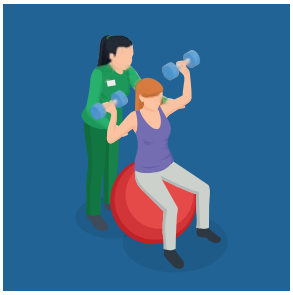
Geriatrieplan

des Landes Mecklenburg-Vorpommern









GESUNDHEITS
KOMMISSION MV

GESUNDHEITS
KOMMISSION MV

Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,



Stefanie Drese,
Ministerin für Soziales,
Gesundheit und Sport MV.

was macht ein selbsternanntes Land zum Leben aus? Sicherlich gehört eine gute Gesundheitsversorgung in allen Lebenslagen dazu. Ob jung oder alt, jede und jeder soll in M-V Zugang zu einer verlässlichen, wohnortnahen und qualitativ hochwertigen Versorgung haben – auch bis in das hohe Alter. Denn: Wir sind in Mecklenburg-Vorpommern schon jetzt besonders vom demografischen Wandel betroffen und verzeichnen rein rechnerisch das zweithöchste Durchschnittsalter im ganzen Bundesgebiet. Seniorinnen und Senioren bilden die größte Bevölkerungsgruppe, die Zahl der über 80- oder sogar über 90-jährigen nimmt immer mehr zu. Damit wird die Medizin im höheren Lebensalter (Geriatrie) immer bedeutender. Gekoppelt mit der dünnen Besiedlung unseres ländlich geprägten Flächenland stellt uns das vor einige Herausforderungen, um auch in Zukunft gleichwertige Lebensverhältnisse in der Stadt und auf dem Land zu gewährleisten. Zugleich eröffnen uns diese Umstände aber auch Chancen: Zum Beispiel, um innovative Ideen auszuprobieren, Versorgungsstrukturen weiterzuentwickeln und Projekte zu erproben, mit denen wir die Versorgung noch besser an den tatsächlichen Bedürfnissen unserer älteren Bürgerinnen und Bürger ausrichten können. So können wir etwa sektorenübergreifende Formate etablieren, um medizinische, pflegerische, rehabilitative und psychosoziale Aspekte miteinander zu verbinden.

Wie das gelingen kann, hat die Gesundheitskommission MV gemeinsam mit zahlreichen Expertinnen und Experten erarbeitet und einen neuen Geriatrieplan für Mecklenburg-Vorpommern entwickelt. Ebenfalls darin eingeflossen sind die Empfehlungen der Enquete-Kommission zur Zukunft der medizinischen Versorgung und die Beschlüsse des Altenparlaments.

Diese Neuauflage des Geriatrieplans ist als wegweisende Grundlage konzipiert, um die geriatrische Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern zukunftsweisend und ganzheitlich weiterzuentwickeln. Der Plan soll die Versorgung älterer Menschen im Land nachhaltig verbessern und ihre Lebensqualität erhalten und fördern. Ziel ist es, eine Versorgung zu schaffen, die sowohl bedarfsorientiert als auch vernetzt ist und gezielt auf die spezifischen Bedürfnisse von Menschen im höheren Lebensalter sowie die Bedarfe ihrer Angehörigen eingeht. Damit schlagen wir als Land zum Leben ein neues und vor allem wesentlich moderneres Kapitel auf.

Mein ausdrücklicher Dank gilt allen Beteiligten, die mit ihrer Expertise an der Erarbeitung dieses Plans mitgewirkt haben. Danke, dass Sie sich im Rahmen der Gesundheitskommission und auch darüber hinaus täglich mit großem Engagement für eine gute Gesundheitsversorgung der Menschen in Mecklenburg-Vorpommern einsetzen.

Ihre

Stefanie Drese

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 3

Präambel 7

1. Demografische Entwicklung und Alter 8
   - 1.1. Demografische Entwicklung 9
   - 1.2. Krankheitsbilder und besondere Herausforderungen 11

2. Geriatrische Medizin 17
   - 2.1. Definitionen und Prinzipien geriatrischer Versorgung 18
   - 2.2. Versorgungsstrukturen 21

3. Gesundheitsförderung und Prävention 26

4. Ambulante Versorgung 33
   - 4.1. Ambulante Versorgungsstrukturen in MV 34
   - 4.2. Die hausärztliche geriatrische Versorgung 36
   - 4.3. Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung 37

5. Stationäre Versorgung 40
   - 5.1. Leistungsgruppen und Krankenhausplanung 41
   - 5.2. Besonderheiten der geriatrischen Patient*innen im Krankenhaus als Querschnittsanforderung 42
   - 5.3. Besonderheiten der akutgeriatrischen Behandlung 44

6. Rehabilitation 48
   - 6.1. Grundlagen und Prinzipien der geriatrischen Rehabilitation 49
   - 6.2. Geriatrische Versorgungsformen 51

7. Hospiz- und Palliativversorgung 54

8. Pflege 63
   - 8.1. Pflegebedürftigkeit in Mecklenburg-Vorpommern 64
   - 8.2. Aktuelle pflegepolitische Entwicklungen 64
   - 8.3. Spezifische Pflegestrukturen in Mecklenburg-Vorpommern 67

9. Aus-, Fort- und Weiterbildung 70
   - 9.1. Ärztlicher Bereich 71
   - 9.2. Weitere Berufsgruppen 72

10. Telemedizin und technische Unterstützung 74

Abbildungsverzeichnis 81

Tabellenverzeichnis 81

Mitwirkende 83

Anhang 84

Abkürzungsverzeichnis

AAPV	Allgemeine ambulante Palliativversorgung
ASCO	American Society of Clinical Oncology
BEEP	Befugniserweiterungs- und Entbürokratisierungsgesetz in der Pflege
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft der Rehabilitation e.V.
BiB	Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
BVG	Bundesverband Geriatrie e. V.
BQKPMV	Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Ver-sorgung
CFS	Clinical Frailty Scale
CGA	Comprehensive Geriatric Assessment
DAlzG LV M-V	Deutsche Alzheimer Gesellschaft Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e. V.
Destatis	Statistisches Bundesamt
DGG	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
ePA	elektronische Patientenakte
EAPC	Europäischen Gesellschaft für Palliative Care
EQG	Einrichtungenqualitätsgesetzes
EMA	Europäische Arzneimittelagentur bzw. European Medicines Agency
GA	Geriatrischer Assessments
GIA	Geriatrische Institutsambulanzen
IPReG	Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz
KHVVG	Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz
KoDem 2.0	Kompetenzzentrum Demenz (z. B. Demenz-Partner-Schulungen, Weiterbildung Demenz)
KVMV	Kassenärztliche Vereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
LAKOST	Landeskoordinierungsstelle für Suchtthemen
LG	Leistungsgruppe
MMST	Mini-Mental-Status-Test
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
NäPA	Nichtärztliche Praxisassistenz
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssell
PIM	Potenziell inadäquate Medikation
PfiFf	Pflege in Familien fördern
RKI	Robert Koch-Institut
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGD	Spezialisierten geriatrischen Diagnostik
STIKO	Ständige Impfkommission
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
WDB	Weiterbildung Demenz
WHO	World Health Organization
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
WoTG	Wohn- und Teilhabegesetz

Präambel

Die demografische Entwicklung stellt Mecklenburg-Vorpommern (MV) vor große Herausforderungen und zugleich vor die Verantwortung, eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe und sektorenübergreifende geriatrische Versorgung sicherzustellen. Die Geriatrie als spezialisierte Altersmedizin nimmt hierbei eine Schlüsselrolle ein. Sie widmet sich den besonderen medizinischen, psychologischen und sozialen Bedürfnissen älterer Menschen und verfolgt einen ganzheitlichen, interdisziplinären Behandlungsansatz.

Dass Menschen immer älter werden, ist eine positive Entwicklung. Diese ist unter an-derem dem medizinischen Fortschritt und einem steigenden Bewusstsein für eine gesunde Lebensführung zu verdanken. Jedoch steigt mit zunehmendem Alter auch die Wahrscheinlichkeit für chronische Erkrankungen, Multimorbidität und Fragilität, was eine enge Verzahnung von Prävention, Akutmedizin, Rehabilitation und palliativen Ansätzen erfordert. Ziel einer modernen geriatrischen Versorgung ist es, Autonomie und Lebensqualität so lange wie möglich zu erhalten, funktionelle Einschränkungen zu minimieren und eine selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.

Eine enge Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzt*innen, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen sowie pflegerischen und sozialen Diensten ist essenziell, um den Bedarf an präventiven Maßnahmen frühzeitig zu identifizieren und umzusetzen, den Übergang zwischen den Sektoren zu verbessern sowie Versorgungslücken zu schließen.

Der vorliegende Geriatrieplan beschreibt den strategischen Rahmen für eine zukunftsfähige und bedarfsgerechte Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern. Dafür werden sowohl die aktuelle Versorgungssituation im Land dargestellt als auch konkrete Handlungsempfehlungen benannt.

Die Erarbeitung erfolgte unter anderem auf Grundlage des vorherigen Geriatrieplans aus dem Jahr 2011. Alle Akteure aus dem Bereich der geriatrischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern sind angehalten, den Geriatrieplan in eigener Verantwortung umzusetzen.

Gemeinsame Zielsetzung des Geriatrieplanes ist die Sicherung einer flächendecken-den, bedarfsorientierten, qualitätsgesicherten, vernetzten und wirtschaftlich abgesicherten fachspezifischen Versorgung geriatrischer Patient*innen unter Berücksichtigung aller regionalen Besonderheiten. Dies erfordert sowohl die Entwicklung und Sicherung vorhandener Versorgungsstrukturen als auch die bedarfsgerechte Förderung neuer, gegebenenfalls auch modellhafter Angebote.

Der Geriatrieplan definiert Zielstellungen für den Zeitraum bis zum Jahr 2040.

Die in diesem Plan enthaltenen Empfehlungen stellen strategische Zielsetzungen dar. Die öffentlichen Haushalte und Sozialversicherungssysteme werden durch den Geriatrieplan nicht präjudiziert.

1. Demografische Entwicklung und Alter









1.1. Demografische Entwicklung

Mecklenburg-Vorpommern war im Jahr 2024 mit ca. 67 Einwohner*innen je km² (1,57 Mio. Landesbürger*innen auf einer Fläche von ca. 23.295 km²) das am dünnsten besiedelte Bundesland in Deutschland.[1] Die geringe Bevölkerungsdichte und die niedrige Bevölkerungszahl in Kombination mit einer nicht nur im ländlichen Raum eingeschränkten Infrastruktur (ÖPNV, Breitbandausbau) haben direkte Auswirkungen auf die Verteilung und den Zugang zur Gesundheitsversorgung.[2] Zusätzliche Herausforderungen stellen die demografische Alterung sowie der zukünftig zu erwartende Bevölkerungsrückgang in Mecklenburg-Vorpommern dar. Im Jahr 2024 lag die Geburtenrate in MV bei 5,8 Lebendgeborenen pro 1.000 Einwohner*innen (absolute Zahl: 9.157). Zum Vergleich lag die Rate im Jahr 2000 bei 7,5 Lebendgeborenen pro 1.000 Einwohner*innen (absolute Zahl:

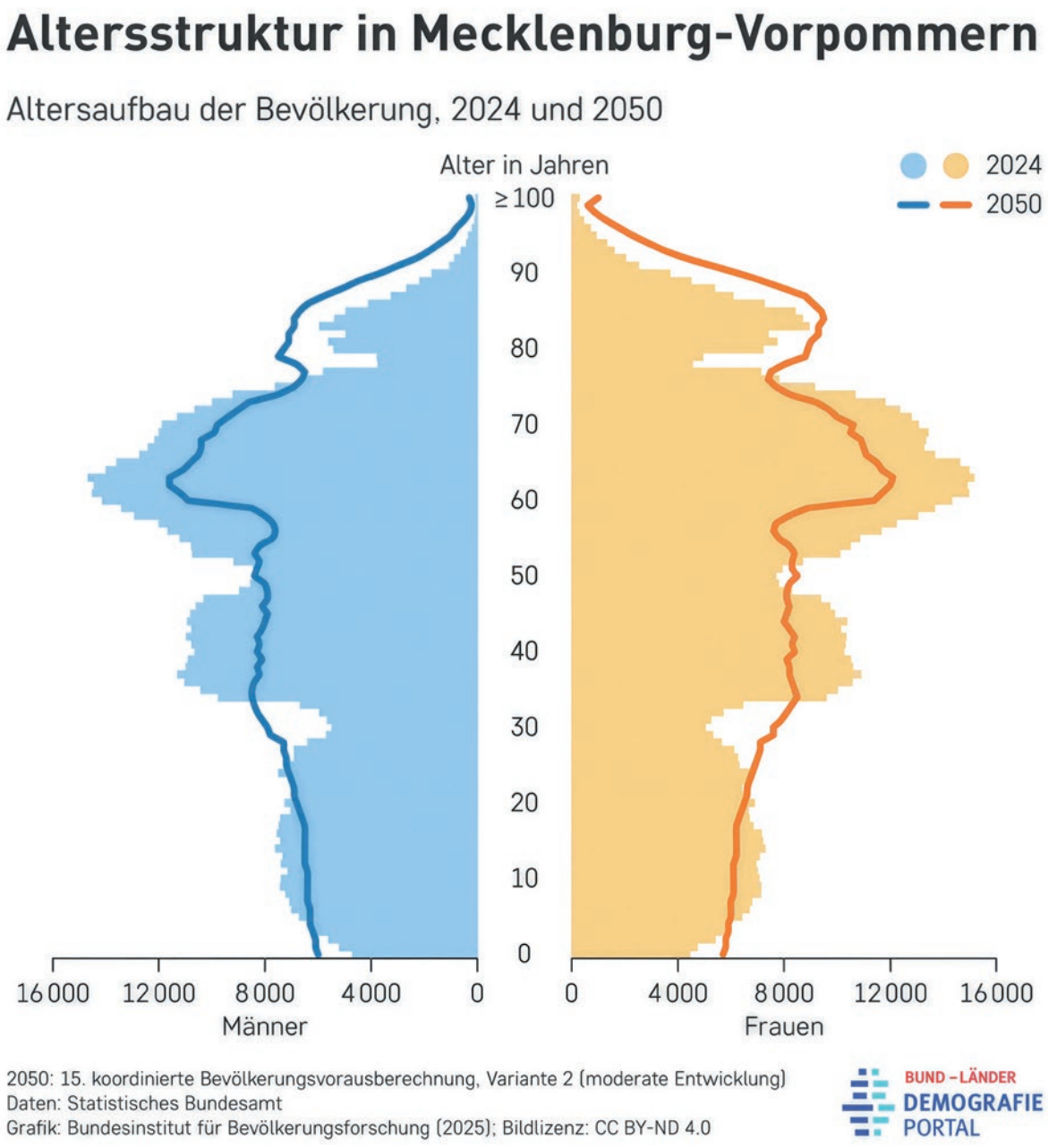


Abbildung 1: Altersstruktur in Mecklenburg-Vorpommern
Quelle: Demografie-Portal, 2025 [2]

1 Landesamt für innere Verwaltung Mecklenburg-Vorpommern – Statistisches Amt. (o. J.). Statistische Berichte / A – Bevölkerung, Gesundheitswesen, Gebiet, Erwerbstätigkeit. Verfügbar unter: https://www.laiv-mv.de/Statistik/Ver%C3%B6ffentlichungen/Statistische-Berichte/A/.

2 Demografie-Portal. (2025). Bevölkerung und Altersstruktur in Mecklenburg-Vorpommern. Verfügbar unter: https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/bevoelkerung-altersstruktur-mecklenburg-vorpommern.html

13.319), was einem Rückgang von 31 % entspricht. Seit 2016 nimmt die Geburtenrate kontinuierlich ab. Im Jahr 2024 standen 9.157 Geburten insgesamt 23.927 Sterbefällen gegenüber. Das entspricht 78 Sterbefällen weniger als im Jahr 2023 (24.005). Der daraus resultierende Sterbefallüberschuss lag 2024 bei 14.770 Personen. Mecklenburg-Vorpommern liegt aufgrund seiner Altersstruktur mit diesen Zahlen deutlich über dem Bundesdurchschnitt.[3]

Der Effekt aus der steigenden Lebenserwartung, dem Überschuss an Gestorbenen im Vergleich zur Zahl der Lebendgeborenen und der selektiven Abwanderung vor allem jüngerer Menschen wird in der Demografie als „Double Aging“ bezeichnet.

Die Bevölkerung des Bundeslandes hat sich in den vergangenen Jahren stark verändert. Während die Zahl älterer Einwohnender weiter zunimmt, geht sowohl der Anteil junger Menschen als auch jener im erwerbsfähigen Alter zurück. Der Anteil der über 65-Jährigen hat sich zwischen den Jahren 2000 und 2024 nahezu verdoppelt und liegt inzwischen bei 28 % (65 bis 79-Jährige: 20 %, ab 80-Jährige: 8,2 %). Gleichzeitig sank der Anteil der unter 20-Jährigen um vier Prozentpunkte auf 17 %. Der Anteil der 20- bis 64-Jährigen verringerte sich von 63 % auf 55 %.[4]

Auch in Zukunft wird sich die demografische Alterung in Mecklenburg-Vorpommern fortsetzen. Bis zum Jahr 2050 könnte der Anteil der über 65-Jährigen auf 32 % steigen (65 bis 79-Jährige:18,6 %, ab 80-Jährige: 13,5%). Zugleich würde dann nur noch etwa die Hälfte der Bevölkerung im potenziell erwerbstätigen Alter zwischen 20 und 64 Jahren sein.[4]

Innerhalb des Bundeslandes gibt es erhebliche Unterschiede: In Rostock steigt prognostisch zwar das Medianalter von 44 im Jahr 2020 auf 46 im Jahr 2040 an, bleibt damit aber vergleichsweise sehr jung. In der Bevölkerung im Landkreis Vorpommern-Rügen steigt das Medianalter von 52 auf 55 im Jahr 2040 an. Schwerin wird voraussichtlich die geringste Veränderung verzeichnen. Hier steigt das Alter von 48 auf 49 Jahre.[5]

Der Trend hin zu einer alternden Gesellschaft ist insgesamt in Deutschland ein zentraler Aspekt des demografischen Wandels. Mecklenburg-Vorpommern gehört jedoch mit den beschriebenen Eckdaten im Vergleich zu einem der ältesten Bundesländer.4

Ein zunehmender Anteil älterer Bevölkerungsgruppen stellt das Gesundheits- und Sozialsystem vor wachsende Herausforderungen und macht eine kontinuierliche Anpassung der Versorgungsstrukturen erforderlich. Während bei Personen ab 60 Jahren vielfach noch ein vergleichsweise stabiler Gesundheitszustand vorliegt, benötigen Personen ab 80 Jahren in der Regel deutlich umfassendere Unterstützung und Betreuung.

Der Wandel der familiären Strukturen beeinflusst ebenso die Anforderungen an die gesundheitliche und soziale Versorgung. Immer mehr Menschen leben nicht mehr in traditionellen Familienverbünden, sondern in Einzelhaushalten. Laut dem Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) hat sich der Anteil der Einpersonenhaushalte seit 1950 verdoppelt, während der Anteil der Haushalte mit fünf oder mehr Personen deutlich gesunken ist. Im Jahr 2040 wird voraussichtlich jeder vierte Mensch in Deutschland alleine wohnen. Für Mecklenburg-Vorpommern wird eine Zunahme der Einpersonenhaushalte von 347.000 (2018) auf 362.000 (2040) erwartet, obwohl die Gesamtzahl der Privathaushalte von 830.000 auf 795.000 (-4 %) schrumpft.[6] Diese Entwicklung weist darauf hin, dass auch im Bundesland zunehmend ältere Menschen allein leben – ein wichtiger Aspekt für die Planung geriatrischer Versorgung und sozialer Unterstützungsangebote. Das Statistische Bundesamt berichtet, dass im Jahr 2024 34 % der Personen ab 65 Jahren alleinlebten, bei den über 85-Jährigen waren es 56 %.[7]

Aufgrund der höheren Lebenserwartung steigt mit zunehmendem Alter besonders bei Frauen die Zahl der Alleinlebenden. Laut dem Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) ist der Anteil alleinlebender Frauen ab 75 Jahren 2022 deutlich höher als bei Männern. Während bei Männern der Anteil der Alleinlebenden im jüngeren Alter höher ist und im Alter wieder ansteigt, wächst er bei Frauen ab Mitte 40 kontinuierlich.[6]

3 Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern. (2024). Statistisches Jahrbuch 2024, Kapitel 1. Verfügbar unter: https://www.laiv-mv.de/Statistik/Zahlen-und-Fakten/Gesellschaft-&-Staat/Bevoelkerung/#Statistiken

4 Demografieportal. (2025). Altersstruktur der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern. Verfügbar unter: https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/bevoelkerung-altersstruktur-mecklenburg-vorpommern.html?utm_source=chatgpt.com ; Statistisches Bundesamt (Destatis). (o. J.). 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung nach Bundesländern — Altersaufbau. Verfügbar unter: https://service.destatis.de/laenderpyramiden/index.html

5 Bertelsmann Stiftung. (2024). Wer, wo, wie viele? – Bevölkerungsentwicklung in deutschen Kommunen bis 2040. Verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2024/april/bevoelkerungsentwicklung-in-deutschland-verlaeuft-bis-2040-regional-sehr-unterschiedlich

6 Destatis. (2020). Pressemitteilung: Demografischer Wandel – Bevölkerung wird älter. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/03/PD20_069_122.html ; Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB). (2023). Demografische Entwicklung und Haushaltsstrukturen in Deutschland. Verfügbar unter: https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakten.html

7 Destatis. (2024). Presse. 17 Millionen Menschen in Deutschland leben allein. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/07/PD25_N036_12.html

Weiterhin sind Frauen im Alter überdurchschnittlich häufig von Armut betroffen, was maßgeblich auf den sogenannten Gender Pension Gap zurückzuführen ist. Niedrigere Renten führen zu eingeschränkten finanziellen Spielräumen und damit zu geringeren gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten, etwa im sozialen, kulturellen oder gesund-heitlichen Bereich. Besonders im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern verschärft sich diese Situation durch lange Wege und eine oft unzureichende Infrastruktur. Fi-nanzielle Einschränkungen erhöhen hier das Risiko von Immobilität und sozialer Isola-tion älterer Frauen zusätzlich.

Für viele ältere Menschen kann das Fehlen eines stabilen sozialen Umfelds, wie eines/einer Lebenspartners/Lebenspartnerin oder Kindern, das Risiko des Verlustes von Selbstständigkeit erhöhen. Auch wenn die Mehrheit der älteren Menschen ihre Unabhängigkeit bis ins hohe Alter bewahren kann, steigt mit zunehmendem Alter das Bedürfnis nach Unterstützung. Daher ist es wichtig, die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, um eine eigenverantwortliche Lebensführung zu fördern und die Versorgung mit den erforderlichen medizinischen und sozialen Dienstleistungen individuell anzupassen. Dies bedeutet, dass eine bedarfsgerechte und ausreichend gesicherte medizinische Versorgung gewährleistet sein muss, um den unterschiedlichen Bedürfnissen gerecht zu werden.

1.2. Krankheitsbilder und besondere Herausforderungen

Mit zunehmendem Alter verändert sich das Risiko für verschiedene Erkrankungen erheblich. Während die Gruppe der über 60-Jährigen bereits eine steigende Prävalenz altersbedingter Gesundheitsprobleme aufweist, sind bei den Hochbetagten ab 80 Jahren komplexere, oft multiple Krankheitsbilder besonders ausgeprägt. In den folgenden Ausführungen ist grundsätzlich zu beachten, dass auch für jüngere Menschen eine geriatrische Versorgungsnotwendigkeit und ein Rechtsanspruch besteht.

Altersklasse 60+[8]:
Erste Anzeichen chronischer Erkrankungen

Die Personen in der Altersgruppe stehen häufig noch mitten im Leben, viele Menschen dieser Altersklasse sind aktiv und nehmen am gesellschaftlichen Leben teil. Allerdings steigt in dieser Phase das Risiko für chronische Erkrankungen signifikant an. Im Folgenden werden die häufigsten Erkrankungen kurz erläutert und die Prävalenzentwicklung im zeitlichen Verlauf dargelegt:

- **Diabetes mellitus Typ 2:** Durch den altersbedingten Rückgang der Insulinempfindlichkeit und eine veränderte Bauchspeicheldrüsenfunktion steigt der Blutzuckerspiegel. Unbehandelt kann dies zu Komplikationen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenschäden und Neuropathien führen. Im Jahr 2024 lag die Prävalenz von Diabetes mellitus bei Erwachsenen in Deutschland insgesamt bei etwa 10,3 %. Mit zunehmendem Alter steigt die Erkrankungshäufigkeit deutlich an: In der Altersgruppe der 65 bis 79-Jährigen betrug die Prävalenz etwa 20,9 %, bei Personen ab 80 Jahren 22,5 %.[9] In Mecklenburg-Vorpommern sind die Werte deutlich höher; hier lag die Prävalenz bei den 65 bis 79-Jährigen bei etwa 27,9 %, während sie bei den 80 bis 89-Jährigen mit ca. 35,5 % über dem bundesweiten Durchschnitt liegt. In den letzten Jahren ist die Zahl der Betroffenen in diesen Altersgruppen stetig angestiegen, was die zunehmende Bedeutung der Erkrankung für die geriatrische Versorgung unterstreicht.[10]
- **Hypertonie (Bluthochdruck):** Der Elastizitätsverlust der Gefäße und veränderte Regulationsmechanismen im Kreislaufsystem führen bei vielen älteren Menschen zu einem erhöhten Blutdruck, was das Risiko für Schlaganfälle und Herzinfarkte erhöht. Im Jahr 2023 waren laut dem Gesundheitsatlas der AOK 29,3 % der Erwachsenen in Deutschland ab 20 Jahren betroffen. In Mecklenburg-Vorpommern liegt die Erkrankungsrate sogar bei etwa 35 %. Besonders betroffen sind die über 50-Jährigen, bei denen nahezu jeder Zweite an Bluthochdruck leidet. Die Prävalenz steigt mit zunehmendem Alter deutlich an: Fast zwei Drittel der über 65-Jährigen sind betroffen. Regionale Unterschiede innerhalb Mecklenburg-Vorpommerns zeigen sich ebenfalls: So weist der Landkreis Mecklenburgische Seenplatte mit

8 Das Bundessozialgericht entschied, dass für eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung die Voraussetzung eines Mindestalters von 60 Jahren gegeben sein muss. Zusammen mit den ansteigenden Krankheitsprävalenzen ab diesem Lebensalter wird sich in dem vorliegenden Geriatrieplan im Allgemeinen auf die Altersklasse 60+ bezogen. Die im Geratrieplan zitierte wissenschaftliche Evidenz bildet zum Teil auch andere und unterschiedliche Altersgruppen/ -klassen ab.

9 Robert Koch-Institut (RKI). (2025). Diabetes mellitus: Prävalenz (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 2025 Verfügbar unter: https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/KoerperlicheErkrankungen/DiabetesMellitus/DiabetesPraevalenz18Plus/diabetesPraevalenz_node.html?darstellung=0&kennzahl=1&zeit=2024&geschlecht=0&standardisierung=0#_tysuzr67b

10 Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). Gesundheitsatlas Deutschland. Verfügbar unter: https://gesundheitsatlas-deutschland.de/erkrankung/diabetes_t2?activeValueType=patients&activeLayerType=county&stateId=MV

fast 40 % die höchste Prävalenz auf, während in Rostock etwa 28 % der Erwachsenen betroffen sind.[11]

- **Arthrose und Osteoporose:** Der altersbedingte Abbau von Knorpelgewebe sowie eine verringerte Knochendichte führen bei vielen Menschen zu Schmerzen und Bewegungseinschränkungen. Arthrose kann nahezu alle Gelenke betreffen, tritt jedoch am häufigsten in Hüfte, Knie, Schulter und Wirbelsäule auf. Die Erkrankung führt zu Gelenkschmerzen und Funktionseinbußen, die die Lebensqualität der Betroffenen erheblich beeinträchtigen können. In Deutschland sind etwa 17,1 % der Erwachsenen ab 18 Jahren betroffen, wobei Frauen mit 21,6 % häufiger betroffen sind als Männer mit 12,4 %. Mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenz deutlich an: Bei den 65 bis 79-Jährigen liegt sie bei 32,2 %, bei den 80-Jährigen und älter bei 41,1 %. In Mecklenburg-Vorpommern sind etwa 15 % der Erwachsenen betroffen.[12]

Zu berücksichtigen ist, dass auch bei Personen über dem 60. Lebensjahr und insbesondere bei den genannten Krankheiten Gesundheitsförderung und Prävention vor den Erkrankungen schützen können. Wenn die aufgeführten Erkrankungen nicht mehr verhinderbar sind, sind sie zumindest gut behandelbar. Voraussetzung dafür sind eine frühzeitige Diagnose und eine kontinuierliche Therapie, um Folgeschäden zu vermeiden und die Lebensqualität aufrechtzuerhalten.

Die dargelegten Erkrankungen sind Beispiele für häufig auftretende chronische Krankheiten in dieser Altersklasse und die Aufzählung der möglichen Krankheiten daher nicht vollständig.

Altersklasse 80+: Multimorbidität und zunehmende Fragilität

Ab dem 80. Lebensjahr treten nicht nur einzelne chronische Erkrankungen, sondern zunehmend auch Multimorbidität auf – das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer chronischer Erkrankungen. Dies stellt die gesundheitliche Versorgung vor besondere Herausforderungen, da sich verschiedene Krankheitsbilder gegenseitig beeinflussen und die Therapie abgestimmt werden muss. Besonders häufig treten auf:

- **Demenz und kognitive Einschränkungen:** Neurodegenerative Erkrankungen wie die Alzheimer-Krankheit treten ab dem 80. Lebensjahr vermehrt auf und führen zu Einschränkungen in der Selbstständigkeit und der Lebensqualität. In Deutschland waren im Jahr 2023 1,8 Millionen Menschen an Demenz erkrankt. In Mecklenburg-Vorpommern lebten im gleichen Jahr 39.000 Menschen über 65 Jahren mit Demenz.[13] Auf die besonderen Herausforderungen der Demenz wird gesondert im weiteren Verlauf dieses Kapitels eingegangen.
- **Herzinsuffizienz:** Die nachlassende Leistungsfähigkeit des Herzens führt zu einer reduzierten körperlichen Belastbarkeit, Luftnot und Wassereinlagerungen. 2023 waren etwa 5 % der Menschen in Deutschland betroffen, wobei die Prävalenz bei den über 80-Jährigen 26 % erreicht. Für Mecklenburg-Vorpommern liegen keine Daten zu altersspezifischen Prävalenzen vor, jedoch waren in der Gesamtbevölkerung von Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2023 5,9 % betroffen.[14]
- **Chronische Nierenerkrankungen:** Durch die altersbedingte Abnahme der Nierenfunktion steigt das Risiko für Elektrolytstörungen, Medikamentennebenwirkungen und Bluthochdruck. In Deutschland sind etwa 10 % der Erwachsenen betroffen, wobei bei den über 70-Jährigen bis zu 38 % an fortgeschrittenen Stadien der Nierenerkrankung leiden. Der Anteil der erkrankten Personen in der Gesamtbevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern liegt mit 17 % deutlich höher als in der Bundesrepublik.[15]
- Frailty-Syndrom (Gebrechlichkeitssyndrom): Frailty (Gebrechlichkeit) stellt einen multidimensionalen geriatrischen Zustand erhöhter Anfälligkeit gegenüber externen Stressoren infolge des kumulativen Abbaus in multiplen physiologischen Systemen dar, welcher mit

11 RKI. (2017). Gesundheitsberichterstattung des Bundes: 12-Monats-Prävalenz von Bluthochdruck in Deutschland (Journal of Health Monitoring). Verfügbar unter: https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-007 ; AOK Nordost. (2025). *Mehr als jeder Dritte in MV hat Bluthochdruck*. Verfügbar unter: https://www.aok.de/pp/nordost/pm/mv-bluthochdruck/

12 RKI. (2024) Arthrose: Prävalenz (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Verfügbar unter: https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/KoerperlicheErkrankungen/MuskelSkelettErkrankungen/ArthrosePraevalenz/arthrosePraevalenz_node.html?darstellung=0&kennzahl=1&zeit=2019&geschlecht=1&standardisierung=0

13 Deutsche Alzheimer Gesellschaft. (2024). Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Verfügbar unter: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf; Bundesministerium für Bildung und Forschung. (2023). Neurodegenerative Erkrankungen – Wenn Nervenzellen zugrunde gehen. Verfügbar unter: https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/neurodegenerative-erkrankungen-wenn-nervenzellen-zugrunde-gehen-5947.php

14 Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). (2023). Gesundheitsatlas Deutschland. Herzinsuffizienz. Verfügbar unter: https://www.gesundheitsatlas-deutschland.de/erkrankung/herzinsuffizienz?activeValueType=praevalence&activeLayerType=state

15 Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (o.J.). Gesundes-Herz-Gesetz (GHG) – Chronische Nierenkrankheit (CKD) muss stärker berücksichtigt werden. Verfügbar unter: https://www.dgfn.eu/pressemeldung/gesundes-herz-gesetz-ckd-muss-staerker-berucksichtigt-werden.html#:~:text=Ab%20dem%2040.,%E2%80%9C&text=World%20Health%20Organization.,chronic%20respiratory%20diseases%20and%20diabetes; Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine. (2024). Study of Health in Pomerania (SHIP).

erhöhter Wahrscheinlichkeit für schlechte gesundheitsbezogene, und pflegebedingende Ereignisse ursächlich ist. Zu diesen Ereignissen zählen beispielsweise Stürze, Delir, oder fluktuierende Behinderung.[16] In dem ursprünglichen Frailty-Phänotyp Modell nach Fried et al. werden unterschiedliche Stadien anhand der Kriterien ungewollter Gewichtsverlust, subjektive Erschöpfung, Muskelschwäche, reduzierte Gehgeschwindigkeit und reduzierte allgemeine Aktivität unterschieden in Robust, Pre-Frail und Frail.[17] In Deutschland sind schätzungsweise etwa 25 bis 50 % der über 80-Jährigen von diesem Gebrechlichkeitssyndrom betroffen.[18] Für Mecklenburg-Vorpommern sind keine genauen Prävalenzangaben verfügbar, jedoch wird aufgrund der Altersstruktur auch hier ein vergleichbares Vorkommen angenommen.

- Es gibt eine Vielzahl von Instrumenten (Frailty Assessments) zur Erfassung von Frailty. Die Auswahl richtet sich stark nach dem Setting und nach pragmatischen Aspekten. Das Erfassen von Frailty hat einen prognostischen Wert, um Patient*innen zu erkennen, die einer erweiterten Diagnostik oder besonderer Aufmerksamkeit bedürfen, z. B. während einer OP-Planung und Narkoseführung oder systematischen Therapien.[19] Wie beispielsweise durch aktuelle randomisiert-kontrollierte Studien an älteren Krebspatient*innen unter systemischer Therapie gezeigt wurde, trägt die Erfassung von Frailty mittels geriatrischer Assessments (GA), gefolgt von einer Anpassung der onkologischen Behandlung sowie gezielten, auf Frailty ausgerichteten Interventionen dazu bei, die Verträglichkeit und Durchführbarkeit der Krebstherapie zu verbessern. Die Leitlinie der American Society of Clinical Oncology (ASCO) zur Erfassung und zum Management von Vulnerabilitäten bei älteren Erwachsenen unter systemischer Krebstherapie empfiehlt die Anwendung eines GA-Instruments in der Routineversorgung.[20] Beispielsweise könnte ein perioperatives Behandlungskonzept für Patient*innen mit Frailty besonderen Wert auf prähabilitative Elemente legen durch präoperative Ernährungssubstitution bei Mangelernährung, präoperatives Atemtraining und Delirprävention, wie Aufklärung von Patient*innen, Einbindung von Angehörigen, Fasttrack-Konzepte und Neuromonitoring zur Vermeidung einer zu tiefen Narkose.
- Die Implementierung von Standards und Protokollen für eine systematische Frailty-Erfassung und -Bewertung trägt dazu bei, die Qualität der Behandlung sowie die Sicherheit der Patient*innen mit Frailty-Syndrom zu verbessern. Die Clinical Frailty Scale (CFS) ist unter anderem auf Intensivstationen und in Notaufnahmen weit verbreitet, da sie einfach anzuwenden ist und sowohl auf Selbstauskünften als auch auf Fremdanamnesen basiert. Die Skala ermöglicht dem Untersuchenden den subjektiven Eindruck über den Gesundheitszustand der Patient*innen zu quantifizieren. Der Einsatz der CFS in Notaufnahmen hilft, Risikoprofile älterer Patient*innen besser zu erfassen und individuelle Therapie- sowie Versorgungsentscheidungen zu treffen.[21] Die frühzeitige Erfassung dieser Patient*innengruppe ermöglicht eine verbesserte individuelle Risikoabschätzung und trägt somit maßgeblich zur Optimierung der Patient*innenversorgung bei.

Demenz als besondere Herausforderung im Alter

Demenzielle Erkrankungen zählen zu den häufigsten geriatrischen Krankheitsbildern, wobei Demenz einen Oberbegriff für verschiedene Krankheiten darstellt. Gemäß ICD-10 ist Demenz ein Syndrom, das meist einer chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns folgt, woraufhin es zur Störung von Gedächtnis, Orientierung, Sprache und weiterer kortikaler und subkortikaler Funktionen kommen kann. Die kognitiven Beeinträchtigungen gehen häufig mit Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder dem Affekt und Antrieb einher. Die häufigste Demenzform ist die Alzheimer-Demenz, gefolgt von vaskulärer Demenz und frontotemporaler Demenz. Die Ursachen für die Entstehung von Demenzen sind vielfältig, fast die Hälfte der Risikofaktoren gilt als vermeidbar. Dazu zählen unter anderem Bewegungsmangel, Übergewicht und Rauchen. Demenz gilt als unheilbar, wobei seit den 1990er Jahren Medikamente zur symptomatischen Therapie der Alzheimer-Demenz verfügbar sind.

16 Benzinger et al. (2021). Klinische Bedeutung der Erfassung von Frailty. Z Gerontol Geriat 54, S. 285–296; Fried L.P. et al. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci; 56:M146-M156; KIM D.H. et al. (2024). Frailty in Older Adults. N Engl J Med; 391:538-548; Clegg A et al. (2013). Frailty in elderly people. Lancet 2013; 381:752-762; Cesari, M., et al. (2018). Frailty in older adults: An overview. Clinical Interventions in Aging, 13, 657–663.

17 Fried L.P. et al. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci; 56:M146-M156.

18 Jung, C., Bruno, R. R., Wernly, B., Wolff, G., Beil, M. & Kelm, M. (2020). Gebrechlichkeit als Prognosefaktor in der Intensivmedizin. Deutsches Ärzteblatt International, 117, 668–673.Verfügbar unter: https://www.aerzteblatt.de/archiv/gebrechlichkeit-als-prognosefaktor-in-der-intensivmedizin-abed6060-9813-4c50-83c5-8001b71a85f9

19 Schönenberger et al. (2022): Frailty als Herausforderung im klinischen Alltag. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther.57, S. 709–723. Verfügbar unter: https://tumorzentrum.insel.ch/fileadmin/Tumorzentrum-Bern/Dokumente/Expertengruppen/2022_An%C3%A4sthesiol_Intensivmed_Notfallmed_Schmerzther_Review_Sch%C3%B6nenberger_Frailty.pdf

20 Lenzen-Schulte, M. (2025). Geriatrische Supportivtherapie: Wie Ältere eine Krebstherapie leichter überstehen. Deutsches Ärzteblatt 122(4), S. A200–A204. Verfügbar unter: https://api.aerzteblatt.de/pdf/122/4/a200.pdf

21 Elliott Aet al. (2021). Does the clinical frailty scale at triage predict outcomes from emergency care for older people? Ann Emerg Med. 77(6), S.778-787.

Für die Diagnose von Demenz sind Eigen- und Fremdanamnese sowie eine neuropsychologische Testung nötig. Zur orientierenden Kurztestung von kognitiven Störungen können verschiedene „Papier-und-Bleistift"-Verfahren eingesetzt werden, z. B. der Mini-Mental-Status-Test (MMST), das Montreal Cognitive Assessment (MoCA) oder ein Uhrentest. Weiterführende Diagnostik ist zum Ausschluss anderer Ursachen geboten. Hierzu gehört eine Bildgebung des Kopfes und eine Blutentnahme. Zur ätiologischen Zuordnung und Differentialdiagnostik ist in einigen Fällen die spezialisierte Diagnostik erforderlich. Diese erfolgt durch neurologische Fachärzt*innen, in gerontopsychiatrischen Zentren oder spezialisierten Gedächtnisambulanzen beziehungsweise Memory-Kliniken. Eine wichtige Differentialdiagnose bei Demenz ist das Delir, das aufgrund einer akuten Erkrankung, als Komplikation operativer Eingriffe, aufgrund von Drogen- oder Medikamententoxizität auftritt und in der Regel reversibel ist. Aussagen zu Diagnostik, Therapie und Prävention von Demenzerkrankungen sind in der evidenz- und konsensusbasierten S3-Leitlinie Demenz von 2025 enthalten. Zur Abgrenzung sollte ebenso die S1-Leitlinie Delir und Verwirrtheitszustände beachtet werden.

In Mecklenburg-Vorpommern sind die bestehenden ambulanten und (teil-)stationären Angebotsstrukturen für Diagnostik, Behandlung, Pflege, niedrigschwellige Betreuung und Entlastung sowie Selbsthilfestrukturen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen regional sehr unterschiedlich ausgeprägt. Die Wartezeiten für ambulante Spezialist*innen betragen oft mehrere Monate, was die zeitgerechte Diagnostik und die frühe Einleitung von Maßnahmen unmöglich macht. Kritisch zu sehen ist weiterhin, dass es in Mecklenburg-Vorpommern laut einer Übersicht der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e. V. keine für die Bedarfe von Menschen mit Demenz spezialisierten Krankenhausstationen gibt. Es gibt jedoch Bestrebungen einzelner Krankenhäuser, sich auf den Weg zu machen, demenzsensibel zu werden, beispielsweise die Universitätsmedizin Greifswald. Im Hinblick auf demenzsensible Strukturen besteht das Risiko, die als besonders vulnerabel geltende Gruppe in separaten Einrichtungen zu exkludieren und ihr so die für ihre Gesundheit wichtige Teilhabe zu verwehren. Deshalb müssen bei der Einrichtung von demenzsensiblen Strukturen, diese so geplant sein, dass das Risiko minimiert wird. Eine weitere Herausforderung im Krankenhaus-Setting für Menschen mit Demenz stellen Notaufnahmen dar. Durch Wissensvermittlung zur Kommunikation und im Umgang mit Menschen mit Demenz besteht Potential, damit das gesamte Krankenhaus-Team Betroffene adäquat begleiten kann. Hilfestellungen geben Praxisleitfäden auf bundesweiter Ebene.

Im Hinblick auf die Versorgung von Menschen mit Demenz in Mecklenburg-Vorpommern positiv hervorzuheben sind die im Land existierenden Pflegestützpunkte und die Deutsche Alzheimer Gesellschaft Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e. V. (DAlzG LV M-V; Förderung durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport M-V), die neben Hausärzt*innen häufig die ersten Anlaufstellen bei Verdacht auf Demenz sind. Insbesondere die Erreichbarkeit der verschiedenen Angebote kann durch den Einsatz digitaler Tools erhöht werden, z. B. durch den unterstützenden Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) bei der Beratung von Angehörigen. Die Landesfachstelle Demenz in Trägerschaft der DAlzG LV M-V will im Land MV einen verbesserten Zustand für die Versorgung und die Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen bewirken. Die DAlzG LV M-V als einzige Selbsthilfeorganisation im Bereich der Pflege und Sorge für Menschen mit Demenz und deren Angehörige auf Landesebene initiiert seit 2008 niedrigschwellige Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen für Betroffene sowie Entlastungsstrukturen für die An- und Zugehörigen. Hierbei erfolgt die Verknüpfung mit den erprobten Instrumenten des Kompetenzzentrums Demenz (KoDem 2.0), beispielsweise Demenz-Partner-Schulungen und der Weiterbildung Demenz (WDB) der GeriCoach-Ausbildung. Weiterbildungen sollten auf die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Umgang und der Kommunikation mit Betroffenen und auf tertiärpräventive Maßnahmen bei Demenz eingehen. Zudem gilt es Unsicherheiten zu rechtlichen Fragen, z. B. bezüglich Patient*innenverfügung, Fahrtüchtigkeit und rechtlicher Betreuung, auszuräumen. Das KoDem 2.0 betreibt den Demenzkompass, der die vielfältigen Angebote für Betroffene und Angehörige im Land bündelt. Eine weitere wichtige Struktur im Land stellen Gedächtnisambulanzen dar, die sich in verschiedenen Regionen etabliert haben und als spezialisierte Einrichtungen auf die Früh- und Differentialdiagnostik von Gedächtnisstörungen konzentriert sind.

In einem landeseigenen Demenzplan M-V wird das hier nur kurz dargestellte Thema Demenz detailliert beleuchtet.

Multimorbidität als zentrale Herausforderung der Altersmedizin

Multimorbidität ist eine der größten Herausforderun-

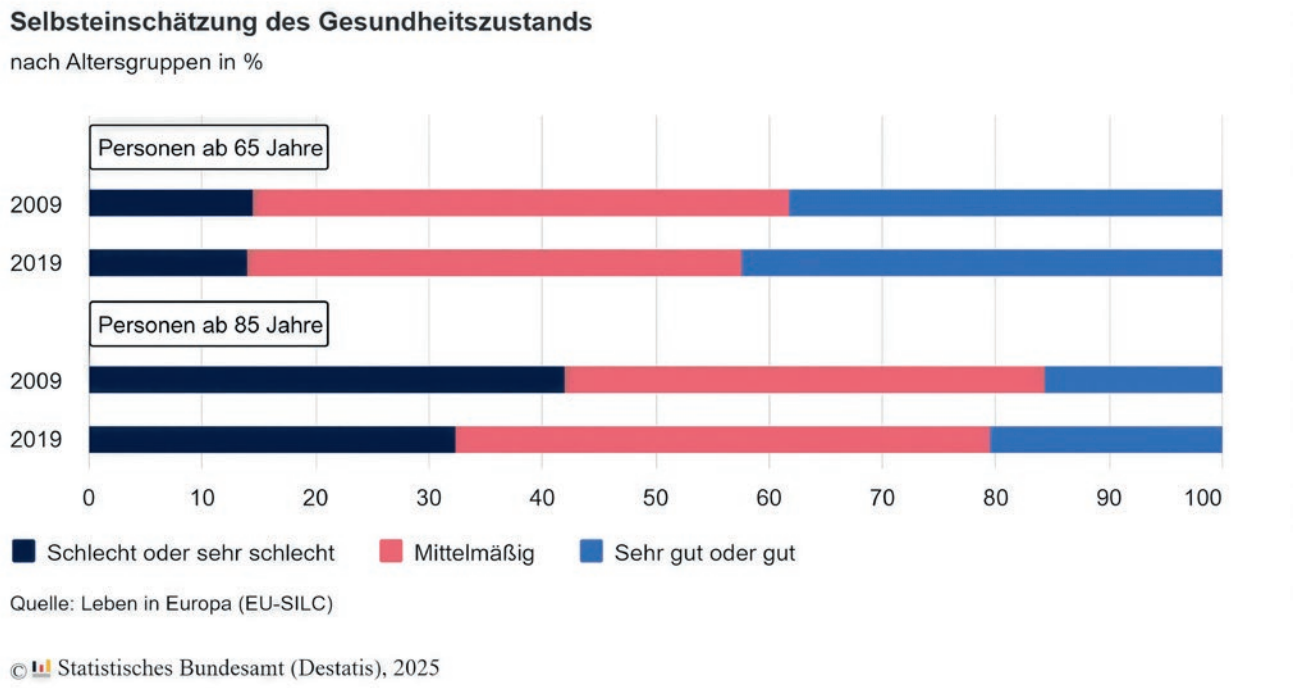


Abbildung 2: Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes nach Altersgruppen Quelle Destatis, 2025 [22]

gen in der geriatrischen Versorgung. Die gleichzeitige Behandlung mehrerer chronischer Erkrankungen erfordert eine interdisziplinäre Herangehensweise, um Therapiepläne zu koordinieren und unnötige Medikamenteninteraktionen (Polypharmazie) zu vermeiden. Besonders bei Hochbetagten ist eine individuelle, ganzheitliche Betrachtung notwendig, um eine Über- oder Unterversorgung zu verhindern und die bestmögliche Lebensqualität zu erhalten.

Die Unterschiede zwischen den Altersgruppen 60+ und 80+ zeigen, dass mit zunehmendem Alter nicht nur die Häufigkeit von Erkrankungen steigt, sondern auch die Komplexität der medizinischen Versorgung zunimmt. Dabei ist anzumerken, dass die im Vorfeld genannten alterskorrelierten Erkrankungsbilder und die damit verbundene Multimorbidität die durchschnittliche Erkrankungssituation der Bevölkerung beschreiben. Nicht selten kommt es jedoch auch zu einem früheren Auftreten geriatriespezifischer Syndrome. Aus diesem Grund muss die Versorgungssituation in Mecklenburg-Vorpommern auch diesen Patient*innenbedürfnissen gerecht werden. Nicht das kalendarische Alter, sondern die individuelle Komplexität der Krankheitsbilder sind entscheidend. Zudem sind eine frühzeitige Prävention, engmaschige Betreuung und eine sektorenübergreifende Versorgung essenziell, um altersbedingten Erkrankungen bestmöglich entgegenzuwirken.

Doch auch wenn mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten gesundheitlicher Beeinträchtigungen ansteigt, zeigen Befragungen, dass viele Menschen ihre eigene Gesundheit bis ins hohe Alter als positiv einschätzen. Im Jahr 2019 schätzten 42 % der Personen ab 65 Jahren in Deutschland ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein, ein Anstieg von vier Prozentpunkten seit 2009. Demgegenüber stehen 14 % der Personen ab 65 Jahren die ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht empfinden (2009: 15 %). Unter den Personen über 85 Jahren fühlte sich 2019 jede fünfte Person (20 %) gesund. Im Jahr 2009 lag dieser Anteil bei 16 %. Besonders bei den über 85-Jährigen ist der Anteil derjenigen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht einschätzen deutlich gesunken, von 42 % in 2009 auf 33 % in 2019. [22]

Arzneimittelversorgung im Alter

Multimorbidität und die damit einhergehende Behandlung meist mehrerer, parallel vorliegender Krankheiten prägt die Arzneimittelversorgung. Medikamente können bei chronischen Erkrankungen Beschwerden lindern und die Lebenszeit verlängern, gleichzeitig bergen sie aber auch Risiken. Aufgrund körperlicher Veränderungen wirken Medikamente im Alter oft stärker und verursachen eher Nebenwirkungen. Durch weniger Wasser, mehr Fett, verändertes Gewebe sowie eine nachlassende Funktion

22 Destatis. (2025). Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/_Grafik/_Interaktiv/gesundheitszustand-alter.html

von Leber und vor allem Niere steigt die Empfindlichkeit gegenüber Arzneimitteln. Außerdem sind die gewohnten Kompensationsmechanismen des Körpers eingeschränkt. 43 % der Patient*innen erhalten mehr als fünf Wirkstoffe gleichzeitig, was das Risiko für unerwünschte Arzneimittelereignisse zusätzlich steigert. [23]

In der Arzneimitteltherapie im Alter bestehen große Wissenslücken, da an den Zulassungsstudien für Arzneimittel sehr alte Menschen oder Menschen mit einigen alterstypischen Erkrankungen oft nicht teilnehmen. Die Medikamente sind hinsichtlich ihrer Wirksamkeit im Alter daher viel weniger untersucht.

Vier große Gruppen von Arzneimitteln werden älteren Menschen am häufigsten verordnet. An erster Stelle stehen Präparate gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, darunter auch Blutgerinnungshemmer. Eine zweite große Gruppe bilden Medikamente gegen Hormon- und Stoffwechselstörungen, die vor allem bei Fettstoffwechselproblemen, Diabetes und Schilddrüsenerkrankungen eingesetzt werden. Als drittes spielen Schmerzmittel eine zentrale Rolle, da viele ältere Menschen unter Gelenk- und Knochenbeschwerden leiden. Schließlich werden auch neuropsychiatrische Medikamente häufig verordnet, die auf das Nervensystem wirken und bei Schlaflosigkeit, Depression, Parkinson- Symptomen, Unruhe, Gedächtnisstörungen und aggressivem Verhalten eingesetzt werden.

Dabei sind nicht alle Medikamente für ältere Menschen ideal, weshalb es potentiell ungeeignete Medikamente (PIM) gibt. Nach einer Datenbankauswertung der AOK erhielt jeder zweite ältere Mensch im Jahr 2021 mindestens einmal im Jahr ein potentiell ungeeignetes Medikament.[24]

Besonders problematisch ist die Mehrfachmedikation, da sich Wirkstoffe dabei gegenseitig beeinflussen und Nebenwirkungen verstärken können. Typische Beschwerden wie Schwindel, Benommenheit, Verwirrung, Stürze, Mundtrockenheit, Übelkeit, Bauchschmerzen, Verstopfung, Probleme beim Wasserlassen und Schlafstörungen sind häufig Folgen solcher Wechselwirkungen, werden aber leicht mit normalen Alterserscheinungen verwechselt. Daher ist es empfehlenswert, die Medikamentenliste einmal im Jahr gemeinsam mit der/dem Ärztin/Arzt oder in der Apotheke kritisch zu überprüfen und gegebenenfalls zu reduzieren. Für eine umfassende Auswertung ist eine vollständige Übersicht aller eingenommenen Präparate essentiell, da auch freiverkäufliche Arzneimittel, pflanzliche Mittel und Nahrungsergänzungsmittel Einfluss auf die Arzneimitteltherapie haben können.

Als Orientierungshilfe bei der Verordnung und Beratung dient die Priscus-Liste. Sie enthält eine umfangreiche Übersicht von Medikamentenwirkstoffen, die für ältere Menschen als potentiell ungeeignet gelten und deshalb mit besonderer Vorsicht eingesetzt werden sollten. Sie unterstützt Ärzt*innen und Apotheker*innen dabei, Alternativen zu finden, Dosierungen anzupassen und die Medikation regelmäßig zu überprüfen. Gibt die Priscus-Liste Hinweise auf mögliche Probleme, sollten diese immer mit den behandelnden Ärzt*innen besprochen, die Arzneimittel aber auf keinen Fall selbstständig abgesetzt werden.

In der Apotheke können Patient*innen mit Polymedikation oder bei erheblicher Um-stellung kostenfrei alle zwölf Monate eine pharmazeutische Prüfung ihrer Gesamt-medikation inklusive der Selbstmedikation erhalten. Für potenziell klinisch relevante arzneimittelbezogene Probleme werden Lösungen erarbeitet. Mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten erhält die hauptverordnende Ärztin oder Arzt den aktuali-sierten Medikationsplan und einen Bericht.

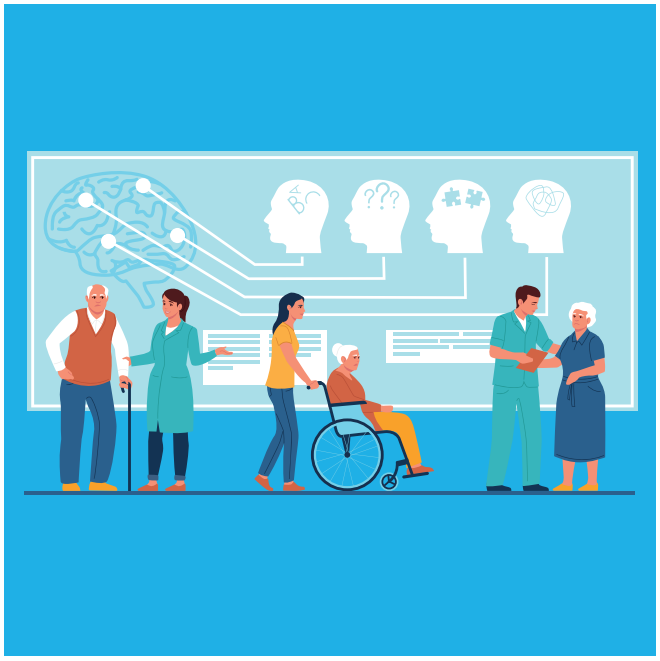
Weitere Informationen können u.a. in der Broschüre des Bundesministeriums für Bildung und Forschung eingesehen werden.[25]

23 WIdO. (2023). Pressemitteilung. Verfügbar unter: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/News/Pressemitteilungen/2023/wodo_arz_pm_priscus-arzneimittel_0923.pdf#:~:text=8%2C3%20Millionen%20%C3%A4ltere%20Menschen%20in%20Deutschland%20haben,Analyse%20des%20Wissenschaftlichen%20Instituts%20der%20AOK%20(WIdO)

24 WIdO. (2023). Pressemitteilung. Verfügbar unter: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/News/Pressemitteilungen/2023/wodo_arz_pm_priscus-arzneimittel_0923.pdf#:~:text=8%2C3%20Millionen%20%C3%A4ltere%20Menschen%20in%20Deutschland%20haben,Analyse%20des%20Wissenschaftlichen%20Instituts%20der%20AOK%20(WIdO)

25 Bundesministeriums für Bildung und Forschung (o.J.). Medikamente im Alter - Welche Wirkstoffe sind ungeeignet? Verfügbar unter: https://www.bmftr.bund.de/SharedDocs/Publikationen/DE/6/30751_Medikamente_im_Alter.pdf?__blob=publicationFile&v=4

2. Geriatrische Medizin





2.1. Definitionen und Prinzipien geriatrischer Versorgung

Die **Geriatrie** umfasst als medizinische Spezialdisziplin alle körperlichen, geistigen, funktionalen und sozialen Aspekte der Versorgung älterer Menschen – einschließlich der Behandlung akuter und chronischer Erkrankungen, der Rehabilitation, der Prävention sowie der Begleitung am Lebensende. Sie betrachtet sowohl die Altersveränderungen als auch die typischen Altersprobleme und deren Wechselwirkungen und ist grundsätzlich Querschnittsmedizin. Ziel ist es, die Selbstständigkeit und Lebensqualität zu erhalten und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Kernelemente der Altersmedizin sind neben einem interdisziplinären und multiprofessionellen Behandlungsansatz das therapeutische Team und die Verwendung eines strukturierten geriatrische Assessments, das das Maß an Selbstständigkeit und Hilfsbedürftigkeit misst. [26]

Wesentlich für die Abbildung des Gesundheitszustandes einer/eines altersmedizinischen Patient*in ist die Erfassung der funktionalen Gesundheit, welche die physischen und psychischen Fähigkeiten von Personen beschreibt, Alltagsanforderungen zu erfüllen, wie z. B. selbstständig eigenen Grundbedürfnissen nachzugehen (Körperpflege zu betreiben und weitere alltägliche Aufgaben auszuüben).[27] Einschränkungen der funktionalen Gesundheit können dazu führen, dass Alltagsanforderungen erschwert oder gar nicht mehr geleistet werden und auch Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI besteht. Funktionale Gesundheit wird nach dem ICF-Modell (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) verstanden.[28] Dieses bio-psycho-soziale Modell stellt ab auf die Wechselwirkungen zwischen Gesundheitsproblem, Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten, Partizipation sowie umwelt- und personenbezogenen Faktoren.

Eine **geriatrische Patientin oder ein geritrischer Patient** ist gekennzeichnet durch eine verminderte funktionale Gesundheit, Multimorbidität und chronische Erkrankungen. Dies kann sich unter anderem in einem gesteigerten Risiko für Komplikationen, Folgeerkrankungen sowie dem Verlust der Autonomie äußern. Hauptursachen schlechter funktionaler Gesundheit sind das Auftreten von Immobilität, intellektuelle Einschränkungen (Demenz, Delir), Inkontinenz, chronischen Schmerzen, Insomnie (Schlafstörungen), Fehl- und Mangelernährung, erhöhter Sturzneigung, Seh- und Hörbeeinträchtigungen sowie eine hohe Medikamentenbelastung. Bedingt durch physiologische Veränderungen im Alter wie veränderter Muskelmasse und Stoffwechselprozesse und auftretender Frailty, (siehe Kapitel 1) kommt es zu Funktionsstörungen und sozialen Beeinträchtigungen, was zu einem Verlust der Alltagskompetenz und Selbstständigkeit führen kann. Zudem zeigen geriatrische Patient*innen häufig unspezifische Symptome sowie einen verzögerten Krankheitsverlauf.[29] Mit Auftreten funktionaler Einschränkungen steigt das Risiko funktionaler Verluste und damit von Pflegebedarf. Positiv ist jedoch, dass die Krankheiten, die ursächlich für die Entstehung funktionaler Einschränkungen beziehungsweisefunktionaler Verluste sind, der Prävention und Rehabilitation gut zugänglich sind.[30]

Somit zeigt sich, dass unter der zugrunde gelegten Definition von Geriatrie, Personen mit geriatrietypischer Multimorbidität sowie höherem Lebensalter (70+) beziehungsweise alle Personen ab 80 Jahren per se als geriatrisch eingestuft werden können. Selten – und vor allem bei Vorliegen einer erheblichen Multimorbidität - können auch Personen jüngeren Lebensalters (60+) bereits dieser Gruppe zugeordnet werden. Demnach sollten bei Personen in der Versorgung in unterschiedlichen Settings altersmedizinische Besonderheiten Berücksichtigung finden:

- atypische Krankheitsverläufe im Alter (unspezifische Symptome),
- gesundheitliche Probleme, die bei Jüngeren quasi nicht auftreten,
- Medikamente wirken bei älteren Menschen anders,
- Multimorbidität (gleichzeitiges Bestehen mehrerer Krankheiten)
- Polypharmazie (gleichzeitige, dauerhafte Einnahme von mindestens fünf Medikamenten)

26 Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG). (o.J.). Was ist Geriatrie? Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. Verfügbar unter: https://www.dggeriatrie.de/ueber-uns/was-ist-geriatrie ; Bundesverband Geriatrie. (o.J.). Geriatrie ist eine Spezialdisziplin - interdisziplinär und ganzheitlich. Verfügbar unter: https://www.bv-geriatrie.de/verband/%C3%BCber-uns/wir-ueber-uns.html ; UEMS. (o.J.) Geriatric medicine. Verfügbar unter: https://uemsgeriatricmedicine.org/uk.php

27 Tesch-Römer C et. L. (2009). Wer sind die Alten? Theoretische Positionen zum Alter und Altern. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T. Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI. Berlin, S. 7-20.

28 World Health Organization (WHO). (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (Hrsg.). Genf.

29 DGG, Bundesverband Geriatrie (BVG), Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG). (2012). Positionspapier zur Identifizierung geriatrischer Patienten in Notaufnahmen in Deutschland. DGG. Verfügbar unter: https://www.dggeriatrie.de/images/Dokumente/120619_Positionspapier-Notaufnahme-DGG.pdf; Springer Medizin. (2018). Der geriatrische Patient In Repititorium Geriatrie. Springer Medizin. Verfügbar unter: https://www.springermedizin.de/der-geriatrische-patient/16164678

30 Menning S. et al. (2009) Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T. Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI Berlin, 2009, S. 62-78.

- Frailty (Gebrechlichkeit),
- Erfordernis eines ganzheitlichen Behandlungsansatzes,
- verzögerte Therapieerfolge und verzögerter Krankheitsverlauf,
- zusätzlicher Bedarf an sozialer Unterstützung,
- Fokus auf Erhalt des funktionellen Status und der Lebensqualität.[31]

Hierbei ist ebenso zu beachten, dass auch für jüngere Menschen eine geriatrische Versorgungsnotwendigkeit und ein Rechtsanspruch besteht. Entscheidend ist nicht das Lebensalter, sondern das Vorliegen geriatrischer Multimorbidität und funktioneller Einschränkungen.

Multiprofessionelles Team

Geriatrische Versorgung erfolgt im therapeutischen Team und verfolgt einen ganzheitlichen, interdisziplinären und multiprofessionellen Behandlungsansatz. Der/Die geriatrische Patient*in mit den An- und Zugehörigen steht dabei im Mittelpunkt, mit dem Ziel, die/den Patient*in dabei zu unterstützen, eigene Ziele zu erreichen. Geriatrische Konzepte werden prozessorientiert in multiprofessioneller Teamarbeit unter ärztlicher Leitung umgesetzt. Im nichtstationären Bereich ist eine enge Kooperation in regionalen Netzwerken notwendig.

Die enge Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit Angehörigen ist zentral und Teil der regionalen, sektorenübergreifenden Versorgung. Diese Struktur sichert die Qualität der geriatrischen Versorgung vor Ort. So erfordert die Geriatrie ein strukturiertes Zusammenwirken eines multiprofessionellen Teams auch anderer Fachrichtungen und über die Sektorengrenzen hinaus.

Substitution und Delegation ärztlicher Leistungen in der geriatrischen Versorgung

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und zunehmender ärztlicher Versorgungsengpässe kommt der Delegation und besonders der Substitution ärztlicher Leistungen in der geriatrischen Versorgung eine wachsende Bedeutung zu. Ziel ist es, ärztliche Ressourcen gezielt einzusetzen und zugleich eine bedarfsgerechte, kontinuierliche Versorgung multimorbider älterer Patient*innen sicherzustellen.

Die Delegation ärztlicher Leistungen an qualifizierte nichtärztliche Gesundheitsberufe ist rechtlich etabliert und umfasst unter anderem standardisierte Assessments, Verlaufsbeobachtungen, Beratungsleistungen sowie koordinierende Tätigkeiten im Rahmen des Case- und Care-Managements. Die ärztliche Verantwortung verbleibt hierbei bei der delegierenden Ärztin beziehungsweise dem delegierenden Arzt.

Die Substitution ärztlicher Leistungen, also die eigenständige Übernahme definierter ärztlicher Tätigkeiten durch entsprechend qualifizierte Berufsgruppen, ist bisher auf Grundlage von §§ 63, 64 und 64d SGB V im Rahmen von Modellvorhaben möglich. Diese setzt klar geregelte Qualifikationsanforderungen, Verantwortlichkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen voraus.

In Mecklenburg-Vorpommern bestehen bislang keine flächendeckend etablierten Substitutionsmodelle in der geriatrischen Versorgung; entsprechende Ansätze sind überwiegend punktuell oder projektbezogen umgesetzt. Angesichts der besonderen Herausforderungen eines Flächenlandes bietet die Weiterentwicklung strukturierter Substitutionsmodelle jedoch ein relevantes Potenzial zur Sicherung und Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung.

Mit dem beschlossenen und am 01.01.2026 in Kraft getretenen Befugniserweiterungs- und Entbürokratisierungsgesetz in der Pflege (BEEP) sollen die vielfältigen Kompetenzen von professionell Pflegenden besser genutzt werden, um eine ortsnahe und aufeinander abgestimmte pflegerische sowie gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zu sichern. Pflegefachpersonen sollen künftig neben Ärzt*innen eigenverantwortlich weitergehende Leistungen und bisher Ärzt*innen vorbehaltene Leistungen in der Versorgung erbringen können.

Assessments

Der geriatrische Arbeitsansatz nutzt das Comprehensive Geriatric Assessment (CGA), welches einen multidimensionalen, patient*innenzentrierten, multidisziplinären diagnostischen und therapeutischen Prozess darstellt. Durch Anwendung des CGA sollen die Aspekte des bio-psycho-sozialen Modells funktionaler Gesundheit (ICF) abgebildet werden, so dass die medizinischen, psychischen und funktionellen Probleme älterer Menschen mit Gebrechlichkeit strukturiert ermittelt werden. Auf dieser Basis kann ein koordinierter und integrierter

31 Freud, H. (2013). Altersmedizin und Geriatrisches Assessment. NeurologiePsychiatrie 1:24-31.

Plan für die Behandlung und Nachsorge entwickelt werden.[32] Ziel des Prozesses ist, Ressourcen und Risiken älterer Menschen zu katalogisieren, um darauf aufbauend gezielte Unterstützungsbedarfe zu ermitteln, das Behandlungsziel zu definieren und einen koordinierten Behandlungs- und Pflegeplan aufzustellen, der auch als Verlaufskontrolle dienen kann.[33] Die Wünsche der Patient*innen und Angehörigen sollen dabei berücksichtigt werden. Die Ergebnisse dienen ebenso der Ableitung präventiver Maßnahmen als auch der Ermittlung von Rehabilitationspotential und helfen prognostische Aussagen über die Entwicklung von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit zu treffen.[34] Die Ergebnisse unterstützen auch die Versorgungsplanung der Palliativ- und End-of-Life-Pflege.

Das Assessment bewertet Gesundheitszustand, Mobilität, Alltagskompetenz sowie familiäre Ressourcen und Lebenssituation. Standardisierte Tests erfassen Veränderungen, Rehabilitationspotenziale und verborgene Ressourcen. Das Assessment unterstützt auch die gezielte Weiterleitung in nichtstationäre oder stationäre Versorgung und erfolgt nach einem Screening.

In der Praxis empfiehlt sich im Kontext ein abgestuftes Vorgehen:

- Screening-Assessment: Identifikation geriatrischer Patient*innen mit standardisierten Fragebögen (z.B. Lachs- oder ISAR-Screening. Bei Bedarf folgt ein Basis-Assessment.
- Basis-Assessment: Bewertung von Mobilität, Selbsthilfe, Kognition, Affekt und sozialer Situation mittels standardisierter Verfahren (z. B. Timed-Up and Go Test, Mini-Mental Status Examination Test, Barthel-Index, etc.).
- Erweitertes Assessment: Bei Bedarf weitere Untersuchungen zum Ernährungsstatus, Dekubitusrisiko, Sprach- und Schluckstörungen oder krankheitsspezifischen Einschränkungen (z. B. Parkinson, Schlaganfall).

Bei Aufnahme in die spezialisierte Versorgung erfolgt eine ganzheitliche Befunderhebung durch das geriatrische Team.

Wie bereits festgestellt, ist die frühzeitige Indikationsstellung für die Behandlungsplanung essenziell. Der Aufwand eines geriatrischen Therapiekonzepts ist allerdings nur gerechtfertigt, wenn typisch geriatrische Patient*innen, die von einem solchen Konzept auch mit hoher Wahrscheinlichkeit profitieren werden, zuverlässig identifiziert und zeitnah einer entsprechenden geriatrischen Behandlung zugeführt werden können. Demnach sollen Patient*innen mit einem positiven Basisscreening schnellstmöglich

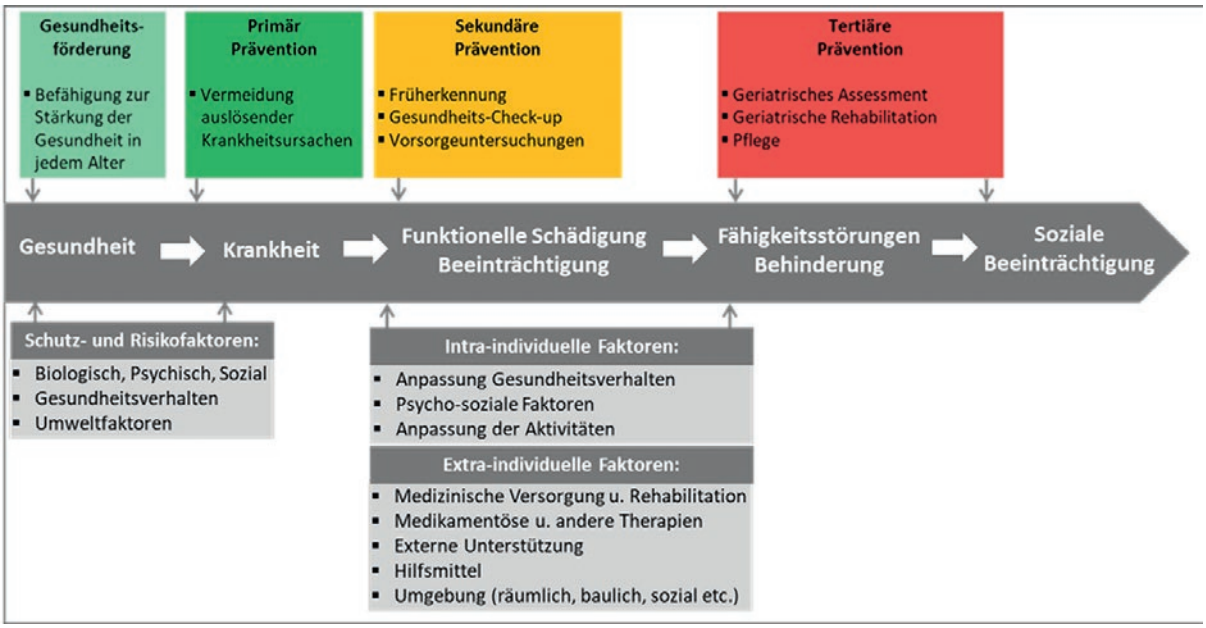


Abbildung 3: Geriatrische Versorgung im Kontinuum der Entstehung von Behinderung und Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an WHO,1980[37]; Verbrugge L.M. et al.,1994[38], Dapp U. et al., 2008[39]

32 Rubenstein LZ, Rubenstein LV. Multidimensional Geriatric Assessment. In: Fillit HM, Rockwood K, Woodhouse K. (Hrsg.). Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 7. Aufl., Saunders Elsevier, Philadelphia, 2010, S. 211-217.
33 Stuck AE et al (1993). Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet 1993; 342:1032-1036.
34 von Renteln-Kruse W. (2004) Geriatrische Methodik und Versorgungsstrukturen. In: von Renteln-Kruse W (Hrsg.). Medizin des Alterns und des alten Menschen. 1. Aufl., Steinkopff Verlag, Heidelberg; Eine Übersicht standardisierter CGA-Instrumente bietet die S1-Leitlinie Geriatrisches Assessment der Stufe 2, Living Guideline (2025). AWMF-Register-Nr. 084-002LG, Verfügbar unter https://register.awmf.org/assets/guidelines/084-002l_S1_Geriatrisches-Assessment-Stufe-2_2025-02.pdf

in eine spezialisierte Versorgungseinheit überführt werden, um das bestmögliche Outcome zu erzielen.

Sinnvolle Instrumente wie Screenings (ISAR-Score), Assessments und Delir-Konzepte dürfen nicht als „kostenloses Zusatzangebot" verstanden werden. Jede im Plan geforderte Maßnahme benötigt eine hinterlegte Refinanzierung und personelle Unterlegung.

Geriatrische Versorgung im Kontinuum

Ein wichtiger Ansatzpunkt geriatrischer Versorgung zielt ab auf Prävention von Langzeitpflege, Verzögerung oder bestenfalls Verhinderung von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit sowie Vermeidung beziehungsweise Verzögerung des Auftretens des geriatrischen Syndroms der Gebrechlichkeit (Frailty, siehe Kapitel 1) beziehungsweise dem Auftreten unerwünschter Ereignisse infolge des Syndroms.[35] Darauf aufbauend lassen sich unterschiedliche Ansatzpunkte für präventive, versorgende und pflegerische Maßnahmen anhand eines Modells zur Entstehung von Behinderung und Hilfs- und Pflegebedürftigkeit ableiten.

Durch das Auftreten von Erkrankungen, kann es zu funktionalen Störungen und Verlusten (im Sinne der funktionalen Gesundheit, s. o.) kommen, die wiederrum zu Behinderung und Beeinträchtigung im Alltag führen können. Der Schutz vor Risikofaktoren kann helfen, auf die Entstehung von Funktionsverlusten und damit Hilfs- und Pflegebedürftigkeit einzuwirken. Das Modell bietet damit eine Möglichkeit, unterschiedliche Zielgruppen innerhalb der heterogenen älteren Bevölkerung aufzustellen, die bei der Abgabe von Handlungsempfehlungen nach Versorgungssetting unterschieden werden können. Daran orientiert sich auch der Aufbau dieses Geriatrieplans.

2.2. Versorgungsstrukturen

Geriatrische Patient*innen bedürfen je nach individueller gesundheitlicher Situation einer auf ihre Bedürfnisse und Erfordernisse zugeschnittenen, qualifizierten medizinischen Versorgung. Grundsätzlich gilt dabei ambulant vor stationär (§ 13 SGB V XII) sowie Prävention und Rehabilitation vor Pflege (§ 31 SGB XI). Nachfolgend sind die Aufgaben und Maßnahmen der einzelnen Sektoren aufgeführt, die gegenwärtig in MV zur Versorgungsstruktur gehören.

In der Versorgung von geriatrischen Patient*innen wird grundsätzlich zwischen nichtstationärer, stationärer und sektorenübergreifender Versorgung unterschieden. An dieser Stelle soll die Versorgung in diesen Bereichen nur kurz aufgezeigt werden; die Details werden in den entsprechenden Kapiteln näher beschrieben.

In der nichtstationären beziehungsweise nichtvollstationären Versorgung ist die hausärztliche Praxis die erste Anlaufstelle für geriatrische Patient*innen zu Hause und in Pflegeheimen. Neben allgemeinen Leistungen wie der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln kann bei Bedarf ein geriatrisches Basis-Assessment angeboten werden. Fachärztliche Expertise und delegierbare Leistungen unterstützen die nichtstationäre Versorgung. Programme wie qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenz ((NäPA), siehe Kapitel 4) helfen dabei. Bei speziellen geriatrischen Behandlungsbedarfen kann zur spezialisierten Diagnostik und Behandlung überwiesen werden.

Im Rahmen einer multiprofessionellen Versorgung geriatrischer Patient*innen ist die Palliativmedizin als ein möglicher Teil des Versorgungsteams zu verstehen. Es ist jedoch deutlich zwischen einem geriatrischen Behandlungsansatz und der Palliativversorgung zu unterscheiden. Für die meisten geriatrischen Patient*innen steht ersterer im Vordergrund. Da aber am Lebensende auch die Palliativversorgung zunehmend an Bedeutung gewinnen kann, können beide Aspekte in der Praxis eine Rolle spielen. Der konkrete Behandlungsbedarf sollte jeweils über entsprechende Assessments festgestellt werden.

Die (voll-)**stationäre** Versorgung geriatrischer Patient*innen erfolgt in Krankenhäusern nach § 108 SGB V sowie in Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V. Der Krankenhausplan MV regelt bisher die geriatrische Frührehabilitative Komplexbehandlung (Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 8-550). Mit Inkrafttreten des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) wird die spezialisierte geriatrische Versorgung in der Leistungsgruppe (LG) 56 „Geriatrie" erfasst, wobei die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung gemäß OPS 8-550 die Zuordnungsvoraussetzung

35 Fried LP et al. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56:M146-M156.

darstellt. Nach einer stationären Behandlung ist oft eine weiterführende ambulante oder stationäre Rehabilitation notwendig, da die frührehabilitative Behandlung nicht fallabschließend ist. Das System bietet eine hochwertige, gestufte Versorgung geriatrischer Patient*innen, die je nach Bedarf kombiniert wird.[36]

Akutgeriatrische Tageskliniken versorgen Patient*innen mit akutmedizinischem Bedarf, die außerhalb der Behandlungszeiten selbstständig sind. Die Behandlung erfolgt in diesem Falle teilstationär und stellt eine Alternative zur vollstationären Behandlung dar bzw. ergänzt diese. Patient*innen mit vorwiegend rehabilitativem Bedarf und gesicherter häuslicher Versorgung können in mobilen oder ambulant-rehabilitativen Strukturen behandelt werden (AGR, MGR), die in MV jedoch derzeit fehlen. Stationär stehen akutgeriatrische Kliniken, Fachabteilungen für Geriatrie und geriatrische Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung, was eine bedarfsgerechte, gestufte Behandlung ermöglicht.

Die Versorgung geriatrischer Patient*innen erfordert aufgrund von Multimorbidität, funktionellen Einschränkungen und häufig bestehendem Pflegebedarf eine enge **intersektorale** sowie multiprofessionelle **Zusammenarbeit** verschiedener medizinischer und nichtmedizinischer Akteure. Die gesundheitlichen und sozialen Bedarfe älterer Menschen überschreiten in der Regel die Grenzen einzelner Versorgungssektoren und machen eine kontinuierliche, abgestimmte Versorgung über ambulante, akutstationäre und rehabilitative Strukturen hinweg notwendig.

Geriatrische Patient*innen weisen häufig sowohl akutmedizinische als auch rehabilitative Behandlungsbedarfe auf, die sich zeitlich überlappen oder parallel bestehen können. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit klar definierter Zuordnungskriterien sowie sektorenübergreifender Behandlungskonzepte, um Versorgungslücken und unnötige Versorgungsbrüche zu vermeiden. In der Praxis erschweren jedoch unterschiedliche rechtliche Rahmenbedingungen, insbesondere die Trennung der Leistungszuständigkeiten nach SGB V und SGB IX, eine durchgängige sektorübergreifende Betreuung. Flächendeckend etablierte geriatrische Versorgungsnetzwerke bestehen bislang nicht. Erste Ansätze gibt es aber mit dem Gerio-Verbund der Region Rostock.

Ein wesentlicher Bestandteil integrierter geriatrischer Versorgung ist die ambulante Versorgung. Niedergelassene Hausärzt*innen übernehmen hierbei regelhaft die primäre Koordination der Behandlung, unterstützt durch fachärztliche Expertise entsprechend der jeweiligen Indikation.

Die Zusammenarbeit erfolgt sowohl sektorenübergreifend mit stationären Einrichtungen als auch interdisziplinär mit weiteren ambulanten Leistungserbringern. Solche kooperativen Versorgungsformen ermöglichen die frühzeitige Identifikation geriatrischer Behandlungsbedarfe, eine strukturierte Steuerung der Behandlungsverläufe sowie die Sicherstellung der Versorgungskontinuität. Angesichts der Multimorbidität und funktionellen Einschränkungen geriatrischer Patient*innen ist eine ausschließlich sektorale Versorgung in der Regel nicht geeignet, eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Behandlung zu gewährleisten.

Unterstützend für die Zusammenarbeit kann auch die elektronische Patientenakte (ePA) sein. Sie ist seit dem 1. Oktober 2025 für alle relevanten Leistungserbringer im Gesundheitswesen verpflichtend. Sie bündelt wichtige Gesundheitsdaten wie Befunde, Diagnosen, Medikationslisten und Arztbriefe, um eine umfassende und transparente Versorgung zu ermöglichen. Der Zugriff erfolgt, wenn Patient*innen in der Arztpraxis durch das Einstecken der ePa die Zugriffsberechtigung erteilen. Daraufhin erhält die Praxis automatisch für 90 Tage Zugriff auf die ePA-Daten. Zudem ist in Notfällen ein gesonderter, eingeschränkter Zugriff auf wesentliche Gesundheitsdaten möglich. Um Informationsverluste zu vermeiden und den Austausch von Behandlungsdaten in die ePA aber auch abseits der ePA sicherzustellen, wird die Nutzung einer KIM-Adresse als zusätzliches Kommunikationselement empfohlen. So können weitere Versorgungsschritte bereits im Rahmen von Entlassungs- oder Verlegungsprozessen effizient organisiert werden.

Ein weiteres zentrales Bindeglied innerhalb der Versorgungskette geriatrischer Patient*innen sind stationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtungen. Sie fungieren häufig als Schnittstelle zwischen der akutstationären Krankenhausbehandlung und der weiterführenden ambulanten hausärztlichen sowie fachärztlichen Betreuung. Aufgrund der Vorhaltung spezifischer personeller, struktureller und organisatorischer Ressourcen stellen sie Kompetenzzentren der geriatrischen Versorgung dar und eignen sich als Basis für die Entwicklung intersektoraler geriatrischer Zentren.

Mögliche Versorgungsoptionen solcher Zentren sind:

36 Stand 2025

- Kombination aus stationärer, ambulanter und mobiler Rehabilitation
- Koordinierende Begleitung der geriatriespezifischen Weiterversorgung nach einer stationären Versorgung
- Angebot von geriatriespezifischen Präventionsmaßnahmen
- Demenz-Vorsorge, Memory-Klinik
- Spezialisierter geriatrischer Pflegeheim-Konsildienst
- Case- und Care-Management bei geriatrischen Patient*innen
- Ausbildungsträger beziehungsweise Partner geriatriespezifischer Weiterbildungen

Um die Übergänge der Versorgung verlässlich zu gestalten und eine Kontinuität sicherzustellen, bedarf es klar definierter Abläufe und einer abgestimmten Zusammenarbeit aller beteiligten Akteur*innen und kann durch einen definierten Versorgungspfad unterstützt werden. Ein Versorgungspfad beschreibt strukturierte und aufeinander abgestimmte Schritte im Behandlungs- und Versorgungsprozess über Sektorengrenzen hinweg. Er dient dazu, Zuständigkeiten, Kommunikationswege und Schnittstellen transparent zu machen und die Versorgung geriatrischer Patient*innen entlang ihres individuellen Bedarfs zu koordinieren.

Handlungsempfehlung Nr. 1: Netzwerkstrukturen, Versorgungspfad und koordinierter Versorgungsprozess

Ziel:
Die patient*innenorientierte, qualitativ hochwertige und effiziente geriatrischen Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg wird verbessert. Zudem wird der gesamte Versorgungsprozess für geriatrische Patient*innen standardisiert, koordiniert und patient*innenzentriert gestaltet, um Kontinuität, Qualität und Sicherheit über den gesamten Behandlungsverlauf hinweg zu gewährleisten. Dabei ist insbesondere die Akutgeriatrie zu stärken und der Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung (inkl. Entlassmanagement und Pflegestützpunkte) abzusichern.

Maßnahme:
Lokale Kooperationen und Konsiliardienste zwischen geriatrisch spezialisierten ambulanten und stationären Leistungserbringern sollen etabliert sowie verlässliche Kommunikationsstrukturen zwischen dem (ambulanten) geriatrischen Team aufgebaut werden. Die nahtlose Kommunikation aller Beteiligten im Sinne der Patient*innen soll sichergestellt werden. Auf dieser Grundlage soll ein strukturierter Versorgungspfad für die geriatrische Versorgung älterer Menschen entwickelt werden der eine koordinierte, sektorenübergreifende Versorgung sicherstellt. Der Versorgungspfad soll sowohl ältere Menschen mit bereits bestehender Pflegebedürftigkeit als auch ältere Menschen mit funktionellen Einschränkungen berücksichtigen. Weiterhin soll ein Case- und Care-Management bei geriatrischen Patient*innen, beispielsweise durch individuelle Beratung/ Versorgungsplanung, Begleitung und Evaluation im Sinne des § 7a SGB XI (sozialarbeiterisches Case Management, umfeld- und personenzentriert) ermöglicht werden. Zur Sicherung eines ganzheitlichen Versorgungsprozesses sollen speziell geschulte Mitarbeiter*innen eingebunden werden, die den standardisierten Ablauf über den gesamten Behandlungsverlauf von der Aufnahme über die Behandlung bis zur Entlassung begleiten.

Handlungsempfehlung 2: „Koordinator vor Ort“

Ziel:
Lokale ambulante geriatrisch-pflegerische Netzwerke zur Entlastung der hausärztlichen Versorgung und Pflegestützpunkte sowie zur Unterstützung geriatrischer Patient*innen und ihrer (pflegenden) An- und Zugehörigen werden ausgebaut und koordiniert. Durch eine strukturierte Begleitung werden Empfehlungen nach einem Krankenhausaufenthalt umgesetzt, die funktionale Gesundheit erhalten und eine zunehmende Pflegebedürftigkeit vermieden. Zudem wird eine Anbindung an spezialisierte geriatrische Praxen und Zentren gemäß SGB V ermöglicht.

Maßnahme:
Es soll ein „Koordinator vor Ort“ durch die Nutzung bereits bestehender Konzepte wie „Community Health Nurse“ u. a. mit geriatrischer und pflegerischer Expertise eingerichtet werden. Diese Funktion übernimmt insbesondere die Koordination der beteiligten Akteur*innen im ambulanten Netzwerk, unterstützt Patient*innen sowie deren An- und Zugehörige bei der Umsetzung der Empfehlungen im Entlassungsbrief und vermittelt bedarfsgerechte Angebote. Dafür soll:

- evidenzbasierte Best-Practice Beispiele (z. B. Kordula, LuP-Regio) dargestellt werden
- die Aufgaben zur Vermeidung von Doppelstrukturen und Fehlsteuerung und entsprechende Kommunikation an Patient*innen definiert und festgelegt werden
- geprüft werden, wer mit welcher benötigten Expertise so eine Rolle ausüben könnte (Überlegungen: MFA in Hausarztpraxen; andocken an Beratung nach § 7, § 37 SGB XI; ambulante Dienste, Case Management Pflegekassen)
- die Vergütungsfrage/Refinanzierung (Pools, Budgets) geklärt werden
- die „Verortung“ ambulanter Leistungen (SGB V/ SGB XI) geklärt werden

Weiterhin ist ein strukturiertes Entlassmanagement ein zentrales Element der sektorenübergreifenden Versorgung geriatrischer Patient*innen. Übergänge zwischen stationären, ambulanten und pflegerischen Versorgungsbereichen stellen aufgrund der häufig komplexen gesundheitlichen und sozialen Bedarfe älterer Menschen besondere Herausforderungen dar. Ein sektorenübergreifend abgestimmtes Entlassmanagement trägt wesentlich dazu bei, Versorgungskontinuität sicherzustellen, Schnittstellenprobleme zu vermeiden und eine bedarfsgerechte Weiterbehandlung über Sektorengrenzen hinweg zu ermöglichen. Vor diesem Hintergrund wird das Entlassmanagement als eigenständige, querschnittliche Handlungsempfehlung in diesem Abschnitt zur sektorenübergreifenden Versorgung verortet und in den nachfolgenden Kapiteln jeweils sektorspezifisch konkretisiert.

Handlungsempfehlung Nr. 3:
Entlassmanagement

Ziel:
Die Ergebnisse des CGA zur Entwicklung eines individuell angepassten Behandlungs-, Pflege- und Unterstützungsplans werden sektorenübergreifend genutzt sowie eine vernetzte und koordinierte Nachsorge sichergestellt. Dadurch werden Versorgungsbrüche vermieden und insbesondere vermeidbare Wiederaufnahmen reduziert.

Maßnahme:
Zur Umsetzung eines wirksamen sektorenübergreifenden Entlassmanagements sollen bestehende Strukturen verbindlich miteinander vernetzt werden. Hierzu gehört insbesondere die enge Zusammenarbeit der Sozialdienste und der Krankenhäuser mit rehabilitativen sowie ambulanten geriatrischen Versorgungsstrukturen. Die im Krankenhaus erhobenen Informationen sollen strukturiert aufbereitet und im Entlassungsbrief nachvollziehbar dokumentiert werden. Dies umfasst insbesondere die Ergebnisse des CGA, einschließlich der Benennung pflegebedürftigkeitsbegründender Nebendiagnosen. Der Medikationsplan soll Hinweise auf potenziell inadäquate Medikation[37] enthalten sowie Empfehlungen zum Absetzen, Ausschleichen oder zur Dosisanpassung entsprechender Arzneimittel. Darüber hinaus sollen geriatrische Patient*innen und ihre An- und Zugehörigen bereits während des Krankenhausaufenthaltes verpflichtend beraten werden, um frühzeitig notwendige Beratungs- und Unterstützungsleistungen, insbesondere der Krankenkassen, anzustoßen. Der Zugang zu Angeboten der familialen Pflege, beispielsweise zu Kursen wie PfiFf („Pflege in Familien fördern"), soll im Rahmen des Entlassmanagements systematisch ermöglicht werden.

Handlungsempfehlung Nr. 4:
Nutzung von KIM-Adressen

Ziel:
Die Versorgungsübergänge werden optimiert.

Maßnahme:
Im Rahmen der Entlassplanung sollen die Krankenhäuser die Nutzung von KIM-Adressen zur sicheren, datenschutzkonformen, sektorenübergreifenden und frühzeitigen Kommunikation medizinischer Informationen zur Optimierung der Versorgungsübergänge implementieren.

37 Mann NK et al. (2023). Potentially Inadequate Medications in the Elderly: PRISCUS 2.0. Dtsch Arztebl Int 2023;120:3-10.

3. Gesundheitsförderung und Prävention









Trotz zahlreicher altersbedingter Erkrankungen haben Menschen ihr gesamtes Leben lang die Möglichkeit, im Sinne des Modells der Salutogenese[38] gesundheitliche Schutzfaktoren zu fördern und beeinträchtigende Risikofaktoren zu reduzieren. Anders als das pathogenetische Modell, das zumeist in der (Alters-)Medizin Anwendung findet und eine dichotome Einteilung zwischen gesund und krank vornimmt, sieht die Salutogenese Gesundheit und Krankheit als ein Kontinuum. Dieses Verständnis ermöglicht es, auch Menschen mit schweren oder chronischen Erkrankungen im fortgeschrittenen Lebensalter in ihrer Gesundheit wahrzunehmen und bedarf deshalb einer stärkeren Berücksichtigung auch in der Geriatrie.

Basierend auf dem salutogenetischen Modell sind Gesundheitsförderung und Prävention eng miteinander verbundene Ansätze zur Gesunderhaltung und Gesundheitsverbesserung. Gesundheitsförderung zielt darauf ab, gesundheitliche Schutzfaktoren – sogenannte Ressourcen – zu stärken, während Prävention Maßnahmen umfasst, die Krankheiten verhindern, frühzeitig erkennen oder das Fortschreiten von Erkrankungen verzögern oder mindern.[39]

Aufgrund der demografischen Veränderungen gewinnen Gesundheitsförderung und Prävention im höheren Lebensalter zunehmend an Bedeutung. Gesundheitsförderung im Alter fokussiert darauf, allgemeine Gesundheitsressourcen und Resilienz im Lebensverlauf zu erhalten und zu stärken.

Prävention konzentriert sich darauf, Mehrfach- und Folgeerkrankungen, Pflegebedürftigkeit und weitere Gesundheitsprobleme lebenslang zu vermeiden oder hinauszuzögern.[40] Dabei steht häufig nicht die Verlängerung der Lebenszeit, sondern der Erhalt von Funktionalität, Selbstständigkeit und Lebensqualität im Vordergrund. Beispiele hierfür sind die Behandlung kardiovaskulärer Risikofaktoren, Sturzprävention, Vorbeugung von Infektionskrankheiten oder Mangelernährung sowie eine angepasste Medikation.[41] Das triadische Strukturmodell unterscheidet zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention. Primärpräventive Maßnahmen richten sich an gesunde Menschen ohne Symptome und sollen Risikofaktoren durch Stärkung der Widerstandskraft (z. B. Impfen) oder Veränderung umweltbedingter Ursachen (z. B. Hitzeschutz) reduzieren. Sekundärprävention hat das Ziel, Krankheiten frühzeitig zu erkennen. In der Zusammenarbeit mit den verschiedenen Akteur*innen zur Erstellung dieses Kapitels wurde von den beteiligten Expert*innen die Einführung einer freiwilligen, sekundärpräventiven Vorsorgeuntersuchung für Personen nach Renteneintritt, ähnlich wie der Check-Up ab 35, zur frühzeitigen Identifizierung von Risikofaktoren, aber auch bestehender Ressourcen, empfohlen. Tertiärprävention richtet sich an bereits erkrankte Personen, um das Fortschreiten der Krankheit, Folgeschäden oder Chronifizierungen zu verhindern sowie einer Erhöhung des Pflegebedarfes entgegenzuwirken. Dazu zählen Maßnahmen zum Vermeiden von Druckgeschwüren bei bettlägerigen Personen oder regelmäßige medizinische Fußpflege bei Diabetiker*innen.

Die Strukturen zur Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen sind hierzulande insbesondere in ländlichen Regionen noch ausbaufähig. Positiv hervorzuheben sind jedoch die Vernetzungen in Mecklenburg-Vorpommern, etwa das 2008 gegründete Aktionsbündnis für Gesundheit – ein freiwilliger Zusammenschluss verschiedener Akteure mit Fokus auf Gesundheitsförderung und Prävention, das inzwischen rund vierzig Mitglieder umfasst. Dazu zählen unter anderem Krankenkassen, die Landesfachstelle Demenz M-V, der Landesseniorenbeirat M-V e.V., der Landessportbund M-V e. V., der Städte- und Gemeindetag M-V, die Zahnärztekammer und die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung M-V e. V. Dieses Bündnis gestaltet den Gesundheitszieleprozess, der 2019 in lebensphasenbezogene Ziele mündete[42]. Für die Phase „Gesund älter werden in MV“ wird unter anderem eine flächendeckende, interdisziplinäre Versorgung angestrebt, die medizinische, pflegerische und psychosoziale Bereiche umfasst. Ebenso existieren in allen Landkreisen und kreisfreien Städten des Bundeslandes Koordinator*innen für Gesundheitsförderung[43], die auch Projekte für ältere Menschen in der jeweiligen Gebietskörperschaft initiieren. Zudem wurde 2025 eine Landesstrategie

38 Faltermaier, T. (2023). Salutogenese. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Verfügbar unter: https://leitbegriffe.bioeg.de/alphabetisches-verzeichnis/salutogenese/

39 Franzkowiak, P. (2025). Prävention und Krankheitsprävention. In BZgA (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. BIÖG. Verfügbar unter: https://leitbegriffe.bioeg.de/alphabetisches-verzeichnis/praevention-und-krankheitspraevention/

40 Geigl, C., Anderle, L., Leitzmann, M. & Janßen, C. (2024). Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Verfügbar unter: https://leitbegriffe.bioeg.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-praevention-im-alter/

41 DGG. (o.J.). Arbeitsgruppe Prävention. Verfügbar unter: https://www.dggeriatrie.de/ueber-uns/arbeitsgruppen/1240-arbeitsgruppe-praevention

42 Aktionsbündnis für Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern (o. J.). Gesundheitsziele für Mecklenburg-Vorpommern. Verfügbar unter: https://www.aktionsbuendnis-gesundheit-mv.de/Aktionsb%C3%BCndnis/Gesundheitsziele-f%C3%BCr-Mecklenburg%E2%80%93Vorpommern/

43 Aktionsbündnis für Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern (o. J.). Koordinatoren für Gesundheitsförderung. Verfügbar unter: https://www.aktionsbuendnis-gesundheit-mv.de/Service/Koordinatoren-fuer-Gesundheitsfoerderung/

für Gesundheitsförderung und Prävention in Mecklenburg-Vorpommern[44], einschließlich vier Landeskonzeptionen in den prioritären Handlungsfeldern Bewegungsförderung[45], psychische Gesundheit[46], Suchtprävention[47] und Gesundheitskompetenzen[48], erarbeitet, durch Ressortanhörungen bestätigt und abschließend durch die Kommission zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung MV (Gesundheitskommission MV) beschlossen. Alle Konzeptionen nehmen die drei Lebensphasen „Gesund aufwachsen in MV", „Gesund leben und arbeiten in MV" sowie „Gesund älter werden in MV" in den Blick. Gesundheitsförderung und Primärprävention stehen im Fokus der Landesstrategie.

Handlungsempfehlung Nr. 5:
Information und Vermittlung eines positiven Bildes vom Altern

Ziel:
Das eigenverantwortliche Handeln in Bezug auf Gesundheit und die Steigerung des Wohlbefindens wird gefördert.

Maßnahme:
Alle an der Versorgung beteiligten Akteur*innen sollen ein positives Bild vom Altern vermitteln und über Chancen der Gesundheitsförderung und -vorsorge informieren. Die Akteur*innen unterstützen zielgerichtete Handlungsmaßnahmen der Förderung eigenverantwortlicher Lebensführung und der Versorgung älterer Menschen.

Im Folgenden sind einige wichtige Handlungsfelder im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention für die letzte Lebensphase aufgrund ihrer besonderen Bedeutung für ein gesundes Alter(n) detaillierter dargestellt.

Ernährung und Dehydrationsprophylaxe

Ein zentrales Thema im Bereich „Gesund älter werden in MV" ist die Förderung einer ausgewogenen, altersgerechten Ernährung. Mit zunehmendem Alter ändert sich der Energiebedarf aufgrund des verlangsamten Stoffwechsels. Dabei ist zu beachten, dass zeitgleich der Bedarf an bestimmten Nährstoffen steigen kann. Mahlzeiten müssen entsprechend der individuellen Fähigkeiten (z. B. Beweglichkeit der Hände, Kauen, Schlucken) und Bedarfe geplant und zubereitet werden.

Ältere Menschen haben zudem ein hohes Risiko für eine Dehydration, die verschiedene Ursachen haben kann, unter anderem Schluckstörungen, Nieren- oder Magen-Darm-Erkrankungen, (entwässernde) Medikamente oder kognitive Beeinträchtigungen. Mit zunehmendem Alter nimmt das Durstgefühl ab. Gleichzeitig schätzen viele (ältere) Menschen ihren Flüssigkeitsbedarf falsch ein. Daher ist insbesondere bei älteren und pflegebedürftigen Menschen Dehydrationsprophylaxe wichtig, die Motivation zur regelmäßigen Flüssigkeitszufuhr und die Sensibilisierung für Anzeichen von Dehydration umfasst.

Handlungsempfehlung Nr. 6: Schulungen und Projekte für seniorengerechte Ernährung

Ziel:
Die Qualität der Gemeinschaftsverpflegung in stationären Einrichtungen sowie die Förderung einer ausgewogenen, altersgerechten Ernährung z. B. zur Vermeidung von Sarkopenie (Muskelschwund) wird verbessert.

Maßnahme:
Es soll ein multimodales Schulungsprogramm zur Adipositasprävention im Rahmen der Umsetzung der Landesstrategie Gesundheitsförderung und Prävention Mecklenburg-Vorpommern entwickelt und durchgeführt werden.

44 Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern, Gesundheitskommission MV (SM MV). (2025). Landesstrategie Gesundheitsförderung und Prävention – Gesamtfassung. Verfügbar unter: https://www.regierung-mv.de/static/Regierungsportal/Ministerium%20f%C3%BCr%20Soziales%2c%20Integration%20und%20Gleichstellung/Dateien/Dateien/gesundheit/MfGP_Broschu%CC%88re_Landesstrategie_Gesamtfassung.pdf

45 SM MV, Gesundheitskommission MV. (2025). *Landeskonzeption Bewegungsförderung*. https://www.regierung-mv.de/static/Regierungsportal/Ministerium%20f%C3%BCr%20Soziales%2c%20Integration%20und%20Gleichstellung/Dateien/Dateien/gesundheit/MfGP_Broschu%CC%88re_Landeskonzeption-Bewegung_RZ.pdf

46 SM MV; Gesundheitskommission MV (2025.). *Landeskonzeption Psychische Gesundheit*. Verfügbar unter: https://www.regierung-mv.de/static/Regierungsportal/Ministerium%20f%C3%BCr%20Soziales%2c%20Integration%20und%20Gleichstellung/Dateien/Dateien/gesundheit/MfGP_Broschu%CC%88re_Landeskonzeption-Psych-Gesundheit_RZ.pdf

47 SM MV; Gesundheitskommission MV (2025). Landeskonzeption Suchtprävention. Verfügbar unter: https://www.regierung-mv.de/static/Regierungsportal/Ministerium%20f%C3%BCr%20Soziales%2c%20Integration%20und%20Gleichstellung/Dateien/Dateien/gesundheit/MfGP_Broschu%CC%88re_Landeskonzeption-Suchtpra%CC%88vention_RZ.pdf

48 SM MV; Gesundheitskommission MV. (2025). Landeskonzeption Gesundheitskompetenzen. Verfügbar unter: https://www.regierung-mv.de/static/Regierungsportal/Ministerium%20f%C3%BCr%20Soziales%2c%20Integration%20und%20Gleichstellung/Dateien/Dateien/gesundheit/MfGP_Broschu%CC%88re_Landeskonzeption-Gesundheitskompetenzen_RZ.pdf

Handlungsempfehlung Nr. 7: Kooperation und Vernetzung zur Verpflegung

Ziel:
Die Versorgung und Verpflegung im Land mit gesunden Lebensmitteln für eine seniorengerechte Ernährung werden gestärkt.

Maßnahme:
Es sollen Kooperationen mit landwirtschaftlichen Betrieben und regionalen Anbieter*innen in Mecklenburg-Vorpommern hergestellt sowie die Vernetzungsstelle Seniorenernährung MV im Zuge der Umsetzung der Landesstrategie Gesundheitsförderung und Prävention Mecklenburg-Vorpommern reaktiviert und nachhaltig verstetigt werden.

Handlungsempfehlung Nr. 8: Sport- und Bewegungsangebote in Begegnungsstätten

Ziel:
Gemeinschaft, alltagsnahe Aktivierung, Bewegung und Mobilität für ältere Menschen werden gefördert.

Maßnahme:
Es sollen Seniorensportgruppen in Kooperation mit lokalen Sportvereinen, insbesondere in ländlichen Regionen vermehrt eingerichtet und niedrigschwellige Bewegungsangebote in Seniorenclubs oder Begegnungsstätten kleiner Gemeinden im Zuge der Umsetzung der Landesstrategie Gesundheitsförderung und Prävention Mecklenburg-Vorpommern implementiert werden.

Bewegungsförderung und Sturzprävention

Ein weiterer zentraler Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter ist die Förderung von Mobilität und die Vermeidung von Stürzen. Aufgrund von körperlichen Einschränkungen oder der Angst zu stürzen, bewegen sich viele ältere Menschen weniger, wodurch sie wiederum ihr Sturzrisiko erhöhen sowie körperliche und psychische Abbauprozesse fördern. Ältere Erwachsene sollten regelmäßig körperlich aktiv sein, möglichst im Umfang von mindestens 150-300 Minuten pro Woche in moderater Intensität oder mindestens 75-150 Minuten in höherer Intensität[49]. Empfohlene Bewegungs- und Sportarten für die Altersgruppe sind Schwimmen, Wandern, Gymnastik, Yoga und Tai-Chi. Gleichgewichts- und Krafttraining sind unter anderem in bestehenden Programmen der Ärztekammer, der Sozialversicherungsträger, des Landesturnverbandes und des Landessportbundes integriert. Das Netzwerk Sturzprävention ist hier ebenso ein wichtiger Partner. In Mecklenburg-Vorpommern existieren zudem Pflegestützpunkte und Beratungsstellen, die zu Wohnen und Sturzvermeidung informieren.

Weiterhin beschäftigt sich die großangelegte Studie MV-FIT (Mecklenburg-Vorpommern Frailty Observation and Interventions Trial) mit der Vorbeugung von Gebrechlichkeit und Stürzen im Alter und wird zunächst bis 2026 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert. Sie basiert auf den umfassenden Daten der SHIP-Studie (Study of Health in Pomerania) und beteiligt Personen, die über 65 Jahre alt sind.

Handlungsempfehlung Nr. 9: Mobile Bewegungsangebote

Ziel:
Es werden ältere Menschen in strukturschwachen Regionen im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern erreicht, Bewegung und Mobilität gefördert sowie Stürze vermieden.

Maßnahme:
Die Verfügbarkeit von mobilen Bewegungsangeboten, etwa Physiotherapie auf Rädern oder digitale Bewegungsprogramme soll durch die Landesregierung im Zuge der Weiterentwicklung der Landeskonzeption Bewegungsförderung im Rahmen der Landesstrategie Gesundheitsförderung und Prävention Mecklenburg-Vorpommern geprüft werden.

Impfen

Schutzimpfungen stellen im höheren Alter, wenn das Immunsystem langsam schwächer wird und verschiedene Grunderkrankungen hinzukommen, eine besonders wichtige präventive Maßnahme zur Erhaltung beziehungsweise zum Schutz der Gesundheit dar. Impfungen bieten einen wirksamen Schutz gegen verschiedene Krankheiten, die schwerwiegende Folgen haben können. Durch regelmäßige Impfungen können nicht nur Gesundheit und Lebensqualität erhalten, sondern auch Krankenhausaufenthalte und schwere Krankheitsverläufe verhindert werden.

Ein altersgerechter Impfschutz, nach den aktuells-

49 Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (o. J.). Bewegungsförderung bei älteren Erwachsenen (ab 65 Jahren) - Kurzversion. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Kurzberichte/Kurzversion_-_aeltere_Erwachsene.pdf

ten Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am RKI, ist wichtiger Bestandteil, auch für ein gesundes Altern. Jeder Besuch bei Ärzt*innen sollte daher ganzjährig zum Anlass genommen werden, um den Impfschutz auf Vollständigkeit zu überprüfen. Grundsätzlich gilt, dass Personen ab 60 Jahren vor Beginn der Erkältungszeit an Schutzimpfungen gegen Influenza (echte Grippe), Pneumokokken (bakterielle Lungenentzündung und andere schwere Infektionen), Respiratorische Synzytial-Viren und COVID-19 (Corona) denken sollten. Die vollständige Immunisierung gegen Herpes zoster (Gürtelrose) schützt ältere Personen vor Gürtelrose und deren Komplikationen. Zudem sollten die Impfungen gegen Tetanus (Wundstarrkrampf) und Diphtherie im Blick behalten werden. Nach einer vollständigen Immunisierung sind alle zehn Jahre Auffrischimpfungen notwendig, um den Impfschutz aufrecht zu erhalten.

Alle aktuellsten Empfehlungen der STIKO sowie der Impfkalender können auf der Webseite des RKI[50] unter dem Thema Impfen abgerufen werden. Zudem informiert die Impfkampagne des Landes Mecklenburg-Vorpommern auf der zugehörigen Webseite[51] über Schutzimpfungen. Hier wird unter anderem Informationsmaterial, wie z. B. der Flyer „Impfungen für Personen ab 60 Jahren“, zum Herunterladen oder zur Bestellung kostenfrei angeboten. Weitere kostenfreie Informationsmaterialien zum Thema Impfen, können auf der Webseite des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit[52] bestellt werden.

Impfungen werden in der Regel bei niedergelassenen Ärzt*innen wie z. B. Hausärzt*innen, Kinder- und Jugendärzt*innen sowie Frauenärzt*innen durchgeführt. In Mecklenburg-Vorpommern bieten zudem die Gesundheitsämter Impfungen in regelmäßigen Impfsprechstunden an.

Hitzeschutz

Mit dem Klimawandel nehmen die Durchschnittstemperaturen und extreme Wetterereignisse wie Hitzewellen in Häufigkeit und Intensität zu. Besonders betroffen von diesen klimatischen Bedingungen sind unter anderem ältere Menschen, die aufgrund physiologischer Veränderungen, chronischer Erkrankungen oder einer eingeschränkten Mobilität zu den besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen gehören. Hitzeschutzmaßnahmen und eine gezielte Planung sind daher unerlässlich, um ihre Gesundheit und Lebensqualität zu sichern und werden der Verhältnisprävention zugeordnet.

Der alternde Körper reagiert weniger effizient auf hohe Temperaturen. Die Fähigkeit zur Thermoregulation, also zur Aufrechterhaltung einer stabilen Körpertemperatur, nimmt mit zunehmendem Alter ab. Zudem empfinden ältere Menschen Hitze oft weniger intensiv und verspüren, wie bereits dargestellt, ein vermindertes Durstgefühl. Die regelmäßige Einnahme von Medikamenten kann ein weiterer Faktor für die Beeinträchtigung des Hitzeempfindens sein. Erkrankungen (z. B. Herz-Kreislauf-Leiden oder Demenz) können die Auswirkungen von Hitze weiter verstärken. Zudem sind mit den klimatischen Veränderungen weitere Umweltbelastungen, wie beispielsweise eine erhöhte UV-Strahlung oder Ozonbelastung, verbunden.

Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, Hitzeschutz frühzeitig und umfassend in die Lebenswelt älterer Menschen und in die Pflege- und Versorgungsplanung einzubinden. Maßnahmen können auf individueller, institutioneller und kommunaler Ebene greifen. Auf individueller Ebene zählen dazu einfache, aber wirkungsvolle Strategien wie ausreichende Flüssigkeitszufuhr, leichte Kleidung, schattige Aufenthaltsorte, Vermeidung körperlicher Anstrengung während der heißesten Tageszeiten und angepasste Medikamenteneinnahme nach ärztlicher Rücksprache.

Dem novellierten Landeskrankenhausgesetz entsprechend müssen die Krankenhäuser notwendige Klimaanpassungsmaßnahmen beachten. In Pflegeeinrichtungen und bei der häuslichen Pflege sollten Hitzeschutzpläne fest verankert sein. Diese umfassen unter anderem regelmäßige Temperaturkontrollen, Trinkpläne, Schulungen für Pflegepersonal sowie bauliche Anpassungen wie Verschattungssysteme oder Ventilation. Kommunen wiederum wird empfohlen, Hitzeaktionspläne zu entwickeln, die insbesondere ältere Menschen und weitere vulnerable Gruppen in ihrem Wohn- und Arbeitsumfeld schützen – etwa durch die Schaffung kühler öffentlicher Räume, mehr Begrünung oder gezielte Informationskampagnen. Als Handreichung und Impulsgeber für die Erstellung kommunaler Hitzeaktionspläne und einrichtungsbezogener Hitzeschutzpläne stellte das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern (SM MV) 2025 den „Gesundheitsbezogenen Hitzeschutzplan Mecklenburg-Vorpommern“[53] als Empfehlung zur Verfügung.

50 https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Impfen/impfen-node.html
51 www.mv-impft.de
52 https://shop.bioeg.de/catalogsearch/result/?q=Impfungen
53 Hitzeschutzplan verfügbar unter: https://www.regierung-mv.de/serviceassistent/download?id=1682069

Handlungsempfehlung Nr. 10: Hitzeschutz

Ziel:
Älteren Personen und besonders vulnerablen Gruppen werden vor potenziell gesundheitsschädigenden klimatischen Bedingungen wie Hitzewellen und extremen Wetterbedingungen geschützt.

Maßnahme:
Es soll die Realisierbarkeit einer frühzeitigen und umfassenden Einbindung von Hitzeschutz in die Lebenswelt älterer Menschen auf individueller, institutioneller und kommunaler Ebene nach den oben aufgeführten Empfehlungen durch die Kommunen und die Landesregierung geprüft werden.

Prävention von Einsamkeit und psychosoziale Vorsorge

Mit zunehmendem Alter steigt auch das Risiko der Vereinsamung, also das wahrgenommene Missverhältnis zwischen erwünschten und tatsächlich vorhandenen sozialen Beziehungen eines Menschen. Zusätzlich wird das Risiko durch Verwitwung, Kinderlosigkeit, Verlust außerfamiliärer sozialer Beziehungen und beendeter Berufstätigkeit verstärkt. Einsamkeit wirkt sich als psychosozialer Stressor über die gesamte Lebensspanne negativ auf das psychische Wohlbefinden und die Lebensqualität aus. Depressive Symptome, Angst- und Schlafstörungen sind mit Einsamkeit verbunden. Mit besonderem Blick auf die Gruppe älterer Menschen wurden Zusammenhänge zwischen Einsamkeit und Einbußen von kognitiven Fähigkeiten empirisch bestätigt.

Im Vergleich zu anderen Bundesländern fühlt sich in Mecklenburg-Vorpommern nur ein geringer Anteil der Bevölkerung einsam (8,2 %)[54], jedoch ist im Zuge des demografischen Wandels und dem bereits jetzt hohen Durchschnittsalter in Mecklenburg-Vorpommern mit einer steigenden Anzahl der von Einsamkeit betroffenen Menschen zu rechnen.

Vereinzelt existieren bereits regionale Beispiele für Maßnahmen zur Bekämpfung von Einsamkeit (z. B. Kreiszeitungen im Landkreis Nordwestmecklenburg, Seniorenratgeber, Mediensprechstunde und Kontaktcafé in Schwerin). Das für Gesundheit zuständige Ministerium rief 2023 zusätzlich einen „Runden Tisch gegen Einsamkeit im Alter“ ins Leben, dessen Abschlussbericht[55] 2025 von der Landesregierung beschlossen wurde. Aufgabe des „Runden Tisches“ war die Entwicklung von Handlungsempfehlungen zum Umgang mit bestehender Einsamkeit bei Älteren und Vorbeugung von Vereinsamung. Unter anderem wird Sport, kulturellen Aktivitäten und sozialen Begegnungen ein zentraler Stellenwert zur Prävention von Einsamkeit im Alter zugeschrieben. Wichtig ist dabei, niedrigschwellige Angebote zu schaffen, die auch im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern für ältere, zum Teil immobile Personen erreichbar sind.

Handlungsempfehlung Nr. 11: Einsamkeitsbekämpfung

Ziel:
Einsamkeit und die damit verbundenen negativen Auswirkungen auf Lebensqualität und Wohlbefinden werden bekämpft und durch Prävention vorgebeugt.

Maßnahme:
„Dritte Orte“[56] sollen im Rahmen der Landesstrategie Gesundheitsförderung und Prävention Mecklenburg-Vorpommern mit Landesmitteln umgesetzt werden

Zahngesundheit

Mit fortschreitendem Alter steigt auch die Gefahr von Zahnerkrankungen. Ein grundsätzliches zahnmedizinisches Ziel ist es, die natürlichen Zähne so lange wie möglich zu erhalten. In den letzten Jahrzehnten hat sich durch gute Vorsorge und den medizinischen Fortschritt die Zahngesundheit so verbessert, dass viele Menschen auch im hohen Alter noch ihre eigenen Zähne besitzen.

Mit zunehmender Pflegebedürftigkeit verbunden mit Multimorbidität, Medikation (die zum Teil zu einer Reduzierung des Speichelflusses führt) und einer Abnahme kognitiver Fähigkeiten, steigt jedoch das Risiko für Zahnerkrankungen aufgrund der Einschränkung der Selbstständigkeit. Viele Pflegebedürftige können die lebenslang praktizierten Maßnahmen der Zahn- und Mundhygiene nicht mehr selbst durchführen, durch Umzug oder Beginn einer stationären Pflege endet oft auch der Kontakt zur/zum eigenen Zahnärzt*in. Diese Situation wird sich mit einer zunehmenden Zahl älterer und hochaltriger Menschen im Rahmen des demografischen

54 Institut der deutschen Wirtschaft (IW). (2019). Einsamkeit in Deutschland. IW-Report. Verfügbar unter: https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/Report/PDF/2019/IW-Report_2019_Einsamkeit_in_D.pdf
55 Landtag Mecklenburg-Vorpommern (2022). Abschlussbericht „Runder Tisch gegen Einsamkeit im Alter“. Verfügbar unter: https://www.regierung-mv.de/serviceassistent/_php/download.php?datei_id=1679740
56 „Dritte Orte“ sind öffentlich zugängliche oder halb öffentliche Räume, die gemeinschaftlich genutzt werden und die reale, soziale Interaktion fördern. Dazu zählen bspw. öffentliche Park- und Grünanlagen, (Dorf-)Gemeinschaftszentren, Seniorentreffpunkte, Restaurants, Kneipen, Sportstätten, Cafés und Läden.

Wandels weiter verschärfen.

Zur flächendeckenden zahnärztlichen Betreuung von Bewohner*innen sind in allen Pflegeeinrichtungen Angebote zur Zahnbehandlung vorzuhalten. Die Mitarbeiter*innen werden sensibilisiert und befähigt, intensiv auf die notwendige Prophylaxe hinzuwir-ken. Weiterhin sollten Pflegebedürftige verstärkt für Präventionsmaßnahmen bezüg-lich der Zahn- und Mundgesundheit adressiert werden. Dazu ist in einem ersten Schritt eine intensivere Kooperation zwischen Pflege und Zahnmedizin notwendig.

Im Jahr 2021 wurde nach einer mehrjährigen Entwicklungszeit vom deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) der Expertenstandard Förderung der Mundgesundheit in der Pflege[57] veröffentlicht, welcher die in der Pflege häufig vernachlässigte Mundhygiene thematisiert. Der Expertenstandard richtet sich hauptsächlich an examinierte Pflegefachkräfte und Pflegehelfer*innen, kann aber auch für andere Berufsgruppen hilfreich sein.

Handlungsempfehlung Nr. 12:
Mund- und Zahnhygiene

Ziel:
Zahn- und Mundhygiene von älteren Menschen und Pflegebedürftigen wird erhalten und verbessert sowie das Risiko für Zahnerkrankung gesenkt.

Maßnahme:
Die Intensivierung der Kooperation zwischen Pflege und Zahnmedizin soll durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) geprüft werden.

Prävention von Sucht und Polypharmazie

Die mit dem Älterwerden eintretenden körperlichen Veränderungen können die Wirkung von Alkohol und Medikamenten beeinflussen. Die Zahl älterer Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen nimmt aufgrund des demografischen Wandels zu. Gemäß dem Suchtbericht mit den Daten der Sucht- und Drogenberatungsstellen in Mecklenburg-Vorpommern aus dem Jahr 2024 waren etwa 12,9 % der Hilfesuchenden über 60 Jahre alt.[58] Nicht zu unterschätzen ist der hohe und zum Teil missbräuchliche Konsum von Medikamenten bei älteren Menschen. Häufig nehmen sie mehrere unterschiedliche Medikamente über einen längeren Zeitraum ein. Eine Abhängigkeit kann schleichend beginnen und wird oft übersehen. Zu den Medikamenten, die am ehesten zu einer Medikamentensucht führen, gehören unter anderem Beruhigungs-, Schmerz- und Abführmittel. Ein weiteres Problem in diesem Zusammenhang stellt Polypharmazie dar, also die gleichzeitige Einnahme von fünf oder mehr Medikamenten (vermeintlich auf ärztlichen Rat hin), welche häufig auf Multimorbidität im Alter zurückzuführen ist und von den Patient*innen nicht in Frage gestellt wird.

Die Broschüre „Klar durchs Leben“[59], die im Rahmen einer gleichnamigen Kampagne in Mecklenburg-Vorpommern entstanden ist, bietet Informationen zum Umgang mit Alkohol und Medikamenten beim Älterwerden. Die Kampagne sollte auf die besonderen Herausforderungen hinweisen, die ältere Menschen bei der Bewältigung einer Sucht haben können. Die Landeskonzeption Suchtprävention, welche im Rahmen der Erarbeitung der Landesstrategie Gesundheitsförderung und Prävention Mecklenburg-Vorpommern entstanden ist, knüpft an die Kampagne an und setzt einen Schwerpunkt auf suchtfreies Älterwerden. Dabei wird sowohl auf die dem Berufsleben anschließende aktive Lebensphase eingegangen als auch auf die letzte Lebensphase, mit häufig abnehmender Selbstständigkeit bei zunehmenden gesundheitlichen Einschränkungen.

Handlungsempfehlung Nr. 13: Suchtpräventive Kompetenzen

Ziel:
Der missbräuchliche Konsum von Alkohol, Drogen und Medikamenten bei älteren Menschen und den damit zusammenhängenden Abhängigkeitserkrankungen wird reduziert.

Maßnahme:
Es sollen suchtpräventive Angebote für ältere Menschen im Rahmen der Umsetzung der Landesstrategie Gesundheitsförderung und Prävention Mecklenburg-Vorpommern entwickelt und durchgeführt werden.

57 Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). (2023). Auszug aus dem Expertenstandard „Förderung der Mundgesundheit in der Pflege“. Verfügbar unter: https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Mundgesundheit/Mund_AV_Auszug.pdf
58 Landeskoordinierungsstelle für Suchtthemen (LAKOST). (2025). Ambulante Suchthilfe. Verfügbar unter: https://www.regierung-mv.de/serviceassistent/_php/download.php?datei_id=1684128
59 file:///C:/temp/Broschuere-Klar-durchs-Leben%20(2).pdf

4. Ambulante Versorgung





4.1. Ambulante Versorgungsstrukturen in MV

Niedergelassene Hausärzt*innen sowie Fachärzt*innen arbeiten sowohl mit stationären Einrichtungen (sektorenübergreifend) als auch mit anderen niedergelassenen Hausärzt*innen und Fachärzt*innen (interdisziplinär, fachübergreifend) zusammen, um eine auf die geriatrischen Patient*innen zugeschnittene, qualifizierte Versorgung abzusichern.

Die geriatrische Behandlung verfolgt im ambulanten Sektor folgende Ziele:

- die Verbesserung der Gesundheit und der Lebensqualität im Allgemeinen,
- der Erhalt der Selbstständigkeit älterer Menschen in ihrer häuslichen Umgebung,
- die Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit und
- die Unterstützung bei dem Umgang mit bleibenden Einschränkungen.

Folgende Maßnahmen und Unterstützungsangebote des ambulanten Sektors gehören gegenwärtig in Mecklenburg-Vorpommern zur Versorgungsstruktur:

- hausärztliche Versorgung,
- fachärztliche Versorgung,
- Praxisassistenz in Haus- und Facharztpraxen,
- spezialisierte geriatrische haus- und fachärztliche Versorgung inkl. der spezialisierten geriatrischen Diagnostik (SGD),
- therapeutische Angebote, wie z. B. Physio- oder Ergotherapie,.
- ambulante Pflegedienste,
- ambulante pflegerische Versorgung und Tages- / Nachtpflege,
- Kurzzeit- und Verhinderungspflege,
- Allgemeine und Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (AAPV/SAPV),
- ambulante Hospizdienste

Im ambulanten Sektor ist der erste Anlaufpunkt für die Patient*innen in der Regel der/die Hausärzt*in. Daher kommt **der/dem Hausärzt*in** von der Regelversorgung über die ambulante Akutintervention, gegebenenfalls der Einweisung in ein Krankenhaus, der Verordnung einer geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme und der ambulanten Nachsorge, eine steuernde Funktion zu. Hausärzt*innen sind daher wichtige Kooperationspartner der Angehörigen, der Pflegeteams in ambulanter und stationärer Langzeitpflege und der Fachärzt*innen.

Erste Schlüsse auf notwendige therapeutische Interventionen können durch das geriatrische Basis-Assessment gezogen werden, welches der Befund- und Risikoerhebung von geriatrischen Patient*innen dient. Im Weiteren können Interventionen (z. B. Koordinierung von Unterstützungsangeboten, Verordnungen sowohl für physio- und/oder ergotherapeutische, als auch logopädischen Maßnahmen) erfolgen. Darüber hinaus können Leistungen der ambulanten und stationären Rehabilitation sowie Hilfs-mittel unter bestimmten Voraussetzungen verordnungsfähig sein.

Die Schnittstellenfunktion hausärztlicher Praxen wirkt auch in der geriatrischen Versorgung im Rahmen einer Reihe von Regelungen, Rechtsverordnungen und Verträgen mit den Krankenkassen.

Die Koordinierung und Steuerung ärztlicher Therapie und das Zusammenwirken nichtärztlicher Hilfen, pflegerischer Maßnahmen und flankierender Dienste sind besonders bei der Behandlung geriatrischer Patient*innen wichtig.

Darüber hinaus sollte je nach individueller Situation der geriatrischen Patient*innen die/der Hausärzt*in auch im Rahmen des Entlassmanagements beteiligt werden. Durch die damit einhergehende Informationsübermittlung, z. B über die (Entlass-) Medikation, kann eine anschließende Betreuung und medizinische Behandlung durch die/den Hausärzt*in lückenlos fortgeführt werden.

Ist die Einbeziehung des **fachärztlichen Versorgungsbereiches** erforderlich, wird eine Überweisung notwendig, z. B. zu einer/einem Fachärzt*in im Bereich der Inneren Medizin, Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder auch Neurologie und/oder Psychiatrie und Psychotherapie. Therapeutische Interventionen können auch durch fachärztlich tätige Vertragsärzt*innen möglich sein.

Bei Erfordernis einer stationären Krankenhausbehandlung erfolgt die gezielte Zuweisung der geriatrischen Patient*innen durch die Hausärzt*innen soweit möglich in ein Krankenhaus mit der Leistungsgruppe Geriatrie. Sofern die Zuweisung im Einzelfall in ein Krankenhaus ohne die Leistungsgruppe Geriatrie erfolgen muss, soll die/der Hausärzt*in auf eine ganzheitliche Fallbetrachtung im Sinne der geriatrischen Versorgung hinwirken.

Dabei sollte jedoch auch beachtet werden, dass für die akutstationäre Aufnahme mehrheitlich ein Primärereignis ursächlich (z.B. Schlaganfall) ist. Insofern kann hier auch die Behandlung in einer spezifischen Abteilung indiziert sein (z.B. Stroke Unit) ohne dass bei der wohnortnah versorgenden Spezialabteilung zwingend eine Geriatrie komplementär vorhanden ist

Geriatrische Patient*innen sollen durch ein umfassendes und qualifiziertes Behandlungs- und Betreuungskonzept mittels strukturierter, ineinandergreifender, medizinischer, therapeutischer, pflegerischer und sozialer Leistungsbereiche an einem zentralen Leistungserbringungsort wohnortnah versorgt werden. Konkret werden folgende Ziele verfolgt:

- Durch die Schaffung der ambulanten Versorgungsstruktur können Krankenhausaufenthalte, voll- oder teilstationäre Versorgungsmaßnahmen beziehungsweise eine Anschlussheilbehandlung vermieden werden. Die verschiedenen Versorgungsformen ergänzen sich gegenseitig.
- Die ambulante geriatrische Versorgung soll die drohende Pflegebedürftigkeit multimorbider Patient*innen verhindern beziehungsweise so lange wie möglich hinauszögern und bei eingetretener Pflegebedürftigkeit deren Progredienz verlangsamen.

Im ambulanten Bereich können Modell- und Innovationsprojekte sowie Selektivverträge gezielt zur Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung eingesetzt werden. Selektivverträge werden zwischen einzelnen gesetzlichen Krankenversicherungen und einzelnen Leistungserbringern geschlossen und können eine Möglichkeit zur flexiblen Gestaltung der ambulanten geriatrischen Versorgung sein. Verhandelt werden Leistungen, die über die bisherigen GKV-Leistungen hinausgehen. Modellprojekte sind geeignet, neue Versorgungsformen im Alltag zu testen. Damit können innovative Ideen eine Grundlage für eine umfassende Unterstützung und Behandlung von geriatrischen Patient*innen schaffen und die Versorgung nachhaltig weiterentwickeln. Dies gelingt jedoch nur, wenn in der Planung der Projekte, die sich bewährt haben, ihre Finanzierbarkeit in der Regelversorgung bereits berücksichtigt wurden.

So ermöglichen Verträge zur besonderen Versorgung z. B. nach § 140a SGB V eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie unter Beteiligung vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge.

Weiterhin wird die haus- und fachärztliche Koordination durch nichtärztliche Praxismitarbeitenden unterstützt. Neben den Medizinischen Fachangestellten (MFA) sind insbesondere speziell geschulte Mitarbeitende – nichtärztliche Praxisassistenz (NäPA) bzw. Versorgungsassistenten in der hausärztlichen Praxis (VERAH) geeignet. Praxisassistenz ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, welche die Qualität bei der Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen nach § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V in der Häuslichkeit der Patient*innen oder in Einrichtungen durch die nichtärztliche Praxisassistenz sichert. Durch den Einsatz einer NäPA/VERAH wird auch die Qualität bei der Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen nach § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V, z. B. in der Häuslichkeit der Patient*innen, in Einrichtungen oder in der hausärztlich tätigen Vertragsarztpraxis, zusätzlich gesteigert. Eine Behandlung durch die NäPA kann erfolgen, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- es liegt mindestens eine schwerwiegende chronische Erkrankung gemäß § 2 Absatz 2 der Richtlinie zur Umsetzung der Regelungen in § 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte des Gemeinsamen Bundesausschusses vor und die/der Patient*in hat in der Regel das 65. Lebensjahr vollendet oder
- es liegt eine Erkrankung vor, die einer dauerhaften intensiven ärztlichen Betreuung bedarf (insbesondere bei Patient*innen mit Alters- und geriatrischen Erkrankungen) und die Person hat in der Regel das 65. Lebensjahr vollendet oder
- es liegt eine akute schwerwiegende Erkrankung vor, die einer intensiven ärztlichen Betreuung bedarf (Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen durch die NäPA gesondert zu begründen) und
- die/der Patient*in kann die Arztpraxis aufgrund des Gesundheitszustandes nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen aufsuchen.

Außerdem kann die ambulante Versorgung geriatrischer Patient*innen durch geriatrische Institutsambulanzen ergänzt werden. Bestimmte stationäre Einrichtungen können unter Einhaltung gesetzlich geregelten Voraussetzungen die Patient*innen zusätzlich ambulant versorgen und dadurch die ambulante geriatrische Versorgung insgesamt stärken.

Die Hausärzt*innen geriatrischer Patient*innen arbeiten eng mit den geriatrischen Institutsambulanzen zusammen, in denen verschiedene Spezialist*innen die medizinische Versorgung der geriatrischen Patient*innen zusätzlich absichern.

Nach § 118a Absatz 1 Satz 1 SGB V können geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen geriatrischen Abteilungen, geriatrische Rehabilitationseinrichtungen und dort angestellte Ärzt*innen sowie Krankenhausärzt*innen zu einer strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende ambulante geriatrische Versorgung sicherzustellen. Voraussetzung für die Erteilung einer Ermächtigung ist, dass die Einrichtung unter fachärztlich geriatrischer Leitung steht. Die Ermächtigung eines in der geriatrischen Rehabilitationseinrichtung angestellten Ärztin/Arztes oder einer Krankenhausärztin/eines Krankenhausarztes setzt voraus, dass diese*r über eine geriatrische Weiterbildung verfügt.

Weiterhin ist zu erwähnen, dass sich die ärztliche Versorgung in vollstationären Pfle-geeinrichtungen sich nicht von derer außerhalb dieser Einrichtungen unterscheidet. Auch hier haben die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KZVMV) den Sicherstellungsauftrag inne.

Im Bereich der (ambulanten) geriatrischen Versorgung kann bei Vorliegen der Vo-raussetzungen auch eine geriatrische Rehabilitation verordnet werden (siehe Kapitel 6).

4.2. Die hausärztlich koordinierte geriatrische Versorgung

Aufgaben der koordinierenden hausärztlich tätigen Vertragsärzt*innen sind:

- die Steuerung des multiprofessionellen Behandlungsprozesses,
- die Veranlassung und Durchführung und/oder Koordination von diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen, einschließlich der Einbeziehung aller an dieser Maßnahme beteiligten Berufsgruppen, insbesondere des Pflegepersonals und der stationären Pflegeeinrichtung
- die bedarfsgerechte, regelmäßige Visite in der stationären Pflegeeinrichtung in Kooperation und Abstimmung mit den Ansprechpartner*innen der Einrichtung,
- die Sicherstellung einer kontinuierlichen Zusammenarbeit und eines kontinuierlichen Informationsaustausches der beteiligten Haus- und Fachärzt*innen sowie Pflegefachkräfte,
- die Vornahme erforderlicher Einweisungen zur stationären Krankenhausbehandlung, orientiert am Patient*innenwohl und am Patient*innenwillen sowie unter Berücksichtigung bestehender Versorgungsstrukturen,
- die Kommunikation mit den behandelnden Krankenhausärzt*innen nach einer Krankenhauseinweisung und nach der Entlassung.

Die Hausärzt*innen stehen den Versicherten und den Angehörigen beziehungsweise Bezugspersonen als Ansprechpartner*innen zur Verfügung. Sie koordinieren bedarfsgerecht in Zusammenarbeit mit der stationären Pflegeeinrichtung patient*innenorientierte Fallbesprechungen und Konsile für die Versicherten der Pflegeeinrichtung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen sowie der Pflegekräfte. Hierbei geht es vor allem um eine Erhöhung der Lebensqualität der Patient*innen bei einer qualitätsgesicherten Leistungserbringung unter Ausschöpfung wirtschaftlicher Ressourcen, z. B. gezielte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie, Optimierung der Heil- und Hilfsmittelversorgung, Reduzierung von Krankenhauskosten, Kosten für Transporte und unnötige Doppeluntersuchungen.

Aufgaben der Vertragsärzt*innen sind:

- Bedarfsgerechte, regelmäßige Besuche der Versicherten beziehungsweise Konsile möglichst in Absprache mit den jeweiligen Hausärzt*innen,
- fachübergreifende Kommunikation mit den Hausärzt*innen und der stationären Pflegeeinrichtung,
- Informieren der Hausärzt*innen über die Diagnosestellung und Behandlungsmaßnahmen bei Änderung des Befundes, der Diagnose oder Therapie

Spezialisierte geriatrische Vertragsärzte, können die Leistungen der Spezialisierten geriatrischen Diagnostik (SGD) erbringen. Dafür ist eine Geneh-

migung bei der Kassenärztlichen Vereinigung zu beantragen. Die Anforderungen hierzu regelt eine Qualitätssicherungsvereinbarung. Die Genehmigung setzt die Erfüllung fachlicher, räumlicher, apparativer und organisatorischer Anforderungen voraus.

Die fachliche Befähigung besitzen Fachärzt*innen für:

- Innere Medizin und Geriatrie,
- Innere Medizin, entweder mit der Schwerpunktbezeichnung „Geriatrie“ oder mit der fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ (Weiterbildungsordnung vor 2003),
- ·Allgemeinmedizin (Hausarzt), entweder mit der Schwerpunktbezeichnung „Geriatrie“ oder mit der fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ (Weiterbildungsordnung vor 2003),
- Neurologie, entweder mit der Schwerpunktbezeichnung „Geriatrie“ oder mit der fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ (Weiterbildungsordnung vor 2003),
- Nervenheilkunde mit der fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ (Weiterbildungsordnung vor 2003),
- Psychiatrie und Psychotherapie, entweder mit Schwerpunkt „Geriatrie“ oder mit der fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ (Weiterbildungs-ordnung vor 2003),
- Physikalische und Rehabilitative Medizin mit der fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ (Weiterbildungsordnung vor 2003) sowie
- Vertragsärzt*innen mit der Zusatzbezeichnung „Geriatrie“.

Alternativ ist der Nachweis einer besonderen geriatrischen Qualifikation in einem Umfang von 160 Stunden sowie praktische Behandlungserfahrung möglich. Auch ist die Berücksichtigung regionaler Sonderverträge vorgesehen. „Näheres dazu regelt die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Absatz 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik.

Abzuklären ist, ob die/der geriatrische Patient*in für die SGD geeignet ist. Hierzu erfolgt im Vorfeld eine patient*innenorientierte Vorabklärung mit der/dem überweisenden Vertragsärzt*in ohne Patient*innenkontakt. Die Vorabklärung kann bereits fallabschließend sein, sodass sich eine Vorstellung in der spezialisierten geriatrischen Praxis erübrigt. In der spezialisierten geriatrischen Praxis sind neben dem umfassenden geriatrischen Assessment auch soziale Assessments in mindestens fünf Bereichen (z. B. Umfeld, Pflegebedarf, Hilfsmittelbedarf) durchzuführen.

Nach Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit ist ein Behandlungsplan für die/den weiterbehandelnden Vertragsärzt*in zur Therapieeinleitung aufzustellen. Die spezialisierte geriatrische Praxis steht für eine konsiliarische Unterstützung der Versorgung im Rahmen der Weiterbehandlung zur Verfügung. Der Behandlungsplan kann auch die Information über geeignete Beratungsangebote und Hilfsangebote für Patient*innen und ihre Bezugspersonen umfassen. Die spezialisierte geriatrische Praxis kooperiert eng mit Angehörigen der Therapieberufe (u. a. Physio- und Ergotherapie, Logopädie). Je nach Bedarf der Patient*innen wird mindestens eine dieser Berufsgruppen eingebunden. Die Praxisräume müssen an die besonderen Bedingungen der geriatrischen Patient*innen angepasst sein. Für die Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung haben die spezialisierten geriatrischen Praxen der Kassenärztlichen Vereinigung alle zwei Jahre 48 Fortbildungspunkte nachzuweisen. Die spezialisierte geriatrische Praxis muss mindestens zwei Mal jährlich multiprofessionelle Qualitätszirkel und regelmäßig Schulungen für die Praxismitarbeitenden organisieren. Sie führt ebenso patient*innenorientierte Fallbesprechungen mit den eingebundenen Berufsgruppen durch.

4.3. Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung

Die ambulanten Strukturen gilt es nun weiter zu entwickeln beziehungsweise neu zu etablieren. Teilweise etablierte oder auch gerade neue Lösungsmodule, wie spezifisch altersmedizinische Versorgungskonzepte und Assessments, innovative, auf verschiedenartige Krankheitsbilder orientierte Therapieansätze, individuelle Behandlungspläne im Ergebnis konsiliarischer Beratung, aber auch temporäre Mitbehandlungsleistungen können hierfür genutzt werden.

Mit den im vorherigen Absatz erwähnten Qualitätszirkeln kann die ambulante Versorgung weiterentwickelt werden. Sie bieten Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen die Möglichkeit, sich mit Kolleg*innen fachlich auszutauschen, das eigene

Handeln zu reflektieren und neues Wissen zu generieren. Gleichzeitig können über die Teilnahme an sektorenübergreifenden Qualitätszirkeln Kontakte aufgebaut und Netzwerke gebildet werden. Qualitätszirkel in der ambulanten medizinischen Versorgung sind Gruppen von Ärzt*innen, die durch kritische Überprüfung der eigenen Tätigkeit zur Qualitätsentwicklung durch Austausch nach dem Best-Practice-Prinzip beitragen. Der Lernprozess in den Qualitätszirkeln baut auf den Erfahrungen der Teilnehmer*innen auf und bezieht dabei zunehmend evidenzbasiertes Wissen ein. Im interkollegialen Erfahrungsaustausch (peer review) werden Versorgungsroutinen bewusst gemacht und eine Analyse, Reflexion und Bewertung der eigenen Tätigkeit ermöglicht. Die geriatrischen Qualitätszirkel unter Leitung qualifizierter Moderatoren führen Fortbildungen zu Themen der Altersmedizin, Fallbesprechungen und auch Erfahrungsaustausche durch. Die Qualitätszirkel sind der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer anzuzeigen. Die Registrierung der Zirkel erfolgt für Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen bei der Ärzte- bzw. Psychotherapeutenkammer. Die Qualitätszirkel des ambulanten Bereichs sind für stationär tätige Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen offen. Diese Interdisziplinarität ist sinnvoll, da sie dem ganzheitlichen institutionsübergreifenden Versorgungsgedanken der Geriatrie entspricht.

Weiterhin haben Fortbildungen zur Optimierung der Behandlung geriatrischer Patient*innen haben sowohl für die geriatrischen Einrichtungen als auch für niedergelassene Hausärzt*innen einen besonderen Stellenwert.

Für eine engere und verbesserte Zusammenarbeit der Hausärzt*innen mit den Pflegefachkräften in der stationären Pflegeeinrichtung können bei Bedarf gemeinsame Fortbildungen durchgeführt werden, beziehungsweise unterstützen die Hausärzt*innen die Einrichtung ggf. durch die Durchführung von Fortbildungen zu geriatrischen medizinischen Themen.

Außerdem kann eine Stärkung der geriatrischen Grundversorgung in der Hausarztpraxis z. B. durch Prävention aber auch durch die Praxisassistenz dauerhaft zu einer Verbesserung beitragen. Mit der NäPA sollen sukzessive auch die Schnittstellen zu den Leistungsangeboten der ambulanten geriatrischen Komplexbehandlung und der Palliativversorgung verbessert werden.

Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante medizinische Versorgung liegt bei der Kassenärztlichen Vereinigung und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung. Das für Gesundheit zuständige Ministerium wird bei der Zurückgewinnung und auch Weiterentwicklung unterstützen . Ein flächendeckender Zugang zur ambulanten geriatrischen Versorgung, soll unter genannten Strukturen weiterhin Bestand haben und zur Weiterentwicklung ermutigen.

Handlungsempfehlung Nr.14: Zielgruppengerichtete und geschlechtersensible Versorgung

Ziel:
Die ambulante Versorgung erfolgt zielgruppengerichtet und geschlechtersensibel.

Maßnahme:
Alle an der ambulanten Versorgung beteiligten Akteure sollen daraufhinwirken, dass die ambulante Versorgung zielgruppengerichtet und geschlechtersensibel erfolgt. Geschlechtersensible präventive Angebote für ältere Menschen sollen einen höheren Stellenwert erhalten. Außerdem sollen Angehörige und Bezugspersonen stärker einbezogen werden.

Handlungsempfehlung Nr.15: Verbesserung rechtlicher Rahmenbedingungen

Ziel:
Die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine präventiv ausgerichtete, aufsuchende pflegerische, ärztliche und zahnmedizinische Betreuung von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen werden verbessert.

Maßnahme:
Die Landesregierung soll sich auf Bundesebene dafür einsetzen, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine aufsuchende präventiv ausgerichtete pflegerische, ärztliche und zahnmedizinische Betreuung verbessert werden.

Handlungsempfehlung Nr.16: Geriatriespezifische Primärversorgung

Ziel:
Die Lebensqualität älterer Patient*innen wird erhöht, Hospitalisierung und Komplikationen werden reduziert und die Qualität der ambulanten Versorgung bleibt erhalten.

Maßnahme:
Die geriatrische Primärversorgung und die spezialisierte Versorgung durch Haus- und Fachärzt*innen im ambulanten Sektor soll gestärkt werden z. B. durch Praxisassistenzen, Fortbildungen, Qualitätszirkel sowie Unterstützungsangebote für Pflegende.

Handlungsempfehlung Nr. 17: Modell- und auch Innovationsprojekte sowie sondervertragliche Regelungen

Ziel:
Eine effizientere, integrierte und bedarfsgerechte ambulante Behandlung geriatrischer Patient*innen wird ermöglicht und durch innovative Ideen gestärkt

Maßnahme:
Der Ausbau der Versorgungsstrukturen im ambulanten Bereich durch Erprobung neuer ambulanter Versorgungsformen, wie z. B. des Modellprojekts „Intensivierte Interprofessionelle Ambulante Therapie für Geriatrische Patientinnen und Patienten – InAtheGer“ soll unterstützt werden wobei ihre Finanzierbarkeit in der Regelversorgung bereits berücksichtigt wurden. Dabei sollen sondervertragliche Regelungen mit allen Krankenkassen gleichermaßen umgesetzt werden müssen.

5. Stationäre Versorgung[60]





60 Stand 2025

5.1. Leistungsgruppen und Krankenhausplanung

Mit der Krankenhausreform durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz und das Krankenhausanpassungsgesetz (KHVVG und KHAG[61]) wurde die komplexe geriatrische Versorgung organisatorisch einer eigenen Leistungsgruppe (LG 56 „Geriatrie“) zugeordnet. Die Zuordnung der Leistungsgruppen wird künftig an die Erfüllung definierter Qualitätsanforderungen und Mindestvorhaltezahlen geknüpft, um eine hochwertige und kontinuierlich verbesserte medizinische Versorgung sicherzustellen. Der OPS-Code (Operationen- und Prozedurenschlüssel) „geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“ (OPS 8-550) bildet die zentrale fachliche Grundlage und ist ein wesentlicher Schlüssel zur Kodierung der Leistungsgruppe „Geriatrie“. Die Leistungsgruppe erfasst demnach ausschließlich die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung und bildet damit nur einen Teilbereich der geriatrischen Versorgung im Krankenhaus ab.

Die Leistungsgruppen, in denen viele alterstraumatologische Verletzungen behandelt werden, sehen als Auswahlkriterium für die Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe die Zuweisung der Leistungsgruppe „Geriatrie“ vor. Dies betrifft die Leistungsgruppen 25 „Revision Hüftendoprothese“, 26 „Revision Knieendoprothese“ und 27 „Spezielle Traumatologie“.

Allgemein ist die geriatrische Versorgung im Krankenhaus jedoch auch unabhängig von der Zuweisung der LG 56 „Geriatrie“ ein unverzichtbarer und integraler Bestandteil der Regelversorgung. Geriatrische Patient*innen stellen eine bedeutsame Querschnittspopulation innerhalb der stationären Versorgung dar, da sie in sämtlichen Versorgungsbereichen – von der Notaufnahme über operative Fachdisziplinen bis hin zur internistischen und konservativen Behandlung – regelmäßig in signifikanter Zahl vertreten sind. Dies gilt insbesondere, da geriatrische Patient*innen aufgrund ihrer Multimorbidität und erhöhten Vulnerabilität ein signifikant erhöhtes Risiko für Komplikationen und Funktionsverluste im Anschluss an akute Ereignisse oder operative Interventionen aufweisen. Eine adäquate Identifikation, spezialisierte Diagnostik und konsequente Integration standardisierter Behandlungsstrukturen im Rahmen der stationären Behandlung sind daher unerlässlich. Insbesondere, um die Verschlechterungen des Allgemeinzustandes vorzubeugen, funktionelle Selbstständigkeit zu erhalten und den Übergang in weiterführende spezialisierte, rehabilitative, pflegerische oder ambulante Versorgung optimal zu gestalten.

Mit der neuen Krankenhausplanung erfolgte eine Analyse der Versorgungsstrukturen sowie eine Bedarfsprognose für Mecklenburg-Vorpommern. Die Analysen sind Bestandteil des Krankenhausplans, wodurch eine transparente Darstellung der Versorgungsdichte sowie regionaler Bedarfssituationen in der geriatrischen Versorgung ermöglicht wird. Durch die kontinuierliche Bewertung der in Anspruch genommenen Leistungen und die Berücksichtigung prognostizierter demografischer Entwicklungen besteht die Möglichkeit, die Versorgungsstrukturen im Rahmen der stationären Versorgung bedarfsgerecht anzupassen und deren Entwicklung im Sinne einer vorausschauenden Planung fortlaufend zu steuern. Eine Ausweisung der Standorte mit dem jeweiligen Leistungsumfang (stationär/teilstationär) der Leistungsgruppe „Geriatrie“ erfolgt im Krankenhausplan. Parallel dazu adressiert das Landeskrankenhausgesetz (§ 30 Abs. 5 LKHG) die Aspekte der besonderen Belange dieser Patient*innengruppe.

Ziel ist es, eine bedarfsorientierte, qualitätsgesicherte und interdisziplinär abgestimmte Versorgung in allen Bereichen des Krankenhauses sicherzustellen, die den besonderen gesundheitlichen und funktionellen Bedürfnissen älterer Patient*innen gerecht wird.

61 Derzeit noch nicht verabschiedet

5.2. Besonderheiten der geriatrischen Patient*innen im Krankenhaus als Querschnittsanforderung [62]

In diesem Kapitel werden Empfehlungen zur zukünftigen Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen für geriatrische Patient*innen im Krankenhaus definiert, damit jedes Krankenhaus auf Grundlage seines individuellen Status quo prüfen kann, ob es diesen Anforderungen genügt. Im Rahmen der parallel erfolgenden Neufassung des Krankenhausplans wird geprüft, ob und ggf. mit welchem Grad der Verbindlichkeit Empfehlungen aus dem Geriatrieplan übernommen werden.

Die Barrierefreiheit in Krankenhäusern stellt eine grundlegende Voraussetzung für eine angemessene und gleichberechtigte stationäre Versorgung besonders vulnerabler Patient*innengruppen dar. Sie bezieht sich auf die Zugänglichkeit und Nutzbarkeit des gesamten Umfelds. Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) verpflichtet die Vertragsstaaten, einen barrierefreien Zugang zu Gebäuden, Informationen und Versorgungsangeboten sicherzustellen.[63] Diese Maßnahmen sollen auf die spezifischen Bedürfnisse der Patient*innen abgestimmt sein und eine selbstbestimmte, sichere Nutzung der Einrichtungen ermöglichen. Dadurch wird eine bestmögliche Versorgung von Menschen mit physischen, sensorischen oder kognitiven Einschränkungen gefördert. Die Gestaltung der Barrierefreiheit orientiert sich an den geltenden gesetzlichen Vorgaben und Normen, um eine umfassende Zugänglichkeit und Teilhabe, durch beispielsweise baulichen Standard oder digitale Barrierefreiheit[64], sicherzustellen. Gemäß dem Landeskrankenhausgesetz Mecklenburg-Vorpommern (§§ 1, 30 LKHG) sollen die Krankenhäuser, eine bedarfsgerechte und möglichst barrierefreie Versorgung sicherstellen sowie Maßnahmen ergreifen, um individuellen Beeinträchtigungen und personenspezifischen Bedarfen angemessen Rechnung zu tragen.[65] Angaben zur Barrierefreiheit der Krankenhäuser werden in deren Qualitätsberichten ausgewiesen.

Bei Vorliegen von Multimorbidität, Polypharmazie sowie funktionellen und kognitiven Einschränkungen ist nicht das kalendarische Alter der primäre Prädiktor für den Gesundheitszustand und die Prognose, sondern vielmehr die individuelle Komplexität der Krankheitsbilder sowie die erhöhte Vulnerabilität der Patient*innen. Innerhalb der medizinischen und speziell geriatrischen Fachdisziplinen herrscht zunehmend Übereinstimmung darüber, dass bei älteren Menschen vorrangig die individuelle Vulnerabilität berücksichtigt werden muss.[66] Dieser Ansatz kann beispielsweise durch das Konzept der Frailty untermauert werden (siehe Kapitel 1). Frailty ist das Phänomen, dass u. a. am stärksten mit postoperativen Komplikationen, Morbidität und Letalität assoziiert ist. Fehlen beispielsweise eine adäquate präoperative Risikoeinschätzung sowie Einleitung entsprechender präoperativer Maßnahmen, erhöht sich das Risiko für postoperative Komplikationen signifikant. Daher ist bei den Patient*innen ein angepasstes perioperatives Management erforderlich, das auf einer umfassenden präoperativen Evaluation basiert, um postoperative Risiken wie Stürze, Druckgeschwüre, Delirien sowie weitere physische und kognitive Funktionseinbußen zu minimieren und die Patient*innensicherheit zu erhöhen.[67]

Ein zunehmend wahrgenommenes Problem in der klinischen Versorgung ist die frühzeitige Identifikation geriatrischer Patient*innen, die als Notfälle in ein Krankenhaus aufgenommen werden. Da nicht jedes Krankenhaus über eine geriatrische Einheit oder zukünftig über die Leistungsgruppe „Geriatrie“ verfügt, erfolgt die notfallmäßige Behandlung häufig ohne unmittelbare Anbindung an eine solche spezialisierte Einheit. Einer Analyse zufolge sind 40 % aller Notfallpatient*innen über 65 Jahre alt und internistische Krankheitsbilder die führende Aufnahmediagnose.[68] Altersbedingte Phänomene und deren Herausforderung (siehe Kapitel 1) sowie unklare Zuständigkeiten und meist unzureichende geriatrische Expertise in den Notaufnahmen erhöhen das Risiko einer fehlenden Identifikation.[69] Rund 93 % der geriatrischen Patient*innen über 80 Jahre werden in den Krankenhäusern überwiegend

62 unabhängig von der Zuweisung der Leistungsgruppe „Geriatrie“
63 Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen. (2018). Die UN-Behindertenrechtskonvention. Verfügbar unter: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/CRPD/CRPD_Konvention_und_Fakultativprotokoll.pdf
64 Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSG), (Landes)Behindertengleichstellungsgestetz (BGG/ LBGG M-V), Landesbauordnung M-V
65 Landeskrankenhausgesetz Mecklenburg-Vorpommern (2025). Verfügbar unter: https://www.landesrecht-mv.de/bsmv/document/jlr-LKHGMV2025pP1
66 Kressig, R.W. (2023). Gebrechlichkeit („frailty“) und Operabilität: die geriatrische Sicht. Urol. Prax. 25, S. 96–102. https://doi.org/10.1007/s41973-023-00227-z.
67 Drewniok et al. (2022). Frailty-Diagnostik in verschiedenen AINS-Settings, in: AINS - Anästhesiologie · Intensivmedizin · Notfallmedizin · Schmerztherapie, Bd. 57, Nr. 11/12. Doi:10.1055/a-1760-8228.
68 Langhoop et al. (2024). AKTIN-Notaufnahmeregister. Charakteristika älterer im Vergleich zu jüngeren Notfallpatienten – Analyse von über 356.000 erfassten Besuchen des AKTIN-Notaufnahmeregisters. Med Klin Intensivmed Notfmed,119, S. 18–26. Verfügbar unter: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10803396/pdf/63_2022_Article_968.pdf
69 Thiem et al. (2012). Positionspapier zur Identifizierung geriatrischer Patienten in Notaufnahmen in Deutschland. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 45(4), S. 310–314.

in internistischen und chirurgischen Abteilungen ohne geriatrische Versorgungsbeteiligung behandelt.[70] Eine fehlende Identifizierung dieser Patient*innengruppe vor elektiven oder notfallmäßigen Interventionen führt zu einer schlechteren Prognose hinsichtlich der Wiederherstellung des zuvor bestehenden Gesundheitsstatus. Zudem ist der Unterschied im Gesundheitszustand vor und nach einer Intervention oft nicht einschätzbar. Diese Informationen sind jedoch essentiell, um präventiv oder zeitnah nach einer gesundheitlichen Veränderung angemessene Interventionen einzuleiten und so den Verlust von Selbstständigkeit und die Entstehung weiterer Komplikationen zu verhindern.

Unabhängig davon, ob eine Einrichtung über die Leistungsgruppe Geriatrie verfügt, ist eine qualitativ hochwertige und auf die geriatrischen Bedarfe ausgerichtete Versorgung dieser vulnerablen Patient*innengruppe sicherzustellen. Hierfür sind standardisierte, interdisziplinär abgestimmte Maßnahmen erforderlich, die eine frühzeitige Erkennung geriatrischer Risiken, eine ganzheitliche Behandlungsplanung sowie zügige Verlegung in eine geriatriespezifische Versorgungseinheit ermöglichen.

Handlungsempfehlung Nr. 18: Krankenhauseinweisungen und Prävention von Komplikationen

Ziel:
Vermeidbare Krankenhausaufenthalte, die Senkung von Kosten und die Minimierung unerwünschter Ereignisse wie nosokomialer Infektionen, Stürze oder iatrogene Störungen werden reduziert.

Maßnahme:
Für das Ziel sollen folgende Punkte umgesetzt werden:

- Schulung der Mitarbeitenden ambulanter und stationärer Pflege, um einschätzen zu können, wann eine Krankenhauseinweisung dringend erforderlich und wann sie durch andere Maßnahmen vermeidbar ist.
- Vorbereitung elektiver Krankenhausaufenthalte durch „Prärehabilitation“ oder gezielte „Auftherapierung“, um die funktionale Gesundheit der Patient*innen zu stabilisieren und Komplikationen zu vermeiden.
- Nutzung von Fallbesprechungen und koordinierter Dokumentation, um Risiken frühzeitig zu erkennen und die Patient*innenversorgung zu optimieren.

Implementierung geriatrischer Assessments und Screenings in der Regelversorgung

In Deutschland besteht keine allgemeine gesetzliche Pflicht zur Durchführung eines bestimmten geriatrischen Screening-Instruments bei einer Krankenhausaufnahme. Bundesländer wie Hessen und Baden-Württemberg haben für Krankenhäuser, die an der geriatrischen Versorgung mitwirken, verbindlich festgelegt, dass bereits im Aufnahmeprozess eine systematische Identifikation geriatrischer Patient*innen mittels geriatrischer Screenings erfolgen muss. Für Mecklenburg-Vorpommern wird dies im Rahmen der Erstellung des Krankenhausplans geprüft.

Erstmals schreibt die G-BA-Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) verbindlich vor, bei älteren Patient*innen mit einer solchen Fraktur ein strukturiertes geriatrisches Screening durchzuführen. Der Nachweis über die Screening-Durchführung und die daraus abgeleitete altersmedizinische Mitbeurteilung ist Teil der jährlichen Qualitätssicherung.

Fachgesellschaften wie die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie und Leitlinien wie die S3-Leitlinie zum Comprehensive Geriatric Assessment empfehlen den routinemäßigen Einsatz von validierten geriatrischen Screenings, vor allem in Notaufnahmen oder bei stationärer Aufnahme älterer Patient*innen.[71]

Es gibt eine Vielzahl von Screening-Instrumenten (siehe. Kapitel 1) welche Risikofaktoren identifizieren oder eine geriatrische Behandlungsnotwendigkeit aufzeigen. Insgesamt ist ein einfaches, multistufiges Konzept in den Krankenhäusern zu implementieren. Ein gestuftes Vorgehen beginnt mit einem schnellen Screening (Stufe 1) beim Aufnahmeprozess, das in kurzer Zeit das geriatrische Risiko erfasst und bei Auffälligkeiten eine ausführlichere Diagnostik (Stufe 2) auslöst. Dadurch werden unnötige Untersuchungen vermieden, Ressourcen gezielt eingesetzt und gefährdete Personen frühzeitig erkannt. Das erlaubt eine individuelle und multidimensionale Behandlungsplanung, die funktionelle, kognitive, psychische und soziale Aspekte berücksichtigt. Zudem erleichtert das stufenweise Verfahren die Implementierung in den klinischen Alltag, da es dort ansetzt, wo die Dringlichkeit und die vorhandene Zeit es erlauben. Die Komplexität und Tiefe der Assessments kann somit bedarfsgerecht skaliert werden und die Akzeptanz bei Fachkräften fördern sowie eine kontinuierliche Evaluation

70 Meinck et al. (2025). Geriatrische Versorgung im Krankenhaus im Spiegel von Vergütung, Planung und Regulierung, in: Krankenhausreport, Springer eBooks, S. 81-98.
71 AWMF-Leitlinienregister. (2024). S3-Leitlinie zum Comprehensive Geriatric Assessment. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/084-003

und Anpassung der Versorgung ermöglichen. Das geriatrische Assessment wird heute nicht mehr ausschließlich als spezialisierte Abklärung ausgewählter Patient*innen in der Geriatrie verstanden, sondern sollte vielmehr als integraler Bestandteil der Basisdiagnostik in anderen medizinischen Fachdisziplinen etabliert sein. Dadurch wird eine frühzeitige Erkennung geriatrischer Risiken und Bedürfnisse ermöglicht, die eine individualisierte und ganzheitliche Behandlungsplanung über alle Versorgungsbereiche hinweg unterstützt.

Wie bereits festgestellt, ist die frühzeitige Indikationsstellung für die Behandlungsplanung essenziell. Der Aufwand eines geriatrischen Therapiekonzepts ist allerdings nur gerechtfertigt, wenn typisch geriatrische Patient*innen, die von einem solchen Konzept auch mit hoher Wahrscheinlichkeit profitieren werden, zuverlässig identifiziert und zeitnah einer entsprechenden geriatrischen Behandlung zugeführt werden können. Demnach sollen Patient*innen mit einem positiven Basis-Screening schnellstmöglich in eine spezialisierte Versorgungseinheit überführt werden, um das bestmögliche Outcome zu erzielen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass nicht jede*r Patient*in für die Überführung geeignet ist und die Primärerkrankung sowie die daraus resultierende Behandlungsfolge zu berücksichtigen sind.

Handlungsempfehlung Nr. 19:
Versorgungsqualität und Screening

Ziel:
Die Versorgung geriatrischer sowie gebrechlicher Patient*innen wird sichergestellt und die Versorgungsqualität sowie Patient*innensicherheit nachhaltig verbessert.

Maßnahme:
Unabhängig von geriatrischen Einheiten beziehungsweise der Leistungsgruppe „Geriatrie“, die nicht in allen Krankenhäusern verfügbar ist, sollte in allen Krankenhäusern standardmäßig ein Basis-Screening (z. B. ISAR-Score) für Patient*innen ab 70 Jahre[72] zur Identifikation und Bewertung dieser Risikogruppe in den Notaufnahmen integriert werden. In Abhängigkeit vom Screening-Ergebnis kann entschieden werden, welche standardisierten Maßnahmen einzuleiten sind. Anhand eines standardisierten Maßnahmenkatalogs kann die Art der weiteren Versorgung festgelegt werden. Ein interdisziplinärer und abteilungsübergreifender Austausch innerhalb des Krankenhauses soll organisiert werden, um die Ergebnisse des Screenings tatsächlich in die Umsetzung von entsprechend angepassten Behandlungsmaßnahmen zu bringen.

5.3. Besonderheiten der akutgeriatrischen Behandlung

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung und Alterstraumatologie

Die Zuweisung von Patient*innen in geriatrische Einheiten im Krankenhaus erfolgt, wie in anderen Fachdisziplinen, überwiegend direkt durch niedergelassene Ärzt*innen, im Notfall oder im Rahmen einer Verlegung aus anderen Krankenhäusern (Sekundärverlegung). Bei dem Vorhandensein einer geriatrischen Einheit beziehungsweise Leistungsgruppe „Geriatrie“ ist nach einer entsprechenden Risikoeinschätzung zur Notwendigkeit einer geriatrischen Behandlung im Rahmen des Aufnahmeprozesses eine primäre Aufnahme in diese Einheit anzustreben. Ist eine sofortige Behandlung in einer anderen Fachabteilung erforderlich, sollte, sobald dies fachlich vertretbar ist, eine hausinterne Verlegung erfolgen.

Eine besondere Versorgungsstruktur innerhalb der Krankenhäuser bilden interdisziplinäre Behandlungsformen und -konzepte (spezialisierte Geriatrische Versorgungseinheiten), bei denen durch enge Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachabteilungen mit der Geriatrie eine besondere Expertise und Behandlungsqualität bei der Versorgung älterer Patient*innen erzielt wird. Beispielhaft sind alterstraumatologische Zentren oder vergleichbare Strukturen sowie interdisziplinäre Behandlung im Rahmen operativer Eingriffe zu nennen. Krankenhäuser können sich bei Vorliegen der Voraussetzungen als „Alterstraumatologisches Zentrum“ zertifizieren lassen. In Mecklenburg-Vorpommern gibt es bisher ein solches zertifiziertes Krankenhaus. Die alterstraumatologischen Zentren stellen ein maßgeschneidertes, zertifiziertes Behandlungskonzept bereit, indem geriatrischer und unfallchirurgischer Sachverstand effizient zusammenfließen und die speziellen Bedürfnisse von Traumapatient*innen berücksichtigt werden. Durch diese interdisziplinäre Zusammenarbeit wird eine umfassende, individuelle und qualitativ hochwertige Komplexbehandlung gewährleistet. Interdisziplinäre Behandlungskonzepte ermöglichen eine schnellere Heilung und Widererlangung der Beweglichkeit.

72 DGG. (2012). Geriatrische Patienten in der Notaufnahme. Verfügbar unter: https://www.dggeriatrie.de/images/Dokumente/120619_PM_Positionspapier_Notaufnahme.pdf

In Mecklenburg-Vorpommern sind im Krankenhaus zwei Versorgungsformen etabliert. Zum einen die frührehabilitative geriatrische Komplexbehandlung, die akutmedizinische und rehabilitative Therapieprinzipien gemäß § 39 SGB V verbindet und eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit voraussetzt. Zum anderen gibt es eine teilstationäre frührehabilitative Komplexbehandlung für ältere Patient*innen, die bereits so stabil sind, dass sie nicht mehr stationär behandelt werden müssen aber weiterhin intensive, individuell abgestimmte Therapien und ärztliche Betreuung benötigen. Die Leistungen für die geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung werden anhand des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS 8-550) abgebildet und definieren die Mindestmerkmale zur Erfüllung dieser komplexen Behandlungsform. Die Behandlung erfolgt durch ein multiprofessionelles geriatrisches Team und unter fachärztlicher Leitung eines Geriaters. Im stationären Aufnahmeprozess werden ein standardisiertes geriatrisches Assessment in mindestens vier Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und ein soziales Assessment durchgeführt und vor Entlassung gemäß den Prozedurvorgaben wiederholt. Im Rahmen der Frührehabilitation finden wöchentliche Teambesprechungen statt, in denen bisherige Behandlungsergebnisse sowie weitere Behandlungsziele überprüft und patient*innenbezogen Behandlungspläne angepasst werden. Die hohe Therapiedichte ermöglicht die optimale Förderung der Selbstständigkeit. Dabei werden Behandlungsschwerpunkte individuell gewichtet und richten sich nach der aktuellen klinischen Situation, der Vorgeschichte, den verfügbaren Ressourcen sowie der Prognose der Patient*innen. Die Behandlungsziele werden während des Behandlungsverlaufs regelmäßig evaluiert und entsprechend angepasst. Idealerweise soll die stationäre frührehabilitative geriatrische Komplexbehandlung und die teilstationäre Frührehabilitation in Mecklenburg-Vorpommern miteinander kombiniert werden, um den individuellen Bedürfnissen der Patient*innen bestmöglich gerecht zu werden und eine nahtlose, kontinuierliche Versorgung über die verschiedenen Versorgungsformen hinweg zu gewährleisten. Das Altersmedizinische Zentrum Wolgast – als Teil der Universitätsmedizin Greifswald – dient hier als Best Practice-Beispiel und bietet ein mehrdimensionales Behandlungskonzept an.

Gerontopsychiatrie

Einen besonderen Teilbereich der Geriatrie stellt die Gerontopsychiatrie dar, die sich als ein Fachgebiet der Psychiatrie mit psychischen Störungen und Erkrankungen bei älteren Menschen befasst und mit einem Fokus sowohl auf die psychischen als auch auf die körperlichen und sozialen Aspekte der betroffenen Personen einen ganzheitlichen Ansatz verfolgt. Trotz der Prävalenz und Inzidenz psychischer Erkrankungen bei älteren Menschen erfährt die Gerontopsychiatrie in Deutschland bei Weitem nicht die Anerkennung wie in anderen Ländern, sodass hier insbesondere durch die stärkere Verankerung von gerontopsychiatrischen Inhalten in Weiterbildungs- und Prüfungsordnungen sowie einer evidenzbasierten Versorgung, einschließlich neuer Versorgungsmodelle wie der „stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung“ (StäB) und der Nachsorge von Patient*innen bestehende Bedarfe gedeckt werden können. Wichtig ist eine klare Einordnung neurodegenerativer Erkrankungen als Krankheitsbilder der Gerontopsychiatrie, die jedoch nicht nur auf diese beschränkt werden darf.

Neben der stationären ist die kommunale Verantwortung zum Beispiel mit der Sozialpsychiatrie und Gesundheitsberatung nicht zu vernachlässigen.

Handlungsempfehlung Nr. 20: Bedarfsdeckende gerontopsychiatrischen Versorgung

Ziel:
Eine bedarfsdeckende gerontopsychiatrische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern wird sichergestellt.

Maßnahme:
Im Rahmen der Überarbeitung des Plans zur Weiterentwicklung eines integrativen Hilfesystems für psychisch kranke Menschen in Mecklenburg-Vorpommern soll die stärkere Verankerung von gerontopsychiatrischen Inhalten in Weiterbildungs- und Prüfungsordnungen geprüft werden. Weiterhin soll geprüft werden, welche innovativen Versorgungsmodelle in der Gerontopsychiatrie in Mecklenburg-Vorpommern Einzug finden könnten.

Lokale, multidisziplinäre Kooperation und Vernetzung sowie Implementierung von Versorgungsverbünden innerhalb der Planungsregionen

Eine Möglichkeit zur Stärkung der geriatrischen Versorgungsstrukturen unter Berücksichtigung der Fachkräftesituation besteht in der Organisation von geriatrischen Zentren in den jeweiligen Planungsregionen. Diese Zentren zeichnen sich durch konzeptionelle Besonderheiten, wie der Integration stationärer und nicht-vollstationärer Angebote am Standort aus und nehmen zusätzlich die Funktion

als Ansprech- und Kooperationspartner*innen für umliegende Krankenhäuser und ambulante Versorgungsstrukturen wahr. In enger Zusammenarbeit mit weiteren Krankenhäusern können standardisierte Maßnahmen zur geriatrischen Versorgung festgelegt und strategische, organisatorische sowie therapeutische Ansätze integriert werden. Neben einem Kommunikationsmanagement sind Pflege- und Behandlungsstandards wie beispielsweise das Delir- und Mobilisationsmanagement in den standardisierten Maßnahmenkatalog zu integrieren. Die Zentren würden eine koordinierende Funktion übernehmen, um eine qualitativ hochwertige, vernetzte und bedarfsorientierte stationäre geriatrische Versorgung in der Region sicherzustellen. Die enge Kooperation ermöglicht es, geriatriespezifische Standards für Behandlungsprozesse, Kommunikation und interdisziplinäre Zusammenarbeit zu etablieren und kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Handlungsempfehlung Nr. 21: Regionale und multidisziplinäre Zusammenarbeit

Ziel:
Die regionale, multidisziplinäre Zusammenarbeit in der stationären geriatrischen Versorgung wird gefördert.

Maßnahme:
Krankenhäuser sollen lokale, multidisziplinäre Kooperation und Vernetzung fördern, indem geriatrische Versorgungsverbünde innerhalb der Planungsregionen aufgebaut werden. In den jeweiligen Planungsregionen sollen Zentren benannt werden, die als Ansprech- und Kooperationspartner*innen für die umliegenden Krankenhäuser und die ambulanten Leistungserbringer dienen. In enger Zusammenarbeit können standardisierte Maßnahmen zur geriatrischen Versorgung festgelegt und strategische, organisatorische sowie therapeutische Ansätze integriert werden. Die Einrichtung von Geriatriekonsilen ermöglicht eine gemeinsame Behandlungsplanung und Verbesserung der Koordination. Telemedizinische Konsiliarleistungen oder „Vor-Ort-Konsile“ sollten demnach in der Vergütung stärker Berücksichtigung finden. Das Land setzt sich beim Bund dafür ein, dass diese Leistungen bei der Vergütungsregelung entsprechend stärker Beachtung finden.

Verlegungs- und Entlassungsmanagement als ganzheitlicher, standardisierter und koordinierender Versorgungsprozess

Nach § 39 Abs. 1a SGB V sowie dem Rahmenvertrag Entlassmanagement sind Krankenhäuser verpflichtet, ein strukturiertes und individuell ausgerichtetes Übergangsmanagement bereitzustellen, das den nahtlosen Übergang der Patient*innen in die Anschlussversorgung gewährleistet. Ziel des Entlassungs- und Verlegungsmanagements ist es, durch einen systematischen und geplanten Prozess die sektorenübergreifende Versorgung bedarfsgerecht zu organisieren. Voraussetzung hierfür sind eine effiziente interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit sowie eine abgestimmte, moderne Kommunikation innerhalb und zwischen den beteiligten Versorgungsbereichen (siehe Kapitel 2).

Bei geriatrischen und frailen Patient*innen kommt der sozialmedizinischen Beratung, der Hilfsmittelversorgung sowie – je nach individuellem Bedarf – einer ambulanten oder stationären pflegerischen Weiterversorgung und/oder einer Weiterbehandlung in einem akutgeriatrischen Bereich oder in einer Rehabilitationseinrichtung besondere Bedeutung zu.

Durch die Einbindung speziell geschulter Mitarbeiter*innen für geriatrische Patient*innen haben Krankenhäuser die Möglichkeit, gemeinsam mit dem Entlassmanagement einen ganzheitlichen, standardisierten und koordinierten Versorgungsprozess über den gesamten Behandlungsverlauf (von der Aufnahme bis zur Entlassung) sicherzustellen. Im Behandlungsverlauf erfolgt dabei eine kontinuierliche Berücksichtigung der Patient*inneninteressen sowie der An- und Zugehörigen bei der Planung zukünftiger Unterstützungsleistungen oder Verlegungssituationen. Beispielsweise können die geschulten Mitarbeiter*innen bei frailen Patient*innen nach operativen Eingriffen oder im onkologischen Setting erneute Risiko-Assessments durchführen, um frühzeitig eine Verschlechterung des Patient*innen-Outcomes zu erkennen und eine Anpassung der Behandlungsplanung vorzunehmen.

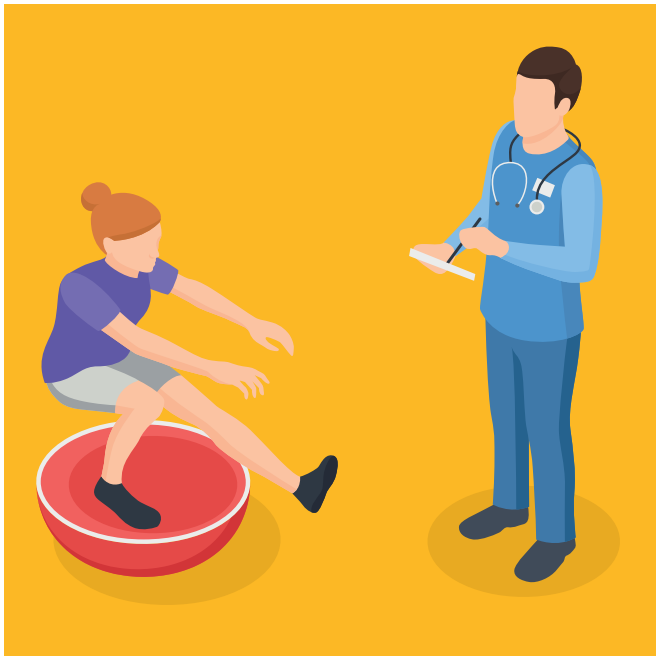
Im Rahmen der stationären geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung ist das Entlassmanagement ein integraler Bestandteil und sorgt für eine sichere Entlassung in die Häuslichkeit oder passende Anschlussversorgung.

In Zusammenarbeit mit den beteiligten Akteuren und in der Erarbeitung des stationären Kapitels des

Geriatrieplans wurde die spezielle ambulante geriatrische Versorgung (SAGV) als medizinisch-therapeutisches Angebot (analog zur SAPV) für ältere Menschen eingebracht, welches überwiegend im häuslichen Umfeld erfolgt und darauf abzielt, deren Selbstständigkeit zu erhalten . Durch die Kombination der stationären geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung und der speziellen ambulanten geriatrischen Versorgung könnten Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements einen nahtlosen Übergang in die ambulante Versorgung gewährleisten, indem notwendige ambulante Therapien, Maßnahmen zur Optimierung des häuslichen Umfeldes und die Versorgung mit Hilfsmitteln realisiert werden.

Digitale Strukturen ermöglichen eine erhebliche Vereinfachung der sektorenübergreifenden Kommunikation, indem bereits im Rahmen der Entlassplanung die jeweiligen Akteure frühzeitig eingebunden werden. Die bestehenden Barrieren dieser Kommunikation sollten künftig abgebaut, digitale Lösungen stärker genutzt und die frühe Einbindung aller relevanten Akteure fokussiert werden. Ziel ist es, Versorgungslücken zu vermeiden und die Qualität der nachstationären Versorgung nachhaltig zu sichern. Casemanagement und Entlassmanagement bilden hierbei einen ganzheitlichen Prozess und schaffen optimale Übergänge. Dies setzt eine funktionierende Netzwerkstruktur und Kommunikation voraus, die von den Krankenhäusern kontinuierlich gefördert werden sollte.

6. Rehabilitation









6.1. Grundlagen und Prinzipien der geriatrischen Rehabilitation

Allgemeine Grundlagen

Der demografische Wandel, aber auch die Zunahme an operativen und interventionellen Eingriffen bei Hochaltrigen aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts führen gemeinsam zu einer zu erwartenden Fallzahlsteigerung sowohl in Krankenhäusern als auch in Rehabilitationseinrichtungen.[73]

Eine wohnortnahe geriatrische Rehabilitation gehört in Mecklenburg-Vorpommern zu den wesentlichen Säulen der Versorgung geriatrischer Patient*innen und sichert die Lebensqualität und Teilhabe dieser Menschen.

In Mecklenburg-Vorpommern stellen unter anderem die drei langjährig etablierten Fachkliniken für geriatrische Rehabilitation in Neubrandenburg, Greifswald und Tessin einen stabilen Baustein zur Sicherstellung geriatrischer Versorgung dar.

Geriatrische Patient*innen haben bei entsprechender Indikation einen Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation (GKV-IPReG § 40 SGB V). Dieser wird vom Grunde her nicht durch die Anwendung frührehabilitativer Elemente während einer Akutbehandlung im Krankenhaus abgegolten. In diesem Zusammenhang ist es folgerichtig, dass in Mecklenburg-Vorpommern das gestufte Versorgungskonzept zur Anwendung kommt und eine geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung im Grundsatz nicht fallabschließend ist.

Die Indikation zur geriatrisch-rehabilitativen Behandlung kann sich aus verschiedenen Situationen der geriatrischen Patient*innen ergeben. Häufig erfolgt der Zugang aus einer stationären Krankenhausbehandlung heraus nach einer akuten Erkrankung oder auch Operation im Sinne einer Anschlussrehabilitation. Die Notwendigkeit kann aber auch im Rahmen der ambulanten Betreuung festgestellt werden. Eine besondere Bedeutung kommt den Empfehlungen zur geriatrischen Rehabilitation im Rahmen der Pflegebegutachtungen des Medizinischen Dienstes nach dem Leitsatz „Reha vor Pflege“ zu.

Ein Großteil der pflegebedürftigen geriatrischen Menschen wird von ihren Angehörigen zu Hause versorgt und gepflegt. Für diese, oft auch geriatrischen, pflegenden Angehörigen gibt es ebenfalls einen Rechtsanspruch auf Rehabilitation. Angebote dafür können demnach sinnvollerweise auch innerhalb der Geriatrie verortet sein, wobei sowohl Maßnahmen gemeinsam mit dem zu pflegenden Angehörigen oder auch getrennt voneinander denkbar sind. Vor dem Hintergrund der Zunahme des Anteils von Menschen mit dementiellen Erkrankungen sollte der besondere Aspekt von Erkrankten mit kognitiven Einschränkungen dabei berücksichtigt werden.

Die körperliche Funktions- und Leistungsfähigkeit geriatrischer Patient*innen vor einer operativen oder auch nichtoperativen Behandlung hat erheblichen Einfluss auf die Komplikationsrate und den Behandlungserfolg. Aus diesem Grund kann die sogenannte Prärehabilitation – also eine gezielte Konditionierung vor einem geplanten Eingriff – ebenfalls indikationsgebend für eine ambulante oder stationäre geriatrische Rehabilitation sein.[74]

In der geriatrischen Rehabilitation werden geriatrische Patient*innen mit Funktions- oder Teilhabestörung

- nach akuter Erkrankung, nach Operationen, Eingriffen oder Intensivbehandlung,
- bei drohender beziehungsweise eingetretener Funktions- oder Teilhabestörung aufgrund chronischer Erkrankungen,
- zur Verhinderung der Pflegebedürftigkeit oder einer Zunahme an Pflegebedürftigkeit behandelt.

Ziel ist es, jedem Betroffenen eine möglichst große Autonomie und Alltagskompetenz sowie Teilhabe am Leben zu ermöglichen.

Multimorbidität und Polypharmazie sowie oft begrenzte Ressourcen kennzeichnen die geriatrischen Rehabilitanden und fordern ein multidimensionales und multiprofessionelles Management innerhalb der geriatrischen Rehabilitation in Abgrenzung zu anderen Indikationen.

Geriatrische Rehabilitation ist als Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung indiziert, wenn eine geriatrische Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, alltagsrelevante Rehabilitationsziele und eine positive Rehabilitationsprognose vorliegen.

Rehabilitationsbedürftigkeit: geriatrische Rehabili-

73 BVG. (2023). Weißbuch Geriatrie. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
74 Bloch, W. (2017). Prehrehabilitation - „Fit“ werden für eine Operation. Deutsches Ärzteblatt, S. A1118-A1120.

tationsbedürftigkeit setzt voraus, dass eine körperliche, geistige oder seelische Erkrankung vorliegt und diese die Teilnahme am häuslichen und außerhäuslichen Leben beeinträchtigt.

Rehabilitationsfähigkeit: beschreibt die Ressource der Patient*innen, aktiv an der Rehabilitationsbehandlung teilnehmen zu können.

Rehabilitationsziel: Rehabilitation folgt stets einem konkreten Rehabilitationsziel. Rehabilitationsziele variieren zwischen den Rehabilitanden und sollten stets SMART[75] formuliert sein. Trotz aller interindividueller Variabilität sind die Wiedergewinnung, Verbesserung und Erhaltung der Selbstständigkeit, die Vermeidung und Verminderung von Pflegebedürftigkeit und der Verbleib in der selbst gewählten Umgebung die Grundlage der Zielformulierungen.

Rehabilitationsprognose: Das Rehabilitationsziel muss auch in dem für die Rehabilitation vorgesehenen Zeitraum realistisch erreichbar sein (positive Rehabilitationsprognose).

In der Geriatrie sind akute und rehabilitative Behandlungen stets eng verflochten. Auf der einen Seite erfordert die akutgeriatrische Behandlung bereits eine (früh-) rehabilitative Beübung, andererseits sind auch akutmedizinische Interventionen während einer geriatrischen Rehabilitation aufgrund von interkurrenten Komplikationen und Begleiterkrankungen unumgänglich. Für die inhaltliche Abgrenzung zwischen akutmedizinischer und rehabilitativer Behandlung ist entscheidend, ab wann ein*e Patient*in als geriatrisch rehabilitationsfähig einzustufen ist.

Geriatrische Rehabilitationsfähigkeit liegt vor,

- wenn aktive Teilnahme an der Rehabilitation möglich ist,
- bei stabilen vitalen und vegetativen Parametern (Herzfrequenz, Blutdruck, Atmung, Temperatur),
- bei keiner invasiven Beatmungspflicht,
- wenn akutmedizinische Diagnostik und Therapie nicht im Vordergrund stehen,
- die medizinische und medikamentöse Therapie stabil ist,
- wenn kein intravenöser Infusionsbedarf über 24 Stunden, keine zentralvenösen Therapien, keine intravenösen Antibiotikatherapien bestehen,
- wenn keine Beaufsichtigungspflicht wegen Verwirrtheit, Selbst- und Fremdgefährdung, Hinlauftendenz, Alkohol- und Substanzgebrauch besteht.

Geriatrische Rehabilitation basiert auf dem ICF-Modell (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit).[76]

Strukturvoraussetzungen und Qualitätssicherung

Die Strukturvorgaben der geriatrischen Rehabilitation werden durch die im GKV- Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) folgenden Rahmenempfehlungen nach § 111 SGB V vorgegeben.

Räumlichkeiten und Ausstattung geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen müssen eine bedarfsgerechte geriatrische Rehabilitation ermöglichen (ausreichende Größe für Mobilisation mit Hilfsmitteln, barrierefreie Zugänge, orientierungsfreundliche Farbkonzepte und Ausstattungen, patient*innennahe Therapieräume).

Kernelement der geriatrischen Rehabilitation ist das multiprofessionelle Team bestehend aus besonders geschulten Pflegekräften für aktivierend-therapeutische Pflege sowie aus den Bereichen Physiotherapie/physikalische Therapie, Sporttherapie, Ergotherapie, Logopädie/fazioorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie, Sozialdienst und Diätassistenz. Die konkreten Personalkennzahlen sind seit dem 01.07.2025 in den Rahmenempfehlungen durch bundeseinheitliche, indikationsgerechte Personalkorridore festgelegt. Innerhalb der gesetzlich festgelegten Übergangsfristen müssen die entsprechenden Vorgaben umgesetzt werden. Die ärztliche Leitung ist Fachärzt*in und führt die Zusatz-, Schwerpunkt- oder Facharztbezeichnung im Bereich Geriatrie, eine Vertretungssituation ist abgesichert. Aufgrund der Komplexität des multiprofessionellen Teams und der spezifischen Anforderungen an die Durchführung der Rehabilitation (z. B. multidimensionales Assessment) sollte stationäre geriatrische Rehabilitation in organisatorisch eigenständigen, bettenführenden geriatrischen Versorgungseinheiten am Standort der Rehabilitationseinrichtung stattfinden.

Sowohl ambulante als auch stationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtungen sind gemäß § 37 SGBIX zum einrichtungsinternen Qualitäts-

75 SMART-Ziele sind spezifische, messbare, erreichbare, realistische und zeitgebundene Ziele, die helfen, klare und umsetzbare Zielsetzungen zu formulieren.
76 DIMDI. (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit.

management mit Zertifizierung verpflichtet. Die grundsätzlichen Anforderungen an das interne Qualitätsmanagement und das einheitliche unabhängige Zertifizierungsverfahren sind in der Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement der Bundesarbeitsgemeinschaft der Rehabilitation e. V. (BAR) festgelegt. Beispielsweise stellt das Qualitätssiegel Geriatrie des Bundesverbandes Geriatrie e. V. ein bundesweit gültiges Zertifizierungsverfahren dar, das die besonderen Bedarfe der geriatrischen Rehabilitanden berücksichtigt.

Zudem nehmen alle geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen seit 2012 verpflichtend (§ 135 SGBV) an dem bundeseinheitlichen QS-Reha®-Verfahren der Gesetzlichen Krankenversicherung zur externen Qualitätssicherung teil, in dem die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Patient*innenzufriedenheit gemessen werden.

Mitgliedseinrichtungen des Bundesverbandes Geriatrie unterliegen zudem einer verbandsinternen Qualitätsüberprüfung bei Aufnahme und während der laufenden Mitgliedschaft.[77]

Wünschenswert ist die Beteiligung der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen an geriatriespezifischen Behandlungsregistern wie dem Geriatrie Register des Bundesverbandes Geriatrie.

Rehabilitationsdurchführung

Geriatrische Patient*innen sind gekennzeichnet durch Multimorbidität, Polypharmazie, Gebrechlichkeit, Ernährungsstörungen sowie kognitiven und psychosozialen Beeinträchtigungen. Hieraus ergeben sich komplexere Behandlungsansätze als in anderen Rehabilitationsindikationen. So erfordern interkurrente Komplikationen häufiger auch krankenhaustypische Untersuchungen und medizinische Maßnahmen.

Diesem Umstand Rechnung tragend berücksichtigt die geriatrische Rehabilitationsdurchführung:

- einen multiprofessionellen und multidimensionalen Behandlungsansatz,
- eine ressourcenorientierte, individualisierte ICF-zielgeführte Rehabilitation,
- die Durchführung eines multidimensionalen geriatrischen Assessments,
- eine ganzheitliche, individuelle Therapie mit regelmäßigen bedarfsgerechten Anpassungen durch interdisziplinäre Teamberatungen,
- eine aktivierend therapeutische Pflege,
- palliativmedizinische Behandlungsinhalte,
- eine verzögerte Rekonvaleszenz und erhöhte Komplikationsrate

6.2. Geriatrische rehabilitative Versorgungsformen

Stationäre geriatrische Rehabilitation

Aufgrund des hohen Anteils an mobilitätsbeeinträchtigten geriatrischen Patient*innen mit eingeschränkter Belastbarkeit hat die stationäre geriatrische Rehabilitation einen hohen Stellenwert in unserem Flächenland, da ambulante und mobile Maßnahmen oft nicht sachgerecht und verfügbar sind. Stationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtungen sind ein zentrales Bindeglied innerhalb der Versorgungskette geriatrischer Patient*innen.

Die Einbeziehung der Angehörigen in den Rehabilitationsprozess und die eingeschränkte Belastungsfähigkeit geriatrischer Rehabilitanden erfordern eine Erreichbarkeit der stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtung in zumutbarer Fahrtzeit unter besonderer Berücksichtigung der Problematik eines Flächenlandes.[78]

Stationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtungen stellen zudem neben den akutmedizinischen geriatrischen Behandlungseinheiten wichtige Kompetenzzentren dar und können als Basis geriatrischer intersektoraler Versorgungszentren dienen.

Die Finanzierung der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen erfolgt über tagesgleiche Pflegesätze. Der Gesetzgeber hat durch das IPReG festgelegt, dass Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen der geriatrischen Rehabilitation auf der einen Seite bundeseinheitlich klar definiert sind und andererseits leistungsgerecht finanziert und wirtschaftlich sein müssen. [79]

77 BVG (2023). Weißbuch Geriatrie. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
78 BVG (2025). Bundesweites Geriatriekonzept. Berlin. Verfügbar unter: https://www.bv-geriatrie.de/images/INHALTE/Aktuelles/2025_Bundesweites-Geriatriekonzept-Web.pdf
79 ebd.

In Mecklenburg-Vorpommern bilden die vorhandenen stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen ein grundlegendes Netzwerk für die rehabilitative Behandlung primär landeseigener geriatrischer Patient*innen, z. T. auch für Patient*innen benachbarter Bundesländer.

Ambulante geriatrische Rehabilitation

Auch die ambulante Rehabilitation erfolgt multiprofessionell, d. h. im Zusammenwirken des geriatrischen Teams unter der Leitung einer/s geriatrisch weitergebildeten Ärztin/Arztes nach den Vorgaben der Rahmenempfehlungen gemäß IPReG.

Ambulante geriatrische Rehabilitation ist nur möglich, wenn die Rehabilitanden die erforderliche Mobilität und Belastbarkeit für tägliche Fahrten aufweisen. Die Rehabilitationseinrichtung muss in zumutbarer Fahrtzeit (max. 30 Minuten) erreichbar sein und die häusliche Versorgung des Rehabilitanden muss am Abend und in der Nacht sichergestellt sein. Eine ständige ärztliche Überwachung und pflegerische Versorgung sollten nicht erforderlich sein.

Der teilweise Verbleib in der gewohnten Umgebung mit Erhalt der Morgen- und Abendroutine kann zum Erhalt der Selbstständigkeit beitragen und die Selbstorganisation der Lebensaktivitäten fördern.

Eine Anbindung ambulanter Rehabilitationsleistungen an bestehende Rehabilitationseinrichtungen mit entsprechender geriatriespezifischer Infrastruktur ist für die Versorgungsqualität zweckmäßig.

Ein Ausbau der ambulanten geriatrischen Rehabilitation in Mecklenburg-Vorpommern kann vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der knappen stationären Ressourcen künftig sinnvoll sein, bedarf jedoch insbesondere eine Berücksichtigung der Herausforderungen des Fachkräftemangels und der Logistik (Fahrzeitradien im Verhältnis zur Einwohnendenzahl) eines Flächenlandes.

Mobile geriatrische Rehabilitation

Die mobile geriatrische Rehabilitation ist ein weiterer Baustein des rehabilitativen Versorgungsnetzes geriatrischer Menschen. Vor allem Patient*innen, die von einem Verbleib in ihrer gewohnten, ggf. auch behinderungsspezifisch adaptierten, Wohnumgebung und der Einbeziehung von Bezugspersonen in den Rehabilitationsprozess profitieren, sind die Zielpersonen der mobilen geriatrischen Rehabilitation. Typische Rehabilitanden können Patient*innen mit demenziellen Erkrankungen, die eine hohe Vulnerabilität gegenüber räumlichen und organisatorischen Veränderungen aufweisen, sein.

Das Flächenland Mecklenburg-Vorpommern ist für die Versorgungsform der mobilen geriatrischen Rehabilitation nur bedingt geeignet, eine Umsetzung in Ballungsgebieten beziehungsweise in Verbindung mit einer SAGV wäre jedoch denkbar.

Zur Sicherung der Behandlungsqualität sollte eine Anbindung der mobilen Rehabilitationsteams an eine geriatrische Rehabilitationseinrichtung erfolgen.

Ausblick und Ziele

Die geriatrische Rehabilitation ist in Mecklenburg-Vorpommern über viele Jahre etabliert und gewachsen. Da die Landeskonzeption Mecklenburg-Vorpommerns ursprünglich eine ausschließliche Fokussierung der Geriatrie auf den Rehabilitationsbereich aufwies, stellen die geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen die Ursprünge der Geriatrie in unserem Bundesland dar.

Ambulante und mobile Rehabilitation stellen für die Zukunft ortsabhängig eine wichtige Ergänzung der geriatrischen Rehabilitationsversorgung dar.

Handlungsempfehlung Nr. 22: Barrierefreie und flexible Rehabilitationsangebote

Ziel:
Die wohnortnahe Versorgung und Lebensqualität älterer und erkrankter Menschen wird durch barrierefreie und flexible Rehabilitationsangebote verbessert.

Maßnahme:
Es sollen ambulante- ggf. mobile Rehabilitationsmaßnahmen auf Grundlage der Bedarfe der Patient*innen aufgebaut werden. Im ersten Schritt sollen dafür regelmäßige Zusammenkünfte der zuständigen Akteure erfolgen, um die nötigen Maßnahmen zu besprechen und umzusetzen.

Handlungsempfehlung Nr. 23: Modellprojekte zur intersektoralen rehabilitativen Versorgung

Ziel:
Es wird eine Verbesserung der innovativen, sektorenübergreifenden Rehabilitation und Versorgung von Patient*innen sowie die Gewährleistung einer nachhaltigen und effizienteren Gesundheitsversorgung angestrebt.

Maßnahme:
Es soll die Förderung von Modellprojekten zur intersektoralen rehabilitativen Versorgung in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, den Leistungserbringern und dem Land MV unterstützt werden.

Handlungsempfehlung Nr. 24: Stärkung der geriatrischen Rehabilitation

Ziel:
Die geriatrische Rehabilitation wird stärker in die intersektorale Gesamtversorgung integriert und für Aus-, Fort- und Weiterbildung ausgebaut.

Maßnahme:
Die Möglichkeiten geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen als wichtiges Versorgungselement zur intersektoralen Versorgung auch im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung sollen besser genutzt und gesichert werden. Hierfür sollen sich die verantwortlichen Akteure austauschen, Lösungsansätze definieren und umsetzen. Der Ausbau zu sektorenübergreifenden Kompetenz- und Koordinierungszentren kann bedarfsgerecht erfolgen.

7. Hospiz- und Palliativversorgung





„Palliativmedizin/Palliativ Care“ versteht sich als ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patient*innen und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensverkürzenden, d. h. unheilbaren, fortschreitenden und zum Tode führenden Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Prävention und die Linderung von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Erfassung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.[80]

Aufgrund der demographischen Entwicklung, der damit einhergehenden steigenden Inzidenz von Tumorerkrankungen, des Anspruchs auch von nicht-onkologischen Patient*innen mit lebensverkürzenden Erkrankungen auf Palliativversorgung und der Zunahme von multimorbiden Älteren wird der Bedarf an Palliativversorgung in den nächsten Jahren auch in Mecklenburg-Vorpommern weiter ansteigen. Im Mittelpunkt der Behandlung und Betreuung von Patient*innen in ihrer letzten Lebensphase steht die Symptomkontrolle bei körperlichen und psychischen Beschwerden. Im Rahmen einer multiprofessionellen Versorgung geriatrischer Patient*innen ist die Palliativmedizin als ein möglicher Teil des Versorgungsteams zu verstehen.

Es ist jedoch deutlich zwischen einem geriatrischen Behandlungsansatz und der Palliativversorgung zu unterscheiden. Für die meisten geriatrischen Patient*innen steht ersterer im Vordergrund. Da aber am Lebensende auch die Palliativversorgung zunehmend an Bedeutung gewinnen kann, können beide Aspekte in der Praxis eine Rolle spielen. Der konkrete Behandlungsbedarf sollte jeweils über entsprechende Assessments festgestellt werden.

Herausforderungen und Lösungsansätze für die sektorenübergreifende Palliativversorgung im ländlichen Raum

Schwerstkranke und sterbende Menschen bedürfen einer Versorgung, die je nach individueller Situation multiprofessionelles, interdisziplinäres, sektoren- und berufsgruppenübergreifendes Handeln in enger Kooperation aller Beteiligten erfordert. Dazu bedarf es regional vernetzter Versorgungsstrukturen.[81]

Die Möglichkeiten der palliativen Versorgung sind vielfältig. Unterschieden wird zwischen ambulanten und stationären, allgemeinen und spezialisierten sowie eher professionell und eher ehrenamtlich orientierten Versorgungsformen. Nach Schätzungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC) bedürfen etwa 10 bis 15 % der betroffenen Menschen einer spezialisierten Palliativversorgung (z. B. auf einer Palliativstation, im Hospiz oder im häuslichen Umfeld / in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen unterstützt durch ein spezialisiertes ambulantes Palliativteam), während der überwiegende Anteil der Betroffenen in der letzten Lebensphase im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung angemessen begleitet werden kann.[82]

In der Primärversorgung obliegt die Umsetzung und Koordination der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV), der besonders qualifizierten

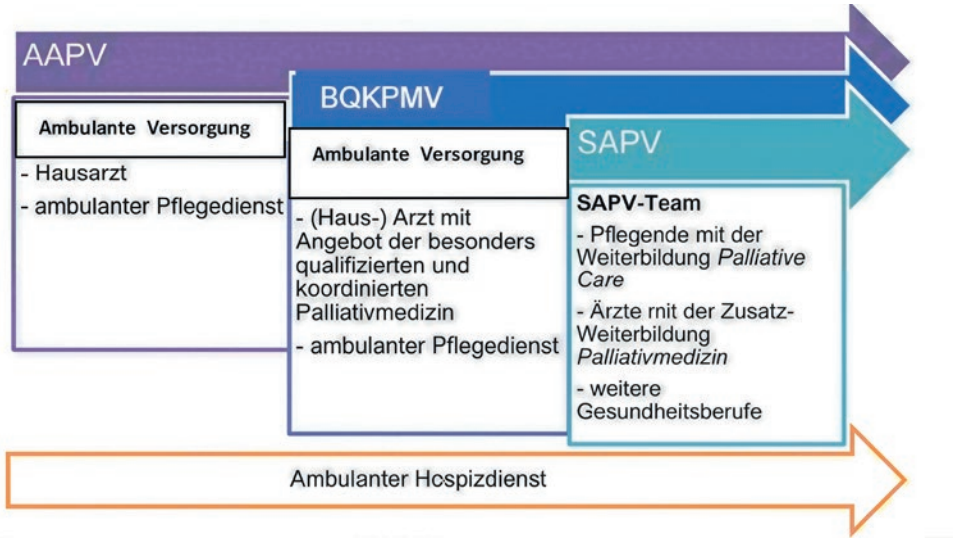


Abbildung 4: Struktur der ambulanten Palliativversorgung
Quelle: Eigene Darstellung

80 WHO. (2002). Definition of Palliative Care. Verfügbar unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf
81 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. Bundesärztekammer. (2015.) Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Verfügbar unter: https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/2020_Charta%20Broschuere_Stand_Jan2020.pdf
82 Tanja Schleef, Sophie Schrader, et.al. (2024). Optimale Versorgung am Lebensende aus der Angehörigenperspektive – eine qualitative Interviewstudie in zwei niedersächsischen Landkreisen, Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Medizinische Hochschule Hannover. Verfügbar unter: https://www.zefq-journal.com/article/S1865-9217(24)00117-X/fulltext

und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung (BQKPMV) und vielfach auch der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) den Haus- und Fachärzt*innen (siehe Abbildung 4). Studien zur Entwicklung der SAPV in einzelnen Bundesländern deuten darauf hin, dass sich im Vergleich zu urbanen Ballungszentren der Aufbau palliativer Versorgungsnetze in ländlichen Regionen schwieriger gestaltet. Daher haben im ländlichen Raum die durch Hausärzt*innen und ambulante Pflegedienste getragene AAPV sowie die pflegenden Angehörigen eine besondere Bedeutung für die Begleitung schwerstkranker Menschen in der letzten Lebensphase im häuslichen Umfeld.[83]

Zur Situation in Mecklenburg-Vorpommern hat der Landtag mit Beschluss vom 08.12.2016 zur Landtagsdrucksache 7/80 die Landesregierung beauftragt, die Bedarfsentwicklung in der ambulanten sowie stationären Hospiz- und Palliativversorgung im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung vor allem im ländlichen Raum durch ein wissenschaftliches Institut evaluieren zu lassen. Im Juli 2019 wurde die zweite überarbeitete Auflage vom Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health, der Universitätsmedizin Greifswald vorgelegt.

Im Ergebnis des Berichts wurde festgestellt, dass durch die ländlichen Strukturen in Mecklenburg-Vorpommern in einigen Regionen die Dichte an Leistungserbringern in der Hospiz- und Palliativversorgung gering ist. Dadurch werden die zu versorgenden Regionen einzelner Leistungserbringer sehr groß. Ein weiteres Ergebnis war, dass die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern, insbesondere zwischen der allgemeinen und der spezialisierten Palliativversorgung sowie zwischen dem ambulanten und stationären Sektor verbessert werden müssen. Eine weitere Herausforderung stellt die Entlastung von Angehörigen dar, die die Pflege und Betreuung von Palliativpatient*innen in der Häuslichkeit übernommen haben.

Diese Feststellungen wurden mit folgenden Handlungsempfehlungen verknüpft. Strukturelle Lücken in der Hospiz- und Palliativversorgung insbesondere in den ländlichen Regionen könnten durch die Entwicklung von innovativen, regional orientierten Versorgungskonzepten unter Einbeziehung telemedizinischer Funktionalitäten und eHealth abgedeckt werden. Zur Verbesserung der Kooperation mit den Leistungserbringern könnten insbesondere entsprechend qualifizierte Mitarbeiter*innen im ambulanten Bereich, eine Standardisierung des Entlassmanagements für Palliativpatient*innen beitragen. Die palliativmedizinische Fort- und Weiterbildung in der Primärversorgung sollte intensiviert werden und in jeder stationären Pflegeeinrichtung sowie Einrichtung für Menschen mit Behinderung sollte eine Palliative Care Fachkraft verfügbar sein. Aufgrund der Indikation „häusliche Überforderung“ sollte eine vorübergehende stationäre Aufnahme von Palliativpatient*innen möglich sein. Weiterhin wurde die Einrichtung von Koordinierungsstellen empfohlen.

Handlungsempfehlung Nr. 25:
Palliativversorgung frühzeitig mitdenken

Ziel:
Palliative Maßnahmen werden rechtzeitig eingeleitet und Angehörige unterstützt.[84]

Maßnahme:
Es sollen die komplexen Problemlagen der Bedürfnisse der Betroffenen und ihren Angehörigen identifiziert und kommuniziert werden. Dabei sollen insbesondere die Themen:

(1) Kommunikation über Sterben und Tod,
(2) Information und Befähigung,
(3) Unterstützung und Entlastung sowie
(4) Kontinuität und Kooperation der beteiligten Dienste betrachtet werden.

Dies soll insbesondere durch eine enge Zusammenarbeit und Sensibilisierung der beteiligten Dienste erfolgen. Die Arbeit des Runden Tisches für Hospiz- und Palliativversorgung kann hierbei eine Unterstützung sein.

Bereits vor dieser Evaluation rief das damalige Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2007, entsprechend des Auftrages aus dem Koalitionsvertrag von 2006 bis 2011 zwischen SPD und CDU, den Runden Tisch – Hospiz und Palliativversorgung ins Leben. Dieser wird seitdem aus der Abteilung Gesundheit heraus koordiniert und hat das Ziel, die Vernetzung der Akteure und Versorgungsangebote in den Bereichen Hospiz und Palliativmedizin zu befördern und die Umsetzung neuer Möglichkeiten der palliativmedizinischen ambulanten Behandlung zu beschleunigen.

83 ebd.
84 Tanja Schleef, Sophie Schrader, et.al, (2024). Optimale Versorgung am Lebensende aus der Angehörigenperspektive – eine qualitative Interviewstudie in zwei niedersächsischen Landkreisen, Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Medizinische Hochschule Hannover. Verfügbar unter: https://www.zefq-journal.com/article/S1865-9217(24)00117-X/fulltext

Handlungsempfehlung Nr. 26: Austausch zu Bedarf und Angebot in Hospiz- und Palliativversorgung

Ziel:
Regelmäßiger Austausch führt, je nach Möglichkeit, zur Bedarfsanpassung der Angebote in der Hospiz- und Palliativversorgung.

Maßnahme:
Mit dem Runden Tisch für Hospiz- und Palliativversorgung steht ein Ort des Austausches und des Netzwerkens zur Verfügung, der die Entwicklung des Bedarfes und der zur Verfügung stehenden Angebote kontinuierlich begleitet, um daraus Lösungsansätze und den Umgang mit Defiziten abzuleiten. Auch weitere Koordinierungsstellen auf Landkreis- oder kommunaler Ebene können den Austausch zwischen den Akteuren befördern.

Die verschiedenen ambulanten und stationären Angebote der Palliativversorgung für ältere und hochbetagte Menschen in Mecklenburg-Vorpommern werden nachfolgend genauer vorgestellt.

Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)

Die Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Patient*innen in ihrer letzten Lebensphase gehört zum Grundverständnis hausärztlicher Fachkompetenz. Hausärzt*innen kennen ihre Patient*innen meistens schon seit vielen Jahren, haben sie durch Höhen und Tiefen begleitet und ein belastbares Vertrauensverhältnis aufgebaut. Im Rahmen der hausärztlichen Betreuung gehört das Trösten, Sprechen über Wünsche und Ängste, Lindern von Beschwerden, Beraten und Betreuen der Angehörigen und Koordinieren der Versorgung und Pflege zu den originären Aufgaben.

Daher ist das Erkennen eines palliativen Versorgungsbedarfes eine grundlegende Kompetenz der ambulanten Versorgung. Die meisten behandelnden Fachkräfte (Haus- und Fachärzt*innen/Pflegekräfte) in der ambulanten Versorgung eines schwerkranken Menschen sind jedoch nicht zusätzlich zu ihrer bereits bestehenden Fachkompetenz speziell für die Palliativversorgung qualifiziert. Sie verfügen aber über praktische Erfahrungen in diesem Bereich. Aus diesem Grund können viele Angehörige von Gesundheitsberufen im ambulanten und stationären Bereich als Akteure der allgemeinen Palliativversorgung betrachtet werden.

Den meisten Menschen kann nach Einschätzung von Expert*innen mit Hilfe dieser zumeist hausärztlichen palliativen Betreuung ein Sterben in Würde und Frieden in ihrer vertrauten Umgebung ermöglicht werden. Die Arbeitsgruppe „Hausärztliche Palliativversorgung“ des Hausärzteverbandes Mecklenburg-Vorpommern hat daher ein überregionales Netzwerk (HAPV) gegründet. In diesem werden die vorhandenen Kompetenzen gebündelt und bereits geschaffene individuelle Strukturen gemeinsam genutzt. Das Netzwerk ermöglicht fachlichen Austausch, gegenseitige Beratung, Supervision und Fortbildung. Somit trägt es zur Stärkung der Wahrnehmung hausärztlicher Arbeit und zum flächendeckenden Ausbau der ambulanten palliativen Versorgung bei.[85]

Qualitätssicherungsvereinbarung zur „besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ nach § 87 Abs. 1b SGB

Mit Wirkung zum 1. Januar 2017 setzten Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) mit der Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB zur „besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ als Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte das HPG weiter um. Zum 1. Oktober 2017 folgten dann die vom durch GKV-SV und KBV besetzten Bewertungsausschuss beschlossenen zusätzlichen Gebührenpositionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Mit der Vereinbarung wird die qualifizierte Betreuung von Patient*innen mit einer lebensverkürzenden Erkrankung in der AAPV gefördert. Die BQKPMV ist in der Betreuungskette zwischen der AAPV und der SAPV platziert. Ärzt*innen benötigen für die Berechnung bestimmter Leistungen, zum Beispiel der Koordinationspauschale, eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung im Bundesland. Ziel dieser Vereinbarung ist, die bestehende ambulante Palliativversorgung durch eine besondere Qualifikation und verbesserte Koordination zu stärken, um Betroffenen ein Sterben zu Hause beziehungsweise in selbst gewählter Umgebung bei bestmöglicher individueller Lebensqualität zu ermöglichen. Dies erfolgt durch besonderes Engagement und besondere Qualifikationen der an dieser Vereinbarung teilnehmenden Vertragsärzt*innen, die bedarfsgerechte Strukturierung des Versorgungsprozesses, die Koordination aller beteiligten Leistungserbrin-

85 Flyer des Hausärzte Verband MV. Verfügbar unter: https://www.hausarzt-mv.de/index.php/informationen/palliativversorgung

ger durch die teilnehmenden Vertragsärzt*innen, die aktive Kooperation der verantwortlichen Ärzt*innen mit weiteren an der Versorgung Beteiligten sowie weiteren Maßnahmen zur Steigerung der Versorgungsqualität.

Nach Auskunft der KVMV wurden in Mecklenburg-Vorpommern 112 Genehmigungen zur Teilnahme an der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung erteilt.[86]

Tabelle 1: BQKPMV - Anzahl je Landkreis/kreisfreier Stadt

Landkreis/kreisfreie Stadt	Anzahl
Landkreis Rostock	11
Ludwigslust-Parchim	10
Mecklenburgische Seenplatte	18
Nordwestmecklenburg	14
Rostock	26
Schwerin	13
Vorpommern-Greifswald	10
Vorpommern-Rügen	11
Gesamt	**112**

Tabelle 2: BQKPMV - Fachgruppen

Fachgruppe	Anzahl
Allgemein-/Prakt. Ärzt*innen	59
Anästhesie	6
Chirurgie	1
Gynäkologie	3
Internist*innen	36
Psychotherapie	1
Urologie	7
Gesamt	**112**

Als Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag beschlossen GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung die Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Onkologie-Vereinbarung). Ziel dieser Vereinbarung ist die Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patient*innen in der vertragsärztlichen Versorgung als Alternative zur stationären Behandlung. In den zu gründenden Kooperationsgemeinschaften sind neben Fachärzt*innen für Hämatologie und Onkologie, Radiologie, Strahlentherapie, Pathologie auch Palliativmediziner*innen sowie weitere Fachdisziplinen in Abhängigkeit von der Tumorerkrankung vertreten.

Die ärztliche Behandlung umfasst hier die Diagnostik und Behandlung des Tumors sowie die dahingehende Koordination auch die Koordination von Maßnahmen der medizinischen und sozialen Betreuung sowie Rehabilitationsmaßnahmen. Insbesondere sind dies

- Psychosoziale Betreuung des Patienten und seiner Familie
- Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen
- Hinzuziehung externer Dienste
- Häusliche Krankenpflege
- Palliativversorgung, nicht nach § 37b SGB V (SAPV).

Für die gegenwärtig 66 tätigen onkologisch verantwortlichen Ärzte ist die palliativ-medizinische Versorgung fester Bestandteil (Stand: 19.08.2025).

Handlungsempfehlung Nr. 27: Stärkung der ambulanten Palliativversorgung

Ziel:
Die ambulante Palliativversorgung im Rahmen der Qualitätssicherungsvereinbarung zur „besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ nach § 87 Abs. 1b SGB wird gestärkt, um Betroffenen ein Sterben zu Hause beziehungsweise in selbst gewählter Umgebung bei bestmöglicher individueller Lebensqualität zu ermöglichen.

Maßnahme:
Die Optionen der palliativmedizinischen Versorgung im Rahmen der BQKPMV sollen verstärkt in der Öffentlichkeit und der Fachwelt publik gemacht werden. Mehr Fachärzt*innen aus Fachgruppen abseits der Allgemeinmedizin sollen sich an der Palliativversorgung sterbender älterer Menschen beteiligen, vor allem dann, wenn Erkrankungen aus diesem Bereich im Vordergrund stehen.

86 KVMV- Auskunft vom 23.05.2025

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Eine zusätzliche Verordnung einer Palliativversorgung über ein SAPV-Team durch die Hausärzt*innen kann dann erfolgen, wenn die Anspruchsvoraussetzungen gemäß SAPV-Richtlinie (komplexes Symptomgeschehen) vorliegen.

SAPV ist ein Angebot, das schwerkranken sterbenden Menschen in ihrer Häuslichkeit ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod ermöglicht. Sie ist ein ergänzendes und unterstützendes Angebot zur allgemeinen ambulanten Versorgung durch Vertragsärzt*innen sowie Pflegedienste. SAPV soll die Lebensqualität und Selbstbestimmung von Patient*innen verbessern.

Diese Versorgung beinhaltet insbesondere spezialisierte palliativärztliche und palliativpflegerische Beratung und/oder (Teil-)Versorgung, einschließlich der Koordination von notwendigen Versorgungsleistungen bis hin zu einem umfassenden, individuellen Unterstützungsmanagement. Multiprofessionalität, 24-stündige Erreichbarkeit an sieben Tagen in der Woche.

Das Team führt regelmäßige multiprofessionelle Teamsitzungen und Fallbesprechungen durch und arbeitet eng mit den Strukturen der Primärversorgung (z. B. Vertragsärzt*innen, Pflegediensten, Krankenhäusern, stationäre Pflegeeinrichtungen) sowie den Einrichtungen der Hospizbewegung zusammen.

Zur Realisierung des Sachleistungsanspruchs im Rahmen der SAPV wurden überwiegend Verträge nach § 132d Absatz 1 SGB V i. V. m. § 37b SGB V geschlossen, wobei der Sicherstellungsauftrag im Gegensatz zur ambulanten (palliativmedizinischen) Versorgung nicht den Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern den Krankenkassen obliegt. Zum Zeitpunkt der Abfrage gibt es 14 SAPV-Teams im Bundesland. Diese sind auf der Homepage der KVMV veröffentlicht.[87]

Nach der Einschätzung der „Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2“ wird je 100.000 Einwohner ein SAPV-Team benötigt. Nach der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. und des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbandes e. V. sollten die Einzugsbereiche eines SAPV - Teams einen Radius von 30 km möglichst nicht überschreiten. Für weitere Fahrten sieht die Gebührenordnung einen Zuschlag vor. „In Mecklenburg-Vorpommern reichen die Versorgungsgebiete der SAPV-Teams häufig über einen 30 km Radius hinaus. Der überwiegende Teil des Landes, mit Ausnahme der Grenzregion der Landkreise Rostock und Mecklenburgische Seenplatte, befindet sich in einem 50 km-Radius zu den SAPV-Teams“[88]. Bezogen auf die Gesamteinwohnerzahl von rund 1,6 Mio. Einwohnenden in Mecklenburg-Vorpommern müssten es 16 bis 17 SAPV – Teams sein. Zu beachten ist dabei, dass die Berechnungsgrundlage zur Anzahl benötigter SAPV-Teams jedoch vielfach als nicht mehr angemessen zur Abbildung des Bedarfes angesehen wird. Auch Aspekte wie die Anzahl an Palliativmediziner*innen und weiterem Personal in den SAPV-Teams sowie notwendige Fahrtwege und somit die regionale Abdeckung mit entsprechenden Diensten sollte in der Berechnung berücksichtigt werden.

Ambulante Hospizdienste

In Mecklenburg-Vorpommern bestehen aktuell 28[89] ambulante Hospizdienste. Durch die GKV wurden im Jahre 2025 19 Hospizdienste mit weiteren Außenstellen gefördert. Darüber hinaus lagen keine Förderanträge vor. Im Mittelpunkt der ambulanten Hospizarbeit steht der schwerstkranke und sterbende Mensch, der bis zum Lebensende zu Hause oder im vertrauten Umfeld bleiben möchte. Ambulante Hospizdienste werden somit in der Häuslichkeit aber auch in Pflegeeinrichtungen oder in Krankenhäusern tätig. Die Aufgaben sind insbesondere, die mit dem Krankheitsprozess verbundenen Leiden zu lindern, Hilfestellung bei der Konfrontation mit dem Sterben zu geben und den Trauerprozess zu begleiten. Sie bieten zudem eine palliativ – pflegerische und psychosoziale Beratung von sterbenden Menschen und ihren An- und Zugehörigen an.

Geschulte Ehrenamtliche und Palliative-Care-Fachkräfte arbeiten dabei Hand in Hand. Den hauptamtlichen Fachkräften, obliegt u. a. die Koordination der hospizlichen und palliativen Versorgungsleistungen, die Gewinnung Ehrenamtlicher und deren Unterstützung und Begleitung, sowie die Organisation eines Versorgungsnetzwerkes, das mit seinen palliativmedizinischen, palliativpflegerischen, psychosozialen und spirituellen Angeboten dem ganzheitlichen Ansatz der Hospizidee Rechnung trägt.

87 KVMV.(o.J.). Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV): Verfügbar unter: https://www.kvmv.de/mitglieder/qualitaetssicherung/sapv/
88 PD Dr. Neeltje van den Berg, Laura Rehner, M.A.,Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH et.al 2019). Die Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern 2. Auflage, Institut für Community Medicine Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health, S. 17
89 hospiz-mv (o.J.). Übersicht Ambulante Hospize in Mecklenburg-Vorpommern. Verfügbar unter: https://hospiz-mv.de/uebersicht-ambulante-hospizdienste/ 5

Ambulante Hospizdienste arbeiten eng mit Hausärzt*innen, Pflegediensten, spezialisierten ambulanten Palliativdiensten, Palliativstationen, Palliativzentren sowie Seelsorge und Sozialarbeit zusammen. Die ehrenamtlichen Mitarbeitenden werden sorgfältig geschult und kontinuierlich begleitet. Sie leisten keine Pflege im klassischen Sinne, sondern ergänzen die professionelle Versorgung durch emotionale, soziale und spirituelle Zuwendung.

Die ambulanten Hospizdienste sind im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gesetzlich verankert. Nach § 39a Absatz 2 SGB V haben schwerstkranke und sterbende Menschen Anspruch auf hospizliche Begleitung im häuslichen Umfeld. Die ambulanten Hospizdienste erhalten zur Sicherstellung dieser Versorgung eine pauschale Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen. Grundlage dafür ist eine Rahmenvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Vertretungen der ambulanten Hospizarbeit, die Art, Umfang und Voraussetzungen der Förderung regelt.

Die Förderung umfasst unter anderem Sachkostenpauschalen zur Deckung der strukturellen Aufwendungen der Dienste, eine Finanzierung der Koordinationsfachkräfte (z. B. für Organisation, Schulung, Dokumentation) und Aufwandsentschädigungen für die Qualifizierung ehrenamtlicher Mitarbeitenden.

Versicherte und ihre Angehörigen tragen für die ambulante Hospizbegleitung keine Kosten. Die hospizliche Begleitung ist grundsätzlich kostenlos und auf Spenden sowie das freiwillige Engagement der Gesellschaft angewiesen. Damit stellt die ambulante Hospizarbeit eine wesentliche Säule der gemeindenahen Sterbebegleitung dar und ergänzt die pflegerisch-medizinischen Versorgungsangebote mit einem niedrigschwelligen, sozial verankerten und würdevollen Beistand.

Stationäre Palliativversorgung geriatrischer Patient*innen

Palliativstationen sind das spezialisierte vollstationäre Behandlungsangebot für Patient*innen mit lebensverkürzender Erkrankung. Strukturelle Anforderungen an Palliativstationen sind unter anderem in der S3-Leitlinie palliativmedizinische Versorgung für Menschen mit unheilbarer Krebserkrankung, den Zertifizierungskriterien für Palliativstationen und in den abrechnungsrelevanten OPS-Codes der Palliativversorgung definiert. Die S3-Leitlinie wurde 2019 erweitert, 2020 eingeführt und umfasst acht neue Themengebiete. Somit liegt erstmals eine umfassende palliativmedizinische Leitlinie in Deutschland vor, die höchsten Qualitätsstandards (S3-Niveau) entspricht.[90]

„Palliativbehandlung im Krankenhaus ist sowohl integraler Behandlungsinhalt im Sinne eines originären Querschnittsfaches als auch spezialisiertes Angebot, das insbesondere auf Palliativstationen und über Palliativdienste vermittelt wird“[91]. Da der Aufenthalt auf einer Palliativstation nur begrenzt erfolgen kann, ist schon frühzeitig zu überlegen, ob die spätere Entlassung nach Hause, in eine stationäre Pflegeeinrichtung oder in ein stationäres Hospiz erfolgen soll. Auf Palliativstationen beträgt die durchschnittliche Verweildauer zwischen 10 und 14 Tagen.

In Mecklenburg-Vorpommern gibt es insgesamt 16 Palliativstationen[92] in Krankenhäusern, die eine spezialisierte Betreuung von Menschen mit lebensverkürzenden Erkrankungen anbieten sowie Krankenhäuser, die sowohl Geriatrie- als auch Palliativstationen anbieten. Dazu gehören das Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum in Neubrandenburg, das Helios Klinikum Schwerin, die Universitätsmedizin Greifswald und das Klinikum Südstadt Rostock. Ein Palliativdienst im Krankenhaus bietet als spezialisiertes Team mit Mitarbeiter*innen aus unterschiedlichen Berufsgruppen eine Palliativbetreuung für stationäre Patient*innen außerhalb einer Palliativstation an. Diese Betreuung umfasst sowohl eine kontinuierliche und frühzeitige palliativmedizinische Beratung als auch die ergänzende Mitbehandlung im Falle komplexer Symptome und Bedürfnisse. In Mecklenburg-Vorpommern verfügen die BODDEN-KLINIKEN Ribnitz-Damgarten GmbH und das Dietrich-Bonhoeffer- Klinikum Neubrandenburg über Palliativdienste im Krankenhaus.

Studienergebnisse weisen zudem darauf hin, dass eine strukturierte Palliativversorgung zu einer Reduktion der Krankenhausaufenthalte sowie zu einer verbesserten Versorgung in Pflegeheimen beitragen kann. Im Ergebnis belegt eine Studie von Katharina Allers (2020), dass bisher in deutschen Pflegeheimen noch zu wenig palliative Strukturen vorhanden sind. Eine Befragung von Hausärzt*in-

90 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. (2018). Erweiterte S3 Leitlinie Palliativmedizin - September 2020. https://www.dgpalliativmedizin.de/wissenschaft/erweiterte-s3-leitlinie-palliativmedizin.html
91 Klauber, J.; Wasem,J; et.al. (2025). Krankenhaus-Report. Versorgung Hochbetagter. Verfügbar unter: https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-70947-4
92 Hospiz-mv. (o.J.). Palliativstationen. Verfügbar unter: https://hospiz-mv.de/uebersicht-palliativstationen/

nen im Rahmen der Studie zeigt, dass die Stärkung palliativer Strukturen als eine der wichtigsten Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation genannt wurde.[93]

Eine wichtige Maßnahme zur Verbesserung der Versorgung am Lebensende stellt die Stärkung von SAPV in vollstationären Pflegeeinrichtungen dar. „Obwohl ein Großteil der geriatrisch-multimorbiden Bewohner*innen durch eine SAPV-Einschreibung profitieren würde, bleibt zu diskutieren, ob SAPV nicht in erster Linie Personen mit komplexen Symptomgeschehen und schweren Krankheitsverläufen vorbehalten bleiben sollte“[94]. Vor allem vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen können eine verbesserte palliative Pflegeausbildung und eine engere Betreuung durch den AAPV und BQKPMV für weniger komplexe Fälle gegebenenfalls angemessenere Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation darstellen.

Unterstützende Angebote zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in Pflegeeinrichtungen

Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g Absatz 1 Satz 1 SGB V können zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 SGB XI sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung für die Versicherten in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Es liegt also im Ermessen der Einrichtungen, die Leistung für ihre Bewohner*innen anzubieten. Damit die Einrichtung die Leistungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung zu Lasten der Krankenkassen erbringen und abrechnen kann, ist mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen eine Vergütungsvereinbarung zu schließen.

Die Anzahl der Einrichtungen, die an der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in Mecklenburg-Vorpommern teilnehmen lag im Jahr 2019 bei insgesamt 53 stationären Pflegeeinrichtungen. Obwohl in den Jahren der Pandemie mit einer geringeren Teilnahmequote zu rechnen war, lag der Anteil zum Stichtag 31. Dezember 2022 bereits bei 82 stationären Pflegeeinrichtungen. Der Anteil der Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen lag im Jahr 2019 bei 17 und zum Stichtag 31.12.2022 bereits bei 32.[95]

Stationäre und teilstationäre Hospizarbeit

In Mecklenburg-Vorpommern bestehen aktuell zehn vollstationäre Hospize.[96] Ein Hospiz ist eine anerkannte Versorgungsform für unheilbar kranke Menschen in der letzten Lebensphase, um eine würdige und schmerzfreie Sterbebegleitung zu gewährleisten. Die Versorgung in einem Hospiz erfolgt, wenn eine Behandlung im Krankenhaus nicht oder nicht mehr notwendig ist und beziehungsweise oder die Versorgung zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung nicht gewährleistet werden kann. Insbesondere soll die Lebensqualität in der letzten Lebensphase durch Reduzierung von Symptomen erhalten bleiben. Bei stationären Hospizen handelt es sich um vergleichsweise kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit in der Regel acht bis höchstens 16 Plätzen.

Im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) sind die Finanzierung, die Leistungen sowie die Anforderungen an den Betrieb von Hospizen geregelt.

Der Anspruch auf stationäre Hospizversorgung ergibt sich aus § 39a Abs.1 Satz 4 SGB V. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere in einer Rahmenvereinbarung über Art und Umfang der Versorgung. Nach § 39a Absatz 1 Satz 2 SGB V leistet die Krankenkasse einen Zuschuss zum stationären Hospizaufenthalt in Höhe von 95 % des mit dem jeweiligen Hospiz vereinbarten tagesbezogenen Bedarfssatzes. Der Eigenanteil an den zuschussfähigen Kosten in Höhe von 5 % des tagesbezogenen Bedarfssatzes ist durch das Hospiz über Spenden aufzubringen. Die Versicherten müssen für den Hospizaufenthalt keine Eigenanteile zahlen.

In Hospizen werden pflegerische Leistungen vorgenommen, die durch die Pflegekasse finanziert werden. Dafür müssen Hospize einen Versorgungsvertrag abschließen. Der Versorgungsvertrag wird durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit dem stationären Hospiz ge-

93 Allers, K (2020). Versorgung von Pflegeheimbewohnern am Lebensende. Verfügbar unter: https://oops.uni-oldenburg.de/4695/1/allver20.pdf
94 ebd.
95 GKV-Spitzenverband (2023). Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Palliativversorgung. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/20231211_Bericht_SAPV_HKP_und_132g.pdf
96 hospiz-mv (o.J.). Übersicht stationäre Hospize. Verfügbar unter: https://hospiz-mv.de/uebersicht-stationaere-hospize/

schlossen. Mit dem Abschluss dieses Vertrages sind auch die Voraussetzungen für einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI erfüllt. Leistungen nach SGB XI werden auf den Zuschuss der Krankenkassen angerechnet. Der nicht zuschussfähige Anteil des Bedarfssatzes darf gemäß der aktuell geltenden Rahmenvereinbarung der Versicherten beziehungsweise dem Versicherten weder ganz noch teilweise in Rechnung gestellt werden. In Hospizen besteht ein Anspruch auf ärztliche Behandlung durch eine*n Vertragsärzt*in und ggf. auch palliativärztliche Teilleistung im Rahmen der SAPV nach § 37b SGB V (s. SAPV-RL § 1 Abs. 33).

Zusammenfassung

In Mecklenburg-Vorpommern gibt es ein (noch) ausreichendes vielfältiges Angebot von ambulanten sowie stationären palliativen Versorgungsangeboten für ältere und hochaltrige Menschen in der letzten Lebensphase. Erfreulicherweise hat sich beispielsweise die Anzahl der Fachkräfte in den SAPV-Teams erhöht. Auch die Anzahl an niedergelassenen Haus- und Fachärzt*innen mit einer BQKPMV-Genehmigung hat seit 2018 stetig zugenommen. Das Land verfügt mittlerweile flächendeckend über stationäre Hospize. Trotz der vorhandenen Strukturen bestehen regionale Unterschiede in der Versorgung. Vor allem im ländlichen Raum stellen Fachkräftemangel, große Versorgungsgebiete und eingeschränkte Mobilität der Patient*innen besondere Herausforderungen dar.

Davon unbenommen wird es in der ambulanten wie auch in der stationären Palliativversorgung zukünftig Herausforderungen geben, die durch die demografische Entwicklung und dem damit einhergehenden erhöhten Versorgungsbedarf entstehen. Bereits jetzt ist ein Fachkräftemangel in der (Alten-) Pflege sowie eine geringer werdende Dichte von niedergelassenen Hausärzt*innen, insbesondere in ländlichen Regionen, zu verzeichnen.

Das Entlassmanagement im Krankenhaus und das Übergangsmanagement (Pflege) sollten im Hinblick auf bürokratische Hürden und Schnittstellenverluste gestärkt und vereinfacht werden, um eine Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg zu unterstützen.

Vor diesem Hintergrund erhalten Konzepte u. a. zur Angehörigenunterstützung, Palliativ Care Schulungen für Pflegende, Förderung der Ausbildung in Palliativmedizin, die Einbeziehung von Ehrenamtlichen sowie die Telematikinfrastruktur eine zunehmende Relevanz. So auch die digitalen Anwendungen, beispielsweise digitale Konsultationen und der Einsatz von neuen Unterstützungsangeboten (künstliche Intelligenz) wie Roboterassistenten in Pflegeheimen sowie die Koordination und Steuerung von multiprofessionellen Palliativnetzwerken. Im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge werden zukünftig noch stärker Konzepte der regionalen Koordination von palliativmedizinischen ambulanten und stationären Angeboten in den Vordergrund rücken. Gemäß § 39d SGB V eröffnen sich hier für die Kommunen gute Möglichkeiten, gefördert durch die Krankenkassen, eine koordinierende regionale Infrastruktur aufzubauen, die die notwendige Vernetzung unter den Akteuren und Sektoren steuert. In ländlichen Regionen können Kommunen auch gemeinsam eine Koordinationsstelle aufbauen.

Die zur Verfügung stehen Versorgungsangebote im ambulanten und stationären Bereich der Palliativversorgung und personellen Ressourcen der unterschiedlichen Professionen müssen zukünftig noch effizienter und bedarfsorientierter eingesetzt werden, um den aufkommenden Versorgungsbedarf im ländlichen Bereich flächendeckend und wohnortnah abzudecken. Die Anreize von unterschiedlichen ärztlichen Fachgruppen sich im Bereich der Palliativversorgung zu qualifizieren sollten gestärkt werden, um auch Patient*innengruppen mit nicht onkologischen Erkrankungen in der letzten Lebensphase bedarfsgerecht versorgen zu können.

8. Pflege[97]









97 Hinweis: Wenn in diesem Kapitel die Rede von „Pflege“ ist, sind damit immer pflegerische Leistungen im Sinne des SGB XI gemeint. Dies umfasst keine pflegerischen Leistungen im Sinne des SGB V, z. B. häusliche Krankenpflege, Krankenhauspflege.

8.1. Pflegebedürftigkeit in Mecklenburg-Vorpommern

Pflegebedürftigkeit wird in Deutschland durch das Elfte Buch Sozialgesetzbuch legal definiert. Demnach gilt eine Person als pflegebedürftig, wenn über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten „gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten [vorliegen] […] und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen." Die Person muss dabei „körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen [aufweisen, die] nicht selbständig kompensier[t] oder bewältig[t werden] können"[98].

Die Feststellung von Pflegebedürftigkeit erfolgt mittels pflegefachlich begründeter Begutachtung durch den Medizinischen Dienst. Dabei werden die sechs Kriterien (1) Mobilität, (2) kognitive und kommunikative Fähigkeiten, (3) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, (4) Selbstversorgung, (5) Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie (6) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte in einem pflegefachlichen Assessmentverfahren geprüft.[99] Basierend auf den Ergebnissen erfolgt die Ermittlung des Pflegegrades: von Grad 1 – geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bis Grad 5 – schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.[100]

In Mecklenburg-Vorpommern wurden zum Stichtag 15.12.2023 insgesamt 139.872 Personen beziffert, die Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung erhalten und damit pflegebedürftig sind.[101] Dies entspricht 9,8 % der Bevölkerung Mecklenburg-Vorpommerns[102]. Der Anteil von Menschen mit Pflegebedarf liegt damit über dem Bundesdurchschnitt von 6,9 %.[103] Von den knapp 140.000 Pflegebedürftigen wurden 120.857 (86,4 %) Zuhause versorgt. Dies beinhaltet 85.575 Pflegegeldempfänger*innen[104], inkl. 67.242 Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5 sowie 18.333 Menschen mit Pflegegrad 1. In vollstationärer Pflege befanden sich 19.015 Personen (13,6 %).[105]

8.2. Aktuelle pflegepolitische Entwicklungen

Pflegepolitische Herausforderungen auf Bundesebene

Die soziale Pflegeversicherung steht vor vielschichtigen Herausforderungen: Die Prävalenz pflegebedürftiger Menschen steigt und das in Mecklenburg-Vorpommern deutlich stärker als im Bundesdurchschnitt.[106] Da rund 85 % der pflegebedürftigen Menschen zu Hause versorgt werden, müssen pflegende An- und Zugehörige gestärkt werden[107], da auch die durchschnittliche Zeit, die in Pflegebedürftigkeit verbracht wird, kontinuierlich steigt.[108] Gleichzeitig muss die professionelle Pflege im ambulanten oder stationären Bereich vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels gestärkt werden. Weitere Herausforderung sind stark steigende Sozialausgaben im Bereich der Hilfe zur Pflege.[109]

Der im Sommer 2025 unter Federführung des Bundesgesundheitsministeriums eingerichtete „Zukunftspakt Pflege" adressiert mit den zwei Arbeitsgruppen „Versorgung" und „Finanzierung" genau diese Herausforderungen, die durch Workshops und Expert*innenanhörungen ergänzt werden. Auftrag ist, Empfehlungen zu erarbeiten, wie eine menschenwürdige Versorgung von pflegebe-

98 § 14 Absatz 1 SGB XI
99 § 15 Absatz 2 SGB XI
100 § 15 Absatz 3 SGB XI
101 Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (2025). Pflegeversicherung in Mecklenburg-Vorpommern. Verfügbar unter: https://www.laiv-mv.de/Statistik/Ver%C3%B6ffentlichungen/Statistische-Berichte/K/
102 Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (2025). Statistisches Jahrbuch Mecklenburg-Vorpommern 2025. Verfügbar unter: https://www.laiv-mv.de/static/LAIV/Statistik/Dateien/Publikationen/Statistisches%20Jahrbuch/ Z011%202025%2000.pdf
103 Destatis. (2025). Genesis-Datenbank. Verfügbar unter: https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/22421/table/22421-0001 ; Statistische Ämter des Bundes und der Länder. (2025) Zensus Datenbank. Verfügbar unter: https://ergebnisse.zensus2022.de/datenbank/online/statistic/1000A/table/1000A-0000
104 Hinweis: Ausschließlich Pflegegeld ohne Sachleistungen und landesrechtliche Leistungen.
105 Vertiefende Informationen finden sich im Bericht des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern (2025). Pflegeversicherung in Mecklenburg-Vorpommern. Verfügbar unter: https://www.laiv-mv.de/Statistik/Ver%C3%B6ffentlichungen/Statistische-Berichte/K/
106 Anstieg von 2017 zu 2023 D: 17,1 %, MV 37,6 %. Vgl. BARMER (2024). Pflegerisiko und Pflegedauer 2024. Verfügbar unter: https://www.barmer.de/resource/blob/1290386/a0b24e6f40912959586796 75fee5ca52/dl-pflegereport-2024-data.pdf
107 DESTATIS. (2024). Pressemitteilung. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/12/PD24_478_224.html
108 BARMER. (2024). Pflegerisiko und Pflegedauer 2024. Verfügbar unter: https://www.barmer.de/resource/blob/1290386/a0b24e6f40912959586796 75fee5ca52/dl-pflegereport-2024-data.pdf
109 Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (2024). Sozialhilfe und Eingliederungshilfe in Mecklenburg-Vorpommern 2023. Statistischer Bericht. Verfügbar unter: https://www.laiv-mv.de/static/LAIV/Statistik/Dateien/Publikationen/K%20I%20Sozialhilfe%20und%20soziale%20Grundsicherung/K%20113/K113%202023%2000.pdf

dürftigen Menschen mit effizienten und nachhaltigen Versorgungsstrukturen, generationengerecht, langfristig, sektorenübergreifend, personell und strukturell auf Grundlage limitierter finanzieller Mittel sichergestellt werden kann. Gleichzeitig sollen diese Empfehlungen darstellen, wie die finanzielle Tragfähigkeit des Systems der sozialen Pflegeversicherung nachhaltig gesichert werden kann. Als Zwischenergebnis wurde im Dezember 2025 festgehalten:[110]

- Die soziale Pflegeversicherung soll als Umlage- und als Teilleistungssystem ausgestaltet bleiben, wobei Lösungen erforderlich sind, um die bei einem Teilleistungssystem weiterhin bestehenden Eigenanteile zu begrenzen beziehungsweise deren Anstieg zu dämpfen. Geprüft werden sollen dafür Modelle der regelhaften Dynamisierung von Leistungen sowie eine Begrenzung der Eigenanteile, die nicht zu einer zusätzlichen Belastung der sozialen Pflegeversicherung führen darf. Zudem soll geprüft werden, inwiefern eine obligatorische Zusatzversicherung für die stationäre Versorgung sinnvoll sein kann. Auch die Weiterentwicklung des kapitalgedeckten Pflegevorsorgefonds, um das Umlageverfahren der sozialen Pflegeversicherung abzusichern und zur Stabilisierung des Beitragssatzes beizutragen, ist eine Überlegung, die weiterverfolgt wird.
- Im Bereich der Versorgung besteht Einigkeit, dass die Unterscheidung nach Pflegegraden grundsätzlich beibehalten werden soll. Gleichzeitig soll der Fokus der Pflegeversicherung vorrangig auf Pflegeleistungen als originäre Aufgabe geschärft und zudem gesellschaftliche und sozioökonomische Effekte einer möglichen Änderung der Schwellenwerte des Begutachtungsinstruments geprüft werden.
- Beim Pflegegrad 1 sollen zudem die Beratungen stärker präventionsorientiert erfolgen und eine verbesserte pflegefachliche Begleitung der Pflegebedürftigen geprüft werden.
- Ein weiterer wichtiger Prüfauftrag, ist die Frage, wie schon jetzt sektorenabhängig die Leistungen in den §§ 7a, 37 Abs. 3 und 45 SGB XI, also die Ansprüche auf Beratung und Begleitung, gebündelt werden können. Dabei wird der verbesserten pflegefachliche Begleitung insbesondere für Pflegegeldempfänger*innen besondere Bedeutung beigemessen.
- Vorschläge werden auch erwartet, wie eine verbesserte Versorgung in pflegerischen Akutsituationen ermöglicht werden kann (z. B. ein kurzfristiger Ausfall der Hauptpflegepersonen).
- Mittelfristig soll zudem ergebnisoffen geprüft werden, wie sektorenunabhängige Leistungsbudgets ermöglicht werden können.

Aktuelle Entwicklungen der Pflegepolitik in Mecklenburg-Vorpommern: „Pakt für Pflege“ Mecklenburg-Vorpommern

Neben Überlegungen für eine Pflegereform und den bestehenden bundesgesetzlichen Regelungen durch das Elfte Buch Sozialgesetzbuch soll das Landespflegegesetz Mecklenburg-Vorpommern eine leistungsfähige pflegerische Versorgungsstruktur im Bundesland sicherstellen, die unter Berücksichtigung der Bedarfe pflegebedürftiger Menschen sowie deren An- und Zugehörigen weiterentwickelt wird.[111]

Der Landespflegeausschuss des Landes hat im April 2024 die Empfehlung für einen „Pakt für Pflege“[112] Mecklenburg-Vorpommern abgegeben. Ziel dessen ist die pflegerische Versorgung im Land auch in Zukunft sicherzustellen. Dafür wurden folgende gemeinsame Leitmotive vereinbart, die auch in Abbildung 5 veranschaulicht sind:

- Die Pflege soll so ausgerichtet sein, dass der Mensch mit seinem individuellen, medizinischen, therapeutischen, pflegerischen und sozialen Unterstützungsbedarf, seinen Rechten und Präferenzen im Mittelpunkt der Versorgung steht. Der pflegebedürftige Mensch soll ein möglichst autonomes und selbständiges Leben führen.
- Die Selbstpflegekompetenzen sollen ebenso wie die Pflegekompetenzen von An- und Zugehörigen sowie der professionell Pflegenden gestärkt werden. Eine starke und rechtzeitige Präventionsarbeit soll deutlich vor dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit und von gesundheitlichen Beeinträchtigungen ansetzen. Die Versorgungssituation von pflegebedürftigen Menschen soll stabilisiert werden.
- Pflege wird als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden.
- Der Umgang mit pflegebedürftigen Menschen

110 Bundesministerium für Gesundheit. Facharbeitsgruppen Finanzierung und Versorgung (2025). Sachstandsbericht für die 2. Sitzung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe„Zukunftspakt Pflege. Verfügbar unter: : https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/zukunftspakt-pflege-11-12-2025.html
111 § 1 Absatz 1 LPflegeG M-V.
112 Hinweis: Wenn in diesem Kapitel die Rede von „Pflege“ ist, sind damit immer pflegerische Leistungen im Sinne des SGB XI gemeint. Dies umfasst keine pflegerischen Leistungen im Sinne des SGB V, z. B. häusliche Krankenpflege, Krankenhauspflege.



Abbildung 5: Leitmotive der Pflege (SGB XI) – Der Mensch im Zentrum
Quelle: Eigene Darstellung

ist ein wesentlicher Prüfstein dafür, wie human und solidarisch unsere Gesellschaft ist und in Zukunft sein wird. Wie die Gesellschaft mit denjenigen umgeht, die hilfsbedürftige Menschen versorgen, wird das Maß und die Art und Weise von Pflege prägen.

Die Mitglieder das Landespflegeausschusses erarbeiten – im Rahmen ihrer Ressourcen und Kompetenzen - gemeinsam in den Arbeitsgruppen (1) „Sorgende Gemeinschaft", (2) „Wirtschaftlichkeit", (3) „Pflegepersonalsicherung", (4) „Integrierte Pflege(sozial)- und strukturplanung", (5) „Beratung und Case Management", (6) „Herausforderung Demenz" sowie (7) „Notfall" Maßnahmen und Handlungsempfehlungen zur Umsetzung von im Pakt für Pflege benannten Handlungsfeldern.

Zusätzlich wurde ein Begleitausschuss eingerichtet. Dieser führt die Arbeiten der Arbeitsgruppen zusammen und identifiziert Schnittstellen für gemeinsames, koordiniertes Handeln. Der Begleitausschuss berichtet fortlaufend über den „Pakt für Pflege" in den regelhaften Sitzungen des Landespflegeausschusses Mecklenburg-Vorpommerns.

Neufassung eines Wohnformen- und Teilhabegesetztes Mecklenburg-Vorpommern

- Im Koalitionsvertrag wurde die Weiterentwicklung des Einrichtungenqualitätsgesetzes (EQG M-V) zu einem modernen Wohnformen- und Teilhabegesetz (WoTG M-V) festgesetzt, was in einem intensivem Dialogprozess erfolgte. Mit 1. Januar 2026 trat das Gesetz in Kraft. Das neugefasste WoTG
- ermöglicht selbstbestimmte Pflege- und Betreuungswohnformen für ältere, pflege- oder betreuungsbedürftige Menschen,
- fördert Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und der Mitwirkung der Pflegebedürftigen,
- stärkt Beratung und Informationsvermittlung zu Pflege- und Betreuungswohnformen für ältere, pflege- oder betreuungsbedürftige Menschen und
- sichert eine dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechende Qualität des Wohnens und der Betreuung

Landesplan Pflege für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Das für Soziales zuständige Ministerium hat die Aufgabe, einen Landesplan mit Empfehlungen für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung – auf Basis der alle fünf Jahre zu erstellenden kommunalen Pflegepläne der Landkreise und kreisfreien Städte Mecklenburgs-Vorpommern – aufzustellen.[113] Dies erfolgt mit der Unterstützung der Institute AGP Sozialforschung (Leitung Hr., Professor Dr. Thomas Klie, Freiburg) sowie dem Deutschen Institut für Pflegeforschung (dip; Leitung Hr. Prof. Dr. Michael Isfort, Köln).

Im Rahmen des Prozesses der Erstellung des Landesplans Pflege 2025 wurde mit den Akteuren des Landespflegeausschusses sowie Vertreter*innen

113 § 5 Absatz 2 und Absatz 3 LPflegeG M-V.

aus den Arbeitsgruppen des „Pakts für Pflege“ Mecklenburg-Vorpommern Workshops durchgeführt. Darin wurden folgende Themen dezidiert in einem partizipativen Prozess erörtert:

- Kommunale Pflegeplanung in Mecklenburg-Vorpommern.
- Personalmonitoring,
- Demenzmonitoring,
- Landesplan Pflege vor dem Hintergrund aktueller Reformprozesse.

Der Landesplan Pflege Mecklenburg-Vorpommern soll im ersten Halbjahr 2026 vorliegen. Auf dieser Basis soll gemeinsam mit dem Landespflegeausschuss festgelegt werden, wie Handlungsempfehlungen umgesetzt werden können, z. B. über die Nutzung der Strukturen des Pakts für Pflege M-V.

8.3. Spezifische Pflegestrukturen in Mecklenburg-Vorpommern

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch setzt die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung fest:[114]

- häuslichen Pflege
- vollstationäre Pflege
- vorübergehende vollstationäre Kurzzeitpflege
- teilstationäre Tages- oder Nachtpflege
- Leistungen und Rechte für Pflegepersonen
- Verhinderungspflege
- Angebote zur Unterstützung im Alltag
- Alternative Wohnformen
- Pflegehilfsmittel
- Zuschüsse für Wohnungsanpassungen
- digitale Pflegeanwendungen

Ergänzend dazu fördert das Land Mecklenburg-Vorpommern spezifische pflegerische Strukturen:

- **Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier gem. § 123 SGB XI**[115] mit folgenden möglichen Zielsetzungen:
  - Erleichterung der Situation der Menschen mit Pflegebedarf, ihrer Angehörigen und Nahestehenden,
  - Verbesserung des Zugangs zu Pflege- und Unterstützungsangeboten,
  - positive Beeinflussung der Pflegeprävalenz,
  - Deckung des Fachkräftebedarfs und Aufbau ehrenamtlicher Strukturen,
  - Unterstützung einer bedarfsgerechten integrierten Sozialplanung,
  - Auf- und Ausbau sowie Stabilisierung von Unterstützungs- und Entlastungsstrukturen für Pflegearrangements,
  - Entwicklung innovativer Konzepte zur Stärkung der gesellschaftlichen Solidarität,
  - digitale Vernetzung der Pflegeangebote.
- Förderung der **Landesfachstelle Demenz**, die zum Ziel hat, die Versorgung und die Lebensqualität der Menschen mit Demenz und ihre An- und Zugehörigen zu verbessern. Aufgaben sind:
  - Entwicklung einheitlicher Mindeststandards für demenzsensible Quartiere, um die Qualität der Beratung und Versorgung zu verbessern,
  - Verbesserung der demenzspezifischen Versorgungskompetenz durch gezielte Informations- und Wissensvermittlung,
  - Etablierung beratender Anlaufstellen in Quartieren, Kommunen und Ämtern für die Betroffenen und Akteure,
  - Vertretung und aktives Einbringen der Interessen und Bedarfe der Betroffenen in gesundheitspolitische Entscheidungsprozessen,
  - Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie.[116]

114 Bundesministerium für Gesundheit (2025). Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/leistungen-der-pflegeversicherung/leistungen-im-ueberblick.html
115 Landesamt für Gesundheit und Soziales (2025). Förderungen. Verfügbar unter: https://www.lagus.mv-regierung.de/Foerderungen/MV/
116 Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Landesverband Mecklenburg-Vorpommern (2025). Landesfachstelle Demenz. Verfügbar unter: https://alzheimer-mv.de/landesfachstelle-demenz/

- Förderung der **Landesfachstelle Wohnanpassungs- und Digitalisierungsberatung** mit den Zielen.[117]
  - professionelle, kostenlose und unabhängige Wohnberatung, um möglichst selbstbestimmt und lange in der eigenen Häuslichkeit wohnen zu können,
  - Wohnberatung und Wohnungsanpassung stärker evidenzbasiert zu gestalten und damit fundierte Impulse für Praxis und Politik zu liefern,
  - Digitalisierungsberatung: Wo können digitale Technologien sinnvoll im Alltag und im Wohnumfeld und in der Pflege genutzt werden.
- Förderung **niedrigschwelliger Betreuungs- und/oder Entlastungsangebote**[118]
  - Angebote zur Unterstützung im Alltag,
  - Selbsthilfegruppen oder -organisationen,
  - Selbsthilfekontaktstellen,
  - Modellvorhaben nach § 45 c SGB XI, Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen für Menschen mit Demenz,
  - Betreuungsangebot ehrenamtlich Tätiger.
- **Pauschalförderung** nach § 7 Landespflegegesetz Mecklenburg-Vorpommern[119]
- Förderung zur Schließung von Versorgungslücken, zum Abbau von Investitionsstaus und zur Weiterentwicklung der **pflegerischen Versorgungsstruktur im Bereich der Kurzzeitpflege.**[120]

Workshop zur Ableitung von Handlungsempfehlungen

Wie kann eine Verzahnung der geriatrischen und pflegerischen (SGB XI) Versorgung gelingen?

Für die Ableitung konkreter Handlungsempfehlungen für den vorliegenden Geriatrieplan für die Gestaltung der geriatrischen Versorgung durch für Pflege im Sinne des Elften Sozialgesetzbuchs verantwortlichen Akteure in Mecklenburg-Vorpommern wurde am 25. Juli 2025 ein Workshop abgehalten, der folgende Leitfragen mit der Methodik des World-Cafés in Kleingruppen diskutiert:[121]

- Wie sieht eine sichere und qualitativ gute pflegerische Versorgung (i. S. d. SGB XI) für geriatrische Patienti*nnen aus und wie kann sie sichergestellt werden (Voraussetzungen)?
- Welche Ziele/Vorstellungen für eine zukünftige pflegerische Versorgung geriatrischer Patient*innen bestehen und wie können diese umgesetzt werden?
- Wie gelingt eine Verzahnung mit den angrenzenden medizinischen und therapeutischen Leistungen (Schnittstellenmanagement eines ambulanten geriatrischen Teams?)

Darauf aufbauend wurden folgende Handlungsempfehlungen abgeleitet. die gemeinschaftlich von den Akteuren des Landespflegeausschusses und angrenzenden Versorgungsstrukturen – vorbehaltlich der Prüfung und Klärung etwaiger notwendiger Finanzierungen – umgesetzt werden sollten.

Handlungsempfehlung Nr. 28:
Pflegerische Strukturen (SGB XI) vernetzen

Ziel:
Etablierte Netzwerkstrukturen werden genutzt.

Maßnahme:
Etablierte Netzwerkstrukturen sollen genutzt werden z. B. durch:
- Kooperationen/Konsiliardienste zwischen geriatrisch spezialisierten ambulanten Pflegediensten und stationären Einrichtungen der Lang- u. Kurzzeitpflege
- Kooperationen/Konsiliardienste zwischen ambulanten Pflegediensten, die über Pflegefachpersonen mit einer zertifizierten geriatrischen Fachweiterbildung) verfügen sowie geriatrischen Schwerpunkteinrichtungen (Akut- und Rehaeinrichtungen, Schwerpunktpraxen, Tageskliniken,) – auch als multiprofessionelles, regionales Geriatrie-Team denkbar.

Außerdem sollen pflegerische Strukturen zu informierenden, beratenden, begleitenden und versorgenden medizinisch-geriatrischen-pflegerischen Netzwerken (geriatrische Kompetenznetzwerke) zusammengeführt werden.

117 Universitätsmedizin Greifswald. (2025). Landesfachstelle für Wohn- und Digitalisierungsberatung. Verfügbar unter: https://www.wohnberatung-mv.de/
118 Landesamt für Gesundheit und Soziales. (2025). Förderungen. Verfügbar unter: https://www.lagus.mv-regierung.de/Foerderungen/MV/
119 ebd.
120 ebd.
121 Die Dokumentation des Workshops kann ergänzend zur Verfügung gestellt werden (inkl. Liste der Teilnehmenden).

Handlungsempfehlung Nr. 29: Etablierung von Sorgenden Gemeinschaften/ Caring Communities

Ziel:
Sorgende Gemeinschaften im Sinne des Leitbildes von Caring Communities werden in den Gemeinden aufgebaut und gestärkt, um pflegebedürftige ältere Menschen sowie deren (pflegende) An- und Zugehörige nachhaltig zu unterstützen. Durch die Etablierung gezielter lokaler Kooperationen im Sinne geriatrisch-pflegerischer Netzwerke des gesunden Altwerdens werden Entlastungsmöglichkeiten für pflegende An- und Zugehörige geschaffen, die Teilhabe von Pflegebedürftigen und ihren An- und Zugehörigen gestärkt sowie generationsübergreifende Sorgestrukturen in den Kommunen aufgebaut. Gleichzeitig wird das Zusammengehörigkeitsgefühl vor Ort gefördert.

Maßnahme:
Vorhandenes Wissen zur Etablierung von Sorgenden Gemeinschaften soll systematisch zusammengetragen und nutzbar gemacht werden, beispielsweise durch die Einbindung der Expertise der Landesfachstelle Demenz. Zudem ist eine strukturierte Übersicht über bestehende Versorgungsakteure und deren jeweilige Leistungsspektren zu erstellen, um lokale Ressourcen sichtbar zu machen und gezielt zu vernetzen. Darauf aufbauend sollen Modellprojekte zur Entwicklung von Sorgenden Gemeinschaften initiiert werden, die als Vorreiter für weitere Gemeinden dienen können, beispielsweise durch die Einbindung präventiver Hausbesuche. Ergänzend sind Angebote zur Wissensvermittlung zu geriatrischen Besonderheiten für (pflegende) An- und Zugehörige auszubauen, um deren Handlungssicherheit im Versorgungsalltag zu stärken.

Handlungsempfehlung 30: Prävention von Pflegebedürftigkeit und in der Langzeitpflege

Ziel:
Der Pflegebedürftigkeit wird vorgebeugt sowie die weiteren funktionalen Verschlechterungen bei Menschen mit bestehendem Pflegebedarf vermieden. Gleichzeitig werden pflegende An- und Zugehörige in ihrer eigenen funktionalen Gesundheit gestärkt, um den Eintritt eigener Pflegebedürftigkeit 122 zu vermeiden oder zu verzögern und ihre Ressourcen für pflegerische Tätigkeiten zu erhalten. Darüber hinaus wird die individuelle Verantwortung gestärkt, frühzeitig zu klären, wie ein persönliches Pflegearrangement im Bedarfsfall ausgestaltet werden kann.

Maßnahmen:
Zielgruppenspezifische Präventionsangebote sollen entwickelt und systematisiert werden. Für pflegende An- und Zugehörige ohne eigenen Pflegebedarf sollen präventive Angebote geschaffen werden, die sich an der funktionalen Kompetenz orientieren und beispielsweise durch Selbstausfüller-Fragebögen[123] unterstützt werden können. Für Personen mit bestehendem Pflegebedarf sollen Angebote zur Vermeidung weiterer funktionaler Einschränkungen bereitgestellt werden, unter Nutzung bestehender Empfehlungen, etwa der für das Bundesministerium für Gesundheit erarbeiteten Konzepte[124]. Pflegefachkräfte und Heim betreuende Ärzt*innen sollen zudem speziell geschult werden um eine zu erwartende Steigerung der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe) präventiv zu erkennen und durch Verordnung geeigneter rehabilitative Maßnahmen zu verhindern oder zu verzögern. Ergänzend ist eine Systematisierung bestehender Präventionsangebote nach Zielgruppen vorzunehmen. Durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit soll die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen im Sinne eines gesunden Altwerdens vermittelt, die Eigenverantwortung gestärkt und der Umgang mit funktionalen Einschränkungen enttabuisiert werden. Zudem soll die Öffentlichkeit für die Frage sensibilisiert werden, wie individuelle Pflegearrangements im Kontext der jeweiligen familiären Situation gestaltet werden können.

122 Nachweis über Wirksamkeit präventiver Maßnahmen im höheren Lebensalter z. B. über Dapp U et al. (2018). Wirksamkeit der „Aktiven Gesundheitsförderung im Alter"-Zielgruppenspezifische Ergebnisse bezüglich einer Kompression von Morbidität über 13,8 Jahre LUCAS Verlauf. Z Gerontol Geriatr; 58:379-387.

123 Für die Bestimmung von Zielgruppen innerhalb der heterogenen Gruppe älterer Menschen kann das Instrument LUCAS NAVIGATOR genutzt werden, vgl. Forschungsabteilung Albertinen-Haus (2018). LUCAS NAVIGATOR. Wohlbefinden und Funktionale Kompetenz erhalten, Frailty (gefährliche Gebrechlichkeit) und Pflegebedürftigkeit früh erkennen! Verfügbar unter: https://albertinen-zentrum-altersmedizin.de/assets/AH/2_Geriatrie-Klinik/07_forschung_und_lehre/albertinen-haus-forschung-und-lehre-LUCAS-navigator.pdf; Zur Erfassung der Belastung pflegender Angehöriger kann die Burden Scale for Family Caregivers verwendet werden, vgl. Anna Pendergrass A et al. (2018). Screening for caregivers at risk: Extended validation of the short version of the Burden Scale for Family Caregivers (BSFC-s) with a valid classification system for caregivers caring for an older person at home. BMC Health Serv Res.

124 Nolting HD, Marschall J (2025). IGES. Prävention von Pflegebedürftigkeit. Dokumentation von Fachgesprächen zur Prävention von Pflegebedürftigkeit im ambulanten Bereich.

9. Aus-, Fort- und Weiterbildung





9.1. Ärztlicher Bereich

Universitäre Ausbildung

In Mecklenburg-Vorpommern wird Geriatrie derzeit an zwei Lehrstühlen unterrichtet.

Universitätsmedizin Greifswald

Der Lehrstuhl für Innere Medizin und Geriatrie an der Universitätsmedizin Greifswald wurde 2019 besetzt und ist mit der Leitung der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin D – Geriatrie am Universitätsklinikum Greifswald und des Altersmedizinischen Zentrums einschließlich der Abteilung für Innere Medizin und Geriatrie des Kreiskrankenhauses Wolgast verbunden. Das Kreiskrankenhaus Wolgast übernimmt als Tochter der Universitätsmedizin Greifswald die geriatrische Versorgung der Region.

Das Zentrum für Altersmedizin arbeitet nach einem modernen geriatrischen Konzept auf der Grundlage des Geriatriekonzeptes des Kreiskrankenhauses Wolgast und der Universitätsmedizin Greifswald. Es erbringt Leistungen in der Aus- und Weiterbildung von Studierenden der Medizin sowie Ärzt*innen in Innerer Medizin und Geriatrie. Das Lehrangebot umfasst nicht nur die Vermittlung von Kenntnissen der organorientierten Medizin, sondern des gesamten Spektrums der geriatrischen Versorgungsbereiche. Hierfür steht das komplette Angebot von Akutdiagnostik und Akuttherapie zur Verfügung.

Auch Famulaturen im Kreiskrankenhaus Wolgast können über eine Dauer von zwei bis vier Wochen vereinbart werden. Im Rahmen des Medizinischen Praktischen Jahres (PJ) erhalten die Studierenden eine strukturierte Ausbildung in Innerer Medizin und Geriatrie.

Universitätsmedizin Rostock

Die Universitätsmedizin Rostock hat ihr medizinisches Angebot im März 2025 um eine eigene Sektion für Geriatrie und Altersmedizin (Gerontologie) an der Klinik und Poliklinik für Neurologie erweitert. In der Sektion werden die Krankenversorgung, Forschung und Lehre vertreten und gebündelt. Mit der Eröffnung der Sektion für Geriatrie und Altersmedizin hat die Universitätsmedizin Rostock ein deutliches Zeichen für die Bedeutung der Altersmedizin gesetzt. Sie trägt dazu bei, die medizinische Versorgung älterer Menschen in Mecklenburg-Vorpommern nachhaltig zu verbessern. Durch die enge Zusammenarbeit der verschiedenen Fachdisziplinen soll eine ganzheitliche geriatrische Versorgung gewährleistet werden.

Im Rahmen des Studiums der Humanmedizin wird seit vielen Jahren die Querschnittsvorlesung „Medizin des alternden Menschen“ angeboten.

Grundsätzlich zu beachten ist, dass die Sicherstellung und Finanzierung universitärer Lehr- und Weiterbildungsstrukturen in die Zuständigkeit des Landes fällt.

Weiter- und Fortbildung

Nach der universitären Ausbildung existieren deutschlandweit unterschiedliche Möglichkeiten der spezifischen geriatrischen Weiterbildung, die in den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern geregelt sind.

Danach können Ärzt*innen eine Zusatz-Weiterbildung in Geriatrie absolvieren, nachdem sie eine Facharztausbildung in einem anderen Gebiet abgeschlossen haben.

In Mecklenburg- Vorpommern stellt die Geriatrie nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern derzeit eine Zusatzweiterbildung über 18 Monate zu einer/m beliebigen Fachärztin/Facharzt dar. Sie vermittelt Kenntnisse über altersbedingte Veränderungen und Erkrankungen, geriatrische Diagnoseverfahren, Therapieansätze, Rehabilitation, Medikamentenmanagement, ethische und palliativmedizinische Aspekte, Konsile und Beratung zu Hygiene und Ernährung sowie die Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen.

Grundsätzlich ist zusätzlich zur aktuellen Zusatzweiterbildung eine eigene Facharztkompetenz in dem Bereich Geriatrie künftig in Mecklenburg-Vorpommern anzustreben.

Zusätzlich können Ärzte eine berufsbegleitende curriculare Weiterbildung „geriatrische Grundversorgung“ absolvieren. Sie soll insbesondere Ärzt*innen in eigener Niederlassung den Erwerb spezifischer Kenntnisse im Fachgebiet Geriatrie ermöglichen.

Des Weiteren wird empfohlen, geriatriespezifische Weiterbildungsinhalte verbindlich in die gültige Weiterbildungsordnung für Allgemeinmedizin zu verankern, da die Hausärzt*innen in der Regel die ersten Ansprechpartner*innen für ältere Menschen sind. Eine Stärkung der geriatriespezifischen Fachkompetenz in der Niederlassung ist von besonderer Wichtigkeit.

Weiterhin sei zu erwähnen, dass die Fortbildung im Bereich der ambulanten palliativen Versorgung oft stark auf onkologische Erkrankungen ausgerichtet ist. Eine Unterstützung für andere Erkrankungen z. B. durch einen neurologischen Palliativdienst wäre hilfreich.

9.2. Weitere Berufsgruppen

Die Pflegeausbildung wurde 2020 grundlegend reformiert. Zielsetzung war unter anderem durch eine attraktivere Ausbildung dem Fachkräftemangel entgegen zu wirken sowie die Ausbildungen den sich wandelnden Versorgungsbedarfen und Versorgungsstrukturen in Deutschland anzupassen. Die zuvor separaten Ausbildungen in der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege wurden zu einer generalistischen Ausbildung vereint. Dies ermöglicht es den Absolvent*innen der Ausbildung in allen Pflegebereichen tätig zu werden. Grundlage bildet das Pflegeberufegesetz (PflBG).

Die Reform hat erhebliche Auswirkungen auf die Fort- und Weiterbildungslandschaft. Die Inhalte der pflegerischen Weiterbildungen müssen den neuen Anforderungen der generalistischen Ausbildung gerecht werden, insbesondere in Bezug auf die geriatrische Pflege, die Psychiatrie und die Palliativpflege. Besonders der Bereich der geriatrischen Pflege hat an Bedeutung gewonnen, da immer mehr ältere Menschen eine spezialisierte Pflege benötigen.

Das Land MV hat hierauf bereits reagiert und die „Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegefachpersonen“ veröffentlicht. Diese ermöglicht Pflegefachkräften insgesamt neun landesrechtliche Weiterbildungen. Beispielhaft zu nennen sind hier die Weiterbildung in der Onkologie oder in der Schlaganfallpflege. Die Fachweiterbildungen sind auf die Pflege aller Altersgruppen und somit auch die Pflege von geriatrischen Patient*innen ausgelegt. In den Weiterbildungen finden nationale und internationale Handlungsempfehlungen, wie z. B. die nationale Demenzstrategie, Berücksichtigung.

Weiterhin sei darauf hingewiesen, dass insbesondere geriatrische Rehabilitationskliniken aufgrund des weiten Indikationsspektrums, des hohen Anteils an pflegintensiven und medizinisch-komplikativen Patient*innen als Ausbildungsträger gut geeignet sind. Deshalb sollte die Ausbildung der Pflegeberufe auch auf die geriatrischen Rehakliniken als Ausbildungsträger ausgedehnt werden.

Neben der klaren Forderung einer entsprechenden Nachbesserung an den Gesetzgeber, sollte zeitnah eine Übergangsregelung auf Landesebene eingeführt werden.

Aktuell erfolgt auf Bundesebene die Reform der Pflegefachassistenzausbildung, um den wachsenden Bedarf an qualifizierten Pflegehilfskräften zu decken. Wie die Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz, ist auch die Pflegefachassistenzausbildung generalistisch ausgestaltet, d. h. sie vermittelt die für alle Altersstufen in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen.

Auch für diese Berufsgruppe müssen die Fort- und Weiterbildungen entsprechend angepasst werden, um den Anforderungen der modernen Pflegepraxis, insbesondere für den geriatrischen Bereich, gerecht zu werden.

Beabsichtigt ist weiterhin die landesrechtliche Psychiatrie-Weiterbildungsverordnung zu aktualisieren. Hierbei soll auch ein verstärkter Fokus auf den Bereich Geriatrie gelegt werden.

Auf Bundesebene bestehen zudem Reformbestrebungen mit dem Ziel, die Therapieberufe, zu denen insbesondere die Berufe Physiotherapie, Masseur und medizinischer Bademeister, Ergotherapie und Logopädie zählen, insgesamt zu modernisieren. Auch dabei sollte die Geriatrie/Gerontologie Berücksichtigung finden. Themen wie Ernährungsdefizite, welche im höheren Lebensalter immer häufiger auftreten, sollten Bestandteil aller Ausbildungen sein.

Außerdem hat der Bundesverband Geriatrie e.V. (BVG) hat eine strukturierte Fort- und Weiterbildung für die verschiedenen Berufsgruppen der Geriatrie (Ärzt*innen, Pflegepersonal, Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Sprach- und Schlucktherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen) entwickelt. Diese Angebote werden unter der Bezeichnung ZERCUR (Zertifiziertes Curriculum Geriatrie) stän-

dig weiterentwickelt und sind flächendeckend in Deutschland verfügbar.

Die meisten ZERCUR Fort- und Weiterbildungsangebote sind modular aufgebaut und können so von den Teilnehmenden individuell und variabel wahrgenommen werden. Diese Formate machen dadurch eine berufsbegleitende Fort- und Weiterbildung leichter.

Der ZERCUR Basislehrgang beinhaltet 72 Stunden und ist als gemeinsamer Kurs für alle Berufsgruppen, die in der Geriatrie arbeiten, ein idealer Einstieg in die Weiterbildung. In einem überschaubaren zeitlichen Umfang wird das interdisziplinäre Grundlagenwissen zu wichtigen geriatrischen Themenfeldern wie unter anderem Ethik, Palliativmedizin, Medikamenten, Demenz und Depression vermittelt.

Die modular aufgebaute Fachweiterbildung Pflege beinhaltet 520 Stunden und muss innerhalb von vier Jahren absolviert werden. Bei erfolgreich bestandener Abschlussprüfung erhalten die Teilnehmenden das Zertifikat „ZERCUR Pflegefachkraft Geriatrie“ und mit dem neuen Kurrikulum den Abschlusstitel „Pflegefachperson für aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie“.

Seit 2017 gibt es mit der ZERCUR Fachweiterbildung Therapeut*innen auch für den therapeutischen Bereich des interdisziplinären, multiprofessionellen Teams eine geriatrie-spezifische Weiterbildung.

Der zunehmende Fachkräftemangel wird auch zu einem vermehrten Einsatz von Pflegehelfer*innen mit ein- oder zweijähriger Ausbildung führen. Bereits jetzt steigt die Nachfrage nach einer geriatrischen Weiterbildung durch diese Klientel. Auch die Pflegehilfskräfte bzw. Pflegeassistent*innen arbeiten nah an Patient*innen und sollten deshalb geriatrisch qualifiziert sein.

Aus diesem Grund wurde die Weiterbildung ZERCUR Pflegeassistenz entwickelt. Mit dieser Weiterbildung sollen die pflegerische Arbeit mit theoretischem Grundwissen gestützt, praktische Übungen mit Selbsterfahrung kombiniert sowie der gegenseitige Erfahrungsaustausch gefördert werden. Sie orientiert sich an den hohen Standards geriatrischer Versorgung und verknüpft medizinische, pflegerische und soziale Aspekte zu einem ganzheitlichen Ansatz. Ziel ist es, die Teilnehmenden zu befähigen, aktiv an der ganzheitlichen Versorgung älterer, oft multimorbider Patient*innen mitzuwirken.

Handlungsempfehlung Nr. 31: Aus-, Fort- und Weiterbildung

Ziel:
Spezialisiertes geriatrisches Wissen wird für alle Gesundheitsfachberufe vermittelt, um die interprofessionelle Zusammenarbeit in der täglichen pflegerischen, therapeutischen und medizinischen Praxis zu stärken. Dadurch werden Hausarztpraxen entlastet, patient*innenrelevante Strukturen effizient gestaltet und die Versorgung geriatrischer Menschen qualitativ gesichert. Gleichzeitig werden digitale Kompetenzen und das Verständnis für telemedizinische Technologien gestärkt, um die Anwendung technischer Lösungen in der Praxis sicherzustellen.

Maßnahmen:
Geriatrische Inhalte sollen konsequent in die Aus-, Weiter- und Fortbildung aller Gesundheitsfachberufe integriert werden. Dazu gehören insbesondere:

- Vermittlung von Kompetenzen im Umgang mit geriatrischen Patient*innen, inkl. Polypharmazie, atypischer Krankheitsbilder, Screening-Instrumenten und relevanten Leitlinien.
- Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch standardisierte Fort- und Weiterbildungen und verpflichtende digitale Schulungen (z. B. zu Delirmanagement, Polypharmazie, Entlass- und Überleitungsmanagement), die flexibel in den klinischen Alltag integriert werden können.
- Spezifische Schulungsangebote und Workshops innerhalb von Versorgungsverbünden, die die Komplexität geriatrischer Syndrome, multimorbider Krankheitsbilder und interdisziplinärer Behandlungsansätze berücksichtigen.
- Stärkung der Gesundheitskompetenz und Prüfung der Möglichkeit, Aufgaben an entsprechend geschulte Pflegefachkräfte zu übertragen (z. B. Heilkundekompetenzen bei Menschen mit Demenz).
- Prüfung des Umfangs geriatrischer Inhalte in der Weiterbildung für Allgemeinmedizin und Integration digitaler Technologien sowie Telemedizin in die curricularen Inhalte.
- Regelmäßige Teilnahme an interdisziplinären Fallbesprechungen, um theoretisches Wissen in konkrete Versorgungssituationen zu übertragen und die Handlungssicherheit zu erhöhen.
- Leistungserbringer stellen dabei die kontinuierliche Weiterentwicklung der Mitarbeiterkompetenzen sicher, planen innerhalb von Versorgungsverbünden gemeinsame Schulungsangebote und ermöglichen die Teilnahme an interdisziplinären Fallbesprechungen.

10. Telemedizin und technische Unterstützung









Telemedizin und technische Unterstützungshilfen für ältere Menschen – Potenziale für ein selbstbestimmtes Leben in Mecklenburg-Vorpommern

Die fortschreitende Digitalisierung des Gesundheitswesens eröffnet neue Möglichkeiten zur Verbesserung der medizinischen Versorgung – auch und gerade in der Geriatrie. Ein zentraler Baustein dieser Entwicklung ist die Telematikinfrastruktur, die eine sichere und sektorenübergreifende Vernetzung aller Akteure im Gesundheitswesen ermöglicht. Dadurch gewinnen Telemedizin und technische Unterstützungshilfen immer mehr an Bedeutung, da sie medizinische Leistungen ortsunabhängig und zeitnah bereitstellen können. Das ist besonders wichtig für ältere Menschen mit eingeschränkter Mobilität oder in ländlichen Gegenden. Insbesondere im dünnbesiedelten Flächenland Mecklenburg-Vorpommern, das mit dem demografischen Wandel, Fachkräftemangel im Gesundheitswesen und den Herausforderungen bei der medizinischen Versorgung konfrontiert ist, spielen diese Technologien eine bedeutende Rolle. Die Telemedizin ermöglicht eine ortsunabhängige Betreuung und kann dazu beitragen, Versorgungslücken zu schließen beziehungsweise die Vermittlung von Angebot und Bedarf zu erleichtern. Allerdings stehen dem flächendeckenden Einsatz Herausforderungen gegenüber, wie technische Hindernisse, die Sicherung des Datenschutzes und regulatorische Fragen.

In Mecklenburg-Vorpommern wurden und werden schon verschiedene telemedizinische Projekte umgesetzt, um die Versorgung der gesamten Bevölkerung zu verbessern. Aus dem Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) werden im Bereich „Neue Versorgungsformen“ vor allem Projekte gefördert, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen und mithilfe innovativer Prozesse und Strukturen eine Sektorentrennung überwinden oder innersektorale Schnittstellen optimieren wollen. Dazu gehören folgende Projekte mit (teilweise) geriatrischem Bezug:

- **TeleNeurologisch ambulante Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg (TENEAM)**: dieses Vorhaben erhielt im November 2024 eine positive Förderbenachrichtigung des Innovationsausschusses und startet in 2025. Gemeinsam mit den im Projektgebiet ambulant tätigen Neurolog*innen und Hausärzt*innen wird in einem Konsortium mit den Universitätskrankenhäusern Charité Berlin, Greifswald und Cottbus eine sektorübergreifende, fachärztlich telemedizinische Versorgung in strukturschwachen Regionen umgesetzt und evaluiert. Das Projekt wird für 42 Monate mit ca. 8 Mio. Euro gefördert.
- **NeTKoH – Neurologisches Telekonsil mit Hausärzt*innen zur Stärkung der fachärztlichen Versorgung in Vorpommern**: NeTKoH wird eine telemedizinische Vernetzung zwischen der Universitätsmedizin Greifswald und rund 40 hausärztlichen Praxen etablieren. Die Hausärzt*innen können während der Sprechstunde direkt auf ein fachärztliches Konsil zurückgreifen und Empfehlungen zur neurologischen Weiterbehandlung nach einem festgelegten und regional abgestimmten Standard erhalten. Das seit 2021 für 55 Monate laufende Projekt wurde mit 5,2 Millionen Euro gefördert.
- Bei dem **ANNOTeM-Netzwerk** handelt es sich um ein telemedizinisches Projekt mit dem Ziel, die akutneurologische Versorgung in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern durch eine enge Verbindung neurologischer Zentren und regionaler Krankenhäuser sowie Rettungsdiensten nachhaltig zu stärken. Das Projekt wurde mit Mitteln i. H. v. 6,9 Millionen Euro vom 02/2017 bis 01/2021 gefördert. Trotz fehlender Transferempfehlung des G-BA, konnten einige der beteiligten Krankenhäuser (z. B. Sana-Krankenhaus in Bergen auf Rügen) durch die Teilnahme ihre Zertifizierung als TeleStroke-Unit erhalten.
- **living@home – Multimodale, dyadische Intervention für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz.** Das Projekt bietet ein neues Unterstützungsangebot für pflegende Angehörige und Menschen mit Demenz ausgehend von Memory-Kliniken. Kernstück der neuen Versorgungsform ist eine App. Über diese tauschen sich die Angehörigen mit speziell für die Demenzversorgung qualifizierten Pflegeexpert*innen aus und berichten regelmäßig über ihre häusliche Situation sowie ihren Gesundheits- und Belastungszustand. Bei sich abzeichnenden Krisen und wachsenden Herausforderungen erhalten die Betroffenen rechtzeitig professionelle und bedarfsgerechte Hilfestellungen. Zusätzlich können sich Angehörige via App über regionale Pflege- und Unterstützungsangebote informieren. Das überregionale Projekt wird für 41 Monate mit 1,8 Mio. Euro gefördert und endet voraussichtlich 2028.

Im Rahmen der bundesweiten Förderung digitaler Innovationen im Gesundheits- und Sozialwesen wurden an der Hochschule Neubrandenburg zwei aufeinander aufbauende Forschungsprojekte durchgeführt, die sich mit den Potenzialen digital

unterstützter Case-Management-Angebote für ältere, mehrfacherkrankte Menschen befassten. Das erste Projekt „SaLSA“ (2011 bis 2015, BMBF-Förderung von 273.000 Euro) wurde in Kooperation mit Pflegestützpunkten aus Mecklenburg-Vorpommern umgesetzt. Ziel war es, aus Sicht von Nutzer*innen Wirkungen, Erfahrungen, Inanspruchnahme und Akzeptanz digital gestützter Case-Management-Prozesse zu untersuchen. Aufbauend auf diesen Erkenntnissen verfolgte das zweite BMBF-geförderte Projekt „RL Leben im Alter“ (2019 bis 2022, BMBF-Förderung von 402.244 Euro) eine praxisbegleitende Perspektive und nahm vorrangig die subjektiven Erfahrungen beruflicher Akteure aus Case-Management-Strukturen in Mecklenburg-Vorpommern in den Blick. Beide Studien trugen zur nationalen Forschungslage bei, indem sie erstmals spezifische Erkenntnisse über digital unterstütztes Case Management im deutschsprachigen Raum lieferten. Der Fokus lag auf hybriden Versorgungskonzepten, virtuellen Fallkonferenzen und niedrigschwelliger digitaler Kommunikation, etwa per Tablet. Die Studien der Hochschule Neubrandenburg zeigen exemplarisch auf, wie digitale Technologien zur Stabilisierung von Lebensqualität, Selbstbestimmung und Teilhabe älterer Menschen beitragen können und liefern Impulse für die sektorenübergreifende Weiterentwicklung integrierter Versorgungsformen.

Außerdem wird aktuell ein Projekt der Universitätsmedizin Greifswald zur telemedizinischen Adaptierung eines bereits etablierten Therapiekonzeptes bei chronischer Aphasie (eine Kommunikationsstörung, die v. a. nach Schlaganfällen auftritt) erarbeitet. Es soll eine heimbasierte Behandlung von Patient*innen mit Aphasie ermöglicht und ein Konzept zur Nutzung von Telemedizin für spracheingeschränkte Personen erarbeitet werden. Das Anwendungsfeld der Telemedizin soll zudem auf die Heilmittelerbringer*innen – hier Logopädie – erweitert werden.

Darüber hinaus hat das Land Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2024/25 eine Machbarkeitsstudie zur telemedizinischen Vernetzung durchgeführt. Ziel war es zu untersuchen, ob und wie eine telemedizinische Zusammenarbeit zwischen allen Krankenhäusern in MV realisiert werden kann, insbesondere durch die Einrichtung eines zentralen Telemedizin-Zentrums (TMZ). Für dieses Vorhaben wurde eine Projektstruktur entwickelt, die den Aufbau des Telemedizin-Zentrums sowie die Netzwerkarchitektur beschreibt, um Telekonsilien effizient zu ermöglichen. Zur Umsetzung wurden zunächst Fachbereiche identifiziert, die als erste angebunden werden könnten – beispielsweise die Pädiatrie.

Neben der Pädiatrie ist geplant, nach und nach weitere Fachbereiche in das telemedizinische Netzwerk zu integrieren. So soll auch die Geriatrie von diesen Strukturen profitieren. Außerdem ist vorgesehen, den ambulanten Sektor einzubinden, um über Telekonsilien hinaus auch Mitbehandlungen zu ermöglichen und die Versorgung weiter zu verbessern. Aktuell ist geplant dieses Telemedizin-Netz länderübergreifend mit Schleswig-Holstein und unter Federführung der Unimedizin Rostock und Uniklinik Kiel/Lübeck (UKSH) aufzubauen.

Technische Unterstützungshilfen können einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die Selbstständigkeit und Lebensqualität älterer Menschen zu erhalten und pflegerische Ressourcen gezielt zu entlasten. Aber die langfristige Adoption von assistiven Technologien und Telemedizin ist kein Selbstläufer. Der kontinuierliche Einbezug aller relevanten Interessengruppen in die Entwicklung, eine hohe Benutzerfreundlichkeit, kulturelle Relevanz, personalisierte Schulungen und fortwährender technischer Support sowie die Interoperabilität sind entscheidende Bausteine für den gelungenen Einsatz dieser Technologien. Außerdem gilt es gerade in der Zielgruppe der geriatrischen Patient*innen, also älteren Menschen, Barrieren abzubauen, die in Technologieangst, mangelndem technologischen Zugang und mangelndem Wissen sowie dem individuellen Stand einer (digitalen) Gesundheitskompetenz über die Verfügbarkeit von assistiven Technologien bestehen.[125]

Technische Unterstützungshilfen für ältere Menschen sind vielfältig und lassen sich auf unterschiedliche Lebensbereiche anwenden – von der Sturzprävention über die Gesundheitsüberwachung bis hin zur Förderung sozialer Teilhabe. Sie können individuell an die Bedürfnisse angepasst und sowohl im häuslichen Umfeld als auch in Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden. Nachfolgend werden zentrale Anwendungsfelder und beispielhafte Technologien näher erläutert:

Zentrale Anwendungsfelder assistiver Technologien sind Überwachung und Sicherheit, Alltagsunterstützung, kognitives Training und psychosoziale Interventionen. Konkrete Anwendungsfälle für ersteres sind z. B. die Kontrolle von Vitalwerten, Ortung, Sturzerkennung oder automatische Herdabschaltungen. Im Bereich der Alltagsunterstützung finden sich digital unterstützte Anleitungen zu Aktivitäten

125 Boyle, L.D., Husebo, B.S. & Vislapuu, M. (2022). Promotors and barriers to the implementation and adoption of assistive technology and telecare for people with dementia and their caregivers: a systematic review of the literature. BMC Health Serv Res 22, 1573.

und Bewegung, Kommunikationsunterstützung oder die personalisierte Bereitstellung von Informationen. Digital unterstützte therapeutische Interventionen zielen unter anderem auf kognitives Training, die Unterstützung der sozialen Teilhabe und Stimmungsaufhellung ab.

Als Geräte kommen hierfür zahlreiche technologische Plattformen in Betracht. So sind als mobile Geräte beispielsweise Smartwatches und andere am Körper getragene Sensoren, Smartphones und Tablets verfügbar. Darüber hinaus kommen zunehmend in der Umgebung befindliche Technologien zum Einsatz, die als Smart-Home-Technologien zusammengefasst werden. Auch innovative Mensch-Computer-Schnittstellen in Form von Spracheingaben und virtuellen Assistenten gehören inzwischen zumindest bei technologieaffinen Personen zum Alltag. In spielerischer Form haben auch Technologien mit virtueller Realität oder augmentierter Realität bereits das geriatrische Publikum erreicht. In der medizinischen Versorgung spielen diese aber immer noch eine untergeordnete Rolle. Eine weitere vielversprechende Technologie sind Roboter. Diese kommen bereits als robotergestützte Navigationshilfen, als Telepräsenzroboter, Haustierroboter oder Kommunikationsroboter zum Einsatz. Auch humanoide Roboter werden zukünftig einen Stellenwert in der medizinischen pflegerischen und therapeutischen Versorgung einnehmen.

Insbesondere im medizinischen und geriatrischen Setting ist zu beachten, dass unterstützende Technologien stets sensibel und nach Abwägung eingesetzt werden müssen, da Wertekonflikte keine Seltenheit sind. Beispielsweise kann eine Technologie gleichermaßen förderlich für die Sicherheit sein, aber einschränkend auf die Privatsphäre, z. B. durch Ortung. Darüber hinaus sind oftmals verschiedene Interessensgruppen in den Gebrauch einer Technologie involviert. Das sind in der Regel Patient*innen, Angehörige und Behandelnde. Die Bereitstellung und Wartung von Technologien, ggf. das Einpflegen von Informationen und die Adaptation an die individuellen Bedürfnisse der Patient*innen sowie die Interpretation der Informationen beziehungsweise konkrete daraus resultierende Handlungen werden von verschiedenen Personen geleistet. Insofern werden Ressourcen an verschiedenen Stellen benötigt, um einen Benefit aus den Technologien ziehen zu können. Profitierende Zielgruppe kann die/der Patient*in selbst sein, aber auch pflegende Angehörige oder medizinisches Personal.

Wie digitale Technologien und smarte Hilfsmittel das selbstbestimmte Leben im Alter unterstützen können zeigt die Initiative Leben und Wohnen im Alter (ILWiA) aus Greifswald. Sie ist ein gemeinnütziger Verein, der sich seit 2017 für innovative digitale Lösungen zur Unterstützung älterer und hilfsbedürftiger Menschen in Vorpommern einsetzt. Die ILWiA-Container dienen als mobile Ausstellungs- und Informationsräume, in denen Besucher verschiedene Alltagssituationen simulieren und erleben können. Damit wird moderne Technik für Senior*innen sowie deren Angehörige greifbar und verständlich. Darüber hinaus dienen die Container als mobile Beratungsstellen, um über regionale Angebote zu informieren und individuelle Lösungen aufzuzeigen. Das Angebot trägt zur Akzeptanz für technische Innovationen bei.

Dass innovative Technologien einen positiven Einfluss auf den Alltag von geriatrischen Patient*innen haben können, zeigte auch das Forschungsprojekt EASY („Digitale Assistenzsysteme zur Inkontinenzversorgung pflegebedürftiger Personen“) an der Hochschule Neubrandenburg. In einer Studie mit 85 Pflegebedürftigen und Interviews mit 32 Pflegekräften konnte gezeigt werden, dass der Einsatz digitaler Assistenzsysteme zu einer signifikanten Reduktion von Stürzen, einer verbesserten Schlafqualität und einer spürbaren Entlastung im Pflegealltag führte. Die Ergebnisse der EASY-Studie und die konkreten Handlungsempfehlungen[126] liefern damit wichtige Impulse für eine digital gestützte, nachhaltige Weiterentwicklung der Pflegepraxis in stationären Einrichtungen.

In Mecklenburg-Vorpommern existieren neben der Hochschule Neubrandenburg weitere etablierte Versorgungseinrichtungen mit hoher Expertise im Bereich Pflege und Geriatrie, sowie exzellente Einrichtungen der Versorgungsforschung. Durch die gezielte Förderung gemeinsamer Projekte könnten innovative Technologien praxisnah evaluiert und die Translation in die Praxis gefördert werden.

Neben den technischen Unterstützungshilfen sind organisatorische und strukturelle Maßnahmen notwendig, um den Einsatz der technischen Unterstützungshilfen zu ermöglichen. Ein Beispiel hierfür bietet das Innovationsfondsprojekt NAHVERSORGT („Na©hversorgt in der Region“). Das Innovationsfondsprojekt NAHVERSORGT zielt darauf ab, das Entlassmanagement in strukturschwachen, ländlichen Regionen – insbesondere in Mecklenburg-Vorpommern – systematisch zu verbessern. Ausgangspunkt ist die Herausforderung, dass Patient*innen nach einem Krankenhausauf-

126 Schmidt, S. Digitale Assistenzsysteme zur Inkontinenzversorgung pflegebedürftiger Personen. *Endbericht*, 99-108 (2024).

enthalt häufig entweder zu lange stationär bleiben, in weit entfernte Einrichtungen verlegt werden oder ohne gesicherte Anschlussversorgung entlassen werden. Im Rahmen des Projekts werden die bestehenden Strukturen und Prozesse des Entlassmanagements umfassend evaluiert. Dabei werden die Perspektiven aller beteiligten Akteure – von Patient*innen über Krankenhäuser bis zu Reha- und Pflegeeinrichtungen – systematisch erhoben und ausgewertet. Ziel ist es, Probleme und Zuständigkeiten zu identifizieren, deren Relevanz zu bewerten und auf Basis von Best-Practice-Beispielen konkrete Handlungsempfehlungen für eine bessere sektorenübergreifende Versorgung zu entwickeln. Die Ergebnisse sollen nicht nur Mecklenburg-Vorpommern, sondern auch anderen ländlich geprägten Regionen zugutekommen. Das Projekt läuft von Oktober 2023 bis September 2026 und wird mit rund 830.000 Euro aus dem Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss gefördert. Die Konsortialführung liegt bei der Hochschule Stralsund, beteiligt ist auch die Hochschule Neubrandenburg. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgt durch einen interdisziplinären Expert*innenbeirat. Gerade in einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern mit weit gestreuten Siedlungsstrukturen und einer alternden Bevölkerung kommt technischen Hilfen eine besondere Bedeutung zu. Sie ermöglichen:

- Einen längeren Verbleib im eigenen Zuhause: Viele ältere Menschen wünschen sich ein selbstbestimmtes Leben in ihrer vertrauten Umgebung; so lange wie möglich. Technische Assistenzsysteme können diesen Wunsch unterstützen.
- Entlastung pflegender Angehöriger: Insbesondere in Regionen mit begrenztem Zugang zu ambulanten Diensten kann Technik eine hilfreiche Ergänzung sein.
- Überbrückung struktureller Defizite im ländlichen Raum: Telemedizin und digitale Betreuung schaffen neue Zugänge zu Versorgung, auch bei eingeschränkter Mobilität oder fehlender Infrastruktur.
- Prävention und Früherkennung: Durch kontinuierliche Datenerfassung können gesundheitliche Verschlechterungen frühzeitig erkannt und behandelt werden.

Um die telemedizinische Versorgung sowie die Nutzung von technischen Unterstützungshilfen noch effizienter anwenden zu können und die Chance zu nutzen, Versorgungslücken insbesondere im ländlichen Raum zu schließen, ist es empfehlenswert folgende **Umsetzungsschritte** auf den Weg zu bringen oder weiter auszubauen:

Handlungsempfehlung Nr. 32: Flächendeckende geriatrische Versorgung mit Unterstützung telemedizinischer Angebote

Ziel:
Eine flächendeckende geriatrische Versorgung im Land und die Hebung der Behandlungsqualität wird sichergestellt sowie die telemedizinische Erstberatung wird ermöglicht

Maßnahme:
Die Etablierung entsprechender Angebote beispielsweise durch Integration des länderübergreifenden Telemedizin-Netzes mit Schleswig-Holstein oder die telemedizinische Ersteinschätzung durch eine*n Geriater*in wird positiv begleitet. Die Neuaufstellung der Finanzierung der telemedizinischen Leistungen durch den Bund wird angestrebt. Die technische Entwicklung verläuft indes mit einer solchen Geschwindigkeit, dass eine hohe Innovations- sowie Adaptionsbereitschaft notwendig ist, um eine optimale Nutzung sowie die Bewahrung der Patient*innensicherheit zu ermöglichen.

Handlungsempfehlung Nr. 33: (Modell)-projekte

Ziel:
Projektförmige Ansätze und Modellvorhaben werden für die Versorgung nutzbar gemacht.

Maßnahme:
Es gilt, die Chance für die grundständige Sicherstellung und Verbesserung der Versorgung der Menschen in Mecklenburg-Vorpommern im Bereich der Geriatrie, aber auch darüber hinaus zu nutzen. Hierfür sollen Wege gefunden werden beispielsweise positiv evaluierte Projekte aus dem Innovationsfonds oder andere Ansätze nach Möglichkeit in die Regelversorgung zu überführen.

Handlungsempfehlung Nr. 34: Telemedizinische Vermittlung fachlicher und fachärztlicher Expertise

Ziel:
Die telemedizinische Vermittlung fachlicher und fachärztlicher Expertise und Expertise zu technischen Unterstützungshilfen im Alltag wird ermöglicht.

Maßnahme:
Alle Akteur*innen mit gesundheitlichem Versorgungsbezug zu geriatrischen Patient*innen sollen die Möglichkeit haben, fachliche und fachärztliche Expertise aus diesem Bereich telemedizinisch in Anspruch zu nehmen oder den Zugang dazu zu vermitteln. Hierzu zählt insbesondere der Ausbau telemedizinischer Vernetzungsstrukturen eines erweiterten geriatrischen Netzwerkes. Telemedizinische Fallbesprechungen und geriatrische Konsile sollen nicht nur für den ärztlichen Bereich, sondern auch für die ambulante und stationäre Pflege ermöglicht werden, um den Wissenstransfer sektorenübergreifend zu unterstützen. Technische Lösungen sollen dazu beitragen, fachliche Expertise zeitnah und niedrigschwellig verfügbar zu machen. Die telemedizinische Vernetzung ist insbesondere in Regionen mit drohender oder bestehender Unterversorgung prioritär voranzutreiben, um die vorhandenen Versorgungsstrukturen zu ergänzen und zu stärken.

Handlungsempfehlung Nr. 35: Finanzierung mitdenken, Strukturen nutzen

Ziel:
Die Finanzierung in Projekten wird mitgedacht, bisherige Strukturen genutzt und Beratungsangebote werden ausgebaut.

Maßnahme:
Bei zukünftigen Förderungen sollen Projektbausteine aufgenommen werden, die zur Schaffung neuer Abrechnungsmöglichkeiten geeignet sind beziehungsweise unmittelbar darauf hinwirken. Idealerweise soll bereits in der Projektumsetzung auf regelhafte Abrechnungsmodalitäten zurückgegriffen werden. Im Rahmen der bestehenden Landesaktivitäten, beispielsweise im Bereich der Digitalen Innovationszentren (DIZ), können Kompetenzzentren beziehungsweise andere geeignete Strukturen aufgebaut werden, die beratend bei der Schaffung von Abrechnungsmöglichkeiten helfen beziehungsweise als Knotenpunkte zu den jeweiligen Institutionen auf Bundesebene dienen.

Handlungsempfehlung Nr. 36: Förderprogramme Assistenzsysteme

Ziel:
Förderprogramme zur Anschaffung technischer Assistenzsysteme wie Pflegeroboter und Sensoren werden unterstützt, um ein länger selbstständiges Leben sowie sicheres Zuhause zu ermöglichen.

Maßnahme:
Spezielle Förderprogramme können die Anschaffung technischer Assistenzsysteme im häuslichen Bereich unterstützen. Diese Programme sollen sich insbesondere an einkommensschwache Haushalte richten, um ihnen den Zugang zu modernen Technologien zu erleichtern.

Handlungsempfehlung Nr. 37: Interoperabilität und Vermittlung

Ziel:
Interoperabilität und Vermittlung im Ausbau von Telemedizin wird mitgedacht.

Maßnahme:
Bei der Implementierung von Elementen der Digitalisierung und technischen Unterstützungshilfen in der Geriatrie ist sowohl die Interoperabilität der Systeme, aber auch die Vermittlung der Anwendung an die Patient*innen, pflegenden An- und Zugehörigen sowie Leistungserbringer von besonderer Bedeutung. Deshalb sollen interoperable und offene Lösungen sowie Abrechnungsmöglichkeiten als wichtige Zieldimensionen in der Länderprojektförderung und beim Ausbau der Telemedizin im Gesundheitswesen berücksichtigt werden. Als technische Basis soll unter anderem die Nutzung elektronischer Patient*innenakten geprüft und unterstützt werden, um relevante Informationen sektorenübergreifend verfügbar zu machen und fortlaufend ergänzen zu können.

Handlungsempfehlung Nr. 38: Künstliche Intelligenz in der Geriatrie

Ziel:
Künstliche Intelligenz (KI) in der Geriatrie wird unterstützt.

Maßnahme:
Die Gerontologie ist ein wachsendes Forschungsfeld, das sich mit dem Altern und seinen gesellschaftlichen Auswirkungen beschäftigt. Durch die Kombination von KI und gerontologischer Forschung können die Lebensqualität älterer Menschen verbessert und innovative Lösungen für den demografischen Wandel entwickelt werden. Beispiele für den Einsatz von KI sind die Analyse von Gebrechlichkeit und Einsamkeit, die Erkennung von Kognitionsstörungen wie Demenz oder Delir sowie die Entwicklung von Assistenzrobotern, die bei alltäglichen Aufgaben helfen.
Die Digitalisierung ist Voraussetzung um die Entwicklung und Anwendung von KI in der Gerontologie voranzutreiben. Dieses Potential sollte von Politik und Akteuren des Gesundheitsbereiches gleichermaßen genutzt und gefördert werden. Dabei ist es wichtig, ethische und soziale Aspekte zu berücksichtigen, um Inklusion zu gewährleisten aber auch verantwortlich zu handeln, um die Technologien sinnvoll zum Wohl älterer Menschen einzusetzen.

Digitalisierung im Allgemeinen und Telemedizin im Besonderen sowie technische Unterstützungssysteme werden in der geriatrischen Versorgung, wie in der medizinischen Versorgung insgesamt eine sukzessiv größere Rolle spielen. In der mittleren und langfristigen Perspektive wird sehr wahrscheinlich auch die Verwendung von Künstlicher Intelligenz in der einen oder anderen Form zum Standard werden. Die menschliche Zuwendung ist dabei allerdings aus verschiedenen Gründen nicht ersetzbar – wohl aber eine zukunftsweisende Ergänzung. Richtig eingesetzt, kann KI älteren Menschen in Mecklenburg-Vorpommern helfen, ein selbstbestimmtes, sicheres und würdiges Leben in ihrer gewohnten Umgebung zu führen.

Insgesamt zeigt sich, dass Mecklenburg-Vorpommern über eine breite und innovative Projektlandschaft im Bereich Telemedizin und technischer Unterstützungshilfen verfügt. Entscheidend für die Zukunft wird sein, diese Ansätze zu verstetigen, systematisch in die Regelversorgung zu überführen und dabei stets die Lebenswirklichkeit und Bedürfnisse älterer Menschen im Blick zu behalten.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersstruktur in Mecklenburg-Vorpommern 9
Abbildung 2: Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes nach Altersgruppen 15
Abbildung 3: Geriatrische Versorgung im Kontinuum der Entstehung von Behinderung und Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. 19
Abbildung 4: Struktur der ambulanten Palliativversorgung 55
Abbildung 5: Leitmotive der Pflege (SGB XI) – Der Mensch im Zentrum 66

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: BQKPMV - Anzahl je Landkreis/kreisfreier Stadt 58
Tabelle 2: BQKPMV - Fachgruppen 58

Mitwirkende

Hinweis: Die Mitwirkung einzelner Institutionen begründet keine inhaltliche Gesamtverantwortung oder Zustimmung zu allen Kapiteln

An der Erarbeitung dieses Dokuments waren folgende Akteure beteiligt:

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

Ärztekammer M-V

Barmer

Beirat für Menschen mit Behinderung LK Rostock

BKK Nordwest

bpa e.V. – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste

BV Poliomyelitis e.V.

Deutsches Rotes Kreuz M-V

Diakonie MV

Die Linke

Die Techniker

Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg

Gerio e.V.

Gesundheitskommission MV

Helios Klinik Schwerin

Hochschule Neubrandenburg

IKK - Die Innovationskasse

Kassenärztliche Vereinigung MV

Krankenhausgesellschaft MV e.V.

LAG. kommunaler Behindertenbeauftragten MV

Landesseniorenbeirat MV

Landesverband Geriatrie

Landesverband Kehlkopfoperierten

Landkreistag M-V e.V.

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport

Physiotherapie Ziesemer LVG

SELBSTHILFE M-V e.V.

SPD-Landesfraktion MV

Städte- und Gemeindetag M-V e.V.

Tessinum

Universitätsmedizin Greifswald

Universitätsmedizin Rostock

Verband der Ersatzkassen e.V. Landesvertretung MV

Verband Mukoviszidose e.V.

Zahnärztekammer MV

Anhang

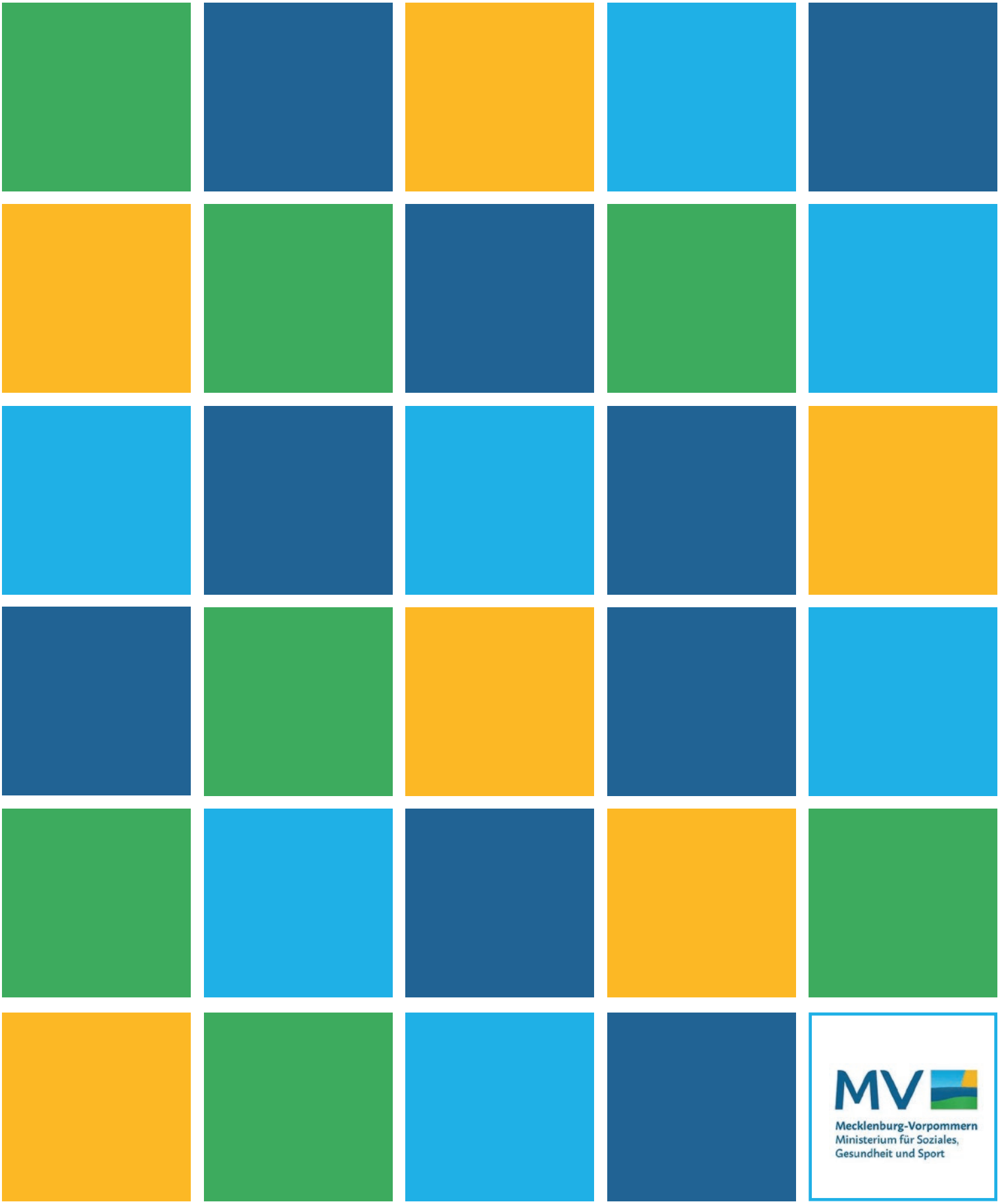
Verzeichnis Handlungsempfehlungen

Handlungsempfehlung	Seite
Nr. 1: Netzwerkstrukturen, Versorgungspfad und koordinierter Versorgungsprozess	23
Nr. 2: „Koordinator vor Ort“	24
Nr. 3: Entlassmanagement	25
Nr. 4: Nutzung von KIM-Adressen	25
Nr. 5: Information und Vermittlung eines positiven Bildes vom Altern	28
Nr. 6: Schulungen und Projekte für seniorengerechte Ernährung	28
Nr. 7: Kooperation und Vernetzung zur Verpflegung	29
Nr. 8: Sport- und Bewegungsangebote in Begegnungsstätten	29
Nr. 9: Mobile Bewegungsangebote	29
Nr. 10: Hitzeschutz	31
Nr. 11: Einsamkeitsbekämpfung	31
Nr. 12: Mund- und Zahnhygiene	32
Nr. 13: Suchtpräventive Kompetenzen	32
Nr. 14: Zielgruppengerichtete und geschlechtersensible Versorgung	38
Nr. 15: Verbesserung rechtlicher Rahmenbedingungen	38
Nr. 16: Geriatriespezifische Primärversorgung	39
Nr. 17: Modell- und auch Innovationsprojekte sowie sondervertragliche Regelungen	39
Nr. 18: Krankenhauseinweisungen und Prävention von Komplikationen	43
Nr. 19: Versorgungsqualität und Screening	44
Nr. 20: Bedarfsdeckende gerontopsychiatrische Versorgung	45
Nr. 21: Regionale und multidisziplinäre Zusammenarbeit	46
Nr. 22: Barrierefreie und flexible Rehabilitationsangebote	52
Nr. 23: Modellprojekte zur intersektoralen rehabilitativen Versorgung	53
Nr. 24: Stärkung der geriatrischen Rehabilitation	53
Nr. 25: Palliativversorgung frühzeitig mitdenken	56
Nr. 26: Austausch zu Bedarf und Angebot in Hospiz- und Palliativversorgung	57
Nr. 27: Stärkung der ambulanten Palliativversorgung	58
Nr. 28: Pflegerische Strukturen (SGB XI) vernetzen	68
Nr. 29: Etablierung von Sorgenden Gemeinschaften/ Caring Communities	69
Nr. 30: Prävention von Pflegebedürftigkeit und in der Langzeitpflege	69
Nr. 31: Aus-, Fort- und Weiterbildung	73
Nr. 32: Flächendeckende medizinische Versorgung mit Unterstützung telemedizinischer Angebote	78

Handlungsempfehlung	Seite
Nr. 33: (Modell)-projekte	78
Nr. 34: Telemedizinische Vermittlung fachlicher und fachärztlicher Expertise	79
Nr. 35: Finanzierung mitdenken, Strukturen nutzen	79
Nr. 36: Förderprogramme Assistenzsysteme	79
Nr. 37: Interoperabilität und Vermittlung	79
Nr. 38: Künstliche Intelligenz in der Geriatrie	80

Impressum

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern
Werderstraße 124
19055 Schwerin
Telefon: 0385-588 0
E-Mail: poststelle@sm.mv-regierung.de


MV
Mecklenburg-Vorpommern
Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Sport