

**Landesrahmenvereinbarung  
zur geriatrischen Versorgung in  
Schleswig-Holstein**

**zwischen**

dem Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes  
Schleswig- Holstein

**und**

der AOK Schleswig-Holstein Die Gesundheitskasse Kiel  
dem BKK Landesverband NORD Hamburg  
dem IKK Landesverband Nord Schwerin  
der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Schleswig-Holstein, Hamburg  
und Kiel in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes  
der Landwirtschaftlichen Krankenkassen  
der Knappschaft Regionaldirektion Hamburg  
den Ersatzkassen

- Barmer GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
- KKH - Allianz (Ersatzkasse)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:  
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),  
vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Schleswig-Holstein

**sowie**

der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein

## Präambel

Die Bevölkerungsstruktur in Deutschland ist einem tief greifenden Wandel unterworfen und wird das Gesundheits- und Sozialgefüge nachhaltig beeinflussen. Schon 2020 werden rund 28,5 Prozent der Bevölkerung über 60 Jahre alt sein. Die „Alterung“ der Bevölkerung, insbesondere die rasche und erhebliche absolute und relative Zunahme der Zahl Hochbetagter (80 Jahre und älter) führt zu einem deutlichen Anstieg der Zahl multimorbider alter Menschen. Daher muss sich unsere Gesundheitsversorgung auf die Probleme alter und hochbetagter, multimorbider Menschen einstellen.

Die moderne Geriatrie bietet eine Reihe von Lösungsansätzen, die sowohl zur Verbesserung der medizinischen Versorgung älterer Patientinnen und Patienten als auch zur Wirtschaftlichkeit des Systems beitragen können.

Gefragt ist ein flächendeckendes und umfassendes System geriatrischer Angebote in einem gestuften Versorgungssystem, das statt einer medizinischen Fokussierung auf einzelne Krankheiten ein umfassendes Gesundheitsmanagement anbietet, das Problemlösungen mit der Aussicht auf Stabilität für möglichst lange Zeit verspricht. Nur so kann es gelingen, vielen geriatrischen Patientinnen und Patienten trotz chronischer Krankheiten ein weitgehend selbständiges Leben in ihrer originären Umgebung zu ermöglichen und ihre Lebensqualität zu erhalten.

## **§ 1**

### **Gegenstand und Geltungsbereich der Landesrahmenvereinbarung**

Die Landesrahmenvereinbarung umfasst die geriatrische Versorgung von Patientinnen und Patienten in Schleswig-Holstein, ausgehend von der ambulant-rehabilitativen über die tagesklinische bis hin zur akutstationären Behandlung unter Einschluss der rehabilitativen Versorgung.

## **§ 2**

### **Begriffsbestimmungen**

#### **Geriatric**

Geriatric ist der Zweig der Medizin, der sich mit Diagnostik und Therapie von Krankheiten und daraus erwachsenden Beeinträchtigungen geriatricer Patienten befasst. Die Patientinnen und Patienten werden anhand eines umfassenden Behandlungsansatzes, beginnend mit einem geriatricen Assessment, versorgt, der präventive, kurative und rehabilitative Behandlungselemente eng verknüpft. Hierbei kommt ein multiprofessionelles und interdisziplinär arbeitendes Team zum Einsatz, in dem geriatric qualifizierte Ärzte und Therapeuten (insbesondere aus den Therapiebereichen Ergotherapie, Logopädie, Psychologie/Neuropsychologie, Physiotherapie und physikalische Therapie), Sozialarbeiter/Sozialpädagogen und Pflegekräfte eng zusammenarbeiten.

## **Der geriatrische Patient**

Nicht jeder ältere Patient ist ein **geriatrischer Patient**. Von einer geriatrischen Patientin / einem geriatrischen Patienten wird ausgegangen, wenn die beiden nachfolgend genannten Kriterien erfüllt sind:

– höheres Lebensalter (in der Regel mindestens 65 Jahre),

und

– geriatrietypische Multimorbidität.

(bei unter 70-Jährigen ist ein besonderes Augenmerk auf den Aspekt der Multimorbidität zu legen).

Geriatrietypische Multimorbidität liegt vor, wenn mindestens zwei der folgenden Merkmalkomplexe in einer Ausprägung betroffen sind, durch die die selbständige Ausübung der bisherigen Alltagsaktivitäten des Patienten beeinträchtigt ist:

Sturzneigung, Mobilitätsstörung, Fehl-/Mangelernährung, Schmerzen,

Inkontinenz, Wunden, Depression/Angst-/Verhaltensstörung, reduzierte

körperliche Belastbarkeit, Frailty, Stimm-/Sprech-/Sprachstörung, kognitive

Störung, Seh-/Hörstörung.

Der geriatrische Patient ist über sein Alter und seine damit generell eingeschränkten Reservekapazitäten hinaus in der Regel durch typische geriatrische Syndromkonstellationen, funktionelle Einschränkungen sowie andere alltagsrelevante Beeinträchtigungen und damit manifeste oder zumindest drohende Einschränkungen seiner selbständigen Lebensführung gekennzeichnet.

Der Behandlungsfokus liegt bei geriatrischen Patienten nicht mehr primär auf der Behandlung aller diagnostizierbaren Erkrankungen. Er ist vielmehr an den charakteristisch geriatrischen Zielsetzungen des Erhalts weitest möglicher Selbständigkeit, einer weitest möglichen Minderung von Abhängigkeit und damit letztlich an der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten orientiert. Krankheiten manifestieren sich bei diesen Menschen oft atypisch als Einbruch in der funktionalen Gesundheit. Geriatrische Patienten bedürfen daher einer sorgfältigen medizinischen Abklärung inklusive des hierzu notwendigen, gesamten, auch apparativ-diagnostischen Spektrums, idealerweise durch Anbindung der Geriatrie als elementarem Teil eines Akutkrankenhauses.

Die Charakterisierung des geriatrischen Patienten impliziert ebenfalls die frühzeitige Berücksichtigung präventiver und rehabilitativer Behandlungselemente in das Therapiekonzept. Zusätzliche Gefährdungen, die sich aus den eingeschränkten Reservekapazitäten des geriatrischen Patienten und seiner erhöhten Risikokonstellationen ergeben, gilt es zu vermeiden, krankheitsbedingte funktionelle Einschränkungen im Hinblick auf den weitest möglichen Erhalt von Selbständigkeit soweit möglich und so früh wie möglich zu mindern oder zu kompensieren.

Im Hinblick auf die beim geriatrischen Patienten häufig auftretende soziale und psychische Verunsicherung erfordert seine Behandlung nicht nur hohe und umfassende fachliche Behandlungskompetenz, sondern auch möglichst kontinuierlicher Betreuung mit festen Ansprechpartnern und Bezugspersonen. Ferner gilt es, das Umfeld des geriatrischen Patienten in das

Behandlungskonzept einzubinden. Es reicht von der Berücksichtigung häuslich-wohnlicher Kontextfaktoren bis zum Einbezug von Angehörigen sowie von pflegerischen und sonstigen personell und institutionell zur Verfügung stehenden Ressourcen. Da die Behandlung des geriatrischen Patienten mit der Entlassung aus der Akutbehandlung eines Krankenhauses in der Regel nicht abgeschlossen ist, bedarf es eines sektorenübergreifenden Behandlungskonzepts. Wie in kaum einem anderen Versorgungsbereich hängen Erhalt oder Ausbau erzielter Behandlungsergebnisse von der Koordination sektoraler Behandlungsleistungen ab. Dies gilt für die Akutbehandlung im Krankenhaus, rehabilitative Maßnahmen, ambulante Betreuung bis hin zur pflegerischen Versorgung.

### **§ 3**

#### **Grundsätze für eine bedarfsgerechte geriatrische Versorgung in Schleswig-Holstein**

Im Mittelpunkt der Versorgung steht eine ganzheitliche Betreuung der alten, meist multimorbiden Patienten, die sich an folgenden Maximen zu orientieren hat:

- personelle und räumliche Behandlungskontinuität
- flächendeckende regionale Versorgung
- qualitativ hochwertige, wirtschaftliche und nachhaltige Versorgung
- Kooperation und Vernetzung der Leistungserbringer
- Rehabilitation vor Pflege

- ambulant vor teilstationär vor stationär (siehe Anlage "Abgrenzungskriterien")
- Prävention vor Kuration und Rehabilitation

Neben der voll- und teilstationären Akutbehandlung müssen auch rehabilitative Maßnahmen sowie psychische, physische und soziale Einflussfaktoren berücksichtigt werden, um so die Selbständigkeit der Betroffenen so lang wie möglich zu erhalten bzw. Pflegebedürftigkeit abzuwenden. Bei einem bedarfsgerecht abgestuften und qualitätsgesicherten Einsatz zielgerichteter, am individuellen Bedarf orientierter Rehabilitationsmaßnahmen kann das Eintreten oder die Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit vermieden werden. Der frühzeitige Einbezug der Rehabilitation erspart somit nicht nur einen vermeidbaren Verlust an Lebensqualität, sondern entlastet das Gesundheitssystem von zeit- und personalintensiven Betreuungsleistungen und medizinischen Folgekosten.

## **§ 4**

### **Strukturen der geriatrischen Versorgung**

#### **1. Ambulante Versorgung**

Die ambulante medizinische Grundversorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten wird von niedergelassenen Ärzten verschiedener Fachrichtungen, in erster Linie jedoch von Hausärzten wahrgenommen.



Das hausärztliche geriatrische Basisassessment sollte Menschen ab dem 70. Lebensjahr angeboten werden. Es dient der gezielten Überprüfung von Schädigungen der Körperfunktionen und hieraus ggf. resultierender Aktivitätsbeeinträchtigungen bei geriatrischen Patientinnen und Patienten, die deren Lebensqualität entscheidend bestimmen und der rechtzeitigen Einleitung entsprechender therapeutischer sowie ggf. weiterer adäquater geriatrischer Versorgungsmaßnahmen.

## **2. Stationäre Versorgung**

### **2.1. Behandlung in Akutkrankenhäusern**

Das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein und die Krankenhausplanungsbeteiligten des Landes Schleswig-Holstein haben der Geriatrie in Schleswig-Holstein eine zentrale Bedeutung in der täglichen medizinischen Versorgung der Akutkrankenhäuser zugewiesen. In diesem Rahmen werden auch die bei geriatrischen Patientinnen und Patienten ggf. erforderlichen rehabilitativen Behandlungsmaßnahmen durchgeführt.

Die Krankenhauslandschaft im Land wird durch ein relativ dezentrales Angebot geprägt, ist dabei regional und an der Anzahl der Bevölkerung orientiert ausgewogen. Dieses Angebot sichert in einer Struktur von Fachabteilungen für Geriatrie in Krankenhäusern mit einem dreistufigen Angebot die Versorgung der älteren, schleswig-holsteinischen Menschen.

Die Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten erfolgt im Hinblick auf Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit und Rehabilitationsindikation an den jeweiligen Standorten fallabschließend.

Bestandteil dieser Vereinbarung sind die in der Anlage 1 vereinbarten Abgrenzungskriterien zwischen den einzelnen Versorgungsstufen (vollstationär, teilstationär und ambulant).

Im aktuellen Krankenhausplan werden geriatrische Betten und teilstationäre Plätze flächendeckend an 13 Standorten vorgehalten. Diese Standorte befinden sich in Elmshorn, Eutin, Flensburg, Geesthacht, Heide mit Brunsbüttel, Husum, Itzehoe, Kiel, Lübeck, Middelburg, Neumünster mit Bad Bramstedt, Ratzeburg und Rendsburg.

## **2.2. Behandlung in Geriatrischen Tageskliniken**

Geriatrische Patientinnen und Patienten, die nachts und an den Wochenenden in der eigenen Häuslichkeit versorgt sind und keine vollstationäre Krankenhausbehandlung benötigen, können teilstationär behandelt werden. Die geriatrischen Tageskliniken sind an die geriatrischen Kliniken angeschlossen und bieten somit bei gleichzeitiger stationärer Vorhaltung der notwendigen medizinischen Strukturen der Patientin und dem Patienten die maximale Sicherheit beim Verbleib oder der Wiedereingliederung in die Häuslichkeit.

### **3. Rehabilitation**

#### **3.1. Stationäre geriatrische Versorgung am Krankenhaus**

Das in Schleswig-Holstein etablierte Versorgungsangebot unter frühzeitiger Einbeziehung rehabilitativer Therapiebestandteile ermöglicht eine umfassende Versorgung der geriatrischen Patienten. Die Integration der geriatrisch-rehabilitativen Behandlung der Patientinnen und Patienten in den Versorgungsauftrag beziehungsweise das Versorgungsangebot der geriatrischen Fachabteilungen an den 13 Standorten ermöglicht eine fallabschließende ( im Sinne der Regelung des § 4 Abs. 2. 1) Behandlung und sichert eine regionale Versorgung im Flächenland Schleswig-Holstein.

#### **3.2. Ambulante geriatrisch-rehabilitative Versorgung am Krankenhaus**

Ausgehend von den stationären und teilstationären geriatrischen Krankenhausabteilungen und den vorhandenen ambulanten medizinischen wie therapeutisch-pflegerischen Strukturen stellt die strukturierte ambulante geriatrisch-rehabilitative Versorgung einen wichtigen weiteren Baustein in einem abgestuften geriatrischen Behandlungskonzept dar. In Schleswig-Holstein sind im Ergebnis langjähriger positiver Erfahrungen geriatrische Kliniken und Tageskliniken flächendeckend in den Krankenhäusern des Landes gefördert und eingerichtet worden. Ein hoher Behandlungsstandard und eine wissenschaftlich nachgewiesene Ergebnisqualität prädestinieren diese Schwerpunktstrukturen für die Ansiedlung der Erweiterung des geriatrischen Leistungsangebotes.

Die Nutzung des Erfahrungsschatzes geriatrischer Krankenhausstrukturen und das Zurückgreifen auf bestehende etablierte Teamstrukturen erleichtern eine an den Bedürfnissen geriatrischer Patienten orientierte Umsetzung der strukturierten ambulanten geriatrisch–rehabilitativen Versorgung.

Vorhandene Ressourcen können dabei genutzt, Doppelvorhaltungen vermieden und Fehlentwicklungen durch isolierte Angebotsstrukturen ohne adäquate Einbindung in bestehende Konzepte verhindert werden.

Die strukturierte ambulante geriatrisch–rehabilitative Versorgung trägt dazu bei, stationäre oder teilstationäre Behandlung geriatrischer Patienten zu vermeiden oder zu verkürzen und ermöglicht zudem, den funktionellen Erfolg einer Behandlung zu festigen und die Wiedereingliederung in die häusliche Umgebung zu gewährleisten.

Neben der Durchführung der ambulanten geriatrischen Versorgung in Therapieräumen an geriatrischen Akutkrankenhäusern kann diese zur Versorgung der Fläche auch an weiteren Einrichtungen erbracht werden, sofern der für deren Erbringung verantwortliche Klinikgeriater die erforderliche Struktur– und Prozessqualität überwacht.

Den Kostenträgern ist die geplante Leistungserbringung in weiteren geeigneten Einrichtungen / Standorten vor der Inbetriebnahme anzuzeigen und die Strukturqualität entsprechend Anlage 2 nachzuweisen. Die Kostenträger entscheiden über den Antrag nach Vorlage der vollständigen Unterlagen innerhalb von 3 Monaten. Bei Erfüllung der in Anlage 2 genannten Kriterien besteht ein Anspruch auf Zulassung.

Im Rahmen der ambulanten geriatrisch–rehabilitativen Versorgung können auch geriatrische Patienten, die ausschließlich in ihrem gewohnten oder

spezifisch adaptierten Lebensumfeld rehabilitationsfähig sind in Form der **mobilen geriatrischen Rehabilitation** versorgt werden.

#### **4. Vernetzung der geriatrischen Versorgung**

Erklärtes Ziel dieser Landesrahmenvereinbarung ist es, ein Netzwerk, bestehend aus geriatrischen Schwerpunktstrukturen an Krankenhäusern, Hausärzten und ambulanten Fachärzten, ambulanten Diensten, Pflegeheimen und Selbsthilfegruppen zu befördern, um allen geriatrischen Patientinnen und Patienten wohnortnah einen Zugang zu einer hochwertigen und sachgerechten Diagnostik, Behandlung und Therapie inklusive rehabilitativer Angebote zu gewährleisten. Die Zuweisung und Antragstellung von geriatrischen Patientinnen und Patienten mit entsprechender Rehabilitationsindikation erfolgt aus dem ambulanten Bereich durch Hausärzte und Fachärzte. Aus dem stationären Bereich erfolgt die Zuweisung und Antragstellung direkt über die Krankenhäuser. Im Weiteren entscheiden geriatrisch qualifizierte Ärzte an den Versorgungsstandorten über die Indikation zur ambulanten geriatrisch-rehabilitativen Behandlung. Gemäß dem Grundsatz – ambulant vor stationär – und – Rehabilitation vor Pflege – wird für die geriatrischen Patientinnen und Patienten die indizierte Behandlung unter Vermeidung von doppelstrukturellen Behandlungsangeboten vorgehalten. Eine Vereinbarung über die Erbringung von ambulanter geriatrischer Versorgung wird dazu jeweils von den Krankenhäusern und den Kostenträgern nach § 40 Abs. 1 SGB V geschlossen.

## § 5

### Qualitätssicherung

Die Versorgung geriatrischer Patienten erfordert im ambulanten, teilstationären und vollstationären Bereich Qualitätssicherungsmaßnahmen, um einer effektiven und effizienten Behandlung gerecht zu werden.

#### 1. Qualitätssicherung in der ambulanten geriatrisch-rehabilitativen Versorgung

Jede an der ambulanten geriatrisch-rehabilitativen Versorgung teilnehmende Einrichtung hat die Einhaltung der erforderlichen räumlichen, personellen und sächlichen Voraussetzungen zur Leistungserbringung gemäß einer zu schließenden „Vereinbarung über die Erbringung ambulanter geriatrischer Rehabilitation“ nachzuweisen (Anlage 2) und sicherzustellen.

Im Rahmen der strukturierten ambulanten geriatrisch-rehabilitativen Versorgung wird ein Qualitätsmonitoring, das von einem unabhängigen wissenschaftlichen Gutachter, auf den sich die Vertragspartner vorab einigen, durchgeführt wird, implementiert. Die Ergebnisse werden patienten-anonymisiert unter Wahrung des Datenschutzes allen beteiligten Partnern sowie den Leistungserbringern zur Verfügung gestellt. Die Kosten für die Qualitätssicherungsmaßnahmen werden den Leistungserbringern durch die zuständige Krankenversicherung gesondert vergütet.

Die Krankenkassenverbände können bei Auffälligkeiten den MDK-Nord mit einer Prüfung beauftragen.

## **2. Qualitätssicherung im voll- und teilstationären Bereich**

Zur inhaltlichen Ausgestaltung von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung wird auf entsprechende Vereinbarungen zur externen Qualitätssicherung und zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement nach §137 SGB V („Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung“) verwiesen. Jede an der voll- und teilstationären geriatrischen Versorgung teilnehmende Klinik muss nachweisen, dass sie die Aufnahmekriterien des Bundesverbandes Geriatrie hinsichtlich Struktur- und Prozessqualität erfüllt.

## **3. Sektorenübergreifende Qualitätssicherung**

Die Etablierung von sektorübergreifenden Qualitätszirkeln, die stationäre und teilstationäre Krankenhausbereiche sowie alle ambulanten Versorgungsstrukturen einbeziehen, ist anzustreben. Das Qualitätsmonitoring in der ambulanten geriatrisch-rehabilitativen Versorgung ist Bestandteil dieser Qualitätssicherung. Gemeinsame Arbeitsgruppen aller Bereiche sollten zu ausgewählten Themen neue geriatrietypische Diagnostikinstrumente, Präventivmaßnahmen und Informationsmittel erarbeiten.

## **§ 6**

### **Laufzeit und Kündigung**

Diese Vereinbarung tritt rückwirkend zum 01.04.2010 in Kraft. Die Vereinbarung kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines

Kalenderjahres gekündigt werden. Die Kündigung bedarf der Schriftform und ist allen Vertragspartnern zuzustellen.

Soweit in dieser Rahmenvereinbarung und weiteren Vereinbarungen nichts Abweichendes geregelt ist, sind die Vorschriften des SGB V, des KHG, des KHEntgG etc. anzuwenden.

---

**Anlagen:**

1. Abgrenzungskriterien: a. Graphik, b. Text, c. Grundsätze zur Abgrenzung der Versorgungsstufen
2. Vereinbarung über die Erbringung von ambulanter geriatrischer Versorgung

Kiel, den 19. April 2010

---

Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein

---

AOK Schleswig-Holstein Die Gesundheitskasse Kiel

---

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

---

Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein



---

BKK Landesverband NORD Hamburg

---

IKK Landesverband Nord

---

Landwirtschaftlichen Krankenkasse Schleswig-Holstein, Hamburg und Kiel in  
Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes der Landwirtschaftlichen  
Krankenkassen

---

Knappschaft Regionaldirektion Hamburg