

Stärkung und Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung

I. Älter werdende Gesellschaft

1. Veränderungen im Krankheitsgeschehen

Die deutsche Gesellschaft altert. In ihr leben immer mehr ältere Bürgerinnen und Bürger.¹ Viele ältere Menschen erfreuen sich guter Gesundheit. Das Risiko, krank zu werden, steigt jedoch mit zunehmendem Alter.

Mit fortschreitendem Alter ist ein deutlicher Zuwachs an Gesundheitsproblemen zu verzeichnen, auch die Komplexität der Beeinträchtigungen steigt, das Seh- und Hörvermögen ist oft verringert. Unter den schwerwiegenden Krankheiten sind neben demenziellen Erkrankungen vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten des Bewegungsapparates häufig, auch von Krebserkrankungen sind mehr Menschen

im höheren Lebensalter betroffen. Zu berücksichtigen sind ebenso die Folgen der im jüngeren und mittleren Lebensalter entstandenen chronischen Krankheiten. Die Veränderungen des Krankheitsgeschehens hängen mit altersspezifischen strukturellen und funktionalen Veränderungen von Organen und Gewebe zusammen. Krankheiten können eine veränderte (oft unspezifische) Symptomatik aufweisen, der Körper kann anders auf Arzneimittel reagieren und Genesungs- und Rehabilitationsprozesse können länger dauern.

Im hohen Alter steigen das Risiko mehrfacher Erkrankungen (Multimorbidität) sowie das von Pflegebedürftigkeit. Von der dann notwendigen Unterstützung im Alltag sind häufig auch die Angehörigen betroffen. Sie übernehmen Hilfe- und Pflegeleistungen und sind – trotz teilweise eigener gesundheitlicher Einschränkungen – oft zeitlich, physisch, psychisch und auch finanziell dauerhaft stark beansprucht.



¹ Im Folgenden wird der Lesbarkeit halber die weibliche Form verwendet, dabei ist stets auch die männliche gemeint.

2. Besonderer Behandlungs- und Versorgungsbedarf

Die höhere Vulnerabilität sowie die Veränderungen im Krankheitsgeschehen bedeuten einen besonderen Behandlungs- und Versorgungsbedarf. Somit sind spezifische Behandlungs- und Versorgungskonzepte notwendig.

Deutlich wird der umfassende Behandlungsbedarf hochbetagter Menschen insbesondere, wenn Belastungen wie Inkontinenz, Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates – z. B. Sturzfolgen und /oder Schmerzen – hinzukommen. Funktionseinschränkungen können die Bewältigung des Alltags der Betroffenen und ihrer Angehörigen erschweren, die selbstständige Lebensführung beeinträchtigen und damit die Lebensqualität einschränken.

Deswegen muss eine Neuausrichtung der Behandlungsziele erfolgen: Chronizität und Multimorbidität erfordern ein Vorgehen, das über die akutmedizinische Versorgung hinausgeht, hin zu einer Versorgung und einer Begleitung, die den ganzen Menschen in seiner spezifischen Lebenssituation im Blick haben. Sie müssen sich stärker an den Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen orientieren. Wenn Heilung nicht mehr möglich ist, stehen die Stabilisierung des Krankheitsgeschehens, die Linderung von Beschwerden und die Erhaltung der Selbstständigkeit im Vordergrund. Das gilt auch für die Sicherung und Förderung der Lebensqualität und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Multimorbid erkrankte Menschen brauchen sehr oft über eine spezifische medizini-

sche Versorgung hinaus Zugang zu einer Reihe weiterer Leistungen (z. B. unterstützende Entlastungsangebote, Mobilitätshilfen, Wohnraumanpassungen, ergänzende technische Hilfen wie Hausnotrufsysteme). Deren Beantragung und Koordination sind aufwändig und überfordern viele Betroffene und ihre Familien. Deshalb sollten sie, soweit sie nicht in der Hand einer Ärztin liegen, durch kommunale Hilfestrukturen unterstützt werden, die auch einen bedarfsgerechten Hilfeplan erstellen und bei der Umsetzung begleiten sollen. Soziale Einrichtungen, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen sind ebenfalls wichtige Ansprechpartner.

3. Bedeutung der Geriatrie für die Versorgung

Spezialdisziplin für die Behandlung der alterstypischen Erkrankungen älterer und insbesondere hochaltriger Menschen ist die Geriatrie.

Geriatrie-Kompetenzen sind auf allen Ebenen des Gesundheitswesens (ambulant und stationär) notwendig, auf denen hochaltrige Patientinnen betreuen, begleiten und behandeln, um so mit dem in der Geriatrie angewendeten teamorientierten Ansatz die bestmöglichen Ergebnisse zu erzielen.

Die geriatrischen Behandlungs- und Versorgungskonzepte beziehen neben dem medizinischen und funktionellen Status der Patientinnen auch das familiäre und soziale Umfeld sowie persönliche und externe Kontextfaktoren mit ein und richten den Blick auf Lebensqualität, Teilhabe und Selbstständigkeit und somit auf den möglichst langen Verbleib im eigenen Haushalt und



auf die Bewältigung des täglichen Lebens. Dies entspricht in der Regel auch den Wünschen der Patientinnen. Mittels geeigneter Screening- und Assessment-Instrumente werden der (fachspezifische) Behandlungs- und Versorgungsbedarf durch ein multiprofessionelles Behandlungsteam festgestellt und darauf aufbauend Behandlung und Versorgung geplant und durchgeführt.

Im Fokus der geriatrischen Versorgung stehen somit weniger die einzelne Erkrankung oder das spezifische Akutereignis als vielmehr die komplexen Zusammenhänge und die Wechselwirkungen der verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Aus diesen ergeben sich meist gleichzeitig sowohl akutmedizinische als auch rehabilitative Behandlungsbedarfe. Präventive Möglichkeiten sollten hierbei ebenfalls berücksichtigt werden.

4. Notwendige Veränderungen

Die Alterung der Gesellschaft mit ihrem erhöhten geriatrischen Behandlungsbedarf erfordert „zielgerichtete Veränderungen der bisherigen Strukturen im deutschen Gesundheitswesen“.²

Diese Veränderungen müssen die Geriatrie stärken und die Kompetenzen und das Handeln von Ärztinnen und anderer Gesundheitsberufe ebenso einschließen wie die Strukturen des Gesundheitswesens. Gefördert werden muss auch die Gesund-

heitskompetenz älterer Menschen, da sie sich günstig auf ihr Gesundheitsverhalten auswirken kann.³

II. Versorgungsanforderungen in einer älter werdenden Gesellschaft

1. Akutstationäre und rehabilitative geriatrische Versorgung

Geriatrische Medizin begann in Deutschland zunächst mit der stationären Versorgung alterstypischer Erkrankungen – sowohl als geriatrische Rehabilitation in spezifischen Rehabilitationseinrichtungen als auch als geriatrische Akutmedizin in spezifischen Fachabteilungen der Krankenhäuser. Die (hierfür zuständigen) Bundesländer setzten unterschiedliche Konzepte um, bei denen die Schwerpunkte entweder eher rehabilitativ-geriatrisch oder eher akutgeriatrisch gesetzt wurden.

Hintergrund für diese unterschiedliche Entwicklung ist die strikte sozial- und budgetrechtliche Trennung zwischen Krankenhausbehandlung und rehabilitativer Versorgung, die dem o.g. Behandlungsbedarf geriatrischer Patientinnen, der beide Bereiche integriert, nicht gerecht wird. Auch wenn sich die Konzepte in der Umsetzung angeglichen haben, bleibt festzuhalten, dass geriatrische Patientinnen typischerweise sowohl akute als auch rehabilitativ-geriatrische Behand-



2 SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Sondergutachten 2009. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Langfassung, Seite 35.

3 Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz www.nap-gesundheitskompetenz.de

lung benötigen. Die Rehabilitation ergänzt die Akutmedizin (mit ihren immer kürzeren Verweildauern). Rehabilitation ist da notwendig, wo es weiter als rein medizinischer Maßnahmen bedarf, um die Rückkehr in das eigene Zuhause und die Bewältigung des eigenen Haushalts zu gewährleisten. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu mindern oder trotz Pflegebedürftigkeit Teilhabe zu erhalten und zu verbessern, ist ebenfalls ein wichtiges Ziel der Rehabilitation. Gerade wegen dieses Bezugs ist eine stärkere Verzahnung von Akutgeriatrie und geriatrischer Rehabilitation notwendig. Sie darf durch budgetrechtliche Regelungen keinesfalls behindert werden. Im Gegenteil: Es muss Mechanismen geben, die Erfolge sektorenübergreifender geriatrischer Behandlung belohnt. Insgesamt müssen die stationären akutgeriatrischen und rehabilitativ-geriatrischen Strukturen flächendeckend und wohnortnah auf- und ausgebaut werden, auch um der wachsenden Anzahl geriatrischer Patientinnen und ihren Angehörigen gerecht zu werden.

Erforderlich ist ein ganzheitlicher Behandlungsansatz, der physische, psychische und soziale Aspekte umfasst. Das interdisziplinäre und multiprofessionelle Behandlungsteam besteht aus einer ausgebildeten Geriaterin (Leitung), weiteren (Fach-)Ärztinnen, einer Gerontopsychologin sowie geriatrisch geschulten Pflegefachkräften, Physio- und Ergotherapeutinnen und Logopädinnen. Das Team ist durch eine Sozialarbeiterin zu ergänzen, die in enger Zusammenarbeit mit den Angehörigen die Versorgung nach der Entlassung sicherstellen soll. Damit ist ein im Vergleich zu anderen Fachabteilungen und Rehabilitationseinrichtungen erhöhter

Personalbedarf gegeben, dem auch der Personalschlüssel entsprechen muss. Werden diese Kriterien nachweislich nicht erfüllt, darf die Klinik keine Geriatrie ausweisen.

Der besondere geriatrische Behandlungsbedarf muss durch ein Assessment bei Aufnahme erkannt und auch in anderen als geriatrischen Fachabteilungen und Rehabilitationseinrichtungen sichergestellt werden. Hinzugezogene Fachärztinnen für Geriatrie (Konsildienste) leisten hier einen wichtigen, aber nicht ausreichenden Beitrag. Bereits heute bestehen enge Kooperationen zur fachabteilungs- und einrichtungsübergreifenden Behandlung geriatrischer Patientinnen. So widmen sich in der Alterstraumatologie Geriaterinnen, Unfallchirurginnen und Orthopädinnen der gemeinsamen Versorgung geriatrischer Patientinnen, etwa bei endoprothetischen Behandlungen. Diese Zusammenarbeit gilt es zwischen anderen medizinischen Disziplinen und der Geriatrie auszubauen und zu vertiefen.

Die geriatrische Frührehabilitation im Akut-Krankenhaus spielt hier eine sehr bedeutende Rolle für die Betroffenen. Sie ist die enge Verzahnung von medizinischer Akutbehandlung und Rehabilitation und ein wichtiger Bestandteil geriatrischer Versorgung, auch als Schnittstelle zwischen der stationären und einer – sofern medizinisch geboten – sich anschließenden geriatrispezifischen Rehabilitationsmaßnahme.

Ziel muss ein wohnortnahes, flächendeckendes Angebot mobiler, ambulanter, teilstationärer und stationärer geriatrispezifischer Behandlungs- und Rehabilitationsangebote sein, auch für Menschen, die



in Pflegeheimen leben. Gerade für Bewohnerinnen in Pflegeheimen werden aktuell rehabilitative Potenziale nicht ausgeschöpft. Der sozialrechtlich verankerte Grundsatz „Reha vor und bei Pflege“ definiert auch für Patientinnen, bei denen bereits Pflegebedürftigkeit besteht, einen Rechtsanspruch auf Rehabilitationsmaßnahmen. Hier ist insbesondere darauf zu achten, dass rehabilitative Maßnahmen eingebettet sind in Mobilisierungs- und Teilhabekonzepte. Der spezifische Bedarf der Betroffenen muss ausschlaggebend sein für die gewählte Form der Rehabilitation, nicht ein beschränktes Angebot. Auch muss die Kooperation zwischen stationärer und ambulanter Versorgung besser werden und zu einer sektorenübergreifenden Struktur weiterentwickelt werden.

2. Hausärztliche Versorgung

Unverzichtbare Grundlage eines funktionsfähigen Gesundheitswesens ist eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe hausärztliche Versorgung. Gerade auch im Hinblick auf den demografischen Wandel und die damit zusammenhängenden Veränderungen des Krankheitsspektrums bedarf es einer Stärkung der hausärztlichen Versorgungs- und Koordinationsfunktion. „Gut qualifizierte Hausärzte können die überwiegende Zahl aller Gesundheitsstörungen zeitnäher und mit guter Qualität auch abschließend behandeln und ggf. eine Weiterbehandlung bei einem geeigneten Spezialisten gezielt vorbereiten bzw. beschleunigen.“⁴



⁴ SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2014. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Langfassung, Seite 390.

Geriatrisch und multimorbid erkrankte Menschen brauchen einen einfachen und niedrigschwelligen Zugang zum Gesundheitssystem, insbesondere zu ambulanten Leistungsangeboten. Neben hausärztlichen, fachärztlichen und pflegerischen Behandlungen zählen hierzu auch Präventions- und zugehende Rehabilitationsangebote sowie die Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln.

Auch bei der Versorgung von Menschen mit Multimorbidität kommt den Hausärztinnen eine Schlüsselrolle zu. Deswegen sollten diese über die entsprechenden geriatrischen Kenntnisse und Instrumente (z. B. eine funktionsorientierte geriatrische Diagnostik und ein geriatrisches Basisassessment) verfügen. Darüber hinaus ist der Zugang zu konsiliarischen Diensten von Geriaterinnen (in Fachpraxen, Institutsambulanzen oder Krankenhäusern) zu gewährleisten, sodass ihre Patientinnen zusätzlich auch von geriatrischer Spezialexpertise profitieren können. Außerdem müssen sie diese ggf. in eine wohnortnahe geriatrische Einrichtung überweisen können. Da in Deutschland sehr selten Ärztinnen direkt durch Pflegeheime angestellt werden, ist die Angewiesenheit der Bewohnerinnen auf eine geriatrisch qualifizierte hausärztliche Versorgung sowie die oben beschriebene geriatrische Spezialexpertise von höchster Relevanz.

3. Qualifikationen

Der besondere Behandlungsbedarf geriatrischer Patientinnen stellt fachspezifische

Qualifikationsanforderungen insbesondere an Ärztinnen, aber auch an alle Mitglieder eines Behandlungsteams (s.o. unter 1.) und damit an deren Aus-, Fort- und Weiterbildung. Deren Inhalte sind entsprechend zu gestalten.

Die Fort- und Weiterbildung von Medizinerinnen obliegt den Ärztekammern. Sie ist nicht einheitlich, sondern von jeder Landesärztekammer eigens geregelt. Dies führt dazu, dass (nach Inhalt und Dauer) sehr unterschiedliche geriatricspezifische Qualifikationen und Formen der Weiterbildung bestehen. Neben dem Facharzt für Geriatrie im Fachgebiet Innere Medizin in einigen Kammerbezirken steht in anderen eine Zusatzweiterbildung. Die Einführung einer einheitlichen Facharztqualifikation in der Geriatrie – auf dem Niveau anderer Facharztqualifikationen wie beispielsweise in der Pädiatrie – wäre wünschenswert, konnte bislang aber nicht erreicht werden. Aktuell werden verschiedentlich Möglichkeiten zur Erleichterung des Zugangs zum Bereich Geriatrie diskutiert. In keinem Fall dürfen jedoch die bestehenden Aus- und Weiterbildungszeiten bzw. die inhaltlichen Anforderungen verringert werden.

Damit Medizinerinnen im Rahmen ihrer Hausarztztätigkeit geriatrische Patientinnen fachgerecht versorgen können, müssen sie über die notwendigen medizinischen Kenntnisse verfügen. Diese müssen sie in Studium, Fort- oder Weiterbildung erwerben können und auch erwerben.

Um mehr Geriaterinnen auszubilden und zudem geriatrische Kenntnisse bei Haus- und anderen Fachärztinnen auf- und aus-

zubauen, muss die Zahl der geriatrischen Lehrstühle erhöht werden. Es ist zu fordern, dass an jeder medizinischen Fakultät Lehrstühle für Geriatrie eingerichtet werden und die Altersmedizin einen deutlich höheren Stellenwert im Medizinstudium erhält. Ergänzt werden muss dies durch qualitativ hochwertige Fort- und Weiterbildungsangebote, die den Wissensaufbau jetziger Medizinerinnen sicherstellen.

Im Bereich der Pflege haben sich erste geriatricspezifische Weiterbildungsangebote etabliert. Diese müssen nicht nur ausgebaut werden, sondern geriatricspezifische Qualifikationen müssen auch in der zukünftigen gemeinsamen Pflegeausbildung erworben werden. Besondere Qualifikationen z. B. in der Gerontopsychiatrie müssten aber auch bereits heute eine bessere Vergütung zur Folge haben. Dies ist notwendig, damit die Besonderheiten des Alters in der ambulanten, rehabilitativen und stationären pflegerischen Versorgung angemessen berücksichtigt und realistische Pflegeziele unter Einbeziehung der Wünsche und Vorstellungen der Betroffenen erreicht werden können.

Neben der medizinischen Versorgung kommt den Hausärztinnen grundsätzlich ein umfassendes Versorgungsmanagement zu. Dazu gehören Koordination, ein gutes Schnittstellenmanagement und eine intensive Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen, insbesondere mit den Leistungserbringern der geriatrischen Versorgung. Sie sollten durch ihre kommunikativen Fähigkeiten in der Lage sein, sich mit den Betroffenen auf prioritäre Therapie- und Behandlungsziele zu verständigen und die Versorgung ins-

gesamt zu koordinieren. Kommunikative Expertise ist auch für die behandelnden Augen-, Hals-Nasen-Ohren-Ärztinnen sowie Zahnärztinnen (ggf. mit einer alterszahnmedizinischen Fortbildung) von höchster Relevanz. Ärztinnen müssen auf das Gespräch mit insbesondere hochaltrigen Menschen vorbereitet sein, in dem neben o.g. Priorisierungen auch Themen wie gesellschaftliche Teilhabe, Bewegung und Ernährung behandelt werden. Auch Aspekte der Arzneimittelversorgung im Alter sollte stärker zum Gegenstand von Studium, Fort- und Weiterbildung gemacht werden.

4. Arzneimittelversorgung älterer Menschen

Ältere Menschen erhalten aufgrund höherer Krankheitslast deutlich häufiger und auch mehr Arzneimittel verordnet als jüngere Menschen. Damit verbunden ist ein erhöhtes Risiko unerwünschter Wirkungen.

Altersspezifische physiologische Veränderungen können Einfluss auf die Pharmakotherapie haben, sich nämlich auf die Pharmakokinetik und Pharmakodynamik auswirken, was Konsequenzen für deren Wirksamkeit oder für die Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen haben kann. Trotz dieses Zusammenhangs werden ältere Menschen nur äußerst selten in klinische Studien einbezogen, selbst bei Arzneimitteln, die vornehmlich bei älteren Menschen angewendet werden. Drei bis vier von zehn älteren Menschen erhalten potenziell inadäquate Arzneimittel. Besonders davon betroffen sind Menschen mit demenziellen Erkrankungen.

Insbesondere bei Multimorbidität ist die gleichzeitige Anwendung mehrerer Arznei-

mittel häufig. Hier besteht die Gefahr, dass sich deren Wirkungen gegenseitig aufheben oder verstärken. Studien belegen, dass etwa einem Drittel aller Personen über 65 Jahre fünf oder mehr verschreibungspflichtige Arzneimittel zur täglichen Anwendung verordnet werden. Polypharmazie erfordert eine enge Kooperation zwischen den beteiligten Berufsgruppen, insbesondere zwischen Haus- und Fachärztinnen, Apothekerinnen sowie zwischen diesen und den Pflegefachkräften, um sowohl die Gefahr unerwünschter Arzneimittelwirkungen und von Wechselwirkungen als auch das teilweise daraus entstehende Risiko bis hin zu stationären Notfalleinweisungen zu minimieren. Dabei sind auch Nutzen und Risiken von nichtverschreibungspflichtigen Medikamenten einzubeziehen.

Bei älteren Menschen mit Demenzerkrankungen ist die Verordnung von Psychopharmaka nicht selten. In jedem Fall ist vor dem Einsatz von Medikamenten eine gesicherte Diagnostik unverzichtbar. Insbesondere der Einsatz von Neuroleptika kann Demenzerkrankte gefährden. Dies birgt für diesen Personenkreis besondere Risiken für unerwünschte Wirkungen und Wechselwirkungen. Auch ist die Verordnung ruhigstellender Mittel, z. B. um den Mangel an Betreuungskräften auszugleichen, nicht hinnehmbar. Notwendig ist stattdessen eine auf die jeweiligen Bedürfnisse abgestimmte aktivierende Pflege.

5. Leitlinien

Leitlinien und ähnliche Instrumente können Ärztinnen im Rahmen der Behandlung älterer und hochaltriger Menschen unterstützen. In Anlehnung an die in den USA gestartete

Initiative „Choosing Wisely“ gegen Überversorgung hat die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) Empfehlungen für die medizinische Versorgung älterer Patientinnen herausgegeben. Unter dem Gesichtspunkt der Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung älterer Patientinnen werden jeweils fünf als besonders wichtig erachtete „Positiv-Empfehlungen“ und „Negativ-Empfehlungen“ gegeben.

Leitlinien zu Einzelkrankheiten hingegen nehmen oft keinen Bezug auf ältere Menschen und gehen selten auf mögliche Ko- oder Multimorbidität ein. Es fehlen auch Leitlinien zu häufigen Kombinationen von Krankheiten. Hinweise auf realistische Therapieziele und Prioritäten sollten ebenfalls in Leitlinien aufgenommen werden.

6. Gesundheitsförderung und Prävention

Neben der Rehabilitation sind auch Gesundheitsförderung und Prävention für diese besonders vulnerable Personengruppe zu fördern. Dies braucht allerdings ebenfalls Ressourcen, die oft nicht vorhanden sind, wenn die Anforderungen des Alltags die Betroffenen und ihre Familien sehr beanspruchen. Prävention ist auch für hochaltrige Menschen wirksam und notwendig. Ein großer Teil der Gesundheitsprobleme kann durch primär-, sekundär- oder tertiärpräventive Maßnahmen günstig beeinflusst werden. So kann die tägliche Bewegung ein aktives Altern fördern und fortschreitende Funktionseinschränkungen lindern. In Sportvereinen bieten qualifizierte Übungsleitende vielerorts gezielte Bewegungsprogramme für hochaltrige Menschen an und

fördern damit neben der Prävention auch die soziale Integration sowie die gesellschaftliche Teilhabe. Gezielte Hinweise auf diese Programme können außer von Ärztinnen auch in präventiven Hausbesuchen durch die Kommune gegeben werden. Diese aufsuchenden Beratungsangebote sollten flächendeckend umgesetzt werden.

Aktuell bleibt jedoch erhebliches Potenzial ungenutzt, das die Lebenssituation stabilisieren und verbessern könnte. Prävention und Gesundheitsförderung müssen verstärkt Einzug halten in das gesundheitliche Versorgungssystem, und zwar sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung.

Der Auf- und Ausbau regelhafter ärztlicher Vorsorgeuntersuchungen für die Bevölkerung der Über-70-Jährigen kann ebenfalls hilfreich sein, um Behandlungs-, Therapie- und Rehabilitationsbedarfe frühzeitig zu identifizieren und entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Neben der individuellen Verbesserung der Versorgung kann so zudem der Kostenanstieg im Gesundheitssystem bzw. in der Pflegeversicherung gemildert werden.

III. Versorgung älterer Menschen in strukturschwachen (ländlichen) Räumen

Ein besonderes Augenmerk, was die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen angeht, ist auf das Thema Unterversorgung zu richten. Das gilt insbesondere für strukturschwache ländliche (und städtische) Räume. Festzustellen ist für ländliche Räu-

me, dass sie sich zunehmend entleeren und vor allem ältere und sehr alte Menschen zurückbleiben.

Strukturschwache ländliche Räume sind oder scheinen oft unattraktiv für Ärztinnen und andere Gesundheitsberufe, aber auch für Krankenträger. Die Folge ist, dass die Versorgungsstrukturen ausdünnen oder auszudünnen drohen. Dies erschwert insbesondere älteren Menschen den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung.

Der Bundesgesetzgeber hat eine Reihe von Änderungen der Rahmenbedingungen (z. B. mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz) auf den Weg gebracht. Es ist festzustellen, dass der damit insgesamt gegebene gesetzliche Rahmen – insbesondere in Bezug auf Maßnahmen bei Unterversorgung und beim Abbau von Überversorgung – bislang kaum ausgeschöpft wird. Das Gesundheitssystem ist deshalb gezielt in Richtung Entwicklung innovativer, die lokalen und regionalen Bedürfnisse ländlicher Räume beachtende Versorgungskonzepte insbesondere unter geriatrispezifischen Aspekten weiterzuentwickeln. Unterstützende technische Anwendungen z. B. durch die Telemedizin können hier den Zugang insbesondere in ländlichen Regionen erleichtern.

Diese Konzepte sollten entsprechend dem konkreten Bedarf und der Situation vor Ort alle Gesundheitsprofessionen – etwa in multiprofessionellen Gesundheitszentren – zusammenführen und eine arztentlastende Zusammenarbeit mit nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal als Teil der wohnortnahen Primärversorgung vorsehen. Die Konzepte sollten außerdem abgestufte Struk-

turen der Primär- und Langzeitversorgung enthalten, Versorgungs- und Unterstützungsangebote als Netzwerk miteinander verbinden und einen wohnortnahen und niedrigschwelligen Zugang zu geriatrispezifischen Kompetenzen sicherstellen.

Notwendig für diese neuen Versorgungskonzepte ist, dass alle Akteure zusammenarbeiten. Insbesondere Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen müssen sich offen zeigen für eine Zusammenarbeit mit Gemeinden und Landkreisen.

IV. Zusammenfassung und wichtigste Forderungen

Die Alterung der Gesellschaft mit ihrem erhöhten geriatrischen Behandlungsbedarf erfordert zielgerichtete Veränderungen im Gesundheitswesen und stellt alle, die für die gesundheitliche Versorgung Verantwortung tragen, vor große Herausforderungen. Ziel muss es sein, die Angebote für Betroffene und ihre Angehörigen zu verbessern und auszubauen. Für besonders wichtig hält die BAGSO folgende Forderungen:

Die mobilen, ambulanten, teilstationären und stationären akutgeriatrischen sowie rehabilitativ-geriatrischen Strukturen müssen flächendeckend und wohnortnah auf- und ausgebaut werden und eng mit Hausarztpraxen (z. B. durch Konsiliardienste oder Institutsambulanzen) zusammenarbeiten.

Alle Gesundheitsfachberufe müssen angemessene geriatrische und gerontologische Kenntnisse haben. Die jeweiligen Aus-, Fort- und Weiterbildungen sind entspre-

chend zu gestalten. Notwendig sind insbesondere eine angemessene Verankerung der Geriatrie im Medizinstudium gleich der anderer Fachrichtungen und die Einrichtung geriatrischer Lehrstühle an jeder medizinischen Fakultät. Die derzeit bestehenden Aus- und Weiterbildungszeiten und die inhaltlichen Anforderungen im Bereich der Geriatrie dürfen auf keinen Fall verringert werden.

Ältere Patientinnen brauchen oft mehr Zeit im Kontakt mit Professionellen des Gesundheits- und Pflegesystems. Der besondere geriatrische Behandlungsbedarf muss in Personalschlüsseln und Vergütungsregelungen beachtet werden. Personalmangel in Pflegeheimen darf nicht zu Ruhigstellung über Arzneimittel führen. Budgetrechtliche Regelungen dürfen die Gründung sinnvoller und bedarfsorientierter Strukturen nicht behindern.

Mehr Leitlinien als bisher müssen auf die Behandlung älterer und hochaltriger Menschen eingehen. Leitlinien sollten auch mögliche Komorbiditäten einbeziehen und häufige Kombinationen von Krankheiten zum Gegenstand haben.

Arzneimittel, insbesondere solche, die vornehmlich bei älteren Menschen angewandt werden, müssen auch an diesen erprobt werden. Studien zur Verträglichkeit einzelner Arzneimittel und zu Polypharmazie insgesamt müssen durchgeführt werden. Listen von (für ältere Menschen) unangebrachten Arzneimitteln müssen bekannter gemacht und weiterentwickelt werden. Des Weiteren braucht es eine stärkere Kooperation zwischen den beteiligten Berufsgruppen,

insbesondere zwischen Ärztinnen und Apothekerinnen sowie zwischen diesen und den Pflegefachkräften.

Insbesondere für die ländlichen Räume sind innovative, die lokalen und regionalen Bedürfnisse beachtende geriatricspezifische Versorgungskonzepte weiterzuentwickeln und neue Techniken zu nutzen.

Der Grundsatz „Prävention und Reha vor und bei Pflege“ ist konsequent umzusetzen. Maßnahmen der Prävention sind verstärkt auszubauen, dies gilt insbesondere für flächendeckende präventive Hausbesuche.

Das Positionspapier wurde von Mitgliedern der Fachkommission „Gesundheit und Pflege“ bearbeitet und vom Vorstand der BAGSO im Oktober 2018 verabschiedet.

Herausgeber

BAGSO
Bundesarbeitsgemeinschaft
der Seniorenorganisationen e.V.

Thomas-Mann-Str. 2-4
53111 Bonn
Telefon 02 28 / 24 99 93 0
Fax 02 28 / 24 99 93 20
kontakt@bagso.de
www.bagso.de

Die BAGSO vertritt über ihre 120 Mitgliedsorganisationen viele Millionen ältere Menschen in Deutschland.

Die 120 BAGSO-Verbände (Stand 11.2019)

Ausführliche Informationen über die Verbände finden Sie unter www.bagso.de.

- Alevitische Gemeinde Deutschland e.V.
- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO)
- Arbeitsgemeinschaft SPD 60 plus
- BDZ – Deutsche Zoll- und Finanzgewerkschaft – Ständiger Ausschuss Senioren
- Betreuungswerk Post Postbank Telekom (BeW)
- Bischöfliches Hilfswerk MISEREOR e.V.
- Bund Deutscher Amateurtheater e.V. (BDAT)
- Bund Deutscher Forstleute (BDF)– Seniorenvertretung des BDF
- Bund Deutscher Kriminalbeamter (bdk)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Landes– seniorenvertretungen e.V. (BAG LSV)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Senioren der Partei DIE LINKE
- Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros e.V. (BaS)
- Bundesarbeitsgemeinschaft *seniorTainerin* (BAG sT)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wissenschaftliche Weiterbildung für Ältere (BAG WiWA) in der DGWF e.V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungs– anpassung e.V.
- Bundesarbeitskreis ARBEIT UND LEBEN e.V.
- Bundesforum Katholische Seniorenarbeit (BfKS)
- Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen e.V. (BIVA–Pflegeschutzbund)
- Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren e.V. (BISS)
- Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V. (BfO)
- Bundesverband der Katholiken in Wirtschaft und Verwaltung e.V. (KKV)
- Bundesverband Gedächtnistraining e.V. (BVGt)
- Bundesverband Geriatrie e.V.
- Bundesverband Information & Beratung für NS–Verfolgte e.V.
- Bundesverband Liberale Senioren
- Bundesverband Russischsprachiger Eltern e.V. (BVRE)
- Bundesverband Seniorentanz e.V. (BVST)
- Dachverband Lesben und Alter e.V.
- dbb beamtenbund und tarifunion
- ddn Das Demographie Netzwerk e.V.
- DENISS e.V. – Deutsches Netzwerk der Interes– senvertretungen von Senior–Studierenden
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. – Selbsthilfe Demenz
- Deutsche Evangelische Arbeitsgemeinschaft für Erwachsenenbildung e.V. (DEAE)
- Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin e.V. (DGAZ)
- Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft e.V. (dgh)
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.
- Deutsche Landsenioren e.V. (DLS)
- Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V. (DptV)
- Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
- Deutsche Steuer–Gewerkschaft – Bundesseniorenvertretung (DSTG)
- Deutscher Akademikerinnenbund e.V. (DAB)
- Deutscher Blinden– und Sehbehindertenver– band e.V. (DBSV)
- Deutscher Bridge–Verband e.V. (DBV)
- Deutscher BundeswehrVerband e.V. (DBwV)
- Deutscher Evangelischer Frauenbund e.V. (DEF)
- Deutscher Evangelischer Verband für Alten– arbeit und Pflege e.V. (DEVAP)
- Deutscher Frauenrat (DF)
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)
- Deutscher Guttempler–Orden e.V. (I.O.G.T.)
- Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB)
- Deutscher Schwerhörigenbund e.V. (DSB)
- Deutscher Senioren Ring e.V. (DSR)
- Deutscher Turner–Bund (DTB)
- Deutscher Verein der Blinden und Sehbehin– derten in Studium und Beruf e.V. (DVBS)
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (dv)
- Deutsches Sozialwerk e.V. (DSW)
- DIE GRÜNEN ALTEN (GA)

- DPoIG Bundespolizeigewerkschaft
- Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft (EVG)
- Evangelische Arbeitsgemeinschaft für Altenarbeit in der EKD (EAfA)
- Evangelisches Seniorenwerk – Bundesverband für Frauen und Männer im Ruhestand e.V. (ESW)
- Familienbund der Katholiken (FDK)
- Forschungsinstitut Geragogik e.V. (FoGera)
- FORUM Gemeinschaftliches Wohnen e.V., Bundesvereinigung (FGW)
- Freunde alter Menschen e.V.
- Generationsbrücke Deutschland
- Gesellschaft für Gehirntaining e.V. (GfG)
- Gesellschaft für Prävention e.V. (GPeV)
- GesundheitsAkademie e.V.
- Gewerkschaft der Polizei (GdP) – Seniorengruppe (Bund)
- Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft – BundesSeniorenAusschuss (GEW)
- Greenpeace e.V. Team50plus
- Grüne Damen und Herren Evangelische Kranken- und Alten-Hilfe e.V. (eKH)
- Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V.
- Haus im Park der Körper-Stiftung
- HelpAge Deutschland e.V. (HAD)
- IG Metall
- Industriegewerkschaft Bauen-Agrar-Umwelt (IG BAU)
- Internationaler Bauorden – Deutscher Zweig e.V. – Verein „Senioren im Bauorden“ (IBO)
- Internationaler Bund (IB) Freier Träger der Jugend-, Sozial- u. Bildungsarbeit e.V.
- Katholische Arbeitnehmer-Bewegung Deutschlands e.V. (KAB)
- Katholische Erwachsenenbildung Deutschland – Bundesarbeitsgemeinschaft e.V. (KEB)
- Katholische Frauengemeinschaft Deutschlands – Bundesverband e.V. (kfd)
- Katholischer Deutscher Frauenbund e.V. (KDFB)
- Kneipp-Bund e.V.
- Kolpingwerk Deutschland
- komba gewerkschaft – Gewerkschaft für den Kommunal- und Landesdienst
- Kommunikationsgewerkschaft DPV (DPVKOM)
- Kompetenzzentrum für Kulturelle Bildung im Alter und Inklusion (kubia)
- KWA Kuratorium Wohnen im Alter gemeinnützige AG
- Lange Aktiv Bleiben e.V. – LAB Landesverband Niedersachsen
- Malteser Hilfsdienst e.V.
- Mediengemeinschaft für blinde und sehbehinderte Menschen e.V. (Medibus)
- NATUR UND MEDIZIN e.V. – Fördergemeinschaft der Karl und Veronica Carstens-Stiftung
- NaturFreunde Deutschlands e.V. – Verband für Umweltschutz, sanften Tourismus, Sport und Kultur
- NAV-Virchow-Bund – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.
- Netzwerk-Osteoporose e.V.
- PRO RETINA Deutschland e.V. – Selbsthilfevereinigung von Menschen mit Netzhautdegenerationen
- Projekt 50 Bundesverband e.V. – Verein zur Förderung brachliegender Fähigkeiten
- Senior Experten Service (SES)
- Senioren-Lernen-Online (SLO)
- Senioren-Union der CDU Deutschlands
- Senioren-Union der CSU
- Seniorenvereinigung des Christlichen Jugenddorfwerkes Deutschlands e.V. (CJD)
- Seniorpartner in School – Bundesverband e.V. (SiS)
- Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)
- Sozialverband VdK Deutschland e.V.
- Sozialwerk Berlin e.V.
- Stiftung der Deutschen Lions
- Unionhilfswerk Landesverband Berlin e.V.
- Verband der Beamten der Bundeswehr e.V. (VBB)
- Verband Wohneigentum e.V.
- Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen
- Verkehrsclub Deutschland e.V. (VCD)
- Virtuelles und reales Lern- und Kompetenz-Netzwerk älterer Erwachsener e.V. (ViLE)
- Volkssolidarität Bundesverband e.V. (VS)
- VRFF Die Mediengewerkschaft
- wir pflegen – Interessenvertretung und Selbsthilfe pflegender Angehöriger e.V.
- wohnen im eigentum – die wohneigentümer e.V.
- Zwischen Arbeit und Ruhestand – ZWAR e.V.