

# Versorgungs-Report 2012

## „Gesundheit im Alter“

Christian Günster / Joachim Klose /  
Norbert Schmacke (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2012

Auszug Seite 51-66



<b>4</b>	<b>Brauchen alte Menschen eine andere Medizin? – Medizinische Einordnung spezieller Behandlungserfordernisse älterer Menschen ....</b>	<b>51</b>
	<i>Norbert Lübke</i>	
4.1	Einleitung .....	52
4.2	Reduzierte Reserven und erhöhte Risiken als Ausgangspunkt besonderer Behandlungserfordernisse alter Menschen .....	52
4.3	Das geriatrische Behandlungskonzept als Antwort auf diese besonderen Risiken .....	54
4.4	Implikationen für die Versorgung alter Menschen in unserem Gesundheitssystem. ....	56
4.4.1	Soziale und gerechtigkeitsrelevante Implikationen.....	56
4.4.2	Aufgabenverteilung zwischen Generalisten und Spezialisten .....	57
4.4.3	Zusammenwirken präventiver, kurativer und rehabilitativer Behandlungsanteile .....	59
4.4.4	Teamansatz und Koordination .....	60
4.5	Seniorengerechte gesundheitliche Versorgung der Zukunft.....	61
4.5.1	Koordinierte Versorgung im Verbund.....	61
4.5.2	Ambulante Versorgung .....	61
4.5.3	Krankenhaus.....	63
4.5.4	Rehabilitation .....	64
4.6	Fazit.....	64

# 4 Brauchen alte Menschen eine andere Medizin?

## Medizinische Einordnung spezieller Behandlungserfordernisse älterer Menschen

Norbert Lübke

4

### Abstract

Alte Menschen zeichnen sich in besonderem Maße durch eingeschränkte Reservekapazitäten aus. Sie unterliegen daher in höherem Maß als jüngere Patienten dem Risiko, bereits im Rahmen geringfügig erscheinender zusätzlicher Gesundheitsprobleme dauerhafte Einbußen ihrer bisherigen Funktionsfähigkeit zu erleiden. Diese Risiken gilt es frühzeitig zu erkennen und durch ein individuell bedarfsgerechtes Behandlungsmanagement weitestmöglich in ihren potenziell negativen Auswirkungen zu begrenzen. Dies erfordert innerhalb der medizinischen Versorgung die Aufwertung generalistischer Qualifikationen, eine Fokussierung auf diejenigen Erkrankungen, deren Behandlung zum Erhalt von Autonomie und Lebensqualität beiträgt, sowie die verstärkte Berücksichtigung präventiver und rehabilitativer Behandlungsanteile. Darüber hinaus ist eine effizientere Einbettung der medizinischen Versorgung in ergänzende und kooperierende multiprofessionelle Versorgungsstrukturen und -angebote erforderlich, die für diese Zielerreichung ebenso unverzichtbar sind.

Typically, elderly people have only limited reserve capacities at their disposal. Therefore they are subject to a much higher risk of suffering a permanent loss of their previous functional independence than younger patients, even with seemingly minor additional health disorders. These risks must be detected early in order to limit their potentially negative effects as much as possible by managing the treatment in a way that covers the specific needs of the individual patient. This fact has consequences for the provision of medical care: Appropriate measures are the enhancement of generalistic qualifications, a focus on diseases whose treatment helps to maintain autonomy and quality of life and an increased consideration of prevention and rehabilitation. In addition, it is necessary to embed the provision of medical care more efficiently in complementary and cooperating multi-professional health care structures that are just as indispensable for reaching the given goal.

## 4.1 Einleitung

In den vorangehenden Beiträgen wurde dargelegt, dass die Rahmenbedingungen der gesundheitlichen Versorgung in Zukunft durch eine deutliche Zunahme alter und hochaltriger Patienten und damit auch eine Zunahme multimorbider und in ihren Aktivitäten und ihrer Teilhabe beeinträchtigter Menschen gekennzeichnet sind. Der vorliegende Beitrag wendet sich den Fragen zu, welche Versorgungsimplicationen dieser Wandel mit sich bringt.

## 4.2 Reduzierte Reserven und erhöhte Risiken als Ausgangspunkt besonderer Behandlungserfordernisse alter Menschen

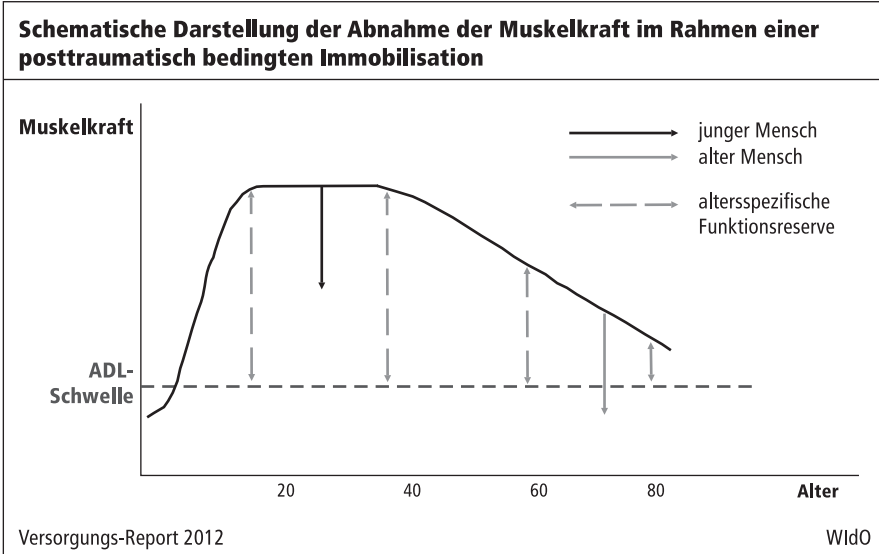
Nicht alle alten – auch hochaltrigen – Menschen sind krank und in ihrer Selbständigkeit beeinträchtigt. Wir kennen die fitten 85-Jährigen, die ihren jährlichen Urlaub fern der Heimat verbringen und ihren Haushalt besser in Schuss halten als mancher junge Mensch.

Und dennoch gibt es mit zunehmendem Alter charakteristische Veränderungen des Körpers und seiner Organsysteme, die mit einer absteigenden maximalen Leistungsfähigkeit einhergehen. In Physiologiebüchern sind dies die typischen Kurven, die für viele Leistungsparameter (bspw. Muskelkraft, Pumpleistung des Herzens, Atemkapazität, Nierenfunktion, Nervenleitgeschwindigkeit u. v. a.) ein potenzielles Leistungsmaximum irgendwo zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr aufweisen und danach abfallen – bei der einen Funktion etwas langsamer, bei der anderen etwas schneller, beim einen Individuum etwas langsamer als bei einem anderen. In begrenztem Umfang mögen einzelne Kurven auch durch Prävention (z. B. Training) im Sinne eines langsameren Abfalls beeinflussbar sein, prinzipiell sind sie jedoch „altersphysiologisch“ und nach dem bisherigen Stand der Wissenschaft unvermeidlich. Die positive Botschaft ist: Angesichts relativ hoher Reserven in den meisten dieser Organfunktionen ist es uns prinzipiell auch auf dem „absteigenden Ast“ dieser Kurven im hohen Alter oft noch lange möglich, ohne erkennbare äußere Beeinträchtigungen den alltäglichen Anforderungen des Lebens gewachsen zu sein.

Die Relevanz dieser im Alter abnehmenden Reservekapazitäten erweist sich oft erst im Kontext zusätzlicher Gesundheitsprobleme wie bspw. akuter Krankheitsereignisse. Abbildung 4–1 verdeutlicht dies schematisch am Beispiel der Abnahme der Muskelkraft im Rahmen einer posttraumatisch bedingten Immobilisation.

Auch ein jüngerer Patient büßt hierdurch Muskelkraft ein und wird sich im Rahmen seiner Remobilisation zunächst unsicherer und langsamer fortbewegen, durch die ihm verbliebenen Reserven bei ansonsten unterstelltem günstigen Verlauf aber bald wieder seine vorherige Muskelkraft und uneingeschränkte Selbständigkeit erreichen. Ein älterer Patient wird sich unter gleichen Bedingungen (ein im Alter oft prothahierter Heilungsverlauf ist also noch nicht berücksichtigt) nach Abschluss der Immobilisationsphase mit seiner Muskelkraft auf einem Niveau wiederfinden, das ihm – hier schematisch unterhalb der für die Activities of Daily Living (ADL) erforderlichen Mindestschwelle liegend – keine eigenständige Remobilisation mehr er-

Abbildung 4-1



möglichst. Er wird intensiver zusätzlicher Behandlungsinterventionen bedürfen, soll er seine Selbständigkeit nicht dauerhaft einbüßen. Berücksichtigt man, dass hier nur der Aspekt der Muskelkraft herausgegriffen ist, in der Praxis durch ein solches Akutereignis im Rahmen der Remobilisation aber bspw. auch die Anforderungen an die kardialen Reserven oder durch die Schmerzmedikation an die Nierenfunktion über das „normale“ Maß hinaus steigen, wird die grundsätzliche Problematik generell eingeschränkter Reservekapazitäten im Alter deutlich. Das Beispiel zeigt zugleich, dass ein derart potenziell gefährdeter Patient durchaus in seinem bisherigen Lebensalltag noch komplett selbständig sein kann, weswegen die Geriatrie in diesem Kontext auch von Vulnerabilität spricht (BAG d. Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen 2007).

Ein weiterer, die vorhandenen Reserven im Alter ggf. zusätzlich einschränkender Faktor ist eine mit kumulierenden chronischen Krankheiten (Multimorbidität) oft früher oder später einhergehende Behinderung.<sup>1</sup> So schränken bspw. kognitive Beeinträchtigungen einer beginnenden Demenz ebenso wie Kniebeschwerden bei bekannten Gonarthrosen naheliegenderweise die Reserven für den Wiedergewinn der Gehfähigkeit nach einem Schlaganfall ein.

Folge ggf. vorbestehender Beeinträchtigungen und verminderter Reserven sind erhöhte Risiken. Bereits banale Alltagsaktivitäten wie das Putzen eines Hängeschrankes oder der Spurt zum Erreichen eines Busses gehen mit einem erhöhten

<sup>1</sup> Da für diesen Beitrag das Konzept der ICF von entscheidender Bedeutung ist, wird in diesem Beitrag weitgehend auf deren im üblichen Sprachgebrauch noch gewöhnungsbedürftige Terminologie bspw. der *Funktionsfähigkeit* resp. *Behinderung*, der *Schädigung von Körperstrukturen und -funktionen*, der *Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe* sowie *umwelt- und personbezogener Kontextfaktoren* zurückgegriffen (DIMDI 2005).

Unfallrisiko einher. Vor allem können unter diesen Umständen aber bereits relativ geringgradig erscheinende zusätzliche Krankheitsereignisse wie bspw. ein fieberhafter Harnwegsinfekt, eine im Alter oft nur subklinisch verlaufende Lungenentzündung oder eine einfache Fraktur zu teilweise bedrohlichen Komplikationen oder scheinbar völlig überraschenden, anhaltenden Einbrüchen der bisherigen Selbständigkeit bis hin zur Notwendigkeit von dauerhaftem Unterstützungsbedarf oder gar einer Heimaufnahme führen. Nicht zuletzt machen eingeschränkte Reserven den alten Menschen auch anfälliger gegenüber den Einflüssen von Kontextfaktoren bspw. dem Verlust eines emotional oder lebenspraktisch stützenden Ehepartners oder Defiziten einer Verkehrsinfrastruktur, die irgendwann bspw. durch alternative Nutzung eines Fahrrads nicht mehr kompensiert werden können. Das Konzept der *Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (ICF) (DIMDI 2005) als ein umfassendes interaktives Modell der vielfältigen Komponenten und Wechselwirkungen von funktionaler Gesundheit gewinnt vor diesem Hintergrund im Alter oftmals eine noch herausragendere Bedeutung – sowohl für das Verständnis von Funktionsfähigkeit und Behinderung als auch für hieraus erwachsende Versorgungsansätze.

Zusammengefasst ist die Situation alter und hochaltriger Menschen – in fließender gradueller Abstufung oft auch als geriatrisch bezeichnet – durch ein erhöhtes Risiko charakterisiert,

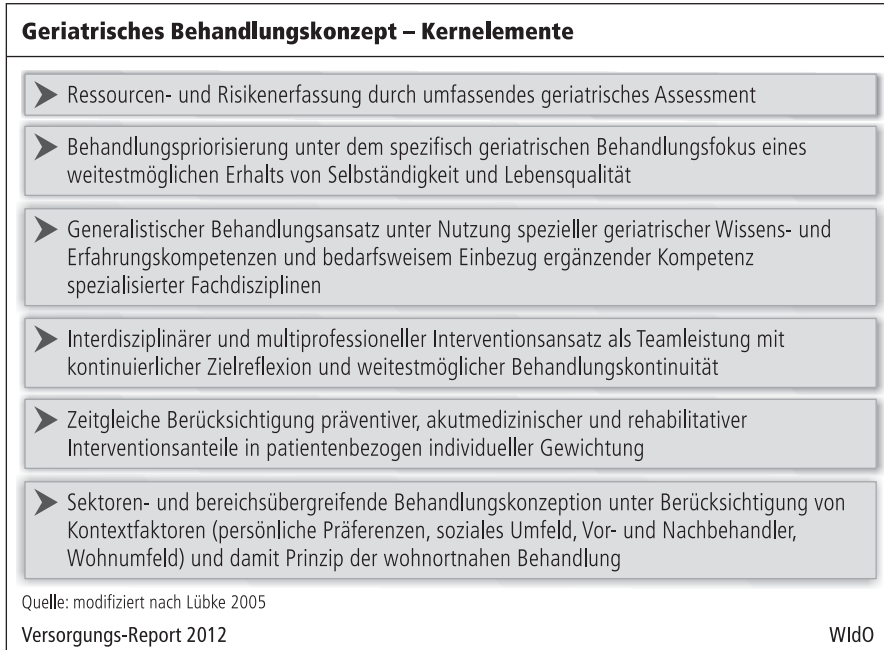
- aufgrund eingeschränkter Reservekapazitäten bedingt durch
- altersphysiologische Veränderungen und ggf.
- schon manifeste Schädigungen von Körperstrukturen und -funktionen bereits durch
- relativ geringfügige zusätzliche Gesundheitsprobleme oder
- Einflüsse von umwelt- / personbezogenen Kontextfaktoren dauerhaft wesentliche Beeinträchtigungen ihrer bisherigen Aktivitäten oder Teilhabe (ggf. bis hin zur Pflegebedürftigkeit) zu erleiden bzw. diese zu vergrößern.

Wissenschaftlich wird diese Konzeption im so genannten *Frailty-Ansatz* bearbeitet, der messbare Kriterien des Syndroms der (Alters-)Gebrechlichkeit im Sinne verminderter Belastbarkeit gegenüber externen Stressoren zu entwickeln sucht (Bauer und Sieber 2007; Sieber 2007); sozialmedizinisch ist sie u. a. als erhöhtes Risiko für Krankheitskomplikationen und Pflegebedürftigkeit gefasst (MDS 2005); in der ICF-Konzeption wäre diese Konstellation als ein personbezogener (eine potenzielle Barriere darstellender) Kontextfaktor einzuordnen, der zusätzliche Behandlungsbedarfe begründet (Lübke 2009).

### 4.3 Das geriatrische Behandlungskonzept als Antwort auf diese besonderen Risiken

Unter den medizinischen Fachdisziplinen ist die Geriatrie in besonderem Maße auf die Versorgung alter und hochaltriger Menschen ausgerichtet. Ihr Behandlungskonzept erhebt den Anspruch, den speziellen Behandlungserfordernissen dieser Patientengruppe Rechnung zu tragen und damit deren besondere Risiken in

Abbildung 4–2



ihren potenziell negativen Auswirkungen weitestmöglich zu begrenzen. Abbildung 4–2 fasst wesentliche Kernelemente des geriatrischen Behandlungskonzepts zusammen.

In Abgrenzung zu den klassischen, ihre Behandlungszuständigkeit primär aus fachspezifischen Diagnosen ableitenden medizinischen Disziplinen kommt in der Geriatrie – ähnlich wie in der Allgemeinmedizin – ein generalistisch-fachübergreifender Behandlungsansatz zum Tragen. Dieser reicht

- von der breiteren Erhebung potenzieller gesundheitlicher Probleme und Ressourcen im initialen Assessment
- über eine bereits bei der Kuration einsetzende Priorisierung auf Erkrankungen, deren Behandlung zum Erhalt der Autonomie beiträgt,
- eine von Anfang an in stärkerem Umfang und multiprofessionell erbrachte präventive und rehabilitative Orientierung bis hin zu einer
- Behandlung, die durchgängig die sektorenübergreifende Vor- und Nachgeschichte der Versorgung ihrer Patienten berücksichtigt.

Damit trägt dieser generalistische Ansatz zugleich der oft ausgeprägten und fachgebietsübergreifenden Multimorbidität alter und hochaltriger Menschen Rechnung.

Faktisch hat sich die Geriatrie bisher als eigenständige medizinische Fachdisziplin allerdings nur marginal im deutschen Gesundheitssystem etabliert. Gemäß amtlicher Statistik wurden 2009 bei einem Anteil von 2,3% geriatrischer Betten an allen Krankenhausbetten 1,3% aller stationären Krankenhausfälle geriatriespezifisch behandelt. Bei einem Anteil von 4,2% geriatrischer Betten an allen Rehabilitationsbetten wurden 5,1% aller Rehabilitanden geriatrisch rehabilitiert (Statis-

tisches Bundesamt 2011a und 2011b). 2010 gab es an den insgesamt 36 medizinischen Fakultäten in Deutschland sieben geriatrische Lehrstühle (BV Geriatrie 2010).

Vieles spricht dafür, dass sich hieran trotz der steigenden Anteile alter und hochaltriger Menschen auf absehbare Zeit nichts Grundsätzliches ändern wird. Die Spezialisierung innerhalb der Medizin ist weit vorangeschritten, die Skepsis innerhalb der Ärzteschaft gegen eine konkurrierende *Supraspezialität Geriatrie*<sup>2</sup> entsprechend groß. Die personellen Ressourcen an weitergebildeten Geriatern sind knapp (Lübke et al. 2008). Nicht zuletzt haftet der Altersmedizin immer noch ein Imageproblem an: Alt werden will jeder, alt sein niemand. Die Perspektive der Weiterentwicklung geriatrischer Versorgungsstrukturen ist daher auch nicht, dass jeder geriatrische Patient ein geriatrisches Bett braucht, sondern rückt die Frage in den Vordergrund, welchen Umfang zusätzliche Behandlungserfordernisse haben und auf welche Weise bzw. in welchen Kooperationen zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen diesen Erfordernissen angemessen Rechnung getragen werden kann (Lübke 2011). Es wird hierbei also um ein generelles Umdenken in der Versorgung alter und hochaltriger Patienten gehen, das sowohl die Aufgaben der Geriatrie mit ihren spezifischen Kompetenzen als auch der etablierten medizinischen Fachdisziplinen einbezieht. Unter diesem Blickwinkel sind im Folgenden einige Aspekte des geriatrischen Behandlungskonzeptes in ihren generellen Implikationen für eine angemessene Versorgung älterer Menschen näher zu diskutieren.

## 4.4 Implikationen für die Versorgung alter Menschen in unserem Gesundheitssystem

### 4.4.1 Soziale und gerechtigkeitsrelevante Implikationen

Während sich eine in die Zukunft gerichtete ethische Forschung bereits mit Fragen des gerechten Zugangs zu altersmedizinischen Innovationen im Sinne medizinischer Eingriffe in biologische Alterungsprozesse befasst (Ehni et al. 2011), ist die aktuelle Diskussion im Gesundheitswesen vor dem Hintergrund knapper Ressourcen durch Begriffe wie *Behandlungspriorisierung* (Bundesärztekammer 2007) oder *Rationierung – Allokation – Triage* (Schwerpunktthema der Z Evid. Fortbild. Qual. Gesundh.wesen 2010: 5) geprägt, die u. a. auch auf das Alter als Entscheidungskriterium fokussieren (Esslinger et al. 2007).

Diese Diskussionen mögen perspektivisch für den Erhalt eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems relevant werden. Im Blick auf die Versorgung älterer, vielfach multimorbider Patienten weist das dargestellte geriatrische Behandlungskonzept allerdings vorrangig auf eine andere Art notwendiger Behand-

<sup>2</sup> Der Begriff *Supraspezialität* für die Geriatrie wurde von dem Internisten Hazzard eingeführt, der damit zum Ausdruck bringen wollte, dass es sich aus internistischer Sicht nicht um eine Teilspezialität eines Fachgebietes, sondern um eine Spezialität handelt, die Zusatzfaktoren aus verschiedenen Fachbereichen in die Innere Medizin integriert (Hazzard 2000).

lungspriorisierung hin. Zum einen haben nicht alle Diagnosen, die sich bei hinreichender Untersuchung alter und hochaltriger Menschen finden lassen, für diese tatsächlich Krankheitswert im Sinne der Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität. Zum anderen grenzen die eingeschränkten Reservekapazitäten älterer Menschen deren objektive Belastbarkeit für kumulative Behandlungsansätze ein. Sehr eindrucksvoll hat Boyd die Grenzen einer noch so leitlinien- und evidenzbasierten unpriorisierten Therapie der multiplen Erkrankungen älterer Menschen durch verschiedene Fachspezialisten aufgezeigt. Im günstigsten Fall erweist sich dieses Vorgehen „nur“ als teuer, oft genug stellt es durch unerwünschte Neben- und Wechselwirkungen eine eher riskante als nützliche, teilweise die Patienten explizit schädigende Versorgung dar (Boyd et al. 2005). Der alte Mensch verträgt nicht alles, braucht aber auch nicht alles, was medizinisch möglich ist.

Hier setzt der *geriatrische Behandlungsfokus* ein, der sich nicht primär orientiert

- an den einzelnen Diagnosen der Patienten und
  - deren möglichst optimaler (durchaus EBM-/leitlinienorientierter) Behandlung, sondern an der Frage,
  - die Behandlung welcher Erkrankungen, Schädigungen und Beeinträchtigungen
  - in welchem Umfang und mit welchen Mitteln (kurativ, rehabilitativ) weitestmöglich zum/zur
  - Erhalt von Selbständigkeit und Autonomie
  - Verminderung von Pflegeabhängigkeit und somit
  - Lebensqualität
- beiträgt.

Diese Art der Behandlungsfokussierung stellt keine Rationierung dar, d.h. es geht nicht um eine Einschränkung von Leistungen, die im Sinne der angestrebten Ziele wirksam wären. Sie nimmt vielmehr ernst, dass der alte Grundsatz von Paracelsus „Allein die Dosis macht, dass ein Ding kein Gift ist“ nicht nur den Einsatz eines einzelnen Arzneimittels betrifft, sondern auch das Gesamtbehandlungskonzept – und dies umso mehr bei alten und hochbetagten Menschen mit eingeschränkten Stoffwechselreserven und multiplen Erkrankungen. Diese Art des Behandlungsfokus stellt daher eine höchst rationale und viel Erfahrung erfordernde Abwägung dessen dar, was der alte Mensch an Therapie verträgt, und priorisiert diese danach, was an therapeutisch Möglichem am meisten zum Erhalt von Aktivitäten und Teilhabe und damit letztlich Selbständigkeit und Lebensqualität beiträgt. Die ist der zentrale Zielparame- ter medizinischer Versorgung im Alter.

#### 4.4.2 Aufgabenverteilung zwischen Generalisten und Spezialisten

Dieser Behandlungsansatz bedeutet keineswegs, dass älteren Menschen generell spezialisierte, auch hochentwickelte medizinisch-technische Leistungserbringung vorenthalten wird. Auch ein hochaltriger Patient, der auf dem Boden einer umschriebenen Verengung eines Herzkranzgefäßes bei geringster Belastung unter Enggefühl und Brustschmerz leidet, wird in der Regel von einem Stent hinsichtlich seiner Funktionsfähigkeit und Lebensqualität entscheidend profitieren und sollte einer entsprechenden spezialisierten Behandlung zugeführt werden.

Dennoch ist eine angemessene Behandlungspriorisierung im oben dargestellten Sinne nur unter einer generalistischen Perspektive auf den Patienten in seiner Ge-



samtheit und auf Basis entsprechender generalistischer Erfahrung qualifiziert möglich.

Hierin unterscheidet sich die *Geriatrisierung der Fachdisziplinen* von *spezifisch geriatrischer Versorgungskompetenz*. Die Geriatrisierung der etablierten Fachdisziplinen ist wichtig und findet in zunehmendem Umfang bereits statt. Sie fokussiert allerdings immer noch auf die besonderen Probleme alter Menschen im jeweiligen Fachgebiet. Je mehr Erkrankungen aus verschiedenen Fachgebieten und je mehr so genannte geriatrische Syndrome (Sturzneigung, Schwindel, kognitive Beeinträchtigungen, Inkontinenz etc.) und bereits manifeste Behinderungen ein älterer Mensch aufweist, desto dringlicher ist jedoch eine umfassende geriatrisch-generalistische Perspektive und eine entsprechende Behandlungspriorisierung erforderlich, um hierdurch bestehenden Risiken zu begegnen und dem Patienten eine weitestmögliche Selbständigkeit zu erhalten.

Im Kern geht es also um eine ausgewogene Ergänzung generalistischer und spezialisierter Versorgungskompetenzen. Während es im ambulanten Versorgungsbereich hierfür mit den hausärztlich und fachärztlich tätigen Vertragsärzten zumindest prinzipiell eigenständige Strukturen gibt, sind generalistische Kompetenzen im stationären Versorgungsbereich im Zuge zunehmender Spezialisierung immer mehr verschwunden. Dies gilt selbst für die Innere Medizin, die dies aufgrund ihrer fachlichen Breite lange Zeit mit als ihre Aufgabe verstanden hatte und insofern nicht zufällig die Disziplin darstellt, aus der sich die bis heute überwiegend stationär geprägte geriatrische Versorgung vornehmlich entwickelt hat.

Wenngleich es grundsätzlich auch im Interesse älterer Menschen liegt, dass ein möglichst großer Teil ihrer medizinischen Versorgung im ambulanten Bereich erbracht wird, bleiben diesem Versorgungsziel besonders bei multimorbiden und in ihren Aktivitäten bereits beeinträchtigten älteren Menschen Grenzen gesetzt. Für diese wachsende Patientengruppe werden auch im stationären Versorgungsbereich generalistische Qualifikationen unter Einbezug geriatrischer Wissens-, Erfahrungs- und Behandlungskompetenz benötigt. Den spezialisierten Fachdisziplinen kommt hierbei eher die Aufgabe einer bedarfsweise ergänzenden, externen Leistungserbringung bei Wahrung der Gesamtbehandlungskontinuität durch einen Generalisten zu.

Der Erwerb generalistischer Kompetenzen und Erfahrungen stellt allerdings in einem hochentwickelten medizinischen Versorgungssystem eine Anforderung dar, die derjenigen an die beschriebene spezialisierte Leistungserbringung keineswegs nachsteht. Nichtsdestoweniger stehen Generalisten bei uns bisweilen eher im Verdacht, es „nicht zum Spezialisten geschafft“ zu haben, eine Geringschätzung, die nicht zuletzt dadurch gefördert wird, dass Spezialisten in der Regel mit jedem weiteren Spezialisierungsschritt ein zusätzliches Weiterbildungszertifikat nachweisen können, während die Möglichkeiten für Generalisten, ihre besondere Expertise nachzuweisen, sehr begrenzt bleiben. Es bedarf daher einer allgemeinen Aufwertung dieser im Zuge jahrelang fortschreitender Spezialisierung und Subspezialisierung vernachlässigten generalistischen Qualifikation in der medizinischen Versorgung, in der Aus-, Weiter- und Fortbildung, in Wissenschaft und Forschung (einschließlich Versorgungsforschung), in der gesellschaftlichen Anerkennung und letztlich auch der monetären Wertschätzung. Entscheidend sind hierfür allerdings auch entsprechende Anforderungen an die generalistische Qualifikation.

Generalistische Versorgung – sei sie hausärztlich im ambulanten Bereich erbracht oder eher geriatrisch ausgerichtet in der stationären Versorgung – darf, will sie Akzeptanz finden, keine Medizin zweiter oder dritter Klasse sein. Sie muss in der Basisversorgung erstklassig sein und wissen, wo der Patient von welchen besonderen Qualifikationen der Spezialisten profitieren kann.

Bei guter Qualität der generalistischen Leistungserbringung trägt dieser Teil des Versorgungssystems wesentlich dazu bei, eine bessere und ökonomischere Versorgung der Patienten zu gewährleisten als wenn diese ausschließlich durch Spezialisten erbracht würde.

#### 4.4.3 Zusammenwirken präventiver, kurativer und rehabilitativer Behandlungsanteile

Mit dem Behandlungsfokus auf weitestmöglichem Erhalt von Autonomie und eine hieran orientierte Behandlungspriorisierung trägt das geriatrische Behandlungskonzept die Teilhabeorientierung der ICF faktisch bereits in die kurative Akutmedizin hinein. Entsprechend dieser Orientierung kommen bei älteren Menschen daher präventiven und rehabilitativen Behandlungsanteilen bereits während und parallel zur kurativen Behandlung wesentliche Bedeutung zu.

So stellt schon ein geriatrisches Screening resp. ein umfassendes Assessment zu Ressourcen und Beeinträchtigungen eine präventive Maßnahme im Sinne einer strukturierten Risikoabschätzung als Grundlage eines entsprechenden Risk Managements (z. B. Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen, Dekubitalgeschwüren, Delirien etc.) dar und trägt damit zur Erhöhung der Patientensicherheit bei.

Rehabilitative Behandlungsanteile können von Maßnahmen der klassischen Frühmobilisation über intensivere Frührehabilitation bis hin zur die Akutbehandlung noch überschreitenden, weiterführenden ambulanten Heilmittelerbringung oder medizinischen Rehabilitation im engeren Sinne des § 40 SGB V reichen.

Entscheidend ist der frühzeitige Einsatz dieser ergänzenden Behandlungsanteile. Erklärt sich dies bei präventiven Maßnahmen von selbst, resultiert die Notwendigkeit frühzeitiger, begleitender rehabilitativer Maßnahmen bei älteren Menschen wiederum aus deren Risiko, aufgrund eingeschränkter Reserven häufiger als jüngere Patienten dauerhafte Beeinträchtigungen im Rahmen akuter Krankheitsereignisse zu entwickeln. Daneben kann es bei sequentieller Behandlung während der im Alter oft länger dauernden Akutbehandlung zu vermeidbaren zusätzlichen Schädigungen und Beeinträchtigungen unabhängig von der Aufnahmeerkrankung kommen, die später oft nur noch mit erheblichen Aufwänden – wenn überhaupt – zu rehabilitieren sind. Gerade für diese Risikopatientengruppe gilt daher die Kritik an der vielfach noch immer sequentiell ausgerichteten Versorgungsstruktur, die bereits im Krankenhaus-Report 1999 treffend in Frage gestellt wurde (Schwartz und Helou 2000) und sich wie ein roter Faden durch die neueren Gutachten des Sachverständigenrats zieht. Angesichts eines nicht nur in der Versorgungspraxis, sondern auch in den politischen Zuständigkeiten und der Administration der Selbstverwaltungsorgane sektoral durchstrukturierten Gesundheitssystems wird die Frage einer besseren sektoralen Vernetzung der bestehenden Versorgungsangebote allerdings einer deutlich stärkeren und institutionell verankerten Aufwertung bedürfen.

#### 4.4.4 Teamansatz und Koordination

Das geriatrische Behandlungskonzept ist stets interdisziplinär und multiprofessionell ausgerichtet. Dies trägt den in der Regel deutlich breiteren Behandlungserfordernissen älterer Menschen Rechnung, die nicht durch nur eine Disziplin oder Profession abzudecken sind.

Zum einen bedarf es vielfach eines mehrdimensionalen medizinischen Behandlungsansatzes. Dieser umfasst die genannten kurativen, präventiven und rehabilitativen sowie oft in hohem Maße pflegerische Anteile. Bereits diese erfordern ein gut auf die gemeinsamen Behandlungsziele abgestimmtes und idealerweise hierin erfahrenes, kontinuierlich zusammenarbeitendes Behandlungsteam. In der engeren ärztlich-medizinischen Versorgung sind gegebenenfalls mehrere medizinische Fachdisziplinen mit ihren Spezialkompetenzen einzubinden. Da nicht alle Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe durch Gesundheitsprobleme im eigentlichen Sinn medizinisch zu behandeln sind, sondern mit dem Alter aufgrund eingeschränkter Reserven den Kontextfaktoren im Sinne der ICF eine immer größere Bedeutung zukommt (auf der personbezogenen Ebene bspw. Problemen der Krankheitsverarbeitung, des Lebensmutes, den persönlichen Behandlungszielen, auf der umweltbezogenen Ebene bspw. Fragen der sozialen Einbindung, der Unterstützungskapazitäten im persönlichen Umfeld, der Wohnverhältnisse, sozialleistungsggf. betreuungsrechtlichen Fragen, versorgungstechnischen Fragen u. v. m.), ist darüber hinaus vielfach noch ein erweitertes Team erforderlich, das psychologische oder seelsorgerische Aufgaben, Ernährungsberatung, soziale Beratung und Entlassungs- (besser Weiterversorgungs-)Management und ähnliche Aufgaben wahrnimmt. Es zeigt sich in der Versorgung älterer Menschen, dass nicht alle Patienten all diese Ressourcen benötigen, das gesamte Behandlungsergebnis aber rasch in Frage gestellt werden kann, wenn einzelne Bedarfe übersehen oder vernachlässigt werden.

Hierbei stellt sich stets die Frage der Koordination: In der stationären geriatrischen Versorgung erfolgt diese (bisher) komplett unter Leitung des Geriaters. In der übrigen Versorgungspraxis (stationär wie ambulant) liegt eine Trennung der Koordinationsfunktionen näher: Die medizinische Koordination komplexer Behandlungskonstellationen sollte ambulant idealtypisch der Hausarzt als guter Generalist übernehmen. Im Krankenhausbereich treten hierbei oft Schwierigkeiten auf. Vielfach wird der Patient von einer Abteilung auf die nächste verlegt, wobei auch jede weitere Behandlungsverantwortlichkeit abgegeben wird. Die außerhalb der engeren medizinischen Versorgung im weiten Bereich der „kontextlichen“ Versorgung erforderliche Koordination wäre als separate Aufgabe denkbar, sofern eine kontinuierliche Abstimmung mit der medizinischen Behandlungsplanung gewährleistet bleibt.

Schließlich liegt noch eine wesentliche Koordinationsbaustelle an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung: Gerade für den geriatrischen Patienten ist eine nachhaltige effiziente Versorgung nur bei einer sektoren- und bereichsübergreifenden Behandlungskonzeption möglich, da er bei einer notwendigen stationären Aufnahme im Gegensatz zu jüngeren Patienten in der Regel bereits eine mehr oder minder umfangreiche Versorgungsvorgeschichte (vorbestehende Krankheiten und Beeinträchtigungen, bereits erfolgte kurative und rehabili-

tative Behandlungsansätze, Erfahrungen mit familiärer oder professioneller Pflege etc.) mitbringt und ebenso im Anschluss zumeist auf weitere ambulante Betreuung (ärztlich, pflegerisch, sozial) angewiesen ist. Es ist daher wichtig, diese Vorerfahrungen bereits in der Behandlungskonzeption zu berücksichtigen und die Ziele der Behandlung auch mit denen abzustimmen, die diese in der Nachversorgung weiter tragen und umsetzen sollen.

## 4.5 Seniorengerechte gesundheitliche Versorgung der Zukunft

### 4.5.1 Koordinierte Versorgung im Verbund

Eines wird deutlich: Allein die Frage nach dem seniorengerechten Krankenhaus der Zukunft greift zu kurz. Die sinnvolle Koordination gesundheitsbezogener Versorgungsleistungen wird die Herausforderung der Zukunft sein. Sie muss auf der medizinischen Ebene, auf der mit zunehmendem Alter immer wichtigeren Ebene der kontextlichen Versorgung und auf diesen beiden Versorgungsebenen untereinander stattfinden.

Auch wenn eine enge Abstimmung zwischen medizinischer und kontextlicher Versorgungsebene sehr wichtig ist, spricht vieles dafür, auch klar zwischen diesen Aufgabengebieten zu trennen und zu fragen, was innerhalb der Gesundheitsversorgung von welchen Professionen am qualifiziertesten und effizientesten geleistet werden kann. Betrachtet man bspw. die Inanspruchnahme von Vertragsärzten in Deutschland im internationalen Vergleich, gibt es Grund zur Annahme, dass dort u. a. manches an kontextlichen Versorgungsleistungen erbracht werden muss, was effizienter durch Einsatz anderer Ressourcen geleistet werden könnte. Hierfür können verschiedene Professionen (Pflegekräfte, Sozialarbeiter, medizinische Fachangestellte) diskutiert und verschiedene bestehende Ansätze (im Krankenhaus bspw. das Entlassungsmanagement), Modellprojekte („AGnES und Co“; Hoffmann et al. 2011) und regionale Strukturen (Servicestellen, Pflegestützpunkte) perspektivisch ausgebaut werden (Gerlach et al. 2011). Im Rahmen regionaler Versorgungsverbünde wäre bspw. auch zu überlegen, inwieweit solche kontextlichen gesundheitlichen Versorgungsleistungen gemeinsam für die ambulante und stationäre Versorgung organisiert werden könnten. Hierzu wird in den Aufbau entsprechender Verbund- und Koordinationsstrukturen allerdings noch erheblich konzeptionell und in gewissem Rahmen auch finanziell zu investieren sein. Hierbei sollte die Chance genutzt werden, auf die bereits bestehenden regionalen Strukturen aufzubauen, deren Anbieter einzubeziehen und damit in einen konstruktiven Wettbewerb um die besten Versorgungskonzepte zwischen den Regionen einzutreten.

### 4.5.2 Ambulante Versorgung

Während sich spezifisch geriatrische Versorgungsangebote bisher nahezu ausschließlich im stationären Versorgungsbereich von Krankenhaus und Rehabilitation entwickelt haben, wird der weitaus größte Teil der gesundheitlichen Versorgung

älterer Menschen im ambulanten Bereich geleistet. Dort muss daher der Schwerpunkt einer den besonderen Behandlungserfordernissen älterer Menschen entsprechenden Versorgung liegen.

Dies reicht von einer stärkeren Implementierung präventiver Ansätze (Sturzprophylaxe, Vermeidung von Ernährungsdefiziten, Impfungen, Erhalt sozialer Einbindung etc.) und einer konsequenteren Ausschöpfung rehabilitativer Potenziale (adäquate Heilmittelverordnung, Ausbau ambulanter und mobiler Rehabilitationsangebote) über ein effizienteres Versorgungsmanagement zwischen Haus- und Fachärzten, Unterstützungs- und Entlastungsangebote in der Pflege alter Menschen (hier im Hinblick auf den zunehmenden Anteil an Demenz erkrankter alter Menschen u. a. mit einem besonderen Fokus auf dem Erhalt der Ressourcen pflegender Angehöriger) bis hin zu strukturellen Rahmenbedingungen für die Möglichkeit, im eigenen Lebensumfeld würdig zu sterben (ohne und mit spezieller palliativmedizinischer Unterstützung).

Präventive Leistungsangebote scheinen initiiert über den Hausarzt eine stärkere Akzeptanz zu finden als anderweitige Zugangsofferten (Dapp et al. 2007), was nicht bedeutet, dass der Hausarzt die präventive Beratungsleistung auch selbst erbringen müsste. Ein regelhaftes geriatrisches Screening ab einem bestimmten Alter, bspw. als „Gesundheitscheck 70+“, könnte ihn in der systematischen Früherkennung von Beratungs-, Hilfs- oder Rehabilitationsbedarf unterstützen (Stuck et al. 1993; Dapp et al. 2011). Das skizzierte hausärztliche Aufgabenspektrum setzt eine qualifizierte, generalistisch ausgerichtete Weiterbildung unter Einschluss geriatrischer Basiskompetenzen (bspw. Management der wesentlichen geriatrischen Syndrome, Besonderheiten der Pharmakotherapie im Alter, rehabilitative Grundkenntnisse etc.) voraus. Nur so ist gewährleistet, dass der Hausarzt aus den Erkenntnissen entsprechender Vorsorgechecks auch die adäquaten Konsequenzen ableiten und seine medizinische Koordinationsfunktion gegenüber seinen fachärztlichen Kollegen qualifiziert wahrnehmen kann.

Typische geriatrische Versorgungsherausforderungen kumulieren naturgemäß in Pflegeheimen (z. B. Stürze, Inkontinenz, Depressionen und andere gerontopsychiatrische Verhaltensauffälligkeiten, kognitive Defizite, Dekubitalgeschwüre, Flüssigkeitsdefizite etc.). Die Versorgung von Heimbewohnern könnte daher – wie bei anderen Formen vertragsärztlicher Leistungserbringung – an den Nachweis spezifischer, hier geriatrischer Kompetenzen gebunden werden. Unter Wahrung entsprechender Übergangsfristen und in Verbindung mit einer angepassten Vergütung könnte dies mittelfristig zu einer qualifizierten Fokussierung der medizinischen Versorgung in Heimen auf hierfür geriatrisch besonders qualifizierte Ärzte beitragen und das Problem der fachärztlichen Unterversorgung in Heimen bereits deutlich entschärfen (van den Bussche et al. 2009). Oft könnten mit etwas mehr „Medizin im Pflegeheim“ (mobiles Sonografiegerät, kurzzeitige Infusionstherapien, begrenzte parenterale Antibiotikagabe) auch unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden oder in anderen Fällen das Sterben unter der gewohnten Betreuung im Heim ermöglicht werden. Nicht zuletzt könnte das Pflegeheim perspektivisch aber auch in der Rehabilitation geringer belastbarer Patienten mit längerem Rehabilitationsbedarf eine größere Rolle spielen wie bspw. in den Niederlanden, wo 36% der Patienten nach zwei bei drei Monaten rehabilitativ ausgerichteter Betreuung wieder in ihre Häuslichkeit entlassen werden (Hoek et al. 2003).

### 4.5.3 Krankenhaus

Es ist eine alte Erkenntnis, dass Krankenhäuser für ältere Menschen Orte kumulierender Risiken darstellen (Wilson et al. 1995). Der Aufenthalt dort sollte möglichst vermieden, ansonsten so kurz wie möglich und in so weitgehender Koordination mit den an der Vor- und Nachbehandlung Beteiligten wie möglich erfolgen.

Entscheidend ist es, besondere Risiken und zusätzliche Behandlungserfordernisse älterer Patienten im Idealfall schon im Rahmen ihrer Aufnahme zu erkennen. Diesem Ziel könnte ein routinemäßiges Aufnahmescreening bspw. bei Patienten ab 70 Jahren dienen, das bei Auffälligkeiten durch ein umfassenderes Assessment mit einer geriatrisch qualifizierten und erfahrenen Bewertung ergänzt wird. Auch hierfür gibt es Beispiele aus anderen Ländern (Vandewoude et al. 2008; Centre for Applied Gerontology et al. 2004). Hieraus ergibt sich eine Einschätzung, in welchem Umfang einzelne Patienten Behandlungserfordernisse haben, die die routinemäßige Versorgung übersteigen, und in welchem Umfang diese durch zusätzliche spezifisch geriatrische Kompetenzen abzudecken sind. Hier kann das Spektrum reichen von

- einer initialen Risikoeinschätzung
- über einzelne Maßnahmen eines speziellen Risk Managements (bspw. gezielte Maßnahmen zur Prophylaxe von Delirien),
- die Beteiligung an einer fachübergreifenden Behandlungspriorisierung und Behandlungsplanung,
- die Erbringung erforderlicher frührehabitativer Zusatzleistungen,
- die begleitende Unterstützung in der Behandlung spezieller Probleme, mit denen die Geriatrie besondere Erfahrung hat (bspw. die Versorgung demenziell erkrankter Menschen, von Patienten mit Schluckstörungen und anderen Ernährungsproblemen, mit Wundproblemen, Intermediate Care, palliativmedizinische Betreuung etc.)
- bis zur Übernahme der kontinuierlichen medizinischen Behandlungsleitung und Patientenbegleitung auf geriatrischen Fachabteilungen.

Hierbei bedarf es nicht für jeden geriatrischen Patienten eines geriatrischen Bettes. Es geht vielmehr um die frühe Klärung, welche Fachdisziplin in welchem Umfang zu einer bestmöglichen Versorgung des älteren Menschen beitragen (Ergebnisqualität) und wie dies im jeweiligen Krankenhaus sichergestellt werden kann (Prozessqualität). Neben einer Geriatriisierung der einzelnen Fachdisziplinen werden hierzu in den Krankenhäusern der Zukunft auch mehr generalistisch ausgerichtete Geriater mit den genannten speziellen Wissens- und Erfahrungskompetenzen gebraucht (Strukturqualität). Um diesen Bedarf zu decken, sind flächendeckend eine hinreichende Zahl geriatrischer Referenzzentren notwendig, in denen diese Kompetenzen und Erfahrungen qualifiziert erworben werden können. Diese können zugleich Orte versorgungsnaher geriatrischer Forschung sein und – eingebunden in regionale Versorgungsverbände, bspw. als Institutsambulanzen – niedergelassene Ärzte in der Versorgung komplexerer geriatrischer Behandlungsfälle unterstützen.

#### 4.5.4 Rehabilitation

Rehabilitativen Maßnahmen kommen bei älteren Menschen im Hinblick auf den Erhalt ihrer Autonomie und die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit hohe Bedeutung zu. Ihr höheres Risiko, im Rahmen rehabilitativer Maßnahmen akutmedizinische Komplikationen zu entwickeln, spricht für eine krankenhausahe Verortung geriatrischer Rehabilitation. Da vorbestehende und anschließende Versorgungskontexte in die Rehabilitationsplanung unbedingt einbezogen werden müssen und die Mobilität verbliebener Bezugspersonen oft eingeschränkt ist, sollte die Leistungserbringung zudem möglichst wohnortnah stattfinden.

Die hohe Kontextabhängigkeit der Funktionsfähigkeit älterer Menschen im Sinne der ICF legt eine höhere Flexibilität medizinischer Rehabilitation nahe. Neben mobiler Rehabilitation für spezielle Zielgruppen wie bspw. kognitiv beeinträchtigte Menschen, die hierauf besonders angewiesen sind (Spitzenverbände d. gesetzlichen Krankenkassen 2007), könnte die Nachhaltigkeit entsprechender Leistungen auch vergrößert werden, wenn abschließende Teile einer stationären oder ambulanten Rehabilitationsmaßnahme in der Häuslichkeit des Rehabilitanden erbracht werden. Ebenso sind die eingeschränkten Reserven und die damit oft verbundene geringere Belastbarkeit alter und hochaltriger Menschen beim Setting rehabilitativer Interventionen zu berücksichtigen. Möglicherweise brauchen wir für ältere Menschen auch hier flexiblere Angebote mit der Option niedrigerer Behandlungsintensitäten und dafür einer zeitlichen Streckung der Maßnahmen – u. a. ein wichtiges Feld geriatrischer Versorgungsforschung.

#### 4.6 Fazit

Die beispielhaften Überlegungen zu einer seniorengerechteren gesundheitlichen Versorgung zeigen, dass es hierfür eine Vielzahl konkreter Ansatzpunkte gibt, ohne dass wir ein komplettes additives Versorgungssystem für ältere Menschen brauchen. Weite Teile der Versorgung alter und hochaltriger Menschen werden auch künftig von der „normalen“ Medizin geleistet werden müssen. Hierzu bedarf es allerdings einer stärkeren geriatrischen Qualifizierung der bestehenden Fachdisziplinen und insbesondere der hausärztlichen Versorgung. Der Aufbau dieser Qualifikationen setzt eine stärkere universitäre Verankerung der Geriatrie und geriatrische Referenzzentren voraus, an denen Geriater als Generalisten und Multiplikatoren für andere Fachdisziplinen ausgebildet werden können.

Eine funktionierende, effiziente Ergänzung von generalistischer und spezialisierter Leistungserbringung stellt an die Generalisten allerdings auch hohe medizinisch fachliche Qualifikationsanforderungen. Entlastung können sie durch eine klarere Trennung ihrer Kernaufgabe der medizinischen Versorgung von kontextlichen Versorgungsaufgaben erwarten, die qualifiziert auch von anderen Gesundheitsprofessionen übernommen werden können.

Ein häufigerer generalistischer Blick auf den Patienten und eine stärkere Orientierung an der funktionalen Gesundheit erfordern letztlich ein systemisches Umdenken im Sinne von mehr Patientenorientierung statt Anbieter- und Sektorenorientie-

zung. Ein solches Umdenken kommt nicht nur den besonderen Behandlungserfordernissen älterer Menschen, sondern uns allen zugute.

## Literatur

- Bauer JM, Sieber CC. *Geriatrics 2007*. *Dtsch Med Wochenschr* 2007; 132(25–26): 1414–6.
- Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. *Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases: Implications for Pay for Performance*. *JAMA* 2005; 294 (6): 716–24.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e. V. (BAG) Einheitliche, zeitgemäße Definition des geriatrischen Patienten festgelegt. Berlin: Pressemitteilung vom 31.01.2007. Berlin. [www.bvgeriatrie.de](http://www.bvgeriatrie.de) (28. April 2011).
- Bundesärztekammer (Hrsg). *Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)*. *Dt Ärztebl* 2007; 104 (40): A 2750–4.
- Bundesverband Geriatrie (Hrsg). *Weißbuch Geriatrie – Die Versorgung geriatrischer Patienten: Strukturen und Bedarf – Status quo und Weiterentwicklung. Eine Analyse durch die GEBERA – Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH. 2., durchgesehene Auflage*, Stuttgart: Kohlhammer 2010.
- Bussche van den H, Schröfel SC, Löschmann C, Lübke N. *Organisationsformen der hausärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland und im benachbarten Ausland*. *Z Allg Med* 2009; 85(7): 26–31.
- Centre for Applied Gerontology, Bundoora Extended Care Centre, Northern Health. *A Guide for Assessing Older People in Hospitals*. Im Auftrag der Australian Health Ministers Advisory Group (AHMAC) durch die AHMAC Care of Older Australian Working Group 2004. [www.health.vic.gov.au/acute-agedcare](http://www.health.vic.gov.au/acute-agedcare) (28. April 2011).
- Dapp U, Anders J, Meier-Baumgartner HP, Renteln-Kruse W. *Geriatrische Gesundheitsförderung und Prävention für selbständig lebende Senioren*. *Z Gerontol Geriatr* 2007; 40(4): 226–40.
- Dapp U, Anders J, von Renteln-Kruse W, Minder CE, Meier-Baumgartner HP, Swift CG, Gillmann G, Egger M, Beck JC, Stuck AE. *A Randomized Trial of Effects of Health Risk Appraisal Combined With Group Sessions or Home Visits on Preventive Behaviors in Older Adults*. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2011. May; 66 (5): 591–8. Epub 24. Februar 2011.
- DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) *ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit 2005*. [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) (28. April 2011).
- Ehni HJ, Marckmann G. *Gerechter Zugang zu „altersmedizinischen Innovationen“: Medizinische Eingriffe in den biologischen Alterungsprozess als möglicher Bestandteil einer gerechten Gesundheitsversorgung*. In: Gabriel K, Jäger W, Hoff GM (Hrsg). *Alter und Altern als Herausforderung*; 192–214. Freiburg i. Br.: Verlag Karl Alber 2011.
- Esslinger AS, Franke S, Heppner HJ. *Altersabhängige Priorisierung von Gesundheitsleistungen – Perspektiven für das deutsche Gesundheitswesen*. *Gesundheitswesen* 2007; 69 (1): 11–7.
- Gerlach FM, Beyer M, Erler A. *Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens – Zukunftskonzept des Sachverständigenrats*. Günster C, Klose J, Schmacke N (Hrsg). *Versorgungs-Report 2011*. Stuttgart: Schattauer GmbH 2011.
- Hazzard WR. *The department of internal medicine: hub of the academic health center response to the aging imperative*. *Ann Intern Med* 2000; 133 (4): 293–6.
- Hoek JF, Ribbe MW, Hertogh CM, van der Vleuten CP. *The role of the specialist physician in nursing homes: the Netherlands' experience*. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18 (3): 244–9.
- Hoffmann W, Dreier A, van den Berg N. *Arztentlastende Delegationsmodelle: AGnES und Co*. In: Günster C, Klose J, Schmacke N (Hrsg). *Versorgungs-Report 2011*. Stuttgart: Schattauer 2011.
- Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG) beim MDK Nord (Hrsg). *KCG-Expertenforum 2010 – Ergebnisdokumentation „Weißbuch Geriatrie“ – was nun? Planungsperspektiven 2020*. Hamburg: KCG 1.2011.



- Lübke N. Erforderliche Kompetenzen der Geriatrie aus Sicht des Kompetenz-Centrums Geriatrie. *Z Gerontol Geriatr* 2005; 38(Suppl 1): 134–9.
- Lübke N. Der „Geriatrische Patient“ – Zum Diskussionsstand um die Definition der Zielgruppe geriatrispezifischer Leistungserbringung. *Med Sach* 2009; 105 (1): 11–7.
- Lübke N, Ziegert S, Meinck M. Geriatrie: Erheblicher Nachholbedarf in der Weiter- und Fortbildung. *Dtsch Arztebl* 2008; 105 (21): A1120–2.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg). Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation vom Oktober 2005. [www.mds-ev.org/Rehabilitation\\_Zugang.htm](http://www.mds-ev.org/Rehabilitation_Zugang.htm) (28. April 2011).
- Schwartz FW, Helou A. Welche Behandlungsansätze und Verfahren sind verzichtbar? In: Arnold M, Litsch M, Schwartz FW (Hrsg). *Krankenhaus-Report 1999 – Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker*; 133–47. Stuttgart: Schattauer 2000.
- Sieber CC. Der ältere Patient – Wer ist das? *Internist (Berl)* 2007; 48: 1190–4.
- Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (Hrsg.) Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 01.05.2007. [http://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/mobile\\_reha/index.htm](http://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/mobile_reha/index.htm) (28. April 2011).
- Statistisches Bundesamt (Hrsg). *Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser 2009*. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden 2011a.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg). *Gesundheit – Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2009*. Fachserie 12, Reihe 6.1.2. Wiesbaden 2011b.
- Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993; 342: 1032–6.
- Vandewoude MFJ, Geerts CAM, Paridaens KMJ, D’Hooghe AHM. A screening tool for activating liaison geriatrics in general hospitals: the „Variable Indicative of Placement risk“ (VIP). *Euro J Ger* 2008; 10 (3): 120–6.
- Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1995; 163 (9): 458–71.