

BUNDESWEITES GERIATRIEKONZEPT

Beschlossen durch die Mitgliederversammlung
des Bundesverbandes Geriatrie 2025





Sehr geehrte Damen und Herren,

das vorliegende bundesweite Geriatriekonzept hat die Mitgliederversammlung des Bundesverbandes Geriatrie e.V. im Frühjahr 2025 verabschiedet. Es basiert auf dem seit 2022 vorliegenden Konzept, das erstmalig detaillierte Planungsparameter und Anhaltszahlen für die bedarfsgerechte spezifische Versorgung betagter sowie hochbetagter Patientinnen und Patienten vorlegte.

Seitdem ist in der Gesundheitspolitik viel passiert. Ende 2024 wurde auf den Ebenen Strukturen, Finanzierung und Transparenz eine Krankenhausreform angestoßen, die auch für die zukünftige Gestaltung der geriatricspezifischen Versorgung die Basis legt. Hier ist zunächst die Einführung von Leistungsgruppen zu nennen. Sie bilden die medizinischen Leistungen ab und stellen zukünftig die Grundlage der Krankenhausplanung und -finanzierung dar. Je Leistungsgruppe müssen Kliniken definierte Mindestanforderungen erfüllen. Schließlich werden Krankenhäuser zur Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis – dem so genannten Klinikatlas – fünf Versorgungstufen zugeordnet. Zusammen mit dem akuter werdenden demografischen Wandel bot sich mit den gesetzlichen Regelungen rund um die Krankenhausreform also viel Stoff, um das bundesweite Geriatriekonzept entsprechend zu aktualisieren.

Dabei konnte der Verband auf seine langjährigen Erfahrungen bei der qualitätsorientierten und bedarfsgerechten Gestaltung der geriatricspezifischen Versorgung aufbauen. Seit seiner Gründung vor über 30 Jahren initiiert bzw. begleitet der Verband Prozesse zur Entwicklung versorgungspolitischer Grundlagen. Dazu gehört auch das Weißbuch Geriatrie, das seit 2010 diese Diskussionen begleitet und mit den notwendigen Daten unterfüttert. Dies ist auch notwendig, denn unsere Gesellschaft altert zusehends. Im Gesundheitssystem sind heute schon betagte und hochbetagte Menschen die dominierende „Nutzergruppe“. Gleichzeitig nähern sich auch die Altersmedizinerinnen und -mediziner, die der Babyboomer-Generation angehören, dem Rentenalter. Alle diese Denkanstöße gilt es zu nutzen und in konkrete Versorgungsstrukturen umzuwandeln.

Mit dem nun aktualisierten Geriatriekonzept möchte der Bundesverband Geriatrie sicherstellen, dass der im Gesetz garantierte individuelle Anspruch auf eine – dem Stand der Medizin entsprechende – geriatricspezifische Versorgung auch zukünftig umgesetzt werden kann. Die menschlichen, gesellschaftspolitischen und wirtschaftlichen Folgen wären erheblich, wenn die große Gruppe der Babyboomer im Alter nicht sachgerecht altersmedizinisch versorgt würde. Deshalb laden wir Sie zum Dialog über die zukünftige akutmedizinische, frührehabilitative und rehabilitative Versorgung hochaltriger Patientinnen und Patienten ein und freuen uns auf den offenen und konstruktiven Austausch!

Dr. rer. medic. Mark Lönnies, MBA

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.
unter Berücksichtigung der Regelungen des
Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG)

2025

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 aufrechterhalten zu können. Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vom 5. Dezember 2024 wurde dieser Reformprozess in Teilen gestartet.

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 erweiterten 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.

*zwei zentrale
versorgungspolitische
Notwendigkeiten*

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 vereinbarten Grundsätze im Jahr 2022 weiterentwickelt und 2025 unter Berücksichtigung des KHVVG aktualisiert. Damit liegt ein aktuelles Konzept für die konkrete planerische Umsetzung der Krankenhausreform in den Bundesländern im Sinne des KHVVG vor.

Kurzübersicht der konzeptionellen Eckpunkte

Vereinheitlichung der Bezeichnungen: Kliniken für Geriatrie/ Geriatriische Rehabilitationskliniken

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

*einheitliche
Begrifflichkeiten*

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

Die Versorgung geriatriischer Patientinnen und Patienten gehört zur erweiterten Grund- und Regelversorgung. Die erforderlichen geriatriespezifischen Versorgungskapazitäten müssen entsprechend planerisch verankert sein. Die konkrete planerische Ausgestaltung richtet sich nach dem Planungscluster des jeweiligen Bundeslandes für die Gestaltung der erweiterten Grund- und Regelversorgung. Als allgemeiner Orientierungswert bzw. sofern auf Länderebene kein Cluster vorliegt, soll in jedem Landkreis respektive der vergleichbaren Planungsgröße in den Stadtstaaten (zumeist Stadtbezirk) mindestens eine Klinik für Geriatrie verfügbar sein. Zentrales Kriterium ist jedoch die zeitlich angemessene Erreichbarkeit der Kliniken. Es muss bundesweit innerhalb eines Fahrtzeitradius von 30 Minuten mindestens eine Klinik für Geriatrie erreichbar sein. Mit Ausnahme der Bundesländer, in denen das jeweilige Landesgeriatriekonzept keine eigenen geriatriischen Rehabilitationskliniken vorsieht, muss mindestens eine solche Rehabilitationsklinik innerhalb eines Fahrtzeitradius von 45 Minuten zur Verfügung stehen.

*Geriatrie: Teil der
erweiterten
Grund- und
Regelversorgung*

*regelmäßige Be-
darfsplanung u. a.
im Rahmen der
KH-Planung*

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

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

*Vernetzung mit ande-
ren medizinischen
Fachgebieten*

Zusammenführung von Versorgungsangeboten: Ambulante Geriatriische Zentren – AGZ

Im nicht-vollstationären Bereich werden „Ambulante Geriatriische Zentren“ bundesweit und flächendeckend neu eingeführt, in denen die bisherigen Tageskliniken, ambulante Rehabilitationseinrichtungen, mobile geriatriische Einrichtungen und Geriatriische 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.

*nicht-vollstationäre
Angebote werden
zusammengeführt*

Intention

Ziel ist es, heute mit der strukturierten Planung geriatriespezifischer 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.

Kurzübersicht der stationären geriatricspezifischen Versorgung

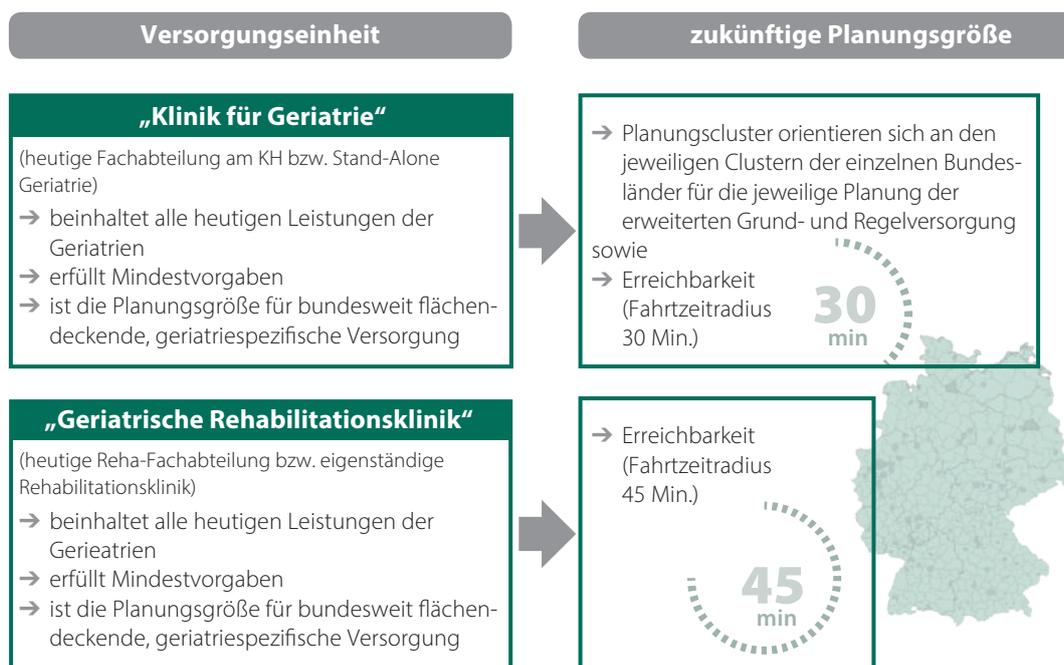


Abbildung 1: Kurzübersicht der stationären geriatricspezifischen Versorgung (eigene Darstellung)

Kurzübersicht der nicht-vollstationären geriatricspezifischen Versorgung

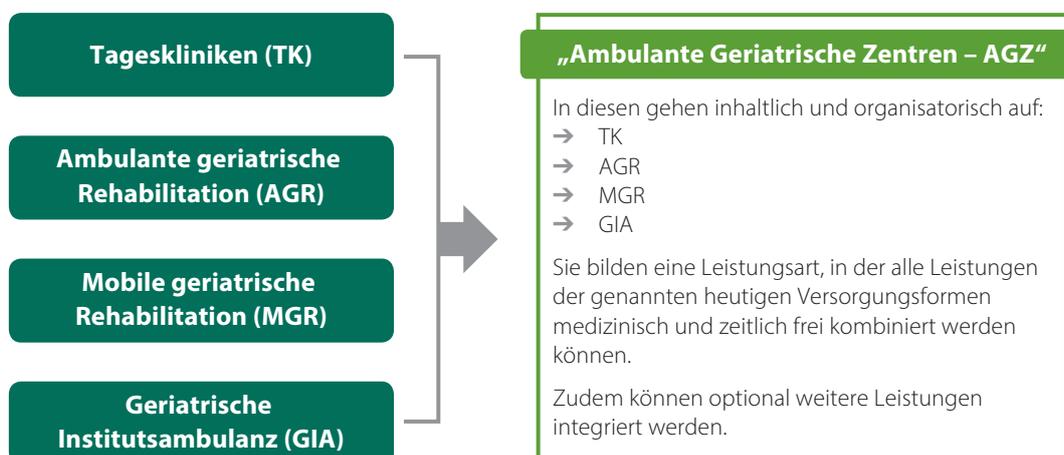


Abbildung 2: Kurzübersicht der nicht-stationären geriatricspezifischen Versorgung (eigene Darstellung)

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)
inkl. Ausführungen zu Fachkliniken sowie Level 1i
- 3.3 Geriatrische Rehabilitationskliniken (§§ 40, 111 SGB V)
- 3.4 Bevölkerungsbezug
- 3.5 Optionales Versorgungsangebot:
Spezialisierte Geriatrische Versorgungseinheiten (SGV)

4 Konzeptansatz nicht-vollstationäre Versorgung

- 4.1 Übersicht nicht-vollstationäre 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 allgemein internistische 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-inter-nistischen Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung.

Neben der vollstationären Versorgung sind bundesweit auch geriatricspezifische nicht-vollstationäre 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.

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 nicht-
vollstationäre
Angebote*

*geriatricspezifische
Versorgung durch
niedergelassene Ärzte*

Zudem ergänzen vereinzelt so genannte geriatrische Schwerpunktpraxen 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 zentrale Anlaufstelle für diese Patientengruppe, sowohl in der häuslichen Versorgung als auch für Menschen in 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 niedergelassene Ärzteschaft 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.

geriatrisches Patientenklintel rückt stärker in den Fokus

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

zentrale versorgungspolitische Ziele

- 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.

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

Herausforderungen der Gesundheitspolitik

- Befriedigung der präventiven und medizinischen Bedürfnisse der alternden Babyboomer-Generation,
- Eindämmung der Kostenentwicklung im Gesundheitssystem,
- stärkere Fokussierung auf den Ansatz „ambulant vor stationär“,
- Neugestaltung des Grundsatzes „Reha vor und bei Pflege“,

- Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum – bei zurückgehenden Arztlizenzen in der Niederlassung in diesen Regionen bei einer gleichzeitigen Alterung der dort ansässigen Bevölkerung,
- Verbesserung der medizinischen und rehabilitativen Versorgung von Menschen in Pflegeheimen sowie Patientinnen und Patienten in der Kurzzeitpflege,
- stärkere Einbindung von digitalen Assistenzsystemen,
- Bewältigung bzw. Berücksichtigung des Fachkräftemangels, insbesondere vor dem Hintergrund der steigenden Fallzahlen und dem damit verbundenen Mehrbedarf an Fachkräften,
- 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 geriatrispezifischen 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 geriatrispezifischen 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-vollstationären Bereich in „Ambulante Geriatrische Zentren (AGZ)“ als zentrale geriatrische Diagnostik-, Versorgungs- und Steuerungseinheiten

Geriatric care must become a stronger part of regular care.

needs-oriented, quality-secured, networked and economically secured specialist care

conceptual core elements of future geriatric care



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

Adressaten dieses Konzeptes sind alle an der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten beteiligten gesellschaftlichen Gruppen, Ansprechpersonen 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 erweiterten 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 Geriatrischer Versorgungseinheiten“ als fachgebietsübergreifende, weiterführende Versorgungseinheiten an Kliniken für Geriatrie.

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

Einführung einer Planungs- und Kapazitätsberechnungsgrundlage

Die mit dem KHVVG verbundene Krankenhausreform führt zu einer Anpassung bzw. Neuplanung der Krankenhauslandschaft und beinhaltet darüber hinaus eine Veränderung der Krankenhausfinanzierung. Dieser Prozess, der flächendeckend alle Bundesländer betrifft, bietet eine gute Basis für die Anpassung der geriatricspezifischen Versorgungsstrukturen.

KHVVG

Cluster:
Fahrzeitradius +
ggf. Landkreise

Planungsgrundlage:
Fahrzeitradius

Bettenkapazitäten je
Einwohnerinnen und
Einwohner

Im **Krankenhausbereich** gilt dabei, dass innerhalb einer Fahrtzeit von 30 Minuten mindestens eine Klinik für Geriatrie erreichbar sein muss. Die Planungscluster orientieren sich dabei an den jeweiligen Clustern der einzelnen Bundesländer für die jeweilige Planung der erweiterten Grund- und Regelversorgung. Sofern keine entsprechenden Planungscluster bestehen, kann als Orientierungswert die Vorgabe von mindestens einer Klinik für Geriatrie je Landkreis/kreisfreie Stadt (bzw. einer vergleichbaren Planungsgröße) angesetzt werden.

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 Einwohnerin bzw. Einwohner älter 70 Jahre eingeführt.

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

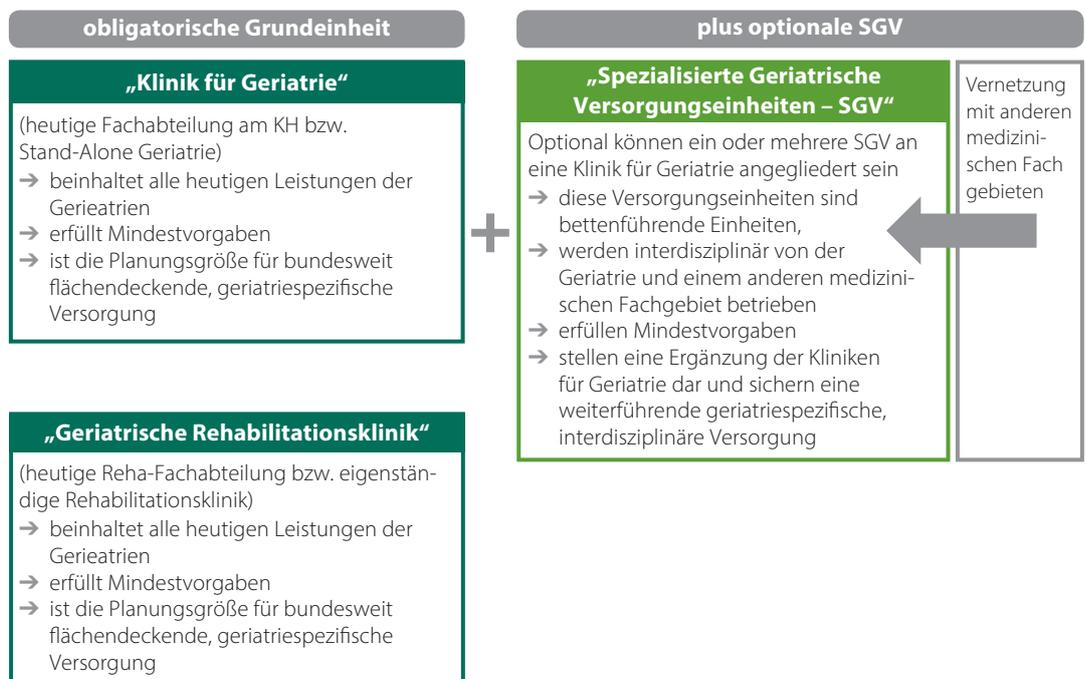


Abbildung 4: Stationäre geriatrische Versorgung (eigene Darstellung)

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

Tätigkeitsfeld der niedergelassenen Ärzteschaft bleibt unberührt

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

Mit dem Inkrafttreten des KHVVG wurden die Fachabteilungen gemäß § 135e SGB V planerisch in Leistungsgruppen überführt. Durch die Konzentration von Leistungen in Leistungsgruppen soll sichergestellt werden, dass Leistungen künftig nur noch dort erbracht werden, wo geeignete Struktur- und Prozessqualitätsmerkmale vorliegen. Zum Zweck einer qualitativ hochwertigen Versorgung und einer weiteren Steigerung der Qualität der medizinischen Versorgung soll die Zuweisung von Leistungsgruppen mit der Erfüllung von Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen verknüpft werden. In der Leistungsgruppensystematik wird dabei zwischen allgemeinen und spezifischen Leistungsgruppen unterschieden.

KHVVG

Die „Klinik für Geriatrie“ bildet die Grundeinheit für die detaillierte Bedarfsplanung gemäß § 135e SGB V. Dabei umfasst das Leistungsspektrum der Kliniken für Geriatrie ein breites Behandlungsspektrum, welches in allgemeine akutgeriatrie Leistungen im Sinne einer geriatrie Komplexitätsmedizin (≈ 25 Prozent) sowie spezielle Leistungen der Frührehabilitation (≈ 75 Prozent) unterteilt werden kann.

Leistungsspektrum Kliniken für Geriatrie: geriatrie Komplexitätsmedizin und Frührehabilitation

Das Leistungsspektrum von Kliniken für Geriatrie bezieht sich auf die vollstationäre Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V. Im Vergleich zu anderen akutmedizinischen Fachdisziplinen verfolgt die geriatrie Komplexitätsmedizin einen ressourcenorientierten multidimensionalen Behandlungsansatz. Dieser ermöglicht es, geriatrie Patientinnen und Patienten mit erhöhter Vulnerabilität zu identifizieren, spezifisch behandelbare Funktionseinschränkungen aufzudecken und auf dieser Grundlage verbesserte Therapieprognosen und -maßnahmen ableiten zu können. Dabei ist nicht nur die akute Erkrankung ausschlaggebend, vielmehr stehen die Multimorbidität und die Funktionseinschränkungen dieser vulnerablen Patientengruppe im Vordergrund. Die geriatrie Komplexitätsmedizin ermöglicht damit eine ganzheitliche Medizin im bio-psycho-sozialen und patientenorientierten Sinne und hat insbesondere Bedeutung in Bezug auf den Verlust der Selbstversorgung, den Eintritt von Pflegebedürftigkeit und der Mortalität.

Geriatrie Patientinnen und Patienten mit akutmedizinischen Fragestellungen sind daher in Kliniken für Geriatrie zu behandeln und müssen bei Frührehabilitationspotenzial neben der Akutversorgung eine geriatrie frührehabilitative Komplexbehandlung erhalten. Für eine sachgerechte, bundeseinheitliche und transparente Strukturierung der Versorgung sind daher – entgegen der bisherigen Regelungen im KHVVG – zwei geriatriespezifische Leistungsgruppen zu definieren:

*zwei geriatrische
spezifische
Leistungsgruppen*

- Allgemeine Leistungsgruppe: Akutgeriatrische Komplexitätsmedizin
- Spezielle Leistungsgruppe: Geriatrische Frührehabilitation

*planerische
Sichtbarkeit*

Die Differenzierung des geriatrischen Leistungsspektrums in allgemeine und spezielle Bestandteile ist dabei wesentlich, um den tatsächlich benötigten Bedarf an geriatrischen Versorgungsstrukturen planerisch abbilden zu können. Nach wie vor besteht die Schwierigkeit, dass die den geriatrischen Behandlungsbedarf kennzeichnenden Parameter, wie z. B. Funktionseinschränkungen, Vulnerabilität oder der soziale Kontext der Patientinnen und Patienten, nicht immer ausreichend systematisch und vollständig erfasst werden. Aufgrund dessen muss die akutgeriatrische Komplexitätsmedizin neben den anderen allgemeinen Fachdisziplinen planerisch sichtbar gemacht werden. Durch die allgemeine Leistungsgruppe wird sichergestellt, dass akutgeriatrische Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrem individuellen Frührehabilitationspotenzial entsprechend ihres komplexen Versorgungsbedarfs in Kliniken für Geriatrie bedarfsgerecht behandelt werden können.

*planerische
Abgrenzbarkeit*

Durch die allgemeine Leistungsgruppe Geriatrie kann zudem planerisch eine Abgrenzung zu anderen geriatrischen Leistungsgruppen, wie z. B. der Allgemeinen Inneren Medizin, erfolgen. Nur so können Kliniken für Geriatrie auch zukünftig unter den Bedingungen des KHVG ihrem Versorgungsauftrag vollumfänglich nachkommen. Auch trägt die differenzierte Betrachtung des Leistungsspektrums zur Sicherung der wohnortnahen Grund- und Regelversorgung bei. Da Krankenhäuser perspektivisch am Standort nur noch das Leistungsspektrum der zugewiesenen Leistungen erbringen dürfen, könnten insbesondere Kliniken für Geriatrie auf der Versorgungstufe Level F – also eigenständige Fachkrankenhäuser – ohne eine differenzierte Planung ihren Versorgungsauftrag nicht mehr im bisherigen Umfang erfüllen.

*Definition über
Fachabteilungsschlüssel
und OPS*

Der Leistungsinhalt der akutmedizinischen Komplexitätsmedizin definiert sich über die Inhalte der geriatrischen Zusatz-, Schwerpunkt- oder Facharztbezeichnung Geriatrie der Weiterbildungsordnungen (Fachabteilungsschlüssel 0200). Die spezielle Leistungsgruppe der geriatrischen Frührehabilitation definiert sich über den spezifischen Leistungsinhalt der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung (Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 8-550).

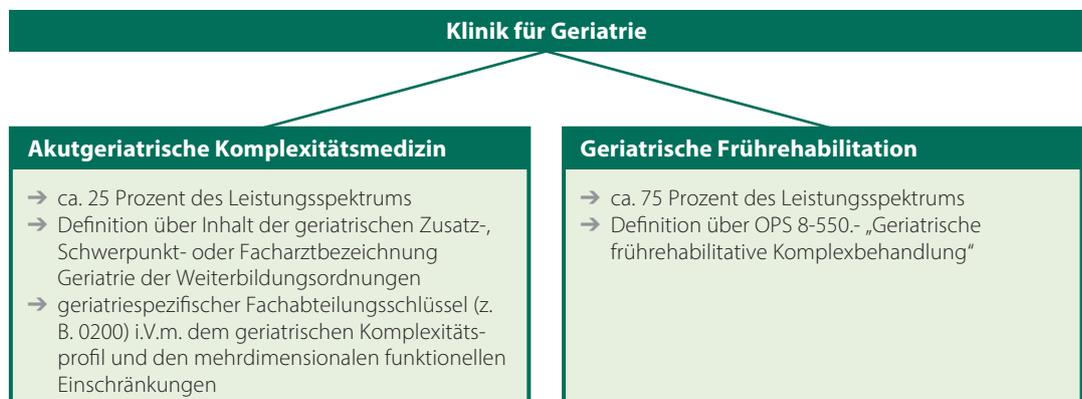


Abbildung 5: Leistungsspektrum Kliniken für Geriatrie (eigene Darstellung)

Die Notwendigkeit zur Verankerung einer allgemeinen Leistungsgruppe für die akutgeriatrische Komplexitätsmedizin ergibt sich ebenfalls aus der geplanten Einführung von Mindestvorhaltezahlen gemäß § 135f SGB V. Andernfalls würde es zu einer Verzerrung des Leistungsspektrums der Kliniken für Geriatrie kommen und die zu erbringenden Behandlungsfälle (Mindestvorhaltezahl) könnten ohne die Leistungen der akutgeriatrischen Komplexitätsmedizin nicht erfüllt werden.

3.2.1 Mindestanforderungen

Kliniken für Geriatrie müssen unabhängig vom Leistungsspektrum der akutgeriatrischen Komplexitätsmedizin bzw. der frührehabilitativen Komplexbehandlung folgende strukturelle Mindestanforderungen erfüllen:

- organisatorisch eigenständige bettenführende geriatrische Versorgungseinheit am Standort der Klinik für Geriatrie
- diese umfasst mindestens 20 Betten
- zusätzlich die Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin am Standort (ausgenommen Kliniken für Geriatrie der Versorgungsstufe Level F in Kooperation)
- am Standort muss mindestens die Möglichkeit zum Monitoring von Patientinnen und Patienten gegeben sein (eine IMC-Einheit oder eine Leistungsgruppe Intensivmedizin wird empfohlen)
- schriftlich fixierte Konsilleistungen bei externen Kooperationen mit folgenden medizinischen Fachgebieten: Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie oder Unfallchirurgie sowie Kardiologie, sofern die entsprechenden Fachgebiete nicht durch entsprechende Fachärztinnen und Fachärzte im ärztlichen Team der Klinik für Geriatrie vertreten sind
- strukturierte Einbindung in die Erstversorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme (ausgenommen Kliniken für Geriatrie der Versorgungsstufe Level F)
- 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 Pflegefachpersonen 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

3.2.2 Bedarfsplanung

Räumliche Cluster und Fahrtzeitradius

Die verbindliche Verankerung der Geriatrie in der erweiterten 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.²

Mindestvorhaltezahlen

KHVVG

Mindestanforderungen an Kliniken für Geriatrie

KHVVG

erweiterte Grund- und Regelversorgung im Krankenhaus

² Vgl.: Weißbuch Geriatrie, Herausgegeben vom Bundesverband Geriatrie, 4. Auflage, S. 166ff.

Um eine verbindliche Planung der geriatricspezifischen Versorgung im Bereich der Krankenhausplanung sicherzustellen, orientieren sich die Planungscluster an den jeweiligen Clustern der einzelnen Bundesländer für die jeweilige Planung der erweiterten Grund- und Regelversorgung. Sofern keine entsprechenden Planungscluster bestehen, kann als Orientierungswert die Vorgabe von mindestens einer Klinik für Geriatrie je Landkreis/kreisfreier Stadt (bzw. einer vergleichbaren Planungsgröße) angesetzt werden.

Im Weißbuch Geriatrie³ wurde bisher die bundesweit flächendeckende Erreichbarkeit einer Geriatrie am Krankenhaus innerhalb eines Fahrtzeitradius von 25 bis 30 Minuten als Versorgungsziel angegeben. Insoweit werden die bisherigen Vorgaben nicht aufgegeben, sondern es handelt sich um eine Fortschreibung.

Damit muss innerhalb von 30 Minuten eine Klinik für Geriatrie erreichbar sein.

*30 Minuten
Fahrtzeitradius*

*flächendeckende
Versorgung*

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

KHVVG

*Behandlungsbedarf
auf allen
Krankenhausver-
sorgungsleveln*

Krankenhausversorgungslevel

Geriatrische Patientinnen und Patienten werden in allen Krankenhäusern und somit über alle Versorgungslevel hinweg behandelt. Daraus leitet sich ein geriatricspezifischer Behandlungsbedarf auf allen Krankenhausversorgungsleveln (1 bis 3) ab. Als Teil der erweiterten Grund- und Regelversorgung müssen Kliniken für Geriatrie daher sowohl flächendeckend als auch über alle Versorgungslevel hinweg vorgehalten werden.

*nicht ausschließ-
lich auf die Grund-
und Notfallversor-
gung beschränkt*

Grundsätzlich muss gewährleistet sein, dass Kliniken für Geriatrie auf allen Versorgungsstufen abgebildet sind und nicht ausschließlich auf die Grund- und Notfallversorgung beschränkt werden. Kliniken für Geriatrie müssen levelübergreifend vorgehalten werden, da Verlegungen für geriatrische Patientinnen und Patienten grundsätzlich kritischer sind, als dies bei jüngeren Personen der Fall ist. Zudem ist es wichtig, dass Kliniken für Geriatrie im Sinne der einrichtungs-internen Kooperation für eine indikationsübergreifende Versorgung strukturell zur Verfügung stehen. Bei der Behandlung alter, multimorbider Patientinnen und Patienten müssen sich krankheitsspezifische und funktionsorientierte Maßnahmen sinnvoll ergänzen. Vor diesem Hintergrund müssen Kliniken für Geriatrie auf unterschiedlichen Versorgungsstufen in die Entscheidungs- und Behandlungsprozesse einbezogen werden. Hochbetagte Patientinnen und Patienten werden in der Regel entsprechend der krankheitsspezifischen Indikation in der jeweiligen organspezifischen Fachdisziplin versorgt. Wenn das Krankheitsbild jedoch durch alterstypische Multimorbidität oder Funktionsdefizite bestimmt wird, muss gleich zu Beginn bzw. im frühen Verlauf der akuten Krankheitsphase die altersmedizinische Versorgung mit entsprechenden geriatricspezifischen Maßnahmen in den Vordergrund rücken.

*Einbindung in
Entscheidungs-
und
Behandlungs-
prozesse*

³ Vgl.: Weißbuch Geriatrie, Herausgegeben vom Bundesverband Geriatrie

Um bei alternden Krankenhauspatientinnen und -patienten die erforderliche geriatricspezifische Fachexpertise insgesamt sicherzustellen, ist gesetzgeberisch richtigerweise eine Verankerung von Kliniken für Geriatric in verwandten beziehungsweise ergänzenden Leistungsgruppen als Auswahlkriterium vorgesehen. Dadurch kann eine nachhaltigere und höhere Versorgungsqualität sichergestellt werden.

Aufgrund ihres organübergreifenden Behandlungsansatzes sind Kliniken für Geriatric mindestens in folgenden verwandten Leistungsgruppen als Auswahlkriterium am Standort zu verankern:

Verwandte Leistungsgruppen	Klinik für Geriatric
Allgemeine Innere Medizin	Auswahlkriterium am Standort
Allgemeine Chirurgie	Auswahlkriterium am Standort
Endoprothetik Hüfte	Auswahlkriterium am Standort
Endoprothetik Knie	Auswahlkriterium am Standort
Revision Hüftendoprothese	Auswahlkriterium am Standort
Revision Knieendoprothese	Auswahlkriterium am Standort
Spezielle Traumatologie	Auswahlkriterium am Standort
Allgemeine Neurologie	Auswahlkriterium am Standort
Palliativmedizin	Auswahlkriterium am Standort
Wirbelsäuleneingriffe	Auswahlkriterium am Standort
Stroke Unit	Auswahlkriterium am Standort
Neuro-Frühreha	Auswahlkriterium am Standort
Interventionelle Kardiologie	Auswahlkriterium am Standort
Kardiale Devices	Auswahlkriterium am Standort

Zudem wird der Bedarf an geriatricspezifisch aus- und fortgebildetem ärztlichen Fachpersonal aufgrund der sich verändernden Altersstruktur in der Bevölkerung und damit in den Krankenhäusern zukünftig erheblich ansteigen. In den Kliniken für Geriatric sind nicht nur die in den kommenden Jahren ausscheidenden Ärztinnen und Ärzte der Boomer-Generation zu ersetzen, sondern es müssen darüber hinaus gegenüber dem Status quo zusätzlich dem ansteigenden Versorgungsbedarf entsprechend neue Versorgungskapazitäten aufgebaut werden. Wie erheblich das Ausmaß ist, zeigt das Ergebnis einer Erhebung aus dem Jahr 2024, der zufolge ca. 50 % der heute tätigen Geriatricerinnen und Geriatricer bis zum Jahre 2035 altersbedingt ausscheiden. Damit stellt sich – im Unterschied zu anderen Indikationsbereichen – in der Geriatric eine doppelte personelle Herausforderung.

*Ausbildungs-
offensive
notwendig*

KHVVG

*Stand-Alone
Geriatric*

*Versorgungsstufe
Level F*

*Leistungsspektrum
muss geriatric
Komplexitäts-
medizin umfassen*

Um dieser großen – durch die demografische Entwicklung bedingten – Herausforderung gerecht zu werden, müssen auf struktureller Ebene die bestmöglichen Voraussetzungen für eine Aus- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Altersmedizin geschaffen werden. Zudem sind besondere Anreize zur Ausbildung notwendig. Ohne eine solche Ausbildungsoffensive ist eine fachgerechte und flächendeckende geriatric Krankenhausversorgung zukünftig nicht zu bewältigen. Somit ist auch vor diesem Hintergrund eine Verortung von Kliniken für Geriatric über alle Krankenhausversorgungslevel hinweg notwendig.

3.2.3 Kliniken für Geriatric als Fachkrankenhäuser

Krankenhäuser, die sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe oder Personengruppe spezialisiert haben und einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leisten, sind Fachkrankenhäuser. Es handelt sich um Krankenhäuser, die zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis der Versorgungsstufe Level F zugeordnet werden.

Mit dem KHVVG hat der Gesetzgeber die Möglichkeit geschaffen, dass die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sog. „Stand-Alone“ Kliniken für Geriatric – d. h. Kliniken, die ausschließlich den Indikationsbereich Geriatric anbieten – planerisch auch der Versorgungsstufe Level F als Fachkrankenhäuser zuordnen können.

Damit Kliniken für Geriatric auf der Versorgungsstufe Level F ihren Versorgungsauftrag erfüllen können, ist es von besonderer Bedeutung, dass ihnen sowohl das Leistungsspektrum der akutgeriatric Komplexitätsmedizin als auch der geriatric Frührehabilitation planerisch zugewiesen wird. Dies ist erforderlich, da die Leistungsgruppenzuweisung die Grundlage für die Ermittlung der Vorhaltevergütung des jeweiligen Krankenhauses darstellt und zudem für die DRG-Vergütung relevant ist.

Damit geriatric Fachkrankenhäuser ihrem Versorgungsauftrag vollumfänglich nachkommen können, reicht es daher nicht aus, ihnen zusätzlich die Leistungsgruppe der Allgemeinen Inneren Medizin zuzuordnen. Die geriatric Komplexitätsmedizin verfolgt ausgehend von der krankheitsspezifischen Indikation einen organübergreifenden Versorgungsansatz.

Vor diesem Hintergrund würden die Basisleistungen der Allgemeinen Inneren Medizin nicht ausreichen, um das Leistungsspektrum der Geriatric im erforderlichen Maße vollumfänglich abbilden zu können.

Dementsprechend ist es ohne die Einführung der oben beschriebenen neuen allgemeinen Leistungsgruppe der akutgeriatric Komplexitätsmedizin nicht möglich, dass Kliniken für Geriatric auf der Versorgungsstufe Level F auch zukünftig das gleiche medizinische Behandlungsspektrum anbieten, wie dies heute der Fall ist. Dies wäre ohne die allgemeine Leistungsgruppe organisatorisch-strukturell ausschließlich als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung zu realisieren.

KHVVG

3.2.4 Kliniken für Geriatric in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (Einrichtungen der Versorgungsstufe Level 1i)

Um insbesondere auch in struktur- und bevölkerungsschwachen Regionen eine qualitätsgesicherte medizinische Grundversorgung aufrechterhalten zu können, wird mit dem KHVVG

gesetzgeberisch der Ausbau der sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung vorangetrieben. Die Länder haben daher gemäß § 115g SGB V die Möglichkeit, sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zu bestimmen, deren Leistungsspektrum neben stationären auch erweiterte ambulante sowie medizinisch-pflegerische Leistungen umfasst.

sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind Krankenhäuser, die wohnortnah stationäre Krankenhausbehandlung mit ambulanten und pflegerischen Leistungen verbinden. Es handelt sich um Krankenhäuser, die zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis der Versorgungsstufe Level 1i zugeordnet werden, aber dennoch die Voraussetzungen des § 107 Absatz 1 SGB V erfüllen müssen.

Versorgungsstufe Level 1i

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung ist zu erwarten, dass die überwiegende Mehrheit der Nutzerinnen und Nutzer von Krankenhäusern der Versorgungsstufe Level 1i betagte und hochbetagte Patientinnen und Patienten sein werden. Somit ist es versorgungspolitisch notwendig, für Einrichtungen der Versorgungsstufe Level 1i eine regelhafte und strukturierte Einbindung von geriatricspezifischer Kompetenz sicherzustellen. Als Teil der erweiterten Grund- und Regelversorgung können Kliniken für Geriatrie daher auch in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen angesiedelt sein und die wohnortnahe akutmedizinische Versorgung im Sinne der geriatrischen Komplexitätsmedizin bzw. von Leistungen der geriatrischen Frührehabilitation erbringen.

Patientenklientel in Level 1i Einrichtungen ist betagt und hochbetagt

Bei der Festlegung von Anforderungen an die Qualität ist sicherzustellen, dass auch Kliniken für Geriatrie auf der Versorgungsstufe des Level 1i die gleichen strukturellen Mindestanforderungen erfüllen, wie sie gemäß 3.2.1 bzw. in § 135e SGB V für die Leistungsgruppe Geriatrie definiert sind. Nur dadurch kann gewährleistet werden, dass Leistungen der akutgeriatrischen Komplexitätsmedizin bzw. der geriatrischen Frührehabilitation unabhängig vom Ort der Versorgung unter Einhaltung der gleichen Strukturqualität erbracht werden. Es kann somit im Bereich der Geriatrie kein strukturelles „Stufenverhältnis“ zwischen einer Klinik für Geriatrie auf Level 1i und einer Klinik für Geriatrie auf einem anderen Versorgungslevel geben.

Kliniken für Geriatrie auf Level 1i müssen die gleichen strukturellen Mindestanforderungen erfüllen

kein strukturelles „Stufenverhältnis“

Das Leistungsspektrum von Kliniken für Geriatrie bezieht sich dabei auch auf der Versorgungsstufe des Levels 1i auf die akutgeriatrische Versorgung, bestehend aus der geriatrischen Komplexitätsmedizin und der Frührehabilitation.

Die Bedarfe geriatrischer Patientinnen und Patienten an den Schnittstellen zwischen der akutstationären, rehabilitativen, pflegerischen und hausärztlichen Versorgung zeigen sich insbesondere im nicht-vollstationären Versorgungsbereich. Vor diesem Hintergrund sind zur Sicherstellung der sektorenübergreifenden Versorgung zusätzlich Ambulante Geriatrische Zentren (AGZ) an Einrichtungen der Versorgungsstufe des Level 1i anzugliedern.

Angliederung von AGZ an Einrichtungen des Level 1i

Nur wenn die rechtlichen Grenzen innerhalb der Sektoren der gesetzlichen Krankenversicherung sowie ggf. darüber hinaus zur sozialen Pflegeversicherung überwunden werden, kann eine sinnvolle sektorenübergreifende Versorgung gelingen, die diesem Namen auch gerecht wird. In der Praxis zeigt sich, dass heute insbesondere bei den Übergängen zwischen den verschiedenen Versorgungsformen Probleme auftreten, die sich negativ auf die Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten auswirken. AGZ können durch ihren integrativen

AGZ können durch integrativen Ansatz einen entscheidenden Beitrag leisten

Ansatz dabei einen entscheidenden Beitrag leisten und zusätzlich ergänzende Aufgaben in der Versorgung der Nutzerinnen und Nutzer der Versorgungsstufe Level 1i übernehmen (vgl. Kapitel 4).

KHVVG

3.2.5 Finanzierung

Eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur kann sich nur etablieren, wenn neben den konzeptionell-planerischen Vorgaben der Planungsbehörden bzw. der Krankenkassen auch eine sachgerechte Vergütung der Leistungen sichergestellt ist. Gemäß der staatlichen Aufgabenzuordnung liegt hier die rechtliche Verantwortung vorrangig im Bereich des Bundesgesetzgebers. Gleichwohl liegen auch bei den Bundesländern wichtige Aufgaben, die sich auf die Finanzierung der Leistungen auswirken.

Die Finanzierung der Kliniken für Geriatrie erfolgt abhängig vom Krankenhausversorgungslevel über das DRG-System gemäß § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) bzw. über krankenhausesindividuelle Tagesentgelte gemäß § 6c Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) auf der Ebene des Level 1i. Unabhängig vom Vergütungssystem ist versorgungspolitisch eine sachgerechte und auskömmliche Finanzierung der Kliniken für Geriatrie sicherzustellen.

Im Zuge der Krankenhausreform wurde als neue Finanzierungskomponente die sog. Vorhaltefinanzierung eingeführt. Ziel der Reform ist u. a., die Versorgung stärker zu entökonomisieren, sinkende Fallzahlen wirtschaftlich abzufedern und Ambulantisierungspotenziale regelhaft zu heben. In der Geriatrie ist jedoch u. a. demografiebedingt in den nächsten Jahren mit einer kontinuierlichen Fallzahlsteigerung zu rechnen und Studien zeigen, dass das Ambulantisierungspotenzial weit unterdurchschnittlich ist. Innerhalb der Systematik der Vorhaltevergütung muss daher die sachgerechte Berücksichtigung der geriatricspezifischen Besonderheiten gegeben sein.

So muss die Systematik der Vorhaltevergütung neben der geplanten Entökonomisierung durch Fallreduktion auch Mechanismen beinhalten, die dem sicher steigenden Bedarf an geriatricspezifischen Behandlungskapazitäten bei gleichzeitig sehr geringem Ambulantisierungspotenzial begegnen. Durch die Verwendung von Planfallzahlen haben die Planungsbehörden der Länder die Möglichkeit, ökonomischen Fehlanreizen zu Lasten von Kliniken für Geriatrie entgegenzuwirken. Damit dieser planerische Gestaltungsspielraum in der Praxis jedoch auch ökonomisch wirksam wird, muss das zugrundeliegende Gesamtvorhaltevolumen den höheren Planfallzahlen entsprechend angehoben werden. Anderenfalls wird zwar der Verteilungsschlüssel gemäß den steigenden Fallzahlen angepasst, das Budgetvolumen bleibt jedoch unberührt. Hier muss der Bundesgesetzgeber den § 37 Absatz 1 KHG entsprechend nachbessern, damit die demografiebedingten Fallzahlsteigerungen mit einer Erhöhung des Gesamtvorhaltevolumens einhergehen.

Für die Tagesentgelte für die akutgeriatriische Versorgung in Versorgungseinrichtungen der Versorgungsstufe des Level 1i muss gelten, dass diese auf Basis einer Kostenkalkulation mit den Krankenkassen verhandelt werden. Andernfalls besteht die große Gefahr einer systemimmanenten und strukturellen Unterfinanzierung der Kliniken für Geriatrie. Insbesondere müssen die in § 6c KHEntG verankerten degressiven Tagessätze eine sachgerechte Refinanzierung von in

Finanzierung über das DRG-System, Tagessätze oder als „Besondere Einrichtung“

auskömmliche Finanzierung

Vorhaltefinanzierung: demografiebedingte Fallzahlsteigerungen müssen mit einer Erhöhung des Gesamtvorhaltevolumens einhergehen

Tagesentgelte sind auf Basis einer Kostenkalkulation zu verhandeln

längere Verweildauerzeiten sind zu beachten

Besondere Einrichtung

Mindestanforderungen an geriatrische Rehabilitationskliniken

der Geriatrie typischen längeren Verweildauerzeiten erlauben. Kürzere Verweildauern aufgrund von ökonomischen Fehlanreizen durch eine degressive Vergütung sind in der Geriatrie nicht zweckmäßig, da geriatrische Patientinnen und Patienten häufig eine verlängerte Rekonvaleszenz aufweisen. Kürzere Verweildauern könnten insbesondere auch zu einem Drehtüreffekt führen, was gerade beim betroffenen Personenkreis medizinisch vermieden werden sollte. Zusätzlich ist sicherzustellen, dass die Leistung der geriatrischen Frührehabilitation sachgerecht auf eine Tagesvergütung heruntergebrochen wird.

Für Kliniken für Geriatrie ist neben der DRG-Vergütung als weitere Finanzierungsoption 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 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 Krankenhauseinrichtungen zum DRG-System. 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 Kliniken für Geriatrie in die entsprechende Aufzählung 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 Pflegefachpersonen für Aktivierend-therapeutische Pflege sowie aus den Bereichen Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziale 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

3.3.2 Bedarfsplanung

Räumliche Cluster

Im Bereich der Rehabilitation ist gesetzlich keine mit der Krankenhausplanung vergleichbare Strukturplanung verankert. 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.

Gleichwohl sollen geografische Gegebenheiten sowie bundeslandspezifische Aspekte, wie z. B. die Ausprägungen der Gestaltung der geriatriespezifischen 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 Rehabilitation erfolgte in der Vergangenheit über tagesgleiche Pflegesätze oder Fallpauschalen, wodurch eine systemimmanente und strukturelle Unterfinanzierung der geriatrischen Rehabilitationskliniken begünstigt wurde. Mit dem Inkrafttreten der bundesweit und verbindlich geltenden „Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation“ gehen weitreichende Regelungen für die medizinische – und somit auch geriatrische – Rehabilitation einher, die in ihrer Summe eine substanzielle und weitreichende Aufwertung dieses Versorgungszweiges nach sich ziehen. Intention des Gesetzgebers (und Auftrag an die Vereinbarungspartner der genannten Rahmenempfehlungen) war es, erstmals bundeseinheitliche Regelungen zu Inhalt, Umfang und Qualität der rehabilitationsmedizinischen Leistungserbringung sowie Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung zu vereinbaren. Abzuwarten bleibt, welche Auswirkungen die bevorstehenden Umsetzungsschritte der Rahmenempfehlungen auf die Versorgungspraxis im Einzelnen entfalten. Zweifellos ist anzunehmen, dass mit den genannten Rahmenempfehlungen die Grundlagen für eine zukünftig sachgerechtere und wirtschaftlich auskömmlichere Vergütung der Kliniken für Geriatrie gegeben sind.

45 Minuten
Fahrtzeitradius

GVK-IPREG

Finanzierung über
tagesgleiche
Pflugesätze

Abbau der
Unterfinanzierung

3.4 Bevölkerungsbezug

Neben der durch 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 Einwohnerinnen und Einwohner über 70 Jahre.

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 Einwohnerinnen und 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 Jahre. 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 % liegen⁴.

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 %⁵. 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. 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 geriatrispezifischen Versorgungsstrukturen behandelt werden.

*heterogene
Strukturen der
Einrichtungen
beachten*

*nicht erkannter
geriatrispezifischer
Versorgungsbedarf*

⁴ <https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/index.html#!y=2018&a=20,70&v=2&g;> abgerufen am 05.04.2022

⁵ https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=84605778&p_spra-che=D&p_help=2&p_indnr=662&p_indsp=&p_ansnr=22251627&p_version=13; abgerufen am 05.04.2022

Dies liegt z. T. an fehlenden geriatricspezifischen Einrichtungen, aber auch an einem weiterhin unzureichenden Screening auf einen geriatricspezifischen Behandlungsbedarf. Grundsätzlich zu beachten ist dabei, dass der demografische Wandel absehbar ist und sich in Zukunft noch stärker bundeslandindividuell und dynamisch entwickeln wird. Somit müssen bundeslandspezifische bzw. regionale Entwicklungen bei der konkreten Planung der Versorgungsstrukturen ausreichend berücksichtigt werden.

Die heterogene Struktur der geriatricspezifischen 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 geriatricspezifischen 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 geriatricspezifischen Betten in Kliniken für Geriatrie bzw. 12 Betten in geriatrischen Rehabilitationskliniken je 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner über 70 Jahre als versorgungsadäquat festgelegt.

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

*38 Betten / 10.000
Einwohnerinnen und
Einwohner
über 70 Jahre*

*12 Betten / 10.000
Einwohnerinnen und
Einwohner
älter als 70 Jahre*

3.5 Optionales Versorgungsangebot: Spezialisierte Geriatrische Versorgungseinheiten (SGV)

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.

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.

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.

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.

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

optionale Ergänzung: Spezialisierte Geriatrische Versorgungseinheiten an Kliniken für Geriatrie

strukturierte interdisziplinäre Zusammenarbeit notwendig

Beispiel: Alterstraumatologie

multiprofessionelles Behandlungsteam unbedingte Voraussetzung

spezialisierte Geriatrische Einheiten haben verschiedene Schwerpunkte

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

Mindestanforderungen an Spezialisierte Geriatrische Einheiten

3.5.1 Mindestanforderungen

- Klinik für Geriatrie sowie eigene Fachabteilung bzw. Leistungsgruppe 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 bzw. Leistungsgruppe 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)
- 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

3.5.2 Finanzierung

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

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.

Abbildung im aG-DRG-System

4. Konzeptansatz nicht-vollstationäre Versorgung

4.1 Übersicht nicht-vollstationäre 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.

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

Die wenigen bestehenden sogenannten Schwerpunktpraxen⁶ 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-vollstationäre Versorgung auf- und ausgebaut.

Strukturen grundsätzlich vorhanden

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.

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

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 Angliederung von weiteren Aufgaben und Institutionen denkbar, wie zum Beispiel die räumliche und fachlich-inhaltliche Angliederung von AGnES-Stützpunkten (AGnES-Konzept: Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention).

Vermeidung von Doppelstrukturen

weitere Angebote und Funktionen

⁶ Derzeit sind drei Schwerpunktpraxen, die rechtlich auf einem Vertrag für Integrierte Versorgung beruhen, in Deutschland etabliert.

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.⁷

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 geriatriespezifische 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 Klinik für Geriatrie anzustreben ist.

KHVVG

Dabei kann das AGZ auch an sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen gemäß § 115g SGB V angebunden werden. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sollen zur Sicherstellung einer sachgerechten medizinischen, diagnostischen sowie rehabilitativen Versorgung in der Phase zwischen der vollstationären Versorgung im Krankenhaus bzw. einer Rehabilitationseinrichtung und der Versorgung durch niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte bzw. Therapeutinnen und Therapeuten beitragen. An dieser Schnittstelle ergeben sich oft Versorgungsbrüche, weil das Potenzial bestehender Versorgungsstrukturen aufgrund von Sektorengrenzen und Verwaltungsvorgaben nur unzureichend genutzt werden kann. Dies gilt insbesondere für betagte sowie hochbetagte multimorbide Patientinnen und Patienten mit ihrem breiten Versorgungsbedarf. Hier setzt die Konzeptionierung des AGZ an.

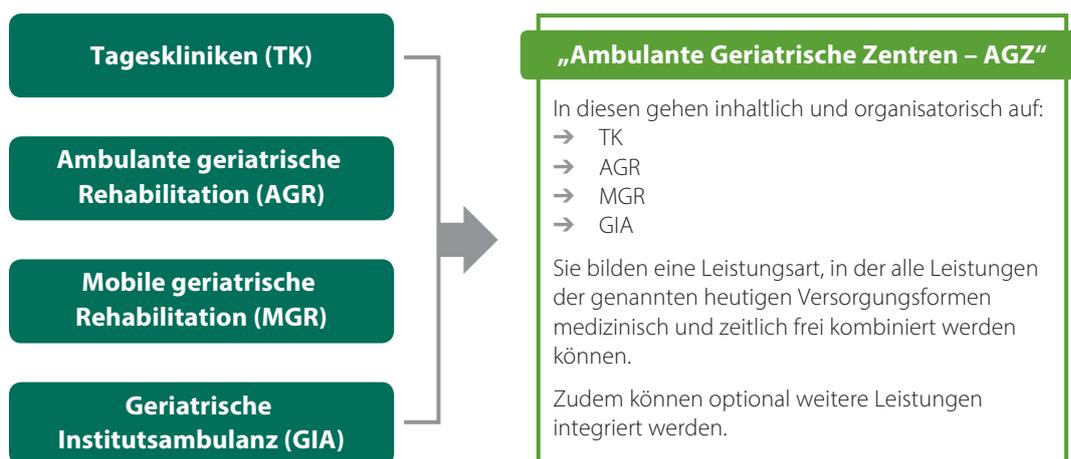


Abbildung 6: Nicht-vollstationäre geriatrische Versorgung (eigene Darstellung)

⁷ Die Strukturvorgaben werden separat beschrieben.

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.

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 (Geriatricboard / geriatrische Fallbesprechung)

Diese Aufgabe umfasst die geriatricspezifische 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 geriatricspezifisch qualifizierter Ansprechpartner für die Fälle, bei denen sich aus dem entsprechenden Assessmentergebnis besondere geriatricspezifische Fragestellungen oder Behandlungsbedarfe für die Patientinnen und Patienten ergeben. Hierfür können die AGZ mit ihrem umfassenden multiprofessionellen Behandlungsteam – und der damit vorhandenen, breit aufgestellten geriatricspezifischen Kompetenz sowie einem Geriater bzw. einer Geriaterin als ärztliche Leitung – genutzt werden. Dazu bietet das AGZ ein Geriatricboard 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.

Kernaufgaben: alle bisherigen Aufgaben der TK, AGR, MGR

Ansprechpartner für niedergelassene Ärzteschaft

*optionale Aufgaben***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.

*ergänzende
Pflegeheimversorgung*

1. „Spezialisierte Geriatrischer Pflegeheim-Konsildienst“ – Stärkung der spezialisierten geriatricspezifischen Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen bzw. in Einrichtungen der Kurzzeitpflege

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

*Prävention für
betagte und hoch-
betagte Personen
wird möglich*

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.

AGZ-Ü75

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.

*Memory-Klinik und
Demenzabklärung*

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.

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.

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.).

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 „Gesundheitsshelfer“).⁸

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. kann das AGZ im Sinne der Verzahnung verschiedener SGB-Bereiche als Basis für die strukturelle Verortung entsprechender Beraterinnen und Berater dienen.

⁸ Der Bundesverband Geriatrie hat sich in den Jahren 2019 bis 2021 an dem Innovationsprojekt „TIGER – Transsektorales Interventionsprogramm zur Verbesserung der Geriatrischen Versorgung“ in Regensburg beteiligt. Die dort gemachten positiven Erfahrungen können an dieser Stelle in den Versorgungsalltag etabliert werden.

AGnES und temporäre KV-Angebote

7. AGZ als Stützpunkt für Versorgungsassistenten-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-Versorgungsassistenten. 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 Angebote in der Kommune

8. AGZ als Basis für neue Versorgungseinheit im ländlichen Raum

Zukünftig wird es zunehmend schwerer sein, in allen bevölkerungs- und strukturschwachen Regionen eine wohnortnahe, vollumfängliche ärztliche Versorgung vorzuhalten. Um die Grundversorgung der Bevölkerung dennoch sicherzustellen, gibt es verschiedene Projekte und Ideen - z. B. unter Engagement der Kommunen, neue Versorgungsangebote zu schaffen. In den angesprochenen Regionen könnte ein AGZ eine ideale medizinisch-strukturelle Basis sein, um eine entsprechende Versorgungseinheit anzudocken bzw. zu unterstützen.

Mindestanforderungen an Ambulante Geriatrische Zentren

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 Pflegefachpersonen 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 geriatrischen spezialisierten nicht-vollstationären Versorgung in einem AGZ muss bundesweit flächendeckend gesichert sein, um die sozialrechtlich verbrieften Rechte der Patientinnen und Patienten auf eine abgestufte geriatrische 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.

*45 Minuten
Fahrtzeitradius*

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“).

Planerisch bietet es sich an, AGZ an Krankenhäuser der sektorenübergreifenden Versorgung im Sinne des Level 1i anzudocken. Sofern am Standort der sektorenübergreifenden Einrichtung der Fokus auf der ambulanten bzw. pflegerischen Versorgung liegt, kann das multiprofessionelle Behandlungsteam die geriatricspezifische Betreuung der Level 1i-Nutzerinnen und Nutzer außerhalb des AGZ übernehmen. Das AGZ kann jedoch nicht die stationäre Versorgung in strukturschwachen Regionen ersetzen. Die akutgeriatrische Komplexitätsmedizin bzw. die Frührehabilitation ist dem Leistungsspektrum der Kliniken für Geriatrie vorbehalten. Vor dem Hintergrund des Fahrtzeitradius und bei 106 kreisfreien Städten sowie 294 Landkreisen ist von einem Bedarf von ca. 350 bis 450 AGZs auszugehen. Auf die Angabe einer Bezugszahl auf die Bevölkerung über 70 Jahre 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.

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.

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.

niederschwelliger Zugang ohne Antragsverfahren

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.

Politik muss neue Finanzierungsmöglichkeiten eröffnen – Beispiele als „Blaupause“ sind vorhanden

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-vollstationären
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-vollstationären 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.

*Verhandlungs-
möglichkeiten
eröffnen*

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-vollstationären 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-vollstationären 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 Geriatriischen 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 Geriatrie-Boards 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.

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 23.000 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**