



Zu Stand und Zielen geriatrischer Versorgung aus fachlicher Perspektive des Kompetenz Centrums Geriatrie

- Beitrag zum AOK-Geriatrie-Workshop -

27. August 2009 in Berlin

Norbert Lübke







GKV MDK MDS

Infos zum KCG: www.kcgeriatrie.de





Übersicht



- Geriatrie-Basics: Geriatrischer Patient und besondere geriatrische Behandlungsbedarfe
- Rehabilitationspotenzial geriatrischer Patienten
- Geriatrische Versorgung: Fakten zum Stand
- Geriatrische Versorgung: Bewertung
- Geriatrische Versorgung: aktuelle Entwicklungen
- Fachliche Orientierungspunkte für die Weiterentwicklung geriatrischer Versorgungsstrukturen





Das Merkmal "geriatrisch" bezeichnet ein hohes Risiko,

 aufgrund eingeschränkter Reservekapazitäten

bedingt durch

- altersphysiologische Veränderungen und gegebenenfalls
- schon manifeste oder zumindest latente Schädigung der Körperstrukturen oder Körperfunktionen

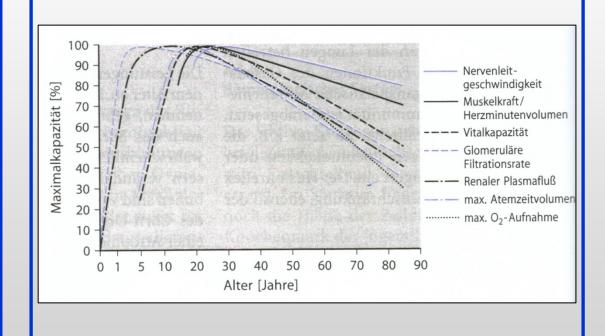
bereits durch

- relativ geringfügige zusätzliche Krankheitsprobleme oder
- (Veränderungen von Kontextfaktoren)

dauerhaft wesentliche Beeinträchtigungen bisheriger alltagsrelevanter Aktivitäten und / oder Teilhabe (einschließlich Pflegebedürftigkeit) zu erleiden bzw. diese zu vergrößern.

Charakteristika geriatrischer Patienten:

1. Altersphysiologische Gewebe-/Organveränderungen







Das Merkmal "geriatrisch" bezeichnet ein hohes Risiko,

 aufgrund eingeschränkter Reservekapazitäten

bedingt durch

- altersphysiologische Veränderungen und gegebenenfalls
- schon manifeste oder zumindest latente Schädigung der Körperstrukturen oder Körperfunktionen

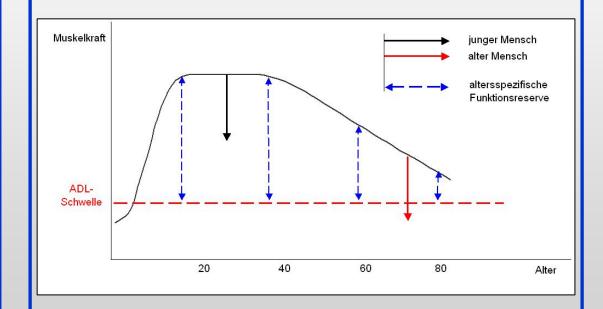
bereits durch

- relativ geringfügige zusätzliche Krankheitsprobleme oder
- (Veränderungen von Kontextfaktoren)

dauerhaft wesentliche Beeinträchtigungen bisheriger alltagsrelevanter Aktivitäten und / oder Teilhabe (einschließlich Pflegebedürftigkeit) zu erleiden bzw. diese zu vergrößern.

Charakteristika geriatrischer Patienten:

- 1. Altersphysiologische Gewebe-/Organveränderungen
- 2. Grenzkompensierte Funktionen, reduzierte Reserven







Das Merkmal "geriatrisch" bezeichnet ein hohes Risiko,

 aufgrund eingeschränkter Reservekapazitäten

bedingt durch

- altersphysiologische Veränderungen und gegebenenfalls
- schon manifeste oder zumindest latente Schädigung der Körperstrukturen oder Körperfunktionen

bereits durch

- relativ geringfügige zusätzliche Krankheitsprobleme oder
- (Veränderungen von Kontextfaktoren)

dauerhaft wesentliche Beeinträchtigungen bisheriger alltagsrelevanter Aktivitäten und / oder Teilhabe (einschließlich Pflegebedürftigkeit) zu erleiden bzw. diese zu vergrößern.

Charakteristika geriatrischer Patienten: Altersphysiologische Gewebe-/Organveränderungen Grenzkompensierte Funktionen, reduzierte Reserven 3. Multimorbidität Geriatrische Syndrome





Das Merkmal "geriatrisch" bezeichnet ein hohes Risiko,

 aufgrund eingeschränkter Reservekapazitäten

bedingt durch

- altersphysiologische Veränderungen und gegebenenfalls
- schon manifeste oder zumindest latente Schädigung der Körperstrukturen oder Körperfunktionen

bereits durch

- relativ geringfügige zusätzliche Krankheitsprobleme oder
- (Veränderungen von Kontextfaktoren)

dauerhaft wesentliche Beeinträchtigungen bisheriger alltagsrelevanter Aktivitäten und / oder Teilhabe (einschließlich Pflegebedürftigkeit) zu erleiden bzw. diese zu vergrößern.

Charakteristika geriatrischer Patienten:

- 1. Altersphysiologische Gewebe-/Organveränderungen
- 2. Grenzkompensierte Funktionen, reduzierte Reserven
- 3. Multimorbidität
- Geriatrische Syndrome
- 5. Drohende / manifeste Aktivitätsbeeinträchtigungen





Das Merkmal "geriatrisch" bezeichnet ein hohes Risiko,

 aufgrund eingeschränkter Reservekapazitäten

bedingt durch

- altersphysiologische Veränderungen und gegebenenfalls
- schon manifeste oder zumindest latente Schädigung der Körperstrukturen oder Körperfunktionen

bereits durch

- relativ geringfügige zusätzliche Krankheitsprobleme oder
- (Veränderungen von Kontextfaktoren)

dauerhaft wesentliche Beeinträchtigungen bisheriger alltagsrelevanter Aktivitäten und / oder Teilhabe (einschließlich Pflegebedürftigkeit) zu erleiden bzw. diese zu vergrößern.

Geriatrisch

Hochrisiko

bereits über geringfügige Gesundheitsstörungen

signifikanten (zusätzlichen) Autonomieverlust zu erleiden

breite Überschneidungen mit

Chronisch Multimorbiden und Pflegebedürftigen nach SGB XI





Geriatrisch

=

Hochrisiko

bereits über geringfügige Gesundheitsstörungen

dauerhaften (zusätzlichen) Autonomieverlust zu erleiden



Dies begründet und erfordert einen besonderen Versorgungsansatz, der dem geriatrischen Behandlungskonzept entspricht





Geriatrisch

=

Hochrisiko

wegen reduzierter Reserven

bereits über geringfügige Gesundheitsstörungen

dauerhafte (zusätzliche) Autonomieverluste zu erleiden

Ableitbare besondere geriatrische Behandlungsbedarfe:

- ✓ Erfassung von Risiken und Ressourcen → *umfassendes Assessment*
- ✓ geriatrischer Behandlungsfokus → Behandlungspriorisierung im Hinblick auf Autonomieerhalt

Der geriatrische Behandlungsfokus orientiert sich nicht

- an den einzelnen Diagnosen des Patienten und
- deren möglichst optimaler (durchaus EbM-/Leitlinienorientierter) Behandlung,

sondern an der Frage,

- die Behandlung welcher Erkrankungen, Schädigungen und vor allem Beeinträchtigungen der Patienten
- in welchem Umfang und mit welchen Mitteln

zum / zur weitest möglichen

- Erhalt von Selbständigkeit und Autonomie
- Verminderung von Pflegeabhängigkeit und somit
- weitest möglicher Lebensqualität

beiträgt.





Geriatrisch

=

Hochrisiko

wegen reduzierter Reserven

bereits über geringfügige Gesundheitsstörungen

dauerhafte (zusätzliche) Autonomieverluste zu erleiden

Ableitbare besondere geriatrische Behandlungsbedarfe:

- ✓ Erfassung von Risiken und Ressourcen → *umfassendes Assessment*
- ✓ geriatrischer Behandlungsfokus → Behandlungspriorisierung im Hinblick auf Autonomieerhalt

Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients with Multiple Comorbid Diseases - Implications for Pay for Performance*:

Bsp: 79-jährige Patientin mit fünf alterstypischen Erkrankungen: COPD, Diabetes mellitus Typ 2, Osteoporose, arterielle Hypertonie, Osteoarthritis

Der Therapieplan aufgrund der für diese Erkrankungen geltenden US-Leitlinien (entspr. Internetseiten des National Guideline Clearinghouse) ergibt:

- 12 unterschiedliche Medikamente
- in 19 Dosierungen
- zu 5 verschiedenen Tageszeiten
- 406 \$ Therapiekosten monatlich
- etliche sich z.T. widersprechende nichtmedikamentöse Empfehlungen
- diverse gesundheitsgefährdende Arzneimittelwechselwirkungen

^{*} Boyld CM et al. JAMA, August 10, 2005 - Vol 294, No. 6: 716-724





Geriatrisch

=

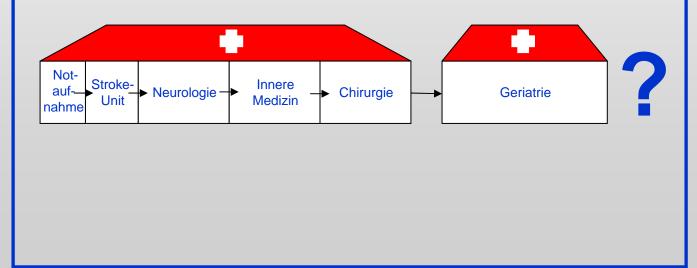
Hochrisiko

wegen reduzierter Reserven

bereits über geringfügige Gesundheitsstörungen

dauerhafte (zusätzliche) Autonomieverluste zu erleiden

- ✓ Erfassung von Risiken und Ressourcen → *umfassendes Assessment*
- ✓ geriatrischer Behandlungsfokus → Behandlungspriorisierung im Hinblick auf Autonomieerhalt
- ✓ Behandlungskontinuität → generalistischer Behandlungsansatz mit spez. geriatrischer Wissens- und Erfahrungskompetenz und bedarfsweisem Einbezug spezialisierter Kompetenz







Geriatrisch

Hochrisiko

wegen reduzierter Reserven

bereits über geringfügige **Gesundheits**störungen

dauerhafte (zusätzliche) **Autonomie**verluste zu erleiden

- Erfassung von Risiken und Ressourcen → umfassendes Assessment
- *geriatrischer Behandlungsfokus* → Behandlungspriorisierung im Hinblick auf Autonomieerhalt
- **Behandlungskontinuität** → generalistischer Behandlungsansatz mit spez. geriatrischer Wissens- und Erfahrungskompetenz und bedarfsweisem Einbezug spezialisierter Kompetenz
- sektoren- und bereichsübergreifende Behandlungskonzeption unter Berücksichtigung inividueller Kontextfaktoren → Wohnortnähe







Geriatrisch

=

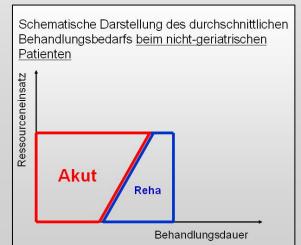
Hochrisiko

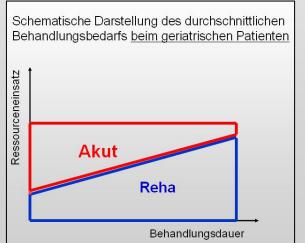
wegen reduzierter Reserven

bereits über geringfügige Gesundheitsstörungen

dauerhafte (zusätzliche) Autonomieverluste zu erleiden

- ✓ Erfassung von Risiken und Ressourcen → *umfassendes Assessment*
- ✓ geriatrischer Behandlungsfokus → Behandlungspriorisierung im Hinblick auf Autonomieerhalt
- ✓ Behandlungskontinuität → generalistischer Behandlungsansatz mit spez. geriatrischer Wissens- und Erfahrungskompetenz und bedarfsweisem Einbezug spezialisierter Kompetenz
- ✓ sektoren- und bereichsübergreifende Behandlungskonzeption unter Berücksichtigung inividueller Kontextfaktoren → Wohnortnähe
- ✓ Zeitgleiche Berücksichtigung **akutmedizinischer und rehabilitativer Behandlungsanteile** in patientenindividuellen Anteilen









Geriatrisch

=

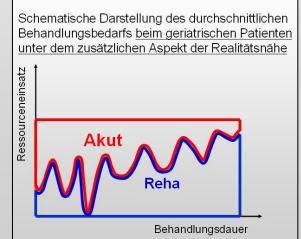
Hochrisiko

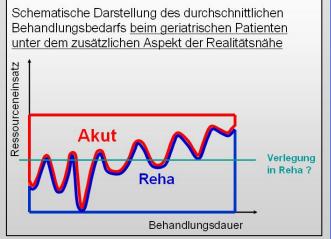
wegen reduzierter Reserven

bereits über geringfügige Gesundheitsstörungen

dauerhafte (zusätzliche) Autonomieverluste zu erleiden

- ✓ Erfassung von Risiken und Ressourcen → *umfassendes Assessment*
- ✓ geriatrischer Behandlungsfokus → Behandlungspriorisierung im Hinblick auf Autonomieerhalt
- ✓ Behandlungskontinuität → generalistischer Behandlungsansatz mit spez. geriatrischer Wissens- und Erfahrungskompetenz und bedarfsweisem Einbezug spezialisierter Kompetenz
- ✓ **sektoren- und bereichsübergreifende Behandlungskonzeption** unter Berücksichtigung inividueller Kontextfaktoren → **Wohnortnähe**
- ✓ Zeitgleiche Berücksichtigung **akutmedizinischer und rehabilitativer Behandlungsanteile** in patientenindividuellen Anteilen









Geriatrisch

=

Hochrisiko

wegen reduzierter Reserven

bereits über geringfügige Gesundheitsstörungen

dauerhafte (zusätzliche) Autonomieverluste zu erleiden

Ableitbare besondere geriatrische Behandlungsbedarfe:

- ✓ Erfassung von Risiken und Ressourcen → *umfassendes Assessment*
- ✓ geriatrischer Behandlungsfokus → Behandlungspriorisierung im Hinblick auf Autonomieerhalt
- ✓ Behandlungskontinuität → generalistischer Behandlungsansatz mit spez. geriatrischer Wissens- und Erfahrungskompetenz und bedarfsweisem Einbezug spezialisierter Kompetenz
- ✓ **sektoren- und bereichsübergreifende Behandlungskonzeption** unter Berücksichtigung inividueller Kontextfaktoren → **Wohnortnähe**
- ✓ Zeitgleiche Berücksichtigung **akutmedizinischer und rehabilitativer Behandlungsanteile** in patientenindividuellen Anteilen

Aus dem Früh-Reha-Schreiben des BMGS vom 27.10.2004 (Tuschen-Papier):

An die absehbare akutmedizinische Stabilität der Patientinnen und Patienten sind vor der Entlassung bzw. externen Verlegung im Rahmen geriatrischer Krankenhausbehandlung besonders hohe Anforderungen zu stellen, um die im Zusammenhang mit Fallpauschalensystemen grundsätzlich bestehende Gefahr einer unangemessene Verkürzung der Verweildauer zu reduzieren.





Geriatrisch

=

Hochrisiko

wegen reduzierter Reserven

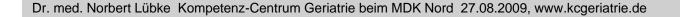
bereits über geringfügige Gesundheitsstörungen

dauerhafte (zusätzliche) Autonomieverluste zu erleiden

Ableitbare besondere geriatrische Behandlungsbedarfe:

- ✓ Erfassung von Risiken und Ressourcen → *umfassendes Assessment*
- ✓ geriatrischer Behandlungsfokus → Behandlungspriorisierung im Hinblick auf Autonomieerhalt
- ✓ Behandlungskontinuität → generalistischer Behandlungsansatz mit spez. geriatrischer Wissens- und Erfahrungskompetenz und bedarfsweisem Einbezug spezialisierter Kompetenz
- ✓ **sektoren- und bereichsübergreifende Behandlungskonzeption** unter Berücksichtigung inividueller Kontextfaktoren → **Wohnortnähe**
- ✓ Zeitgleiche Berücksichtigung **akutmedizinischer und rehabilitativer Behandlungsanteile** in patientenindividuellen Anteilen

Interdisziplinärer, *multiprofessioneller* und kontinuierlich *kontrollierter*Therapieansatz





Übersicht



- Geriatrie-Basics: Geriatrischer Patient und besondere geriatrische Behandlungsbedarfe
- Rehabilitationspotenzial geriatrischer Patienten
- Geriatrische Versorgung: Fakten zum Stand
- Geriatrische Versorgung: Bewertung
- Geriatrische Versorgung: aktuelle Entwicklungen
- Fachliche Orientierungspunkte für die Weiterentwicklung geriatrischer Versorgungsstrukturen



Rehabilitationspotenzial geriatrischer Patienten



Medizinische Rehabilitation nach § 40

Frührehabilitation nach § 39

Rehabilitationsergebnise



Medizinische Rehabilitation nach § 40

t keine anderen und/oder vorrangigen Maßnahmen

GKV MDK MDS

nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten mit eingetretener oder drohender Beeinträchtigung der Teilhabe

Rehabilitationsmaßnahme Rehabilitationsindikation t

d angezeig venn eine steht, d.h.

- Rehabilitationsbedürftigkeit
- Rehabilitationsfähigkeit
- Rehabilitationsziele und
- (positive) Rehabilitationsprognose

gegeben sind.

realistische, alltagsrelevante Rehabilitationsziele

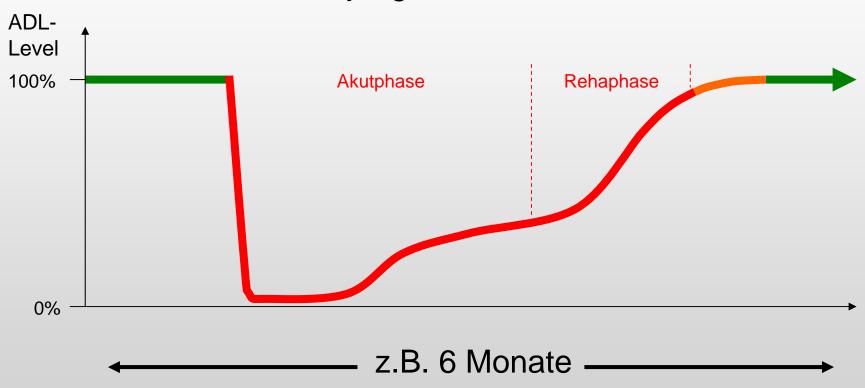
notwendige Belastbarkeit und Motivation oder Motivierbarkeit

medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme



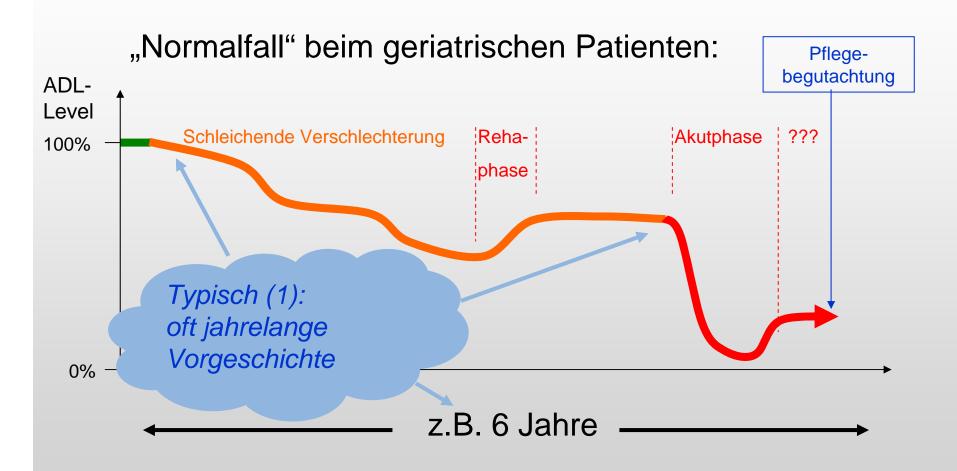


"Normalfall" beim jüngeren Patienten:



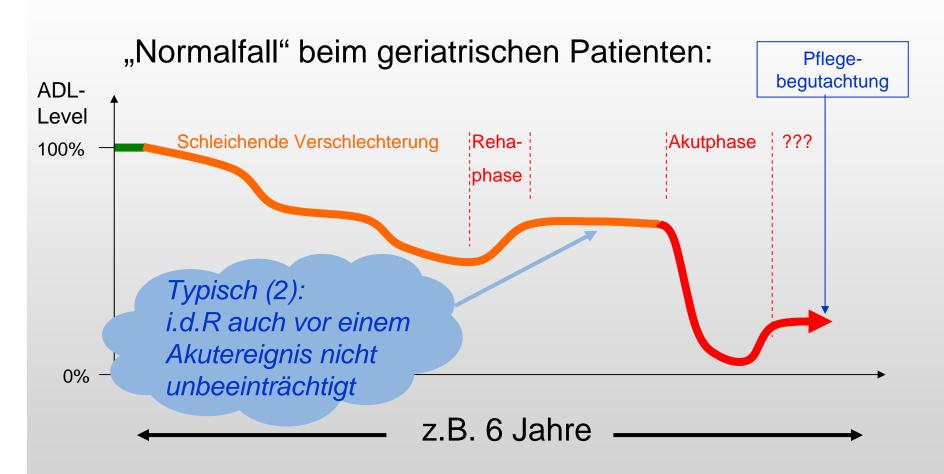






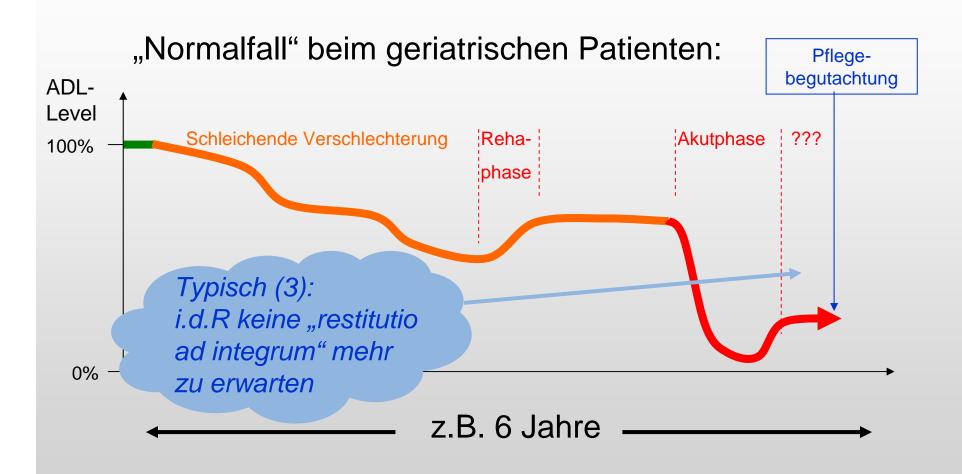












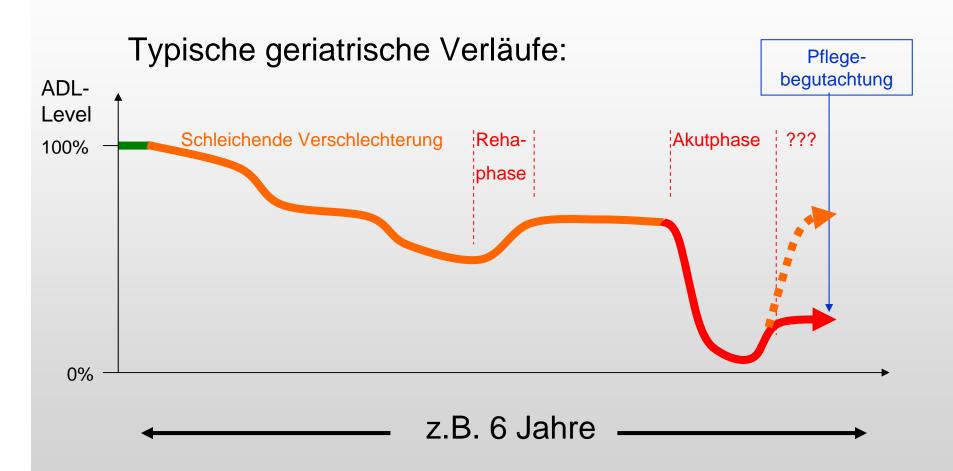




- → besonderer Klärungsbedarf:
- welche Beeinträchtigungen, in welchem Umfang, seit wann bestehen
- was bereits mit rehabilitativer Zielsetzung ggf. wann und mit welchem Erfolg - unternommen wurde

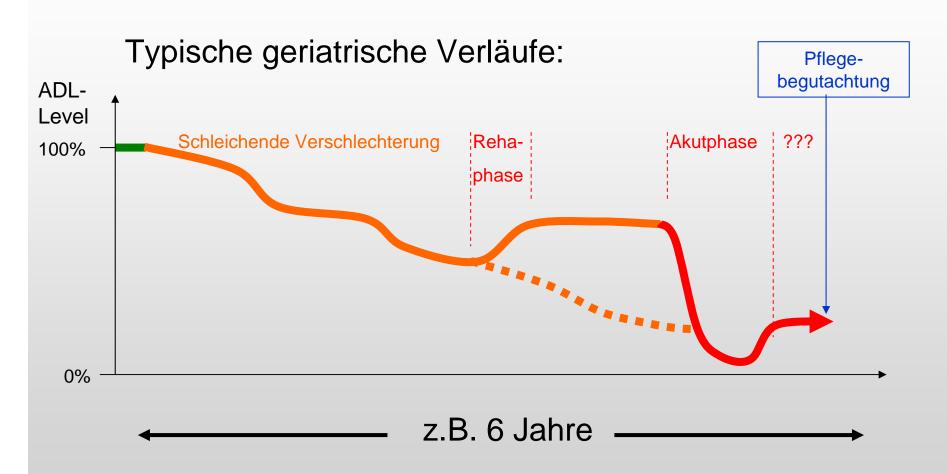






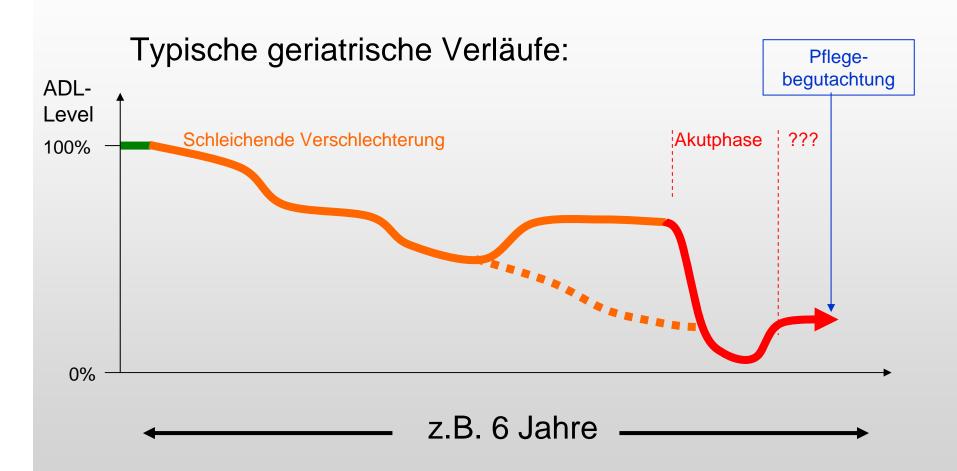
















- hierbei sind insbesondere zu berücksichtigen
 - √ Heilmittelerbringung
 - ✓ Frührehabilitation
 - ✓ Rehabilitation
- ... und die Versorgungsstrukturen, in denen diese Leistungen für geriatrische Patienten erbracht werden!





Der / Die Gutachter/in muss sich bei jedem Pflegebegutachtungsfall einmal die Frage beantworten:

Kann ich mir

- in Anbetracht meiner Befunderhebung für das Pflegegutachten
- und meiner Basiskenntnisse zur Vor-/Nachgeschichte
- ein alltagsrelevantes (!) Ziel

vorstellen, das für den Versicherten

- im Rahmen einer komplexen Rehamaßnahme
- im hierfür i.d.R. zur Verfügung stehenden Zeitrahmen von 3-4 Wochen
- realistischerweise erreichbar erscheint





Aus dem Früh-RehaSchreiben des BMGS (Tuschen-Papier) vom 27.10.2004 :

1. Frührehabilitation im Sinne des SGB V bedeutet die frühzeitig einsetzende rehabilitationsmedizinische Behandlung von Patienten, die wegen eines akuten Gesundheitsproblems mit schwerer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit krankenhausbehandlungsbedürftig sind. Dies umfasst relevante Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und strukturen sowie der Aktivitäten und/oder Teilhabe. Entscheidendes Abgrenzungskriterium der Frührehabilitation zur Rehabilitation ist die mit der primär erforderlichen akutstationären Krankenhausbehandlung verzahnte rehabilitationsmedizinische stationäre Versorgung, wobei neben der üblichen diagnostischen und therapeutischen Infrastruktur der Krankenhausbehandlung rehabilitationsspezifische pflegerische und therapeutische Leistungen anzubieten sind. Frührehabilitation wird multiprofessionell im fachärztlich geleiteten Rehabilitationsteam und interdisziplinär in Zusammenarbeit mit akutmedizinischen Fachgebieten erbracht (vgl. Stucki et al., Phy Med Rehab Kuror 2002, 12: 134-145).







8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

Exkl.: Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (8-552 ff.)
Fachübergreifende und andere Frührehabilitation (8-559 ff.)
Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung (8-563 ff.)

Hinw.: Mindestmerkmale:

- Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich "Klinische Geriatrie" erforderlich)
- Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4
 Bereichen (Mobilität, Seibstänligkeit, Kognition, Emotion) und vor der Entlassung in
 mindestens 2 Bereichen (Selbständigkeit, Mobilität)
- Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen)
- Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufgruppen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Aktivierend-therapeutische Pflege dorch besonders geschultes Pflegepersonal
- Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopadie/fazioorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie

Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren

- 8-550.0 Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten
 - Hinw.: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 10 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10% als Gruppentherapie
- 8-550.1 Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten
 - Hinw.: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 20 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10% als Gruppentherapie
- 8-550.2 Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten

Hinw.: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 30 The-rapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10% als Gruppentherapie





Schwierigkeiten

- es existieren bisher keine verbindlichen Frührehabilitations-Indikationskriterien
- Abgrenzung zu Frühmobilisation





Geriatrisch

=

Hochrisiko

wegen reduzierter Reserven

bereits über geringfügige Gesundheitsstörungen

dauerhafte (zusätzliche) Autonomieverluste zu erleiden Aus dem Früh-RehaSchreiben des BMGS (Tuschen-Papier) vom 27.10.2004 :

Im Unterschied zur (weiterführenden) Rehabilitation ist die Frührehabilitation dadurch gekennzeichnet, dass

- bei vordringlich bestehendem akutstationären Behandlungsbedarf gleichzeitig Rehabilitationsbedarf besteht,
- die Rehabilitationsfähigkeit erheblich eingeschränkt sein kann und
- die Rehabilitationsprognose oftmals unsicher ist.

Aus dem Ergebnispapier der Methodengruppe "Frührehabilitation im Krankenhaus" *:

Die Indikation zu einer Frührehabilitation besteht, wenn Frührehabilitationsbedürftigkeit und Frührehabilitationsfähigkeit gegeben sind, wobei die Rehabilitationsfähigkeit der Patienten erheblich eingeschränkt sein kann.

^{*} Leistner K et al. Frührehabilitation im Krankenhaus – Definition und Indikation. Ein Ergebnisbericht der Methodengruppe "Frührehabilitation im Krankenhaus". Phys Med Rehab Kuror 2005: 15: 157-167





Geriatrisch

=

Hochrisiko

wegen reduzierter Reserven

bereits über geringfügige Gesundheitsstörungen

dauerhafte (zusätzliche) Autonomieverluste zu erleiden Aus dem Ergebnispapier der Methodengruppe "Frührehabilitation im Krankenhaus" *:

<u>Frührehabilitationsbedürftigkeit</u> besteht, wenn bei einem Patienten im Rahmen der akutmedizinischen stationären Behandlung aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung

- eine voraussichtlich nicht nur vorübergehende relevante Beeinträchtigung der Körperfunktionen, Körperstrukturen und/oder Aktivitäten vorliegt, durch die eine Beeinträchtigung der Teilhabe (Partizipation) droht, oder
- bei einer bereits manifesten Beeinträchtigung der Teilhabe ohne frührehabilitative Interventionen eine hohe Wahrscheinlichkeit der Verschlimmerung dieser Beeinträchtigungen besteht.

<u>Frührehabilitationsfähigkeit</u> ist gegeben, wenn bei vorliegender Frührehabilitationsbedürftigkeit keines der nachfolgend genannten <u>Ausschlusskriterien erfüllt</u> ist:

- negative Willenserklärung eines geschäftsfähigen Patienten oder seines Betreuers bezüglich der Einleitung und Durchführung von Maßnahmen der Frührehabilitation,
- akute vitale Gefährdung durch die frührehabilitativen Maßnahmen.

^{*} Leistner K et al. Frührehabilitation im Krankenhaus – Definition und Indikation. Ein Ergebnisbericht der Methodengruppe "Frührehabilitation im Krankenhaus". Phys Med Rehab Kuror 2005: 15: 157-167





Geriatrisch

=

Hochrisiko

wegen reduzierter Reserven

bereits über geringfügige Gesundheitsstörungen

dauerhafte (zusätzliche) Autonomieverluste zu erleiden Aus dem Ergebnispapier der Methodengruppe "Frührehabilitation im Krankenhaus" *:

<u>Frührehabilitationsprognose:</u> Eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über die Erreichbarkeit des Rehabilitationszieles ist in der Frührehabilitation sehr schwierig. Trotzdem ist, bei vorliegender Frührehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit, ein Rehabilitationsversuch gerechtfertigt.

<u>Frührehabilitationsziel:</u> Das allgemeine Frührehabilitationsziel besteht in der

- 1. Verhütung von voraussichtlich nicht nur vorübergehenden relevanten Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit bei gegebenem Risiko bei gleichzeitiger
- 2. Beseitigung, Verminderung und Verhütung einer Verschlimmerung bezüglich bereits manifester Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit.

^{*} Leistner K et al. Frührehabilitation im Krankenhaus – Definition und Indikation. Ein Ergebnisbericht der Methodengruppe "Frührehabilitation im Krankenhaus". Phys Med Rehab Kuror 2005: 15: 157-167



Frühmobilisation



Geriatrisch

=

Hochrisiko

wegen reduzierter Reserven

bereits über geringfügige Gesundheitsstörungen

dauerhafte (zusätzliche) Autonomieverluste zu erleiden Aus dem Früh-RehaSchreiben des BMGS (Tuschen-Papier) vom 27.10.2004 :

2. <u>Frühmobilisation</u> umfasst demgegenüber möglichst frühzeitig eingeleitete und mit geringerem zeitlichem Aufward erbrachte pflegerische oder therapeutische Maßnahmen, die der Abwendung, Beseitigung, Minderung oder Verhütung der Verschlimmerung krankheits- und behandlungsbedingter Immobilisationsfolgen dienen. In der Regel beschränkt sich die Leistungserbringung auf Einzelmaßnahmen aus einem Therapiebereich (z. B. Physiotherapie). Zur Abgrenzung von Frühmobilisation und Frührehabilitation wird im OPS ein Schlüssel für die Frühmobilisation angestrebt.

Aus dem Ergebnispapier der Methodengruppe "Frührehabilitation im Krankenhaus" *:

Frührehabilitation unterscheidet sich von der funktionsorientierten Einzeltherapie (Frühmobilisation) durch den mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz der medizinischen Rehabilitation

^{*} Leistner K et al. Frührehabilitation im Krankenhaus – Definition und Indikation. Ein Ergebnisbericht der Methodengruppe "Frührehabilitation im Krankenhaus". Phys Med Rehab Kuror 2005: 15: 157-167



Frühmobilisation



Geriatrisch

=

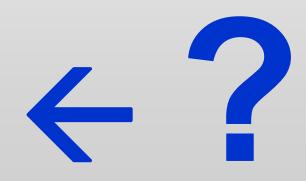
Hochrisiko

wegen reduzierter Reserven

bereits über geringfügige Gesundheitsstörungen

dauerhafte (zusätzliche) Autonomieverluste zu erleiden Definition des Begriffs Frühmobilisation im "Pschyrembel® Sozialmedizin"

(engl.) early mobilisation; frühzeitig einsetzende akutmedizinische, funktionsorientierte Einzeltherapie von Patienten, die wegen eines akuten Gesundheitsproblems mit schwerer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit (z.B. Schlaganfall, Herzinfarkt, Schenkelhalsfraktur) im Krankenhaus behandlungspflichtig sind; angewandt z.B. nach operativen Eingriffen od. nach mit Beeinträchtigung der Mobilität verbundenen Akutereignissen mit dem Ziel der Verhütung typischer Komplikationen bei längerer Bettlägerigkeit (Lungenentzündung, Thrombose, Kontrakturen u.a.)







Internationale Studien

- zahlreiche qualitativ hochwertige Studien
- Einschränkungen
 - breiterer internationaler Rehabilitationsbegriff
 - Unterschiede in den Kontrollen (usual care)
- Wirksamkeit kann generell als belegt gelten
- Hinweise auf stärkere Wirksamkeit bei stärkerer Beeinträchtigung





Routinedaten

- 301-Daten nur sehr begrenzt aussagefähig
 - bisher keine risikoadjustierten Vergleiche hinsichtlich Entlassungsort und Mortalität und Umfang von längsschnittlicher Leistungsinanspruchnahme
- bisher kein QS-Reha-Verfahren Geriatrie





Ergebnisse der deutschen geriatrischen Rehabilitation*:

- GiB-DAT
 - jährlich ca. 25.500 geriatrische Rehabilitationsfälle
- KODAS
 - jährlich ca. 17.000 geriatrische Rehabilitationsfälle

teilweise incl. Subgruppenanalysen

^{*} vgl. KCG-Gutachten 0412-2005 "Bestandsaufnahme der bundesweit bereits bestehenden Verfahren und Instrumente der externen Qualitätssicherung für den Bereich der geriatrischen Rehabilitation" vom 14.08.06 und Kompetenzeinheiten übergreifende Grundsatzstellungnahme "Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung für demenziell Erkrankte" vom März 2009





Ergebnisse der deutschen geriatrischen Rehabilitation*:

GiB-DAT

- ✓ BI-Zugewinn ohne kognitive Einschr. 23,8, mit leichten Einschr. 22,8, mit mittel-schweren Einschr. 16,9 und bei schweren Einschr. 11,8 Punkte.
- ✓ Senkung der nicht gehfähigen schwer Dementen von 50 auf 25%.

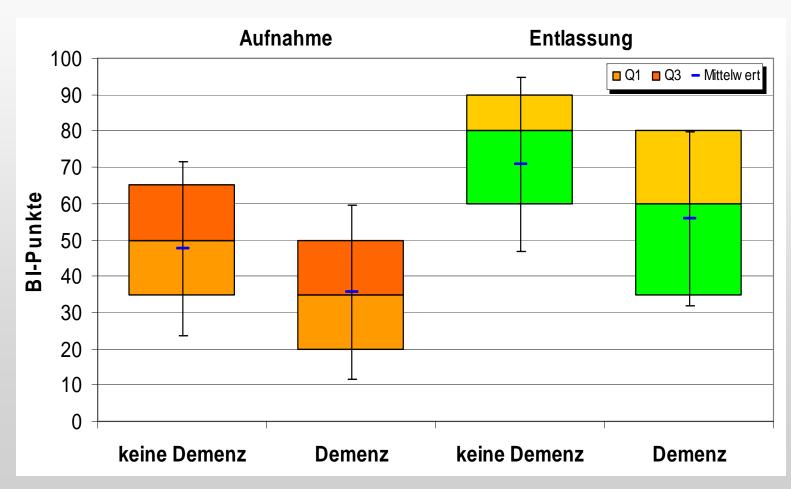
KODAS

- ✓ Mittlerer BI-Zugewinn mit und ohne kogn. Einschr.
 25 Pkt, bei 15 Pkt. niedrigerem Ausgangsniveau der kognitiv Eingeschränkten.
- ✓ Gehfähigkeit bei 46%, Transferfähigkeit bei 49% der demenziell Erkrankten vs. 60% bzw. 68% bei nicht demenziell Erkrankten neu erreicht





Barthel-Zuwachs keine Demenz vs. Demenz:



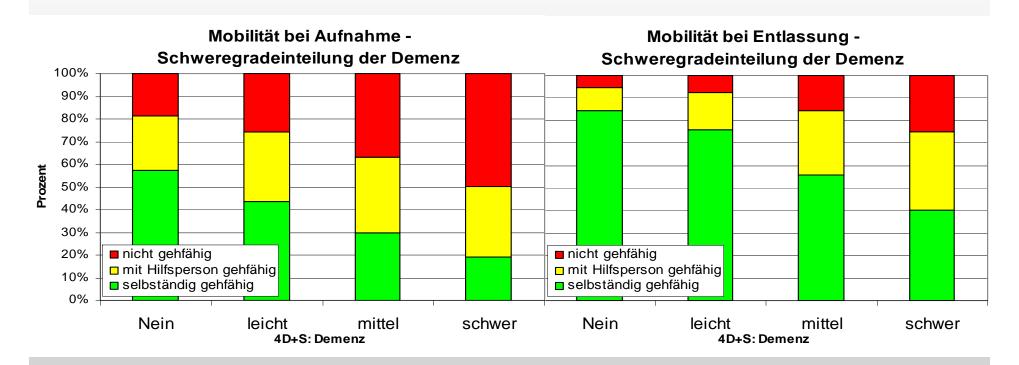
[Gassmann 2007]







Wiedergewinn Gehfähigkeit in Abhängigkeit vom MMSE-Score:



[Gassmann 2007]



Geriatrische Rehabilitationsergebnisse bei schwer demenziell Erkrankten



Inkonsistent sind bisherige Untersuchungen zu Rehabilitationserfolgen bei schwer demenziell Erkrankten.

Hierbei ist zu berücksichtigen:

- Vorselektion in Studien und Versorgungspraxis ohne sicher nachvollziehbare Kriterien
- entsprechend regelhaft kleinere Strata mit größerer Anfälligkeit für Ausreißereffekte
- grundsätzliche methodische Fragen der Ergebnismessung:
 - BI-Differenz vs. absoluter Bezug zu einem max. erreichbaren Wert? Risikoadjustierung auf Ausgangsstatus zu Rehabeginn
 - Berücksichtigung des präakuten Ausgangsstatus als max. erreichbarer Wert (vgl. Prinzipien der QS)
 - ➤ Erhebung aller deutschen Daten unter Bedingungen stationärer geriatrischer Rehabilitation – möglicherweise für schwer demenziell Erkrankte falsches Rehabilitationssetting? → MoGeRe-Ergebnisse?



Übersicht



- Geriatrie-Basics: Geriatrischer Patient und besondere geriatrische Behandlungsbedarfe
- Rehabilitationspotenzial geriatrischer Patienten
- Geriatrische Versorgung: Fakten zum Stand
- Geriatrische Versorgung: Bewertung
- Geriatrische Versorgung: aktuelle Entwicklungen
- Fachliche Orientierungspunkte für die Weiterentwicklung geriatrischer Versorgungsstrukturen



Geriatrieanteil an den Gesamtkapazitäten in Deutschland



Krankenhaus

•	Anteil geriatrischer Betten an Betten gesamt	2,1%
•	Anteil geriatrischer Fälle an Fällen gesamt	1,3%

Rehabilitation

•	Anteil geriatrischer Betten an Betten gesamt	3,8%
•	Anteil geriatrischer Fälle an Fällen gesamt	4,6%

Quelle: Destatis 2008



Geriatrieanteil an den Gesamtkapazitäten in Deutschland

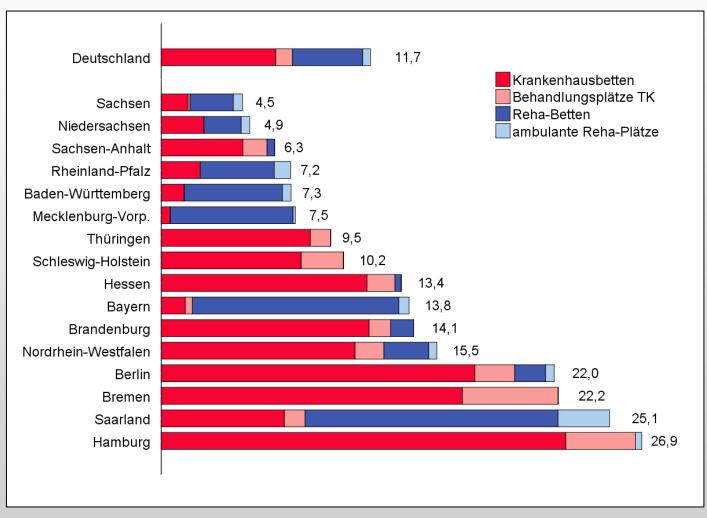


Stand 2007 Quelle: Stat. Bundesamt	Gesamt	Geriatrie
Krankenhaus	2.087	-
stationär		
Fachabteilungen	8.494	193 (2,3%)
Betten	506.954	10.599 (2,1%)
teilstationär		
Tageskliniken	1095	112 (10,2%)
 Tagesklinikplätze 	19.406	1.576 (8,1%)
Rehabilitationskliniken	1.239	
stationär		
Fachabteilungen	1.809	130 (7,2%)
Betten	170.845	6.521 (3,8%)
AGR		
Einrichtungen	-	(35 +?)
Behandlungsplätze	-	714



Unterschiedliche Geriatrische Versorgungsstrukturen in Deutschland





Geriatrische Versorgungsquoten in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen pro 10.000 Einwohner 65 Jahre und älter

(Stand 2007)

Quellen: Statistisches Bundesamt Fachserie 12 / Reihe 6.1 (2008); sowie Daten des VdEK zu ambulanten geriatrischen Rehabilitationskapazitäten, die von der amtlichen Statistik nicht erfasst werden



Potenziell geriatrische Patienten in Deutschland

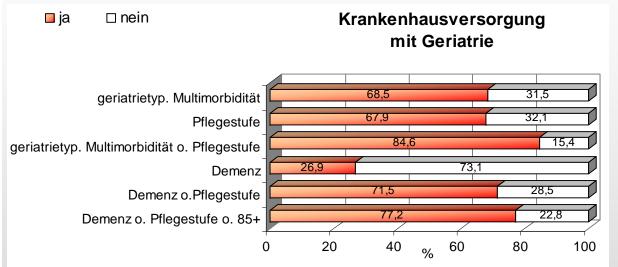


Menschen 85+ in Dtl. 2005		1,5 Mio
Managhan 65 94 mit Oflagostufa (SCD VI)	1 O Mi	2
Menschen 65-84 mit Pflegestufe (SGB XI) Menschen 65-84 mit Demenz	1,0 Mid 0,7 Mid	
Menschen 65-84 Pflegestufe od. Demenz	0,7 10110	1,5 Mio
Menschen (85+) oder (65+ und Dem./Pflegestufe)		3,1 Mio
hierauf entfallen altersbezogen		
Krankenhausfälle		1,8 Mio
betreffend 0,8 Mio Menschen		
geriatrische Krankenhausbehandlungen 200	5	0,18 Mio



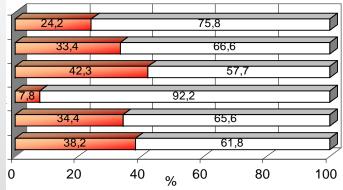
Identifikation geriatrischer Patientenanteile mit Routinedaten





Behandlung mit Geriatriebeteiligung

Krankenhausversorgung ohne Geriatrie



Behandlung ohne Geriatriebeteiligung in Abteilungen für Innere Medizin, Chirurgie, Neurologie oder Orthopädie

Quellen: stationäre Abrechnungsfälle 2007 von AOK-Versicherten 60 Jahre und älter aus Kliniken mit geriatrischem Versorgungsangebot



Geriatrische Versorgungsstrukturen in Deutschland



- auch unter Berücksichtigung der Bevölkerungsanteils > 65
 Jahre erhebliche Unterschiede bei der vorhandenen
 Versorgungskapazität in den Bundesländern
- unterschiedliche Strukturtypen
- ca. drei Fünftel der Strukturen im Krankenhausbereich
- Reha-Kapazitäten in erheblichem Umfang auch an Krankenhausstandorten
- zusätzliche Spezifika:
 - Kliniken mit geriatrischen Abteilung nach §§108 und 111 SGB V unter einem Dach (z.B. Niedersachsen)
 - nicht bettenführende geriatrische Schwerpunkte in Baden-Württemberg



Übersicht



- Geriatrie-Basics: Geriatrischer Patient und besondere geriatrische Behandlungsbedarfe
- Rehabilitationspotenzial geriatrischer Patienten
- Geriatrische Versorgung: Fakten zum Stand
- Geriatrische Versorgung: Bewertung
- Geriatrische Versorgung: aktuelle Entwicklungen
- Fachliche Orientierungspunkte für die Weiterentwicklung geriatrischer Versorgungsstrukturen



Bewertungsaspekte



Strukturen

Qualität

faktischer Zugang zu geriatrischer Versorgung



Geriatrische Versorgungsstrukturen



- nahezu ausschließlich stationäre (einrichtungsgebundene) geriatrische Versorgung
 - weniger als 400 niedergelassene Geriater (0,32% der ambulant t\u00e4tigen \u00eArzte), (EBM-Ziffer 03240)
 - 2 mobile geriatrische Rehabilitationseinrichtungen (MoGeRe)
 - ca. 40 ambulante geriatrische Rehabilitationseinrichtungen (AGR)
 - [ca. 110 geriatrische Tageskliniken als Krankenhauseinrichtungen]
- auch stationäre Versorgung nicht nur mit formalen sondern auch faktischen Lücken
 - wohnortnahe akutgeriatrische und rehageriatrische Versorgung?



Qualitätsaspekte



- formale Qualitätsanforderungen bestehen nur sehr eingeschränkt
 - für AGR und MoGeRe
 - über OPS 8-550 / OPS 8-98a-Anforderungen
- Qualitätsunterschiede akutgeriatrischer Versorgung?
 - bspw. unterschiedliche Übergangsregelungen für den Erwerb geriatrischer Weiterbildungsqualifikation
- keine Evidenz zur qualitativen Überlegenheit der unterschiedlichen geriatrischen Versorgungskonzepte
 - Einschub: geplante Hessenstudie



Versorgungsepidemiologische Untersuchung Geriatrie



Planungsgruppe:

- PMV Forschungsgruppe, Uni Köln
- AOK-Hessen, WidO, KCG beratend
- Prof. Knauf (Geriatrie Wiesbaden), Prof. Vogel (Geriatrie Hofgeismar, Präsident der DGG)

Zielstellung:

 mögliche Effekte unterschiedlicher länderbezogener Geriatriekonzeptionen auf Verlaufs- und Ergebnisparameter sollen untersucht werden

Methodik:

 längsschnittliche AOK-Routinedatenauswertungen für Versicherte über 60 Jahre mit Indexereignis (ischämischer Insult, Femurfraktur) im Jahr 2006 für drei exemplarische Bundesländer



Versorgungsepidemiologische Untersuchung Geriatrie



Zielkriterien:

• primär: Mortalität

sekundär: Wiederaufnahmerate für dieselbe Indikation

Inanspruchnahme (Krankenhaus, Reha, Heilmittel, Arzneimittel, Pflegeleistungen und sektorenbezogen Kosten (GKV/SPV) im Jahr nach dem Indexereignis

Methodik:

- risikoadjustierte Outcomebewertung (Alter, Geschlecht, Nebendiagnosen, Pflegestatus, Klinikaufenthalte, Arztkontakte ...
- Nachbeobachtung nach Indexfall 6 Monate
- Kontrolle gegenüber Wiederaufnahme als Indexfall



Versorgungsepidemiologische Untersuchung Geriatrie



Ablauf:

 Förderantrag der PMV Forschungsgruppe beim Hessischen Sozialministerium gestellt, Entscheidung noch in 2009 erwartet, Ergebnisbericht frühestens Ende 2010

Einschränkungen:

- keine verwertbaren klinischen Parameter verfügbar (z.B. Barthel-Index)
- grenzüberschreitende Versorgungsbewegungen
- Abgrenzbarkeit der Qualität ambulanter Versorgung auf die spezifisch geriatrische Versorgung im Krankenhaus/Rehabilitationseinrichtungen

Ausblick:

 eine geriatrische Kohortenstudie soll zu einem späteren Zeitpunkt ergänzend durchgeführt (Linkage von Routinedaten und direkt erhobenen klinischen auch katamnestischen Daten)



Faktischer Zugang zu geriatrischer Versorgung



Zugangchancen zu geriatrischer Versorgung

- strukturbedingte Ungleichheit zwischen und innerhalb der Bundesländer bzgl. wohnortnaher akutgeriatrischer und rehageriatrischer Versorgung
- absolutes Defizit an Mobiler geriatrischer Rehabilitation

Akutgeriatrische Versorgung in 111-Ländern?

Rehabilitationsgeriatrische Versorgung in 109-Ländern?

- zunehmende Infragestellung der ausreichenden rehabilitativen Versorgung in 109-Ländern (→ Ausweichstrategien: TK, indikationsspezifische Reha, wohnortferne Reha, Nichtausschöpfung von Rehapotenzial)
- Geriatrische Rehabilitation auf Basis von Pflegebegutachtungen in § 109-Ländern ?



Faktischer Zugang zu geriatrischer Versorgung



OPS 8-550.*-Einfluss auf Versorgungsleistungen

- OPS-getriggerter Boom der Akutgeriatrie m/o Einbindung in Krankenhausplanung
- Tendenziell teuere Verlegungen in externe geriatrische Fachabteilungen (nicht geriatriespezifisch, aber geriatrietypisch)
- Systemimmanenter Anreiz zu Unter- wie Überversorgung mit geriatrischen FR-Leistungen
- ➤ Bundesländer- und krankenhausspezifisch unterschiedliche Anteile vergütungsrelevanter OPS 8-550.* (GFK)-Leistungen







Anteile geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlungen an Geriatriegruppe

O	P	S

8-550.0	8,2%	
8-550.1	31,0%	
8-550.2	31,0% 15,0%) (pot.) vergütungsrelevant
8-550* gesamt	54,2%	

AOK-Daten 2006







Anteile geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlungen an Geriatriegruppe

OP	S
----	---

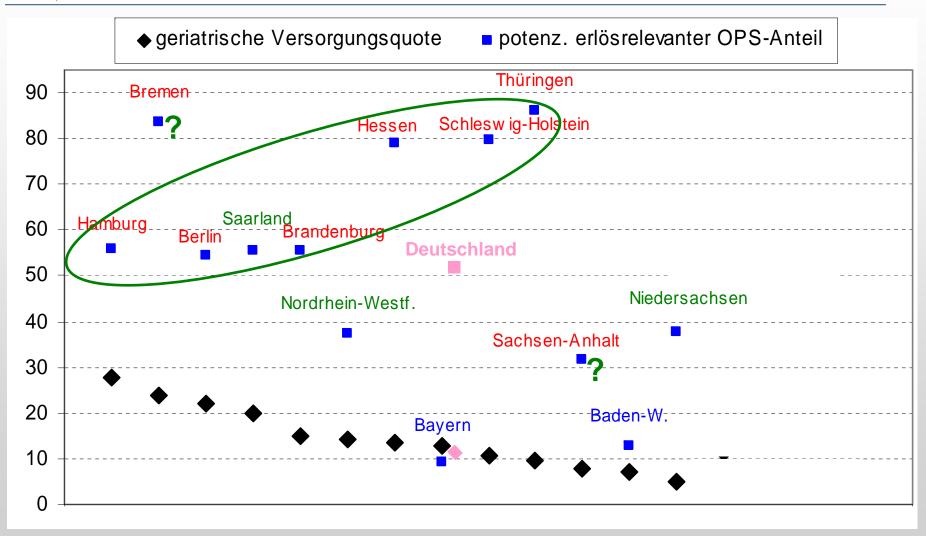
8-550.0	8,4%	
8-550.1	36,9%	(
8-550.2	36,9% 16,3%) (pot.) vergütungsrelevant
8-550* gesamt	61,5%	

AOK-Daten 2007

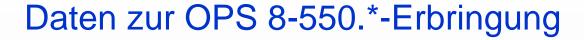




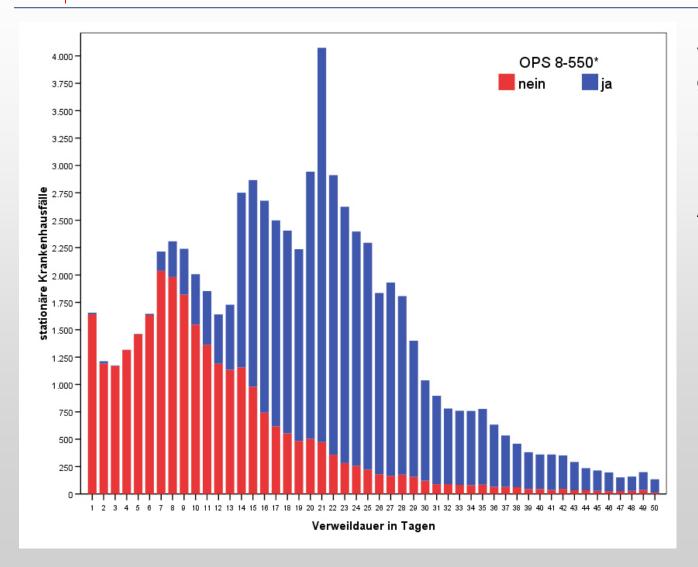
Daten zur OPS 8-550.*-Erbringung











Verweildauern in geriatrischen Fachabteilungen (mit)behandelter Patienten

AOK-Daten 2007



Faktischer Zugang zu geriatrischer Versorgung



OPS 8-550.*-Einfluss auf Versorgungsleistungen

- OPS-getriggerter Boom der Akutgeriatrie m/o Einbindung in Krankenhausplanung
- Tendenziell teuere Verlegungen in externe geriatrische Fachabteilungen (nicht geriatriespezifisch, aber geriatrietypisch)
- Systemimmanenter Anreiz zu Unter- wie Überversorgung mit geriatrischen FR-Leistungen
- Bundesländer- und krankenhausspezifisch unterschiedliche Anteile vergütungsrelevanter OPS 8-550.* (GFK)-Leistungen
- Schwierige MDK-Begutachtungskonstellationen bei Inkongruenz von Kassenanfrage und Versorgungsstrukturen







Fragen:	
1. Waren während des gesamten Aufenthatts die besonderen Mitte erforderlich, ggf. bis wann?	el eines Krankenhauses
Bestand zu einem Zeitpunkt während der Behandlung Rehabi § 40 (2) SGB V, ggf. ab wann?	litationsfähigkeit i. S. d.
Rechtfertigten die Ergebnisse des Aufnahme-Assessments ein Komplexbehandlung? War genügend Potenzial vorhanden, un abzuwenden oder eine Höherstufung zu vermeiden?	
Hätte der PV-Antrag oder Höherstufungsantrag frühzeitiger wann?	gestellt werden müssen, ggf.
3. ⊠ Vom KH wird der Prozedurenschlüssel (OPS) 8-550.1 gemeld	let.
Wurden die inhaltlichen Voraussetzungen für die Kodieru	ng dieses OPS erfüllt?
Handelte es sich bei der Behandlung inhaltlich um <u>Früh</u> re Ausführungen des BM für Gesundheit und soziale Sichert Falls nein: Welcher OPS wäre alternativ zu kodieren?	



Faktischer Zugang zu geriatrischer Versorgung



OPS 8-550.*-Einfluss auf Versorgungsleistungen

- OPS-getriggerter Boom der Akutgeriatrie m/o Einbindung in Krankenhausplanung
- Tendenziell teuere Verlegungen in externe geriatrische Fachabteilungen (nicht geriatriespezifisch, aber geriatrietypisch)
- > Systemimmanenter Anreiz zu Unter- wie Überversorgung mit geriatrischen FR-Leistungen
- Bundesländer- und krankenhausspezifisch unterschiedliche Anteile vergütungsrelevanter OPS 8-550.* (GFK)-Leistungen
- Schwierige MDK-Begutachtungskonstellationen bei Inkongruenz von Kassenanfrage und Versorgungsstrukturen

Preiswettbewerb mit nicht geriatrischen Versorgungsangeboten im Rehabereich



Übersicht



- Geriatrie-Basics: Geriatrischer Patient und besondere geriatrische Behandlungsbedarfe
- Rehabilitationspotenzial geriatrischer Patienten
- Geriatrische Versorgung: Fakten zum Stand
- Geriatrische Versorgung: Bewertung
- Geriatrische Versorgung: aktuelle Entwicklungen
- Fachliche Orientierungspunkte für die Weiterentwicklung geriatrischer Versorgungsstrukturen



Aktuelle Entwicklungen



- Ausdehnung der frührehabilitativen geriatrischen Akutversorgung durch DRG-Anreize der GFK
- Überarbeitung der Geriatriekonzepte in mehreren Bundesländern (incl. Neupositionierungsüberlegungen der Kassen)
- Entwicklung neuer geriatrischer Versorgungskomponenten
 - AGV-Projekt (Schleswig-Holstein)
 - Ambulanter geriatrischer Rehakomplex (Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern)
- Implementierung von spezifischen Krankenhausversorgungsstrukturen für demenziell Erkrankte
- Problematische Diversifikation der Versorgungsstrukturen



Übersicht



- Geriatrie-Basics: Geriatrischer Patient und besondere geriatrische Behandlungsbedarfe
- Rehabilitationspotenzial geriatrischer Patienten
- Geriatrische Versorgung: Fakten zum Stand
- Geriatrische Versorgung: Bewertung
- Geriatrische Versorgung: aktuelle Entwicklungen
- Fachliche Orientierungspunkte für die Weiterentwicklung geriatrischer Versorgungsstrukturen



Orientierungspunkte Weiterentwicklung Geriatrie



1. Geriatrische Patienten

(als Hochrisikopatienten, bereits über geringfügige Gesundheitsstörungen relevante dauerhafte Autonomieeinbußen zu erleiden)

stellen eine erhebliche und wachsende <u>Patientengruppe</u> der Grund- und Regelversorgung dar

2. Wesentliche Behandlungsprinzipien sind

- Generalistischer Behandlungsansatz unter dem <u>Fokus weitest</u> möglichen Autonomieerhalts
- weitest mögliche Behandlungskontinuität (personell, lokal)
- wohnortnahe Versorgung





3. Relativierung sektoraler Versorgungskonzepte

- Parallel statt sequentiell
- Abkehr von Schnittstellendefinitionen zugunsten von Bedarfsdefinitionen für leistungsrechtliche Behandlungsformen
- Für eine angemessene geriatrische Versorgung sind nicht überall zwingend alle Versorgungsstrukturen erforderlich





Beispiel Abgrenzung TK – AGR ?

- Nach fachlichen und sozialmedizinischen Kriterien kaum eine plausible Abgrenzung zwischen tagesklinischer Behandlung in 109-Ländern und Ambulanten geriatrischer Rehabilitation möglich
- These: Das Setting der geriatrischen Tagesklinik stellt die dem geriatrischen Patienten angemessene Form der ambulanten Rehabilitation dar





Abgrenzung Akutgeriatrie – Rehageriatrie ?

Beispiel: Niedersächsische Abgrenzungskriterien

Die geriatrische Akutbehandlung (§ 39 SGB V) ist als abgeschlossen anzusehen, wenn

- die vitalen / vegetativen Parameter (Herzkreislauf, Blutdruck, Atmung, Temperatur) stabil sind,
- die <u>klinische Diagnostik weitgehend abgeschlossen</u> ist (bezieht sich auch auf Begleiterkrankungen und die oft notwendige differential-diagnostische Abklärung einer Depression und mangelnden Motivation,
- die <u>medizinische</u>, besonders medikamentöse <u>Therapie weitgehend festgelegt</u> ist (ihre Anpassung an den Verlauf ist Aufgabe der Reha-Abteilung),
- <u>keine Notwendigkeit zur dauernden Beaufsichtigung</u> des Patienten besteht (z.B. Weglauftendenz, Verwirrtheit, Eigen- und Fremdgefährdung),
- bestehende <u>Begleiterkrankungen</u> und Komplikationen der Grundschädigung (z.B. Dekubitus-Probleme am Amputationsstumpf) <u>die aktive Teilnahme des Patienten an der Mobilisierung und Rehabilitation</u> nicht verhindern,
- die bestehenden <u>Begleiterkrankungen</u> und schädigungstypischen Komplikationen <u>vom</u> ärztlichen und nichtärztlichen Fachpersonal der Reha-Abteilung behandelt werden können,
- die Stabilität des Kreislaufs und die allgemeine Belastbarkeit des Patienten erlauben, dass mehrmals täglich aktive rehabilitative Maßnahmen von mindestens 15 Minuten Dauer im Sitzen durchgeführt werden können,

Für die Entscheidung über die geriatrische Rehabilitationsfähigkeit in Bezug auf eine Abgrenzung zur akutstationären Krankenhausbehandlung ist das **klinische Gesamtbild des Patienten maßgeblich**, wobei grundsätzlich alle o. g. Kriterien im Hinblick auf die Feststellung der geriatrischen Rehabilitationsfähigkeit erfüllt sein müssen.





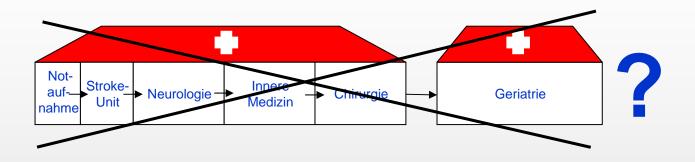
3. Relativierung sektoraler Versorgungskonzepte

- parallel statt sequentiell
- Abkehr von Schnittstellendefinitionen zugunsten von Bedarfsdefinitionen für leistungsrechtliche Behandlungsformen
- für eine angemessene geriatrische Versorgung sind nicht überall zwingend alle Versorgungsstrukturen erforderlich
- aufgrund der Risiken / Instabilität geriatrischer Patienten ist die geeignete Versorgungsstruktur für eine sektorenübergreifende Behandlung eher krankenhausnah
- Idealtypisch: Altersmedizinische Departmentstruktur unter geriatrischer Leitung mit internistischer, neurologischer und alterstraumatologischer Kompetenz sowie Zugriff auf Gerontopsychiatrie und weitere Konsiliardienste



visionäre geriatrische Versorgung





Behandlung aus einer Hand unter einem Dach



notwendige Disziplinen kommen zum Patienten



visionäre geriatrische Versorgung Medizinisch-geriatrisches Casemanagement

- Patientenidentifikation und Zuweisung zu einem geriatrischen Behandlungsteam
- Multiprofessionelles Assessment → Behandlungspriorisierung → Behandlungsplanung unter
- Berücksichtigung des geriatriespezifischen Behandlungsfokus, Aspekten der Patientenpersönlichkeit, des sozialen und sonstigen Umfeldes und der hausärztlich-ambulanten Versorgungsperspektiven
- Medizinische Behandlungsführung (incl. abgestimmte Pharmakotherapie und ggf. Rückgriff auf Spezialisten)
- Kontinuierliche Patientenbegleitung auch bei zeitweilig anderem fachspezifischem Behandlungsschwerpunkt
- Systematisches Riskmanagement
- Vorhaltung frührehabilitativer Behandlungsmöglichkeiten und deren Einsatz und Kontrolle nach individuellem Bedarf
- Planung und Umsetzung von Maßnahmen der Weiterversorgung ggf. auch unter Nutzung teilstationärer Übergangsbehandlung – in Abstimmung mit Angehörigen, Pflegediensten und Hausarzt

GKV MDK MDS





- 4. <u>Beseitigung von vergütungsstrukturbedingten</u> <u>Fehlanreizen</u> für die Versorgung
 - derzeitiges FR-Finanzierungssystem über OPS 8-550.1 getriggerte geriatrische Fallpauschalen setzt Anreize zur Überwie Unterversorgung



Probleme

Grenzen von Frühreha-DRGs



Beispiel: Gruppierung bei zusätzlicher Erbringung geriatrischer Frühreha 2007

ohne Frühreha

Große Eingriffe an Magen, Osophagus und Duodenum mit hochkomplexem Eingriff oder 5.861 G03A komplizierenden Prozeduren oder bei bestimmter bösartiger Neubildung Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne G03B 4,096 komplizierende Prozeduren, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff G15Z 4.063 Komplexe Rektumresektion ohne **G16B** Lebermetastasenchirurgie, ohne komplizierende 3,928 Prozeduren Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und **G19B** 1.878 Duodenum ohne komplizierende Prozeduren, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 2 Jahre Appendektomie außer bei Peritonitis, ohne 0.704 G23C äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 13 Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhemien, Alter > G25Z 0,677 0 Jahre oder Eingriffe bei Hemien, Alter < 1 Jahr

mit Frühreha

G14Z

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane

RG 6,152



Probleme





Beispiel: Gruppierung bei zusätzlicher Erbringung geriatrischer Frühreha 2008

ohne Frühreha

Große Eingriffe an Magen, Osophagus und Duodenum mit hochkomplexem Eingriff oder G03A 5,808 komplizierenden Prozeduren oder bei bestimmter bösartiger Neubildung Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne G03B 4.102 komplizierende Prozeduren, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff G15Z 4.424 Komplexe Rektumresektion ohne **G16B** Lebermetastasenchirurgie, ohne komplizierende 3,969 Prozeduren Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und **G19B** Duodenum ohne komplizierende Prozeduren, 1.789 außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 2 Jahre Appendektomie außer bei Peritonitis, ohne 0.710 G23C äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 13 Jahre Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhemien, Alter > G25Z 0.686 0 Jahre oder Eingriffe bei Hemien, Alter < 1 Jahr

mit Frühreha

G14Z

Geriatrische
frührehabilitative
Komplexbehandlung
mit bestimmter ORProzedur bei
Krankheiten und
Störungen der
Verdauungsorgane

RG 5,384





4. <u>Beseitigung von vergütungsstrukturbedingten</u> <u>Fehlanreizen</u> für die Versorgung

- derzeitiges FR-Finanzierungssystem über OPS 8-550.1 getriggerte geriatrische Fallpauschalen setzt Anreize zur Überwie Unterversorgung
- Alternative: Vergütung frührehabilitativer Leistungen über Zusatzentgelte gestaffelt nach Therapiedauer und Intensität
- auch potenzieller Einstieg in Vergütung rehabiltiativer Leistungen unabhängig vom Erbringungsort
- Budgetierung von geriatrischen Frührehaleistungen in Abhängigkeit von der geriatrischen Versorgungsquote?
- perspektivisch regionale Globalbudgets für die geriatrische Versorgung ??? (Zielgruppendef., Ergebnisqualitätskriterien)





- 5. Paralleler <u>Ausbau geriatrischer Behandlungskompetenz</u> im primärärztlichen Versorgungsbereich
 - generelle Förderung qualifizierter Generalisten und geriatrischer Versorgungskompetenz im hausärztlichen Versorgungssektor
 - käme auch "Hausarzt-als-Lotse"-Konzepten und Versorgung nicht-geriatrischer Patienten zugute
 - verbindliche geriatrische Basisqualifikationsanforderungen für die Versorgung von Pflegeheimbewohnern







Geriatrische Qualifikationsressourcen

Geriater mit in	Fakultative.Wb Klin. Geriatrie	Zusatz-Wb. Geriatrie	Schwerpunkt Geriatrie / Inn. Medizin	Geriatr. Wb. gesamt	pro 100.000 Einwohner	WbBerech- tigte	pro 1000 Klinikärzte
Baden-Württemberg	416	5	0	421	3,9	48	2,6
Bayern	224	14	2	240	1,9	49	2,2
Berlin	97	1	0	98	2,9	9	1,2
Brandenburg	4	4	18	26	1.0	12	2,9
Bremen	11	1	0	12	1,8	4	2,4
Hamburg	46	3	0	49	2,8	7	1,6
Hessen	k.A.	k.A.	k.A.	247	4.1	20	1,9
Mecklenburg-Vorpommern	34	4	0	38	2,2	5	1,5
Niedersachsen	k.A.	k.A.	k.A.	89	1,1	14	1,1
Nordrhein-Westfalen	434	103	25	562	3,1	95	2,8
Rheinland-Pfalz*	53	6	4	73	1,8	10	1,5
Saarland	15	4	0	19	1,8	6	2,8
Sachsen	69	7	0	76	1,8	14	1,9
Sachsen-Anhalt	39	4	10	53	2,1	11	2,6
Schleswig-Holstein	51	12	0	63	2,2	9	1.7
Thüringen	14	6	0	20	8,0	5	1,2
Deutschland gesamt	1507	174	59	2086	2,5	318	2,1

Datenstand 7/2007

Dt.Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 21 (2008)



Geriatrische Qualifikationsressourcen



THEMEN DER ZEI

Erheblicher Nachholbedarf in der Weiter- und Fortbildung

Die Zahl multimorbider Patienten nimmt immer weiter zu Doch es fehlt an geristrisch qualifizierten Ärzten.

Norbert Lübke, Sibylle Ziegert, Matthias Meinck

qualifizierte Versorgung be. Eine optimale Behandlung dieser ain braites Wissen (ther die Medirin Patienten im Rahmen gewindheitdes alten Menschen Geriatrische licher Störungen gefährdet, dauer-Patienten zeigen oft atveische oder hafte Einbeßen ihrer Selbstständig

sich überlagerude Symptome und

Kenntnisse eine wichtige Rolle (1) non medizinischen Case-Manager



adimin might andors als der Go-Disziplin hat noch nicht den Stellenwert, der ihr angesichts der demogr

Dr. med. Norbert Lübke Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord 27.08.2009, www.kcgeriatrie.de

 Von den knapp 2100 geriatrisch qualifizierten Ärzten sind nach Erhebungen der KBV 377 (18%) ambulant tätig

- entspricht: 0,84 % aller beruftätigen Ärzte 1,31 % aller Klinikärzte 0,32 % aller amb. tätigen Ärzte
- zusätzlich ca. 500 curriculär geriatrisch fortgebildete Ärzte im amb. Bereich

Dt.Arzteblatt, Jg. 105, Heft 21 (2008)







also keine Sorge!

- 6. <u>beschränkte geriatrische Qualifikationsressourcen</u> werden den Ausbau geriatrischer Versorgungsstrukturen erheblich limitieren
 - "Wandergeriater" gesucht!
 - mehrgleisige Weiterqualifikationsangebote entwickeln, insbesondere im primärärztlichen Bereich unter Einbezug der Allgemeinmediziner /hausärztlichen Internisten
 - verbindliche geriatrische Basisqualifikationsanforderungen für die Versorgung von Pflegeheimbewohnern
- 7. umso notwendiger ist die <u>Weiterentwicklung von</u> geriatrischen <u>Mindestqualitätsstandards</u>
 - primär noch auf Struktur- und Prozessebene



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



