

BUNDESWEITES GERIATRIEKONZEPT

Beschlossen durch die Mitgliederversammlung
des Bundesverbandes Geriatrie 2022





Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen der Mitgliederversammlung im Frühjahr 2022 haben die Vertreter der Mitgliedseinrichtungen des Bundesverbandes Geriatrie e. V. das vorliegende bundesweite Geriatriekonzept beschlossen. Es beinhaltet erstmalig detaillierte Planungsparameter und Anhaltszahlen für die bedarfsgerechte Ausgestaltung einer spezifischen Versorgung betagter sowie hochbetagter Patientinnen und Patienten. Die Geriatrie legt damit zum ersten Mal ein konkret umsetzbares, einheitliches Konzept für die Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten vor.

Wie vor der Verabschiedung des ersten bundesweiten Geriatriekonzeptes im Jahr 2018 fand auch diesmal ein intensiver verbandsinterner Prozess zur Entwicklung der versorgungspolitischen Lösungsansätze statt. Dieser, mit der Veröffentlichung des ersten Weißbuchs Geriatrie im Jahr 2010 begonnene, Prozess wird kontinuierlich weitergeführt. So wird das vorliegende Geriatriekonzept Anfang des kommenden Jahres durch eine erweiterte Neuauflage des Weißbuchs Geriatrie begleitet werden.

Die Gesellschaft altert und im Gesundheitssystem sind schon heute die betagten sowie hochbetagten Patientinnen und Patienten die dominierende 'Nutzergruppe'. Eine bedarfsgerechte und damit angemessene Versorgung dieser Gruppe wird mit den heutigen Versorgungsstrukturen zukünftig nicht realisierbar sein.

Die im Konzept dargestellten Ansatzpunkte können sicherstellen, dass der im Gesetz garantierte individuelle Anspruch auf eine dem Stand der Medizin entsprechende Versorgung auch zukünftig umgesetzt werden kann. Die individuellen, gesellschaftspolitischen sowie wirtschaftlichen Folgen wären erheblich, wenn die große Gruppe der Babyboomer-Generation im Alter nicht sachgerecht geriatrispezifisch versorgt würde.

Insofern laden wir Sie zu einem versorgungspolitischen Dialog über die akutmedizinische, frührehabilitative und rehabilitative Versorgung betagter sowie hochbetagter Patientinnen und Patienten ein. Nur im konstruktiven Dialog kann die notwendige fachspezifische Versorgung in die Praxis umgesetzt werden. Insofern freuen wir uns über einen offenen sowie konstruktiven Austausch mit Ihnen.

Dr. Michael Musolf

Vorstandsvorsitzender

Bundesverband Geriatrie e. V.

Zukünftige Strukturen der geriatricspezifischen Versorgung in Deutschland

Versorgungspolitische Anforderungen
an die stationäre sowie teilstationäre Versorgung
Betagter und Hochbetagter

Ergänzung und Fortschreibung des
bundesweiten Geriatriekonzeptes des
Bundesverbandes Geriatrie e.V.

beschlossen im Rahmen der Mitgliederversammlung 2022

Die Babyboomer-Generation wird in den nächsten Jahren die Zahl der Hochaltrigen stark ansteigen lassen, sodass die Behandlung und die Versorgung hochbetagter Patientinnen und Patienten das Gesundheitssystem in weiten Teilen prägen werden. Diese Entwicklung erfolgt in einer Zeit, in der der Fachkräftemangel alle Berufsgruppen des Gesundheitswesens betrifft und sich durch Eintritt von Beschäftigten in den beruflichen Ruhestand kurzfristig noch einmal deutlich verschärfen wird.

Zudem werden gesamtgesellschaftliche Entwicklungen das Gesundheitssystem vor weitere Herausforderungen stellen. So führen sicherheitspolitische Anforderungen und Herausforderungen des Klimawandels zu finanziellen Verschiebungen in den öffentlichen Haushalten. Die räumliche Nähe verschiedener Generationen wird durch die Anforderungen im Berufsleben weiter abnehmen, was andere Betreuungskonzepte erforderlich macht. Nicht zuletzt wird es mittelfristig zu einer Neuorganisation des stationären sowie nicht-vollstationären Versorgungsektors kommen müssen, um auch weiterhin bundesweit flächendeckende Strukturen aufrecht erhalten zu können.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung wird die geriatricspezifische Versorgung eine zentrale Rolle bei diesen Entwicklungen spielen müssen, wenn zukünftige Konzepte die Probleme lösen und zugleich die Versorgungsbedarfe der Mehrheit der Bevölkerung sachgerecht aufgreifen sollen.

Daraus ergeben sich zwei zentrale versorgungspolitische Notwendigkeiten:

1. Bundesweite Planung der geriatricspezifischen Versorgung

Die geriatricspezifische Versorgung ist als Teil der Grund- und Regelversorgung bundesweit auf Grundlage einheitlicher Kriterien (regionale Cluster, Fahrtzeitradien) verbindlich zu planen.

2. Zusammenführung der nicht-vollstationären geriatricspezifischen Versorgungsformen

Heute getrennte Versorgungsangebote müssen fachlich sowie strukturell zusammengeführt und bundesweit flächendeckend etabliert werden.

Im Rahmen der Mitgliederversammlung des Bundesverbandes Geriatrie e.V. haben die Mitglieder des Verbandes im November 2018 das erste bundesweite Geriatriekonzept beschlossen. Vor dem Hintergrund der aktuellen versorgungspolitischen Herausforderungen und mit dem Ziel, die Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten in Deutschland dauerhaft weiter zu verbessern, wurden die im Jahr 2018 vereinbarten Grundsätze ergänzt und weiterentwickelt.

Zur Konkretisierung der notwendigen Schritte zur praktischen Umsetzung wurden aus der Geriatrie heraus die nachfolgenden konzeptionellen Eckpunkte entwickelt.

*zwei zentrale
versorgungspolitische
Notwendigkeiten*

Kurzübersicht der konzeptionellen Eckpunkte

Vereinheitlichung der Bezeichnungen: Kliniken für Geriatrie/ Geriatrische Rehabilitationskliniken

Um eine bundesweite Planungsgrundlage zu schaffen, werden einheitliche Begrifflichkeiten etabliert. Für eine stationäre geriatrische Versorgungseinheit im Krankenhaus wird der Begriff „Klinik für Geriatrie“ eingeführt. Im Bereich der stationären geriatrischen Rehabilitation wird der Begriff „Geriatrische Rehabilitationsklinik“ etabliert. Es gelten jeweils strukturelle Mindestanforderungen, die erfüllt werden müssen.

*einheitliche
Begrifflichkeiten*

Bundesweite, einheitliche Bedarfsplanung: Grundversorgung, Cluster, Fahrtzeitradien und Verhältniszahlen

Die Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten gehört zur Grund- und Regelversorgung. Die erforderlichen geriatrispezifischen Versorgungskapazitäten müssen entsprechend planerisch verankert sein. Um auch die geriatrische Versorgung im Rahmen einer regelhaften sowie flächendeckenden Bedarfsplanung abbilden zu können, werden bundesweit Planungscluster eingeführt. Dafür muss in jedem Landkreis respektive der vergleichbaren Planungsgröße in den Stadtstaaten (zumeist Stadtbezirk) mindestens eine Klinik für Geriatrie verfügbar sein. Zudem muss bundesweit innerhalb eines Fahrtzeitradius von 25 Minuten mindestens eine Klinik für Geriatrie erreichbar sein. Mit Ausnahme in den Bundesländern, in denen das jeweilige Landesgeriatriekonzept keine eigenen geriatrischen Rehabilitationskliniken vorsieht, muss mindestens eine solche Rehabilitationsklinik innerhalb eines Fahrtzeitradius von 45 Minuten zur Verfügung stehen.

Geriatrie: Teil der Grund- und Regelversorgung

regelhafte Bedarfsplanung u. a. im Rahmen der KH-Planung

Optional: Engere Vernetzung mit anderen medizinischen Fachgebieten: Spezialisierte Geriatrische Versorgungseinheiten – SGV

An Kliniken für Geriatrie können optional „Spezialisierte Geriatrische Versorgungseinheiten“ (SGV) angegliedert werden. Diese Versorgungseinheiten stellen unter Federführung der Geriatrie bzw. unter paritätischer Leitung in Zusammenarbeit mit einem anderen medizinischen Fachgebiet eine weiterführende geriatrispezifische, interdisziplinäre Versorgung sicher. Auch hier sind strukturelle Mindestanforderungen zu erfüllen.

Vernetzung mit anderen medizinischen Fachgebieten

Zusammenführung von Versorgungsangeboten: Ambulante Geriatrische Zentren – AGZ

Im teilstationären Bereich werden „Ambulante Geriatrische Zentren“ bundesweit und flächendeckend neu eingeführt, in denen die bisherigen Tageskliniken, ambulante Rehabilitations-einrichtungen, mobile geriatrische Einrichtungen und Geriatrische Institutsambulanzen (GIA) (vorbehaltlich der erforderlichen KV-Ermächtigung) organisatorisch und medizinisch-inhaltlich aufgehen. Die heute getrennten Leistungen werden so zu einer Leistungsart zusammengeführt, d. h. die heute in den genannten einzelnen Versorgungseinheiten jeweils separat angebotene Versorgung wird zu einer neuen, integrativen Leistung, sodass bedarfsbezogen die verschiedenen Inhalte der einzelnen Versorgungsleistungen frei kombiniert werden können.

teilstationäre Angebote werden zusammengeführt

Intention

Ziel ist es, heute mit der strukturierten Planung geriatrispezifischer Versorgungsstrukturen zu beginnen und diese Planungen in den kommenden Jahren in die Versorgungspraxis umzusetzen, so dass in den kommenden Jahrzehnten das Gesundheitssystem den Versorgungsbedarfen der dann prägenden Patientengruppe der betagten und hochbetagten Menschen inhaltlich sowie strukturell gerecht wird und versorgungspolitische wie auch wirtschaftliche Überforderungen vermieden werden.

jetzt planen – in den kommenden Jahren umsetzen

Kurzübersicht der stationären geriatricspezifischen Versorgung

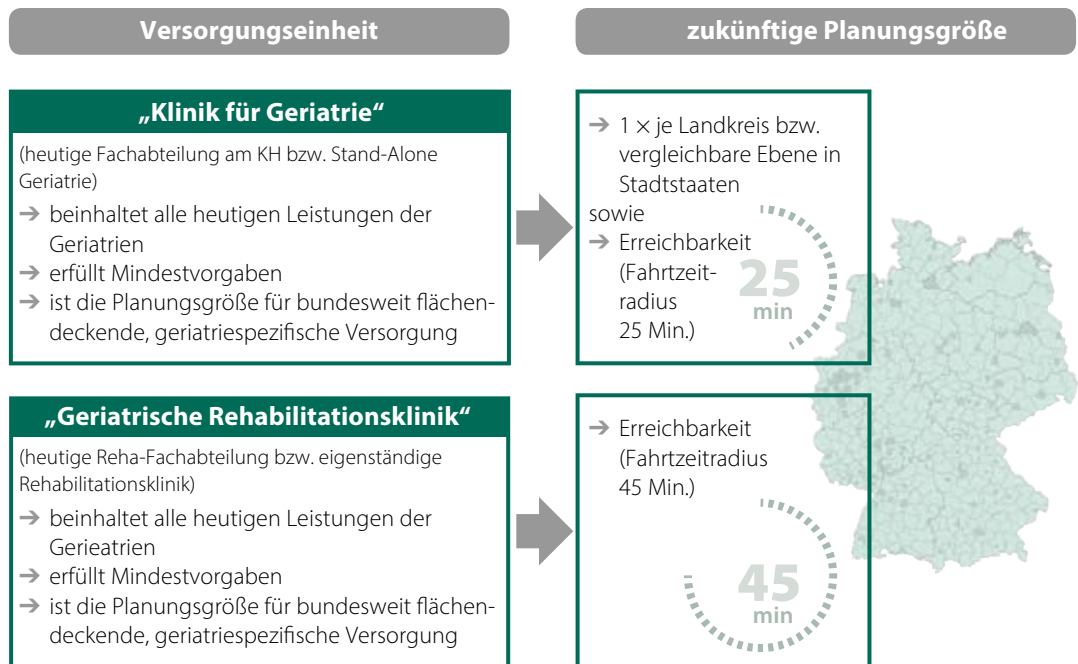


Abbildung 1: Kurzübersicht der stationären geriatricspezifischen Versorgung (eigene Darstellung)

Kurzübersicht der nicht-vollstationären geriatricspezifischen Versorgung

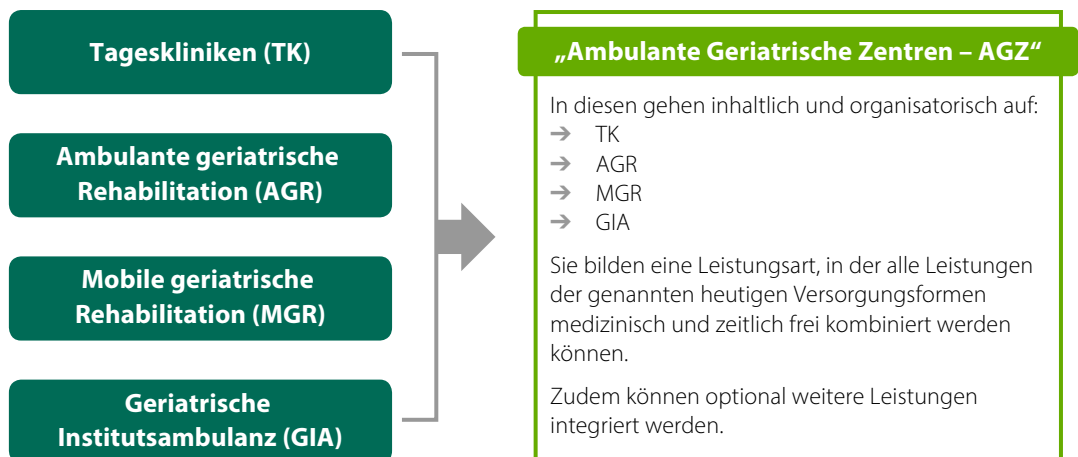


Abbildung 2: Kurzübersicht der nicht-stationären geriatricspezifischen Versorgung (eigene Darstellung)

Ausführliche Konzeptdarstellung

1 Einleitung

- 1.1 Entwicklung und Status quo
- 1.2 Herausforderungen und Perspektiven

2 Gesamtkonzept

3 Konzeptansatz stationäre Versorgung

- 3.1 Übersicht stationäre Versorgung
- 3.2 Kliniken für Geriatrie (§§ 39, 109 SGB V)
- 3.3 Geriatrische Rehabilitationskliniken (§§ 40, 111 SGB V)
- 3.4 Bevölkerungsbezug
- 3.5 Optionales Versorgungsangebot:
Spezialisierte Geriatrische Versorgungseinheiten (SGV)

4 Konzeptansatz nicht-stationäre Versorgung

- 4.1 Übersicht nicht-stationäre Versorgung
- 4.2 Ambulante Geriatrische Zentren (AGZ)

1 Einleitung

1.1 Entwicklung und Status quo

Die Versorgungsbedarfe der geriatrischen Patientinnen und Patienten liegen bedingt durch deren typische Multimorbidität und allgemeine Gebrechlichkeit an der unmittelbaren Schnittstelle zwischen der Versorgung im Krankenhaus, Rehabilitation und pflegerischer Versorgung im Sinne der Pflegeversicherung. Diese Gruppe älterer Patientinnen und Patienten weist eine hohe Vulnerabilität auf, weshalb sie auf eine umfassende Betreuung angewiesen ist. Zugleich ist die soziale Teilhabe der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund haben sich die geriatricspezifischen stationären Versorgungsstrukturen in Krankenhäusern wie auch im Bereich der Rehabilitation parallel und eigenständig entwickelt bzw. fortentwickelt.

In den vergangenen 25 Jahren hat die Geriatrie in Deutschland eine dynamische Entwicklung erfahren, wobei sich insbesondere die Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten im stationären Sektor intensiv entwickelt hat. Die Versorgungsangebote weisen dabei hinsichtlich ihrer Struktur und Ausgestaltung sowie der regionalen Verteilung und damit Dichte innerhalb Deutschlands deutliche Unterschiede auf.

Kliniken für Geriatrie übernehmen im Rahmen ihres Versorgungsauftrages im Einklang mit dem jeweiligen Landeskonzept an vielen Orten die stationäre allgemeininternistische Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten. Im Kontext eines zunehmenden bundesweiten Fachkräftemangels sind sie zudem wichtige Weiterbildungsstätten – einerseits für angehende Fachärzte für allgemeine Innere Medizin und andererseits fast paradigmatisch für zukünftige Fachärzte für Allgemeinmedizin. Sie leisten insofern wesentliche, unverzichtbare Beiträge zur stationären Akutversorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten und decken curricular eine obligate stationäre Phase im breiten Weiterbildungskanon Allgemeinmedizin ab, insbesondere nach der neuen, 2018 verabschiedeten Musterweiterbildungsordnung. Insofern haben sie einen erheblichen Anteil an der zukünftigen Sicherstellung der allgemeinmedizinisch-interneistischen Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung.

Neben der stationären Versorgung sind bundesweit auch geriatricspezifische teilstationäre Versorgungsangebote entstanden, die jedoch hinsichtlich ihrer Bezeichnung und ihrer rechtlichen Einordnung bundesweit noch etwas inhomogener als die stationären Strukturen sind. So gibt es Tageskliniken (TK) als Teil der akutmedizinischen Versorgung an Krankenhäusern¹, daneben existieren Einrichtungen der ambulanten geriatrischen Rehabilitation (AGR) und der mobilen geriatrischen Rehabilitation (MGR) als Sonderform der AGR. Ambulante geriatrische Rehabilitationseinrichtungen sind zumeist an stationäre Rehabilitationseinrichtungen angegliedert. Diese gibt sie jedoch auch als ambulante Einheiten ohne diese Anbindung. Ähnliches gilt für mobile geriatrische Angebote.

Darüber hinaus haben sich – in regional variierendem Umfang – Geriatrische Institutsambulanz (GIA) etabliert, die die geriatricspezifische Versorgung im Bereich der niedergelassenen Ärzteschaft unterstützen sollen. Zudem ergänzen vereinzelt so genannte geriatrische Schwer-

¹ Zum Teil firmieren teilstationäre Angebote an Rehabilitationseinrichtungen ebenfalls unter der Bezeichnung „Tagesklinik“. Rechtlich sind diese als AGR einzustufen, die Bezeichnung hat zumeist historische Gründe.

*stetige Entwicklung
der Geriatrie*

*Geriatrien wichtig
für die Aus-, Fort-
und Weiterbildung*

*heutige teilstatio-
näre Angebote*

*geriatricspezifische
Versorgung durch
niedergelassene Ärzte*

punktpraxen oder spezielle ambulante Angebote, wie zum Beispiel Memory-Kliniken, das Angebot in einzelnen Regionen.

Im Versorgungsbereich der niedergelassenen Vertragsärzte leisten insbesondere die Hausärzte die Versorgung der betagten sowie hochbetagten Patientinnen und Patienten. Diese sind damit die wichtige Basis der Versorgung und zentraler Ansprechpartner für diese Patientengruppe, sowohl in der häuslichen Versorgung als auch für Bewohner von Pflegeheimen.

Im Bereich der Geriatrie gibt es für hochaltrige Patientinnen und Patienten nahezu keine spezifischen Präventionsangebote. Ebenso gibt es keine flächendeckende geriatricspezifische ergänzende Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern oder in Einrichtungen der Kurzzeitpflege, die die Versorgung durch die niedergelassenen Ärzte entsprechend unterstützt.

Zur Förderung der Vernetzung und Kooperation über die verschiedenen Versorgungsebenen hinweg wurde in mehreren Bundesländern bzw. Regionen das vom Bundesverband Geriatrie e.V. entwickelte Konzept des geriatrischen Versorgungsverbundes in die Versorgungspraxis etabliert.

geriatrischer Versorgungsverbund in vielen Regionen etabliert

1.2 Herausforderungen und Perspektiven

Die Versorgung betagter sowie hochbetagter Patientinnen und Patienten wird in den kommenden Jahren noch stärker in den Fokus des deutschen Gesundheitssystems rücken, als dies in den letzten Jahren der Fall war. Die demografische Entwicklung sowie die zukünftigen Herausforderungen im Bereich der Pflegeversicherung erfordern eine innovative Neugestaltung und konsequente Weiterentwicklung bestehender geriatricspezifischer Versorgungskonzepte. Zudem werden sich die verschiedenen medizinischen Fachgebiete und Einrichtungen vermehrt auf die Versorgung betagter sowie hochbetagter Patientinnen und Patienten einrichten müssen, was sinnvoll nur gelingen kann, wenn eine engere Kooperation mit der Geriatrie erreicht wird bzw. aus der Geriatrie heraus die Verknüpfung erfolgt.

geriatrische Patienten rücken stärker in den Fokus

Ein neues Versorgungskonzept muss diese Entwicklungen aufgreifen, umsetzbare Lösungsansätze bieten und insbesondere:

- den spezifischen Versorgungsbedarf der Betroffenen sowohl medizinisch-therapeutisch als auch strukturell sowie sektorenübergreifend abdecken,
- wirtschaftlich sowohl für die Leistungserbringer als auch für die Kostenträger tragfähig sein,
- die versorgungspolitischen Erwartungen der Politik aufgreifen,
- gesellschaftliche Akzeptanz finden,
- den rechtlichen Vorgaben vollumfänglich entsprechen.

zentrale versorgungspolitische Ziele

Seitens der Gesundheitspolitik werden in den kommenden Jahren im Kontext der Geriatrie die folgenden Herausforderungen im Mittelpunkt der Überlegungen stehen müssen:

- Eindämmung der Kostenentwicklung im Gesundheitssystem – insbesondere nach den wirtschaftlichen Belastungen durch die Corona-Pandemie,
- Befriedigung der präventiven und medizinischen Bedürfnisse der alternden Babyboomer-Generation,
- stärkere Fokussierung auf den Ansatz „ambulant vor stationär“,
- Neugestaltung des Grundsatzes „Reha vor und bei Pflege“,

Herausforderungen der Gesundheitspolitik

- Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum – bei zurückgehenden Arztzahlen in der Niederlassung in diesen Regionen bei einer gleichzeitigen Alterung der dort ansässigen Bevölkerung,
- Verbesserung der medizinischen und rehabilitativen Versorgung von Pflegeheimbewohnern sowie Patientinnen und Patienten in der Kurzzeitpflege,
- stärkere Einbindung von digitalen Assistenzsystemen,
- Bewältigung bzw. Berücksichtigung des Fachkräftemangels,
- Integration von Mitarbeitenden sowie Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund,
- Ausbau präventiver Angebote und Leistungen.

Die Geriatrie kann zu den aufgezählten Aspekten einen entscheidenden Beitrag leisten, muss entsprechende Antworten auf diese Herausforderungen finden und damit ein verlässlicher Partner der Politik sowie der Selbstverwaltung sein.

Eine Voraussetzung ist, dass die Geriatrie dabei noch stärker als heute als Teil der (Regel-) Versorgung eingebunden wird.

Das vorliegende Konzept liefert die notwendigen Antworten auf die aufgezeigten Entwicklungen. Zudem gilt es vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, die bestehenden geriatricspezifischen Versorgungsstrukturen organisatorisch-strukturell sowie wirtschaftlich mittel- und langfristig abzusichern und bedarfsorientiert weiterzuentwickeln.

2 Gesamtkonzept

Ziel dieses Konzeptansatzes ist es, eine bundesweite, bedarfsorientierte, qualitätsgesicherte, vernetzte und wirtschaftlich abgesicherte fachspezifische Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten zu schaffen, die zudem Grundlage für eine klar strukturierte und einheitliche Versorgungsplanung ist. Gleichzeitig soll insbesondere die Bedarfsplanung auch ausreichend Raum für regionale Besonderheiten bieten. Dies wird u. a. dadurch erreicht, dass nur Bedarfsuntergrenzen definiert werden und somit darüber hinausgehende Versorgungskapazitäten regional bedarfsorientiert von den jeweiligen Ländern festgelegt werden können.

Das Konzept beruht auf folgenden Kernelementen:

1. Definition von „Kliniken für Geriatrie“, die Mindestanforderungen erfüllen und damit eine bundesweit einheitliche Planungsgröße darstellen
2. Definition von „Geriatrischen Rehabilitationskliniken“, die Mindestanforderungen erfüllen und damit eine bundesweit einheitliche Planungsgröße darstellen
3. Regelmäßige Planung der geriatricspezifischen Versorgungskapazitäten auf Basis einheitlicher Kennzahlen und Cluster, insbesondere im Rahmen der Krankenhausplanung
4. Optional: Schaffung von interdisziplinär betriebenen „Spezialisierten Geriatrischen Versorgungseinheiten“ mit anderen medizinischen Fachgebieten zur vertieften fachgebietsübergreifenden Behandlung im akutstationären Bereich
5. Bündelung der heute bestehenden verschiedenen Versorgungsstrukturen im nicht-stationären Bereich in „Ambulante Geriatrische Zentren (AGZ)“ als zentrale geriatrische Diagnostik-, Versorgungs- und Steuerungseinheiten

Geriatric muss noch stärker Teil der Regelversorgung werden

bedarfsorientierte, qualitätsgesicherte, vernetzte und wirtschaftlich abgesicherte fachspezifische Versorgung

konzeptionelle Kernelemente der zukünftigen geriatricspezifischen Versorgung



Abbildung 3: Schematischer Aufbau der geriatricspezifischen Versorgung (eigene Darstellung)

Adressaten dieses Konzeptes sind alle an der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten beteiligten gesellschaftlichen Gruppen, Ansprechpartner und insbesondere die Bundes- bzw. Landesgesetzgeber. So ist u. a. die Modifikation bzw. Schaffung gesetzlicher Regelungen durch den Bundesgesetzgeber erforderlich, wobei es bis zur endgültigen Umsetzung eines bundesweit einheitlichen Versorgungskonzeptes mit angepassten Struktur-, Qualitäts- und Finanzierungsregelungen ggf. verschiedene Übergangsphasen geben kann. Entsprechende Hinweise sind im Konzeptansatz enthalten.

Adressaten des Konzeptes

3 Konzeptansatz stationäre Versorgung

3.1 Übersicht stationäre Versorgung

Ziel dieses Konzeptansatzes ist es, eine bundesweite, bedarfsorientierte, qualitätsgesicherte, vernetzte und wirtschaftlich abgesicherte fachspezifische Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten zu schaffen, die zudem Grundlage für eine klar strukturierte und einheitliche Versorgungsplanung ist. Kern der angestrebten konzeptionellen Weiterentwicklungen der stationären geriatrischen Versorgung ist die Kombination von

- flächendeckenden stationären „Kliniken für Geriatrie“ (geriatrische Fachabteilungen an Krankenhäusern bzw. in Einzelfällen geriatricspezifische Fachkrankenhäuser) in der Grund- und Regelversorgung mit
- flächendeckenden stationären „Geriatrischen Rehabilitationskliniken“, sofern nicht das jeweilige Landesgeriatriekonzept keine geriatrischen Rehabilitationskliniken vorsieht sowie mit
- dem Auf- und Ausbau optionaler „Spezialisierter Geriatriischer Versorgungseinheiten“ als fachgebietsübergreifende, weiterführende Versorgungseinheiten an Kliniken für Geriatrie.

Diese Weiterentwicklungen basieren auf einer neu einzuführenden Planungs- und Kapazitätsberechnungsgrundlage der geriatricspezifischen stationären Versorgung am Krankenhaus wie auch der geriatrischen Rehabilitation. Dazu werden im akutstationären Bereich „Kliniken für Geriatrie“ und im Bereich der stationären Rehabilitation „Geriatrische Rehabilitationskliniken“ etabliert.

Einführung einer Planungs- und Kapazitätsberechnungsgrundlage

Cluster: Landkreise +
Fahrzeitradius

Planungsgrundlage:
Fahrzeitradius

Bettenkapazitäten je
Einwohner

Im **Krankenhausbereich** gilt dabei, dass je Landkreis/kreisfreie Stadt (bzw. einer vergleichbaren Verwaltungsstruktur in Stadtstaaten) mindestens eine Klinik für Geriatrie zur Verfügung stehen muss. Zusätzlich muss innerhalb einer Fahrtzeit von 25 Minuten eine Klinik für Geriatrie erreichbar sein.

Sofern nicht das jeweilige Landesgeriatriekonzept keine geriatrischen Rehabilitationskliniken vorsieht, ist **im Bereich der stationären geriatrischen Rehabilitationskliniken** kein räumlicher Bezug zum Landkreis, sondern ausschließlich die Fahrtzeit das zukünftige Planungskriterium. Dabei wird eine Erreichbarkeit innerhalb eines Fahrzeitradius von 45 Minuten als Planungsgröße festgesetzt.

In beiden Versorgungsbereichen wird darüber hinaus ein Verhältnis von Betten bzw. Behandlungsplätzen je Einwohner älter 70 Jahre eingeführt.

Damit wird das von der Mitgliederversammlung 2018 des Bundesverbandes Geriatrie beschlossene bundesweite Geriatriekonzept konkretisiert und entsprechend weiterentwickelt.

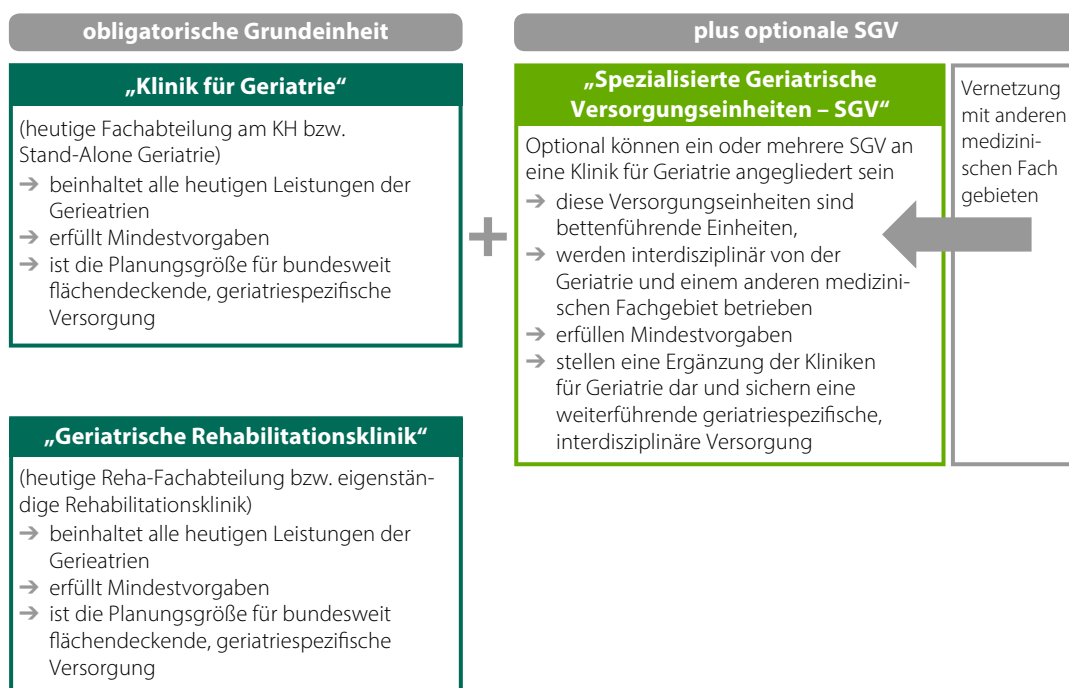


Abbildung 4: Stationäre geriatrische Versorgung (eigene Darstellung)

Ergänzt werden diese stationären Strukturen zukünftig durch aufzubauende Ambulante Geriatrische Zentren, die die Leistungen der heute bereits bestehenden nicht-stationären Versorgungsangebote (Tageskliniken, ambulante geriatrische Rehabilitation, mobile geriatrische Rehabilitation und geriatrische Institutsambulanzen) zusammenführen und bündeln. Die medizinisch-therapeutischen Leistungen können dadurch zukünftig, am individuellen Patientenbedarf orientiert, frei kombiniert erbracht werden. Die Versorgungsleistungen dieser Zentren liegen zwischen der stationären Versorgung und dem Versorgungsbereich der niedergelassenen Ärzte. Das Tätigkeitsfeld der niedergelassenen Ärzte und damit insbesondere auch der Hausärzte bleibt unberührt und ist nicht Gegenstand dieses Versorgungskonzeptes.

Tätigkeitsfeld der
niedergelassenen Haus-
ärzte bleibt unberührt

3.2 Kliniken für Geriatrie (gemäß §§ 39 und 109 SGB V)

Die „Klinik für Geriatrie“ (vergleichbar mit der heutigen Fachabteilung) bildet die Grundeinheit für die detaillierte Bedarfsplanung.

3.2.1 Mindestanforderungen

- organisatorisch eigenständige bettenführende geriatrische Versorgungseinheit am Standort der Klinik für Geriatrie
- diese umfasst mindestens 20 Betten
- zusätzlich eine Fachabteilung Innere Medizin am Standort (ausgenommen Stand Alone Kliniken)
- am Standort muss mindestens die Möglichkeit zum Monitoring von Patientinnen und Patienten gegeben sein (eine IMC-Einheit oder eine Fachabteilung Intensivmedizin wird empfohlen)
- schriftlich fixierte SOPs bzw. Konsilleistungen bei externen Kooperationen zur interdisziplinären Patientenversorgung mit folgenden Fachabteilungen: Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Kardiologie
- strukturierte Einbindung in die Erstversorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme (ausgenommen Stand-Along-Kliniken)
- der/die ärztliche Leiter/in der Klinik für Geriatrie ist Fachärztin/Facharzt und führt die Zusatz-, Schwerpunkt- oder Facharztbezeichnung im Bereich Geriatrie
- die Klinik für Geriatrie verfügt über ein multiprofessionelles Team bestehend aus besonders geschulten Pflegekräften für aktivierend-therapeutische Pflege sowie aus den Bereichen Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie, Sozialdienst
- die Personalkennzahlen des Bundesverbandes Geriatrie in der jeweils aktuellen Fassung sind zu erfüllen
- die Klinik für Geriatrie führt das Qualitätssiegel Geriatrie in der jeweils aktuellen Fassung oder ein vergleichbares Zertifikat

Mindestanforderungen an Kliniken für Geriatrie

3.2.2 Bedarfsplanung

Räumliche Cluster und Fahrtzeitradius

Die verbindliche Verankerung der Geriatrie in der stationären Grund- und Regelversorgung im Krankenhaus ist zwingend erforderlich angesichts des demografischen Wandels. Damit einher geht der sich bereits abzeichnende steigende altersmedizinische Versorgungsbedarf und die zu erwartende Zunahme multimorbider betagter und hochbetagter Patientinnen und Patienten anderer Fachgebiete mit eigentlich geriatrischem Behandlungsbedarf.

Um eine verbindliche Planung der geriatricspezifischen Versorgung im Bereich der Krankenhausplanung sicherzustellen, wird die Landkreisebene (inkl. kreisfreier Städte) bzw. eine vergleichbare Ebene in Stadtstaaten als räumliches Planungscluster eingeführt. In jedem Kreis ist mindestens eine Klinik für Geriatrie vorzuhalten bzw. zu etablieren. Planerische Ausnahmen sind nur im Gesamtkontext der jeweiligen Krankenhausplanung in begründeten Fällen möglich.

Im Weißbuch Geriatrie² wurde bisher die bundesweit flächendeckende Erreichbarkeit einer Geriatrie am Krankenhaus innerhalb eines Fahrtzeitradius von 25 bis 30 Minuten als Versor-

Grund- und Regelversorgung im Krankenhaus

² Vgl.: Weißbuch Geriatrie, Herausgegeben vom Bundesverband Geriatrie

gungsziel angegeben. Die Clusterung mit Bezug zur Kreisebene ist als krankenhauserplanerische Umsetzung der bisherigen Vorgaben zu sehen. Insoweit werden die bisherigen Vorgaben nicht aufgegeben, sondern es handelt sich um eine Fortschreibung.

*Clusterbildung – auf
Kreisebene +
25 Minuten Fahrt-
zeitradius*

Damit ergeben sich zwei kumulierende Planungsgrößen: In jedem Landkreis, in jeder kreisfreien Stadt bzw. auf vergleichbarer Planungsebene in Stadtstaaten ist mindestens eine Klinik für Geriatrie vorzuhalten. Zugleich muss innerhalb von 25 Minuten eine Klinik für Geriatrie erreichbar sein.

*flächendeckende
Versorgung*

Der Versorgungsbedarf besteht flächendeckend insbesondere für strukturschwache Regionen, die bereits heute durch einen überdurchschnittlich hohen Anteil betagter und hochbetagter Menschen an der Gesamtbevölkerung gekennzeichnet sind. Daher gilt die Planungsvorgabe bundesweit einheitlich.

3.2.3 Finanzierung

*Finanzierung über
das aG-DRG-System
oder als Besondere
Einrichtung*

Die Finanzierung der Kliniken für Geriatrie erfolgt über das aG-DRG-System. Als weitere Finanzierungsoption ist vom Gesetzgeber die Möglichkeit zu schaffen, dass eine Abrechnung als sog. „Besondere Einrichtung“ möglich wird. Die Kliniken für Geriatrie sollen so eine Wahlmöglichkeit zwischen diesen beiden Abrechnungsformen erhalten.

Gemäß § 17b Absatz 1 Satz 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) können Besondere Einrichtungen, deren Leistungen im bestehenden Entgeltsystem insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patientinnen und Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur nicht sachgerecht abgebildet werden, zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden.

Der in § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG normierte Ausnahmetatbestand der Besonderen Einrichtungen bildet aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. die rechtliche Grundlage und die gleichermaßen geeignete wie notwendige Alternative für geriatrische Krankeneinrichtungen zum aG-DRG-System und der seit dem Jahr 2020 aus der bisherigen Systematik ausgelagerten Pflegepersonalkostenfinanzierung. Auf diese Weise sollen auch in Zukunft eine bedarfsnotwendige Vergütung sowie eine versorgungspolitische Absicherung der geriatrischen Versorgung in Krankenhäusern gewährleistet sein.

Versorgungspolitisch sinnvoller wäre die direkte Aufnahme der Geriatrien analog zu den Palliativstationen bzw. -einheiten nach § 1 Absatz 3 der Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen (VBE).

Der Gesetzgeber ist aufgefordert, diese Finanzierungsoption kurzfristig für die Geriatrie zu schaffen. Die entsprechenden Grundlagen liegen vor, sodass eine politische Umsetzung unproblematisch und zeitnah erfolgen kann.

3.3 Geriatrische Rehabilitationskliniken (§§ 40 und 111 SGB V)

Die „Geriatrische Rehabilitationsklinik“ bildet die Grundeinheit für die detaillierte Bedarfsplanung.

3.3.1 Mindestanforderungen

- organisatorisch eigenständige, bettenführende geriatrische Versorgungseinheit am Standort der Rehabilitationsklinik
- diese umfasst mindestens 20 Plätze
- der/die ärztliche Leiter/in der Klinik für Geriatrie ist Fachärztin/Facharzt und führt die Zusatz-, Schwerpunkt- oder Facharztbezeichnung im Bereich Geriatrie
- die geriatrische Rehabilitationsklinik verfügt über ein multiprofessionelles Team bestehend aus besonders geschulten Pflegekräften für aktivierend-therapeutische Pflege sowie aus den Bereichen Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie, Sozialdienst
- die Personalkennzahlen des Bundesverbandes Geriatrie in der jeweils aktuellen Fassung sind zu erfüllen
- die geriatrische Rehabilitationsklinik führt ein Qualitätssiegel Geriatrie in der jeweils aktuellen Fassung oder ein vergleichbares Zertifikat

Mindestanforderungen an geriatrische Rehabilitationskliniken

3.3.2 Bedarfsplanung

Räumliche Cluster

Im Bereich der Rehabilitation ist gesetzlich keine mit der Krankenhausplanung vergleichbare Strukturplanung verankert. Deshalb wird auf eine Clusterung z. B. auf Ebene der Landkreise verzichtet. Gleichwohl muss auch hier der flächendeckende Bedarf abgedeckt werden, sofern nicht das jeweilige Landesgeriatriekonzept keine geriatrischen Rehabilitationskliniken vorsieht.

Im Bereich der Rehabilitation werden generell weitere Entfernungen zwischen Wohnort und Rehabilitationseinrichtung akzeptiert. Allerdings spielt die Wohnortnähe im Bereich der geriatrischen Rehabilitation innerhalb der Rehabilitationskonzepte eine besondere Rolle. Zudem sind weite Reisen bzw. längere Krankentransporte angesichts der Konstitution der geriatrischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu vermeiden.

Vor diesem Hintergrund wird eine Erreichbarkeit der geriatrischen Rehabilitationsklinik innerhalb von Fahrtzeitradien von 45 Minuten als Planungscluster festgesetzt.

*45 Minuten
Fahrtzeitradius*

Gleichwohl sollen geografische Gegebenheiten sowie bundeslandspezifische Aspekte, wie z. B. die Ausprägungen der Gestaltung der geriatrischen Versorgung, bei der weiteren Planung und der Umsetzung des hier genannten Fahrtzeitradius in die Versorgungspraxis grundsätzlich zu berücksichtigen sein.

Damit kann eine bedarfsgerechte und zugleich wohnortnahe Versorgung gewährleistet werden.

3.3.3 Finanzierung

Die Finanzierung der geriatrischen Rehabilitationskliniken erfolgt wie bisher über tagesgleiche Pflegesätze bzw. zukünftig über den Finanzierungsmechanismus, den die Vertragsparteien in den durch das IPReG eingeführten und aktuell in Verhandlung befindlichen Rahmenempfehlungen festgelegt haben. Angesichts der oben beschriebenen politischen Aufwertung der geriatrischen Rehabilitation muss man erwarten dürfen, dass zukünftig die entsprechenden Einrichtungen sachgerecht und damit dauerhaft auskömmlich finanziert werden, d. h. dass

Finanzierung über tagesgleiche Pflegesätze

*Abbau der
Unterfinanzierung*

die heute in vielen Fällen bestehende Unterfinanzierung politisch nachhaltig beseitigt wird. Angestrebt wird daher, dass zukünftig der Tagessatz auf Basis einer Istkosten-Kalkulation beruht.

3.4 Bevölkerungsbezug

Neben der durch den Bezug zur Kreisebene und der Normierung des Fahrtzeitradius erreichten flächendeckenden räumlichen Verteilung der Kliniken für Geriatrie bzw. der geriatrischen Rehabilitationskliniken muss der Bedarf an konkreten Behandlungskapazitäten festgelegt, d. h. geplant werden. Orientierungsgröße ist dabei die Anzahl der geriatrispezifischen Krankenhausbetten je 10.000 Einwohner über 70 Jahre.

*heterogene Strukturen
der Einrichtungen
beachten*

Sowohl im Bereich der Kliniken für Geriatrie als auch der Rehabilitationskliniken variiert die Zahl der aktuell verfügbaren Betten sehr deutlich zwischen den einzelnen Bundesländern, sowohl in der absoluten Höhe als auch im Verhältnis der Bettenkapazitäten je 10.000 Einwohner zu den Alterskohorten ab 70 Jahren. Dabei sind für die Festlegung des zukünftigen Bettenbedarfs die Bevölkerungsentwicklung sowie der medizinische Fortschritt entscheidend.

Durch den medizinisch-technischen Fortschritt werden zunehmend Operationen und Therapien auch bei betagten und insbesondere auch bei hochbetagten Patientinnen und Patienten möglich, die bis vor wenigen Jahren medizinisch undenkbar waren. Dieser Trend wird sich weiter fortsetzen und damit den Bedarf an geriatrispezifischen Versorgungskapazitäten gegenüber heute deutlich erhöhen. Vor diesem Hintergrund kann nicht allein auf die jeweiligen Bevölkerungsprognosen zur prozentualen Steigerung des Bevölkerungsanteils der über 70-Jährigen abgestellt werden. Gleichwohl ist diese Entwicklung eine wichtige Planungskomponente.

Der demografische Wandel bedingt im gesamten Bundesgebiet einen sehr deutlichen Anstieg der Bevölkerungsgruppe über 70 Jahren. Für diese Alterskohorte prognostiziert das Statistische Bundesamt für das Jahr 2035 17,2 Millionen Menschen gegenüber 13,1 Millionen im Jahr 2018. Dies entspricht einem Anstieg um 30,5 %. Der Anteil der über 70-Jährigen an der Gesamtbevölkerung soll demnach im Jahr 2035 bei 21 % liegen³.

Bereits heute zeichnet sich eine Zunahme operativer und interventioneller Eingriffe bei Hochaltrigen ab. Gemäß der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) stieg die Anzahl von Operationen und Prozeduren der stationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern in der Altersgruppe der über 70-Jährigen im Zeitraum 2010 bis 2020 um 42 %⁴. Damit verbunden steigt auch das Alter der Personen, die eine anschließende Rehabilitation benötigen.

Zu erwarten ist, dass die Fallzahlen betagter und hochbetagter Patientinnen und Patienten sowohl in Krankenhäusern als auch Rehabilitationseinrichtungen zukünftig weiter steigen und sich dynamisch entwickeln werden. Das Zusammenwirken des demografischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts machen den kontinuierlichen sowie bedarfsbezogenen Auf- und Ausbau fachspezifischer altersmedizinischer Versorgungsstrukturen erforderlich.

³ Vgl.: <https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/index.html#?y=2018&a=20,70&v=2&g;> abgerufen am 05.04.2022

⁴ Vgl.: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=84605778&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=662&p_indsp=&p_ansnr=22251627&p_version=13; abgerufen am 05.04.2022

Dies gilt gleichermaßen für geriatrische Fachabteilungen in Krankenhäusern wie für geriatrische Rehabilitationskliniken. Zudem ist zu beachten, dass heute geriatrische Patientinnen und Patienten nicht immer in ihrem Bedarf entsprechenden geriatriespezifischen Versorgungsstrukturen behandelt werden. Dies liegt z. T. an fehlenden geriatriespezifischen Einrichtungen, aber auch an einem weiterhin unzureichenden Screening auf einen geriatriespezifischen Behandlungsbedarf. Grundsätzlich zu beachten ist dabei, dass sich der demografische Wandel absehbar und in Zukunft noch stärker bundeslandindividuell und dynamisch entwickeln wird. Somit müssen bundeslandspezifische bzw. regionale Entwicklungen bei der konkreten Planung der Versorgungsstrukturen ausreichend berücksichtigt werden.

*nicht erkannter
geriatriespezifischer
Versorgungsbedarf*

Die heterogene Struktur der geriatriespezifischen Versorgung mit ihren unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen bzw. den jeweils zur Verfügung stehenden Bettenkapazitäten ist eine Folge der unterschiedlichen historisch gewachsenen Versorgungskonzepte und -strukturen. So wurde z. B. in Bayern der Schwerpunkt lange Zeit konsequent auf die geriatrische Rehabilitation gelegt und sehr viel später als in anderen Bundesländern mit dem Auf- und Ausbau geriatrischer Fachabteilungen in Krankenhäusern begonnen. In Thüringen vollzieht sich derzeit der gleiche Vorgang hinsichtlich der Einführung von Rehabilitationskapazitäten. Versorgungspolitisch kann es daher vor dem Hintergrund der regionalen Gegebenheiten sinnvoll sein, eine gewisse Gesamtbetrachtung der Bevölkerungsbezugsgröße hinsichtlich der Kliniken für Geriatrie und der geriatrischen Rehabilitationskliniken vorzunehmen.

Zudem ist in den einzelnen Bundesländern eine sachgerechte Allokation der geriatrischen Patientinnen und Patienten unterschiedlich erfolgreich umgesetzt, was sich auf die offiziellen Fallzahlen in der Geriatrie auswirkt.

Ein weiterer Einflussfaktor für den Auf- und Ausbau von Versorgungskapazitäten besteht in den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, d.h. in der Frage, inwieweit ein wirtschaftlicher Betrieb der geriatriespezifischen Versorgungsstrukturen möglich ist. So hat z.B. die lang anhaltende strukturelle Unterfinanzierung des Rehabilitationsbereichs den sachgerechten Auf- und Ausbau der notwendigen Versorgungsstrukturen stark gebremst bzw. verhindert. Angesichts der Bedeutung der Altersmedizin darf man von der Politik erwarten, dass eine sachgerechte Finanzierung sowohl der akutmedizinischen als auch der rehabilitativen Versorgung von betagten und hochbetagten Menschen zukünftig sichergestellt wird.

Vor diesem Hintergrund wird als bundesweite Orientierungs- und Planungsgröße für den Zeitraum 2025ff. ein Verhältnis von 38 geriatriespezifischen Betten in Kliniken für Geriatrie bzw. 12 Betten in geriatrischen Rehabilitationskliniken je 10.000 Einwohner über 70 Jahre als versorgungsadäquat festgelegt.

Regionale Besonderheiten, wie z. B. die Ausrichtung der regionalen geriatriespezifischen Strukturen oder die Bedeutung von Ballungszentren für die sie umgebenden Regionen, bleiben davon unberührt.

*38 Betten / 10.000 Ein-
wohner über 70 Jahre*

*12 Betten / 10.000 Ein-
wohner älter als
70 Jahre*

3.5 Optionales Versorgungsangebot: Spezialisierte Geriatrische Versorgungseinheiten (SGV)

*optionale Ergänzung:
Spezialisierte Geriatrische Versorgungseinheiten an Kliniken für Geriatrie*

Altersmedizin ist grundsätzlich Querschnittsmedizin über alle Fachrichtungen hinweg. Gleichwohl gibt es geriatrische Patientinnen und Patienten, die in einem medizinischen Fachgebiet einen besonders hohen Versorgungsbedarf haben. Diese Gruppe geriatrischer Patientinnen und Patienten wird heute zumeist in den stationären Strukturen des entsprechenden Fachbereichs versorgt. Zukünftig stellen die Spezialisierten Geriatrischen Versorgungseinheiten unter Federführung der Geriatrie bzw. unter paritätischer Leitung in Zusammenarbeit mit einem anderen medizinischen Fachgebiet eine weiterführende geriatriespezifische, interdisziplinäre Versorgung für solche Patientinnen und Patienten sicher.

strukturierte interdisziplinäre Zusammenarbeit notwendig

Erste Ansätze interdisziplinärer geriatrischer Versorgungsstrukturen zeigen, dass diese geeignet sind, einen wichtigen Beitrag zu leisten, um die Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten zu verbessern sowie Pflegebedürftigkeit und Institutionalisierung zu vermeiden. Hier sind insbesondere die bestehenden Kooperationen im Bereich der Alterstraumatologie zu nennen. In diesem Bereich wurde durch die Entwicklung konkreter Vorgaben der Auf- und Ausbau solcher Kooperationen sinnvoll gefördert.

*Beispiel:
Alterstraumatologie*

In Zukunft wird es immer wichtiger, dass sich Spezialisten verschiedener medizinischer Fachgebiete interdisziplinär zusammenschließen und gemeinschaftlich Patientinnen und Patienten behandeln. Insbesondere beim multimorbiden geriatrischen Patienten ist die Kompetenz der Geriaterin bzw. des Geriaters im strukturierten Zusammenwirken mit Kolleginnen und Kollegen anderer medizinischer Fachgebiete von besonderer Bedeutung. So wird es möglich, dass die verschiedenen Bereiche verzahnt die Versorgung der Patientinnen und Patienten gestalten.

multiprofessionelles Behandlungsteam unbedingte Voraussetzung

Zudem ist für eine geriatriespezifische und damit medizinisch sachgerechte Versorgung von besonderer Bedeutung, dass die Versorgung durch das in Abschnitt 3.2.1 beschriebene multiprofessionelle Behandlungsteam erfolgt. So wird sichergestellt, dass vor dem Hintergrund der alterstypischen Multimorbidität die spezifischen altersbedingten Behandlungsbedarfe dieser betagten und hochbetagten Patientinnen und Patienten sachgerecht Berücksichtigung finden.

Um dies zu erreichen, können Kliniken für Geriatrie als optionale Ergänzung Spezialisierte Geriatrische Versorgungseinheiten mit verschiedenen fachlichen Schwerpunkten bilden. Diese schaffen für die geriatrischen Patientinnen und Patienten eine weiterführende Versorgung in Zusammenarbeit mit einem anderen medizinischen Fachgebiet. Diese Spezialisierten Geriatrischen Versorgungseinheiten erfüllen strukturelle Mindestanforderungen. Sie sind ausschließlich an Kliniken für Geriatrie, d. h. im Bereich der stationären Krankenhausversorgung, vorgesehen und können nicht an stationären geriatrischen Rehabilitationskliniken gegründet werden.

Spezialisierte Geriatrische Einheiten haben verschiedene Schwerpunkte

Aufbauend auf der Versorgungssituation und der Entwicklung des demografischen Wandels können die einzelnen medizinischen Fachgebiete für diese Zusammenarbeit bedarfsorientiert gewählt werden. Dabei muss jedoch sichergestellt sein, dass planungsrelevante Merkmale sowohl bundesweit vergleichbar bzw. einheitlich festgelegt werden als auch insgesamt eine ausreichende Planung zulassen. Orientierend an den häufigsten Hauptdiagnosen sind aktuell neben den bestehenden Kooperationen im Bereich der Alterstraumatologie z. B. Spezialisierte

Geriatrische Versorgungseinheiten für Kardio-Geriatrie, für Neuro-Geriatrie, für Onko-Geriatrie oder für Psychiatrische Geriatrie denkbar.

3.5.1 Mindestanforderungen

- Klinik für Geriatrie sowie eigene Fachabteilung des jeweiligen medizinischen Fachgebiets entsprechend der Ausrichtung der Spezialisierten Geriatrischen Versorgungseinheit am Standort
- die Spezialisierte Geriatrische Versorgungseinheit ist eine bettenführende geriatrische Versorgungseinheit am Standort der Klinik für Geriatrie
- der/die ärztliche Leiter/in der Fachabteilung des jeweiligen medizinischen Fachgebiets trägt die der Ausrichtung der SGV entsprechende Facharztbezeichnung
- die Leitung erfolgt entweder durch die Leitung der Geriatrie oder paritätisch durch beide ärztlichen Leitungen (Geriatrie und weiteres medizinisches Fachgebiet)
- ein multiprofessionelles Team, bestehend aus besonders geschulten Pflegefachkräften für aktivierend-therapeutische Pflege sowie den Bereichen: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie, Sozialdienst. Die Personalkennzahlen des Bundesverbandes Geriatrie in der jeweils aktuellen Fassung sind zu erfüllen
- 24-stündige Aufnahmebereitschaft für geriatrische Fälle mit akutmedizinischem Behandlungsbedarf entsprechend der Ausrichtung des SGV
- die Abläufe der interdisziplinären Behandlung sind schriftlich zu fixieren (SOP oder ähnliche Vorgaben). Diese umfassen ggf. auch die prä-, peri- und postoperative Phase
- im SGV ist ärztliche Kompetenz der Geriatrie sowie des medizinischen Fachgebiets entsprechend der Ausrichtung des SGV regelhaft verfügbar
- die frühestmögliche Identifikation der geriatrischen Patientinnen und Patienten im medizinischen Fachgebiet (entsprechend der Ausrichtung des SGV) ist sicherzustellen. Dies erfolgt anhand eines noch zu definierenden Katalogs von geeigneten Screeninginstrumenten
- es erfolgt eine frühzeitige Verlegung geriatrischer Patientinnen und Patienten mit akutmedizinischem Behandlungsbedarf entsprechend der Ausrichtung des SGV in die Versorgungseinheit
- es findet regelmäßig (mind. wöchentlich) eine interdisziplinäre Teamkonferenz statt
- Regelungen zur hausinternen Leistungsverrechnung von Aufwand und Erlös sind zu definieren

Mindestanforderungen an Spezialisierte Geriatrische Einheiten

3.5.2 Finanzierung

Die Finanzierung Spezialisierter Geriatrischer Versorgungseinheiten erfolgt über das aG-DRG-System sowie ggf. als Besondere Einrichtung.

Abbildung im aG-DRG-System

Perspektivisch könnte durch die Implementierung von speziell auf die Aufgaben der Spezialisierten Geriatrischen Versorgungseinheiten abgestimmten OPS-Kodes eine zusätzliche Finanzierungsgrundlage geschaffen werden. Dabei müsste die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Geriatrie mit der jeweiligen Fachabteilung im Mittelpunkt stehen, sodass durch die neuen OPS-Kodes keine Nachteile für die Kliniken für Geriatrie entstehen können. Das bedeutet, dass die neuen Abrechnungsziffern die bisherigen OPS-Kodes ausschließlich ergänzen und nicht ersetzen dürfen.

4. Konzeptansatz nicht-stationäre Versorgung

4.1 Übersicht nicht-stationäre Versorgung

Mit der Einführung „Ambulanter Geriatrischer Zentren“, kurz AGZ, wird im Bereich der Geriatrie durch die organisatorische und insbesondere medizinisch-fachliche Zusammenführung der bisherigen teilstationären Angebote eine neue Versorgungseinheit geschaffen, wobei gleichzeitig vier bisherige Angebote in dieser neuen Einheit aufgehen.

Im AGZ werden alle bisherigen teilstationären Versorgungsangebote gebündelt und gehen strukturell, inhaltlich und rechtlich im Ambulanten Geriatrischen Zentrum auf. Dazu gehören die Tagesklinik an Krankenhäusern sowie Einrichtungen der ambulanten geriatrischen Rehabilitation (AGR) inkl. der Sonderform mobile geriatrische Rehabilitation (MGR). Ebenso werden Geriatrische Institutsambulanzen in das ambulante geriatrische Zentrum integriert.

Die wenigen bestehenden sogenannten Schwerpunktpraxen⁵ gehen entweder ebenfalls in dieser neuen Struktur auf, entwickeln sich zu einem AGZ weiter oder genießen Bestandsschutz.

Integriert bedeutet dabei, dass diese Versorgungseinrichtungen nicht mehr als eigenständige Einheit bzw. als eigenes Rechtssubjekt bestehen bleiben. Stattdessen gibt es nur noch das AGZ als rechtlich-organisatorisch unabhängigen Versorgungsanbieter. Dies ermöglicht, die Leistungen der verschiedenen Angebote neu zusammenzufügen und ein neues medizinisch-inhaltliches Versorgungsangebot zur Verfügung zu stellen. Somit findet kein paralleler Aufbau von Versorgungsstrukturen statt. Vielmehr wird – mit dem Ziel einer flexibleren und zugleich medizinisch-integrativen Versorgung über die bisherigen Versorgungsangebote hinweg – eine strukturelle und medizinisch-inhaltliche Zusammenführung der bestehenden Versorgungsstrukturen angestrebt. Zudem wird gleichzeitig eine flächendeckende nicht-stationäre Versorgung auf- und ausgebaut.

Der Zugang zu diesen Zentren muss dabei unbürokratisch, d. h. vergleichbar einer Aufnahme in ein Krankenhaus möglich sein, da nur so die positiven Versorgungseffekte erreicht werden können.

Gleichzeitig werden von den AGZ Aufgaben übernommen, für die in den aktuell bestehenden Versorgungsstrukturen neue Versorgungseinheiten geschaffen werden müssten. Diese Gefahr der Entwicklung von Doppelstrukturen wird vermieden. So kann zukünftig u. a. auf den flächendeckenden Aufbau von separaten geriatrischen Institutsambulanzen (GIA) verzichtet werden. Darüber hinaus sollen dem AGZ zukünftig weitere Aufgaben bzw. Funktionen zugeordnet werden. Dies sind unter anderem spezielle präventive Angebote (wie z. B. eine Vorsorgeuntersuchung „Ü75“), temporäre, geriatriespezifische Unterstützung der niedergelassenen Ärzteschaft bei ihrer regelhaften Versorgung der betagten sowie hochbetagten Patientinnen und Patienten sowie die unterstützende Begleitung der geriatriespezifischen Versorgung von Bewohnern von Pflegeheimen und Kurzzeitpflegeeinrichtungen. Zudem ist die Angliede-

⁵ Derzeit sind drei Schwerpunktpraxen, die rechtlich auf einem Vertrag für Integrierte Versorgung beruhen, in Deutschland etabliert.

Bündelung der bestehenden Versorgungsformen: TK, AGR, MGR und ggf. GIA im AGZ

Strukturen grundsätzlich vorhanden

Vermeidung von Doppelstrukturen

wichtig: leichter, d. h. direkter Zugang zu den Leistungen

weitere Angebote und Funktionen

zung von weiteren Aufgaben und Institutionen denkbar, wie zum Beispiel die räumliche und fachlich-inhaltliche Angliederung von AGnES-Stützpunkten (AGnES-Konzept: Arztentlastende, Gemeindefähige, E-Health-gestützte, Systemische Intervention). Dabei sollen keine Aufgaben wahrgenommen werden, die in den Tätigkeitsbereich der niedergelassenen Ärzte fallen.

Das AGZ hält ein komplettes multiprofessionelles geriatrisches Behandlungsteam vor. Zudem werden bundesweit einheitlich definierte Strukturvorgaben im Sinne der Qualität und Quantität erfüllt.⁶

Um möglichst viele Synergie-Effekte im Bereich der technisch-diagnostischen Infrastruktur nutzen zu können und die Kompetenz des geriatrischen Behandlungsteams möglichst umfassend auszugestalten, ist es sicherlich sinnvoll, AGZs – soweit möglich – an geriatrischespezifische stationäre Versorgungsangebote anzugliedern (entweder an die Klinik für Geriatrie oder an eine stationäre geriatrische Rehabilitationsklinik). Liegt jedoch der Versorgungsschwerpunkt im ländlichen bzw. strukturschwachen Raum, so wird es dort vermehrt strukturell und personell eigenständige AGZs geben müssen, wobei eine Kooperation mit einer stationären Geriatrie anzustreben ist.

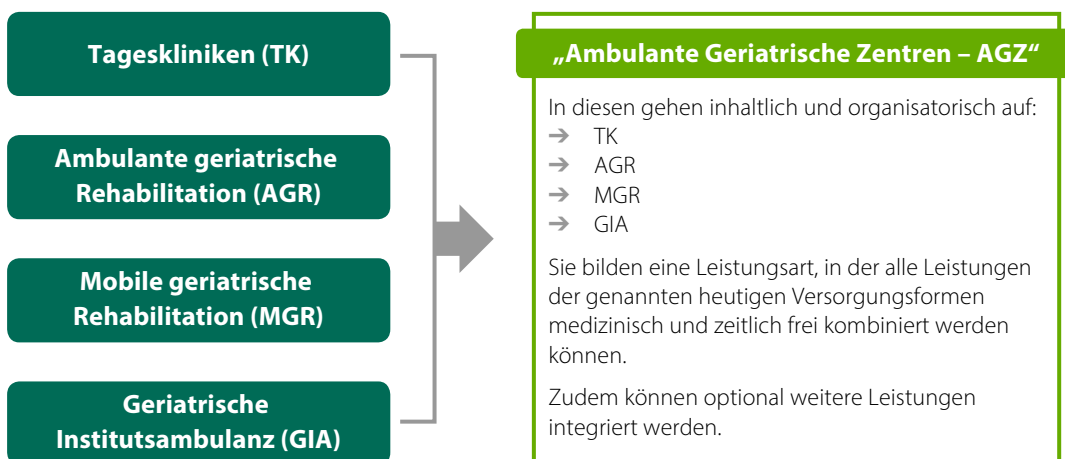


Abbildung 5: Nicht-stationäre geriatrische Versorgung (eigene Darstellung)

4.2 Ambulante Geriatrische Zentren (AGZ)

4.2.1 Aufgaben

Das ambulante geriatrische Zentrum nimmt sowohl Kernaufgaben als auch optionale Aufgaben wahr, wobei der konkrete Leistungsumfang länderspezifisch variieren kann.

Kernaufgaben

1. Unmittelbare Versorgung bisheriger TK/AGR/MGR-Patientinnen und Patienten

Im AGZ findet eine unmittelbare ärztliche bzw. therapeutisch-pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten statt, wie sie bisher in einer der genannten Versorgungsformen erbracht wurde. Das bedeutet, dass alle Leistungen einer Tagesklinik, einer ambulanten Rehabilitation oder einer mobilen Rehabilitation zukünftig vollumfänglich im AGZ erbracht werden.

Kernaufgaben: alle bisherigen Aufgaben der TK, AGR, MGR

⁶ Die Strukturvorgaben werden separat beschrieben.

Darüber hinaus bringt die freie inhaltliche Kombinierbarkeit der verschiedenen Leistungen einen versorgungspolitischen Mehrwert, sodass viele geriatrische Patientinnen und Patienten hier optimal versorgt werden können. So ist es oftmals sehr sinnvoll, bestehende tagesklinische Therapieeinheiten mit z. B. einer geringen Anzahl an Einheiten mobiler Rehabilitation zu kombinieren und so den Therapieerfolg in die häusliche Umgebung zu transformieren. Die Leistungen des AGZ werden dafür zukünftig nicht mehr sozialrechtlich unterteilt, sodass eine freie „Kombination“ des Leistungsspektrums nach dem individuellen Bedarf der Patientinnen und Patienten möglich wird.

2. Qualifizierter Ansprechpartner für niedergelassene Haus- und Fachärzte (Geriatrieboard / geriatrische Fallbesprechung)

Diese Aufgabe umfasst die geriatriespezifische Unterstützung des niedergelassenen Mediziners, insbesondere des Hausarztes. Darüber hinaus wird das bisherige Tätigkeitsprofil der Geriatrischen Institutsambulanzen (GIA) abgedeckt.

Der niedergelassene Hausarzt bildet heute wie auch zukünftig die zentrale Basis der Versorgung von betagten bzw. hochbetagten Patientinnen und Patienten. Er begleitet sie zumeist über Jahre hinweg und ist der unmittelbare Ansprechpartner in allen medizinischen Fragen.

Mit der Einführung des geriatrischen Basisassessments hat der Hausarzt die Möglichkeit erhalten, den Status eines entsprechenden Patienten näher zu erfassen. Gleichwohl fehlt bislang ein geriatriespezifisch qualifizierter Ansprechpartner für die Fälle, bei denen sich aus dem entsprechenden Assessmentergebnis besondere geriatriespezifische Fragestellungen oder Behandlungsbedarfe für die Patientinnen und Patienten ergeben. Hierfür können die AGZ mit ihrem umfassenden multiprofessionellen Behandlungsteam – und der damit vorhandenen, breit aufgestellten geriatriespezifischen Kompetenz sowie einem Geriater bzw. einer Geriaterin als ärztliche Leitung – genutzt werden. Dazu bietet das AGZ ein Geriatrieboard bzw. eine geriatrische Fallbesprechung an.

Die Behandlung im AGZ erfolgt dabei immer nur begleitend und temporär-ergänzend zur hausärztlichen Grundversorgung. Der Hausarzt bleibt somit der „Basisversorger“ der geriatrischen Patientinnen und Patienten.

Optionale Aufgaben

Darüber hinaus sollen bzw. können dem AGZ zukünftig weitere Aufgaben bzw. Funktionen zugeordnet werden. Die strukturellen und inhaltlichen Grundvorgaben für die jeweiligen Aufgaben sollen bundesweit einheitlich definiert werden. Den zuständigen Ministerien in den Bundesländern obliegt es anschließend, darüber zu entscheiden, ob die optionalen Aufgaben in den verschiedenen Regionen angeboten werden sollen oder nicht.

1. „Spezialisierte Geriatrischer Pflegeheim-Konsildienst“ – Stärkung der spezialisierten geriatriespezifischen Versorgung von Bewohnern im Pflegeheim bzw. in Einrichtungen der Kurzzeitpflege

In den beiden genannten Einrichtungsarten bestehen hinsichtlich einer speziell auf geriatriespezifische Fragestellungen ausgerichteten Betreuung erhebliche Versorgungsbedarfe, die heute nur unzureichend abgedeckt werden können. Das AGZ schließt mit

*Ansprechpartner für
niedergelassene
Ärzte*

optionale Aufgaben

*ergänzende
Pflegeheimversorgung*

Pflegewohnheimen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege Betreuungsverträge ab, welche die Grundversorgung durch den jeweiligen Haus- bzw. Heimarzt geriatricspezifisch ergänzen. Hierzu wird ein separates Konzept entwickelt, welches sowohl spezielle präventive Angebote – im Sinne von „Reha vor und bei Pflege“ – z. B. zur Sturzprophylaxe enthält als auch niederschwellige therapeutische Angebote vorsieht. Hierbei wird u. a. der individuelle Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt und durch entsprechende Angebote vor Ort aufgegriffen. Zudem können Krankenhausaufenthalte vermieden werden. Die Betreuung umfasst dabei nicht ausschließlich die ärztliche Leistung durch den Geriater, sondern wird – auf Basis eines entsprechenden Konzeptes – durch rehabilitative bzw. präventive Maßnahmen des therapeutischen Behandlungsteams ergänzt werden.

2. Prävention: Angebot von geriatricspezifischen Präventionsmaßnahmen

Für betagte und hochbetagte Patientinnen und Patienten gibt es derzeit nahezu keine geriatricspezifischen Präventionsangebote. Hier kann die Geriatrie wichtige versorgungspolitische Beiträge liefern. Das AGZ mit seinem breit aufgestellten Team ist dazu ideal geeignet und durch seine ambulante Struktur ergibt sich ein niederschwelliger Versorgungsansatz.

Prävention für betagte und hochbetagte Personen wird möglich

Eine zentrale Präventionsmaßnahme ist dabei die regelhafte Einführung einer AGZ-Ü75-Untersuchung, die frühzeitig eventuell bestehende Defizite insbesondere im ADL-Bereich erfasst bzw. entsprechende Risiken ermittelt. So können rechtzeitig geeignete Gegenmaßnahmen eingeleitet und Krankenseinweisungsraten bzw. insbesondere chronische Krankheitsverläufe verringert bzw. gemildert werden.

AGZ-Ü75

3. „Demenz-Vorsorge“: Memory-Klinik

Die Abklärung kognitiver Defizite bzw. demenzieller Erkrankungen wird zukünftig noch weiter an Bedeutung gewinnen. Die rein hausärztliche Versorgung gerät bei der tiefergehenden Abklärung und Diagnostik entsprechender Fragestellungen an strukturelle, zeitliche sowie fachliche Grenzen. Hier kann das AGZ zum Beispiel durch die Integration von Memory-Kliniken eine wichtige Basis im Bereich der Patientenversorgung darstellen.

Memory-Klinik und Demenzabklärung

4. Koordinierende Begleitung der geriatricspezifischen Weiterversorgung nach einer stationären Versorgung in einer Geriatrie

Das AGZ ist zukünftig als nachgeschaltete Einheit die zentrale Koordinierungsstelle nach einer stationären Versorgung in einer Geriatrie. Bei Bedarf koordiniert es den Übergang in die geriatricspezifische Weiterbehandlung, die über die Grundversorgung beim Hausarzt hinausgeht. Ziel ist es, den im Rahmen des stationären Aufenthalts erreichten Behandlungserfolg und den Zugewinn an Teilhabe zu festigen und abzusichern.

Begleitung der Weiterversorgung

5. Case- und Care-Management bei geriatrischen Patientinnen und Patienten

Zentrale Aufgabe wird das Case- und Care-Management bei geriatrischen Patientinnen und Patienten sein. Dazu gehört insbesondere die Steuerung der geriatrischen Patientinnen und Patienten jenseits der stationären Aufnahme bzw. das Fallmanagement im Anschluss an einen stationären Aufenthalt (s.o.).

Verzahnung und Casemanagement

Der Hausarzt der geriatrischen Patientinnen und Patienten hat im Rahmen des EBM weder die Zeit für das notwendige Case- und Care-Management noch dafür, sich dauerhaft und

umfassend über die vielfältigen Versorgungsoptionen zu informieren. Seine „Kernkompetenz“ bezieht sich vielmehr auf die dauerhafte medizinische Begleitung seiner Patientinnen und Patienten. Zudem ist es angesichts des Hausärztemangels versorgungspolitisch kaum zu rechtfertigen, diesen unterversorgten Bereich mit zusätzlichen Case- und Care-Management-Aufgaben zu belasten.

Um diese Aufgabe sachgerecht zu erfüllen, hält das AGZ entweder eigene „Lotsenkräfte“ vor oder es kooperiert mit entsprechenden Angeboten (zum Beispiel „Gemeindeschwester Plus“ oder „Gesundheitshelfer“).⁷

Versorgungs- koordination

6. Individuelle Versorgungsplanung / Beratung im Sinne des § 7a SGB XI

Die Pflegeversicherung sieht vor, dass ein „individueller Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen“ zu erstellen ist. Diese Aufgabe kann sehr gut auf Basis der Kompetenz des multiprofessionellen Teams – insbesondere des Sozialdienstes des AGZ – erfüllt werden, bzw. ist das Team des AGZ der ideale fachliche Partner einer entsprechenden Beratungseinheit. Hier ist z. B. die Verknüpfung mit einem Pflegestützpunkt oder ähnliches denkbar. In diesem Fall ist eine entsprechende Kooperation Teil des Aufgabenspektrums. Zudem sieht § 7a SGB XI eine „individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin“ vor. Auch diese Aufgabe kann vom AGZ praktisch mit übernommen werden, bzw. im Sinne der Verzahnung verschiedener SGB-Bereiche kann das AGZ als Basis für die strukturelle Verortung entsprechender Beraterinnen und Berater dienen.

AGnES und tempo- räre KV-Angebote

7. AGZ als Stützpunkt für Versorgungsassistenz-Modelle und temporäre Arztangebote

Das AGZ kann organisatorischer Kern für eine Versorgungseinheit sein, die dem zunehmenden Ärztemangel im ländlichen Raum begegnet, z. B. ein Stützpunkt für „VERAHS (Versorgungsassistent/in in der Hausarztpraxis)“ oder AGnES-Versorgungsassistenzen. Eine solche räumliche und fachlich-inhaltliche Angliederung von z. B. AGnES-Stützpunkten kann viele Synergieeffekte nutzen.

Zudem sind Kombinationen mit KV-Modellen denkbar: Das AGZ im ländlichen Raum bietet Behandlungsräume für temporäre Arztangebote an. Für dieses Aufgabenmodul muss gegebenenfalls ein eigenständiges Rahmenkonzept erstellt werden, welches an die individuelle Situation in der Region des AGZ (z. B. Ballungsgebiet oder ländlicher Raum) angepasst werden muss.

neue Versorgungs- konzepte für den ländlichen Raum

8. AGZ als Basis für neue Versorgungseinheit im ländlichen Raum

Zukünftig wird es kaum möglich sein, in allen bevölkerungs- und strukturschwachen Regionen eine wohnortnahe, vollumfängliche Krankenhaus- und Notfallversorgung vorzuhalten. Um die Grundversorgung der Bevölkerung dennoch sicherzustellen, bedarf es neuer Versorgungsangebote.

⁷ Der Bundesverband Geriatrie hat sich in den Jahren 2019 bis 2021 an dem Innovationsprojekt „TIGER – Transsektorales Interventionsprogramm zur Verbesserung der Geriatriischen Versorgung“ in Regensburg beteiligt. Die dort gemachten positiven Erfahrungen können an dieser Stelle in den Versorgungsalltag etabliert werden.

In anderen Ländern (wie zum Beispiel den USA) gibt es u. a. bettenführende Einheiten, die versorgungspolitisch zwischen Krankenhaus und Kurzzeitpflege angesiedelt sind („Nurse-Hospital“ und ähnliche Betteneinheiten). Erste Modellprojekte für vergleichbare Versorgungseinheiten gibt es bereits auch in Deutschland (zum Beispiel im Raum Konstanz).

In den angesprochenen Regionen könnte ein AGZ eine ideale medizinisch-strukturelle Basis sein, um eine entsprechende Versorgungseinheit anzudocken. Damit würde zugleich eine geriatricspezifische Versorgung in diesen strukturschwachen Regionen sichergestellt.

4.2.2 Mindestanforderungen

- entweder organisatorisch eigenständige geriatrische Versorgungseinheit in der Regel am Standort einer Klinik für Geriatrie bzw. einer stationären geriatrischen Rehabilitationsklinik
- oder schriftlich fixierte Kooperationen mit einer Klinik für Geriatrie bzw. einer stationären geriatrischen Rehabilitationsklinik
- der/die ärztliche Leiter/in des AGZ führt die Zusatz-, Schwerpunkt- oder Facharztbezeichnung im Bereich Geriatrie
- das AGZ verfügt über ein multiprofessionelles Team, bestehend aus besonders geschulten Pflegekräften für aktivierend-therapeutische Pflege sowie aus den Bereichen Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie, Sozialdienst
- die Personalkennzahlen des Bundesverbandes Geriatrie in der jeweils aktuellen Fassung sind zu erfüllen
- es wird ein Qualitätssiegel Geriatrie oder ein vergleichbares Zertifikat geführt

4.2.3 Bedarfsplanung

Der Zugang zu einer geriatricspezifischen nicht-vollstationären Versorgung in einem AGZ muss bundesweit flächendeckend gesichert sein, um die sozialrechtlich verbrieften Rechte der Patientinnen und Patienten auf eine abgestufte geriatricspezifische Versorgung erfüllen zu können.

Der jeweilige geografische Einzugsbereich eines AGZ wird stark vom Gepräge des Sozialraums abhängen bzw. die jeweilige Bevölkerungsdichte widerspiegeln. Grundsätzlich ist mindestens ein AGZ innerhalb eines Fahrtzeitradius von 45 Minuten vorzusehen.

Ein AGZ sollte i.d.R. an eine stationäre Geriatrie (Klinik für Geriatrie oder geriatrische Rehabilitationsklinik) angegliedert sein. Für Regionen, in denen eine solche unmittelbare räumliche Nähe nicht gegeben ist bzw. als nicht sinnvoll erscheint, muss eine Kooperation mit einer stationären Geriatrie bestehen („Satelliten-AGZ“).

Vor dem Hintergrund des Fahrtzeitradius und bei 106 kreisfreien Städten sowie 294 Landkreisen ist von einem Bedarf von ca. 350-450 AGZs auszugehen. Auf die Angabe einer Bezugszahl auf die Bevölkerung über 70 Jahren wird – zumindest vorerst – verzichtet. Es ist das erklärte politische Ziel, den Grundsatz „ambulant vor stationär“ in den nächsten Jahren deutlicher als bisher umzusetzen. Die sich daraus ergebende Dynamik in diesem Bereich ist derzeit nicht abschätzbar.

Mindestanforderungen an Ambulante Geriatrische Zentren

*45 Minuten
Fahrtzeitradius*

350 bis 450 Ambulante Geriatrische Zentren

Hinsichtlich bestehender nicht-vollstationärer Versorgungsstrukturen dürften keine oder nur sehr wenige rechtliche Umwidmungen notwendig werden, da die bisherigen Aufgaben der einzelnen Versorgungseinrichtungen vollumfänglich im AGZ weitergeführt werden. Die bestehenden Versorgungsstrukturen bilden damit eine gute Ausgangsbasis für den zukünftigen bedarfsgerechten Ausbau des Versorgungsangebotes.

*niederschwelliger
Zugang ohne
Antragsverfahren*

Wichtig ist, dass der Zugang zu den Leistungen des AGZ niederschwellig ausgestaltet ist, d. h. ohne ein vorgeschaltetes Antragsverfahren, da nur so die positiven Versorgungseffekte erreicht werden können.

4.2.4 Finanzierung

Die Schnittstellenproblematik der nicht-vollstationären geriatrischen Versorgung zwischen den Versorgungsbereichen teilstationär und ambulant führt häufig dazu, dass geriatrische Patientinnen und Patienten nicht optimal versorgt werden. In der Folge werden Behandlungspfade unterbrochen und wertvolle Finanzmittel verschwendet.

Daher müssen gesetzgeberische Maßnahmen ergriffen werden, um diese Schnittstellenproblematik sowohl strukturell als auch finanziell zu überwinden.

Durch den analogen Rückgriff auf das Instrument der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 132d SGB V könnte auf eine im deutschen Gesundheitssystem bestehende Finanzierungsbasis zurückgegriffen und so ein Sonderweg vermieden werden:

*SAPV als mögliches
„Vorbild“ für neue
nicht-stationäre
Gesamtleistung*

Analog zur Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b SGB V sollte für geriatrische Patientinnen und Patienten zunächst ein Leistungsanspruch auf Versorgung in einem ambulanten geriatrischen Zentrum eingeführt werden. Er bildet perspektivisch die Planungs- und Finanzierungsgrundlage der nicht-stationären geriatrischen Versorgung. Dafür müssen die heute bestehenden Versorgungsansprüche (TK, AGR, MGR, GIA - vorbehaltlich der erforderlichen KV-Ermächtigung) zu einer neuen nicht-vollstationären geriatrischen Gesamtleistung zusammengefasst werden. Die Gesamtleistung des ambulanten geriatrischen Zentrums sollte dabei neben den ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen insbesondere eine patientenindividuelle Kombinationsmöglichkeit der teilstationären, ambulanten und mobilen Rehabilitationsangebote beinhalten. Durch Verankerung dieses Gesamtleistungsanspruchs kann den individuellen Bedürfnissen geriatrischer Patientinnen und Patienten zukünftig Rechnung getragen werden, da eine individuelle Anpassung der nicht-vollstationären Versorgung an den Einzelfall ermöglicht wird.

*Leistungsanspruch
definieren*

Die Leistung in einem ambulanten geriatrischen Zentrum sollte rehabilitativ ausgerichtet sein. Zusätzlich sollte sie regelhaft bei Bedarf auch die akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung im Sinne des Leistungsangebotes der heutigen akutmedizinischen Tageskliniken bzw. geriatrischen Institutsambulanzen umfassen. Darüber hinausgehende vertragsärztliche sowie akutmedizinische und rehabilitative stationäre Maßnahmen sind vom Leistungsanspruch nicht zu umfassen, sondern weiterhin ergänzend durch Vertragsärzte, Kliniken für Geriatrie und geriatrische Rehabilitationskliniken zu erbringen. Der Anspruch auf Versorgung in einem ambulanten geriatrischen Zentrum sollte geriatrischen Patientinnen und Patienten zustehen,

die heute in einer Tagesklinik oder einer ambulanten bzw. mobilen geriatrischen Rehabilitationseinrichtung versorgt werden bzw. deren Versorgungsbedarf auf eine der optional denkbaren Leistungen gerichtet ist. Wie heute sollte die Versorgung in einem ambulanten geriatrischen Zentrum durch Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen verordnet werden können. Damit wird gewährleistet, dass ohne zeitlichen Verzug im Anschluss an eine stationäre akutmedizinische oder rehabilitative Behandlung die nicht-vollstationäre Behandlung im Ambulanten Geriatrischen Zentrum fortgesetzt werden kann.

Aufbauend auf diesem Leistungsanspruch kann den Vertragsparteien anlog dem § 132d SGB V die Möglichkeit eingeräumt werden, Versorgungs- und Vergütungsverträge zur Erbringung von Leistungen in einem Ambulanten Geriatrischen Zentrum zu vereinbaren. Dessen Leistungen gehen dabei explizit über die bisherigen nicht-stationären geriatriespezifischen Leistungsarten und -umfänge hinaus, weshalb es sich um eine neue kombinierte Gesamtleistung handelt. Demzufolge wären die bestehenden Vergütungssysteme nicht um Kosten für die Versorgung in einem Ambulanten Geriatrischen Zentrum zu bereinigen. Vielmehr würden die bisherigen nicht-stationären Finanzmittel (TK, AGR, MGR, GIA) im Budget der Ambulanten Geriatrischen Zentren aufgehen. Analog zu § 132d SGB V könnte der Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufgefordert werden, gemeinsam mit den maßgeblichen geriatriespezifischen Spitzenorganisationen die wesentlichen Elemente der neuen Gesamtvergütung festzulegen.

Zur Vergütung von Leistungen eines Ambulanten Geriatrischen Zentrums könnten Tagessätze vereinbart werden, die auch heute bereits die Finanzierungsgrundlage für die genannten Leistungen der TK, der AGR bzw. der MGR darstellen. Für die Tätigkeit im Rahmen des Geriatrieboards bzw. der geriatrischen Fallbesprechung ist eine Vergütung entsprechend der heutigen GIA denkbar. Perspektivisch könnte über diese Finanzierungsgrundlage die Einführung von Patienten- bzw. Versorgungsbudgets angestrebt werden, womit der unmittelbare Bezug zum individuellen Versorgungsbedarf des Patienten hergestellt werden kann.

Im Ergebnis können durch einen Rückgriff auf das Instrument der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung zusätzliche Handlungsmöglichkeiten eröffnet werden, um sachgerechte Vergütungsregelungen für die nicht-vollstationäre Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Gleichzeitig wird durch diese gezielte Maßnahme zur sachgerechten und auskömmlichen Weiterentwicklung der Finanzierung des nicht-vollstationären Bereichs die flächendeckende und demografiegerechte Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten gestärkt.

Verhandlungsmöglichkeiten eröffnen

Bundesverband Geriatrie e.V. – Interessenvertretung für die Geriatrie

Der Bundesverband Geriatrie e.V. (BV Geriatrie) ist ein bundesweit tätiger Spitzenverband im Gesundheitswesen und die politische Interessenvertretung der Leistungserbringer der stationären, teilstationären, ambulanten sowie mobilen Versorgung geriatrischer, das bedeutet betagter, hochbetagter und zugleich multimorbider Patientinnen und Patienten. Die knapp 400 Mitgliedseinrichtungen mit über 20.000 Betten beziehungsweise Behandlungsplätzen befinden sich in privater, freigemeinnütziger sowie öffentlicher Trägerschaft und stehen unter der Leitung eines Geriaters.

Der BV Geriatrie ist an der aktiven Gestaltung des Gesundheitssystems durch die Mitarbeit in einer Vielzahl offizieller Gremien und Arbeitsgruppen beteiligt. Der sachgerechte Auf- und Ausbau geriatrischer Versorgungsstrukturen, die Weiterentwicklung von Maßnahmen der Qualitätssicherung und die angemessene Finanzierung der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten sind Schwerpunkte in der Arbeit des BV Geriatrie. Unter anderem die konsequente Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor und bei Pflege“ und die demografische Entwicklung sowie ihre Auswirkungen sind dabei maßgebliche Herausforderungen der Zukunft. Der Verband ist als Verein mit 15 Landesverbänden organisiert.

Zentrale Themen und Ziele

Die politische Arbeit ist ein Schwerpunkt in den Aktivitäten des BV Geriatrie. Der Verband bringt die Anliegen seiner Mitglieder in allen Phasen gesundheitspolitischer Entscheidungsprozesse ein und vertritt diese gegenüber Institutionen und Akteuren aus Gesundheitswesen, Selbstverwaltung und Öffentlichkeit. Ziel ist es, die fachspezifische beziehungsweise sektorenübergreifende geriatrische Versorgung zu fördern. Als qualitätsorientierter Trägerverband steht der BV Geriatrie für höchste Versorgungsqualität, die durch Visitationen vor und während einer Mitgliedschaft gesichert wird. Das bedeutet, dass einrichtungsspezifische Strukturen und Prozesse begutachtet werden. Dieses Verfahren stellt eine Besonderheit in der Vereinslandschaft dar.

Darüber hinaus ist der Verband Herausgeber des Qualitätssiegels Geriatrie, einem speziellen Qualitätsmanagementverfahren für geriatrispezifische Einrichtungen, sowie des zertifizierten Fort- und Weiterbildungsprogramms „ZERCUR GERIATRIE®“ für Mitglieder des multiprofessionellen Behandlungsteams. Der BV Geriatrie setzt sich für eine bedarfs- und leistungsgerechte Vergütung im akutmedizinischen, frührehabilitativen und rehabilitativen Bereich ein, unterstützt die Zusammenarbeit der Mitgliedseinrichtungen untereinander, berät seine Mitglieder fachlich-inhaltlich sowie juristisch und ist mit Fachgesellschaften und Verbänden der Leistungserbringer und -träger vernetzt.

Herausgeber Bundesverband Geriatrie e.V.
Geschäftsstelle Reinickendorfer Straße 61 | 13347 Berlin

☎ 030/339 88 76 10 | 📠 030/339 88 76 20
✉ geschaeftsstelle@bv-geriatrie.de | 🌐 www.bv-geriatrie.de



**BUNDESVERBAND
GERIATRIE**