

Ambulantes Geriatrisches Zentrum – AGZ

Nähere Ausgestaltung vor dem Hintergrund des angedachten „Versorgungslevels II“

Gemeinsamer Diskussionsbeitrag
des Bundesverbandes Geriatrie und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

1) Ausgangslage

Die akutmedizinische Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten in der Geriatrie ist Teil der Krankenhausversorgung und somit in den Levels In bis IIIU strukturell abzubilden. Die geriatrische Patientengruppe ist auf jedem Level vertreten, d. h., diese Patientengruppe wird in allen Krankenhäusern und somit über alle Versorgungslevel hinweg behandelt. Daraus leitet sich ein geriatriespezifischer Behandlungsbedarf in allen Krankenhaus-Levels ab. Zudem kann nur so die – insbesondere vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung – notwendige strukturierte Aus- und Weiterbildung im ärztlichen Bereich sachgerecht und angemessen sichergestellt werden.

Geriatrie gehört darüber hinaus zur Grund- und Regelversorgung und muss daher auch aus diesem Aspekt heraus flächendeckend in den Einrichtungen des Levels In verpflichtend als eigenständige Leistungsgruppe vorgehalten werden.

Zu einer umfassenden Krankenhausreform gehört jedoch auch die Sicherstellung einer sachgerechten (akut-)medizinischen, diagnostischen sowie rehabilitativen Versorgung in der Phase zwischen der vollstationären Versorgung im Krankenhaus bzw. einer Rehabilitationseinrichtung und der Versorgung durch niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte bzw. Therapeutinnen und Therapeuten. An dieser Schnittstelle ergeben sich oft Versorgungsbrüche, weil das Potenzial bestehender Versorgungsstrukturen aufgrund von Sektorengrenzen und Verwaltungsvorgaben nur unzureichend genutzt werden kann. Dies gilt insbesondere für betagte sowie hochbetagte multimorbide Patientinnen und Patienten mit ihrem breiten Versorgungsbedarf. Hier setzt die Einführung von Level II-Häusern an.

2) Organisatorische und inhaltliche Verschmelzung von Tagesklinik, ambulanter geriatrischer Rehabilitation, mobiler geriatrischer Rehabilitation sowie Geriatrischer Institutsambulanz

In der Geriatrie gibt es heute im Bereich der sog. teilstationären Versorgung Tageskliniken (TK) an Krankenhäusern sowie Einrichtungen der ambulanten geriatrischen Rehabilitation (AGR) inkl. der Sonderform der mobilen geriatrischen Rehabilitation (MGR). Diese Versorgungsstrukturen sind regional sowohl quantitativ als auch in der medizinisch-rehabilitativen Ausrichtung unterschiedlich ausgestaltet. Darüber hinaus gibt es in unterversorgten Gebieten Geriatrische Institutsambulanzen (GIA), die das geriatriespezifische Leistungsspektrum entsprechend ergänzen.

Im Ambulanten Geriatrischen Zentrum (AGZ) werden die heutigen sog. teilstationären geriatriespezifischen Versorgungsangebote zusammengeführt und gehen sowohl organisatorisch als auch inhaltlich vollumfänglich im AGZ auf, d. h. es entsteht eine neue Versorgungsform. Diese umfasst das (akut-)medizinische, diagnostische sowie rehabilitative Versorgungsspektrum, das bisher jeweils getrennt in der TK, der AGR, der MGR sowie der GIA angeboten wurde. Diese fachlich-inhaltliche Zusammenführung erfolgt integrativ. Im Ergebnis ist nicht mehr die einzelne Organisationsform der Versorgung maßgeblich, da die einzelnen Behandlungselemente in patientenindividueller Kombination zur Anwendung kommen.

Mit dem AGZ wird ein Leistungsangebot geschaffen, das auf den vielschichtigen Versorgungsbedarf geriatrischer Patientinnen und Patienten abgestimmt ist und zielgerichteter als bisher verschiedene (akut-)medizinische, diagnostische und rehabilitative Leistungen bedarfsgerecht anbieten und kombinieren kann. Neben der sachgerechten Flexibilität werden Doppelstrukturen vermieden, da anderenfalls bundesweit flächendeckend TK-, AGR- und MGR-Einrichtungen parallel aufgebaut werden müssten. Strukturelle Synergieeffekte können umfassend genutzt werden, eventuelle Abgrenzungsfragen entfallen.

3) Behandlungsziele

Geriatrische Patientinnen und Patienten haben einen komplexen Behandlungsbedarf, wobei die patientenindividuellen Bedürfnisse durch die Gleichzeitigkeit (akut-)medizinischer Behandlungsbedürftigkeit, (akuter) Pflegebedürftigkeit und funktioneller Rehabilitationsbedürftigkeit mit unterschiedlichen Schwerpunkten determiniert sind. Die Behandlung im AGZ geht auf diesen komplexen Bedarf durch das breite Leistungsangebot zielgerichtet ein. Die einzelnen Behandlungselemente, die bisher jeweils in der TK, der AGR, der MGR oder der GIA jeweils nur getrennt zur Verfügung standen, sind im AGZ frei kombinierbar. So können beispielsweise zu Beginn der Behandlung akutmedizinisch-diagnostische Maßnahmen im Vordergrund stehen, anschließend therapeutische Maßnahmen den Schwerpunkt bilden und zum Ende der Behandlung durch verschiedene Rehabilitationsmaßnahmen in der häuslichen Umgebung die Wohnsituation Berücksichtigung finden. Heute wäre für diese Behandlung zuerst der Besuch der TK notwendig, gefolgt von Maßnahmen im Rahmen der AGR und die Häuslichkeit wäre nur über die MGR erreichbar – ein Versorgungsweg, der in der Praxis nicht erfolgt bzw. organisatorisch nicht realisierbar ist. Im Gegensatz dazu kann im AGZ eine Versorgung ohne formal-strukturelle (Sektoren-)Grenzen erfolgen, die sich ausschließlich an dem aktuellen Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten orientiert.

Um die integrativen Behandlungsziele optimal zu erreichen, bieten die kombinierten Behandlungselemente aus heute getrennten Settings (teilstationär, ambulant und mobil) im AGZ ideale Möglichkeiten, wobei keine (neuen) Doppelstrukturen und keine höheren Kosten entstehen.

Ziel ist es, größtmögliche Teilhabe und Selbstbestimmung zu erreichen bzw. vollstationäre Aufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen. Zudem können erreichte Behandlungserfolge stabilisiert und damit „Neueinweisungen“ in Krankenhäuser vermieden werden.

Zudem übernimmt das multiprofessionelle Behandlungsteam die geriatrispezifische Betreuung der Level II-Nutzerinnen und Nutzer außerhalb des AGZ. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung ist zu erwarten, dass die überwiegende Mehrheit der Nutzerinnen und Nutzer der Level II-Einrichtungen betagte und hochbetagte Patientinnen und Patienten sein werden. Somit ist es versorgungspolitisch notwendig, für die Level II-Einrichtungen eine regelhafte und strukturierte Einbindung von geriatrispezifischer Kompetenz sicherzustellen. Diese Kompetenz wird durch das AGZ sichergestellt.

4) Behandlungselemente

Die Behandlungselemente im AGZ umfassen alle Elemente, die heute in der geriatrischen Tagesklinik, der ambulanten geriatrischen Rehabilitation oder der mobilen geriatrischen Rehabilitation zum Einsatz kommen bzw. zum Aufgabenfeld der Geriatrischen Institutsambulanz gehören.

Zu den Behandlungselementen zählen insbesondere:

- Diagnostik (umfasst auch Diagnostik im Rahmen der Nach- und Weiterbehandlung)
- Medizinisch-therapeutische Akut-Interventionen und deren Überwachung
- Medizinische Maßnahmen (z. B. Wundmanagement)

- Ärztliche Betreuung, Planung und Überwachung des Therapieprogramms
- Medikamentöse Behandlung und ggf. Anpassung der Medikation
- Rehabilitationsbezogene Versorgung und/oder Verordnung von Verband- und Hilfsmitteln
- Physiotherapie/Sport- und Bewegungstherapie
- Physikalische Therapien
- Ergotherapie
- Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
- Sozialberatung
- Psychologie/Neuropsychologie
- Gesundheitsinformation, Motivation, Schulungen
- Ernährungsberatung
- (Rehabilitative) aktivierend therapeutische Pflege
- Mobiles Monitoring für temporäre Überwachung
- Beratung und Anleitung von An- und Zugehörigen
- Wohnraumanpassung
- Casemanagement im Rahmen des Entlass- und Überleitungsmanagements (z. B. Überleitung an ambulante Pflegedienste)

Die Behandlungselemente variieren entsprechend dem medizinischen Behandlungsbedarf bzw. der rehabilitationsbegründenden Diagnosen. Das jeweilige Behandlungssetting wird dabei nach ärztlicher Einschätzung und in Abstimmung im multiprofessionellem Behandlungsteam patientenindividuell ausgewählt und kann während des Behandlungsfalls variieren. Durch das Gesamtspektrum der aufeinander abgestimmten Behandlungselemente und -settings lässt sich eine sachgerechte Behandlung mit individuell unterschiedlichen Ansprüchen gewährleisten. Der Behandlungs- und Rehabilitationsprozess kann dabei flexibel an das Leistungsvermögen der Patientinnen und Patienten angepasst werden. Gleiches gilt für die tägliche Behandlungsfrequenz und -dauer. Soweit erforderlich, werden An- und Zugehörige kontinuierlich einbezogen.

5) Patientengruppe

Folgende Voraussetzungen definieren die AGZ Patientinnen und Patienten:

- es handelt sich um geriatrische Patientinnen und Patienten (laut Definition der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie: älter 70 Jahre und multimorbide bzw. älter 80 Jahre),
- es liegt eine (akut-)medizinische und/oder rehabilitative Behandlungsbedürftigkeit vor und/oder es besteht Bedarf hinsichtlich einer geriatricspezifischen Diagnostik,
- außerhalb der Aufenthaltszeiten im AGZ, (d. h. am Abend, in der Nacht und an Tagen, in denen keine Behandlung im AGZ erfolgt, wie z. B. am Wochenende) müssen die Patientinnen und Patienten in der Lage sein, sich selbstständig oder mit häuslicher Hilfe zu versorgen,
- die körperliche Belastbarkeit muss so gut sein, dass der Transport ins AGZ toleriert wird,
- es besteht Bedarf an konzeptionell abgestimmter geriatricspezifischer Anwendung verschiedener Therapieformen unter Einbindung der aktivierend therapeutischen Pflege in der Geriatrie, die mehrmals wöchentlich unter ärztlicher Behandlungsleitung stattfinden.

Ausschlusskriterien sind eine unzureichende pflegerische, medizinische und sonstige häusliche Versorgung außerhalb der Zeiten des AGZ-Aufenthalts, insbesondere in den Nachtstunden. Zudem eine nicht beeinflussbarer Fremd- oder Selbstgefährdung.

Das multiprofessionelle Behandlungsteam übernimmt darüber hinaus die geriatricspezifische Betreuung der Level II-Nutzerinnen und Nutzer außerhalb des AGZ.

6) Strukturvoraussetzungen

Das AGZ beruht auf einer strukturellen und medizinisch-inhaltlichen Zusammenführung der bestehenden nicht-vollstationären Versorgungsstrukturen mit dem Ziel einer integrativen Versorgung in Einrichtungen des geplanten Levels II. Dazu werden die gegebenen Strukturen aller bisherigen nicht-vollstationären Versorgungsangebote (Tageskliniken, ambulante und mobile geriatrische Rehabilitationen sowie Geriatrische Institutsambulanzen) ins AGZ überführt. Damit werden auch die bisherigen sozialrechtlichen und -gesetzlichen Differenzierungen aufgehoben.

a) baulich-infrastrukturell

Grundsätzlich müssen sich die baulich-infrastrukturellen Voraussetzungen der AGZ am Bedarf der geriatrischen Patientinnen und Patienten sowie ihrer charakteristischen Multimorbidität orientieren. Ferner gilt, dass die räumliche und gerätetechnische Ausstattung des AGZ allen Professionen neben dem berufstüblichen Material zur Verfügung stehen und die Umsetzung des einrichtungseigenen Geriatriekonzeptes ermöglichen muss.

Die Räume sind mit ausreichender Grundfläche und sachgerechter Ausstattung vorzusehen:

Allgemeine Infrastruktur

- barrierefreie Zugänge zu den patientengebundenen Räumlichkeiten
- automatische Türen im Haupteingangsbereich
- systematisches, regelmäßig aktualisiertes und verständliches Wegeleitsystem
- Raum für Teambesprechungen
- Aufenthalts-/Speiseraum
- Geräteräume/Abstellraum
- Ruheräume mit einer im Hinblick auf den Adressatenkreis ausreichenden Anzahl von Sitz- und Liegeplätzen
- behindertengerechte Umkleieräume mit Duschen, WCs, ausreichender Anzahl abschließbarer Schrankfächer
- barrierefreie WCs in ausreichender Nähe zu den Therapieräumen
- Personalaufenthaltsraum
- Ärztliches Dienstzimmer mit Untersuchungsmöglichkeit / getrenntem Untersuchungsraum
- Dienstzimmer (ausreichend groß)
- Raum für Einzeltherapien
- multifunktionaler Gruppentherapieaum
- Gymnastikraum
- Raum, der als ATL-Trainings- bzw. Werkraum genutzt werden kann
- Räumlichkeiten zur Durchführung von:
 - Massage/Lymphdrainage
 - Thermoerapie
 - Elektrotherapie
- Arbeitsraum für (Neuro-)Psychologie
- Arbeitsraum für Logopädie
- Arbeitsraum für Sozialdienst
- Terrain für Geh- und Laufschulung
- Raum für Angehörigengespräche und Seelsorge

Es ist möglich, dass Räume für verschiedene Funktionen genutzt werden.

Im Geriatriekonzept sind die für die einzelnen Therapiebereiche verwendeten Untersuchungs-Test- und Therapiemethoden einschließlich der hierfür erforderlichen technischen Ausstattung zu benennen. PKWs einschließlich Beförderungsmöglichkeiten für Hilfs- und Therapiemittel stehen entsprechend der Therapieplätze in ausreichender Zahl zur Verfügung. Vorzuhalten sind insbesondere:

Möglichkeit der Notfallversorgung/-überwachung

- Defibrillator
- Monitor
- Infusionsmöglichkeit
- O2-Versorgung
- Absaugmöglichkeit

Apparativ-technische Ausstattung (auch mit externen Partnern möglich)

- Labor
- Radiologie
- Sonografie
- EKG

Therapeutische Ausstattung

- Therapeutische (mindestens einer höhenverstellbar/variabel)
- Muskeltrainingsgeräte
- Gehbarren
- Bewegungsgeräte mit Spastikschtung
- Massageliegen
- Elektrotherapiegeräte
- Thermoerapiegeräte (Kryo-, Wärmetherapie)
- Pflege-/Hilfsmittel

Transportable therapeutische Ausstattung für mobile Settings

- Therapieliegen, Bodenmatten, Laken, Tücher, Lagerungskissen, Polster, Decken
- Trainingsgeräte wie Therapiebänder, Hanteln, Bälle,
- Materialien/Geräte für Thermoerapie- (Kryo-, Wärmetherapie)
- Pflege-/Hilfsmittel zur Erprobung
- Notfallkoffer

b) personell (Qualität/Quantität)

Der integrative Versorgungsansatz setzt ein multiprofessionelles Team rehabilitativ geschulter Therapeutinnen und Therapeuten sowie Pflege(fach-)kräfte unter fachärztlicher Leitung und Verantwortung voraus. Für alle Berufsgruppen gilt die Anforderung der regelmäßigen Fort- und Weiterbildung. Die regelhafte Erfüllung von Verwaltungsaufgaben sowie Urlaubs- und Krankheitsvertretungen sind sicherzustellen.

Das AGZ muss unter Leitung und Verantwortung eines Arztes stehen, der über folgende Qualifikationen verfügt: Facharztbezeichnung in einem der Gebiete Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Neurologie und zusätzlich eine der Bezeichnungen:

- Schwerpunkt Geriatrie
- Zusatz-Weiterbildung Geriatrie
- Fakultative Weiterbildung klinische Geriatrie oder
- Facharztbezeichnung auf dem Gebiet Innere Medizin/Geriatrie

Die stellvertretende Person führt eine der zuvor genannten Bezeichnungen. Entweder die ärztliche Leitung oder die Stellvertretung ist Fachärztin bzw. Facharzt für Innere Medizin.

Aktivierend-therapeutische Pflege erfolgt durch dafür qualifizierte und in der geriatrisch rehabilitativen Versorgung erfahrene Pflegefachkräfte und geht über die aktivierende Pflege im Rahmen der Grund- und Behandlungspflege hinaus.

Zudem sind die Berufsgruppen folgender (Therapie)Bereiche vorzuhalten:

- Physiotherapie
- Physikalische Therapie
- Ergotherapie
- (Neuro-)Psychologie
- Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie/Logopädie
- Sozialdienst
- Ernährungsberatung

Die personelle Ausstattung muss die Umsetzung des Geriatriekonzeptes ermöglichen. Sie ist abhängig von den Behandlungsschwerpunkten sowie von der Anzahl der Therapieplätze und den Angaben im Geriatriekonzept. Es gelten die Personalkennzahlen des Bundesverbandes Geriatrie in der aktuell gültigen Fassung.

c) weitere Leistungsvoraussetzungen

- Jedes AGZ muss über ein Geriatrie- oder Einrichtungskonzept verfügen, in dem die Grundlagen der geriatricspezifischen Behandlung näher dargelegt sind. Im Konzept sind die für die einzelnen Therapien entsprechend verwendeten Untersuchungs-, Test- und Therapiemethoden einschließlich der hierfür erforderlichen technischen Ausstattung zu benennen.
- Wöchentlich findet eine Teambesprechung statt.
- Jede Patientin bzw. Patient erhält regelhaft einen Behandlungs- und Therapieplan.
- Jedes AGZ unterhält eine Kooperation mit einer vollstationären Geriatrie am Krankenhaus bzw. einer vollstationären geriatrischen Rehabilitation. Diese kann dabei auch die personelle Besetzung umfassen. Sie dient insbesondere dem fachlichen Austausch sowie der Fort- und Weiterbildung.

7) Leistungsumfang- und Dauer

Behandlungen im AGZ finden in der Regel in einem Umfang von 10 bis 21 Tagen statt. Eine Verlängerung dieses Zeitraums ist aus medizinischen Gründen möglich.

8) Qualitätssicherung

Hinsichtlich der drei Qualitätsdimensionen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) gelten die Regelungen und Vorgaben, die vom Gesetzgeber für Level II-Häuser festgelegt sind.

Zudem ist es selbstverständlich, dass ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement im Sinne des § 135a SGB V einzuführen ist. Zudem sollte eine fachspezifische Zertifizierungspflicht für AGZ-Einrichtungen bestehen.

9) Zugang

Der Zugang in die Struktur des AGZ erfolgt per Einweisung durch den Hausarzt oder Verlegung -oder/ Zuweisung des vorbehandelnden Krankenhauses bzw. der vollstationären Rehabilitationseinrichtung.

10) Finanzierung

Die Finanzierung richtet sich nach den Grundsätzen, die für die Versorgung in Level II-Häusern politisch vorgesehen ist.

Die Versorgung ist integrativ und innovativ. Durch den Wegfall der bisherigen Versorgungsformen in diesem Bereich kommt es nicht zu einem einfachen „Anwachsen“ der Strukturen, sodass Doppelstrukturen vermieden werden. Zudem können Synergieeffekte genutzt werden, sodass im Vergleich zur heutigen Situation höhere Kosten vermieden und wahrscheinlich sogar Einsparungen erreicht werden können.

11) Einordnung in den Kanon der Krankenhaus-Level

Die akutmedizinische geriatrische Versorgung ist Teil der Krankenhausversorgung und somit zwingend in den Leveln In bis IIIU strukturell abzubilden. Die Gruppe der geriatrischen Patientinnen und Patienten ist dabei auf jedem Level vertreten, sie werden in allen Krankenhäusern und somit über alle Versorgungslevel hinweg behandelt. Daraus leitet sich ein geriatrispezifischer Behandlungsbedarf in allen Krankenhaus-Leveln ab. Zudem ist es wichtig, dass der Leistungsbereich Geriatrie als einrichtungsinterner Kooperationspartner für eine indikationsübergreifende Versorgung von entsprechenden Patientinnen und Patienten strukturell zur Verfügung steht.

Die Leistungsgruppe Geriatrie muss flächendeckend vorgehalten werden, da Verlegungen für geriatrische Patientinnen und Patienten grundsätzlich kritischer sind, als dies bei jüngeren Personen der Fall ist. Als Stichwort sei an dieser Stelle beispielhaft die spezifische Delir-Gefahr genannt. Vor diesem Hintergrund sind auch Rückverlegungen usw. strukturell zu vermeiden. Eine geriatrispezifische Akutversorgung gehört zur Grundversorgung.

Zudem wird der Bedarf an geriatrispezifisch aus- und fortgebildetem ärztlichen Fachpersonal aufgrund der sich verändernden Altersstruktur in der Bevölkerung und damit in den Krankenhäusern zukünftig erheblich ansteigen. Um dieser großen – durch die demografische Entwicklung bedingten – Herausforderung gerecht zu werden, müssen auf struktureller Ebene die bestmöglichen Voraussetzungen für eine Aus- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Altersmedizin geschaffen werden. Ohne eine solche Ausbildungsoffensive ist eine fachgerechte und flächendeckende geriatrische Krankenversorgung zukünftig nicht zu bewältigen. Somit ist auch vor diesem Hintergrund eine Verortung der geriatrispezifischen Krankenhausversorgung in den Häusern der Level In bis IIIU notwendig. Das AGZ ist flächendeckend an den Level Ii-Krankenhäusern zu etablieren. Nur so kann der bundesweite Bedarf an dieser speziellen Versorgungsform im Bereich der sog. teilstationären Versorgung ausreichend Berücksichtigung finden. Das AGZ stellt dabei die vor dem Hintergrund des demografischen Wandels notwendige geriatrispezifische Betreuung des Level Ii-Hauses sicher.

12) Versorgungsbeispiel

Medikamentöse Einstellung des Blutdrucks und verschiedener Stoffwechsellbereiche, Überwachung der kardiopulmonalen Belastbarkeit sowie Kontrolle der Leber- und Nierenfunktionen unter veränderter Medikation sind einige Beispiele für die akutmedizinischen Behandlungselemente des AGZ. Akutmedizinische Kontrollen, wie z. B. Röntgen- oder Laboruntersuchungen, können zeitnah durchgeführt werden. Auch kurzfristige intravenöse Applikationen von Infusionen oder Medikamenten sind im AGZ möglich.

Neben den indikationsbezogenen (akut-)medizinischen und rehabilitativen Therapieansätzen gehen die Behandlungselemente des AGZ auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, Probleme der Multimorbidität, der Krankheitsverarbeitung sowie auf die positiv und negativ wirkenden Kontextfaktoren ein.

Gern stehen wir für Fragen sowie einen weiteren Austausch zur Verfügung.

Ansprechpartner:

 <p>BUNDESVERBAND GERIATRIE</p> <p>Bundesverband Geriatrie e. V. Reinickendorfer Straße 61 Tel.: 030 / 3 39 88 76-10 Geschaeftsstelle@bv-geriatrie.de</p> <p>Dr. med. Michael Musolf, MBA Vorstandsvorsitzender, Chefarzt, Ev. Amalie Sieveking Krankenhaus Hamburg</p> <p>RA Dirk van den Heuvel – Geschäftsführer</p>	 <p>Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. An der Wuhlheide 232 A Tel.: 030 / 52 13 72 75 geschaeftsstelle@dggeriatrie.de</p> <p>Prof. Dr. med. Rainer Wirth Präsident, Lehrstuhlinhaber an der Ruhr-Uni- versität Bochum, Direktor der Klinik für Alters- medizin und Frührehabilitation Marien Hospital Herne</p>
--	---

Ergänzende Ausführungen finden Sie auch im Bundesweiten Geriatriekonzept, das auf der Homepage des Bundesverbandes Geriatrie abrufbar ist.