

Geriatrie in Bayern-Datenbank GiB-DAT

Auswirkungen des Fachprogramms Akutgeriatrie auf die geriatriische Rehabilitation in Bayern

(Arbeitstitel: „AKUTStudie“)

Ergebnisse der dritten Befragung und Schlussbericht

Gefördert durch das
Bayerische Staatsministerium Gesundheit und Pflege
und den Verband der Privatkrankenanstalten in Bayern



vorgelegt von der
Ärztlichen Arbeitsgemeinschaft
zur Förderung der Geriatrie in Bayern e. V.
- August 2014 -

Dipl.-Psych. Th. Tümena
Dr. W. Swoboda
Prof. Dr. K.-G. Gaßmann
GiB-DAT-Studiengruppe*

*: **Anderer**, Bad Windsheim; **Bednarek**, Bad Endorf; **Beier**, München; **Breitweg**, Ottobeuren; **Brenner**, Pfronten; **Brielmaier**, Illertissen; **Bruckmayer**, Ruhpolding; **Cramer-Ebner**, Nürnberg; **Daiber**, Bamberg; **Dorr**, Aschaffenburg; **Esch**, Berchtesgaden; **Euler**, Burglengenfeld; **Fisch.**, Erlenbach; **Garner**, Bad Griesbach; **Gaßmann**, Erlangen; **Geiselbrecht**, Augsburg; **Gelpke**, Lenggries; **Goß**, Auerbach; **Grupp**, Bamberg; **Hahn**, Burghausen; **Heinbuch**, Markttheidenfeld; **Hertelendy-Vogl**, Bad Kötzing; **Hönings**, Gauting; **Huber**, Bad Gögging; **Hütt**, Feldafing; **Johnson**, Markt Indersdorf; **Kern**, Erbdorf; **Kern**, Oettingen; **Klek**, Bad Brückenau; **Klenk**, Nürnberg; **Kolbinger**, Deggendorf, Landau; **Koob**, Ebermannstadt; **Kostaki-Hechtel**, Landshut; **Kraft**, Coburg; **Lange**, Bayreuth; **Lichti**, Agatharied; **Mihalka**, Bad Bocklet; **Moreth**, Stadtsteinach; **Müller-Bödefeld**, Bad Kissingen; **Munzinger**, Parsberg; **Neumeier**, Fürth; **Pfaffinger**, Schweinfurt; **Rampmaier**, Pfarrkirchen; **Riechers**, Aidenbach; **Rink**, Griesbach; **Rohleder-Stiller**, Trostberg; **Sänger**, Schongau; **Schneider**, Wartenberg; **Schwab**, Würzburg; **Seefried**, Nürnberg; **Sieber**, Regensburg; **Siebert**, Vilshofen; **Siegel**, Neuburg, Ingolstadt; **Stein**, Bad Steben; **Stoiber**, Regensburg; **Struntz**, Roth; **Swoboda**, Nürnberg; **Tatschner**, Würzburg; **Timmer**, Rottenburg; **Treiber**, Sonthofen; **Trögner**, Amberg; **Uecker**, Füssen; **Ullmann**, Berching; **Ullrich**, München; **Von Clarmann**, Haag; **Wehle**, Lenggries; **Weisenseel**, Ansbach; **Wolf**, Schauffling; **Wüst**, München

Inhalt

1. Einleitung und Konzept.....	4
2. Dritte Befragung der geriatrischen Einrichtungen in Bayern	6
2.1 Inhalt und Form des Fragebogens	6
2.2 Versand	7
2.3 Programmierung einer Auswertungsroutine für GERIDOC-Nutzer	7
2.4 Rücklauf und Auswertung	9
2.5 Ergebnisse der Befragung	9
2.5.1 Teilnehmende Zentren nach Einrichtungsart.....	12
2.5.2 Anzahl der Betten der teilnehmenden Kliniken	12
2.5.3 Fallzahlen	13
2.5.4 Berechnungstage	14
2.5.5 Verweildauer.....	14
2.5.6 Auslastung absolut	15
2.5.7 Auslastung – Angaben zur Veränderung gegenüber dem ersten Halbjahr 2013	18
2.5.8 Barthel-Index	18
2.5.8.1 Barthel-Index bei Aufnahme.....	18
2.5.8.2 Barthel-Index bei Entlassung	19
2.5.8.3 Delta-Barthel (E-A).....	20
2.5.9 Zugangswege	21
2.5.10 Entlassungspfade	22
2.5.11 Angaben zu Kooperationen	23
2.5.12 Abschließende Bemerkungen zur aktuellen Situation	24
2.5.12.1 Bemerkungen zur Situation in der Akutgeriatrie	24
2.5.12.2 Bemerkungen zur Situation in der geriatrischen Rehabilitation.....	25
3. Auswertung GIB-DAT	26
3.1 Verweildauer	27
3.2 Alter	28
3.3 Barthel	29
3.3.1 Barthel bei Aufnahme	29
3.3.2 Barthel bei Entlassung.....	30
3.3.3 Delta-Barthel (E-A)	31
3.4 Weitere Versorgung (Wohin).....	31
3.5 Einzugsbereich	32
3.6 Vergleich GiB-DAT und Ergebnisse der Befragung	33

4. Entwicklung in den Jahren 2010 – 2013.....	34
4.1 Verweildauer	35
4.1.1 Akutgeriatrie	35
4.1.2 Geriatrische Rehabilitation.....	37
4.2 Auslastung	40
4.2.1 Akutgeriatrie	40
4.2.2 Geriatrische Rehabilitation.....	40
4.3 Barthel bei Aufnahme	43
4.3.1 Akutgeriatrie	43
4.3.2 Geriatrische Rehabilitation.....	45
4.4 Barthel bei Entlassung	46
4.4.1 Akutgeriatrie	46
4.4.2 Geriatrische Rehabilitation.....	48
4.5 Delta-Barthel (E-A).....	49
4.5.1 Akutgeriatrie	49
4.5.2 Geriatrische Rehabilitation.....	51
4.6 Einzugsbereich	52
4.6.1 Akutgeriatrie	52
4.6.2 Geriatrische Rehabilitation.....	53
4.7 Behandlungspfade	54
4.7.1 Akutgeriatrie	54
4.7.2 Geriatrische Rehabilitation.....	56
5. Charakterisierung der Patienten in der vollstationären Behandlung nach dem bayerischen Geriatriekonzept.....	57
6. Zusammenfassung	62
7. Anhang	67
7.1 Freie Antworten zur Situation der Akutgeriatrie einschließlich ihrer Zuordnung zu einer Kategorie	67
7.2 Freie Antworten zur Situation der geriatrischen Rehabilitation einschließlich ihrer Zuordnung zu einer Kategorie	68
7.3 Anschreiben und Fragebogen.....	70

1. Einleitung und Konzept

- Ausgangslage: Geriatrische Rehabilitation

Um den Herausforderungen des demographischen Wandels für das Gesundheitswesen begegnen zu können, wurde Anfang der 90er Jahre das Bayerische Geriatriekonzept aufgelegt. Es beinhaltet die flächendeckende Versorgung Bayerns mit geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen (derzeit 63 Einrichtungen), in denen geriatrische Patienten mit ihrem komplexen Störungsbild aus Multimorbidität und funktionellen Beeinträchtigungen fachgerecht und nachhaltig versorgt werden können.

Um den Effekt der rehabilitativen geriatrischen Versorgung valide nachvollziehen zu können, wurde von der AFGiB mit finanzieller Unterstützung des damals zuständigen Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen und der Bayerischen Landesstiftung die Geriatrie in Bayern-Datenbank (GiB-DAT) entwickelt und an den Kliniken implementiert. Die in dieser europaweit größten Datensammlung über geriatrische Rehabilitationspatienten erfassten Daten zeigen die außerordentliche Effektivität der geriatrischen Rehabilitationsbehandlung und darüber hinaus auch ihre Nachhaltigkeit.

- Fachprogramm Akutgeriatrie:

Eine wesentliche Lücke in der Behandlung geriatrischer Patienten in Bayern wurde im Jahr 2009 geschlossen. Bis dahin gab es im gesamten bayerischen Raum nur vier akutgeriatrische Einrichtungen. Das Fehlen eines frühzeitigen Einsetzens geriatrischer Behandlungsprinzipien gereichte vielen Patienten zum Nachteil, welche geriatrische Behandlung erst erfuhren, nachdem sie bereits mehr oder weniger lange Zeit im Akutkrankenhaus in fachspezifischen Abteilungen verbracht hatten. Das damalige Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit legte nach Anhörung zahlreicher Experten aus Geriatrie und Psychiatrie ein Fachprogramm Akutgeriatrie auf, das im November 2009 vom Krankenhausplanungsausschuss verabschiedet wurde.

Das Fachprogramm Akutgeriatrie wurde so gestaltet, dass es die geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen ergänzt. Die Implementierung des Fachprogramms Akutgeriatrie wurde aber von den Vertretern der Rehabilitationsgeriatrien auch mit Sorge gesehen. Durch die Tatsache, dass in der akutmedizinischen Behandlung rehabilitative Inhalte durchgeführt und abgerechnet werden können, wurde befürchtet, eine Konkurrenzsituation zu schaffen, die der bestehenden geriatrischen Rehabilitationslandschaft in Bayern schaden könnte.

- Konzept der vorliegenden Studie

Da es weder für die Akutgeriatrie noch für die geriatrische Rehabilitation eine Bedarfsplanung gibt, sollte die vorliegende Studie erfassen, welche Auswirkungen das Fachprogramm Akutgeriatrie auf die geriatrische Rehabilitation in Bayern hat.

Sie untersuchte die Situation sowohl der Akutgeriatrien als auch der Rehabilitationsgeriatrien über einen Zeitraum von zwei Jahren in halbjährlichen Abständen. Auf diese Weise wurde versucht, mögliche, gegebenenfalls schädliche, gegenseitige Einflüsse zu erfassen, wie beispielsweise Veränderungen in der Belegung.

Dazu wurden Fragebögen an die akutgeriatrischen Einrichtungen und geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen in Bayern in halbjährlichem Abstand versandt. Die Teilnahme an den Befragungen war freiwillig.

Ergänzend zu den Befragungsergebnissen wurden Analysen aus der Geriatrie in Bayern-Datenbank (GiB-DAT) durchgeführt.

- Lenkungsgruppe

Eine Lenkungsgruppe aus den beteiligten Verbänden und dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) begleitete die Studie, um die Ergebnisse zu diskutieren und evtl. weitere Schritte zu beschließen. Die Organisation der Lenkungsgruppe oblag dem StMGP. In der Lenkungsgruppe hatte jede beteiligte Institution eine Stimme. Bei Stimmengleichheit entschied die Stimme des StMGP.

Mitglieder des Gremiums waren:

- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP), vormals Umwelt und Gesundheit (StMUG)
- Verband der Privatkanneanstalten in Bayern (VPKA)
- Bayerische Krankenhausgesellschaft (BKG)
- Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern (ARGE)
- Ärztliche Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Geriatrie in Bayern (AFGiB)
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Bayern (MDK)

- Arbeitsgruppe

Eine Arbeitsgruppe entwickelt die Fragebögen für die teilnehmenden Einrichtungen und beurteilt regelmäßig die Ergebnisse der Umfrage. Die Organisation und Leitung dieser Arbeitsgruppe lag bei der AFGiB. Der von der Arbeitsgruppe erarbeitete Fragebogen wurde jeweils von der Lenkungsgruppe gebilligt.

Die Arbeitsgruppe setzte sich zusammen aus je einem Mitglied

- des VPKA,
- der BKG,
- der AFGiB und des
- Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Bayern (MDK) für die ARGE.

- Aufgaben der AFGiB und des GiB-DAT-Büros

Träger der Studie war die AFGiB. Das GiB-DAT-Büro führte die Befragung nach den Vorgaben von Lenkungs- und Arbeitsgruppe durch. Sie versendete die Fragebögen, wertete die Ergebnisse aus und legte die Berichte vor.

- Ziele der Studie

Mit Hilfe des beschriebenen Konzeptes sollte es gelingen, folgende Fragestellungen zu beantworten:

- Verändert sich unter dem Einfluss des Fachprogramms Akutgeriatrie die Belegung der geriatrischen Rehabilitationskliniken?
- Welche Unterschiede bestehen im Verbesserungspotenzial von geriatrischen Patienten in Akutgeriatrien bzw. Rehabilitationsgeriatrien?

- Welche Unterschiede bestehen im Fähigkeitsindex (Barthel-Index) bei Aufnahme und bei Entlassung des Patienten, jeweils bezogen auf den Aufenthalt in einer Akutklinik bzw. in einer Rehabilitationsklinik?
- Bestehen Unterschiede im Einzugsbereich von Akutgeriatrie und Rehabilitationsgeriatrie bzw. wird in beiden Einrichtungen die geforderte Wohnortnähe geriatrischer Behandlung erreicht?
- Woher kommen die Patienten der Akutgeriatrie und wohin gehen sie?
- Woher kommen die Patienten der geriatrischen Rehabilitation und wohin gehen sie?
- Wie verändert sich dieses Bild durch die Einführung der Akutgeriatrien?
- Bestehen Kooperationen zwischen Akut- und Rehageriatrien?
- Sind die Kooperationen institutionalisiert?

- Bisherige Befragungen

Die erste Befragung erfolgte im Juli 2012 und erfasste Daten aus dem Jahr 2010 und Januar bis Mai 2012. Im März 2013 wurden die Bögen der zweiten Befragung verschickt, die Angaben zum zweiten Halbjahr 2012 erfragten.

In diesem Bericht wird auf die Ergebnisse der ersten beiden Befragungen Bezug genommen. Für detailliertere Informationen sei auf die jeweiligen Ergebnisberichte verwiesen.

Der Focus liegt in dem vorliegenden Bericht jedoch in den Ergebnissen der dritten Befragung. Zusätzlich in die Analyse wurden Vergleiche über die bisherigen Erhebungszeiträume mit aufgenommen, um schließlich zu einer abschließenden Bewertung der analysierten Fragestellungen zu kommen.

2. Dritte Befragung der geriatrischen Einrichtungen in Bayern

2.1 Inhalt und Form des Fragebogens

Der Fragebogen wurde am 16. Januar 2014 vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege als Leitung der Lenkungsgruppe frei gegeben. Er bezog sich diesmal auf beide Halbjahre 2013. Die in der zweiten Befragung eingeführte und bewährte Erfassung der teilnehmenden Einrichtungen (jeder Fragebogen erhielt eine ID) wurde beibehalten.

Die Aufnahme einer Bitte, eine Einschätzung abzugeben, ob der Fortbestand der Einrichtung als gesichert anzusehen ist, konnte sich auch dieses Mal nicht durchsetzen und wurde dementsprechend auch nicht in den Fragebogen aufgenommen.

Gegenüber der zweiten Befragung wurde nun nach dem Alter nicht mehr gefragt, da diese Information leicht über die GiB-DAT-Daten zu erheben ist. In den Auswertungen hatte sich gezeigt, dass zwischen Altersangaben der befragten Teilnehmer und den GiB-DAT-Daten kein wesentlicher Unterschied bestand.

2.2 Versand

Der Versand der Fragebögen erfolgte am 20.01.2014 durch das GiB-DAT-Büro, nachdem zuvor die verwendeten Adressen mit den Angaben auf der Homepage des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege abgeglichen worden waren.

Wie in den vergangenen Umfragen auch, wurde den Schreiben ein frankierter und adressierter Rückumschlag beigelegt; um Rücksendung wurde bis zum 28.02.2014 gebeten.

Die folgenden Tabellen (Tab. 1 und Tab. 2) geben Auskunft über die Einrichtungsarten der befragten Einrichtungen.

Tab. 1. Adressaten der Befragung nach Einrichtungsart

Einrichtungsart	Anzahl	Prozent
Ausschließlich akutgeriatrische Behandlung §109	37	35,9 %
Ausschließlich geriatrische Rehabilitation §111	45	43,7 %
Einrichtungen mit kombinierten Versorgungsformen	21	20,4 %
Summe	103	100,0 %

Tab. 2: Häufigkeiten der Einrichtungsart der befragten Einrichtungen

Einrichtungsart	Akut	Reha
Nur Akutgeriatrie	37	
Nur Rehageriatrie		45
Akut+Reha	21	21
Summe	58	66

2.3 Programmierung einer Auswertungsroutine für GERIDOC-Nutzer

Auch diesmal wurde von der Studienzentrale eine Auswertungsroutine entwickelt und nach intensiver Überprüfung den Nutzern zur Verfügung gestellt. Es erlaubte die einfache Ermittlung der abgefragten Informationen, wobei jeweils nur noch die Bettenzahlen hierfür eingetragen werden mussten (vgl. Abb. 1. und Abb. 2).

Auswertung Angaben zur Akutstudie - 3. Befragung

	AKUT	REHA
Anzahl Betten 2. Halbjahr 2012:	0,00	0,00
Anzahl Betten 1. Halbjahr 2013:	0,00	0,00
Anzahl Betten 2. Halbjahr 2013:	0,00	0,00

Bitte ggf. Durchschnittsangaben machen

Start Schließen

Abb. 1: Dialogfeld zum Start der Auswertungsroutine in GERIDOC

Berichts-Designer - statisti.frx - Seite 1

Datum: 20.09.2013
Seite: 1

Statistik

*Auswirkungen Fachprogramm Akutgeriatrie
zweite Befragung 2. Halbj. 2012*

Kontrolle	AKUT	REHA
1. Halbj. 2012: Anzahl Betten	54,00	0,00
1. Halbj. 2012: Anzahl Kalendertage	182	182
1. Halbj. 2012: Fallzahl	779	1
1. Halbj. 2012: Auslastung	104,82%	
2. Halbj. 2012: Anzahl Kalendertage	184	184

Ergebnisse	AKUT	REHA
Anzahl Betten 2. Halbj 2012	54,00	0,00
Berechnungstage Reha im 2. Halbj. 2012	---	0
Durchschnittliche Auslastung in %	90,47%	
Veränd. ggü. 1.HJ 2012	-14,35	0,00
Fallzahl	815	1
Verweildauer	12,73	
Durchschnitt Alter	82,0	93,0

Barthel-Index	AKUT	REHA
Durchschnitt Barthel bei Aufnahme	37,48	
Durchschnitt Barthel bei Entlassung	43,44	
Durchschnitt Barthelveränderung	4,12	

Woher kommen die Patienten?	AKUT	REHA
Einweisung durch Arzt	3,88 %	0,00 %
Notfall	80,00 %	0,00 %
(anderes) Akutkrankenhaus	13,67 %	0,00 %
Rehabilitationseinrichtung	2,45 %	0,00 %
and. KH im Rahmen Kooperation	???	???
Sonstige	0,00 %	0,00 %
Datenvollständigkeit	85,28%	0,00%
<i>Angaben zu koop. KH können nicht ermittelt werden.</i>		

Wohin gehen die Patienten?	AKUT	REHA
----------------------------	------	------

Abb. 2: Beispiel einer Ergebnisdarstellung aus der Auswertungsroutine in GERIDOC (fiktive Daten)

Die Routine wurde von den Nutzern häufig benutzt, wobei zumeist auch deren Installation und Ausführung vom Projekt übernommen wurde. Da in GERIDOC das Merkmal, ob ein Patient aus einem kooperierenden Krankenhaus zugewiesen wird, nicht vorgesehen ist, mussten für diese Information aus zusätzlichen Quellen verwendet

werden. Dies geschah nur vereinzelt, so dass in der Auswertung diese Information nur selten zur Verfügung stand.

Wie bereits in den bisherigen Berichten zur Studie, werden in den folgenden Abbildungen und Tabellen Abkürzungen verwendet:

Q2 bezeichnet den Bereich zwischen Erreichen des ersten Quartils (25 %) und des zweiten Quartils (50 % = Median). Q3 bezeichnet den Bereich zwischen Erreichen des zweiten Quartils (50 % = Median) und dem Erreichen des dritten Quartils (75 %). Danach repräsentierten Q2 und Q3 zusammen 50 % der Stichprobe.

N bezeichnet die Anzahl der Werte, die in eine Berechnung gingen. Bei den Befragungsdaten repräsentiert N die Anzahl der Kliniken, die das jeweilige Item in gültiger Weise beantwortet hatten. Bei den Daten aus GiB-DAT repräsentiert N die Anzahl konkreter Behandlungsfälle mit einer gültigen Antwort in dem jeweiligen Item.

2.4 Rücklauf und Auswertung

Es war festzustellen, dass einzelne Einrichtungen erst weit nach Verstreichen der Abgabefrist den Fragebogen zurücksandten, zum Teil nach vorherigen telefonischen Bitten um Aufschub. Aus diesem Grunde verzögerte sich der Beginn der Auswertung.

Die Digitalisierung der Bögen erfolgte in gleicher Weise wie in den bisherigen Befragungen über das Computerprogramm „fu_prog“, dessen Items entsprechend angepasst wurden.

Über eine Exportfunktion wurden Variablendefinitionen, eine Einleseprozedur und die Daten selbst in das Statistikprogramm SPSS 12.0 übergeben. Die weiteren Analyseschritte erfolgten dort.

Die Angabe der benötigten Informationen bereitete auch diesmal vereinzelt Probleme, die jedoch durch Konsistenzprüfungen weitgehend korrigiert werden konnten. Sie betrafen nur Einrichtungen, welche die GERIDOC-Auswertungsroutine nicht nutzten. Im Zweifelsfall wurden die Items als fehlend gewertet, um systematische Fehler in der Statistik zu vermeiden. Beispielsweise gab eine Einrichtung eine vierstellige Zahl an Verweildauertagen an. Geprüft wurde, ob hier lediglich ein Komma vergessen wurde, jedoch konnte auch dann keine Plausibilität mit den restlichen Angaben (Anzahl Betten, Anzahl Fälle) hergestellt werden.

2.5 Ergebnisse der Befragung

Eine Übersicht über die teilnehmenden Zentren vermittelt die folgende Tab. 3. Teilnehmer am GiB-DAT-Projekt sind hierbei grau dargestellt.

Tab. 3: An der dritten Befragung teilnehmende Zentren

Zentrum	Einr.art
Fachklinik Ghersburg, Bad Aibling	Reha
Asklepios Fachkliniken, München-Gauting	Akut
Asklepios Klinik Burglengenfeld	Reha
Asklepios Klinik Schaufling	Reha
Bezirkskrankenhaus Günzburg	Akut
Capio Franz von Prümmer Klinik, Bad Brückenau	Akut+Reha
Caritas Krankenhaus St. Josef Regensburg	Akut
Diakoniewerk München – Maxvorstadt	Akut+Reha
Donauisar Klinikum Landau	Akut
Donau-Ries-Klinik Oettingen	Akut+Reha
Evang. Diakonissenanstalt Augsburg	Akut
Fachklinik Lenggries	Reha
Fachklinik Stadtsteinach	Akut+Reha
Frankenpark Klinik, Bad Kissingen	Reha
Frankenwaldklinik Kronach	Akut
Geriatrische Fachklinik Neuburg + Geriatrische Fachklinik Ingolstadt	Reha
Geriatrische Rehabilitationsklinik der AWO, Würzburg	Reha
Geriatrische Rehaklinik der Hessing Stiftung Augsburg	Reha
Geriatrisches Rehabilitations- und Präventionszentrum Aidenbach	Reha
Gesundheitspark Marktheidenfeld	Akut+Reha
Helios Klinik Berching	Reha
Illertalklinik Illertissen	Reha
Isar-Amper-Klinikum gGmbH – Klinikum Haar	Akut
Juraklinik Scheßlitz	Akut
Klinik Fränkische Schweiz, Ebermannstadt	Akut+Reha
Klinik Füssen	Reha
Klinik Günzburg	Akut
Klinik Haag i. OB	Akut+Reha
Klinik Indersdorf, Markt Indersdorf	Akut+Reha
Klinik Krumbach	Akut
Klinik Wartenberg	Akut+Reha
Klinikum Aschaffenburg	Akut
Klinikum Augsburg	Akut
Klinikum Bamberg, Betriebsstätte am Michelsberg	Reha
Klinikum Bayreuth	Akut
Klinikum Deggendorf	Akut

(Fortsetzung Tab. 3)

Klinikum Fürth	Akut+Reha
Klinikum Garmisch-Partenkirchen	Akut
Klinikum Landshut	Akut
Klinikum St. Marien Amberg	Akut
Krankenhaus Barmherzige Brüder, München (mittlerw. geschlossen)	Reha
Krankenhaus Martha-Maria Nürnberg	Reha
Krankenhaus Rummelsberg	Akut+Reha
Krankenhaus Schongau	Reha
Krankenhaus St. Josef Schweinfurt	Akut
Krankenhaus Vinzentinum Ruhpolding	Akut
Kreisklinik Berchtesgaden	Reha
Kreisklinik Burghausen	Akut+Reha
Kreisklinik Roth	Reha
Kreiskrankenhaus Parsberg	Akut
Kreiskrankenhaus Vilshofen	Akut
KWA Klinik Stift Rottal, Bad Griesbach	Reha
MediClin Reha-Zentrum Roter Hügel, Bayreuth	Reha
Reha-Klinik Kempten-Oberallgäu, Sonthofen	Reha
Reha-Zentrum Bad Gögging	Reha
Rehazentrum Nittenau (Neu)	Reha
Schloßklinik Rottenburg	Reha
Schön Klinik Harthausen, Bad Aibling	Akut
St. Johannes Klinik Auerbach	Akut+Reha
St. Vinzenz Klinik Pfronten	Reha
Waldkrankenhaus St. Marien Erlangen	Akut+Reha

Fettdruck / gelbe Einfärbung: Einrichtung beteiligt sich an GiB-DAT

Von den 103 angeschriebenen Einrichtungen schickten 61 den Fragebogen zurück. Dies entspricht einem Rücklauf von 59,2 %. Berücksichtigt man, dass eine Einrichtung in ihren Angaben einen weiteren Standort mit einschloss – eine Trennung war aus technischen Gründen nicht möglich – errechnet sich ein Rücklauf von 60,2 %. Gerechnet wird aus Gründen der Einfachheit im Folgenden stets mit den erstgenannten 61 Zentren.

Drei Einrichtungen antworteten auf die Befragung, gaben aber an, erst neu eröffnet zu haben und deswegen keine Daten über den Bezugszeitraum liefern zu können.

Die Mehrzahl der Einrichtungen (N=41) hatten bereits an der vorhergehenden Befragung teilgenommen. Von 20 Einrichtungen lag eine Beteiligung an der dritten Befragung, nicht jedoch an der zweiten Befragung vor. Umgekehrt hatten sich 12 Einrichtungen bei der zweiten Befragung beteiligt, eine Beteiligung an der letzten jedoch versäumt. Da die erste Befragung anonym durchgeführt wurde, sind keine Aussagen über frühere Teilnahmen möglich.

Erstmalig können auch Längsschnittanalysen durchgeführt werden, die sich daher nur auf eine kleinere Zentrumszahl beziehen

2.5.1 Teilnehmende Zentren nach Einrichtungsart

Das frühere Übergewicht geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen gegenüber den Akutgeriatrien verringerte sich. Beide Arten geriatrischer Versorgung antworteten nun nahezu gleich häufig (vgl. Tab. 4).

Tab. 4: Rücklauf nach Einrichtungsart

	befragt		geantwortet	
	N	Prozent	N	Rücklauf %
Akut	58	46,8 %	36	62,1 %
Reha	66	53,2 %	39	59,1 %
Summe	124	100,0 %	75	60,5 %

Eine zusätzliche Unterscheidung danach, ob es sich bei den geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen um eigenständige Fachkliniken handelt oder ob diese an ein Akutkrankenhaus angegliedert sind, zeigt Tab. 5, aus welcher der hervorgeht, dass alle Organisationsformen im Rücklauf vertreten sind.

Tab. 5: Rücklauf nach der Versorgungsform der befragten Einrichtungen

	befragt	geantwortet	
	N	N	Rücklauf %
Akut	37	22	59,5 %
Reha	45	25	55,6 %
Akut+Reha	21	14	66,7 %
Summe	103	65	

In den folgenden Tabellen ist die Anzahl der Zentren zumeist mit ausgewiesen. Ein reduziertes N ist auf fehlende Angaben im betreffenden Item zurückzuführen.

2.5.2 Anzahl der Betten der teilnehmenden Kliniken

Die teilnehmenden Zentren repräsentierten insgesamt 2.589 Betten für das erste Halbjahr 2013 bzw. 2.573 Betten für das zweite Halbjahr 2013. Zu Vergleichszwecken wurden in der folgenden Tab. 6 auch die Werte aus den zuvor erfragten Zeiträumen angegeben.

Tab. 6: Teilnehmer an den Befragungen: Summe der Betten nach Einrichtungsart und Zeitraum

Einrichtungsart	2010	1-5/2012	7-12/2012	1-6/2013	7-12/2013
Akut	328	576	555	749	785
Reha	1.484	1.561	1.726	1.837	1.788
Summe	1.812	2.137	2.281	2.589	2.573

Vergleicht man die Zahl der Betten, welche durch die vorliegende Befragung abgedeckt werden, mit der Gesamtzahl geriatrischer Betten, wie sie in einer Statistik des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege geführt wird, so ergibt sich für das zweite Halbjahr 2013 eine fast identische Rücklaufquote, wie sie sich auch bei einer bloßen Zählung der Zentren errechnet (59,9 % vgl. hierzu Tab. 7).

Tab. 7: Statistische Angaben des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege: Summen der Betten nach Einrichtungsart und Zeitraum

Einrichtungsart	2010	2011	2012	2013
Akut	792	1.205	1.360	1.506
Reha	2.926	2.904	2.869	2.788
Summe	3.718	4.109	4.229	4.294

Die Befragung repräsentiert also auch in ihrer Abschlussphase eine hohe Zahl geriatrischer Betten.

2.5.3 Fallzahlen

In folgender Tab. 8 sind die Summen der Fallzahlen nach Zeitraum dargestellt. Zum Vergleich werden die Zahlen aus den ersten Befragungen dargestellt.

Tab. 8: Summe der durchschnittlichen Fallzahlen pro Monat (querschnittliche Betrachtung)

Einrichtungsart	2010	1-5/2012	7-12/2012	1-6/2013	7-12/2013
Akut (§109)	685,6	1.345	1.034,4	1.568,3	1.720,3
Reha (§111)	1.711,9	2.120	2.422,8	2.418,8	2.522,2

In beiden Behandlungsarten ist eine Steigerung der Fallzahlen sowohl im ersten als auch im zweiten Halbjahr 2013 zu beobachten.

Hier bieten sich längsschnittliche Analysen an, weil bei querschnittlicher Betrachtung unklar bleibt, welchen Einfluss die unterschiedliche Zusammensetzung der teilnehmenden Zentren ausübt (vgl. Tab. 9).

Tab. 9: Summe der durchschnittlichen Fallzahlen pro Monat - nur Zentren mit Angaben aus der zweiten und dritten Befragung (längsschnittliche Betrachtung)

Einrichtungsart	7-12/2012	1-6/2013	7-12/2013
Akut (§109)	793,0	1.010,0	1.093,8
Reha (§111)	1.822,8	1.755,8	1.774,8

Insgesamt ergibt sich für die akutgeriatrischen Einrichtungen ein kontinuierliches Anwachsen der Fallzahlen seit 2010, welches im Jahr 2013 an Dynamik verliert. Bei den teilnehmenden geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen zeigt sich seit 2012 kein eindeutiger Trend in der Entwicklung der Fallzahlen.

Aus den Daten der Krankenhausstatistik, die vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege freundlicherweise zur Verfügung gestellt wurden, ergibt sich

eine weitere Vergleichsmöglichkeit, wenn auch die Daten für die geriatrische Rehabilitation des Jahres 2013 noch nicht vorliegen (Tab. 10).

Tab. 10: Monatliche Fallzahlen der Krankenhausstatistik nach Behandlungsart und Jahr

Einrichtungstyp	2010	2011	2012	2013
Akut (§109)	1.117,8	1.811,8	2.322,3	2.309,1
Reha (§111)	3.307,8	3.397,8	3.411,1	--

Anmerkung: Angaben des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege aus der Krankenhausstatistik, Daten der geriatrischen Rehabilitation für 2013 liegen noch nicht vor

Während die monatlichen Fallzahlen laut Befragung als noch leicht ansteigend beschrieben werden, werden diese von 2012 auf 2013 in der Krankenhausstatistik als praktisch gleichbleibend ausgewiesen. Diese Unstimmigkeit hat ihren Grund darin, dass die vorliegende Untersuchung lediglich 60% der Kliniken, gemessen an den Fallzahlen im Akutbereich sogar 73,9% abdeckt, aber eben keine Totalerhebung darstellt.

2.5.4 Berechnungstage

Die Berechnungstage wurden aufgrund der Vorgaben der Arbeitsgruppe lediglich für die rehabilitative Behandlung nach §111 erhoben (vgl. Tab. 11).

Tab. 11: Auf den Monat bezogene durchschnittliche Berechnungstage

Berechnungstage	2010	1-5/2012	7-12/2012	1-6/2013	7-12/2013
Reha (§111)	1.038,7	1.200,1	1.205,3	1277,4	1.329,5

Auch hier gilt die bereits gemachte Anmerkung bezüglich der Problematik der Vergleichbarkeit der Daten, weil nicht zu ermitteln ist, welche Teilnehmer konkret an der ersten Befragung teilnahmen. In der folgenden Aufstellung Tab. 12 gehen deshalb nur Zentren ein, die sowohl in der zweiten als auch in der dritten Befragung teilnahmen. Im Ergebnis zeigt sich ein ähnliches Bild, wonach die Berechnungstage zum zweiten Halbjahr 2013 eher zunehmen.

Tab. 12: Auf den Monat bezogene durchschnittliche Berechnungstage -- nur Zentren mit Angaben aus der zweiten und dritten Befragung (längsschnittliche Betrachtung)

Berechnungstage	7-12/2012	1-6/2013	7-12/2013
Reha (§111)	1.279,73	1.315,6	1.328,3

2.5.5 Verweildauer

Die Verweildauern beider Beobachtungszeiträume werden nachfolgend dargestellt (vgl. Abb. 3 und Tab. 13).

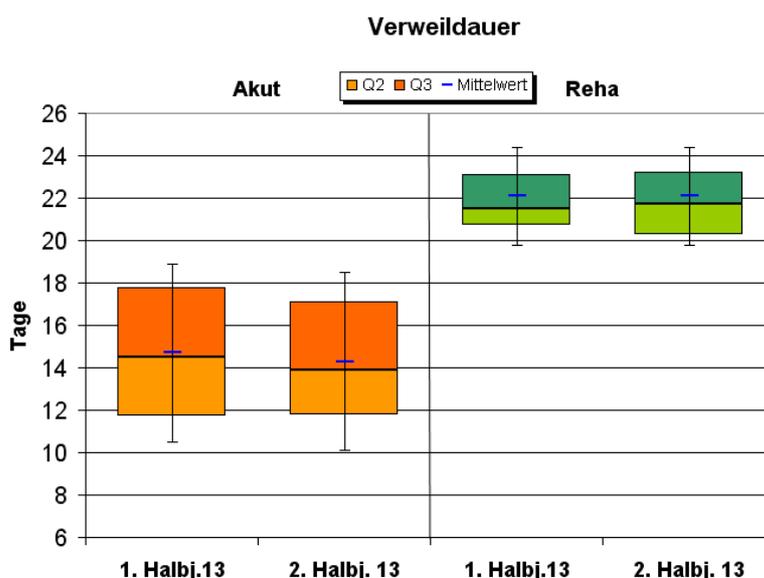


Abb. 3: Verweildauern nach Einrichtungsart

Anmerkung: Q2 bezeichnet den Bereich zwischen Erreichen des ersten Quartils (25 %) und des zweiten Quartils (50 % = Median). Q3 bezeichnet den Bereich zwischen Erreichen des zweiten Quartils (50%= Median) und dem Erreichen des dritten Quartils (75 %). Danach repräsentierten Q2 und Q3 zusammen 50 % der Stichprobe. Dies gilt auch für alle weiteren ähnlichen Darstellungen.

Tab. 13: Kenngrößen der Verweildauern nach Beobachtungszeitraum und Einrichtungsart

Kenngröße Verweildauer	Akut		Reha	
	1-6/2013	7-12/2013	1-6/2013	7-12/2013
Mittelwert	14,7	14,3	22,1	22,1
Standardabweichung	4,2	4,2	2,3	2,3
erstes Quartil	11,7	11,8	20,7	20,3
Median (zweites Quartil)	14,5	13,9	21,5	21,7
drittes Quartil	17,8	17,1	23,1	23,2
N	32	33	39	39

Weiterhin unterscheiden sich die Verweildauern zwischen der akutgeriatrischen Behandlung und der geriatrischen Rehabilitation deutlich. Wie bereits in den zuvor erfolgten Befragungen, weisen die Patienten der akutgeriatrischen Behandlungseinheiten eine höhere Streuung auf. Zwischen dem ersten und zweiten Halbjahr 2013 verändern sich die zentralen Kennwerte praktisch nicht, was besonders beim Blick auf Tab. 13 deutlich wird.

2.5.6 Auslastung absolut

Im Jahr 2013 zeigen sich die Angaben der Einrichtungen bezüglich ihrer Auslastung fast identisch. Median und Mittelwert liegen insgesamt im Bereich um 90 %, die akutgeriatrischen Einrichtungen weisen nur noch eine geringfügig erhöhte Streuung auf. Zwischen dem ersten und dem zweiten Halbjahr ergeben sich für beide Behandlungsarten insgesamt stabile Werte.

In Abb. 4 sowie in Tab. 14 sind die von den Kliniken angegebenen Auskünfte zur Auslastung dargestellt.

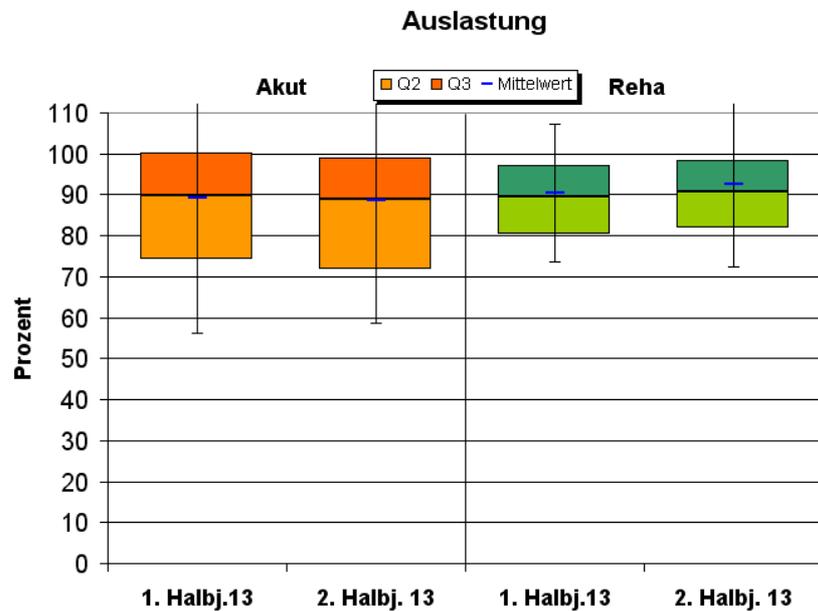


Abb. 4: Auslastung nach Beobachtungszeitraum und Einrichtungart

Tab. 14: Kenngrößen der Auslastung nach Beobachtungszeitraum und Einrichtungart

Kenngröße Auslastung	Akut		Reha	
	1-6/2013	7-12/2013	1-6/2013	7-12/2013
Mittelwert	89,3	88,7	90,4	92,5
Standardabweichung	33,0	29,9	16,9	20,1
erstes Quartil	74,3	71,7	80,3	82,0
Median (zweites Quartil)	89,7	89,0	89,5	90,8
drittes Quartil	100,2	99,0	97,2	98,3
N	30	31	37	38

Bei der Betrachtung im längsschnittlichen Verlauf - also nur Zentren, die sowohl in an der zweiten als auch an der dritten Befragung teilnahmen - ergibt sich in den geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen ein ebenfalls stabiles Bild. Allerdings liegt das Niveau der Auslastung im Jahr 2013 leicht unterhalb der Akutgeriatrie (vgl. Abb. 5).

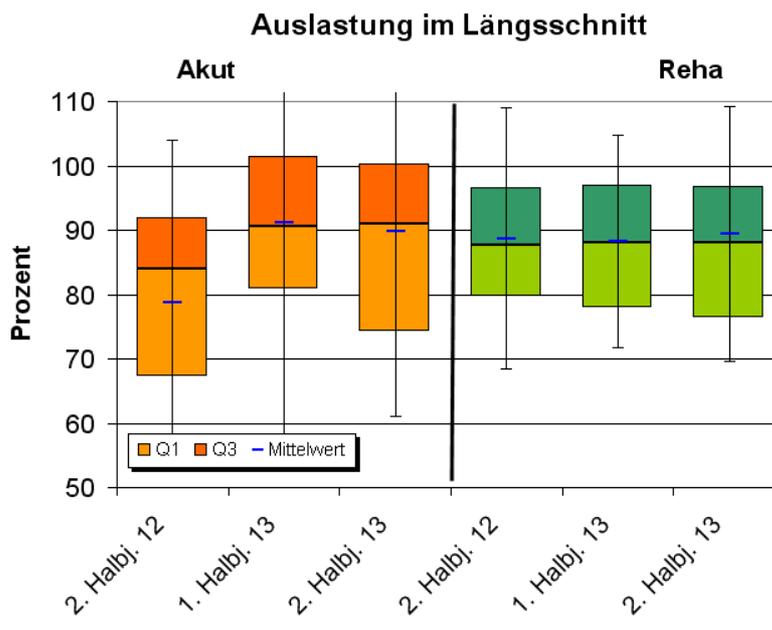


Abb. 5: Angaben der Einrichtungen zu ihrer Auslastung im Längsschnitt

Um einen Eindruck über die Verteilung der Angaben zu gewinnen, wurde in der folgenden Abb. 6 eine Kategorisierung der Zahlen für das 2. Halbjahr 2013 vorgenommen.

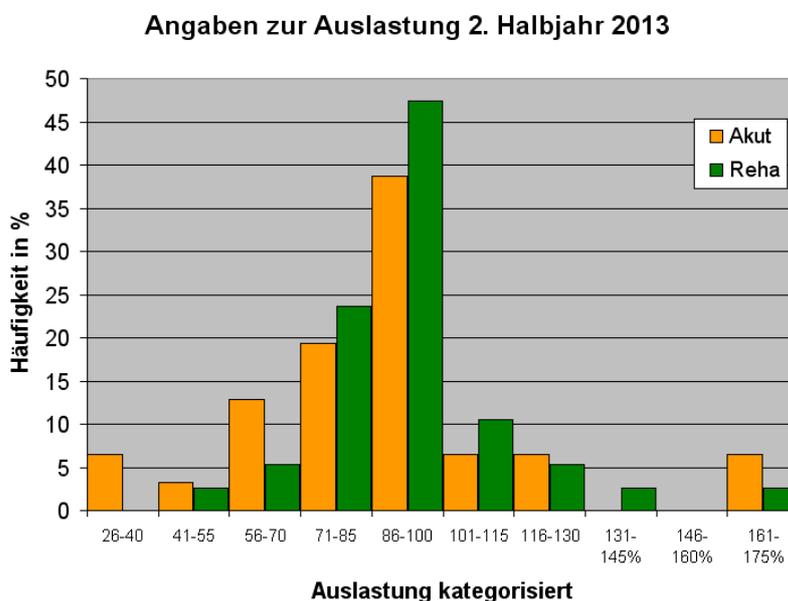


Abb. 6: Angaben zur Auslastung zum 2. Halbjahr 2013 kategorisiert nach Behandlungsart

Die Angaben beider Einrichtungsarten unterscheiden sich weiterhin deutlich, wobei bemerkenswert ist, dass sowohl eine Abteilung für geriatrische Rehabilitation als auch zwei Akutgeriatrien über eine Auslastung von über 160 % berichten.

Hierbei wird in der Aufstellung keine Gewichtung nach der Einrichtungsgröße vorgenommen. Jedes Zentrum geht zudem lediglich mit seiner Mittelwertsangabe ein, Informationen über Schwankungen der Auslastung im Einzelfall sind darin nicht enthalten.

2.5.7 Auslastung – Angaben zur Veränderung gegenüber dem ersten Halbjahr 2013

Angaben zur Veränderung der Auslastung jeweils gegenüber dem vorhergehenden Halbjahr wurden unabhängig bislang gemachter Angaben erhoben und ausgewertet (vgl. Tab. 15).

Tab. 15: Veränderung der Auslastung gegenüber dem jeweilig vorhergehenden Halbjahr nach Behandlungsart

	Akut		Reha	
	1-6/2013	7-12/2013	1-6/2013	7-12/2013
Mittelwert	15,9	-0,8	0,1	2,0
Standardabweichung	25,5	16,5	6,8	7,2
erstes Quartil	-0,1	-8,5	-3,0	-0,8
Median (zweites Quartil)	9,2	0	0,1	1,8
drittes Quartil	27,7	3,2	3,3	5,0
Minimum	-10,0	-47,3	-16,5	-15,8
Maximum	95,8	33,4	16,0	23,9
N	20	27	34	37

Während im ersten Halbjahr 2013 noch über eine deutliche Zunahme der Auslastung in der Akutgeriatrie berichtet wird, verändert sich diese im zweiten Halbjahr kaum. In den geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen errechnet sich im zweiten Halbjahr im Mittel ein leichter Zuwachs von 2 %, die Streuungsparameter sind gegenüber den akutgeriatrischen Einrichtungen kleiner.

Eine akutgeriatrische Klinik berichtete über ein Absinken der Auslastung um 47,3 %. Diese Angabe war jedoch auf eine Verdoppelung der Bettenzahl zurückzuführen, nachdem zuvor eine Auslastung von weit über 100 % bestanden hatte.

Zum zweiten Halbjahr 2013 berichten 75,7 % der befragten geriatrischen Rehabilitationsreinrichtung über eine gleichbleibende oder zunehmende Auslastung. Hier scheint gegenüber den vorherigen Erhebungszeiträumen eine Konsolidierung stattgefunden zu haben.

2.5.8 Barthel-Index

2.5.8.1 Barthel-Index bei Aufnahme

Bei der Betrachtung der Barthelsummen am Beginn der geriatrischen Behandlung in Tab. 16 und Abb. 7 lässt sich ein leichtes Ansteigen der Punkte im Mittel (1,9 Punkte)

und im Median (1,1 Punkte) im Bereich der akutgeriatrischen Einheiten feststellen. Keine Veränderung berichten hingegen die geriatrischen Rehabilitationszentren.

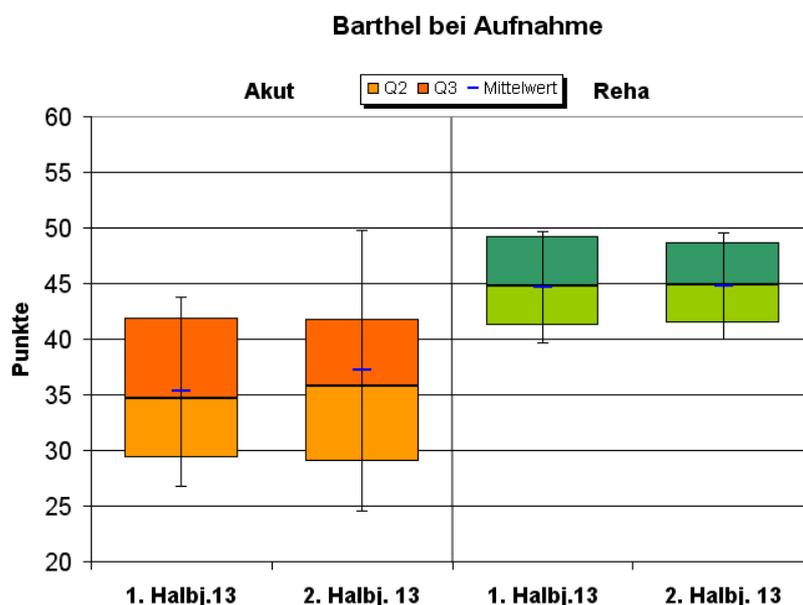


Abb. 7: Barthelsummen bei Aufnahme nach Einrichtungsart und Beobachtungszeitraum

Tab. 16: Barthelsummen zum Aufnahmezeitpunkt nach Bezugszeitraum und Einrichtungsart

Kenngröße	Akut		Reha	
	1-6/2013	7-12/2013	1-6/2013	7-12/2013
Mittelwert	35,3	37,2	44,7	44,8
Standardabweichung	8,5	12,6	5,0	4,8
erstes Quartil	29,3	29,0	41,2	41,5
Median (zweites Quartil)	34,7	35,8	44,8	44,9
drittes Quartil	41,9	41,8	49,2	48,7
N	24	26	37	37

Der bislang mehrfach beobachtete deutliche Unterschied in der Selbsthilfefähigkeit bei Aufnahme zwischen den beiden Behandlungsarten bleibt weiterhin bestehen, die Quartile überschneiden sich praktisch nicht.

2.5.8.2 Barthel-Index bei Entlassung

Bedingt durch die unterschiedlichen Verweildauern akzentuieren sich die Unterschiede zum Entlassungszeitpunkt noch mehr (Abb. 8 und Tab. 17).

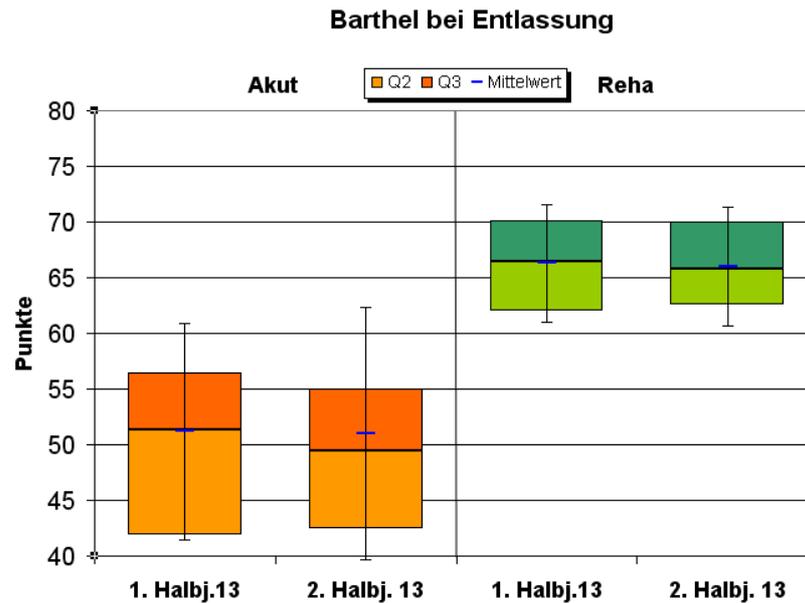


Abb. 8: Barthelsummen bei Entlassung nach Einrichtungsart und Beobachtungszeitraum

Tab. 17: Barthelsummen zum Entlassungszeitpunkt nach Beobachtungszeitraum und Einrichtungsart

Kenngröße Verweildauer	Akut		Reha	
	1-6/2013	7-12/2013	1-6/2013	7-12/2013
Mittelwert	51,2	51,0	66,3	66,0
Standardabweichung	9,7	11,3	5,3	5,3
erstes Quartil	41,9	42,4	62,0	62,6
Median (zweites Quartil)	51,3	49,4	66,4	65,8
drittes Quartil	56,5	55,0	70,1	70,0
N	23	25	37	37

2.5.8.3 Delta-Barthel (E-A)

Patienten aus den Akutgeriatrien verbessern sich im Mittel um rund 16 Punkte. Für beide Behandlungsarten lassen sich zwischen den Halbjahren kaum Veränderungen feststellen, die Veränderung des Mittelwerts beträgt maximal 0,2 Punkte, des Medians 0,9 Punkte (Abb. 9 und Tab. 18).

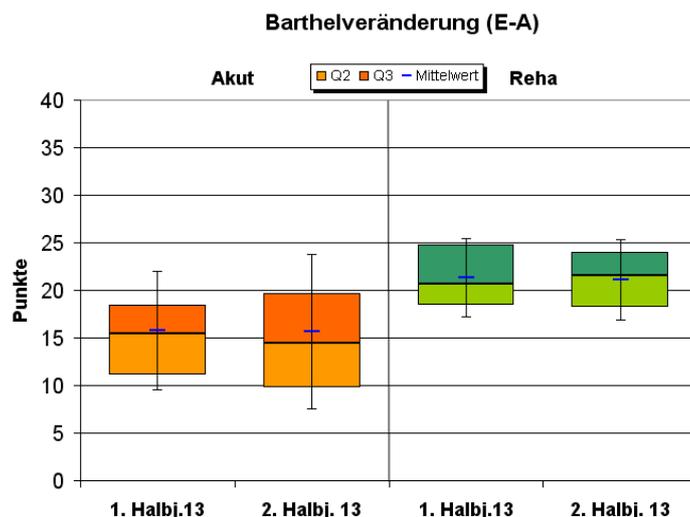


Abb. 9: Veränderung der Barthelsummen während der Behandlung nach Einrichtung und Beobachtungszeitraum

Tab. 18: Veränderung der Barthelsummen während der geriatrischen Behandlung nach Beobachtungszeitraum und Einrichtung

Kenngröße	Akut		Reha	
	1-6/2013	7-12/2013	1-6/2013	7-12/2013
Mittelwert	15,8	15,7	21,3	21,1
Standardabweichung	6,2	8,1	4,1	4,2
erstes Quartil	11,1	9,8	18,5	18,2
Median (zweites Quartil)	15,4	14,5	20,7	21,6
drittes Quartil	18,4	19,7	24,8	24,0
N	23	25	36	36

2.5.9 Zugangswege

Auch dieses Mal hatten einzelne Einrichtungen Schwierigkeiten bei den Angaben zu den Zugangswegen.

Die Berechnung einer Kontrollsumme aller entsprechenden Items ergab in Einzelfällen deutliche Abweichungen von den eigentlich zu erwartenden 100 %.

Nach Durchsicht der Eingaben wiesen vor allem drei Zentren sehr deutliche Inkonsistenzen auf, die deshalb von der Analyse dieses Items aufgeschossen wurden. Die ermittelten Häufigkeiten sind in Tab. 19 aufgelistet.

Weitere Korrekturen unterblieben, da die Gründe für das Zustandekommen der Inkonsistenzen aus den Fragebögen nicht ableitbar waren.

Tab. 19: Zugangswege nach Beobachtungszeitraum und Einrichtungsart*

Zugangswege	Akut		Reha	
	1-6/2013	7-12/2013	1-6/2013	7-12/2013
Einweisung durch e. Arzt	33,4 %	33,5 %	4,4 %	5,1 %
Notfall	32,1 %	30,4 %	0,0 %	0,0 %
Akutkrankenhaus	28,0 %	28,3 %	89,5 %	89,0 %
Rehabilitationseinrichtung	3,0 %	2,2 %	0,3 %	1,1 %
Kooperierendes Krankenh.	2,8 %	2,2 %	5,8 %	5,6 %

* Drei Zentren mussten wegen grober Inkonsistenzen der Angaben von der Analyse ausgeschlossen werden.

Die Häufigkeiten zur Kategorie „kooperierendes Krankenhaus“ sind nur von begrenzter Aussagekraft, da dieses Item in GERIDOC nicht erfasst ist. Soweit die Auswerterroutine von GERIDOC verwendet wurde, konnten die entsprechenden Häufigkeiten nicht ermittelt werden. Es mussten ergänzende Informationsquellen herangezogen werden. Inwieweit dies auch geschah, kann nicht beurteilt werden.

2.5.10 Entlassungspfade

Analog sind die Wege der direkten Entlassung aus der Behandlung als unterschiedlich zu bezeichnen (vgl. Tab. 20). Auch hier musste eine Einrichtung von der Auswertung ausgeschlossen werden.

Tab. 20: Entlassungspfade nach Beobachtungszeitraum und Einrichtungsart

Entlassungspfade	Akut		Reha	
	1-6/2013	7-12/2013	1-6/2013	7-12/2013
Nach Hause	53,5 %	54,7 %	71,7 %	70,0 %
(anderes) Akutkrankenhaus	4,2 %	3,9 %	7,9 %	6,8 %
Interne Verlegung	3,6 %	3,9 %	4,4 %	4,0 %
Rehabilitationseinrichtung	14,8 %	14,2 %	0,1 %	0,2 %
Pflegeeinrichtung	13,9 %	14,0 %	13,5 %	13,8 %
Sonstiges ^{*1}	10,3 %	9,7 %	3,1 %	5,2 %

*1: Sonstiges: Neben Gründen ist hier auch das Versterben (Schlüsselnummer 07) enthalten.

Auch hier wiederholt sich die bereits während der vorhergehenden Befragungen gemachte Beobachtung deutlicher Zentrumsunterschiede mit bis zu 25 % in den Häufigkeitsangaben. Bei diesem Items zeigt sich, dass auch bei der Erfassung von vermeintlichen Routineparametern erhebliche Inhomogenitäten vorhanden sein können.

Zwischen den Halbjahren zeichnen sich für beide Behandlungsarten kaum Veränderungen ab. Patienten aus Akutgeriatrien gehen häufiger direkt nach Hause, dies wird durch Verlegungen in Rehabilitationseinrichtungen weitgehend ausgeglichen. Die höheren Werte in der Akutgeriatrie gegenüber der geriatrischen Rehabilitation im Punkt „Sonstiges“ könnten damit zusammenhängen, dass sich hierunter auch Todesfälle verbergen.

2.5.11 Angaben zu Kooperationen

Der Frage nach der Art der Kooperationen wurde im Fragebogen nicht, wie die zuvor untersuchten Items, auf definierte Zeiträume bezogen sondern auf den aktuellen Stand. Die Antworten der Einrichtungen sind in Tab. 21 gesamt und getrennt nach Behandlungsform darstellt. Zusätzlich wird eine Unterscheidung danach getroffen, welche Behandlungsform überhaupt vorgehalten wird.

Tab. 21: Art und Häufigkeit der Kooperation zwischen Akut- und Rehabilitationseinrichtungen insgesamt und nach Art der Einrichtung

Art d. Kooperation	Gesamt	Einrichtungstyp		
		§109	§111	beides
Apotheke	74,5 %	75,0 %	52,9 %	100,0 %
Fortbildung	73,9 %	88,2 %	33,3 %	100,0 %
Einkauf von Waren / Dienstleistungen	75,0 %	75,0 %	50,0 %	100,0 %
Mitarbeiteraustausch	73,3 %	68,8 %	53,3 %	100,0 %
Hausärzte	43,2 %	40,0 %	20,0 %	71,4 %
Fachärzte	58,7 %	52,9 %	40,0 %	85,7 %
Sonstiges	50,0 %	90,0 %	0,0 %	63,6 %
N	73	22	25	14

Plausiblerweise fällt es eigenständigen Fachkliniken - also Kliniken, die ausschließlich geriatrische Rehabilitation nach § 111 SGB V vorhalten - schwerer, Kooperationen zu anderen Einrichtungen aufzubauen. Immerhin gelingt mindestens der Hälfte eine Kooperation im Bereich Apotheke oder Einkauf von Waren / Dienstleistungen. Am schwersten scheint hier eine Kooperation im Bereich der Fortbildung zu fallen. Akutgeriatrische Einrichtungen können in der Regel auf vielfältigere Organisationsstrukturen zurückgreifen, weshalb Kooperationen zu geriatrischen Rehabilitationen leichter unterhalten werden können. Naturgemäß berichten Einrichtungen, die beide Behandlungsarten vorhalten, über eine enge Kooperation im Bereich Geriatrie. Häufig stehen die Abteilungen dort unter gleicher ärztlicher Leistung und die Patienten werden häufig aus dem gleichen Therapeutenpool versorgt.

Unter „Sonstiges“ wurde genannt (konkrete Nennungen wurden durch XXX ersetzt):

- Neueröffnung 1. Akutgeriatrie (in XXX) im Klinikum XXX Landkreis XXX
- Labor
- alle anderen Berufsgruppen und Abteilungen, welche oben nicht genannt wurden
- durch die räumliche Nähe sehr enge Zusammenarbeit auf allen Ebenen
- neurologischer Konsiliardienst
- Dialyseabteilung Klinikum XXX und FK XXX
- ärztl. Leitung
- beide Einrichtungen werden in einer Klinik betrieben
- Überleitung Akutger. -> ger. Reha
- Verlegungen Akutger. in ger. Reha
- Weiterbildung Geriatrie -> Mitarbeiteraustausch vertraglich geregelt, fand aber noch nicht statt
- Doppelbeschäftigung CA und alle Logopäden
- Gründung eines ger. Zentrums XXX
- Reha-Verträge

- Psychiatrie, Gerontopsychiatrie, Logopädie, Neurologie, Ergo, Sozialdienste jeweils im Hause am Campus (Umkreis 100m)
- Kooperation mit benachbarten Akutgeriatrien
- Palliativversorgung, SAPV

Insgesamt präsentieren sich also die geriatrischen Einrichtungen in Bayern erfreulicherweise gut vernetzt mit einem hohen Maß an differenzierten Kooperationen.

2.5.12 Abschließende Bemerkungen zur aktuellen Situation

Auch diesmal wurde den Einrichtungen die Möglichkeit gegeben, freitextliche Bemerkungen zur aktuellen Situation abzugeben.

Die Antworten wurden wieder in Kategorien aufgeteilt. Da auch andere Inhalte thematisiert wurden, erfolgte eine Anpassung der Kategorien. Damit sind sie mit den vorhergehenden Einteilungen nicht mehr völlig identisch.

Eine Aufstellung aller Antworten und ihre Zuordnung zu Kategorien ist dem Anhang zu entnehmen.

2.5.12.1 Bemerkungen zur Situation in der Akutgeriatrie

Insgesamt 24 akutgeriatrische Zentren machten Bemerkungen zur aktuellen Situation, die 26 Kategorien zugeordnet wurden (Tab. 22 und Abb. 10).

Tab. 22: Grobe Kategorisierung der Bemerkungen zur Situation in der Akutgeriatrie

Kategorie	Anz.	Beispiel
Positiv	7	Zunehmende Akzeptanz in der Bevölkerung und bei den Hausärzten
Ausbau	6	Ab 1.3.2013 Erhöhung der aufgestellten Betten von 16 auf 22
Formal	6	akutger. Behandlungseinheit seit 1/2013 im Aufbau
Kritik	4	Abteilungsgröße (24 Betten) als eigenständige Einheit zu knapp
G-Praxis	3	Prüfungen teilweise sehr geriatriefern (stark von Personen abhängig)

Anmerkung: Mehrfachnennungen waren möglich; die Darstellung ist nach Häufigkeit geordnet.

Am häufigsten wurden positive Aspekte der Situation hervorgehoben. Hier wurde von einer zunehmenden Akzeptanz und zufriedenzustellenden Entwicklung berichtet. Von dem Vorhaben, die Abteilung auszubauen, wurde am zweithäufigsten berichtet. Auch dies spricht für eine breite Akzeptanz der akutgeriatrischen Abteilungen.

Kritische Äußerungen bezogen sich darauf, dass Kurzlieger mit weniger als 14 Tagen Verweildauer einen hohen Verbrauch an Ressourcen mit sich bringen, der sich auf der Ertragsseite nicht abbildet. Dieser Aspekt wurde gleichlautend von zwei Abteilungen genannt. Ferner wurde die Abteilung als zu klein bezeichnet, um als eigenständige Abteilung bestehen zu können. Enthalten in dieser Kategorie ist auch ein

Bericht über einen Mangel an Pflegepersonal, der zu einer Reduktion der Behandlungskapazität geführt habe.

Probleme mit der Genehmigungspraxis wurden noch in drei Fällen genannt. Günstigenfalls könnte dies bedeuten, dass hier eine Konsensbildung stattgefunden hat, aber auch ein reiner Gewöhnungseffekt kann nicht ausgeschlossen werden.

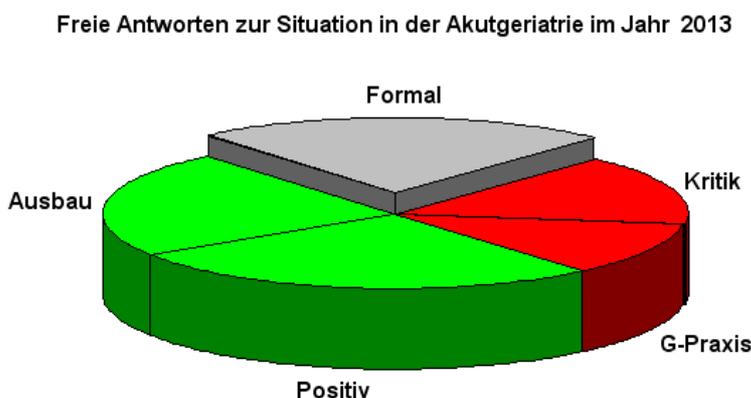


Abb. 10: Zusammengefasste Darstellung der freien Antworten zur Situation in der Akutgeriatrie

2.5.12.2 Bemerkungen zur Situation in der geriatrischen Rehabilitation

26 Einrichtungen äußerten sich zur Situation in der geriatrischen Rehabilitation, wobei sich diese in 30 Kategorien einordnen ließen (vgl. Tab. 23).

Tab. 23: Kategorisierung der Bemerkungen zur Situation in der geriatrischen Rehabilitation

Kategorie	Anz.	Beispiel
Stabilität	8	Stabile Situation
Pat.schwere	5	Anteil der Schwerbetroffenen bei Aufnahme mit niedriger Barthel-Punktezahl (0-30) nimmt zu
Belegung	5	Schließung der Einrichtung zum 31.03.2014
Positiv	4	Anstieg Pat.anzahl und Auslastung im 2. HJ 2013
Kostendruck	3	Vergütung nach wie vor völlig unzureichend, alles, was irgendwie geht, machen wir im Akutbereich
Formal	3	Aufgrund von Umbaumaßnahmen im gesamten Jahr 2013 verkleinerte Bettenkapazität
Sonstiges	2	Reduktion der zu belegenden geriatr. Rehabetten seit Mitte Dezember 2013 (wegen Mangel Pflegepersonal u.a.) Wie bei letzter Auswertung weiterhin Pat. mit primärem Ger.-Antrag von Kasse für orthopäd. AHB genehmigt -> Switchanträge durch uns, hoher Zeitaufwand für Formalitäten....

Anmerkung: Mehrfachnennungen waren möglich, die Darstellung ist nach Häufigkeit geordnet.

Zwar berichtete auch dieses Mal ein nennenswerter Teil der Befragten eine positive oder zumindest stabile Entwicklung, in etwas über der Hälfte wurde allerdings auch auf kritische Aspekte hingewiesen.

Dabei wird eine eher noch zunehmende Schwere der Erkrankungen genannt, daneben über eine sinkende Belegungskapazität berichtet.

Auch die beiden unter „Sonstiges“ subsumierten Äußerungen beziehen sich auf ungünstige Entwicklungen. Sie bezogen sich auf Probleme mit der Genehmigungspraxis und einem Mangel an Pflegepersonal (vgl. Abb. 11).

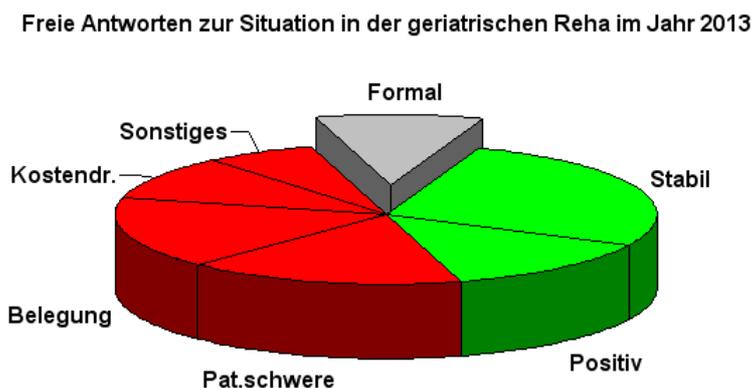


Abb. 11: Zusammengefasste Darstellung der freien Antworten zur Situation in der geriatrischen Rehabilitation

3. Auswertung GIB-DAT

Für die Auswertung aus der GiB-DAT-Datenbank wurden den Fällen aus dem Zeitraum 2010 bis 2012, die bereits im Rahmen der zweiten Befragung analysiert wurden, 35.259 Fälle aus 59 geriatrischen Rehabilitationszentren und 13.687 Fälle aus 27 akutgeriatrischen Zentren hinzugefügt.

Um die Vergleichbarkeit mit den Befragungsdaten zu erleichtern, wurden die Daten aus 2012 und 2013 jeweils in Halbjahre unterteilt. Tab. 24 gibt Auskunft über die Fallzahlen.

Tab. 24: Fallzahlen aus Gib-DAT nach Behandlungsart und Auswertungszeitraum

Zeitraum	Akut	Reha
2010	3.738	34.678
2011	7.703	35.508
1. Halbjahr 2012	5.091	18.173
2. Halbjahr 2012	6.041	18.368
1. Halbjahr 2013	7.307	18.175
2. Halbjahr 2013	6.380	17.084

3.1 Verweildauer

Die Angaben zur Verweildauer aus der GiB-DAT-Datenbank bestätigten die Angaben aus der Befragung. Auch diesmal sind die Streuungen aus GiB-DAT erheblich höher, weiterhin streuen die Patienten der Akutgeriatrie in ihrer Verweildauer besonders hoch (Abb. 12 und Tab. 25).

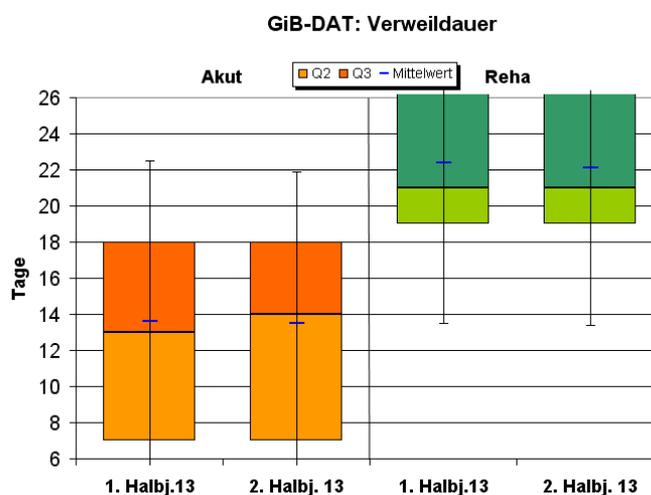


Abb. 12: Verweildauern nach Einrichtungsart und Beobachtungszeitraum aus der GiB-DAT-Datenbank

Tab. 25: Kenngrößen der Verweildauern nach Bezugszeitraum und Einrichtungsart aus der GiB-DAT-Datenbank

Kenngröße Verweildauer	Akut		Reha	
	1-6/2013	7-12/2013	1-6/2013	7-12/2013
Mittelwert	13,6	13,5	22,4	22,1
Standardabweichung	8,9	8,4	8,9	8,7
erstes Quartil	7,0	7,0	19,0	19,0
Median (zweites Quartil)	13,0	14,0	21,0	21,0
drittes Quartil	18,0	18,0	27,0	27,0
N	7.307	6.380	18.175	17.084

Weiterhin unterscheiden sich die Verweildauern zwischen den Behandlungsarten deutlich. In der Akutgeriatrie sind vor allem kurze Verweildauern sehr häufig (vgl. Abb. 13). Über ein Viertel der Patienten (27,0 %) werden innerhalb der ersten 7 Tage entlassen, 12,9 % bleiben nicht länger als 4 Tage. Eine Darstellung der Verweildauern nach Tagen ist in Abb. 13 zu finden.

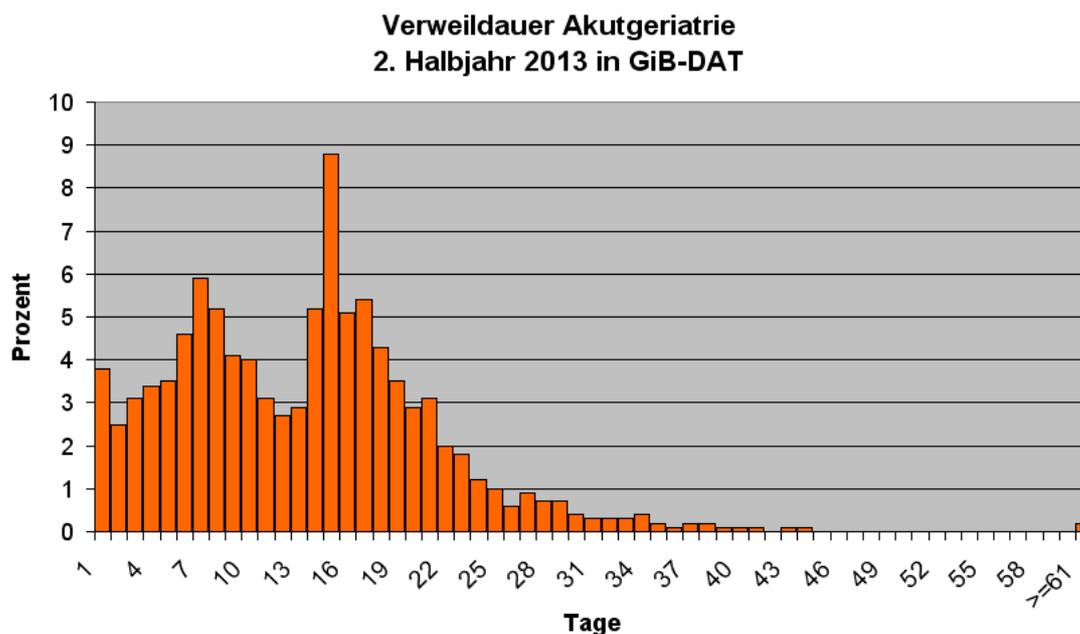


Abb. 13: Verweildauern nach Tagen bei akutgeriatrischer Behandlung 2. Halbjahr 2013 aus der GiB-DAT-Datenbank

3.2 Alter

Innerhalb der Behandlungsarten sind die Kennwerte des Alters zwischen den beiden Halbjahren praktisch deckungsgleich. Für die akutgeriatrischen Patienten ergibt sich gegenüber den Patienten der geriatrischen Rehabilitation ein gering höherer Wert von 0,7 Jahren im Mittel bzw. einem Jahr in den Quartilen (vgl. Tab. 26 und Abb. 14). Dies entspricht insgesamt den Ergebnissen, wie sie für die zweite Befragung bereits ermittelt wurden.

Tab. 26: Alter der Patienten in GiB-DAT nach Behandlungsart im Jahr 2013

Kenngröße Alter	Akut		Reha	
	1-6/2013	7-12/2013	1-6/2013	7-12/2013
Mittelwert	82,0	82,3	81,3	81,4
Standardabweichung	8,6	8,3	7,3	7,3
erstes Quartil	78,0	78,0	77,0	77,0
Median (zweites Quartil)	83,0	83,0	82,0	82,0
drittes Quartil	88,0	88,0	87,0	87,0
N	7.307	6.308	18.175	17.084

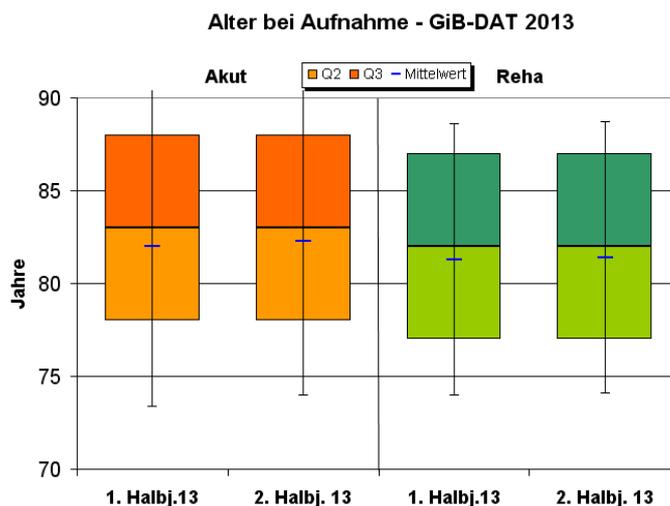


Abb. 14: Alter der Patienten in GiB-DAT nach Behandlungsart im Jahr 2013

3.3 Barthel

3.3.1 Barthel bei Aufnahme

Akutpatienten sind bei Aufnahme der Behandlung deutlich pflegebedürftiger als Patienten der geriatrischen Rehabilitation. Insbesondere der Anteil sehr schwer pflegebedürftiger Patienten ist bei ersteren hoch – 25 % der Patienten erreichen einen Barthel von maximal 15 Punkte bei Aufnahme (Abb. 15 und Tab. 27)!

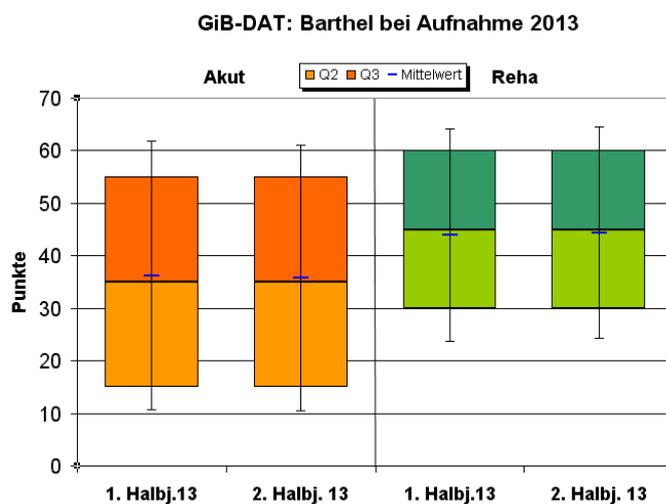


Abb. 15: Barthelsummen bei Aufnahme nach Einrichtungsart und Beobachtungszeitraum aus der GiB-DAT-Datenbank

Tab. 27: Barthelsummen zum Aufnahmezeitpunkt nach Beobachtungszeitraum und Einrichtungsart aus der GiB-DAT-Datenbank

Barthel-Index b. Aufnahme	Akut		Reha	
	1-6/2013	7-12/2013	1-6/2013	7-12/2013
Mittelwert	36,2	35,8	43,9	44,4
Standardabweichung	25,6	25,3	20,2	20,1
erstes Quartil	15,0	15,0	30,0	30,0
Median (zweites Quartil)	35,0	35,0	45,0	45,0
drittes Quartil	55,0	55,0	60,0	60,0
N	6.040	5.411	17.851	16.704

Sowohl im akutgeriatrischen Bereich als auch in der geriatrischen Rehabilitation zeichnet sich zwischen dem ersten und zweiten Halbjahr keine Dynamik ab, die Kennwerte bleiben praktisch unverändert.

3.3.2 Barthel bei Entlassung

Die vorgenannten Verteilungscharakteristiken zeigten sich auch in der Betrachtung der Barthelsummenwerte bei Entlassung (vgl. Abb. 16 und Tab. 28).

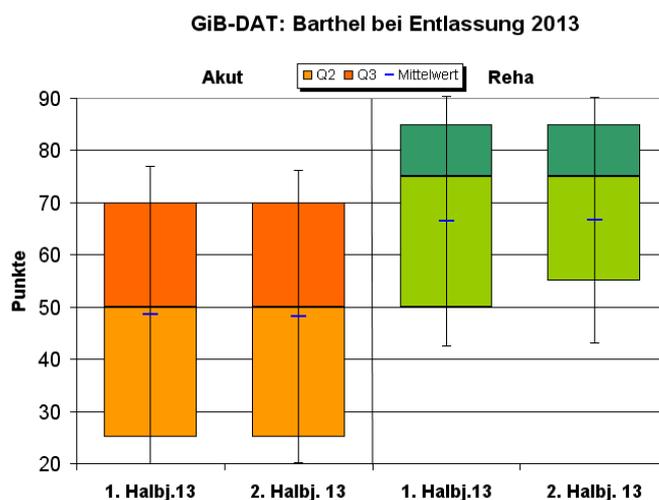


Abb. 16: Barthelsummen bei Entlassung nach Einrichtungsart und Beobachtungszeitraum aus der GiB-DAT-Datenbank

Tab. 28: Barthelsummen zum Entlassungszeitpunkt nach Beobachtungszeitraum und Einrichtungsart aus der GiB-DAT-Datenbank

Barthel-Index bei Entlassung	Akut		Reha	
	1-6/2013	7-12/2013	1-6/2013	7-12/2013
Mittelwert	48,5	48,1	66,5	66,6
Standardabweichung	28,5	28,0	23,9	23,5
erstes Quartil	25,0	25,0	50,0	55,0
Median (zweites Quartil)	50,0	50,0	75,0	75,0
drittes Quartil	70,0	70,0	85,0	85,0
N	5.480	4.955	17.214	16.163

3.3.3 Delta-Barthel (E-A)

In der Akutgeriatrie verändert sich während der Behandlung bei 25% der Patienten die Selbsthilfefähigkeit nicht, wird möglicherweise sogar schlechter (vgl. Abb. 17 und Tab. 29). Ein unveränderter Barthel schließt eine tatsächliche Verbesserung nicht aus. Sie ist dann entweder so gering, dass sie über das Instrument nicht erfasst wird oder aber die Verbesserung liegt unterhalb des Minimalwertes. So ist denkbar, dass der Patient wacher und aktiver wird, trotzdem nach den Kriterien des Barthel-Index auch bei Entlassung nur Null Punkte erreicht. Dieses Problem wird auch als Bodeneffekt bezeichnet. Analog werden Veränderungen oberhalb des Maximalwerts Deckeneffekt genannt. Die vorliegenden Daten der Akutgeriatrie lassen auf einen ausgeprägten Bodeneffekt schließen.

Aus den vorherigen Kennwerten ergibt sich, dass auch in der Barthelveränderung zwischen dem ersten und zweiten Halbjahr praktisch keine Veränderung zu sehen ist.

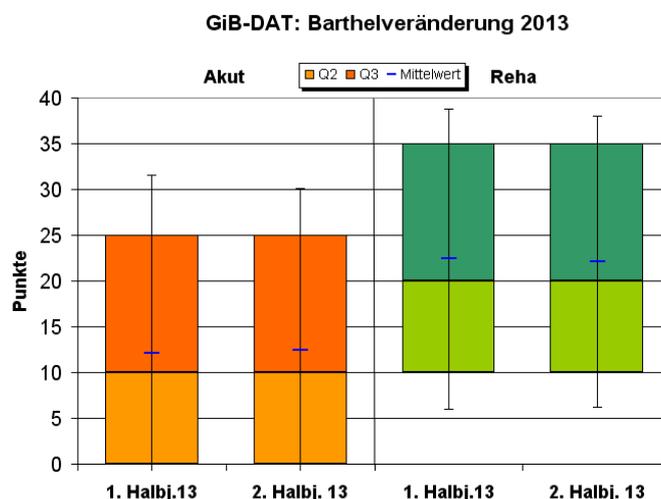


Abb. 17: Veränderung der Barthelsummen während der Behandlung nach Einrichtung und Beobachtungszeitraum aus der GiB-DAT-Datenbank

Tab. 29: Barthelveränderung während der geriatrischen Behandlung nach Beobachtungszeitraum und Einrichtungsart aus der GiB-DAT-Datenbank

Barthel-Veränderung	Akut		Reha	
	1-6/2013	7-12/2013	1-6/2013	7-12/2013
Mittelwert	12,1	12,4	22,4	22,1
Standardabweichung	19,5	17,7	16,4	15,9
erstes Quartil	0,0	0,0	10,0	10,0
Median (zweites Quartil)	10,0	10,0	20,0	20,0
drittes Quartil	25,0	25,0	35,0	35,0
N	5.369	4.865	17.070	15.988

3.4 Weitere Versorgung (Wohin)

Da sich die Untergliederung der Zugangswege und der weiteren Versorgung in der GiB-DAT-Zentrale von der in dem Fragebogen vorgenommenen Unterteilung unter-

schied, wurde im Folgenden lediglich eine Analyse der weiteren Versorgung vorgenommen.

Dabei interessierte,

- ob der Patient in ein privates Wohnumfeld wechselt,
- ob er in eine Rehabilitationseinrichtung kommt,
- ob er in eine Pflegeeinrichtung kommt,
- oder ob er verstirbt.

Entsprechend wurden die Variablen der Datenbank umcodiert, die Ergebnisse sind in Tab. 30 aufgeführt.

Tab. 30: Weitere Versorgung der Patienten gruppiert aus der GiB-DAT-Datenbank

Weitere Versorgung	Akut		Reha	
	1-6/2013	7-12/2013	1-6/2013	7-12/2013
Akutklinik	4,9	4,2	6,4	6,5
Rehabilitationseinrichtung	14,5	14,0	0,2	0,2
Privates Wohnumfeld	49,9	50,7	76,1	76,4
Pflegeeinrichtung	23,8	25,7	16,4	16,3
Verstorben	7,0	5,4	0,9	0,6
N	4.821	4.449	16.325	15.139

Anmerkung: Pflegeeinrichtung inkl. Kurzzeitpflege, privates Wohnumfeld inkl. betreutes Wohnen.

Die Daten zeigen weiterhin, dass sich die Patienten auch hinsichtlich der Entlassungsart erheblich unterscheiden. Akutgeriatrische Patienten werden nur zu rund 50 % in ein privates Wohnumfeld entlassen, zu rund 15 % werden sie in eine nachfolgende Rehabilitationseinrichtung entlassen.

3.5 Einzugsbereich

Aus den Angaben der PLZ der Patienten und der PLZ der behandelnden Einrichtungen lassen sich Luftlinien-Entfernungen berechnen. Mit ihnen kann der Einzugsbereich der Einrichtungen geschätzt werden.

Die Analyse zeigt, dass bei beiden Behandlungsformen auch im Jahr 2013 die Forderung nach Wohnortnähe grundsätzlich erfüllt wird. Jedoch ist der Einzugsbereich der akutgeriatrischen Einrichtungen besonders gering (vgl. Abb. 18 und Tab. 31).

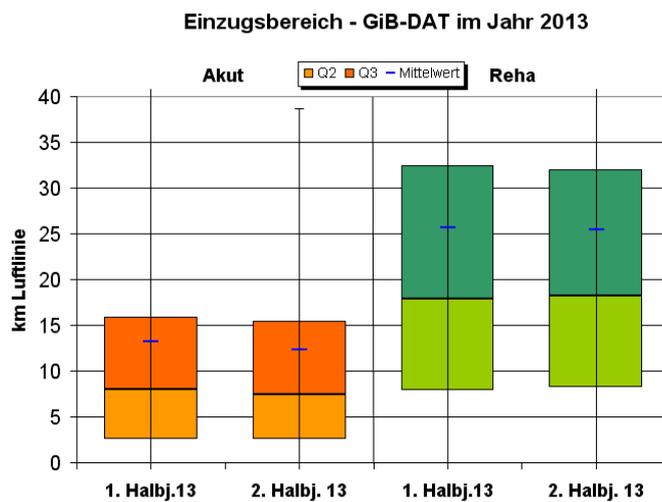


Abb. 18: Luftlinienentfernung des Patientenwohnorts und der geriatrischen Einrichtung in km nach Behandlungsart in GiB-DAT

Tab. 31: Luftlinienentfernung des Patientenwohnorts und der geriatrischen Einrichtung in km nach Behandlungsart in GiB-DAT

Einzugsbereich km	Akut		Reha	
	1-6/2013	7-12/2013	1-6/2013	7-12/2013
Mittelwert	13,2	12,3	25,7	25,5
Standardabw.	29,8	26,4	35,1	34,1
erstes Quartil	2,6	2,6	7,9	8,2
Median (zweites Quartil)	8,0	7,5	17,9	18,2
drittes Quartil	15,9	15,4	32,4	32,0
N	7.290	6.364	17.278	16.358

Der große Unterschied zwischen Mittelwert und Median deutet auf eine asymmetrische Verteilung hin. Dies liegt an Patienten mit sehr großen Entfernungen zwischen Wohnort und Klinik. In der Regel sind verwandtschaftliche oder familiäre Gründe für solch große Entfernungen ausschlaggebend. Sie begeben sich nahe von Verwandten in medizinische Behandlung, während der gemeldete Wohnort (noch) weiter entfernt liegt. Der Median als zentraler Kennwert der Verteilung ist gegenüber solchen Ausreißern unempfindlicher und in diesem Fall bevorzugt zu betrachten. Ähnliche Ergebnisse hatten sich bereits für das zweite Halbjahr 2012 ergeben.

3.6 Vergleich GiB-DAT und Ergebnisse der Befragung

Ein Vergleich der ermittelten Zahlen aus der GiB-DAT-Datenbank und den Befragungsdaten wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit lediglich für das zweite Halbjahr 2013 durchgeführt.

Aus den Werten in Tab. 32 ergibt sich eine recht hohe Übereinstimmung, vor allem im Bereich der geriatrischen Rehabilitation.

Tab. 32: Vergleich von Angaben aus der Befragung und den Informationen aus GiB-DAT nach Behandlungsart (jeweils Mittelwerte) im zweiten Halbjahr 2013

MITTELWERTE Item	Akut		Reha	
	Befragung	GiB-DAT	Befragung	GiB-DAT
Verweildauer	14,3	13,5	22,1	22,1
BIA	37,2	35,8	44,8	44,4
BIE	51,0	48,1	66,0	66,6
BI E-A	15,7	12,4	21,1	22,1

Die befragten akutgeriatrischen Einrichtungen gaben etwas höhere Barthel-Werte an, als sich dies in GiB-DAT widerspiegelt.

Diese Differenz erklärt sich nur zu einem Teil aus überraschenden Einzelangaben. So gab eine Einrichtung an, im Durchschnitt innerhalb von 8 Tagen eine Barthelveränderung von 40 Punkten zu bewirken! Da die GiB-DAT-Daten auf Einzelfällen beruhen, sind diese gegenüber solchen Ausreißern unempfindlicher, wobei die genannte Einrichtung kein Teilnehmer an dem Projekt ist.

Wie bereits in den vergangenen Erhebungen, unterscheiden sich die Werte in Teilbereichen zwischen den Befragungsergebnissen und den Angaben aus GiB-DAT. So ergibt sich aus letzteren wiederum eine höhere Rate von Patienten, die aus der Einrichtung in ein Pflegeheim verlegt werden (Tab. 33).

Bezüglich des Entlassungspfades unterschieden sich die Werte in einigen Bereichen. So wurde in GiB-DAT ein höherer Prozentsatz von Patienten angegeben, die nach der Behandlung in eine Pflegeeinrichtung gehen. Andererseits ergab sich bei den Werten der Befragung eine höher Rate von Verlegungen (Tab. 33).

Tab. 33: Vergleich der Angaben zu den Entlassungspfaden aus der Befragung und den Informationen aus GiB-DAT nach Behandlungsart

Entlassungspfade	Akut		Reha	
	Befragung	GiB-DAT	Befragung	GiB-DAT
Nach Hause	54,7	50,7	70,0	76,4
(anderes) Akutkrankenhaus	3,9	4,2	6,8	6,5
Interne Verlegung	3,9		4,0	
Rehabilitationseinrichtung	14,2	14,0	0,2	0,2
Pflegeeinrichtung	14,0	25,7	13,8	16,3
Sonstiges / Verstorben	9,7	5,4	5,2	0,6

4. Entwicklung in den Jahren 2010 – 2013

Für vier Erhebungszeitpunkte liegen nun zum Abschluss der Studie Befragungsdaten über eine Zeit vor, die durch einen bedeutenden Ausbau von Behandlungsmöglichkeiten für geriatrische Patienten gekennzeichnet ist. Als Vergleich liegen zusätzlich Angaben aus 2010 als Ausgangspunkt vor. Es bietet sich deshalb an, die Veränderungen in den verschiedenen Variablen über den gesamten vorliegenden Zeitverlauf zu beobachten. Dies erlaubt Aufschluss über die Frage, welche Auswirkungen das

Fachprogramm Akutgeriatrie auf die geriatrische Rehabilitation in Bayern hat. Dabei sollen auch die Veränderungen in den akutgeriatrischen Einrichtungen im Verlauf betrachtet werden, die im Hinblick auf die Fragestellung dieser Untersuchung als Einflussgröße zu betrachten sind.

Um den Vergleich in den einzelnen Items zu erleichtern, sind die Ergebnisse aus den Befragungen und GiB-DAT - soweit vorhanden - im Folgenden direkt gegenübergestellt.

4.1 Verweildauer

4.1.1 Akutgeriatrie

- Befragung

Über den Beobachtungszeitraum hinweg ist seit 2010 eine Erhöhung der Verweildauer in den akutgeriatrischen Abteilungen zu erkennen, die sich im Median um die 14 Tage einpendelt – dies stellt auch die untere Grenzverweildauer für die frührehabilitative geriatrische Komplexbehandlung dar, falls diese erlösrelevant werden soll (OPS 8-550.1).

Die Durchführung dieser Komplexbehandlung mag hier ein Aspekt der Behandlung darstellen, kommt aber bei der Hälfte der Patienten nicht zum Tragen.

Weiterhin bestehen deutliche Streuungen in beide Richtungen, was auf eine weiterhin sehr heterogene Struktur der Patienten hinweist (Abb. 19). Dies wird vor allem im Vergleich mit den Patienten der geriatrischen Rehabilitation deutlich, deren Verweildauern deutlich homogener sind (Tab. 34).

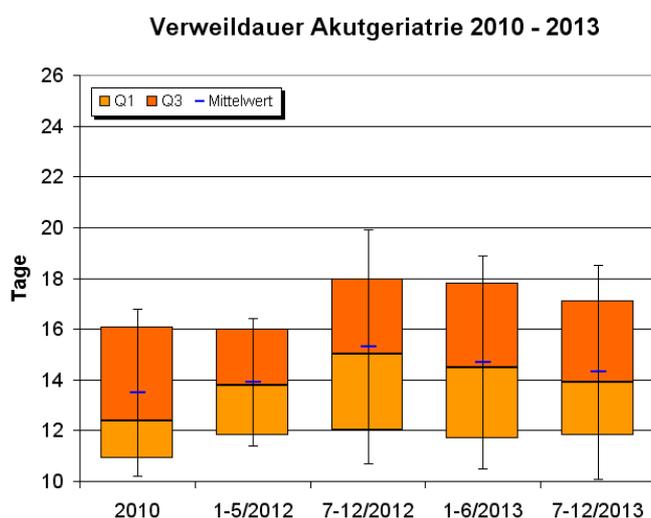


Abb. 19: Angaben zur Verweildauer akutgeriatrischer Patienten nach Bezugszeitraum

Tab. 34. Verweildauern der akutgeriatrischen Behandlung in den Befragungen nach Bezugszeitraum

	MW	S	Q1	Median	Q3	N
2010	13,5	3,3	10,9	12,4	16,1	13
1-5 / 2012	13,9	2,5	11,8	13,8	16,0	23
7- 12 2012	15,3	4,6	12,0	15,0	18,0	21
1-6 / 2013	14,7	4,2	11,7	14,5	17,8	32
7-12 / 2013	14,3	4,2	11,8	13,9	17,1	33

- GiB-DAT

Von dem Jahr 2010 bis zum 2. Halbjahr 2013 lässt sich im Bereich der akutgeriatrischen Behandlungen allenfalls ein schwacher Trend ableiten. Der Mittelwert schwankt um den Wert 13 (vgl. Abb. 20 und Tab. 35). Anzumerken ist an dieser Stelle, dass in die Datenbank neue Kliniken stets erst mit Verzögerung eingehen und dass in der Aufbauphase meist noch keine Daten an GiB-DAT geliefert werden.

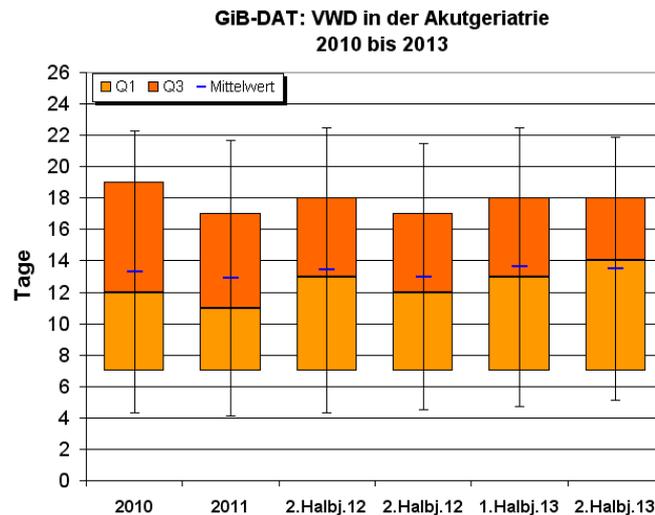


Abb. 20: Verweildauern der akutgeriatrischen Behandlung in GiB-DAT nach Beobachtungszeitraum

Tab. 35. Verweildauern der akutgeriatrischen Behandlung in GiB-DAT nach Beobachtungszeitraum

	MW	S	Q1	Median	Q3	N
2010	13,3	9,1	7,0	12,0	19,0	3.738
2011	12,9	8,8	7,0	11,0	17,0	7.703
1. Halbj. 2012	13,4	9,1	7,0	13,0	18,0	5.091
2. Halbj. 2012	13,0	8,5	7,0	12,0	17,0	6.041
1. Halbj. 2013	13,6	8,9	7,0	13,0	18,0	7.307
2. Halbj. 2013	13,5	8,4	7,0	14,0	18,0	6.380

Im Median ist hingegen ein Trend zu einer Erhöhung der Verweildauer von 12 Tagen im Jahr 2012 auf 14 Tage im zweiten Halbjahr 2013 feststellbar.

4.1.2 Geriatrische Rehabilitation

- Befragung

Ausgehend vom Jahr 2010 ist in den geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen ein Absinken der Verweildauer um maximal einen Tag (im Mittel um 0,6 im Median um 0,9 Tage) festzustellen (vgl. Tab. 36 und Abb. 21).

Eigenständige Fachkliniken berichten dabei über eine höhere Auslastung als Einrichtungen, welche beide Behandlungsformen durchführen (für das zweite Halbjahr 2013: 97,0 % vs. 84,8 % im Mittel).

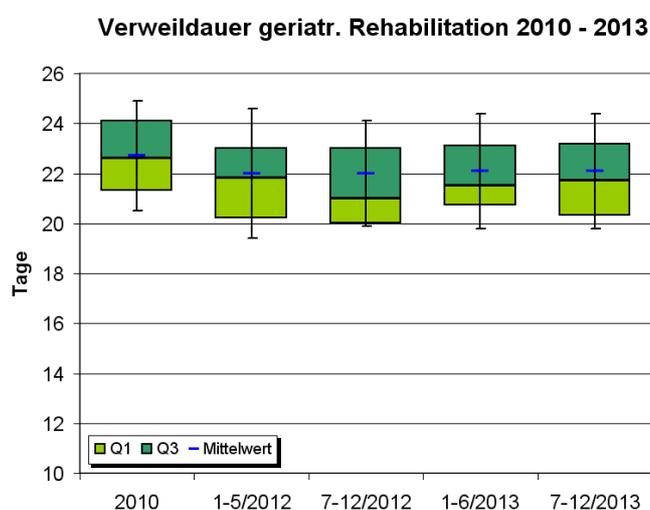


Abb. 21: Angaben zur Verweildauer in der geriatrischen Rehabilitation nach Beobachtungszeitraum

Tab. 36. Verweildauern in der geriatrischen Rehabilitation in den Befragungen nach Beobachtungszeitraum

	MW	S	Q1	Median	Q3	N
2010	22,7	2,2	21,3	22,6	24,1	33
1-5 / 2012	22,0	2,6	20,2	21,8	23,0	35
7-12 / 2012	22,0	2,1	20,0	21,0	23,0	36
1-6 / 2013	22,1	2,3	20,7	21,5	23,1	39
7-12 / 2013	22,1	2,3	20,3	21,7	23,2	39

-GiB-DAT

Eine leichte Abnahme bestätigt sich auch in den Falldaten der GiB-DAT. Dort bleibt der Median über alle Zeiträume hinweg stabil, der Mittelwert ergibt jedoch eine allmähliche Reduktion um 1,2 Tage. Dabei ist auf eine geringe Streuung im zweiten Quartil hinzuweisen, welches möglicherweise mit dem in der geriatrischen Rehabilitation häufig anzutreffendem fallpauschalen Vergütungssystem begründet ist. Ab dem zweiten Halbjahr 2012 beträgt die Abstand zwischen dem dritten und zweiten Quartil

(Median) nur noch 6 Tage (zuvor 7 Tage). Verlängerungen des Aufenthalts über die Fallpauschale hinaus werden also weniger häufig durchgeführt oder diese fallen kürzer aus (vgl. Tab. 37 und Abb. 22).

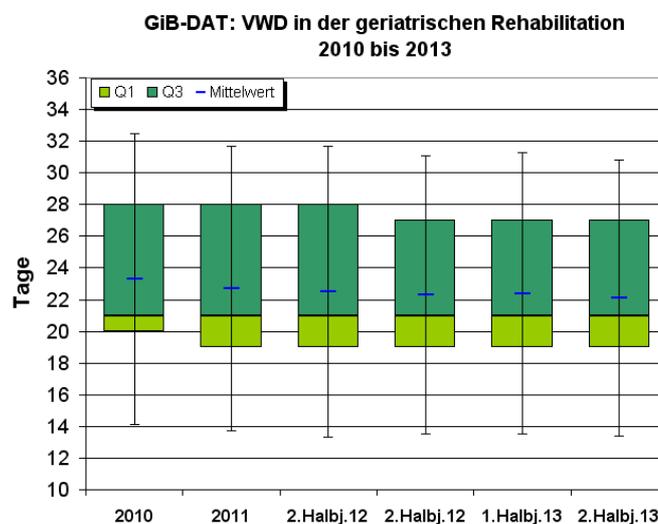


Abb. 22: Verweildauern der geriatrischen Rehabilitation in GiB-DAT nach Beobachtungszeitraum

Tab. 37. Verweildauern der geriatrischen Rehabilitation in GiB-DAT nach Beobachtungszeitraum

	MW	S	Q1	Median	Q3	N
2010	23,3	9,2	20,0	21,0	28,0	34.678
2011	22,7	9,0	19,0	21,0	28,0	35.508
1. Halbj. 2012	22,5	9,2	19,0	21,0	28,0	18.173
2. Halbj. 2012	22,3	8,8	19,0	21,0	27,0	18.368
1. Halbj. 2013	22,4	8,9	19,0	21,0	27,0	18.175
2. Halbj. 2013	22,1	8,7	19,0	21,0	27,0	17.084

Um einen Eindruck davon zu erhalten, wie sich die Verweildauern im Einzelnen veränderten, werden in der folgenden Abb. 23 die nach Tagen aufgeschlüsselten Verweildauern des Jahres 2010 mit denen aus dem zweiten Halbjahr 2013 einander gegenüber gestellt. Besonders deutliche Unterschiede zwischen den beiden Beobachtungszeiträumen sind mit einem Pfeil markiert.

Hier ist zu sehen, was sich bei der Betrachtung der Quartile andeutet: Es gibt eine Konzentration von Entlassungen am 20. und 21. Tag zulasten längerer Verweildauern. Dies ist besonders an den Peaks am 28., 35. und 42. Tag zu sehen (die Stellen sind jeweils durch einen Pfeil hervorgehoben).

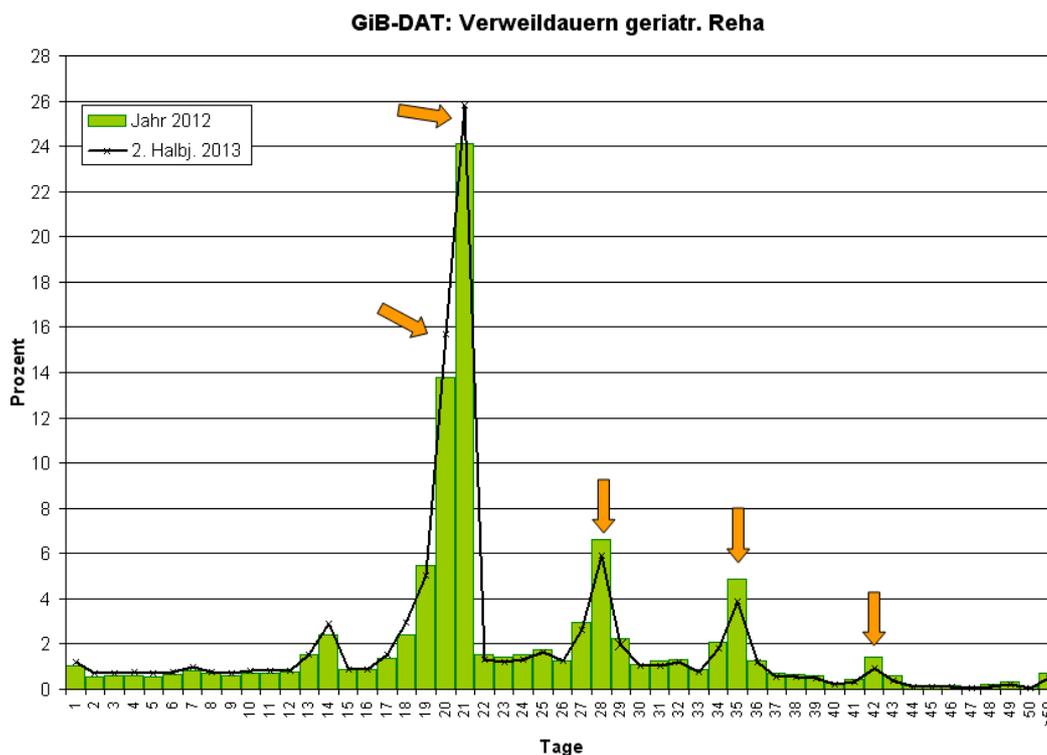


Abb. 23: Einzeldarstellung der Verweildauern der geriatrischen Rehabilitation in GiB-DAT im Jahr 2010 und dem zweiten Halbjahr 2013

In der geriatrischen Rehabilitation ist also insgesamt eine leichte Reduktion der Verweildauer festzustellen. Nimmt man die Mittelwertsangaben aus GiB-DAT als Berechnungsgrundlage, so beträgt diese Reduktion zwar lediglich 1,2 Tage, in Prozentzahlen ausgedrückt sind dies jedoch immerhin 5,1 %.

Sie erklärt sich vor allem durch eine Reduktion von längeren Verweildauern oberhalb von 21 Tagen, ist jedoch nicht zwangsläufig als Folge einer Etablierung akutgeriatrischer Behandlungspfade zu interpretieren. Ebenso gut kommen Veränderungen im Antrags- oder Genehmigungsverhalten von Verlängerungen, veränderte vertragliche Regelungen zwischen Einrichtung und Kostenträger wie auch unter Kostenaspekten vorgenommene Optimierungen der Verweildauer in Betracht.

Bei den Daten aus der Befragung ergeben sich keine signifikanten statistischen Unterschiede ($p < .714$; U-Test), jedoch für die GiB-DAT-Daten ($p < .000$; U-Test). Hauptgrund für die unterschiedlichen Ergebnisse sind die Fallzahlen, die im Falle der Befragung sehr klein und im Falle GiB-DAT so groß sind, dass praktisch alle Berechnungen signifikante Unterschiede ergeben. Dies schränkt die Aussagefähigkeit solcher statistischen Berechnungen ein.

Gleichlautend signifikant werden in GiB-DAT auch der Barthel bei Aufnahme, bei Entlassung und bezüglich der Barthel-Veränderung, nicht jedoch in den Befragungen. In der Überprüfung wurden jeweils die Endpunkte (Jahr 2010 vs. 2. Halbjahr 2013) der Erhebungszeiträume miteinander verglichen.

4.2 Auslastung

4.2.1 Akutgeriatrie

Die Betrachtung der Angaben zur Auslastung über die Zeit hinweg ergibt ein eindrückliches Bild der erfolgreichen Etablierung dieser Behandlungsform. Über die Erhebungszeitpunkte hinweg steigt die Auslastung kontinuierlich an, scheint sich im Jahr 2013 jedoch allmählich einzupendeln (vgl. Abb. 24 und Tab. 38).

Weiterhin gibt es eine nennenswerte Streuung nach unten zwischen dem ersten Quartil und dem Median. Der Prozess der Etablierung ist danach noch nicht bei allen Einrichtungen abgeschlossen. Dies deckt sich auch mit den freitextlich formulierten Bemerkungen zur Situation - hier wurde mehrfach über einen Ausbau der akutgeriatrischen Behandlungskapazitäten berichtet.

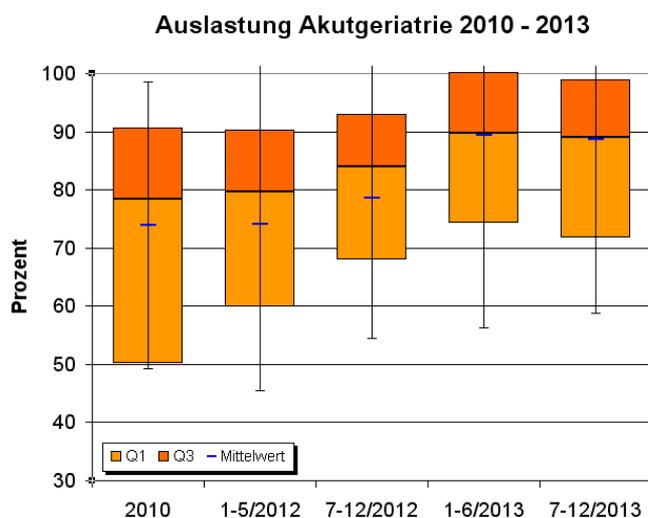


Abb. 24: Angaben zur Auslastung akutgeriatrischer Einrichtungen nach Bezugszeitraum

Tab. 38: Angaben zur Auslastung der akutgeriatrischen Einrichtungen nach Bezugszeitraum

	MW	S	Q1	Median	Q3	N
2010	73,9	24,7	50,1	78,4	90,6	12
1-5 / 2012	74,0	28,5	59,8	79,7	90,2	24
7-12 / 2012	78,5	24,1	68,0	84,0	93,0	25
1-6 / 2013	89,3	33,0	74,3	89,7	100,2	30
7-12 / 2013	88,7	29,9	71,7	89,0	99,0	31

4.2.2 Geriatrische Rehabilitation

Im zweiten Halbjahr 2013 zeigt sich die Auslastung der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen gegenüber 2010 im Median um 2,8 % reduziert. Ein Einbruch der Auslastung ist im zweiten Halbjahr 2012 zu beobachten, der schließlich zumindest partiell wieder ausgeglichen wird (vgl. Abb. 25 und Tab. 39).

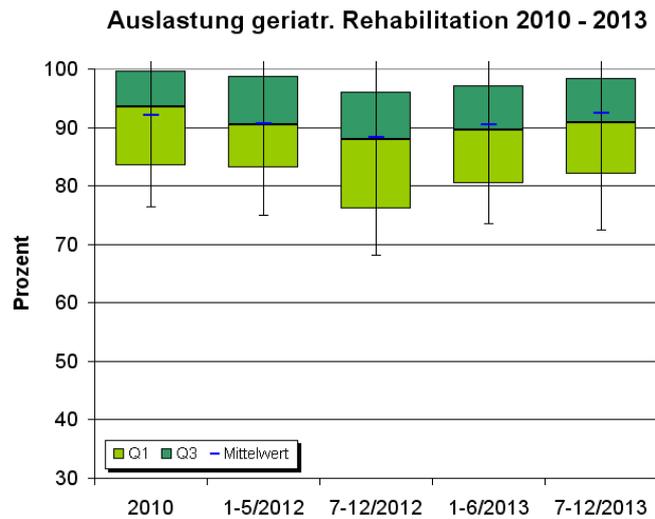


Abb. 25: Angaben zur Auslastung geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen nach Bezugszeitraum

Tab. 39: Angaben zur Auslastung der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen nach Bezugszeitraum

	MW	S	Q1	Median	Q3	N
2010	92,0	15,5	83,4	93,6	99,7	33
1-5 / 2012	90,6	15,6	83,0	90,4	98,7	35
7-12 / 2012	88,3	20,2	76,0	88,0	96,0	37
1-6 / 2013	90,4	16,9	80,3	89,5	97,2	37
7-12 / 2013	92,5	20,1	82,0	90,8	98,3	38

Einen Eindruck über den Streubereich vermittelt die folgende Abb. 26, in welcher die von den Befragten abgegebenen Werte einzeln aufgelistet sind.

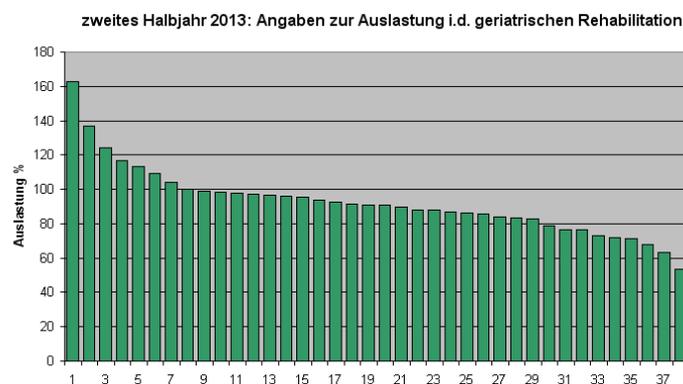


Abb. 26: Einzelangaben zur Auslastung in der geriatrischen Rehabilitation für das zweite Halbjahr 2013

Sie zeigt, dass 7 Einrichtungen eine Auslastung von über 100 % melden, aber 9 Einrichtungen eine Auslastung von unter 80 %. Die Spannweite der Belegung ist also groß.

Dabei ist nochmalig darauf hinzuweisen, dass es sich hier überwiegend um Querschnittsdaten handelt. Zwischenzeitlich geschlossene Einrichtungen werden von der Analyse nicht erfasst. Da die Auslastung nur in Bezug auf die Bettenkapazität berechnet werden kann, sind auch diesbezügliche Veränderungen nicht darstellbar. Veränderungen der Bettenzahlen oder zwischenzeitlich geschlossene Einrichtungen gehen in diese Analyse nicht mit ein. Einen Hinweis ergibt sich aus dem Vergleich der bei den jeweiligen Befragungen angeschriebenen Zentren.

Hier steht einer Zunahme akutergeriatrischer Zentren von 47 auf 58 einer Abnahme geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen von 68 auf 66 gegenüber (vgl. Tab. 40 und Abb. 27)

Tab. 40. Zahl der angeschriebenen Einrichtungen nach Zeitpunkt und Behandlungsart

	Akut	Reha
Befragung März 2012	47	68
Befragung März 2013	52	68
Befragung Januar 2014	58	66

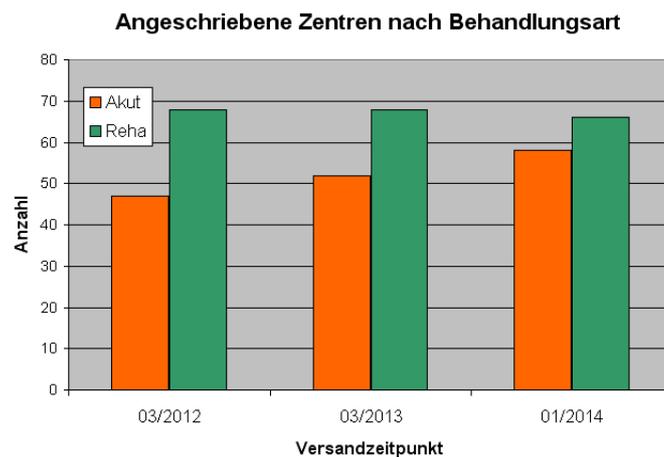


Abb. 27: Anzahl der angeschriebenen Zentren je nach Monat des Fragebogenversands und Behandlungsart

Ein noch genaueres Bild ergeben Zahlen, die vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege zur Verfügung gestellt wurden. Dort nimmt die Zahl der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen von 68 im Jahr 2010 auf 65 im Ende 2013 ab. Die Bettenkapazität verringert sich in diesem Zeitraum um 4,7 % auf 2.788 Betten (vgl. Abb. 28).

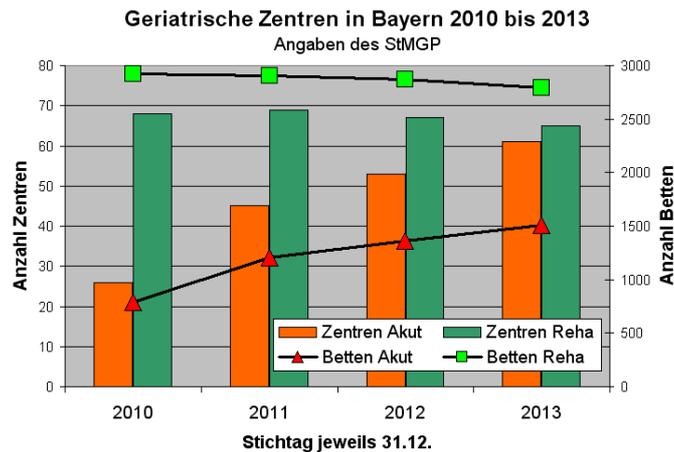


Abb. 28: Anzahl der geriatrischen Zentren und deren Betten von 2010 bis 2013 nach Behandlungsart laut einer Statistik des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege

4.3 Barthel bei Aufnahme

4.3.1 Akutgeriatrie

- Befragung

Die Angaben der befragten Einrichtungen zum Durchschnittsbarthel ihrer Patienten pendeln sich um 36 Punkte im Mittel ein, auch im Median ergibt sich keine eindeutige Richtung (vgl. Tab. 41 und Abb. 29).

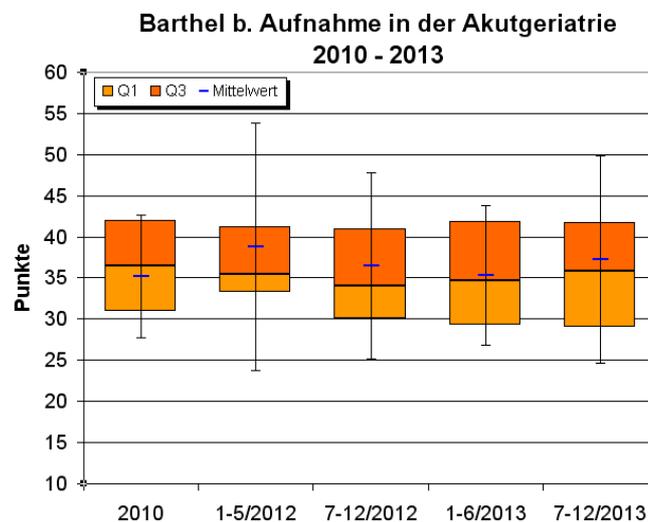


Abb. 29: Angaben zum Barthel bei Aufnahme akutgeriatrischer Einrichtungen nach Bezugszeitraum

Tab. 41: Angaben zum Barthel bei Aufnahme akutgeriatrischer Einrichtungen nach Bezugszeitraum

	MW	S	Q1	Median	Q3	N
2010	35,2	7,4	31,0	36,5	42,0	7
1-5 / 2012	38,8	15,0	33,3	35,5	41,2	16
7-12 / 2012	36,5	11,3	30,0	34,0	41,0	22
1-6 / 2013	35,3	8,5	29,3	34,7	41,9	24
7-12 / 2013	37,2	12,6	29,0	35,8	41,8	26

-GiB-DAT

Diese Angaben bestätigen sich auch in Daten, die an die GiB-DAT-Zentrale gesendet wurden. Über alle Zeitpunkte hinweg bleiben die Quartile stabil. Lediglich im zweiten Halbjahr 2012 sind hier Median und drittes Quartil um 5 Punkte niedriger (vgl. Abb. 30 und Tab. 42).

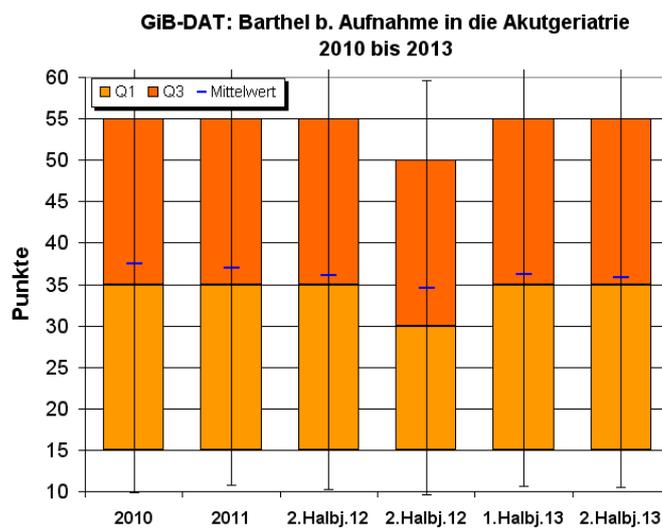


Abb. 30: Barthel bei Aufnahme in der akutgeriatrischen Behandlung in GiB-DAT nach Beobachtungszeitraum

Tab. 42.: Barthel bei Aufnahme in der akutgeriatrischen Behandlung in GiB-DAT nach Beobachtungszeitraum

	MW	S	Q1	Median	Q3	N
2010	37,5	27,6	15,0	35,0	55,0	2.604
2011	37,0	26,2	15,0	35,0	55,0	5.549
1. Halbj. 2012	36,1	25,9	15,0	35,0	55,0	4.051
2. Halbj. 2012	34,6	25,0	15,0	30,0	50,0	4.710
1. Halbj. 2013	36,2	25,6	15,0	35,0	55,0	6.040
2. Halbj. 2013	35,8	25,3	15,0	35,0	55,0	5.411

4.3.2 Geriatrische Rehabilitation

- Befragung

Ein signifikanter Anstieg des Barthel-Indexes bei Aufnahme in die geriatrische Rehabilitation ist aus den Angaben der befragten Einrichtungen insgesamt nicht ableitbar. Zwar liegt der Mittelwert im zweiten Halbjahr 2013 um 1,3 Punkte über dem Ausgangswert von 2010, in Anbetracht der geringen Fallzahl von 37 Einzelwerten ist das Erreichen statistischer Signifikanz auch kaum zu erwarten (vgl. Abb. 31 und Tab. 43).

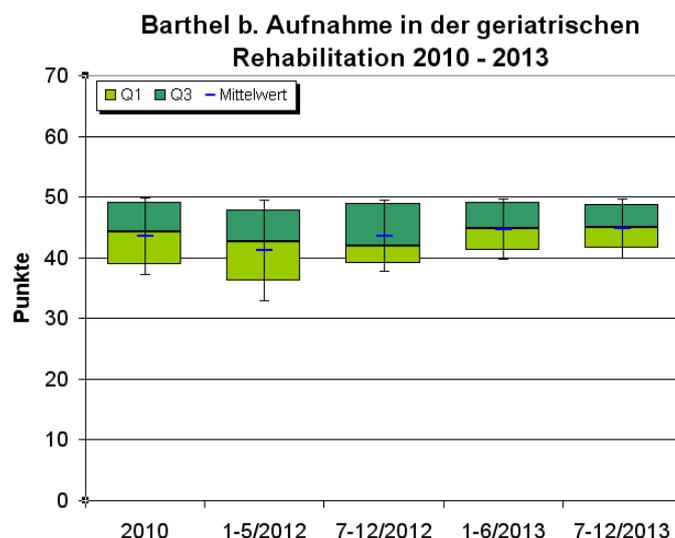


Abb. 31: Angaben zum Barthel bei Aufnahme in die geriatrische Rehabilitation nach Bezugszeitraum

Tab. 43: Angaben zum Barthel bei Aufnahme in die geriatrische Rehabilitation nach Bezugszeitraum

	MW	S	Q1	Median	Q3	N
2010	43,5	6,3	38,9	44,3	49,1	32
1-5 / 2012	41,2	8,2	36,1	42,7	47,8	32
7-12 / 2012	43,6	5,9	39,0	42,0	49,0	37
1-6 / 2013	44,7	5,0	41,2	44,8	49,2	37
7-12 / 2013	44,8	4,8	41,5	44,9	48,7	37

-GiB-DAT

In den GiB-DAT-Daten verändern sich die Quartile über die Zeit hinweg überhaupt nicht, der Mittelwert liegt, nach zwischenzeitlich leichtem Nachlassen, schließlich um 0,4 Punkte über dem Wert des Jahres 2010 (vgl. Abb. 32 und Tab. 44). Aufgrund der hohen Fallzahl erreicht auch diese geringe Differenz statistische Signifikanz ($p < .016$; U-Test nach Mann-Whitney).

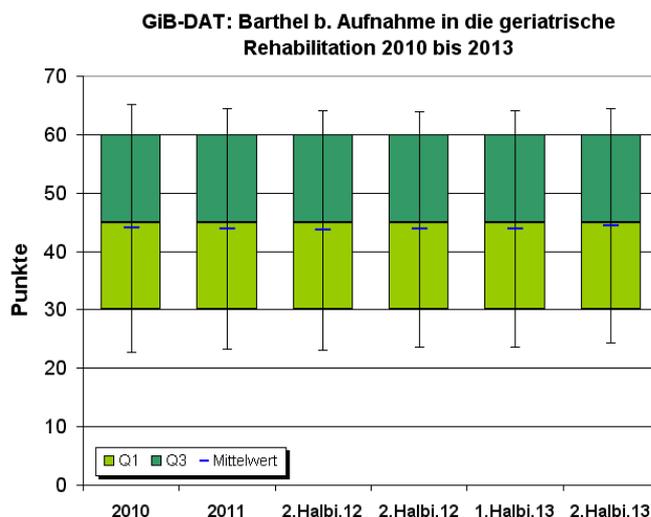


Abb. 32: Angaben zum Barthel bei Aufnahme in die geriatrische Rehabilitation nach Beobachtungszeitraum

Tab. 44.: Barthel bei Aufnahme in die geriatrische Rehabilitation in GiB-DAT nach Beobachtungszeitraum

	MW	S	Q1	Median	Q3	N
2010	44,0	21,2	30,0	45,0	60,0	34.029
2011	43,9	20,6	30,0	45,0	60,0	34.918
1. Halbj. 2012	43,6	20,5	30,0	45,0	60,0	17.829
2. Halbj. 2012	43,8	20,2	30,0	45,0	60,0	17.984
1. Halbj. 2013	43,9	20,2	30,0	45,0	60,0	17.851
2. Halbj. 2013	44,4	20,1	30,0	45,0	60,0	16.704

4.4 Barthel bei Entlassung

4.4.1 Akutgeriatrie

- Befragung

Eine ähnliche Stabilität wie bei den Aufnahmewerten ist auch bei der Selbsthilfefähigkeit zum Entlassungszeitpunkt festzustellen. Aufgrund der geringen Fallzahlen fluktuieren die zentralen Kennwerte geringfügig, im zweiten Halbjahr 2013 ist der Median um 0,6 Punkte reduziert, der Mittelwert hingegen um 1,4 Punkte erhöht, jeweils gegenüber 2010. Ein Trend lässt sich aus diesen Werten nicht ableiten (Abb. 33 und Tab. 45).

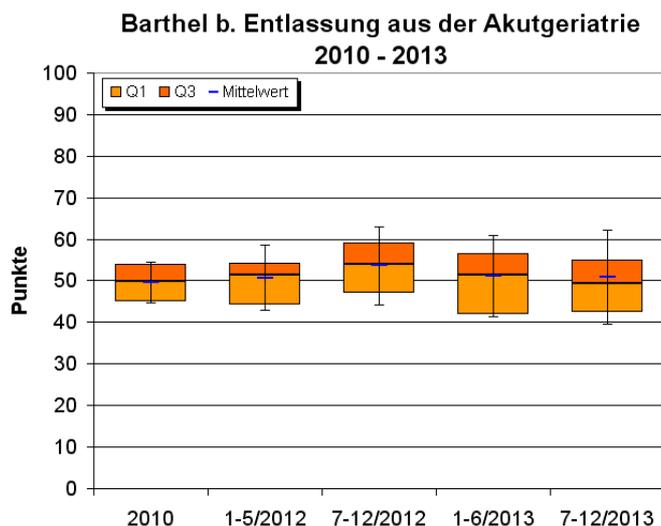


Abb. 33: Barthel bei Entlassung aus der akutgeriatriischen Abteilung nach Beobachtungszeitraum

Tab. 45: Barthel bei Entlassung aus der akutgeriatriischen Abteilung nach Beobachtungszeitraum

	MW	S	Q1	Median	Q3	N
2010	49,6	4,8	45,0	50,0	54,0	7
1-5 / 2012	50,7	7,8	44,1	51,5	54,3	16
7-12 / 2012	53,6	9,3	47,0	54,0	59,0	22
1-6 / 2013	51,2	9,7	41,9	51,3	56,5	23
7-12 / 2013	51,0	11,3	42,4	49,4	55,0	25

- GiB-DAT

Die Daten aus der GiB-DAT weisen eine noch deutlichere Stabilität über die verschiedenen Erhebungszeiträume hinweg auf, wobei hier nochmals auf den großen Streubereich der Werte hingewiesen werden muss (vgl. Abb. 34 und Tab. 46).

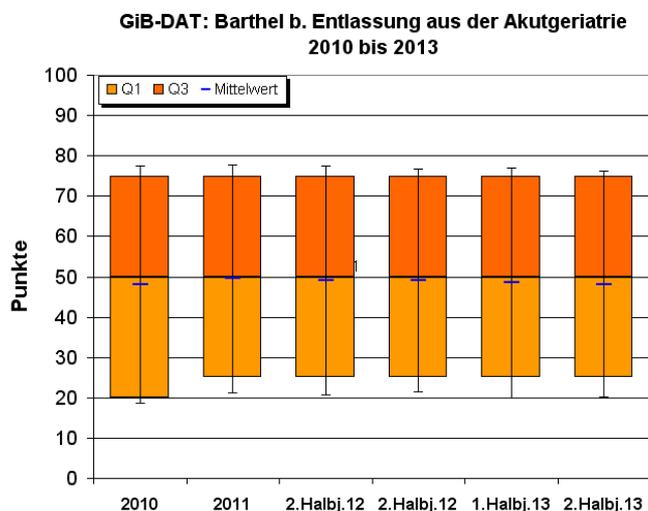


Abb. 34: Barthel bei Entlassung aus der akutgeriatriischen Behandlung in GiB-DAT nach Beobachtungszeitraum

Tab. 46. Barthel bei Entlassung aus der akutgeriatrischen Behandlung in GiB-DAT nach Beobachtungszeitraum

	MW	S	Q1	Median	Q3	N
2010	48,0	29,4	20,0	50,0	75,0	2.371
2011	49,5	28,2	25,0	50,0	75,0	5.031
1. Halbj. 2012	49,2	28,4	25,0	50,0	75,0	3.716
2. Halbj. 2012	49,0	27,6	25,0	50,0	70,0	4.309
1. Halbj. 2013	48,5	28,5	25,0	50,0	70,0	5.480
2. Halbj. 2013	48,1	28,0	25,0	50,0	70,0	4.995

4.4.2 Geriatrische Rehabilitation

- Befragung

In einem sehr engen Wertebereich liegen die Angaben der befragten Einrichtungen zum Barthel bei Entlassung aus der geriatrischen Rehabilitation. Mindestens 75 % der Patienten liegen hier jeweils zwischen 60 und 70 Barthelpunkten. Ein eindeutiger Trend nach oben oder nach unten ist nicht ableitbar (Abb. 35 und Tab. 47).

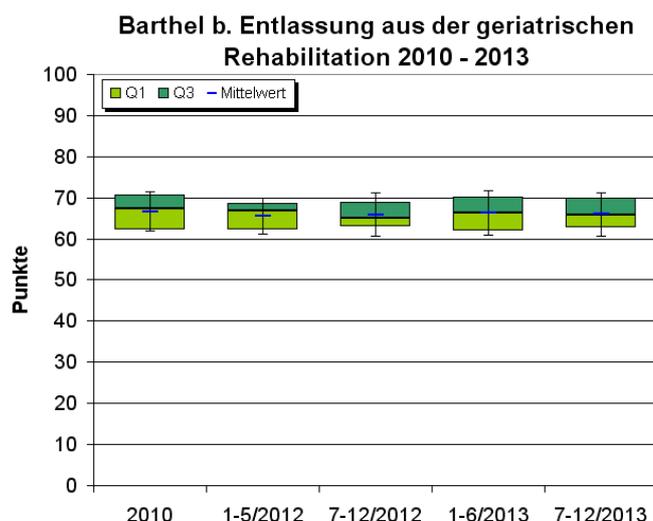


Abb. 35: Barthel bei Entlassung aus der geriatrischen Rehabilitation nach Beobachtungszeitraum

Tab. 47: Barthel bei Entlassung aus der geriatrischen Rehabilitation nach Beobachtungszeitraum

	MW	S	Q1	Median	Q3	N
2010	66,7	4,8	62,3	67,4	70,7	32
1-5 / 2012	65,6	4,4	62,2	66,8	68,6	32
7-12 / 2012	65,9	5,3	63,0	65,0	69,0	37
1-6 / 2013	66,3	5,3	62,0	66,4	70,1	37
7-12 / 2013	66,0	5,3	62,6	65,8	70,0	37

- GiB-DAT

Eine ähnliche Konstanz wie bei den Fragebogenergebnissen ergibt sich auch aus den Werten der Datenbank: Median und drittes Quartil bleiben unverändert, das erste Quartil steigt im zweiten Halbjahr 2013 um 5 Punkt an. Im Mittelwert errechnet sich hier gegenüber 2010 ein um 0,6 Punkte geringeres Ergebnis (vgl. Abb. 36 und Tab. 48).

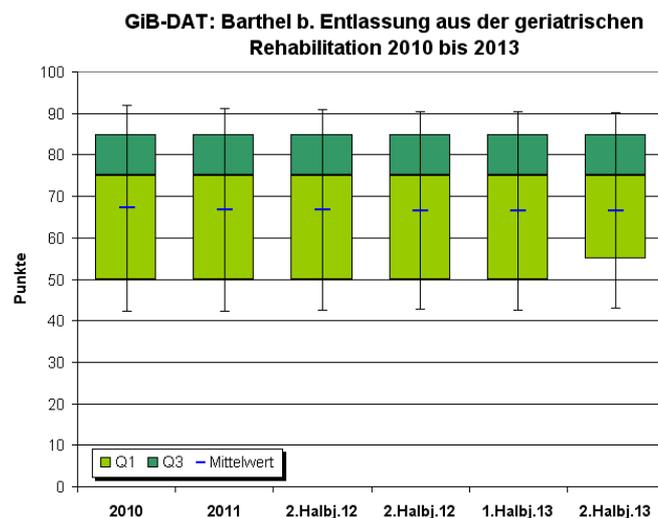


Abb. 36: Barthel bei Entlassung aus der geriatrischen Rehabilitation in GiB-DAT nach Beobachtungszeitraum

Tab. 48. Barthel bei Entlassung aus der geriatrischen Rehabilitation in GiB-DAT nach Beobachtungszeitraum

	MW	S	Q1	Median	Q3	N
2010	67,2	24,8	50,0	75,0	85,0	33.135
2011	66,8	24,4	50,0	75,0	85,0	34.050
1. Halbj. 2012	66,8	24,2	50,0	75,0	85,0	17.411
2. Halbj. 2012	66,6	23,9	50,0	75,0	85,0	17.531
1. Halbj. 2013	66,5	23,9	50,0	75,0	85,0	17.214
2. Halbj. 2013	66,6	23,5	55,0	75,0	85,0	16.163

4.5 Delta-Barthel (E-A)

4.5.1 Akutgeriatrie

- Befragung

Aus den vorgenannten Analysen ergibt sich zwangsläufig, dass auch in der Barthelveränderung über die Zeit hinweg kein eindeutiger Trend ableitbar ist. Die Verteilung der berichteten Mittelwerte wird gegen Ende des Beobachtungszeitraums allerdings symmetrischer. Ein Grund dafür könnte in der im Median leichten Verlängerung der Verweildauer in der Akutgeriatrie liegen (vgl. Abb. 37 und Tab. 49).

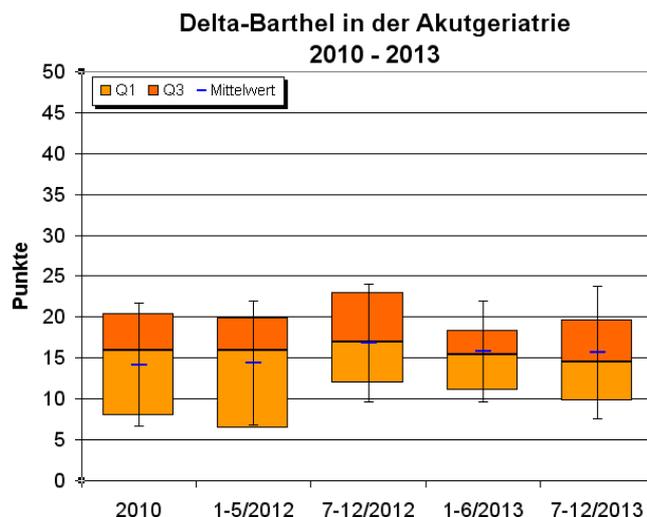


Abb. 37: Barthelveränderung während der akutgeriatriischen Behandlung nach Beobachtungszeitraum

Tab. 49 Barthelveränderung während der akutgeriatriischen Behandlung nach Beobachtungszeitraum

	MW	S	Q1	Median	Q3	N
2010	14,2	7,5	8,0	16,0	20,4	7
1-5 / 2012	14,4	7,6	6,4	16,0	19,9	16
7-12 / 2012	16,8	7,2	12,0	17,0	23,0	22
1-6 / 2013	15,8	6,2	11,1	15,4	18,4	23
7-12 / 2013	15,7	8,1	9,8	14,5	19,7	25

-GiB-DAT

Die Zahlen aus der Datenbank zeigen einen erheblichen Teil von Patienten (25 %), die sich während ihres Aufenthalts in ihrer Selbsthilfefähigkeit überhaupt nicht verändern, der Median von 10 Punkten Verbesserung bleibt seit 2011 unverändert bestehen (vgl. Abb. 38 und Tab. 50).

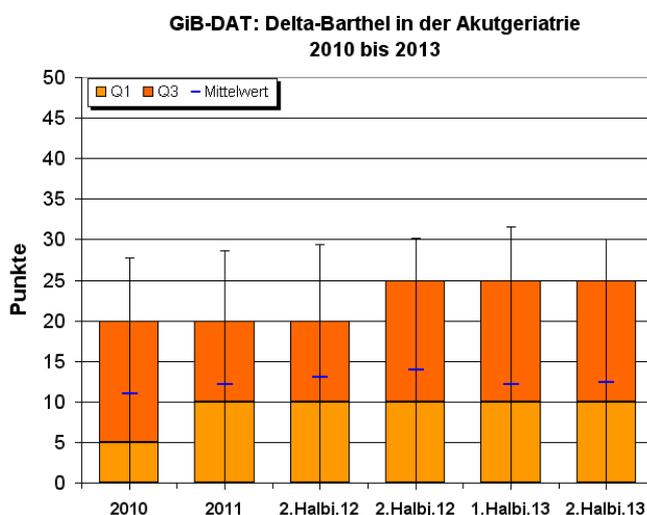


Abb. 38: Barthelveränderung während der akutgeriatriischen Behandlung in GiB-DAT nach Beobachtungszeitraum

Tab. 50. Barthelveränderung während der akutgeriatrischen Behandlung in GiB-DAT nach Beobachtungszeitraum

	MW	S	Q1	Median	Q3	N
2010	11,0	16,8	0,0	5,0	20,0	3.738
2011	12,1	16,6	0,0	10,0	20,0	7.703
1. Halbj. 2012	13,0	16,4	0,0	10,0	20,0	5.091
2. Halbj. 2012	14,0	16,2	0,0	10,0	25,0	6.041
1. Halbj. 2013	12,1	19,5	0,0	10,0	25,0	5.369
2. Halbj. 2013	12,4	17,7	0,0	10,0	25,0	4.865

4.5.2 Geriatrische Rehabilitation

- Befragung

Die Sichtung der Angaben der befragten geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen zur Veränderung der Selbsthilfefähigkeit über den Verlauf zeigt eine Verringerung im Mittel um immerhin 2,6 Punkte. Im Median beträgt die Differenz lediglich 1,4 Punkte. Dieses Ergebnis findet sich auch in den Falldaten, allerdings in abgeschwächter Form (vgl. Abb. 39 und Tab. 51).

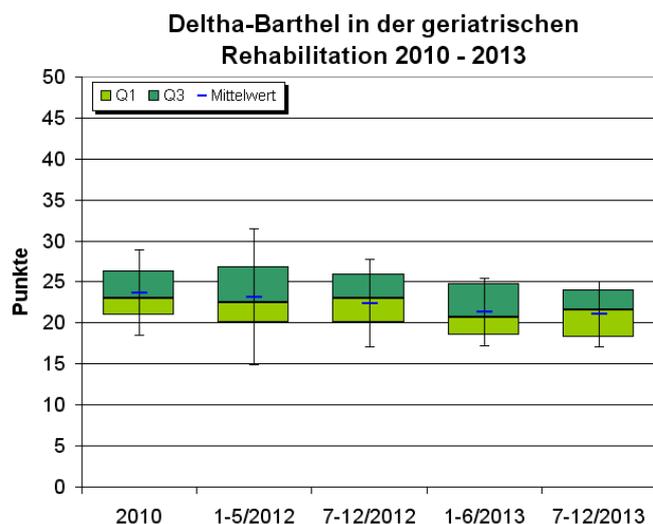


Abb. 39: Barthelveränderung während der geriatrischen Rehabilitation nach Beobachtungszeitraum

Tab. 51 Barthelveränderung während der geriatrischen Rehabilitation nach Beobachtungszeitraum

	MW	S	Q1	Median	Q3	N
2010	23,7	5,2	20,9	23,0	26,4	32
1-5 / 2012	23,2	8,3	20,1	22,5	26,9	32
7-12 / 2012	22,4	5,3	20,0	23,0	26,0	36
1-6 / 2013	21,3	4,1	18,5	20,7	24,8	36
7-12 / 2013	21,1	4,0	18,2	21,6	24,0	36

-GiB-DAT

Im Mittel verringerte sich der Zugewinn an Selbsthilfefähigkeit während der geriatrischen Rehabilitation (Delta-Barthel) gegen Ende der Beobachtung um 0,9 Punkte, was möglicherweise im Zusammenhang mit der – ebenfalls geringfügigen – Abnahme der Verweildauer zusammenhängt (Abb. 40 und Tab. 52). Der Median bleibt hingegen ab 2011 unverändert bei 20 Punkten.

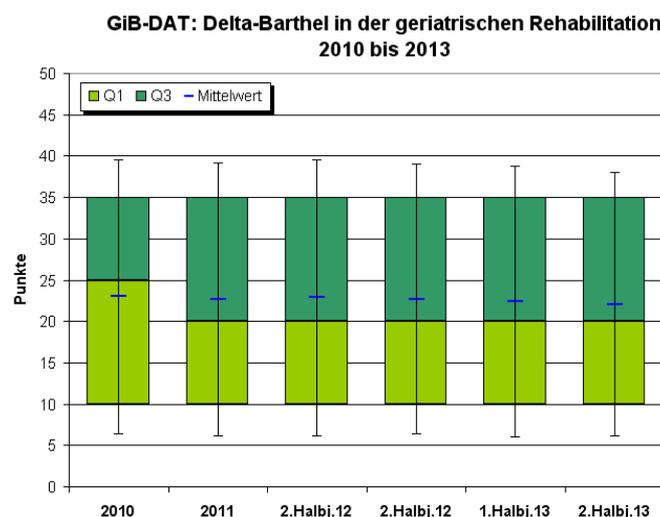


Abb. 40. Barthelveränderung während der geriatrischen Rehabilitation in GiB-DAT nach Beobachtungszeitraum

Tab. 52. Barthelveränderung während der geriatrischen Rehabilitation in GiB-DAT nach Beobachtungszeitraum

	MW	S	Q1	Median	Q3	N
2010	23,0	16,6	10,0	25,0	35,0	23.934
2011	22,7	16,5	10,0	20,0	35,0	33.783
1. Halbj. 2012	22,9	16,7	10,0	20,0	35,0	17.206
2. Halbj. 2012	22,7	16,3	10,0	20,0	35,0	17.338
1. Halbj. 2013	22,4	16,4	10,0	20,0	35,0	17.070
2. Halbj. 2013	22,1	15,9	10,0	20,0	35,0	15.988

4.6 Einzugsbereich

4.6.1 Akutgeriatrie

Unverändert über die Zeitpunkte hinweg präsentiert sich der Einzugsbereich der Einrichtungen sowohl im Bereich der Akutgeriatrie als auch in der geriatrischen Rehabilitation (Abb. 41 und Tab. 53) als günstig. Relevant für die Interpretation sind hier vor allem die Angaben zu den Quartilen, da die Mittelwerte durch Ausreißer stark verändert werden. Die Hälfte der Patienten wird innerhalb von 8 Kilometern Luftlinie behandelt. Dies weist auf eine bemerkenswert wohnortnahe Versorgung akutgeriatrischer Patienten in Bayern hin.

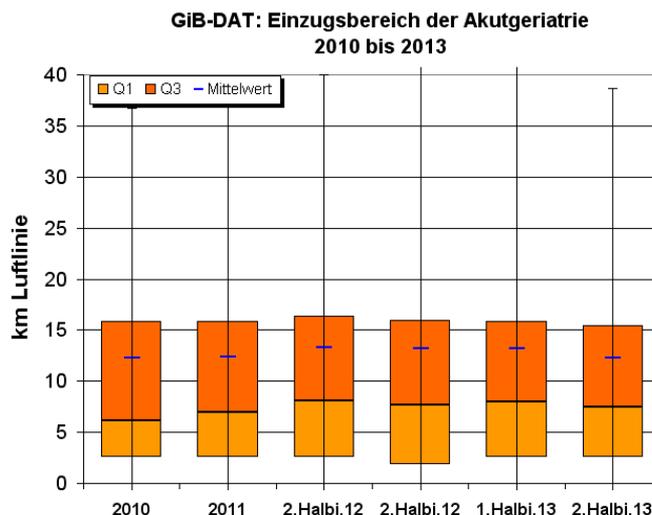


Abb. 41: Einzugsbereich in GiB-DAT - Akutgeriatrie

Tab. 53. Einzugsbereich in GiB-DAT - Akutgeriatrie

	MW	S	Q1	Median	Q3	N
2010	12,3	24,4	2,6	6,1	15,9	3.720
2011	12,4	25,2	2,6	7,0	15,9	7.687
1. Halbj. 2012	13,3	26,7	2,6	8,1	16,4	5.073
2. Halbj. 2012	13,2	29,4	1,8	7,7	16,0	6.023
1. Halbj. 2013	13,2	29,8	2,6	8,0	15,9	7.290
2. Halbj. 2013	12,3	26,4	2,6	7,5	15,4	6.364

4.6.2 Geriatrische Rehabilitation

Entscheidend für die Fragestellung dieser Untersuchung ist vor allem der Einzugsbereich der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen. Diese bleiben im Median letztlich unverändert und liegen, im Median um 18 km Luftlinie. Geriatrische Rehabilitation ist also weiterhin wohnortnah, die Eröffnungen haben nicht dazu geführt, dass die geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen ihren Einzugsbereich vergrößern mussten (vgl. Abb. 42 und Tab. 54).

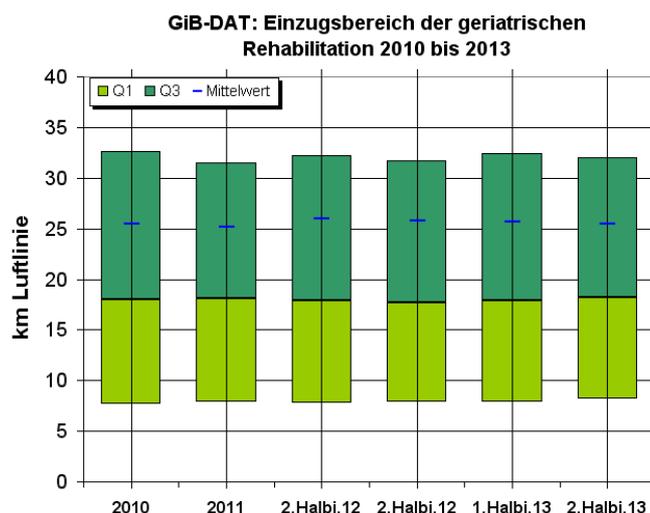


Abb. 42: Einzugsbereich in GiB-DAT – geriatrische Rehabilitation

Tab. 54: Einzugsbereich in GiB-DAT – geriatrische Rehabilitation

	MW	S	Q1	Median	Q3	N
2010	25,5	34,4	7,7	18,0	32,6	33.102
2011	25,2	34,6	7,9	18,1	31,5	33.898
1. Halbj. 2012	26,0	36,2	7,8	17,9	32,2	17.413
2. Halbj. 2012	25,8	36,5	7,9	17,7	31,7	17.282
1. Halbj. 2013	25,7	35,1	7,9	17,9	32,4	17.278
2. Halbj. 2013	25,5	34,1	8,2	18,2	32,0	16.358

4.7 Behandlungspfade

Da die Angaben der befragten Einrichtungen zur Art der Aufnahme und Art der Entlassung offenbar nur mit Schwierigkeiten zu beantworten waren und in der Folge bisweilen deutliche Inkonsistenzen aufwiesen, wurde die Analyse der Behandlungspfade auf Daten der GiB-Dat - und hier nur auf interessierende Items - beschränkt.

4.7.1 Akutgeriatrie

Im Rahmen der Aufnahme der Patienten in die akutgeriatrische Abteilung interessierte vor allem, welchen Anteil hausinterne und hausärztliche Zuweisungen ausmachen. In Abb. 43 ist zu sehen, dass der Anteil hausinterner Zuweisungen über die verschiedenen Zeiträume hinweg kontinuierlich zunahm auf zuletzt rund 35 %. Daraus kann geschlossen werden, dass die akutgeriatrischen Einrichtungen in den Häusern wahrgenommen und akzeptiert werden. Diese Beobachtung ist mit den freitextlichen Äußerungen der befragten Einrichtungen kongruent.

Hausärztliche Zuweisungen fluktuieren hingegen leicht um 25 %. Nennungen „Sons-tige“ und „externe Zuweisungen“ wurden in die Abbildung nicht mit aufgenommen.

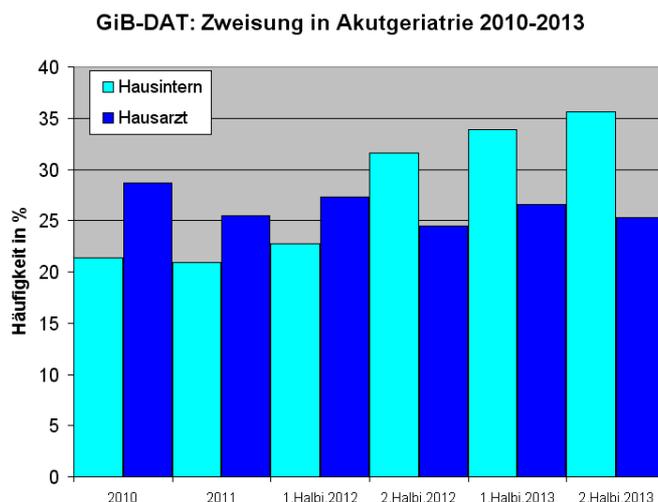


Abb. 43: GiB-DAT: Hausärztliche und hausinterne Zuweisungen in die akutgeriatri-sche Abteilung 2010 bis 2013

Gegen Ende der Beobachtungszeit nimmt der Anteil der Patienten, die entweder direkt in eine Privatwohnung entlassen werden oder in eine Rehabilitationseinrichtung verlegt werden, leicht zu. Analog nimmt der Anteil der Patienten, welche direkt in eine Pflegeeinrichtung verlegt werden, zum zweiten Halbjahr 2013 ab und beträgt dann noch um die 25 %. In der Entlassungsplanung wird nun offenbar gezielter nach Ressourcen gesucht, die Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung öfter durchgeführt, wengleich sie nur einen geringen Teil aller Patienten betrifft (Abb. 44).

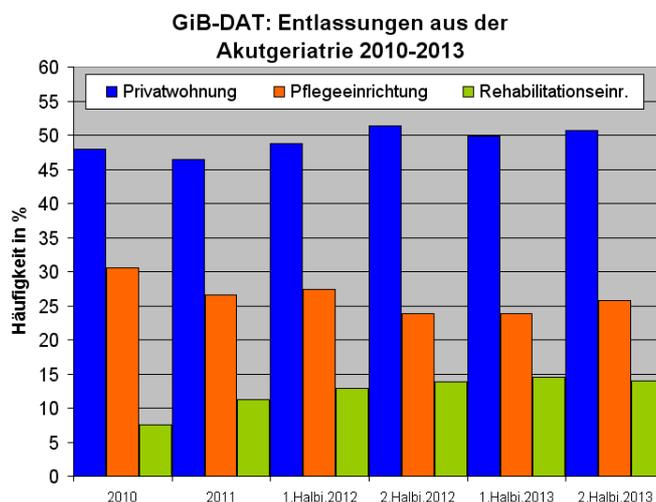


Abb. 44: GiB-DAT: Entlassungswege aus den akutgeriatri-schen Einrichtungen 2010 bis 2013

In obiger Abbildung nicht dargestellt ist der Anteil der Verlegung in eine (andere) Akutklinik oder -abteilung sowie der Anteil der verstorbenen Patienten. Letzterer nimmt über den Beobachtungszeitraum tendenziell ab von 9,36 % im Jahr 2010 auf 3,8 % im zweiten Halbjahr 2013.

4.7.2 Geriatrische Rehabilitation

Bei den Entlassungen aus der geriatrischen Rehabilitation interessierte vor allem, wie viele Patienten wieder in ein privates Wohnumfeld entlassen werden können und wie hoch der Anteil der (Rück-)Verlegungen in eine Akutklinik ist. Dies wie auch der Anteil der Entlassungen in ein Pflegeheim erlaubt auch einen Hinweis auf die Schwere der Erkrankungen. Abb. 45 gibt die entsprechenden Häufigkeiten wieder.

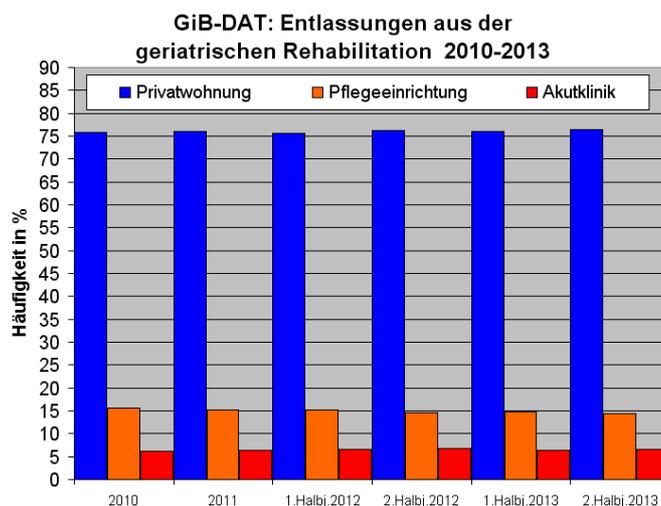


Abb. 45: GiB-DAT: Entlassungswege aus den geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen 2010 bis 2013

Hier ist zu sehen, dass die Anteile über die verschiedenen Zeiträume im Wesentlichen gleich bleiben, es gelingt anhaltend rund $\frac{3}{4}$ der Patienten die Rückkehr in eine private Wohnform.

Um neben der Selbsthilfefähigkeit noch abschätzen zu können, inwieweit sich Patienten der geriatrischen Rehabilitationsreinrichtungen durch die Einführung der Akutgeriatrien verändert haben, wird im Folgenden die Mobilität bei Aufnahme in die geriatrische Rehabilitation untersucht (Abb. 46).

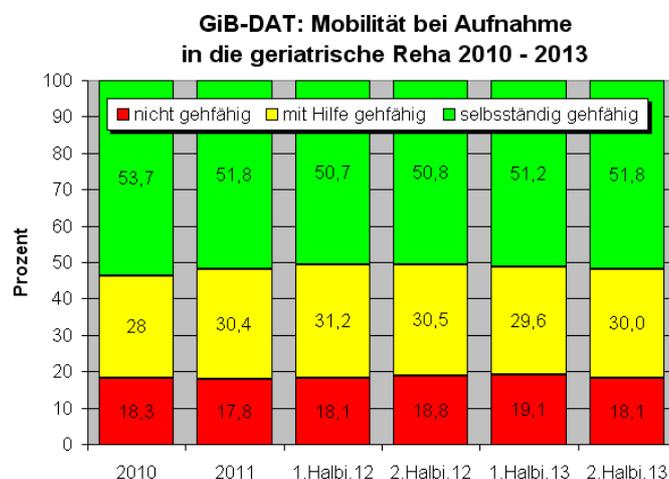


Abb. 46: GiB-DAT: Mobilität, erfasst über den Timed-Up & Go, in der geriatrischen Rehabilitation bei Aufnahme im zeitlichen Verlauf

Dort sind über den Zeitverlauf nur geringe Veränderungen zu sehen, der Anteil der Patienten, die bei Aufnahme ohne Hilfe gehfähig sind, ist im zweiten Halbjahr 2013 gegenüber 2010 um 1,9 % reduziert.

-Wohnsituation

Ähnliches ist bezüglich der Wohnsituation festzustellen, die in GiB-DAT differenziert erfasst wird. Tab. 55 gibt verschiedene Aspekte wieder, aus denen sich eher eine geringe Zunahme der Hilfebedürftigkeit der Patienten ableiten lässt als eine Abnahme.

Tab. 55: GiB-DAT: Verschiedene Aspekte der Wohnsituation bei Aufnahme in die geriatrische Rehabilitation 2010

	2010	2011	1.Halb. 2012	2. Halb. 2012	1.Halb. 2013	2.Halb. 2013
Privatwohnung	91,3	91,2	91,1	91,1	90,6	90,6
Pflegeheim	4,3	4,3	4,2	4,3	4,7	4,7
EPH*	53,3	52,3	52,2	53,2	52,4	52,3
Fam. Hilfe*	40,7	39,3	38,6	40,2	40,9	42,2
Prof. Hilfe*	18,0	17,8	17,9	18,4	18,4	19,5
Ohne Hilfe*	25,9	25,6	26,0	25,0	23,9	22,7

* Prozentangaben beziehen sich auf privat wohnende Patienten

EPH: Einpersonenhaushalt

5. Charakterisierung der Patienten in der vollstationären Behandlung nach dem bayerischen Geriatriekonzept

Abschließend soll eine Charakterisierung der akutgeriatrischen Patienten im Vergleich zu den Patienten der geriatrischen Rehabilitation vorgenommen werden. Die Frage, ob und in welcher Weise die Eröffnungen akutgeriatrischer Einrichtungen Auswirkungen auf die geriatrische Rehabilitation zeigt, kann nur dann bejahend beantwortet werden, wenn es sich um die gleichen Patienten handeln würde.

In den vorangegangenen Analysen konnten bereits sehr deutliche Unterschiede in der Verweildauer, Selbsthilfefähigkeit und Entlassungsort festgestellt werden. Ergänzend werden nun einige beschreibende Items für das zweite Halbjahr 2013 berechnet.

-Alter und Geschlecht

Der Frauenanteil ist bei beiden Behandlungsarten praktisch identisch, unterscheidet sich lediglich um 0,2 % zugunsten der geriatrischen Rehabilitation. Hier sind die Patienten im Durchschnitt um 0,9 Jahre jünger als in den akutgeriatrischen Abteilungen (vgl. Abb. 47 und Tab. 56).

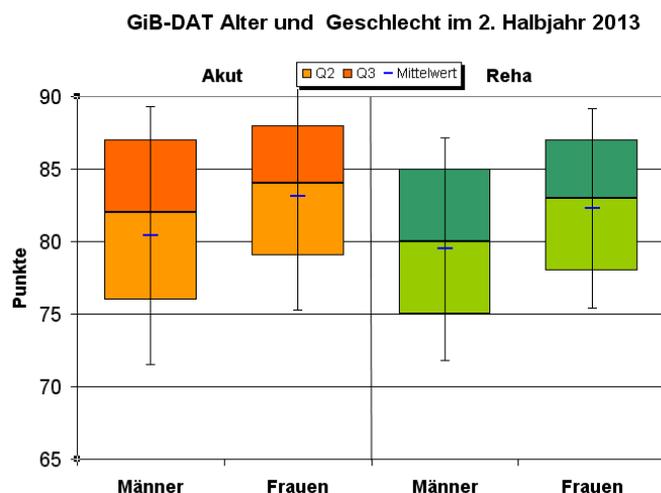


Abb. 47: GiB-DAT: Alter nach Geschlecht und Behandlungsart im zweiten Halbjahr 2013

Tab. 56: GiB-DAT: Alter nach Geschlecht und Behandlungsart im zweiten Halbjahr 2013

Kennwert Alter	Akut		Reha	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Mittelwert	80,4	83,1	79,5	82,3
Mittelwert	82,3		81,4	
Frauenanteil	66,8 %		67,0 %	
Standardabweichung	8,9	7,8	7,7	6,9
erstes Quartil	76,0	79,0	75,0	78,0
Median (zweites Quartil)	82,0	84,0	80,0	83,0
drittes Quartil	87,0	88,0	85,0	87,0
N	2.117	4.263	5.646	11.438

- Pflegestufe

Die Datenbank enthält auch ein Item, welches Auskunft über die aktuelle Pflegeeinstufung und eine evtl. beantragte Höherstufung gibt. Die folgende Abbildung beschränkt sich auf die Häufigkeiten genehmigten Pflegeeinstufungen und erlaubt einen Blick auf den prä-morbiden Status der Patienten (vgl. Abb. 48).

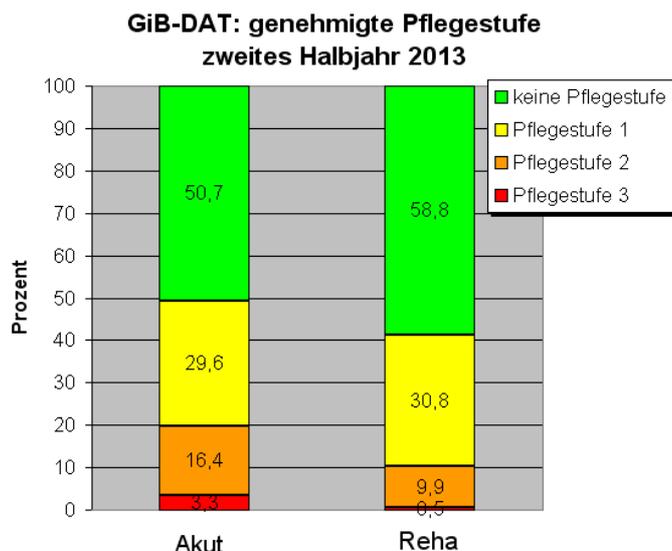


Abb. 48: GiB-DAT : Genehmigte Pflegestufe nach Behandlungsart im zweiten Halbjahr 2013

Dabei ist zu sehen, dass Patienten in den akutergeriatrischen Abteilungen im Vergleich zu den Patienten geriatrischer Rehabilitationen häufiger eingestuft sind. Besonders deutlich fallen die Unterschiede in Pflegestufe 2 (16,4 % vs. 9,9 %) und ohne Pflegeeinstufung (50,7 % vs. 58,8 %) aus.

Im Vergleich der Werte über die Zeit hinweg lässt sich in der geriatrischen Rehabilitation eine Abnahme des Anteils von Patienten feststellen, die keine Pflegestufe haben. Er sinkt von 63,6 % im Jahr 2010 kontinuierlich auf 58,8 % im zweiten Halbjahr 2013 ab. Daraus kann geschlossen werden, dass die Pflegebedürftigkeit der Patienten über die Zeit hinweg nicht geringer wird. Ob sie de facto zunimmt, könnte nur dann abgeleitet werden, wenn das Antrags- und Genehmigungsverhalten in den Jahren 2010 bis 2013 unverändert geblieben ist.

Die Betrachtung der Wohnsituation bei Aufnahme offenbart ebenfalls ganz deutliche Unterschiede. Akutpatienten werden wesentlich häufiger aus einem Pflegeheim in die Abteilung aufgenommen als Patienten der geriatrischen Rehabilitation (Abb. 49).

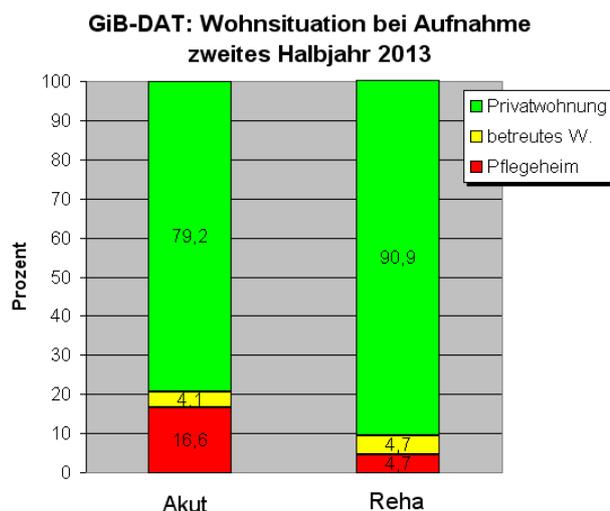


Abb. 49: GiB-DAT: Wohnsituation gruppiert bei Aufnahme im zweiten Halbjahr 2013 nach Behandlungsart

Aufgrund der Vorauswahl der Patienten – nur wenn ein Rehabilitationspotential angenommen werden kann und diese Einschätzung vom MDK auch so bestätigt wird – ist dieses Ergebnis plausibel. Über die Jahre 2010 bis 2013 unterlag die Wohnsituation der Patienten in der geriatrischen Rehabilitation im Übrigen insgesamt keinen Veränderungen.

- Barthel

Wie bereits festgestellt, wird nur ein kleiner Teil von rund 15 % der akutgeriatrischen Patienten in eine Rehabilitationseinrichtung verlegt. Hierbei darf angenommen werden, dass es sich hier in der Regel um geriatrische Rehabilitationseinrichtungen handelt.

Die folgende Abb. 50 untersucht nun nur bei diesen Patienten die Selbsthilfefähigkeit bei Aufnahme und Entlassung aus der Abteilung. Diese Werte werden mit allen in der Datenbank gespeicherten Werten der geriatrischen Rehabilitation verglichen. Zwar kann in der Datenbank auch danach unterschieden werden, aus welcher Einrichtung ein Patient in die Rehabilitation kommt. Die Unterscheidung, ob ein Patient aus einer geriatrischen Akutabteilung kommt, wurde im Zuge der Eröffnung der akutgeriatrischen Abteilungen zwar eingeführt, sie hat sich aber bislang noch nicht soweit durchgesetzt, dass eine klare Trennung möglich wäre.

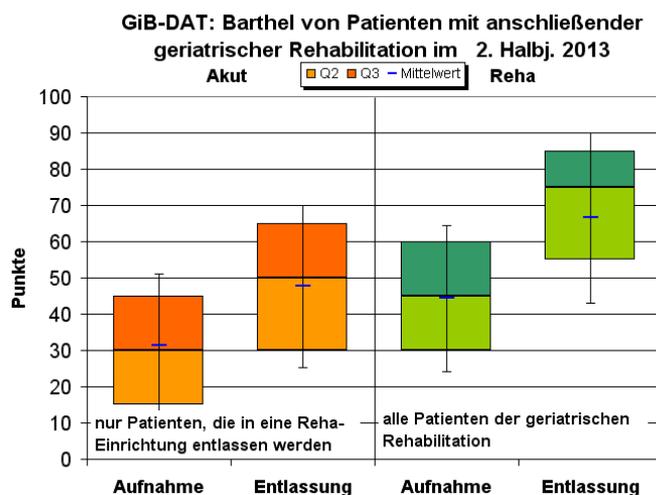


Abb. 50: GiB-DAT: Barthel von Patienten mit anschließender Verlegung in eine geriatrische Rehabilitationseinrichtung im Vergleich zu allen Patienten geriatrischer Rehabilitation im zweiten Halbjahr 2013

Nimmt man die Selbsthilfefähigkeit als Kriterium für die Beschreibung der Patienten, so zeigt sich, dass die akutgeriatrischen Abteilungen eine Ergänzung der geriatrischen Rehabilitation sozusagen nach „unten“ darstellen – dort wo die Akutgeriatrie aufhört, fängt die geriatrische Rehabilitation an und führt den begonnenen Weg der Verbesserung der alltagsrelevanten Fähigkeiten fort. Dass die Patienten auf dem Wege in die geriatrische Rehabilitation 5 Punkte in ihrer Selbsthilfefähigkeit verlieren, mag mit einer kritischeren Betrachtung der Patienten bei Aufnahme zusammenhängen. Ebenso stellt die Verlegung eines hochaltrigen Patienten in eine neue Einrichtung eine Belastung dar, die sich möglicherweise auch ungünstig auf die Selbsthilfefähigkeit auswirkt.

- Vergleich mit bundesdeutschen Daten

Kürzlich wurden Kennwerte zu Behandlung geriatrischer Patienten im Rahmen akutstationärer Einrichtungen von Kwetkat, Lehmann und Wittrich (Z Gerontol Geriat 2014, 47: 372 – 378) publiziert. Die dort genannten Daten beziehen sich auf Teilnehmer an dem bundesweiten Qualitätssicherungsprojekt GEMIDAS. Hier bietet sich ein kurzer Vergleich mit Bundesländern an, bei der andere Konzepte geriatrischer Versorgung verfolgt werden als in Bayern.

Die GEMIDAS-Daten beziehen sich auf überlebende Patienten aus den Jahren 2006 bis 2009 und werden mit den ebenfalls überlebenden Patienten aus 2013 im Folgenden verglichen.

Dabei zeigt sich, dass die bundesdeutschen Werte eine Mittelstellung zwischen Akutbehandlungen und der geriatrischen Rehabilitation in Bayern einnehmen (Tab. 57). Das Alter der bayerischen Akutpatienten entspricht allerdings genau dem bundesweiten Durchschnitt (82,6 Jahre), wobei dort mit 71,9 % ein doch deutlich höherer Frauenanteil überrascht (GiB-DAT 66,6 % und 67,4 %).

Tab. 57: Vergleich von einigen Kennwerten GEMIDAS und GiB-DAT

Jeweils Mittelwerte überlebender Patienten	GEMIDAS 2006-2009	GiB-DAT 2013	
	Akut	Akut	Reha
Alter	82,6	82,6	81,3
Frauenanteil	71,9 %	66,6 %	67,4 %
Verweildauer	19,6	14,8	22,6
Barthel b. Aufnahme	41,9	35,8	44,2
Barthel-Veränderung	17,9	14,4	22,8
Barthel b. Entlassung	59,8	49,7	67,1

Aus der zugegebenermaßen nur knappen Übersicht ergibt sich, dass die geriatrischen Behandlungsmöglichkeiten in Bayern im Vergleich zu anderen Bundesländern differenzierter sind: Es werden pflegebedürftigere, kränkere Patienten im Rahmen der Akutgeriatrie behandelt, die geriatrische Rehabilitation nimmt weniger beeinträchtigte Patienten auf, ermöglicht diesen jedoch eine längere Behandlung und bei Entlassung ein deutlich höheres Maß an Selbsthilfefähigkeit.

6. Zusammenfassung

- zur Befragung selbst

Die Befragung der geriatrischen Einrichtungen über insgesamt drei Durchläufe und Jahre erreichte durchgängig einen befriedigenden Rücklauf von über 50 %. Er steigerte sich allmählich und erreichte in der letzten abschließenden Phase rund 60 %.

Dabei war durchgängig zu beobachten, dass die Beantwortung der Items ganz offensichtlich mit Schwierigkeiten verbunden war. Dies betrifft bereits Informationen, die aus dem 301er-Datensatz zu gewinnen sind und in jedem Krankenhaus vorhanden sein müssten. In diesem Datensatz, der nach § 301 SGB V festgelegt ist, sind bestimmte Informationen von den Krankenhäusern verpflichtend für jeden Behandlungsfall an die Krankenkassen zu übermitteln. Hier scheint entweder der Zugang zu den Daten erschwert oder aber Informationen, die nicht unmittelbar abrechnungsrelevant sind, werden unter dem Druck des Alltagsgeschäfts wenig gepflegt. Dies betrifft beispielsweise die Angabe, ob ein Patient in eine Pflegeeinrichtung entlassen wird oder nicht. Daten, die über den 301er Datensatz hinausgehen wie beispielsweise Angaben zum Barthelindex, sind noch schwieriger zu ermitteln. Dies ist zumindest aus dem Umstand zu schließen, dass die entsprechenden Items häufiger nicht ausgefüllt wurden.

Die Bögen wurden für jedes Zentrum mit einer eigenen ID versehen. Dieses Vorgehen bewährte sich, da es die Rückverfolgung im Falle von Unklarheiten und vor allem eine längsschnittliche Betrachtung der gegebenen Informationen erlaubte. Die Bereitstellung einer Auswertungsroutine für Nutzer des Dokumentationssystems GERIDOC konnte an dieser Stelle eine wertvolle Hilfe leisten und wurde auch von vielen Nutzern gerne angenommen. Sie beschränkte sich allerdings zwangsläufig auf die Teilnehmer am Qualitätssicherungsprojekt GiB-DAT.

Die Erfahrungen zeigten, dass über Fragebogenaktionen nur ein begrenzter Informationsumfang erhoben werden kann. Weitergehende Informationen, z.B. zur Pflegeeinstufung oder Wohnsituation, dürften außer von Teilnehmern an Qualitätssicherungsprojekten kaum oder gar nicht verfügbar sein. Daten, die über die GiB-DAT erfasst wurden, konnten hier zum entscheidenden Informationsgewinn beitragen: Dort ist nicht nur ein Kennwert pro Zentrum gespeichert, sondern die Behandlungsfälle selbst mit einer ganzen Reihe relevanter Informationen. Dies erlaubt multivariate Analysen und gibt Aufschluss auch über den Streubereich der Daten.

Freitextliche Angaben der Befragten zu ihrer Einschätzung der aktuellen Situation bewährten sich durchgängig, weil über sie ein Stimmungsbild eindrücklich eingefangen werden konnte. Die beiden unterschiedlichen Wege der Informationsgewinnung ergänzten sich in weiten Teilen und erlaubten so, die Fragestellung der Studie umfassend zu bearbeiten.

- Veränderungen zwischen 2010 und 2013

Seit 2010 kam es nach der Veröffentlichung des Fachprogramms Akutgeriatrie des damaligen Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit (jetzt: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege) zu einer Eröffnungswelle akutgeriatrischer Einrichtungen. Die Zahl der Betten stieg hier um 190 %, die Fallzahl in der Akutgeriatrie verdoppelte sich. Im Rahmen geriatrischer Kompetenz konnten gegenüber 2010 insgesamt etwa 28 % mehr Patienten vollstationär behandelt werden (Auswertung von Angaben aus der Krankenhausstatistik; die Daten für die stationäre geriatrische Rehabilitation des Jahres 2013 lagen noch nicht vor und wurden geschätzt).

Die Rückmeldungen der Einrichtungen, die Zunahme der Zentren sowie Steigerung der Auslastung belegen eindrücklich eine erfolgreiche Etablierung eines neuen Behandlungspfads für geriatrische Patienten. Die Angaben zur Auslastung erreichten im zweiten Halbjahr im Median mit 90 % ein annähernd gleiches Niveau wie die geriatrische Rehabilitation. Aus den Angaben der Befragten ist zu schließen, dass zwar die Dynamik nachgelassen hat, aber weiterhin Eröffnungen oder der Ausbau vorhandener Kapazitäten in Vorbereitung sind.

Dabei scheinen die akutgeriatrischen Einrichtungen selbst in ihrer Organisation unterschiedlich aufgestellt zu sein. Dies zumindest ergibt sich aus der Analyse der durchschnittlichen Verweildauern der akutgeriatrischen Patienten nach Zentrum. Hier werden Durchschnittswerte zwischen 7,3 und 21,2 Tagen ermittelt, ähnliches ergibt sich für den Barthel bei Aufnahme (19,8 vs. 62,0 Punkte).

Im Vergleich zum Jahr 2010 als Ausgangspunkt der Entwicklung ist festzustellen, dass die Verweildauern in den geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen im Mittel um rund einen Tag leicht nachgaben. In den GiB-DAT-Daten ist dabei zu sehen, dass dies auf einen leichten Rückgang von Verweildauern oberhalb des Medians zurückzuführen ist. Die Spanne zwischen Median zum dritten Quartil verringert sich hier um einen Tag. Dies könnte daran liegen, dass die Patienten aufgrund der ausgebauten Behandlungsmöglichkeiten in akutgeriatrischen Einrichtungen in der geriatrischen Rehabilitation weniger pflegebedürftig sind und deshalb auch geringere Verweildauern benötigen.

Dies ist an den Daten zur Pflegebedürftigkeit bei Aufnahme aber nicht zu sehen. Zwar wird der Barthel-Mittelwert im zweiten Halbjahr 2013 um 0,4 Punkte oberhalb des Mittelwerts für 2010 ausgewiesen. Davor waren die Mittelwerte tendenziell eher niedriger und vor allem blieben die Quartile über den gesamten Erhebungszeitraum gänzlich unverändert. Die Daten aus den Befragungen weisen eher auf eine Homogenisierung der Angaben hin (bei Betrachtung der Quartile), der Mittelwert steigt jedoch auch dort leicht an. Möglich ist aber auch, dass eine restriktivere Genehmigungspraxis von Kostenträgern bezüglich Anträge auf Verlängerung der geriatrischen Rehabilitation, veränderte vertragliche Regelungen oder Optimierungen der Verweildauern der Einrichtungsträger unter Kostenaspekten bei der Reduktion der Verweildauer eine Rolle spielen. Der Kostenaspekt wird auch in den freitextlichen Angaben immer wieder genannt. Dort wurde in der ersten Befragung die finanzielle Situation in den geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen überwiegend kritisch beschrieben, auch in der letzten Befragung wurden kritische Bemerkungen hierzu gemacht.

Das, wenn auch geringe, Nachlassen der Verweildauer wirkt sich ungünstig auf den Zuwachs an Selbsthilfefähigkeit während der Behandlung und dem Status bei Entlassung auf. Unter dem Aspekt des Rehabilitationserfolgs wäre eigentlich eine Verlängerung der Verweildauer wünschenswert, nicht eine Verkürzung.

Die akutergeriatrischen Einrichtungen berichteten durchgängig von einer allmählichen Steigerung ihrer Auslastung, was im Zuge ihrer Neueröffnungen auch so zu erwarten ist. Die geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen berichteten hingegen über ein leichtes Absinken der Auslastungen sowohl im Mittelwert wie auch im Median. So wurden für das zweite Halbjahr 2013 eine im Mittel um rund 4 % geringere Auslastung gemeldet, im Median betrug die Differenz sogar noch mehr (5,6 %). Zum zweiten Halbjahr 2013 stabilisierte sich nach Auskunft der Einrichtungen die Lage wieder, es wurden im Mittel 92,5 % gemeldet (0,5 % mehr als 2010). Im Median wird die Auslastung noch um 2,8 % unter den Werten von 2010 angegeben.

Die Betrachtung der Einzelangaben zeigt auf, dass diese sowohl nach oben als auch nach unten vom Median deutlich abweichen. Die Belegung in der geriatrischen Rehabilitation ist also als heterogen zu bezeichnen.

Hingewiesen werden muss in diesem Zusammenhang auch darauf, dass zwischen 2010 und 2013 einige geriatrische Rehabilitationseinrichtungen geschlossen haben, deren Daten nur partiell in die Analyse eingehen können. Der Rückgang der Bettenkapazität geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen fällt jedoch mit 4,7 % gering aus.

Einhergehend mit der geringen Abnahme der Verweildauer ist auch eine geringe Reduktion des Zugewinns an Selbsthilfefähigkeit im Verlaufe der geriatrischen Rehabilitationsbehandlung festzustellen. Die Befragten geben im Mittel einen um 2,6 Punkte verringerten Delta-Barthel an, in den GiB-DAT-Daten beträgt die Verringerung jedoch nur 0,9 Punkte.

Dies schlägt sich auch auf die Selbsthilfefähigkeit bei Entlassung nieder (Befragung: minus 0,7 Punkte; GiB-DAT minus 0,6 Punkte; jeweils Mittelwert 2. Halbjahr 2013 vs. Jahr 2010).

Bezüglich der Pflegestufe, die ja auch Hinweise auf den prä-morbiden Status der Patienten gibt, ist über den untersuchten Zeitraum eine Abnahme von Patienten ohne Pflegestufe in der geriatrischen Rehabilitation zu beobachten. Dies kann daran lie-

gen, dass die Patienten hilfebedürftiger sind - dies ist allerdings im Barthel bei Aufnahme nicht ableitbar - oder auch an Änderungen im Antrags- und Genehmigungsverhalten bezüglich der Pflegestufe. Schließlich können auch veränderte Auswahlverfahren eine Rolle spielen.

Keine Veränderungen zeichnen sich hinsichtlich des Einzugsbereichs der Einrichtungen ab. Eine wohnortnahe Versorgung ist für die Patienten der geriatrischen Rehabilitation weiterhin gewährleistet und verändert sich auch über die Zeit hinweg nicht. Da akutgeriatrische Abteilungen stets an Akutkrankenhäusern angegliedert sind, ist die Wohnortnähe dort besonders ausgeprägt, bleibt aber auch dort über die Zeit hinweg stabil.

- Unterschiede zwischen akutgeriatrischen Patienten und Patienten in der geriatrischen Rehabilitation

Im Vergleich der akutgeriatrischen Patienten mit denen der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen lassen sich deutliche Unterschiede feststellen:

Patienten in der Akutgeriatrie

- sind in ihren Charakteristika deutlich heterogener,
- kommen häufiger aus Altenheimen,
- werden häufiger in Pflegeeinrichtungen entlassen,
- sind gemessen am Barthel bei Aufnahme deutlich pflegebedürftiger,
- haben entsprechend höhere Einstufungen in die Pflegestufe,
- bleiben kürzer,
- verbessern sich in ihrer Selbsthilfefähigkeit entsprechend weniger und
- versterben häufiger

als Patienten der geriatrischen Rehabilitation. Sie werden auch nur zu einem Teil in die geriatrische Rehabilitation überführt.

Insbesondere die Beobachtung der Selbsthilfefähigkeit von Patienten, die aus der Akutgeriatrie in eine Rehabilitation entlassen werden, zeigt, dass sich beide Behandlungsformen in sinnvoller Weise ergänzen und den Betroffenen einen ganz erheblichen Fortschritt an Fähigkeiten, Selbständigkeit und Lebensqualität ermöglichen.

- Ausblick

Das Fachprogramm Akutgeriatrie führte zu einem erheblichen Ausbau von Behandlungsmöglichkeiten geriatrischer Patienten im Rahmen akutstationärer Aufenthalte. Es entstand - dies zeigt auch der Vergleich mit bundesdeutschen Daten - eine Differenzierung und Verbreiterung des vollstationären Behandlungsspektrums für hochalt-ige, multimorbide Patienten. Es wird durch teilstationäre, ambulante und mobile Behandlungspfade sinnvoll ergänzt. Im Hinblick auf die demographische Entwicklung wird dem letztgenannten Sektor künftig eine verstärkte Bedeutung zukommen um stationäre Krankenhausaufenthalte zu vermeiden, erreichte Rehabilitationserfolge nachhaltig abzusichern.

Im Jahr 2014 gibt es nahezu gleich viele Akutgeriatrien wie geriatrische Rehabilitationseinrichtungen. Der Ausbau der Akutgeriatrien ist bislang noch nicht zum Stillstand gekommen. Die neuen Abteilungen scheinen klinikintern und im ambulanten Sektor Anerkennung und Akzeptanz zu finden; dies ist zumindest aus den Rückmeldungen der Einrichtungen zu entnehmen.

Die Betrachtung verschiedener Aspekte wie Selbsthilfefähigkeit, Wohnsituation bei Aufnahme, Pflegestufe oder Verweildauer ergibt deutliche Unterschiede der Patienten der akutgeriatrischen Abteilungen zu den Patienten geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen in Bayern. Dies bedeutet, dass es zu einer Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten unter geriatrischer Kompetenz gekommen ist. Anhand der Selbsthilfefähigkeit konnte gezeigt werden, dass sich beide Behandlungspfade in sinnvoller Weise ergänzen können, aber nicht müssen – nur ein Teil von rund 15 % der Patienten durchläuft beide Pfade nacheinander.

Die Charakteristika der Patienten in den geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen in Bayern veränderte sich seit dem Jahr 2010 nur wenig. Insbesondere eine Verringerung der Pflegebedürftigkeit bzw. pflegerelevanter Einschränkungen ist nicht festzustellen. Die Selbsthilfefähigkeit bei Aufnahme ist im Mittel zwar 0,4 Punkte über dem Ausgangswert, die Mobilität dafür jedoch geringfügig geringer ausgeprägt. Damit kann auch eine in den freien Antworten zur aktuellen Situation in der geriatrischen Rehabilitation immer wieder angemerkte Zunahme von pflegeabhängigen Patienten in der Summe über alle Zentren nicht bestätigt werden.

Allerdings schlossen einige geriatrische Rehabilitationseinrichtungen. Die Angaben über die Auslastung der verbleibenden Einrichtungen wiesen eine große Streuung in beide Richtungen auf. Im Median sank die Auslastung um 2,8 % ab – 25 % der geriatrischen Einrichtungen berichten eine Auslastung für das 2. Halbjahr von unter 82 %.

Unter Berücksichtigung der freitextlichen Bemerkungen zur Situation ist diese Veränderung jedoch nicht auf die Etablierung der akutgeriatrischen Einrichtungen zurückzuführen. Eine Verdrängung findet nicht statt. Als problematisch wird die finanzielle Situation zumindest in einem Teil der Rehabilitationseinrichtungen beschrieben. Hier sind Kostenträger und politische Instanzen gefordert, den Fortbestand dieses sinnvollen und bewährten Behandlungspfades nach dem bayerischen Geriatriekonzept in der Breite zu sichern.

7. Anhang

7.1 Freie Antworten zur Situation der Akutgeriatrie einschließlich ihrer Zuordnung zu einer Kategorie

Kategorie	Bemerkung
Ausbau	Bedarf und Belegung stark zunehmend
Ausbau	seit 1.12.2013 Erhöhung der Bettenzahl für 2014 geplant
Kritik	zwischenzeitlich nötige Reduktion der Behandlungskapazitäten wegen Mangels an Pflegepersonal!
Positiv	Entwicklung zufriedenstellend
Positiv	einweisende Hausärzte begreifen langsam den Sinn der Akutger.
Ausbau	die Eröffnung einer Akutger. am Standort ist in Planung
Ausbau	erst seit Dez. 2012 Akutger. eröffnet, Betten im Laufe des 2. Halbjahres 2013 auf 20 aufgebaut. keine Veränderung ableitbar
Positiv	positive Erfahrungen, wenn vor GRB eine FRKomplexbeh. durchgeführt wurde
Ausbau	ab 1.3.2013 Erhöhung der aufgestellten Betten von 16 auf 22
formal	stabile Situation
Formal	seit 7/2013: eine beschützt geführte Station Akutger. mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt mit 20 Betten und einer offen geführten Station gleicher Bezeichnung mit 20 Betten
Kritik	weiterhin Problematik der defizitären weil aufwändigen Behandlung ger. Pat., die die Behandlungsdauer von 14 Tagen nicht erreichen
Kritik G-praxis	Abteilungsgröße (24 Betten) als eigenständige Einheit zu knapp MDK-Prüfungen waren teilweise sehr geriatriefern (stark von Personen abhängig)
formal	geplante Kooperation zur integrierten Versorgung von Schlaganfallpat.
formal	keine, neue Subdisziplin
Positiv	stabile Situation
Ausbau	Die Akutgeriatrie ist weiter im Aufbau. Nach Fertigstellung der Bettenhaussanierung ist eine bedarfsgerechte Erhöhung der Bettenzahl geplant.
Formal	akutger. Behandlungseinheit seit 1/2013 im Aufbau
Positiv G-Praxis	zunehmende Akzeptanz in der Bevölkerung und bei den Hausärzten als positiv. Zunehmende Probleme mit MDK bezüglich OGV und Nebendiagnosen sowie GKB-Akzeptanz. Zunehmend Ablehnung von Ger.-Reha-Anträgen trotz begründeter Widersprüche.
g-praxis positiv	bekommen so gut wie alle GRB-und AHB-Anträge genehmigt und auch die Ablehnungsquoten des MDK für GFU sind sehr gering. Gute Akzeptanz der Einrichtung durch Hausärzte, die gern direkt einweisen.
Formal	unsere Akutgeriatrie ist erst seit November 2013 genehmigt und ist jetzt erst voll organisiert (Jan. 2014)
Kritik	weiterhin Problematik der defizitären weil aufwändigen Behandlung ger. Pat., die die Behandlungsdauer von 14 Tagen nicht erreichen
Positiv	zunehmende Auslastung der Akutgeriatrie

Anmerkung: Zentrumsangaben wurden anonymisiert. Eine Bemerkung wurde in zwei Zentren gleichlautend gemacht.

7.2 Freie Antworten zur Situation der geriatrischen Rehabilitation einschließlich ihrer Zuordnung zu einer Kategorie

Kategorie	Inhalt
Pat.schwere	Aufnahme von noch nicht rehafähigen Pat. (wegen Teilbelastung im Durchgangssyndrom etc.) gehäuft
Formal	GR XXX 30 Betten unverändert GR XXX 30 Betten unverändert
Kostendruck	Vergütung nach wie vor völlig unzureichend, alles, was irgendwie geht, machen wir im Akutbereich
Pat.schwere	es gibt kaum noch ger. Pat. mit einem Barthel von > 60 P solche Pat. kommen in andere günstigere AHB-Indikationen oder werden ambulant versorgt
Kostendruck	zwischenzeitlich notwendige Reduktion der Bettenzahl aufgrund der finanziellen Situation der ger. Reha sowie nötige Umbaumaßnahmen!
Belegung	Schließung der Einrichtung zum 31.3.2014
Kostendruck	die Abteilung arbeitet defizitär mit in 2013 gg. 2012 steigender Tendenz Belegung 2013 gg. 2012 minus 0,9 %
Stabil	sicher kein Belegungseinbruch durch Akutger. Bem. zur Statistik: Verlegung Akutger. <-> Rehager. wurden bei uns nicht erfasst, sind aber in großer Zahl erfolgt
Pat.schwere	Anteil der Schwerbetroffenen bei Aufnahme mit niedriger Barthel-Punktzahl (0-30) nimmt zu, wie aus folgenden Beobachtungen hervorgeht: 1. sinkende Barthel-Werte bei Aufnahme 2. sinkende Barthel-Werte bei Entlassung 3. sinkende Barthelveränderung des 2. Halbjahrs im Vergleich mit dem ersten Halbjahr 2013 4. steigender prozentualer Anteil der bei Entlassung in ein Akutkrankenhaus verlegten Patienten
Postiv	KK beginnen die volkswirtschaftl. Vorteile der GeriReha zu begreifen. Die finanzielle Sit. verbessert sich, aber noch nicht an einen Umkehrtrend festzustellen
Stabil	keine wesentlichen
Positiv	in XXX war zuerst die Akutger., dann die ger. Reha Daten deshalb unter Vorbehalt zu sehen. Im Alltag gute Kooperation.
Sonstiges	wie bei letzter Auswertung weiterhin Pat. mit primärem Ger.-Antrag von Kasse für orthopäd. AHB genehmigt -> Switchanträge durch uns, hoher Zeitaufwand für Formalitäten. Mehr Dialysepat. 2013; Beginn von Peritonealdialyse während Ger. Reha (2013 2 Pat.)
Stabil	Hinsichtlich Auslastung, Diagnosen, Verlegungspartnern oder Ergebnissen keine Veränderungen
Formal Pat.schwere	aufgrund von Baumaßnahmen im gesamten Jahr 2013 verkleinerte Bettenkapazität Unverändert sind die Pat. bei Aufnahme sehr schwer betroffen, teils instabil, Diagnostik in Vorklinken nicht abgeschlossen bzw. unvollständig. Dadurch erhöhter Bedarf an Diagnostik

(Fortsetzung)

Kategorie	Inhalt
Positiv	Anstieg Pat.anzahl und Auslastung im 2. HJ 2013
Belegung	Reduktion der GR-Bettenzahl von 45 auf 36 ab 1.7.2013 Weniger GR-Pat. aus der Med. Klinik wegen der Komplexbehandlung
Stabil	unverändert, teilw. muss erst Reha-Fähigkeit hergestellt werden
Stabil	keine Veränderung
Belegung Sonstiges	Reduktion der zu belegenden geriatr. Rehabetten seit Mitte Dezember 2013 (wegen Mangel Pflegepersonal u.a.)
Stabil	stabile Situation
Positiv Pat.schwere	steigende Nachfrage immer ältere Pat. mit zusätzl. Begleiterkrankungen die QM-Zertifizierung zusätzl. Aufwand, der durch die Veränderungsrate nicht abgedeckt wird
Stabil	keine relevanten Änderungen seit Jahren durch Initiierung der Akutger.
formal	Die Kliniken XXX verfügen über 2 ger. Rehaabteilungen (XXX, XXX)
Belegung	deutlich weniger Patienten in geriatrischer Reha wegen der Akutgeriatrie
Belegung	desolate Situation in der Rehabilitation, abnehmende Patientenzahl
Stabil	zur Zeit keine Veränderung, da keine Akutger. in der Nähe, wir auch keine Akutger. haben

Anmerkung: Zentrumsangaben wurden anonymisiert.

7.3 Anschreiben und Fragebogen



Ärztliche Arbeitsgemeinschaft zur
Förderung der Geriatrie in Bayern e. V.

AFGiB e.V., Dr. Swoboda, Klinikum Nürnberg-Nord,
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1, 90419 Nürnberg

«e_anrede»
«e_name1»
«e_name2»
«e_name3»
- Geschäftsführung
«e_strasse»
«e_ort»

www.afgib.de

Vorsitzender

Dr. med. Walter Swoboda
Klinikum Nürnberg-Nord
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1
90419 Nürnberg
Tel.: 0911 / 398-2438
Fax: 0911 / 398-2117
Walter.Swoboda@afgib.de

Nürnberg, den 20.01.2014

Befragung zu Auswirkungen des Fachprogramms Akutgeriatrie

ID «int_nr»

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst möchten wir uns für die rege Beteiligung an den ersten beiden Befragungen bedanken. Ihre Ergebnisse lieferten wichtige Impulse für die Diskussion der weiteren Entwicklung der Geriatrie in Bayern und zeichnen nun auch Entwicklungstrends ab.

Die Studie wird mit finanzieller Unterstützung des Bayerischen Ministeriums für Gesundheit und Pflege sowie des Verbandes der Privaten Krankenanstalten in Bayern und in Zusammenarbeit mit

- der Bayerischen Krankenhausgesellschaft (BKG),
- der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen (ARGE) und
- des Verbands der Privatkrankeanstalten in Bayern (VPKA)

durchgeführt und untersucht die Auswirkungen des Fachprogramms Akutgeriatrie auf die geriatrische Rehabilitation in Bayern. In halbjährlichem Abstand werden alle bayerischen Akutgeriatrien und geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen über eine Zeitdauer von insgesamt zwei Jahren befragt.

Den aktuellen Fragebogen finden Sie anbei. Wir empfehlen, ihn an die Leitung der Geriatrie weiterzuleiten. Wir haben uns bemüht, die Fragen knapp und übersichtlich zu halten und bitten um Beantwortung. Um für Sie die Arbeitsbelastung zu minimieren, bezieht er sich diesmal auf zwei Halbjahre.

Bitte wenden ->

Vorsitzender
Dr. med. Walter Swoboda
Klinikum Nürnberg-Nord
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1, 90419 Nürnberg
Tel.: 0911 / 398-2438
Walter.Swoboda@afgib.de

stellv. Vorsitzender
Dr. med. Jens Trögner
Klinikum Amberg
Marshallbergweg 7, 92224 Amberg
Tel.: 09621 / 38-1101
Jens.Troegner@afgib.de

Schatzmeister
Dr. med. Christoph Garner
KWA GfH Rolla
Max-Köhler-Str. 3, 94086 Bad Griesbach
Tel.: 09532 / 87-461
Christoph.Garner@afgib.de

Schriftführerin
Dr. med. Barbara Meztlich
Ise Kubarschewski Stiftung – GG Stamberg
Hankelder Str. 10a, 82319 Stamberg
08151 / 65054-10
Barbara.Meztlich@afgib.de

Geschäftsstelle u. Sitz des Vereins
Wellnerstr. 4a
90475 Nürnberg
Tel.: 0911 / 8370309
Fax: 0911 / 8006725
Info@afgib.de

Registrier:
Amtsgericht
München
VR 15772

Bankverbindung
Raiffeisen-Volksbank LKR Alßling
BLZ: 710 610 09
Konto 0 92 85 50
BIC: GENODEF1A0E
IBAN: DE27 10610090000928550

Der Ergebnisbericht wird eine Aufstellung derjenigen Kliniken enthalten, die sich im Rahmen dieser Befragung an der Weiterentwicklung der Geriatrie in Bayern beteiligten. Die Angaben selbst werden anonym ausgewertet, nur die Studienzentrale kann den Absender entschlüsseln. Ein frankierter Rückumschlag ist beigelegt.

Bitte nehmen Sie an der Befragung auch dann teil, wenn Sie bislang nicht teilnehmen konnten!

Nutzer von GERIDOC: Wir stellen auch diesmal eine spezielle Auswertungsroutine zur Verfügung, mit welcher die meisten Daten aus GERIDOC direkt ermittelt werden können! Bitte wenden Sie sich ggf. an das GiB-DAT-Büro.

Wir bedanken uns herzlich für die Zusammenarbeit auch im Namen der Beteiligten und des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege und verbleiben

mit freundlichen Grüßen



Dr. Walter Swoboda
1. Vorsitzender der AFGiB e.V.



Fragebogen zur Studie „Auswirkungen des Fachprogramms Akutgeriatrie auf die geriatrische Rehabilitation in Bayern“

ID «int_nr»

Seite 1

	Durchschnittsangaben Januar bis Juni 2013		Durchschnittsangaben Juli bis Dezember 2013	
	Akut-geriatrie	Geriatr. Reha	Akut-geriatrie	Geriatr. Reha
Anzahl Betten				
Fallzahl *1				
Berechnungstage Reha im 1. und 2. Halbjahr 2013	/		/	
Verweildauer				
Durchschnittliche Auslastung in %	%	%	%	%
Veränderung der Auslastung ggü. dem jeweils vorhergehenden Halbjahr (2. Halbj. 12 bzw. 1. Halbj. 13)	%	%	%	%
Barthel bei Aufnahme				
Barthel bei Entlassung				
Barthelveränderung				
Woher kommen die Patienten in die Geriatrie? *2				
• Einweisung durch einen Arzt (E/Z)	%	%	%	%
• Notfall (N)	%	%	%	%
• (anderes) Akutkrankenhaus (Y)	%	%	%	%
• Rehabilitationseinrichtung (R)	%	%	%	%
• anderes Krankenhaus im Rahmen einer Kooperation (K)	%	%	%	%
Wohin gehen die Patienten aus der Geriatrie? *3				
• nach Hause (01,02,03,04,14,15)	%	%	%	%
• (anderes) Akutkrankenhaus (06,08,13,18)	%	%	%	%
• interne Verlegung (12,17)	%	%	%	%
• Rehabilitationseinrichtung (09) (auch wenn diese sich im eigenen Haus befindet)	%	%	%	%
• Pflegeeinrichtung (10)	%	%	%	%
• Sonstiges (05,07,16,19,20,21,22,11)	%	%	%	%

*1: Die Fallzahl kann auch durch die Formel (Anzahl Aufnahmen + Anzahl Entlassungen) / 2 ermittelt werden

*2: Die Angaben in Klammern beziehen sich auf die Vereinbarung nach § 21 KHEntgG

*3: Die Angaben in Klammern beziehen sich auf Schlüsselnummern nach § 301 SGB V

Bitte wenden ->



Fragebogen zur Studie „Auswirkungen des Fachprogramms Akutgeriatrie auf die geriatrische Rehabilitation in Bayern“

ID «int_nr»

Seite 2

Angaben zur Art der Kooperation zwischen Akutgeriatrien und geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen, wie sie im Fachprogramm Akutgeriatrie gefordert wird.

Eine Kooperation besteht im Bereich

Apotheke	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fortbildung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Einkauf von Waren oder Dienstleistungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mitarbeiteraustausch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hausärzte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fachärzte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

und zwar:

Bemerkungen zur Situation und Veränderungen in der **Akutgeriatrie**

Bemerkungen zur Situation und Veränderungen in der **geriatrischen Rehabilitation**

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Bogen **bis zum 28.02.2014** mit beiliegendem frankierten Rückumschlag an folgende Adresse zurück:

GiB-DAT-Projekt d. AFGiB e.V.
 Thomas Tümena
 Wettinerstr. 41, 90475 Nürnberg

Tel.: 0911 / 83 70 309
 Fax 0911 / 800 67 25
Thomas.Tuemen@geridoc.de