



BUNDESVERBAND  
GERIATRIE

# **Das Weißbuch Geriatrie: Bewertungen und Implikationen ... ... aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie**

---

13. September 2010

KCG - Hamburg

**RA Dirk van den Heuvel**  
Geschäftsführer  
Bundesverbandes Geriatrie

Das Schlagwort „demografische Entwicklung“ ist sowohl gesellschaftspolitisch w.a. gesundheitspolitisch in aller Munde. Keine öffentliche Diskussionsveranstaltung und keine fachpolitische Planung, ohne das auf dieses Schlagwort verwiesen wird.

Für den Bereich der Versorgung geriatrischer Patienten trifft dieser Umstand im besonderen Maße zu. Und ohne Zweifel gehört die demografische Entwicklung unserer Gesellschaft zu einem ganz entscheidenden Faktor, wenn es um die Versorgung dieser Patientengruppe geht.

Leider ist jedoch festzustellen, dass es viel zu oft bei einer schlagwortartigen Erörterung der Thematik bleibt. Hierfür sind neben der Komplexität der Thematik und fehlende Sachkenntnis der Materie ... verantwortlich. Begünstigt wird diese Entwicklung durch eine äußerst unzureichende Datenlage im Bereich der geriatrischen Versorgung.

→ Alle Reden darüber – „aber genaues weiß man nicht“

- Geplant ca. 100 bis 120 Seiten
  - (gedruckt 324 Seiten)
- Bearbeitungszeitraum Juli-Oktober 2009, Erscheinungstermin Januar 2010
  - (Bearbeitung Juli 2009 – April 2010, Erscheinungstermin Juni 2010)
- Zusammenführung von Daten
  - Eigene Datenerfassung und Analyse
- „integrierte Darstellung“ der Länderkonzepte
  - Eigener Teil im Weißbuch (ca. 170 Seiten)
- Externen Gutachter beauftragt
  - Intensive interne Information und Erörterung
  - Die gezeigte „Offenheit“ und die verschiedenen Positionen und Bewertungen des Gutachters mussten auch „geriatrieintern“ immer wieder neu vermittelt werden

„... und dabei als Projekt weder den Aufwand noch die Finanzierung sprengt“ ...

# Versorgungsbedarf – Quantität (Prognose – Demografische Entwicklung)

Grundlage: Bevölkerungsprognose Destatis bei gleichbleibender geriatrischer Krankenhaus- / Reha Häufigkeit 2007 der verschiedenen Altersgruppen

## Krankenhaus

Altersgruppen	geriatrische KH- Häufigkeit 2007	Anzahl Patienten in geriatrischen Fachabteilungen			Entwicklung 2007- 2020
		2007	2014	2020	
<b>unter 65 J.</b>	0,02%	14.989	14.595	14.025	-964
<b>65-75 J.</b>	0,36%	34.558	31.091	33.090	-1.467
<b>75-80 J.</b>	1,26%	38.281	51.376	44.100	5.819
<b>über 80 J.</b>	3,17%	123.443	146.747	187.989	64.547
<b>Gesamt</b>	<b>0,26%</b>	<b>211.270</b>	<b>243.809</b>	<b>279.204</b>	<b>67.934</b>

## Rehabilitation

Altersgruppen	geriatrische Reha- Häufigkeit 2007	Anzahl Patienten in geriatrischen Rehabilitation			Entwicklung 2007- 2020
		2007	2014	2020	
<b>unter 65 J.</b>	0,005%	3.123	3.041	2.922	-201
<b>65-75 J.</b>	0,168%	16.070	14.458	15.388	-682
<b>75-80 J.</b>	0,640%	19.497	26.167	22.461	2.964
<b>über 80 J.</b>	1,285%	49.954	59.385	76.074	26.120
<b>Gesamt</b>	<b>0,11%</b>	<b>88.644</b>	<b>103.050</b>	<b>116.845</b>	<b>28.201</b>

## Zwischenfazit:

Allein demografiebedingt deutlich steigende Fallzahlen unter Annahme gleichbleibender KH-/Reha Häufigkeit bis 2020 → +32%

(geriatrische KH-/Reha Häufigkeit in der Realität höher - Stat. Verwerfungen!)

# Versorgungsbedarf – Quantität (Status Quo in anderen Fachgebieten)

Geriatritypisches Profil Akutkrankenhäuser Patienten >70 J.	>= 10 ND	Fallzahlen 2007	Fallzahl geriatrisches Profil	Szenario 1 (25%)	Szenario 2 (10%)
Allgemeine Chirurgie	10%	2.508.083	248.866	62.217	24.887
Augenheilkunde	0%	334.142	895	224	89
Dermatologie	1%	176.099	2.083	521	208
Innere Medizin	14%	6.474.457	915.284	228.821	91.528
Neurochirurgie	7%	220.029	16.410	4.102	1.641
Neurologie	19%	726.485	135.701	33.925	13.570
Orthopädie/Unfallchirurgie	6%	1.566.100	91.788	22.947	9.179
Urologie	3%	713.272	23.006	5.751	2.301
<b>Gesamt</b>				<b>387.511</b>	<b>155.004</b>

- Deutliche Ergebnisse selbst beim „vorsichtigen“ 10% Szenario
  - 155.000 zusätzliche Fälle im Krankenhausbereich (Fallzahlsteigerung um 70% ggü. 2007)
  - 18.000 zusätzliche Fälle im Rehabilitationsbereich

## **Zwischenfazit:**

- Die derzeitige Inanspruchnahme geriatrischer Einrichtungen bildet nur einen Teil des tatsächlichen Versorgungsbedarfs ab.
- Ein nicht unerheblicher Anteil der Patienten mit geriatrischem Versorgungsbedarf hat keinen Zugang zu entsprechenden geriatrischen Versorgungsstrukturen.
- Es besteht eine tatsächliche geriatrisch-fachspezifische Unterversorgung.

# Versorgungsbedarf - Quantität (Prognose – andere Fachdisziplinen)

Zusätzlicher Kapazitätenbedarf andere FA 2007	Krankenhaus	Rehabilitation	Geriatric	Gesamt
Zusätzl. Fälle 2007	155.000	18.000		173.000
VWD (prognostisch)	15,5	21,4		
Pflegetage	2.403.027	385.776		2.788.803

Zusätzlicher Kapazitätenbedarf andere FA 2020	Krankenhaus	Rehabilitation	Geriatric	Gesamt
Zusätzl. Fälle 2020	204.600	23.760		228.360
VWD (prognostisch)	15,5	21,4		
Pflegetage	3.171.996	509.224		3.681.220

Einbeziehung der Patienten anderer Fachgebiete mit geriatrischem Bedarf:

Konservative Ermittlung, d.h. nur 10% der ermittelten Fälle werden berücksichtigt

(„10% Szenario“)

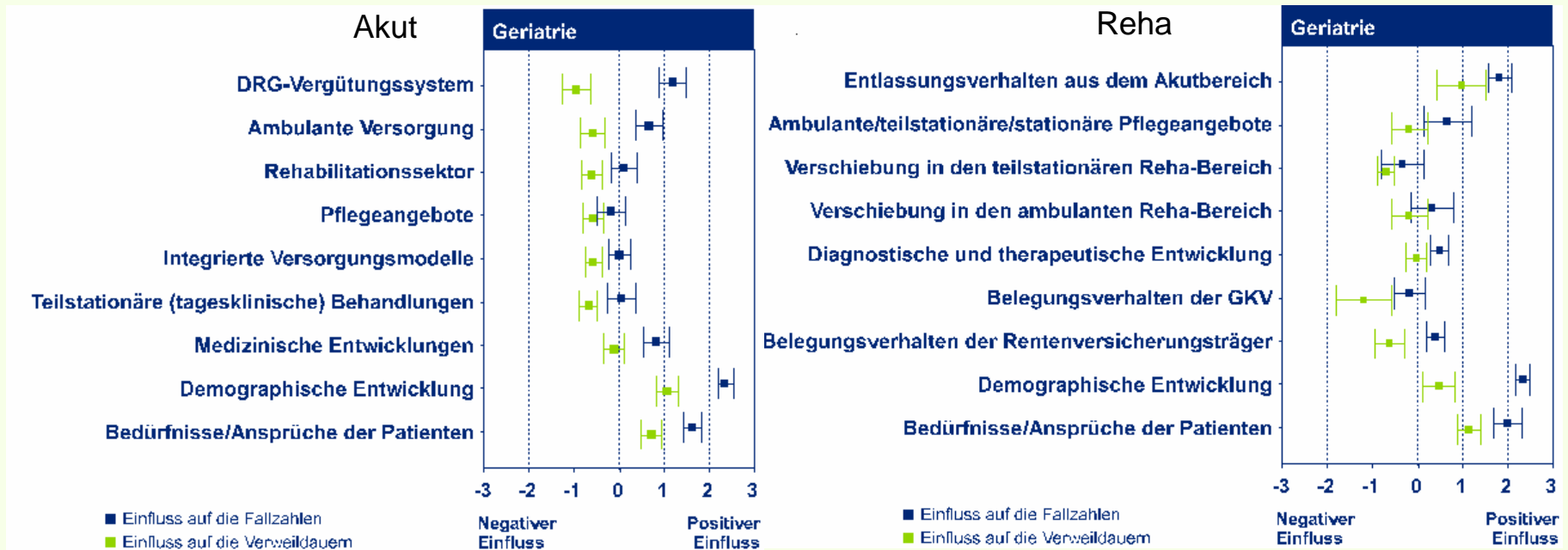
- Im Status Quo nicht als geriatrische Fälle gezählt
- Berücksichtigung des demografischen Effektes (bei gleicher KH-/Rehahäufigkeit)

## Zwischenfazit:

Zusätzliche Fälle 2020 im Vergleich zu 2007: + 228.000 Fälle

# Versorgungsbedarf - Quantität (Prognose – Entwicklung des Fachgebietes)

Expertenmeinungen zur Entwicklung der Geriatrie (GEBERA- Befragung 2009)



- Weitere Fallzahlsteigernde Effekte zukünftig zu erwarten!
- Expertenbefragung bestätigt die vorgenannten Untersuchungen

(Rechnerisch wurde die Expertenbefragung im „Weißbuch Geriatrie“ nicht weiter berücksichtigt, sondern die Berechnungen als Grundlage der Analyse herangezogen)

# Versorgungsbedarf – Quantität

## Prognose – Fazit

Veranschaulichung: Übertrag des zukünftigen geriatrischen Bedarfs in  
Bettenkapazitäten

Zusätzlicher Kapazitätenbedarf 2020	Krankenhaus	Rehabilitation	Geriatric Gesamt
Demografischer Effekt	3.205	1.837	5.043
Geriatrische Pat. anderer FA	9.654	1.548	11.202
Gesamt	12.859	3.385	16.244

**Zum Vergleich:**

**Betten/Platzbestand (2007)**

**Bund (KH/ Reha): 11.467/8.031**

- Deutliche Zunahme des Bedarfs an geriatrischen Versorgungsstrukturen
  - Unstrittig: Demografie
  - Deutlicher Bedarf in anderen Fachabteilungen
  - Die auf vorsichtigen Schätzungen basierenden Berechnungen zeigen die Untergrenze des zukünftigen Bedarfs!
- Unverzögliche Planungen zum Ausbau der geriatrischen Kapazitäten im Hinblick auf die demografische Entwicklung und die derzeitige Situation der Unterversorgung notwendig!
- Bessere Identifikation des geriatrischen Behandlungsbedarfs in allen medizinischen Disziplinen durch den Einsatz geeigneter Screening-Instrumente und im Bedarfsfall geriatrische Behandlungsplanung notwendig
- Ausbau der sektorenübergreifenden geriatrischen Versorgung

# Versorgungsbedarf – Qualität

---

Feste Einbeziehung der in der Geriatrie etablierten/in der Einführung sich befindenden Qualitätssicherungssysteme

→ QM und QS als feste Basis

→ Gesetzliche < > verbandsinterne Qualitätssicherungsmaßnahmen

## Akutbereich:

Regelmäßige Anwendung der entsprechenden Maßnahmen:

- Strukturiertes Qualitätsbericht

- „indirekte Qualitätssicherung“ durch Vorgaben im OPS

## Rehabereich:

- Zertifizierungspflicht (gemäß BAR-Vorgabe) zum Nachweis QM

- QS-Reha Verfahren

- In der Entwicklung (bisher nur Strukturqualität)

- Problem: bundeseinheitliches System für föderale Versorgungsstrukturen

# Versorgungsbedarf – Qualität

---

## Freiwillige Qualitätssicherungsmaßnahmen:

- Zertifizierung „**Qualitätssiegel Geriatrie**“
- Vergleichende **Datenbanksysteme Gemidas Pro**, GiB-Dat, usw.
- Fachspezifische System zur **Patientenbefragungen** in der Geriatrie
- „**Qualitätssicherungssystem Geriatrie**“ (verbandsinterne)
  - fachspezifischer Qualitätszirkel: auf regionaler Ebene unter Federführung der verschiedenen Landesverbände organisiert bzw. koordiniert
  - Qualitätsnetzwerk Geriatrie: Visitationssystem, lernen vom anderen
  - Qualitätsmatrix Geriatrie: öffentliche Darstellung im Sinne der Transparenz
- Personalqualifikation: Zertifiziertes Curriculum Geriatrie (**Zercur Geriatrie**)
  - Zercur Geriatrie Basisqualifikation
  - Zercur Geriatrie Fachweiterbildung Pflege (Weiterqualifikation)

Die geriatrische Versorgung findet sowohl im Krankenhaus (§109 SGB V) als auch in Rehabilitationseinrichtungen (§111 SGB V) statt

- Zwei eigene „Rechtskreise“: Vergütung, Zugang, usw.
- Starke Abhängigkeit von politischen Konzeptfestlegungen
- Es bestehen gewachsene Strukturen

vollstationär, teilstationär und ambulant und neu: mobile ger. Reha

- Nicht jedes Land nutzt alle Versorgungszweige
- z.T. besteht kein einheitliches Verständnis (z.B. Tagesklinik)

Versorgung muss wohnortnah und damit auch „in der Fläche“ erfolgen

- unterschiedliche Anforderungen und unterschiedliche Umsetzung (in den Flächenländern und in den Stadtstaaten)

Geriatric ist interdisziplinär angelegt und bedarf einer angepassten Nach- bzw. Weiterversorgung

- Sektorengrenzen

- Die Versorgung älterer Patienten muss am besonderen Bedarf des einzelnen geriatrischen Patienten gemessen werden  
→ individueller Versorgungsbedarf, derzeit werden nicht alle Rehabilitationspotenziale ausgeschöpft
- Geriatrische Rehabilitation ist medizinisch Fachübergreifend und strukturell Sektorübergreifend  
→ Gegensatz zu den heute im Gesundheitssystem vorliegenden Organisations- und Abrechnungsstrukturen  
→ Die aktuelle Versorgungssituation wird oft dem spezifischen, individuelle geriatrischen Behandlungsbedarf nicht vollständig gerecht  
→ Ein Teil der Patienten mit geriatrischem Behandlungsbedarf wird nicht als solcher erkannt und entsprechend behandelt

### Zwischenfazit:

- **Es gibt in Deutschland kein einheitliches System der geriatrischen Versorgung**
- **Kein Bundesland gleicht konzeptionell und in der Versorgungsrealität dem anderen!**

Wie kann man, ...

... ein stark sektoriertes Gesundheitssystem ...

... mit unflexible Budgetgrenzen ...

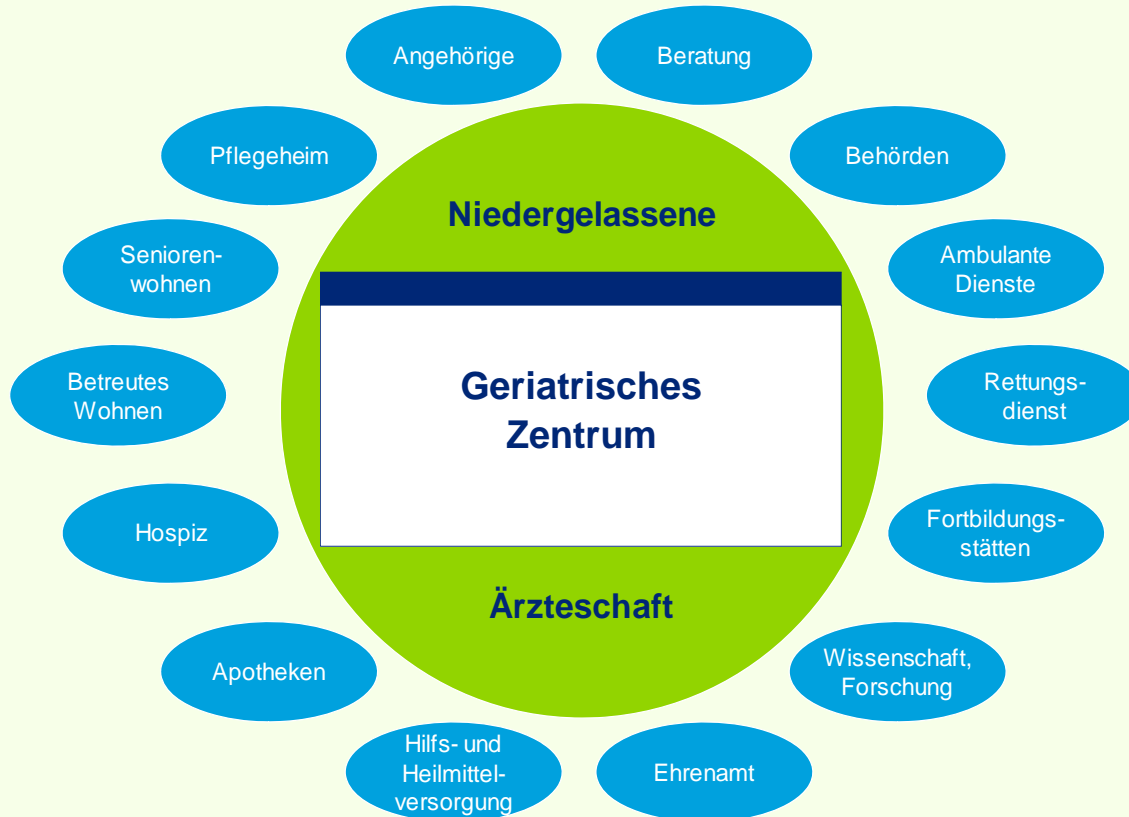
... und föderalen geriatrischen Versorgungskonzepten und Strukturen ...

... mit regionalen Gewichtungen ...

zu einem „Grundkonzept“ zusammen führen?



- ohne bestehende und funktionierende Versorgungsstrukturen zu gefährden,
  - gleichzeitig jedoch Vernetzung und Interdisziplinarität fördern und
  - Raum für Weiterentwicklungen schaffen
- 
- und dabei den Patienten mit seinem individuellen, fachspezifischen Rehabilitationsbedarf nicht nur nicht aus dem Auge zu verlieren, sondern in den Mittelpunkt der Versorgung zu stellen?



- Patienten mit geriatrischem Bedarf brauchen einen sektorenübergreifenden Versorgungsverbund
- Daran können alle relevanten Institutionen beteiligt werden.
- Der modulare Aufbau lässt Raum für regionale Ausrichtungen (Konzepte der Bundesländer / Regionen)
- Der zukünftig drastisch wachsende Bedarf muss diese Weiterentwicklung beschleunigen.

# Geriatrischer Versorgungsverbund

## Entwicklung der geriatrischen Strukturen

### Anforderungen

- Patientenzentriertheit
- Versorgungsindividualität
- Sektor übergreifend
- Hohe Komplexität

### Leistungen

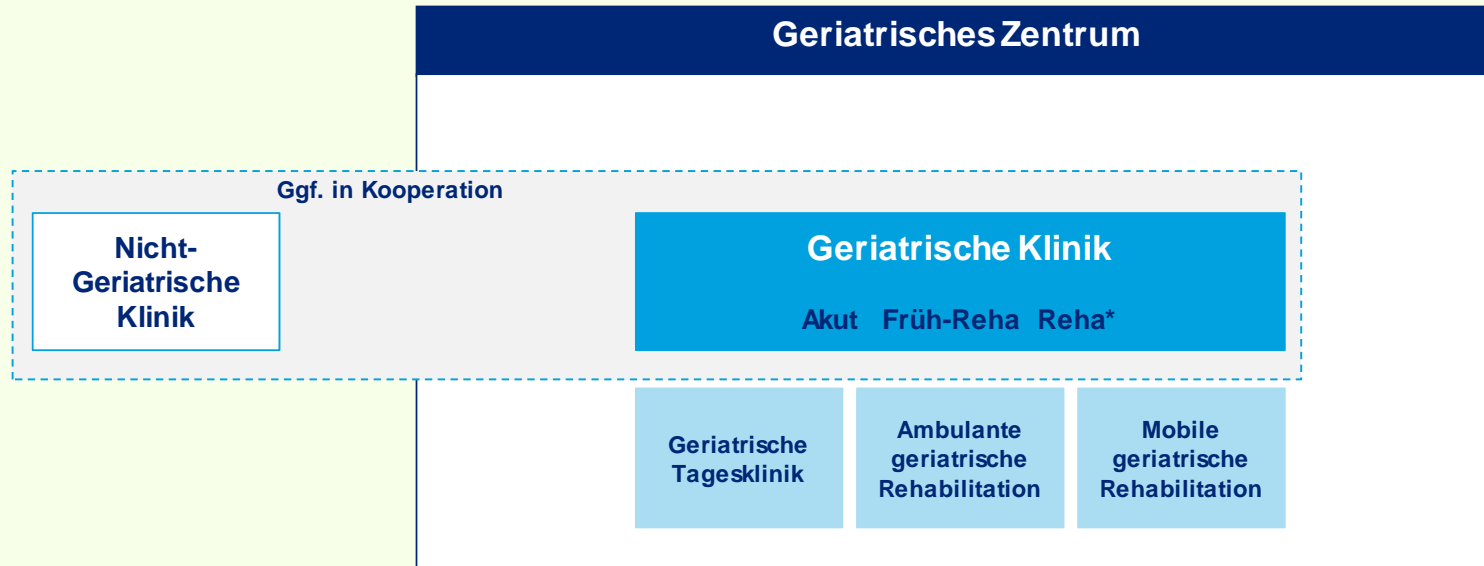
- Screening
- Assessment
- Zeitnähe
- Care-Management  
= Angebote vernetzen
- Case-Management  
= Koordinierte  
Bereitstellung



### Kombination: Vorteile Geriatrisches Zentrum / Geriatrisches Netzwerk

# Geriatrischer Versorgungsverbund

## Entwicklung der geriatrischen Strukturen



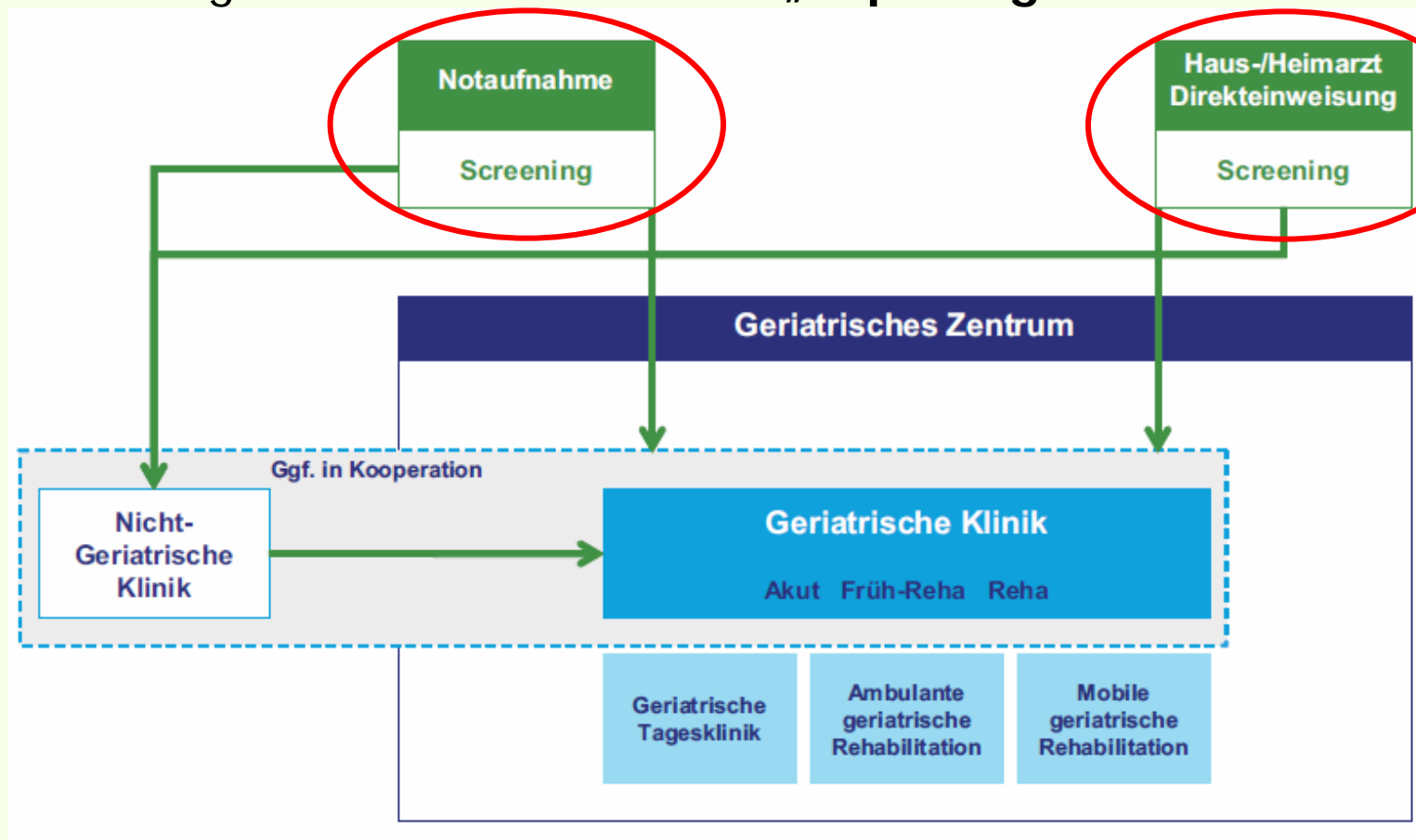
### Das geriatrische Zentrum innerhalb des Versorgungsverbundes

- führt die akutmedizinische und rehabilitative Behandlung durch
- kooperiert mit nicht-geriatrischen Kliniken
- koordiniert kollegial die geriatrische Behandlung mit den niedergelassenen Ärzten und anderen beteiligten Institutionen
- überwindet sektorale Schranken und stellt die Bedürfnisse des geriatrischen Patienten in den Mittelpunkt

# Geriatrischer Versorgungsverbund

## Entwicklung der geriatrischen Strukturen

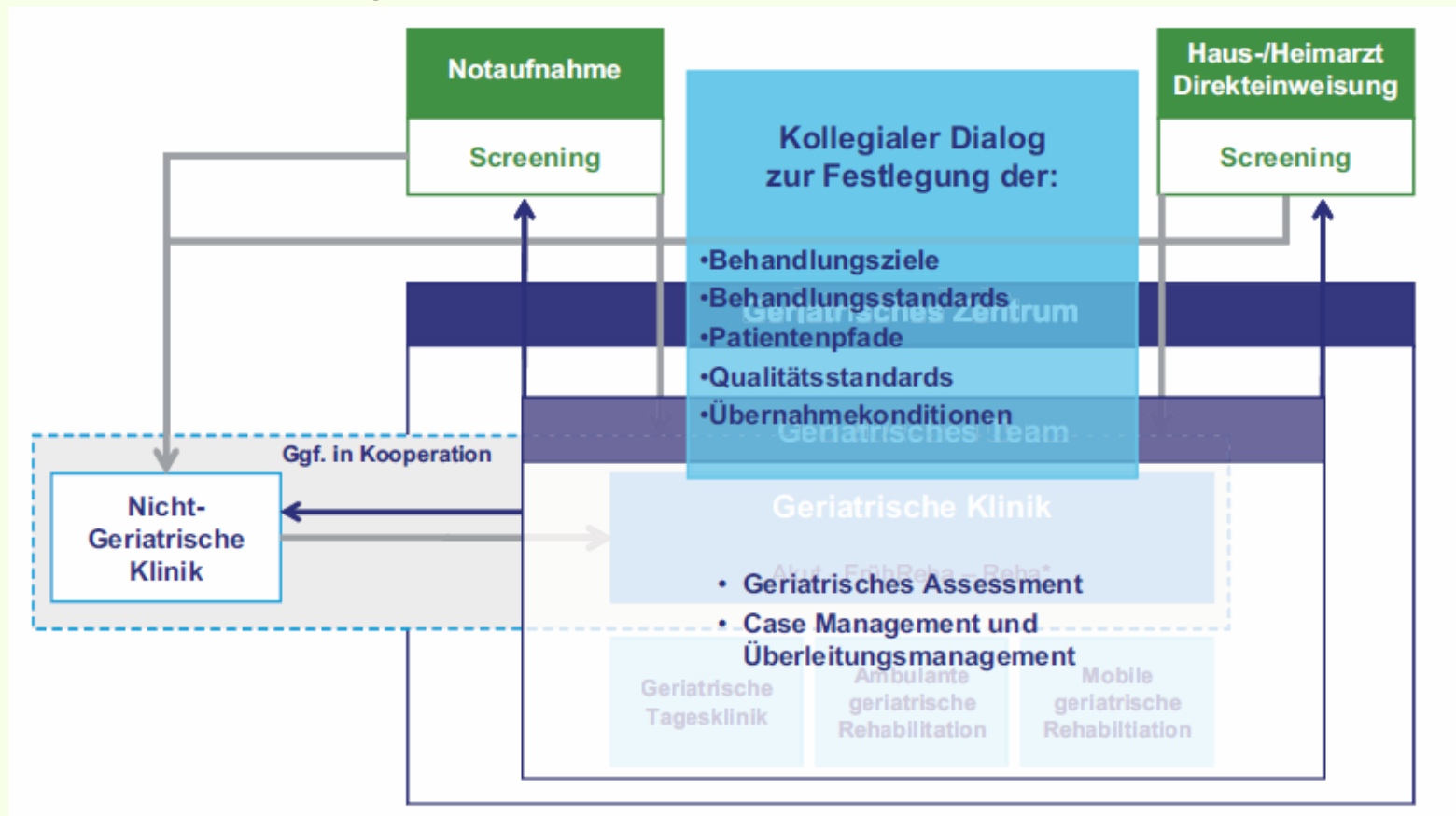
- **Screening** = Schlüsselstelle (Patientenaufnahme; Beginn des Behandlungsfalls)
- Aufhebung der Schnittstellen durch „**Export**“ geriatrischer Kompetenz



# Geriatrischer Versorgungsverbund

## Entwicklung der geriatrischen Strukturen

- Multiprofessionelles geriatrisches Team
  - Interne und externe Kooperationsstruktur
  - Weiterentwicklung (inhaltlich, fachlich, qualitativ)



### Geriatrisches Team

- Bindeglied zu nicht-med. Verbundpartnern
- Mitarbeiterqualifikation
- Projektarbeit
  - Nach lokalem Bedarf
  - Qualität
  - Prozesse und Strukturen



- Schnittstellenproblematik:  
Organisatorisch lösbar, rechtlich Umsetzbar?
  - Konzeptvielfalt:  
Modularer Aufbau ermöglicht Anpassung an Länderkonzepte und Vorgaben der regionalen Raumplanung (Ballungsraum <-> ländlicher Raum)
  - Keine „Alles-oder-Nichts-Lösung“:  
geriatrischer Versorgungsverbund kann mit den Aufgaben/Beteiligten wachsen
  - Finanzierung:  
auf Mikro- und Makroebene „budget-konform“ kaum möglich
- ➔ Verbandsinterne Arbeitsgruppe / Modellprojekte

# Gesamtwirtschaftliche Sparpotenziale

## Bereich Pflegeversicherung

Entwicklung der Pflegebedürftigkeit (1999-2007)						Diff. 1999/2007 in %
	1999	2001	2003	2005	2007	
<b>Pflegebedürftige insgesamt</b>	<b>2.016.091</b>	<b>2.039.780</b>	<b>2.076.935</b>	<b>2.128.550</b>	<b>2.246.829</b>	<b>11%</b>
ambulante Pflege	415.289	434.679	450.126	471.543	504.232	21%
stationäre Pflege	573.211	604.365	640.289	676.582	709.311	24%
vollstationäre Dauerpflege	554.217	582.258	612.183	644.165	671.080	21%
Kurzzeitpflege	8.545	9.643	10.999	13.351	15.002	76%
Tagespflege	10.276	12.409	17.078	19.048	23.196	126%
Nachtpflege	173	55	29	18	33	-81%
Pflegegeld	1.027.591	1.000.736	986.520	980.425	1.033.286	1%

- Der größte Anstieg ist mit 24% bei der stationären Pflege, während Leistungen zum Pflegegeld relativ konstant geblieben sind.
  - Der zunehmende Pflegebedarf wird nicht durch Angehörige gedeckt, sondern in den Bereich der ambulanten Pflegedienste oder stationärer Pflegeeinrichtungen verlagert
- Zunehmende Steigerung der Pflegebedürftigkeit
  - Für 2050 werden 4,35 Millionen Pflegebedürftige erwartet (Sachverständigenrat 2009)
- Pflege 2010: Stufe I=1023€ / Stufe II=1279€ / Stufe III=1510€ / Stufe IV=1825€
- Vermehrt müssen die Kommunen Sozialhilfeleistungen aufwenden (Kostenverlagerung)
- Grundsatz: REHA VOR PFLEGE!

# Gesamtwirtschaftliche Sparpotenziale

## Bereich Pflegeversicherung

- Modellrechnung GEBERA
  - Verminderung/Verhinderung der Pflegebedürftigkeit bei 10% bzw. 25% geriatrischer Patienten im Jahr 2007 (Akut und Reha)
    - Verhinderung der Pflegebedürftigkeit = Einsparung von 1.023 €/Mon
    - Minderung der Pflegebedürftigkeit = Einsparung von 242,33 €/Mon (Durchschnitt der Steigerungsraten zwischen den Pflegestufen)
  - Gegenüberstellung der Kosten für die geriatrische Behandlung und der Einsparungen der Pflegeversicherung unter den o. g. Annahmen
  - „indirekte“ Entlastung der Sozialhilfeträger

	Variante 1 Verhinderung und Minderung der Pflegebedürftigkeit in 10 % der Fälle	Variante 2 Verhinderung und Minderung der Pflegebedürftigkeit in 25 % der Fälle
Patientenvolumen (Fallzahl)	59.983	149.957
Einsparungen Pflegeversicherung	455.389.418 €	1.138.473.544 €
Ausgaben geriatrische Behandlung	292.630.089 €	731.575.223 €
<b>Einsparungen Zeitraum 1 Jahr (Saldo)</b>	<b>162.759.329 €</b>	<b>406.898.321 €</b>

**Bei einer Break-Even-Punkt-Betrachtung amortisiert sich die erfolgreiche geriatrische Behandlung im Sinne einer verhinderten/geminderten Pflegebedürftigkeit innerhalb von 6,4 Monaten.**

# Gesamtwirtschaftliche Sparpotenziale

## Bereich Sozialhilfe

---

Wer als Pflegebedürftiger keine Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten kann, weil er die dortigen Voraussetzungen nicht erfüllt (z.B. nicht versichert oder notwendiger Grad der Pflegebedürftigkeit ist nicht erreicht) kann die volle Leistung der Hilfe zur Pflege bekommen, also grds. Sämtliche Pflegeleistungen (verschiedene Ausnahmen, z.B. Pflegegeld)

Wer als Pflegebedürftiger Leistungen der Pflegeversicherung bezieht, kann ergänzende Leistungen der Sozialhilfe bekommen, wenn ein weitergehender, nicht gedeckter Bedarf besteht.

§ 61 Abs. 2 SGB XII bestimmt, dass auch die vollstationäre Pflege ein Bestandteil der Hilfe zur Pflege sein kann. Die entsprechenden Pflegesätze der Einrichtung müssen vollständig vom Sozialhilfeträger übernommen werden.

- **geri. Reha vor Pflege = großes Gesamtwirtschaftliches Einsparpotenzial bei besserer Versorgung des Betroffenen („Win-Win“)**
- **Pflegeversicherung bzw. Sozialhilfeträger = neue Rehaträger?**

# Fazit und Ausblick

---

- der Bedarf wird gegenüber heute – relativ kurzfristig – deutlich ansteigen
- die strukturellen, gesetzlichen bzw. finanzpolitischen Rahmenbedingungen erschweren bzw. be- oder verhindern den vernetzten, teamorientierten und interdisziplinären Versorgungsansatz der Geriatrie
- geriatrische Versorgungsstrukturen sind stark föderal geprägt
- in fachspezifischen geriatrischen Versorgungsstrukturen wird eine hohe Versorgungsqualität erreicht
  
- das Gesundheitssystem und alle daran beteiligten gesellschaftlichen Gruppen müssen sich auf die „geriatrische Herausforderung“ einstellen – und das in einem viel stärkeren Maße als bisher
- Die Versorgungsstrukturen müssen auf breiter Basis weiter entwickelt werden
- fachspezifische geriatrische Versorgung muss als Chance für den einzelnen Patienten und für „die Gesellschaft“ gesehen werden – und nicht als reiner Kostenfaktor

**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!**

**Fragen?**