

22. Reha-Kolloquium 2013

Geriatrische (Früh-)Reha im Geriatrischen Versorgungsverbund

**06. März 2013
Mainz**

Historie

- „Ahnungen“ und Visionen für den eigenen Klinikverbund 1998 - 2002
- Diskussion im Bundesverband 2009 und Folgejahre



BUNDESVERBAND
GERIATRIE

Geriatrischer Versorgungsverbund

Weiterentwicklung geriatrischer Strukturen



Aktuelle „Landschaft“ der Geriatrie

- Je nach Bundesland:
Akutgeriatrie §109, Rehageriatrie §111,
Tageskliniken, AGR (Amb. Geriatr. Rehabilitation),
Geriatrische Schwerpunktpraxen, Mobile Geriatr.
Rehabilitation, GIA (Geriatr. Institutsambulanz),
Pflegestützpunkte.....

Welcher Situation müssen wir uns stellen?

(Fritz Beske Institut für Gesundheits- und Systemforschung, Kiel, 1^o 2013)

	2007 (Ist)		2020 (Prognose)	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Nordrhein-Westfalen				
Bevölkerung ≥ 65 J.	3.549.425	19,7%	3.887.407	21,9%
Bevölkerung ≥ 75 J.	1.514.158	8,4%	2.051.895	11,6%
Bevölkerung ≥ 80 J.	823.682	4,6%	1.253.790	7,1%
Gesamt	18.045.956	100%	17.745.371	100%
Deutschland				
Bevölkerung ≥ 65 J.	16.319.118	19,9%	18.124.219	22,5%
Bevölkerung ≥ 75 J.	6.856.391	8,4%	9.220.616	11,4%
Bevölkerung ≥ 80 J.	3.825.239	4,7%	5.666.941	7,0%
Gesamt	81.999.772	100%	80.613.759	100%

Geriatrische Frühreha-Komplexpauschale

Zahl	2010	2020	2030	2040	2050	2060
insgesamt	186.400	231.600 (+ 24)	264.900 (+ 42)	318.000 (+ 71)	359.800 (+ 93)	336.500 (+ 81)
je 100.000 EW	229	290 (+ 27)	343 (+ 50)	431 (+ 88)	518 (+ 127)	520 (+ 128)

- Steigende Anzahl multimorbider, „geriatriisch gefährdeter“ Patienten in allen medizinischen Bereichen (Innere Medizin, Chirurgie, Neurologie.....)
- Somit extreme Bedarfssteigerung nach geriatrischer Leistung
- Beschränkte finanzielle Ressourcen zur Versorgung der Betroffenen

- Daraus ergibt sich: die Versorgung des geriatrischen Patienten ist in Zukunft nur durch das Zusammenspiel ambulanter und stationärer versorgender Strukturen zu gewährleisten
- Mittels geeigneter Testverfahren (Screening, Assessment) müssen die Patienten gefunden und der passenden Versorgungs-/ Behandlungsstruktur zugeleitet werden
- Hierbei werden zwangsweise Sektorengrenzen betroffen (ambulant/stationär, Kranken-/Pflegeversicherung, §109/§111.....) und Budgetgrenzen berührt
- Aufweichung und Zusammenarbeit tut Not und bedarf der politischen Unterstützung

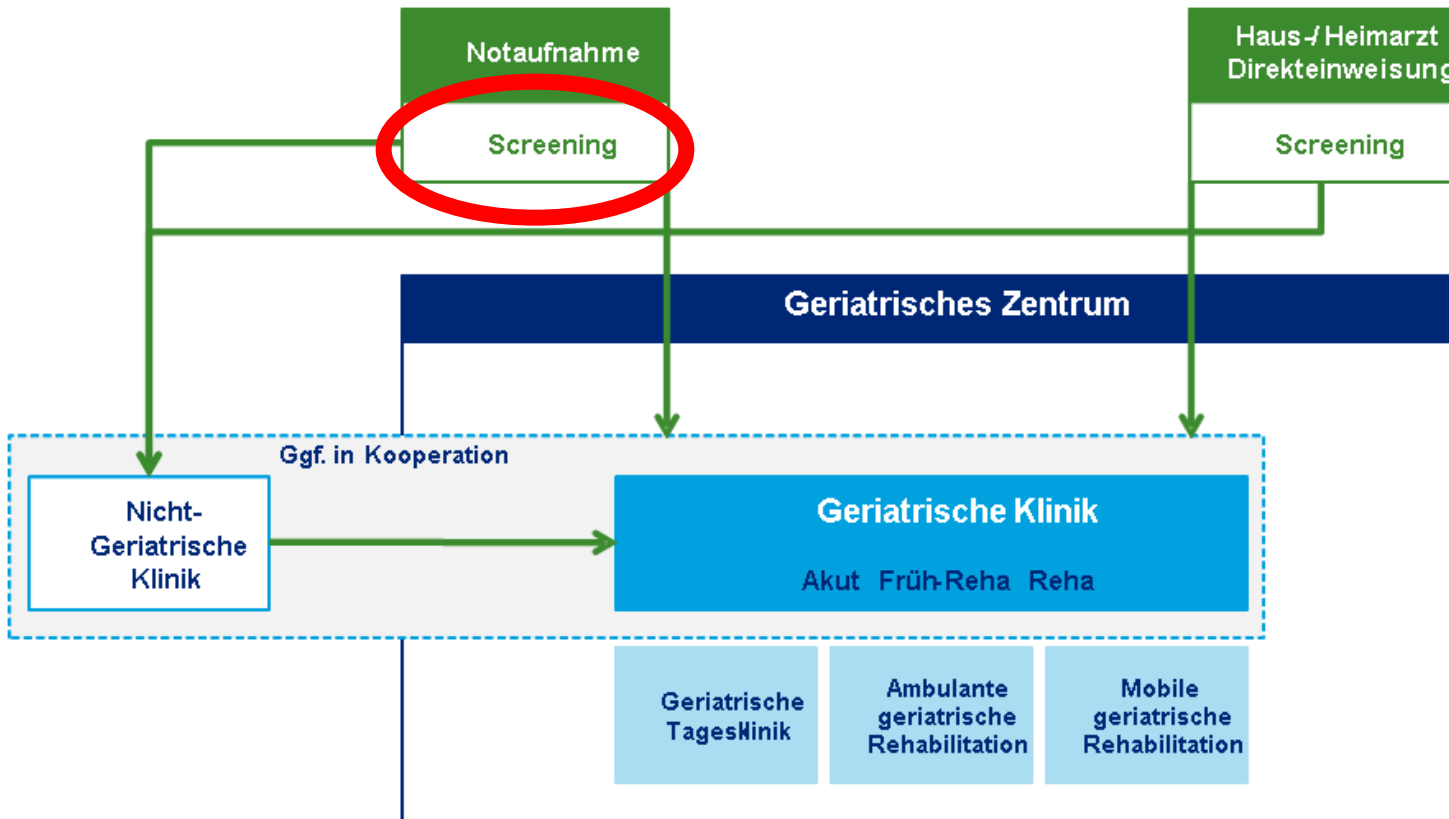


- Konzept Versorgungsverbund Kombi aus medizinischem/geriatrischem Zentrum und Netzwerk
- Ziel:
 - ↪ Versorgungskompetenzen und -strukturen zu koordinieren
 - Überwindung der Sektorengrenzen!
- Aufgaben:
 - Erstellung von Strukturen und Prozeduren für die qualifizierte Zusammenarbeit
 - Regelung der Zusammenarbeit im stationären und ambulanten Bereich

- folgende Elemente muss der geriatrische Versorgungsverbund in seinem abgestuften Konzept enthalten:
 - Screening
 - Multidimensionales Assessment
- im geriatrischen Versorgungsverbund soll die Anforderung, Leistungsangebote zu vernetzen (Care-Management) und dem Patienten koordiniert zur Verfügung zu stellen (geriatrisches Case-Management), praxisgerecht realisiert werden
- geriatrisches Case-Management umfasst dabei verschiedene Leistungen, die als Reaktion bzw. Adaption auf gesundheitliche Veränderungen des Patienten anzuwenden sind

Geriatrischer Versorgungsverbund

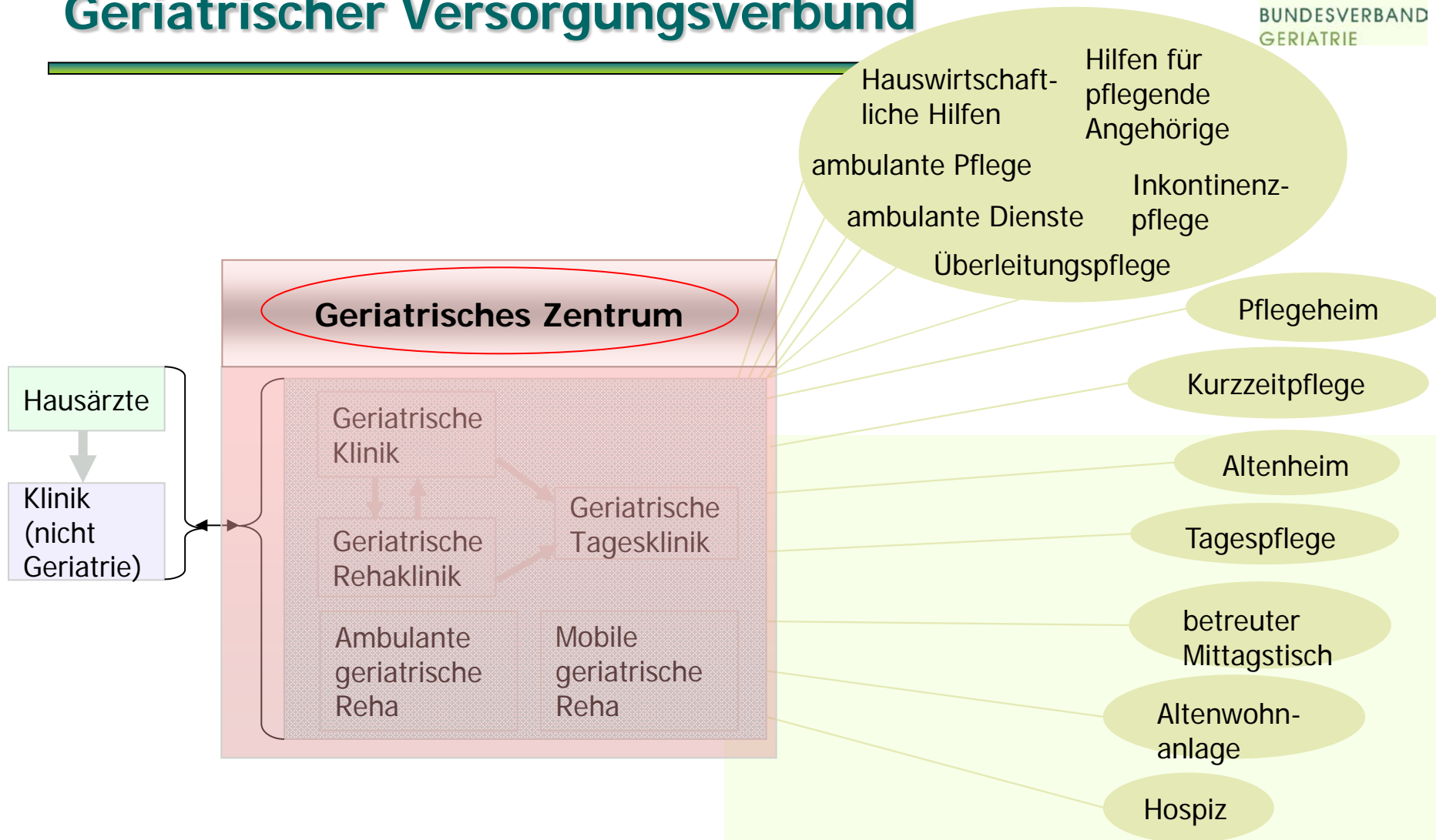
Weiterentwicklung geriatrischer Strukturen



- bestehend aus: Ärzten, Pflegepersonal, Sozialdienst, Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden und Psychologen
- legt mit dem Patienten nach dem Assessment die Ziele für die Behandlung fest und bestimmt die erforderliche Diagnostik und Therapie
- übernimmt das geriatrische Case-Management für Patienten des geriatrischen Zentrums
- auch den Netzwerkpartnern steht das geriatrische Team für das geriatrische Case-Management und Assessment zur Verfügung
- Mitarbeiter der Netzwerkpartner tauschen sich im Team insbesondere bei Fallvorstellungen zur Behandlung und Versorgung der einzelnen Patienten aus
- das Versorgungsangebot kann somit individuell für die jeweiligen Bedürfnisse des Patienten optimal genutzt werden

- ärztliche Anamnese und Untersuchung
- Pflegeanamnese und –befund
- Standardisiertes geriatricspezifisches Assessment mindestens mit Abdeckung der Bereiche:
 - Mobilität
 - Selbsthilfefähigkeit
 - Kognition
 - Emotion
 - Soziales
(Wundmanagement, Ernährung, Teilhabe...., AG Assessment der DGG aktuell!)

Geriatrisches Zentrum/ Geriatrischer Versorgungsverbund

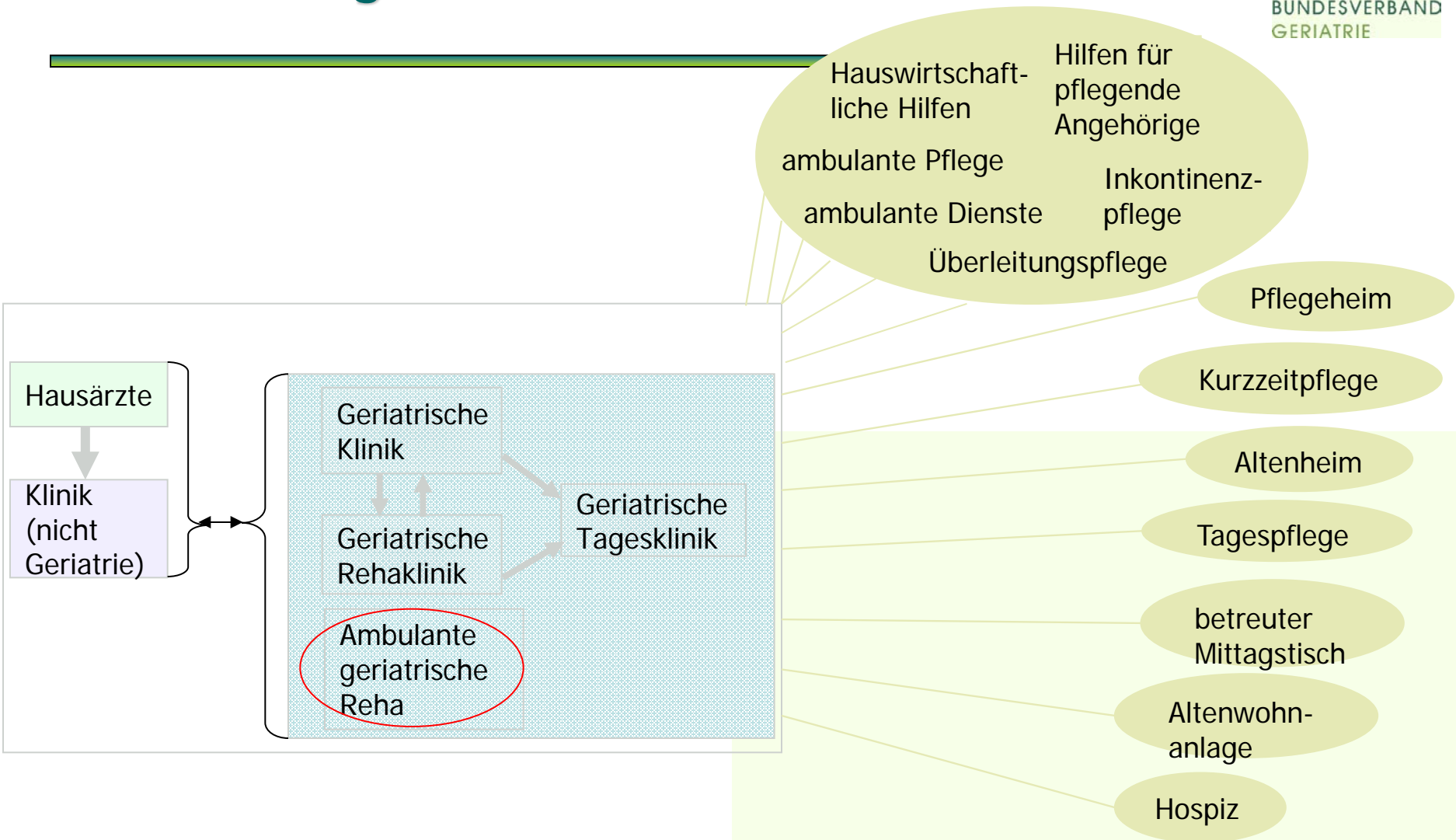


- das geriatrische Zentrum steht mit seinem Leistungsangebot:
 - Geriatrische Klinik
 - Geriatrische Tagesklinik
 - stationäre, ambulante und mobile geriatrische Reha

im Mittelpunkt des geriatrischen Versorgungsverbundes

- Die geriatrische Akutklinik behandelt Patienten, die der akuten stationären Behandlung und der geriatrischen Frühreha bedürfen, die geriatrische Rehaklinik rehabilitationsfähige Patienten
- Geriatrische Zentren arbeiten dabei mit nicht geriatrischen Kliniken eng zusammen
- diese Zusammenarbeit erfolgt sowohl innerhalb eines Krankenhauses als auch in Kooperation mit anderen Krankenhäusern

Ambulante geriatrische Reha

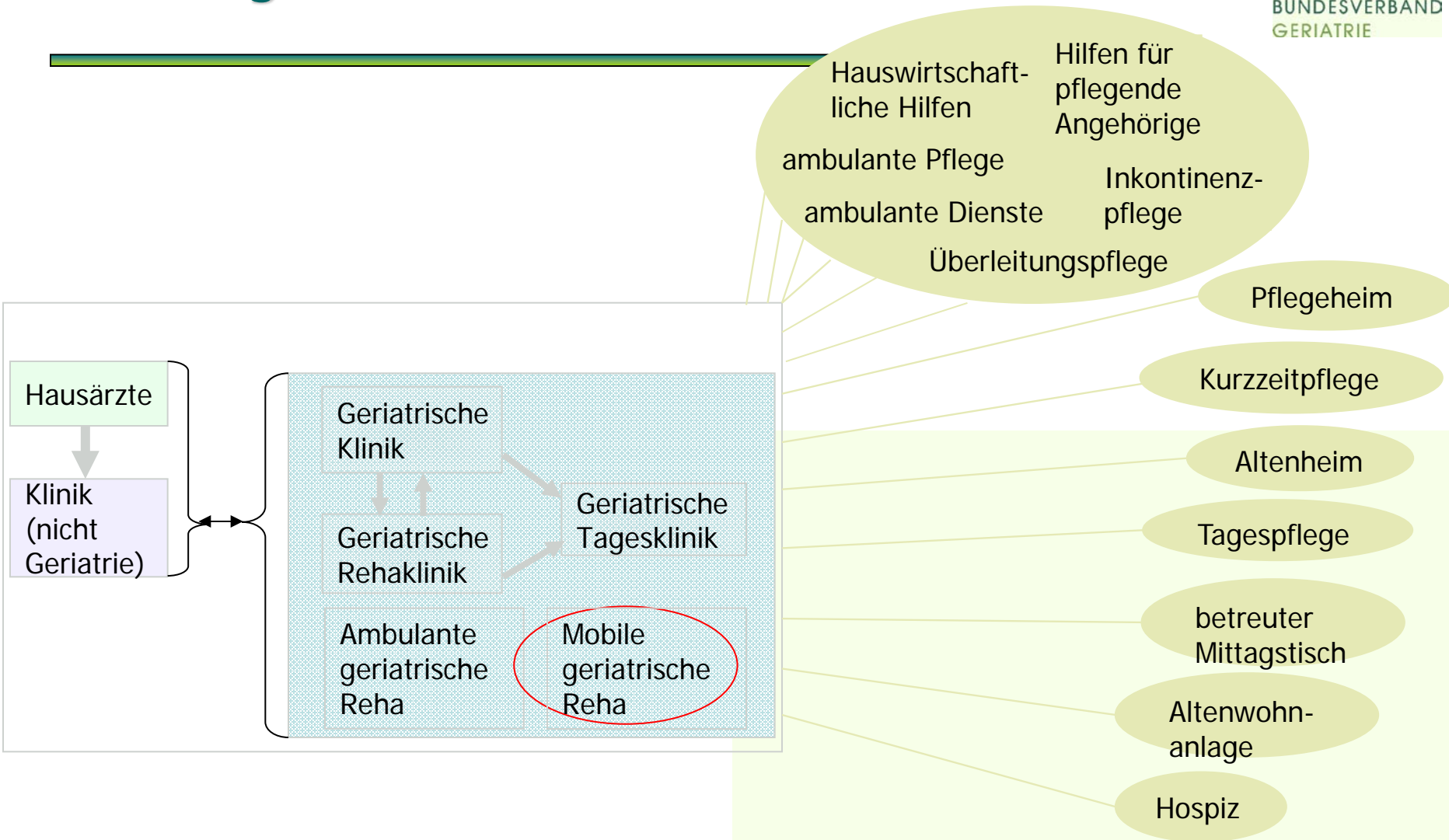


- ambulante geriatrische Reha-Patienten sind ältere Patienten, die der Rehabilitation bedürfen und:
 - zum Zeitpunkt der Reha im häuslichen Bereich alleine bzw. mit notwendiger und möglicher Hilfe zurechtkommen
 - die erforderlichen Therapien ohne längere Ruhepausen in Anspruch nehmen können
 - nicht das Angebot der therapeutischen Pflege der Tagesklinik benötigen
 - keiner intensiven ärztlichen Diagnostik oder Behandlung neben den Therapien bedürfen

- Ambulantes Reha-Team:
 - Arzt
 - Physiotherapeuten
 - Ergotherapeuten
 - Logopäden
 - Geriatrische Pflegefachkraft
 - Sozialarbeiter
 - Psychologe
- das gesamte ambulante Reha-Team steht für Behandlung der Patienten des geriatrischen Zentrums zur Verfügung
- jeder Patient kann soweit individuell erforderlich aus allen Bereichen Leistungen erhalten

- Leistungen:
 - Eingangs- und Abschlussassessment
 - Definition Reha-Ziele und Erstellung Reha-Plan unter Beteiligung des Patienten
 - wöchentliche Fallkonferenzen
 - individuell aufeinander abgestimmte Therapien in verschiedenen Therapiebereichen (2 - 4 Therapien/Behandlungstag)
 - Optimierung der Hilfsmittelversorgung
 - Entlassplanung
 - Abstimmung mit Hausarzt zur Komplikationsvermeidung
- bei Planung und Durchführung der Reha erfolgt Diagnostik und Therapie durch den Arzt des Reha-Teams und in Absprache mit dem Hausarzt
- sonstige medizinische Behandlung erfolgt durch Hausarzt

Mobile geriatrische Reha



- Definition:

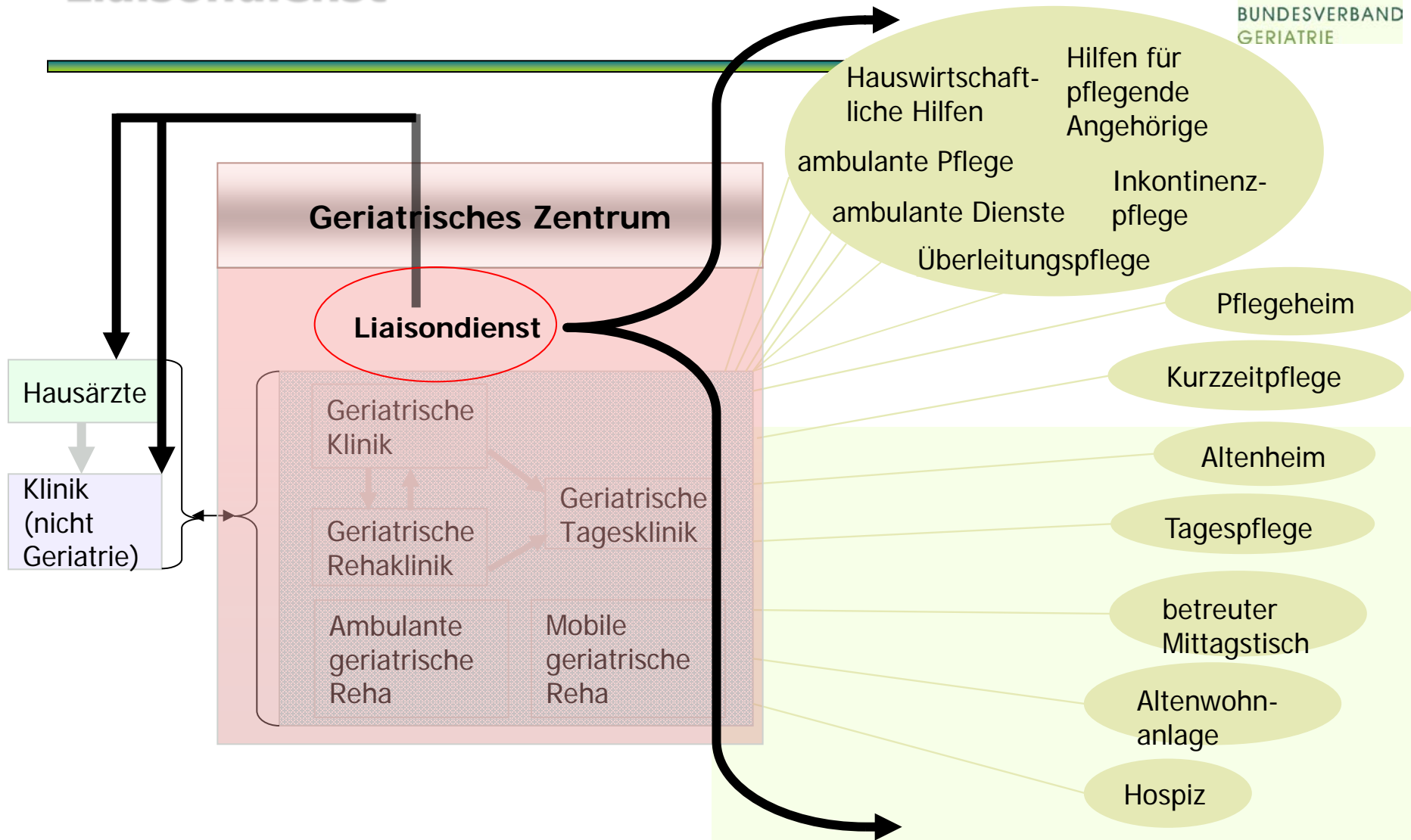
Die mobile geriatrische Rehabilitation ist insbesondere indiziert für die Patienten, die durch stationäre oder ambulante Rehabilitationsangebote nicht erfolgversprechend behandelt werden können.

Konsensuspapier zur
Mobilen Geriatrische Rehabilitation 2005

- Anwendung:
 - Reha-Prognose hängt in besonderem Maße von Kontextfaktoren des häuslichen und sozialen Umfelds ab
 - Reha muss aufgrund eingeschränkter oder variabler Belastungsfähigkeit flexibel gestaltet werden bzw. sollte über einen Zeitraum von mehr als 4 Wochen andauern
 - Reha-Ziele lassen sich entweder nur in häuslicher Umgebung oder zumindest mit hoher Wahrscheinlichkeit erheblich besser dort, als in einer stationären Einrichtung erreichen
 - stationäre Reha kommt nicht in Frage
 - weder ambulante Reha noch die alleinige Anwendung von Heilmitteln erscheinen erfolgversprechend

- Mobiles geriatrisches Reha-Team:
 - Arzt
 - Physiotherapeuten
 - Ergotherapeuten
 - Logopäden
 - geriatrische Pflegefachkraft
 - Sozialarbeiter
 - bei Bedarf Psychologe und Diätberatung
- Leistungen des Reha-Teams umfassen vier Bereiche:
 1. Hausbesuch
 2. patientenbezogene Leistung außerhalb des Hausbesuchs
 3. allgemeine Leistungen außerhalb des Hausbesuchs
 4. Fahrt

Liaisondienst



Liaisondienst

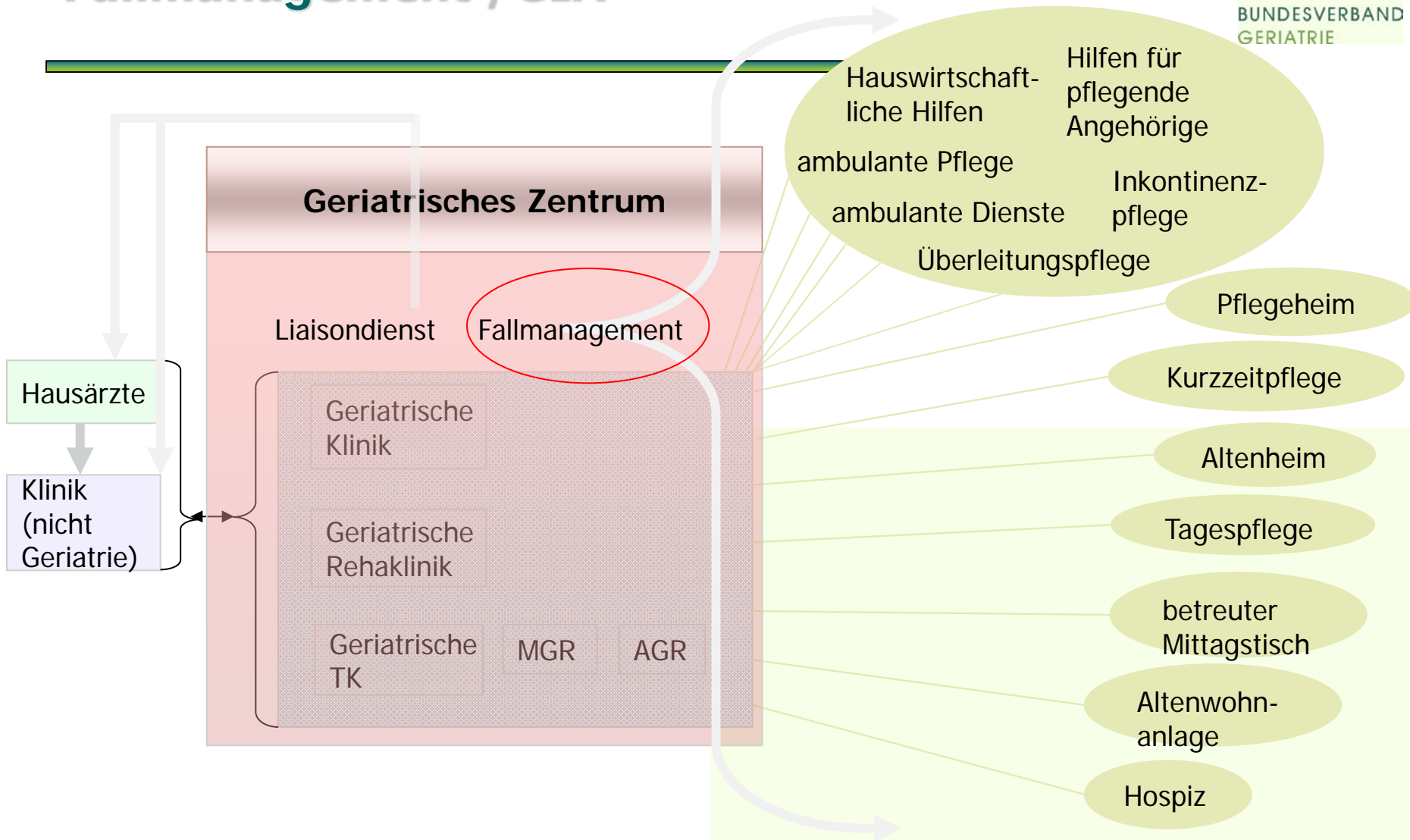
in andere Kliniken und Klinikabteilungen

- Ziele:
 - geriatrischen Patienten wird während der Behandlungsphase (Verlegung in geriatrische Frühreha- oder Reha-Abteilung noch nicht möglich) eine, auf das Reha-Potenzial des Patienten optimal abgestimmte, Mit- und Weiterbehandlung ermöglicht
- Ergebnis:
 - Verbesserung der Mobilität (Frühmobilisierung)
 - Vermeidung von Komplikationen/Folgekrankheiten/Wechselwirkungen
 - frühzeitige Weichenstellung für erforderliche spezifische Weiterbehandlung
 - Verkürzung der Verweildauer bei Erhalt des Reha-Potenzials
- personelle Besetzung:
 - Liaisonarzt (von den Ärztekammern anerkannte Weiterbildung Geriatrie)
 - Therapeuten
 - Pflegekraft

- Organisation:
 - geriatrische Patienten werden in der kooperierenden Klinik vom Liaisonsteam des geriatrischen Zentrums mitbehandelt
 - Erstellung verbindlicher Qualitätsstandards zw. Kooperationspartnern für Zusammenarbeit
 - Durchführung geriatrischer Assessments
 - wöchentliche Teamsitzungen
 - Teamgesteuert erfolgt Entlassmanagement
 - geriatrisches Zentrum sichert, wenn erforderlich, zeitgerechte Übernahme zur Frühreha- oder Reha-Behandlung zu

- Ziele:
 - während der Behandlung erhalten geriatrische Patienten durch den Hausarzt eine geriatricspezifische Mitbehandlung durch das geriatrische Team
 - die Zusammenarbeit wird durch ständiges Lernen voneinander optimiert
 - stationäre Aufnahmen werden weniger häufig erforderlich
- Organisation:
 - geriatrische Patienten werden durch den niedergelassenen Arzt dem Liaisonsteam im geriatrischen Zentrums vorgestellt
 - für die Zusammenarbeit werden verbindliche Qualitätsstandards und strukturierte Behandlungs-pläne/pfade zwischen den Kooperationspartnern erstellt
 - es wird ein geriatrisches Assessment durchgeführt
 - es finden Teamsitzungen in der ärztlichen Praxis statt (evtl. Telefonkonferenz)
 - Teamgesteuert wird ein geriatrischer Behandlungsplan erstellt

Fallmanagement /GIA



Fallmanagement / GIA

durch ein multiprofessionelles Assessmentteam

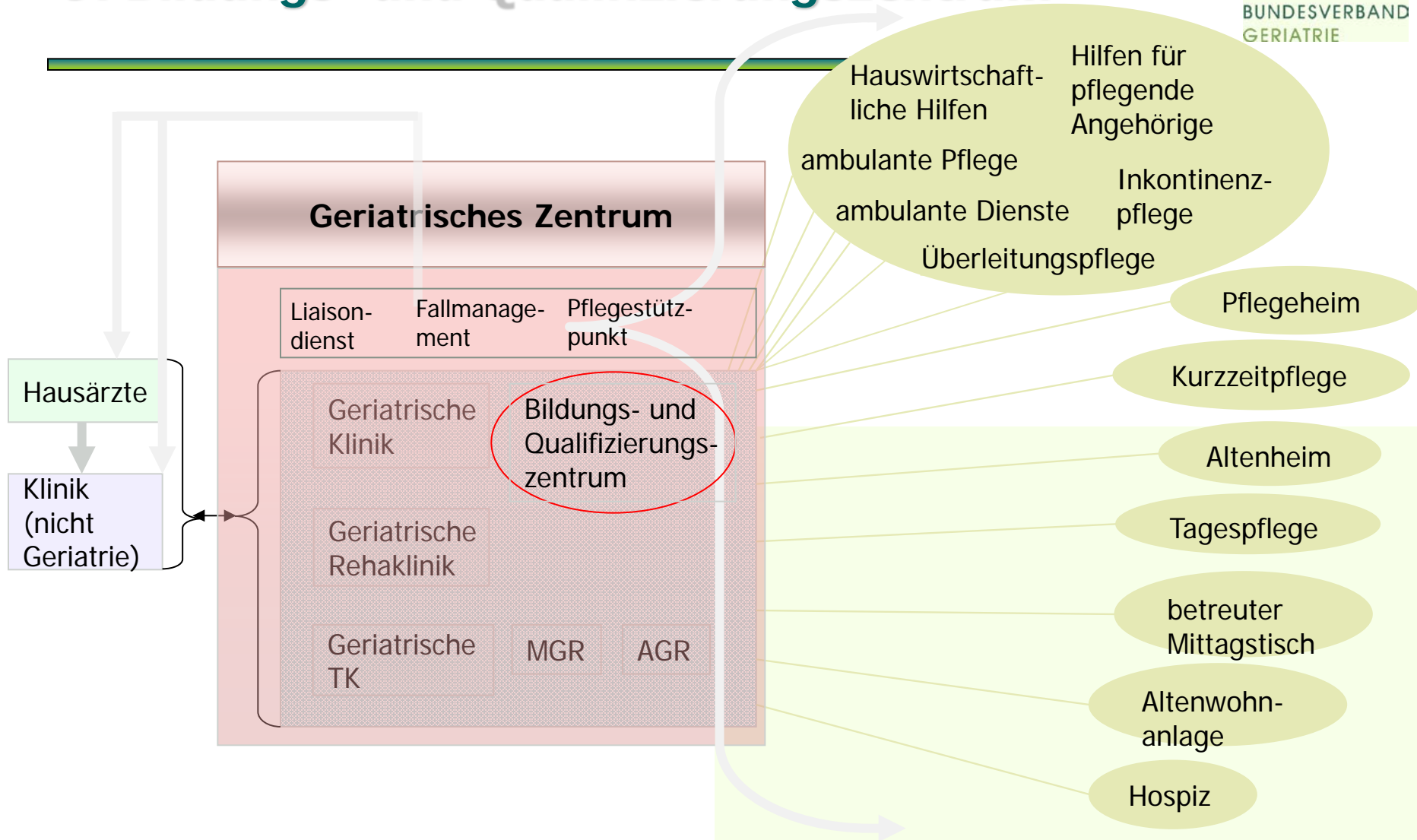
- Beratungsstelle
 - personelle Besetzung:
 - Geriater, Casemanager (geriatrisch und im Casemanagement geschulte Pflegekraft oder Sozialarbeiter)
- Aufgaben:
 - Anlaufstelle für Hilfesuchende
 - erste allgemeine Beratung
 - Weiterleitung der Problematik an Assessmentkonferenz
 - Vermittlung der Angebote an Hilfesuchende

Fallmanagement

durch ein multiprofessionelles Assessmentteam

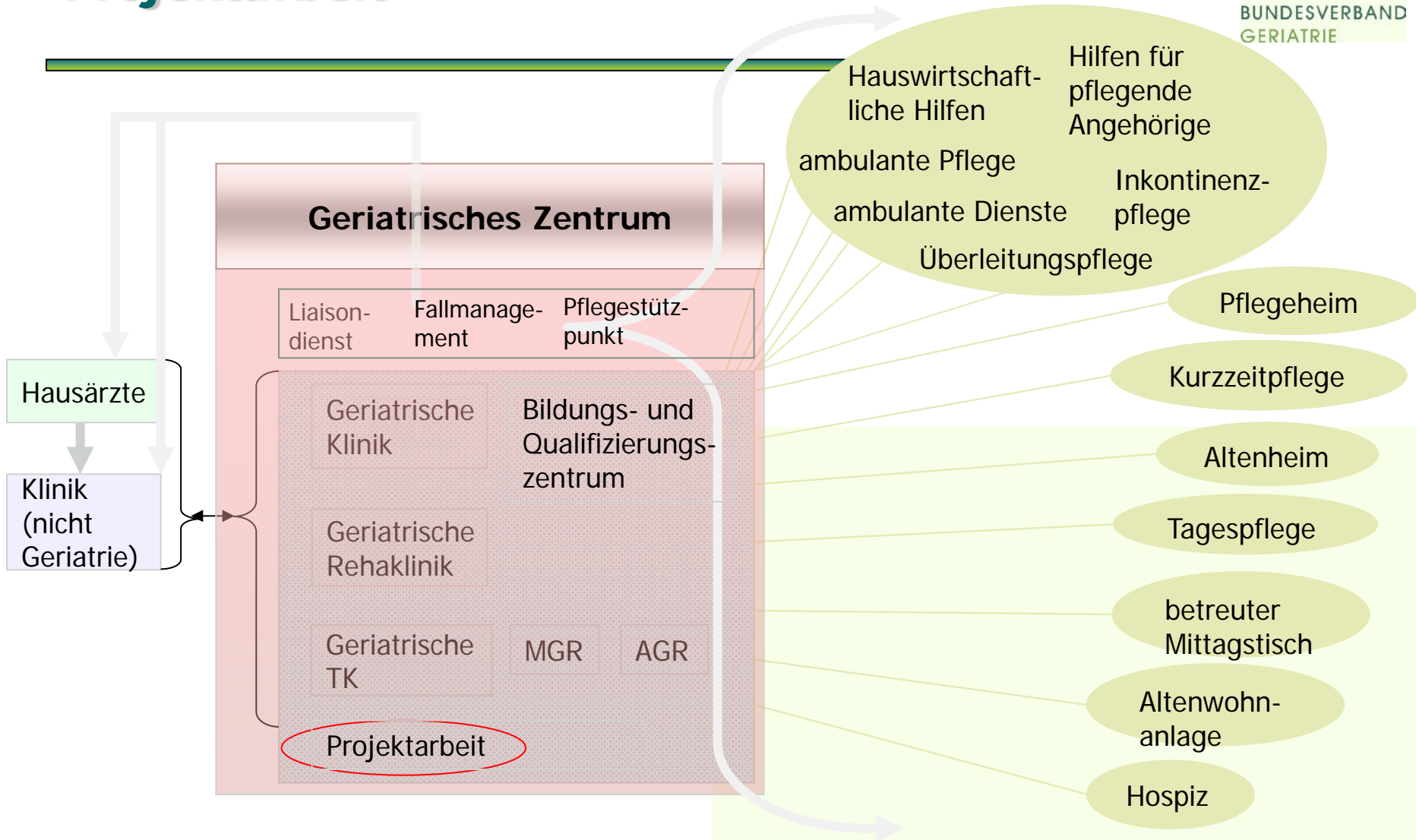
- Assessmentkonferenz
 - Besetzung:
 - multiprofessionelles Team des geriatrischen Zentrums
 - Mitarbeiter der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege
 - Sozialpsychiatrischer Dienst
 - Aufgaben:
 - wöchentliche Fallbesprechungen (Assessment) mit konkreten, individuellen Problemlösungsangeboten
 - Abstimmung und Entwicklung des Netzwerks
 - Qualitätssicherung

9. Bildungs- und Qualifizierungszentrum



- Aus-, Fort- und Weiterbildung für Ärzte, Pflegende und Therapeuten
- Kurse für die häusliche Pflege
- Gruppe „Pflegende Angehörige“
- Selbsthilfegruppen (z. B. Apoplex-, Aphasie-, Demenzpatienten....)

Projektarbeit



- das geriatrische Zentrum sollte mit seinen Kooperationspartnern Projekte zur Gesundheitsprävention, Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge geriatrischer Patienten durchführen
- dazu errichtet es einen regelmäßig tagenden Arbeitskreis mit den Kooperationspartnern (Qualitätszirkel) zur:
 - Projektinitiierung orientiert an örtlichen Erfordernissen
 - Abstimmung der Strukturen und Prozesse unter den beteiligten Partnern
 - Anpassung des Projekts an erforderliche Veränderungen
 - Festlegung von Qualitätsstandards
 - Evaluation und Dokumentation

Der geriatrische Versorgungsverbund kann helfen, wichtige Versorgungsaufträge im Rahmen der demographischen Probleme des 21. Jahrhunderts zu lösen.

Hierzu bedarf er der politischen Unterstützung gerade an den Sektorengrenzen.

Diese Unterstützung ist in einigen Bundesländern geplant, oder schon vorhanden!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

