



PMV

forschungsgruppe

versorgungsforschung
evaluation
sekundärdatenanalyse



Institut für
Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft

i:mvr



**UNIVERSITÄTS
KLINIKUM** **FREIBURG**

Zusammenfassung des Abschlussberichtes für Sozialministerium Baden-Württemberg und AOK Baden-Württemberg

Projekt: Geriatrische Versorgungsstrukturen
in Baden-Württemberg

Förderung der Vorhabens



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION



AOK Baden-Württemberg

AutorInnen

Ingrid Köster, Peter Ihle, Dr. Ingrid Schubert
PMV forschungsgruppe, Universität zu Köln

In Kooperation mit

Melanie Zirves, Dr. Ute Karbach - IMVR - Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen-Fakultät der Universität zu Köln
(Durchführung der Experteninterviews)

Rieka von der Warth, Iris Tinsel, Prof. Dr. Erik Farin-Glattacker
Sektion für Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung, Medizinischen Fakultät, Universität Freiburg
(Durchführung der Fokusgruppen)

Korrespondenzadresse

Dr. Ingrid Schubert, PMV forschungsgruppe,
Herderstraße 52, 50931 Köln, Ingrid.Schubert@uk-koeln.de,
www.pmvforschungsgruppe.de

Danksagung

Die Autoren danken der »AOK – Die Gesundheitskasse in Baden-Württemberg« für die Datenbereitstellung. Ein besonderer Dank geht an die Experten des externen wissenschaftlichen Beirats, Herrn Dr. Norbert Lübke, Herrn Dr. Matthias Meinck und Herrn Professor Hans-Jürgen Heppner sowie an den Projektbeirat, die Professoren Jürgen Bauer, Wilhelm Niebling, Peter Oster und Werner Vogel, die uns in inhaltlichen Fragen beraten haben. Die Autoren danken außerdem allen Interviewpartnern und Fokusgruppenteilnehmern für ihre Mitwirkung.

Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird verschiedentlich die grammatikalische Form des generischen Maskulinums gewählt. Es sind damit sowohl Frauen als auch Männer gemeint.

Köln, 27. September 2018

Copyright 2018

1	Zusammenfassung	1
1.1	Zielsetzung und Gliederung des Berichtes	1
1.2	Routinedaten	2
1.3	Primärdaten	3
1.4	Der geriatrische Patient: Falldefinition in Routinedaten	4
1.5	Grundauswertungen	7
1.6	Detailauswertungen: Versorgungsverläufe, Einflussfaktoren auf Inanspruchnahme geriatrischer Versorgung und regionale Varianz	12
1.6.1	Bedarfsgerechte Versorgung; Über-, Unter-, Fehlversorgung	13
1.6.2	Versorgungswege und Inanspruchnahme im ersten Jahr nach Krankenhausaufenthalt	16
1.6.3	Charakterisierung der Patienten in den verschiedenen geriatrisch rehabilitativen Versorgungsformen	18
1.6.4	Intensität geriatrischer Versorgung	20
1.7	Hinweise aus Experteninterviews und Fokusgruppen	21
1.8	Fazit	23
1.9	Literatur	30

1.1

**Zielsetzung und
Gliederung des Berichtes**

In Baden-Württemberg findet geriatrisch rehabilitative Versorgung sowohl in Krankenhäusern als sogenannte geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (GFK) als auch in Rehaeinrichtungen als klassische medizinische Rehabilitation nach §40 SGB V statt. Grundsätze und Ziele zur Verbesserung der Versorgung alter, kranker Menschen sind in einem Geriatriekonzept [23] dargelegt, das durch die Aufnahme in den Landeskrankenhausplan (11/1989) für den stationären Bereich verbindlich wurde und in regelmäßigen Abständen fortgeschrieben wird. Zur Weiterentwicklung hat das Sozialministerium Baden-Württemberg gemeinsam mit der AOK Baden-Württemberg eine Studie zur Untersuchung der geriatrischen Versorgungssituation und der Realisierung rehabilitativer Potenziale geriatrischer Patienten auf der Basis von Krankenkassendaten in Baden-Württemberg in Auftrag gegeben.

Von zentralem Interesse ist in diesem Zusammenhang, in welchem Umfang geriatrische Patienten in geriatrischen Einrichtungen behandelt werden und ob hierbei regionale Unterschiede bestehen. Für eine Planung von Kapazitäten bedarf es auch einer Abschätzung, wie sich die Zahl der geriatrischen Patienten in den kommenden 20 bis 30 Jahren entwickeln wird. Da in Baden-Württemberg zwei unterschiedliche geriatrisch rehabilitative Versorgungsformen bestehen, sollte im Rahmen dieser Untersuchung auch erhoben werden, wie sich die Patienten der jeweiligen Behandlungsform hinsichtlich ihrer Morbidität und Inanspruchnahme sowohl vor als auch nach dem Aufenthalt unterscheiden. Hierbei sollen auch Unterschiede zwischen geriatrischen Patienten mit geriatrischer Rehabilitation und indikationsbezogener Rehabilitation beleuchtet werden.

Idealer werden geriatrische Patienten in den hierfür spezialisierten Einrichtungen behandelt. Die hier vorliegende Untersuchung hatte deshalb auch zum Ziel, festzustellen, in welchem Umfang geriatrische Patienten eine indikationsspezifische Rehabilitation erhielten sowie vice versa wie häufig bei nicht geriatrischen Patienten eine GFK dokumentiert war oder diese Patienten in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen versorgt wurden. In diesem Kontext sollten auch Versorgungswege nach einer Krankenhausbehandlung für ausgewählte Indikationen (Schlaganfall, Femurfraktur und Herzinsuffizienz als Tracererkrankungen) dargestellt werden.

Soweit möglich sollte abschließend untersucht werden, ob es aufgrund einer unterschiedlichen regionalen geriatrischen Versorgungsintensität auch Hinweise auf Unterschiede in der weiteren Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen im Jahr nach einem Akutaufenthalt aufgrund eines Tracerereignisses gibt.

Die Auswertungen in diesem Bericht fokussieren somit auf die geriatrische Frührehabilitation (im Rahmen der Akutgeriatrie) sowie auf die geriatrische Rehabilitation in stationären Einrichtungen. Die geriatrische Frührehabilitation

(GfK) und geriatrische Rehabilitation in stationären Rehabilitationseinrichtungen (GerReha) werden in den Tabellen z.T. zusammengefasst auch als Reha-geriatrie (nach [13]) bezeichnet.

Der Bericht enthält eine ausführliche Beschreibung der Datengrundlage (Daten der AOK Baden-Württemberg) und Methodik. Ergebnisse zu den »Grundauswertungen« umfassen: Schätzung der Zahl geriatrischer Patienten insgesamt sowie der Anzahl an Patienten mit den Tracerdiagnosen Schlaganfall, Femurfraktur und Herzinsuffizienz sowie der Anzahl geriatrischer Patienten unter diesen Patienten mit Tracerdiagnose. Dargestellt werden weiterhin Versorgungswege nach einem Krankenhausaufenthalt wegen eines Tracerereignisses sowie regionale Analyse zur geriatrischen Rehabilitation.

Das Kapitel »Detailanalysen« – beschreibt die Ergebnisse der Analyse zu den oben genannten zentralen Fragen.

Die Routinedatenauswertungen werden ergänzt durch einige Primärerhebungen zu Fragestellungen, die sich nicht mittels dieser Daten beantworten lassen. Hierzu zählen Fragen nach der Einschätzung des Versorgungsangebotes bei verschiedenen Akteuren der Versorgung, nach Fehlsteuerung und nach Bedarfsdeckung. Diese Primärerhebungen wurden durch das IMVR - Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln (Durchführung von Experteninterviews) sowie durch die Sektion für Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung an der Medizinischen Fakultät der Universität Freiburg (Fokusgruppen) durchgeführt.

Das Vorhaben wurde durch einen wissenschaftlichen Beirat begleitet (Dr. Norbert Lübke, Dr. Matthias Meinck, Prof. Dr. Jürgen Bauer, Prof. Dr. Hans-Jürgen Heppner, Prof. Dr. Wilhelm Niebling, Prof. Dr. Peter Oster, Prof. Dr. Vogel).

Die Ergebnisse der Studie wurden in drei Sitzungen (24.02.2014, 26.06.2017 und 02.07.2018) unter Moderation des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg einem Projektbeirat bestehend aus Vertretern der Leistungserbringer und der Kostenträger sowie der Kassenärztlichen Vereinigung vorgestellt und diskutiert.

1.2

Routinedaten

Datengrundlage sind die Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg für die Jahre 2011 bis 2013 für alle Versicherten der AOK Baden-Württemberg, die zum 01.01.2012 60 Jahre und älter waren.

Die Datenerhebung erfolgte auf der Basis des §75, SGB X und wurde durch die Aufsichtsbehörde, das Sozialministerium Baden-Württemberg, genehmigt. Die Daten liegen pseudonymisiert vor, d. h. seitens der Untersucher können keine Rückschlüsse auf die Versicherten erfolgen, das Pseudonym (eine interne

Studennummer) erlaubt jedoch, die Inanspruchnahme eines Patienten in verschiedenen Sektoren zusammenzuführen und längsschnittlich zu betrachten. Der Vorteil der Nutzung von Krankenkassendaten besteht darin, dass alle Versicherten einbezogen werden und somit keine Selektion und keine Verzerrung der Studienergebnisse, wie sie bei Primärerhebungen auftreten können, bestehen.

Es handelt sich um eine versichertenbezogene und nicht um eine arztbezogene Untersuchung. Die Daten aller an der Behandlung eines Patienten beteiligten Ärzte und Einrichtungen – diese sind ebenfalls pseudonymisiert – werden erfasst. Die Datensätze je Patient enthalten Angaben zu jeder aufgesuchten behandelnden Einrichtung mit allen jeweils erbrachten bzw. verordneten und über die GKV abgerechneten Leistungen. Ein Recallbias entfällt, da die Honorierung von der systematischen Erfassung der Kontakte und der dort erbrachten Leistungen abhängt.

Eine ausführliche Beschreibung der Datenprofile und der Untersuchungspopulation erfolgt im Methodenkapitel. In die Analyse konnten insgesamt ca. 1 Million Versicherte (60 Jahre und älter) einbezogen werden. Mittels der Daten wurden einerseits geriatrische Patienten identifiziert sowie andererseits Patienten mit Schlaganfall, Femurfraktur und Herzinsuffizienz (sogenannte Tracerereignisse oder Tracererkrankungen).

Patienten mit Schlaganfall oder Femurfraktur wurden anhand der Krankenhausentlassungsdiagnose des ersten Aufenthaltes in 2012 identifiziert, wobei kein entsprechender Krankenhausaufenthalt 12 Monate zuvor kodiert sein durfte (Schlaganfall durch ICD 10 Code: I63, I64; Femurfraktur: ICD 10: S72). Patienten mit Herzinsuffizienz (ICD 10: I50) wurden ohne weitere Einschränkungen ebenfalls über die erste Krankenhausentlassungsdiagnose in 2012 identifiziert. Für die Studie konnten 8.358 Patienten mit Schlaganfall, 6.370 Patienten mit Femurfraktur und 14.818 Patienten mit Herzinsuffizienz analysiert werden.

Patienten mit einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung im Krankenhaus (Akutgeriatrie) wurden über den OPS-Code 8-550 identifiziert. Für Patienten in der geriatrischen Rehabilitation wurde von der AOK Baden-Württemberg ein eigener Datensatz übermittelt.

1.3 Primärdaten

Ziel des qualitativen Teils des Forschungsvorhabens war es, zusätzliche und erläuternde Hinweise auf die Themen Fehlanreize für Überweiser sowie Fehlsteuerung in der Versorgung zu erhalten. Auch Einschätzungen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie eine generelle Bewertung der rehabilitativen geriatrischen Versorgungssituation in Baden-Württemberg sollten gewonnen werden.

Experteninterviews

Es wurden elf Interviews telefonisch oder face to face durchgeführt mit fünf Experten aus Geriatrischen Zentren, drei Akteuren der Steuerungsebene (Kassenärztliche Vereinigung, Kostenträger), einem Patientenvertreter und zwei Experten aus Rehabilitationskliniken. Unter diesen elf Interviewpartnern waren fünf Vertreter der Landesarbeitsgemeinschaft Geriatrie (LAG) und ein Experte mit hausärztlicher Expertise. Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen, anschließend transkribiert und unter Zuhilfenahme der MAXQDA-Software gemäß der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) [19] ausgewertet.

Fokusgruppen

Hausärzte als Primärversorger von geriatrischen Patienten wurden nach ihren praktischen Erfahrungen mit den entsprechenden Versorgungsstrukturen, ihren Meinungen zum »Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014« sowie zu möglichen Verbesserungen befragt. Hierzu wurden in zwei Fokusgruppen mit acht bis zwölf Teilnehmern leitfadengestützte Fokusgruppeninterviews durchgeführt, in denen die Hausärzte ihre Expertenerfahrungen und -meinungen darstellten und diskutierten.

1.4

**Der geriatrische Patient:
Falldefinition in
Routinedaten**

Eine wesentliche Voraussetzung für die Durchführung der Analysen war es, in den Routinedaten den geriatrischen Patienten zu bestimmen. Da hierzu in den Abrechnungsdaten kein spezifischer Code vorliegt, sind verschiedene Informationen zur Definition heranzuziehen. Im Folgenden wird bei der Identifikation eines Patienten als geriatrischer Patient immer von »potentiell geriatrisch« gesprochen, da die Einstufung auf den Routinedaten basiert und nicht anhand eines klinischen Assessments erfolgt.

Eine Identifikation geriatrischer Patienten über die Merkmale Alter (≥ 70 Jahre), Pflegestufe und Demenz war zunächst vorgesehen, wurde jedoch in Abstimmung mit dem wissenschaftlichen Projektbeirat nicht weiter berücksichtigt, da die vom Beirat vorgeschlagene Modifizierung identisch ist mit dem Geriatriecheck Teil A und dort ausgewiesen wird.

Für das Vorhaben wurden zwei mögliche Definitionen operationalisiert, d. h., es wurden die in den Routinedaten vorhandenen Informationen (Alter, Geschlecht, Diagnosen, Pflegestatus, etc.), die die Kriterien der Definition beschreiben, genutzt und im Ergebnis verglichen: Zum einen wurden die Items des »Geriatrie-Checks Baden-Württemberg« – Teil A und B – [4] herangezogen, zum anderen eine Zusammenstellung von geriatritypischen Diagnosen, auch als geriatritypische Merkmalskomplexe bezeichnet [13], wie sie in der zum Zeitpunkt der Projektdurchführung vorliegenden Begutachtungsrichtlinie dargelegt waren. Die am 02.07.2018 veröffentlichte Begutachtungsanleitung von MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) und GKV Spitzenverband sieht inzwischen Patienten im Alter von 80 Jahren und älter auch ohne Verbindung mit geriatritypischen Merkmalskomplexen aufgrund der erhöhten Vulnerabilität als geriatrische Patienten an

Geriatric-Check
Baden-Württemberg

[5]. Für das hier durchgeführte Vorhaben konnte diese neue Definition jedoch nicht mehr berücksichtigt werden.

Das Geriatriekonzept 2014 des Landes Baden-Württemberg empfiehlt unter Bezug auf die geriatrischen Landesarbeitsgemeinschaften die Anwendung des Geriatric-Checks im Krankenhaus, um evtl. vorhandenen geriatrischen Behandlungsbedarf rechtzeitig zu erkennen und den weiteren Versorgungsprozess nach individuellen Abklärungen entsprechend zu planen. Dieses Instrument wurde auf die Routinedaten angewendet.

Als potentiell geriatrischer Patient wurde ein Versicherter eingestuft, wenn er mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllte:

- Alter \geq 85 Jahre
- Pflegestufe \geq 1 (nicht Pflegeheimbewohner)
- Pflegeheimbewohner
- Bekannte Demenz

Für diejenigen Versicherten, die kein Kriterium aus Teil A des Geriatric-Checks erfüllen, wurde geprüft, ob Kriterien aus Teil B zutreffen. Ein Versicherter wurde als potentiell geriatrischer Patient definiert, wenn mindestens zwei der folgenden fünf Kriterien erfüllt waren: Beeinträchtigung der

- Mobilität
- Selbstständigkeit
- Kognition
- Psyche
- Wiederholte Krankenhausaufenthalte

Kombiniert man die Operationalisierungen des Geriatric-Checks Teil A und B, so gehörte knapp ein Drittel (30,8%) der Untersuchungspopulation (AOK Versicherte 60 Jahre und älter) zur Gruppe der potentiell geriatrischen Patienten. Hiervon erfüllte jeweils rd. ein Drittel die Kriterien des Geriatric-Checks Teil A (10,5%), des Geriatric-Check Teil B (9,6%) und des Geriatric-Checks Teil A und Teil B (10,6%).

Es wurde untersucht, wie sich die Fallzahlen verändern, wenn für Teil B des Geriatric-Checks zusätzlich zu den Diagnosen noch Inanspruchnahmeparameter (z.B. Rollstuhl, Rollator als Hinweis auf eingeschränkte Mobilität) herangezogen werden. Insgesamt erhöhte sich dadurch der Anteil von 30,8% auf 32,3%.

Des Weiteren konnte die Relevanz der Merkmale des Geriatric-Checks für eine geriatrisch rehabilitative Behandlung im Sinne einer GfK im Krankenhaus und/oder in einer Rehabilitationsklinik aufgezeigt werden. Insbesondere erwies sich das Alterskriterium als relevanter Prädiktor.

Im Bericht wird zur Definition eines »potentiell geriatrischen Patienten« der auf Routinedaten angewendete Geriatric-Check herangezogen.

Geriatritypische
Multimorbidität

Bei den methodischen Vorarbeiten zu dieser Untersuchung der geriatrischen Versorgung wurde noch eine zweite Definitionsmöglichkeit herangezogen und mit den Ergebnissen beruhend auf dem Geriatrie-Check verglichen: die Identifikation geriatrischer Patienten anhand geriatritypischer Multimorbidität. Hierzu wurde auf die von Meinck und Lübke [18, 20, 21] modifizierte Liste des BRL V&R [13] zurückgegriffen, die von den Autoren dankenswerterweise mit ICD-10 Kodierung zur Verfügung gestellt wurde. Die im Juli 2018 überarbeitete Definition [5], bei der Patienten im Alter von 80 Jahren und älter, als geriatrisch eingestuft wurden, konnte im Projekt keine Berücksichtigung mehr finden.

Nach Angaben der Autoren besteht dann eine geriatritypische Multimorbidität (gtMM), wenn mindestens zwei der aufgeführten 15 geriatritypischen Merkmalskomplex (gtMK) vorliegen. Auf die Routinedaten angewandt, bedeutet dies, dass das Vorhandensein eines geriatritypischen Merkmalskomplexes (gtMK) dann angenommen wird, wenn entweder in einem voll-/teilstationären Aufenthalt (M1K) oder in mindestens zwei Quartalen (M2Q) eine entsprechende ambulante Diagnose dokumentiert wurde. Unter Anwendung dieser Kriterien konnten in der Population der 60-Jährigen und Älteren 39,4% als potentiell geriatrisch eingestuft werden. Der Anteil der potentiell geriatrischen Patienten sank auf 25,7%, wenn der sehr häufig dokumentierte Merkmalskomplex 09 »Schmerz« (da sich keine Altersabhängigkeit bei der Prävalenz zeigt) nicht berücksichtigt und der ebenfalls häufig dokumentierte Merkmalskomplex 12 »Starke Seh- und Hörstörungen« bezüglich der einbezogenen ICD-Diagnosen eingeschränkt wurde.

Ein Vergleich zwischen den nach diesen beiden Definitionen als geriatrisch eingestuften Patienten zeigt zwar vergleichbare Anteile, allerdings wurden einige Patienten nur jeweils bei einer Definition als potentiell geriatrisch eingestuft. Unterschiede zeigten sich einerseits durch das Einbeziehen des Kriteriums »Pfleger« (»Pflegerstufe« oder »Pflegerheimbewohner«) und durch die Abgrenzung der Kriterien »Mobilität« und »Psyche« im Geriatrie-Check sowie andererseits durch das Einbeziehen der gtMK 14 »Hohes Komplikationsrisiko«, 12 »Starke Seh- und Hörstörung« und 10 »Sensibilitätsstörungen« bei der gtMM.

Empfehlung

Wir empfehlen zur Identifikation der potentiell geriatrischen Patienten auf der Basis von Routinedaten den Geriatrie-Check Baden-Württemberg heranzuziehen. Hierfür sprechen:

- Der Anteil der potentiell geriatrischen Patienten zeigte sich sehr stabil, auch bei Einbeziehen von Informationen aus weiteren Sektoren (Arzneimittel und Hilfsmittel). Da es in der vorliegenden Untersuchung um Versorgungsaspekte geriatrischer Patienten ging, erfolgte die Definition nur mittels der Diagnosen.
- Es wurden alle Patienten mit Demenz erfasst (Definition gtMM: 93%).
- Es wurden alle Patienten mit Pflegeleistungen (SGB XI) erfasst (Definition gtMM: Pflege gesamt 89,8%; ambulant Pflege 89,4%; stationäre Pflege 96,2%).

- Der überwiegende Teil der Patienten (86%) zeigte auch eine gtMM.
- Das Alterskriterium 85+ stellte sich als hoher Prädiktor für eine geriatrisch rehabilitative Behandlung dar, hier insbesondere im Vergleich zur indikationsbezogenen Rehabilitation. Bei der Schätzung zur Zahl potentiell geriatrischer Patienten kann zwar eine geringe Überschätzung auftreten, da nicht alle über 85-Jährigen die Kriterien des Geriatrie-Checks (ohne Alterskriterium) oder der gtMM erfüllen. Es handelt sich jedoch um eine konservative Abschätzung in Bezug auf die Frage, ob eine Fehlversorgung, d. h. Behandlung nicht geriatrischer Patienten mit geriatrischen Leistungen, stattfindet. Alle potentiell nicht geriatrischen Patienten mit Inanspruchnahme geriatrischer Leistungen sind per definitionem jünger als 85 Jahre.

Dier hier erarbeitete Operationalisierung des Geriatrie-Checks lässt sich für zukünftige Analysen, z. B. zur Erhebung (versorgungs-)epidemiologischer Daten älterer Patienten, nutzen.

1.5 Grundausswertungen

Die Grundausswertungen umfassen u.a. Prävalenzschätzungen für geriatrische Patienten auf der Basis der Daten der AOK Baden-Württemberg und Hochrechnungen auf Baden-Württemberg (gesamt) sowie für Regionen und Kreise. Schätzungen zum Anteil potentiell geriatrischer Patienten erfolgen auch für die Patienten mit Tracerdiagnosen. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung ist eine Abschätzung des Bedarfs an geriatrischer Versorgung bis zum Jahr 2035 von Interesse. Hierzu erfolgen Hochrechnungen ausgehend von der vorhandenen Prävalenz.

Darüber hinaus findet sich im Bericht eine Beschreibung zur Inanspruchnahme eines hausärztlich-geriatrischen Basisassessments, eines geriatrischen Screenings und Assessments im Krankenhaus, sowie verschiedener geriatrischer Betreuungs- und Behandlungsformen durch Versicherte, die 60 Jahre und älter sind. Zusätzlich werden Behandlungsort und rehabilitative Versorgung bei Patienten mit den Tracerdiagnosen Schlaganfalls, Femurfraktur und Herzinsuffizienz dargestellt.

Nachstehend werden einige ausgewählte Ergebnisse berichtet:

Prävalenzschätzung und Hochrechnung für potentiell geriatrische Patienten

Beruhend auf den Kriterien des Geriatrie-Checks wurde für Versicherte 60 Jahre und älter für das Jahr 2012 eine Prävalenz potentiell geriatrischer Patienten von 30,8% (Männer: 25,1%, Frauen: 34,8%) ermittelt. Definitionsgemäß werden alle Versicherten, die 85 Jahre und älter sind, als potentiell geriatrisch eingestuft.

Legt man die auf der Basis der Daten der AOK Baden-Württemberg berechneten alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzen und Bevölkerungszahlen von Baden-Württemberg zugrunde, so ergibt sich für 2012 eine Prävalenz

potentiell geriatrischer Patienten von 29,0%. Insgesamt war in 2012 mit rund 770.000 potentiell geriatrischen Patienten (ab 60 Jahre und älter) zu rechnen.

Die regionale Streuung im Anteil potentiell geriatrischer Patient reichte von 27% für die Region Stuttgart bis 33,1% in der Region Rhein-Neckar. Über dem Durchschnitt von Baden-Württemberg (29%) lagen die Regionen Heilbronn-Franken (29,7%), Mittlerer Oberrhein (30,2%), Nordschwarzwald (29,5%) und Südlicher Oberrhein (29,8%) sowie Rhein-Neckar (33,1%). Die Regionen Ostwürttemberg, Schwarzwald Baar-Heuberg, Neckar Alb, Donau Iller und Bodensee-Oberschwaben lagen zwischen 28,3% und 28,8%, die Region Stuttgart wies mit 27% die niedrigste Prävalenz auf.

Erwartungsgemäß steigt die Prävalenz geriatrischer Patienten mit dem Alter an. Bezogen auf Baden-Württemberg lag der Anteil potentiell geriatrischer Patienten in der Altersgruppe 60 bis 64 Jahre 2012 mit 12,4% am niedrigsten. In der Altersgruppe 80-84 Jahre stieg die Prävalenz auf 44,3% an. Die 85-Jährigen und Älteren wurden definitionsgemäß alle als potentiell geriatrisch eingestuft.

U.W. liegen hier erstmals regionale Angaben zur Zahl potentiell geriatrischer Patienten vor, die in einem nächsten Schritt (nach einer Aktualisierung des Beobachtungsjahres) mit dem in den Regionen vorgehaltenen Versorgungsangebot in Beziehung zu setzen sind. Hierfür ist eine Vorhaltung entsprechender belastbarer Strukturdaten (Zahl geriatrischer Betten in Akut- und Rehakliniken nach Postleitzahlen auf Kreisebene) erforderlich, um vor diesem Hintergrund die Inanspruchnahmepattern rehabilitativer Leistungen (geriatrisch oder indikationsspezifisch) bewerten zu können. Diese Daten lagen für die hier durchgeführte Untersuchung nicht vor.

Zukünftiger Versorgungsbedarf

Für eine Fortschreibung des Geriatriekonzeptes sind epidemiologische Angaben zur Zahl der zu versorgenden Personen wichtig. Im Jahr 2012 lebten in Baden-Württemberg rund 2,65 Millionen Menschen, die 60 Jahre und älter waren (Ergebnisse der Bevölkerungsfortschreibung auf Basis des Zensus 2011). Basierend auf der Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes (Basis 2014 mit Wanderungen) [31] geht man davon aus, dass sich die Zahl der über 60-Jährigen und Älteren um 37% auf etwa 3,63 Millionen Menschen im Jahr 2035 erhöhen wird. Innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe wiederum wird der Anteil der Hochbetagten – hierunter werden 85-Jährige und Ältere verstanden – überdurchschnittlich wachsen.

Wendet man die Kriterien des Geriatrie-Checks auf die prognostizierte Altersstruktur an, so erhöht sich die Zahl der potentiell geriatrischen Patienten im Alter von 60 Jahren und älter von 2012 mit ca. 770.000 bis zum Jahr 2035 mit rund 1,14 Millionen um 48%. Je nach Region ist mit einem Anstieg der potentiell geriatrischen Patienten von 43% bis 55% zu rechnen. Dabei weist die Region Mittlerer Oberrhein den niedrigsten und die Region Heilbronn-Franken den höchsten Anstieg auf.

Tracerdiagnosen und Anteil potentiell geriatrischer Patienten

In der Untersuchungspopulation lag der Anteil der AOK-Versicherten mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt mit Hauptdiagnose Schlaganfall bei 8,3, mit Fraktur des Femurs bei 6,3 und mit Herzinsuffizienz bei 14,7 je 1.000 Versicherte der AOK Baden-Württemberg.

Die Rate der Patienten mit akutem Schlaganfall rangierte zwischen den Regionen von 7,0 bis 8,7, der mit Fraktur des Femurs von 5,3 bis 6,9 und der mit Herzinsuffizienz von 12,4 bis 15,5 je 1.000 Einwohner (60 Jahre und älter).

Hochgerechnet auf Baden-Württemberg (Bev. 60 Jahre und älter) ergeben sich für 2012 folgende Schätzungen zur Fallzahl und zum Anteil potentiell geriatrischer Patienten:

- Versicherte mit akutem (im Krankenhaus behandeltem) Schlaganfall: 20.774 Patienten; 7,8/1.000 Einw., davon 65,2% potentiell geriatrisch
- Versicherte mit im Krankenhaus behandelte Femurfraktur: 15.197 Patienten; 5,5/1.000 Einw., davon 88,3% potentiell geriatrisch
- Patienten mit Herzinsuffizienz und Krankenhausaufenthalt: 36.276 Patienten; 13,7/1.000 Einw., davon 75,8% potentiell geriatrisch

Inanspruchnahme geriatrischer Leistungen

2012 wurde bei knapp 5% der potentiell geriatrischen Patienten ein *hausärztlich-geriatrisches Assessment* (hier: EBM 03240) abgerechnet. Der Anteil nahm mit dem Alter zu: von 1,9% in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen auf 7,4% bei den 95-Jährigen und Älteren. Bei den als nicht potentiell geriatrisch eingestuften Patienten lag der Anteil mit rund 1% deutlich niedriger.

Bei rund 1% (1.134 von 100.000) der potentiell geriatrischer Patienten erfolgte 2012 eine *geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung im Krankenhaus (GFK)*. Diese Leistung fand sich erwartungsgemäß deutlich seltener in der Gruppe der nicht als potentiell geriatrisch eingestuften Versicherten. Die mittlere Verweildauer nahm mit zunehmendem Alter von 28 Tagen (60-64 Jahre) auf 21 Tage (95+ Jahre) ab.

Geriatrische Rehabilitation in Rehakliniken fand bei potentiell geriatrischen Patienten mit rund 3% (3.208 von 100.000 potentiell geriatrischen Patienten) häufiger statt als eine GFK. Auch diese Leistung fand sich deutlich häufiger in der Gruppe der potentiell geriatrisch eingestuften Versicherten. Die mittlere Verweildauer lag in allen Altersgruppen bei rd. 21 Tagen.

Behandlungsort und rehabilitative Versorgung bei Patienten mit Tracerdiagnosen

Wo werden Patienten – hier mit Tracerdiagnosen – behandelt und wie stellt sich die rehabilitative Versorgung während und nach dem Indexaufenthalt dar? Mittels der Routinedaten kann die durchgeführte Versorgung dargestellt, nicht jedoch der vorhandene Bedarf bzw. die Refähigkeit ermittelt werden.

Die Art der Fachabteilung wird erwartungsgemäß bestimmt durch das Indexereignis: So stand die Neurologie bei Schlaganfall an erster Stelle, die Unfallchirurgie und Allgemeine Chirurgie bei der Femurfraktur und die Innere Medizin

bei der Herzinsuffizienz. Die Behandlung potentiell geriatrischer Patienten mit Tracerdiagnose in Fachabteilungen mit Geriatriebezug lag 2012 bei:

- Schlaganfall: 3,3%
- Femurfraktur: 2,3%
- Herzinsuffizienz: 1,6%.

Bei den als nicht potentiell geriatrisch eingestuften Patienten war eine Behandlung in diesen Abteilungen nur in Einzelfällen dokumentiert.

Eine *geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung* (GFK) erhielten vor allen Dingen Patienten mit Schlaganfall und Femurfraktur. Unter den potentiell geriatrischen Patienten lag bei der Indikation Schlaganfall der Anteil bei 9,4% (nicht potentiell geriatrisch: 3%), bei Patienten mit Femurfraktur bei 11% (potentiell nicht geriatrisch: 4,3%). Am seltensten – mit 1,4% (pot. geriatrisch) bzw. 0,2% (pot. nicht geriatrisch) – war eine GFK bei Patienten mit Herzinsuffizienz dokumentiert. Ab dem 75. Lebensjahr zeigt sich im Anteil mit GFK keine Altersabhängigkeit mehr. Bei allen drei Indikationen lag der Anteil an Patienten mit einer GFK bei Frauen höher als bei Männern.

Eine *geriatrische Rehabilitation in einer stationären Einrichtung* nach §40 SGB V erhielten Patienten mit Femurfraktur mit 33,5% deutlich häufiger im Vergleich zu Patienten mit Schlaganfall (13,5%) und Herzinsuffizienz (2,0%). Potentiell geriatrische Patienten wiesen im Vergleich zu potentiell nicht geriatrische Patienten deutlich höhere Anteil auf: Schlaganfall 18,6% vs. 7,3%, Femurfraktur: 35,3% vs. 19,6%, Herzinsuffizienz: 2,0% vs. 0,7%. Auch bei dieser Rehaform lag der Anteil der Frauen höher als der Anteil der Männer.

Einige Patienten mit den hier betrachteten Tracerdiagnosen erhalten sowohl eine *GFK als auch eine geriatrische Rehabilitation in stationären Rehaeinrichtungen*. Unter Patienten mit Schlaganfall lag dieser Anteil bei 1,7%, bei Patienten mit Femurfraktur bei 4,5% und bei Patienten mit Herzinsuffizienz bei 0,1%.

Unabhängig vom Ort, an dem die geriatrische rehabilitative Behandlung erbracht wurde, war diese bei 19% der Schlaganfallpatienten (pot. geriatrisch: 23,6%), 39,2% der Patienten mit Femurfraktur (pot. geriatrisch: 41,4%) und 3% der Patienten mit Herzinsuffizienz (pot. geriatrisch: 3,7%) dokumentiert. Keine geriatrische Frührehabilitation bzw. geriatrische Rehabilitation erhielten entsprechend 81% der Patienten mit Schlaganfall, 60,8% mit Femurfraktur und 97,0% mit Herzinsuffizienz. Unter den potentiell geriatrischen Patienten lag der Anteil ohne GFK/geriatrische Reha niedriger: Schlaganfall: 76,4%, Femurfraktur: 58,6% und Herzinsuffizienz: 96,3%.

Patienten mit den drei Tracerdiagnosen können auch eine *indikationsspezifische Rehabilitation* erhalten. Im Beobachtungsjahr 2012 war dies bei 24,1% der Patienten mit Schlaganfall, bei 14,7% mit Femurfraktur und bei 1% mit Herzinsuffizienz der Fall. Bei dieser Rehabilitationsform liegt bei allen drei

Tracererkrankungen der Anteil der als potentiell geriatrisch eingestuften Patienten mit dieser Behandlung deutlich unter dem Anteil der potentiell nicht geriatrischen Patienten (Schlaganfall: 18,6% vs. 35,0%; Femurfraktur: 10,8 vs. 45,2% und Herzinsuffizienz: 0,7% vs. 1,8%.

Keinerlei rehabilitative Maßnahmen (hier definiert als »mit Beginn im Zeitraum von 28 Tagen nach Indexaufenthalt«) fanden sich immerhin bei 58,4% der Patienten mit Schlaganfall (pot. geriatrisch: 59,1%), bei 46,8% mit Femurfraktur (pot. geriatrisch: 48,4%) und bei 96% mit Herzinsuffizienz (pot. geriatrisch: 95,6%). Hierbei sollte berücksichtigt werden, dass in der Ausgangspopulation auch Patienten eingeschlossen waren, die während des Indexaufenthaltes verstarben bzw. Patienten mit vorbestehender ambulanter und stationärer Pflege,

Zwischenfazit

Unter der Annahme, dass durch die Operationalisierung des Geriatrie-Checks potentiell geriatrische Patienten mittels Routinedaten identifiziert werden können, zeigte sich für die drei Tracerdiagnosen – als eine Bestandsaufnahme im Jahr 2012– folgendes Bild:

- Rund 30% der Bevölkerung Baden Württembergs (60 Jahre und älter) ist als potentiell geriatrisch einzustufen, d.h., dass bei Auftreten von Erkrankungen und akuten Ereignissen eine höhere Vulnerabilität und verzögerte Rekonvaleszenz zu erwarten ist. Auf diese Problemlage ausgerichtete geriatrische und geriatrisch rehabilitative Versorgungsangebote sollen die Patienten gezielt unterstützen. Hierzu ist es wichtig, den Bedarf abschätzen zu können.
- Die regionale Betrachtung zeigt eine Streuung im Anteil potentiell geriatrischer Patienten zwischen 27% und 33%, was für die Versorgungsplanung relevant ist.
- Schlaganfall, Femurfraktur und Herzinsuffizienz zählen zu den häufigsten Behandlungsanlässen geriatrischer Einrichtungen. In Baden-Württemberg waren in der Altersgruppe 60 Jahre und älter im Jahr 2012 knapp 21.000 Patienten mit einem akuten Schlaganfall, rund 15.000 Patienten mit einer Femurfraktur und rund 36.000 Patienten wegen Herzinsuffizienz im Krankenhaus. Der hohe Bedarf an geriatrisch rehabilitativer Versorgung zeigt sich im Anteil der potentiell geriatrischen Patienten mit diesen Tracerdiagnosen: Schlaganfall: 65%, Femurfraktur 88% und Herzinsuffizienz: 76%.
- Ob es einer geriatrischen Rehabilitation bedarf und ob der Patient auch rehafähig ist, ob eine entsprechende Einrichtung hierfür freie Kapazitäten aufweist und ob der Patient diese Rehamassnahme überhaupt durchführen möchte, kann mittels Routinedaten nicht festgestellt werden. Dargestellt werden kann jedoch, zu welchem Anteil bei den hier betrachteten Indikationen eine entsprechende geriatrische Rehabilitation oder auch indikationsspezifische Rehamassnahme durchgeführt wurde. Dargestellt werden kann auch, in welchem Umfang diese Maßnahme bei den als potentiell geriatrisch definierten Patienten im Vergleich zu den als nicht potentiell geriatrisch eingestuften Patienten durchgeführt wurde. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass potentiell geriatrische Patienten zu einem höheren Anteil als nicht geriatrische Patienten eine entsprechende geriatrisch ausgerichtete Rehamassnahmen erhalten haben, der überwiegende Anteil der

Patienten erhielt jedoch weder geriatrische noch indikationsspezifische Rehamassnahmen. Es zeigten sich keine Hinweise auf Überversorgung (s.w.u.), jedoch darf vor dem Hintergrund hoher Anteile geriatrischer Patienten in einer indikationsspezifischen Rehabilitation für 2012 von Kapazitätsproblemen in der geriatrischen Rehabilitation ausgegangen werden. Auch wenn ein höherer Anteil an nicht geriatrischen Patienten mit Tracererkrankung eine indikationsspezifische Rehabilitation erhält, stellt sich die Frage, durch wen und wie die Steuerung der geriatrischen rehafähigen Patienten erfolgt.

- In den Interviews wurde von Ärzten verschiedentlich beklagt, dass die Beantragungen für Rehamassnahmen aufwendig wären, wohnortnahe Angebote oftmals nicht zur Verfügung stünden und deshalb Patienten diese Maßnahmen nicht antreten würden. Um bewerten zu können, ob Kapazitätsprobleme bestehen, sind kleinräumige Angabe zur Anzahl potentiell geriatrischer Patienten auf der einen Seite (wie hier durchgeführt) sowie zu den vorhandenen Versorgungsstrukturen (z.B. fortlaufende Erhebung zur Zahl der Einrichtungen / Bettenkapazität auf Kreisebene) auf der anderen Seite unerlässlich.

1.6

Detailauswertungen: Versorgungsverläufe, Einflussfaktoren auf Inanspruchnahme geriatrischer Versorgung und regionale Varianz

Ein zentrales Anliegen der Auftraggeber war die Frage, ob in der geriatrischen Versorgung eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung beobachtet werden kann. Damit zusammen hängt die Frage, ob in der geriatrischen Versorgung eine bedarfsgerechte und geriatrischen Indikationen entsprechende Steuerung älterer Versicherter erfolgt. Dieser Aspekt sollte für Versicherte mit den Tracererkrankungen Schlaganfall, Femurfraktur und Herzinsuffizienz untersucht werden. Der vorliegende Bericht versucht hierauf einerseits durch die Analyse der Krankenkassendaten sowie andererseits durch die Einschätzung von Akteuren der Versorgung eine Antwort zu geben.

Da in Baden-Württemberg zwei Versorgungsformen zur geriatrisch rehabilitativen Versorgung bestehen – einerseits im Rahmen der Akutgeriatrie als geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (GFK) andererseits in Rehaeinrichtungen als klassische medizinische Rehabilitation nach §40 SGB V – ist die Frage naheliegend, in wie weit sich das jeweils behandelte Klientel vor der Inanspruchnahme der Einrichtungen hinsichtlich der Morbidität unterscheidet. Des Weiteren ist von Interesse, ob sich die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen nach dem jeweiligen Krankenhaus- bzw. Rehaaufenthalt zwischen Patienten dieser beiden Versorgungsformen sowie auch gegenüber (geriatrischen) Patienten, die eine indikationsspezifische Rehabilitation erhalten haben, unterscheidet.

Regionale Unterschiede in Morbidität und Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen sind vielfach beschrieben worden [12, 25, 29]. Im Rahmen dieser Studie werden ebenfalls regionale Analysen zur Intensität geriatrischer Versorgung und zu Unterschieden in den Verläufen durchgeführt.

1.6.1 Bedarfsgerechte Versorgung; Über-, Unter-, Fehlversorgung

Ob diejenigen geriatrischen Patienten mit Rehabilitationspotential eine entsprechende Maßnahme erhalten, kann mittels Routinedaten nicht dargestellt werden, da hierzu in den Daten keine Angaben vorliegen. Es kann jedoch dargestellt werden, zu welchem Anteil die Gesamtgruppe der Patienten mit Tracerdiagnose – und hier insbesondere die als potentiell geriatrisch im Vergleich zu den als nicht potentiell geriatrisch identifizierten Patienten – geriatrisch rehabilitativ oder auch indikationsspezifisch rehabilitativ versorgt wird.

Folgende Indikatoren können auf eine Über-, Unter-, Fehlversorgung hinweisen:

- Anteil der geriatrischen Patienten unter den Patienten mit indikationsspezifischer Anschlussrehabilitation (Indikator 1).
- Anteil der Patienten unter den rehabilitativ geriatrisch behandelten Patienten, bei denen in Routinedaten keinerlei geriatrietypische Kasuistik erkennbar war (Indikator 2).
- Anteil der Patienten, die aus dem Akutbereich erstmalig direkt in ein Pflegeheim überwiesen wurden (Indikator 3).
- Anteil der Patienten, die zunächst eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung und in Folge noch eine indikationsspezifische Rehabilitation erhielten (Indikator 4).
- Anteil der Patienten, die aus einer indikationsspezifischen Rehabilitation wieder in die Akutversorgung zurücküberwiesen wurden (Indikator 5).

Indikator 1:
Anteil potentiell geriatrischer Patienten unter den Patienten mit (ausschließlich) indikationsspezifischer Rehabilitation

Mehr als die Hälfte (55,6%) der Patienten mit ausschließlich indikationsspezifischer Rehabilitation wurden 2012 als potentiell geriatrisch eingestuft. Bei Frauen lag der Anteil höher als bei Männern (60,3% vs. 49,1%) und er stieg mit dem Alter von 48,8% (60-74 Jahre) auf 64,8% (85+ Jahre). Bei Patienten mit der Tracerdiagnose Femurfraktur lag der Anteil der als potentiell geriatrisch eingestuften Patienten in der Gruppe mit indikationsspezifischer Rehabilitation mit 65,1% höher als bei den Tracerdiagnosen Herzinsuffizienz (56,6%) und Schlaganfall (51,0%). Es zeigten sich deutliche regionale Spannen von 46,5%-66,4%.

Indikator 2:
Anteil der Patienten unter den rehabilitativ geriatrisch behandelten Patienten, bei denen in Routinedaten keinerlei geriatrietypische Kasuistik erkennbar war.

Bei einem Anteil von 10,2% der Patienten mit geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen (GFK und/oder geriatrische Rehabilitation; Männer: 14,0%; Frauen: 8,7%) war keinerlei geriatrietypische Kasuistik zu erkennen. Dies galt sowohl für Patienten mit geriatrischer Frührehabilitation im Krankenhaus (8,4%) als auch für Patienten mit geriatrischer Behandlung in einer Rehabilitationsklinik (10,3%). Der Anteil sank mit steigendem Alter von 17,1% (60-74 Jahre) auf 12,0% (85+ Jahre). Bei Patienten mit der Tracerdiagnose Schlaganfall lag der Anteil der als potentiell nicht geriatrisch eingestuften Patienten in der Gruppe mit geriatrischer Behandlung mit 17,0% deutlich höher als bei den Tracerdiagnosen Fraktur des Femurs (6,5%) und Herzinsuffizienz (6,7%). Auch hier waren regionale Unterschiede im Anteil möglicherweise nicht bedarfsgerecht zugewiesener Patienten erkennbar von 6% bis ca. 19%.

Es zeigen sich erhebliche Unterschiede in beiden Bedarfsindikatoren entlang der Merkmale »Hauptdiagnose« und »Region«. Der hohe Anteil an geriatrischen Patienten in der indikationsspezifischen Rehabilitation kann eine Folge fehlender Rehabilitationsangebote oder auch schlechter erreichbarer Angebote im spezifisch geriatrischen Setting sein. Die zum Teil beachtlichen regionalen Unterschiede lassen sich nicht ausschließlich mit Unschärfen in den Routinedaten und Morbiditätsunterschieden erklären. Es ist hier sowohl von struktur- als auch prozessbezogenen Variationen in den Regionen auszugehen. Bei der Bewertung der Ergebnisse ist jedoch zu berücksichtigen, dass sich die geriatrisch rehabilitativen Angebotsstrukturen seit 2012 verbessert haben. Zu prüfen wäre deshalb zunächst, ob die beobachteten regionalen Unterschiede gegenwärtig immer noch bestehen. Anhand von Strukturdaten zur Verfügbarkeit geriatrischer Rehaplätze, die für diese Analyse nicht vorlagen, wäre im nächsten Schritt zu untersuchen, ob beobachtete Unterschiede in der Inanspruchnahme auch auf Unterschiede im Versorgungsangebot zurückzuführen sind.

In den Experteninterviews wurden Kapazitätsprobleme als Hemmnis der bedarfsgerechten Steuerung genannt. Dies spiegeln möglicherweise auch die Ergebnisse der Routinedatenanalyse, die zeigen, dass in der indikationsspezifischen Rehabilitation zu einem hohen Anteil potentiell geriatrische Patienten behandelt wurden. Welche Anforderungen und Probleme hiermit verbunden sind, war nicht Gegenstand der Untersuchung. Von Interesse ist, in wieweit bei einer indikationsspezifischen Rehabilitation geriatrische Versorgungsprobleme berücksichtigt werden können bzw. in diesen Einrichtungen geriatrische Expertise vorhanden ist.

Die Steuerung in die geriatrische rehabilitative Versorgung scheint weitgehend bedarfsgerecht zu erfolgen, da nur ein geringer Prozentsatz der Patienten mit dieser Versorgung gemäß der hier herangezogenen Definition als nicht potentiell geriatrisch identifiziert wurde. Ob ggf. bestehender Rehabilitationsbedarf nicht erkannt wurde oder aus anderen Gründen keine entsprechende Rehabilitation stattfand, kann mittels Routinedaten nicht erhoben werden.

Indikator 3:
Geriatrische Patienten, die aus dem Akutbereich (ohne GFK) erstmalig direkt in ein Pflegeheim überwiesen wurden

Im Kontext der Frage nach der Bedarfsgerechtigkeit ist auch von Interesse, welcher Anteil der Patienten vor einem stationären Aufenthalt keine Pflegestufe hatte und nach dem Aufenthalt unmittelbar in ein Pflegeheim entlassen wurde. Auch wenn dies in vielen Fällen Ausdruck der Schwere des zum Krankenhausaufenthalt führenden Ereignisses sein dürfte, steht die Frage im Raum, ob eine rehabilitative Maßnahme evtl. dazu beigetragen hätte, die stationäre Pflege zu vermeiden oder den Beginn zu verzögern.

Untersucht wurden potentiell geriatrische Patienten mit Tracerdiagnose ohne Hinweis auf eine Pflegestufe vor dem Ereignis (Schlaganfall/Femurfraktur) bzw. dem Krankenhausaufenthalt aufgrund der jeweiligen Tracerdiagnose. Hierbei wurde zudem zwischen Patienten mit und ohne GFK differenziert.

- Anteil mit erstmaliger stationärer Pflege bei Akutversorgung ohne GFK: Schlaganfall: 2,4%, Femurfraktur: 1,3%, Herzinsuffizienz: 1,0%.
- Anteil mit erstmaliger stationärer Pflege bei Akutversorgung mit GFK: Schlaganfall: 5,1%, Femurfraktur: 2,5%, Herzinsuffizienz: 3,2%.

Der Anteil mit erstmaliger stationärer Pflege variiert zwischen den Tracerdiagnosen und nach GFK. Der hier beobachtete höhere Anteil mit erstmaliger stationärer Pflege unter den GFK-Patienten ist als Ausdruck einer höheren Morbidität zu interpretieren. Mit Experten ist zu diskutieren, ob bei diesen beiden Gruppen noch ein Potential zur Verzögerung stationärer Pflege besteht.

Indikator 4:
Patienten, die eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung und in Folge noch eine indikationsspezifische Rehabilitation erhielten

Patienten, die eine GFK erhielten, wurden ärztlicherseits als geriatrische Patienten eingestuft. Als weiterführende Rehabilitation wäre eine geriatrische Rehabilitation zu erwarten. Indikator 4 zeigt den Anteil der GFK-Patienten mit indikationsspezifische Rehabilitation. Diese Kombination – eine GFK mit einer indikationsspezifischen Rehabilitation (innerhalb der ersten vier Wochen nach Krankenhausentlassung) – kam bei 21% bis 6% der Patienten mit Schlaganfall bzw. Femurfraktur (jedoch nicht bei Herzinsuffizienz) vor:

- Schlaganfall: 21,3%
- Femurfraktur: 5,8%
- Herzinsuffizienz: 0,0%

Ob hier eine Fehlsteuerung vorliegt oder Kapazitätsprobleme in geriatrischen Reha-Einrichtungen vorhanden waren, ggf. auch Patientenpräferenzen oder Entscheidungen der Krankenkasse eine Rolle spielten, kann mittels der Routedaten nicht beantwortet werden. Bei Schlaganfallpatienten kam dieser Reha-verlauf jedoch deutlich häufiger vor als bei Patienten mit Femurfraktur.

Indikator 5:
Patienten mit indikationsbezogener Reha und anschließender geriatrischer Rehabilitation/GFK

Aus den Experteninterviews gab es Hinweise auf eine zu frühe Krankenhausentlassung und damit fehlende Rehabilitationsfähigkeit von Patienten, die einer Reha zugeführt werden. Eine Überweisung aus einer indikationsbezogenen Rehabilitation zurück in eine geriatrische Rehabilitation war jedoch nur in Einzelfällen zu beobachten. Ein Patient mit Schlaganfall hatte nach 22 Tagen indikationsbezogener Reha einen unmittelbar anschließenden Krankenhausaufenthalt mit GFK wegen gleicher Indikation und bei zwei Patienten mit Femurfraktur war nach drei bzw. sieben Tagen indikationsbezogener Rehabilitation eine Verlegung in eine geriatrische Rehabilitation zu beobachten.

1.6.2 Versorgungswege und Inanspruchnahme im ersten Jahr nach Krankenhausaufenthalt

Kurzzeitpflege

Was passiert nach einem Krankenhausaufenthalt bei Patienten mit den hier betrachteten Tracerdiagnosen? Von besonderem Interesse sind hierbei die Verlegung in die Kurzzeitpflege oder in ein Pflegeheim sowie der Umfang an Rehospitalisierung und die Mortalität.

Patienten mit Femurfraktur kamen etwa doppelt so häufig in die Kurzzeitpflege (9,1%) im Vergleich zu Patienten mit Schlaganfall (4,7%) bzw. Herzinsuffizienz (3,5%). Potentiell geriatrische Patienten erhielten bei allen Tracerdiagnosen deutlich häufiger eine Kurzzeitpflege im Vergleich zu potentiell nicht geriatrischen Patienten. Mit zunehmendem Alter stieg der Anteil an Patienten mit Kurzzeitpflege bei allen Tracerdiagnosen deutlich an.

Bei Patienten mit Femurfraktur scheint die Kurzzeitpflege – insbesondere bei den potentiell nicht geriatrischen Patienten – eine Zwischenstation vor Aufnahme einer Rehabilitation zu sein. In dieser Patientengruppe erhält nach der Kurzzeitpflege noch knapp ein Fünftel eine RehaMaßnahme (pot. geriatrische Patienten zu 18,9%, pot. nicht geriatrische zu 42,1%). Bei Patienten mit Schlaganfall (5% mit Reha nach der Kurzzeitpflege) und Herzinsuffizienz (1,3%) liegen diese Anteile deutlich niedriger.

Statements aus den Experteninterviews bestätigen, dass es hier verschiedentlich aus Kapazitätsmangel in den Rehaeinrichtungen zu einer Verlegung aus der Akutgeriatrie in die Kurzzeitpflege komme, was jedoch den Rehabeginn verzögere und sich nachteilig für den Patienten auswirken könne (s.w.u).

Unabhängig von der Tracerdiagnose wurde rund ein Drittel nach der Kurzzeitpflege in ein Pflegeheim aufgenommen. Eine sehr hohe Rehospitalisierungsrate bei gleicher Indikation innerhalb von vier Wochen nach Entlassung aus der Kurzzeitpflege zeigt sich mit 10% bei Patienten mit Herzinsuffizienz (kein Unterschied zwischen pot. geriatrischen und nicht geriatrischen Patienten). Der Anteil lag bei Patienten mit Schlaganfall bei 1,7% und Femurfraktur bei 1,5%. Patienten mit Schlaganfall und Herzinsuffizienz wiesen jedoch eine hohe Mortalität – hier nach Entlassung aus der Kurzzeitpflege – auf: Schlaganfall: 33,4%, Femurfraktur: 12,3% und Herzinsuffizienz: 27,1%.

Auch dieser datengestützte Befund wird von den Experten thematisiert: Verlegung in die Kurzzeitpflege (statt aufwendigem Antrag) und anschließende Unterbringung im Pflegeheim. Nach Erfahrung der Experten verschlechterte sich oftmals der Zustand der Patienten in der Kurzzeitpflege, möglicherweise auch bedingt dadurch, dass durch den bestehenden ökonomischen Druck in den Krankenhäusern die Gefahr bestehe, Patienten zu früh zu entlassen.

Erstmalige Aufnahme in ein Pflegeheim

Der Anteil derer, die unmittelbar nach dem Krankenhausaufenthalt erstmalig stationäre Pflege erhielten, lag bei den drei Tracererkrankungen in vergleichbarer Höhe: Schlaganfall: 1,8%, Femurfraktur: 1,4% und Herzinsuffizienz: 0,9%. In allen Indikationen lag der Anteil der potentiell geriatrischen Patienten mit erstmaliger stationärer Pflege deutlich über dem Anteil der potentiell nicht geriatrischen Patienten.

Betrachtet man das gesamte erste Jahr nach Indexaufenthalt, kamen 13,1% der Patienten mit Schlaganfall, 18,4% mit Femurfraktur und 9,4% mit Herzinsuffizienz erstmalig in ein Pflegeheim. (Während des Indexaufenthaltes verstorbene Patienten sowie Patienten, die bereits vor dem Indexaufenthalt stationäre Pflege erhielten, wurden vorab ausgeschlossen.) Erwartungsgemäß war der Anteil unter den potentiell geriatrischen Patienten deutlich höher als unter den potentiell nicht geriatrisch Eingestuften (Schlaganfall: 18,6% vs. 4,3%; Femurfraktur: 20,8% vs. 5,0%; Herzinsuffizienz: 11,9% vs. 2,8%).

Weitere Ereignisse im ersten Jahr nach Indexaufenthalt

Im Folgenden werden ausgewählte Ereignisse für Patienten, die den Indexaufenthalt überlebten, für das erste Jahr nach Indexaufenthalt dargestellt:

- Rehabilitation unabhängig von Art und Ort der Reha: Insgesamt erhielten 43,8% der Patienten mit Schlaganfall, 55,7% der Patienten mit Femurfraktur und lediglich 8,5% der Patienten mit Herzinsuffizienz im Laufe des ersten Jahres nach Indexaufenthalt eine Rehabilitation.
- Rehospitalisierung bei gleicher Indikation: Mit 41,1% wiesen Patienten mit Herzinsuffizienz im Vergleich zu Patienten mit Schlaganfall (6,4%) und Femurfraktur (7,7%) mit Abstand die höchste Rehospitalisierungsrate auf. Potentiell geriatrische Patienten und potentiell nicht geriatrische Patienten zeigten diesbezüglich nur Unterschiede auf: Schlaganfall: 6,6% vs. 6,0%; Femurfraktur: 7,5% vs. 8,8%; Herzinsuffizienz: 40,7% vs. 42,3%.
- Pflegeheim: Patienten mit Femurfraktur hatten mit 35,5% die höchste stationäre Pflegerate (hier bestehende und erstmalige Pflege), gefolgt von Patienten mit Schlaganfall (21,3%) und Herzinsuffizienz (18,1%).
- Häusliche Krankenpflege: Der Anteil mit häuslicher Krankenpflege im Jahr nach Indexaufenthalt war bei den drei Tracerdiagnosen ähnlich hoch (9-12%).
- Mortalität: Unter den Patienten, die den Indexaufenthalt überlebten, wiesen Patienten mit Schlaganfall mit 19,8% die niedrigste Mortalität nach dem Indexaufenthalt auf, gefolgt von Patienten mit Femurfraktur (23,9%) und Herzinsuffizienz (29,4%). Geriatrische Patienten verstarben deutlich häufiger: Schlaganfall: 27,6% vs. 5,1%; Femurfraktur: 26,4% vs. 5,6%; Herzinsuffizienz: 34,6% vs. 13,6%.
- Zuhause lebend: Je nach Tracerdiagnose überlebten 54% bis 68% der Patienten das erste Jahr nach Indexaufenthalt und befanden sich am Ende des ersten Jahres auch in keiner vollstationären Pflege. Rund 21% bis 24% der Patienten erhielten Geld- oder Sachleistungen im Rahmen der Pflegever-

sicherung. Schlaganfallpatienten zeigten mit 47% die höchste Rate an zuhause Lebenden ohne Pflegeleistung, gefolgt von Herzinsuffizienzpatienten (39,5%) und Patienten mit Femurfraktur (30,1%).

1.6.3 Charakterisierung der Patienten in den ver- schiedenen geriatrisch rehabilitativen Versor- gungsformen

Prädiktoren für die
Versorgungsform

Vor dem Hintergrund unterschiedlicher rehabilitativer Versorgungsformen stellt sich einerseits die Frage, wie sich die Patienten in den jeweiligen Versorgungsformen unterscheiden und andererseits, ob sie über den Zeitraum eines Jahres unterschiedliche Inanspruchnahmen von Versorgungsleistungen aufweisen.

Neben einer Charakterisierung der Patienten vor dem Indexaufenthalt wird dargestellt, welche in den Routinedaten vorhandenen Faktoren Einfluss auf eine Behandlung in der jeweiligen Versorgungsform – Akutgeriatrie mit GFK, bzw. geriatrisch rehabilitative Behandlung in stationärer Einrichtung (GerReha) – nehmen. Mit anderen Worten:

- Wie unterscheiden sich Patienten mit geriatrisch rehabilitativer Leistung im Krankenhaus (GFK, OPS 8-550) und in geriatrischen Rehaeinrichtungen vor der Maßnahme?
- Welche Faktoren beeinflussen die jeweilige Inanspruchnahme?

Patienten, die mehr als eine Art der rehabilitativen Behandlung erhielten oder im Indexaufenthalt verstarben, wurden in der Analyse ausgeschlossen. Als Prädiktoren wurden Alter, Geschlecht, Tracerdiagnosen, Pflege, Krankenhaustage, Multimedikation, Charlsonscore und geriatrietypische Merkmalskomplexe herangezogen.

Die Art der Tracerdiagnose hatte einen großen Einfluss auf den Ort der geriatrischen Behandlung: Im Vergleich zu Patienten mit Femurfraktur erhielten Patienten mit Schlaganfall und Herzinsuffizienz deutlich häufiger eine GFK. Patienten mit Femurfraktur wurden hingegen häufiger in einer Rehabilitationsklinik geriatrisch behandelt. Die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen (SGB XI) vor dem Indexaufenthalt erhöhte ebenfalls die Chance einer geriatrischen Frührehabilitation in der Akutgeriatrie (OR 1,7). Weitere Prädiktoren für eine geriatrische Frührehabilitation waren die Diagnosen kognitive Defizite/ Demenz, Inkontinenz, Fehl- und Mangelernährung, Flüssigkeits- und Elektrolythaushaltsstörungen, Depression und Angststörung. Alle anderen Merkmalskomplexe zeigten keinen Einfluss, ebenso wenig Alter und Geschlecht, geriatrischer Status, Multimedikation, der Charlsonscore und die Anzahl der Krankenhaustage im Jahr vor dem Indexereignis.

Vorbestehende Morbidität und Pflegebedürftigkeit stellen folglich wesentliche Prädiktoren für die Leistung einer GFK dar, d. h., dass Patienten mit einer GFK deutlich eingeschränkter sind im Vergleich zu Patienten in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen. Andere Faktoren, die Einfluss auf die Art der Inanspruchnahme nehmen, wie aktuelle Verfügbarkeit der Einrichtung oder Patientenpräferenzen können hierbei nicht erfasst werden. Umgekehrt bedeutet dies,

dass Patienten in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen weniger schwer betroffen sind. Dies mag eine Voraussetzung für die RehaMaßnahme sein, wird von Experten, wie die Interviews zeigten (s.w.u.), aber mitunter auch als ein Aussuchen »leichterer Fälle« wahrgenommen.

Inanspruchnahme nach geriatrisch rehabilitativer Behandlung

Untersucht wurden die Inanspruchnahme von Physiotherapie, Logotherapie und Ergotherapie, die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten und die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen. Neben einer Deskription der Inanspruchnahme sowie weiterer Merkmale (Alter, Geschlecht, Geriatrischer Status vor Indexereignis, Pflegestatus, Multimedikation und Charlsonscore) erfolgte mittels Cox-Regression eine Analyse zum Einfluss der Versorgungsform auf die Inanspruchnahme nach Krankenhausaufenthalt bzw. Rehabilitationsklinik unter Berücksichtigung der zuvor beschriebenen Confoundervariablen Geschlecht, Alter und Merkmale vor dem Indexereignis.

Es werden Hazard ratios dargestellt. Patienten mit geriatrischer Rehabilitation in stationären Einrichtungen bilden die Referenzgruppe. Zusätzlich wird die Mortalität der beiden Patientengruppen abgebildet. Für diese Analyse wurden Patienten der drei Tracerdiagnosen betrachtet, die nur eine Art der RehaMaßnahme erhalten haben und ein Jahr nachbeobachtet werden konnten.

Über alle Tracerdiagnosen betrachtet, wiesen Patienten mit einer GFK bei Adjustierung auf Geschlecht, Alter, bestehende Pflege, Multimedikation und Charlsonscore vor Beginn der geriatrischen Rehabilitation eine signifikant höhere Inanspruchnahme von Logopädie ($p < 0,0001$) und Ergotherapie ($p = 0,0113$) sowie Pflegebeginn ($p = 0,0001$) auf. Die Mortalität war ebenfalls signifikant höher als bei Patienten mit geriatrischer Rehabilitation ($p < 0,0001$). In Bezug auf die (Re-) Hospitalisierungsraten, Erhöhung der Pflegestufe und einen Beginn stationärer Pflege konnten keine Unterschiede nachgewiesen werden.

Versorgungsbedarf nach Indexereignis in den unterschiedlichen Teilgruppen der Versorgung

Zusätzlich wurden für alle Teilgruppen der Versorgung (mit und ohne GFK, geriatrische Rehabilitation sowie indikationsspezifische Rehabilitation) die Patienten hinsichtlich ihrer Merkmale (Tracerdiagnose, Alter, Geschlecht, Morbidität und Inanspruchnahme im Jahr nach Indexaufenthalt) mit einander verglichen. Auch hier zeigte sich, dass die Gruppe mit GFK eher weiblich und älter ist, zu einem höheren Anteil bereits Pflege erhält und auch zu fast 96% als potentiell geriatrisch eingestuft wurde. In weiteren Analysen wurde in jeder Versorgungsform noch zwischen potentiell geriatrischen und nicht geriatrischen Patienten unterschieden.

Im Vergleich zu Patienten mit Tracerdiagnose und indikationsspezifischer Rehabilitation erhielten Patienten aus der Akutgeriatrie ohne GFK und Patienten mit stationärer Rehabilitation signifikant seltener eine Physiotherapie. Signifikante Unterschiede zeigen sich auch für Logopädie und Ergotherapie. Diese erhielten ebenfalls Patienten ohne GFK signifikant seltener, wobei die Gründe hierfür – kein Bedarf oder zu hoher Schweregrad - mittels der Daten nicht er-

hoben werden können. Alle hier für die Tracererkrankungen gemeinsam betrachteten Patientengruppen wiesen auch nach Adjustierung auf Alter, Geschlecht, Tracerdiagnose, Charlsonscore etc. ein deutlich höheres Risiko auf, innerhalb eines Jahres zu versterben als die Referenzgruppe mit indikationsbezogener Rehabilitation.

1.6.4 Intensität geriatrischer Versorgung

In Bezug auf die Regionen ist von Interesse, ob es Unterschiede im Anteil der Patienten mit geriatrischer Versorgung (GFK/GerReha) gibt. Hierbei ist zu beachten, dass die Analysen wohnortbezogen erfolgten, d.h. die regionale Darstellung der Inanspruchnahme einer rehabilitativen Maßnahmen bedeutet nicht, dass diese auch in der Region des Wohnortes erfolgt sein muss. Sie zeigt jedoch, dass dort lebende Versicherte entsprechend geriatrisch rehabilitativ versorgt wurden.

Es zeigen sich für alle Tracererkrankungen weite Spannen. Im Mittel erhalten bezogen auf die drei Erkrankungen knapp 15% eine geriatrisch rehabilitative Versorgung. Am höchsten ist der Anteil in der Region Rhein-Neckar mit 18%, am niedrigsten in der Region Bodensee-Oberschwaben. Auch bei Betrachtung der einzelnen Erkrankungen weisen Patienten der Region Rhein-Neckar deutlich über dem Durchschnitt liegende, die Region Bodensee-Oberschwaben unterdurchschnittliche Werte auf.

Der Anteil der Tracerpatienten mit indikationsspezifischer Rehabilitation verhält sich nicht direkt komplementär zur geriatrischen Reha, doch weisen Regionen mit hohem Anteil an geriatrischer Reha (über dem Durchschnitt von Baden-Württemberg mit knapp 11%) tendenziell eher unterdurchschnittliche Werte in der indikationsbezogenen Rehabilitation auf, was Hinweise auf die vorhandenen Kapazitäten geben dürfte.

Auch hier ist der Datenbestand von 2012 zu berücksichtigen. Eine Bewertung erfordert auch aktuelle Daten zum Versorgungsangebot in den verschiedenen Regionen. Aus den Experteninterviews gibt es Hinweise, dass Patienten eine wohnortnahe Rehabilitation bevorzugen.

Vor dem Hintergrund der Bemühungen um eine Rehabilitation vor Pflege ist von Interesse, ob geriatrisch rehabilitative Versorgung einen Pflegebeginn verzögern oder verhindern kann. Der wissenschaftliche Beirat war an der Frage interessiert, ob sich Unterschiede in Inanspruchnahmeparametern a) in Abhängigkeit von der Art der geriatrischen Rehabilitation im Vergleich zu Patienten mit indikationsspezifischer Reha wie auch b) von der Verfügbarkeit geriatrischer Rehabilitation zeigen. Auch wenn hier bei einem Vergleich von Extremen hinsichtlich der Durchdringung mit geriatrischer Rehabilitation in den Kreisen ein Unterschied im Risiko für den Beginn einer Pflege deutlich wird (höheres Risiko bei niedrigster im Vergleich zu höchster Durchdringung), zeigt sich kein Trend; das Ergebnis sollte nicht überinterpretiert werden. Der Beginn einer gesetzlichen (stationären) Pflegeleistung wird neben medizinischen Faktoren

noch von weiteren Kontextfaktoren (z. B. Personen, die Pflege initiieren, Familiensituation) beeinflusst, die im Rahmen einer Routinedatenanalyse nicht erhoben werden können. Analysen zur Ergebnisqualität erfordern ein anderes Studiendesign.

1.7

Hinweise aus Experteninterviews und Fokusgruppen

Ziel des qualitativen Forschungsvorhabens war es, zusätzliche und erläuternde Hinweise auf die Themen: Fehlanreize für Überweiser sowie Fehlsteuerung in der Versorgung zu identifizieren. Auch Einschätzungen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie eine generelle Bewertung der rehabilitativen geriatrischen Versorgungssituation in Baden-Württemberg sollen gewonnen werden.

Experteninterviews

Hierzu wurden 11 Experteninterviews mit Vertretern geriatrischer Einrichtungen und der Steuerungsebene (Vertreter einer Krankenkasse, Kassenärztliche Vereinigung und Krankenhausgesellschaft) sowie zwei hausärztliche Fokusgruppen durchgeführt.

Zur Frage möglicher Fehlanreize und Fehlsteuerung – die Routinedatenanalyse zeigte einen hohen Anteil an Patienten mit indikationsbezogener Reha sowie einen hohen Anteil ohne rehabilitative Maßnahmen – erfolgte die Einschätzung der Experten, dass primär nicht nach Bedarf, sondern nach Finanzierung gesteuert werde. Ein Abweisen oder »Aussuchen leichterer Fälle« geriatrischer Patienten seitens der Rehabilitationseinrichtungen wurde verschiedentlich wahrgenommen. Beklagt wurde allerdings auch, dass sowohl finanzielle Mittel als auch Personal für die geriatrische Versorgung fehle – und somit deutliche Kapazitätsprobleme einhergehend mit Wartezeiten bestünden. Verschiedentlich werde versucht, diese Wartezeiten durch Verlegung in die Kurzzeitpflege zu überbrücken, was seitens der Experten für den Behandlungsverlauf nicht zuträglich ist. Dies deckt sich auch mit Einschätzungen aus den Rehakliniken, die beklagen, dass zugewiesene Patienten oftmals nicht rehafähig seien und sich somit der Beginn der eigentlichen Rehabilitation verzögere.

Ein Fehlanreiz wird auch im aufwendigen Antragsverfahren und in den damit einhergehenden Auseinandersetzungen mit der Krankenkasse gesehen. Auch werde der Wert der GFK aus Sicht einiger Experten nicht ausreichend gewürdigt und stelle aufgrund der Finanzierungsregelungen für die Krankenhäuser ein wirtschaftliches Risiko dar.

Es fehle außerdem an Angeboten ambulanter und mobiler geriatrischer Rehabilitation, was von den Experten insbesondere mit Blick auf die Behandlung von Demenzpatienten beklagt wird. Auch in Bezug auf die stationäre Reha müssen für diese Patientengruppe geeignete Maßnahmen identifiziert werden, da die Bedarfe in diesem Bereich für die Zukunft als weiter steigend eingeschätzt werden.

Lediglich von einem Experten wird eine Überversorgung angesprochen, die darin bestehe, dass Patienten stationär aufgenommen werden, die auch im

ambulanten Bereich gut betreut wären. Auch durchlaufen Patienten, wenn sie nicht durch ein geriatrisches Team und somit im Gesamtbild gesehen werden, oftmals zum Teil überflüssige Einzeltherapien.

Ein Teil der Interviews thematisierte die im Geriatriekonzept festgelegte Versorgungsstruktur. Aus Sicht der Experten werde das Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten jedoch häufig in Frage gestellt und diesem nicht nachgekommen, da einzelne Kostenträger nur bestimmte Kliniken belegen würden. Unterschiedlich wurde die Tätigkeit der Schwerpunkte und Zentren wahrgenommen: Während einige Kliniken Konsile aus den DRGs mitfinanzieren und so das Angebot halten können, verlieren andere die »geriatrisch orientierte Betreuung«. Hierbei wird jedoch auch auf das jeweilige Interesse und Engagement der einzelnen Kliniken verwiesen.

Die im Rahmen des Geriatriekonzepts 2014 verstärkt geforderte transsektorale Arbeit wird als sehr sinnvoll befunden, allerdings wird angemerkt, dass diese mit dem vorhandenen Personal nicht umzusetzen sei und die neuen Herausforderungen (bspw. Fallkonferenzen organisieren, Beratung leisten, PR-Arbeit, Vernetzung gestalten) ohne finanziell hinterlegte Mittel) mitunter zu einem Abwandern des Personals in andere Bundesländer führen würden.

Aus Sicht aller Experten ist eine schnelle Identifikation geriatrischer Patienten unabdingbar. Die Durchführung des Geriatrie-Checks gestaltet sich je nach Krankenhaus, Ausbildung und Motivation des Personals sehr unterschiedlich. Diesbezüglich werden aus Sicht der Geriater insbesondere der Kooperations- und Zeitfaktor angesprochen. Als entscheidend wird jedoch gewertet, dass überhaupt ein Screeninginstrument eingesetzt wird, das innerhalb kürzester Zeit zu einer Identifikation führt.

Zusammenfassend lässt sich anführen, dass die Überweisung in die Rehabilitation aus Sicht der Versorger aus der Praxis mit deutlichen Schwierigkeiten verbunden ist, sowohl was die Finanzierung der Akutkrankenhäuser und Rehaeinrichtungen als auch das Patientenwohl anbelangt. Diese Ansicht wird von den Akteuren der Steuerungsebene nicht durchweg geteilt. Die lokalen Unterschiede jedoch werden auf beiden Seiten häufig thematisiert, wobei sich diese nicht nur auf Stadt-Land-Aspekte beziehen. Auch wird – bis auf die Aussage eines Experten der Steuerungsebene – die Tatsache stark bemängelt, dass es weiterhin keinen Facharzt für Geriatrie gibt.

Fokusgruppen

Hausärzte sind erste und kontinuierlichste Anlaufstelle von älteren Patienten. Vor diesem Hintergrund sind Erfahrungen und Einschätzungen zur Versorgung geriatrischer Patienten relevant.

Es wurden zwei Fokusgruppen mit insgesamt 13 Teilnehmern durchgeführt, Leitfragen der Diskussion waren:

- Wie beurteilen die Hausärzte die aktuelle geriatrische Versorgung in BW?

- Welche Vorschläge zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung haben die Hausärzte?

Die leitfadengestützten Fokusgruppeninterviews wurden in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Insgesamt wurden in den Fokusgruppen acht thematische Kategorien identifiziert, welche die verschiedenen Versorgungsaspekte von geriatrischen Patienten ansprechen. Die Hausärzte benannten in den Fokusgruppeninterviews einige Schwierigkeiten in der Versorgung sowie Versorgungslücken:

- Mangelnde bzw. zu wenig strukturierte Informationen über die vielfältigen geriatrischen Versorgungsstrukturen
- Zu geringer interprofessioneller Austausch, u. a. mit Psychiatern, anderen Fachärzten und Pflegekräften
- Unterschiedliche Qualifikationsniveaus der Pflegekräfte
- Unzureichendes geriatrisches Weiterbildungsangebot für Hausärzte
- Versorgungslücke zwischen ambulanter und stationärer Behandlung

In den Fokusgruppen wurden jedoch auch positive Aspekte benannt, wie das sich verbessernde Entlassmanagement der Krankenhäuser oder eine gut vernetzte palliative Versorgung in der Region. Die Hausärzte nannten konkrete Verbesserungsvorschläge und Maßnahmen, mit denen die geriatrische Versorgung aus ihrer Sicht verbessert werden könnte:

- Strukturierter Informationsfluss über die Möglichkeiten der geriatrischen Versorgung in der Region an die Hausärzte
- Checklisten für das Entlassmanagement der Krankenhäuser
- Organisation und Vergütung von strukturiertem, interprofessionellem Austausch sowohl am Patientenbett (ggfs. auch virtuell) in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, als auch in Form von Fallkonferenzen, Balintgruppen etc.
- Intensivierung des geriatrischen Aus- und Weiterbildungsangebots in der Allgemeinmedizin

1.8 Fazit

Die im vorliegenden Bericht zusammengefassten Analysen erfolgten entlang vorgegebener Leitfragen. Die Ergebnisse sollen in Diskussionen zur Weiterentwicklung des Geriatriekonzepts einfließen. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass für die Sekundärdatenanalyse keine aktuellen Daten zur Verfügung standen und somit vor einer Schlussfolgerung aus den hier dargestellten Ergebnissen zunächst geprüft werden muss, ob sich der beschriebene Sachverhalt heute noch in dieser Weise darstellt. Dessen ungeachtet, ergeben sich für eine Diskussion des Geriatriekonzeptes eine Reihe von Ansatzpunkten. Hierzu werden die Antworten auf die Leitfragen der Ausschreibung (in der Reihenfolge der Bearbeitung) kurz zusammengefasst und kommentiert.

Leitfragen 2 und 9

Wie kann eine Unterscheidung in der Gesamtgruppe der Patienten in geriatrische und nicht geriatrische Patienten (...) erfolgen?

Wie können die geriatrischen Behandlungs- und Rehabilitationsbedarfe erfasst und im Krankenhaus oder der Rehabilitation umgesetzt werden? Welchen Beitrag kann der dazu entwickelte Geriatrie-Check in Baden-Württemberg leisten?

In der Praxis gibt der Geriatrie-Check einen ersten Hinweis auf den geriatrischen Status. Er wurde entwickelt, um geriatrische Patienten im Krankenhaus zu erkennen und gezielt einer geriatrischen Versorgung – hier: einer geriatrischen Rehabilitation – zuzuführen. Dieser Geriatrie-Check kann, wie im Projektbericht ausführlich dargestellt, auf die Routinedaten angewendet werden. D. h., es kann damit eine Einteilung der Versicherten in potentiell geriatrische und potentiell nicht geriatrische Patienten erfolgen, deren Versorgung vergleichend untersucht werden kann, um Hinweise auf eine zielgruppenadäquate Steuerung der rehabilitativen Versorgung zu erhalten. Die Operationalisierung des Geriatrie-Checks für Analysen mit Krankenkassendaten ist einfacher als die Umsetzung der Begutachtungsrichtlinie. Die hier erarbeitete Operationalisierung kann für eine Fortschreibung der Versorgungsanalyse genutzt werden.

Der Alters-Cut von 85 Jahren ist plausibel. Die Daten zeigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen Alter und Inanspruchnahme geriatrischer Leistungen. Ggf. kann im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des Geriatriekonzeptes diskutiert werden, ob der Alters-Cut in Anlehnung an die aktuelle Begutachtungsrichtlinie vom 02.07.2018 [5] auf 80 Jahre herabgesetzt werden sollte.

Aus den Experteninterviews gibt es Hinweise, dass der Geriatrie-Check in der Praxis zwar als sinnvolles Instrument bewertet wird, er aber noch nicht etabliert zu sein scheint. Dabei wird angeführt, dass besonders dort, wo geriatrische Expertise fehlt, der Einsatz eines Tools nützlich wäre, um im Anschluss einen entsprechenden Behandlungsweg einleiten zu können. Zudem wird betont, dass kontinuierliche Schulungen zum Einsatz des Geriatrie-Checks von Nöten sind. In den Fokusgruppen wurde darauf hingewiesen, dass in der Aus- und Weiterbildung in der Allgemeinmedizin geriatrische Inhalte verstärkt aufgenommen werden und bessere Informationen zu den Versorgungsstrukturen bereitgestellt werden müssten.

Leitfrage 1 und 7

Findet eine bedarfsgerechte und den geriatrischen Indikatoren entsprechende Steuerung älterer Versicherter in der geriatrischen Versorgung in Baden-Württemberg statt? Kann man dies bspw. anhand von Tracerdiagnosen wie Schlaganfall, sturzbedingte Femurfraktur und Herzinsuffizienz erheben? Findet eine Über-, Unter-, Fehlversorgung statt? In welchen Bereichen?

Mittels Krankenkassendaten können Versicherte mit den genannten Tracerdiagnosen identifiziert werden und unter Heranziehung des operationalisierten

Geriatry-Checks in potentiell geriatrische und nicht geriatrische Patienten eingeteilt werden. Für die Weiterentwicklung des Geriatrykonzeptes sind aktuelle Daten erforderlich. Der hier vorgelegte Bericht stellt hierfür die Methodik zur Fortschreibung der Daten zur Verfügung.

Ob die Versorgung bedarfsgerecht erfolgt, kann mit Routinedaten nur in Annäherung bestimmt werden. Als bedarfsgerechte Versorgung wird beispielsweise angesehen, wenn bei geriatrischen Patienten mit Dokumentation einer Rehabilitation diese überwiegend als geriatrische Rehabilitation erfolgt und umgekehrt nicht geriatrische Patienten auch nicht in geriatrischen Einrichtungen versorgt werden.

Die Analyse ergab, dass ein sehr hoher Anteil (55%) der Patienten in der indikationsbezogenen Rehabilitation nach dem Algorithmus des auf die Routinedaten angewandten Geriatry-Checks als geriatrisch einzustufen ist. Auch erhält ein nicht unbeachtlicher Anteil von Patienten mit einer GfK im Anschluss eine indikationsspezifische Rehabilitation. Im Jahr 2012 könnten Kapazitätsprobleme ein Grund für diese nicht erwartete Allokation sein. Einen Anhaltspunkt hierfür liefern auch die beobachteten regionalen Unterschiede. Patientenpräferenzen, z.B. Wohnortnähe, aber auch Allokationsentscheidungen seitens der Krankenkassen könnten hierfür verantwortlich sein. Im Rahmen der Weiterentwicklung des Geriatrykonzeptes sind aktuelle Daten hierzu wünschenswert sowie eine Diskussion, in wie weit geriatrische Kompetenzen auch in der indikationsbezogenen Reha zu verankern sind.

Aus Sicht der Versorger ist eine Überweisung in eine geriatrische Rehabilitation mit Schwierigkeiten verbunden. Bei der Weiterentwicklung des Geriatrykonzeptes könnten diese Abläufe (Antragstellung – Genehmigung – Wahl der Einrichtung) kritisch beleuchtet werden. Hierzu zählen insbesondere das Antragsverfahren, aber auch die finanziellen Anreize für die eine oder andere Versorgungsform.

Mittels Routinedaten kann nicht dargestellt werden, ob in Fällen, in denen Rehabedarf und Refähigkeit vorliegen, kein Antrag gestellt wurde. Immerhin erhalten ca. 60% der geriatrischen Schlaganfallpatienten sowie knapp 50% der geriatrischen Patienten mit Femurfraktur und rund 95% derer mit Herzinsuffizienz keine rehabilitativen Maßnahmen. Zu untersuchen wäre beispielsweise das Rehapotential von geriatrischen Patienten – hier insbesondere mit Schlaganfall –, die unmittelbar aus dem Krankenhaus erstmalig in die stationäre Pflege verlegt werden. Zu prüfen wäre auch, aus welchen Gründen Patienten mit einer GfK anschließend eine indikationsbezogene Rehabilitation erhalten. Bei diesen Patienten ist der geriatrische Status durch die Versorgung im Krankenhaus dokumentiert, ebenso die Refähigkeit, durch die Dokumentation der sich anschließenden indikationsspezifischen Reha.

Eine Fehlsteuerung von nicht geriatrischen Patienten in die geriatrische Rehabilitation ist eher selten. Eine gute Steuerung der Patienten setzt voraus, dass

diese einerseits rehafähig sind, andererseits einen Rehabilitationsplatz zugesprochen bekommen können. Aus Sicht der Experten sind beide Aspekte oftmals nicht gegeben: Erstens werden Patienten häufig zu früh bzw. in noch einem zu schlechtem Zustand aus der Klinik entlassen. (Eine Rücküberweisung konnte in den Daten nicht gezeigt werden). Zweitens findet eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung im Akutkrankenhaus aus finanziellen Gründen häufig nicht statt. Hier stellt sich für das Geriatriekonzept die Aufgabe, wie GFK-Leistungen für das Krankenhaus finanziell abgesichert werden können. Drittens ergibt sich – aufgrund von Wartezeiten auf einen Rehabilitationsplatz – eine Fehlallokation der Patienten in die Kurzzeitpflege, wo sich der Zustand vieler Patienten verschlechtert, da keine rehabilitativen Maßnahmen durchgeführt werden. In diesem Zusammenhang findet sich viertens wiederum eine Patientenselektion seitens der Rehabilitationskliniken zugunsten leichter betroffener Patienten.

Leitfrage 3

Wie gestalten sich die Bedarfe in der geriatrischen Versorgung in Baden-Württemberg voraussichtlich in den kommenden 20 Jahren in den einzelnen Regionen?

Die hier vorliegende Untersuchung zeigt, dass anhand der Routinedaten potentiell geriatrische Patienten identifiziert und darauf beruhend Prävalenzschätzungen vorgenommen werden können. Unter Heranziehung der Bevölkerungsentwicklung können entsprechende Schätzungen für zukünftige Jahre vorgenommen werden. Bezogen auf das Jahr 2035 ist mit einer Anzahl von rund 1,14 Millionen potentiell geriatrischen Patienten (und damit mit einer Zunahme um 48%) zu rechnen. Hierbei zeigen sich regionale Streuungen in der Zunahme geriatrischer Patienten auf Regionsebene von 43% bis knapp 55%.

Die Spannweite der Streuung ist noch breiter bei Betrachtung der Kreisebene. Vor diesem Hintergrund sind bei der Weiterentwicklung des Geriatriekonzeptes die vorhandenen Strukturen und Kapazitäten zu bewerten. Auch aus Sicht der Expertenschaft werden die rehabilitativen Bedarfe – insbesondere was die Versorgung demenziell erkrankter Patienten anbelangt – in den kommenden Jahren weiter und stark ansteigen.

Leitfrage 4

Unterscheiden sich geriatrische Patienten in den verschiedenen Versorgungsformen hinsichtlich Morbidität (vorbestehender Morbidität bzw. vor Akutereignis) und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach geriatrischer Behandlung im Krankenhaus bzw. in der Rehabilitationsklinik?

Die Analyse der Krankenkassendaten zeigt Unterschiede zwischen den Populationen der verschiedenen Versorgungsformen GFK und GerReha. Dies bezieht sich zum einen auf die Tracerdiagnose (Patienten mit Schlaganfall oder Herzinsuffizienz erhielten häufiger eine GFK im Vergleich zu Patienten mit Femurfraktur; letztere wurden häufiger in einer Rehabilitationsklinik geriatrisch behandelt). Zum anderen lagen geriatrietypische Merkmalskomplexe bei Patienten mit GFK zu höheren Anteilen vor. Somit sind vorbestehende Morbidität,

aber auch Pflegebedürftigkeit wesentliche Prädiktoren für die Leistung einer GFK, d. h., dass Patienten mit GFK deutlich eingeschränkter sind im Vergleich zu Patienten in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen. In der Praxis wird dies mitunter so wahrgenommen, dass die stationäre Rehabilitation bevorzugt leichtere Fälle aufnehmen würde. Andere Faktoren, die Einfluss auf die Art der Inanspruchnahme nehmen, wie aktuelle Verfügbarkeit der Einrichtung oder Patientenpräferenzen, können mittels Routinedaten nicht erfasst werden, werden aber von den Experten thematisiert.

Leitfrage 5

Entwickeln die unterschiedlichen Teilgruppen (mit/ohne GFK; OPS, oder geriatrische Rehabilitation) über den Zeitraum eines Jahre unterschiede Bedarf an Versorgung?

Hinsichtlich der Inanspruchnahme nach geriatrischer Behandlung erhalten Patienten (über alle Tracerdiagnosen und adjustiert auf Geschlecht, Alter, bestehende Pflege, Multimedikation, Charlsonscore vor Beginn der geriatrischen Rehabilitation) mit GFK signifikant häufiger Logopädie und Ergotherapie, weisen allerdings auch – korrespondierend zu ihrer höheren Morbidität – häufiger einen Pflegebeginn und eine höhere Sterblichkeit auf. Da klinische Parameter und weitere Kontextinformationen fehlen und auch nicht auf alle Unterschiede zwischen den beiden Gruppen im Modell kontrolliert werden konnte, kann aus der Inanspruchnahme nach der geriatrischen Reha nicht die Effizienz der Versorgungsform abgeschätzt werden.

Leitfrage 6

Welche Fehlanreize bietet das System für Überweiser?

Als zentraler Fehlanreiz wurde in den Experteninterviews eine Steuerung nach Finanzierung (Kosten) und nicht nach medizinischem Bedarf gesehen. Es werden Versorgungsengpässe (fehlendes Personal, fehlende Mittel) verbunden mit langen Wartezeiten oder auch Abweisungen der Patienten durch stationäre Rehaeinrichtungen beschrieben. Da die Finanzierung einer GFK an Aufenthaltsdauern gebunden ist, kommt es zu finanziellen Risiken auf Seiten der Akutklinik, wenn Patienten zuvor versterben oder einen kürzeren als ursprünglich gedachten Aufenthalt benötigen.

Aufgrund dieser Schwierigkeiten, aber auch aufgrund des Aufwandes für einen Rehabilitationsantrag, wird eine Fehlallokation in die Kurzzeitpflege vermutet. In den Routinedaten zeigte sich, dass potentiell geriatrische Patienten bei allen Tracerdiagnosen deutlich häufiger eine Kurzzeitpflege erhielten im Vergleich zu potentiell nicht geriatrischen Patienten. In diesem Zusammenhang wäre auch zu prüfen, wie die im Geriatriekonzept gewünschte Direktüberweisung durch einen Geriater in die Rehabilitation umgesetzt werden kann.

Fehlende mobile und ambulante geriatrische Versorgungsangebote haben ebenfalls einen Einfluss auf die Allokation der Patienten. Insgesamt wird von den Experten angeführt, dass jeder Versorgungsbereich für sich versuche, sich zu optimieren. Dies jedoch führe zu einem dysfunktionalen Gesamtsystem, in

dem Probleme in den einzelnen Versorgungsbereichen wiederum in die übrigen hineingetragen werden. In diesem Zusammenhang sind auch Hinweise von Hausärzten zu sehen, die u.a. fehlende Informationen über geriatrische Versorgungsangebote und einen zu geringen interprofessionellen Austausch mit andern Fachärzten (insbesondere mit Psychiatern) und der Pflege beklagen. Hilfreich zur Verbesserung der Versorgung geriatrischer Patienten wären aus ihrer Sicht ein strukturierter Informationsfluss und eine vergütete Vernetzung sowie eine Intensivierung der geriatrischer Fort- und Weiterbildung für Allgemeinärzte.

Leitfrage 8

Gibt es regionale Unterschiede in der Durchdringung der geriatrischen Versorgung? Entstehen dadurch Unterschiede in Verläufen und in der Inanspruchnahme der Versorgungsstrukturen im Jahr nach Abschluss der Akutbehandlung?

Mittels Krankenkassendaten kann nach Regionen/Landkreisen der Anteil der Versicherten (z.B. nach Tracerdiagnosen und geriatrischem Status) mit geriatrischer Rehabilitation dargestellt und damit eine Transparenz zum Stellenwert geriatrischer Reha erzeugt werden. Es zeigten sich im Jahr 2012 deutliche regionale Unterschiede. Leider standen keine entsprechenden Daten zum Versorgungsangebot zur Verfügung, die eine Abschätzung erlaubt hätten, ob beispielsweise ein hoher Anteil geriatrischer Patienten mit indikationsbezogener Rehabilitation auf einen Mangel an stationären geriatrischen Rehabilitationsplätzen beruhe. In der Regel sind regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen multifaktoriell.

Hinsichtlich der Inanspruchnahme verschiedener typischer Leistungen bei geriatrischen Patienten zeigen sich regional insgesamt wenige Unterschiede. Von Interesse war ein Einfluss auf den Pflegebeginn, der jedoch von vielen im Rahmen von Routinedatenstudien nicht erhebbaren Faktoren beeinflusst wird. Auch wenn sich bei einem Vergleich von Kreisen mit niedrigster zu höchster Durchdringung mit geriatrischer Reha ein höheres Risiko für einen Pflegebeginn zeigte, sollte dieser Befund nicht überinterpretiert werden, da sich kein Trend zeigt.

Im Rahmen der Studie konnten keine Ursachen für regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme geriatrischer Rehaangebote analysiert werden. Neben den real vorhandenen Angebotsstrukturen scheinen auch die Kenntnisse der Hausärzte über diese Versorgungsangebote und deren Wissensstand und Weiterbildungsmöglichkeiten zur Identifikation und Behandlung geriatrischer Patienten Einfluss auf die Behandlungspfade zu nehmen.

Zusammenfassung:
Zentrale Aspekte für das
GeriatRIekonzept

- Der Geriatrie-Check wird seitens der Versorger als sinnvolles Instrument bewertet, bei dem jedoch noch Implementierungshemmnisse bestehen und Schulungsbedarf vorhanden ist. Für eine Identifikation geriatrischer Patienten mittels Routinedaten kann, wie in dieser Studie gezeigt wurde, der Geriatrie-Check herangezogen werden. Prävalenz und Versorgung geriatrischer Patienten können auf diese Weise kontinuierlich erhoben werden. Hausärzte wünschen sich mehr Schulung in geriatrischem Assessment.
- Die Studie stellt epidemiologische Daten für eine Fortschreibung des Geriatriekonzeptes zur Verfügung. Anhand der durchgeführten Operationalisierung kann das Vorgehen auf aktuelle Daten übertragen werden. Es liegen basierend auf den Daten des Jahres 2012 Hochrechnungen zur Zahl potentiell geriatrischer Patienten insgesamt sowie für die Tracerdiagnosen jeweils sowohl für Baden-Württemberg als auch für Regionen und auf Kreisebene vor.
- Das Vorhaben hat gezeigt, dass Versorgungswege und Indikatoren zur Versorgungssteuerung auf der Basis von Routinedaten darstellbar sind. Es ergeben sich keine Anhaltspunkte für eine Überversorgung. Es sollte jedoch untersucht werden, ob aktuell immer noch ein hoher Anteil geriatrischer Patienten eine indikationsbezogene Rehabilitation erhält und wie sich der hohe Anteil (u. a. auch bei Patienten mit einer vorab durchgeführten GfK) erklären lässt (Fehlsteuerung aus Mangel an wohnortnahen Behandlungsmöglichkeiten? Steuerung durch Krankenkassen?). Zu diskutieren wäre, ob und wie geriatrische Patienten in der indikationsspezifischen Reha bedarfsgerecht versorgt werden.
- Der Großteil der geriatrischen Patienten erhielt nach dem Indexaufenthalt keine Rehabilitation. Auch wenn der objektive Bedarf und die Rehafähigkeit nicht mittels Routinedaten ermittelt werden können, darf vor dem Hintergrund der geäußerten Expertenkritik am Antragsverfahren vermutet werden, dass nicht gedeckter Bedarf vorhanden ist. Auch seitens der Akutkliniken wahrgenommene Finanzierungsrisiken bei Beginn einer GfK könnten zu einer Zurückhaltung in der Durchführung einer GfK beitragen.
- Ein relevantes Thema im Kontext der geriatrischen Versorgung stellt die Kurzzeitpflege dar. Wie die Analyse zeigte, erhielt ein nicht unbeträchtlicher Anteil der potentiell geriatrischen Patienten (insbesondere Patienten mit Femurfraktur) eine Kurzzeitpflege nach der Krankenhausentlassung. Rund ein Fünftel erhielt nach der Kurzzeitpflege noch eine Rehabilitation, ein Drittel wurde in die stationäre Pflege aufgenommen. Von Experten wurde die Kurzzeitpflege vor der Reha als Fehlallokation problematisiert. Auch hier sind Kapazitätsprobleme sowie die Durchführung des Entlassmanagements zu diskutieren.
- In der kleinräumigen Versorgungsanalyse zeigte sich eine deutliche regionale Varianz der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen. Es zeigen sich weite Spannen hinsichtlich der erwarteten Inanspruchnahme geriatrischer Rehabilitation durch geriatrische Patienten. Dies ist zu erwarten, da Versorgungsangebote historisch gewachsen sind und angenommen werden darf, dass Patienten wohnortnahe Versorgung bevorzugen. Mit anderen Worten: Es bestehen für geriatrische Patienten regional unterschiedliche Chancen

auf eine geriatrisch rehabilitative Versorgung, die sie selbst nur bedingt beeinflussen können. Offen bleibt, ob gezielte Steuerungen durch das Krankenhaus, durch niedergelassene Ärzte oder durch die Krankenkasse oder auch Patientenpräferenzen und fehlende Kapazitäten zu einer Inanspruchnahme indikationsspezifischer statt geriatrischer Rehabilitation führen. Auch fehlende Kenntnisse zu den geriatrischen Versorgungsstrukturen in der Region haben Einfluss auf die Steuerung. Für eine Bewertung der hier beschriebenen Versorgung bedarf es regionaler Angaben zu den Versorgungsangeboten, die dann mit dem Bedarf – hier dargestellt als Prävalenz geriatrischer Patienten – in Beziehung gesetzt werden können. Es wird zu prüfen sein, ob nicht angesichts hoher Anteile potentiell geriatrischer Patienten in der indikationsspezifischen Rehabilitation ein Ausbau von Kapazitäten geriatrischer Rehabilitation erforderlich ist, ebenso wird zu prüfen sein, wie heute die Steuerung der Patienten erfolgt.

- Aus den Experteninterviews und Fokusgruppen ergaben sich Hinweise für einen Bedarf des Ausbaus der ambulanten / mobilen Rehabilitation.
- Der Stellenwert der geriatrischen Expertise sollte – so Hinweise aus den Experteninterviews und Fokusgruppen – gestärkt werden. Dies könnte einerseits durch entsprechende Finanzierung der Leistungen sowie der Vernetzung und eines strukturierten Informationsaustausches der beteiligten Akteure erfolgen, sowie durch eine Verbesserung der Fort- und Weiterbildung in geriatrischen Themen bei Hausärzten, in Heimen und in der indikationsspezifischen Reha (auch vor dem Hintergrund fehlender Kapazitäten in der geriatrischen Reha und hoher Anteile geriatrischer Patienten in indikationsbezogener Reha). Hinsichtlich der Möglichkeiten der geriatrischen Rehabilitation und den vorhandenen Angeboten bestehen aus Sicht der im Rahmen der Untersuchung befragten Hausärzte Informationsdefizite. Hier wäre zu prüfen, ob entsprechende Informationen und Weiterbildungsangebote durch die Kassenärztliche Vereinigung und Ärztekammer sowie durch eine Kooperation mit den Geriatrischen Zentren und Geriatrischen Schwerpunkten praxisnah erfolgen könnten. Ebenso wäre zu prüfen, ob Patienten die Leistungsmöglichkeiten einer geriatrischen Rehabilitation sowie der Anspruch darauf, bekannt sind.

1.9

Literatur

- 1 Abbas S, Ihle P, Hein R, Schubert I. Rehabilitation geriatrischer Patienten nach Schlaganfall - Ein Vergleich zweier Versorgungssysteme in Deutschland anhand von Routinedaten der gesetzlichen Krankenkasse. *Die Rehabilitation* 2013; 52: 375-382.
- 2 Abbas S, Ihle P, Hein R, Schubert I. Unterscheiden sich die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung und die geriatrische Anschlussrehabilitation hinsichtlich zentraler Endpunkte? Eine Routinedatenanalyse am Beispiel der Femurfraktur. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2015; 48: 41-48.
- 3 Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten (AGENS) der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention: Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS). In: Swart E, Ihle P (Hrsg.): *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden, Perspektiven*. Bern: Verlag Hans Huber 2005; 405-12.
- 4 Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V., (BWKG) (Hrsg.) *Identifikation des geriatrischen Patienten. Arbeitshilfe* 2013 (www.bwkg.de).

- 5 Begutachtungsanleitung. Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V. Vorsorge und Rehabilitation vom 02.07.2018.
- 6 Bilotta C, Nicolini P, Case A, Pina G, Rossi S, Vergani C. Frailty syndrome diagnosed according to the Study of Osteoporotic Fractures (SOF) criteria and adverse health outcomes among community-dwelling older outpatients in Italy. A one-year prospective cohort study. *Arch Gerontol Geriatr* 2012; 54(2):e23-e28.
- 7 Bogner A, Littig B, Menz W (eds.). *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss. 2014.
- 8 Bullinger D Geriatrische Versorgungsstrukturen in Baden-Württemberg. Datenanalyse auf der Basis von Routinedaten der AOK Baden-Württemberg. Minimum Data Set. Version 2.4 vom 11.11.2016.
- 9 Cesari M, Demougeot L, Boccalon H, Guyonnet S, Abellan Van Kan G, Vellas B, Andrieu S. A self-reported screening tool for detecting community-dwelling older persons with frailty syndrome in the absence of mobility disability: the FIND questionnaire. *PLoS ONE* 2014; 9(7):e101745.
- 10 Charlson ME, Pompei P, Ales KL, et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40:373-383.
- 11 Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.). *Anatomisch-therapeutische-chemische Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland (versch. Jg.)*
<http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/atcddd/version2016/>.
- 12 Drösler S, Garbe E, Hasford J et al. Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs erstellt durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Jun 2018
<https://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/wissenschaftlicher-beirat.html>
- 13 Gemeinsame Arbeitsgruppe der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V., der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. und der Deutsche Gesellschaft für Gerontologie e.V. *Abgrenzungskriterien der Geriatrie. Version V13 vom 16.3.2004.*
http://www.geriatrie-drg.de/public/docs/Abgrenzungskriterien_Geriatrie_V13_16-03-04.pdf.
- 14 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision, German Modification Version 2012. Siehe www.dimdi.de/de/klassi/icd2012/index.htm.
- 15 Junius U, Fischer G für die STEP-Gruppe. Geriatriisches Assessment für die hausärztliche Praxis. Ergebnisse einer konzertierten Aktion aus sieben europäischen Ländern. *ZS Geriat Gerontol* 2002; 35:210-23.
- 16 Junius-Walker U, Daether-Kracke N, Krause O. It's Magic - einfaches geriatriisches Basis-assessment für die Hausarztpraxis validiert. *Z Allg Med* 2016; 92: 169-75.
- 17 Kassenärztliche Bundesvereinigung. EBM und Gebührenordnung. Siehe <http://www.daris.kbv.de/daris.asp>.
- 18 Lübke N, Meinck M. Geriatrietypische Multimorbidität im Spiegel von Routinedaten – Teil 1. Auswertung von stationären Krankenhausdaten und Pflegedaten. *Z Gerontol Geriat* 2012;45:485-497.
- 19 Mayring P: *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 12. akt. und überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz 2015.
- 20 Meinck M, Lübke N, Ernst F. Geriatrietypische Multimorbidität im Spiegel von Routinedaten – Teil 2. Ambulante und stationäre Diagnosen von geriatrisch versorgten und pflegebedürftigen Versicherten. *Z Gerontol Geriat* 2012;45:647-657.
- 21 Meinck M, Lübke N. Geriatrietypische Multimorbidität im Spiegel von Routinedaten – Teil 3. Prävalenz und prädiktiver Wert geriatrischer Merkmalskomplexe in einer systematischen Altersstichprobe. *Z Gerontol Geriat* 2013. DOI. 10.1007/s00391-012-0462-8.
- 22 Meuser M, Nagel U: *ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht*. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner A, Littig B, Menz W (eds.): *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss. 2005: 71–93.
- 23 Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg. (2014, April). *Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014*. Abgerufen 23. Mai 2018, von https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/Geriatriekonzept_2014.pd.
- 24 Morgan DL: *Focus groups as qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publ. 1997.
- 25 Nolting H.-D. (2018): „Regionale Variation von Leistungsausgaben und -inanspruchnahme, *G+G Wissenschaft*, 18(1): 18–25

- 26 Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) nach §301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin. Siehe <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtlm2012>.
- 27 Patton MQ (ed.): *Qualitative Research & Evaluation Methods*: Sage Publ. 2002.
- 28 Schubert I, Köster I, Küpper-Nybelen J, Ihle P. Versorgungsforschung mit GKV-Routinedaten. Nutzungsmöglichkeiten versichertenbezogener Krankenkassendaten für Fragestellungen der Versorgungsforschung, Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 51 (2008) 1095-1105.
- 29 Schulz M., Czihal T., Erhart M. und Stillfried D. (2016): „Korrelation zwischen räumlichen Sozialstrukturfaktoren und Indikatoren des medizinischen Versorgungsbedarfs“, *Gesundheitswesen*, 78(05): 290–297.
- 30 Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.): *GeriatRIekonzept Baden-Württemberg 2001 – Grundsätze und Ziele zur Verbesserung der Versorgung alter, kranker Menschen sowie Bestand und Fortschreibung des GeriatRIekonzepts aus dem Jahre 1989; 2001*.
- 31 Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: *Regionalisierte Bevölkerungsvorausrechnung in Baden-Württemberg*. Statistische Daten 04/2016.
- 32 Stier-Jarmer, M., Pientka, L., & Stucki, G. (2002). Frührehabilitation in der Geriatrie. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 12(04), 190–202. <https://doi.org/10.1055/s-2002-33901>
- 33 Swart E, Ihle P (Hrsg.): *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*. Bern: Verlag Hans Huber 2005.
- 34 Swart E, Ihle P, Gothe H: *Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS). Die 2. Revision*. *Gesundheitswesen* 2012;74:A123.
- 35 Swart, Graf von Stillfried D, Koch-Gromus U. Kleinräumige Versorgungsforschung. Wo sich Wissenschaft, Praxis und Politik treffen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2014,Vo.l 57, Issue 2, pp 161–163.
- 36 Tausch A, Menold N. Methodische Aspekte der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung - Welche Anforderungen ergeben sich aufgrund der besonderen Zielgruppen und Fragestellungen? 2015. Abgerufen 23. Mai 2018, von https://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/gesis_papers/GESIS-Papers_2015-12.pdf.
- 37 Thürmann PA, Holt S, Nink K, Zawinell A. Arzneimittelversorgung älterer Patienten. In: Günster C, Klose J, Schmacke N. *Versorgungs-Report 2012*. Schattauer-Verlag Stuttgart 2012:111-130.
- 38 VERBI Software. (2017). *MAXQDA 2018 [computer software]*. Berlin, Germany: VERBI Software.
- 39 von Renteln-Kruse W, Anders J, Dapp U. Rehabilitation vor Pflege – Stand und zukünftiger Bedarf geriatrischer Rehabilitation. *Bundesgesundheitsbl* 2011;54:489-495.