

„Netzwerke in der Geriatrie 2015“ Sichtweise der Kostenträger

Dr. Ralf Langejürgen

Leiter der vdek–Landesvertretung Bayern

MDK Bayern Geriatrie–Symposium 2015
Regensburg, den 08. Juli 2015

Agenda

- Der demographische Wandel als gesellschaftliche Herausforderung
- Die geriatrische Versorgungssituation im Überblick
- Handlungsbedarfe
- Künftige Versorgungsanforderungen – Koordination, regionale Vernetzung

Der demographische Wandel als gesellschaftliche Herausforderung

- „Neben der Akutversorgung der Bevölkerung besteht die wohl wichtigste Aufgabe künftig in einer adäquaten Versorgung von **chronisch und mehrfach erkrankten Patienten in einer älter werdenden Bevölkerung...**
- Dies wirft die Frage nach einer **generationenspezifischen Versorgung** auf, die den Kriterien der Effizienz und Effektivität bzw. Qualität sowie Nachhaltigkeit genügt.“

Quelle: Sondergutachten des SVR-Gesundheit 2009

Was ist ein geriatrischer Patient?

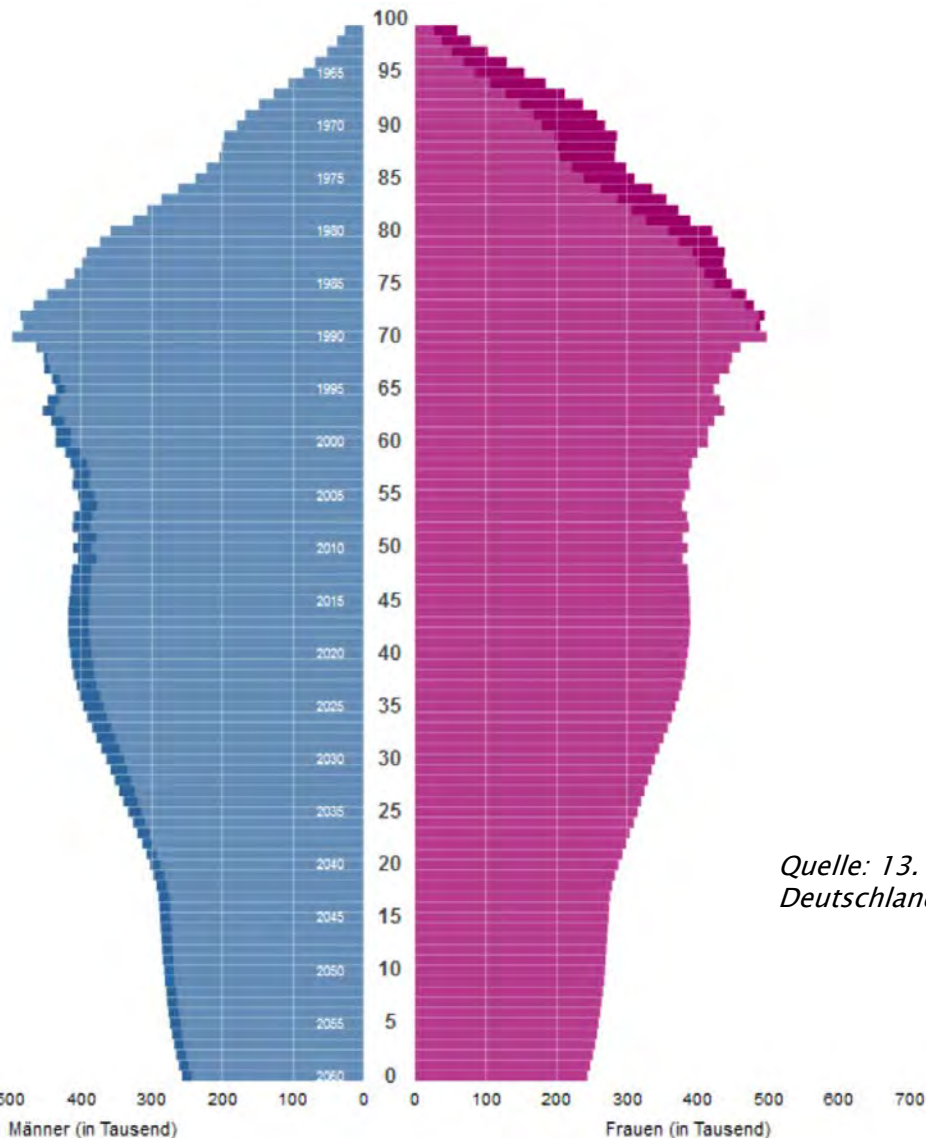
Geriatrische Patienten sind definiert durch:

- Geriatrietypische Multimorbidität und
- höheres Lebensalter
- eine alterstypisch erhöhte „Verletzbarkeit“, z. B. wegen
 - des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen,
 - der Gefahr der Chronifizierung sowie
 - des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit
 - Verschlechterung des Selbsthilfestatus

Demografische Entwicklung – „Alterung von oben und unten“

- Die Alterung der Gesellschaft schreitet rasant voran
- Die Lebenserwartung steigt aufgrund von Fortschritten in der Medizin, veränderten Lebensgewohnheiten, Bildung, Hygienestandards und zunehmendem Wohlstand
- 2060 werden in Deutschland ca. **33% der Bevölkerung älter als 65** sein. Die durchschnittliche Lebenserwartung wird für Frauen bei 88,8 und für Männer bei 84,8 Jahren liegen
- Es gibt auch das Gegenteil, die „Alterung von unten“
- Es werden immer weniger Kinder geboren. Deutschland schrumpft gegenwärtig um 200.000 Menschen jedes Jahr
- Bis zum Jahr 2060 wird die Bevölkerung in Deutschland um dreizehn Millionen abnehmen

Demografische Entwicklung – Altersaufbau 2060

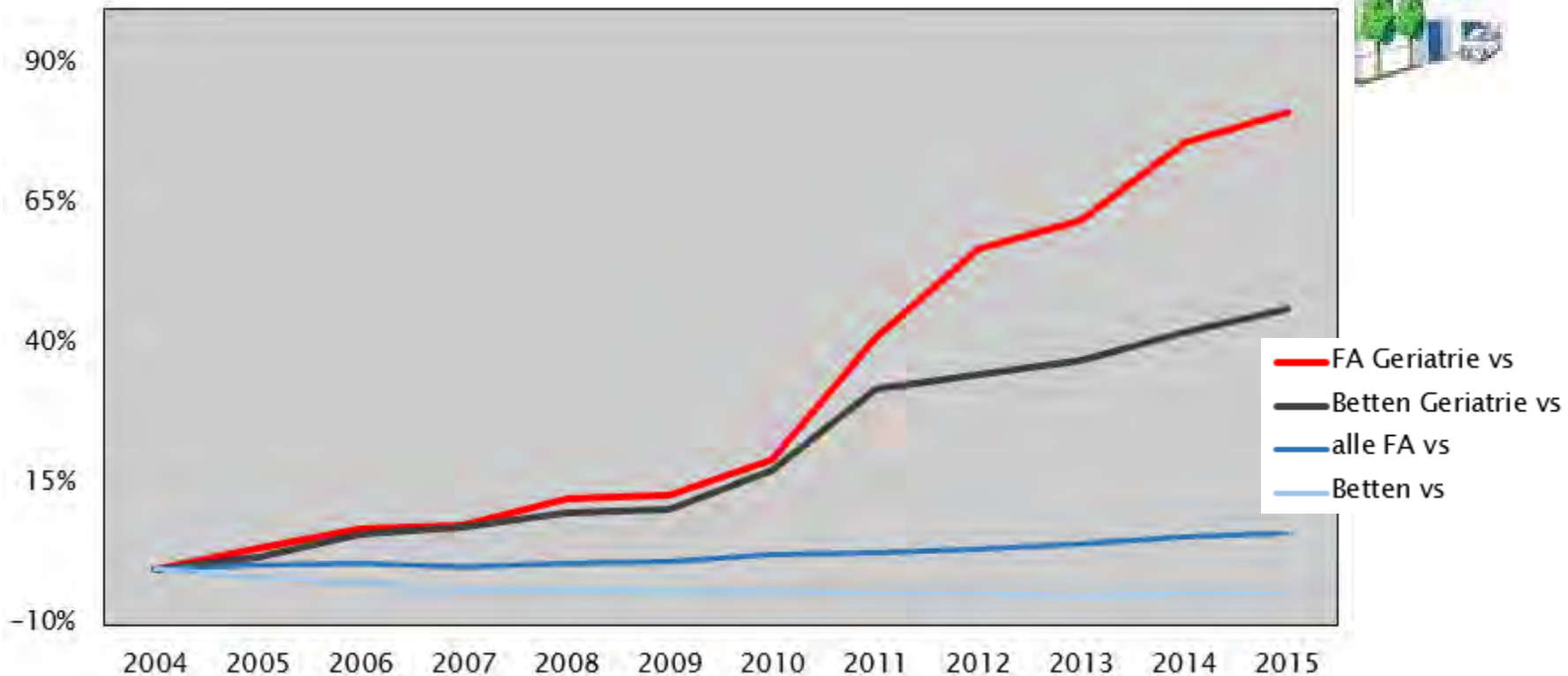


Annahmen:

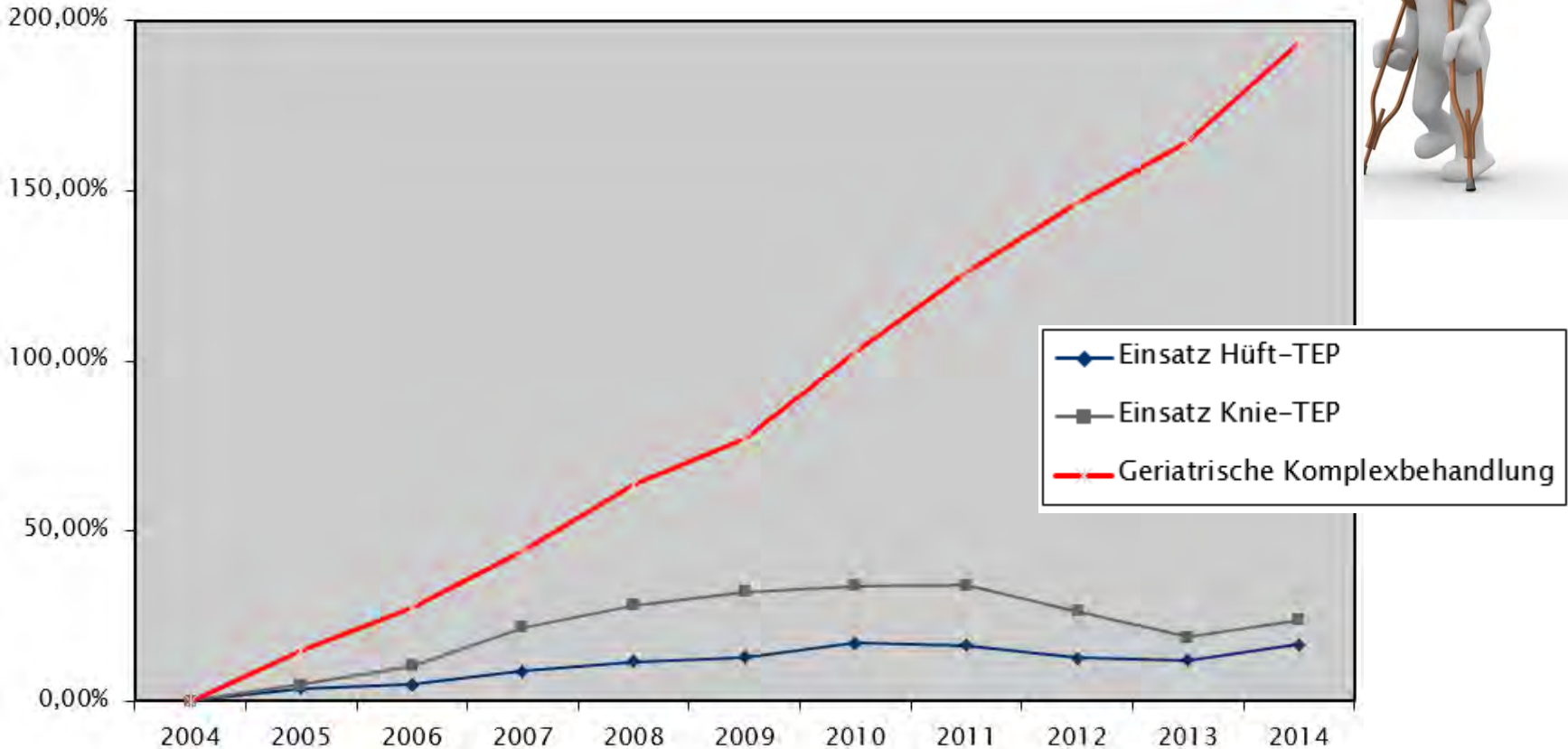
- 1,4 Kinder/Frau
- Lebenserwartung Geburt 2060:
 - Männer 84,8 Jahre
 - Frauen 88,8 Jahre
- Wanderungssaldo (ab 2021): + 100.000
- Kontinuität bei schwächerer Zuwanderung

Quelle: 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland, Statistisches Bundesamt, 2015

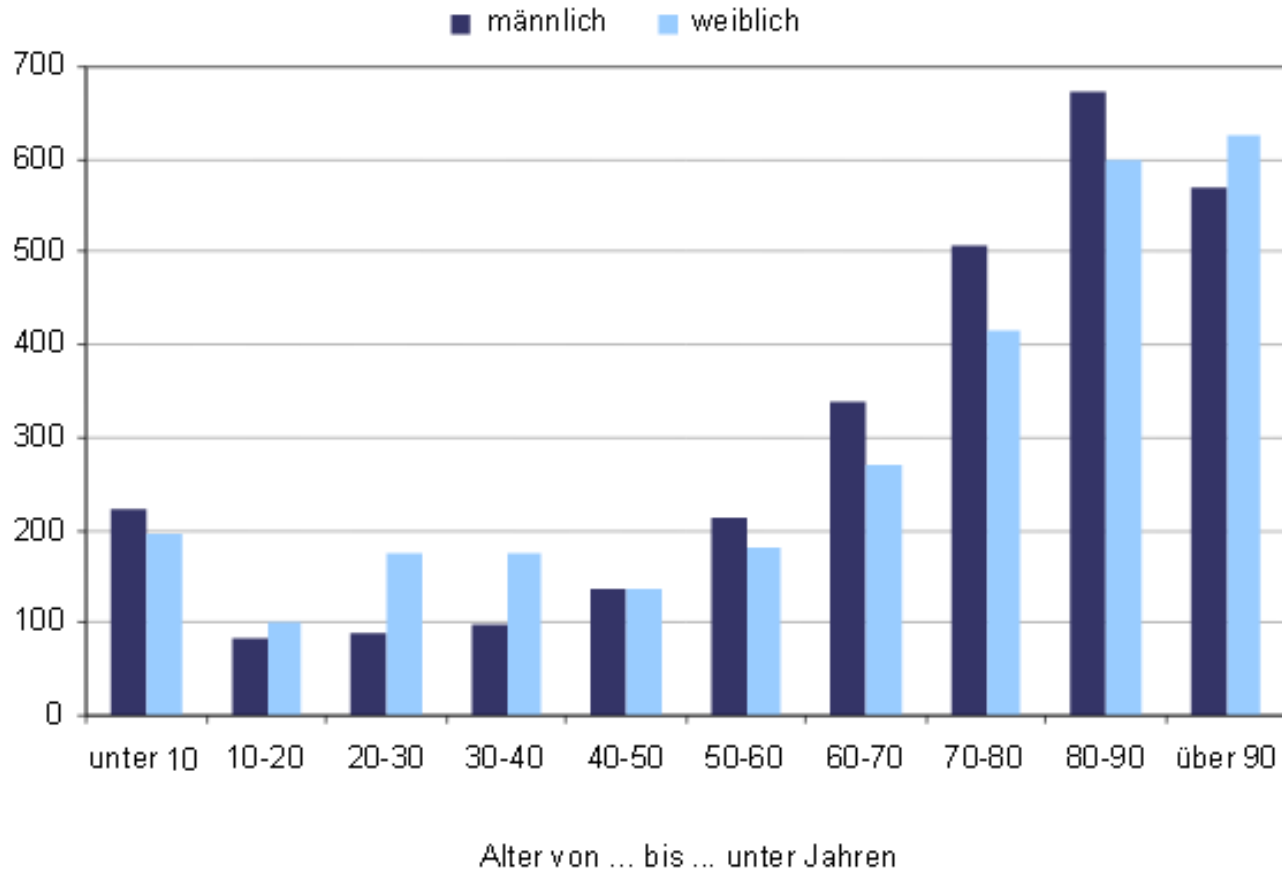
Strukturelle Kapazitätsentwicklung



Mengenentwicklung Geriatrie vs. Endoprothetik



Altersverteilung der Krankenhausfälle



Krankenhausfälle je 1.000 Einwohner, nach Alter und Geschlecht (2008)

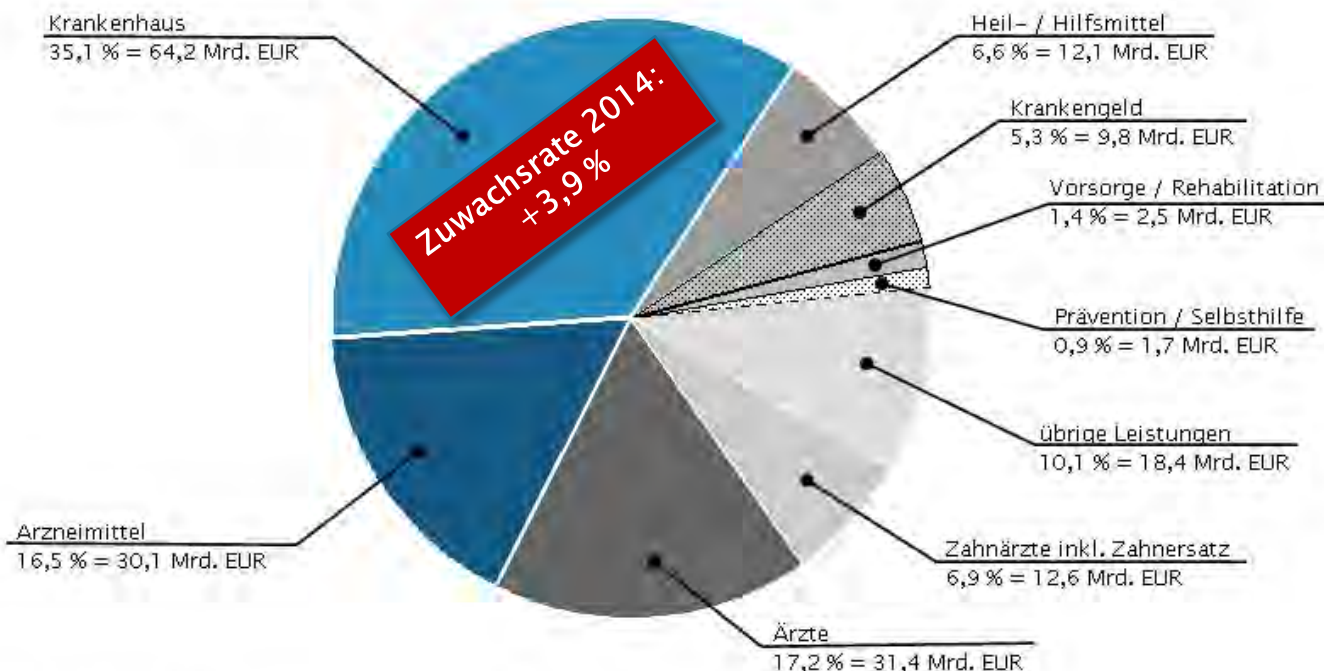
Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2/2010

Anteil Krankenhaus an den Leistungsausgaben der GKV: 35%



GKV – Leistungsausgaben
in Milliarden EUR und Anteil in Prozent
2013 – Bundesgebiet

GKV-Leistungsausgaben: 182,7 Mrd. EUR



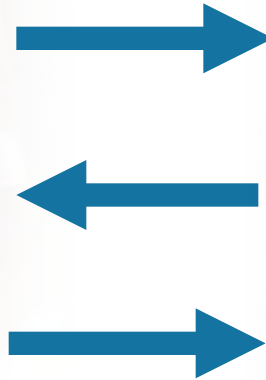
Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach: BMG, KJ1.

Zwischenfazit:

- Die Bevölkerung wird im Durchschnitt älter und kränker
- Die geriatrischen Fallzahlen und Kosten im Krankenhaus steigen kontinuierlich
- Die Anzahl der Betreuer, Pfleger etc. nimmt ab
- Mangelnde finanzielle und personelle Ressourcen erfordern ein Umdenken

Die geriatrische Versorgungssituation im Überblick

In den verschiedenen
Leistungssektoren gesetzlich
verankerte
Leistungsansprüche auf
geriatrische Versorgung



**Versorgungs-
realität**

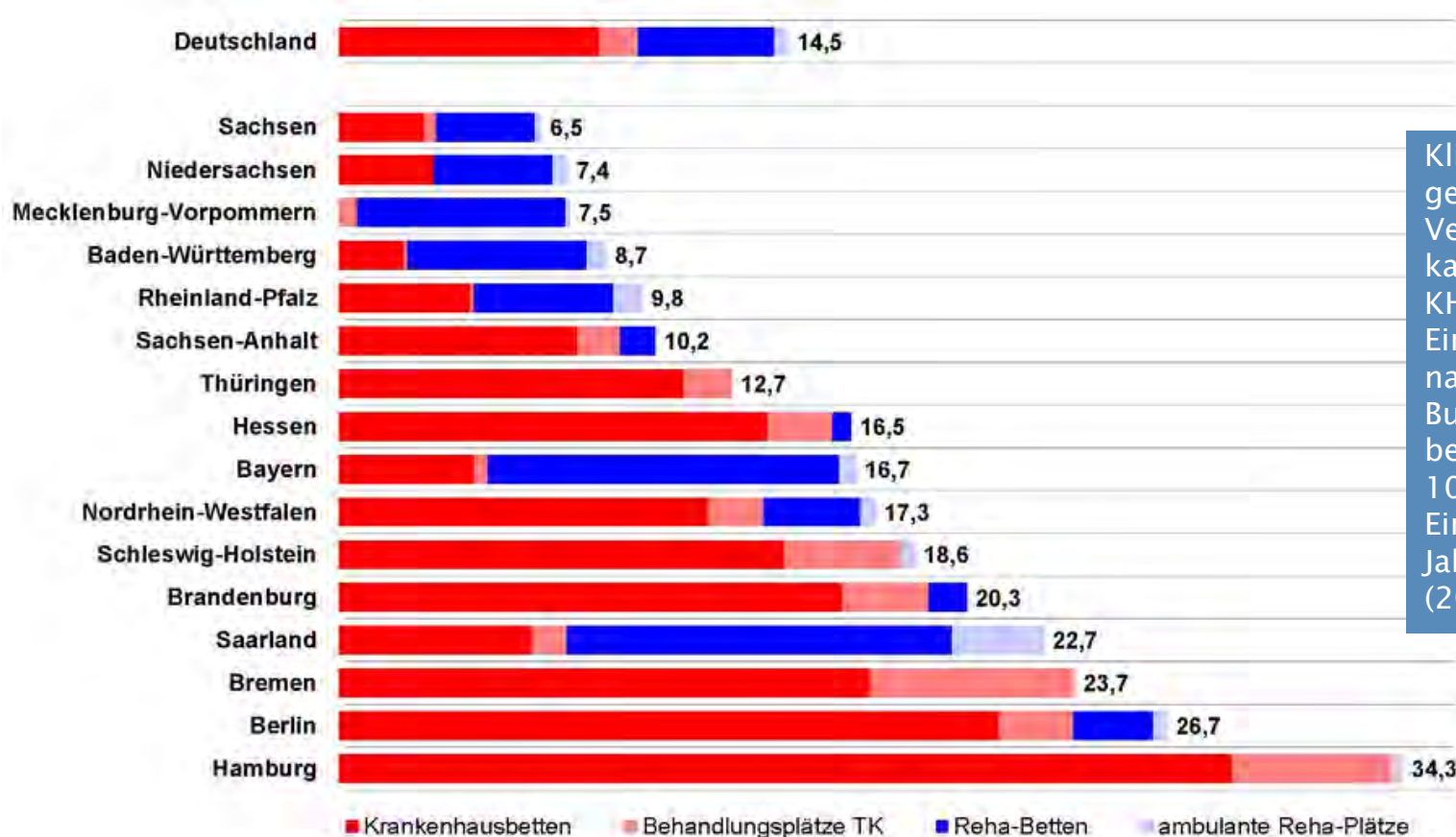
Bestehende leistungsrechtliche Ansprüche auf geriatrische Versorgung (SGB V, SGB XI)

- Abgestufte Leistungsansprüche in den einzelnen Sektoren:
- Ambulante geriatrische Versorgung im Vertragsarztbereich
 - Akutgeriatrie vollstationär im Krankenhaus
 - Geriatrische Tageskliniken
 - Neu: Geriatrische Institutsambulanzen
 - Stationäre geriatrische Rehabilitation
 - Ambulante / mobile geriatrische Rehabilitation
 - Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen

Heterogene Versorgungsstrukturen in den einzelnen Bundesländern

- Spezifisch geriatrische Versorgungsstrukturen konzentrieren sich bisher fast ausschließlich auf den Krankenhaus- bzw. Reha-Sektor
- Unterschiedliche Länder-Geriatriekonzepte führten bundesweit zu unterschiedlichen Versorgungsstrukturen
- Vorhaltung klinisch-geriatrischer Behandlungskapazitäten in **drei Formen:**
 - > ausschließlich im KH-Sektor
 - > ausschließlich im Reha-Sektor
 - > sowohl im KH- als auch im Reha-Sektor
- Folge: Entsprechend **unterschiedliche Zugänge / Zugangschancen der Patienten** in eine spezifisch geriatrische Behandlung

Versorgungsstrukturen in den einzelnen Bundesländern – Stand 2013



Klinisch-geriatrische Versorgungskapazitäten in KH und Reha-Einrichtungen, nach Bundesländern, bezogen auf 10.000 Einwohner, 65 Jahre und älter (2013)

Quelle: MDK Kompetenz-Centrum Geriatrie, auf Basis der amtlichen Statistik (DeStatis, 2013) sowie Daten des vdek (ohne mobile geriatrische Rehabilitationsdienste)

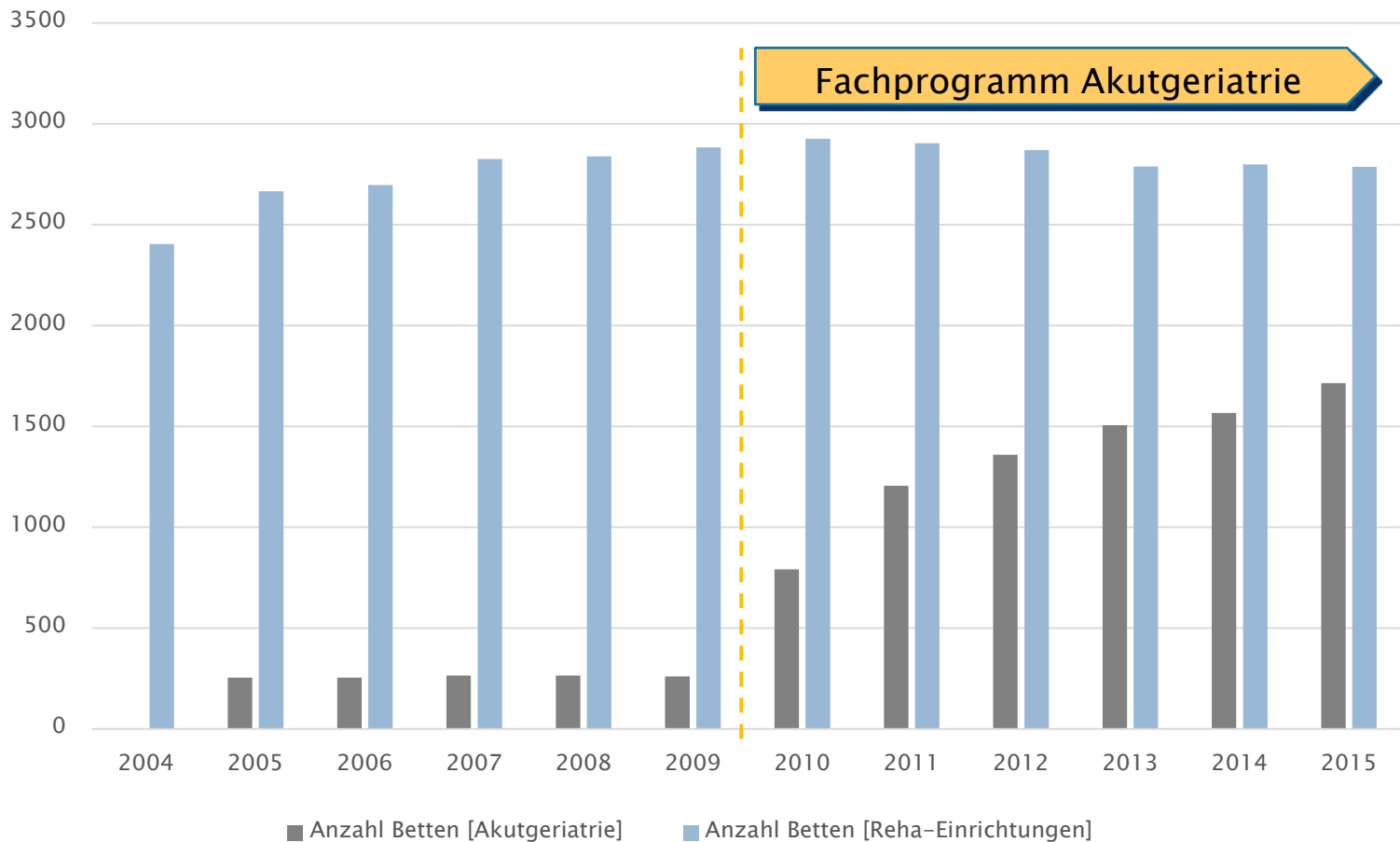


Geriatrische Versorgung in Bayern – Stand Mai 2015

Differenzierte Behandlungsmöglichkeiten sowohl in KH als auch in Reha-Einrichtungen:

	Einrichtungen	Betten/Plätze
Akutgeriatrische Einrichtungen (KH)	71	1.715
Geriatrische Tageskliniken	4	115
Stationäre geriatrische Reha-Einrichtungen	62	2.786
Ambulante geriatrische Reha-Einrichtungen	8	100
Ambulante mobile Reha-Einrichtungen	2	20

Entwicklung klinisch-geriatrischer Behandlungskapazitäten in Bayern



Entwicklung klinisch-geriatrischer Behandlungskapazitäten in Bayern

Aktuelle Studie zu Auswirkungen des Fachprogramms Akutgeriatrie

- Befragung von 103 geriatrischen Einrichtungen / Auswertung von rd. 180.000 Falldaten
- Neue akutgeriatrische Strukturen eröffnen spezialisierte Behandlung für deutlich kränkere und pflegebedürftige Patienten als in nachgelagerten geriatrischen Reha-Einrichtungen
- Leistungsspektrum kann sich ergänzen, besteht aber überwiegend unabhängig voneinander
- Im Bundesvergleich weist Bayern im Hinblick auf die Erkrankungsschwere differenzierte Behandlungsmöglichkeiten auf und versorgt insgesamt mehr geriatrische Patienten

Zwischenfazit

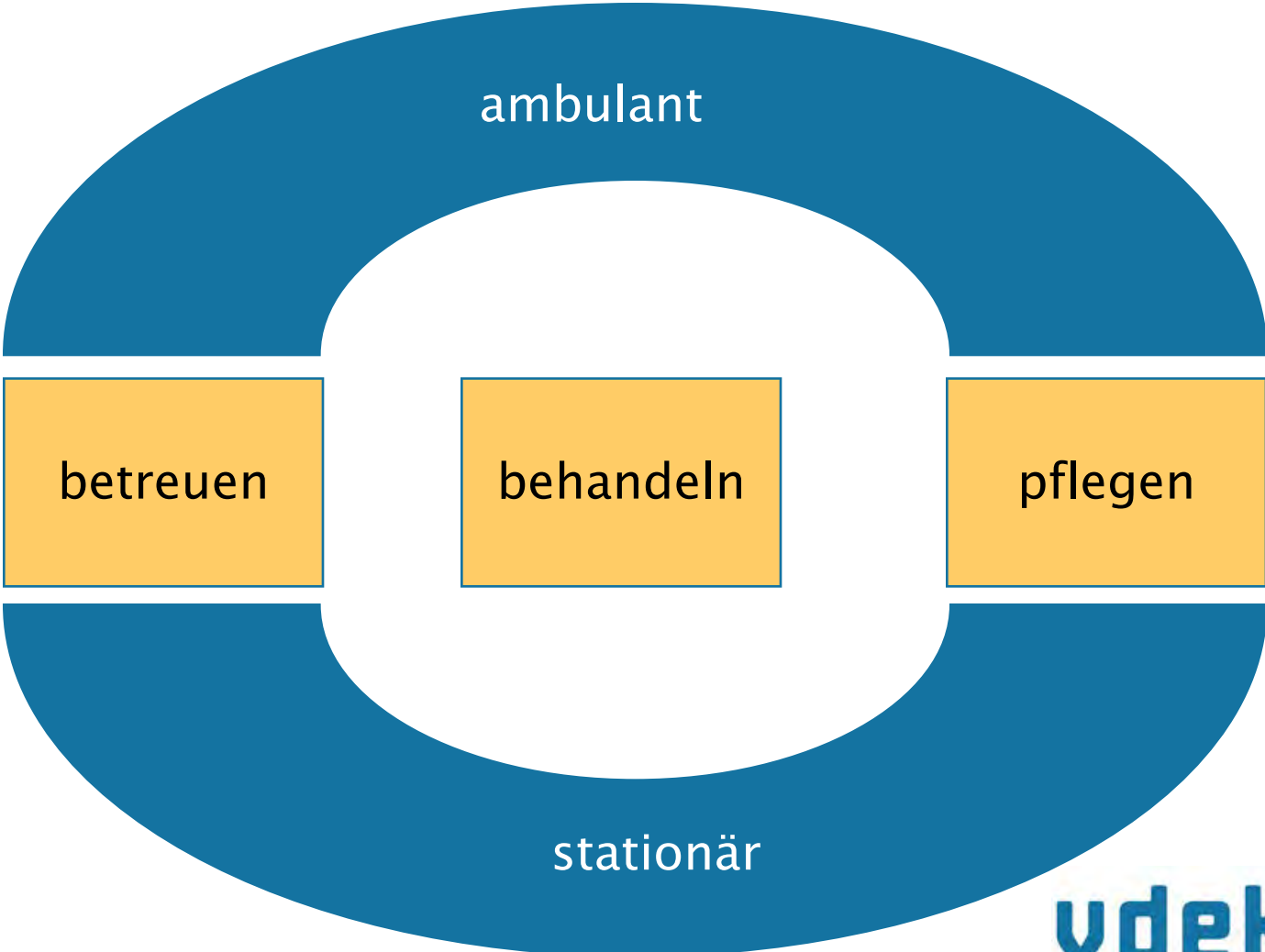
- Nicht die gesetzlich verankerten Ansprüche der Versicherten bestimmen die Leistungsinanspruchnahme im Bereich der Geriatrie, sondern die vorhandenen Versorgungsstrukturen
- Die Versorgung von geriatrischen Patienten findet zumeist in stationären Einrichtungen statt
- Bayern ist in Bezug auf eine flächendeckende **klinisch-geriatrische** Versorgung seiner Patienten exzellent aufgestellt
- Dort wo Angebote in den verschiedenen Leistungssektoren entstanden sind, gilt es diese bedarfsbezogen weiterzuentwickeln und eine bessere Abstimmung und Vernetzung anzustreben

Handlungsbedarfe

Geriatric

- ist interdisziplinär angelegt
- beruht auf einem multiprofessionellem Team
- setzt als Frühreha im KH-Bereich ein, ist Reha-Bereich und Teil der ambulanten Versorgung (auch niedergelassener Bereich)
- bedarf einer angepassten Nach- und Weiterversorgung
- bewegt sich versorgungspolitisch zwischen GKV und Pflegeversicherung

Geriatrische Versorgung



Handlungsbedarf im ambulanten Bereich

- Geriatriisch weiter- und fortgebildete Vertragsärzte sind noch immer die Ausnahme
- Bayern: 24.700 niedergelassene Ärzte, davon 27 Geriater
- Thematik sollte in universitärer Ausbildung profundere Rolle übernehmen
- Das geriatrische Basisscreening wird in Hausarztpraxen nur selten durchgeführt
- Präventive Ansätze (Sturzprophylaxe, Ernährungsdefizite, Risikochecks...) sind noch optimierungsbedürftig

Geriatrische Institutsambulanzen, § 118a SGB V (GIA)

- Gesetzgebung 2012: GIA als Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Versorgung
- Ziel: Verbesserung der geriatrisch wohnortnahen Versorgung durch zielgerichtete Nutzung geriatrischer Kompetenzen der KH zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung („Weichenstellung“)
- Die GIA soll einen schweren geriatrischen Fall zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen
- Unterstützungsgedanke steht im Vordergrund, nicht die Therapieleistung als solche (Rücküberweisung an Hausarzt als „Lotsen“)

Geriatrische Institutsambulanzen, § 118a SGB V (GIA)

- Rahmenbedingungen für die Einrichtung der GIAs sind von Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene zu schaffen
- Betrifft Details wie Patientengruppen, Überweisungserfordernisse, sächliche und personelle Anforderungen sowie den Behandlungsumfang
- Verhandlungen auf Bundesebene sind im September 2014 gescheitert
- Anrufung Bundesschiedsamt. Schiedstermin am 15.07.2015

Handlungsbedarf an der Schnittstelle zur Pflegeversicherung

- Grundsatz „Reha vor Pflege“ kommt im Bereich der geriatrischen Rehabilitation noch immer zu wenig zum Tragen
- Pflegebegutachtung durch MDK: Nur ganz geringer Prozentsatz an rehabilitierenden Maßnahmen wird empfohlen (0,41%)
- Koalitionsvertrag CDU, CSU und SPD: Überprüfung Schnittstellen, Verschiebebahnhöfe und Beteiligung der Pflegeversicherung an den Kosten der geriatrischen Reha
- März 2015: Gesundheitsausschuss Bay. Landtag -> Gleichlautender Auftrag an die Staatsregierung zum Tätigwerden auf Bundesebene
- Gesetzentwurf zur Neuordnung der Pflegebedürftigkeit: Neues Begutachtungssystem soll dem Bedarf an geriatrischer Reha besser gerecht werden

Zwischenfazit

Hindernisse in der **nahtlosen Versorgung** geriatrischer Patienten resultieren aus

- nicht ausreichend ausgebauten Zugängen aus der ambulanten Versorgung
- fehlender Koordination von Ansprüchen aus der gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegeversicherung
- segmentierten Zuständigkeiten
- Versorgungsstrukturen, die nicht am finalen Behandlungserfolg, sondern im Wesentlichen an Vergütungssystemen orientiert sind

Künftige Versorgungsanforderungen – Koordination, regionale Vernetzung

„Es ist dringend erforderlich, insbesondere in ländlichen Räumen auf die jeweilige Region zugeschnittene, **abgestufte Versorgungsstrukturen der Primär- und Sekundärversorgung** zu etablieren, die die Anforderungen einer **regional vernetzten Gesundheitsversorgung** erfüllen und auf den Bedarf älterer Menschen zugeschnitten sind.“

Quelle: Sondergutachten des SVR-Gesundheit 2014

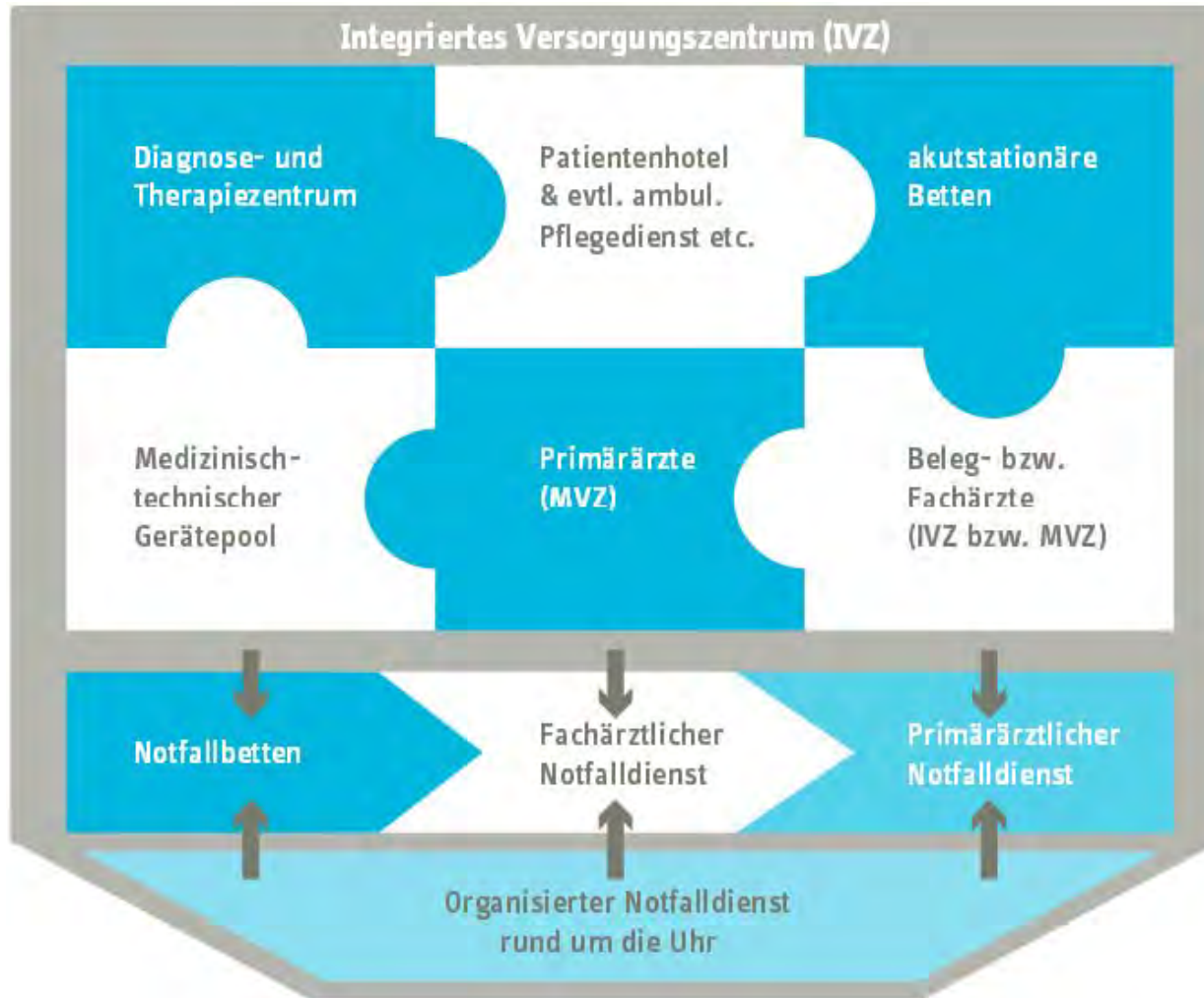


Vorschläge für neue Wege zur Sicherung der geriatrischen Versorgung im ländlichen Raum

Sektorenübergreifendes Konzept „Integriertes Versorgungszentrum“ (IVZ) durch

- **Umwandlung** ländlicher Grundversorgungskrankenhäuser
- Konzentration und Übernahme der **fachärztlichen Versorgung von ambulanten und stationären Patienten**
- Errichtung fachärztliches **Diagnose- und Therapiezentrum** mit hoher interdisziplinärer Kompetenz und hochwertigem medizinisch-technischem Gerätepool
- Abbau nicht ausgelasteter Betten bzw. Umwandlung in ein „Patientenhotel“
- Möglichkeit einer bedarfsgerechten **Spezialisierung im Akutbereich (z.B. auf geriatrische Leistungen)**
- Angebot **sekundärer Dienstleistungen** wie ambulanter Pflege

Konzept des „Integrierten Versorgungszentrums“



Quelle: Krankenhausplanung 2.0, Gutachten des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) zur Umsetzung von Vorschlägen des vdek zur Krankenhausplanung, Dezember 2014

Chancen bedarfsgerechter Versorgung durch den Strukturfonds?

- Neue gesetzgeberische Maßnahme im Zuge der anstehenden Krankenhausreform
- Strukturfonds in Höhe von bis zu 1 Mrd. Euro für die Jahre 2016 – 2018
- Zweck: Abbau von Überkapazitäten, Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen
- Vergabe der Mittel auf Landesebene durch das Land im Einvernehmen mit den Krankenkassen
- Startschuss für ein erfolgreiches Programm zur Bereinigung von Über-/Unter- und Fehlversorgung
- Behutsamer Einstieg und Evaluation der Wirkungsweise über das BVA ist zu begrüßen

Gesamtfazit zu den Anforderungen an eine altersgerechte Versorgung

- Die demographische Entwicklung ist als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu verstehen
- Besonders in ländlichen und strukturschwachen Regionen wird die Versorgung Älterer und Hochbetagter zur Herausforderung werden
- Erfordernis differenzierter, individueller Behandlungskonzepte
- Bestehende Strukturen effizienter nutzen und besser koordinieren
- **Sektorendenken überwinden und neue integrative Wege zu tragfähigen regionalen Versorgungslösungen gehen**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. Ralf Langejürgen
Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern

Arnulfstr. 201a
80634 München
Tel.: 089 552551-0