



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION



AOK Baden-Württemberg

**Handlungsempfehlungen  
aus der Versorgungsstrukturanalyse  
zur geriatrischen Versorgung  
-Schwerpunkt geriatrische Rehabilitation-**

## **Handlungsempfehlungen**

### **- abgeleitet aus der Versorgungsstrukturanalyse -**

Die demographische Entwicklung hin zu einer Gesellschaft des längeren Lebens, eine damit auch verbundene Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität stellen große Herausforderungen für unser System der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung dar. Die geriatrische Versorgung, insbesondere aber die Rehabilitation, muss alterstypische Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, die altersgerechte Diagnostik und Therapie und die Ausschöpfung der individuell vorhandenen Ressourcen und des Rehabilitationspotenzials berücksichtigen und sicherstellen.

Zur Analyse der geriatrischen Versorgungsstrukturen in Baden-Württemberg wurde durch das Ministerium für Soziales und Integration gemeinsam mit der AOK Baden-Württemberg ein Projekt ausgeschrieben. Auf Basis von Routinedaten der AOK Baden-Württemberg, Fokusgruppen und Experteninterviews sollte die Realisierung rehabilitativer Potenziale geriatrischer Patientinnen und Patienten im Rahmen der bestehenden geriatrischen Versorgungsstrukturen ausgewertet werden. Hieraus sollten Aussagen für die künftige Entwicklung des Geriatriekonzepts innerhalb des umfassenden Systems der medizinischen Versorgung, speziell für den Bereich der geriatrisch-rehabilitativen Versorgungsstrukturen, abgeleitet werden können. Die vorliegende Untersuchung stützt sich ganz überwiegend auf Daten aus Krankenhausaufenthalten als Aufgreifkriterium, sodass der Zugang aus der ambulanten Versorgung in die geriatrische Rehabilitation weitgehend unbeleuchtet bleibt.

Die erhobenen Routinedaten beschreiben Häufigkeiten von Inanspruchnahmen und beleuchten Unterschiede in Versorgungswegen. Sie bieten hingegen keine Grundlage für eine Bewertung der Qualität der jeweiligen Versorgung.

## I. Vorbemerkungen:

Geriatrische Rehabilitation findet in Baden-Württemberg statt

- im Rahmen der geriatrischen Frühkomplexbehandlung (GFK) in der Akutklinik,
- in geriatrischen Rehabilitationskliniken,
- in ambulanten Rehabilitationseinrichtungen und mittels mobiler geriatrischer Rehabilitation.

Im Rahmen der GFK werden meist - im Vergleich zu den Maßnahmen in einer geriatrischen Rehabilitationsklinik - schwerer beeinträchtigte Menschen behandelt (höhere Morbidität).

Die Versorgungsstrukturanalyse wurde anhand der folgenden neun Leitfragen erstellt (Originalformulierung):

1. Findet eine bedarfsgerechte und den geriatrischen Indikatoren entsprechende Steuerung älterer Versicherter in der geriatrischen Versorgung in Baden-Württemberg statt? Kann man dies beispielsweise anhand von Tracerdiagnosen wie Schlaganfall, sturzbedingte Femurfraktur und Herzinsuffizienz erheben?
2. Wie kann eine Unterscheidung in der Gesamtgruppe der Patienten in geriatrische und nicht geriatrische Patienten (...) erfolgen?
3. Wie gestalten sich die Bedarfe in der geriatrischen Versorgung in Baden-Württemberg voraussichtlich in den kommenden 20 Jahren in den einzelnen Regionen?
4. Unterscheiden sich geriatrische Patienten in den verschiedenen Versorgungsformen hinsichtlich Morbidität und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach geriatrischer Behandlung im Krankenhaus bzw. in der Rehabilitationsklinik?
5. Entwickeln die unterschiedlichen Teilgruppen über den Zeitraum eines Jahres unterschiedliche Bedarf an Versorgung?
6. Welche Fehlanreize bietet das System für Überweiser?
7. Findet eine Über-, Unter-, oder Fehlversorgung statt? In welchen Bereichen?

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

## **II. Kernaussagen der Versorgungsstrukturanalyse**

1. Der Geriatriecheck ist geeignet, geriatrische Patientinnen und Patienten im Krankenhaus zu identifizieren.
2. Die häufigsten Diagnosen (Tracerdiagnosen) der geriatrischen Rehabilitation in den Routinedaten sind Femurfraktur, Schlaganfall, Herzinsuffizienz; diese wurden in die Versorgungsstrukturanalyse einbezogen.
3. Mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten (55,6 %) in der indikationsspezifischen Rehabilitation sind als potenziell geriatrisch einzustufen.
4. Die Versorgung einer Patientin und eines Patienten mit GFK und zusätzlich geriatrischer Rehabilitationsmaßnahme ist sehr selten, aber GFK gefolgt von indikationsspezifischer Rehabilitationsmaßnahme kommt häufig vor.
5. Die Versicherten, die in der geriatrischen Reha aufgenommen werden, sind dort grundsätzlich richtig alloziert.
6. In Fokusgruppen mit Hausärztinnen und Hausärzten wurde eine Intensivierung des geriatrischen Aus- und Weiterbildungsangebotes in der Allgemeinmedizin für notwendig und wünschenswert erachtet.
7. Aus Sicht der Fokusgruppen mit Hausärztinnen und Hausärzten ist der interdisziplinäre, interprofessionelle und sektorenübergreifende Austausch zu intensivieren.
8. Die Versorgungsstrukturanalyse zeigte grundsätzlich keine Überversorgung durch geriatrische Rehabilitation in Baden-Württemberg.

9. Regionale Unterschiede/Besonderheiten in Baden-Württemberg hinsichtlich des Prozentsatzes potentiell geriatrischer Patientinnen und Patienten sowie den Versorgungsangeboten sind gegeben.

### **III. Handlungsempfehlungen**

#### **1. Identifikation mittels Geriatrie-Check**

- a) Mit dem Geriatrie-Check ist im Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014 ein sinnvolles Instrument zur Identifikation geriatrischer Risiken verankert. Der Geriatrie-Check hat sich für den klinischen Alltag als relevantes Instrument erwiesen. Er sollte in allen Krankenhäusern als Instrument der Identifikation geriatrischer Patientinnen und Patienten zum Einsatz kommen.**

Der Geriatrie-Check ist in der Praxis ein sinnvolles Instrument, gut einsetzbar durch seine Kürze und Prägnanz. Die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG) stellt den Geriatrie-Check als Arbeitshilfe in ihrem Internetauftritt bereits zur Verfügung. Insbesondere dort, wo geriatrische Expertise fehlt, wäre der Einsatz dieses Tools nützlich, um entsprechende Behandlung einleiten zu können.

Der Geriatrie-Check lässt sich auch für zukünftige Analysen und zur Erhebung (versorgungs-) epidemiologischer Daten nutzen.

- b) Um den Geriatrie-Check nachhaltig zu etablieren, sind regelmäßige Schulungen in den jeweiligen Einrichtungen notwendig.**

In den Experteninterviews wird darauf hingewiesen, dass kontinuierliche Schulungen zum Einsatz des Geriatrie-Checks notwendig sind, um in den Krankenhäusern dieses Screeninginstrument nachhaltig zu implementieren.

Geriatrischen Schwerpunkte und Zentren können als Kernaufgabe die geriatrische Kompetenz in die stationäre Versorgung noch intensiver hineinbringen und die Identifikation geriatrischer Risiken bereits bei Aufnahme unterstützen.

## **2. Steuerung der Versorgung und Vermeidung von Fehlallokation**

- a) Es bleibt eine ständige Aufgabe der Steuerung sowohl seitens der Krankenhäuser als auch seitens der Krankenkassen, einen niedrigschwelligen und bedarfsgerechten Zugang zur geriatrischen Rehabilitation zu gewährleisten.**

Etwa 60 % der potenziell geriatrischen Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall, etwa 50 % mit Femurfraktur und rund 95 % mit Herzinsuffizienz haben keine rehabilitativen Maßnahmen nach einem Krankenhausaufenthalt erhalten.

Die Kernaufgabe der geriatrischen Schwerpunkte und Zentren ist, über Fortbildung geriatrische Kompetenz in die stationäre Versorgung hinein zu tragen und dort für potenziell geriatrische Patientinnen und Patienten einen bedarfsgerechten Zugang zu einer geriatrischen Rehabilitation zu ermöglichen.

- b) Es bleibt eine ständige Aufgabe der Steuerung sowohl seitens der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte als auch seitens der Krankenkassen, aus der ambulanten Behandlung heraus einen niedrigschwelligen und bedarfsgerechten Zugang zur geriatrischen Rehabilitation zu gewährleisten**

Das Antragsverfahren wird in den Fokusgruppeninterviews der Hausärztinnen und Hausärzte teilweise als zu aufwendig und damit als Fehlanreiz angesehen. Die Erarbeitung eines kasseneinheitlichen und vereinfachten Antragsverfahrens wäre wünschenswert.

- c) Die Steuerung der potenziell geriatrischen Patientinnen und Patienten in der geriatrisch-rehabilitativen Versorgung in Baden-Württemberg zwischen den Bereichen Krankenhaus mit GFK und der Rehabilitation erfolgt angemessen.**

Rund 1 % der potenziell geriatrischen Patientinnen und Patienten erhielten eine geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung (GFK) im Krankenhaus, 3 % erhielten eine geriatrische Rehabilitation in Rehakliniken. Die Daten geben Hinweise, dass die Patientinnen und Patienten mit GFK eine höhere Morbidität zeigen als die in „konventionellen“ geriatrischen Rehakliniken behandelten Gruppen. Von den Patientinnen und Patienten mit geriatrisch-rehabilitativer Versorgung erhielten 4,5 % mit Femurfraktur, 1,7 % mit Schlaganfall, 0,1 % mit Herzinsuffizienz sowohl eine GFK im Krankenhaus als auch eine geriatrische Rehabilitation. Eine Überversorgung mit beispielsweise grundsätzlicher Inanspruchnahme beider Strukturen findet nicht statt.

- d) Die in der Vergütung der geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlung (OPS 8550) liegenden Anreize sollten durch die Selbstverwaltung überprüft werden.**

Gegenwärtig wird eine GFK erst nach einer Behandlungsdauer von 14 Tagen vergütungsrelevant. Dies wird von Experten als kontraproduktiv wahrgenommen. Eine Differenzierung der Vergütung in die Behandlungszeiträume von 7 – 14 – 21 Tage wird aus fachlicher Sicht als sinnvoll angesehen. Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft sollten gemeinsam über ihre Spitzenverbände mit dem Ziel einer Überprüfung auf das hierfür zuständige Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) zugehen.

- e) Die Steuerung der Patientengruppe potenziell geriatrischer Patientinnen und Patienten lässt Verbesserungspotenzial hinsichtlich Bereitstellung des Angebots wie auch des Entlassmanagement erkennen.**

Mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten mit ausschließlich indikationsspezifischer Rehabilitation waren als potenziell geriatrisch einzustufen. Dabei zeigen sich deutliche regionale Spannen. Weiter fällt der recht hohe Anteil von Patientinnen und Patienten auf, die nach einer GFK mit einer indikationsspezifischen Rehabilitation weiter versorgt wurden (der geriatrische Status sowie ein grundsätzlich identifizierter Rehabilitationsbedarf ist hier durch die GFK gut dokumentiert).

Die Häufigkeit der Versorgung nicht geriatrischer Patientinnen und Patienten in geriatrischer Rehabilitation liegt bei 10,2 % (geriatrische Frührehabilitation im Krankenhaus 8,4 %, geriatrische Rehabilitation 10,3 %). Auch hier erfolgt die Steuerung überwiegend bedarfsgerecht und bietet keine Hinweise auf eine generelle Fehl- bzw. Überversorgung. Es waren aber regionale Unterschiede im Anteil möglicherweise nicht bedarfsgerecht zugewiesener Patientinnen und Patienten von 6 % bis etwa 19 % erkennbar. Verbesserungspotenzial besteht insbesondere durch ein zielgenaues Entlassmanagement.

### **3. Hausärztinnen und Hausärzte und ihre Netzwerke**

- a) Die im EBM zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Identifikation und weiteren Behandlung geriatrischer Risiken stellen ein wichtiges Instrument in der hausärztlich-geriatrischen Versorgung dar.**

Bei knapp 5 % der potenziell geriatrischen Patientinnen und Patienten wurde ein hausärztlich-geriatrisches Assessment nach EBM 03240 (jetzt EBM 03360) abgerechnet. Die Ausschöpfung erscheint niedrig. Die Daten zeigen jedoch eine deutlich geringere Inanspruchnahme bei den nicht geriatrischen Patientinnen und Patienten mit 1 % und weisen damit auf einen korrekten Einsatz hin. Die Möglichkeiten der EBM-Ziffern 03360 (Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment) und 03362 (Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex) sollten in verstärktem Umfang genutzt werden.

**b) Fortbildungen und Netzwerkarbeit der geriatrischen Schwerpunkte und Zentren sollten verstärkt angeboten werden.**

In den hausärztlichen Fokusgruppen wurde ein unzureichendes geriatrisches Fortbildungsangebot für Hausärztinnen und Hausärzte beklagt und die Organisation und Vergütung von strukturiertem interprofessionellem Austausch und Fortbildung angemahnt. Aus Sicht der befragten Hausärztinnen und Hausärzte in den Fokusgruppen ist eine Intensivierung des geriatrischen Ausbildungs- und Weiterbildungsangebots in der Allgemeinmedizin sinnvoll. Auch sind Fortbildungsmaßnahmen sowohl am Patientenbett, in Krankenhäusern und in Pflegeeinrichtungen als auch in Form von Fallkonferenzen sinnvoll. Kassenärztliche Vereinigung, Ärztekammer und geriatrische Schwerpunkte und Zentren sowie Geriatrische Institutsambulanzen sollten hier zusammenwirken.

Das Basiscurriculum „Geriatrische Grundversorgung“ sollte Ärztinnen und Ärzten aller Fachgebiete verstärkt bekannt gemacht werden.

**c) Die Etablierung weiterer geriatrischer Institutsambulanzen (GIAs) erscheint sinnvoll.**

Aus hausärztlicher Sicht werden Schwierigkeiten bei der Einleitung geriatrischer Rehabilitation deutlich. Aus den Daten der Krankenkasse ergibt sich, dass nur etwa 5 % der Patientinnen und Patienten in stationärer geriatrischer Rehabilitation direkt aus der ambulanten Versorgung zugewiesen worden sind.

Der mit dem §118a SGB V – mit aktiver Unterstützung auch des Landes Baden-Württemberg im Bundesrat - neu in die Versorgung eingeführte Leistungskomplex „Spezialisierte geriatrische Diagnostik“ soll zu einer Verbesserung der geriatrischen Diagnostik und der Inanspruchnahme geriatrischer Rehabilitation beitragen.



Die Beteiligung der GIAs in der geriatrischen Versorgung im Rahmen der Ermächtigung nach § 118a SGB V ist noch nicht ausgeschöpft und weiter ausbaufähig. Geriatrische Kliniken - und hier insbesondere auch solche mit geriatrischen Schwerpunkten und Zentren - sollten sich um die Einrichtung einer Geriatrischen Institutsambulanz bemühen. So können sie ihrer Aufgabe, als Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Versorgung geriatrische Kompetenz in die ambulante Versorgung hinein zu tragen, gut nachkommen.

#### **4. Angebote im rehabilitativen Bereich**

##### **a) Es sollte eine angemessene Anzahl geriatrischer Rehabilitationsplätze zur Verfügung stehen.**

In Baden-Württemberg ist laut Statistischem Landesamt die Zahl der Geriatrischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gestiegen. Die Zahl der aufgestellten Betten stieg in den Jahren 2013 bis 2016 von ca. 1.600 um rund 20 % auf ca. 1.900. Die Fallzahl hat sich ebenfalls erhöht, wobei insgesamt ein leicht steigender Ausnutzungsgrad der Betten auf ca. 89 % im Jahr 2016 zu beobachten war.

##### **b) Ein verstärkter Ausbau ambulanter und mobiler Rehabilitationsangebote ist anzustreben.**

Aus den hausärztlichen Fokusgruppen und der Versorgungsforschung wird die Erfahrung beigetragen, dass mobile oder wohnortnahe ambulante Angebote eher angenommen werden als stationäre Rehabilitation. In den Fokusgruppen wird ein Mangel an Angeboten ambulanter mobiler geriatrischer Rehabilitation beklagt; dies gilt insbesondere für Patientinnen und Patienten mit schwergradiger Demenz.

##### **c) Die Kurzzeitpflege nach Entlassung aus dem Krankenhaus wird stark in Anspruch genommen und muss in ihrer Rolle gestärkt werden.**

Kurzzeitpflege kann vor einer Rehabilitationsmaßnahme eine wichtige Versorgungsform darstellen, in der Rehabilitationsfähigkeit hergestellt werden soll. Allerdings belegt die Versorgungsstrukturanalyse, dass etwa ein Drittel der Patientinnen und Patienten ohne vorangegangene rehabilitative Maßnahmen direkt von der Kurzzeitpflege in die stationäre Langzeitpflege wechselt. In den Experteninterviews besteht eine allgemeine Übereinstimmung, den rehabilitativen und therapeutischen Auftrag in der Kurzzeitpflege zu stärken.

Im Aktionsbündnis Kurzzeitpflege haben sich die verantwortlichen Akteure darauf verständigt, hier gemeinsam aktiv zu werden und insbesondere den Ausbau solitärer Kurzzeitpflegeplätze mit rehabilitativem und therapeutischem Angebot voranzubringen.

## **5. Bedarfsermittlung, Prognose und Ausblick**

Eine Zunahme geriatrischer Patientinnen und Patienten um 48 % bis zum Jahr 2035 (von 770.000 auf 1,14 Millionen) ist zu erwarten, wobei mit einer regionalen Streuung von 27 % bis 68 % gerechnet werden kann (Tabelle 1). Die für die geriatrische Rehabilitation maßgeblichen Tracerdiagnosen aus der Versorgungsstrukturanalyse treten ebenfalls mit einer Streuung auf.

Die im Zuge der Untersuchung ermittelte und auf Baden-Württemberg hochgerechneten Daten könnten im weiteren Verlauf innerhalb der kommunalen Strukturen dem vorhandenen Behandlungsangebot gegenüber gestellt werden, um so individuelle Aussagen für eine Weiterentwicklung des regionalen Angebotes treffen zu können.

Die Daten sollen auch im Rahmen einer zukünftigen Weiterentwicklung des Geriatriekonzepts Baden-Württemberg berücksichtigt werden.

Kreis	Hochrechnung auf Baden-Württemberg		
	Potentiell geriatrische Patienten operationalisiert nach Geriatrie-Check		
	Anzahl 2012	Anzahl 2035	Veränderung [%]
Stuttgart (SK)	42.886	54.587	+27,3
Böblingen (LK)	22.970	36.343	+58,2
Esslingen (LK)	33.185	50.332	+51,7
Göppingen (LK)	18.482	26.786	+44,9
Ludwigsburg (LK)	32.428	50.847	+56,8
Rems-Murr-Kreis (LK)	28.846	43.778	+51,8
Heilbronn (SK)	9.154	12.491	+36,5
Heilbronn (LK)	22.156	36.825	+66,2
Hohenlohekreis (LK)	7.834	12.324	+57,3
Schwäbisch Hall (LK)	12.330	19.781	+60,4
Main-Tauber-Kreis (LK)	11.760	16.388	+39,3
Heidenheim (LK)	9.631	13.203	+37,1
Ostalbkreis (LK)	22.514	33.069	+46,9
Baden-Baden (SK)	5.888	7.473	+26,9
Karlsruhe (SK)	21.901	28.176	+28,7
Karlsruhe (LK)	32.135	49.623	+54,4
Rastatt (LK)	17.588	26.440	+50,3
Heidelberg (SK)	10.446	14.901	+42,7
Mannheim (SK)	25.739	34.129	+32,6
Neckar-Odenwald-Kreis (LK)	12.647	18.591	+47,0
Rhein-Neckar-Kreis (LK)	43.435	64.787	+49,2
Pforzheim (SK)	10.127	13.317	+31,5
Calw (LK)	10.787	16.578	+53,7
Enzkreis (LK)	14.266	21.902	+53,5
Freudenstadt (LK)	8.509	12.329	+44,9
Freiburg im Breisgau (SK)	14.454	20.679	+43,1
Breisgau-Hochschwarzwald (LK)	18.296	28.648	+56,6
Emmendingen (LK)	11.547	18.803	+62,8
Ortenaukreis (LK)	31.403	46.532	+48,2
Rottweil (LK)	10.610	15.111	+42,4
Schwarzwald-Baar-Kreis (LK)	16.094	22.531	+40,0
Tuttlingen (LK)	8.578	12.871	+50,0
Konstanz (LK)	20.421	29.890	+46,4
Lörrach (LK)	15.765	24.488	+55,3
Waldshut (LK)	11.796	17.666	+49,8
Reutlingen (LK)	18.127	27.114	+49,6
Tübingen (LK)	12.075	20.240	+67,6
Zollernalbkreis (LK)	14.969	20.926	+39,8
Ulm (SK)	8.406	11.432	+36,0
Alb-Donau-Kreis (LK)	12.600	19.893	+57,9
Biberach (LK)	12.342	19.869	+61,0
Bodenseekreis (LK)	15.899	24.099	+51,6
Ravensburg (LK)	19.125	29.863	+56,1
Sigmaringen (LK)	8.891	13.303	+49,6
Baden-Württemberg	769.044	1.138.958	+48,1

Tabelle 1: Hochrechnung der potentiell geriatrischen Patienten auf Baden-Württemberg bis zum Jahr 2035