



Weiterentwicklung des Geriatriekonzepts Baden-Württemberg – aktueller Stand

VKD-Frühjahrstagung, 6. März 2012

Katja Gohl

Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.



Chronologie

- ursprüngliche Fassung von 1989
- Bestandsaufnahme und Fortschreibung 2001
- erneute Fortschreibung / Weiterentwicklung in Arbeit seit Mitte 2009 ...

Autoren

- Land Baden-Württemberg
- in enger Abstimmung mit den Beteiligten (Leistungserbringer, Krankenkassen, Landesseniorenrat, Ärztevertreter)

Ausgangspunkt

- Altersaufbau der Bevölkerung
- besonderer Behandlung- und Betreuungsbedarf älterer Menschen



Zielsetzung

- Versorgungsangebote für geriatrische Patienten **in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung – *Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege*** – weiterentwickeln und auf die Bedürfnisse älterer Menschen abstimmen
- Kooperation der Leistungsbereiche untereinander
- Koordination der Leistungserbringung

(Rechts-)charakter

- teilweise „medizinische Fachplanung“
- teilweise „Konsenspapier“ mit unklarem Verbindlichkeitsgrad



Akutbehandlung

Krankenhausbehandlung gemäß Geriatriekonzept

1. Behandlung geriatrischer Patienten (i.S.v. „Grundversorgung“) in allen Allgemeinkrankenhäusern in Baden-Württemberg
2. Geriatrische Schwerpunkte (in jedem Stadt- oder Landkreis)
3. Geriatrische Zentren (Unikliniken, Bethanien Krankenhaus Heidelberg, Diakoniekrankenhaus Karlsruhe)



Akutbehandlung – alle Allgemeinkrankenhäuser

GK 2001:

- Grundversorgung sichergestellt durch ein (insgesamt) bedarfsgerechtes Angebot an Krankenhausbetten
- es erfolgt keine krankenhaushausplanerische Ausweisung von geriatrischen Fachabteilungen / Betten

Weiterentwicklung:

- SM beabsichtigt zwar weiterhin kein krankenhaushausplanerisches Einschreiten im engeren Sinn, allerdings evtl. Formulierung eines **Anforderungskatalogs** für akutgeriatrische Behandlungseinheiten (Hintergrund: Verhinderung von „Türschildgeriatrien“)
- Konzentration der **geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlung** auf Geriatrische Schwerpunkte und Zentren bzw. Behandlungseinheiten

BWKG:

Formulierungen, die als Einschränkung des Versorgungsauftrages interpretiert werden können, werden abgelehnt!



Akutbehandlung – alle Allgemeinkrankenhäuser

GK 2001:

- Ziel ist die geriatrische Qualifizierung aller Krankenhäuser („soll“)
 - ein geriatrisch qualifizierter Arzt pro Krankenhaus
 - Fort- und Weiterbildung auch von therapeutischem und Pflegepersonal
 - Sozialdienst, der mit einweisenden Ärzten, Pflegeheimen usw. im Kontakt steht (siehe auch: § 31 LKHG, § 11 Abs. 4 SGB V)
 - *Schnittstelle zu ger. Reha, Pflege usw.*
- Zusammenarbeit mit dem Geriatrischen Schwerpunkt

Weiterentwicklung:

Konkretisierung bzw. Handlungsempfehlungen für Krankenhäuser zum Umgang mit geriatrischen Patienten, z.B. geriatrisches Screening / ggf. Assessment zu Beginn der Krankenhausbehandlung, Versorgungsmanagement



Akutbehandlung – Schwerpunkte und Zentren

GK 2001:

- Ausweisung im Krankenhausplan gem. § 6 LKHG: Wahrnehmung besonderer Aufgaben (als Bestandteil des Versorgungsauftrags)
- Finanzierung über einen Zuschlag – also außerhalb des DRG-Entgeltsystems

Weiterentwicklung:

künftig **Zertifizierung** als Voraussetzung für Fortbestehen der krankenhausplanerischen Ausweisung als Geriatischer Schwerpunkt oder Geriatisches Zentrum (Hintergrund: Zweifel an Aufgabenerfüllung / ordnungsgemäßer Mittelverwendung)

→ Verfahren wird aktuell entwickelt von einer Unterarbeitsgruppe bestehend aus GKV, MDK, LAG GSP/GZ, BWKG

→ Grundlage: von SM in 2011 erhobene Selbstauskunft (jährlicher Tätigkeitsbericht + Begehung durch LAG/MDK)



Akutbehandlung – Schwerpunkte und Zentren

GK 2001: Besondere Aufgaben des Geriatrischen Schwerpunkts

- Organisation eines **geriatrischen Konsils** am eigenen Krankenhaus, im Einzelfall auch für externe Patienten
- Durchführung **geriatrisches Assessment** am eigenen Krankenhaus
- **Konsiliarische Tätigkeit** für die anderen Fachabteilungen des Krankenhauses
- **Beratung** bei Therapieplänen und Rehamaßnahmen
- Einübung der **Teamarbeit** von Arzt, nichtärztlichen Therapeuten und Pflegekräften im Krankenhaus
- Organisation der geriatrischen **Fortbildung** im Krankenhaus, für andere Krankenhäuser, für die Kreisärzteschaft und die Pflegeeinrichtungen
- **Erschließung des weiteren Versorgungsnetzes** durch Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen, niedergelassenen Ärzten, nichtärztlichen Therapeuten, Pflegediensten, Sozialpsychiatrischen Diensten, Pflegeheimen und mit dem geriatrischen Zentrum im Blick auf die geriatrische Prävention und die geriatrische und geriatrisch-rehabilitative Versorgung

Weiterentwicklung:

auch verstärkt ärztliche Weiterbildung,
in diesem Zusammenhang: Verantwortung des Leiters für Betten erforderlich



GK 2001: Organisation und Ausstattung der Geriatrischen Schwerpunkte

- Leitung durch einen geriatrisch qualifizierten Arzt
- insgesamt Umfang von vier Stellen
 - ärztlicher Dienst
 - nichtärztlich-therapeutischer Dienst
 - pflegerischer Bereich
 - sozial-betreuerischer Bereich
 - Verwaltung

Weiterentwicklung:

Diskussion über organisatorische Selbständigkeit der Schwerpunkte

BWKG:

Sicherstellung der Aufgabenerfüllung ausreichend, Organisationshoheit des Krankenhauses



Akutbehandlung – Schwerpunkte und Zentren

GK 2001: Besondere Aufgaben der Geriatrischen Zentren

- Aufgaben wie GSP, sowie zusätzlich
 - Fortbildungsaufgaben im Bereich Geriatrie
 - originäre therapeutische Aufgaben
 - Verknüpfung von Forschung und Lehre
- Organisation
 - ärztliche Leitung wie beim Geriatrischen Schwerpunkt
 - Geriatrisches Zentrum verfügt zudem über diagnostisch-therapeutische Organisationseinheit „Geriatrie“
 - „idR sowohl stationäre als auch teilstationäre Behandlungsangebote“
- Ausstattung wie Geriatrische Schwerpunkte, jedoch zusätzlich
 - ein weiterer Arzt
 - zwei Assistenzarztstellen



Geriatrische (Anschluss-)Rehabilitation

GK 2001:

Ziele und Potential

- Sicherung der Teilhabe
- Erhaltung / Wiedererlangung einer möglichst weitgehenden Selbständigkeit
- Grundsatz „Reha vor Pflege“

Wohnortnahe Rehabilitation

- Verankerung im sozialen, familiären Umfeld bleibt erhalten
- Erleichterung des Zugangs zur geriatrischen Rehabilitation

Bedarf

- Annahme GK 1989: 2.450 Plätze (stationär und ambulant)
- Annahme GK 2001: mit 2.186 Plätzen (vorläufige) Bedarfsdeckung erreicht

Weiterentwicklung:

Aktualisierung Bedarfsanalyse ...?



Geriatrische (Anschluss-)Rehabilitation

Ausgangssituation 2009 ff.:

Belegungssteuerung durch Krankenkassen

- Fallzahl, Verkürzung Verweildauer
- Verschiebungen in Richtung orthopädische bzw. neurologische Rehabilitation
- massive Unsicherheit

**Wichtiger Ansatzpunkt:
Versorgungsmanagement der
Krankenhäuser**

Pflegesatzhöhe

Perspektive: Schiedsstelle nach § 111b SGB V

- durchschnittlich 165 EUR; kalkulierter leistungsgerechter Pflegesatz (anhand Strukturanforderungen GKV) ca. 200 EUR

Bedarf einer politischen Entscheidung durch SM (und Zusage einer Umsetzung durch GKV):

Aufrechterhaltung des Versorgungsangebots – und wenn ja: wie?



Aktueller Stand

- Gespräch BWKG/LAG mit GKV-Vorständen im August 2011
- Gemeinsames Schreiben an Ministerin Altpeter: 4-Punkte-Plan
 1. Bedarfsanalyse (Abgrenzung ggü. Früh-Reha im Akuthaus und indikationsspezifischer Reha; Bewertung Wohnortnähe)
 2. Beschreibung und Sicherung des Zugangs zur ger. Reha
 3. leistungsgerechte Vergütungssystematik (langfristig)
 4. Kurzfristig zur Anwendung kommende Preisstrategie (Vereinbarung BWKG/LAG –GKV) zur einstweiligen Sicherung der Reha-Kliniken, bis die vorgenannten Punkte abgearbeitet sind
- **Nichteinlösung „kurzfristige Preisstrategie“:** Angebot GKV (+ 8 EUR oder (ca.) 5% für zwei (!) Jahre
- erneutes Schreiben BWKG und Schreiben der Geschäftsführer der geriatrischen Reha-Einrichtungen an SM: Bitte um Einflussnahme auf GKV



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!