

Der demografische Faktor –

Kann ein Krankenhaus ohne Geriatriekonzept überleben?

Die Medizin hat sich in den letzten 20 Jahren mit großem Erfolg in hochspezialisierte Bereiche entwickelt.

Diese müssen effizient arbeiten:

- Kurze Verweildauer, hohe Ausnutzung (viele Patienten);
- Gute Ergebnisqualität;

Trotz eines gelungenen Eingriffs erleiden multimorbide alte Patient oft:

- Verlängerte Rekonvaleszenz mit
- Komplikationen (Infekte, Delir, usw..)
- Krankheitsketten
- Längerer Immobilität
- Bleibenden Behinderungen
- Pflegebedürftigkeit



Die Alten von morgen sind meine Generation, die Babyboomer !!

„Die Boomer-Generation, jene Alterskohorte, die seit Ende der 40er Jahre bis Mitte der 60er Jahre auf die Welt kam, hat die Welt nicht durch Krieg, sondern ihr Dasein verändert.“

Ken Dychtwald, New York 2000

Die Alten von morgen sind meine Generation, die Babyboomer !!

- „.....
- Boomer haben nicht nur Kleidung getragen - sie haben die Modeindustrie verändert.
- Boomer haben nicht nur Autos gefahren - sie haben die Autoindustrie transformiert.
- Boomer hatten nicht nur Rendezvous – sie haben die sexuellen Rollenbilder und Praktiken verändert.
- Boomer haben nicht nur geheiratet – sie haben nach Jahrtausenden das Wesen der menschlichen Beziehung und ihrer Institution verwandelt.
-“

Ken Dychtwald, New York 2000

„Zum ersten Mal seit Woodstock steht der Generation, um deretwillen auch der Begriff Teenager geprägt wurde, wieder ein kollektives Generationenerlebnis zur Verfügung.

Diese Menschen, die einen ganzen Planeten umgeformt und nach ihrem Antlitz geprägt haben, gehen vom Jahre 2010 an in Rente.

Der Verrentungsprozess dauert mindestens bis 2029. Dann erst beginnt der Ruhestand für die 1964 Geborenen, den geburtenstärksten Jahrgang.

Dieser Ruhestand wird alles durcheinander wirbeln.“

Frank Schirrmacher 2004 (Das Methusalem-Komplott)

Diese (verwöhnten) Boomer werden auf keinen Fall tolerieren, dass sie im Alter schlechter versorgt werden als ihre Eltern.

Dabei wird es ihnen völlig egal sein, dass sie mehr als doppelt so viele sein werden.

Standortbestimmung: Geriatrie



Demographischer Wandel

Interesse der Politik
an Altersmedizin

Aufwertung geriatrischer
Patienten durch DRG -
System

**Neues Interesse am
Markt der Altersmedizin
(Geriatrie ???)**

Standortbestimmung: Geriatrie



Demographischer Wandel

Interesse der Politik
an Altersmedizin

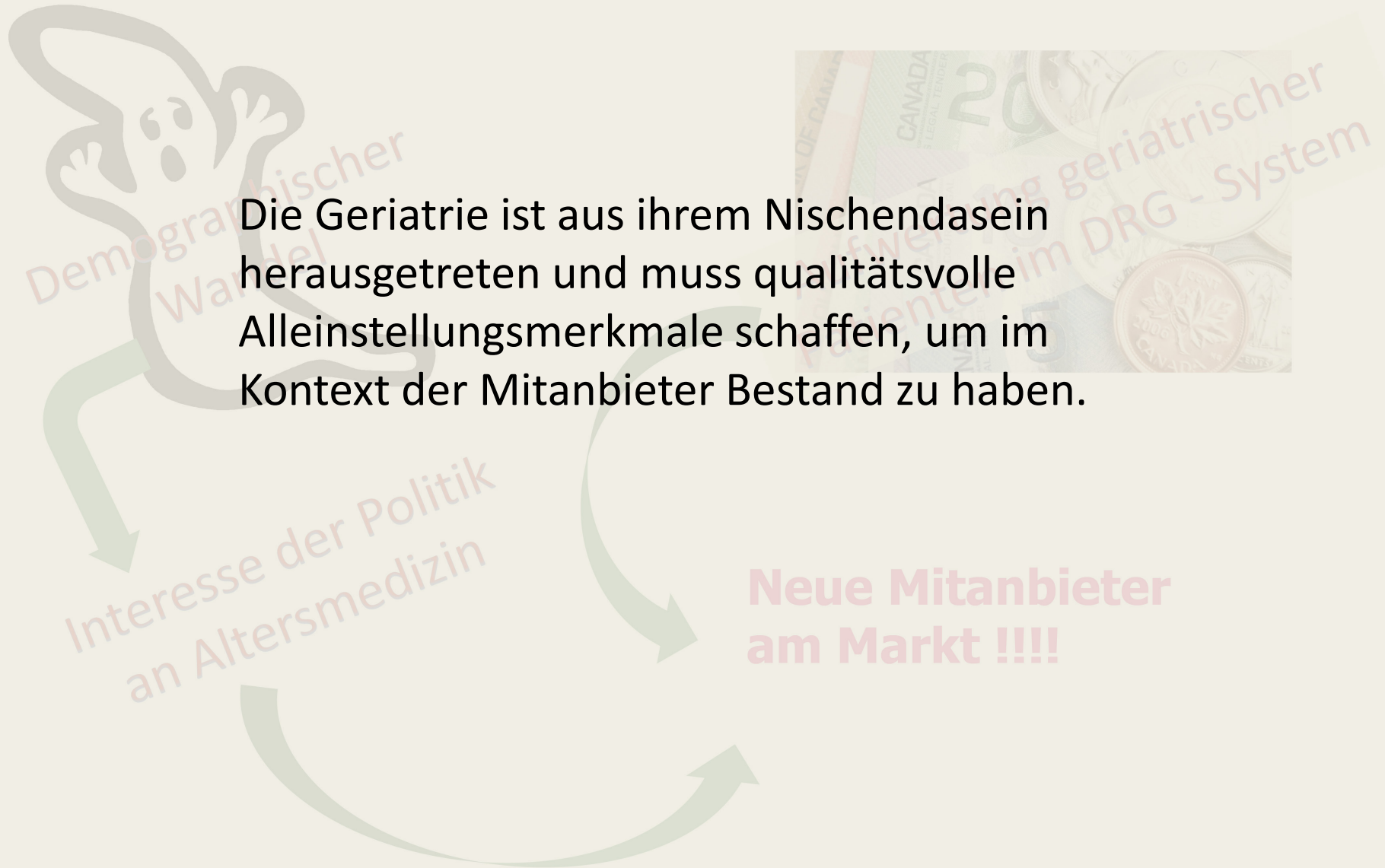
Aufwertung geriatrischer
Patienten durch DRG-
System

**Neue Mitanbieter
am Markt !!!!**

Standortbestimmung: Geriatrie

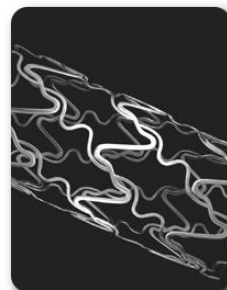
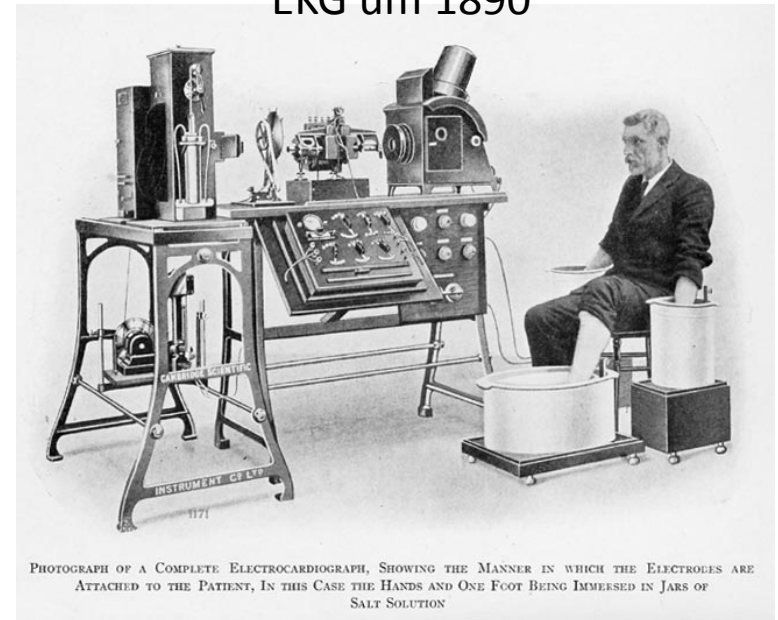
Die Geriatrie ist aus ihrem Nischendasein herausgetreten und muss qualitätsvolle Alleinstellungsmerkmale schaffen, um im Kontext der Mitanbieter Bestand zu haben.

**Neue Mitanbieter
am Markt !!!!**



120 Jahre Entwicklung der Kardiologie

EKG um 1890



30 Jahre Entwicklung der Geriatrie

- Bislang hat sich die Geriatrie nahezu ausschließlich im stationären und teilstationären Bereich (Krankenhaus und Rehaklinik) entwickelt.

30 Jahre Entwicklung der Geriatrie



30 Jahre Entwicklung der Geriatrie

Die Geriatrie definiert sich durch die Ausrichtung ihrer Strukturen und Prozeduren auf die ganzheitliche Wahrnehmung der besonderen Bedürfnisse multimorbider älterer Patienten und Diagnostik, Therapie und Pflege darauf zu fokussieren.

Was bedeutet das ?

Geriatrische Behandlung am Beispiel der Patienten nach Schenkelhalsfraktur

Geriatrische Patienten nach operativ versorgter Schenkelhalsfraktur sind

- mobilitätsbehindert:
 - Durch noch nicht ausreichend verheilte Fraktur,
 - durch den chirurgischen Eingriff,
 - durch sturzbedingte Angst,
- durch multimorbiditätsbedingte Vulnerabilität erheblich komplikationsgefährdet.

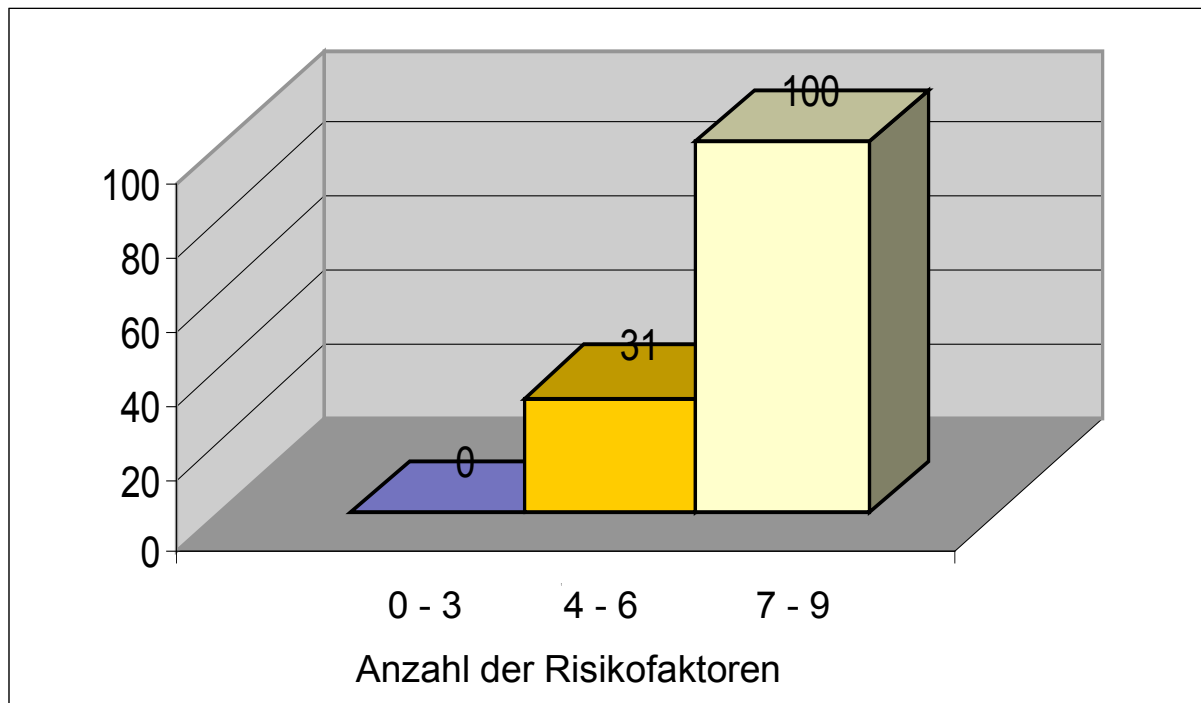
Geriatrische Behandlung am Beispiel der Sturzpatienten

Geriatrische Patienten nach operativ versorgter Schenkelhalsfraktur sind

- mobilitätsbehindert:
 - Durch noch nicht ausreichend verheilte Fraktur,
 - durch den chirurgischen Eingriff,
 - durch sturzbedingte Angst,
- durch multimorbiditätsbedingte Vulnerabilität erheblich komplikationsgefährdet.

Aber, der Patient war ja bereits vor dem jetzigen Krankenhausaufenthalt so eingeschränkt, dass er gestürzt ist und sich dabei eine Fraktur zugezogen hat.

Sturzpatienten: 2 oder mehr Stürze in 3 Monaten

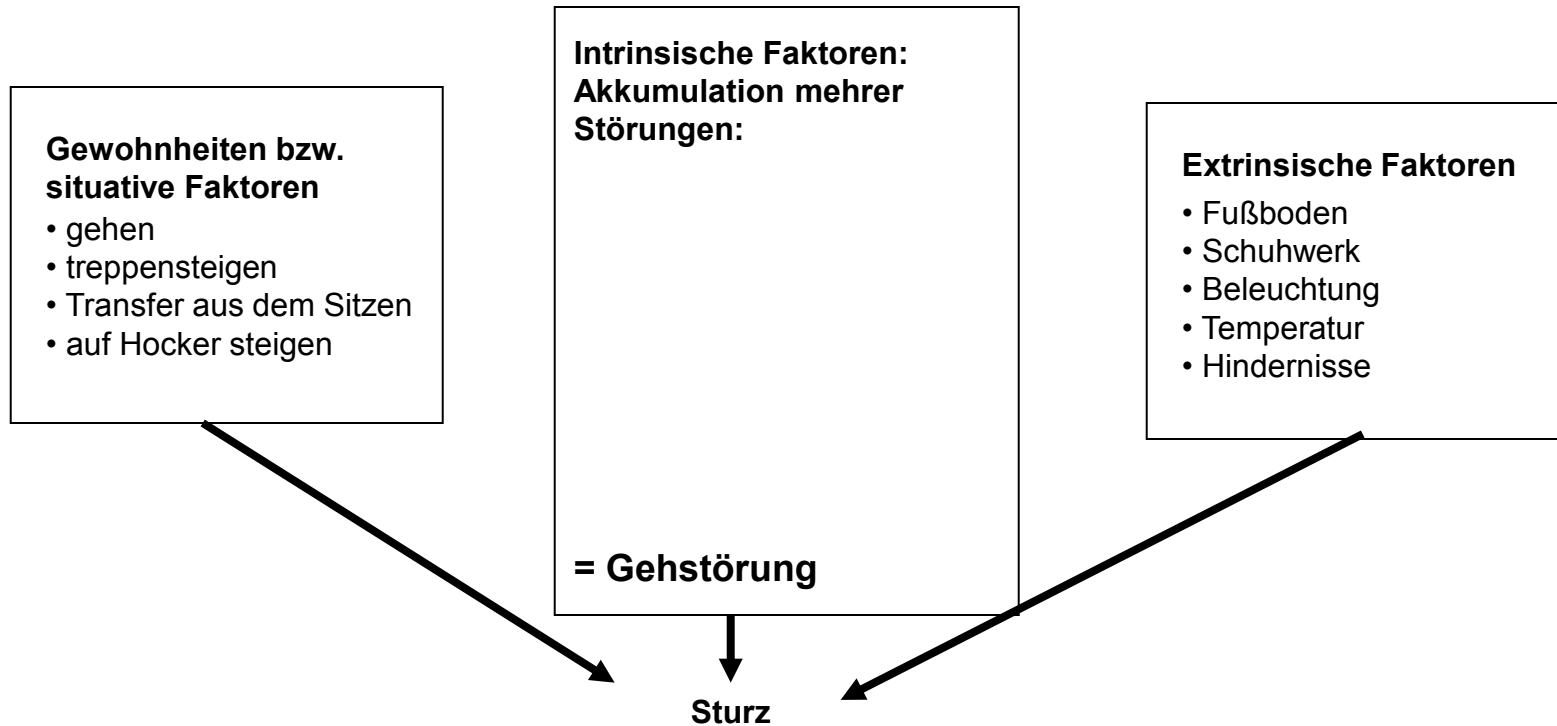


Schädigungen / Fähigkeitsstörungen im Bereich:

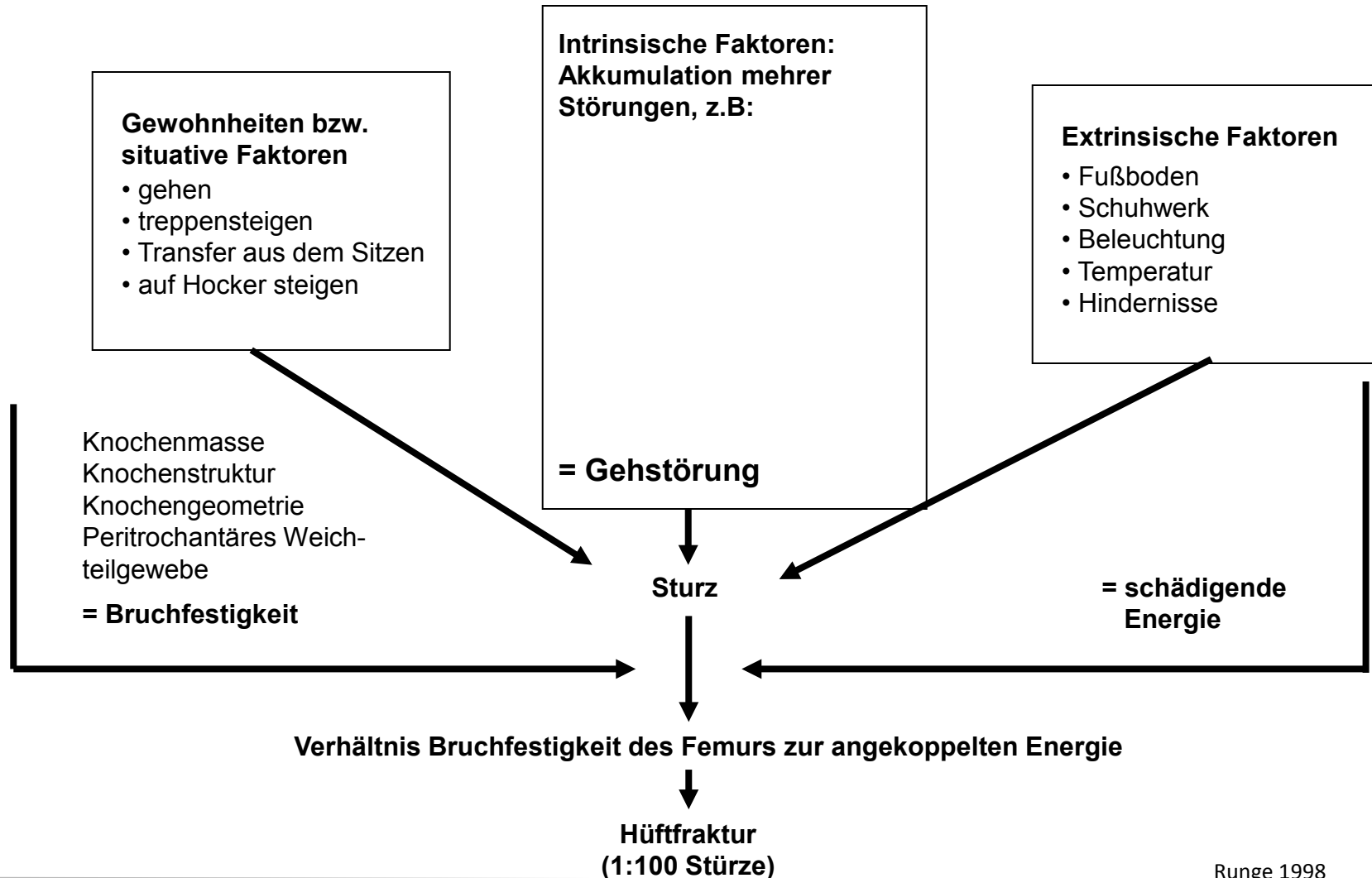
- Mobilität
- Fernvisus,
- Hören,
- der psychischen Stimmung,
- kognitiver Status,
- orthostatische Dysregulation,
- Einnahme sturzfördernder
Medikamente,
- ADL-Defizite
- Ernährungszustand

Runge 1998

Sturzursachen

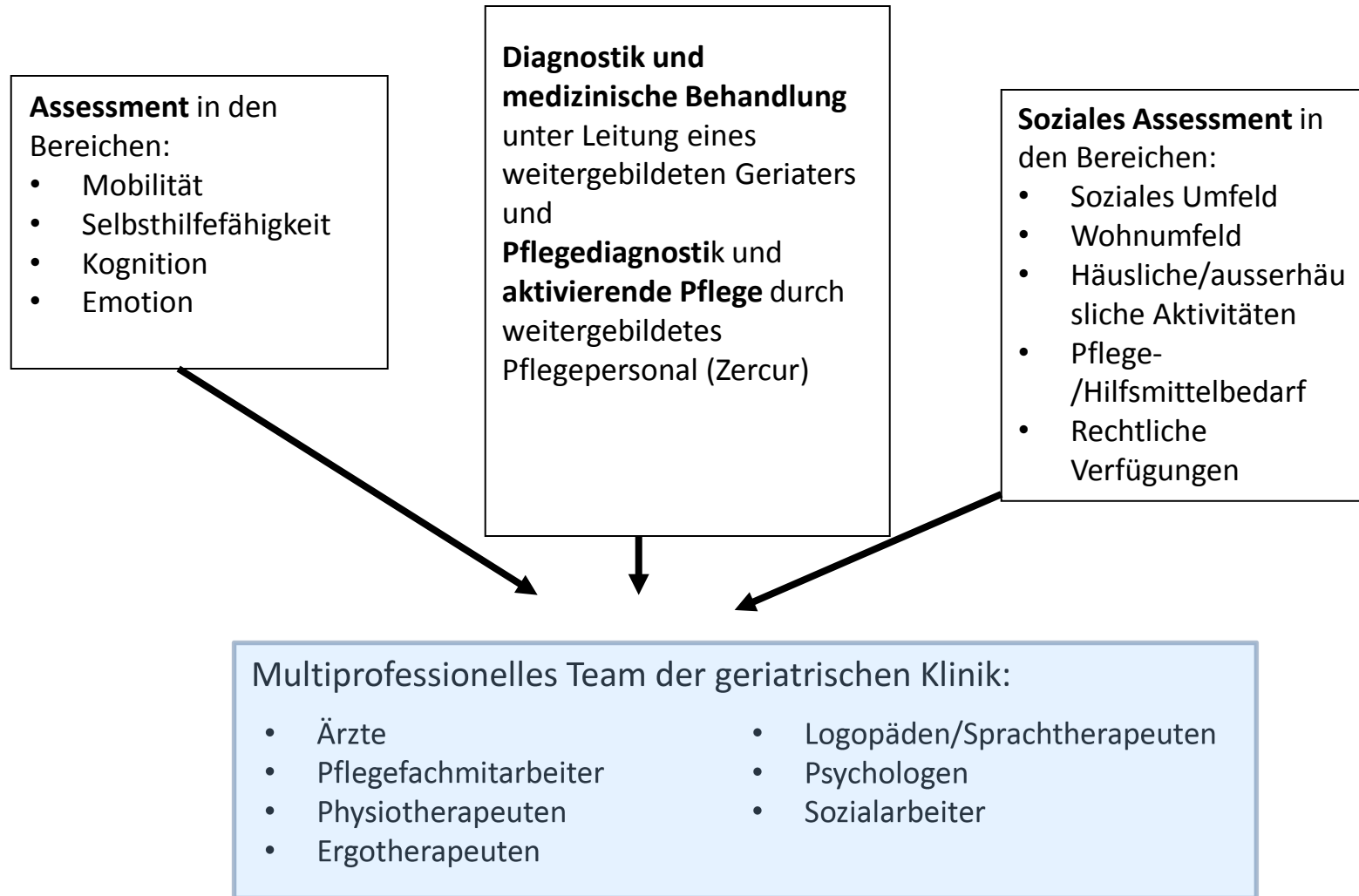


Altersassoziierte Frakturen



Runge 1998

Geriatrische Behandlung am Beispiel der Sturzpatienten



Geriatrische Behandlung am Beispiel der Sturzpatienten

Mit diesen Strukturen und Prozeduren entwickelt sich die Geriatrie zum Partner der hochspezialisierten Krankenhausabteilungen. Dies gelingt besonders, wenn die Zusammenarbeit aufeinander abgestimmt verläuft:

- Im kollegialen Dialog Patientenpfade definiert werden,
- Und ein gemeinsames Netzwerk eingerichtet wird, das bis in den ambulanten Bereich reicht.

Diagnostik und

weitergebildeten Geriatriers und

Pflegediagnostik und

weitergebildetes Pflegepersonal (zercur)

Soziales Assessment in

den Bereichen:

- Wohnumfeld
- Häusliche/ausserhäusliche Aktivitäten
- /Hilfsmittelbedarf
- Rechtliche Verfügungen

Multiprofessionelles Team der geriatrischen Klinik:

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| • Ärzte | • Logopäden/Sprachtherapeuten |
| • Pflegefachmitarbeiter | • Psychologen |
| • Physiotherapeuten | • Sozialarbeiter |
| • Ergotherapeuten | |

Weißbuch Geriatrici

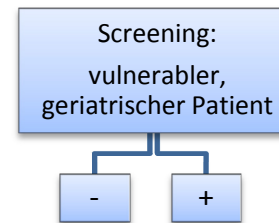
Die Versor
Strukt

**Geriatrischer
Versorgungsverbund**

2., durchgesehene Auflage

Kohl

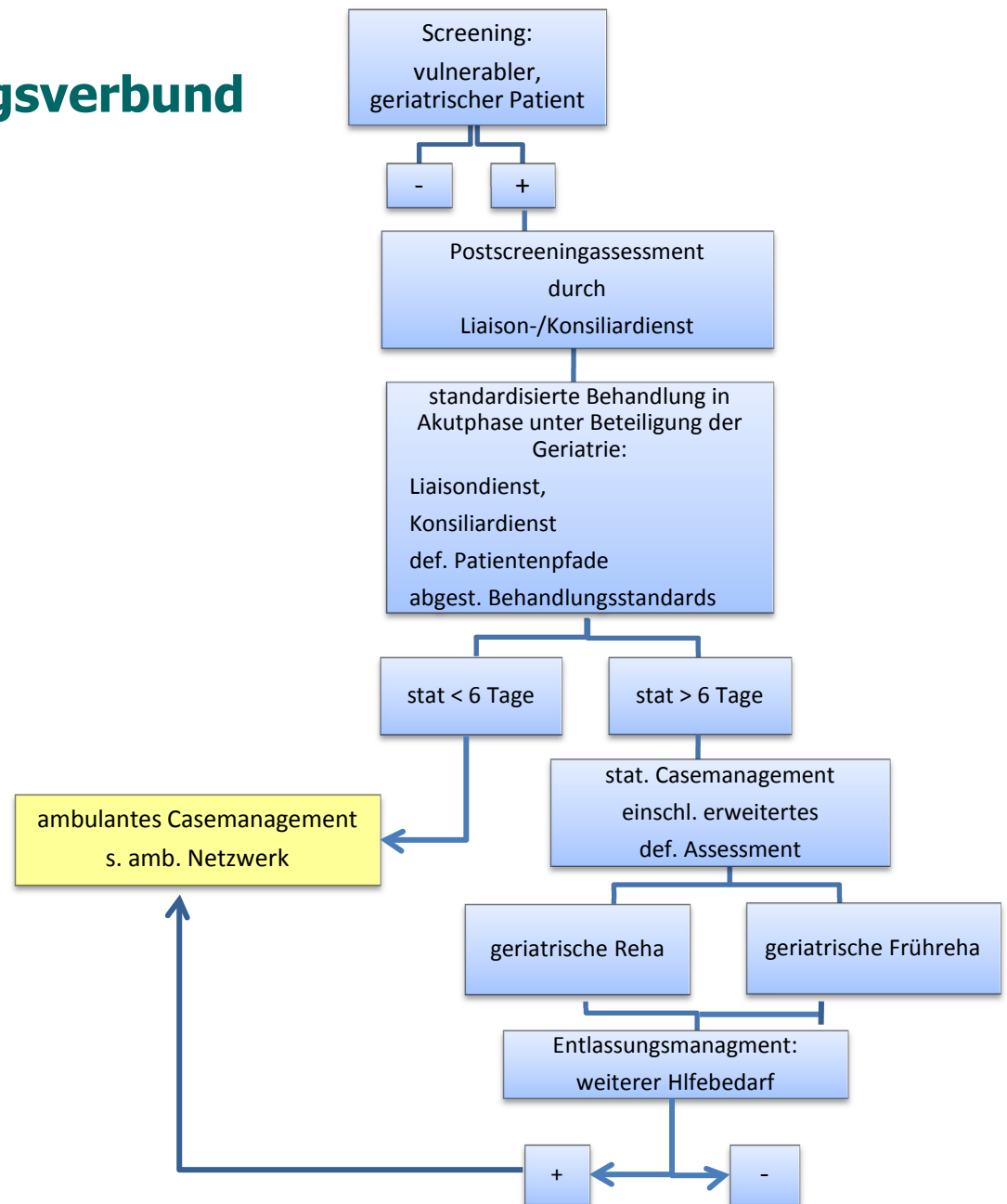
Geriatrischer Versorgungsverbund



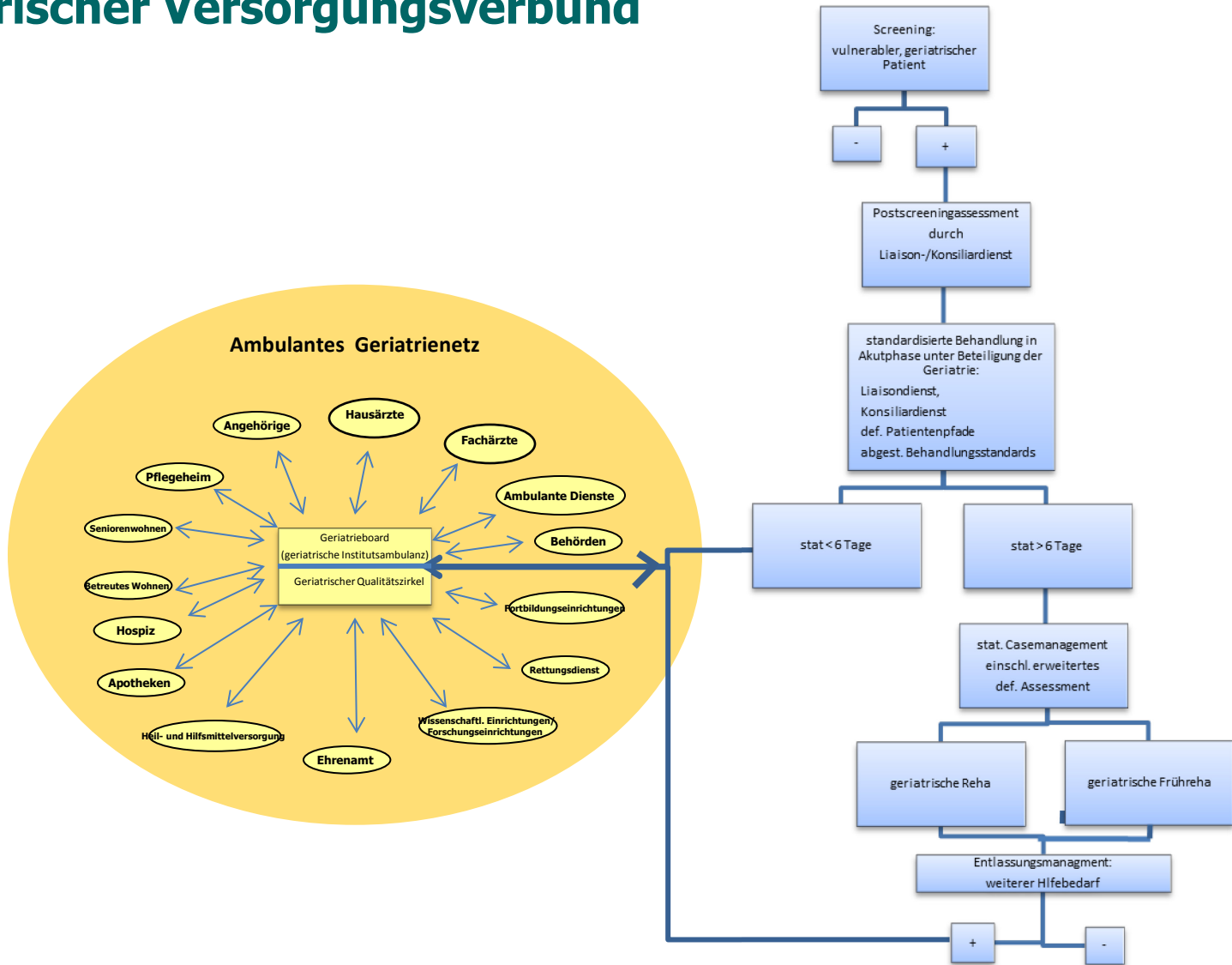
ISAR* Notaufnahme-Screening

Hilfebedarf	☐ JA	1
1. Waren Sie vor der Erkrankung oder Verletzung, die Sie in die Klinik geführt hat, auf regelmäßige Hilfe angewiesen?	☐ NEIN	0
Akute Veränderung des Hilfebedarfs	☐ JA	1
1. Benötigten Sie in den letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor?	☐ NEIN	0
Hospitalisation	☐ JA	1
1. Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus?	☐ NEIN	0
Sensorische Einschränkung	☐ JA	1
1. Haben Sie unter normalen Umständen erhebliche Probleme mit dem Sehen, die nicht mit einer Brille korrigiert werden können?	☐ NEIN	0
Kognitive Einschränkung	☐ JA	1
1. Haben Sie ernsthafte Probleme mit dem Gedächtnis?	☐ NEIN	0
Multimorbidität	☐ JA	1
1. Nehmen Sie pro Tag sechs oder mehr verschiedene Medikamente ein?	☐ NEIN	0
	SUMME:	_____

Geriatrischer Versorgungsverbund



Geriatrischer Versorgungsverbund



Geriatrischer Versorgungsverbund

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



Krankenhausplan NRW 2015

Geriatrischer Versorgungsverbund

ci) Zusammenarbeit im geriatrischen Versorgungsverbund

Um Patientinnen und Patienten adäquat zu versorgen, kooperieren nichtgeriatrische Fachabteilungen eng mit der Geriatrie.

Geriatrischer Versorgungsverbund

- Im Verbund werden gemeinsame Behandlungsstandards für bestimmte Patientinnen- und Patientengruppen vereinbart.

Geriatrischer Versorgungsverbund

- Im Verbund werden gemeinsame Behandlungsstandards für bestimmte Patientinnen- und Patientengruppen vereinbart.
- Behandlungsabläufe für bestimmte Patientinnen- und Patientengruppen werden gemeinsam festgelegt.

Geriatrischer Versorgungsverbund

- Im Verbund werden gemeinsame Behandlungsstandards für bestimmte Patientinnen- und Patientengruppen vereinbart.
- Behandlungsabläufe für bestimmte Patientinnen- und Patientengruppen werden gemeinsam festgelegt.
- Übernahmekriterien zur ggfls. notwendigen geriatrischen Weiterbehandlung, Frührehabilitation oder Rehabilitation werden vereinbart.

Geriatrischer Versorgungsverbund

- Im Verbund werden gemeinsame Behandlungsstandards für bestimmte Patientinnen- und Patientengruppen vereinbart.
- Behandlungsabläufe für bestimmte Patientinnen- und Patientengruppen werden gemeinsam festgelegt.
- Übernahmekriterien zur ggfls. notwendigen geriatrischen Weiterbehandlung, Frührehabilitation oder Rehabilitation werden vereinbart.
- Ein gegenseitiger Konsiliardienst wird eingerichtet, der einzelfallbezogen Assessment und erweitertes Assessment unterstützt. In den kooperierenden Kliniken kann ein geriatrischer Liaisondienst eingerichtet werden. Krankenhäuser ohne eigene geriatrische Fachabteilung, die alleine die beschriebenen Leistungen nicht darstellen können, vereinbaren eine Kooperation mit einer Geriatrie.

Geriatrischer Versorgungsverbund

ck) Vereinbarung regionaler Planungskonzepte

Die verbindliche Verabredung der beschriebenen Zusammenarbeit ist Grundlage für die Anerkennung neuer stationärer geriatrischer Versorgungsangebote im Krankenhausplan. Ein geriatrischer Versorgungsverbund erarbeitet mit seinen Partnern entsprechende Konzepte. Bereits im Krankenhausplan anerkannte stationäre Versorgungseinrichtungen treffen ebenfalls derartige Absprachen.

Geriatrischer Versorgungsverbund

Hüftendoprothese bei Oberschenkelhalsfraktur

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Beleghebamme	Mittlere Verweil- dauer ¹⁾	Untere Grenzverweildauer	
						Erster Tag mit Abschlag ^{2), 5)}	Bewertungs- relation/Tag
1	2	3	4	5	6	7	8
I47B	O	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodeese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff	2,230		11,3		
I41Z	A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	1,914		21,5		
I34Z	O	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	3,53		27,1		

Geriatrischer Versorgungsverbund

Hüftendoprothese bei Oberschenkelhalsfraktur

Landesbaserate 3117,36 €

Abteilung	Relativ- gewicht	Erlöse in €	Summe	Mittl. Verweil- dauer	Erlös / Tag
Chirurgie	2,230	6.951,65		11,3	674.92
Geriatrie	1,914	5.957,28	12.908,93	21,5	281.00
gemeinsam	3,53	11.004,28		27,1	
Gem. Chirurgie		5925,97		8,1 (8,8)	731,60 (673,40)
Gem. Geriatrie		5078,31		19 (18,3)	267,28 (277,50)

Geriatrischer Versorgungsverbund

Bei guter Kooperation mit externer Geriatrie

Hüftendoprothese bei Oberschenkelhalsfraktur

Landesbaserate 3117,36 €

Abteilung	Relativ-gewicht	Erlöse in €	Summe	Mittl. Verweil-dauer	Erlös / Tag
Chirurgie	2,230	6.951,65	12.908,93	11,3	674.92
Geriatrie	1,914	5.957,28		21,5	281.00
Chirurgie		6.951,65		8,1	858,23
Geriatrie		5.957,28		19	313,54

Das Krankenhaus, das sich in ein Geriatriekonzept einbindet hat zunächst einen wirtschaftlichen Vorteil.

Aber:

Wir leben über die INEK- Kalkulation in einem lernenden System !!!!



Das Konzept der Vernetzung mit geriatrischen Einrichtungen im geriatrischen Versorgungsverbund:

- Führt zu einer qualitativ besseren Versorgung älterer, multimorbider Menschen.
- Verbessert durch Überwindung der Sektorengrenzen neben der Qualität auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgungslandschaft.

Damit der demografischen Entwicklung gerecht.

Die Geriatrie ist nur ein ernst zu nehmender Partner der leistungsstarken, hochspezialisierten Einrichtungen, wenn sie selber leistungstark arbeitet.

Dazu benötigen wir geriatrische Zentren, die über entsprechende Strukturen verfügen.

Je nach Region sollten diese Einrichtungen zwischen 60 und 200 Betten führen und entweder selber oder in Kooperation mit anderen geriatrischen Einrichtungen über die Bereiche Akutgeriatrie einschließlich Frühreha, Rehaklinik, Tagesklinik, ambulante geriatrische Rehabilitation und mobile geriatrische Rehabilitation verfügen.