

Eckpunkte des Geriatriekonzeptes Niedersachsen von 1993

Mit Inkrafttreten des GRG 1989 wurde der Grundsatz „Reha vor Pflege“ in das Leistungsrecht der GKV aufgenommen. Als Folge wurden bundesweit Anträge von Anbietern (vorwiegend Krankenhäuser und Rehakliniken) zur Verbesserung der stationären Versorgung alter Menschen gestellt und in den Bundesländern Geriatriekonzepte entwickelt. In Niedersachsen bestand Einvernehmen darüber, dass es ein abgestimmtes, einheitliches Konzept für den Krankenhaus- und Rehabilitationsbereich geben sollte. Die Verbände der Krankenkassen haben unter der Federführung der AOKN ein Konzept entwickelt, das von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ergänzt und veröffentlicht wurde. Das Konzept basierte im Wesentlichen auf folgenden Überlegungen:

- ❖ Die Versorgung alter, multimorbider Menschen ist verbesserungswürdig, weil das Gesundheitswesen die Morbiditäts- und Bevölkerungsentwicklung bisher nicht ausreichend berücksichtigt hat. Ein besonderes Problem besteht in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der relevanten Berufsgruppen.
- ❖ Die Defizite können angesichts des jetzt schon hohen Anteils alter Menschen an der Bevölkerung und der absehbaren Entwicklung nicht durch die Schaffung neuer, additiver Strukturen behoben werden. Es handelt sich um ein qualitatives und nicht um ein quantitatives Problem (die Frage ist nicht ob, sondern wie jetzt und in Zukunft alte Menschen versorgt werden). Da prinzipiell jeder Anbieter im Gesundheitswesen betroffen und gefordert ist, kann es nur um eine „Geriatrisierung“ des gesamten Systems gehen und nicht um die flächendeckende Schaffung einzelner, spezialisierter Angebote.
- ❖ Eine Verbesserung der Versorgungs- und Leistungsstrukturen ist erfahrungsgemäß mit dem Risiko additiver Ausgaben in der GKV verbunden, weil es i. d. R. wegen der leistungs- und vertragsrechtlichen Bestimmungen nicht gelingt, im gleichen Umfang an anderer Stelle Leistungen zu reduzieren. Der volkswirtschaftlich sinnvolle Grundsatz „Reha vor Pflege“ entlastet die Pflegeversicherung auf Kosten der wettbewerblich ausgerichteten Krankenversicherung.
- ❖ Idealtypische Strukturüberlegungen (z.B. Schaffung spezialisierter Abteilungen an Schwerpunktkrankenhäusern in jedem Landkreis) sind nicht zielführend. Die Umsetzung würde zu lange dauern. Es würde in den einzelnen Regionen eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung entstehen. Solche Vorgaben berücksichtigen weder ausreichend die vorhandenen Strukturen im Flächenland Niedersachsen noch die unterschiedlich ausgeprägte Bereitschaft und Eigeninitiative der Träger, sich selbstkritisch den veränderten Rahmenbedingungen anzupassen, und eine patientenorientierte, ganzheitliche Versorgung alter Menschen anzubieten, mit dem Ziel, den Erhalt oder die Wiedererlangung der selbständigen Lebensführung in den Mittelpunkt des Leistungsgeschehens zu stellen.

Umsetzungsmodalitäten

Die Verbesserung der stationären Versorgung alter Menschen erfolgte schrittweise nach regionalen Prioritäten. Maßgeblich für die Standortbestimmung war die absolute Zahl der über 70-jährigen Einwohner in den jeweiligen Landkreisen und die absolute Zahl der über 70-jährigen Krankenhauspatienten. Das Einzugsgebiet der geplanten Einrichtungen war entscheidend, nicht allein der Standort. Zur Orientierung hatte das Ministerium für Soziales, Familien, Frauen und Gesundheit eine „Prioritätenliste“ der einzelnen Landkreise und kreisfreien Städte entwickelt.

Es wurde eine begrenzte Zahl von Zentren mit einer Aus-, Fort- und Weiterbildungsfunktion angestrebt, um zunächst Erfahrungen zu sammeln und die qualitativen, baulichen und personellen Voraussetzungen ausreichend zu berücksichtigen. Geriatrische Versorgungseinheiten wurden ausschließlich an Krankenhäusern oder Rehabilitationskliniken etabliert. Aus qualitativen und wirtschaftlichen Gründen war von Kliniken mit mindestens 200 Betten auszugehen. Diese geriatrischen Zentren sollten über einen Krankenhausbereich (Legitimation durch eine Ergänzende Vereinbarung nach § 109 SGB V im Rahmen der im Krankenhausplan ausgewiesenen internistischen Betten) und einen Rehabilitationsbereich (spezieller Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V) verfügen. Geriatrische Zentren sollten wegen der qualitativen und wirtschaftlichen Aspekte und der Aus-, Fort-, und Weiterbildungsfunktion mindestens 50 Betten haben. Da von qualitativen und nicht von quantitativen Versorgungsdefiziten auszugehen ist, wurde folgerichtig eine Umsetzung im Rahmen der bestehenden Kapazitäten und der finanziellen Möglichkeiten angestrebt. Beide Leistungsbereiche „unter einem Dach“ wurden als sinnvoll erachtet, weil sich geriatrische Patienten genau an der Schnittstelle zwischen beiden Sektoren bewegen, und hauptsächlich folgende Ziele erreicht werden sollen:

- a) Eine durchgängige, patientenfreundliche Behandlung, bei der für alte Menschen schwer zu verkräftende Verlegungen auf ein Minimum begrenzt werden. Dies gilt auch für die „naturgemäß“ außerordentlich häufig auftretenden Komplikationen (z. B. Pneumonie).
- b) Möglichkeit von Direkteinweisungen der Hausärzte in die fachlich besonders qualifizierten Kliniken.
- c) Verbesserung der Frühmobilisation (Einsatz von rehabilitativen Methoden und Verfahren) während der Krankenhausbehandlung, da hier in fast allen Krankenhäusern Defizite bestehen, die insbesondere bei alten Menschen nach einem akuten Ereignis in hohem Maße für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit verantwortlich sind.
- d) Qualitätsverbesserung in beiden Sektoren.
- e) Strukturverbesserung in beiden Versorgungsbereichen auf regionaler Ebene.

Niedersachsen ging mit den sog. „Mischeinrichtungen“ und dem konzeptionellen Ansatz „Geriatrisierung“ durch die schrittweise Qualifizierung vorhandener, geeigneter Angebote einen bundesweit einmaligen Weg. Aus Sicht der Krankenversicherung waren für diese Entscheidung folgende Dinge ausschlaggebend:

1. Die Regelung entspricht dem Leistungsrecht. In der Mehrzahl der Fälle geht es um betagte, multimorbide Patienten, die nach einem akuten Ereignis (z.B. Sturz/Schlaganfall) oder wegen einer schweren chronischen Erkrankung krankenhausbearbeitungsbedürftig werden, intensiv zu frühmobilisieren sind, und die im Behandlungsverlauf in der Regel in die Phase der medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V eintreten. Häufig werden sie wegen verschiedener Komplikationen während der Anschlussrehabilitationsphase vorübergehend wieder akutstationär behandlungsbedürftig.
2. Landesweit einheitliche Qualitätsmaßstäbe sichern ein transparentes und gleichmäßiges Leistungsgeschehen.
3. Die Vorgehensweise ist versichertenfreundlich.
4. Es sind Steuerungsmöglichkeiten vorhanden, die bei ausschließlich akutstationären Strukturen nicht gegeben sind.

5. Die Versorgungsstrukturen können relativ flexibel dem tatsächlichen Bedarf angepasst werden. (Verlagerung von Akutbetten in den Rehabereich und umgekehrt).
6. Die Prüfung von Anträgen zur Schaffung geriatrischer Zentren kann den Anlass für eine Überprüfung der Strukturen beider Sektoren in der betroffenen Region bieten.
7. Die Kosten für notwendige Baumaßnahmen werden angemessen zwischen dem Land und den Krankenkassen verteilt.
8. Die möglichen finanziellen Auswirkungen auf die relevanten verschiedensten Leistungsbereiche (Krankenhausbehandlung, medizinische Rehabilitation, häusliche Krankenpflege, Hilfsmittel, usw.) können nicht quantifiziert werden. Das behutsame Vorgehen sollen ggf. zu erwartende additive Ausgaben in Grenzen gehalten werden.

Durch den Verzicht auf die Nennung einer Zielgröße (Anzahl der notwendigen Zentren zur Verbesserung der Versorgung) und die fehlende Festlegung auf bestimmte Landkreise oder idealtypische Strukturvorgaben (Art, Größe und Struktur der infrage kommenden Kliniken) kann flexibel reagiert werden. Da die Errichtung und Etablierung eines Zentrums i. d. R. sehr zeitaufwendig (zwei bis fünf Jahre) ist, kann auch auf zwischenzeitliche Änderungen des Leistungs- und Vertragsrechts oder im Bereich der Qualitätssicherung verhältnismäßig gut eingegangen werden.