



BUNDESVERBAND
GERIATRIE

Überblick über die geriatricspezifischen Versorgungsstrukturen in Deutschland

DVfR Geriatrie Fachtagung 2018

Berlin

RA Dirk van den Heuvel

Geschäftsführer
Bundesverband Geriatrie e.V.

Versorgungsbedarf – vom geriatrischen Patienten aus betrachtet

„Patientenklientel“:

- zumeist mehrfach krank (multimorbid)
- alterstypisch erhöhte Vulnerabilität
- häufig chronische Erkrankungen bzw. Gefahr der Chronifizierung
- oft kombiniert mit kognitiven Einschränkungen

- Behandlungsansatz: eine darauf aufbauende, altersgerechte medizinische Intervention in Verbindung mit rehabilitativer Behandlung
- Im Fokus stehen somit weniger die einzelne Krankheit oder das einzelne Akutereignis, vielmehr stehen die komplexen Zusammenhänge und die Wechselwirkungen der verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Mittelpunkt.

„Indikationsspezifische oder geriatrische Reha ... ?“ – Patientenprofil entscheidend



Indikationsspezifische Rehabilitation:

- auch für ältere Patienten, die „fit“ sind
- Unterteilung durch Diagnose/ betroffenes Organ in
 - Orthopädie
 - Kardiologie
 - Neurologie
 -

Geriatrische Rehabilitation:

- für geriatrische Patienten (entsprechendes Profil)
- keine Unterteilung, da Multimorbidität, Gebrechlichkeit (Frailty) usw. ausschlaggebend ist

→ Hinsichtlich Zielrichtung, Ansatz und Gestaltung unterschiedliche, sich ergänzende Rehabilitationsformen

Versorgungsbedarf – vom geriatrischen Patienten aus betrachtet



BUNDESVERBAND
GERIATRIE

Geriatrische Kliniken bieten eine auf die Multimorbidität der Patienten abgestimmte, multidimensionale geriatrische Abklärung der verschiedenen Krankheiten und ihrer jeweiligen Zusammenhänge sowie eine darauf aufbauende, altersgerechte medizinische Intervention in Verbindung mit rehabilitativer Behandlung.

Der Blick richtet sich somit weniger auf die einzelne Krankheit oder das einzelne Akutereignis, vielmehr stehen innerhalb der Geriatrie die komplexen Zusammenhänge und die Wechselwirkungen der verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Mittelpunkt. Darüber hinaus werden regelhaft evtl. altersbedingte Ursachen, wie bspw. Stürze abgeklärt und die identifizierten, zugrunde liegenden Ursachen gezielt mit in die Behandlung aufgenommen.

„Organspezifische oder geriatrische Reha ... ?“

Was ist anders? Z. B. Stellenschlüssel



<u>Bereich</u>	<u>Bemessungsgröße / Bemerkung:</u>	<u>Orientierung:</u>
Ärzte	Differenzierter Leistungskatalog* (Grundleistungen, Funktionsleistungen, Besonderheiten)	Anhand des Leistungskatalogs (Anlage) zu errechnen TK entsprechend Orientierungswert: 1 : 10
Pflege	Grundlage PPR (- x%) + Nachtwache Pflegefachkraftquote (3-jähr. Examiniert) mind. 75% Abweichungen durch Raum-/ Organisationsstrukturen (z.B. Hauswirtschaft)	Akut 1 : 1,35 – 1 : 1,8 Reha 1 : 1,7 – 1 : 2,25 (TK 1 : 5,5 – 1 : 6)
Therapeuten Physiotherapie mit Physikalischer Therapie./ Ergotherapie/ Logopädie/ (Neuro-) Psychologie	„Minimal-Standard“ OPS 8-550 OPS 8-550 = Früh-Reha keine berufsgruppenbezogene Differenzierung keine Anhaltszahlen für „Non 8-550-DRGs“	1 : 4,4 (alle Berufsgruppen müssen vertreten sein) TK entsprechend
Sozialdienst	Orientierung an OPS 9 – 401.0/.2	1 : 40 TK entsprechend

Wer macht es? Status Quo – inhomogene Versorgungsstrukturen



BUNDESVERBAND
GERIATRIE

es gibt in Deutschland kein einheitliches System der geriatrischen Versorgung

**(fast) kein Bundesland gleicht konzeptionell dem anderen!
(Angleichung erkennbar)**

Geriatric im KH (§ 109 SGB V „Frühreha“) / Reha (§ 111 SGB V) / „Frühreha“ + Reha

teilstationäre/ambulante Versorgung (inkl. Mobile Reha)

Vertragsarztebene?

Status Quo – gewachsene Versorgungsstrukturen

- **starke Abhängigkeit von politischen Konzeptfestlegungen**
- **Fortführung gewachsener Strukturen**

- **vollstationär, teilstationär und ambulant/mobile geriatrische Reha, Geriatrische Institutsambulanz (GIA):**
 - **nicht jedes Land nutzt alle Versorgungszweige**
 - **z. T. besteht kein einheitliches Verständnis (z. B. Tagesklinik)**

- **unterschiedliche Anforderungen: Umsetzung einer wohnortnahen Versorgung (Flächenländer/Stadtstaaten)**
- **starker Einfluss der Krankenkassen**

Entwicklung der Geriatrie Krankenhäuser 2015 im Vergleich zu 2010

Krankenhäuser Bundesländer	Anzahl Einrichtungen		Anzahl Betten	
	Destatis 2013	Abfrage BVG 2015	Destatis 2013	Abfrage BVG 2015
Baden-Württemberg	10	20	447	764
Bayern	43	63	1.093	1.610
Berlin	21	22	1.389	1.550
Brandenburg	14	23	862	1.142
Bremen	4	4	240	244
Hamburg	10	11	947	994
Hessen	29	38	1.532	2.030
Mecklenburg-Vorpommern	0	9	0	254
Niedersachsen	15	40	512	1.184
Nordrhein-Westfalen	77	95	4.295	5.067
Rheinland-Pfalz	7	18	349	545
Saarland	3	3	138	153
Sachsen	10	19	279	533
Sachsen-Anhalt	9	19	428	669
Schleswig-Holstein	15	15	903	1.033
Thüringen	7	7	570	587
Summe	274	406	13.984	18.359

Übersicht der Krankenhäuser mit geriatrischer Fachabteilung in Deutschland (Quelle: Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2013, Statistisches Bundesamt 2015, Ergänzungen des Bundesverbandes Geriatrie, Datenerhebung 2015)

Entwicklung der Geriatrie Rehabilitationseinrichtungen 2015

Rehabilitationseinrichtungen Bundesländer	Anzahl Einrichtungen		Anzahl Betten	
	Destatis 2013	Abfrage BVG 2015	Destatis 2013	Abfrage BVG 2015
Baden-Württemberg	26	40	1.082	1.809
Bayern	62	68	2.782	2.946
Berlin	1	1	130	130
Brandenburg	1	1	70	70
Bremen	1	1	38	60
Hamburg	0	0	0	0
Hessen	2	3	75	85
Mecklenburg-Vorpommern	4	4	241	219
Niedersachsen	14	15	637	680
Nordrhein-Westfalen	19	23	1.122	1.354
Rheinland-Pfalz	6	5	371	325
Saarland	5	5	275	275
Sachsen	4	4	318	326
Sachsen-Anhalt	1	1	62	65
Schleswig-Holstein	0	0	0	0
Thüringen	0	0	0	0
Summe	146	172	7.203	8.324

Übersicht der Rehabilitationseinrichtungen mit geriatrischer Fachabteilung in Deutschland (Quelle: Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2013, Statistisches Bundesamt 2015, Ergänzungen des Bundesverbandes Geriatrie)

Prognose Versorgungsbedarf aufgrund der Demografie



BUNDESVERBAND
GERIATRIE

Altersgruppen	Geriatrische KH-Häufigkeit	Anzahl geriatrische Fälle		Veränd. '13 bis '25	
		2013	2025	abs.	in %
unter 65 Jahre	0,015%	9.800	9.157	- 643	- 6,6%
65 bis 75 Jahre	0,498%	43.502	50.149	+ 6.647	+ 15,3%
75 bis 80 Jahre	1,557%	58.645	53.826	- 4.819	- 8,2%
über 80 Jahre	4,282%	190.380	265.975	+ 75.595	+ 39,7%
Gesamt		302.327	379.107	+ 76.780	+ 25,4%

Geriatrische Krankenhaushäufigkeit/Geriatrische Reha-Häufigkeit 2013 und Entwicklung der Fallzahlen aufgrund der demografischen Entwicklung bis 2025 (Quelle: Stala Bevölkerungsprognosen, Destatis KR-1 Statistik)

Altersgruppen	Geriatrische Reha-Häufigkeit	Anzahl geriatrische Fälle		Veränd. '13 bis '25	
		2013	2025	abs.	in %
unter 65 Jahre	0,010%	6.402	5.982	- 420	- 6,6%
65 bis 75 Jahre	0,210%	18.316	21.115	+ 2.799	+ 15,3%
75 bis 80 Jahre	0,631%	23.755	21.803	- 1.952	- 8,2%
über 80 Jahre	1,355%	60.222	84.135	+ 23.913	+ 39,7%
Gesamt		108.695	133.035	+ 24.340	+ 22,4%

Prognose Versorgungsbedarf aufgrund der Demografie

Altersgruppen	Geriatrische KH-Häufigkeit	Anzahl geriatrische Fälle		Veränd. '13 bis '25	
		2013	2025	abs.	in %
unter 65 Jahre	0,015%	9.800	9.157	- 643	- 6,6%
65 bis 75 Jahre	0,498%	43.502	50.149	+ 6.647	+ 15,3%
75 bis 80 Jahre	1,557%	58.645	53.826	- 4.819	- 8,2%
über 80 Jahre	4,928%	100.000	133.035	+ 33.035	+ 33,0%

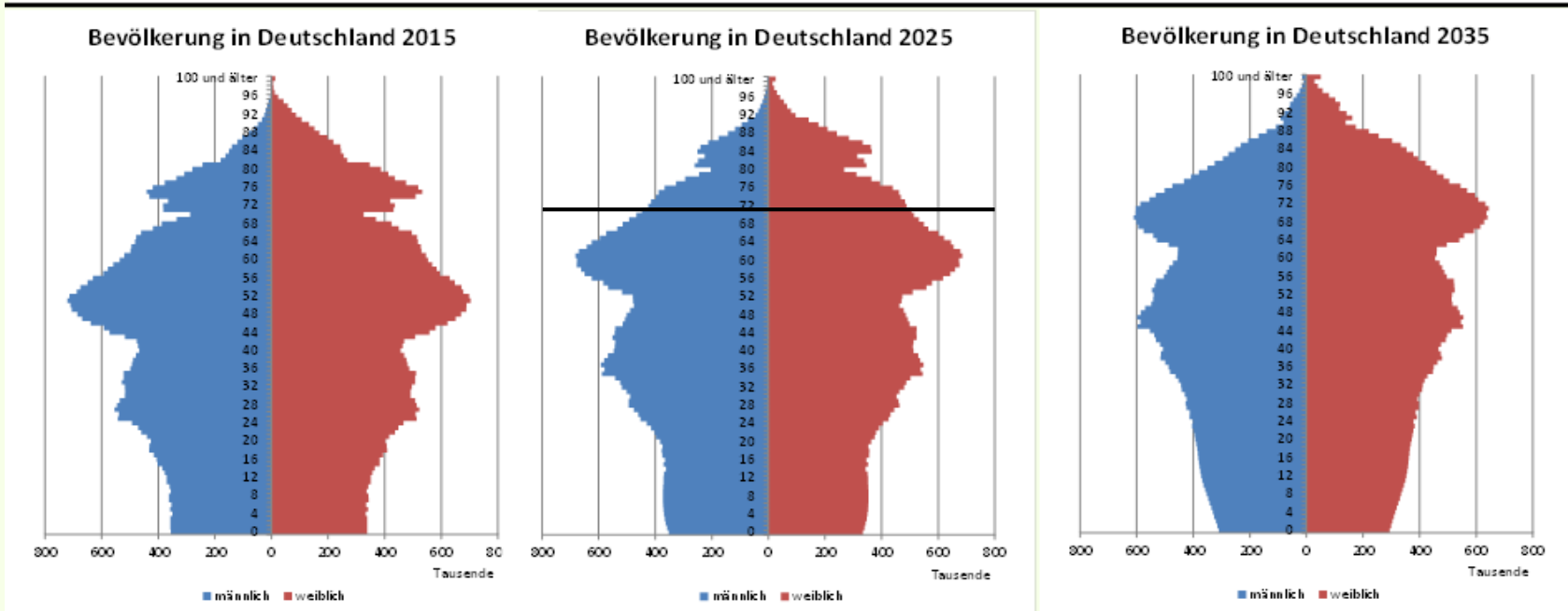
**Fallzahlen in deutschen Krankenhäusern:
2015 = 19,2 Mio**

(Destatis KR-1 Statistik)

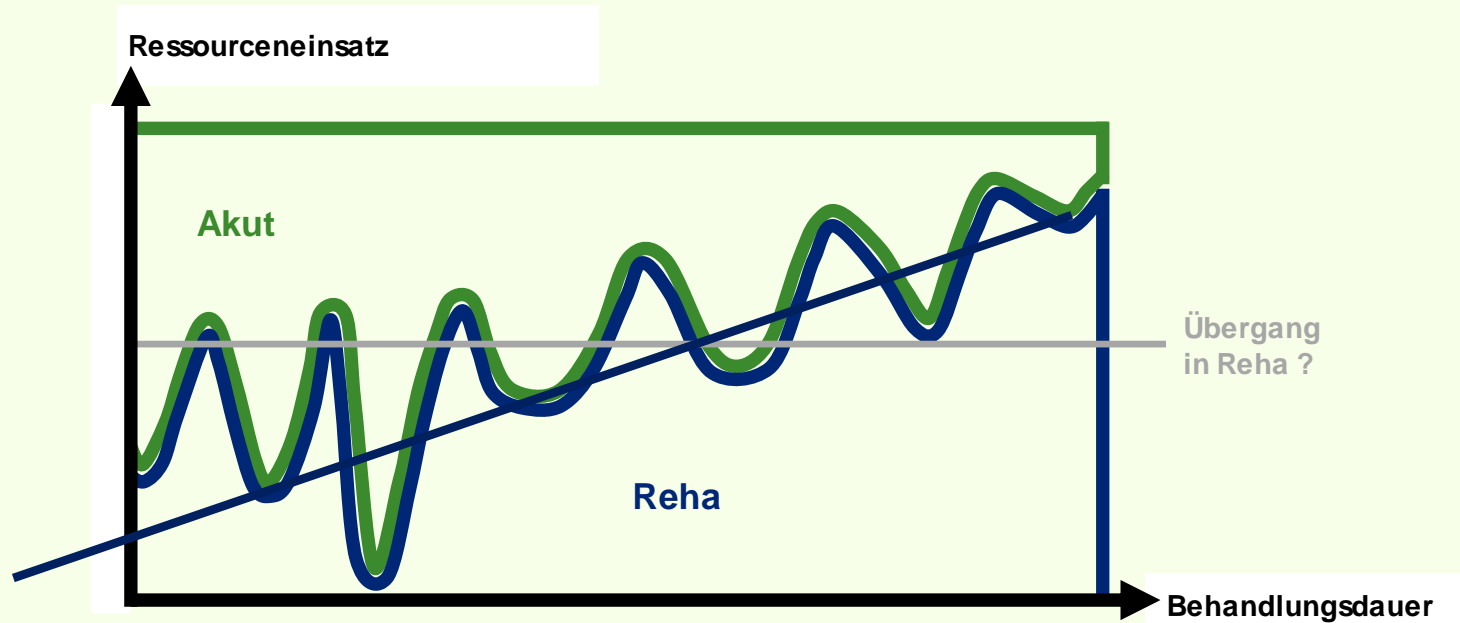
Altersgruppen	Geriatrische Reha-Häufigkeit	Anzahl geriatrische Fälle		Veränd. '13 bis '25	
		2013	2025	abs.	in %
unter 65 Jahre	0,010%	6.402	5.982	- 420	- 6,6%
65 bis 75 Jahre	0,210%	18.316	21.115	+ 2.799	+ 15,3%
75 bis 80 Jahre	0,631%	23.755	21.803	- 1.952	- 8,2%
über 80 Jahre	1,355%	60.222	84.135	+ 23.913	+ 39,7%
Gesamt		108.695	133.035	+ 24.340	+ 22,4%

Prognose Versorgungsbedarf Zusammenfassung und Ausblick

zukünftiger Kapazitätenbedarf 2025	Krankenhaus		Rehabilitation	Geriatric	
	Gesamt				
Demografischer Effekt	3.623			1.556	5.179
Geriatrische Pat. andere FA (10%-Szenario)	8.268			1.130	9.398
Gesamt	11.891			2.686	14.577

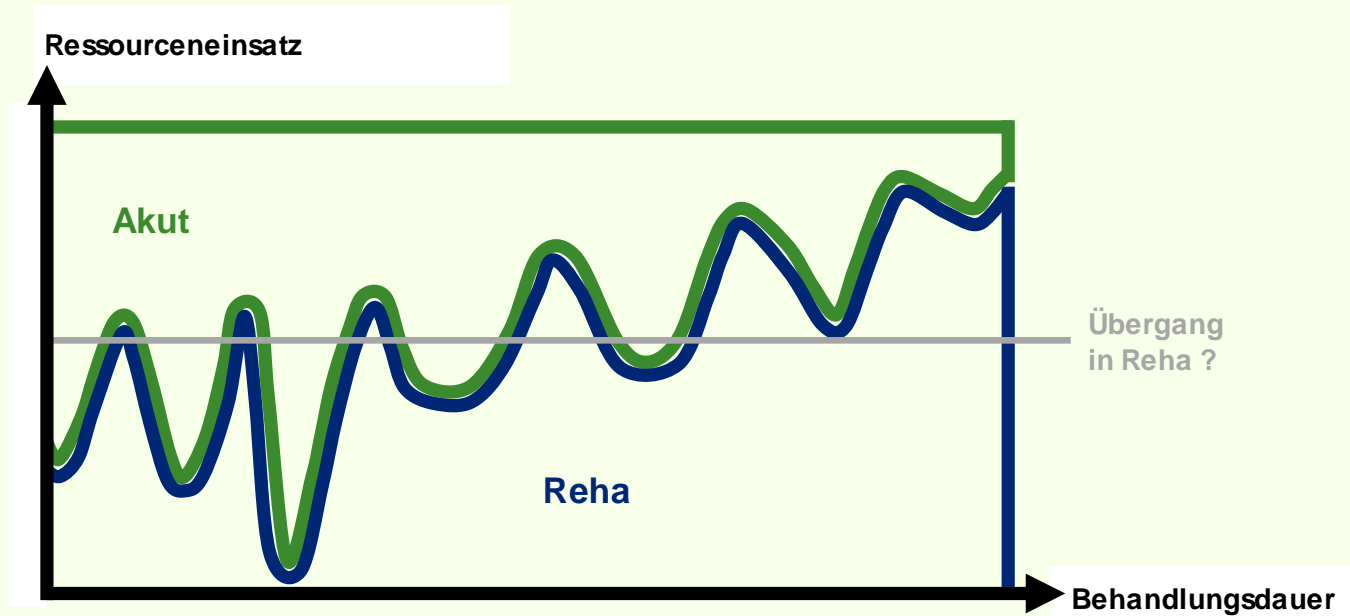


Versorgungsbedarf – vom geriatrischen Patienten aus betrachtet



→ Trennung von „Akut“ und „Reha“ beim geriatrischen Patienten ?

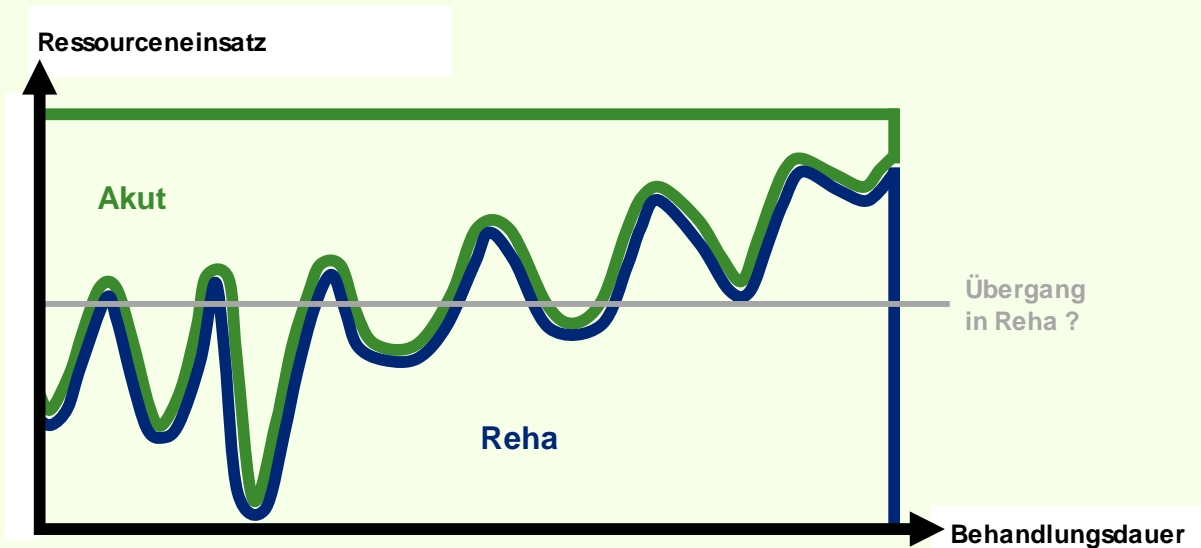
Versorgungsbedarf – vom geriatrischen Patienten aus betrachtet



→ Trennung von „Akut“ und „Reha“ ?

→ Trennung von „Prävention“, „Vorsorge“?

Versorgungsbedarf – vom geriatrischen Patienten aus betrachtet

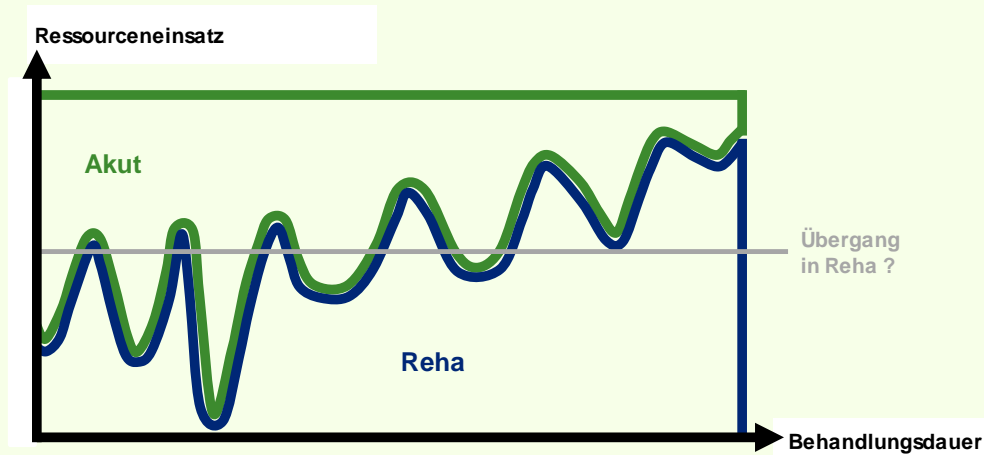


→ Trennung von „Akut“ und „Reha“ ?

→ Trennung von „Prävention“, „Vorsorge“?

→ Trennung von „Ambulant“ und „Stationär“?

Versorgungsbedarf – vom geriatrischen Patienten aus betrachtet



→ Trennung von „Akut“ und „Reha“ ?

→ Trennung von „Prävention“, „Vorsorge“?

→ Trennung von „Ambulant“ und „Stationär“?

→ Trennung von „SGB V und SGB XI“ ?

- **Der stationäre/teilstationäre Bereich ist in den letzten Jahren organisch gewachsen.**
- **Der Bedarf an einer geriatricspezifischen, qualitativ hochwertigen und wohnortnahen Versorgung geriatrischer Patienten wird weiter steigen; ab 2035 sogar sehr deutlich.**
- **Die Versorgungsstrukturen müssen fachspezifisch und integrativ, d.h. sektorenübergreifend – ggf. unter Modifikation des gesetzlichen Rahmens – weiterentwickelt werden.**
- **Die Qualifikation des eingesetzten Personals muss „Bedingung“ für die Versorgung bzw. die Abrechnung der Leistung sein → „Facharzt“ notwendig**

Herausforderung der Zukunft

- **Wie kann man, ...**
 - ... ein stark sektoriertes Gesundheitssystem ...**
 - ... mit unflexiblen Budgetgrenzen ...**
 - ... mit regionalen Gewichtungen ...****zu einem „bedarfsorientierten Versorgungskonzept“ 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 Behandlungs- bzw. Rehabilitationsbedarf nicht aus dem Auge verlieren, sondern in den Mittelpunkt der Versorgung stellen?**

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dirk van den Heuvel
Bundesverband Geriatrie
Dirk.vandenheuvel@bv-geriatrie.de
030 / 3398876 10