



Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie,
Jugend und Senioren | Postfach 11 21 | 24100 Kiel

Vorsitzende des Sozialausschusses
Frau
Siegrid Tenor-Alschausky
Landeshaus

24100 Kiel

Schleswig-Holsteinischer Landtag ☐
Umdruck 16/3241

12. Juni 2008

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

anbei übersende ich die im Rahmen der Beratung zu TOP 6 der Sitzung des Sozialausschusses am 15.05.2008 erbetene Information zur geriatrischen Versorgung in Schleswig-Holstein.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Körner
Staatssekretär

Anlage

**Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein
Fragen aus dem 53. Sozialausschuss – 15.05.2005**

Geriatrische Versorgung in Schleswig-Holstein

Der ältere Mensch

Ältere Menschen werden im Krankheitsfall nicht automatisch in der Geriatrie behandelt, sondern die Geriatrie (Zusatz-Weiterbildung der Ärzte innerhalb der Inneren Medizin (Facharzt)) ist ein spezifisches Versorgungsangebot für dafür geeignete Patienten:

- Geriatrische Patienten sind neben einem höheren Lebensalter charakterisiert durch eine Kombination von altersbedingten Veränderungen, dem meist gleichzeitigen Auftreten mehrerer chronischer Erkrankungen und dem Bestehen psychosozialer Problemkonstellationen. Unter Berücksichtigung der individuellen Lebensumstände erschweren komplexe funktionelle und strukturelle Schädigungen den Erhalt bzw. die Reintegration in die häusliche Umgebung erheblich.
- Die hierauf aufgesattelte, akut auftretende Symptomatik, die einer vollstationären/tagesklinischen oder ambulanten geriatrischen Versorgung bedarf, ist breit und fachübergreifend: Das sind neurologische Diagnosen (z.B. Schlaganfall, M. Parkinson, Neuropathie) ebenso wie unfallchirurgisch-orthopädische Diagnosen (z.B. hüftgelenksnahe Frakturen, Ober-/Unterarmfrakturen, Rippenfrakturen, TEP von Knie- und Hüftgelenk), andere chirurgische Diagnosen (z.B. Amputationen, Bandscheibenoperationen, und Verplattungen im Wirbelsäulenbereich) sowie internistische Diagnosen (z.B. kardio-pulmonale, muskuloskeletale und metabolische Erkrankungen).
- Diese Diagnosen werden außerdem und im deutlichen Gegensatz zu nicht geriatrischen Patienten in ihrem Verlauf häufig durch das Auftreten von Thrombosen, begleitenden Infektionskrankheiten oder Verzögerungen der Rekonvaleszenz kompliziert.

Differenzierung der geriatrischen Versorgung in Schleswig-Holstein

Das Land trägt der demographischen Entwicklung durch die Etablierung eines **gestuften Versorgungsmodells** in der Geriatrie mit den 3 Bereichen von vollstationärer, tagesklinischer und ambulanter Versorgung Rechnung.

Während die durchaus kontrovers diskutierte Gesundheitsreform in Deutschland die Förderung der ambulanten geriatrischen Rehabilitation als ein wesentliches Reformziel ausweist, ist es in Schleswig-Holstein mit allen maßgeblichen Partnern im Gesundheitswesen gelungen, alle Voraussetzungen für die Aufnahme einer **ambulan-ten** geriatrischen Versorgung (= 3. Säule) zum 1. Januar 2007 zu schaffen.

Die Landesarbeitsgemeinschaft klinisch-geriatrischer Einrichtungen (LAG), die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Vertreter der Krankenkassenverbände und des MDK haben unter Moderation des Gesundheitsministeriums Grundlagen, Strukturen und Behandlungsprozesse für die komplementäre Aufnahme einer ambulanten, sektorübergreifenden geriatrischen Versorgung erarbeitet.

Mit diesem Modellprojekt will man den medizinischen und psychosozialen Besonderheiten einer wachsenden Zahl älterer Patienten besser gerecht werden. Durch gezielte Untersuchungsmaßnahmen werden Patienten identifiziert, bei denen wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung die bisherige vertragsärztliche Versorgung alleine nicht mehr ausreicht. Die rechtzeitige Einleitung der ambulanten geriatrischen Versorgung soll sonst unvermeidbare teil- oder vollstationäre Behandlungserfordernisse somit verhindern, verringern oder zumindest zeitlich verzögern. Von den bestehenden voll- und teilstationären geriatrischen Krankenhausstrukturen aus wird die ambulante geriatrische Versorgung in Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten der Region geplant und koordiniert.

Mit den Krankenkassen wurde vereinbart, die neue Struktur über einen Zeitraum von zwei Jahren im Rahmen eines Modellprojektes mit wissenschaftlicher Evaluation zu starten. Die durch die LAG vorgenommene Auswahl stellt sicher, dass regionale Versorgungsunterschiede (zum Beispiel Ballungszentrum, ländlich geprägte Struktur) in dem Modellprojekt Berücksichtigung finden.

Folgende Krankenhäuser haben in ihrer Region die Versorgung zum 1. Januar 2007 aufgenommen und in regionalen Pressegesprächen über die Umsetzung vor Ort informiert:

- Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital Flensburg,
- Westküstenklinikum Heide (z.Zt. aufgrund des Wechsels des geriatrischen Chefarztes ambulante geriatrische Versorgung postponiert),
- Kreiskrankenhaus Itzehoe,
- Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck.

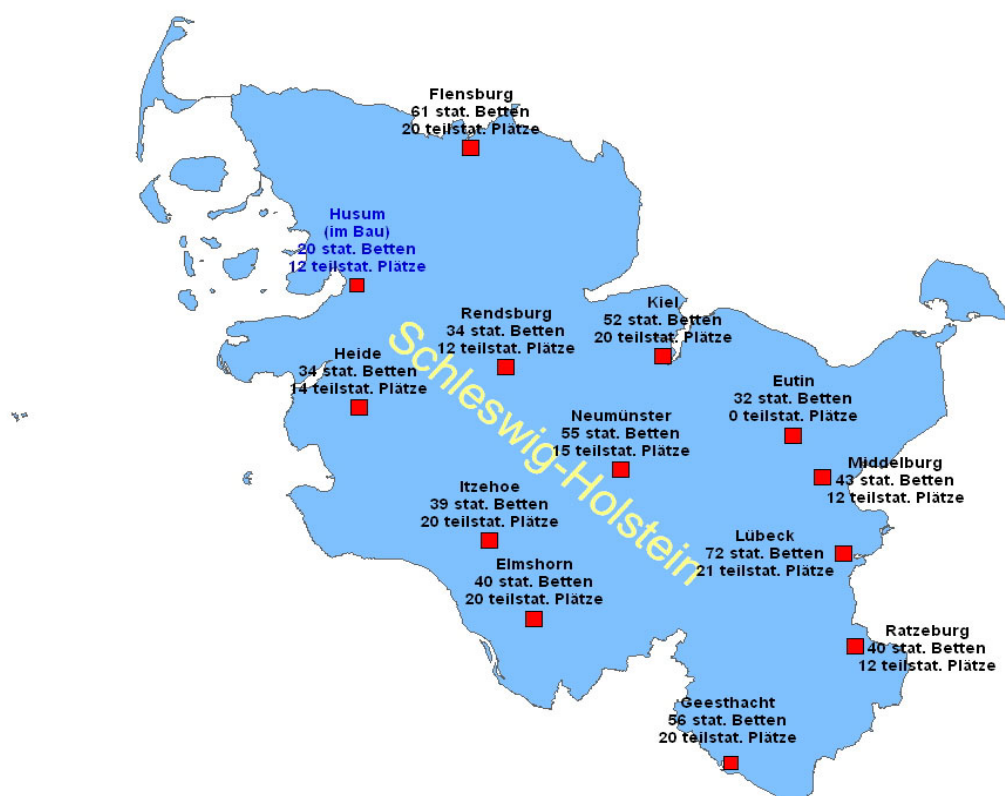
Vorteile des Versorgungsmodells „Ambulante Geriatrische Versorgung in Schleswig-Holstein“

- Erstes modellhaftes Konzept in vier Regionen des Landes zur Einbindung der ambulanten geriatrischen Versorgung mit allen Kostenträgern in Schleswig-Holstein
- Ansiedlung des Projektes an vorhandenen Strukturen der Krankenhausversorgung statt Weckung eines neuen Bedarfs zulasten des Budgets der Kostenträger (Rehabilitation)
- Kalkulierbarer Finanzierungsbedarf: Leistungsmengen in den jeweiligen Regionen vereinbar
- Bestehende geriatrische Zentren als regionale Kristallisationspunkte
- Beteiligung des MSGF des Landes Schleswig-Holstein bei der Einführung des Konzeptes
- Ideale Ergänzung des Angebots der vollstationären und tagesklinischen Geriatrie
- Umsetzung der Forderung: ambulant vor teilstationär/stationär
- Reduzierung der gesamten Behandlungskosten, da teilweise stationäre bzw. teilstationäre Behandlungserfordernisse entfallen bzw. abgekürzt werden können und die Erfordernisse der Verordnung häuslicher Krankenpflege, stationärer Pflege und Heil- und Hilfsmittelverordnungen vermieden, verringert oder effektiv verzögert werden können
- Vorbereitung einer landesweit einheitlichen, hohen Versorgungsqualität bei erfolgreichem Verlauf des Projektes durch Ausweitung auf alle anderen Regionen
- Erkennbares Interesse von niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten, KV und Klinikgeriaterinnen/-geriatern an einer gemeinsamen zeitnahen Umsetzung
- Keine sektorale Abschottung gegenüber vorhandenen Versorgungsstrukturen
- Anreiz für weitere geriatrische Qualifizierung von Ärztinnen/Ärzten und Therapeutinnen/Therapeuten
- Bereits zu Beginn klar erkennbares Qualitätsniveau
- An der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung orientierter Umgang mit Ressourcen

Geriatrische Kliniken in Schleswig-Holstein

Stand: 01/2008

4



Klinikstandort	Stand 31.12.2005		Stand 01.01.2008	
	Betten	Plätze	Betten	Plätze
Flensburg	45	20	61	20
Heide	32	12	34	14
Rendsburg	34	12	34	12
Kiel	40	20	52	20
Neumünster	43	20	55	15
Itzehoe	39	20	39	20
Middelburg	43	16	43	12
Lübeck	54	24	72	21
Elmshorn	40	20	40	20
Ratzeburg	34	12	40	12
Geesthacht	0	0	56	20
Eutin	0	0	32	0
Zwischensumme:	404	176	558	186
Husum	0	0	20	12
Gesamtsumme:			578	198

Begrifflichkeit: Frührehabilitation

Der Erfolg einer medizinischen Rehabilitation hängt wesentlich davon ab, dass die Rehabilitation möglichst früh nach dem auslösenden Ereignis (z. B. einem Herzinfarkt, Verkehrsunfall, Hirnblutung) beginnt oder – bei chronischen Krankheiten – in den Krankheitsverlauf eingreift. Der Begriff ‚Frührehabilitation‘ ist bis heute mit ganz unterschiedlichen inhaltlichen Vorstellungen besetzt und wird häufig auch missverstanden.

Der Begriff ‚Frührehabilitation‘ wurde primär im Bereich der kardiologischen Rehabilitation geprägt; hierunter wurde die sog. Anschlussheilbehandlung (AHB) verstanden, die der akutstationären Behandlung (= Krankenhaus) ohne Unterbrechung folgte. Die AHB gibt es nach wie vor für bestimmte Indikationen.

Im Gegensatz zur Kardiologie dazu wurde in der Neurologie die ‚Frührehabilitation‘ nicht als eine Anschlussheilbehandlung verstanden, sondern als eine bereits im Krankenhaus stattfindende Anwendung von rehabilitationstherapeutischen Methoden, die erforderlich sind, um einen Betroffenen überhaupt zur Teilnahme an einer Leistung zur Rehabilitation zu befähigen. Dies entspricht auch weitgehend dem Verständnis des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Sondergutachten 1995.

Demgegenüber wird der Begriff der ‚Frührehabilitation‘ unter heutigem Rechts (§ 39 Abs. 1 SGB V Satz 3) häufig eher mit der ‚Frühmobilisation‘ gleichgesetzt, also mit einer Phase bzw. Methode der Krankenbehandlung (*Die Krankenhausbehandlung ... umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation*).

Damit wird nicht die Absicht verfolgt, die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation grundsätzlich in das Krankenhaus zu verlagern. Das Ziel dieser Regelung ist es – soweit es der medizinische Zustand des schwer erkrankten Patienten das überhaupt gestattet – Leistungen der medizinischen Rehabilitation bereits während der akutmedizinischen Interventionen der Krankenhausbehandlung einzusetzen, um letztendlich damit eine Rehabilitationsfähigkeit des Patienten außerhalb des Krankenhauses (als ambulante/stationäre Rehabilitation) überhaupt erreichen zu können.

Unter **medizinischen** Gesichtspunkten wird mit dem Begriff der Frührehabilitation die möglichst frühzeitige, im Abhängigkeit vom Handicap stehende gezielte Mobilisation des Patienten verstanden, die z.B. bereits am ersten Tag des stationären Aufenthaltes in einer Geriatrie beginnt oder am 1. postoperativen Tag nach einem operativen Eingriff auch bei einem jungen Menschen beginnt.

In der **Geriatrie** in Schleswig-Holstein ist somit die Frührehabilitation Bestandteil des sog. geriatrischen Assessments, wobei der Patient in der Geriatrie verbleibt und nicht in eine Rehabilitationseinrichtung geht. Es gibt allerdings - historisch gewachsen - einige Bundesländer wie z.B. Bayern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, in denen die geriatrische Versorgung grundsätzlich im Bereich der Rehabilitation angesiedelt ist und nicht wie z.B. in Schleswig-Holstein, Berlin, Hamburg, Bremen, Hessen, Sachsen-Anhalt, Thüringen im gut steuer- und planbaren Krankenhausbereich.

Generelles Ziel der angesprochenen Behandlungen ist die Festigung und Verbesserung der Behandlungsergebnisse. Die konkrete Aufgabenstellung hängt vom jeweils behandelten Krankheitsbild und dem einzelnen Patienten ab

Institutionell kann die akutstationäre Versorgung innerhalb der Fachabteilung Geriatrie als Frühmobilisierung/Frührehabilitation angesehen werden. Die entsprechenden Krankenhäuser sind im Krankenhausplan des Landes S-H ausgewiesen (s. Karte). Daneben sind im Rahmen der neurologischen Phase B weitere Kapazitäten geschaffen worden.

Gerontopsychiatrie im Verbund mit der Geriatrie

Die Gerontopsychiatrie ist ein Teilgebiet der Psychiatrie, das sich mit den psychischen Störungen alter Menschen in einem interdisziplinären, auf der Bezugswissenschaft Gerontologie basierende Verständnis befasst. Psychische Störungen können besonders im Alter nicht losgelöst von der Biographie betrachtet werden. Die Gerontopsychiatrie behandelt

- bereits vor dem Alter aufgetretene und weiter bestehende bzw. erneut auftretende Störungen (z.B. langjährige depressive oder bipolare Erkrankungen, Schizophrenie, Wahnerkrankungen)
- sowie auch im Alter sich erstmals manifestierende Erkrankungen (z.B. Depression, Demenz).

Verfügt auch der größte Teil der alten Menschen über eine ausreichende seelische und körperliche Gesundheit bis in das höchste Alter, so treten doch manche psychische Krankheiten im höheren Lebensalter häufiger auf. Eine Reihe von Besonderheiten ist im Umgang mit psychisch kranken alten Menschen zu berücksichtigen. Diese sind mehr oder weniger durch den Alterungsprozeß bedingt, der mehrdimensional sowie dynamisch verläuft und kein "Abbau"- sondern ein "Umbauprozess" ist.

Von besonderer Bedeutung sind dabei die erhöhte soziale Vulnerabilität, veränderte Fähigkeit zur Adaptation, veränderte körperliche Gegebenheiten, Multimorbidität, Neigung zur Chronizität, verzögerte Rekonvaleszenz und Veränderung der Pharmakokinetik sowie -dynamik. Zu beachten ist auch die große inter- und intraindividuelle Schwankungsbreite der somatischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten beim alternden und alten Menschen.

Landesplanung Gerontopsychiatrie in Schleswig-Holstein

Der Bereich der Gerontopsychiatrie hat aufgrund der demographischen Entwicklung in der Bevölkerung und der sich daraus ergebenden Bedarfe ein enormes Wachstumspotential.

Schleswig-Holstein strebt eine flächendeckend gestufte, medizinische Versorgung von älteren psychisch erkrankten Menschen an. Aktuelle Anträge sowie Interessensbekundungen einiger Krankenhausträger zur Errichtung stationärer und teilstationärer

rer gerontopsychiatrischer Angebote im Bereich der Krankenhausplanung hat das MSGF und die an der Krankenhausplanung Beteiligten veranlasst, eine IST- und Bedarfsanalyse für diesen Versorgungsbereich für erforderlich zu halten.

Ziel ist es, eine landesweite Gesamtkonzeption zu erarbeiten, auf deren Grundlage dann die identifizierten möglichen Versorgungslücken auch im Bereich der Krankenhausplanung zu schließen sind. Gerade im Hinblick auf die Ausgestaltung von zukünftigen gerontopsychiatrischen Verbundstrukturen ist eine IST- und Bedarfsanalyse für diesen Versorgungsbereich zielführend. Für die Erstellung einer solchen Analyse ist ein externer Gutachter beauftragt worden. **Erste Ergebnisse hierzu werden im Herbst 2008 vorliegen.**

Mit diesem bundesweit einmaligen Projekt will Schleswig-Holstein den medizinischen und psychosozialen Besonderheiten einer wachsenden Zahl älterer Patienten zukünftig noch besser gerecht werden. Durch eine gezielte Analyse der Versorgungsangebote für alternde, psychiatrisch erkrankte Menschen lassen sich evtl. Versorgungslücken, Schnittstellenprobleme und Strukturschwächen identifizieren, die es dann zu schließen bzw. auszuräumen gilt.

Ein Expertenhearing hierzu hat bereits im Mai 2008 im MSGF stattgefunden.

Anlage

Stellungnahme der LAG Schleswig-Holstein zur möglichen Einrichtung gerontopsychiatrisch- geriatrischer Zentren

Gerade im höheren und sehr hohen Lebensalter (oldest old) sind ein Großteil der psychiatrischen Erkrankungen durch körperliche Erkrankungen mitbedingt. Andererseits leiden ältere Patienten des Akutkrankenhauses drei bis vier Mal häufiger gleichzeitig unter psychischen Erkrankungen als ältere Menschen in der Wohnbevölkerung.

Die Komorbidität der älteren Patienten, die mit Schenkelhalsfraktur akut ins Krankenhaus eingewiesen wurden und bei denen bisher KEINE psychiatrischen Diagnosen bekannt waren, ist bisher am besten untersucht (3). Die Häufigkeit neu gestellter, bisher unbekannter psychiatrischer Diagnosen z. B. bei Patienten mit Schenkelhalsfraktur beträgt (2):

- Demenz 31 %
- Depression 29 %
- Altersdelir 20 %

Die dadurch bedingten Verlegungen zwischen somatischen und psychiatrischen Abteilungen verzögern die Diagnostik, verstärken durch den Umgebungswechsel die Psychopathologie, verlängern die Behandlungsdauer und führen zur Persistenz der Symptome (3).

Nicht nur bei den Demenzen (8), sondern auch bei den Psychosen und schweren depressiven Störungen wird eine Verdoppelung der davon betroffenen Alterspatienten bis zum Jahr 2030 erwartet (1).

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (10) sagt dazu (Gutachten 2007): „Das Krankheitsgeschehen wird durch das Phänomen der Multimorbidität geprägt. (...) Diese stellt wiederum ein erhöhtes Risiko für das Eintreten von Behinderungen sowie funktionellen Einbußen dar, die sich zudem nicht einfach summieren, sondern oftmals in komplexer und synergetischer Weise verstärken. (...) Insbesondere jenseits des 80. Lebensjahres kommt es in der Folge dann nicht selten zu Hilfeabhängigkeit und Pflegebedürftigkeit.“

Schon im Jahr 2020 ist im Krankenhaus nicht nur „jeder fünfte Patient 80 Jahre und älter“ (7). Wenn auch nach Vorausberechnungen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder die Einweisung wegen der alleinigen Diagnose einer Demenz in das Akutkrankenhaus zurückgehen wird, so sind es die Mehrfacherkrankungen, die im Alter insgesamt allerdings zu zunehmender Krankenhauseinweisung führen (7). Und hier ist schon auf Grund der bekannten und bereits jetzt schon vorhandenen Prävalenz der Demenz bei Hochaltrigen in Höhe von über 30% mit einer mindestens ebenso hohen Komorbidität zwischen Demenz und Körperkrankheit (führend des Herz- / Kreislaufsystems einschließlich Schlaganfall, siehe auch oben: Beispiel der Schenkelhalsfraktur) zu rechnen (3).

Die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder führten die Vorausberechnungen im Übrigen auch getrennt nach Bundesländern durch. Hiernach steht Schleswig-

Holstein mit dem Zuwachs der Krankenhaushäufigkeit bei den Älteren an dritter Stelle.

Für die beschriebenen Erfordernisse sind in Deutschland weder die herkömmlichen somatischen noch auch allgemeinpsychiatrischen Klinikabteilungen eingerichtet. „Dabei steigt die Einweisungsrate mit dem Lebensalter und der Zahl der Erkrankungen im Sinne von Multimorbidität“ (Sachverständigenrat).

Gerade in Geriatrischen Kliniken werden immer auch zahlreiche derartig mehrfach erkrankter Alterspatienten behandelt. Geriatrisch ausgebildete Ärzte sind daher notwendigerweise mit Diagnostik und Therapie der häufigsten psychiatrischen Alterserkrankungen ebenfalls vertraut. Darüber hinaus gehören an fast allen Geriatrische Kliniken Psychologen zum Behandlungsteam. Einige Geriatrische Kliniken in Schleswig-Holstein verfügen sogar über eigene Neurologen und Psychiater oder über gerontopsychiatrisch erfahrene internistische Geriater.

Geriatrische Kliniken können zwar dem oben beschriebenen, notwendigen ganzheitlichen Therapienansatz bereits teilweise Rechnung tragen, viele psychisch Alterskranke können aber dort aus Gründen zu geringer Bettenkapazität oft nicht aufgenommen werden.

Auch sieht der Fallpauschalenkatalog eine eigenständige DRG für Erkrankungen aus dem psychiatrischen Formenkreis vor, die als geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8.550) kodierfähig ist. Dies ist dadurch begründet, dass Im Gegensatz zu früheren Auffassungen die Frührehabilitation körperlicher Erkrankungen (z. B. Schenkelhalsfraktur, Schlaganfall, etc.) unter bestimmten Bedingungen auch bei zusätzlich bestehender Demenz wirksam ist (3).

Der im GKV-WSG 2007 formulierte Rechtsanspruch auf Rehabilitation gilt auch für Patienten mit psychiatrischer Komorbidität.

Verbesserte, d. h. weniger belastende Anaesthesieverfahren kommen gerade älteren und hochaltrigen Risikopatienten zu Nutze. So behandeln operative Fächer wie z. B. Traumatologie, Herzchirurgie, Neurochirurgie etc. mit innovativen und zunehmend minimal invasiven Verfahren deutlich mehr Patienten, die bisher als nicht Behandlungsfähig galten. Darunter befindet sich auch ein erhöhter Anteil an Patienten mit psychiatrischer Komorbidität.

Sinnvoller Weise sind daher in Schleswig-Holstein eine Vielzahl Geriatrischer Kliniken an Schwerpunktkrankenhäuser angebunden oder sogar in diese integriert.

Schon in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts befasste man sich in den USA mit den Patienten, die auf Grund ihrer psychiatrischen Begleiterkrankung auf einer somatischen Station nicht Behandlungsfähig waren oder umgekehrt (6).

Dr. KATHOL beschrieb im Jahr 1992 in den USA speziell für diese Patienten vier verschiedene Möglichkeiten der Kooperation. Diese sind auf die Erfordernisse unterschiedlicher Akuität und Behandlungsintensität bei somatisch-psychiatrisch komorbid Erkrankten abgestimmt:

- Typ I: Psychiatrische Station mit geringer somatischer Akuität
- Typ II: Psychiatrische Station mit mittel- oder hochgradig somatischer Akuität
- Typ III: Psychiatrisch-somatische Station (interdisziplinär) mit hochgradiger somatischer Komorbidität
- Typ IV: Somatisch-psychiatrische Station (interdisziplinär) mit gleichzeitig hoher somatischer UND psychiatrischer Akuität

An der Asklepios Klinik Nord (ehemals AK Ochsenzoll) existiert seit dem Jahr 2000 ein Modell interdisziplinärer gerontopsychiatrisch-geriatrischer Stationen entsprechend Typ IV nach KATHOL. Dort findet möglichst wenig Orts-, System- und Personalwechsel statt. Dadurch können die Gesamtverweildauer sowie die Kosten für die ansonsten außerordentlich aufwändige Behandlung der schwerst Erkrankten („frail elderly“) reduziert werden (6,9).

Gerade das gleichzeitige Vorliegen von Erkrankungen aus dem körperlichen und aus dem seelischen Bereich einschließlich der Demenz macht es erforderlich, die Strukturen des klinischen mit dem außerklinischen Bereich zu vernetzen („Case- und Care-Management“). Eine Sektoren übergreifende Versorgung ist sicher zu stellen und es sind vor allem die Prävention und Rehabilitation auch von chronisch Kranken zu verbessern.

Das Akutkrankenhaus ist aber zunächst Anlaufstelle, Ausgangspunkt und Wegbereiter für die Aufnahme EINES Patientenpfades, der eine anschließende kontinuierliche Versorgung vorbereitet und sicher stellt. Es besteht daher primär in der Phase der akuten Krankenhausbehandlung die Notwendigkeit, vorhandene fachübergreifende Versorgungsketten zu nutzen oder neue aufzubauen (Etablierung von Abläufen und Behandlungspfaden auch Träger übergreifend).

Dies könnte in Anlehnung an KATHOL von einer Kooperationsform auf der Basis verstärkter Konsil- und Liasontätigkeit (Typen I und II) bis hin zu intensivierten interdisziplinären Konzepten reichen (Typen III und IV).

Aus Sicht der LAG Schleswig-Holstein ist der Aufbau einer Kooperation zwischen Geriatrie und Gerontopsychiatrie wünschenswert und möglich. Geriatriisch – gerontopsychiatrische medizinische Leistungen sollten dort erbracht werden, wo

- sie wohnortnah positioniert und eingebunden sind,
- eine Integration, bzw. enge Kooperation in / mit ein / einem Schwerpunkt-krankenhaus gewährleistet ist und
- eine Kette von stationärer, teilstationärer, ambulanter und dauernder Versorgung vorhanden ist,
- die gleichzeitig klinische und außerklinische Versorgungs- und Behandlungspfade (Abläufe) sicher stellt, bzw. miteinander verbindet.

Literatur:

1. S. J. BARTELS: Caring for the whole person: integrated health care for older adults with severe mental illness and medical comorbidity. JAGS 2004 (52) Supplement, S. 249 – 57
2. W. HOFMANN et al.: Körperlich und seelisch krank: Der ältere Mensch im Krankenhaus. Geriatrie Journal 2006 (1), S. 16 – 20
3. W. HOFMANN: Herausforderung: Demenzkranke im Akutkrankenhaus. In: J. F. HALLAUER, W. HOFMANN (Hg.): Umgang mit Demenz. Pflegequalität steigern und Pflegeverständnis sichern. Hamburg 2008, XII.2, S. 1 – 84.
4. O. von dem KNESEBECK et al.: Forschung zur Versorgung im höheren Lebensalter. Prävention, Case-Management und Versorgung von Demenz. Bundesgesundheitsblatt 2006 (49), S. 167 – 174
5. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA): Menschen mit Demenz im Krankenhaus, Köln 2007 (www.kda.de)
6. A. B. MAIER, C. WÄCHTLER, W. HOFMANN: Combined medical – psychiatric inpatient units: an evaluation of a centre of elderly. Z Gerontol Geriat 2007 (40), S. 268 – 272
7. Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftigkeit im Bund und in den Ländern. Wiesbaden 2008 (www.destatis.de)
8. C. WÄCHTLER: Gerontopsychiatrische Versorgungskonzepte für Demenzkranke. Hamburger Ärzteblatt 2006 (Heft 12), S. 632 – 633
9. C. WÄCHTLER, W. HOFMANN: Zentrum für Ältere, patientenorientiert, zeitsparend, wirkungsvoll. Die geriatrische und gerontopsychiatrische Abteilung im Hamburger Klinikum Nord haben sich für eine intensive Kooperation zusammengeschlossen. Deutsches Ärzteblatt 2005 (102), B2 470 – 72

Sachverständigenrat