



Evaluation der geriatrischen Versorgung im Landkreis Emsland

- Erste Ergebnisse -

Neeltje van den Berg, Melanie Görsch, Ulrike Stentzel, Franziska Radicke, Wolfgang Hoffmann

Universitätsmedizin Greifswald
Institut für Community Medicine
Abt. Versorgungsepidemiologie & Community Health

Lingen, 06.12.2017

1. Fragestellungen



1. Welche Leistungserbringer im Bereich der Geriatrie gibt es im Landkreis Emsland?
2. Wie ist die geografische Verteilung?
3. Sind die Leistungserbringer (auch sektorenübergreifend) vernetzt?
4. Gibt es bereits definierte Behandlungspfade, die zwischen den Leistungserbringern abgestimmt sind?
5. Wie sind die Ärzte im Fach Geriatrie qualifiziert?

Was ist Geriatrie?

= Lehre von den Krankheiten des alternden Menschen
Synonym: Altersmedizin

→ betrachtet die **physischen**, **psychischen**, **funktionalen** und **sozialen** Aspekte innerhalb der medizinischen Betreuung

Besonderes Kennzeichen: **starke Interdisziplinarität in der Betreuung**

Ziele einer geriatrischen Behandlung:

- ✓ Entgegenwirkung von funktionellem Abbau und Beeinträchtigungen des gesamten Organismus
- ✓ Erhalten bzw. Wiederherstellen der (bisherigen) Autonomie

2. Grundlagen

Der geriatrische Patient

Charakteristika des geriatrischen Patienten



- Altersbedingte strukturelle und funktionelle Veränderungen von Organen und Geweben
- Funktionseinschränkungen mit reduzierten Reservekapazitäten
- Erhöhte Vulnerabilität
- Multimorbidität
- Drohende oder manifeste Einschränkungen der selbstständigen Lebensführung

Spezifischer Behandlungsbedarf



- Umfassende Berücksichtigung des medizinischen, funktionellen und sozialen Status
- Einbeziehung persönlicher und externer Kontextfaktoren
- Transsektoraler/interdisziplinärer/multiprofessioneller Behandlungsansatz
- Behandlungsfokussierung auf Lebensqualität, Teilhabe und Selbstständigkeit
- Kontinuität des Behandlungsprozesses

Geriatrisches Behandlungskonzept

- Identifikation des spezifischen Behandlungsbedarfs (z.B. Screening, Assessment)
- Generalistische Behandlungsplanung und -durchführung
- Steuerung der transsektoralen, interdisziplinären und multiprofessionellen Therapie
- Einbeziehung des Patienten und des sozialen Umfelds

2. Grundlagen

Gesetzliche Grundlagen der geriatrischen Versorgung

SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung - ambulant -	SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung - stationär -	SGB IX - Rehabilitation und Teilhabe	SGB XI Pflegeversicherung
<ul style="list-style-type: none">• § 40 ambulante geriatrische Rehabilitation (AGR)• §§ 37b, 132d (SAPV)• Praxisassistenz gemäß § 28 Abs. Satz 2• § 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung• § 118a Abs. 2 Satz 1 Geriatrische Institutsambulanzen	<ul style="list-style-type: none">• § 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation• § 39 Krankenhausbehandlung• § 112 Zweiseitige Verträge, Rahmenempfehlungen Krankenhausbehandlung• § 107 Krankenhäuser, Rehaeinrichtungen• § 109 Versorgungsverträge mit Krankenhäusern	<ul style="list-style-type: none">• § 2 Behinderung• § 4 Leistungen zur Teilhabe• § 9 Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten	<ul style="list-style-type: none">• § 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit• § 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit• § 31 Vorrang der Rehabilitation vor Pflege• § 92c Neuverhandlung der Pflegesätze• § 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag• § 45b Entlastungsbetrag

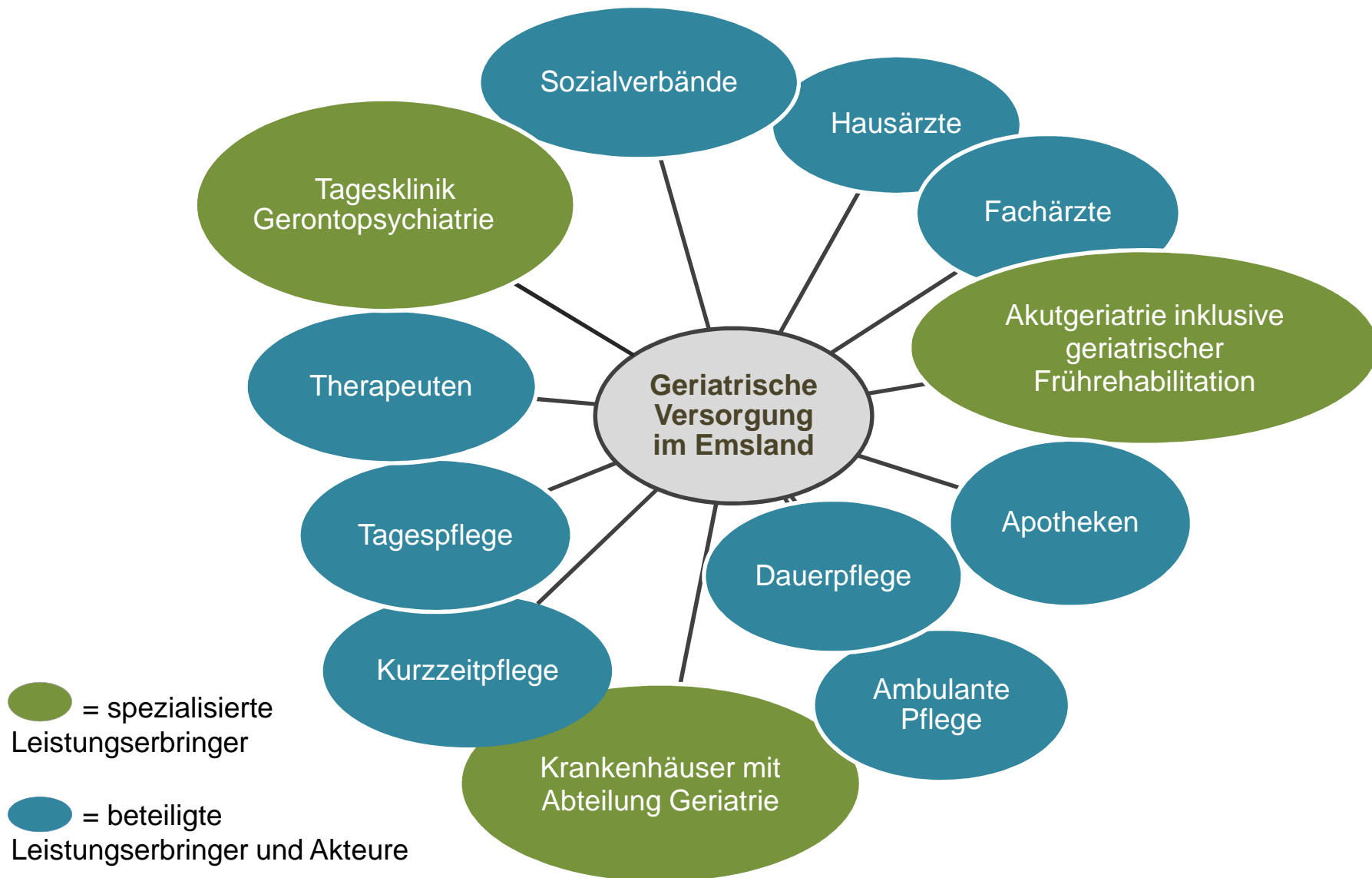
Qualifizierung im Fach Geriatrie

- **Facharzt für Geriatrie**
Schwerpunkt der Inneren Medizin bisher nur in den Bundesländern Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt anerkannt
- **Bundesweit 11 Lehrstühle für Geriatrie**,
davon einer in Niedersachsen an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
- zur Zeit nicht besetzt -
- **Zusatzweiterbildung Geriatrie** (Dauer: 18 Monate – klinische Weiterbildung)
Voraussetzungen in Niedersachsen: Facharztanerkennung für Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Neurologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie oder Nervenheilkunde
- **Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“** (Umfang: 60 h)
gemäß Curriculum der Bundesärztekammer
- **Innerbetriebliche Fort- und Weiterbildungen und Schulungen**
auch für andere Gesundheitsberufe

3. Methodik und Ergebnisse

3.1 Leistungserbringer und Akteure im Emsland

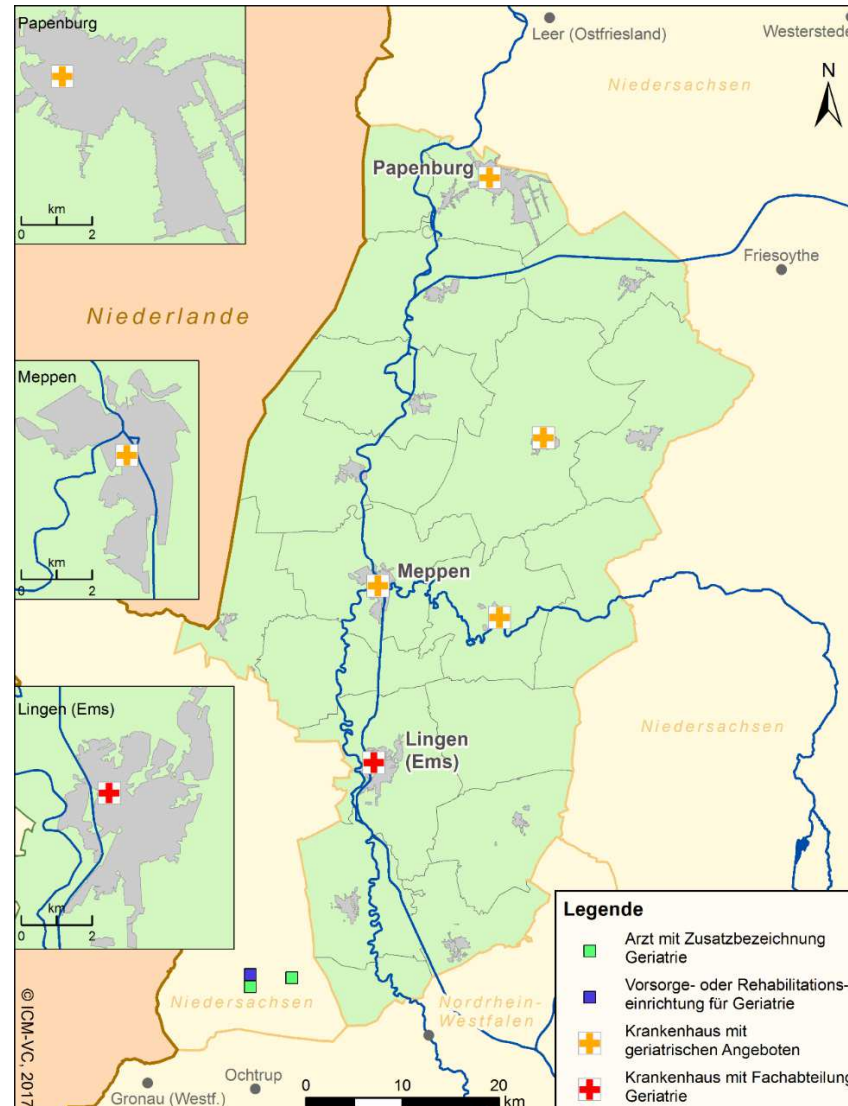
Wer ist an der geriatrischen Versorgung beteiligt?



3. Methodik und Ergebnisse

3.2 Geografische Verteilung der Leistungserbringer

Verteilung spezialisierter medizinischer Angebote für Geriatrie im Emsland

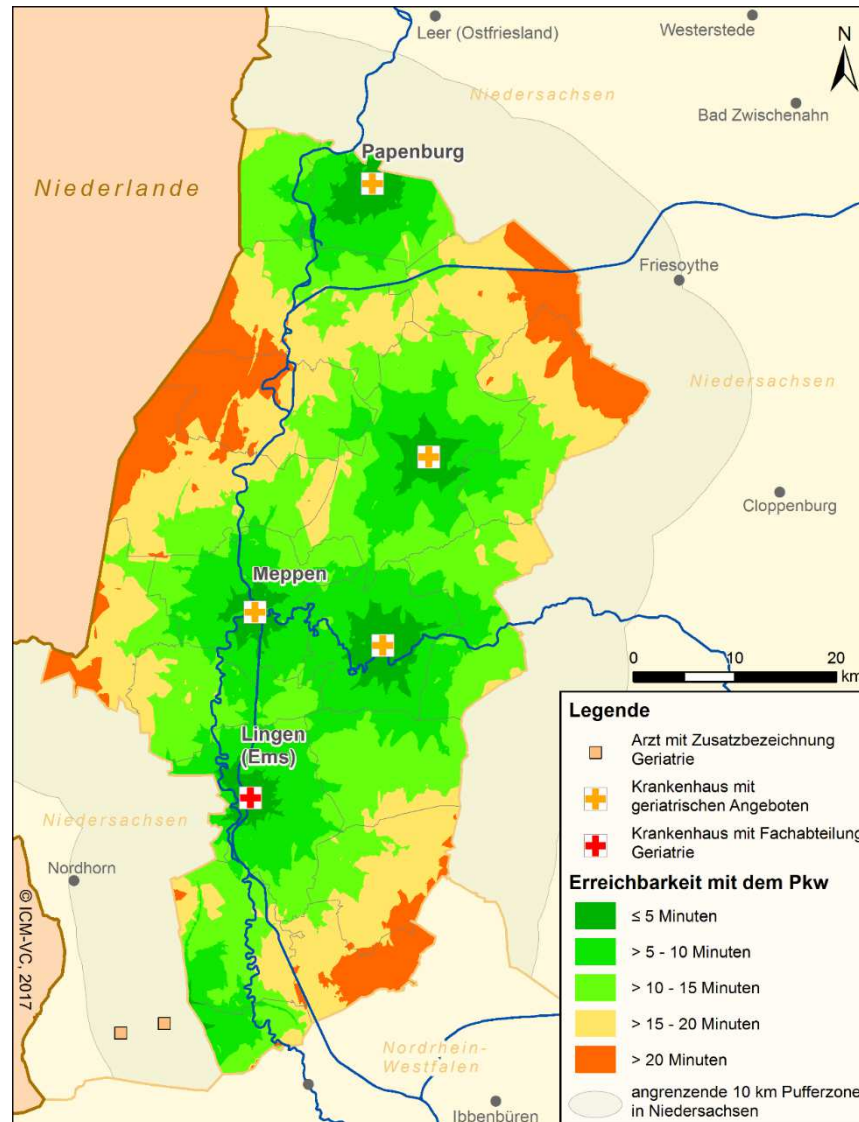


Quellen: Versorgungsatlas Emsland (2017), S. 58.; Krankenhausverzeichnis des Statistischen Bundesamtes (2014)

3. Methodik und Ergebnisse

3.2 Geografische Verteilung der Leistungserbringer

Erreichbarkeit der medizinischen Angebote für Geriatrie mit dem PKW



3. Methodik und Ergebnisse

3.3 Experteninterviews

Methodik

Ziele:

- Informationen zu Strukturen und regionalen Besonderheiten/Problembereichen
- Grundlage für Entwicklung standardisierter Fragebogen

Leitfadengestützte Experteninterviews

mit Akteuren und Leistungserbringern:

- der stationären Versorgung
 - ambulanten Versorgung
 - und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Emsland
- n = 7

3. Methodik und Ergebnisse

3.3 Experteninterviews

Vernetzung

- wenig vertragliche Vernetzungen zwischen den Sektoren
- Vernetzungen bestehen zwischen einzelnen Leistungserbringern und Akteuren oder intern bspw. zwischen Fachabteilungen in Krankenhäusern
- Ärztenetz „Genial eG“
 - Heimarzt-Modell
 - Einführung „zentrale Patientenakte“ im Netz
- Konsens der Experten: mehr vernetzte Strukturen über Sektoren- und Berufsgrenzen hinweg sind notwendig

Behandlungspfade

- es bestehen keine definierten regionalen geriatrischen Behandlungspfade zwischen den Leistungserbringern im Emsland
- Behandlungspfade bestehen eher hausintern oder bezogen auf ein bestimmtes Erkrankungsbild unter einigen Leistungserbringern
 - z. B. Strategieplan zu gemeinsamer Behandlung chronischer Wunden zwischen niedergelassenen Ärzten und dem Bonifatius Hospital in Lingen

3. Methodik und Ergebnisse

3.3 Experteninterviews

Qualifizierung im Fach Geriatrie

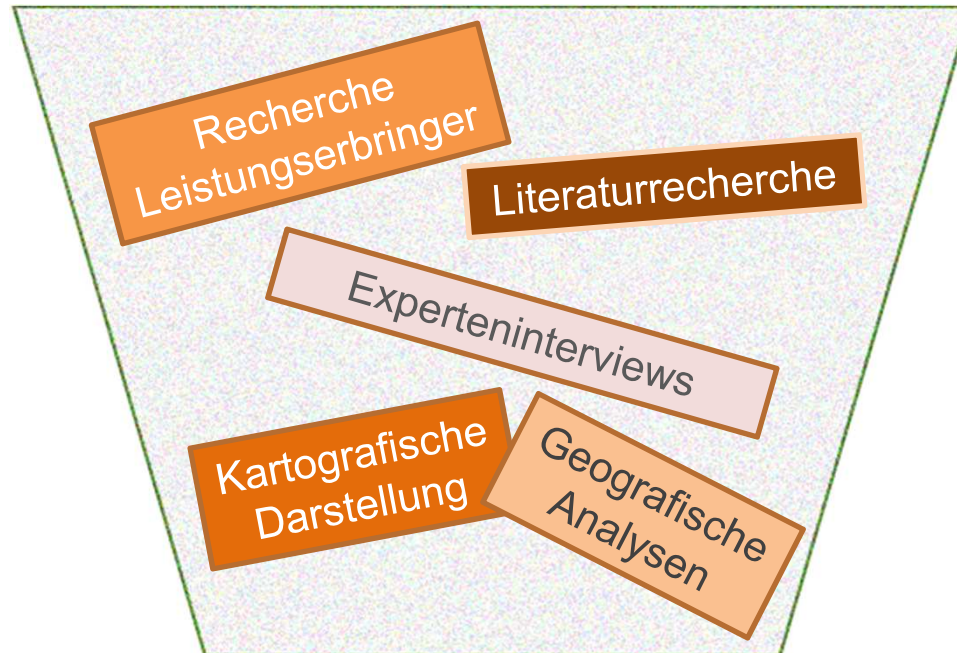
- **Fachärzte für Geriatrie** im Emsland im stationären Sektor tätig
- Ärzte mit **Zusatzweiterbildung Geriatrie**
 - im **stationären Sektor vertreten**
 - im **niedergelassenen Sektor nicht vorhanden**
 - Meinungsbild zu möglichen Gründen dafür reicht von:
„zu zeitintensiv“ - „keinen Mehrwert für Versorgung“ - „unattraktiv“
„klinische Weiterbildung für Niedergelassene schwer machbar“
Restriktionen für Zusatzweiterbildung: vorgegebene Facharzt-
anerkennungen
- **genereller Personalmangel** und **Bewerberrückgang** in allen Fachgebieten im Emsland
- Diskussionspunkt: Generalisierung vs. Spezialisierung?
- Einstufung geriatrisches Fachwissen für spezifische Fragestellungen als sinnvoll

3. Methodik und Ergebnisse

3.4 Standardisierte Befragung

Methodik

Papier- und Onlinebefragung an der Versorgung beteiligten Akteure und Leistungserbringer im Bereich Geriatrie



Hybridbefragung:

Onlinefragebogen und Papierfragebogen

Erhebungsinstrument:

EvaSys

Versand:

postalisch / via E-Mail

3. Methodik und Ergebnisse

3.4 Standardisierte Befragung

Response gesamt: 11,9% (n = 88)*

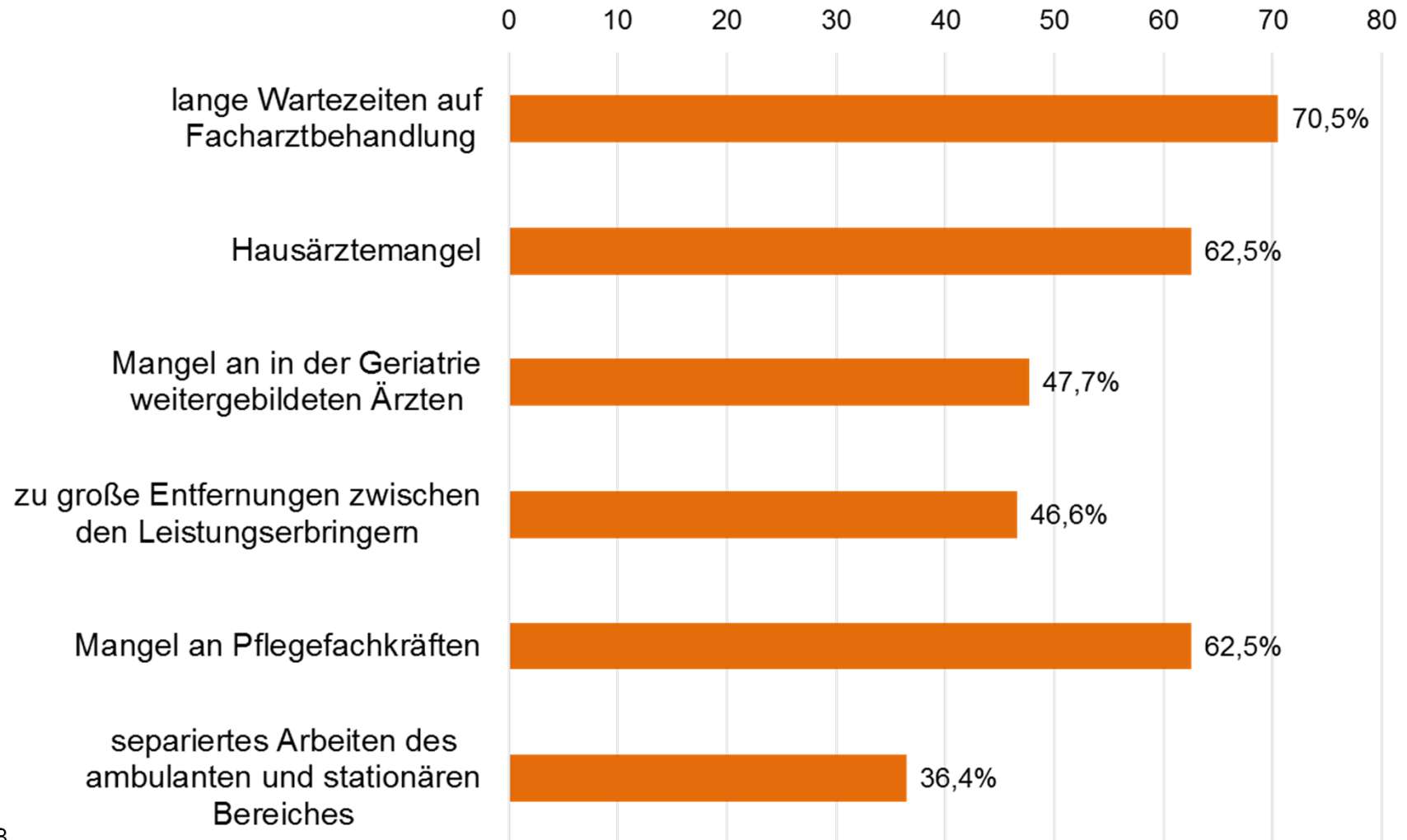
Leistungserbringer	n	Response
Hausärzte	184	14,4 % (n = 27)
Fachärzte der allgemeinen fachärztlichen Versorgung	239	6,6 % (n = 16)
Chefärzte/Oberärzte/Pflegedienstleitungen der Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen	102	10,7 % (n = 11)
Dauerpflege, teilstationäre Pflege sowie Kurzzeitpflege	70	20,0 % (n = 14)
Apotheken	83	16,8 % (n = 14)

*vorläufiger Stand vom 30.11.17

3. Methodik und Ergebnisse

3.4 Standardisierte Befragung

Identifizierte Probleme in der geriatrischen Versorgung



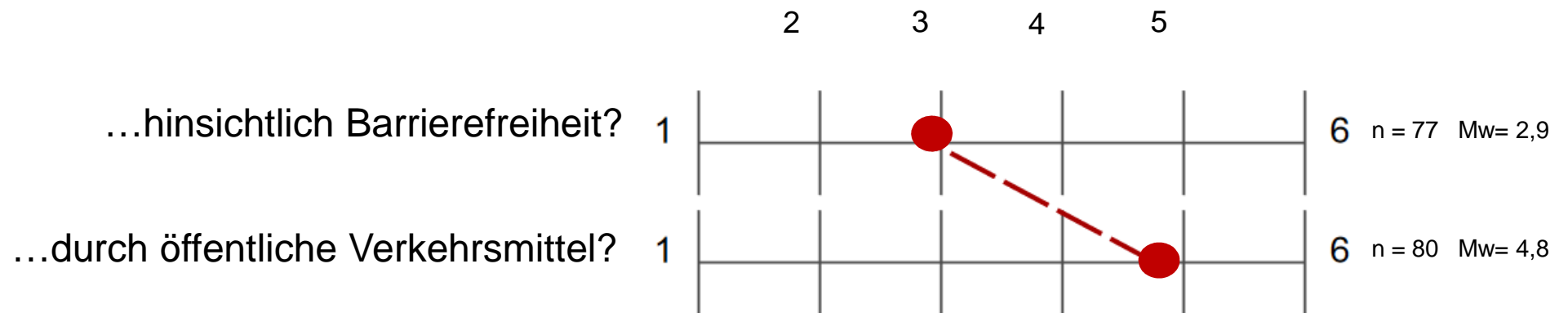
n = 83

Mehrfachnennungen waren möglich

3. Methodik und Ergebnisse

3.4 Standardisierte Befragung

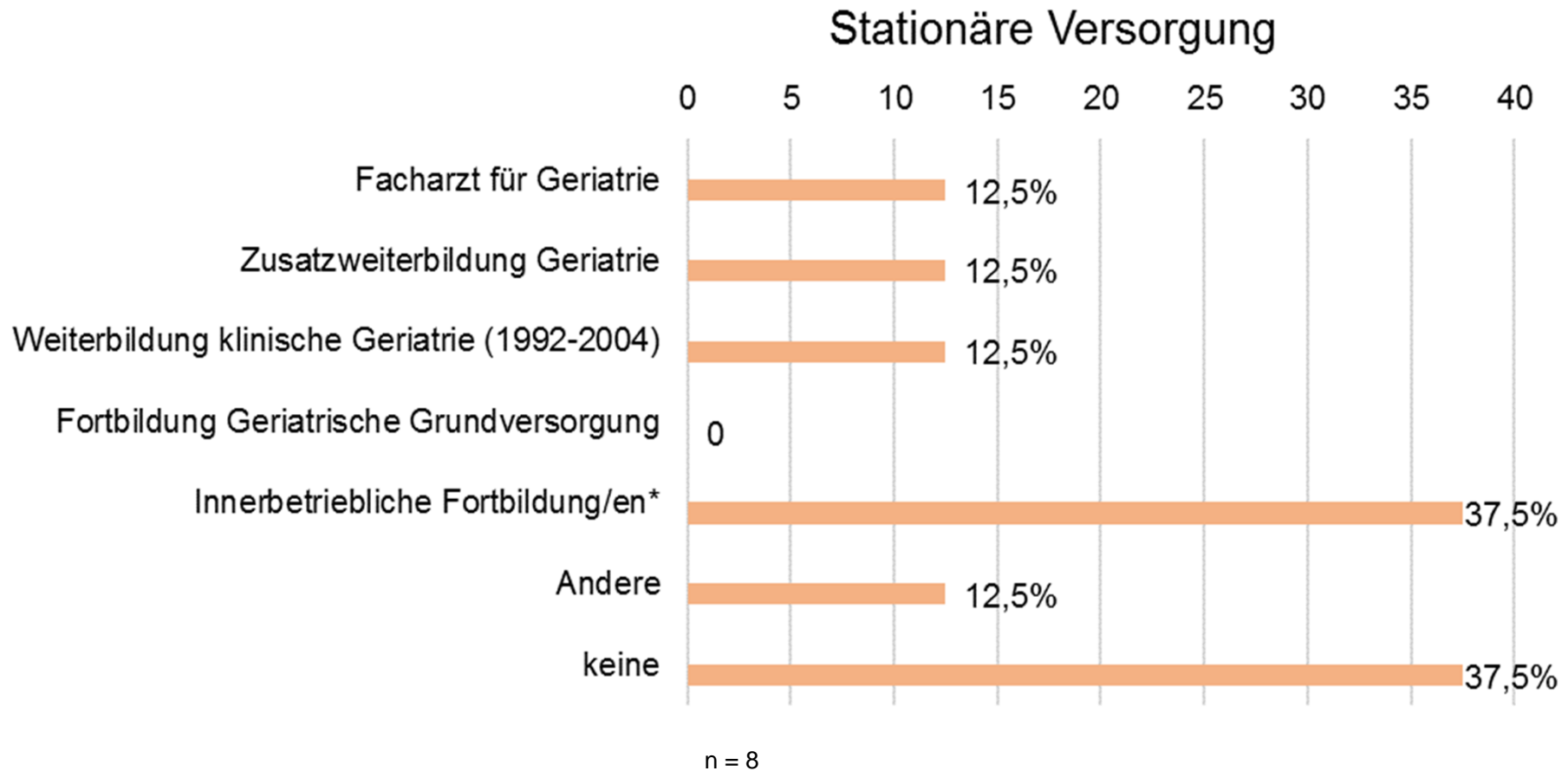
Wie bewerten Sie die Erreichbarkeit medizinischer Einrichtungen durch ältere Menschen im Emsland...



3. Methodik und Ergebnisse

3.4 Standardisierte Befragung

Qualifizierung – Vernetzung – Behandlungspfade

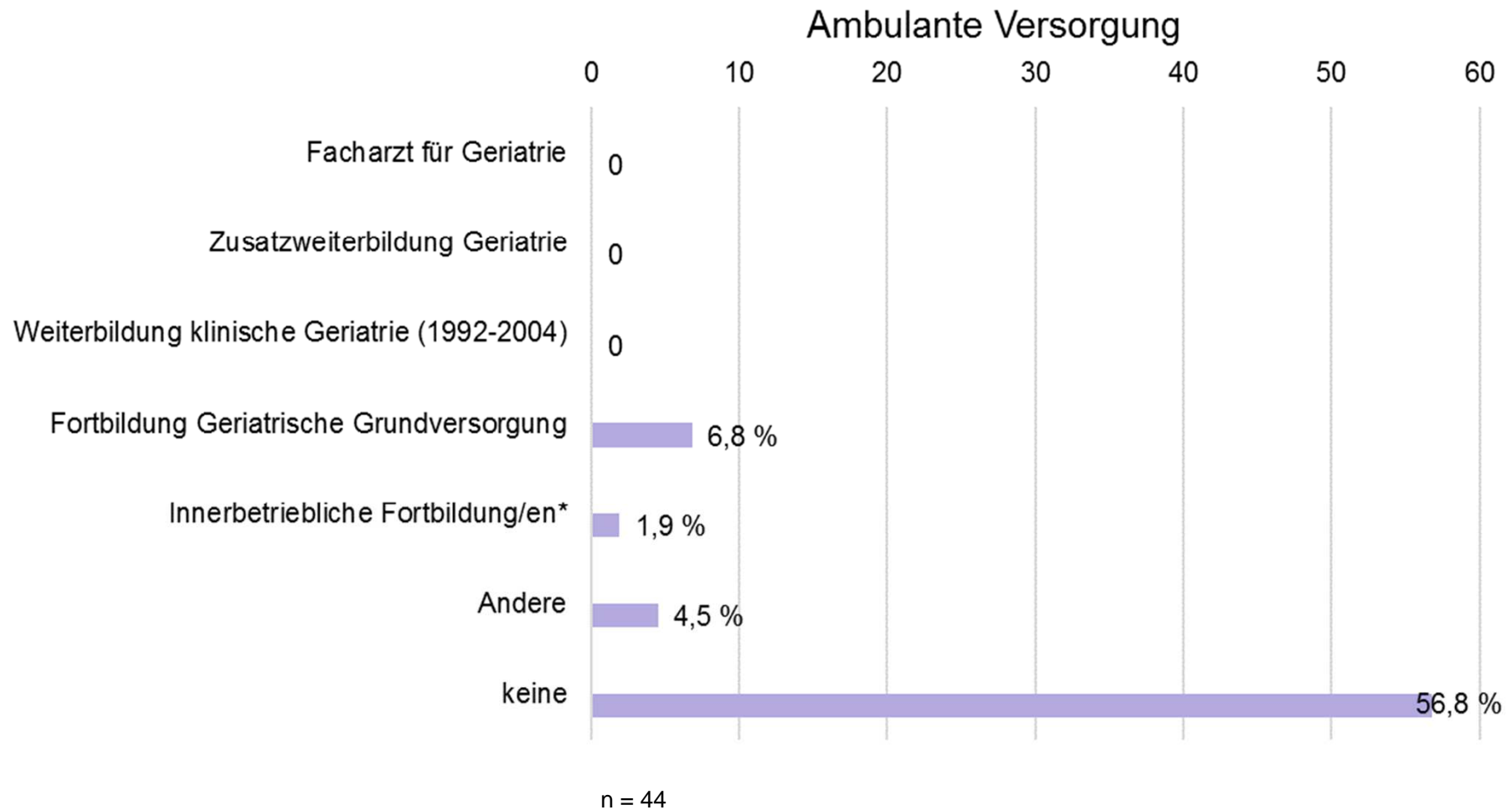


*Innerbetriebliche Schulung (1x), Demenz/Delir (1x), Qualitätszirkel/diverse hausinternen Fortbildung (1x)

3. Methodik und Ergebnisse

3.4 Standardisierte Befragung

Qualifizierung – Vernetzung – Behandlungspfade



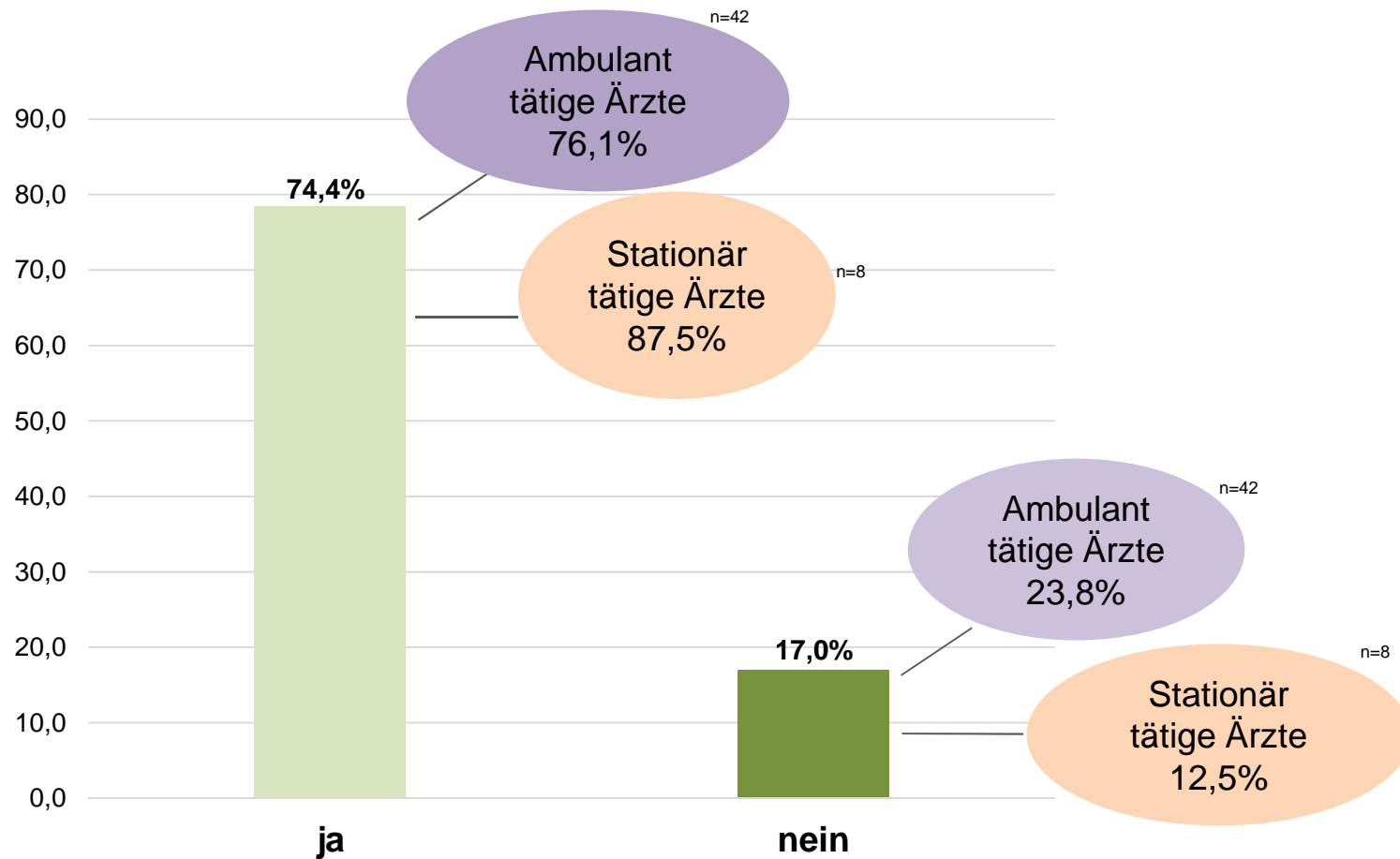
*Demenz, Geriatisches Assessment (1x), 13 Monate WB Geriatrie im Krankenhaus (1x)

3. Methodik und Ergebnisse

3.4 Standardisierte Befragung

Qualifizierung – Vernetzung – Behandlungspfade

Sollte der Erwerb geriatrischer Fachkompetenzen im niedergelassenen Bereich stärker gefördert werden?



n = 84

3. Methodik und Ergebnisse

3.4 Standardisierte Befragung

Qualifizierung – Vernetzung – Behandlungspfade

Wenn ja, wie sollte diese Förderung aussehen?

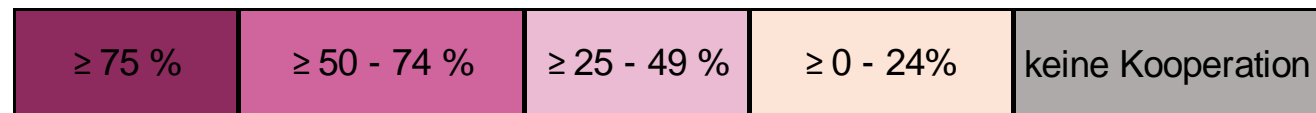
- Anbieten von Fort- und Weiterbildungen (10x)
 - ortsnah (4x)
 - am Wochenende (2x)
- Vermitteln von Fachwissen in Studium oder Facharztausbildung (2x)
- Medikationsmanagement (2x)
- Finanzielle Förderung
 - von Fort- und Weiterbildungen (7x)
 - durch Landkreis, Länder oder Bund (3x)
- Finanzielle Anreize/bessere Vergütung geriatrischer Leistungen (3x)

3. Methodik und Ergebnisse

3.4 Standardisierte Befragung

Qualifizierung – **Vernetzung** – Behandlungspfade

		Kooperationspartner					
		Arztpraxen	Krankenhäuser	Apotheken	Vollstationäre Pflege	Ambulante Pflegedienste	Tagespflege
Einrichtung	Arztpraxis n = 31	Dark Purple	Dark Purple	Light Orange	Dark Purple	Dark Purple	Grey
	Krankenhaus n = 9	Dark Purple	Dark Purple	Grey	Dark Purple	Dark Purple	Grey
	Apotheke n = 8	Dark Purple	Grey	Grey	Dark Purple	Dark Purple	Grey
	Vollstationäre Pflege n = 6	Dark Purple	Dark Purple	Light Purple	Light Orange	Light Orange	Grey
	Ambulanter Pflegedienst n = 4	Dark Purple	Dark Purple	Grey	Dark Purple	Grey	Grey
	Tagespflege n = 1	Dark Purple	Dark Purple	Dark Purple	Dark Purple	Dark Purple	Grey

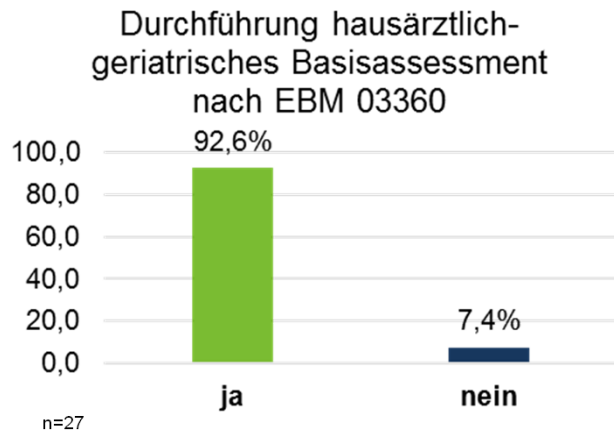


3. Methodik und Ergebnisse

3.4 Standardisierte Befragung

Qualifizierung – Vernetzung – **Behandlungspfade**

Das geriatrische Assessment nach EBM in der Hausarztpraxis



Durchführung in einem durchschnittlichen Quartal

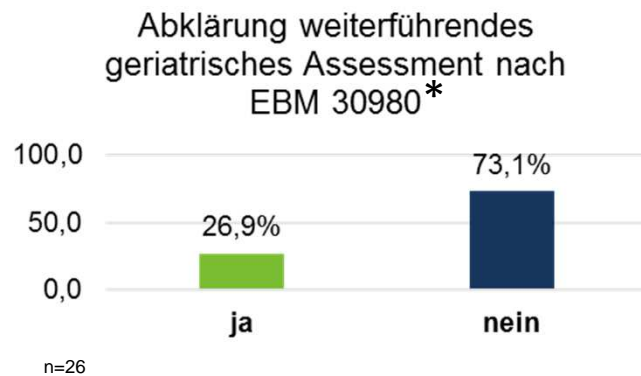
bis zu 10-mal	16%
11 bis 20-mal	20%
21-mal oder häufiger	64%

n=25

In wie viel Prozent der Fälle wird durch das geriatrische Assessment ein geriatrischer Leistungsbedarf identifiziert?

Fälle	%
0 - 25 %	40%
26 - 50 %	48%
51 - 75 %	4%
76 - 100 %	8%

n=25



Durchführung in einem durchschnittlichen Quartal?

bis zu 5-mal	42,9%
6 bis 10-mal	57,1%

n=7

01.10.2017: Weiterführendes geriatrisches Assessment (EBM 30984)
 Durchführung: (geriatrisch spez.) Hausarzt
Voraussetzung: anderer spez. ger. Vertragsarzt bescheinigt
 Erforderlichkeit

* Spezialisierte Geriater/Geriatriische Institutsambulanz (GIA)

3. Methodik und Ergebnisse

3.4 Standardisierte Befragung

Qualifizierung – Vernetzung – **Behandlungspfade**

Das geriatrische Assessment nach EBM in der Hausarztpraxis

Wenn Sie a) einen geriatrischen Leistungsbedarf identifizieren

und

b) keine Abklärung eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach EBM 30984 durchführen, **wie verfahren Sie alternativ?**

„Als Hausarzt mit >30 Jahren Berufserfahrung erfolgt die Versorgung symptomorientiert in Anlehnung an die existierenden Empfehlungen und Leitlinien.“

„Aufklärung, Pflegedienst“

„Ich nutze meine eigene langjährige Erfahrung.“

„Überweisung an Neurologen oder Psychiater“

„Beratung, ggfs. Ergo- oder Physiotherapie, ggfs. Med.“

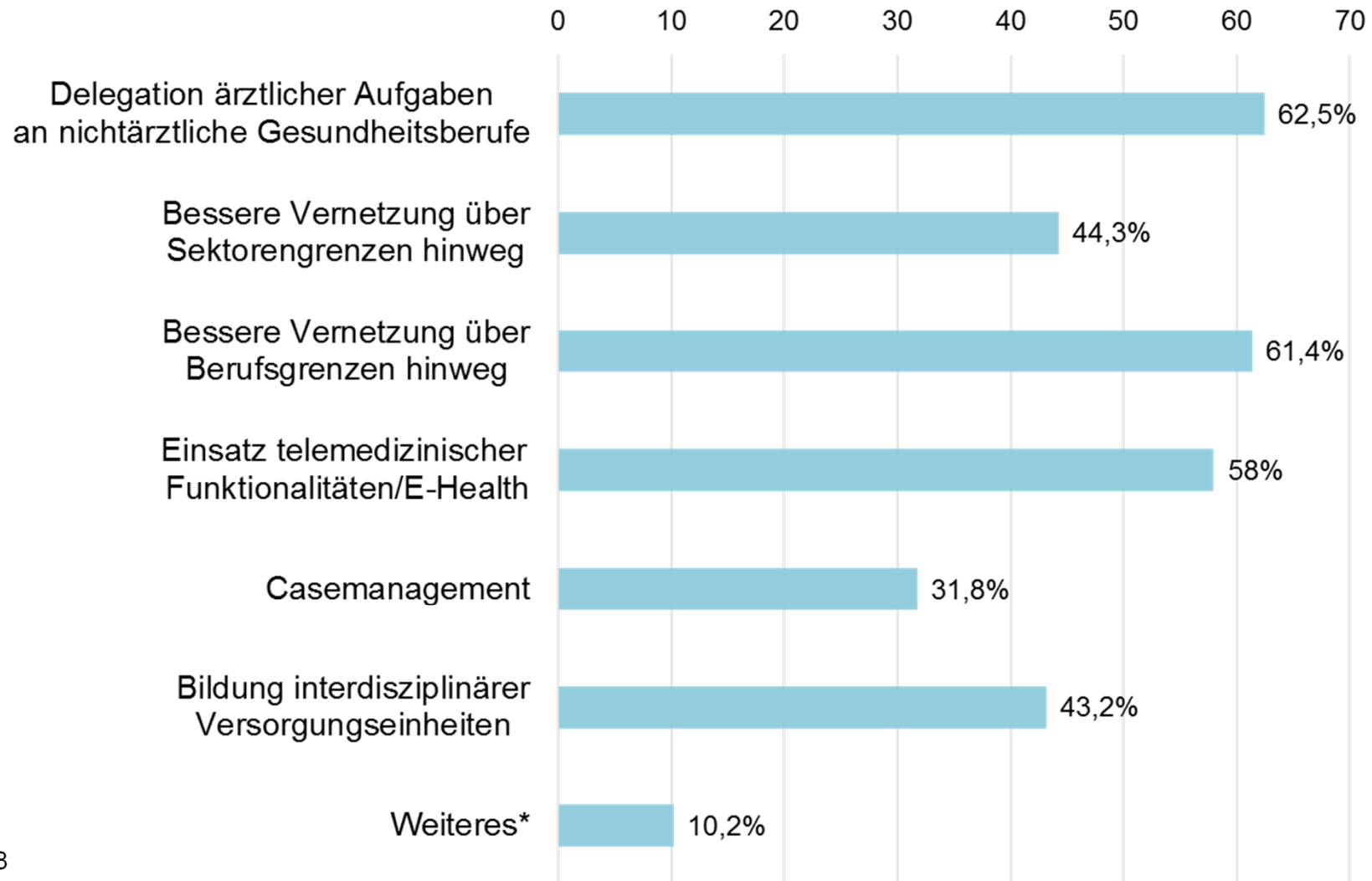
„regelmäßige Kontrolluntersuchungen“

„Abklärung weiterführendes geriatrisches Assessment sind aus zeitlichen Gründen nicht im Praxisalltag zu leisten!“

3. Methodik und Ergebnisse

3.4 Standardisierte Befragung

Vorschläge zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung



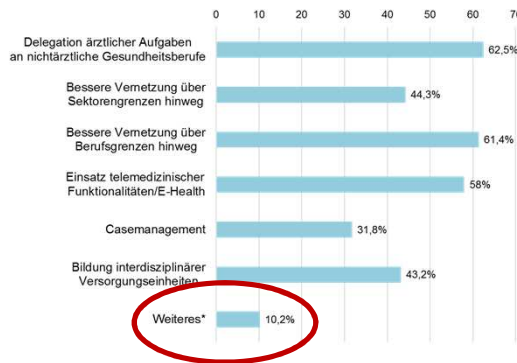
n = 88

Mehrfachnennungen waren möglich

3. Methodik und Ergebnisse

3.4 Standardisierte Befragung

Vorschläge zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung



Weiteres* (Auswahl):

„Es fehlt grundsätzlich an lokalen interdisziplinären Projekten zu diesem Thema, um Erfahrungen zu sammeln.“

„Heimärzte, um Hausärzte zu entlasten.“

„Informationen über Hilfsmittel, z. B. Apps.“

„Förderung von Netzen! Auch finanziell!“

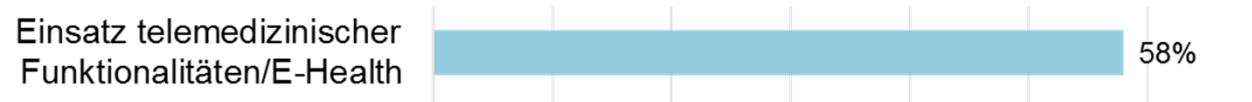
„Mehr Hausärzte und bessere Bezahlung der hausärztlichen Tätigkeit.“

„Mehr Bildung + Fortbildung. Ich halte nichts von telemedizinischen Versorgungsformen, der direkte Kontakt ist wichtig.“

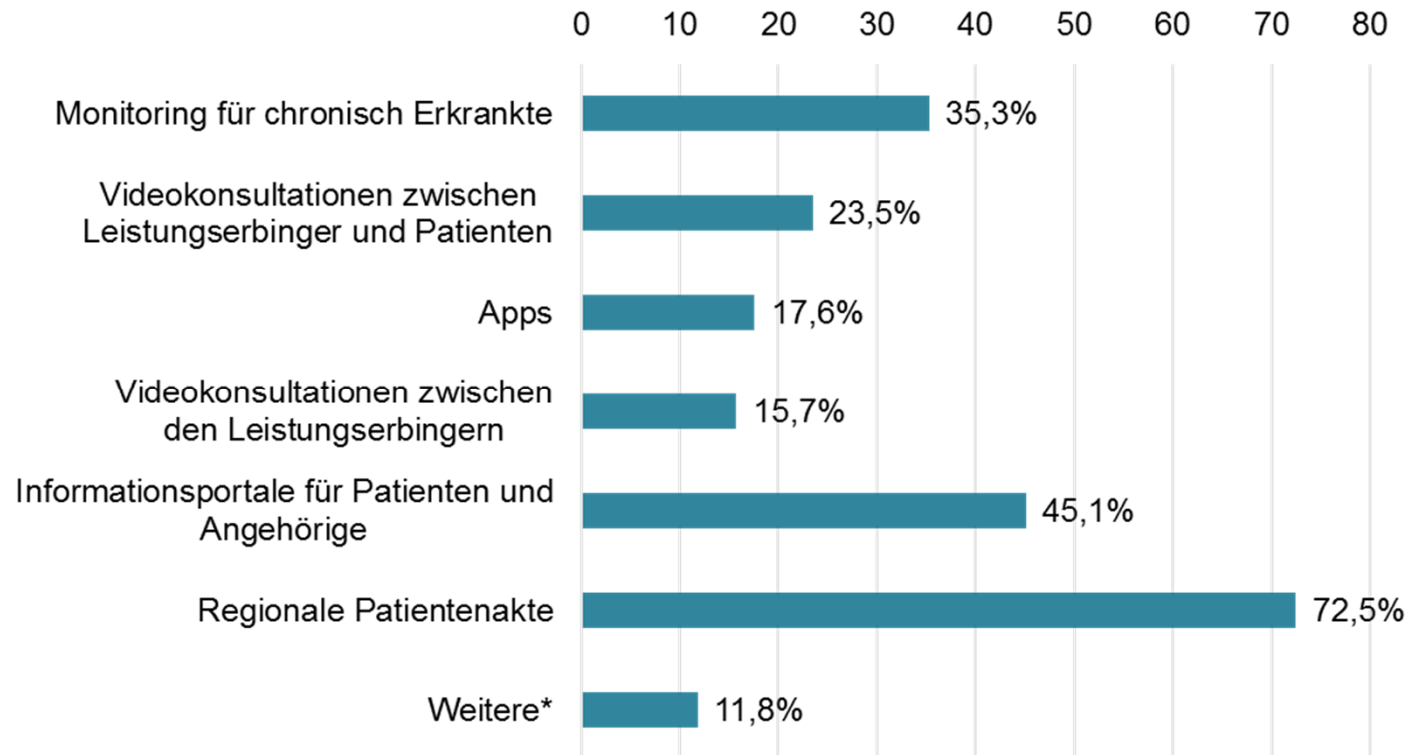
3. Methodik und Ergebnisse

3.4 Standardisierte Befragung

Verbesserung der Versorgung – eHealth/Telemedizin



Welche?



n = 51

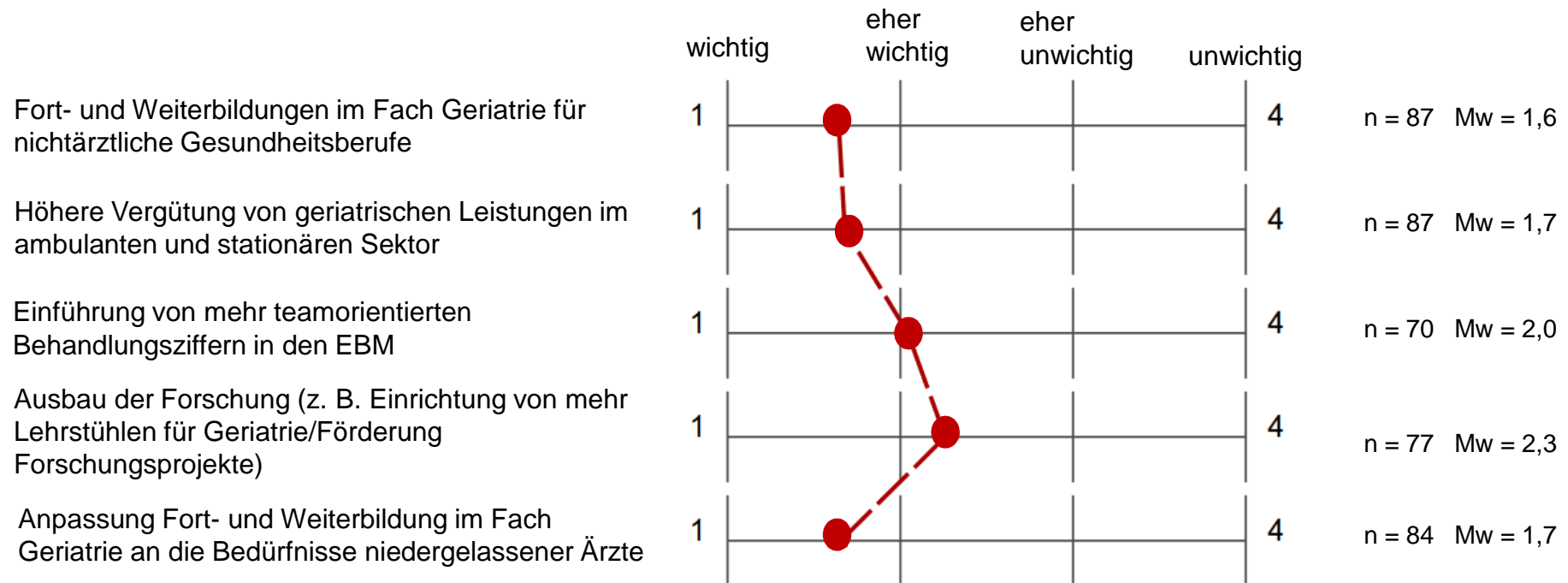
Mehrfachnennungen waren möglich

Weitere*: Abgleich Medikationsliste, Wunddokumentation, kompetente Telefonberatungen

3. Methodik und Ergebnisse

3.4 Standardisierte Befragung

Als wie wichtig werden folgende Entwicklungsoptionen der geriatrischen Versorgung eingestuft?



3. Methodik und Ergebnisse

3.4 Standardisierte Befragung

Zusammenfassung

Identifizierte Problembereiche:

- Geriatrische Qualifizierung insbesondere im niedergelassenen Bereich
- Vernetzung/Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen und Sektoren

Vorschläge zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung

- Vernetzung (z.B. genial eG)
- Delegation und Kooperation: Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen
- E-Health/Telemedizin

4. Innovative Versorgungskonzepte



Regionale Versorgung

Koordinierte und integrierte Gesundheitsversorgung (einschl. Diagnostik, Therapie, Pflege, Rehabilitation, Monitoring) organisiert in einem regionalen Kontext unter Einbeziehung aller Akteure

- Koordinierte multiprofessionelle und/oder sektorübergreifende **Versorgungspfade**
- **Arbeitsteilige Modelle:** Delegation / Substitution → Kooperation
- **eHealth, telemedizinische** Versorgungskonzepte

Bisherige Expertise des Instituts für Community Medicine

	Telemedizin Psychiatrie	Delphi M-V	Gesundheitshaus Woldek	Delegation in der Pädiatrie	Entlassmanagement, Telemedizin	Bildungs- cluster	AGnES
Geografische Analysen			X	X			
Regionale Kooperation	X		X		X		
Qualifikation		X		X		X	X
Delegation	X	X		X	X		X
Telemedizin	X			(X)	X		(X)

Innovationsfondsprojekt RubiN

Versorgungsziele:

- Erhalt der bestmöglichen Selbstständigkeit multimorbider und geriatrischer Patienten im häuslichen Wohnumfeld sowie in anderen (selbstgewählten) Wohnformen
- Sicherstellung der Versorgung durch Förderung multi- und interprofessioneller Berufsfeldentwicklung sowie Vernetzung der Versorgungsakteure und ihrer Versorgungsebenen (ambulant, stationär, Region).

Versorgungskonzept:

- multiprofessionelles, sektorübergreifendes und assessmentgestütztes Fortbildungscurriculum für Casemanagement bei geriatrischen Patienten
- Kooperation zwischen nicht-ärztlichen und ärztlichen Gesundheitsberufen, Arbeitsteilung

Projektpartner u.a.:

BARMER + 3 weitere Krankenkassen, 8 Ärztenetze (Ärztenetz Genial eG Lingen), Institut für Community Medicine, Inst. für Allgemeinmedizin Frankfurt und Lübeck, inav

Dementia Care Manager (DCM):

- speziell qualifizierte Pflegefachpersonen
- besuchen Patienten und Betreuungspersonen zu Hause



- identifizieren systematisch Versorgungslücken auf ärztlicher, pflegerischer, medikamentöser, psychosozialer und sozialrechtlicher Ebene
- erstellen einen individuellen Behandlungs- und Versorgungsplan



- setzen Behandlungs- und Versorgungspläne in enger Kooperation mit behandelndem Hausarzt und regionalen Akteuren des Gesundheits- und Sozialsystems um



EMPFEHLUNGEN DER DCM FÜR DEN HAUSARZT

Name der DCM (Studienschwester) [REDACTED]

Name des Probanden [REDACTED]

Bitte füllen Sie untenstehende Tabelle aus und faxen Sie das Dokument an folgende Nummer:

DelpHi-MV Studienzentrum DZNE Greifswald 03834-867744

Empfehlungen der DCM	Bewertung des A
ALLGEMEINE UND SOZIALRECHTLICHE EMPFEHLUNGEN	
EMPFEHLUNGEN ZUR PFLEGERISCHEN BETREUUNG	
Beantragung Pflegestufe 1/ zusätzliche Betreuungsleistungen	<input checked="" type="radio"/> DCM <input type="radio"/> HA <input type="radio"/> nicht erwünscht Bemerkung:
EMPFEHLUNGEN ZUM WEITEREN VORGEHEN	
Indikationsprüfung Antidementivum (z.Zt. keine Einnahme von Antidementivum)	<input checked="" type="radio"/> HA <input type="radio"/> nicht erwünscht Bemerkung:
Unterstützung bei Vorbereitung/ Verabreichung der Medikamente	<input type="radio"/> DCM <input checked="" type="radio"/> HA <input type="radio"/> nicht erwünscht Bemerkung:



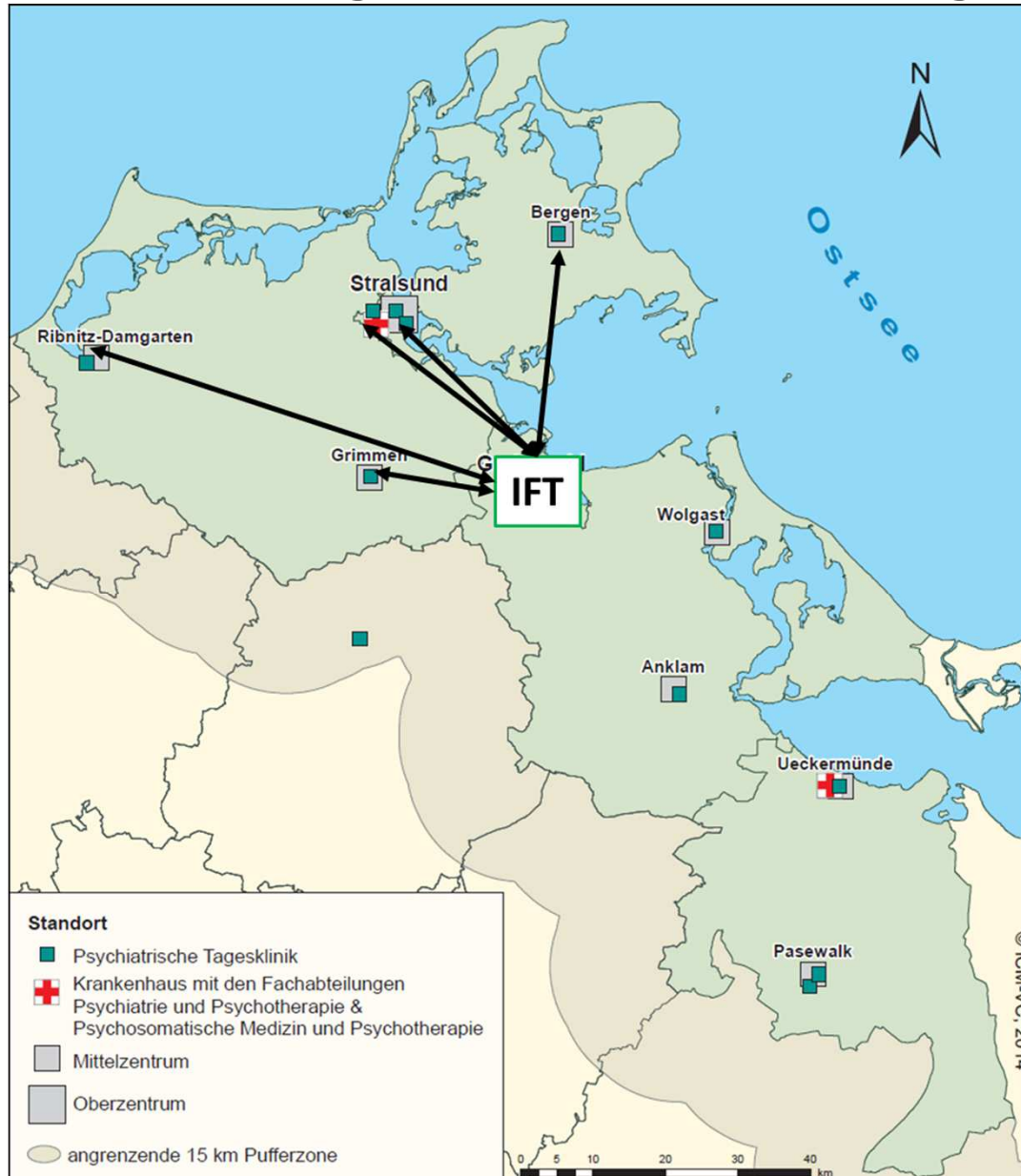
Umsetzung des Behandlungs- und Versorgungsplans in enger Kooperation mit Hausarzt

- **Hohe Akzeptanz** der Interventionsempfehlungen durch Hausärzte
→ *86% aller Interventionsempfehlungen werden befürwortet*
- **Hohe Bereitschaft** der Hausärzte, Interventionsaufgaben **an DCM zu delegieren**
→ *61% der delegierbaren Interventionen wurden an DCM delegiert*

DelpHi-MV

- **Menschen mit Demenz**, die in der Interventionsgruppe durch ein Dementia Care Management unterstützt wurden:
 - erhielten häufiger Antidementiva;
 - entwickelten seltener neuropsychiatrische Symptome, falls doch, waren diese weniger schwer ausgeprägt;
 - schätzten ihre Lebensqualität höher ein (nur Teilgruppe der nicht allein Lebenden, ca. 50%);
 - verblieben im Mittel länger in der Häuslichkeit (n.sign. Hinweise auf verzögerte Heimeinweisung)
→ Kompensation der Kosten für die Intervention
- **Angehörige der Menschen mit Demenz**, die in der Interventionsgruppe durch ein Dementia Care Management unterstützt wurden:
 - waren weniger belastet.

Telemedizinische Nachbetreuung von psychiatrischen Patienten nach tagesklinischer Behandlung



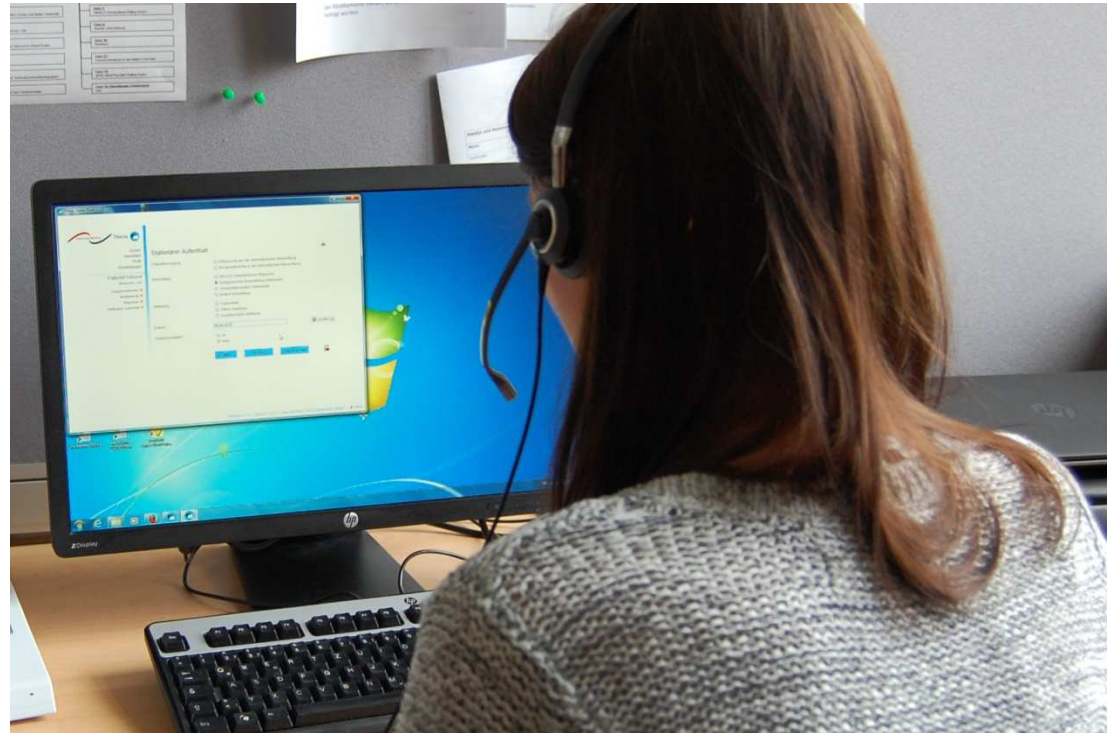
- Regelmäßige telefonische Kontakte und individualisierte SMS-Nachrichten
- **Ziel:** Verbesserung der Endpunkte Angst, Depressivität und/oder Somatisierung

Integrierter Funktionsbereich Telemedizin - IFT



Fortführung in der Regelversorgung mit 6 psychiatrischen Institutsambulanzen und Tageskliniken in der Region Vorpommern

60-70 Patienten/Quartal; 1,16 Stellen



Diskussion - Fazit

- **Patienten werden durchschnittlich älter:**
 - Änderungen im Krankheitsspektrum, Komorbiditäten, Multimorbidität
 - Funktionale Einschränkungen, Mobilität, Kognition, Demenz
- **Geänderte Anforderungen an Leistungserbringer:**
 - Höhere Inanspruchnahme durch Patienten
 - Individuell differenzierte Therapieziele
 - Arbeitsteilige Kooperation mit Pflege und weiteren Gesundheitsberufen
- **Anforderungen an das Gesundheitssystem:**
 - Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung in ländlichen Regionen:
Innovative, flexible **regionale Versorgungsmodelle** (Einschluss aller Akteure!)
 - Kompensation von Lücken in der medizinischen Versorgung
 - **Aufgabenneuverteilung, sektor- und berufsgruppenübergreifende Versorgung**



**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit**