



Geriatrische Versorgung und soziale Teilhabe

Dr. Matthias Meinck

11. November 2014 | Kiel

Leistungsansprüche

§ 11 SGB V - Gründe für Ansprüche auf Leistungen in der GKV

(1) zur **Verhütung** von Krankheiten und deren Verschlimmerung

(2) um eine **Behinderung** oder **Pflegebedürftigkeit** abzuwenden, zu **beseitigen**, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu **verhüten** oder ihre Folgen zu mildern

Leistungsansprüche mit besonderem Bezug zur soz. Teilhabe in der GKV:

- Krankenhausbehandlung inkl. Frührehabilitation (§ 39 SGB V)
- Medizinische Rehabilitation (§ 40 SGB V)
- Heilmittelerbringung (§ 32 SGB V)
- Hilfsmittel (§ 33 SGB V)

Leistungsansprüche

§ 28 Abs. 4 SGB XI - aktivierende Pflege in der SPV

Pflege soll auch die **Aktivierung des Pflegebedürftigen** zum Ziel haben, um vorhandene **Fähigkeiten zu erhalten** und, soweit dies möglich ist, **verlorene Fähigkeiten zurückzugewinnen**.

Agenda

1. Wie ist die aktuelle Bestandsaufnahme in der geriatrischen Versorgung?
2. Was ist gut, was ist weniger gut?
3. Sind die Ergebnisse der Geriatrie nachhaltig?
4. Wie könnte man die Geriatrie besser nutzen?

1. Bestandsaufnahme: Geriatrische Versorgung

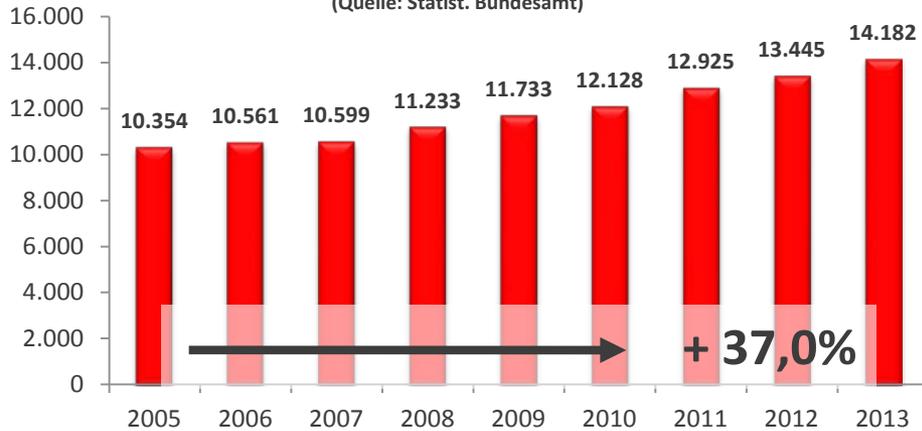
weiterhin Unterschiede in den landesweiten
Schwerpunkten der leistungsrechtlichen
Verankerung



1. Bestandsaufnahme: Geriatrische Versorgung

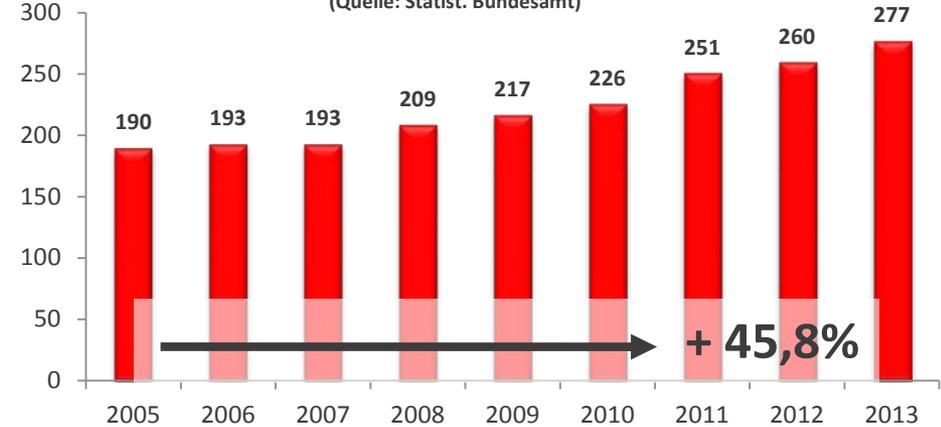
Krankenhaus: Betten

(Quelle: Statist. Bundesamt)



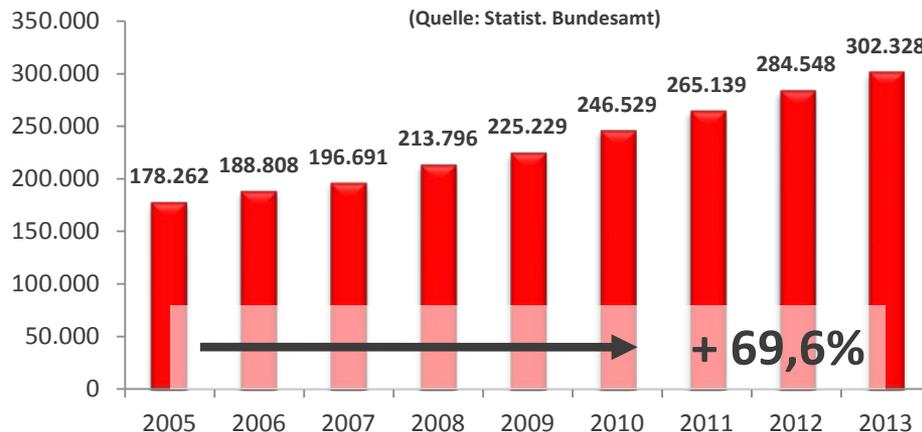
Krankenhaus: Abteilungen

(Quelle: Statist. Bundesamt)



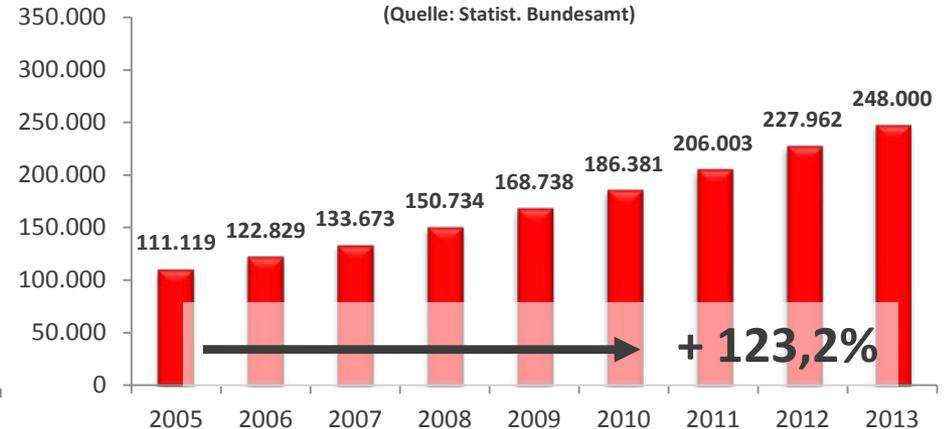
Krankenhaus: vollstationäre Fälle

(Quelle: Statist. Bundesamt)



Krankenhaus: Frühreha-Fälle

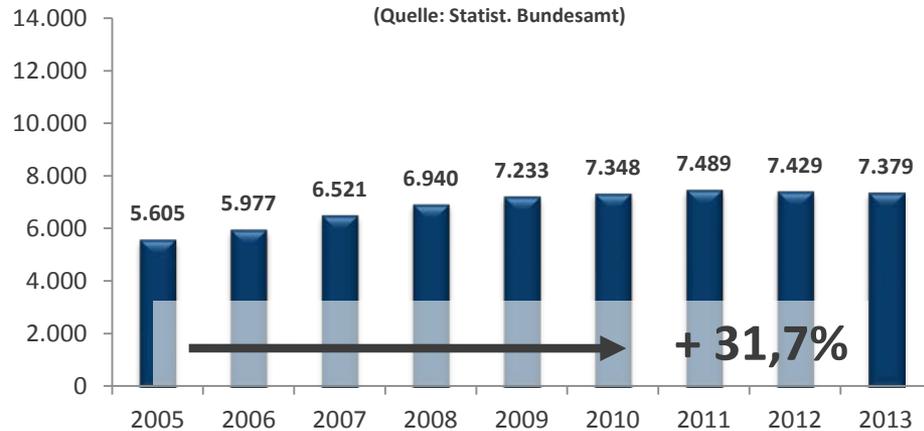
(Quelle: Statist. Bundesamt)



1. Bestandsaufnahme: Geriatriische Versorgung

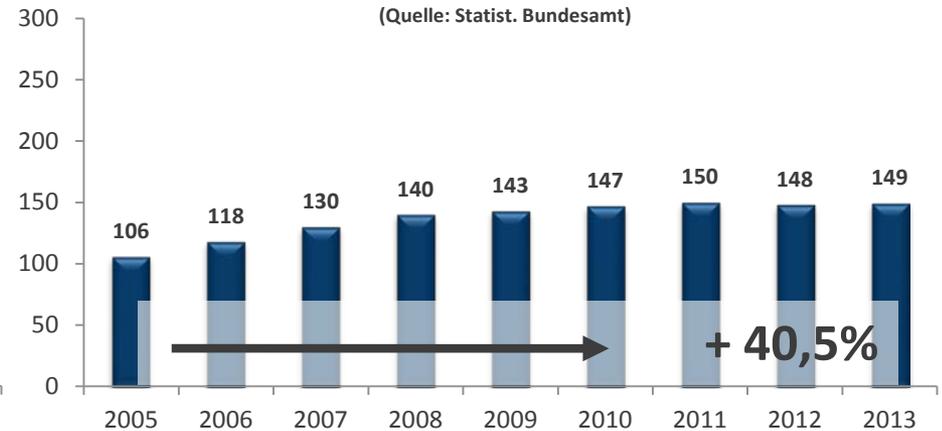
Reha-Einrichtungen: Betten

(Quelle: Statist. Bundesamt)



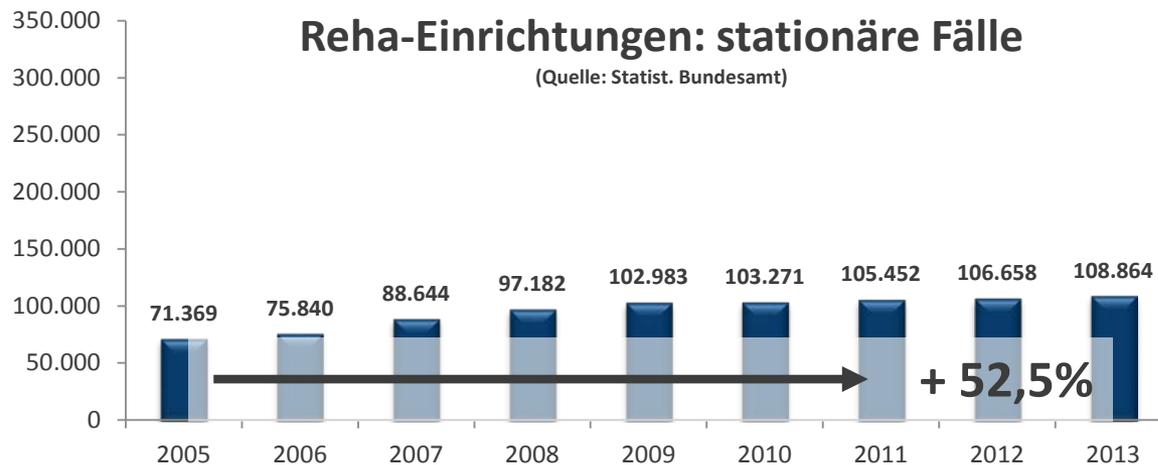
Reha-Einrichtungen: Abteilungen

(Quelle: Statist. Bundesamt)



Reha-Einrichtungen: stationäre Fälle

(Quelle: Statist. Bundesamt)



1. Bestandsaufnahme: Geriatrische Versorgung

Geriatric-Anteile an Gesamt:

in Krankenhäusern:

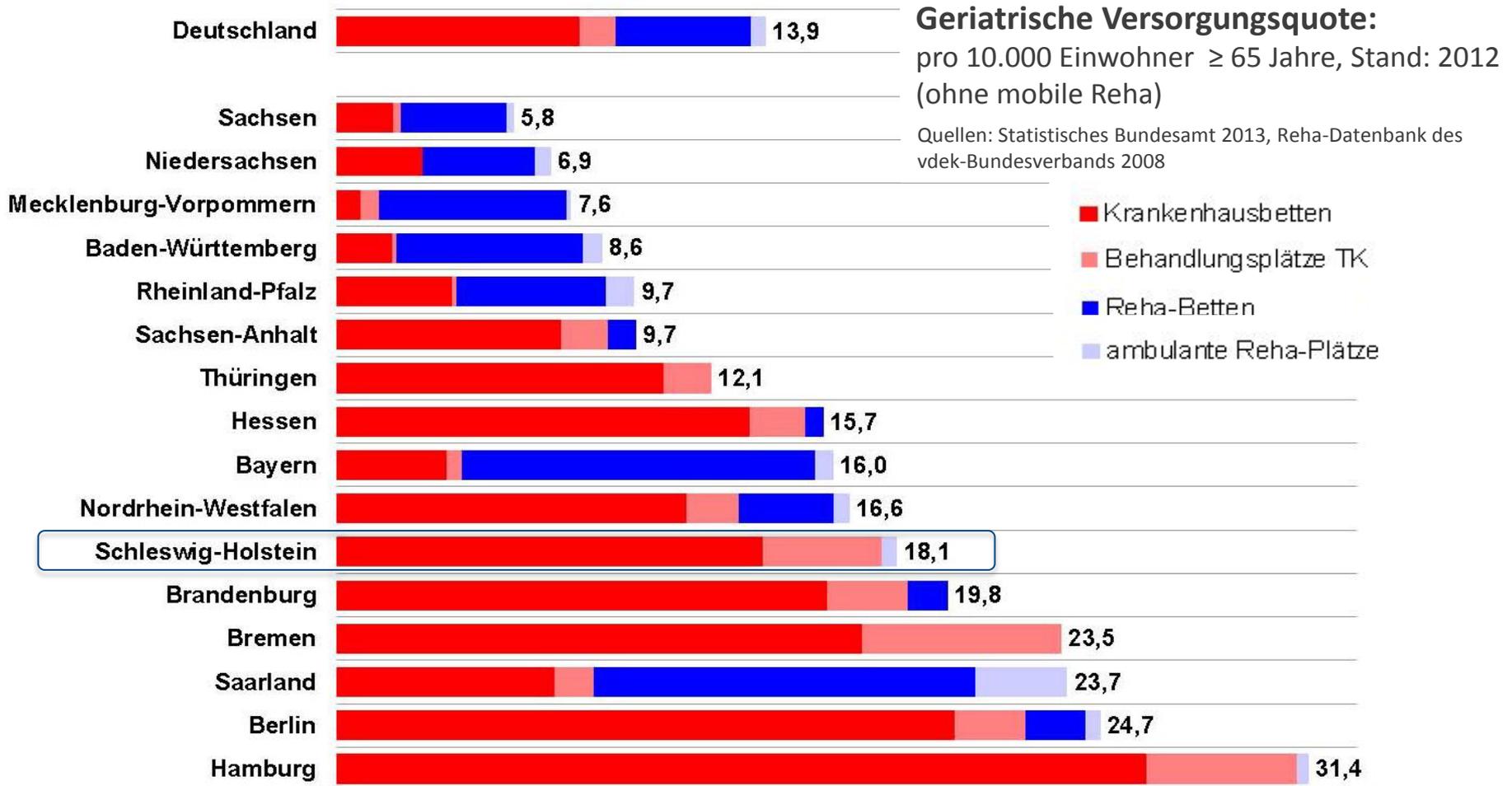
▪ Fachabteilungen	3,3%
▪ Betten	2,8%
▪ stationäre Fälle	1,6%

in Rehabilitationseinrichtungen:

▪ Fachabteilungen	8,5%
▪ Betten	4,4%
▪ stationäre Fälle	5,5%

Quelle: Stat. Bundesamt, Stand: 2013

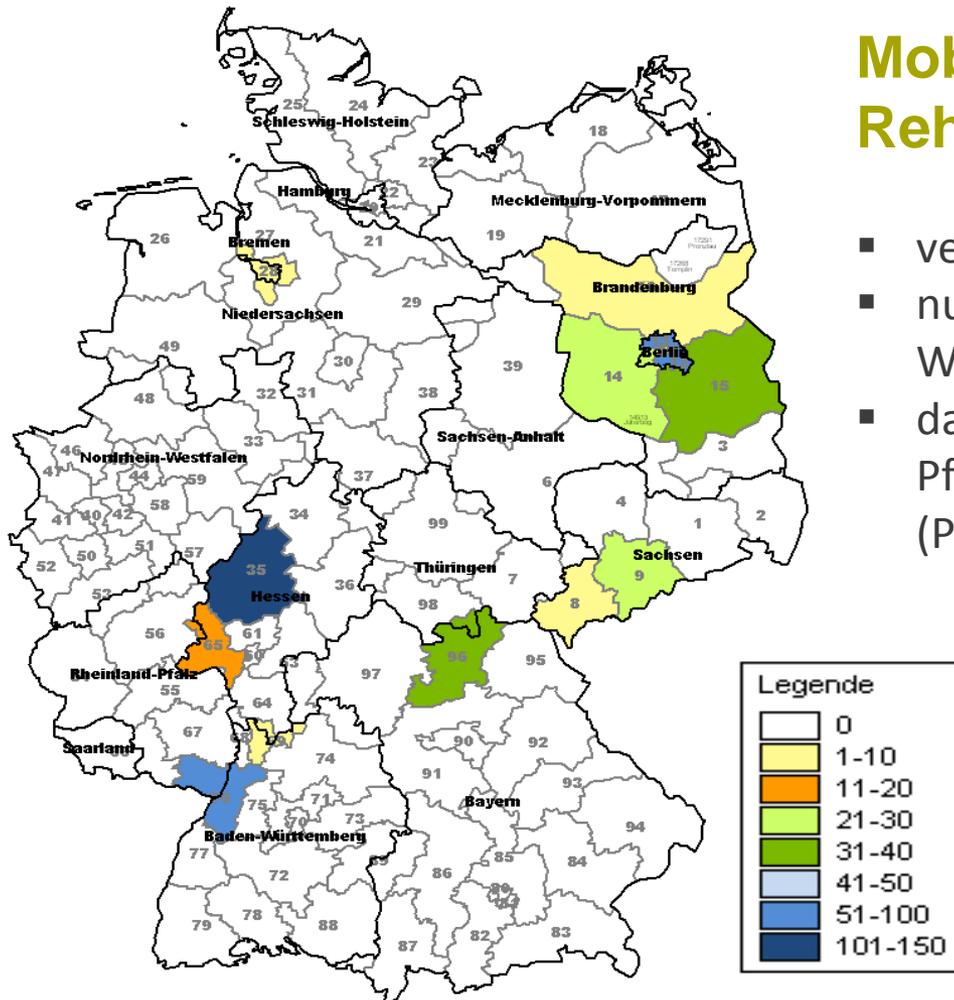
1. Bestandsaufnahme: Geriatriische Versorgung



1. Bestandsaufnahme: Geriatriische Versorgung

Mobile Geriatriische Rehabilitation

- vereinzelt (bundesweit 13 Einrichtungen)
- nur wenn Reha ausschließlich im vertrauten Wohnumfeld aussichtsreich ist
- damit grundsätzlich auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 (1) SGB XI (Pflegeheimen)



1. Bestandsaufnahme: Geriatrische Versorgung

ambulante geriatrische Versorgung

- vereinzelt geriatrische Schwerpunktpraxen
- Neu: Basiscurriculum „Geriatrische Grundversorgung“ (60 h)
- noch keine Geriatrische Institutsambulanzen
(2012: neuer §118a SGB V)

Agenda

1. Wie ist die aktuelle Bestandsaufnahme in der geriatrischen Versorgung?
2. Was ist gut, was ist weniger gut?
3. Sind die Ergebnisse der Geriatrie nachhaltig?
4. Wie könnte man die Geriatrie besser nutzen?

2. Was ist gut, was ist weniger gut?

- Geriatr. Behandlungskonzept** zielt insbesondere auf soziale Teilhabe:
- **Finalitätsprinzip** (notw. Leistungen unabhängig von der Ursache)
 - **Frühzeitigkeit** (Integration in Krankenhausbehandlung möglich)
 - **Komplexität** (Integration von Elementen der Diagnostik, Kuration, Rehabilitation, Prävention, Palliation)
 - **Interdisziplinarität** (geriatrisches Team: Arzt, Pflege, Therapeuten Sozialdienst)
 - **Individualität** (patientenbezogene Behandlungsplanung)
 - **Einbezug der Angehörigen**
 - **Leistungen im Sozialraum** (wohntnahe Versorgung)
 - **sektorenübergreifende Planung** (Hilfsmittelversorgung, Überleitungsmanagement)
 - **realistische (erreichbare) kleinschrittige Behandlungsziele**
 - **Behandlungspriorisierung** (Selbstversorgung, Lebensqualität,)

2. Was ist gut, was ist weniger gut?

Geriatrisches Behandlungskonzept:

- **Ökonomisierung** der Geriatrie (Medizin)
- **Struktur-/Prozessqualität vs. Vergütungsbereitschaft**
- **Outsourcing von Personal**
- fehlender **Qualitätswettbewerb**
- **Segmentierung** der Versorgung
- Fehlanreize im **DRG-System** (betrifft geriatrische Frühreha):
 - *Über-/Unterversorgung, Fallsplitting*
 - *steigende Aufwände für nachgelagerte Bereiche (ambulanter Sektor, Reha)*
 - *Beispiel Geriatrie – nicht bedarfsbezogene Standardisierung der Behandlungsdauern durch erlösbezogene Fehlanreize*

Fehlanreize zur Standardisierung der Behandlungsdauern in der geriatrischen Frührehabilitation

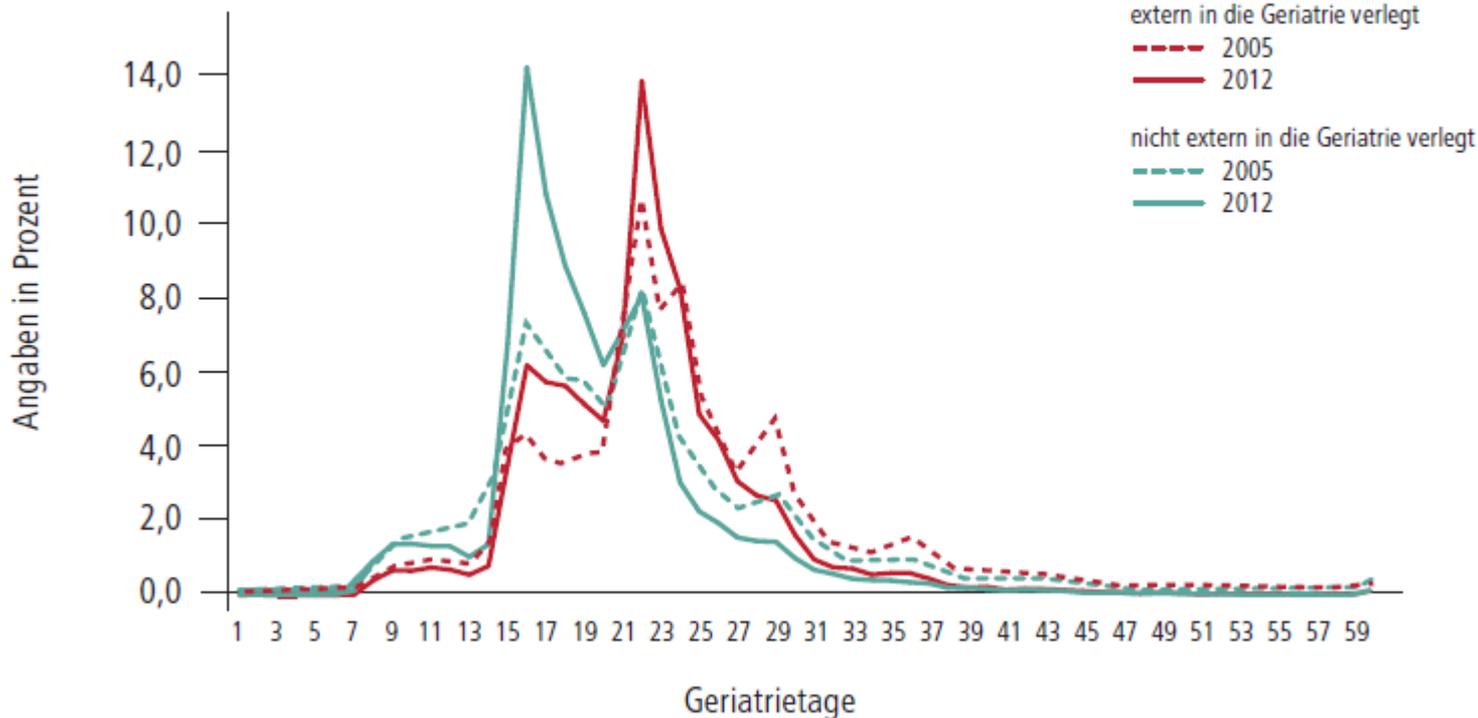
Meinck et al. f & w (2014)

Fehlentwicklungen in der Geriatrie

Dr. Matthias Meinck, Dr. Friedemann Ernst, Uwe Klein-Hitpaß, Johannes Wolff

Für die medizinische Versorgung pflegebedürftiger älterer und zugleich mehrfach Erkrankter sind in vielen Kliniken geriatrische Fachabteilungen und Tageskliniken etabliert. Die derzeitige Abbildung dort erbrachter geriatrisch frührehabilitativer Komplexbehandlungen im DRG-System beinhaltet jedoch **erlösbezogene Anreize für eine nicht bedarfsbezogene Standardisierung der Behandlungsdauern**. In der Praxis führt dies zu Unter- und Überversorgung geriatrischer Patienten.

Vergleich der Aufnahmepfade 2005 und 2012



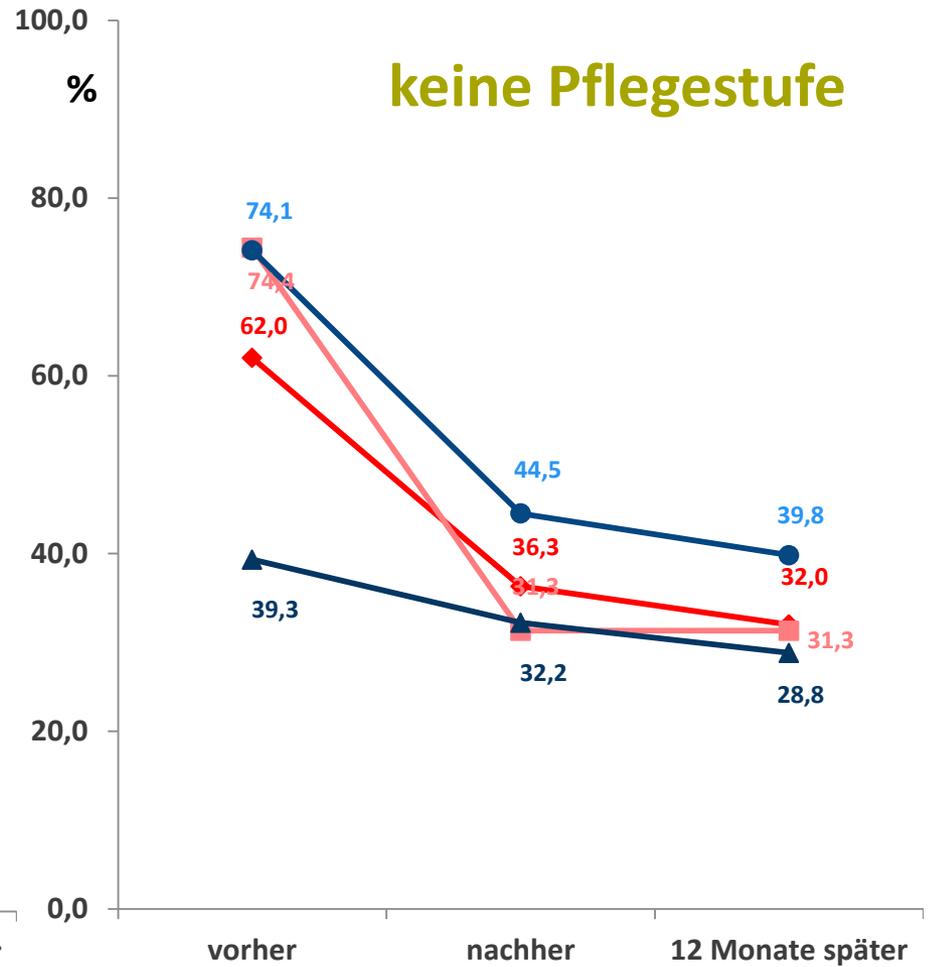
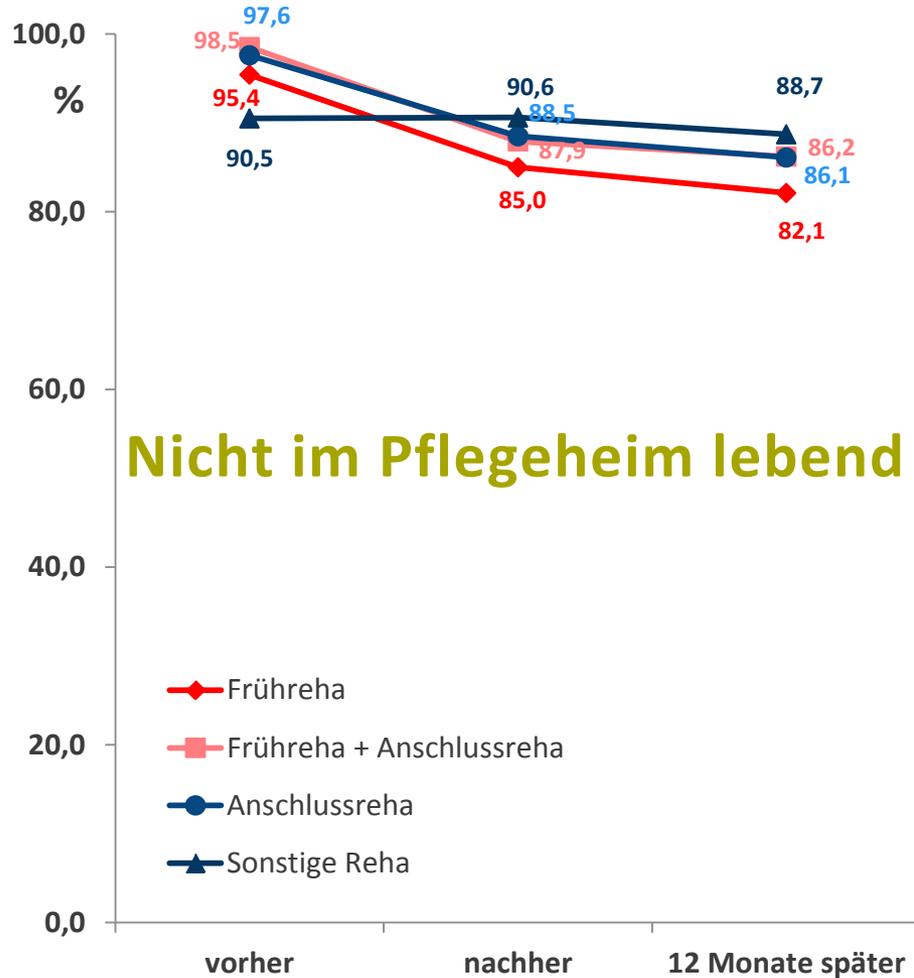
Quelle: Abrechnungsdaten der Krankenkassen



Agenda

1. Wie ist die aktuelle Bestandsaufnahme in der geriatrischen Versorgung?
2. Was ist gut, was ist weniger gut?
3. Sind die Ergebnisse der Geriatrie nachhaltig?
4. Wie könnte man die Geriatrie besser nutzen?

3. Sind die Ergebnisse der Geriatrie nachhaltig?



Meinck et al. Rehabilitation 2014; 53: 74-80

Agenda

1. Wie ist die aktuelle Bestandsaufnahme in der geriatrischen Versorgung?
2. Was ist gut, was ist weniger gut?
3. Sind die Ergebnisse der Geriatrie nachhaltig?
4. Wie könnte man die Geriatrie noch besser nutzen?

4. Wie könnte man die Geriatrie besser nutzen?

Integrationsversorgung in der Geriatrie (Prävention, Krankenbehandlung, Reha, Palliation)

- Flexibilisierung der Leistungen (zeitlich, örtlich)
- differenziertere Erlöse der geriatrischen Frühreha im DRG-System
- Ausbau der mobilen geriatrischen Reha
- Fokus der Geriatrie auf präakute Bedarfe ausweiten (z.B. GIA)
- systematischere Erkennung von Reha-Bedarfen (Qualifizierung der Vertragsärzte, Schwerpunktpraxen/GIA, tertiär Pflegegutachten)
- erweiterte Behandlungsoptionen für zusatzqualifizierte Hausärzte (z.B. teamintegrierte Komplexleistungen)
- Sicherung der hausärztl. Versorgung: Delegation / Substitution ärztl. Leistungen erproben
- Entlastung der Medizin von kontextl. Aufgaben (Case-Manager)
- Verbesserung der mediz. Versorgung von Heimbewohnern

Kontakt

Dr. Matthias Meinck (Stellv. Leiter)

Kompetenz-Centrum Geriatrie
des GKV-Spitzenverbandes und der Medizinischen Dienste

info@kcgeriatrie.de

040 / 25169 - 1107

c/o MDK Nord
Hammerbrookstr. 5
20097 Hamburg

www.kcgeriatrie.de

