



Bremen, 21. November 2016

Ambulante Versorgung älterer Menschen in Bremen

A. Arbeitsauftrag

Die Delegiertenversammlung hat in ihrer Sitzung am 22. Februar 2016 die Arbeitsgruppe „Altersmedizin“ eingerichtet.

Teilnehmer der Arbeitsgruppe waren drei als Hausärztinnen niedergelassene Fachärztinnen für Allgemeinmedizin, davon eine mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie, eine hausärztliche tätige Internisten, zwei Internisten mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie, die Präsidentin der Ärztekammer (Fachärztin für Kinderchirurgie) und die Hauptgeschäftsführerin (Protokoll). Zwei Teilnehmer kamen aus Bremerhaven.

Die Delegiertenversammlung sah die Notwendigkeit, insbesondere die ambulante geriatrische Versorgung näher zu untersuchen und ärztliche Positionen zu formulieren. Denn das gemeinsame Landesgremium zu Fragen der gesundheitlichen Versorgung nach § 90a SGB V befasst sich zurzeit intensiv mit dem Thema „Geriatrische Versorgung im Bundesland Bremen“. Außerdem soll das Thema Schwerpunkt der Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 2017 sein, bei der Bremen den Vorsitz führen wird. Vor diesem Hintergrund erschien es den Delegierten sinnvoll, dass die Ärztekammer Vorstellungen entwickelt, wie aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte¹ dauerhaft eine gute geriatrische Versorgung sichergestellt werden kann. Der Schwerpunkt der Arbeitsgruppe war dabei auf den ambulanten Bereich gerichtet. Es wurden Anforderungen an Strukturqualität definiert, damit eine - aus medizinischer Sicht - gute Versorgung geriatrischer Patienten auf allen Versorgungsebenen gewährleistet werden kann.

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Bremen hat dem vorliegenden Arbeitspapier in ihrer Sitzung am 21. November 2016 zugestimmt.

¹ Im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur die männliche Form benutzt. Gemeint sind stets Ärztinnen und Ärzte, Patientinnen und Patienten usw.

B. Ambulante Versorgung älterer Menschen

Folgende Definition des geriatrischen Patienten hat die Arbeitsgruppe zu Grunde gelegt:

Geriatrische Patienten sind

- Personen älter als 80 Jahre oder
- Personen älter als 70 Jahre plus eine geriatritypische Morbidität oder
- Personen älter als 70 Jahre plus Vorliegen einer Pflegestufe) bzw. demnächst eines Pflegegrades)

I. Primäres Ziel: Selbstbestimmtes Leben und Teilhabe

Ziel muss sein, dass die älteren Menschen, die noch zu Hause leben (wollen), dies möglichst lange selbstbestimmt tun können. Dafür sind verschiedene Ansätze denkbar und notwendig:

- Stärkung der Quartiere
- Nachbarschaftshilfe
- Tagespflegekonzept bzw. Tagespflegeeinrichtungen: fehlen in vielen Quartieren (z. B. in Findorff, Bremerhaven, allerdings ist auch nicht immer die Möglichkeit für die Angehörigen gegeben, zumal eine Eingewöhnung gewünscht wird (z. B. bei Demenzkranken). Betreuungszeiten in der Tagespflege (von 8 bis 15 Uhr) sind häufig zu kurz
- Seniorenwohngemeinschaften
- Gemeindegewerke, die bei akuter Erkrankung für einen bestimmten Zeitraum die Versorgung übernimmt
- Informationsmaterial, das Hausärzte zur Beratung nutzen und ausgeben können: Das Infomaterial muss für die Hausärzte leicht zugänglich sein, z. B. bei der KVHB
- Kommunale Altenhilfe

II. Ambulante Versorgung im häuslichen Umfeld

Es gibt zwei Möglichkeiten, mit denen bei einem Patient erstmals geriatrischer Behandlungsbedarf identifiziert wird:

- Er ist im Krankenhaus auffällig geworden
- Er wird auffällig in der ambulanten Versorgung (beim Hausarzt/Hausärztin)

1. Identifikation und Behandlung des geriatrischen Patienten im Krankenhaus

Bei stationärer Aufnahme sollte ein Screening in der Notaufnahme durch ein geeignetes Verfahren, z.B. mit Hilfe des ISAR-Bogens, stattfinden. Bei identifiziertem Bedarf sollte ein geriatrisches Assessment möglichst in Kooperation mit einer Geriatrie erfolgen.

Auf Basis des Assessments und/oder des geriatrischen Konsils wird eine indikationsgerechte Weiterbehandlung eingeleitet (Akutgeriatrie, Tagesklinik, Frühreha, Reha, ambulante Behandlung).



Notwendig ist ein funktionierendes Entlassmanagement durch einen personell ausreichend besetzten und geschulten Sozialdienst. Eine strukturierte Entlassung umfasst die Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung einschließlich der Bereitstellung der notwendigen Hilfsmittel, die medikamentöse Versorgung und die medizinischen und pflegerischen Informationen (z. B. Name des Pflegedienstes) an den zuweisenden Arzt und den Hausarzt zur Entlassung.

2. Identifikation und Behandlung des geriatrischen Patienten im hausärztlichen Bereich

- Auch in der hausärztlichen Praxis kann ein regelmäßiges geriatrisches Screening sinnvoll sein, um die Notwendigkeit eines Geriatrischen Basis-Assessments (GBA) zu eruieren. Ein Beispiel ist der beigefügte „Geriatrie-Check“ aus Baden-Württemberg, der allerdings um den Punkt „Gewichtsabnahme“ ergänzt werden sollte (Anlage 1). Ein regelmäßiges Screening bietet Schutz gegen die Gefahr, dass der Hausarzt aufgrund der langjährigen kontinuierlichen Betreuung „schleichende“ Krankheitsentwicklungen übersieht.

Empfehlung: Niedrigschwelliges systematisches Screening, um die Notwendigkeit eines GBA festzustellen.

- Bei Auffälligkeiten im Screening oder anderweitig festgestellter (offensichtlicher) Notwendigkeit erfolgt ein GBA. Das GBA wird wiederholt bei Verdacht auf Verschlechterung, hier ist nicht nur die Einschätzung des Hausarztes, sondern die Aufmerksamkeit des gesamten Praxisteamts notwendig. Es ist sinnvoll, bei zuvor auffälligen Patienten das GBA alle zwei Jahre im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung durchzuführen.
- Das GBA ist Teil der hausärztlichen Versorgung und setzt die fachliche Fähigkeit zur Beurteilung voraus. Regelmäßige Fortbildung im Bereich der Geriatrie ist wünschenswert.
- Die Durchführung eines GBA ist auf entsprechend qualifizierte MFA (Nichtärztliche Praxisassistenten) delegierbar. Die Beurteilung obliegt dem Hausarzt. Die Versorgung geriatrischer Patienten sollte künftig bereits Bestandteil der Ausbildung zur MFA sein.
- Die hausärztliche geriatrische Basisversorgung muss ergänzt werden durch eine Stärkung der niedrigschwelligen, ortsnahen Angebote. Ganz wichtig dabei sind eine Einbeziehung der Angehörigen incl. Schulung und Information. Ein besonderer Blick ist notwendig für die älteren Menschen aus anderen Kulturen.
- Hausärzte sind häufig konfrontiert mit Fragen zu nichtmedizinischen Themen, z. B. juristischen Fragen, Fragen des Umbaus und Kostenübernahmefragen. Hier sind flächendeckende Beratungsangebote der Pflegestützpunkte (PSP) als Ansprechpartner für Angehörige nötig. Auch ein mobiles Angebot ist vorzuhalten, um die wohnortnahe Erreichbarkeit zu gewährleisten.
- Zur Sicherstellung der Selbstständigkeit und Teilhabe der betroffenen Patienten ist ein höheres Budget für die Verordnung von Physio- und Ergotherapie, Logopädie und Heilmitteln im hausärztlichen notwendig. Hausbesuche der eingeschalteten Therapeuten

müssen kostendeckend vergütet werden. Neue Versorgungsformen sind zu denken, z. B. Gruppentherapie für Sturzprophylaxe einschließlich eines Abholdienstes.

3. Versorgung des geriatrischen Patienten in geriatrischen Schwerpunktpraxen

Der Hausarzt entscheidet aufgrund seines Assessments über die Notwendigkeit einer spezialisierten geriatrischen Versorgung. Hierfür kommen Patienten in Betracht, die nach Einschätzung des Hausarztes, nach seinem Assessment und seiner gelebte Einzelanamnese keine Besserung mehr mit einer isolierten Verordnung erzielen, sondern die ein erweitertes Assessment und/oder eine koordinierte multiprofessionelle Behandlung benötigen.

Zukünftig sollen im ambulanten Bereich geriatrische Schwerpunktpraxen in die ambulante spezialisierte Versorgung eingebunden werden.

- Die geriatrische Schwerpunktpraxis ist eine vernetzte, auf die Bedürfnisse geriatrischer Patienten abgestimmte Versorgungsstruktur mit einem multiprofessionellen Team unter ärztlicher Leitung zum Erhalt der Selbstständigkeit in der häuslichen Umgebung sowie zur Vermeidung und Verminderung der Pflegebedürftigkeit. Zu dem multiprofessionellen Team gehören aktivierend Pflegenden, Physio- und Ergotherapeuten und Logopäden sowie anderen Institutionen wie beispielsweise der Sozialdienst. Die Leitung hat ein speziell weitergebildeter Geriater. Auch das nichtärztliche Personal muss adäquat in geriatrischer Behandlung fortgebildet sein. Alle im Team müssen einen geriatrischen Blickwinkel haben.
- Die Hausärzte haben weiterhin eine Schlüsselfunktion. Sie entscheiden auf der Basis ihres Assessments, ob eine Behandlung durch einen geriatrischen Spezialisten erforderlich ist. Sofern der Patient nach Einschätzung des Hausarztes in der ambulanten Versorgung bleiben kann und eine spezielle geriatrische Versorgung erforderlich ist, erfolgt eine Überweisung in eine geriatrische Schwerpunktpraxis. Voraussetzung für die Behandlung in einer geriatrischen Schwerpunktpraxis ist eine Überweisung, aus der ein definierter Zielauftrag und ein Behandlungszeitraum hervorgehen.
- Nach Empfehlungen eines Geriaters koordiniert der Hausarzt die Therapieempfehlungen entsprechend wohnortnah und ggf. bedarfsorientiert. Die Kontrolle des Behandlungserfolges liegt beim Hausarzt. Sollte sich kein Benefit für den Patienten ergeben und/oder sich neue Fragen stellen, wird der Geriater erneut hinzu gezogen. Multiprofessionelle Teamsitzungen können dann konsekutiv erfolgen.

Im Einzelnen sind noch viele Fragen ungeklärt:

- Es müssen Ressourcen vorhanden sein für die Kommunikation zwischen Arzt und anderen Berufsgruppen.
- Wichtig ist die wohnortnahe Versorgung (je nach Patient am besten in der Häuslichkeit). In der Folge muss der Geriater der spezialärztlichen Versorgung, aber auch die sonstigen Fachkräfte, mobil sein, da der Patient häufig immobil ist.
- Andere Fachärzte (Neurologen, Urologen, Gynäkologen) müssen ebenso eingebunden werden wie die Angehörigen.
- Die Verordnungen (z. B. Langfristverordnungen) der Schwerpunktpraxis dürfen nicht zu Lasten des Budgets der Hausärzte gehen.



- (Zeitliche) Begrenzung auf das Behandlungsziel ist notwendig. Wird das Ziel erreicht oder kann es nicht erreicht werden, geht der Patient zurück zum Hausarzt.
- Nur der Hausarzt kann in die geriatrischen Schwerpunktpraxen überweisen, nicht aber andere Fachärzte.

III. Ambulante medizinische Versorgung in Heimen

Welche Strukturqualität ist aus ärztlicher Sicht notwendig, um eine gute Versorgung in den Heimen sicherzustellen?

1. Problemaufriss

Hausärzte sind bei der Versorgung von Patienten in Pflegeheimen mit zahlreichen Problemen konfrontiert, die häufig eine gute medizinische Versorgung erschweren oder sogar verhindern. Die folgenden Probleme bei der medizinischen Versorgung von Menschen, die in Pflegeheimen leben, haben die Teilnehmer der Arbeitsgruppe herausgearbeitet. Die folgende Liste ist nur exemplarisch, nicht vollständig.

- Nicht ausreichend Fachpersonal als Ansprechpartner für die betreuenden Ärzte vorhanden (de facto: 1 examinierte Pflegefachkraft für zwei Stationen mit je circa 20 Patienten)
- Keine verlässlichen Ansprechpartner für die betreuenden Ärzte, z. B. durch hohe Fluktuation beim Personal, Krankenstand, Leihkräfte oder mangelnde Einarbeitung
- Fehlende räumliche Ausstattung der Pflegeheime für ärztliche Behandlungen und Gespräche. Mangelhafte Umgebung
- Schwierige Kommunikation mit den Mitarbeitern der Pflegeheime, aber auch mit den Patienten und deren Angehörigen durch Sprachbarrieren
- Medikamentenverordnung und Abgabe: kein Vorhalten von Medikamenten möglich, die Wochenration ist geblistert (meist durch einen Apothekenmitarbeiter), Änderungen der Medikation ad hoc nicht möglich, problematisch bei kurzfristig anzusetzen Medikamenten, z. B. Antibiotika, aber auch bei abzusetzenden Medikamenten
- Überbordende doppelte! Dokumentationspflichten, vor allem für den MDK: Gewicht, Dokumentationspflicht von Essensangeboten, Medikamente ansetzen, Medikamente absetzen (z. B. quartalsweise Doppeldokumentation für MDK)
- Unterschiedliche Dokumentationsziele und -systeme auf Seiten des Pflegeheims und der Ärzte
- Fachärztliche Versorgung schwierig. Kontinuierliche Versorgung durch Neurologen und Psychiater ist aktuell nicht gewährleistet; Probleme gibt es auch bei Gynäkologen, Hautärzten, HNO-Ärzten und Chirurgen

2. Aus ärztlicher Sicht notwendige Strukturqualität

Gerade Patienten, die in Pflegeheimen leben, benötigen aufgrund der ihnen eigenen Multimorbidität eine professionelle Betreuung. Folgende Strukturqualitätsmerkmale halten die Teilnehmer der Arbeitsgruppe aus ärztlicher Sicht für essentiell, um eine gute medizinische Versorgung der in Heimen lebenden Menschen sicherzustellen.

- **Qualifizierte Ansprechpartner in der Pflege in ausreichender Zahl**

- **Qualifizierte Pflegefachpersonal und Betreuungspersonal in ausreichender Zahl**

Zur Sicherstellung von ausreichend qualifiziertem Personal sollte unverzüglich ein wissenschaftlich fundiertes System der Personalbemessung in Pflegeheimen eingeführt werden. Damit sich die Personalausstattung dauerhaft verbessert, muss die zuständige Behörde im Land Bremen in der Folge die Einhaltung des ermittelten Personalbedarfs überprüfen und Verstöße ggf. sanktionieren. Bei der Ermittlung des Personalbedarfs sind auch Entlastungen der examinieren Pflegefachkraft für administrative Aufgabe und Pflegehilfstätigkeiten durch andere Berufsgruppen zu berücksichtigen.

- **Qualifikation der Pflegenden**

Eine spezifische Qualifikation im geriatrischen Bereich analog ZERCUR Geriatrie ist notwendig. In jedem Pflorgeteam muss ein Mitarbeiter sein, der zumindest das Basismodul (oder vergleichbare Kenntnisse) nachweisen kann.

- **Qualität der Pflege**

Bezugspflege, insbesondere für demente Menschen, setzt Kontinuität bei dem pflegenden Personal voraus.

- **Verbesserte Kommunikation an der Schnittstelle Arzt-Pflegeheim**

- **durch Standardisierung**

Standardisierung der Dokumentations- und Kommunikationsinstrumente (Beispiel: Interprof-Faxbogen, siehe Anlage 2 und <http://www.allgemeinmedizin.med.uni-goettingen.de/de/content/forschung/355.html>).

- **durch Erreichbarkeit der Kommunikationsmittel in den Pflegeheimen**

Kommunikationsmittel (z. B. Fax-Geräte) müssen für das zuständige Pflegepersonal durchgängig zugänglich sein.

- **durch ausreichende Sprachkenntnisse, auch Fachsprachenkenntnisse**

Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegenden ist nur möglich bei ausreichenden Sprachkenntnissen. Auch Fachsprachenkenntnisse müssen vorhanden sein und deshalb bei der Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse nachgewiesen werden. Für Leihfirmen müssen die gleichen Standards gelten.

- **Bürokratieabbau – Verschanken der Dokumentation**

Allen an der Behandlung Beteiligten muss eine Verlaufsdokumentation mit medizinischen relevanten Inhalten (der „früheren Papierdokumentation“ gleichwertig, analog Fieberkurve im Krankenhaus) zugänglich sein.

- **Sicherstellung der spezifisch geriatrischen Versorgung im Pflegeheim**

- Für die **spezifische geriatrische Versorgung** der Heimbewohner gilt das gleiche wie für alle andere geriatrischen Patienten auch.
- **Vergütung darf keine Fehlanreize setzen.** Finanziell belohnt werden muss die Verbesserung des Zustands des Patienten, nicht die Erhöhung der Pflegegrade. Es gibt allerdings auch andere Kriterien als die „Punkteverbesserung“, gerade zum Lebensende geht es um andere Themen wie z. B. Schmerz. Entscheidend ist das zwischen Patient, Arzt und Pflegenden vereinbarte Therapieziel.

- **Sicherstellung einer ausreichenden Medikamentenversorgung**

- 24 Stunden / 7 Tage muss die Medikamentenversorgung sichergestellt sein.
- Zeitnahe Anpassung der Medikation nach ärztlicher Anordnung muss gewährleistet sein.
- Die weitverbreitete Verblisterung darf nicht zu höheren Medikamentenkosten führen als die tägliche Medikamentengabe vor Ort.
- Für die Medikamentenstellung und -applikation muss das Vier-Augen-Prinzip gelten.
- Eine kostengünstige und medizinisch sinnvolle Vorhaltung der Bedarfsmedikation ist gesetzlich vorzusehen.