemeine Kompetenzen erwerben können, um z.B. in multidisziplinären Teams kompetenter agieren (z.B. als Leiter) zu können.
- Kurzfristig sollten vor allem bereits niedergelassene Allgemeinmediziner und Internisten zu *geriatriischen Fortbildungen* motiviert werden.
- Die *Zusatz-Weiterbildung* Geriatrie sollte für Hausärzte praktikabel sein. Zu empfehlen ist ein modular aufgebautes Weiterbildungssystem, um diese leichter praxisbegleitend zu absolvieren.
- Insgesamt muss die Qualität der Qualifizierungsmaßnahmen und die didaktische Qualifikation der in der Weiterbildung tätigen Lehrkräfte verbessert werden. Die Teilnehmer müssen adäquat begleitet werden, Motivation und Interesse dürfen nicht durch rigide Strukturen verloren gehen. Neben Qualität ist auch auf die Abwesenheit von jeglichen kommerziellen Interessen zu achten. Qualitätszirkel sollten verstärkt für Fortbildungen genutzt werden.
- Auch die Aus-, Fort- und Weiterbildung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe muss verbessert werden. Das Thema gehört in den Kontext der an früherer Stelle empfohlenen Delegation/Substitution ärztlicher Tätigkeiten bzw. Aufgabenneuverteilung zwischen den Gesundheitsberufen. Zu prüfen ist auch, geriatriische Themen in die Ausbildung von MFA, pflegerischen und therapeutischen Berufen zu integrieren.
- Da zukünftig die Zusammenarbeit zwischen allen Gesundheitsberufen verbessert werden muss, sollten Medizinstudierende und Studierende in den Gesundheitsfachberufen gemeinsame Lehreinheiten/Ausbildungsabschnitte absolvieren. Die Interdisziplinarität muss bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung insgesamt verstärkt berücksichtigt werden. Die Fort- und Weiterbildung „Zercur Geriatrie“ weist hier in die richtige Richtung.

## **10. Vernetzung geriatrischer Versorgungsstrukturen**

Die derzeitige Gesetzgebung sowie die Strukturen im deutschen Gesundheitssystem erschweren immer noch eine Vernetzung von Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege. Vorherrschend ist häufig noch die traditionelle Modellvorstellung nach dem „sequentiellen Krankheitsverlauf“, welche ein nacheinander schalten der Versorgungssektoren beschreibt. Chronische Erkrankungen und zunehmende Multimorbidität in der Bevölkerung erfordern eine stärkere Verzahnung und Gleichzeitigkeit der verschiedenen Bereiche (vgl. Walter, Schwartz et al. 2012). Die Vernetzung von Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege sowie die Überwindung von Schnittstellen zwischen ambulanten und stationären Bereich werden derzeit jedoch nur in wenigen Modellprojekten oder Ansätzen der integrierten Versorgung umgesetzt. Erschwerend kommt hinzu, dass Vernetzungsaktivitäten außerhalb von Projekten und spezifischer Versorgungsmodelle nicht vergütet werden (vgl. Osterloh, Rieser 2012).

Die Vernetzung und Überwindung von Schnittstellen gehören zu den großen Herausforderungen des Gesundheitssystems. Gesundheitspolitische Reformen zielen seit Ende der 1980er Jahre darauf ab, das Gesundheitssystem neu zu strukturieren und einzelne Versorgungsbereiche enger zu verzahnen (vgl. Amelung 2012). So ermöglicht § 140 SGB V Integrierte Versorgungsmodelle als eine über verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder interdisziplinär-fachübergreifende, d.h. berufsfeldübergreifende, Versorgung der Patienten. Bisher existieren vorwiegend indikationsspezifische Integrierte Versorgungsmodelle im Sinne von Disease-Management-Programmen, wobei die Gesetzgebung als erklärtes Ziel formuliert hat, die Indikationsbreite auf gesamte Populationen und somit auf unterschiedlichste Indikationen auszudehnen und somit auch indikationsübergreifende Modelle zu schaffen (vgl. ebd.: 329).

Indikationsübergreifende integrierte Versorgungsmodelle sind deshalb auch in der geriatrischen Versorgung zu schaffen.

Die Vernetzung von Versorgungsstrukturen und die Überwindung von Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sind insbesondere für multimorbide ältere Menschen wichtig. Das gleichzeitige Vorliegen von akuten sowie (mehreren) chronischen Erkrankungen erfordert eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Zusammenarbeit.

Im Entwurf des Geriatriekonzepts wird in Kapitel 7 auch auf die Vernetzung geriatrischer Versorgungsangebote eingegangen:

*„Geriatrische Versorgungsstrukturen und Behandlungsabläufe müssen so angelegt sein, dass bei diesen Patienten ein therapeutisch-rehabilitatives Gesamtkonzept unter Einbezug physischer, psychischer, funktioneller und sozialer Aspekte greifen kann. Aufgabe aller an der Versorgung Beteiligten ist es, die Interdisziplinarität, die einrichtungs- und sektorenübergreifende Kooperation und den ganzheitlichen Behandlungsansatz in seiner Realisierung weiter zu fördern.“*  
(Geriatriekonzept, Entwurf 07/2012, Kapitel 7.4)

Laut Entwurf soll ein therapeutisch-rehabilitatives Gesamtkonzept angestrebt werden, in welchem die Strukturen und Abläufe so organisiert sind, dass physische, psychische, funktionelle und soziale Aspekte Berücksichtigung finden. Dazu ist es erforderlich, dass die involvierten Akteure interdisziplinär zusammenarbeiten, einrichtungs- und sektorenübergreifend kooperieren sowie einen ganzheitlichen Behandlungsansatz verfolgen. Bei der Realisierung einer verbesserten Kooperation ist allerdings zusätzlich zu berücksichtigen, dass die notwendigen infrastrukturellen, finanziellen und personellen Voraussetzungen gegeben sind.

*„Der Vorteil der Netzbildung soll neben der Wohnortnähe und damit Verfügbarkeit der Angebote auch darin liegen, die Leistungen innerhalb eines individuell ausgewählten Behandlungsprogramms aufeinander abzustimmen und damit unnötige Verzögerungen der Behandlung und Mehrkosten im Gesundheitssystem zu verhindern. Die weiteren an der Behandlung des Patienten involvierten Netzwerkpartner orientieren sich an diesem Therapieplan und modifizieren diesen ggf. entsprechend der aktuellen Erfordernisse.“* (Geriatriekonzept, Entwurf 07/2012, Kapitel 7.4)

Im Entwurf wird die wohnortnahe Verfügbarkeit von Angeboten als Vorteil von Versorgungsnetzwerken genannt. Zudem sollen die Leistungen im Versorgungsprozess aufeinander abgestimmt werden, da sich die vernetzten Akteure an den individuellen Therapieplan orientieren und diesen ggf. ändern, so dass Behandlungsverzögerungen und Mehrkosten verhindert werden könnten.

Der Vorteil von Netzbildung bei der geriatrischen Versorgung ist auch die Möglichkeit, sich stärker an den Bedürfnissen der Patienten zu orientieren sowie Doppeluntersuchungen und Parallelstrukturen zu verhindern. Die Orientierung an einzelnen älteren Menschen ist wichtig. Es sollte darauf geachtet werden, dass stets klare Absprachen zwischen den an der Behandlung Beteiligten stattfinden, so dass Schnittstellen vermieden werden.

*„Eine Weiterentwicklung zu regionalen geriatrischen Versorgungsnetzwerken in Baden-Württemberg, in denen flächendeckend allen geriatrischen Patienten ein wohnortnaher Zugang zu einer hochwertigen und effizienten Diagnostik und Therapie inklusive rehabilitativer Angebote gewährleistet wird, wird angestrebt. Ziel ist ein Netzwerk ambulanter, integrierender und stationärer Angebote.“*

*(Geriatriekonzept, Entwurf 07/2012, Kapitel 7.4)*

Aufgrund der genannten Vorteile von Netzbildung sieht der Entwurf des Geriatriekonzepts eine Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgungsstrukturen zu einem Netzwerk vor, das ambulante, integrierende und stationäre Angebote vernetzt, damit eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung, die sowohl Diagnostik und Therapie, als auch Rehabilitationsangebote umfasst, realisiert werden kann. Zu spezifizieren ist, was mit dem Begriff „integrierend“ gemeint ist.

Die Verbesserung der Versorgung durch eine verstärkte Kooperation bzw. Netzwerkarbeit kann nur dann wirksam sein, wenn sie dort realisiert wird, wo die älteren Menschen leben, also auf regionaler bzw. kommunaler Ebene. Dies eröffnet auch die Möglichkeit, lokale Erfordernisse flexibel berücksichtigen zu können. Zugleich müssen aber auch klare Strukturen für die Kooperation bzw. die Netzwerkarbeit gegeben sein, die für alle umsetzbar und nachvollziehbar sind. Hierbei geht es insbesondere um die Festlegung von Zuständigkeiten und Koordinierungsfunktionen.

### **10.1. Geriatrischer Versorgungsverbund**

Der Geriatrische Versorgungsverbund wurde als zukunftsweisendes Versorgungsmodell vom Bundesverband Geriatrie entwickelt und soll als „Grundlage für die Weiterentwicklung der einzelnen Versorgungsstrukturen dienen“. Des Weiteren heißt es: „Der konzeptionelle Ansatz lässt ausreichend Raum zur regional unterschiedlichen Ausgestaltung. Der Geriatrische Versorgungsverbund stellt damit den konzeptionellen Rahmen für die Weiterentwicklung regionaler Versorgungsstrukturen“ (BV Geriatrie 2010: 85). Die bestehenden Versorgungsstrukturen bilden hierbei den Ausgangspunkt. Es geht sowohl um interne Restrukturierungen in geriatrischen Einrichtungen als auch um eine wirksame Kooperation zwischen den verschiedenen (auch nicht explizit geriatrischen) Versorgungsbereichen und den verschiedenen Leistungsanbietern (vgl. ebd.: 84).





Abbildung 7: Geriatriischer Versorgungsverbund

Zur Ausgestaltung eines regionalen geriatrischen Versorgungsverbundes wurden im Entwurf des Geriatriekonzepts bereits konkrete Vorschläge gemacht und mögliche Netzwerkpartner benannt.

*„Ein geriatrisches Versorgungsnetzwerk soll die regional verfügbaren geriatrischen Schwerpunkte oder Zentren, Hausärzte und niedergelassenen Fachärzte, ambulante- und stationäre Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeheime, Pflegedienste, therapeutische und psychosoziale sowie ergänzende Dienste, evtl. auch Kommunen, Wohnungswirtschaft und Sozialorganisationen umfassen.“*  
(Geriatriekonzept, Entwurf 07/2012, Kapitel 7.4)

So seien die regional verfügbaren Schwerpunkte oder Zentren, Hausärzte, niedergelassene Fachärzte, ambulante wie stationäre Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeheime und –dienste, therapeutische, psychosoziale und ergänzende Dienste sowie ggf. Kommunen, Akteure der Wohnungswirtschaft und Sozialorganisationen in das Versorgungsnetzwerk zu integrieren.

Die Vernetzung von stationären Versorgungsangeboten mit der ambulanten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in regionalen Netzwerken sollte im Sinne einer gemeindenahen Geriatrie gedacht und umgesetzt werden. Ähnlich wie in der psychiatrischen Versorgung wird nach Wersich (2011) eine Art Sektorisierung auch in der Geriatrie benötigt. Des Weiteren muss für funktionierende Netzwerke ein Sozialraumbezug hergestellt werden, in dem neben den Ärzten, Pflegediensten und sonstigen an der Versorgung beteiligten Institutionen auch die Angehörigen einbezogen werden (vgl. ebd.).

Auch geriatrische und gerontopsychiatrische Institutsambulanzen sind wichtige Akteure in der Versorgungslandschaft, die in die Vernetzung einbezogen werden sollten. Insgesamt sollten sich nicht nur medizinische Anbieter vernetzen, sondern auch Akteure, die beispielsweise Hilfe im Alltag oder zur Mobilität anbieten, damit eine umfassende Hilfestruktur gewährleistet werden kann. Auch Angehörige müssen bei der Netzwerkbildung berücksichtigt werden, sowie das Ehrenamt, Apotheken, Fortbildungseinrichtungen sowie die Wissenschaft und Forschung.

*„Das Versorgungsnetzwerk soll entsprechend deren Aufgabenprofil durch die Geriatrischen Schwerpunkte und Zentren koordiniert werden. Beispielhafte Aufgaben der Koordination und Kooperation sind*

- *Bestandsaufnahme regional vorhandener Einrichtungen und Dienste*
- *Entwicklung regionaler Leitlinien*
- *Ethikrat und Fallkonferenzen für schwierige diagnostische und therapeutische Fragestellungen für Haus- und Fachärzte und für alle mit geriatrischen Patienten befassten therapeutischen Professionen*
- *Fortbildung für Haus- und Fachärzte und für alle mit geriatrischen Patienten befassten therapeutischen Professionen.“*

*(Geriatriekonzept, Entwurf 07/2012, Kapitel 7.4)*

Zur kleinräumigen Umsetzung in Baden-Württemberg ist es wichtig, die Netzwerkpartner vor Ort zusammenzubringen und den Prozess der Kooperation durch regelmäßige Treffen auszugestalten. Hierfür braucht es Initiatoren und Verantwortlichkeiten, die diesen Prozess der Gründung des Netzwerkes und das Fortbestehen voranbringen. Diese übergeordnete Koordinations- und Kooperationsfunktion ist den Geriatrischen Schwerpunkten und Zentren in Baden-Württemberg zugeordnet. Laut dem Entwurf des Geriatriekonzepts sind diese beispielsweise für die Bestandsaufnahme der regional vorhandenen Dienste und Einrichtungen, für die Entwicklung von regionalen Leitlinien, für die Organisation des Ethikrats und von Fallkonferenzen sowie für die Fortbildung aller an der Versorgung Beteiligten zuständig.

Im Zentrum des Geriatrischen Versorgungsverbunds steht auch nach dem Weißbuch Geriatrie (vgl. BV Geriatrie 2010: 87) das Geriatrische Zentrum, welches Leistungen einer geriatrischen Klinik, einer Tagesklinik sowie idealerweise der drei geriatrischen Rehabilitationsformen stationär, ambulant und mobil umfasst. Leistungsangebote müssen vernetzt und koordiniert für die Patienten verfügbar sein. Hierzu werden Care- und Case-Management benötigt (vgl. ebd.: 85).

Laut dem Geriatriekonzept kommt auch der Hausarztpraxis eine Schlüsselfunktion zu. Sowohl für die Behandlung der Patienten, als auch für die Koordination der Versorgung sei die Hausarztpraxis von großer Bedeutung. Deren Funktion solle durch die Einbindung in das Netzwerk gestärkt werden.

*„Der Hausarztpraxis kommt eine Schlüsselfunktion in der Behandlung geriatrischer Patienten sowie der Koordination deren Versorgung zu. Durch die Einbindung in ein funktionierendes Versorgungsnetzwerk aller an der Versorgung beteiligten soll diese Funktion gestärkt werden.“ (Geriatriekonzept, Entwurf 07/2012, Kapitel 7.4)*

Vernetzung wird gerade in Regionen immer wichtiger, in denen ein Mangel an Haus- und Fachärzten vorauszusehen ist. Jungen Ärzten sind Planungssicherheit sowie die Vereinbarung von Familie und Beruf wichtig, so dass beispielsweise eine Neuordnung des Bereitschaftsdiensts im Rahmen von Vernetzungsaktivitäten sowie Kooperationen wie Berufsausübungsgenossenschaften oder Ärztehäuser interessant sind (vgl. Hartmannbund 2012).

Unabdingbar ist die frühzeitige Identifikation der geriatrischen Patienten. Hierzu muss ein Screening in der Hausarztpraxis bzw. bei niedergelassenen Ärzten oder in der Notaufnahme stattfinden. Behandelt werden die als geriatrische Patienten identifizierten Personen durch die fachlich notwendigen Netzwerkpartner. Im Weißbuch Geriatrie wird empfohlen, bestehende Screeninginstrumente hinsichtlich ihrer Stärken und Schwächen zu überprüfen, zu erproben, wissenschaftlich zu begleiten, zu vereinheitlichen und letztendlich ein standardisiertes und valides Instrument einzusetzen (vgl. BV Geriatrie 2010: 87).

Das geriatrische Team übernimmt das Case-Management für die Patienten und für Netzwerkpartner (vgl. ebd.: 88). Niedergelassene Ärzte erhalten Unterstützung vom Geriatrischen Zentrum durch die Möglichkeit Patienten nach einem von ihnen durchgeführten Screening dort vorstellen zu können. Im Zentrum wird dann ein geriatrisches Assessment durchgeführt, es finden Teamsitzungen statt an denen der jeweilige niedergelassene Arzt telefonisch beteiligt ist und es wird ein Behandlungsplan im Team erstellt. Es sollen strukturierte Behandlungspfade und verbindliche Qualitätsstandards für die Zusammenarbeit erstellt werden. Genau wie niedergelassene Ärzte können auch nicht-ärztliche Netzwerkpartner Unterstützung vom Geriatrischen Zentrum erhalten. Hier wird dann in der Regel noch der Hausarzt oder die Hausärztin hinzugezogen. Dasselbe gilt für hilfebedürftige geriatrische Patienten (vgl. ebd.: 89ff). Das Geriatrische Zentrum sollte auch lokale Projekte mit seinen Kooperationspartnern durchführen. Themen können Prävention, Behandlung, Rehabilitation oder auch Nachsorge sein (vgl. ebd.: 91).

Das Geriatrische Zentrum ist des Weiteren an der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Netzwerkpartner beteiligt. Darüber hinaus finden in Bildungseinrichtungen des Versorgungsverbands Selbsthilfegruppen statt, es werden Pflegekurse für Angehörige angeboten und es gibt Gruppen, wo sie Begleitung finden (vgl. ebd.: 91f). Diskutiert werden müsste, ob Pflegestützpunkte im Rahmen des Care-Managements in den

Versorgungsverbund integriert werden sollten, um weitere Synergien zu schaffen und ob es eine Zusammenarbeit mit dem Team geben soll, welches das Geriatriische Assessment durchführt (vgl. ebd.: 92).

## 10.2. Geriatriische Zentren und Schwerpunkte

Geriatriische Zentren, wie sie im oben vorgestellten Versorgungsverbund genannt wurden, sind in Baden-Württemberg bereits vorhanden. Die Gründung der Geriatriischen Schwerpunkte und Zentren in Baden-Württemberg geht auf das Geriatriekonzept von 1989 zurück. Eingegangen wird auf die folgenden Bereiche:

1.	Die Zielvorstellungen zur Lösung der wichtigsten Einzelprobleme im Krankenhausbereich erstrecken sich auf drei Schwerpunktaussagen <ul style="list-style-type: none"><li>• Qualifizierung aller Akut-Krankenhäuser in der geriatrischen Behandlung</li><li>• Schaffung eines Geriatriischen Schwerpunktes an einem geeigneten Krankenhaus in jedem Landkreis</li><li>• Schaffung Geriatriischer Zentren in Heidelberg, Mannheim, Tübingen, Ulm, Freiburg, Stuttgart und Karlsruhe</li></ul>
2.	Der Geriatriische Schwerpunkt hat diagnostische, therapeutisch-beratende und informierende Funktion. Er organisiert Fortbildungen für alle mit geriatrischen Patienten tätigen Berufsgruppen und weitere Interessierte im Landkreis. Es sollte dem Gedanken der Prävention besondere Bedeutung zukommen.
3.	Das Geriatriische Zentrum nimmt darüber hinaus originär therapeutische Aufgaben wahr. Es ist Referenzzentrum für die Geriatriischen Schwerpunkte der Region, organisiert Fortbildungen (u.a. für Geriatriische Schwerpunkte) und erprobt modellhaft die Weiterentwicklung der ganzheitlichen geriatrischen Behandlung. Das Geriatriische Zentrum evaluiert durch Begleitforschung die Effektivität und Effizienz der geriatrischen Versorgung.

Quelle: LAG Geriatriische Schwerpunkte und Zentren Baden-Württemberg (2013)

In Baden-Württemberg existieren derzeit sieben Geriatriische Zentren und in 36 Stadt- und Landkreisen Geriatriische Schwerpunkte (vgl. Entwurf Geriatriekonzept 09/2011: 36ff).

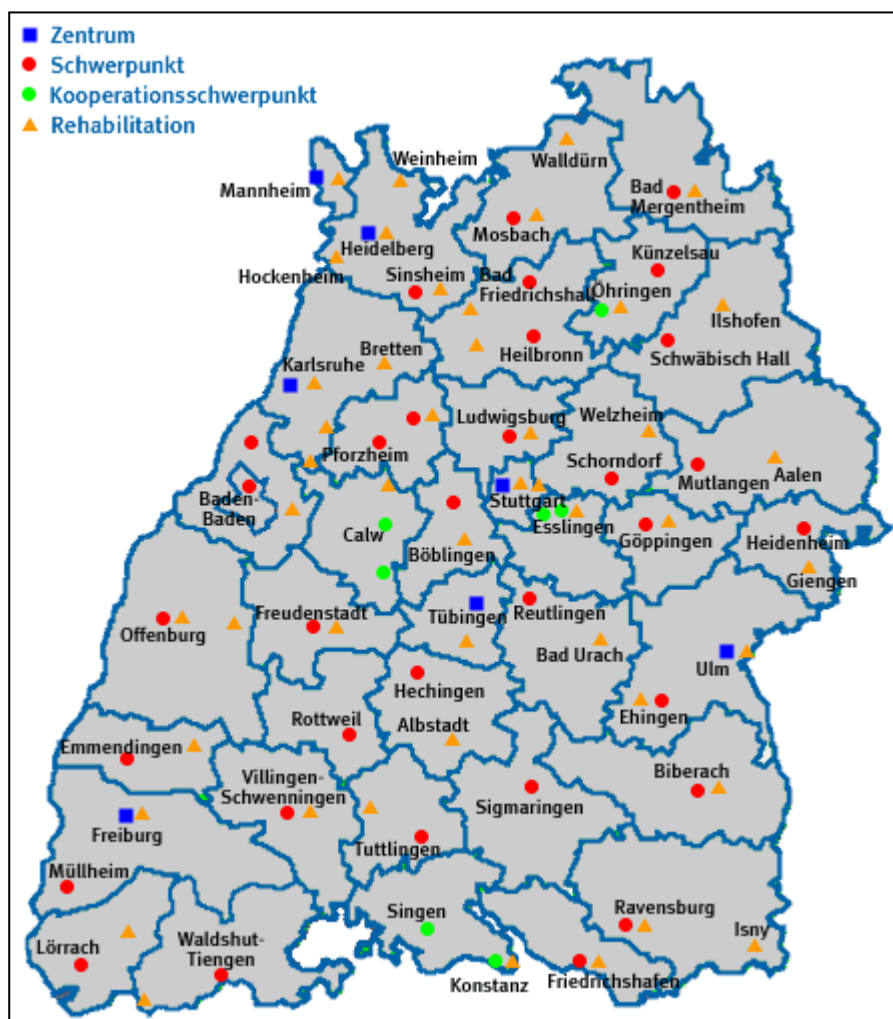


Abbildung 8: Übersicht Geriatriische Zentren, Schwerpunkte, Kooperationsschwerpunkte und Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg

Quelle: LAG Geriatriische Schwerpunkte und Zentren Baden-Württemberg 2013

Die Geriatriischen Zentren und Schwerpunkte sind im stationären Sektor angesiedelt. Da diese Expertise sich mit der ambulanten Versorgung befasst, wird hier nur auf die Aufgaben eingegangen, die den ambulanten Bereich betreffen. Laut dem Entwurf des Geriatriekonzepts (Stand: 15.09.2011) sollen die Geriatriischen Schwerpunkte am Übergang in den ambulanten Sektor folgende Aufgaben übernehmen:

- Die Organisation und Durchführung konsiliarischer Tätigkeiten für externe Patientinnen und Patienten.
- Die Organisation geriatrischer Fortbildungen u.a. auch für die Ärzteschaft des Kreises und Pflegeeinrichtungen.
- Die Erschließung eines Versorgungsnetzwerkes durch die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und Sektoren. Auch Fallkonferenzen für Hausärzte sind Aufgabe der Geriatriischen Schwerpunkte. Bei geriatrischen Fragestellungen oder der Etablierung

neuer Strukturen im jeweiligen Kreis sollen die Mitarbeitenden als Ansprechpartner beratend und organisatorisch zur Verfügung stehen (vgl. Entwurf Geriatriekonzept, Stand: 15.09.2011: 37).

**Expertenmeinung:** Die Funktion der Geriatriischen Schwerpunkte und Zentren wurde während der Expertenworkshops diskutiert. Es wurde eine flächendeckende Verteilung der Geriatriischen Schwerpunkte von einigen Experten in Frage gestellt. Andere vertraten die Meinung, dass es zwar flächendeckend Geriatriische Schwerpunkte und Zentren in Baden-Württemberg gibt, problematisch sei jedoch, dass die Geriatriischen Schwerpunkte und Zentren alle gleich ausgestattet sind. Dies habe zur Konsequenz, dass die Ausgestaltung im ländlichen Raum zwar ausreichend sei, im städtischen Bereich jedoch Schwierigkeiten auftreten. Des Weiteren wurde angemerkt, dass Geriatriische Schwerpunkte nicht angefordert würden, wenn sie einem anderen Träger zugeordnet sind. Die Notwendigkeit von Geriatriischen Zentren wurde zudem kritisch beurteilt und angemerkt, dass an Allgemeinkrankenhäusern mitunter mehr geriatrisch fortgebildete Ärzte arbeiten als an Geriatriischen Zentren.

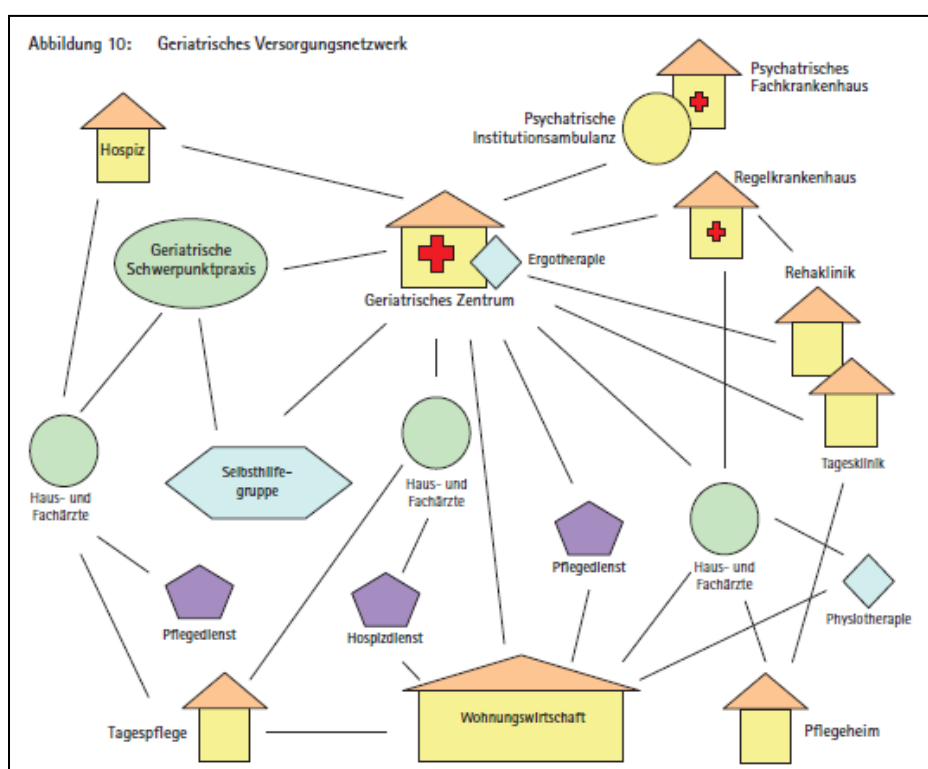
### **10.3. Geriatriische Netzwerke – das Beispiel Sachsen**

Im Rahmen des Modellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ wurden in den Jahren 2000 bis 2003 zwanzig Projekte evaluiert. Neun Projekte zielten explizit darauf, Netzwerkstrukturen aufzubauen. Es handelte sich um die Projekte „Netzwerk im Alter Albatros e. V.“ in Berlin, „Entwicklung einer gerontopsychiatrischen Verbundstruktur in einer ländlichen Region und in einer kreisfreien Stadt“ in Cottbus, „Home Care Nürnberg – Virtuelles Altenheim“ in Nürnberg, „Entwicklung neuer Kooperations- und Koordinationsstrukturen – Aktives Leben und Wohnen älterer Menschen“ in Salzgitter, „Aufbau eines geriatrischen Netzwerkes im Dresdener Norden und umliegenden Kommunen“ in Radeburg, „Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation – GeReNet.Wi“, „Gerontopsychiatrische Patienten im familialen Bezugssystem“ in Neustrelitz, „Förderung rehabilitationsorientierter Betreuung im Seniorenpflegeheim durch Entwicklung eines praxisnahen Kooperationsmodells zwischen Seniorenheim und geriatrischer Rehabilitation“ in Würzburg und „Mobile Rehabilitation Woltersdorf“ in Woltersdorf. Über die Modelllaufzeit hinaus werden die Projekte in Berlin, Cottbus, Wiesbaden und Nürnberg fortgeführt. Als wichtige Strukturelemente der Netzwerke haben sich Netzwerkkonferenzen aller Netzwerkpartner, regelmäßige, inhaltsspezifische Arbeitstagungen, kontinuierlich arbeitende Arbeitsgruppen, Kooperationsverträge zwischen den Netzwerkpartnern, ein Steuerungsgremium, professionelles Netzwerkmanagement und Koordinierungsstellen erwiesen. Als problembehaftet wurden das Fehlen von klaren Rahmenbedingungen und das Verfolgen von Partikularinteressen einiger Anbieter und Träger empfunden (vgl. BMFSFJ 2004).

Als ein weiteres aktuelles Beispiel für die Vernetzung geriatrischer Strukturen - auch im Sinne des geriatrischen Versorgungsverbunds unter Einbezug Geriatrischer Zentren - kann auf die regionalen Modellprojekte in Sachsen verwiesen werden. Im sächsischen Geriatriekonzept von 2010 heißt es:

„An ausgewählten Standorten mit geriatrischer Fachabteilung sind Modelle zur Etablierung Geriatrischer Zentren zu erproben. Dabei sind insbesondere die folgenden zusätzlichen Kriterien zu erfüllen:

- Organisation sektorübergreifender Qualitätszirkel und Fortbildungsveranstaltungen,
- Entwicklung und Implementierung von Präventionsstrategien,
- Etablierung und Koordinierung eines regionalen geriatrischen Netzwerkes ,
- Teilnahme an einem externen Benchmarkverfahren (vgl. Kapitel 4.2.3.5).“



#### Abbildung 9: Geriatrisches Versorgungsnetzwerk, Beispiel Sachsen

Quelle: Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz 2010: 23

Wie die Abbildung 9 zeigt, bildet das Geriatrische Zentrum einen zentralen Bezugspunkt im Netzwerk. Aber auch die anderen Akteure stehen in Kontakt miteinander. Die Modellprojekte in Sachsen können als Beispiele für eine praktische Erprobung regionaler geriatrischer Netzwerkstrukturen dienen. Als Netzwerke in den Modellregionen existieren das Geriatrienetzwerk Chemnitz, das Versorgungsnetzwerk GeriNet Leipzig-Süd und das Netzwerk Geriatrie Ostsachsen (das Geriatrische Netzwerk Radeburg und Görlitz) (vgl.

Sultzer, Kasprick et al. 2012; vgl. Klinikum Chemnitz 2010; vgl. Städtisches Klinikum Görlitz 2013; vgl. GerN Radeburg 2013).

Das Beispiel des geriatrischen Netzwerks in Leipzig zeigt, wie vielfältig die beteiligten Akteure sind. Gleichzeitig wird in der Abbildung 10 unten auch deutlich, dass das Netzwerk durch klare Strukturen und Zuständigkeiten gekennzeichnet ist.



**Abbildung 10: Projekte GeriNet Leipzig**

Quelle: Sultzer, Kasprick et al. 2012

Ziele des GeriNets Leipzig sind:

1. Entwicklung eines trägerübergreifenden geriatrischen Versorgungsnetzwerks
2. Koordination und Qualitätssicherung der Prozesse innerhalb des Netzwerks
3. Nachhaltigkeitssicherung - Aufbau eines Instruments zur patientenbezogenen Fallsteuerung

Das GeriNet Leipzig kann als ein Beispiel betrachtet werden, wie die regionale Ausgestaltung eines geriatrischen Netzwerks unter Einbezug der bereits vorhandenen Strukturen aussehen kann. Das Projekt wird wissenschaftlich evaluiert (vgl. ebd.)



#### **10.4. Die Rolle der Kommunen – Kommunale Gesundheitskonferenzen**

Neben den Geriatischen Zentren und Schwerpunkten existieren in Baden-Württemberg Kommunale Gesundheitskonferenzen, welche zukünftig bei der Vernetzung von geriatrischen Versorgungsangeboten ebenfalls eine Rolle spielen könnten. Kommunale Gesundheitskonferenzen bieten die Möglichkeit, regionale, für die geriatrische Versorgung relevante Akteure „an einen Tisch zu bringen“. Die Akteure der Gesundheitskonferenzen sind themenspezifisch in Netzwerke und Arbeitsgruppen eingebunden. Gesundheitskonferenzen sind Steuerungsgremien, in denen regionale Bedarfe erfasst und Lösungen gesucht werden (vgl. Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg 2010).

In Baden-Württemberg wurde im Kreis Reutlingen im Rahmen der Arbeitsgruppe „Standortfaktor Gesundheit“ die Projektgruppe „Kommunale Gesundheitskonferenzen“ mit dem Ziel gegründet, Gesundheitskonferenzen inhaltlich und strukturell zu gestalten und weiter zu entwickeln. In diesem Rahmen sollten „Kommunale Gesundheitskonferenzen als Kommunikations- und Koordinationsplattformen eingerichtet werden, um alle für den Gesundheitsbereich relevanten Institutionen zu vernetzen.“ Hierbei sollen „bestehende Netzwerke in den Stadt- und Landkreisen [...] miteinbezogen werden.“ (Roller, Winkler 2010: 4). Dieses Ziel wird dem übergeordneten Leitziel des Landes Baden-Württemberg, ihre Gesundheitsstrategie „die Gesundheit in allen Lebensphasen und Lebenswelten im Land zu fördern“ auf die kommunale Ebene zu übertragen untergeordnet (vgl. ebd.: 6).

Die Arbeitsgruppe definiert Kommunale Gesundheitskonferenzen in ihrem Bericht als „Steuerungsgremien, die über bedarfsorientierte, kommunale Analysen und Handlungsempfehlungen zur Gesundheit beraten und über deren Umsetzung entscheiden.“ Relevante Akteure verhandeln in Kommunalen Gesundheitskonferenzen über kommunale Bedarfe, Ressourcen und Problemfelder.

Die spezifischen Handlungsziele der Kommunalen Gesundheitskonferenzen werden folgendermaßen definiert:

Der kommunale Bedarf soll Ausgangspunkt für eine kommunale Gesundheitsvorsorge sein. Hierzu ist eine kommunale Bedarfsanalyse notwendig. Ausgehend von dem kommunalen Bedarf sollen in der Gesundheitskonferenz „kommunale Gesundheitsförderpläne erarbeitet und abgestimmt“ (ebd.: 7) werden, die anschließend in Arbeitsgruppen umgesetzt werden, die ergebnisorientiert an der Erfüllung des Gesundheitsförderplans arbeiten. Hierbei sollen auch innovative Modelle berücksichtigt werden. „Die Akteure des Verbundes sind in themenspezifisch arbeitenden Netzwerken organisiert und bringen sich im Arbeitsprozess der Gesundheitskonferenz auf der Basis gemeinsamer kommunaler Gesundheitsvorsorge ein.“ (ebd.).

Der Bericht der Arbeitsgruppe „Kommunale Gesundheitskonferenzen“ stellt strukturiert dar, wie Kommunale Gesundheitskonferenzen zur Themenfindung kommen, in welcher Häufigkeit und Organisationsform sie kommunizieren, wie sie kommunale Vernetzungsstrukturen koordinieren und umsetzen und auch, wie sie sich mit der Landesgesundheitspolitik vernetzen.

zen sollten. Somit ist dieser Bericht eine Art Leitfaden zur vergleichbaren Umsetzung von Gesundheitskonferenzen in verschiedenen Kommunen.

**Expertenmeinung:** Zum derzeitigen Stand der Vernetzung der unterschiedlichen, in der ambulanten geriatrischen Versorgung tätigen Akteure gehen aus den Experteninterviews und dem Expertenworkshop folgende Ergebnisse hervor:

Die interdisziplinäre Vernetzung der Akteure im ambulanten geriatrischen Bereich in Baden-Württemberg wird vor allem in ländlichen Gebieten als unzureichend beurteilt. In den Städten gibt es vereinzelt Kooperationen und Vernetzungen, die allerdings stärker von den kooperierenden Personen abhängen als von vorhandenen Vernetzungsstrukturen. Die Qualität der Kooperationen ist von den persönlichen Akteuren abhängig.

Als bereits vorhandene Vernetzungsprojekte wurden genannt

- a) das Vernetzungsmodell „Etablierung eines Gesundheitszentrums mit einer innovativen Lehrpraxis für Allgemeinmedizin im Landkreis Reutlingen“, das vom Kreis Reutlingen derzeit in Kooperation mit der Universität Tübingen, den Krankenkassen und anderen Akteuren aus dem Arbeitskreis aufgebaut wird. Es handelt sich hierbei um ein neuartiges Gesundheitszentrum, das in einem mehrstufigen Modell im ländlichen Raum ausgebaut werden soll. Das Gesundheitszentrum soll hausärztliche, psychiatrische, geriatrische Kompetenzen vorhalten und mit Sozialberatung und -betreuung kombinieren;
- b) monatlich stattfindende Kreise der Akteure mit Fallbesprechungen;
- c) ein geriatrisch-gerontopsychiatrischer Arbeitskreis in Heidelberg und
- d) sozialpsychiatrische Arbeitskreise.

Als problematisch wird erachtet, dass es keinen Systemverantwortlichen gibt, dem die Steuerungsmacht für die Vernetzung der Akteure übertragen wird und der verantwortlich für die Koordination von Vernetzungsaktivitäten ist.

Das Fehlen von (finanziellen) Anreizen für aktive Vernetzung ist ein wesentlicher Kritikpunkt; aus Sicht der Krankenkassen wird dem entgegnet, dass Anreize nicht zwingend finanzieller Natur sein müssen, sondern bestimmte Vorgaben zur Vernetzung gesetzlich vorgeschrieben sein könnten oder aber aus dem Berufsethos des Arztes heraus selbstverständlich sein sollten.

Als Problem bei der Vernetzung vieler Angebote, wie Geriatrischer Zentren und Schwerpunkte, IAV-Stellen und deren Nachfolger sowie kommunaler Pflegeberatungen, werden die Unklarheit der Zuständigkeiten und Doppelstrukturen angesehen, die eine effektive Vernetzung verhindern. Eine auf regionale Notwendigkeiten abgestimmte Neuordnung dieser Strukturen ist notwendig. Dabei gilt es im Blick zu behalten, wo welche geriatrischen Kompetenzen vorhanden sind (auch in Krankenhäusern, die nicht als Geriatrischer Schwerpunkt oder Geriatrisches Zentrum bezeichnet werden) und an welcher Stelle Vernetzungsstrukturen auf-, bzw. ausgebaut werden können, um diese Kompetenzen als Ressource bei der Vernetzung zu nutzen.

Auf politischer Ebene sollte eine Priorisierung bestimmter Themen im Landtag erfolgen, die dann in die Gesundheitskonferenzen auf kommunaler Ebene in den Kreisen<sup>26</sup> und Städten übertragen und weiter bearbeitet werden. Nur auf der kommunalen Ebene ist es möglich, Vernetzungsstrukturen auszubauen, die den regionalen Anforderungen entsprechen.

Ein häufig benanntes Problem ist die fehlende Vergütung von Vernetzungsaktivitäten.

## **10.5. Empfehlungen**

- Zu empfehlen ist die Erprobung und Evaluierung geriatrischer Netzwerke in Modellregionen, um geriatrische Versorgungsstrukturen wohnortnah zu verbessern und Schnittstellen und Parallelstrukturen zu vermeiden bzw. zu beseitigen.
- Für den Erfolg von Vernetzungsprojekten zentral sind klare Zuständigkeiten und Kommunikationsstrukturen, eine Koordinationsinstanz, die Partizipation aller am Versorgungsgeschehen Beteiligten sowie eine träger- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit. Die Teilnahme aller an der Versorgung geriatrischer Patienten beteiligter Akteure müsste entweder durch entsprechende Anreize oder durch Verpflichtung gewährleistet sein.
- Für die Steuerung der Vernetzung bedarf es einer verantwortlichen Instanz. Hierbei können ggf. auch bereits bestehende Strukturen ausgebaut werden. Geriatrische Schwerpunkte und Zentren sind hierfür am besten geeignet, weil sie flächendeckend vorhanden sind und die Vernetzung von Strukturen zum Ziel haben.
- Daneben kommen die Kommunalen Gesundheitskonferenzen in Betracht, weil es sich dabei um politische Gremien handelt, in denen unterschiedliche Interessenvertreter gemeinsam agieren und Kontakt zu allen für die ambulante geriatrische Versorgung relevanten Akteuren in der Region bestehen.
- Es wird empfohlen, die Kommunalen Gesundheitskonferenzen gesetzlich zu verankern, flächendeckend einzurichten und zu beauftragen, vorhandene wie neue kommunale Vernetzungsstrukturen aus- und aufzubauen und die Vernetzung dauerhaft und kontinuierlich zu steuern, Kooperationspartner einzuladen und Vernetzungstreffen zu organisieren.
- Als politisches Gremium können die Gesundheitskonferenzen zu einer Verbesserung der Vernetzung in der ambulanten Geriatrie beitragen - vorausgesetzt, eine Flächendeckung wird gewährleistet. In diesem Kontext wird eine Verpflichtung der Kommunen, Gesundheitskonferenzen einzuberufen, in denen u.a. das Thema Alter mind. einmal jährlich fokussiert wird empfohlen.
- Es wird empfohlen, den Bericht der Projektgruppe „Kommunale Gesundheitskonferenzen“ der Arbeitsgruppe „Standortfaktor Gesundheit“ aus dem Jahr 2010 als Leitfaden für

---

<sup>26</sup> als gutes Beispiel wurde der Kreistag des Landkreises Reutlingen benannt.

die flächendeckende und kommunal vergleichbare Entwicklung von Kommunalen Gesundheitskonferenzen mit einem zentralen Fokus auf das Thema „Vernetzung ambulanter geriatrischer Versorgung in der Kommune“ zu nutzen.

## 11. Zusammenfassende Empfehlungen und Impulse für eine zukunftsweisende Weiterentwicklung

Gegenstand der Expertise ist eine fachwissenschaftliche Stellungnahme und Bewertung der Kapitel 7 und 9.2 Kapiteln des aktuellen Entwurfs des Geriatriekonzepts für das Bundesland Baden-Württemberg in der Fassung vom 15.09.2011 und in der Überarbeitung vom Juli 2012. Der Fokus liegt dabei auf der ambulanten gesundheitlich-geriatrischen Versorgung.

In Abstimmung mit dem Ministerium für Arbeit, Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg wurden im Vorfeld die Themenfelder eingegrenzt. In die Betrachtungen einbezogen wurden die haus- und fachärztliche Versorgung, die Delegation bzw. Substitution hausärztlicher Aufgaben an nicht-medizinisches Fachpersonal, die Vernetzung ambulanter Versorgungsstrukturen und die medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern. Fragen der geriatrischen Aus-, Fort- und Weiterbildung von medizinischen und nicht-medizinischen Fachkräften sind eng mit den Themen der gesundheitlich-geriatrischen Versorgung verbunden. Als ambulante Versorgungsstrukturen wurden geriatrische und (geronto-) psychiatrische Institutsambulanzen, Schwerpunktpraxen sowie die ambulante und mobile geriatrische Rehabilitation betrachtet. Die Pflegeberatung, Pflegestützpunkte sowie die ambulante Palliativversorgung wurden nicht einbezogen, jedoch als präventives Beratungsangebot die zugehende Angebotsform der präventiven Hausbesuche. In der vorliegenden Expertise werden Vernetzungsmöglichkeiten zwischen ambulanter und stationärer Versorgung themenübergreifend diskutiert. Dabei diene der vom Bundesverband Geriatrie vorgeschlagene geriatrische Versorgungsverbund als Diskussionsgrundlage für die einbezogenen Experten bzgl. der Umsetzung im Bundesland Baden-Württemberg. Bereits vorhandene Versorgungsstrukturen wie die Geriatrischen Zentren und Schwerpunkte werden in der Expertise berücksichtigt. Darüber hinaus wurden auch weitere Vernetzungsmöglichkeiten auf kommunaler Ebene wie die Gesundheitskonferenzen diskutiert.

Zur Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung in Baden-Württemberg und Bewertung der **vorliegenden Entwurfsfassungen** der Kapitel 7 und 9.2. des Geriatriekonzepts werden zusammenfassend folgende Empfehlungen gegeben:

1. Zukünftige **geriatrische Versorgungsstrukturen** müssen **flexibel** auf die Ausdifferenzierung des Alters, die Veränderungen der Morbidität und unterschiedlichen Versorgungserfordernisse reagieren können. Dabei gilt es besonders Ressourcen zu erkennen und gezielt zu fördern. Die Verzahnung von Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation, Kuration und Pflege zur Gewährleistung einer abgestuften, sinnvoll ineinandergreifenden, von Kontinuität gezeichneten Versorgung in Wohnortnähe, aber auch die Einbindung und Förderung von informellen Unterstützungs- und Hilffsystemen stellen besondere Herausforderungen für das zukünftige Gesundheitssystem dar. Zur Erkennung geriatrischer Patienten in der täglichen Versorgungspraxis sollten Kurzscreenings sowohl in der ambulanten und stationären Versorgung eingesetzt werden, welche auch von

nicht geriatrisch geschultem Personal leicht anwendbar sind. Daran anschließen sollte sich ein geriatrisches Assessment zur Festlegung des individuellen Versorgungsbedarfs. Die zukünftige Versorgung älterer multimorbider und geriatrischer Patienten ist nur im Zusammenspiel ambulanter und stationärer Versorgungsformen zu realisieren. Dafür bedarf es einer politischen **Aufweichung von Sektorengrenzen**, welche bisher nur in einzelnen Modellen der Integrierten Versorgung erprobt wird.

2. Im Entwurf des Geriatriekonzepts werden verschiedene Möglichkeiten genannt, wie die **ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern** verbessert werden kann. Eine weitere Vertiefung des Themas ist jedoch notwendig. So ist neben der hausärztlichen Versorgung auch die fachärztliche Versorgung in Pflegeheimen zu optimieren. Hierbei gilt es, für die Versorgung von Heimbewohnern relevante Facharztgruppen stärker einzubinden; empfohlen wird eine vermehrte Kooperation mit in regionalen Ärztenetzen eingebundenen Augenärzten, HNO-Ärzten, Psychiatern und Zahnärzten. Im Zentrum stehen flexibel an die individuelle Bedarfslage der Region/des Kreises angepasste Modelle. Dabei sollten auch Bedarfe von Ärzten berücksichtigt werden, z.B. durch Ermöglichung von Teilzeit-Arbeitsmodellen. Erforderlich ist insbesondere die Einführung einer koordinierenden Instanz, die sich am Modell des Medical-Directors aus den USA orientieren könnte und eine Lotsenfunktion übernimmt.
3. In Baden-Württemberg gilt es, sich auf einen zukünftigen Ärztemangel insbesondere im ländlichen Raum einzustellen. Empfohlen wird in Modellen die **Substitution bzw. Delegation hausärztlicher Aufgaben** über die Einbindung unterschiedlicher Berufsgruppen, auch neuer Qualifizierungen, zu erproben. Dabei ist sicherzustellen, dass alle Patienten bedarfsgerecht die gleichen Zugangschancen bzgl. der Inanspruchnahme dieses Versorgungsangebotes erhalten. Bei der Delegation bzw. Substitution hausärztlicher Aufgaben sind u.a. eine bedarfsangemessene Aufgabenverteilung und die dafür notwendigen Qualifikationen sowie die Überprüfung bisheriger Ausbildungswege und Studiengänge zu klären. Bei einer Übernahme zusätzlicher (ärztlicher) Aufgaben durch eine bestimmte Berufsgruppe ist auf eine entsprechende Personalausstattung und sachgerechte Vergütung zu achten. Die Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams muss verbessert und ausgebaut werden. Bestehende Aus- und insbesondere Weiterbildungsangebote sind entsprechend der späteren multiprofessionellen Teamarbeit zu konzipieren und ggf. umzustrukturieren. Ziel muss auch eine verbesserte Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe insbesondere auf kommunaler Ebene sein, um Schnittstellen und Parallelstrukturen zu vermeiden. Es bedarf einer klaren Abstimmung aller Beteiligten auf kommunaler Ebene, idealerweise über eine koordinierende Instanz. Förderlich sind auch berufsgruppenübergreifende Poolkompetenzen.
4. Bezüglich des aufsuchenden Beratungsangebots der **präventiven Hausbesuche** wird im Entwurf des Geriatriekonzepts nur auf die inhaltliche Zielsetzung der Risikoidentifikation und Beratung eingegangen. Weitere Zielsetzungen und auch Zielgruppen sollten aufge-

nommen werden und damit die zugehende präventive Angebotsform hinsichtlich Relevanz und Ausgestaltung konkretisieren. Da der präventive Hausbesuch kein geschützter Begriff ist, es derzeit kein allgemein gültiges Konzept in Deutschland gibt und präventive Hausbesuche kein Bestandteil der Regelversorgung sind, sollten Modellvorhaben weiterhin gefördert und wissenschaftlich evaluiert werden. Empfohlen wird, die zugehende Beratung in Form von präventiven Hausbesuchen beizubehalten und für besonders vulnerable Gruppen auszubauen. Die Einbeziehung der Familiengesundheitspflege stellt nur eine Möglichkeit der Qualifizierung dar. Weitere Berufsgruppen und entsprechende qualitätsgesicherte Weiterbildungsmöglichkeiten sind einzubeziehen. Dem im Geriatriekonzept empfohlenen fachlichen Austausch verschiedener Berufsgruppen zu Fragen der präventiven Beratung im häuslichen Umfeld ist zuzustimmen. Dies gilt auch für die Kommunikation und Vernetzung mit bereits bestehenden Versorgungsangeboten, um die Betroffenen und deren Angehörige nicht mit den unterschiedlichsten Beratungsinstanzen zu überfordern. Die Vernetzung von kommunalen Angeboten trägt zur besseren Koordination und Unterstützung des älteren Menschen bei individuell identifizierten Bedarfslagen bei. Bei der Etablierung von präventiven Hausbesuchsprogrammen sollte die kommunale Anbindung und Vernetzung mit bestehenden Strukturen gefördert werden. Auch die Vernetzung mit Geriatriischen Schwerpunkten und Gesundheitskonferenzen sollte angestrebt werden.

5. Der Abschnitt zu den **Institutsambulanzen** im derzeitigen Geriatriekonzept muss entsprechend der neuen Gesetzgebung des § 118a SGB V ausdifferenziert werden. Die Arbeitsbereiche der geriatriischen Institutsambulanzen und der anderer Ärzte sind konkret abzugrenzen, um Parallelstrukturen zu vermeiden. Der Übergang der Patienten zu den Institutsambulanzen und zurück zu den Ärzten bedarf einer klaren Regelung. Die Finanzierung der geriatriischen Institutsambulanzen ist für alle Akteure im Gesundheitssystem transparent und nachvollziehbar darzustellen. Die Aussagen im Geriatriekonzept zu (geronto-)psychiatrischen Institutsambulanzen können bestätigt werden. Unterschiede in den Leistungen und Vergütungen von (geronto-)psychiatrischen Institutsambulanzen und psychiatrischen Fachärzten sollten deutlicher herausgestellt werden.
6. **Schwerpunktpraxen** werden im aktuellen Entwurf des Geriatriekonzepts nicht mehr explizit thematisiert. Vor dem Hintergrund der Diskussionen in Baden-Württemberg und dem derzeitigen Stand des Geriatriekonzeptes ist nicht geplant, das Konzept der geriatriischen Schwerpunktpraxis weiter zu verfolgen. Die Argumente sind nachvollziehbar. Auf Empfehlungen wird daher verzichtet.
7. In das Geriatriekonzept sollte eine Übersicht über bestehende ambulante, mobile und stationäre geriatriische Rehabilitationseinrichtungen aufgenommen werden. Geriatriische und indikationspezifische Rehabilitation ist sowohl für von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen als auch für bereits Pflegebedürftige zentral. Das Geriatriekonzept sollte dieses explizit herausstellen. Im Geriatriekonzept fällt positiv auf, dass keine Ge-

wichtung bzgl. der stationären, ambulanten und mobilen Rehabilitation vorgenommen wird. Dies unterstreicht die zukünftige Bedeutung ambulanter Versorgungsformen und den politischen Grundsatz „ambulant vor stationär“. Ein abgestuftes und in seinen Elementen aufeinander abgestimmtes Versorgungssystem ist laut Geriatriekonzept die Voraussetzung für die Umsetzung der Leitsätze „ambulant vor stationär“ und „Reha vor Pflege“. Dem ist uneingeschränkt zuzustimmen, zumal es auch kompatibel ist mit der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK), für welche in Baden-Württemberg bereits Handlungsempfehlungen zur Umsetzung auf regionaler und kommunaler Ebene formuliert wurden. Insgesamt wird empfohlen, die Vorzüge der **ambulanten Rehabilitation** stärker zu betonen. Es wird empfohlen, im Geriatriekonzept den Absatz zu den Voraussetzungen für eine ambulante geriatrische Rehabilitation mit den bestehenden Rahmenempfehlungen, zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation (2004), der Arbeitshilfe zur geriatrischen Rehabilitation (BAR 2008) sowie der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation (2012) abzugleichen. Die Ausschlusskriterien könnten zur Abgrenzung gegenüber der stationären geriatrischen Rehabilitation zusätzlich aufgenommen werden. Der Zugang zur geriatrischen Rehabilitation aus der ambulanten Versorgung und eine damit verbundene frühzeitige Reha-Bedarfserkennung sollte durch eine ausreichende Anzahl qualifizierter Ärzte sichergestellt werden. Insbesondere die Reha-Bedarfserkennung auch bei bereits Pflegebedürftigen und in Pflegeheimen lebenden Menschen ist zu verbessern.

8. Ein eigenständiges Unterkapitel zur **mobilen geriatrischen Rehabilitation** als eine Sonderform der ambulanten Rehabilitation wird ausdrücklich begrüßt. Öffentlichkeitsarbeit – idealerweise unter Einbezug der Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation (BAG MoRe) – kann zur Überwindung bestehender Umsetzungsbarrieren beitragen; ebenso eine Vereinfachung des Zugangsverfahrens. Die gesetzliche Verankerung der mobilen Rehabilitation sowie die dazu gehörigen Rahmenempfehlungen von 2007 sollten erwähnt werden. Bei der Bedarfsermittlung gilt es, auf bestimmte Kontextfaktoren, den regionalen Bedarf und die jeweils örtlichen Versorgungsstrukturen zu verweisen.
9. Die **Aus-, Fort- und Weiterbildung** im Bereich der Geriatrie muss qualitativ und quantitativ verbessert werden. Dies erfordert einen Ausbau der fachspezifischen Qualifizierung aller an der Versorgung geriatrischer Patienten beteiligter Berufsgruppen auf allen Qualifizierungsebenen. Besonderer Wert sollte dabei auf interdisziplinäre Angebote gelegt werden, um das Verständnis zwischen den Professionen und die Zusammenarbeit der Gesundheits(fach)berufe zu fördern. Dieses kann kurzfristig bereits in der Fort- und Weiterbildung realisiert werden. Mittelfristig sollten auch in der Ausbildung Medizinstudierende und Studierende der Gesundheitsfachberufe gemeinsam Studienabschnitte absolvieren. Ein abgestuftes Fort- und Weiterbildungskonzept mit verschiedenen Spezialisierungsebenen für Ärzte ist notwendig. Zu klären ist dabei u.a., inwieweit und welche unterschiedlichen Qualifikationen für den ambulanten und stationären Sektor benötigt



werden. Es wird empfohlen, *Weiterbildungen* als Verbundweiterbildung zu organisieren, so wie sie bereits für die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner in Baden-Württemberg existiert. Zudem sollten Ärzte im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung auch allgemeine Kompetenzen erwerben können, um z.B. in multidisziplinären Teams kompetenter agieren (z.B. als Leiter) zu können. Es sollten vor allem bereits niedergelassene Allgemeinmediziner und Internisten zu *geriatrischen Fortbildungen* motiviert werden; Qualitätszirkel sind verstärkt für Fortbildungen zu nutzen. Die Erlangung der *Zusatz-Weiterbildung* Geriatrie sollte für Hausärzte parallel zur ihrer Tätigkeit realisierbar sein. Zu empfehlen ist ein modular aufgebautes Weiterbildungssystem, um diese leichter praxisbegleitend zu absolvieren.

10. Die **Kommunikation und Vernetzung** mit bestehenden Versorgungsangeboten ist in der Versorgung älterer Patienten unabdingbar. Ziel sollte eine Kooperation im Sinne eines Case- und Caremanagements sein. Die Ausprägung und Gestaltung der Vernetzung bedarf im Geriatriekonzept einer konkreten Ausdifferenzierung. Zu empfehlen ist die Erprobung und Evaluierung geriatrischer Netzwerke in Modellregionen, um geriatrische Versorgungsstrukturen wohnortnah zu verbessern und Schnittstellen und Parallelstrukturen zu vermeiden bzw. zu beseitigen. Die Angebote und Strukturen sollten transparent sein und den Bürgern, Akteuren und Professionellen kommuniziert werden. Für die Steuerung der Vernetzung bedarf es einer verantwortlichen Instanz. Bei der Vernetzung von Akteuren der geriatrischen Versorgung ist die Einrichtung koordinierender Instanzen auf der Kommunalebene zu empfehlen. Hierzu sollen geriatrische Vernetzungen mit einer klaren Kommunikations- und Kooperationsstruktur in Modellregionen entwickelt und evaluiert werden. Dabei können ggf. auch bereits bestehende Strukturen eingebunden und ausgebaut werden. Geriatrische Schwerpunkte und Zentren sind hierfür am besten geeignet, weil sie flächendeckend vorhanden sind und die Vernetzung von Strukturen zum Ziel haben. Daneben kommen die Kommunalen Gesundheitskonferenzen in Betracht, weil es sich dabei um politische Gremien handelt, in denen unterschiedliche Interessenvertreter gemeinsam agieren und Kontakt zu allen für die geriatrische Versorgung relevanten Akteuren in der Region bestehen. Die Teilnahme an den Netzwerken sollte träger- und sektorenübergreifend erfolgen und verpflichtend sein oder durch entsprechende Anreize gewährleistet werden.

## Literaturverzeichnis

Ärzte Zeitung 2012: Internisten: Der Trend geht zur personalisierten Medizin  
<http://www.aerztezeitung.de/kongresse/kongresse2012/wiesbaden2012-dgim/article/804149/internisten-trend-geht-personalisierten-medizin.html> [04.10.2012].

Aeksh - Ärztekammer Schleswig-Holstein (2012): Modellprojekt "HELVER"  
[http://www.aeksh.de/med\\_assistenzberufe/modellprojekt\\_helver/modellprojekt\\_helver.html](http://www.aeksh.de/med_assistenzberufe/modellprojekt_helver/modellprojekt_helver.html)  
[30.10.2012].

Akademie für Wirtschafts- und Sozialmanagement (2012): Staatlich geprüfte Fachkraft Gerontopsychiatrie  
[http://www.fuu-ak-wiso.de/index.php/ak\\_wiso/weiterbildungen\\_pflegefachkraefte/fachkraft\\_gerontopsychiatrie\\_sstaatlich\\_geprueft](http://www.fuu-ak-wiso.de/index.php/ak_wiso/weiterbildungen_pflegefachkraefte/fachkraft_gerontopsychiatrie_sstaatlich_geprueft) [16.07.2012].

AMDA - American Medical Directors Association (2011): White paper on the nursing home medical director: leader and manager. Updates Resolution A06.  
[http://www.pamda.org/storage/AMDA-DELB-21\\_a-11%20-%20the%20nursing%20home%20medical%20director%20leader%20and%20manager.pdf](http://www.pamda.org/storage/AMDA-DELB-21_a-11%20-%20the%20nursing%20home%20medical%20director%20leader%20and%20manager.pdf)  
[08.01.2013].

Amelung, V.E. (2012): Integrierte Versorgung: In: Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen: 328-330.

Amrhein, L. (2013): Die soziale Konstruktion von „Hochaltrigkeit“ in der jungen Altersgesellschaft. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46 (1): 10-13.

AOK Bayern (2013): Das AOK-Pflegenetz  
<http://www.aok-gesundheitspartner.de/by/iv/ivp/index.html> [27.03.2013].

AOK Sachsen-Anhalt (2013): Vertrag „Ambulante geriatrische Komplexbehandlung durch interdisziplinäre fachübergreifende Versorgung des betroffenen Patientenklintels in einer geriatrischen Schwerpunktpraxis im Rahmen der integrierten Versorgung nach § 140 a ff SGB V.“  
[http://www.kvsa.de/fileadmin/user\\_upload/PDF/Praxis/Ambulanter\\_Geriatrischer\\_Reha\\_Komplex/agr\\_aok\\_vertrag\\_schoenebeck\\_anlage2.pdf](http://www.kvsa.de/fileadmin/user_upload/PDF/Praxis/Ambulanter_Geriatrischer_Reha_Komplex/agr_aok_vertrag_schoenebeck_anlage2.pdf) [01.04.2013].

Arend, S. (2009): Der Heimarzt bleibt bis auf weiteres Vision. Prognose aus Trägersicht. In: Altenheim 4 (7): 22-25.

AWO (2011): Qualitätsbericht 2011. Stationäre Seniorenbetreuung. AWO München  
[http://awo-muenchen.de/fileadmin/Content/Aktuelles/Qualitaetsbericht\\_SSB\\_2011.pdf](http://awo-muenchen.de/fileadmin/Content/Aktuelles/Qualitaetsbericht_SSB_2011.pdf)  
[01.04.2013].

Bach, I. (2011): Hintergrund: Von Heimärzten profitieren die Bewohner – und auch die Krankenkassen  
[http://www.gesundheitsberater-berlin.de/pflegeheime\\_themen\\_medizinische-versorgung-im-heim/hintergrund-von-heimarzten-profitieren-die-bewohner-und-auch-die-krankenkassen/](http://www.gesundheitsberater-berlin.de/pflegeheime_themen_medizinische-versorgung-im-heim/hintergrund-von-heimarzten-profitieren-die-bewohner-und-auch-die-krankenkassen/)  
[01.04.2013].

- BBSR - Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2013)  
[www.bbsr.bund.de/.../Kreistypen/.../Download\\_ref\\_krs09\\_kty08\\_xls](http://www.bbsr.bund.de/.../Kreistypen/.../Download_ref_krs09_kty08_xls) [01.04.2013].
- Bachmann, S.; Finger, C.; Huss, A.; Egger, M.; Stuck, A.E. et al. (2010): Inpatient rehabilitation specifically for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. In: BMJ 340: c1718.
- BÄK – Bundesärztekammer (2010): Fortbildungscurriculum für Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte „Nicht-ärztliche Praxisassistentin“ nach § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V  
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.99.3478.3860.3867.7938> [19.03.2013].
- BÄK - Bundesärztekammer (2012): Resolution zur Delegation  
[http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/24022012\\_-\\_Resolution\\_Verbaendegespraech.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/24022012_-_Resolution_Verbaendegespraech.pdf) [17.07.2012].
- Baltes, P. B.; Mayer, K.U. (Hrsg.): The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 100. New York: Cambridge University Press.
- BAR – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (2008): Arbeitshilfe zur geriatrischen Rehabilitation. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (6)  
[http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/Arbeitshilfe\\_Geriatrie.pdf](http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/Arbeitshilfe_Geriatrie.pdf) [26.03.2013].
- Bauer, M.; McBride, L.; Williford, W.; Glick, H.; Kinosian, B. et al. (2006): Cooperatives Study Program 430 study team. Collaborative care for bipolar disorder: Part II impact on clinical outcome, function, and costs. In: Psychiatric services 57 (7): 937-945.
- Becker, C.; Koczy, P.; Rissmann, U.; Lindemann, B. (2005): Medizin im Altenheim – eine „alte“ Domäne der Geriatrie. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38 (1): 24-27.
- Beneker, C. (2012): MoNi setzt die Spritze an. In: Ärzte Zeitung 18.07.2012  
[http://www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/praxisfuehrung/article/818233/moni-setzt-spritze.html](http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/praxisfuehrung/article/818233/moni-setzt-spritze.html) [26.10.2012].
- van den Berg, N.; Kleinke, S.; Heymann, R.; Oppermann, R.F.; Jakobi, B. et al. (2010): Überführung des AGnES-Konzeptes in die Regelversorgung: Juristische Bewertung, Vergütung, Qualifizierung. In: Gesundheitswesen 72 (5): 285 - 292.
- van den Berg, N.; Meinke, C.; Heymann, R.; Fiß, T.; Suckert, E. et al. (2009): AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter. Evaluation der Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz. In: Deutsches Ärzteblatt 106 (1-2): 3-9.
- Bethesda Ulm 2012: Fortbildung "Zercur Geriatrie" startet am 5. Dezember 2012  
[http://www.bethesda-ulm.de/Events-detail-view.1334.0.html?&L=2&tx\\_ttnews\[tt\\_news\]=1712&cHash=6931dd8fc51ea5488dc57886fde622c8](http://www.bethesda-ulm.de/Events-detail-view.1334.0.html?&L=2&tx_ttnews[tt_news]=1712&cHash=6931dd8fc51ea5488dc57886fde622c8) [13.07.2012].

Bezirksärztekammer Nordwürttemberg (2012): Wir qualifizieren uns! Fortbildung zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung  
<http://www.aerztekammer-bw.de/30mefa/30fortbildung/10fachwirt-versorgung/01.pdf>  
[11.07.2012].

BGBl - Bundesgesetzblatt (2012): Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – Psych-EntgG). Teil I. Nr. 35  
[http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBl&bk=Bundesanzeiger\\_BGBl&start=//%27bgbl112s1613.pdf%27](http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&bk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//%27bgbl112s1613.pdf%27) [29.08.2012].

Bickel, H: (2005) Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. In: Wallesch, C.W.; Förstl, H. (Hrsg): Demenzen. Referenzreihe Neurologie. Stuttgart: Thieme Verlag.

BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung (2013): Bildungsprämie  
<http://www.bildungspraemie.info/index.php> [07.03.2013].

BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, Jugend (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Alter und Gesellschaft. Stellungnahme der Bundesregierung. Bericht der Sachverständigenkommission.

BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, Jugend (2004): Altenhilfestrukturen der Zukunft. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Bundesmodellprogramm  
<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-altenhilfestrukturen-der-zukunft,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf> [13.03.2013].

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2012): Das Pflege- Neuausrichtungsgesetz. Stand: nach der 3. Lesung im Bundestag, Frankfurt/Main: Druck- und Verlagshaus Zarbock.

Bodenheimer, T; Wagner, E.H.; Grumbach, K . (2002): Improving primary care for patients with chronic illness. The chronic care-model . In: JAMA 288 (15): 1909-1914.

Bundesministerium der Justiz (2012): Bundesministerium für Gesundheit. Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Neufassung der Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie)  
[http://www.g-ba.de/downloads/62-492-666/BPL-RL\\_2012-12-20\\_BAnz.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/62-492-666/BPL-RL_2012-12-20_BAnz.pdf) [01.04.2013].

Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hrsg.) (2005): Experten-Hearing „Präventiver Hausbesuch im Alter“. Dokumentation.

van den Bussche, H.; Schröfel, S.-C.; Löschmann, C.; Lübke, N. (2009): Organisationsformen der hausärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland und im benachbarten Ausland. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin (7): 296-301.

BV Geriatrie - Bundesverband Geriatrie e.V. (Hrsg.) (2010): Weißbuch Geriatrie. Die Versorgung geriatrischer Patienten: Strukturen und Bedarf - Status Quo und Weiterentwicklung. Eine Analyse durch die GEBERA Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH. Stuttgart: Kohlhammer.

BV Geriatrie - Bundesverband Geriatrie e. V. (2012): Bundesverband Geriatrie befürwortet die Einführung von „Geriatrischen Institutsambulanzen“  
[http://www.bv-geriatrie.de/presse/20120518\\_Geriatriische%20Institutsambulanzen.pdf](http://www.bv-geriatrie.de/presse/20120518_Geriatriische%20Institutsambulanzen.pdf)  
[13.03.2013].

BV Geriatrie – Bundesverband Geriatrie e.V. (2013): Zertifiziertes Curriculum Geriatrie (Zercur Geriatrie)<sup>®</sup>  
<http://www.bv-geriatrie.de/index.php?page=bildung> [13.03.2013].

Caplan, G. (1964): Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books.

Carlsen, B.; Glenton, C. (2011): What about N? A methodological study of sample-size reporting in focus group studies. In: BMC Medical Research Methodology 11 (26).

Carrier, M.; Warschau, G. (2012): Warten, bis der Arzt kommt? In: Altenheim 7: 34-37.

Coqui, U. (2012): Präventive Hausbesuche. Ein Arbeitsfeld für die Ergotherapie. In: Ergotherapie und Rehabilitation 51 (9): 23-25.

DBfK - Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (2013): Kompetenzzentrum Familiengesundheitspflege  
<http://www.familiengesundheitspflege.de/> [28.03.2013].

Deutsches Ärzteblatt (2012): Neues 60-Stunden-Curriculum „Geriatrische Grundversorgung“  
<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/51578/Neues-60-Stunden-Curriculum-Geriatrische-Grundversorgung> [15.05.2013].

Deutscher Bundestag (2012): Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss). Berlin: BT-Drucks. 17/9992.

Deutscher Bundestag - Ausschuss für Gesundheit (2012): Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Ausschussdrucks. 17(14)0249(28).

Deutscher Bundestag (2013): Entwicklung der Versorgung mit medizinischer Rehabilitation. Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der Abgeordneten Steffen-Claudio Lemme, Bärbel Bas, Elke Ferner, weiterer Abgeordneter der Fraktion der SPD. Drucksache 17/12264  
<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/122/1712264.pdf> [13.03.2013].

DGG - Deutsche Gesellschaft für Geriatrie; DGGG - Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie; Bundesarbeitsgemeinschaft für Klinisch-Geriatrische Einrichtungen (2007): Definition Geriatrischer Patienten  
[http://www.ekweende.de/media/fachabteilungen/geriatrie/info\\_geriatr\\_patient.pdf](http://www.ekweende.de/media/fachabteilungen/geriatrie/info_geriatr_patient.pdf)  
[03.04.2013].

DGG – Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (2011a): Geriatrie an der Universität  
<http://www.dggeriatrie.de/nachwuchs/geriatrie-an-der-universitaet.html> [24.03.2013].

DGG – Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (2011b): Vorschlag der DGG zur Neueinordnung des Fachgebietes Geriatrie in die MWBO

- <http://www.dggeriatrie.de/weiterbildung/vorschlag-zur-neueinordnung-in-die-mwbo.pdf>  
[11.07.2012].
- DGG – Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (2012a): Vier Fragen an den neuen Präsident der DGG  
<http://www.dggeriatrie.de/dgg/445-vier-fragen-an-den-neuen-president-der-dgg.html>  
[19.03.2013].
- DGG – Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (2012b): Facharzt Innere Medizin und Geriatrie  
<http://www.dggeriatrie.de/weiterbildung/facharzt-innere-medizin-und-geriatrie.pdf>  
[11.07.2012].
- DGG – Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (2012c): Zusatz-Weiterbildung Geriatrie  
<http://www.dggeriatrie.de/weiterbildung/zusatz-weiterbildung-geriatrie.pdf> [11.07.2012]
- DGG – Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (2012d): Zusatzqualifikation Geriatriische Rehabilitation  
<http://www.dggeriatrie.de/weiterbildung/zusatz-qualifikation-geriatriische-rehabilitation.pdf>  
[11.07.2012].
- DGG - Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (2012e): Stellungnahme der DGG zur Weiterbildung. Aktueller Stand der Diskussion zur Weiterbildung im Fachgebiet Geriatrie  
<http://www.dggeriatrie.de/weiterbildung/stellungnahme-der-dgg-zur-weiterbildung.pdf>  
[04.10.2012].
- DGG - Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (2013a): BÄK votiert für das Curriculum Geriatrie – Facharzt Geriatrie bleibt das Ziel  
<http://www.dggeriatrie.de/home/aktuelle-meldungen/41-aktuelle-meldungen/518-baek-votiert-fuer-das-curriculum-geriatrie-facharzt-geriatrie-bleibt-das-ziel.html> [19.03.2013].
- DGG - Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (2013b): Neue 60-Stunden-Fortbildung „Geriatriische Grundversorgung“ startet  
<http://www.dggeriatrie.de/weiterbildung/37-weiterbildung/574-neue-60-stunden-fortbildung-geriatriische-grundversorgung-startet.html> [15.05.2013].
- Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (Hrsg.) (2007): Ärztliche Versorgung im Pflegeheim  
<http://www.diakonie.de/media/Texte-2007-11-Versorgung-Pflegeheim.pdf> [05.03.2013].
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (Hrsg.) (2008): Mobile Rehabilitation. Ein neues Konzept der Teilhabesicherung. Diakonie-Texte 14.2008.
- DIP - Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.) (2008): Präventive Hausbesuche bei Senioren. Projekt mobil – der Abschlussbericht. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- DPR – Deutscher Pflegerat (2008): Schwester AGnES. Ein Schritt vor und zwei zurück. In: DPR Newsletter Mai 2008  
[http://www.deutscher-pflegerat.de/dpr.nsf/0/54161903A063D4F3C125743D0051279B/\\$file/DPR-Newsletter%20-%20Mai%202008.pdf](http://www.deutscher-pflegerat.de/dpr.nsf/0/54161903A063D4F3C125743D0051279B/$file/DPR-Newsletter%20-%20Mai%202008.pdf) [17.07.2012].

- DPR – Deutscher Pflegerat (2012): Sturm im Wasserglas – Keine Auswirkung der Richtlinie zu § 63 (3c) SGB V auf Delegation  
[http://www.deutscher-pflegerat.de/dpr.nsf/FADE1C917F6336C8C1257A3D0038D5F9/\\$File/DPR-Information\\_Heilkunde-Übertragungs-Richtlinie\\_120716.pdf](http://www.deutscher-pflegerat.de/dpr.nsf/FADE1C917F6336C8C1257A3D0038D5F9/$File/DPR-Information_Heilkunde-Übertragungs-Richtlinie_120716.pdf) [17.07.2012].
- DVfR - Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2012): Positionspapier der DVfR: Zur Weiterentwicklung der geriatrischen Rehabilitation im Kontext der Behindertenrechtskonvention (BRK), Heidelberg, 23.07.2012  
[http://www.dvfr.de/fileadmin/download/Stellungnahmen/Positionspapier\\_GeriReha\\_Stand\\_23\\_07\\_2012\\_EF.pdf](http://www.dvfr.de/fileadmin/download/Stellungnahmen/Positionspapier_GeriReha_Stand_23_07_2012_EF.pdf) [12.03.2013].
- Eberl, I.; Schüssler, D.; Lobenwein, P. (2008): Modellprojekt Familiengesundheitspflege. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung. In: Die Schwester/Der Pfleger 47 (6): 543-545.
- Education Portal (2013): Medical Director: Responsibilities, Requirements and Career Info  
[http://education-portal.com/articles/Medical\\_Director\\_Responsibilities\\_Requirements\\_and\\_Career\\_Info.html](http://education-portal.com/articles/Medical_Director_Responsibilities_Requirements_and_Career_Info.html) [08.01.2013].
- Elkan, R.; Kendrick, D.; Dewey, M.; Hewitt, M.; Robinson, J. et al. (2001): Effectiveness of home-based support for older people: systematic review and meta-analysis. In: BMJ 323 (7315): 1-9.
- Enders, A.; Schmidt, R. (2008): Ärztliche Versorgung in der stationären Pflege: Defizite und Impulse zur Problemlösung. In: Dieffenbach, S. et al. (Hrsg.): Management Handbuch Pflege. E4500. Heidelberg: Economica 2008, 18. Aktual: 1-27.
- FALK – Freie Allianz der Länder-KVen (2012): Presseinformation. Geriatrische Institutsambulanzen lösen Versorgungsprobleme einer älter werdenden Gesellschaft nicht. FALK-KVen fordern Stärkung der Niedergelassenen vor Ort. Berlin  
[http://www.kvhessen.de/Presse/Presseinformationen/Pressemeldungen%202012/Falk\\_Pressemeldung\\_%20Geriatrische%20Institutsambulanzen.print](http://www.kvhessen.de/Presse/Presseinformationen/Pressemeldungen%202012/Falk_Pressemeldung_%20Geriatrische%20Institutsambulanzen.print) [29.08.2012].
- Flick, U. (2007): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek: Rowohlt.
- Fried, L.P.; Tangen, C.M.; Walston, J.; Newman, A.B.; Hirsh, C. et al. (2001): Frailty in older adults: evidence for a phenotype. In: Journal of Gerontology: Biological Sciences 56 (3): M146–M156.
- GBE Bund - Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2012a): Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Schwerpunktbezeichnung  
<http://www.gbe-bund.de> [11.07.2012].
- GBE Bund- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012b): Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Gebiets- und Facharztbezeichnung  
<http://www.gbe-bund.de> [11.07.2012].
- Gensichen, J.; Muth, C.; Butzlaff, M.; Rosemann, T.; Raspe, H. et al. (2006): Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung. Übergreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronische Kranke. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 100 (5): 365–374.

Gensichen, J.; Rosemann, T. (2007): Das Chronic Care Modell: Elemente einer umfassenden Behandlung für Patienten mit chronischen Krankheiten. DEGAM-Serie: Betreuung von Patienten mit chronischen Krankheiten. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 83: 483-486.

Geriatrische Akademie Brandenburg (2012): Basiskurs Geriatrie  
<http://www.geriatrie-brandenburg.de/basiskurs-geriatrie.php> [11.07.2012].

Geriatrisches Zentrum Freiburg 2013: Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg  
<http://www.uniklinik-freiburg.de/zggf/live/ForschungLehre/Lehre.html> [19.02.2013].

Geriatrisches Zentrum Tübingen 2013  
<http://www.medizin.uni-tuebingen.de/Patienten/Zentren/Geriatriches+Zentrum-p-760.html>  
[19.02.2013].

Gerlach, I.; Brenk-Franz, K.; Gensichen, J. (2011): Qualifizierung von MFA für delegierbare Tätigkeiten in der häuslichen Umgebung von allgemeinärztlichen Patienten. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 87 (6): 280-286.

Gerlach, F.M.; Mergenthal, K.; Roehl, I.; Gondan, M.; Beyer, M. (2012): Arbeitspakete 3 und 4: Evaluation des VERAH-Einsatzes, Implementierung der Leitlinie „Herzinsuffizienz“. Vortrag im Rahmen des Hauptstadtkongresses 2012 - Symposium und Podiumsdiskussion „Wissenschaftliche Untersuchung des AOK-Hausarztvertrages in Baden-Württemberg“  
[http://www.hzv-aktuell.de/fileadmin/user\\_upload/Praesentationen/6\\_Gerlach\\_HZV-Evaluation\\_Berlin\\_15.06.pdf](http://www.hzv-aktuell.de/fileadmin/user_upload/Praesentationen/6_Gerlach_HZV-Evaluation_Berlin_15.06.pdf) [11.07.2012].

GerN Radeburg – Geriatrisches Netzwerk Radeburg (2013)  
<http://gern-radeburg.de/> [22.02.2013].

Gerst, T. (2012): Nichtärztliche Praxisassistentin. Die Versorgung im Team sichern: In: Deutsches Ärzteblatt 109 (11): A516-A520  
<http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=123833> [17.07.2012].

Gesundheitsbeirat der Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München; Bayerischer Forschungsverbund Public Health – Öffentliche Gesundheit (Hrsg.) (2002): Dokumentation der Gesundheitskonferenz am 19. Juni 2002: Prävention im Alter, Geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen  
[http://www.gesundheitsbeirat-muenchen.de/html/pdf/archiv/doku\\_praev.pdf](http://www.gesundheitsbeirat-muenchen.de/html/pdf/archiv/doku_praev.pdf) [07.03.2013].

Gläser, J.; Laudel, G. (2010): Experteninterview und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: VS - Verlag für Sozialwissenschaften.

van Haastregt, J.; Diederiks, J.; van Rossum, E.; de Witte, L.; Crebolder, H. (2000): Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. In: BMJ 320 (7237): 754-758.

Hallauer, J.; Bienstein, C.; Lehr, U.; Rönsch, H. (2005): SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincentz Network marketing Service.

Hartmannbund (2012): Positionspapier. „Zukunft des Arztberufes“ Herausforderungen und Perspektiven. Lösungsansätze aus der Umfrage unter den Medizinstudierenden des Hartmannbundes. Berlin



[http://www.hartmannbund.de/uploads/Downloads/2012\\_Positionspapier\\_Zukunft-des-Arztberufes.pdf](http://www.hartmannbund.de/uploads/Downloads/2012_Positionspapier_Zukunft-des-Arztberufes.pdf) [06.03.2013].

Haußmann, J. (2012): Pressemitteilung FDP/DVP-Fraktion in Baden-Württemberg. Geriatrie Insti-  
tutsambulanzen dürfen Hausärzte nicht schwächen. Der Aufbau neuer Strukturen führt zu mehr  
Kosten

<http://www.wp.fdp-rems-murr.de/1215/jochen-hausmann-mdl-geriatrieinstitutsambulanzen-durfen-hausarzte-nicht-schwachen/> [29.08.2012].

Hibbeler, B. (2007): Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen: Von Kooperationen profitieren alle. In: Dt.  
Ärzteblatt 104 (48).

Hibbeler, B. (2010): Kassen legen erstmals Statistik vor. In: Deutsches Ärzteblatt 107 (49).

Hibbeler, B. (2012): Ausgaben für Reha sinken. In: Deutsches Ärzteblatt 109 (26).

Hill, K.; Moore, K.; Dorevitch, M.; Day, L. (2008): Effectiveness of Falls Clinics: An Evaluation of Out-  
comes and Client Adherence to Recommended Interventions. In: Journal of the American Geri-  
atrics Society 56 (4): 600-608.

Hochschulrektorenkonferenz 2013:

<http://www.hochschulkompass.de/studium/suche/profisuche.html> [19.02.2013].

Höppner, K.; Kuhlmeier, A. (2009): Gesundheitsberufe im Wandel. Relation von ärztlichen und nicht  
ärztlichen Berufsgruppen. In: GGW 9 (2): 7–14.

Hughes, E.C. (1958): Men and their work. Glencoe, IL: Free Press.

John, B. (2011): Weißbuch Geriatrie – Implikationen und Bewertungen aus Sicht der Kassenärztlichen  
Vereinigung. In: Kompetenz-Centrum-Geriatrie (Hrsg.): KCG-Expertenforum 2010. Ergebnisdo-  
kumentation: 24-27.

Kalitzkus, V.; Schluckebier, I.; Wilm, S. (2009): AGnES, EVA, VerAH und Co – Wer kann den Hausarzt  
unterstützen und wie? Experten diskutieren die Zukunft der Medizinischen Fachangestellten in  
der hausärztlichen Versorgung. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 10 (9): 403 - 405

[https://www.online-zfa.de/media/article/2009/10/E253FF6A-4EBC-4988-8F7F-A442DB036BD8/E253FF6A4EBC49888F7FA442DB036BD8\\_kalitzkus\\_1\\_original.pdf](https://www.online-zfa.de/media/article/2009/10/E253FF6A-4EBC-4988-8F7F-A442DB036BD8/E253FF6A4EBC49888F7FA442DB036BD8_kalitzkus_1_original.pdf)  
[11.07.2012].

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2012)

[http://www.kvbawue.de/ueber\\_uns/statistik/diagramme/](http://www.kvbawue.de/ueber_uns/statistik/diagramme/) [27.03.2013].

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2013a)

<http://www.kvbawue.de/start-kvbw/> [27.03.2013].

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2013b): Versorgungsstand in Baden-  
Württemberg

<http://www.kvbawue.de/selbststaendigkeit/praxis-gruenden/offen-oder-gesperrt-versorgungsstand/> [27.03.2013].

- Katz, P.R.; Karuza, J.; Intrator, O.; Mor, V. (2009): Nursing Home Physician Specialists: A Response to the Workforce Crisis in Long-Term Care. In: *Annals of Internal Medicine* 150 (6): 411-413.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2009a): Klartext. Arbeit teilen, Verantwortung nicht <http://www.kbv.de/publikationen/14066.html> [13.07.2012].
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2009b): Glossar Gesundheitspolitik. <http://www.kbv.de/presse/gesundheitslexikon.asp?range=s> [13.03.2013].
- Klewer, J. (2009): Geriatriische Versorgung in Deutschland. Ansätze zur Weiterentwicklung. In: *Geriatric Journal* 11 (3): 31-33.
- Klingelhöfer, H.E.; Timm, A. (2005): Wirtschaftlichkeit ambulanter Rehabilitation – Abschließende Ergebnisse eines Projektes in Mecklenburg-Vorpommern. In: *Rehabilitation* 44 (1): 1-13.
- Klinikum Chemnitz (2010): Presseinformation. Klinikum Chemnitz als eine von drei Modellregionen für geriatrische Netzwerke in Sachsen ausgewählt [http://www.klinikumchemnitz.de/redaktion/upload/db\\_file/1293459663\\_23\\_klinikum\\_chemnitz\\_als\\_modellregion\\_fuer\\_die\\_geriatriische\\_versorgung\\_ausgewaehlt.pdf](http://www.klinikumchemnitz.de/redaktion/upload/db_file/1293459663_23_klinikum_chemnitz_als_modellregion_fuer_die_geriatriische_versorgung_ausgewaehlt.pdf) [22.02.2013].
- Klose, J.; Rehbein, I. (2011): *Ärztatlas 2011. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten*. Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO) [http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_ambulanten\\_versorg/wido\\_amb\\_pub-aerzteatlas2011\\_0511.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ambulanten_versorg/wido_amb_pub-aerzteatlas2011_0511.pdf) [23.03.2013].
- Kolb, G. (2009): Versorgungsdichte mit geriatrischer Fachkompetenz in Deutschland. In: *European Journal of Geriatrics* 11(1): 11-13 [http://www.dggeriatrie.de/images/stories/European\\_Journal\\_of\\_Geriatrics/ejg\\_0901.pdf](http://www.dggeriatrie.de/images/stories/European_Journal_of_Geriatrics/ejg_0901.pdf) [13.07.2012].
- Kompetenzzentrum Geriatrie. Info-Service des KCG (2012): Geriatriische Versorgungsstrukturen in Deutschland <http://www.kcgeriatrie.de/strukturen.htm> [01.11.2012].
- Kopp, H.; Salzhuber, J. (2007): Bessere Betreuung – zu niedrigeren Kosten. In: *Altenheim* 46 (06): 44.
- Korczak, D.; Steinhauser, G.; Kuczera, G. (2012): Effektivität der ambulanten und stationären geriatrischen Rehabilitation bei Patienten mit der Nebendiagnose Demenz. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA). Bd. 122. Köln: DIMDI.
- Kruse, A.; Gaber, E.; Heuft, G.; Oster, P.; Re, S. et al. (2002): *Gesundheit im Alter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 10*. Berlin: Verlag Robert Koch-Institut.
- Kuhlmann, A.; Lüders, S.; Franke, A.; Hampel, S.; Patzelt, C. et al. (2013, im Druck): Personalbedarf in der Altenhilfe und Altenpflege in Baden-Württemberg – Expertise unter Berücksichtigung des Bedarfs an nicht-medizinischen Fachkräften mit akademischer Qualifikation. Abschlussbericht.
- Kuhlmey, A. (2006): *Gesundes Altern – Geht das?* In: *GGW* 6 (1): 7-13.

KVB - Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2012): KVB-Vorstand zum Pflege-Neuausrichtungsgesetz: „Kooperationen müssen gefördert werden“. Pressemitteilung vom 28.3.2012

<http://www.kvb.de/presse/presseinformationen/presseinformationen-2012/28032012/>  
[12.03.2013].

KVN – Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (2012): Versorgung alter Menschen vor Ort regeln  
[http://www.kvn.de/icc/internet/nav/e1e/broker.jsp?sel\\_uCon=c0f708c3-363a-9631-c679-9317b8ff6bcb&uTem=aaaaaaaa-aaaa-aaaa-aaaa-000000000042&uMen=e1e70363-b94e-4821-b7d8-f51106fa453d&ic\\_print=true](http://www.kvn.de/icc/internet/nav/e1e/broker.jsp?sel_uCon=c0f708c3-363a-9631-c679-9317b8ff6bcb&uTem=aaaaaaaa-aaaa-aaaa-aaaa-000000000042&uMen=e1e70363-b94e-4821-b7d8-f51106fa453d&ic_print=true) [11.09.2012].

KVN – Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (2013): Projekt zur Entlastung von Hausärzten läuft 2013 weiter

<http://www.kvn.de/Medien/broker.jsp?uMen=e1e70363-b94e-4821-b7d8-f51106fa453d&uCon=a8e700a8-4ed2-4c31-27ca-ed8b8ff6bcb&uTem=aaaaaaaa-aaaa-aaaa-aaaa-000000000042> [19.03.2013].

KVSA – Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (2012): Ambulante geriatrische Rehabilitation  
[http://www.kvsa.de/praxis/vertraege\\_recht/ambulante\\_geriatrische\\_rehabilitation.html](http://www.kvsa.de/praxis/vertraege_recht/ambulante_geriatrische_rehabilitation.html)  
[11.09.2012].

LÄK (Landesärztekammer) Baden-Württemberg (2009): Die medizinisch-pflegerische Versorgung älterer Menschen: Herausforderungen und Lösungsansätze. Abschlussbericht des Gesundheitsrats Südwest, unabhängige Kommission bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg. Reutlingen.

LÄK (Landesärztekammer) Baden-Württemberg (2012a): Ärztinnen/Ärzte mit Zusatz-Weiterbildungen nach Tätigkeitsarten

<http://www.aerztekammer-bw.de/40presse/05aerztstatistik/06.pdf> [11.07.2012].

LÄK (Landesärztekammer) Baden-Württemberg (2012b): Fortbildung

<http://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/20fortbildung/index.html> [27.09.2012].

LAG (Landesarbeitsgemeinschaft) Geriatrische Schwerpunkte und Zentren Baden-Württemberg (2013)

<http://www.alter-nativ.net/index-ie.htm> [19.02.2013].

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (Hrsg.) (2012): Präventive Hausbesuche im Spannungsfeld zwischen Ehren- und Hauptamt. Dokumentation. Impulskonferenz Baden-Württemberg, Stuttgart 21. November 2011.

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (2013): Maßnahmen zur ärztlichen Nachwuchsgewinnung in Deutschland

[http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Massnahmen\\_web.pdf](http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Massnahmen_web.pdf) [27.03.2013].

Landtag von Baden-Württemberg (2004): Antrag der Abg. Andreas Hoffmann u. a. CDU und Stellungnahme des Sozialministeriums. Die Rolle Psychiatrischer Institutsambulanzen (PIA) in der gemeindepsychiatrischen Versorgung. LT-Drucks. Baden-Württemberg. 13/3087.

- Landtag von Baden-Württemberg (2012): Antrag der Abg. Jochen Haußmann u. a. FDP/DVP und Stellungnahme des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren. Geriatriische Institutsambulanzen. LT-Drucks. Baden Württemberg 15/1569.
- Löfqvist, C.; Eriksson, S.; Svensson, T.; Iwarsson, S. (2012): First steps towards evidence-based preventive home visits: experiences gathered in a swedish municipality. In: Journal of Aging Research: 1-11.
- LTCPLC – Long Term Care Professional Leadership Council (2013): Essential Core Functions Responsibilities Knowledge Skill. A Guide for Consultant Pharmacist, Director of Nursing, Medical Director, and Nursing Home Administrator in Long Term Care Organisations [http://www.achca.org/content/pdf/LTCPLC\\_Core\\_Func-R\\_6-07lw.pdf](http://www.achca.org/content/pdf/LTCPLC_Core_Func-R_6-07lw.pdf) [28.03.2013].
- Lübke, N. (2005): Erforderliche Kompetenzen der Geriatrie aus Sicht des Kompetenz-Centrums Geriatrie. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38 (Suppl. 1): i34-i39.
- Lübke, N. (2012): Brauchen alte Menschen eine andere Medizin? Medizinische Einordnung spezieller Behandlungserfordernisse älterer Menschen. In: Günster, C.; Klose, J.; Schmacke, N. (Hrsg.): Versorgungsreport 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Stuttgart: Schattauer: 51-66.
- Lübke, N.; Meinck, M. (2003): Wirksamkeit präventiver Hausbesuche im Alter. Grundsatzgutachten. Im Auftrag der Spitzenverbände der deutschen Krankenkassen. Hamburg: Kompetenz-Centrum Geriatrie beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen.
- Lübke, N.; Ziegert, S.; Meinck, M. (2008): Geriatrie. Erheblicher Nachholbedarf in der Weiter- und Fortbildung. In: Deutsches Ärzteblatt 105 (21): A1120–A1122 <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=60269> [11.07.2012].
- Mayring, P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.
- MDS - Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hrsg.) (2012): Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation vom Oktober 2005 [http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/rehabilitation/richtlinien\\_und\\_vereinbarungen/begutachtungs\\_richtlinie/2012\\_02\\_06\\_Reha\\_BG-Richtlinien.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/richtlinien_und_vereinbarungen/begutachtungs_richtlinie/2012_02_06_Reha_BG-Richtlinien.pdf) [26.03.2013].
- Medizinische Medien Informations GmbH (2013): Handbuch Reha- und Vorsorgeeinrichtungen <http://www.rehakliniken.de/> [28.03.2013].
- Meier-Baumgartner, H.-P.; Dapp, U.; Anders, J. (2004): Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren. Stuttgart: Kohlhammer.
- Meinck, M. (2012): Präventive Hausbesuche für ältere Menschen. In: Günster, C.; Klose, J.; Schmacke, N. (Hrsg.): Versorgungsreport 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Stuttgart: Schattauer: 249-257.
- Meinck, M.; Freigang, K.; John, B.; Keitel, C.; Puls, E. et al. (2002): Wohnortnahe geriatrische Rehabilitation – Zur Struktur- und Prozessqualität eines mobile und eines ambulanten Rehabilitationsmodells. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 35: 463-473.

- Meinck, M.; Lübke, N.; Lauterberg, J.; Robra, B.-P. (2004): Präventive Hausbesuche im Alter: eine systematische Bewertung vorliegender Evidenz. In: Das Gesundheitswesen 66 (11): 732-738.
- Meinck, M.; Lübke, N.; Plate, A. (2006): Auf- und Abbau geriatrischer Versorgungsstrukturen in Deutschland? Kritische Analyse zur Aussagekraft der amtlichen Statistik und anderweitiger Erhebungen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39: 443-450
- Meuser, M.; Nagel, U. (2008): ExpertInneninterview: Zur Rekonstruktion spezialisierten Sonderwissens. In: Becker, R.; Kortendiek, B. (Hrsg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 2., erweiterte und aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS – Verlag für Sozialwissenschaften: 386-371.
- Meyer, G. (2013): MoNi- erfolgreiche Delegation Ärztlicher Leistungen  
<http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Meyer-MoNi.pdf> [09.04.2013].
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg (2010): Bericht der Projektgruppe Kommunale Gesundheitskonferenzen  
<http://www.sozialministerium-bw.de/fm7/1442/Endfassung%20Bericht%20PG%20Kommunale%20Gesundheitskonferenzen.626089.pdf> [06.03.2013].
- Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg (Hrsg.) (2008): Landes-Qualitäts-Bericht Gesundheit Baden-Württemberg. Spezialheft Rehabilitation.
- Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (2009): Geriatriekonzept. Vorstellungen zur Verbesserung der Versorgung alter kranker Menschen im Land Sachsen-Anhalt  
[http://www.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Elementbibliothek/Master-Bibliothek/Gesundheit/2009/Geriatrie02-06-09\\_i.pdf](http://www.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Elementbibliothek/Master-Bibliothek/Gesundheit/2009/Geriatrie02-06-09_i.pdf) [11.09.2012].
- Morfeld, M.; Strahl, A.; Koch, U. (2011): Ambulante Rehabilitation in Deutschland. Eine Zwischenbilanz und Perspektiven der Weiterentwicklung. Bundesgesundheitsbl. 54: 420-428.
- Motel-Klingebiel, A.; Ziegelmann, J.P. (2013): Die Lebensphase Hochaltrigkeit. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46(1): 4.
- Motel-Klingebiel, A.; Ziegelmann, J.P.; Wiest, M. (2013). Hochaltrigkeit in der Gesellschaft des langen Lebens. Theoretische Herausforderung, empirisches Problem und sozialpolitische Aufgabe. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46 (1): 5-9.
- Naegele, G.; Schmitt, M. (2009): Gesundheit für ein langes Leben. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg): Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune. Tagungsdokumentation. 10-14.  
[http://www.tagung-gesundheitsfoerderung.de/doku\\_tagung\\_web.pdf](http://www.tagung-gesundheitsfoerderung.de/doku_tagung_web.pdf) [07.03.2013].
- Niedersächsischer Landtag (2011): Stenografischer Bericht, 120. Sitzung. Hannover: 15486 – 15487, Anlage 2
- Nowossadeck, S.; Nowossadeck, E. (2011): Krankheitsspektrum und Sterblichkeit im Alter. In: Report Altersdaten (1-2). Berlin: DZA - Deutsches Zentrum für Altersfragen.

- Osterloh, F.; Rieser, S. (2012): Politik. Vernetzung in der ambulanten Versorgung: Man braucht Ärzte- und „Kümmerer“. In: Deutsches Ärzteblatt vom 16.03.2012.
- Patzelt, C.; Deitermann, B.; Heim, S.; Lupp, K.; Stahmeyer, J. et al. (2013, im Druck): Der präventive Hausbesuch als zugehende Präventionsmaßnahme im Alter – Effektivität und Kosteneffektivität von Zugangswegen. In: Das Gesundheitswesen.
- Piatt, G.; Orchard, T.; Emerson, S.; Simmons, D.; Songer, T.J. et al. (2006): Translating the chronic care model into the community: results from a randomized controlled trial of a multifaceted diabetes care intervention. In: Diabetes Care 29 (4): 811-817.
- Ploeg, J.; Feightner, J.; Hutchison, B.; Patterson, C.; Sigouin, C. et al. (2005): Effectiveness of preventive primary care outreach interventions aimed at older people. Meta-analysis of randomized controlled trials. In: Canadian Family Physician 51 (9): 1244-1245.
- Redaelli, M.; Stock, S.; Simic, D.; Wilm, S. (2009): Internationales Literaturreview zur „Effektivität und Effizienz von nicht-ärztlichen Berufen in ambulanten Versorgungskonzepten“. Expertise im Auftrag der Bundesärztekammer  
<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Nicht-aerztliche-Berufe.pdf> [28.02.2013].
- von Renteln-Kruse, W.; Anders, J.; Dapp, U. (2011): Rehabilitation vor Pflege. Stand und zukünftiger Bedarf geriatrischer Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt 54: 489-495.
- von Renteln-Kruse, W.; Anders, J.; Dapp, U.; Meier-Baumgarten, H.-P. (2003): Präventive Hausbesuche durch eine speziell fortgebildete Pflegefachkraft bei 60jährigen und älteren Personen in Hamburg. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 36 (5): 378-391.
- Richter-Reichhelm, M.; Müller, R. (2004): Berliner Modellprojekt: Der Arzt am Pflegebett. In: Dt. Ärzteblatt 101 (21).
- Roller, G.; Winkler, F. (2010): AG Standortfaktor Gesundheit. Bericht der Projektgruppe Kommunale Gesundheitskonferenzen  
[http://www.vdek.com/LVen/BAW/boxen/RZ\\_neu\\_101122\\_Endversion\\_Bericht\\_Projektgruppe\\_GK.pdf](http://www.vdek.com/LVen/BAW/boxen/RZ_neu_101122_Endversion_Bericht_Projektgruppe_GK.pdf) [12.03.2013].
- Rothgang, H.; Iwansky, S.; Müller, R.; Sauer, S.; Unger, R. (2008): GEK-Pflegereport 2008. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. Schwäbisch-Gmünd.
- Rowland, F.; Cowles, M.; Dickstein, C.; Katz, P. (2009): Impact of Medical Director Certification on Nursing Home Quality of Care. In: JAMDA 10 (6): 431-435.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Baden-Baden: Nomos.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2010): Geriatriekonzept des Freistaates Sachsen  
<https://publikationen.sachsen.de/bdb/artikel/11680/documents/12250> [12.03.2013].
- Sahlen, K.-G.; Dahlgren, L.; Hellner, B. M.; Stenlund, H.; Lindholm, L. (2006): Preventive home visits postpone mortality – a controlled trial with time-limited results. In: BMC Public Health 6: 220.

- Schäfer-Walkmann, S.; Deterding, D. (2009): Demenzversorgung integriert gestalten. Impulse aus einem „Leuchtturmprojekt Demenz“. In: Forum sozialarbeit + gesundheit (4): 25-28.
- Schmidt, K. (2009): Agnes, Verah oder Eva – Schwestern des Hausarztes. Versorgung im Team. In: Diabetes aktuell 7 (5): 222  
<https://www.thieme-connect.de/ejournals/pdf/10.1055/s-0029-1239994.pdf> [11.07.2012].
- Schmidt-Ohlemann, M. (2011): Zum aktuellen Entwicklungsstand der Mobilen Rehabilitation in Deutschland. Probleme und Perspektiven 2011. Vortrag zum Symposium Mobile Rehabilitation für den älteren Menschen am 04.11.2011 in Berlin.
- Schneekloth, U.; Wahl, H. (2007): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) – Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice“. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München.
- Schnepf, W.; Eberl, I. (2005): Projektdesign und Konsensphase zur Implementierung der Family Health Nurse in Deutschland. Ergebnisse aus der Expertenrunde zu den Szenarien. Witten.
- Schramm, A. (2010): Modell-Projekt in Niedersachsen: MoNi unterstützt Hausärzte. In: Praxisteam professionell (Arztpraxis) (06): 5  
<http://www.iww.de/ppa/archiv/fortbildung-modell-projekt-in-niedersachsen-moni-unterstuetzt-hausaerzte-f29167> [09.04.2013].
- Schweizer, C.; Brandt, F. (1997): Ambulante Geriatrie Rehabilitation. Endbericht zum Modellversuch. Sozialministerium Baden-Württemberg. Stuttgart.
- SGB V (2012). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Soom Ammann, E.; Salis Gross, C. (2011): Alt und schwer erreichbar. „Best Practice Gesundheitsförderung im Alter“ bei benachteiligten Gruppen. München: Martin Meidenbauer Verlagsbuchhandlung.
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen et al. (2010): Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 2 SGB V zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Berlin  
[http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/psychiatrie/psychiatrische\\_institutsambulanzen/KH\\_Psych\\_20100430\\_PIA-Vereinbarung.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/psychiatrische_institutsambulanzen/KH_Psych_20100430_PIA-Vereinbarung.pdf) [30.08.2012].
- Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkasse; Medizinischer Dienst; Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation (BAG MoRe) (Hrsg.) (2007): Rahmenempfehlungen zur mobilen Rehabilitation vom 01.05.2007  
[http://www.mds-ev.de/media/pdf/RE\\_MoGeRe\\_070501\(1\).pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/RE_MoGeRe_070501(1).pdf) [26.03.2013].
- Spitzenverbände der Krankenkassen; Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.) (2004): Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation vom 01.01.2004. Essen

[http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/reha/leistungen/reha\\_vorsorge/re\\_amb\\_geriater\\_01\\_01\\_2004.pdf](http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/reha/leistungen/reha_vorsorge/re_amb_geriater_01_01_2004.pdf) [26.03.2013].

Städtisches Klinikum Görlitz (2013): Geriatrienetzwerk Ostsachsen  
<http://www.klinikum-goerlitz.org/medizinische-zentren/goerlitzer-geriatriezentrum/geriatrie/geriatrienetzwerk-ostsachsen/> [22.02.2013].

Statistisches Bundesamt (2003) Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2007): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 2. Bericht: Ländervergleich – Pflegebedürftige. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2011): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 2. Bericht: Ländervergleich – Pflegebedürftige. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2011): Baden-Württemberg – ein Standort im Vergleich. Stuttgart.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2012a): Bevölkerung Baden-Württembergs nach Alters- und Geburtsjahren  
[http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/BevoelkGebiet/Landesdaten/bev\\_altersjahre.asp](http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/BevoelkGebiet/Landesdaten/bev_altersjahre.asp) [03.04.2013].

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2012b): Anteil der 65-Jährigen und Älteren an der Bevölkerung Baden-Württembergs auf Stadt- und Landkreisebene am 31.12.2011  
<http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/veroeffentl/gKarten.asp?2161-1204A> [27.03.2013].

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2012c): Anteil der 85-Jährigen und Älteren an der Bevölkerung Baden-Württembergs auf Stadt- und Landkreisebene am 31.12.2011  
<http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/veroeffentl/gKarten.asp?2161-1205A> [27.03.2013].

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2013a)  
<http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/SRDB/Tabelle.asp?H=BevoelkGebiet&U=03&T=98015013&E=LA&R=LA> [30.03.2013].

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2013b): Landesdaten Bevölkerung. Altersjahre  
[http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/BevoelkGebiet/Landesdaten/bev\\_altersjahre.asp](http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/BevoelkGebiet/Landesdaten/bev_altersjahre.asp) [01.04.2013].

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2013c): Struktur- und Regionaldaten Bevölkerung, Fläche



- <http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/SRDB/home.asp?H=1&U=06&R=KR417>  
[01.04.2013].
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2013d): Struktur- und Regionaldaten Gesundheit  
<http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/SRDB/home.asp?H=GesundhSozRecht&U=01&T=14043021&R=KR111>  
[01.04.2013].
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2013e): Voraussichtliche Entwicklung der Hochbetagten (85 Jahre und älter) in Baden-Württemberg 2008 bis 2030  
<http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/Veroeffentl/gKarten.asp?6161-10018>  
[03.04.2013].
- Steinhäuser, J.; Scheidt, L.; Szecsenyi, J.; Götz, K.; Joos, S. (2012): Die Sichtweise der kommunalen Ebene über den Hausärztemangel – Eine Befragung von Bürgermeistern in Baden-Württemberg. In: Das Gesundheitswesen 74: 612-617.
- Ströbel, A.; Weidner, F. (2003): Ansätze zur Pflegeprävention, Rahmenbedingungen und Analysen von Modelprojekten zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit. Hannover: Schlütersche.
- Stuck, A.E.; Egger, M.; Hammer, A.; Minder, C.E.; Beck, J.C. (2002): Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: Systematic review and meta-regression analysis. In: JAMA 287 (8): 1022-1028.
- Sultzer, R.; Kasprick, L.; Baldauf, H. (2012): GeriNet Leipzig. Perspektiven für den geriatrischen Patienten und seine Familie  
[http://www.leipziger-forum-gesundheitswirtschaft.de/downloads/forum2012/05\\_12.pdf](http://www.leipziger-forum-gesundheitswirtschaft.de/downloads/forum2012/05_12.pdf)  
[22.02.2013].
- SVR - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung  
<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf> [29.11.2012].
- SVR - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens  
<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf> [11.07.2012].
- Swoboda, W.; Hermens, T. (2011): Geriatrie in der ambulanten Versorgung durch hausärztlich tätige Internisten. In: Internist 52: 955-962.
- Szegan, N.-M. (2012): Schlusslicht Deutschland? - Der steinige Weg zur Weiterentwicklung der Versorgung in Deutschland. In: Bechtel, P.; Smerdka-Arhelger, I. (Hrsg.): Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Thiem, U. (2013): Frühzeitige Identifikation des geriatrischen Patienten: ISAR als Beispiel eines Screeninginstrumentes. Vortrag im Rahmen eines Symposium des BV Geriatrie zum 22. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium in Mainz  
[http://www.bv-geriatrie.de/Dokumente/Geriatrie%20Reha/G-ISAR\\_Maerz%202013\\_Thiem](http://www.bv-geriatrie.de/Dokumente/Geriatrie%20Reha/G-ISAR_Maerz%202013_Thiem)  
[24.03.2013].

- Thiem, U.; Greuel, H.W.; Reingraber, A.; Koch-Gwinner, P.; Püllen, R. et al. (2012): Positionspapier zur Identifikation geriatrischer Patienten in Notaufnahmen in Deutschland. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 45: 310-314.
- Tsai, A.; Morton, S.; Mangione, C.; Keeler, E. (2005): A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illness. In: The American journal of managed care 11 (8): 478-488.
- UEMS - Geriatric Medicine section of the European Union of Medical Specialists (2012): Training in geriatric medicine in the E.U.  
[http://www.uemsgeriatricmedicine.org/uems1/dok/geriatric\\_training\\_-\\_condensed\\_version.pdf](http://www.uemsgeriatricmedicine.org/uems1/dok/geriatric_training_-_condensed_version.pdf) [05.10.2012].
- VerbundweiterbildungPlus (2012)  
<http://www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de/index.shtml> [11.07.2012].
- Wagner, E.H.; Davis, C.; Schaefer; von Korff, M.; Austin, B. (1999): A survey of leading chronic disease management programs: Are they consistent with the literature? In: Managed care quarterly 7 (3): 56-66.
- Walter, U.; Patzelt, C. (2009): Gesundheitsförderung und Prävention. Ziele und Strategien unter besonderer Berücksichtigung der Pflege. In: PADUA 4 (4): 6-12.
- Walter, U.; Patzelt, C. (2012): Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In: Günster, C.; Klose, J.; Schmacke, N. (Hrsg.): Versorgungs-Report 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Stuttgart: Schattauer: 233-247.
- Walter, U.; Robra, B.P.; Schwartz, F.W. (2012): Prävention. In: Schwartz F.W.; Walter U.; Siegrist J.; Kolip P.; Leidl R.; Dierks M.L.; Busse R.; Schneider N. (Hrsg.): Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Fischer Verlag: 196-223.
- Walter, U.; Schwartz, F.W.; Plaumann, M. (2012): Prävention: Institutionen und Strukturen. In: : Schwartz F.W.; Walter U.; Siegrist J.; Kolip P.; Leidl R.; Dierks M.L.; Busse R.; Schneider N. (Hrsg.): Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Fischer Verlag: 271-287.
- Wersich, D. (2011): Weißbuch Geriatrie – Implikationen und Bewertungen aus Sicht planungsverantwortlicher Landespolitik. In: Kompetenz-Centrum-Geriatrie (Hrsg.): KCG-Expertenforum 2010. Ergebnisdokumentation: 16-19.
- Wildner, M.; Manstetten, M. (2002): Machbarkeitsstudie, Prävention im Alter – geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen. Abschlussbericht. München: Bayerischer Forschungs- und Aktionsverbund Public Health.
- Wilson, K.M. (2005): New CMS Medical Director F-Tag. A Long-Awaited Clarification. In: Caring for the Ages: 10-11  
[http://cfa.gcnpublishing.com/fileadmin/content\\_pdf/cfa/archive\\_pdf/vol6iss6/60148\\_main.pdf](http://cfa.gcnpublishing.com/fileadmin/content_pdf/cfa/archive_pdf/vol6iss6/60148_main.pdf) [08.3.2013].
- Wittchen, H.U.; Jacobi, F.; Klose, M.; Ryl, L.; Robert Koch Institut (Hrsg.) (2010): Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Themenheft Depressive Erkrankungen. Heft 51. Berlin: Robert Koch-Institut.

## **Anhang**

1. Einladung zum 1. Expertenworkshop
2. Expertenrunde 25.04.2012 (angefragt)
3. Teilnehmerinnen und Teilnehmer 25.04.2012
4. Leitfragen 25.04.2012
5. Einladung zum 2. Expertenworkshop
6. Expertenrunde 19.12.2012 (angefragt)
7. Teilnehmerinnen und Teilnehmer 19.12.2012
8. Ablauf des 2. Expertenworkshops am 19.12.2012
9. Landes-Behindertenbeirat Baden-Württemberg: Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Vorschläge für Handlungsfelder, Ziele, Maßnahmen, Handlungsfelder: Gesundheit, Wohnen, Barrierefreiheit
10. Präventive Hausbesuche: Projekte in Baden-Württemberg



**Medizinische Hochschule  
Hannover**

MHH Epidemiologie, Sozialmedizin und  
Gesundheitssystemforschung · OE 5410 · 30625 Hannover

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin  
und Gesundheitssystemforschung  
Direktorin: Prof. Dr. Ulla Walter  
Carl-Neuberg-Straße 1  
30625 Hannover  
Tel. 0511 / 532 44 55  
E-Mail walter.ulla@mh-hannover.de



Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V.  
Institut für Gerontologie an der TU Dortmund  
Direktor: Prof. Dr. Gerhard Naegele  
Evinger Platz 13  
44339 Dortmund  
Tel 0231/728 488 - 0  
E-Mail orka@post.uni-dortmund.de

Ihre Nachricht vom      Meine Nachricht vom

### **Einladung zur Teilnahme am 1. Expertenworkshop „Geriatriekonzept Baden-Württemberg – ambulante Versorgung“**

Sehr geehrte Frau / sehr geehrter Herr .....

die Landesregierung möchte die Versorgung älterer Menschen in Baden-Württemberg zukunftsfähig gestalten. Hierzu sollen die im Geriatriekonzept angedachten Entwicklungen weitergeführt und wissenschaftlich fundiert werden. Die Landesregierung hat deshalb eine Analyse in Auftrag gegeben.

Das Ministerium für Arbeit, Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg hat die Medizinische Hochschule Hannover und das Institut für Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund mit einer entsprechenden Studie beauftragt. Der Untersuchungsauftrag bezieht sich schwerpunktmäßig auf die Bereiche ambulante geriatrische/gerontopsychiatrische Versorgung sowie ambulante geriatrische Rehabilitation. Die Arbeiten haben bereits im Januar dieses Jahres begonnen; wir rechnen mit einem Abschluss und der Vorlage des Berichtes noch in diesem Jahr.

Die Untersuchung soll in enger Abstimmung mit der im Land Baden-Württemberg vertretenen Fachexpertise und den relevanten Akteuren durchgeführt werden. Dies ist auch der ausdrückliche Wunsch der Landesregierung. Sie persönlich bzw. Ihre Institution sind uns als ausgewiesene Experten in diesen beiden Versorgungsbereichen bekannt. Einige von Ihnen sind bereits in die Erarbeitung und die Diskussion des aktuellen Entwurfs des Geriatriekonzepts eingebunden.

Um den Prozess der Abstimmung möglichst rasch zu beginnen, schlagen wir einen ersten Expertenworkshop vor, zu dem wir Sie hiermit herzlich einladen. Die Liste aller Eingeladenen entnehmen Sie bitte dem Anhang. Wir rechnen mit einer vierstündigen Beratung auf der Grundlage eines Kurzfragebogens, der Ihnen rechtzeitig vorher zugehen wird. Wir hoffen sehr, dass Sie – trotz der Kurzfristigkeit der Einladung – an dem geplanten Expertenhearing teilnehmen können.

Das Expertenhearing ist geplant für den

**25. April 2012, 13:00 bis 17:00 Uhr,  
im Ministerium für Arbeit, Sozialordnung,  
Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg,  
Raum A 105, Schellingstraße 15, Stuttgart.**

Reisekosten können Ihnen nach den Vorgaben der Landeshaushaltsordnung des Landes Baden-Württemberg erstattet werden.

Für eine kurzfristige Rückmeldung sind wir dankbar. Bitte verwenden Sie dazu das beiliegende Rückantwortformular.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Ulla Walter  
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin  
und Gesundheitssystemforschung  
Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. Gerhard Naegele  
Institut für Gerontologie  
Technische Universität Dortmund

**Expertenrunde: 25.04.2012**

(angefragt)

- CA PD Dr. Clemens Becker, Klinik für Geriatriische Rehabilitation mit Tagesklinik, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart
- Dr. Johannes Fechner, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
- Matthias Einwag, Verbandsdirektor der Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.
- Prof. Dr. Thomas Klie, Evangelische Hochschule Freiburg
- Prof. Dr. Dr. Andreas Kruse, Direktor des Instituts für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
- CÄ Dr. Brigitte R. Metz, Landesarbeitsgemeinschaft der Geriatriischen Schwerpunkte und Zentren in Baden-Württemberg, Geriatriisches Zentrum Karlsruhe
- Prof. Dr. Peter Oster, langjähriger Ärztlicher Leiter des Bethanien-Krankenhauses – Geriatriisches Zentrum, Heidelberg
- Gisela Rehfeld, Landesarbeitsgemeinschaft Geriatriische Rehabilitation in Baden-Württemberg, Geriatriisches Zentrum Esslingen
- Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg

## Teilnehmerinnen und Teilnehmer: 25.04.2012

### Expertinnen und Experten (alphabetisch)

R. Auer	AOK Baden-Württemberg
PD Dr. Clemens Becker	Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart
Dr. Gabriele Becker	Institut für Gerontologie, Universität Heidelberg
Anita Donaubauer	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.
Matthias Einwag	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.
Prof. Dr. Thomas Klie	Institut für angewandte Sozialforschung, Ev. Hochschule Freiburg
Dr. Brigitte R. Metz	LAG Geriatriische Schwerpunkte und Zentren Baden-Württemberg
Prof. Dr. Peter Oster	Heidelberg
Dr. Johannes Probst	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Freiburg
Andreas Schmöller	AOK Baden-Württemberg

### Auftraggeber

Dr. Andreas Marg	Ministerium für Arbeit, Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg
------------------	---

### Forschungsteam

Prof. Dr. Gerhard Naegele	Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. , Institut für Gerontologie, TU Dortmund
Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin	Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. , Institut für Gerontologie, TU Dortmund
Prof. Dr. Ulla Walter	Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover
Christiane Patzelt	Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover
Kristina Lupp	Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover



## Leitfragen: 25.04.2012

### 1. Allgemeine Einschätzung

- *Wo sehen Sie den größten Bedarf zur strukturellen Weiterentwicklung der Versorgung geriatrischer Patienten im ambulanten Bereich?*
- *Wo sehen Sie regionale Bedarfsschwerpunkte?*

### 2. Ambulante geriatrische Versorgung

- *Bestand und Bewertung von ambulanten geriatrischen Versorgungsstrukturen wie*
  - *Institutsambulanzen,*
  - *Ermächtigungsambulanzen,*
  - *Schwerpunktpraxen,*
  - *Versorgung von Heimbewohnern durch Hausärzte*

*in Baden-Württemberg. Wie sollte Ihrer Meinung nach die zukünftige Entwicklung aussehen?*

- *Bestand und Bewertung von integrierter geriatrischer Versorgung in Baden-Württemberg. Wie sollte Ihrer Meinung nach die zukünftige Entwicklung aussehen?*
- *Gibt es weitere Ansätze zur gesundheitlichen Versorgung der älteren Bevölkerung, die Sie für Baden-Württemberg relevant halten?*

### 3. Geriatrisches Basisassessment

- *Welche Bedeutung hat das geriatrische Basisassessment in der hausärztlichen Praxis?*
- *Wie beurteilen Sie die derzeitige Umsetzung in Baden-Württemberg?*
- *Wie ließe sich die derzeitige Umsetzung ggf. optimieren?*

### 4. Delegation hausärztlicher Aufgaben an ausgebildete Fachkräfte

- *Welche Möglichkeiten sehen Sie, um den Hausarzt in einigen Tätigkeiten zu entlasten und ärztliche Aufgaben auf andere medizinische Gesundheitsberufe zu übertragen?*

- *Inwiefern / unter welchen Bedingungen sind Konzepte wie bspw. AGneS oder VERAH auch in Baden-Württemberg realisierbar?*
- *Welche Anforderungen sollten an solche Konzepte gestellt werden?*

#### **5. Ambulante geriatrische Rehabilitation**

- *Wie beurteilen Sie das Angebot an ambulanter geriatrischer Rehabilitation in Baden-Württemberg?*
  - a. *im städtischen Raum*
  - b. *im ländlichen Raum*
- *Wie beurteilen Sie die bestehenden Überleitungsstrukturen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung?*
- *Wie beurteilen Sie in diesem Zusammenhang den weiteren Ausbau der mobilen geriatrischen Rehabilitation?*

#### **6. Vernetzung geriatrischer Versorgungsstrukturen**

- *Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure in der geriatrischen Versorgung?*
- *Wie könnte eine optimale Netzwerkstruktur in Baden-Württemberg aussehen?*
- *Wie könnte diese etabliert und finanziert werden?*



**Medizinische Hochschule  
Hannover**

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin  
und Gesundheitssystemforschung  
Direktorin: Prof. Dr. Ulla Walter  
Carl-Neuberg-Straße 1  
30625 Hannover  
Tel. 0511 / 532 44 55  
E-Mail walter.ulla@mh-hannover.de

MHH, Epidemiologie, Sozialmedizin und  
Gesundheitssystemforschung · OE 5410 · 30623 Hannover



Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V.  
Institut für Gerontologie an der TU Dortmund  
Direktor: Prof. Dr. Gerhard Naegele  
Evinger Platz 13  
44339 Dortmund  
Tel 0231/728 488 - 0  
E-Mail orka@post.uni-dortmund.de

Ihre Nachricht vom      Meine Nachricht vom

### **Einladung zur Teilnahme am 2. Expertenworkshop „Geriatriekonzept Baden-Württemberg – ambulante Versorgung“**

Sehr geehrte Frau, sehr geehrter Herr....,

die Landesregierung möchte die Versorgung älterer Menschen in Baden-Württemberg zukunftsfähig gestalten. Hierzu sollen die im Geriatriekonzept angedachten Entwicklungen weitergeführt und wissenschaftlich fundiert werden. Die Landesregierung hat deshalb eine Analyse in Auftrag gegeben.

Das Ministerium für Arbeit, Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg hat die Medizinische Hochschule Hannover und das Institut für Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund mit einer entsprechenden Studie beauftragt. Der Untersuchungsauftrag bezieht sich schwerpunktmäßig auf die Bereiche ambulante geriatrische/gerontopsychiatrische Versorgung sowie ambulante geriatrische Rehabilitation. Wir rechnen mit einem Abschluss und der Vorlage des Berichtes Anfang 2013.

Die Untersuchung soll in enger Abstimmung mit der im Land Baden-Württemberg vertretenen Fachexpertise und den relevanten Akteuren durchgeführt werden. Dies ist auch der ausdrückliche Wunsch der Landesregierung. Sie persönlich bzw. Ihre Institution sind uns als ausgewiesene Experten in diesen beiden Versorgungsbereichen bekannt. Einige von Ihnen sind bereits in die Erarbeitung und die Diskussion des aktuellen Entwurfs des Geriatriekonzepts eingebunden.

Im April 2012 fand der erste Expertenworkshop statt. Nun möchten wir mit Ihnen gemeinsam die Rechercheergebnisse der vergangenen Monate im Rahmen eines zweiten Expertenworkshops diskutieren, zu dem wir Sie hiermit herzlich einladen. Die Liste aller Eingeladenen entnehmen Sie bitte dem Anhang. Wir rechnen mit einer fünfständigen Beratung auf der Grundlage eines Kurzfragebogens, der Ihnen rechtzeitig vorher zugehen wird. Wir hoffen sehr, dass Sie – trotz der Kurzfristigkeit der Einladung – an dem geplanten Expertenworkshop teilnehmen können.

Der Expertenworkshop wird am

**19. Dezember 2012, 11:00 bis 16:00 Uhr,  
im Ministerium für Arbeit, Sozialordnung,  
Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg,  
Raum A 105, Schellingstraße 15, Stuttgart stattfinden.**

Reisekosten können Ihnen nach den Vorgaben der Landeshaushaltsordnung des Landes Baden-Württemberg erstattet werden.

Für eine kurzfristige Rückmeldung sind wir dankbar. Bitte verwenden Sie dazu das beiliegende Rückantwortformular.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Ulla Walter  
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin  
und Gesundheitssystemforschung  
Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. Gerhard Naegele  
Institut für Gerontologie  
Technische Universität Dortmund

### **Expertenrunde 19.12.2012**

(angefragt)

- Prof. Dr. Clemens Becker, Klinik für Geriatriische Rehabilitation mit Tagesklinik, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart
- Prof. Dr. Astrid Elsbernd, Hochschule Esslingen, Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege
- Dr. Johannes Fechner, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
- Dr. med. Manfred Gogol, Chefarzt Klinik für Geriatrie im Krankenhaus Lindenbrunn
- Prof. Dr. Astrid Hedtke-Becker, Hochschule Mannheim, Fakultät für Sozialwesen
- Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg
- Prof. Dr. Thomas Klie, Evangelische Hochschule Freiburg
- Prof. Dr. Dr. Andreas Kruse, Direktor des Instituts für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
- Prof. Dr. G. Längle, Medizinischer Geschäftsführer Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Reutlingen
- CÄ Dr. Brigitte R. Metz, Landesarbeitsgemeinschaft der Geriatriischen Schwerpunkte und Zentren in Baden-Württemberg, Geriatriisches Zentrum Karlsruhe
- Prof. Dr. Peter Oster, langjähriger Ärztlicher Leiter des Bethanien-Krankenhauses – Geriatriisches Zentrum, Heidelberg
- Gisela Rehfeld, Landesarbeitsgemeinschaft Geriatriische Rehabilitation in Baden-Württemberg, Geriatriisches Zentrum Esslingen
- Thomas Reumann, Landrat von Reutlingen
- Dr. Gabriele Streckfuß, MDK Baden-Württemberg
- Dr. Jochen Tenter, Gerontopsychiatrische Institutsambulanz, ZfP Südwürttemberg Weissenau, Abt. Alterspsychiatrie

## **Teilnehmerinnen und Teilnehmer: 19.12.2012**

### Expertinnen und Experten (alphabetisch)

R. Auer	AOK Baden-Württemberg
Prof. Dr. Clemens Becker	Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart
Dr. med. Manfred Gogol	Chefarzt Klinik für Geriatrie im Krankenhaus Lindenberg
Prof. Dr. Thomas Klie	Institut für angewandte Sozialforschung, Ev. Hochschule Freiburg
Dr. Brigitte R. Metz	LAG Geriatriische Schwerpunkte und Zentren Baden-Württemberg
Prof. Dr. Peter Oster	Heidelberg
Dr. Johannes Probst	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Freiburg
Andreas Schmöller	AOK Baden-Württemberg
Dr. Jochen Tenter	Gerontopsychiatrische Institutsambulanz, ZfP Südwürttemberg Weissenau, Abteilung Alterspsychiatrie

### Auftraggeber

Dr. Andreas Marg	Ministerium für Arbeit, Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg
Ute Holzknecht	Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg

### Forschungsteam

Prof. Dr. Gerhard Naegele	Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. , Institut für Gerontologie, TU Dortmund
Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin	Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. , Institut für Gerontologie, TU Dortmund
Anja Giesecking	Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. , Institut für Gerontologie, TU Dortmund
Prof. Dr. Ulla Walter	Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, MHH
Christiane Patzelt	Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, MHH
Kristina Lupp	Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, MHH

## **Ablauf des 2. Expertenworkshops am 19.12.2012**

Zielsetzungen des 2. Expertenworkshops sollen einerseits die Diskussion der Ergebnisse der Literatursichtung und der Experteninterviews und andererseits die Einschätzung vorhandener Modellmaßnahmen und Konzepte im Hinblick auf ihre Übertragbarkeit und Anwendbarkeit auf Baden-Württemberg sein.

Wir möchten gerne vier Themenkomplexe aufgreifen und haben folgende Ablaufplan vorgesehen:

11:00 Uhr	Begrüßung und Vorstellung der Experten, Einführung, Ablauf des Workshops
11:30 Uhr	Themenblock 1: Medizinische Versorgung von Heimbewohnern
12:30 Uhr	Themenblock 2: Vernetzung geriatrischer Versorgungsstrukturen
13:30 Uhr	Pause
14:00 Uhr	Themenblock 3: Ambulante geriatrische Rehabilitation
14:45 Uhr	Themenblock 4: Delegation/Substitution hausärztlicher Aufgaben an ausgebildete Fachkräfte
15:30 Uhr	Abschlussdiskussion
16:00 Uhr	Veranstaltungsende

Auszug

Landes-Behindertenbeirat Baden-Württemberg



Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen  
Vorschläge für Handlungsfelder, Ziele und Maßnahmen

Der Landes-Behindertenbeirat hat am 27. April 2012 Vorschläge für Handlungsfelder, Ziele und Maßnahmen für das weitere Beteiligungsverfahren zur Ermittlung von Grundlagen für die Erarbeitung eines Umsetzungsplans zur Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen für Baden-Württemberg einvernehmlich verabschiedet. Die Koalitionsvereinbarung für die 15. Wahlperiode des Landtags von Baden-Württemberg sieht vor, dass die Landesregierung in Kooperation mit Betroffenenverbänden, den Wohlfahrtsverbänden sowie den Kommunen einen eigenen Umsetzungsplan erarbeiten wird. Besondere Schwerpunkte sollen dabei auf der Inklusion im Erwerbsleben, in der Sicherstellung der Barrierefreiheit sowie in der Bildung liegen.

Zu den acht Handlungsfeldern

	Seite
(1) Bildung und (2) Erziehung	2
(3) Gesundheit	8
(4) Arbeit	12
(5) Wohnen	16
(6) Barrierefreiheit	21
(7) Kultur, Freizeit, Sport	28
(8) Persönlichkeitsrechte	32

werden nachfolgende Maßnahmen zur Erreichung der formulierten Ziele zur Umsetzung der VN-Konvention vorgeschlagen.

Der Konkretisierungsgrad der vorgeschlagenen Maßnahmen folgt einem Kompromiss: Einerseits dient eine weitgehende Konkretisierung der Überprüfbarkeit bei der Umsetzung, andererseits sollen die Vorschläge Grundlage für weitergehende und detailliertere Vorschläge und Forderungen auch der Verbände der Menschen mit Behinderungen sein. Die Vielfalt der Behinderungsarten macht es häufig notwendig, „im Allgemeinen“ zu bleiben, um nicht Gefahr zu laufen, etwa durch unvollständige Aufzählung von Konkretisierungen der einen oder anderen Behinderungsart nicht gerecht zu werden.

Landes-Behindertenbeirat Baden-Württemberg

AG „Umsetzung der VN-BRK“

Ziele und Maßnahmen im Handlungsfeld

(3) Gesundheit

Ziele

(Art. 25, 26 VN-Behindertenrechtskonvention)

In Baden-Württemberg können Menschen mit und ohne Behinderungen dieselben Angebote der Gesundheitsversorgung und der therapeutischen Unterstützung nutzen. In Baden-Württemberg existiert eine wohnortnahe, barrierefreie, niederschwellige Versorgung mit Gesundheitsleistungen für Menschen mit und ohne Behinderungen. Gleiches gilt für interdisziplinäre Habilitations- und Rehabilitationsangebote. Die spezifischen Belange aufgrund der individuellen Beeinträchtigungen werden berücksichtigt.

Diese Ziele gelten auch für den Bereich der Pflege.

Maßnahmen

Maßnahme	Vom Ist-Zustand zum Soll-Zustand	Beteiligt an der Umsetzung	Bemerkungen
1. Angebote der Prävention und Rehabilitation sind für Menschen mit Behinderungen nutzbar.	Alle Angebote der Prävention und Rehabilitation müssen für Menschen mit Behinderungen zugänglich und nutzbar gemacht werden.		Umfassende Barrierefreiheit (vgl. Handlungsfeld (6) Barrierefreiheit)
2. Sicherstellung des gleichberechtigten Zugangs zu Versicherungen, Pflegezusatzversicherungen usw.			
3. Einbeziehung der Betroffenen in die Aktivitäten im Gesundheitswesen auf allen Ebenen	Ausbau eines Ombudswesens und der Patientenbeteiligung		z. B. Förderung der Selbsthilfe und der Patientenbeteiligung



Landes-Behindertenbeirat Baden-Württemberg		AG „Umsetzung der VN-BRK“	
Maßnahmen im Handlungsfeld (3) Gesundheit			
Maßnahme	Vom Ist-Zustand zum Soll-Zustand	Beteiligt an der Umsetzung	Bemerkungen
4. Aus- und Weiterbildung von Ärzten, Heilmittelerbringern, Krankenhauspersonal und von Pflegekräften im Umgang mit Menschen mit Behinderungen	Schulungen und Sensibilisierung für die Bedeutung der leichten Sprachen  Vertrauensbildung, das Gegenüber (den Patienten) ernst nehmen, Assistenzpersonen mit einbeziehen (Peer Counseling)  Sicherstellung der finanziellen Rahmenbedingungen und Ergänzung der Ausbildungsverordnungen	Selbsthilfeorganisationen, Land, Kassenärztliche Vereinigungen, Landes-Ärztekammer.	Die Belange von Menschen mit Behinderungen sind in allen Ausbildungs- und Studiengängen zu integrieren und die Genderorientierung ist umfassend umzusetzen.
5. Berücksichtigung des Genderaspekts in Behandlung und Pflege			Schaffung adäquater Angebotsstrukturen unter Berücksichtigung spezifischer Belange von Frauen und Mädchen mit Behinderungen
6. Bereitstellung oder Gewährung von persönlicher Assistenz (dazu gehört u.a. die Bereitstellung von Gebärdensprachdolmetschern) bei - Arztwahl - Behandlungsablauf - stationärer Behandlung - Überweisung ins Krankenhaus - Auswahl des Krankenhauses - Ausfüllen von Formularen			

- 9 -

Landes-Behindertenbeirat Baden-Württemberg		AG „Umsetzung der VN-BRK“	
Maßnahmen im Handlungsfeld (3) Gesundheit			
Maßnahme	Vom Ist-Zustand zum Soll-Zustand	Beteiligt an der Umsetzung	Bemerkungen
7. Bereitstellung zusätzlicher Zeitbudgets für die qualifizierte ambulante und stationäre Behandlung	Die zeitintensivere Behandlung muss entsprechend finanziert werden. Anpassung der Gebührenordnungen.	Kostenträger, Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern	Flächendeckende ärztliche und zahnärztliche Versorgung auch für Menschen mit Behinderungen.  Netz von Ärzten mit Spezialwissen.
8. Verbesserung der Früherkennung von chronischen Erkrankungen und Behinderungen		Medizinische Fakultäten, Land, Kinderärzte	
9. Ausbau der interdisziplinären Frühförderung als niederschwellige Anlaufstelle für alle.	Ergänzung der Kinderärzteausbildung und bessere Vernetzung.	Land, Krankenkassen, Sozialhilfeträger	Rahmenvereinbarung auf Landesebene abschließen
10. Wahlfreiheit der Betroffenen bzw. der Angehörigen in Bezug auf die Behandlungsform bzw. die Versorgung mit Hilfsmitteln (z.B. CI)			Die Wahlfreiheit setzt eine umfassende Beratung der Menschen mit Behinderungen voraus.
11. Fahrdienste zu gesundheitsfördernden Maßnahmen und zur Behandlung werden sichergestellt.			
12. Zeitnahe und bedarfsgerechte Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln			Erforderlich ist auch die umfassende Einweisung/Beratung im Umgang mit Hilfsmitteln.

- 10 -

Landes-Behindertenbeirat Baden-Württemberg		AG „Umsetzung der VN-BRK“	
Maßnahmen im Handlungsfeld (3) Gesundheit			
Maßnahme	Vom Ist-Zustand zum Soll-Zustand	Beteiligt an der Umsetzung	Bemerkungen
13. Ausbau der medizinischen Diagnose und Behandlungsangebote für Menschen mit Behinderungen (insbesondere bei Doppeldiagnosen, z. B. im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung) Gezielte Förderung der Forschung für Diagnose und Therapie, insbesondere für seltene Erkrankungen	Funktionierende Strukturen im Rahmen der Behandlung ambulanter spezialärztlicher Versorgung werden aufgebaut. Notwendig sind landesweite Versorgungsstrukturen.		Das neue Versorgungsstrukturgesetz schafft dazu neue Möglichkeiten. Diese müssen rasch umgesetzt werden.
14. Die notwendigen Maßnahmen der Rehabilitation zur Teilhabe im Alltag müssen gewährt werden.			Training von lebenspraktischen Fähigkeiten
15. Umfassend barrierefreie Versorgungsstrukturen			Vgl. Handlungsfeld 6 „Barrierefreiheit“
16. Sicherstellung der Gesundheitsleistungen, unabhängig von der Wohnform (z. B. in stat. Einrichtungen)	Menschen mit Behinderungen erhalten von der Kranken- und Pflegeversicherung dieselben Leistungen wie alle anderen Menschen, unabhängig von der Wohnform. Behandlung und Pflege in stationären Einrichtungen sicherstellen und vergüten Aufhebung der Zielkonflikte zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung Überwindung von Insellösungen, Budgetegoismen sowie der Fragmentierung der Finanzierung		Vgl. Handlungsfeld (5) „Wohnen“

- 11 -

Landes-Behindertenbeirat Baden-Württemberg		AG „Umsetzung der VN-BRK“	
Ziele und Maßnahmen im Handlungsfeld (5) Wohnen			
Ziele			
(Art. 19 VN-Behindertenrechtskonvention)			
In Baden-Württemberg leben und wohnen Menschen mit Behinderungen möglichst gemeindenah in für sie geeigneten Wohnumfeldern gleichberechtigt mit allen anderen. Sie haben insbesondere die Wahlfreiheit, sich selbstbestimmt die für ihre individuellen Bedürfnisse und Vorstellungen geeignete Wohnform aus einem vielfältigen Angebot auszusuchen. Dazu gibt es in Baden-Württemberg unterschiedliche Unterstützungs- und Dienstleistungsangebote.			
Menschen mit Behinderung soll auch der Zugang zu öffentlich geförderten Wohnungsbauprogrammen erschlossen werden.			
Maßnahmen			
Maßnahme	Vom Ist-Zustand zum Soll-Zustand	Beteiligt an der Umsetzung	Bemerkungen
1. Der barrierefreien Wohnungsbestand in Baden-Württemberg wird im privaten und öffentlichen Sektor nachhaltig ausgebaut. Ein Programm zur Inklusion und Teilhabe für Menschen mit Behinderung wird im Rahmen von öffentlich geförderten Wohnungsbauprogrammen nachhaltig verfolgt.	Stärkung des barrierefreien Bauens in der Landesbauordnung, insbesondere für den Bereich des Gebäudebestands Weiterentwicklung der Wohnungsförderprogramme des Landes mit dem Ziel, Menschen mit Behinderung bei der Ausrichtung neuer Wohnungsbauprogramme nachhaltig zu berücksichtigen. Gleichwertige Einbeziehung und Verpflichtung der gewerblichen Wohnbauunternehmen, die öffentliche Zuschüsse erhalten	Öffentliche, kirchliche und private Wohnungsbauunternehmen und Wohnungsbaugenossenschaften Land, Landesbehörden	Sicherstellung des zusätzlichen barrierefreien Wohnungsbedarfs Vgl. Bemerkung bei Nr. 2. Ausbau des Landeswohnraumförderung

- 16 -

Landes-Behindertenbeirat Baden-Württemberg		Maßnahmen im Handlungsfeld (5) Wohnen		AG „Umsetzung der VN-BRK“
Maßnahme	Vom Ist-Zustand zum Soll-Zustand	Beteiligt an der Umsetzung	Bemerkungen	
2. Überprüfung der Verwaltungsvorschrift der investiven Förderung von Einrichtungen der Behindertenhilfe, Abkehr von der ausschließlichen Objektförderung, hin zu einer Subjektförderung	Die Verwaltungsvorschrift wird dahingehend geprüft, ob die investive Förderung für Menschen mit Behinderungen auch im sozialen Wohnungsbau mit einfließen kann.	Land, Landkreis, Städtetag, KVJS, Landesbehörden, Leistungsträger (z. B. Liga der freien Wohlfahrtspflege)	19.747 erwachsene Menschen mit Behinderung erhielten stationäre Leistungen der Eingliederungshilfe im Wohnen. 7.970 erwachsene Menschen mit Behinderung erhielten ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe. (Davon lebt nur ein kleiner Teil in einer eigenen bzw. selbst angemieteten Wohnung). (KVJS, Fallzahlen Eingliederungshilfe 2010)	
3. Städtebauliche Konzepte weiterentwickeln: Ein programmatisches Konzept der Gleichstellung behinderter und nicht behinderter Menschen hinsichtlich des Anspruchs auf unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft wird erarbeitet.	Hier sind städtebauliche Konzepte zu realisieren, die generationenübergreifend Barrieren beseitigen, und soziale Unterstützungen und haushaltsnahe Dienstleistungsangebote kleinräumig anbieten. Landesprogramm „Soziale Stadt“, Mehrgenerationenhäuser (MGH), Quartierskonzepte	Land, Landkreis, Städtetag, KVJS, Landesbehörden, Leistungsträger, Bund-Länderprogramm Soziale Stadt, Liga der freien Wohlfahrtspflege		
4. Förderung und Entwicklung neuer Wohn- und Lebensformen	.		z.B. MGH, Wohnen im Alter, integrative Wohn- und Lebensformen usw.  Neue Wohnformen sollen bei der Weiterentwicklung des Landesheimrechts berücksichtigt werden.	

- 17 -

Landes-Behindertenbeirat Baden-Württemberg		Maßnahmen im Handlungsfeld (5) Wohnen		AG „Umsetzung der VN-BRK“
Maßnahme	Vom Ist-Zustand zum Soll-Zustand	Beteiligt an der Umsetzung	Bemerkungen	
5. Niederschwellige neutrale, kommunale Beratungsangebote schaffen. Diese stellen umfassende Information bei der Anmietung, Einrichtung und dem Umbau barrierefreien Wohnraums zur Verfügung.	Beratung beim Umbau, Internetbörse barrierefreier Wohnraum Schaffung von entsprechenden Netzwerken Informationsschriften in Leichter Sprache über die Förderprogramme der KfW, Landesprogramme „Altersgerecht Umbauen“	Bund, Land, Kommunen, Liga der freien Wohlfahrtspflege	Wohnmöglichkeiten: Eigene Wohnung, Betreutes Wohnen in einer eigenen bzw. angemieteten Wohnung usw.	
6. Ein vielfältiges Angebot von niederschweligen Unterstützungsleistungen zum Leben in der Gemeinde wird geschaffen. Dienste für die Allgemeinheit und Infrastrukturen werden so gestaltet, dass sie von allen Menschen genutzt werden können.	Für Menschen mit Behinderungen sind im Rahmen der Daseinsvorsorge ambulante Unterstützungsangebote vorzuhalten, die auf kommunaler Ebene zur Verfügung stehen.	Land, Landkreis, Städtetag, KVJS, Landesbehörden, Liga der freien Wohlfahrtspflege	Aufbau geeigneter Infrastruktur: Behinderte und nichtbehinderte Menschen leben zusammen Oberstes Ziel ist die Überwindung von Barrieren im Gemeinwesen (möglichst wenig Fachdienste).	

- 18 -

Landes-Behindertenbeirat Baden-Württemberg		AG „Umsetzung der VN-BRK“	
Maßnahmen im Handlungsfeld (5) Wohnen			
Maßnahme	Vom Ist-Zustand zum Soll-Zustand	Beteiligt an der Umsetzung	Bemerkungen
7. Menschen mit Behinderungen erhalten bei Bedarf und auf Wunsch Hilfen bei der Organisation und Nutzung von Unterstützungs- und Assistenzleistungen.	Die Unterstützung zur unabhängigen Lebensführung beschränkt sich nicht nur auf die unmittelbaren Hilfen in der eigenen Wohnung, sondern bezieht sich auch auf die Angebote (Trainingsmaßnahmen usw.), die ein Wohnen in der eigenen Wohnung vorbereiten und unterstützen.  Voraussetzung ist ein verlässliches, landesweites Teilhabebedarfs- / Hilfebedarfsfeststellungsverfahren, das die einzelnen Hilfeansprüche der Menschen mit Behinderung entsprechend des eigenen Wunsch- und Wahlrechts sichert und zeitnah zur Verfügung stellt.	Landkreistag, Städtetag, KVJS, Liga der freien Wohlfahrtspflege	„Lotsenfunktion“ z. B. Haushaltshilfe, persönliche Assistenz, (trägerübergreifendes) persönliches Budget, Hilfsmittel, Wohnungsgestaltung  Die Assistenzleistungen können z.B. umfassen: - Pflege (Zubettgehen, Körperpflege, Essenreichen, Toilettengang usw.) - Haushalt (Einkaufen, Kochen, Spülen, Wäschewaschen usw.) - Mobilitätshilfen (Begleitung, Unterstützung, Vorlesen, Freizeitgestaltung usw.) - Kommunikationshilfen (auch hier fallen pflegerische Tätigkeiten an)
8. Arbeitgebermodell: Die notwendigen Unterstützungsleistungen bzw. persönliche Assistenzkräfte sind organisiert oder können selbst organisiert werden.		Landkreistag, Städtetag, KVJS, Liga der freien Wohlfahrtspflege	Bekannt als Arbeitgebermodell: Im Rahmen des Trägerübergreifenden Budgets werden Hilfen in Form eines Budgets gewährt als Hilfe zur Pflege bzw. als Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung. Der Mensch mit Behinderung ist Arbeitgeber für angestellte Assistenzkräfte.

- 19 -

Landes-Behindertenbeirat Baden-Württemberg		AG „Umsetzung der VN-BRK“	
Maßnahmen im Handlungsfeld (5) Wohnen			
Maßnahme	Vom Ist-Zustand zum Soll-Zustand	Beteiligt an der Umsetzung	Bemerkungen
9. Menschen mit Behinderung haben die Wahl zwischen verschiedenen betreuten Wohnformen.  In Baden-Württemberg stehen vielfältige Angebote der Träger zur Verfügung.  (z. B. öffentlichrechtliche bzw. private Träger sowie Träger der freien Wohlfahrtspflege)	Voraussetzung ist ein verlässliches, landesweites Hilfebedarfsfeststellungsverfahren das die einzelnen Hilfeansprüche des Menschen mit Behinderung entsprechend des eigenen Wunsch- und Wahlrechts sichert und zeitnah zur Verfügung stellt.  Angebote der Leistungserbringer reichen u.a. vom ambulant betreuten Wohnen, Wohngemeinschaften, Intensiv Betreutes Wohnen (Wohnungen bzw. Betreuungssetting organisiert vom Träger), Stationäre Wohngruppen, Wohnheime, begleitetes Wohnen in Familien, geschlossene Wohnheime usw.	Landkreistag, Städtetag, KVJS, Liga der freien Wohlfahrtspflege	Realisierung von Wunsch- und Wahlrecht: z.B. auch bei älteren Menschen mit Behinderungen  Die Bedürfnisse der Menschen mit Sinnesbehinderungen sind im Besonderen zu berücksichtigen – z. B. „Kommunikationsräume“ für Gehörlose, vgl. Handlungsfeld (8) „Persönlichkeitsrechte“.  Notwendig ist die niederschwellige Realisierung des Persönlichen Budgets in Baden-Württemberg.  Das Persönliche Budget ist ein zentrales Instrument, das dem Menschen mit Behinderung ermöglicht, ein Leben nach seinen Wünschen auch in betreuten Wohnformen zu realisieren.

- 20 -

<b>Landes-Behindertenbeirat Baden-Württemberg</b> Ziele und Maßnahmen im Handlungsfeld <b>(6) Barrierefreiheit</b>	<b>AG „Umsetzung der VN-BRK“</b>												
<b>Ziele</b> (Art. 9 VN-Behindertenrechtskonvention ) In Baden-Württemberg ist eine umfassende Barrierefreiheit in allen Lebensbereichen verwirklicht. Das bezieht sich insbesondere auf bauliche Maßnahmen, Umwelt, Transportmittel, Zugänglichkeit zu Informationsquellen und Medien. Dies umfasst auch notwendige Unterstützungsleistungen und Assistenz.													
<b>Anmerkungen</b> Dieses Handlungsfeld ist ein umfassendes Querschnittsthema über alle Handlungsfelder dieses Papiers hinweg. Barrierefreiheit berührt als Querschnittsthema alle Bereiche der VN-Behindertenrechtskonvention und viele Politikbereiche. Die besonderen Anforderungen bzgl. der Barrierefreiheit der unterschiedlichen Behinderungsarten sind zu berücksichtigen (z. B. Berücksichtigung des Zwei-Sinne-Prinzips). Aufzählungen sind nicht abschließend.													
<b>Maßnahmen</b>													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Maßnahme</th> <th>Vom Ist-Zustand zum Soll-Zustand</th> <th>Beteiligt an der Umsetzung</th> <th>Bemerkungen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Stärkung des Bewusstseins für den „Mehrwert von Barrierefreiheit für alle“</td> <td>Durch öffentlichkeitswirksame Kampagnen wird dieses Bewusstsein gestärkt.</td> <td></td> <td>„Universal Design“, grundsätzlich für alle nutzbare Lösungen beachten, dies betrifft auch die Kommunikation wie z.B. die leichte Sprache  Staatliche Förderung nur bei Beachtung der Barrierefreiheit</td> </tr> <tr> <td>2. Barrierefreie Planung und Gestaltung des „öffentlichen Raumes“ Dies betrifft insbesondere:</td> <td></td> <td></td> <td>ÖPNV, Schulen, Hochschulen, Bäder, Kultureinrichtungen, Bibliotheken, Sportstätten</td> </tr> </tbody> </table>	Maßnahme	Vom Ist-Zustand zum Soll-Zustand	Beteiligt an der Umsetzung	Bemerkungen	1. Stärkung des Bewusstseins für den „Mehrwert von Barrierefreiheit für alle“	Durch öffentlichkeitswirksame Kampagnen wird dieses Bewusstsein gestärkt.		„Universal Design“, grundsätzlich für alle nutzbare Lösungen beachten, dies betrifft auch die Kommunikation wie z.B. die leichte Sprache  Staatliche Förderung nur bei Beachtung der Barrierefreiheit	2. Barrierefreie Planung und Gestaltung des „öffentlichen Raumes“ Dies betrifft insbesondere:			ÖPNV, Schulen, Hochschulen, Bäder, Kultureinrichtungen, Bibliotheken, Sportstätten	
Maßnahme	Vom Ist-Zustand zum Soll-Zustand	Beteiligt an der Umsetzung	Bemerkungen										
1. Stärkung des Bewusstseins für den „Mehrwert von Barrierefreiheit für alle“	Durch öffentlichkeitswirksame Kampagnen wird dieses Bewusstsein gestärkt.		„Universal Design“, grundsätzlich für alle nutzbare Lösungen beachten, dies betrifft auch die Kommunikation wie z.B. die leichte Sprache  Staatliche Förderung nur bei Beachtung der Barrierefreiheit										
2. Barrierefreie Planung und Gestaltung des „öffentlichen Raumes“ Dies betrifft insbesondere:			ÖPNV, Schulen, Hochschulen, Bäder, Kultureinrichtungen, Bibliotheken, Sportstätten										
- 21 -													

<b>Landes-Behindertenbeirat Baden-Württemberg</b> Maßnahmen im Handlungsfeld <b>(6) Barrierefreiheit</b>	<b>AG „Umsetzung der VN-BRK“</b>																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Maßnahme</th> <th>Vom Ist-Zustand zum Soll-Zustand</th> <th>Beteiligt an der Umsetzung</th> <th>Bemerkungen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Baumaßnahmen, Informationssysteme, Kommunikationssysteme, Leitsysteme, Assistenzsysteme.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Baumaßnahmen:</td> </tr> <tr> <td>3. Schaffung eines barrierefreien Leitfadens zum barrierefreien Bauen</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Weiterentwicklung der Bauvorschriften im Hinblick auf die Berücksichtigung der Barrierefreiheit</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Uneingeschränkte Übernahme der Normen zum barrierefreien Bauen (DIN 18040) in die Liste der Technischen Bestimmungen zum barrierefreien Bauen</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. Entwicklung von Sanktionsmechanismen bei Verstößen gegen Regelungen der LBO (z. B. § 39) oder Normen</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. Aspekte der Barrierefreiheit werden bereits bei Ausschreibung, Planung, Wettbewerben berücksichtigen sowie Betroffene werden in den Prozess mit einbezogen.</td> <td></td> <td></td> <td>Insbesondere in allen öffentlich zugängigen Gebäuden und Verkehrsmitteln. (z. B. die Gestaltung der WCs in Zügen, Flugzeugen, Schiffen usw.)</td> </tr> <tr> <td>8. Kontrastreiche Gestaltung des öffentlichen Raumes</td> <td></td> <td></td> <td>z. B. von Gebäuden, Leitsystemen, Fahrzeuge usw.</td> </tr> </tbody> </table>	Maßnahme	Vom Ist-Zustand zum Soll-Zustand	Beteiligt an der Umsetzung	Bemerkungen	Baumaßnahmen, Informationssysteme, Kommunikationssysteme, Leitsysteme, Assistenzsysteme.				Baumaßnahmen:				3. Schaffung eines barrierefreien Leitfadens zum barrierefreien Bauen				4. Weiterentwicklung der Bauvorschriften im Hinblick auf die Berücksichtigung der Barrierefreiheit				5. Uneingeschränkte Übernahme der Normen zum barrierefreien Bauen (DIN 18040) in die Liste der Technischen Bestimmungen zum barrierefreien Bauen				6. Entwicklung von Sanktionsmechanismen bei Verstößen gegen Regelungen der LBO (z. B. § 39) oder Normen				7. Aspekte der Barrierefreiheit werden bereits bei Ausschreibung, Planung, Wettbewerben berücksichtigen sowie Betroffene werden in den Prozess mit einbezogen.			Insbesondere in allen öffentlich zugängigen Gebäuden und Verkehrsmitteln. (z. B. die Gestaltung der WCs in Zügen, Flugzeugen, Schiffen usw.)	8. Kontrastreiche Gestaltung des öffentlichen Raumes			z. B. von Gebäuden, Leitsystemen, Fahrzeuge usw.	
Maßnahme	Vom Ist-Zustand zum Soll-Zustand	Beteiligt an der Umsetzung	Bemerkungen																																		
Baumaßnahmen, Informationssysteme, Kommunikationssysteme, Leitsysteme, Assistenzsysteme.																																					
Baumaßnahmen:																																					
3. Schaffung eines barrierefreien Leitfadens zum barrierefreien Bauen																																					
4. Weiterentwicklung der Bauvorschriften im Hinblick auf die Berücksichtigung der Barrierefreiheit																																					
5. Uneingeschränkte Übernahme der Normen zum barrierefreien Bauen (DIN 18040) in die Liste der Technischen Bestimmungen zum barrierefreien Bauen																																					
6. Entwicklung von Sanktionsmechanismen bei Verstößen gegen Regelungen der LBO (z. B. § 39) oder Normen																																					
7. Aspekte der Barrierefreiheit werden bereits bei Ausschreibung, Planung, Wettbewerben berücksichtigen sowie Betroffene werden in den Prozess mit einbezogen.			Insbesondere in allen öffentlich zugängigen Gebäuden und Verkehrsmitteln. (z. B. die Gestaltung der WCs in Zügen, Flugzeugen, Schiffen usw.)																																		
8. Kontrastreiche Gestaltung des öffentlichen Raumes			z. B. von Gebäuden, Leitsystemen, Fahrzeuge usw.																																		
- 22 -																																					

Landes-Behindertenbeirat Baden-Württemberg		AG „Umsetzung der VN-BRK“	
Maßnahmen im Handlungsfeld (6) Barrierefreiheit			
Maßnahme	Vom Ist-Zustand zum Soll-Zustand	Beteiligt an der Umsetzung	Bemerkungen
9. Barrierefreie Gestaltung von Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegebereiches (Krankenhäuser, Arztpraxen, Gesundheitsämter, Therapieeinrichtungen, Apotheken, Heilbäder)			Vgl. Handlungsfelder (3) „Gesundheit“ und (7) „Kultur, Freizeit und Sport“
10. Öffentlich geförderte Gebäude müssen bei Sanierung, Umbau, Anbau, zwingend barrierefrei gestaltet werden.			Keine Abstriche gegenüber § 39 Landesbauordnung
Kommunikation:			
11. Schaffung von barrierefreien Kommunikationsformen und -systemen.	Verstärkte Einführung von barrierefreien Audioguides in öffentlichen Einrichtungen		z.B. Induktionsschleifen allgemein einführen
12. Die Medienangebote sollen barrierefrei nutzbar oder kompatibel mit Spezialsystemen sein.			
13. Kontinuierliche Verbesserung der Barrierefreiheit und des Zugangs zu Informationen und Kommunikationsmitteln Unter anderem: Barrierefreies Internet für Alle			Gebärdensprach-Videos Anspruch auf unterstützte Kommunikation
14. Barrierefreie Kommunikation mit Behörden, Versicherungen, Dienststellen, usw. sicherstellen			Offizielle Dokumente wie z. B. Ausweise, Schwerbehindertenausweis, Gesundheitskarte, Bankkarte usw. sind noch nicht barrierefrei.

- 23 -

Landes-Behindertenbeirat Baden-Württemberg		AG „Umsetzung der VN-BRK“	
Maßnahmen im Handlungsfeld (6) Barrierefreiheit			
Maßnahme	Vom Ist-Zustand zum Soll-Zustand	Beteiligt an der Umsetzung	Bemerkungen
15. Alle Bildungseinrichtungen sollen nur noch Lernmittel einführen, die auch barrierefreie Versionen anbieten.			z. B. digitale Versionen von Lernmitteln
16. Barrierefreie Gestaltung der Notrufsysteme			z. B. Notruf-SMS für hörbehinderte Menschen
Leitsysteme:			
17. Akustische und optische Ansagen an Bahnhöfen und Haltestellen	Beachtung des Zwei-Sinne-Prinzips		z. B. Bahnhofsdurchsagen auch visualisieren und umgekehrt.
18. Dynamische Informationssysteme im öffentlichen Raum sind (Verkehrsbereich) umfassend barrierefrei zugänglich zu machen.	Ausbau der Dienstleistungen, zur Ergänzung der technischen Lösungen steht geschultes Servicepersonal zur Verfügung: z. B. freie Stewards helfen		z. B. mehr Gebärdensprachdolmetscher
19. Leitsysteme im Verbund gestalten (keine Insellösungen) oder Bereitstellung von Assistenzsystemen bzw. Assistenzleistungen			
20. Kontrastreiche Gestaltung der Umwelt			z. B. Markierung an Türen und Treppen
Information:			
21. Akustische/Optische Infostationen in Bahnhöfen, Flughäfen in den Verkehrsmitteln usw.	Beachtung des Zwei-Sinne-Prinzips		z. B. Informationen in Braille, Großschrift, Piktogramme

- 24 -

Landes-Behindertenbeirat Baden-Württemberg		AG „Umsetzung der VN-BRK“	
Maßnahmen im Handlungsfeld (6) Barrierefreiheit			
Maßnahme	Vom Ist-Zustand zum Soll-Zustand	Beteiligt an der Umsetzung	Bemerkungen
22. Alle Informationssysteme müssen so gestaltet werden, dass sie von Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen wahrnehmbar sind.	Einführung der Regelungen der Barrierefreien-Informationstechnik-Verordnung (BITV) auf allen Ebenen		Barrierefreies Internet: nach der aktuellen BITV. Gute Beispiele von möglichst vielen Trägern
Umwelt:			
23. Gestaltung barrierefreier Haushaltsgeräte, Geräte der Unterhaltungselektronik sowie anderer allg. gebräuchlicher Elektrogeräte			
24. Barrierefreie Gestaltung aller Geräte, Einrichtungsgegenstände, Handwerkerleistungen			(Universal Design, gutes Beispiel: I-Phone)
25. Beschriftungen, Informationen barrierefrei gestalten			
26. Barrierefreie Nutzbarkeit von Museen (z. B. Tastobjekte)			
27. Umsetzung der EU-Fernbusrichtlinie: Barrierefreiheit als Voraussetzung			
28. Dokumente die den persönlichen Bereich betreffen, müssen barrierefrei nutzbar zur Verfügung gestellt werden.			z.B. Deutsche Rentenversicherung, Versicherungen

- 25 -

Landes-Behindertenbeirat Baden-Württemberg		AG „Umsetzung der VN-BRK“	
Maßnahmen im Handlungsfeld (6) Barrierefreiheit			
Maßnahme	Vom Ist-Zustand zum Soll-Zustand	Beteiligt an der Umsetzung	Bemerkungen
Dienstleistungen:			
29. Einrichtung von zentralen Registern zur Nutzung von barrierefreien Angeboten	Entwicklung von Stadtführern für Menschen mit Behinderungen	Selbsthilfe	
30. Ausbau der barrierefreien Dienstleistung: Servicekräfte, Stewards			
Mobilität:			
31. Ausbau des barrierefreien ÖPNV als Ergänzung des Sonderfahrdienstes (barrierefreie Rufbusse, Nachttaxen usw.)	Umfassend strukturelle Barrierefreiheit sicherstellen, z.B. Betriebsfähigkeit von Aufzügen gewährleisten		
32. Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung			
33. Menschen mit Behinderungen erhalten das notwendige Mobilitätstraining, um die behinderungsbedingten Einschränkungen der Mobilität zu kompensieren.			
Medien:			
34. Audiodeskription, Untertitelung, Induktionsschleifen, Gebärdensprache, leichte Sprache bzw. Alternativen		Länder, Kommunen, SWR	z.B. Kino, Internet, Südwestrundfunk

- 26 -

Landes-Behindertenbeirat Baden-Württemberg		AG „Umsetzung der VN-BRK“	
Maßnahmen im Handlungsfeld (6) Barrierefreiheit			
Maßnahme	Vom Ist-Zustand zum Soll-Zustand	Beteiligt an der Umsetzung	Bemerkungen
35. Lernmittelverlage verpflichten sich barrierefreie Versionen ihrer Lernmittel anzubieten.			
36. Schulung/Fortbildung im Umgang mit Menschen mit Behinderungen	Überwindung der haltungsbedingten Unsicherheiten, Berührungängste, Fehlhaltungen im Umgang mit Menschen mit Behinderungen		
37. Novellierung Landes-Behindertengleichstellungsgesetz (L-BGG)	Geltungsbereich auf die kommunale Ebene ausdehnen. Behindertenbeauftragte sollen verpflichtend auf kommunaler Ebene verankert werden. Barrierefreies Internet Verbandsklagerecht Zielvereinbarungen Ermächtigungsgrundlage für Kommunikationshilfverordnung schaffen oder dynamischen Verweis im Gesetz regeln.		



Auszug

The image shows the cover of a report. At the top left, there is a logo with the text 'GESUND & AKTIV LEBEN & LERNEN'. The main title is 'Präventive Hausbesuche im Spannungsfeld zwischen Ehren- und Hauptamt' in white text on a green background. Below the title is a photograph of an elderly woman with glasses and a younger woman smiling. At the bottom left is a map of Germany with Baden-Württemberg highlighted in green. The text 'Dokumentation Impulskonferenz Baden-Württemberg' and 'Stuttgart, 21. November 2011' is positioned below the map. At the bottom, there are three logos: the Baden-Württemberg state emblem and name, the BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) logo, and the logo of the German Federal Government's Federal Health Agency (BfArM).

## Steckbriefe der Praxisbeispiele

### Aktivierender Hausbesuch bei Seniorinnen und Senioren

DRK Kreisverband Tübingen, Abteilung Sozialarbeit

Kontakt:

Claudia Stöckl

DRK Kreisverband Tübingen

c.stoeckl@drk-tuebingen.de

Angelika Farnung

DRK Landesverband Baden-Württemberg

a.farnung@drk-bw.de

Zeitraum:

ab Juli 2008, Förderzeitraum 2009 durch das Sozialministerium im Rahmen der Umsetzung des Präventionspaktes, danach integriertes Konzept

Ziele

- Vermeidung von Pflegebedürftigkeit
- Bewegungsförderung um die Alltagsfähigkeit der Personen zu erhalten.
- Sturzprävention
- Zuwendung durch Gespräch, gegen Einsamkeit und Isolation

Zielgruppe und Zugangswege

- Hochbetagte Senioren/-innen, die an ihr Haus gebunden sind
- Ausschluss von Pflegebedürftigkeit (Bettlägerigkeit und schwere Demenz sind ein Ausschlusskriterium)

Zugang

Die Interessierten melden sich beim DRK. Oftmals rufen aber auch Angehörige an.

Umsetzung der aktivierenden Hausbesuche

Bei Interesse wird ein erster Hausbesuch durchgeführt. Ein Fragebogen muss ausgefüllt werden und eine Genehmigung des Hausarztes/ der Hausärztin muss erfolgen. Die Begleiter/-innen des ersten Hausbesuchs sind durch den Kreisverband umfassend geschult und vorbereitet worden.

Einmal pro Woche findet ein Besuch statt. Es gibt einige Senioren/-innen die über 1-2 Jahre schon eine Begleitung in Anspruch nehmen.

Es finden Bewegung und Gespräche statt, beides ist gleichermaßen gewichtet.

Der Datenschutz ist durch ein Formular, das die Mitarbeiter/-innen unterschreiben, geregelt.

Vernetzung und Kooperationen

Landratsamt Tübingen, Abteilung Gesundheit.

Es gibt einige Hausärzte/-innen, die für das Angebot werben.

Qualifikation und Qualifizierung

Vom DRK Landesverband aus werden extra für den aktivierenden Hausbesuch Übungsleiter/-innen ausgebildet. Diese müssen vorher keine Kenntnisse besitzen.

## Steckbriefe

## Anhang

### Schulungsinhalte:

- Bewegungsanleitung für Hochbetagte
- Sturzprävention
- Gesprächsführung
- Erste Hilfe

### Finanzierung

Die Finanzierung des Projektes war bis Ende 2010 gesichert. Seit 2011 stehen Mittel gemäß § 45 d SGB 11 in Höhe von 2.500 € jährlich zur Verfügung.

Der Teilnehmerbeitrag liegt bei 4,- € pro Besuch, wobei der erste Besuch kostenfrei ist. Manche bezahlen auch freiwillig mehr, andere hingegen können nicht so viel bezahlen.

Ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen erhalten eine Aufwandsentschädigung von 10,- € pro Besuch.

### Qualitätsentwicklung

- Supervision
- Weiterbildungsangebote
- Dokumentation der Hausbesuchsverläufe

### Erfolgsfaktoren und Besonderheiten

Sowohl die Besuchten als auch die ehrenamtlichen Mitarbeiter/-innen profitieren von den Besuchen, die Alltagsfähigkeit der Besuchten konnte in aller Regel verbessert oder zumindest erhalten werden.

Kombination von Gespräch und Förderung der Beweglichkeit ist das innovative und überzeugende Merkmal des Besuchs.

### Hürden/Stolpersteine

- Finanzierung
- Der Besuch muss von den Senioren/-innen gewünscht sein und nicht von deren Kindern „gefordert“

## Betreutes Wohnen zu Hause

### Lenninger Netz

#### Kontakt:

Gabriele Riecker  
Lenninger Netz  
bwzh-lenningen@t-online.de

Zeitraum: seit 2005

#### Ziele

- Älteren und hilfsbedürftigen Menschen das „Zu Hause bleiben“ so lange und so gut wie möglich zu ermöglichen

## Steckbriefe

## Anhang

- Entlastung von Angehörigen

### Zielgruppe und Zugangswege

- Ältere Menschen mit Hilfebedarf, Menschen mit Pflegebedarf, Demenz oder Behinderung, weitere Gruppen:
- Menschen, die eine Zäsur erlebt haben, wie z.B. eine Krankheit, der Tod des Partners etc.
- Behinderte, Hilfebedürftige, ältere Menschen, die bereits andere Dienstleistungen oder Hilfen des Anbieters nutzen und eine Ausweitung der Hilfen wünschen oder benötigen
- Menschen, die vorsorgen wollen und ein ausgeprägtes Vorsorgebedürfnis haben, darunter insbesondere jüngere Senioren/-innen, die sich für die Möglichkeit interessieren, jederzeit in einen Betreuungsvertrag eintreten zu können
- Angehörige von älteren Menschen, die nicht in der Lage sind, selbst die Betreuung oder die Organisation von Hilfen zu übernehmen
- Nach unseren Erfahrungen sind die unser Angebot nachfragenden Personen älter als 75 Jahre

### Zugang

In erster Linie über Angehörige, Öffentlichkeitsarbeit, Ärzte/-innen, Kirche, Pflegedienste, Sozialdienst der Krankenhäuser, Nachbarschaft.

### Umsetzung des betreuten Wohnen

Durch wöchentliche Besuche wird den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten der älteren Menschen entsprochen. Sie werden gefordert z.B. durch Aktivierungen und Mobilisation, Defizite im sozialen Leben können ausgeglichen werden.

Über die Koordinationsstelle werden alle Leistungen den Bedürfnissen angepasst und koordiniert. Ein 5-seitiger Fragebogen wird zur Ermittlung des Beratungsbedarfs eingesetzt. Die Vermittlung geschieht über die hauptamtliche Koordinationsstelle, sie kennt beide Parteien, und kann zueinander passende Personen zusammen führen.

Zum Datenschutz: Schweigepflichtvereinbarung mit den Besuchsdienstmitarbeitern/-innen, verschlossene Aufbewahrung der Unterlagen.

#### 1. Die ausführliche Beratung

Die Leiterin der Koordinationsstelle vereinbart einen Besuchstermin mit den/dem Interessenten/-innen. In einem ausführlichen Gespräch vor Ort wird festgestellt, welche Defizite bestehen und welche Hilfen eine Entlastung bedeuten. Dabei ist erkennbar, welche Vertragsform der Situation angemessen ist: Options- oder Betreuungsvertrag. Der Inhalt der Verträge wird erklärt und daraus resultierende Fragen beantwortet.

#### 2. Vertragsabschluss

Bei dem Besuch der Leiterin der Koordinationsstelle werden die wichtigsten persönlichen Daten erfasst. Die von der Koordinationsstelle ausgewählte Besuchsdienst-Person wird vorgestellt. Es erfolgt die Vereinbarung der Termine für die regelmäßigen Besuche und alle wichtigen Einzelheiten für die optimale Betreuung werden erklärt.

#### 3. Die praktische Umsetzung

Ab jetzt kommt regelmäßig jede Woche die Besuchsdienst-Person ins Haus. Alle Fragen, Sorgen und Probleme können an diese Person gerichtet werden. Für weitere, in den Grundleistungen enthaltene Dienste kann die Koordinationsstelle angesprochen werden. Auch bei Bedarf von Wahlleistungen steht die Koordinationsstelle zur Verfügung. Alle Besuche und erbrachten Wahlleistungen werden dokumentiert.

### Vernetzung und Kooperationen

Wichtige Kooperationspartner, ohne die es nicht geht:

- Gemeinde Lenningen und Stadt Owen
- Evang. und Kath. Kirchengemeinden in Lenningen und Owen
- Krankenpflegevereine in Lenningen und Owen
- DRK Kreisverband Nürtingen-Kirchheim
- Diakoniestation Teck
- Ärzte/-innen und Apotheken in Lenningen und Owen

### Qualifikation und Qualifizierung

Hauptamt: Dipl. Krankenschwester, Leitungsweiterbildung

Ehrenamt: Zu Beginn: 6 teilige Ausbildungsreihe mit Vorträgen

- Auftaktveranstaltung: Möglichkeiten Bürgerschaftlichen Engagements (BE)
- Depressionen im Alter
- Einführung in die Gesprächsführung

## Anhang

## Steckbriefe

- Erinnerungsarbeit
  - Aspekte des Helfens, warum helfe ich?
- Abschlussveranstaltung: Wie sieht BE nun konkret aus?

### Finanzierung

Vertragsgebühren 75 Euro/Monat für Einzelpersonen, 125 Euro/Monat für Ehepaare, Mitgliedsbeiträge, Spenden, Fördergelder, Wettbewerbe, kommunale Unterstützung

### Qualitätsentwicklung

- Monatliche Treffen der Bürgerschaftlich Engagierten mit der Hauptamtlichen Fachkraft zum Austausch, Fallbesprechungen und Fortbildung
- Persönliche Begleitung der BE
- Fortbildungen für Hauptamtliche
- Laufende Dokumentation unter Berücksichtigung des Datenschutzes
- Wissenschaftliche Begleitung durch die Evang. Hochschule Ludwigsburg, Prof. Hammer

### Erfolgsfaktoren und Besonderheiten

- Identifikation der bestehenden sozialen Einrichtungen, der Kommunen und Kirchen mit dem Projekt
- Neutraler Träger = Lenninger Netz
- Konstruktive Netzwerkarbeit mit den Kooperationspartnern
- Eine Ansprechpartnerin für alle Bedürfnisse
- Persönliche Betreuung
- Vertrauensbasis
- Angebot eines interessanten, attraktiven „Ehrenamtes“
- Klare Aufgabenstellung
- Eigenverantwortliches Arbeiten
- Gute Betreuung und Einbindung
- Persönlicher Gewinn durch Schulungen u. Fortbildung
- Aufwandsentschädigung
- Transparenz gegenüber den Vertragspartnern
- Vertrauen und Zufriedenheit aller Projektpartner
- Bekanntheitsgrad in der Gemeinde und in der Umgebung
- Öffentlichkeitsarbeit

### Hürden/Stolpersteine

- Konkurrenzangebote
- Mangelnde Einsicht, dass Hilfen notwendig sind
- Zu wenig BE
- Trägt sich nicht selbst, ist auf Spenden und Zuschüsse angewiesen

## Begleitung im Alltag

Sozialamt, Stadt Reutlingen, Abteilung für Ältere

### Kontakt:

Ingrid Swoboda, Friederike Hohloch  
Stadt Reutlingen, Sozialamt, Abteilung für Ältere  
abteilung.aeltere@reutlingen.de

Zeitraum: seit 2004

### Ziele

- Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben der Stadt, des Quartiers, der Nachbarschaft
- Förderung der Selbstbestimmung im Alter
- Verbesserung der Lebensqualität im Alter

## Steckbriefe

## Anhang

### Zielgruppe und Zugangswege

Ältere Menschen mit Unterstützungsbedarf im Bereich der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, der sozialen Kontakte und der selbstständigen Lebensführung.  
Es gibt keine starre Altersgrenze.

### Zugang

Die Begleiter/-innen im Alltag werden in erster Linie vermittelt durch:  
Berater/-innen der Abteilung für Ältere an ihre Klienten

### Umsetzung der Begleitung im Alltag

Nach Abschluss der Basisschulung füllen die Ehrenamtlichen einen „Persönlichen Leitfaden“ aus zu folgenden Themen:

- Rahmenbedingungen des Engagements (Zeiten, gewünschte Orte etc.)
- Hobbys, Interessen, Fähigkeiten
- Erwartungen und Wünsche.

Im Falle einer Vermittlung führen die Berater/-innen der älteren Person Vorgespräche mit der Person, die Begleitung wünscht und einer Person, die sich für die Begleitung interessiert. Erst dann lernen sich die Partner kennen und treffen die Entscheidung, ob der Kontakt weiter geführt werden soll. Zuständige Berater/-innen nehmen nach den ersten Treffen Kontakt auf und fragen nach dem Verlauf und der Zufriedenheit auf beiden Seiten.

Regelmäßige Treffen der Begleiter/-innen im Alltag (3xjährlich): Die Begleiter/-innen im Alltag haben die Möglichkeit in den regelmäßigen Treffen mit einer Gruppe von anderen Begleiter/-innen und unter Anleitung der Abteilung für Ältere über ihre Tätigkeit zu sprechen und zu reflektieren. Eine telefonische Rücksprache mit Mitarbeiter/-innen ist jederzeit möglich. In der Regel erfolgen wöchentliche Kontakte zwischen den älteren Menschen und ihren Begleiter/-innen im Alltag.

Das Angebot ist kostenlos und die Begleiter/-innen im Alltag sind ehrenamtlich tätig.

### Tätigkeiten:

- Aktivierung im häuslichen Bereich: z.B. gemeinsames Anschauen von alten Fotoalben, gemeinsames Bepflanzen der Blumenkästen auf dem Balkon, ...
- Belebung und Pflege von Talenten und körperlichen Fähigkeiten: z.B. gemeinsames Kochen, gemeinsame Lektüre von Gedichten, gemeinsames Ausführen von Handarbeiten, Aufbau von einer alten Modelleisenbahn ....
- Förderung sozialer Beziehungen: z.B. gemeinsamer Besuch eines kirchlichen Gesprächskreises, Spaziergängen im Park, gemeinsamer Cafëbesuch, ...
- Gegenseitige Ermutigung zum Erhalt von Eigeninitiative und Selbstbestimmung: z.B. gemeinsamer Besuch von Konzerten der Philharmonie, Unterstützung bei dem Sortieren von amtlichen Papieren, ...

### Datenschutz:

In der Grundausbildung findet eine Einheit statt zum Thema Datenschutz. Behandelt werden die rechtlichen Grundlagen aber auch Fragen der konkreten Praxis, z.B. was erzähle ich meiner Nachbarin, die mich fragt, wohin ich eigentlich immer gehe und was ich dort mache.

Die Ehrenamtlichen unterzeichnen einen Vertrag, in dem ein ausführlicher Passus zu ihrer Schweigepflicht eingearbeitet ist.

### Vernetzung und Kooperationen

Vernetzung des Projektes mit anderen Bürgerschaftlichen Projekten mit dem Ziel des Erfahrungsaustausches und der gegenseitigen Anregung.

### Kooperationspartner der Abteilung für Ältere:

- Pflegedienste und hauswirtschaftliche Dienstleister
- Krankenhäuser
- Kurzzeitpflege
- Niedergelassene Ärzte/-innen
- Hospizdienst
- Kirchengemeinden
- Stadtteilinitiativen und Vereine
- Begegnungsstätten
- Stabsstelle für Bürgerschaftliches Engagement
- Referat für Migrationsfragen

## Anhang

## Steckbriefe

- Selbsthilfegruppen
- verschiedene Initiativen des Bürgerschaftlichen Engagements

### Qualifikation und Qualifizierung

Qualifikation der Berater/-innen und Gemeinwesenarbeiter/-innen der Abteilung für Ältere:

- Sozialarbeit/-pädagogik
- Diplom Pädagogik

außerdem: Zusatzqualifikationen in den Bereichen: Supervision, Erwachsenenbildung, Methoden für die Arbeit mit Gruppen, Themenzentrierte Interaktion, Case und Care Management, etc.

Praxisnahe Basisschulung (6 Stunden) für die bürgerschaftlich Engagierten

Inhalte:

- Reflexion des eigenen Altersbildes
- Ansätze des Empowerment und der Ressourcenorientierung
- Grundsätze der zwischenmenschlichen Kommunikation
- Informationen über Rahmenbedingungen: Daten- und Versicherungsschutz, Vertragsgestaltung

### Finanzierung

Stadt Reutlingen, Sozialamt, Abteilung für Ältere

Die bürgerschaftlich Engagierten erhalten eine Erstattung ihrer Fahrtkosten und kostenfreie Fortbildungen. Sie sind ehrenamtlich tätig und erhalten keine Aufwandsentschädigung.

### Qualitätsentwicklung

Qualifizierung:

- Impulsschulungen, z.B. Qualifizierung der Ehrenamtlichen im Bereich Gesundheitsförderung und alltagsnaher Aktivierung zu mehr körperlicher Bewegung, Kinästhetik, Biografiearbeit, u.ä.
- Teilnahme an Fallkonferenzen mit allen Akteuren: Bei Bedarf finden im Rahmen des Case Management Fallkonferenzen mit allen Beteiligten (Pflege, Arzt, Nachbarn, Angehörige, etc.) statt, um die Ziele der Beratung und Begleitung gemeinsam abzustimmen.
- Vernetzung mit anderen BE – Projekten und Austausch (Wohnberatung, Pflegebegleitung, Treffpunkt Internet)

### Dokumentation

- Laufende Dokumentation
- Jahresstatistik seit 2009
- Jahresbericht

### Mitarbeiterinnen

20% Stellenanteil verteilt auf verschiedene Mitarbeiter/-innen sind mit dem Aufbau, der Begleitung und Weiterentwicklung des Projektes betraut. Als Berater/-innen und Gemeinwesenarbeiter/-innen sind sie eingebunden in die Struktur der Abteilung für Ältere durch:

- Die wöchentlichen Teamsitzungen,
- In den jährlichen Konzeptionstagen
- In die regelmäßigen Teamsupervisionen
- In die Qualifizierungsmaßnahmen und ihre Umsetzung in die Praxis (aktuell Case und Care Management)

### Erfolgsfaktoren und Besonderheiten

- Basisqualifikation der Engagierten
- Fortlaufende Weiterbildung und regelmäßige Reflexion der Arbeit
- Integrierter Baustein in die Tätigkeitsbereiche der quartiersorientierten Seniorenarbeit der Abteilung für Ältere
- Enge Verzahnung zwischen ehrenamtlichen und professionellen Mitarbeiterinnen
- Im Einzelfall ist professionelle Unterstützung abrufbar
- Kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit in den regionalen Medien

### Hürden/Stolpersteine

- Verbindlichkeit der bürgerschaftlich Engagierten für Angebote außerhalb der Begleitung
- Regelmäßige Gewinnung von bürgerschaftlich Engagierten
- Abgrenzung zu hauswirtschaftlichen Dienstleistern, Tätigkeiten durch gesetzliche Betreuung, u.ä. von beiden Seiten
- Balancierung von Nähe und Distanz in der Beziehungsgestaltung auf beiden Seiten

## Seniorenbegleiterinnen und Seniorenbegleiter

### Aalen

Kontakt:  
Robert Dietrich  
Stadt-Seniorenrat Aalen e.V.  
Spritzenhausplatz 13  
73430 Aalen  
ssr.aaalen@t-online.de

Zeitraum: Projektbeginn November 2009  
Kooperationsprojekt der Stadt Aalen und des Stadt-Seniorenrates Aalen

### Ziele

- Durch die Bildung eines Netzwerkes mit den in der Seniorenarbeit tätigen
- Einrichtungen soll eine breite Basis für das Projekt „Seniorenbegleiterinnen und Seniorenbegleiter“ geschaffen werden.
- Interessierte Senioren/-innen oder auch noch nicht im Seniorenalter
- befindliche Personen werden geschult und durch Absolvierung eines Kurses befähigt
- andere alte Menschen kompetent zu begleiten.
- Geschulte Personen erhalten nach der Ausbildung ein Zertifikat. Danach können sie
- ihre ehrenamtlichen Hilfestellungen (z. B. bei Behördengängen, Vorlesen und
- Zuhören, Begleitung ins Theater/Kino usw.) anbieten.

### Zielgruppe und Zugangswege

Es steht außer Frage, dass durch den demografischen Wandel immer mehr Senioren/-innen nicht nur „Pflege im klassischen Sinn“, sondern auch individuelle Begleitung in „kleinen Alltagsangelegenheiten“ benötigen. Gleichzeitig gibt es immer mehr ältere Menschen, die bereit und in der Lage sind, sich ehrenamtlich für gezielte Aufgaben einzubringen.

### Zugang

Interessierte können sich beim Sozialdienst im Amt für Soziales, Jugend und Familie der Stadt Aalen oder dem Stadt-seniorenrat Aalen melden.



## Steckbriefe

## Anhang

### Umsetzung der Hausbesuche

Unabdingbar für die Zusammenführung von „Anbietern“ und „Hilfesuchenden“ ist die Einrichtung einer vom Stadt-Seniorenrat Aalen e. V. ehrenamtlich betriebenen Koordinierungsstelle in Kooperation mit dem Sozialdienst des Amtes für Soziales, Jugend und Familie der Stadt Aalen.

Einsatzhäufigkeit, -zeit und -ort sind individuell bestimmbar. Die Partner vereinbaren den Inhalt der Begleitung selbst. Die Koordinierungsstelle steht bei Bedarf beratend zur Verfügung.

### Vernetzung und Kooperationen

- Amt für Soziales, Jugend und Familie z. B. für Mitwirkung bei Hausbesuchen
- der Koordinierungsstelle, Begleitung der Ehrenamtlichen bei Gruppenarbeit usw.
- Begegnungsstätte Bürgerspital (Räumlichkeiten für Schulungen)
- Familienbildungsstätte und/oder VHS z. B. für Schulungen
- Kirchen, Freie Wohlfahrtsverbände, Ärzte/-innen usw.

### Qualifikation und Qualifizierung

Ehrenamtliche Begleiter/-innen werden in einem kostenlosen Kurs für die Durchführung der Hausbesuche qualifiziert. Die Qualifizierung erfolgt durch die Familienbildungsstätte und die Volkshochschule Aalen. Der Qualifizierungskurs beinhaltet 10 Bausteine zu je 2 Stunden und beinhaltet Module wie Gesprächsführung, praktische Hilfen, rechtliche Grundlagen und schafft u.a. einen Überblick über altengerechtes Wohnen.

Nachdem seit 2009 über 60 Seniorenbegleiter/-innen ausgebildet wurden, findet derzeit jährlich noch ein Kurs statt.

### Finanzierung

Im städt. Haushalt stehen insgesamt bis 5.000 € jährlich zur Verfügung u.a. für:

- Kurskosten
- Öffentlichkeitsarbeit, Druck von Flyern usw.
- Bürokosten z.B. Zertifikate, Porto usw.
- Begleitung und Supervision (Gruppenarbeit usw.)

Zusätzlich werden Spendenmittel oder sonstige Fördermittel beschafft und eingesetzt.

### Qualitätsentwicklung

Für die ausgebildeten Seniorenbegleiter/-innen finden regelmäßige Gruppentreffen unter Anleitung der Koordinierungsstelle statt. Zusätzlich wird eine eigene Evaluation durchgeführt. Für das Projekt „Alltagsbewegung“ wurde vom Sozialministerium Baden-Württemberg im Rahmen des Zentrums für Bewegungsförderung am LGA eine externe Evaluation finanziert.

### Erfolgsfaktoren und Besonderheiten

Auf einen konkreten Bedarf in Aalen wurde mit dem Projekt „Seniorenbegleiterinnen und Seniorenbegleiter“ innovativ reagiert. Im Sinne von Netzwerkarbeit erfolgt mit der Koordinierungsstelle eine enge Zusammenarbeit zwischen dem ehrenamtlich tätigen Stadtseniorenrat und der professionellen Seniorenarbeit im Amt für Soziales, Jugend und Familie.

Das Aalener Projekt „Seniorenbegleiterinnen und Seniorenbegleiter“ hat Modellcharakter.

### Hürden/Stolpersteine

Eine Herausforderung am Projekt ist es, alle Beteiligten kontinuierlich zu aktivieren. Dies wird über die Koordinierungsstelle hervorragend erreicht.

## Miteinander gesund älter werden im Stadtteil

Mehrgenerationenhaus Mannheim/Der Paritätische Baden-Württemberg

Kontakt:

Ulrich Coqui  
DER PARITÄTISCHE BADEN-WÜRTTEMBERG  
Bezirksgeschäftsstelle Mannheim  
Mehr Generationen Haus  
Prävention und Gesundheitsförderung  
Seniorenberatungsstelle Neckarstadt-West  
coqui@paritaet-ma.de

Zeitraum: Seit 2003 aufsuchende Beratung von Senioren/-innen und wohnortnahe Integration in Gruppenangebote zur ganzheitlichen Gesundheitsförderung. Gemeinsam mit Senioren/-innen Entwicklung des Programms „Bewegung als Medizin“. 2010 Programmweiterung durch Qualifizierung von „Aktivierungs- und Gesundheitsförderkräften“ für den Einsatz im häuslichen Bereich, Fachfortbildungen für Leiter/-innen von Seniorengruppen/Multiplikatoren/-innen in der Seniorenarbeit in Zusammenarbeit mit dem vom LGA unterstützten Programm „Wie geht’s - Gesundheitsförderung in der sozialen Stadt“. 2011 Projektstart Modellvorhaben „IM ALTER ZU HAUSE GESUND LEBEN“ - Gesundheitsförderung im häuslichen Bereich - in Zusammenarbeit mit der Stadt Mannheim, Fachbereich Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren.

Ziele

- Gesund und aktiv zuhause bis ins hohe Alter leben können
- Reduzierung von Inaktivitätsatrophie, Sturzrisiko und ungewollter Heimaufnahme
- Lebensqualität durch Erhalt von Selbstständigkeit und Handlungsfähigkeit
- Beteiligung durch Einbindung in soziale Netze
- Verbessertes Zugang und Vernetzung stadtteilbezogener Seniorenangebote zu Gesundheitsthemen
- Möglichst selber aktiv werden im Sinne eines Ehrenamtes

Zielgruppe und Zugangswege

Personen über 65 Jahre, die ihre Wohnung kaum noch verlassen. Besondere Aufmerksamkeit kommt älteren, sozial benachteiligten Menschen mit Zeichen von Vereinsamung, Inaktivitätsatrophie und ungenügender sozialer Einbindung im vorpflegerischen Bereich zu. Das Programm berücksichtigt kulturelle Herkunft und soziale Benachteiligung.

Zugang

Kontaktaufnahme u.a. über: Multiplikatorenveranstaltungen, Hausarztpraxen, Strukturen der häuslichen Versorgung, Sozialdienste der Krankenhäuser, Seniorenberatungsstellen, kirchliche Institutionen, Soziale Sicherung Stadt Mannheim, Beratungsstellen für Migration, Ambulante Sozialstationen, Selbsthilfegruppen pflegende Angehörige.

Umsetzung der Präventiven (Aktivierenden) Hausbesuche

Bei Einwilligung des älteren Menschen erfolgt ein Hausbesuch durch eine medizinische Fachperson für ein speziell erstelltes Testverfahren (Multidimensionales Geriatisches Assessment). Hierbei werden Ressourcen, tatsächlicher Bedarf, Gefahrenpunkte sowie Ziele und Wünsche des älteren Menschen ermittelt. Die Testergebnisse dienen bei Datenfreigabe auch dem objektiven Informationsaustausch zwischen verschiedenen Berufsgruppen, Leistungserbringern und Kostenträgern. Nach Absprache startet der betreute Einsatz einer qualifizierten Gesundheitsförderkraft mit zwei Stunden pro Woche zur Verbesserung der Lebensqualität in der Wohnung und wenn möglich, die soziale Integration in ein Gemeinschaftsangebot des Stadtteils. Die Vorgehensweise der häuslichen Aktivierung erfolgt in sozialer und kultureller Nähe durch Personen der Nachbarschaftshilfe und integriert gesundheitsfördernde Verhaltensweisen in den Alltag. Nach drei Monaten erfolgt eine erneute Abstimmung zur Erfolgskontrolle.

Vernetzung und Kooperationen

- Zusammenarbeit des Trägers mit der Stadt Mannheim
- Sozialdienste der Krankenhäuser
- Kirchengemeinden
- Polizei
- Öffentlichen Einrichtungen
- Pflegediensten
- Haus- und Fachärzte/-innen

## Steckbriefe

## Anhang

- Schuldnerberatung, Suchtberatung
- Städtische und freie Seniorentreffpunkte

### Qualifikation und Qualifizierung

Basisschulung im Umfang von 40 Unterrichtseinheiten für Personen ohne Vorkenntnisse. Hauptbestandteil ist das gemeinsam mit Senioren/-innen entwickelte Programm „Bewegung als Medizin“. Es beinhaltet alle wichtigen Anteile der Vorbeugung gegen Stürze, bezieht aber auch vielschichtige Aspekte des höheren Lebensalters mit ein und setzt dabei auf die Wirkung bewusst ausgeführter Bewegungsübungen im Sinne von Alltagsroutinen.

Die Qualifizierung beinhaltet zusätzlich Module in: Altersmedizinische Grundlagen, Ziele ganzheitlicher Gesundheitsförderung, Wahrnehmung und Motivation, Probleme und Ressourcen älterer Menschen im Stadtteil, Kommunikation und Gesprächsführung, Rahmenbedingungen von Hausbesuchen, Nähe-Distanz-Regulierung, Reflexion, Trainingsprogramme zur Förderung von Gedächtnis, Alltagsfähigkeiten und funktioneller Gesundheit, Lernerfolgskontrollen.

### Finanzierung

Projektfinanzierung für sozial benachteiligte ältere Menschen bis Ende 2012 gesichert. Anschubqualifizierung, Modell- und Reguläreinsätze unterstützt durch das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren aus Mitteln des Landes Baden-Württemberg, Trägereigenmittel, Stiftungsmittel, Stadt Mannheim. Nach Ende des Modellphase soll ein Regelangebot entstehen.

### Qualitätsentwicklung

- Multiprofessionelles Team
- Interdisziplinäre Fallbesprechungen
- Laufende Dokumentation unter Berücksichtigung des Datenschutzes
- Langfristige Verlaufserfassung der Werte im Assessment
- Reporting gg. Förderer
- Erstellung von Individual- und Gesamtberichten durch den Projektträger
- Teil-Evaluation durch Weeber & Partner im Rahmen des Programms „Wie geht’s - Gesundheitsförderung in der sozialen Stadt“

### Erfolgsfaktoren und Besonderheiten

Das gemeinsam mit Senioren/-innen entwickelte Programm „Bewegung als Medizin“

### Hürden/Stolpersteine

Die Finanzierung aufsuchender Beratung, Aktivierung und sozialer Reintegration ist in diesem Projektrahmen nur für die Zielgruppe sozial benachteiligter Älterer abgedeckt. Das Vorgehen ist in den bisherigen Auswertungen ausgesprochen produktiv und sollte bei Bedarf allen älteren Menschen zur Verfügung stehen. Kranken- und Pflegekassen profitieren von unterstütztem, aktiven Gesunderhalt und Vermeidung unnötiger Heimaufnahme. Eine intensivere Beteiligung ist hier erwünscht.