

3. EVR-Forum

Geriatrische Versorgungsverbände

Referent: Roland Sing

Vorsitzender Landesseniorenrat Baden-Württemberg

„Weiterentwicklung der Geriatrischen Versorgung in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen – Gemeinsame und trennende Ansätze“

Gliederung:

- I. Vorbemerkungen**
- II. Gesetzgeberische Rahmenbedingungen**
- III. Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014**
 - Zielsetzung des Geriatriekonzeptes
 - Flächendeckende Versorgung
 - Geriatrie im Krankenhaus
 - Geriatrischer Schwerpunkt
 - Geriatrisches Zentrum
 - Wann ist geriatrische Rehabilitation indiziert?
 - Flächendeckende geriatrische Versorgung
- IV. Besonderheiten der ambulanten geriatrischen Rehabilitation**
- V. Notwendige Handlungsbedarfe**
 - Hausärztliche Versorgung
 - REHA-Einrichtungen
 -
- VI. Schlussbemerkungen**

I. Vorbemerkungen

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

zunächst danke ich Ihnen sehr, dass Sie mich zu Ihrem heutigen EVR-Forum eingeladen haben und ich zu Ihnen sprechen darf. Seit mehr als 25 Jahren setze ich mich mit der Thematik der Geriatrischen Versorgung auseinander da ich früher Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg war. Die Diskussionen zur Krankenhausbedarfsplanung und Ende der 80er Jahre verstärkt zum Thema „Bettenabbau in Akutkrankenhäusern“ – dort speziell in den inneren Abteilungen – waren die Ausgangslage für eine konzeptionelle Neuausrichtung der geriatrischen Versorgung in Baden-Württemberg.

Für mich war jedenfalls entscheidend, dass in den inneren Abteilungen geriatrische Patienten lagen, deren Versorgungssituation nicht nur nachhaltig zu verbessern war, sondern die beim damaligen Recht des tagesgleichen Pflegesatzes auch sehr viel Geld gekostet hatten. Die Diskussion damals in Baden-Württemberg führte zu dem Ergebnis, dass anstelle dieser „unnötigen“ Betten in den inneren Abteilungen, geriatrische Einrichtungen ins Leben gerufen werden konnten.

An der Ausgangslage von damals, nämlich Fehlbelegung von Patienten in Akutkrankenhäusern und keine zielgerichtete, den Bedürfnissen von geriatrischen Patienten entsprechende Versorgungsstruktur, hat sich nach meiner Einschätzung nichts geändert. Deshalb ist es notwendig und richtig, die geriatrische Versorgung, soweit als möglich, als eigenständiges Versorgungskonzept zu gestalten.

Das sieht auch die Landesregierung von Baden-Württemberg so. Deshalb ist im aktuellen Krankenhausbedarfsplan aus dem Jahre 2010 zur Thematik „Geriatric“ festgelegt, dass ein eigenständiges Geriatrickonzept den Aufbau von speziellen Versorgungsstrukturen für geriatrische Patienten sichern soll. Das Ziel wird insofern konkretisiert, als alten Menschen bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit das ihnen erreichbare Maß an Selbstständigkeit bewahrt werden soll.

Mehr schreibt die Krankenhausbedarfsplanung des Landes Baden-Württemberg nicht vor. Es gibt aber ein eigenständiges Geriatrickonzept Baden-Württemberg, das im Jahre 1989 entwickelt und jetzt neu, im Jahre 2014 überarbeitet worden ist. Es enthält Maßstäbe für die Geriatric Versorgung. Wenn ich es richtig bewerte, ist hier ein Unterschied zu sehen zwischen Baden-Württemberg und dem Land Nordrhein-Westfalen. Die geriatric Versorgung in Nordrhein-Westfalen wird im Rahmen der Krankenhausplanung für das Jahr

2015 als Bestandteil des Krankenhausplanes gesehen. Es wird die Begrifflichkeit „Strukturkonzept Geriatrie“ verwendet, ist aber kein eigenständiges Geriatriekonzept sondern eingebettet in die Krankenhausplanung. Ich selbst bin ein Anhänger eines eigenständigen Geriatriekonzepts, möchte mir aber kein Urteil darüber erlauben, ob deshalb die geriatrische Versorgung unter der Einbettung in die gesamtplanerische Versorgungsstruktur für die Krankenhäuser dadurch nachrangiger bewertet wird oder möglicherweise sogar dadurch vorteilhafter gesehen werden kann.

Jedenfalls möchte ich an der Idee festhalten, dass geriatrische Behandlungseinheiten als Besonderheit zu sehen sind. Insofern sehe ich es als kritisch an, dass in Kliniken geriatrische Behandlungseinheiten eingerichtet werden sollen. Für mich bedeutet dies jedenfalls, dass wir Gefahr laufen, wieder zurückzufallen in die Situation, die ich Ihnen vorher geschildert habe, dass möglicherweise Patienten in den „falschen“ Betten liegen. Auf jeden Fall müsste in einem Krankenhaus nachhaltig gesichert sein, dass eine strikte Trennung zwischen stationärer Versorgung einerseits und geriatrischer Versorgung andererseits gewährleistet ist.

II. Gesetzgeberische Rahmenbedingungen

Lange Zeit gab es nur bescheidene Rechtsgrundlagen, die für die geriatrische Versorgung herangezogen werden konnten. Zum Teil wurde auch

bestritten, dass die geriatrische Versorgung im Sinne des Leistungsrechtes der gesetzlichen Krankenversicherung als Krankenhausversorgung einzustufen sei. Dies hatte Folgen für die Übernahme der Investitionskosten und später auch Folgen für die Definition von Krankenhausbehandlung einschließlich der Geriatrie beim kassenartenübergreifenden Strukturausgleich. In finanzieller Hinsicht wurde also über den richtigen Weg gestritten; und dies auch zwischen den einzelnen Bundesländern und den unterschiedlichen Kostenträgern, zumal, wenn deren Gebietszuständigkeiten ebenfalls unterschiedlich waren. Stichwort dazu: Bundes- oder Landeskrankenkassen.

Heute ist die Situation völlig anders. Es gibt klare Rechtsansprüche für die geriatrische Versorgung im Kontext mit der Thematik „Rehabilitation“. Ganz allgemein gibt es die Thematik „Ermessensleistungen“ überhaupt nicht mehr. Jetzt neuerdings wird es sogar so sein, dass Versicherte selbst ihre Behandlungseinrichtung wählen können, mit der Einschränkung, dass ggf. entstehende Mehrkosten bei der Ausübung des eigenen Wahlrechtes vom Versicherten zu tragen sind.

Die Verpflichtungen der Krankenhäuser zum Entlassmanagement möchte ich in diesem Zusammenhang ansprechen, in denen klar der Rechtsanspruch gesetzgeberisch formuliert worden ist, dass

entsprechende Rehaempfehlungen auszusprechen sind.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung hat bei Begutachtungen, z.B. im Rahmen der Feststellung der Pflegebedürftigkeit vorher ebenfalls eine Empfehlung abzugeben, ob Rehamassnahmen zweckdienlich sein könnten. Leider wird nach den mir bekannten Bundeszahlen nur in 1,7% der vom MDK begutachteten Fälle eine solche Empfehlung abgegeben. Für mich heißt es im Übrigen nicht nur, dass hier evtl. die Rechtslage nicht in vollem Umfang angewandt wird, sondern dass möglicherweise die Fälle viel zu spät zum MDK zur Begutachtung kommen. Nachdem im Bereich der Pflegeversicherung dem Grundsatz Rehabilitation vor Pflege Rechnung getragen werden soll, ist auch in diesem Zusammenhang festzustellen, dass wir uns, von der Rechtslage her gesehen, eigentlich in einer sehr guten Situation bzgl. der geriatrischen Rehabilitation befinden.

Die Thematik integrierte Versorgung ist in den Blick zu nehmen. Im SGB V und im SGB XI sind Vorschriften enthalten zur integrierten Versorgung. D.h. die Überwindung der Grenzen zwischen Krankenversicherungen und Pflegeversicherungen wäre möglich. Leider ist mir noch kein Vertrag bundesweit bekannt geworden, der hilft diese Schnittstelle zwischen Krankenversicherung und Pflegeversicherung zu überwinden. Hier muss

nicht immer nach dem Gesetzgeber gerufen werden, sondern bestehende rechtliche Möglichkeiten müssen einfach nur angewandt werden.

Die Pflegereform zum 1.1.2015 war nur ein kleiner Schritt – zugegeben in die richtige Richtung. Der eigentliche Fortschritt im Bereich der Rehabilitation, und damit „Reha vor Pflege“, muss aber durch die angestrebte große Pflegereform ab 01.01.2017 kommen. Hier müssen auch Regelungen gefunden werden, wie die Pflegekassen an Rehabilitationsmaßnahmen finanziell ganz oder teilweise beteiligt werden. Ansonsten bleibt der Grundsatz „Reha vor Pflege“ eine inhaltsleere Hülse.

III. Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014

- Zielsetzung des Geriatriekonzepts

Das Konzept beschreibt die Grundlagen und Handlungsfelder der geriatrischen Versorgung. Dabei ist es zentrales Ziel, älteren Menschen ein langes und möglichst selbstständiges Leben zu ermöglichen. Dieses Ziel erfordert, dass Versorgung und Betreuung im Wohnumfeld - zu Hause oder im Heim - und medizinische und pflegerische geriatrische Versorgung eng miteinander verknüpft sind

Für die Versorgungsqualität geriatrischer Patientinnen und Patienten ist es von hoher Bedeutung, dass Medizin und Pflege ihre Betreuungskonzepte eng aufeinander abstimmen.

Über die aktivierende und rehabilitierende Pflege habe ich bereits gesprochen, sie bildet einen zentralen Anteil im Geriatriekonzept.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Nutzung der Möglichkeiten der Prävention sowie der Aufbau und die Nutzung von Nachsorgeangeboten ein wichtiges Teilziel darstellt. Es soll ein flächendeckendes Angebot altersgerechter Akutmedizin, einschließlich der gerontopsychiatrischen Behandlung, sichergestellt werden. Außerdem geht es um den pragmatischen Zugang zu Rehabilitationsangeboten für ältere Menschen mit dem Ziel „Rehabilitation vor Pflege“.

- **Flächendeckende Versorgung**

Für die Gesundheitsversorgung der älteren Bevölkerung im Flächenland Baden-Württemberg wird das Ziel einer gemeindenah organisierten, ambulant vor stationär ausgerichteten, vernetzten und durchgängigen geriatrischen Versorgung, einschließlich der palliativen Versorgung verfolgt. (Anmerkung: Auch hier wünsche ich mir, dass bestehende Gesetz angewandt werden und nicht immer wieder der Ruf nach dem Gesetzgeber erfolgt.)

- **Geriatric im Krankenhaus**

Die geriatriche Versorgung kann nicht allein über einzelne geriatriche spezialisierte Kliniken gewährleistet werden. Dies ist klar und eindeu-

tig und steht auch nicht im Widerspruch zu meinen eingangs gemachten Anmerkungen zum Krankenhaus erforderlich. Von besonderer Bedeutung ist aus meiner Sicht, dass in dem Geriatriekonzept BW festgelegt ist, dass die geriatrische Akutbehandlung ein speziell auf die Bedürfnisse geriatrischer Patientinnen und Patienten abgestimmtes Fall- und Versorgungsmanagement sicherstellen muss.

Ziel dabei muss eine frühestmögliche Indikationsstellung und ggf. Antragsstellung für die notwendige Behandlung, Rehabilitation und Versorgung sein. Die akutgeriatrische Behandlung sollte so früh wie möglich im Krankenhaus beginnen. Die Gewährleistung einer hochwertigen geriatrischen Versorgung sollte in dafür vorgesehenen eigenständigen (nicht im juristischen Sinne gemeint) Behandlungseinheiten stattfinden. Dafür sind Kriterien festgelegt und im Konzept auch aufgenommen.

- **Geriatriischer Schwerpunkt**

Für eine flächendeckende Versorgung der geriatrischen Versorgung und für die Verknüpfung mit den auf Kreisebene gegebenen Zuständigkeiten für die Versorgung älterer Menschen sind in 36 Stadt- und Landkreisen geriatrische Schwerpunkte eingerichtet. Ein solcher Schwerpunkt wird von einem in der Geriatrie qualifizierten Arzt/Ärztin geleitet. Hierfür ist ein Qualifikationsnachweis über die abge-

schlossene fakultative Weiterbildung (klinische Geriatrie) oder die Zusatzweiterbildung „Geriatrie“ zu erbringen.

Auch die Aufgabenstellungen eines geriatrischen Schwerpunktes sind im Einzelnen im Geriatriekonzept enthalten. Für mich ist von besonderer Bedeutung, dass die Organisation von Fallkonferenzen faktisch vorgeschrieben ist. Die geriatrischen Schwerpunkte sollen im Übrigen auch als zentrale Ansprechpartner für Fragestellungen, Aufgaben und Probleme in ihrem Stadt- und Landkreis zur Verfügung stehen.

- **Geriatrisches Zentrum**

An 7 Standorten in den größeren Städten in Baden-Württemberg bestehen geriatrische Zentren. Ziel aller geriatrischen Zentren ist die Verbesserung der Betreuung betagter Menschen im Krankheitsfall durch Integration der klinischen Einrichtungen und der Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen. Durch eine Zusammenfassung des Fachwissens der verschiedenen Spezialisten und Fachdisziplinen soll die ganzheitliche Betreuung gefördert werden. Angegliedert sind die geriatrischen Zentren jeweils an einem Krankenhaus am Standort.

- **Wann ist geriatrische Rehabilitation indiziert?**

Hier weist das Konzept aus, dass geriatrische Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, alltagsrelevante Rehabilitationsziele und eine positive Rehabilitationsprognose vorliegen. Einzelheiten dieser verschiedenen Begrifflichkeiten werden detailliert in dem Geriatriekonzept erläutert.

- **Flächendeckende geriatrische Versorgung**
Gerade der alte Mensch ist darauf angewiesen, dass seine Verankerung in Familie und Wohnort erhalten bleibt. Auch darf der ländliche Raum – besonders wichtig für ein Flächenland wie Baden-Württemberg – sich nicht nachteilig für geriatrische Patienten auswirken. Deshalb wurde von Anfang an beim Geriatriekonzept in Baden-Württemberg auch eine flächendeckende Versorgungsstruktur für die stationäre Rehabilitation geschaffen

IV. Besonderheiten der ambulanten geriatrischen Rehabilitation

Dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ entsprechend haben ambulante Versorgungsstrukturen auch in der Rehabilitation eine besondere Bedeutung. Deshalb gibt es in Baden-Württemberg diverse Standorte für Angebote der ambulanten geriatrischen Rehabilitation. Die ambulante Rehabilitation erfolgt multiprofessionell, d.h. in Zusammenarbeit des geriatrischen Teams unter der Leitung eines geriatrisch weitergebildeten Arztes.

Ambulante geriatrische Rehabilitation ist dann indiziert, wenn neben den medizinischen Voraussetzungen noch folgende individuelle Voraussetzungen gegeben sind:

- Der Rehabilitant besitzt die erforderliche Mobilität und ist physisch und psychisch ausreichende belastbar.
- Die Rehabilitationseinrichtung ist in zumutbarer Fahrzeit erreichbar.
- Die häusliche sowie sonstige medizinische Versorgung des Rehabilitanten ist sichergestellt. Eine ständige ärztliche Überwachung und pflegerische Versorgung ist nicht erforderlich.

Erwähnenswert in diesem Zusammenhang ist noch, dass eine mobile geriatrische Rehabilitation einen Baustein des ambulanten Versorgungsnetzes älterer Menschen darstellt. Zielgruppe sind Menschen, die mit den bestehenden ambulanten und stationären Angeboten nicht angemessen zu versorgen sind. Das sind insbesondere Menschen, die auf die umfassende Anwesenheit von Angehörigen oder einer Bezugsperson und deren Unterstützung angewiesen sind. Die Besonderheit dieser Versorgungsform liegt in der Nutzung der Ressourcen des Wohnumfeldes, einschließlich des Einbezugs der Bezugspersonen.

V. Notwendige Handlungsbedarfe

- **Hausärztliche Versorgung**

Handlungsbedarf besteht nach meiner Einschätzung im Zusammenhang mit der geriatrischen Versorgung durch Hausärzte. Ich gehe nicht soweit, den Facharzt für Geriatrie zu fordern und insoweit die Stellung der Allgemeinmediziner, bzw. der hausärztlich tätigen Ärzte einzuschränken. Wünschenswert wäre aber, dass gerade im Rahmen der hausärztlichen Versorgung die Thematik „Geriatrische Versorgung“ einen höheren Stellenwert einnehmen sollte.

In diesen Zusammenhang gehört auch, dass eine Vereinfachung im bürokratischen Sinne erfolgen muss. Die Reha-Richtlinien halten wir für zu kompliziert und sie sind auch ein Hemmnis für entsprechende Anträge. Es ist doch geradezu grotesk, einen Antrag stellen zu müssen, um einen Antrag auf REHA stellen zu können.

- **Reha-Einrichtungen**

Immer wieder nehme ich an Diskussionen von geriatrischen Reha-Einrichtungen teil, die im Schwerpunkt darin gipfeln, dass die Vergütungssätze seit Jahren nicht angepasst worden wären und insofern nicht auskömmlich seien. Diese Kritik mag berechtigt sein. Was ich aber auch feststelle ist, dass die Belegungsquote das entscheidende Hindernis darstellt, um zu vernünftigen wirtschaftlichen Ergebnissen zu kommen. Jedenfalls haben nach

meiner Einschätzung geriatrische Reha-Einrichtungen mit einer durchschnittlichen Belegung von 60% oder darunter keine Überlebenschance.

in diesem Zusammenhang ist das Kommunikationsverhalten von Einrichtungen zu hinterfragen. Auch das Netzwerk, das notwendig ist, um eine geriatrische Reha-Einrichtung bei niedergelassenen Ärzten, bei Krankenhäusern, aber auch bei Kostenträgern interessant zu machen, lässt oftmals zu wünschen übrig.

Des Weiteren bin ich der Auffassung, dass Reha-Einrichtungen - mehr als in der Vergangenheit - Rehabilitationskonzepte pro Einrichtungen und pro Patient definieren. Eine Reha ohne Individualität wird künftig von den Kostenträgern wohl nicht mehr akzeptiert werden.

VI. Schlussbemerkungen

Aus meiner Sicht bestehen von der Rechtslage her gute Rahmenbedingungen um die geriatrische Rehabilitation dauerhaft zu sichern. Es bedarf des Willens aller Beteiligten voranzukommen und die geriatrische Rehabilitation nicht nur als eine Nische im Bereich der Krankenversicherung, bzw. der Pflegeversicherung zu bewerten. Angesichts der demografischen Entwicklung stehen alle Daten und Fakten mindestens bis zum Jahr 2060 heute fest. Sie sind nicht mehr veränderbar. Auch des-

halb gibt es letztlich zur geriatrischen Rehabilitation, ob ambulant oder stationär, keine Alternative.

Aktuell noch zwei Hinweise: Am 12. März 2015 wurde der Deutsche Pfl egetag in Berlin eröffnet mit der Thematik „Zukunft Pflege – weil wir sie alle brauchen“. Ich habe mir die Pressestatements aller - vom Patienten- und Pflegebeauftragten der Bundesregierung Laumann - über die anderen Referenten - durchgelesen. Ein Hinweis auf Prävention oder Rehabilitation im Kontext mit Pflege war in keinem Statement enthalten.

Aus meiner Sicht würde es sich lohnen, einen qualifizierten Vergleich der beiden Versorgungsstrategien Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen vorzunehmen. Ich denke jedes Bundesland könnte davon profitieren.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.